

Boeken

865

LANDELIJKE STUURGROEP MULTIDISCIPLINAIRE RICHTLIJNONTWIKKELING IN DE GGZ (2005).

Multidisciplinaire richtlijn schizofrenie. Richtlijn voor de diagnostiek, zorgorganisatie en behandeling van volwassen cliënten met schizofrenie 2005.

Utrecht: Trimbos-instituut, 202 p., €17,50

In juni werd de *Multidisciplinaire richtlijn schizofrenie* gepresenteerd. De werkgroep die haar voorbereidde (in opdracht van het Ministerie van VWS) telde 32 leden.

Daarnaast waren ook cliënten, familieleden, methodologische ondersteuners en vertegenwoordigers van vijf beroepsverenigingen erbij betrokken. De Richtlijn is bedoeld als leidraad voor optimaal handelen voor alle professionals die betrokken zijn bij de zorgverlening aan mensen met schizofrenie.

De Richtlijn is een waardevol, indrukwekkend rapport dat beschikbare kennis over schizofrenie op een overzichtelijke wijze presenteert. Ze beschrijft algemene aspecten van schizofrenie, diagnostiek, ervaringen van patiënten en familie, en de implementatie van al de gepresenteerde kennis. De auteurs geven een goede onderbouwing van het belang van *out-reachend* werken, gezinsinterventies en

medicatie. Terecht concluderen ze dat de somatische zorg voor mensen met schizofrenie te weinig deel uitmaakt van de behandeling.

De Richtlijn legt de nadruk op wetenschappelijke evaluatie van de verschillende interventies. Dat vinden wij jammer. Bij interventies waarover nog geen wetenschappelijke consensus is, beveelt de Richtlijn louter aan om meer onderzoek te doen. Daar kun je in de praktijk natuurlijk niet altijd op wachten. Waarom baseert men zich alleen op onderzoeken en is niet gekeken naar *best practices* en geluisterd naar de mening van *opinion leaders*? Over het gelijktijdig aanpakken van psychose en verslaving, een voorbeeld van een actuele kwestie in de praktijk, wordt in het geheel geen richtlijn gegeven. Men merkt op dat het na elkaar behandelen van psychose en verslaving geen werkzame strategie is, dat het gelijktijdig behandelen bij twee verschillende instanties geen uitkomst biedt, en dat er geen bewijs is voor de effectiviteit van integrale programma's – en dat er eerst onderzoek moet gedaan worden ... Een ander voorbeeld betreft 'begeleid leren': volgens de Richtlijn is dat niet aan te bevelen maar ook niet af te raden (p. 84). Wat moet je in onze kennissamenspraak met zo'n aanbeveling?

BOEKEN

Te stellig

De wetenschappelijke conclusies die wél getrokken worden, zijn soms suggestief. Men heeft ervoor gekozen om de hardheid van de conclusies overzichtelijk weer te geven door een indeling in vier niveaus. Het hoogst is niveau 1: de wetenschappelijke overtuigingskracht is maximaal. Maar de Richtlijn blijkt niet altijd even nauwkeurig te werk te gaan. Zo beveelt ze op basis van drie conclusies op niveau 1 aan dat *assertive community treatment* (ACT) geboden 'moet' worden aan mensen met schizofrenie (p. 69). De voornoemde conclusies zijn getrokken door ACT te vergelijken met standaardzorg. En hier zit 'm de kneep: het betreft Amerikaanse studies. Brits onderzoek geeft andere uitkomsten: daarin blijkt ACT niet of nauwelijks beter dan standaardzorg. Het verschil is te verklaren doordat de standaardzorg in Engeland, net als in Nederland, over het algemeen op een hoger peil staat dan in de VS. In Nederland is hiernaar nog geen effectonderzoek uitgevoerd. Wellicht heeft ACT ook hier te lande niet of nauwelijks meer effect dan standaardzorg. Daarom vinden we het misleidend dat de conclusies zo stellig (op niveau 1!) gebracht worden.

Tegenstrijdig

Soms zijn conclusies over een en dezelfde interventie tegenstrijdig. Wat crisisinterventies betreft, concludeert men bijvoorbeeld (opnieuw op niveau 1) dat het niet uitmaakt of psychiatrische intensieve thuiszorg (PIT) aangeboden wordt of een ziekenhuisopname: belangrijke uitkomstmaten als overlijden of suïcide, globaal functioneren, en symptomen zouden in

beide gevallen hetzelfde zijn. Maar ook stellen de auteurs dat bij 45% van de mensen die PIT krijgen uiteindelijk toch een ziekenhuisopname noodzakelijk is. Wat moet je in hemelsnaam met deze conclusies in de praktijk? Of is 'niveau 1' opnieuw ten onrechte gebruikt? Zeker als wordt opgemerkt dat deze conclusies gebaseerd zijn op opnamesituaties in onderzoeken die erg afwijken van hedendaagse situatie: de publicaties dateren van de jaren 1964 tot en met 1994!

Wereldvreemd

Bezwaarlijk aan de Richtlijn is ook dat ze rehabilitatie marginaliseert. Naar onze overtuiging is rehabilitatie voor mensen met schizofrenie minstens even belangrijk als symptoomgerichte interventies. Enerzijds lijkt de Richtlijn dit te ondersteunen: ze stelt medicamenteuze behandeling in dienst van rehabilitatie (p. 149). Maar anderzijds wordt rehabilitatie weggestopt in paragraaf 5.5, onder het kopje 'vaardigheidstraining'. Herstel en rehabilitatie omvatten een visie voor de GGZ als geheel, zeker ook voor mensen met schizofrenie, van waaruit elke zichzelf respecterende instelling werkt. Het systematisch rehabilitatiegericht handelen van Storm Rehabilitatie dat in veel instellingen richtinggevend is, komt in de Richtlijn zelfs helemaal niet aan bod. Wij vinden dit onbegrijpelijk; de Richtlijn maakt wat dit betreft een wereldvreemde indruk.

Incompleet

Zonder dat we een uitputtend overzicht verwachten, vinden we dat veel te weinig informatie wordt gegeven over zaken die van belang zijn voor de Nederlandse prak-

BOEKEN

tijk, zoals over verpleegkundige interventies, over trainingen van Stichting Interactie, over het Groningse HIT en over *consumer run*-projecten. *À propos*: de Richtlijn spreekt consequent van 'patiënten' – alleen op het omslag gaat het over 'cliënten'. Zou er in de werkgroep discussie zijn geweest over deze aanduiding? Graag zouden wij richtlijnen gekregen hebben over het gebruiken van de ene of de andere term.

Opmerkelijk is ook dat de werkgroep zegt zich te realiseren '...dat de validiteit en de operationalisering van het concept "schizofrenie" omstreden zijn...' (p. 19). En daar laat ze het bij. Zo wekt ze ten onrechte de suggestie dat het begrip schizofrenie toch algemeen geaccepteerd is.

