

Boom

PSYCHISCHE AANDOENINGEN

Psychopathologie vanuit
herstelperspectief

Arie Hordijk
Will van Genugten



Psychische aandoeningen

Psychische aandoeningen

Psychopathologie vanuit herstelperspectief

Arie Hordijk en Will van Genugten

Boom

**inclusief
website!**



Met behulp van onderstaande unieke activeringscode krijg je toegang tot de website **www.psychischeaandoeningen.nl** voor extra materiaal. Deze code is persoonsgebonden en gekoppeld aan de eerste druk. Na activering van de code is de website twee jaar toegankelijk. De code kan tot zes maanden na het verschijnen van een volgende druk geactiveerd worden. De code is eenmalig te gebruiken.

Opmaak binnenwerk: Textcetera, Den Haag
Basisontwerp omslag: Dog & Pony, Amsterdam
Omslagontwerp: Haagsblauw, Den Haag
Beeld omslag: agsandrew

© Hordijk, Van Genugten & Boom uitgevers Amsterdam, 2021

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden vervoelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor het overnemen van (een) gedeelte(n) uit deze uitgave in bijvoorbeeld een (digitale) leeromgeving of een reader in het onderwijs (op grond van artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot Stichting Uitgeversorganisatie voor Onderwijslicenties, Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.stichting-uvo.nl.

No part of this book may be reproduced in any form, by print, photoprint, microfilm or any other means without written permission from the publisher.

ISBN 978 90 244 2856 4
ISBN 978 90 244 2857 1
NUR 133

www.psychischeaandoeningen.nl
www.boomhogeronderwijs.nl

Inhoud

Inleiding	11
Deel I Algemene inleiding in de kennis van psychische aandoeningen	13
1 Psychische aandoeningen – waar hebben we het over?	15
1.1 Positieve gezondheid	15
1.2 Psychische klachten	19
1.3 De medische benadering van psychische klachten	20
1.4 Het biopsychosociaal model	26
1.5 De sociaalpsychiatrische benadering	29
1.6 Culturele aspecten van psychische klachten en psychische gezondheidszorg	32
1.7 Samenvatting	34
Literatuur	34
2 De herstelgerichte benadering in de hulpverlening	37
2.1 Definitie van herstel	38
2.2 Herstel is een persoonlijk en uniek proces	38
2.3 Herstel verloopt min of meer in fasen	39
2.4 Vier aspecten van herstel	41
2.5 Herstelfactoren	43
2.6 Herstelondersteunende hulpverlening	44
2.7 Diversiteit in de psychische gezondheidszorg	49
2.8 Stigmatisering en destigmatisering	52
2.9 Samenvatting	57
Literatuur	58
3 Hoe ontstaan psychische aandoeningen?	61
3.1 Algemene gezichtspunten	62
3.2 Biologische factoren	64
3.3 Psychische factoren	82
3.4 Sociale factoren	91
3.5 Samenvatting	99
Literatuur	100

4	Een visie op psychische aandoeningen die leidend is voor de rest van dit boek	103
4.1	Het medisch model is ontoereikend	103
4.2	De sociale context waarin psychische klachten ontstaan speelt een cruciale rol	106
4.3	Een persoonlijke benadering is noodzakelijk	107
4.4	Het herstelperspectief is leidend	109
4.5	Samenvatting – positieve psychiatrie	110
	Literatuur	111
Deel II	Psychische aandoeningen	113
5	Angst	115
5.1	Angstproblematiek	115
5.2	De oorzaak van angstproblematiek	116
5.3	Het beloop van angstproblematiek	117
5.4	Soorten angst	118
5.5	Gevolgen voor het sociale netwerk	122
5.6	Herstellen van angstproblematiek	124
5.7	Samenvatting	130
	Literatuur	131
6	Depressie	133
6.1	Depressieve-stemmingsproblematiek	133
6.2	Oorzaken van een depressie	135
6.3	Het beloop van een depressie	137
6.4	Vormen van depressieproblematiek	139
6.5	Gevolgen voor het sociale netwerk	144
6.6	Begeleiden van mensen met een depressieve stemming	145
6.7	Samenvatting	156
	Literatuur	156
7	Manie	159
7.1	Wat is een manie?	159
7.2	Fasen van herstel	163
7.3	Gevolgen voor het sociale netwerk	171
7.4	Samenvatting	173
	Literatuur	174

