

# Boeken

B. KOEKKOEK (2011).

**Ambivalent connections. Improving community mental health care for non-psychotic chronic patients perceived as 'difficult'.**

Academisch Proefschrift Radboud Universiteit Nijmegen, 199 p.

In alle geledingen van de GGZ krijgen hulpverleners te maken met patiënten die zij als 'moeilijk' ervaren. Het gaat om patiënten bij wie hulpverleners eigenlijk niet goed weten wat de best passende behandeling en bejegening is. Zij krijgen hierdoor vaak niet de mate en kwaliteit van zorg die nodig is en worden geregeld ontslagen of doorverwezen. In veel gevallen komen deze patiënten uiteindelijk terecht bij verpleegkundige hulpverleners, ambulante of klinisch.

Het proefschrift van verpleegkundige Bauke Koekkoek handelt over deze 'moeilijke patiënten'. Het label is in feite een oordeel van GGZ-hulpverleners en niet gebaseerd op objectieve criteria, waardoor het niet duidelijk is wie de moeilijke patiënten zijn en wat hen nu eigenlijk moeilijk maakt. Koekkoek fileert het begrip 'moeilijke patiënten' en bekijkt het vanuit verschillende perspectieven: literatuur, experts, hulpverleners en patiënten zelf. Op basis hiervan komt hij tot een beschrijving van 'de moeilijke patiënt'.

Een belangrijke conclusie is dat de moeilijke patiënt vooral bestaat in de ervaring van de hulpverlener. Een patiënt wordt als moeilijk ervaren als er sprake is van veel en complexe symptomen die niet eenvoudig tot een diagnose te herleiden zijn. Ook spelen er bij deze mensen complexe sociale problemen. Daarnaast laten 'moeilijke patiënten' afwijkend hulpzoekgedrag en lastig interpersoonlijk gedrag zien, waardoor er geen overeenstemming over de behandeling is, wat weer leidt tot conflicten tussen patiënt en behandelaar.

Koekkoek stelt echter ook vast dat deze voorwaarden niet voldoende zijn om moeilijke patiënten aan te duiden. Ook de attributies van hulpverleners over de oorzaak van het moeilijke gedrag bepalen of de patiënt als moeilijk wordt ervaren. Hulpverleners vinden patiënten vooral moeilijk als zij hun gedrag verklaren uit iets anders dan een ziekte of psychiatrische stoornis. De moeilijke patiënt wordt dan niet beschouwd als een 'zieke' maar eerder als slecht en onverantwoordelijk. Het label 'moeilijk' heeft dus een morele lading.

## Interventiemodel

Heeft een patiënt eenmaal het label 'moeilijk' gekregen dan houden allerlei processen het moeilijke gedrag in stand. Het leidt tot ineffectieve reacties zoals terugtrekken

door de hulpverlener, pappen en nathouden of het ontstaan van nieuwe conflicten. Op basis van literatuuronderzoek en empirisch onderzoek ontwikkelde Koekkoek een theoretisch model dat de problemen tussen hulpverleners en moeilijke patiënten verklaart. Vervolgens ontwikkelde hij een interventie om het effectief gedrag van hulpverleners en patiënten te bevorderen. De interventie, genaamd Interpersoonlijke Sociaal Psychiatrische Begeleiding (ISPB), is een mix van specifieke *evidence-based* interventies gericht op behandeldoelen en generieke interventies waarmee patiënten betrokken worden in hun behandeling en hulpverleners ondersteund worden bij het structureren van het behandelproces. De interventie werd op beperkte schaal in de praktijk getoetst maar de resultaten zijn positief genoeg om hem verder te ontwikkelen en te implementeren.

Voor patiënten met ernstige niet-psychootische problematiek zijn er nog steeds te hoge drempels om toegang te krijgen tot zorg. Bijna elke behandeling vraagt om een goede diagnose, enigszins aangepast en coöperatief gedrag van de patiënt, en een stabiele sociale omgeving. Kenmerken waaraan moeilijke patiënten juist niet voldoen, waardoor zij niet passen in bestaande richtlijnen en behandelprotocollen. Dit is niet alleen het geval op microniveau in de behandelrelatie maar ook in de organisatie van de GGZ als geheel.