Bijbel

Zodra een richtlijn verschijnt, is ze vaak op enkele punten alweer achterhaald. Dat geldt ook voor deze richtlijn, die gebaseerd is op publicaties die verschenen tot en met juni 2003. Zo wordt verschillende keren (zonder literatuurverwijzing) opgemerkt dat ongeveer 10% van de patiënten met schizofrenie een einde aan zijn leven maakt. Inmiddels weten we echter dat het plausibeler is om uit te gaan van ongeveer 5% (Palmer e.a., *The lifetime risk of suicide in schizophrenia, Archives of General Psychiatry*, 62, [2005] 247-253).

De Richtlijn heeft op het eerste gezicht alles in zich om de bijbel te worden van de zorg aan mensen met schizofrenie. We vinden het een goede aanzet daartoe. De Richtlijn neemt echter te veel de wetenschap tot uitgangspunt. We krijgen de indruk dat de Richtlijn een pleidooi is voor het doen van heel veel meer onderzoek. We

hebben niets tegen onderzoek, maar de mening van deskundigen en het gebruik van *best practices* komen te weinig aan bod. Daarnaast ontbreekt het aan visie, zoals de visie van de herstel- en rehabilitatiebeweging, en staat het veel te los van de praktijk.

867

TOM VAN WEL

INGEBORG SITEUR

Resp. psycholoog en psychiater, werkzaam bij Altrecht, ABC (Centrum voor rehabilitatie en behandeling van jongvolwassenen met een psychotische stoornis), Utrecht

ABMA, R., & I. WEIJERS (2005).

Met gezag en deskundigheid. De historie van het beroep psychiater in Nederland.

Amsterdam: Uitgeverij SWP, 269 p., € 28,-

Geschiedenis is vaak een aaneenschakeling van onbedoelde gevolgen van menselijke inspanning. Dat geldt zeker ook voor de geschiedenis van de psychiatrie, gekenmerkt als ze is door ideologische strijd. Dit boek beschrijft hoe de overheid in de jaren tachtig en negentig de extramurale voorzieningen wilde versterken en de vrijgevestigde psychiaterpraktijk intomen. Maar het aandeel van de vrije praktijk slonk niet; integendeel, aan het eind van de vorige eeuw telde deze sector de meeste psychiaters! Dit soort paradoxen zijn zeer aan mij besteed; als historisch geïnteresseerde althans, niet als belasting betalende burger. Want dat is een andere welbekende paradox: vrijwel elke besparingsmaatregel in de (geestelijke) gezondheidszorg leidt tot hogere kosten.

BOEKEN

De geschiedenis van het beroep psychiater in Nederland is onvermijdelijk grotendeels een geschiedenis van de Nederlandse psychiatrie. Behoorlijke stukken daarvan zijn al beschreven en dit boek maakt daar dankbaar gebruik van. Het kent een 'dakpansgewijze' opbouw: de negen hoofdstukken overlappen steeds. Elk hoofdstuk behandelt een ontwikkeling die typerend wordt geacht voor een bepaalde periode. Het eerste hoofdstuk behandelt de gestichtsartsen in de negentiende eeuw; het tweede hoe naast deze beroepsgroep tussen 1880 en 1925 de psychiaters en zenuwartsen opkomen, die vooral buiten de gestichten komen te werken. Het volgende hoofdstuk beslaat de periode 1900-1940 en beschrijft de ontwikkeling van de praktijk van vrijgevestigde zenuwartsen en de uitbouw van de psychotherapie. Een later hoofdstuk is gewijd aan 'de lange jaren zestig', die de auteurs van 1945 tot 1985 laten lopen omdat volgens hen de kiemen van de kritische beweging dateren van net na de oorlog en de periode pas halverwege de jaren tachtig eindigt met de opkomst van de biologische psychiatrie. Maar al vanaf 1960 ontwaren ze ook een begin van rationalisering in onderzoek en praktijk, het onderwerp van een volgend hoofdstuk.

Tussendoor staan enkele kaders over aparte onderwerpen, bijvoorbeeld over de ontwikkeling van de kinderpsychiatrie als subdiscipline, over de groei van het aantal beroepsbeoefenaars en hun werkterreinen, of over het aandeel van vrouwen. Daarnaast zijn vijf portretten opgenomen van psychiaters uit een bepaalde periode.

Gildesysteem

Een boek dat zoveel wil bespreken, kent leemtes. Dat hoeft niet erg te zijn, zeker niet als bepaalde onderwerpen elders al zijn beschreven. Toch zal een enkeling zich storen aan slordigheden die een onoplettende lezer aanvankelijk ontgaan. Zo moet je bijvoorbeeld zelf tot de ontdekking komen dat er in het begin van de twintigste eeuw twee belangrijke hoogleraren psychiatrie waren met dezelfde achternaam, namelijk L. en K.H. Bouman. Maar zelfs wanneer ze op p. 76-77 beiden worden beschreven, staat er niet even bij of ze familie waren – wat niet het geval was.

Twee overkoepelende hoofdstukken bestrijken langere periodes: een over de professionalisering van het beroep en de opleiding, en een over het overheidsbeleid vanaf grofweg 1970. Het eerstgenoemde hoofdstuk vormt in zekere zin de kern van het boek. Het beschrijft hoe er aanvankelijk geen enkele vorm van systematisch onderwijs bestond, alleen een soort gildesysteem. De medische faculteiten hadden geen enkele inbreng. In 1931 werden de opleiding, de bevoegdheid en de registratie van alle medisch specialisten officieel geregeld. Datzelfde jaar begon de Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst samen met de beroepsverenigingen met het opstellen van criteria voor de diverse specialismen. Had een arts daaraan voldaan, dan kon hij of zij zich vanaf 1933 inschrijven in het Medisch Specialisten Register. Pas daarna kwam er zoiets als een psychiatrische opleiding van de grond, onder regie van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP). Pas vanaf 1961 kregen medische faculteiten en ziekenhuisorganisaties daarin een stem.

BOEKEN

Twee thema's hebben de opleiding van psychiaters decennialang gedomineerd: de verhouding tussen psychiatrie en neurologie, en de verhouding tussen psychiatrie en psychotherapie. Tot ongeveer 1972 waren de psychiatrie- en neurologieopleiding gecombineerd, hoewel al in 1920 enkele hoogleraren opmerkten dat het ondoenlijk werd de ontwikkelingen in beide specialismen te blijven volgen. In 1972 gingen de psychiatrie en neurologie uiteindelijk uit elkaar: er kwamen aparte verenigingen en opleidingen. Maar welk gewicht de biologie in de psychiatrie moet hebben, blijft tot op heden een discussiepunt.

Datzelfde geldt voor de psychotherapie. Dit werd gaandeweg een extra netelige kwestie vanwege de concurrentie met verschillende andere beroepsbeoefenaars en het maatschappelijke debat dat erover ontstond. Maar 'intern' speelden vragen als: moet er een apart specialisme psychotherapeut komen? Moet er in de medische opleiding aandacht aan psychotherapie worden besteed? Moeten psychiaters een verplichte leertherapie ondergaan?