8	Dwang en obsessie	177
8.1	Dwanghandelingen en obsessies	177
8.2	De verschillende vormen van dwang en obsessie	177
8.3	Ontstaan van dwang en obsessie	184
8.4	Het beloop van dwang en obsessie	185
8.5	Gevolgen voor het sociale netwerk	185
8.6	Herstellen in fasen	188
8.7	Afsluiting herstellen in fasen	198
8.8	Samenvatting	198
	Literatuur	199
9	Psychose	201
9.1	Het fenomeen psychose	201
9.2	De fasen van psychotisch worden en herstellen; herstelgerichte hulpverlening	216
9.3	Samenvatting	234
	Literatuur	235
10	Posttraumatische stress	239
10.1	Het begrip trauma	239
10.2	Posttraumatische stress	242
10.3	Gevolgen voor het sociale netwerk	249
10.4	Herstellen van posttraumatische stress	250
10.5	Samenvatting	258
	Literatuur	258
11	Dissociatie	261
11.1	Het verschijnsel dissociatie	261
11.2	Verschillende vormen van dissociatie	264
11.3	De oorzaak van dissociatie	267
11.4	Het beloop van dissociatieve problematiek	269
11.5	Gevolgen voor het sociale netwerk	269
11.6	Herstellen in fasen	270
11.7	Drempels in de begeleiding	280
11.8	Samenvatting	281
	Literatuur	282
12	Autisme	285
12.1	De kenmerken van autisme	286
12.2	Theorieën die autisme proberen te verklaren	294
12.3	Mensen met autisme en hun sociale netwerk	302
12.4	Begeleiding en herstelondersteuning van mensen met autisme in de verschillende fasen van het leven	304
12.5	Samenvatting	313
	Literatuur	314

13	Persoonlijkheidsproblematiek	317
13.1	Het fenomeen persoonlijkheidsproblematiek	317
13.2	Verschillende vormen van persoonlijkheidsproblematiek	320
13.3	Een alternatief model voor de indeling van persoonlijkheidsproblematiek	331
13.4	Gevolgen voor het sociale netwerk	333
13.5	Begeleiden van mensen met persoonlijkheids- problematiek	333
13.6	Samenvatting	350
	Literatuur	351
14	Verslaving en dubbele diagnose	353
14.1	Verslaving	353
14.2	Verschillende vormen van verslaving	354
14.3	Risicofactoren voor verslaving	367
14.4	Beloop van verslaving	369
14.5	Dubbele diagnose	369
14.6	Gevolgen voor het sociale netwerk	373
14.7	Herstellen van verslaving	374
14.8	Verslaving en criminaliteit	389
14.9	Samenvatting	390
	Literatuur	391
15	Problematisch eetgedrag	395
15.1	Problematisch eetgedrag	395
15.2	Vormen van problematisch eetgedrag	399
15.3	Gevolgen voor het sociale netwerk	405
15.4	Begeleiding van cliënten met een eetprobleem, de fasen van herstel	407
15.5	Samenvatting	413
	Literatuur	414
16	Lichaam en geest	417
16.1	Het psycho-neuro-immuno-endocriene systeem	417
16.2	Psychische aandoeningen waarbij lichamelijke klachten centraal staan	419
16.3	Lichamelijke gezondheid en leefstijl bij mensen met een psychische aandoening	429
16.4	Samenvatting	430
	Literatuur	431