Als psychiatrische diagnostiek faalt en de behandeling niet leidt tot afname van problematiek, wordt de patiënt beschouwd als onbehandelbaar. Dan rest alleen sociaal-psychiatrische begeleiding om de problemen beheersbaar te houden. Patiënten worden daarvoor doorverwezen

naar de psychiatrisch verpleegkundige. Deze hebben daarom een belangrijke rol en Koekkoek meent dat deze rol onvoldoende onderkend wordt. Daardoor wordt de beroepsgroep onvoldoende gefaciliteerd in het behandelen en begeleiden van deze groep patiënten. Bovendien beschikt de psychiatrisch verpleegkundige over het algemeen niet over academische scholing en goed onderbouwde interventies, en moet ze daarom met geringe bagage en ondersteuning deze moeilijke groep bedienen.

Het verder ontwikkelen van *evidence-based* behandel- en begeleidingsmethoden is daarom nodig. De door Koekkoek ontwikkelde interventie heeft de potentie om psychiatrisch verpleegkundigen praktische en evidence-based handvatten te bieden.

### **Onmacht**

Deze studie is interessant omdat ze twee fenomenen in de GGZ blootlegt die nog nauwelijks systematisch bestudeerd zijn: ‘moeilijke patiënten’ en psychiatrisch verpleegkundige zorg voor deze patiënten. Het gebrek aan een objectieve definitie van de moeilijke patiënt is een probleem dat dit proefschrift helaas niet oplost. Daardoor is niet duidelijk wat de omvang van de groep is en hoeveel zorg ze krijgt. Het proefschrift maakt echter duidelijk dat de onmacht bij hulpverleners groot is en dat zij onvoldoende zijn toegerust om deze groep een passende behandeling en begeleiding te bieden. Alleen daarom al is het de moeite waard om de onderzochte interventie ISPB verder te ontwikkelen.

### **MARIANNE DE LEEUW**

Sociaal wetenschapper en Verpleegkundig Specialist GGZ, Altrecht, Den Dolder

A. DE BRUIJN (2009)

**Tied to mommy's womb? Prenatal maternal stress, postnatal parental interaction style and child development.**

Academisch proefschrift Universiteit Tilburg, 120 p.

De ontwikkeling van een baby wordt sterk beïnvloed door de lichamelijke gezondheid en levensstijl van de moeder tijdens de zwangerschap. Niet roken, niet drinken en bewuste voeding zijn dan ook richtlijnen die alle zwangere vrouwen standaard meekrijgen. De rol van de psychische gezondheid van de moeder is veel minder duidelijk. Het beschikbare onderzoek toont wel aan dat prenatale emotionele klachten de neurobiologische stresshouding van het kind nadelig beïnvloeden, maar het is nog niet bekend hoe deze verbanden tot stand komen en beïnvloed kunnen worden.

Het prachtig uitgevoerde proefschrift van Anouk de Bruijn voorziet daarom in een duidelijke behoefte. Ze brengt in kaart hoe gedragsproblemen bij het kind kunnen ontstaan door stress bij de moeder tijdens de zwangerschap en door de interactie tussen ouders en de baby. Haar onderzoek is onderdeel van een prospectieve, longitudinale studie (de 'Kempen Studie') naar het verloop van de zwangerschap van gezonde, voornamelijk gemiddeld tot hoogopgeleide Nederlandse vrouwen, uitgevoerd aan de Universiteit Tilburg.

Een belangrijk thema in de dissertatie zijn de seksespecifieke effecten van emotionele problemen. Meisjes blijken gemiddeld meer last te hebben van prenatale emotionele stress van de moeder. Bij jongens leverden emotionele klachten van

de moeder in het eerste trimester van de zwangerschap vooral internaliserende problemen op in de peuterleeftijd. Bij meisjes waren het juist klachten van de moeder in het derde trimester van de zwangerschap. Dit verschil in timing houdt mogelijk verband met het niveau van testosteron: bij meisjes stijgt dat gradueel tijdens de prenatale ontwikkeling, terwijl het niveau bij jongens het hoogst is tussen tien en twintig weken zwangerschap. Voor het hormoon cortisol werd eveneens een seksespecifiek resultaat gevonden: alleen bij meisjes zorgden veel emotionele klachten van de moeder in de zwangerschap voor een verhoogd niveau van cortisol.