Oorlog

Het belangrijkste wapenfeit van *Met gezag en deskundigheid* is dat er nieuw materiaal is aangeboord: er is onderzoek verricht in het archief van de NVvP. Zo'n vijftien jaar geleden werd dit niet-psychiaters nog geweigerd; H. Reijzer kon het destijds niet raadplegen voor zijn proefschrift over de ontwikkeling van het beroep psychotherapie (*Naar een nieuw beroep*, 1993). Daarnaast zijn zo'n vijfendertig oudere psychiaters geïnterviewd over hun opleiding en werkervaring. Maar het boek stelt nu net op dit punt enigszins teleur. Van de interviews

zijn bijvoorbeeld alleen in de laatste twee hoofdstukken enkele citaten opgenomen. Zou dat materiaal zo weinig hebben opgeleverd? Hoe het materiaal uit de archieven is verwerkt, valt niet goed te beoordelen. Maar het wordt in elk geval op enkele punten niet in verband gebracht met ander onderzoek. Bijvoorbeeld wanneer wordt besproken hoe de NVvP zich na de oorlog boog over de vraag of psychiaters in psychotherapie moeten worden geschoold.

De discussie hierover begon al in 1917 met de oprichting van de Nederlandse Vereniging voor Psychoanalyse (NVPa). In 1946 stelt de NVvP uiteindelijk een commissie Opleiding Psychotherapeut in, waarschijnlijk in reactie op een voorstel daterend uit maart 1944, dus *tijdens* de Tweede Wereldoorlog. In dit boek wordt slechts één alinea aan de oorlog gewijd: de psychiatrische inrichtingen en de patiënten hadden zwaar te lijden, en de opleiding en het aantal registraties stagneerden. Waarom was de NVvP in het vierde oorlogsjaar dan bezorgd over het gehalte psychotherapie in de opleiding? En waarom komt die commissie er in 1946? Deze vragen worden niet gesteld. Je moet er bijvoorbeeld het proefschrift van L. de Goei (*De psychohygiënist*, 2001) op naslaan om dit te begrijpen. Al in 1940 blijkt er bezorgdheid te zijn gerezen over de gevolgen van oorlogshandelingen voor de geestelijke volksgezondheid. Kopstukken uit de Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid (NFGV) wisten dit uit te buiten voor het verwezenlijken van hun al vóór de oorlog bestaande streven: de oprichting van verschillende ambulante instellingen ter preventie en behandeling van 'lichtere' psychische stoornissen en levensmoeilijkheden. In 1940 wordt het Instituut voor

BOEKEN

Medische Psychologie opgericht (IMP, later Instituut voor Multidisciplinaire Psychotherapie). De Gezondheidsraad adviseert in 1940 bovendien met klem om bureaus voor levens- en gezinsmoeilijkheden op te richten. Direct na de oorlog is de tijd rijp. Op een Nationaal Congres Volksgezondheid in 1946 wordt de neurose tot 'volksziekte' bestempeld. Het vormt de start van een bloeiende, verzuilde ambulante GGZ.

Incomplete geschiedenis

Nu wordt duidelijk wat er in de NVvP aan de hand was. Enkele invloedrijke psychiaters, waaronder de hoogleraren Carp, Rümke en K.H. Bouman, waren (bestuurs)-lid van zowel de NFGV, als de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en de Vereniging voor Psychotherapie. In al deze functies zetten zij zich in voor psychotherapeutische voorzieningen. Sommigen namen dan ook zitting in de commissie *Opleiding Psychotherapeut*, die in 1946 aan het werk toog, onder voorzitterschap van Rümke.

Opmerkelijk genoeg vroeg men ook Jeanne Lampl-de Groot, de schatbewaarder van Freud zelf, en op dat moment de centrale persoon in de NVPa. Zij beschouwde de psychoanalyse als de enige wetenschappelijke psychotherapeutische stroming, en haar eigen instituut als enige opleiding. Begrijpelijk dus dat de commissie tussen 1947 en 1949 steggelde over de vraag welke psychotherapeutische stromingen in de psychiatrieopleiding aandacht behoefden. De commissie besloot uiteindelijk dat er in de medische opleiding aandacht moest komen voor psychologie en psychopathologie, maar sprak zich uit tegen een apart specialisme psychotherapie. Over het aandeel en de inhoud van psychotherapeutische scholing

in de psychiatrieopleiding bleef ze onbeslist; deze kwesties zouden jaren blijven terugkeren.

Je vraagt je al lezende af wat de overweging was om Lampl-de Groot in de commissie te vragen; dat kon niet goed gaan, zou je zeggen. Maar ook deze vraag wordt niet gesteld. Jammer, want dit boek was een kans om de geschiedschrijving te completeren vanuit het NVvP-archief. Een beknopte alinea met een verwijzing naar o.a. De Goei en Rijzer had hier in kunnen voorzien; nu beschrijft het boek een andere incomplete geschiedenis.

Het hoofdstuk over het overheidsbeleid sinds 1970 wekt daarentegen bewondering: het is een beknopte en overzichtelijke beschrijving van een ingewikkelde en roerige periode. De overheid liet jarenlang veel over aan het veld en aan het particulier initiatief. Maar na de invoering van de AWBZ in 1967 zag ze zich (vanwege haar financiële verplichtingen) gedwongen tot actievere bemoeienis. Talloze nota's, commissies en nieuwe instituties waren het gevolg, maar ook werkelijke veranderingen zoals deïnstitutionalisering, de formulering van patiëntenrechten en uiteindelijk de vervanging van de oude Krankzinnigenwet uit 1884.

Mijn eindoordeel over het boek is gemengd. De geschiedenis van het beroep psychiater is behoorlijk ingewikkeld en het is de vraag of die binnen driehonderd pagina's volledig valt te beschrijven. Er is een manmoedige poging daartoe gedaan, maar gelukkig voor de geschiedvorsers op dit terrein blijft er nog wat te doen.

SONJA VAN 'T HOF

Psycholoog, Amsterdam

BOEKEN

DEPLA, M. (2004).

Community-based care for older people with severe mental illness. A study on the integration of mental health into residential homes for the elderly.

Academisch proefschrift Universiteit Utrecht. Utrecht: Trimbos-instituut. bestel@trimbos.nl (AF0530) € 17,50

De samenleving vergrijst, maar in psychiatrische ziekenhuizen is ontgrijzing de trend. Deze trend heeft zich in twee fasen voltrokken. Door de sterk toename van (psychogeriatrische) verpleeghuizen in de jaren zestig en zeventig verdween de demente patiënt van de verblijfsafdelingen van het psychiatrische ziekenhuis. Van meer recente datum is het vertrek van de ouder wordende, niet-cognitief gestoorde chronische psychiatrische patiënt naar het verzorgingshuis. Deinstitutionalisering van chronische psychiatrische patiënten bleef tot 1990 beperkt tot patiënten onder de zestig jaar. De ervaring in het buitenland was dat de ondersteuning voor oudere patiënten om zelfstandig te wonen ernstig tekort schoot en dat voor 'transinstitutionalisering' naar de verpleeghuizen de noodzakelijke psychiatrische zorg ontbrak. Als antwoord op deze negatieve ervaringen werd in verschillende landen gestart met consultatie en ondersteuningsprogramma's vanuit de geestelijke gezondheidszorg in verpleeghuizen.

In Nederland begon men in de jaren negentig met deinstitutionaliseringprogramma's voor oudere chronische psychiatrische patiënten. Daarbij koos men voor verzorgingshuizen gezien de voordelen van een eigen appartement, de rela-

tieve heterogene bevolkingspopulatie, en de voor ouderen passende voorzieningen. Met andere groepen van kwetsbare en verzorgingsbehoeftige ouderen waren in verzorgingshuizen inmiddels goede resultaten bereikt.

871

Familiebezoek

Marja Depla onderzocht in hoeverre verzorgingshuizen erin slagen om ouderen met een chronische psychiatrische aandoening een goed leven te bieden. Haar proefschrift is een mijlpaal; niet alleen gezien het belang van het onderwerp maar ook door de wetenschappelijke kwaliteit van de diverse artikelen, inmiddels gepubliceerd in toonaangevende internationale geriatrische en psychiatrische tijdschriften. Depla bespreekt naast vragen over de kwaliteit van het dagelijks leven ook de opzet van de zorgvoorzieningen. Hoe kan de psychiatrische zorg het best worden geïntegreerd in het verzorgingshuis? Kunnen psychiatrische patiënten het best worden geplaatst bij elkaar geplaatst worden op één afdeling of verdient het juist de voorkeur om hen verspreid te laten wonen? Hangt dat af van de aard van de psychiatrische stoornis?

Om deze vragen te beantwoorden evalueerde Depla verschillende programma's in verzorgingshuizen en vergeleek ze drie patiëntengroepen uit zes verzorgingshuizen met een geconcentreerd woonprogramma, twaalf verzorgingshuizen met een gespreid-wonen beleid en vierentwintig verblijfsafdelingen van acht psychiatrische ziekenhuizen. Uit de evaluatie van zes geselecteerde projecten bleek dat de psychiatrische deskundigheid het best gewaarborgd is als een GGZ-instelling psychiatrische verpleegkundigen detachert

BOEKEN

met behoud van eigen taken. Dit model wijkt af van het gangbare model voor de opvang van demente ouderen of ouderen met extra somatische zorg in een verzorgingshuis. In dat model wordt de meerzorg geleverd door medewerkers in dienst van het verzorgingshuis. Om dit onderscheid duidelijk te maken spreekt Depla niet van psychiatrische meerzorg, maar van *supporting living*. Ze vergeleek 96 chronische psychiatrische patiënten in verzorgingshuizen met 78 patiënten van psychiatrisch ziekenhuizen. Uit haar onderzoek komt naar voren dat verzorgingshuizen psychiatrische patiënten meer privacy bieden en beter bereikbaar zijn dan de *long-stay*-units van psychiatrische ziekenhuizen. Dit leidt echter niet tot een grotere deelname aan de samenleving of een toename van bezoek van familie of bekenden. Alleen in de gespreide woonvariant wordt een vooruitgang gezien ten opzichte van het psychiatrisch ziekenhuis en dan alleen wat betreft de zeggenschap over het eigen leven. De positieve relatie tussen kwaliteit van leven en zeggenschap over het eigen leven geldt echter alleen voor patiënten met een niet-psychotische stoornis. Bij patiënten met een psychotische stoornis is voor de kwaliteit van leven vooral de aanwezigheid van een psychiatrische verpleegkundige van belang.

Depla's nuchter gepresenteerde onderzoeksbevindingen maken duidelijk dat het nog te vroeg is voor een definitief oordeel over de voor- en nadelen van plaatsing van chronisch psychiatrische ouderen in een verzorgingshuis. Wel is duidelijk dat de GGZ niet ontslagen is van de zorg voor chronisch psychiatrische ouderen. Het is daarom veelzeggend dat dit proefschrift

dan ook is opgedragen aan de werkers in de ouderenpsychiatrie.

PIET EIKELENBOOM

Hoogleraar ouderenpsychiatrie,
GGZ Buitenamstel, Amsterdam

SCHÄFER, B. (2004).

Brief psychological treatment in mental health care.

Academisch proefschrift Universiteit van Amsterdam, 157 p.

Wie voor de grap eens met Google op zoek gaat naar 'brief psychotherapy', zal verstandig staan van de variëteit aan typen kortdurende psychotherapie. Barbara Schäfer heeft met behulp van een enquête de stand van zaken in Nederland anno 1998 in kaart gebracht. De meeste GGZ-instellingen antwoordden haar dat kortdurende psychotherapie tot het standaardpakket behoorde of dat er vergevorderde plannen in die richting waren. Sommige meldden dat wel 30% van de patiënten (in eerste instantie) een kortdurende behandeling kregen aangeboden. Schäfer constateerde ook dat men in het algemeen nogal uit de losse pols werkte. Ze kon nergens een specifieke theorie, werkmethode, protocol of indicatiecriteria ontdekken. Daarom onderzocht ze hoe kortdurende psychotherapie is ingebed in de gespecialiseerde GGZ, welke patiënten ernaar worden verwezen en welke patiënten er baat bij hebben. In zes instellingen die samen een afspiegeling van de Nederlandse GGZ vormden, volgde ze gedurende acht maanden patiënten die naar kortdurende psychotherapie waren verwezen.

BOEKEN

Haar onderzoek levert clinici relevante gegevens op. Om te beginnen over de doelgroep. De indicatiecriteria die in de praktijk worden gehanteerd zijn niet terecht, noch qua algemene patiëntkenmerken (bijvoorbeeld leeftijd en opleidingsniveau) noch qua ernst van de klacht. Volgens Schäfers onderzoek is de kans op succes binnen zes zittingen het grootst als er sprake is van maximaal drie aanmeldingsklachten, een *gaf*-score van 55% of meer, redelijke zelfcontrole, een actieve copingstijl, en een niet al te uitgesproken behoefte aan structuur.

Goede relatie

Ook over de motivatie van de patiënt deed de promovenda interessante ontdekkingen. Kortdurend behandelen is geschikt voor patiënten met zeer uiteenlopende klachten. Maar welke generieke kenmerken hebben een voorspellende waarde? Het ligt voor de hand om naar motivatie en de daarin te onderscheiden stadia te kijken. Schäfer relateerde de groei of verandering in motivatie, uitgedrukt in de fases in het veranderingsproces zoals Prochaska en DiClemente (1982) die beschrijven, aan het effect van de behandeling. Een veranderingsgerichte of een actiegerichte attitude leek belangrijk, veranderingen daarin bleken niet significant samen te hangen met het effect van de behandeling.

Volgens veel onderzoek is de kwaliteit van de therapeutische relatie de belangrijkste voorspeller voor succes in de behandeling. Van de drie door Bordin genoemde ingrediënten van de therapeutische relatie (overeenstemming over binding, doel en taak) bleek vooral laatstgenoemde een belangrijke voorspellende factor voor the-

rapeutisch succes. Binding correleerde, tegen de verwachting in, niet.

Kortdurend behandelen is niet meer weg te denken uit de Nederlandse GGZ. Dat is ook terecht als men Schäfers voorstelling serieus neemt dat '25% tot 35% van de patiëntenpopulatie met deze vorm van behandelen geholpen kan worden.' Schäfers onderzoek is zowel voor de clinicus als voor het management een bruikbare richtlijn voor het inrichten en uitvoeren van kortdurende behandeling. Het belang van haar onderzoek is des te groter als je je realiseert dat de druk van overheid en financier om kort, goed en goedkoop te produceren steeds groter wordt. Een onderzoek dat zoveel duidelijke aanwijzingen bloot legt, mag niet genegeerd worden. Het woord is aan het veld.