**Vader als surplus**

Ook de invloed van de ouder-kindrelatie is voor zonen en dochters verschillend, zo concludeert De Bruijn. Als de moeder emotionele klachten had tijdens de zwangerschap, en na de geboorte niet zo goed met het kind interacteerde, leverde dat alleen voor meisjes vaker problemen in de peuterleeftijd op. Bij jongens van wie hun moeder veel emotionele klachten had tijdens de zwangerschap, speelden vaders een belangrijke rol: de relatie met de vader was beter dan die met de moeder en dit leek als buffer te werken tegen de gevolgen van een emotioneel belaste moeder. Bij meisjes van moeders met veel emotionele klachten rapporteerden echter ook de vaders meer emotionele problemen, en bij hen werd dit mogelijk beschermende effect niet aangetroffen.

De Bruijn vindt het jammer dat in een eerdere fase van de Kempen Studie geen vragenlijsten bij de vaders over emotionele klachten zijn afgenomen tijdens de zwan-

gerschap van hun vrouw. Dit had namelijk kunnen aangeven of dergelijke problemen bij vaders al dateerden van tijdens de zwangerschap of dat ze na de geboorte van het kind zijn ontstaan. De Bruijns dissertatie is een van de eerste studies die ook vaders betreft in de observaties en dat vind ik een zeer goede en ook logische keuze, maar juist daarom valt het de lezer ook des te meer op als De Bruijn vaders vervolgens voortdurend omschrijft als ‘buffer’ of ‘extra risicofactor’; alsof de vader geen persoon op zichzelf is en alleen functioneert als surplus van de moeder.

Het zou interessant zijn geweest als De Bruijn zich niet alleen had beperkt tot vragenlijsten naar depressieve en angstklachten bij ouders. Externaliserende problemen zoals extreme impulsiviteit, agressie en hyperactiviteit zijn buiten beschouwing gelaten, terwijl het aannemelijk is dat deze klachten ook invloed uitoefenen op het welbevinden van ouder en kind. Ook wordt dit type emotionele problemen veel minder vaak bestudeerd dan (post- en prenatale) internaliserende problemen.

### Klinische implicaties

De dissertatie van De Bruijn draagt bij aan inzicht in de verbanden tussen de emotionele gezondheid van de zwangere vrouw en de latere ontwikkeling van de baby. Het is nodig om uit te vinden wat de kennis over deze verbanden oplevert voor de praktijk. Het is daarom jammer dat de klinische implicaties in de dissertatie zeer summier worden omschreven. De Bruijn meent dat hoge niveaus van emotionele klachten bij zwangere vrouwen vermeden moeten worden. De vraag is of dat in de praktijk vaak mogelijk zal zijn. Een kli-

nisch relevantere vraag is *hoe* we zwangere vrouwen met emotionele problemen opsporen, in zorg krijgen en de juiste zorg bieden. In de zwangerschapsbegeleiding in Nederland heeft emotionele zorg nog maar een kleine plek. De toenemende integratie van sociale, emotionele, relationele en fysieke aspecten in zwangerschapscurricula (zoals ‘Zwanger, bevallen, een kind’ dat momenteel in Amsterdam onderzocht wordt op effectiviteit) om potentiële risicomoeders sneller te screenen en door te verwijzen, is veelbelovend. De praktijk is nog wel weerbarstig, omdat de docenten van deze cursus (vaak fysiotherapeuten en verpleegkundigen) het lastig blijken te vinden om risicosignalen te bespreken en vrouwen gericht door te verwijzen. Specifieke vragenlijsten zoals de *Pregnancy-Related Anxiety Questionnaire* (van Van den Bergh, ook van de Universiteit Tilburg) kunnen daarbij steun bieden.