PAUL RIJNDERS

Psycholoog, Emergis, Goes

KROOK, K. (2004).

Borderline de baas. Gids voor naastbetrokkenen.

Baarn: HB Uitgevers, 111 p., € 17,50

In deze beknopte inleiding legt de auteur aan naastbetrokkenen uit hoe ze de storende gedragskenmerken van de borderline persoonlijkheidsstoornis kunnen begrijpen, en vooral hoe ze daarmee effectief kunnen omgegaan. Krook is verpleegkundig specialist op de preventieafdeling van een Riagg, en vertelt over zijn ervaringen als voorlichter bij oudergroepen, partners en familie. Het boekje is sterk op de praktijk gericht en toegankelijk geschreven. Daarmee wordt helaas de nuance soms

BOEKEN

geweld aangedaan. Dat is des te storender, daar de borderlinestoornis gekenmerkt wordt door zwart-wit denken.

De geboden informatie is duidelijk en bondig geformuleerd. Daardoor is ze goed bruikbaar om na te lezen bij de dagelijkse spanningen die zich kunnen voordoen in de omgang met een borderliner. De termen borderliner en naastbetrokkene zijn de kernwoorden in de korte hoofdstukken. De vele citaten van ouders en patiënten verhogen de herkenbaarheid voor de lezer en verduidelijken de kern van de lessen uit het boekje. Daarin staat Krook stil bij afstand en nabijheid in de relatie, en bij de gevolgen die een teveel van beide heeft bij patiënten met een emotieregulatiestoornis. Hij gebruikt daarvoor nieuwe uitnodigende termen. Sponzen (te veel vereenzelving en zorg, vaak door de moeders) en spiegelen (wel betrokken, maar ook wijzen op eigen verantwoordelijkheid, vaak door de vaders).

Deze termen zijn interessant, maar bieden te weinig nuancering. Krook wijst niet op de mogelijkheid dat ouders elkaar kunnen aanvullen, of juist afremmen. Evenmin besteedt hij aandacht aan mogelijk borderlinedrag bij een van de ouders zelf. Er mag immers een genetische wortel voor de stoornis worden verondersteld, en door die te bespreken zal acceptatie ervan gemakkelijker worden.

Spiegelbeeld

Heel nuttig zijn de opvoedkundige adviezen en de uitleg over eenzijdig sponzende of spiegelende communicatie- en interactiepatronen. Krook licht de inductiefenomenen en de manipulerende zuigkracht van de symptomen toe en maakt ze begrijpelijk.

Daarna geeft hij suggesties hoe hiermee om te gaan. Hij sluit af met een toegankelijke (korte) literatuuropgave en een lijstje internetadressen. Dat laatste mag in een boekje als dit niet ontbreken, maar het is wat mager uitgevallen. Er ontbreekt bijvoorbeeld een verwijzing naar www.moelijkemensen.nl en de op die site verzamelde links.

Het boekje is een goede bijdrage aan voorlichtings- en begeleidingsprogramma's. Men kan er bijvoorbeeld bespreken wat men al lezend is tegengekomen. Er kan zelfs op basis van het boekje een kort programma worden ingericht. Daarnaast kan het een welkome en aanvullende informatiebron zijn voor naastbetrokkenen van deelnemers aan Linehan- of VERS-(vaardigheidstrainingen emotieregulatiestoornis)-training.

GENY VISBACH

Psychiater/psychotherapeut, Centrum voor Psychotherapie De Gelderse Roos, Lunteren

BELZEN, J.A. VAN (2004).

Religie, melancholie en zelf. Een historische en psychologische studie over een psychiatrisch egodocument uit de negentiende eeuw.

Kok: Kampen. 498 p., € 19,90

Dit lijvige boekwerk is in de eerste plaats een *case study* van mevrouw Doetje Reinsberg-Ypes (1840-1900) die gedurende tweeënehalf jaar – van haar vijftigste tot haar tweeënvijftigste – was opgenomen in de toen pas opgerichte gereformeerde psychiatrische instelling Veldwijk te Harderwijk, tegenwoordig onderdeel van de Meerkanten. Reinsberg publiceerde zes

BOEKEN

jaar na haar ontslag een *Bekeerings-geschiedenis* met de strekking: 'eerst was ik bezeten van duivelse wanen, nu ben ik verlost en wedergeboren'. De niet erg geletterde schrijfster was echter niet doorkneed in de tale Kanaäns en in het literaire genre van dit soort bekeringsgeschiedenissen. Dit zou een van de redenen kunnen zijn waarom de verhoopde erkenning en de gezochte weerklank uitbleef. Doetje Reinsberg had het boek al op eigen kosten moeten laten drukken, want geen uitgever wilde het doen. Van Belzen komt tot de conclusie dat dit geschrift een sterk compensatorische functie had.

Deze studie onderzoekt de relatie tussen het geloof van mevrouw Reinsberg en haar geestelijke gezondheid. Zoals gewoonlijk is de verhouding tussen beide niet eenduidig. Religie heeft een rol gespeeld in haar ziekte, maar heeft haar ook in staat gesteld om haar psychische problematiek te onderdrukken en binnen sociale kaders te verwerken. Het was destijds niet zo gemakkelijk om uit een psychiatrische inrichting ontslagen te worden.

Gereformeerd

Dit is niet slechts een *case study*, want een breed spectrum aan onderwerpen wordt behandeld. Van Belzen pakt de zaak breed aan en schuwt ook methodologische vragen niet. Er zitten historische en psychologische kanten aan het onderwerp. De auteur is in de beide disciplines gepromoveerd, alsook in de wijsbegeerte en de godgeleerdheid. Narratieve psychologie, ikposities, het dialogische zelf, en het genre van de autobiografie, van de bekeringsgeschiedenis en *psychohistory* worden besproken. Allerlei historische finesses

komen aan de orde over kerken en afscheidingen van gereformeerde en piëtistische signatuur. Bestaat er zoiets als gereformeerde psychiatrie? Sommigen geloofden daar destijds stellig in, Van Belzen en de meeste hedendaagse auteurs niet. En natuurlijk worden de termen uit de titel behandeld: religie, melancholie en zelf. Melancholie was de diagnose van mevrouw Reinsberg op Veldwijk. Heel nauwgezet bespreekt van Belzen de diagnose met behulp van DSM-criteria. Hij komt tot de conclusie dat mevrouw Reinsberg 'kennelijk aan een depressie heeft geleden, en dat bij haar sprake geweest kan zijn van een narcistische persoonlijkheidsstoornis.' (p. 313) Dit boek biedt een substantiële en gedegen bijdrage tot de aangesneden thematiek.

875

HARRY STROEKEN

Psychoanalyticus te Utrecht, en bijzonder hoogleraar voor godsdienstpsychologie in relatie tot geestelijke gezondheidszorg, Rijksuniversiteit Leiden

BODISCO MASSINK, J. (2004).

Als een heilige tekst. Opstellen over pastoraat en psychotherapie.

Tilburg: Katholiek Studiecentrum voor Geestelijke Volksgezondheid (KSGV), 116 p., € 16,65

Jan Bodisco Massink is predikant, psychoanalyticus en psychotherapeut, een zeldzame combinatie. De afgelopen ruim 25 jaar was hij voornamelijk werkzaam als psychotherapeut. Daarnaast ging hij voor in kerkdiensten, en maakte in workshops, lezingen, supervisie en coaching zijn ervaringen bruikbaar voor pastoren en therapeuten. In

BOEKEN

deze bundel opstellen presenteert hij de vruchten van al die activiteiten. Al lezend zie en hoor je een ervaren en enthousiaste hulpverlener aan het werk. Bodisco Massink maakt je deelgenoot van zijn reflecties en zijn kennis, stelt vragen en lijkt zelfs af en toe te luisteren naar het antwoord...

In het eerste opstel verkent hij in een autobiografisch getint relaas de verhouding tussen theologie en psychologie of psychotherapie. Hij vertelt hoe hij als jonge theoloog in aanraking kwam met psychotherapie en geboeid raakte door de overeenkomsten tussen theologie en de theorieën van Freud. Uit de manier waarop hij vertelt over zijn zoektocht spreekt een grote onbevangenheid. Hij heeft weerstand kunnen bieden aan de druk om te kiezen tussen de psychologische en de theologische visie op God.

Dat zien we terug in het tweede hoofdstuk, over agressie. Problemen daarmee zijn vaak de oorzaak van psychische klachten. Veel van de cliënten van de auteur zijn bang geworden voor hun agressie. Helder legt Bodisco Massink uit wat er met je gebeurt als je geen uiting geeft aan agressie, hoe het komt dat veel mensen hun agressie wegstoppen, en wat helpt. 'Doe er iets mee' is zijn advies en hij ondersteunt dit met bijbelse voorbeelden van hoe je woede productief kunt inzetten. Aardig is dat hij laat zien hoe ook bijbelvertalers zich hebben laten leiden door angst: in verschillende vertalingen is de oprechte woede van bijbelse figuren weggemoffeld en vervangen door woorden als 'ontroerd' of 'diep getroffen'.

De zes opstellen die de bundel bevat zijn kort. Dat is jammer: soms zou je wel eens iets meer willen lezen. Bijvoorbeeld

over het omgaan met distantie en betrokkenheid, het onderwerp van het derde artikel. Nu valt het accent vooral op het aanleren van voldoende afstand houden tot patiënt of pastoraal. Volgens Bodisco Massink is distantie een voorwaarde voor betrokkenheid en is juist het bewaren van afstand voor beginnende pastores en therapeuten moeilijk. Valt er over betrokkenheid werkelijk niet meer te zeggen dan Bodisco Massink hier doet?

Uit de hemel

Actueel is het onderwerp van de vierde bijdrage. Vanuit het begrip identiteit laat de auteur hier zijn licht schijnen over de interreligieuze dialoog. Heel optimistisch is hij daar niet over. Psychopathologie zal er altijd zijn en stoort communicatie. Bovendien is er bij veel mensen een diepe angst voor wat vreemd en anders is. De voorbeelden die hij kiest zijn (ook los van het onderwerp) de moeite waard. Zo maakt hij een aantal lezenswaardige opmerkingen over het werken in multidisciplinaire teams.

In de vijfde bijdrage komt de relatie psychologie en theologie terug. 'Is geloof louter psychologisch en zijn de godsvoorstellingen niets anders dan projecties?' (p. 79) Bodisco Massink antwoordt op deze klassieke vraag door 'God' te onderscheiden van 'God achter God'. Er is een verschil tussen de voorstellingen die mensen maken van God, 'en datgene/diegene waar deze voorstellingen naar verwijzen' (p. 75). De laatste duidt hij aan met 'God achter God' om vervolgens te laten zien hoe godsvoorstellingen en persoonskenmerken (en stoornissen) met elkaar samenhangen. Boeiend om te lezen en

BOEKEN

relevant voor zowel therapeuten als pastors. De eersten kan het stimuleren om in diagnostiek en behandeling aandacht te besteden aan de religieuze biografie van de cliënt; pastors zal het bewust maken dat geloof niet 'uit de hemel komt vallen', maar verweven is met hoe iemand in elkaar zit.

Dode taal

Het laatste opstel gaat over Freud. Bodisco Massink ziet allerlei parallellen tussen diens formuleringen en joods-christelijke theologische kerngedachten. Hij ontleent hier veel aan een toespraak van de historicus Y.H. Yerushalmi. In een lezing voor psychoanalytici stelde deze: 'In zijn verhouding tot de taal is Freud bijbels.' (p. 106) Dat is ook de belangrijkste overeenkomst die Bodisco Massink zelf ziet. In theologie en in psychoanalyse draait alles om taal. Taal koppelt het taallose onbewuste aan denkbeelden, zoals de mens Jezus een transcendente God kenbaar maakt. De taken van theologen en hulpverleners liggen verrassend dicht bij elkaar. 'Theologen hebben tot taak de Schrift telkens weer te actualiseren voor het heden; psychoanalytici hebben de taak de dode taal van mensen [...] open te breken opdat er weer levende werkelijkheid kan plaatsvinden.'

Met deze bundel draagt Bodisco Massink op een inspirerende manier aan die beide belangrijke taken bij. Daarnaast stimuleren deze opstellen de belangstelling van pastors en therapeuten voor elkaars vakgebied. Ook dat kan de hulpverlening alleen maar ten goede komen. Aanbevolen!

BEATE ROSE

Geestelijk verzorger, GGZ Midden-Brabant, Tilburg

HUTSCHEMAEKERS, G., TH. FESTEN, D. KAL, C. BOS, D. OOSTERHOLT, E. THOMAS & P. FIJN (2004).

Vragen naar zin. Het perspectief van de GGZ-cliënt.

Tilburg: KSGV, 88 p., € 13,65

877

Willen cliënten in de geestelijke gezondheidszorg zingevingsvragen aan de orde stellen? Wat voor vragen zijn dat dan? Vinden ze daarvoor gehoor in de huidige GGZ? Deze vragen stonden centraal op een in november 2003 gehouden studiebijeenkomst. Aanleiding was onder meer een rapport van GGZ Nederland en het Trimbos-instituut, 'Cliënten en hun omgeving over GGZ-programma's' (2002), dat vaststelde dat hulpverleners de subjectieve beleving van ziekte vaak onderbelichten.

Giel Hutschemaekers en Theo Festen gaan in dit boek in op de relatie tussen zingeving en de GGZ. Daartoe bespreken ze eerst het thema hulpvraag en zingeving. Veel beleidsmakers, bestuurders en professionals spreken over vraagsturing en vraaggericht werken, maar lijken in de praktijk onvoldoende aandacht te hebben voor wat cliënten willen. Nu heeft haast elke hulpvraag in de GGZ meerdere lagen. Zo zijn er de context, de stoornis in engere zin, de adaptatie en persoonlijkheid, en ook is er de zingevingdimensie. Cliënten klagen over depressieve gevoelens (stoornis), mopperen over hetgeen hen is overkomen (context), maar realiseren zich ook dat somberheid in hun eigen persoonlijkheid zit. Bijna altijd vertellen cliënten ook dat ze moeite hebben met het leven, dat ze niet goed weten hoe ze verder moeten gaan.