Interessante settings om de bevindingen van De Bruijn verder toe te passen zijn de preconceptie-sprekuren in ziekenhuizen en verloskundepraktijken, waar stellen met een kinderwens informatie kunnen krijgen over medische risico’s en levensstijl. Het toevoegen van een psycholoog, liefst met een specialisatie op het gebied van *infant mental health*, aan deze spreken kan helpen om ook de emotionele kant van het leven van potentiële ouders te screenen en bespreekbaar te maken. Voor vrouwen met psychiatrische niveaus van emotionele klachten is de oprichting van Psychiatrie, Obstetrie en Pediatrie (POP)-poli’s waar vrouwen medisch en psychiatrisch behandeld worden en begeleid kunnen bevallen, een belangrijke stap in de goede richting. De klinische ervaring

leert dat vrouwen die reeds in psychiatrische behandeling zijn sneller naar de Popoli gaan, maar dat het nog lastig is om andere vrouwen die (sub)klinische en niet altijd gediagnosticeerde klachten hebben, de juiste zorg te bieden.

De Bruijns proefschrift is gedegen uitgevoerd, en de diversiteit aan invalshoeken en methoden geeft een rijk perspectief. Vooral de combinatie van fysiologische en gedragsmatige bevindingen biedt aanknopingspunten voor verdere studie. Dit onderzoek heeft spannende implicaties die vragen om een nadere uitwerking voor praktische toepassing.

#### EVELINE EUSER

Therapeut en onderzoeker, Infant Mental Health Centrum, Amsterdam

F.A.J. FLUTTERT (2010).

#### **Management of aggression in forensic mental health nursing. The application of the early recognition method.**

Academisch Proefschrift Universiteit Utrecht. Arnhem: Forensisch Psychiatrisch Centrum Dr. S. van Mesdag/Forint, 165 p., € 20,-

Iedereen die het tv-programma *NCRV-Dokument* over Paviljoen 7 in de Bijlmerbajes heeft gezien (de moeite waard op 'Uitzending gemist') weet dat sociotherapeuten in forensische instituten geconfronteerd worden met agressie, maar dat zij even goed zelf agressie kunnen uitlokken. De documentaire maakt duidelijk hoe groot het belang is van onderzoek naar agressie in de Nederlandse forensische psychiatrie.

De 49-jarige, in de forensische zorg ervaren sociotherapeut en verplegingswetenschapper Frans Fluttert promoveerde op 11 januari op een weldadige poging om sociotherapeuten in de forensische psychiatrie te laten samenwerken met hun patiënten (p. 122). Het proefschrift laat zich lezen als een thematisch geordend procesverslag van de wijze waarop hij in het voorbije decennium de methode van de vroegsignalering (*Early Recognition Method, ERM*) in de Nederlandse forensische zorg heeft geïntroduceerd en onderzocht. Hij werkte samen met Belgische, Engelse, Nederlandse en Noorse wetenschappers; de Noor S. Bjørkly staat prominent vermeld. Ook blijkt Fluttert in diverse landen les te geven over de methode, terwijl hij internationaal meebestuurde aan de verdere ontwikkeling ervan. Deze internationale inbedding vergroot de kans dat ook in Nederland een serieuze onderzoekslijn rond vroegsignalering opgestart wordt.

#### **Waarschuwingssignalen**

Flutterts uitgangspunt is dat ook een schijnbaar onvoorspelbare agressieve uitbarsting van een individu een aanleiding heeft. Deze 'aanloop' zou zelfs een 'hoogst persoonlijke handtekening' dragen. Zoals een vliegtuig na een ongeluk onderzocht wordt aan de hand van gegevens in de *black box*, zo zou de *black box* van een 'agressieve patiënt' aanwijzingen voor een uitbarsting bevatten. Als zij maar vroeg genoeg ontdekt worden, zouden er nog bijgestuurd kunnen worden. In 2003 vroeg Fluttert sociotherapeuten uit twee forensische klinieken om samen met hun patiënten in een Vroeg Signalerings Plan vast te leggen welke signalen zij bij de betrokken

patiënt konden identificeren. Uit deze 167 Vroeg Signalerings Plannen destilleerde M. van Leeuwen van het forensisch psychiatrisch centrum aan de VU te Amsterdam 3.768 waarschuwingssignalen. Fluttert beperkte dit aantal tot 53, die hij liet testen door drie ervaren sociotherapeuten. Zo ontstond een lijst met 44 vroege waarschuwingssignalen (plus 1 open item), ingedeeld in 15 hoofdcategorieën. Dit werd Flutterts instrument: de *Forensic Early Signals of Aggression Inventory* (FESAI). Vervolgens onderzocht hij wat de frequentie was van het optreden van de vijftien FESAI-categorieën onder patiënten met uiteenlopende psychiatrische diagnoses, en bij welk type patiënten het werken met ERM effectief uitpakte.

### Bijsturing beklijft

Onduidelijk blijft hoe groot het belang van de FESAI anno 2011 is voor de toepassing van ERM. Fluttert toetste de methode ERM namelijk reeds toen de FESAI nog in ontwikkeling was. Die toetsing hield in dat 168 patiënten uit één grote, streng beveiligde forensische kliniek nu eens wel, en dan weer een tijd niet aan hun Vroeg Signalerings Plan werkten met hun sociotherapeut. In de periodes waarin zij dat wel deden (de ERM-conditie) bleken zij de helft minder gesepareerd te worden en waren zij minder betrokken bij ernstige incidenten dan in periodes met *treatment as usual* (TAU). Fluttert leidt hieruit af dat het wenselijk is om, nu zijn instrument FESAI klaar is, daarmee een degelijk RCT uit te voeren met meerdere klinieken, om te controleren of zijn eerste voorzichtige resultaten van ERM opnieuw bevestigd worden.

Verloopt die redenering niet een beetje snel?, vroeg ik mij af. Is niet eerst een beschouwing nodig over de vraag hoe gestructureerde inzet van de FESAI die winst van ERM niet ogenblikkelijk weer tenietdoet? ERM leek immers vooral het terugkerende, voortgaande gesprek tussen patiënt en sociotherapeut over de ‘hoogst persoonlijke’ signalen van de patiënt, en hoe deze bij te sturen. Van dat gesprek leren beide partijen. Origineel vond ik dan ook Flutterts idee om het effect van een interventie als ERM te meten door zowel aan het begin als aan het eind ervan alle sociotherapeuten een vragenlijst te laten invullen waarmee zij hun houding ten opzichte van patiënten waarden. Dit vergoot de kans dat sociotherapeuten beseffen waar zij staan op het continuüm tussen ‘klinische afstandelijkheid’ enerzijds en ‘overbetrokkenheid’ anderzijds.

### CECILE AAN DE STEGGE

Psychiatrisch verpleegkundige, filosoof, Bunnik

D. PETRY (2011).

**Uitbehandeld maar niet opgegeven. Het persoonlijke verhaal van een psychiater over zijn patiënten.**

Amsterdam: Ambo, 208 p., € 19,95

Ruim een jaar na zijn pensionering presenteert Detlef Petry een boek dat naar mijn mening een autobiografie is – een wordingsgeschiedenis, een gang door zijn beroepsleven, waarbij hij details uit zijn persoonlijk leven niet schuwt. De rode draad is de invloed van de omgeving op de ontwikkeling van zijn professionele

denken. Die omgeving wordt achtereenvolgens getekend door het naziverleden van het Duitsland van zijn jeugd, het besef van de nazimisdaden tegen psychiatrische patiënten, en door de grote onpersoonlijke psychiatrische inrichtingen in Duitsland en in Maastricht. Maar later wordt zijn ontwikkeling ook bepaald door ontmoetingen met Bennett, Ciompi, Strauss, Dörner en Shepherd. En niet te vergeten: door de zeer langdurige en zich tot vriendschappen ontwikkelende relaties met zijn patiënten.

Uit deze levensgang wordt begrijpelijk hoe bepaalde begrippen in Petry's denk-kader zo'n belangrijke plaats zijn gaan innemen: langzaamheid, rehistorisering, de triade, synchronisering, levensbegeleider. Deze begrippen contrasteren, zoals ik hieronder zal illustreren, met gangbare uitgangspunten op systeemniveau en zijn tegelijkertijd helende interventies op het individuele vlak. *Langzaamheid* staat op systeemniveau in contrast met het managementdenken in snelle resultaten; op het individuele niveau houdt het in dat je aandacht hebt voor de langzame ontwikkelingen in het leven van je patiënten. *Rehistorisering* is iemand helpen zijn levensgeschiedenis terug te vinden, en de plaats en de betekenis van ziekte en symptomen daarin. Het staat op systeemniveau in contrast met het anonieme gestichtsbestaan en de statistische denkwijzen rond Evidence Based Practices. De *triade*, het gezamenlijk optrekken van patiënt, hulpverlening en familie, staat in contrast met de benadering van patiënten als geïsoleerde individuen, en helpt individuele patiënten en familieleden bij het zoeken naar hun eigen plaats in elkaars netwerken. *Synchronisering* is nodig omdat ritme en tempo van het