Al langer zijn er twee soorten psychotherapie. De symptoomgerichte behandelt

BOEKEN

op basis van DSM-diagnose en stopt zodra de symptomen weg zijn. Aandacht voor zingevingsvragen past hierin niet. De persoonsgerichte therapie stelt de gehele persoon, diens levensloop en de therapeutische relatie centraal, en biedt volop ruimte voor zingevingsthema's. Deze vorm van psychotherapie is het laatste decennium met haar therapeuten aan het verdwijnen.

Nieuw is een derde therapiesoort, de kortdurende probleemgerichte, die niet het symptoom of de cliënt centraal stelt, maar het probleem van de cliënt in diens context. Het draait hierbij om steun verlenen aan de cliënt die zichzelf als machteloos beschouwt. *Empowerment* is een zingevend proces in de bredere betekenis: de persoon in kwestie leert zichzelf ervaren als probleemeigenaar; hij of zij is wezenlijk zelf verantwoordelijk voor zijn of haar eigen leven. Cliënten hebben volgens de auteurs eigenlijk alleen baat bij een behandeling wanneer het geloof in het eigen kunnen terugkomt. Daarom behoren *empowerment* en zingeving altijd een rol te spelen in behandelingen. Dit vraagt van hulpverleners het besef dat ze een werktuig van de cliënt zijn.

Eerste hulp

In de tweede bijdrage betoogt Doortje Kal dat het patiënten ontbreekt aan perspectieven op hun anders zijn. Voor deze niet-standaardburgers is geen zingevende identiteit beschikbaar. Langdurige ziekte beneemt aan mensen de mogelijkheid om de gewone maatschappelijke rollen te vervullen en anderen en zichzelf zien hen ook niet meer als gewoon ziek, maar gezond zijn ze evenmin. De biomedische focus op ziekte verhindert hen bovendien de blik te

richten op hun eigen levensgeschiedenis, en bemoeilijkt hen te komen tot persoonlijke zingeving. Vooral het lichamelijke falen krijgt te veel de schuld van psychische stoornissen en belemmert mensen na te denken over wie ze feitelijk zijn, met al hun mogelijkheden en beperkingen.

Chiel Bos, directeur van Zorgverzekeraars Nederland, bespreekt het thema van de geestelijk verzorger als basisvoorziening. Volgens hem heeft de samenleving behoefte aan geestelijke verzorging als vast onderdeel van zorginstellingen en ziekenhuizen. Ze moet daar altijd beschikbaar en van goede kwaliteit zijn, zoals spoedeisende hulp en *intensive care*. Geestelijke verzorging is immers ook hulp aan mensen in nood, gefinancierd uit collectieve premies. De behoefte daaraan is net zo min planbaar als hulp bij verkeersongelukken of hersenbloedingen. Zingevingsvragen manifesteren zich ook vaak onverwachts in noodsituaties.

Emma Thomas, Paul Fijn en Doke Oosterholt zijn (ex-)cliënten. Thomas vertelt hoe ze via de belangeloze steun van een therapeut verder kon. Fijn, coördinator van de Cliëntenbond, vond het heel zingevend dat hij actief kon zijn in deze organisatie. Oosterholt ziet weinig in samenwerking tussen psychiatrie en geestelijke verzorging, maar staat er niet voldoende bij stil dat deze disciplines elkaar zouden kunnen verbeteren ten dienste van de cliënt. Dat is echter niet alleen een gemis in deze bijdrage, maar ook van deze bundel als geheel. Had er niet ook een bijdrage vanuit het perspectief van geestelijk verzorgers in moeten staan over praktijkervaringen met, en visies op samenwerking tussen hun en andere GGZ-disciplines? Geestelijke ver-

BOEKEN

zorging is immers bij uitstek de discipline waarbij het werken met zingeving en het cliëntenperspectief centraal staat.

FREEK BOON

Humanistisch geestelijk verzorger,
GGZ Delfland, Delft

DENEER, B.(RED.) (2004).

Gevaarlijke groepen. Groepsbehandeling in de ambulante forensische psychiatrie.

Houten, Bohn Stafleu Van Loghum, 187 p.,
€ 26,50.

De Nederlandse forensische psychiatrie staat momenteel sterk in de belangstelling. Zeker nu er zoveel geschreven wordt over klinische behandelingen zoals die binnen de TBS plaatsvinden, is een boek over ambulante varianten meer dan welkom. Deneer legt eerst uit wat ambulante forensische psychiatrie precies is, hoe deze werksoort is ontstaan en met welke patiënten wordt gewerkt. Daarna belicht hij de forensische behandeling in het algemeen, met fenomenen als delictscenario, delictketen en terugvalpreventie. Aparte hoofdstukken zijn gewijd aan agressie, relationeel geweld, pedoseksuele delinquenten, exhibitionisten, en zedendelinquenten met een verstandelijke handicap. Eerst wordt steeds de doelgroep beschreven, dan de beschikbare interventies en methoden. Het geheel wordt afgesloten met een betoog van Deneer zelf over de voordelen van groepsbehandeling boven individuele therapie.

Dit boek is uitermate leesbaar, met veel vignetten van patiënten. Het is een hele

kunst om de lezer inzicht te geven in de gedachtepatronen van forensische patiënten zonder te vervallen in vergoelijking of, aan de andere kant, demonisering. De diverse auteurs slagen daarin. Ze weten ook inzichtelijk te maken hoe interventies worden opgezet en uitgevoerd. Zo wordt goed duidelijk wat het doel van deze behandelingen is: het stoppen van het ongewenste gedrag, niet het verwerven van inzicht of persoonlijke groei.

De voordelen van groepsbehandeling worden op meerdere plekken in het boek uiteengezet. Een groep biedt meer veiligheid en herkenning, onderlinge steun en confrontatie, en de mogelijkheid om te oefenen met vele rollen en relaties. Daarbij komen de voordelen voor de therapeuten: een groep wordt altijd geleid door twee therapeuten, liefst een man en een vrouw. Dan is er minder risico op te grote nabijheid of juist te grote afstand van de patiënt, op uit de hand lopende tegenoverdracht en op *burn-out*, dan in een individueel behandelcontact.

De Waag

Dit boek maakt overtuigend reclame voor groepsbehandeling van forensische patiënten. Het is daarom jammer dat wetenschappelijke gegevens ontbreken: de auteurs schrijven alleen vanuit hun eigen psychotherapeutische praktijk. Onduidelijk blijft of de beschreven methoden breed worden toegepast en of ze wetenschappelijk onderzocht zijn of worden. Ook presenteren de auteurs geen cijfers. Er is natuurlijk wel het een en ander bekend over welke therapievorm bij welke groep effectief is gebleken en in welke situaties groepstherapie effectiever bleek. Ook der-

BOEKEN

gelijke gegevens ontbreken echter. De vier auteurs werken allemaal bij De Waag in Utrecht, Centrum voor Ambulante Forensische Psychiatrie. De lezer moet ervan uitgaan dat dit boek niet de *state of the art* van de ambulante forensische psychiatrie weergeeft, maar veeleer de werkwijze van een bepaalde setting, namelijk De Waag. Het is dus denkbaar dat elders in dit werkveld heel anders gedacht en gewerkt wordt dan in dit boek wordt beschreven.