leven van de patiënt en diens verwanten totaal van elkaar zijn losgeraakt. Voor cliënten voorziet het in de behoefte aan gemeenschappelijkheid met andere mensen. De *levensbegeleider* is een alternatief voor de 'professional' die de patiënt alleen helpt bij het omgaan met zijn ziekte, wat niet genoeg is. De levensbegeleider helpt iemand te leven, een levensboek te schrijven – dat is wat anders.

Petry plaatst zijn eigen wordingsgeschiedenis tegen de achtergrond van de Duitse en Franse filosofie en van de Europese sociale psychiatrie van de laatste decennia. Daarbij valt op dat hij nauwelijks relaties legt met de Nederlandse rehabilitatie- en herstelbewegingen, wat ik jammer vind. Er zijn genoeg verbindingen te leggen tussen Petry's gedachtegoed en de ontwikkeling van rehabilitatie, herstel en herstelondersteunende zorg in Nederland. Maar die verbindingen ontbreken in het boek goeddeels en de reden daarvan wordt niet duidelijk.

### **Burgerpsychiatrie**

Tegen het einde van het boek gaan er dingen goed, en er gaan dingen verkeerd. Goed is het dat de 'harde kern' van Petry's patiënten beter en kleinschaliger wordt gehuisvest (in Die Haghe), dat de leden van de harde kern steeds duidelijker hun eigen gelaat terugkrijgen (mooi geïllustreerd door foto's) en dat er veel vrijwilligers en geëngageerde hulpverleners in de zorg voor deze mensen betrokken zijn. Slechte ontwikkelingen zijn de toenemende marktwerking in de zorg, de gevolgen van de stelselherziening, de bezuinigingen, de dominantie van de psychofarmacologie en van een eendimensionaal probleemdenken.

Uiteindelijk komt Petry tot de conclusie dat een echte communale of burgerpsychiatrie het streven voor de toekomst moet zijn. Dit betekent dat mensen hun psychische problemen en hun psychiatrische aandoeningen oplossen door in belangrijke mate als leden van dezelfde gemeenschap een beroep op elkaar te doen en elkaar te helpen. Deze oplossing houdt een eerherstel in voor het altruïsme, dat volgens Petry belachelijk is gemaakt door de neokapitalistische orde van de laatste decennia.

### Petry's wereld

Het boek stemt tot nadenken. Dat begint bij de afbeelding op het omslag: een vrouw, op onflatteuze wijze achteroverliggend op een picknicktafel; de betekenis hiervan ontgaat me. Uitgeteld? Opgegeven? Maar in het boek staan veel verhalen, belevenissen en meningen die ik herken, al zou ik sommige zaken persoonlijk op een andere manier weergeven. Dat is een gevolg van het biografische karakter van het boek. Wat geschetst wordt is de wereld volgens Petry. Het is Petry's verhaal. Net als in herstelverhalen gaat het er niet om of alles wat er in staat precies klopt, maar dat het verhaal de dingen die je hebt meegemaakt in een zinvol verband plaatst. Ik beschouw dit boek als het herstelverhaal van een hulpverlener. Het past in de reeks 'kijken in de ziel', maar dan in de ziel van de langdurende zorg. Hopelijk volgen er meer van dit type boeken.