ELS NOORLANDER

Psychiater, Delta Psychiatrisch Centrum,
Poortugaal

PIJNENBURG, M., & C. LEGET (RED.)
(2004).

Agressie in het ziekenhuis. Ethische aspecten van ondervinden, reageren en voorkomen.

Budel: Damon, 94 p. € 12,90. Verschenen in de Prudentia-reeks

Het toenemend agressief gedrag in de samenleving is ook doorgedrongen tot in het ziekenhuis. In het eerste hoofdstuk van deze bundel opstellen beschouwt de auteur dit probleem vanuit een ethisch-antropologisch perspectief. Hij bespreekt de mogelijke oorzaken en aanleidingen, zoals de macht en de onmacht van de geneeskunde, de verhouding tussen arts en (steeds mondiger maar ook eisender) patiënt, en het dilemma van het ziekenhuis als open gastvrij instituut voor lijdende mensen, dat zich tegelijkertijd moet beschermen tegen gewelddadigheid die deze gastvrijheid kan beperken. Een van de aardigheden in dit

hoofdstuk is dat de auteur ook melding maakt van de agressiviteit die in menige medische handeling schuilt, zoals blijkt uit termen als 'invasieve behandelingen', en 'de strijd met de ziekte winnen of verliezen'. Zulke 'oorlogsmetaforen' worden moreel gerechtvaardigd door het doel van deze strijd: de genezing van de ziekte. Die strijd kan echter ook leiden tot *furor therapeuticus*, het zinloos voortzetten van de behandeling tegen beter weten in.

De afsluitende bijdrage is een scherpzinnige sociaalpsychologisch-criminologische beschouwing over maatschappelijke verruwing, met behulp van uitgebreid literatuuronderzoek. Onderwerpen zoals ergerniswekkend gedrag, onbehoorlijk, onacceptabel en onwettig handelen, verbaal geweld, tanend gezag worden aan een kritische analyse onderworpen.

Deur op slot?

De tussenliggende hoofdstukken behandelen de praktische consequenties van agressie in het ziekenhuis. Conflict in de relatie tussen patiënt/bezoeker en hulpverlener, en organisatieproblemen in het ziekenhuis zijn volgens de auteurs potentiële bronnen van agressief gedrag. Dit gedrag manifesteert zich vooral op afdelingen voor spoedeisende hulp. Elk ziekenhuis moet daarom zijn eigen veiligheidsbeleid ontwikkelen, zowel ter preventie van agressief gedrag als voor acute dreigende situaties. De oplossing kan bestaan uit aanpassingen van het gebouw, training van medewerkers in agressiehantering, het aanstellen van beveiligingspersoneel en het toepassen van *triage*. Met dit laatste wordt bedoeld dat elke nieuwe patiënt op de afdeling spoedeisende hulp zo snel moge-

lijk gezien wordt om de mate van urgentie en daarmee de prioriteit van hulpverlening te bepalen. Hiervoor zijn richtlijnen opgesteld. Het blijkt dat deze methode onrust en eisend gedrag aanzienlijk vermindert.

De heterogeniteit van de bijdragen is kenmerkend voor deze uitgave. Het eerste en het laatste hoofdstuk bevatten theoretische beschouwingen die het thema van het boek inventariseren, problematiseren en generaliseren. Daartussen worden (probleemoplossende) voorbeelden uit de praktijk gegeven. Als een soort transculturele toegift is een gevalsbeschrijving opgenomen waarin onbekendheid met de betrokkenheid van een Roma-zigeunerfamilie bij hun zieke familielid tot agressieve reacties leidt. Een apart hoofdstuk over transculturele fenomenen in relatie tot het onderwerp van deze bundel zou niet hebben misstaan.

De verschillende bijdragen zijn ook afzonderlijk leesbaar; de praktijkartikelen vertonen zelfs enige overlap. Als de diverse hoofdstukken in een andere volgorde geplaatst waren, had dit de innerlijke samenhang van het boek bevorderd. ('Van theorie naar praktijk'). Behalve dat éénmaal de psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis genoemd wordt, blijft de situatie in de voorzieningen voor de geestelijke gezondheidszorg geheel buiten beschouwing.

B.C.M. RAES

Psychiater, hoogleraar forensische psychiatrie,
VU Amsterdam / RU Groningen



Signalementen

SAMENSTELLING: SONJA VAN 'T HOF

Derde gids Preventie van psychische stoornissen. Utrecht: Trimbos-instituut, 44 p., € 10,-.

Thema van deze gids is openbare geestelijke gezondheidszorg, met als centrale vraag: hoe kan de preventie van veelvoorkomende psychische stoornissen worden ingebed in het openbaar geestelijk gezondheidsbeleid? Een overzicht voor gemeenten van het werkterrein van de GGZ preventie en een agenda voor de komende jaren.

Bestellen: 030 297 1180 of www.trimbos.nl/producten, artikelnummer AF 0586. Ook te downloaden van www.trimbos.nl/default486.html. (rzv)

SHAYWITZ, S. (2005). **Hulpgids dyslexie. Een nieuw en volledig, op wetenschappelijk onderzoek gebaseerd programma om leesproblemen te overwinnen.** Amsterdam: Uitgeverij

Nieuwezijds, 249 p., € 24,95.

Kinderen met dyslexie kunnen hun brein gericht oefenen en deze hulpgids biedt informatie en oefeningen daartoe. Het besteedt ook aandacht aan een vroege diagnose bij kinderen en latere diagnose bij (jong)volwassenen, het kiezen van een school en strategieën om zelfvertrouwen op te bouwen.

Vertaling van *Overcoming Dyslexia* uit 2003.

SCHENE, A.H. (HOOFDRED.), F. BOER, T.J. HEEREN, J.P.C. JASPERS, B. SABBE, J. VAN WEEGHEL (RED.)(2005). **Jaarboek voor psychiatrie en psychotherapie 2005-2006.**

Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 392 p., € 69,-. Een verzameling bijdragen in drie delen: klinische en diagnostische beschouwingen, psychische aandoeningen en arbeid, en geestelijke gezondheidszorg

GUILLÉRON, E. (2005). **Het eerste gesprek in de psychotherapie.** Maastricht: Uitgeverij Gianni, 224 p., € 40,-.

Guilléron, emeritus hoogleraar psychiatrie aan de Universiteit van Lausanne en psychoanalyticus, heeft zich toegelegd op onderzoek naar de therapeutische effecten van psychoanalyse. Uitgaand van de gedachte dat een patiënt zijn psychisch evenwicht handhaaft door te steunen op zijn affectieve omgeving, wil hij aantonen dat korte psychotherapieën doeltreffend kunnen zijn.