### Persoonlijk discours

Dit gezegd zijnde wil ik als voorzet en ter illustratie aan deze bespreking een persoonlijke noot toevoegen. Detlef Petry is

een generatiegenoot van mij. Zou dat de vele overeenkomsten tussen ons verklaren? Ook ik begon mijn psychiatrische carrière in een ontmenselijkende inrichtingspsychiatrie. Ik verhuisde later naar een inrichting die kleinschalige nieuwbouw voor langverblijvers ging neerzetten. Ik schreef in die fase stukken over de factor tijd (denk aan de langzaamheid en de synchronisering bij Petry) in de langdurige zorg. Na een persoonlijke crisis in de jaren tachtig kwam ik in contact met Anthony en Farkas zoals Petry na zijn crisisperiode in contact kwam met Bennett en Shepherd. Ook ik werd een bewonderaar van Strauss, en de rehabilitatie werd mijn roeping. Ik ben betrokken bij de herstelbeweging waarin de 'rehistorisering' in de vorm van het maken van herstelverhalen een centrale rol speelt.

Natuurlijk zijn er ook verschillen: ik ben meer op het individu gericht en minder op de omgeving, en meer op de vs en Nederland dan op Duitsland en Engeland. Ik kwam veel patiënten tegen met wensen en dromen, en met vaardigheidstekorten, vandaar mijn voorliefde voor doelen stellen en vaardigheden leren. Ik ben steeds meer tot de overtuiging geraakt dat herstel en ervaringsdeskundigheid de paradigma's van de toekomst zijn; de 'burgerpsychiatrie' spreekt mij wat minder aan. Het zou interessant zijn om eens na te gaan waar onze verschillen vandaan komen. Misschien kan een echte dialoog over de verschillen tussen professionele denkrichtingen beter plaatsvinden vanuit een persoonlijk discours dan in de vorm van een ouderwetse scholenstrijd.

Ik denk dat het in de toekomst heel gewoon wordt dat psychiaters hun eigen wordingsgeschiedenis publiek maken. Je



wilt als cliënt graag weten met wie je van doen hebt. Je wilt als collega te weten komen waar de overeenkomsten en verschillen met de ander zitten, en waar die op berusten. In dit licht beschouw ik *Opgenomen maar niet opgegeven* als een trendsetter. Het boek biedt de gelegenheid om je te verhouden tot de persoon en de ontwikkeling van een markante eigentijdse psychiater.

**JOS DRÖES**

Psychiater n.p., docent en consultant Stichting Rehabilitatie '92, Utrecht

## Signalementen

MARGRIET VAN DER WERF, **Risk for psychosis: a life span perspective**. Academisch Proefschrift Universiteit Maastricht, 13 mei 2011. Promotores: prof.dr J.J. van Os en prof.dr F.R.J. Verhey.

Dit onderzoek richtte zich op de incidentie van schizofrenie. De ziekte ontstaat vaak al in de jongvolwassenheid. De kans om de aandoening te krijgen neemt af met het stijgen van de leeftijd. Hoe vroeger een eerste psychose zich manifesteert, hoe ernstiger de symptomen later worden. Bij mannen is de kans op ernstige schizofrenie twee keer zo groot als bij vrouwen, en bij jongeren is slechthorendheid een risicofactor.

BAUKE STEGENGA, **Epidemiology of major depression disorder**. Academisch Proefschrift Universiteit Utrecht, 8 juni 2011. Promotores: prof.dr D.E. Grobbee en prof.dr M. King. Copromotor: dr. M.I. Geerlings.

De promovendus legde in dit epidemiologisch onderzoek factoren bloot die het beloop van depressie kunnen voorspellen. Vrouwen zijn kwetsbaarder, incidentele depressies hebben andere triggers dan terugkerende eposodes, op middelbare leeftijd vormen stressvolle levensgebeurtenissen een groter risico dan op jongere of oudere leeftijd. De ernst van de symptomen (zoals angst) kan een indicatie zijn voor het beloop. Huisartsen herkennen een depressie (te) weinig.

ANNEMIEK VAN DIJKE, **Dysfunctional affect regulation in borderline personality disorder & somatoform disorder**. Academisch Proefschrift Universiteit Utrecht, 10 juni 2011. Promotores: prof.dr M.J.M. van Son en prof.dr O. van der Hart. Copromotor: prof.dr P.G.M. van der Heijden.

Borderlinepatiënten en mensen met somatoforme stoornissen (SomS) hebben daarnaast vaak ook problemen met hun affectregulatie. De promovenda legt verband met trauma-door-de-direct-verzorgende in de kindertijd en ontwikkelde een protocol om complexe PTSS (CPTSS) te onderscheiden van BPS en SomS.