17	Zelfbeschadiging	433
17.1	Vormen en achtergronden van zelfbeschadigend gedrag	433
17.2	Zelfbeschadigend gedrag en herstel	437
17.3	Bejegening van en hulp voor mensen die zichzelf beschadigen	443
17.4	Betekenis van zelfbeschadigend gedrag voor mensen in het sociale netwerk	446
17.5	Samenvatting	447
	Literatuur	447
18	Suïcidaal gedrag	449
18.1	Achtergronden van suïcidaal gedrag	450
18.2	Herkennen en bespreekbaar maken van suïcidaal gedrag	455
18.3	Mensen met suïcidaal gedrag herstelgericht begeleiden	459
18.4	Naastbetrokkenen van mensen met suïcidaal gedrag	461
18.5	Na de suïcide	463
18.6	Samenvatting	464
	Literatuur	464
	Illustratieverantwoording	466
	Register	467
	Over de auteurs	471

Inleiding

Aanleiding en invalshoek

Er bestaat een ruim aanbod van leerboeken over psychopathologie voor studenten in het hoger beroepsonderwijs. Ze hebben vrijwel allemaal gemeen dat ze de psychische aandoeningen voornamelijk benaderen vanuit de medische invalshoek, met de DSM-5 als onontbeerlijk referentiekader. Deze benadering is niet onbelangrijk en kan zinnig zijn, maar is ook eenzijdig. Psychische aandoeningen zijn niet te reduceren tot een stoornis van medische aard, met oorzaken, verschijnselen en behandel mogelijkheden. Ze hebben een ontstaansgeschiedenis en betekenis in de context van iemands leven, met vaak grote impact op alle terreinen van het leven, niet in het minst op iemands sociale netwerken. Zeker nu in de hele breedte van de psychische gezondheidszorg de focus gelegd wordt op herstel en herstelprocessen, en nu we weten dat herstel veel meer inhoudt dan het herstel van symptomen van de psychische aandoening, vonden wij het tijd worden voor een leerboek dat de psychische aandoeningen vanuit dat kader benadert.

Het bleek nog niet mee te vallen om de psychische aandoeningen op die manier te beschrijven. We werden ermee geconfronteerd dat ons eigen denken over psychische aandoeningen sterk beïnvloed en gevormd is door de medische benadering. Dat bleek bijvoorbeeld uit het gemak waarmee we spraken over ‘stoornissen’ en ‘psychopathologie’, termen die we geprobeerd hebben zo veel mogelijk te vermijden. De lezer zal in dit boek geen enkel DSM-rijtje met verschijnselen van een psychische aandoening tegenkomen, maar het bleek onvermijdelijk om DSM-termen te gebruiken, al was het alleen maar omdat de meeste psychische aandoeningen geen andere benaming hebben dan die van de DSM, of samen met andere aandoeningen zijn ondergebracht in een bepaald hoofdstuk van de DSM.

Opbouw van het boek

De opzet van het boek is als volgt. Deel I beschrijft de verschillende manieren waarop psychische aandoeningen benaderd kunnen worden. Aan de orde komen: de medische benadering, de biopsychosociale benadering, het model van positieve gezondheid, de sociaalpsychiatrische benadering en de herstelbenadering. Ook de verschillende factoren die tot het ontstaan van en het in stand blijven van psychische aandoeningen kunnen leiden – biologische, psychische en sociale factoren – worden in deel I beschreven. In deel II komen in afzonderlijke hoofdstukken de verschillende psychische aandoeningen aan de orde. Hier ontdekten we hoe voor de hand liggend het is om aandoeningen te beschrijven aan de hand van hun meest kenmerkende verschijnselen. Uiteraard moeten die verschijnselen benoemd en uitgelegd worden, maar daarmee kan

een psychische aandoening nog niet *begrepen* worden. We hebben geprobeerd om het *wezen* van de aandoeningen weer te geven: wat is feitelijk het lijden van mensen met problemen die wij ‘angststoornissen’ of ‘PTSS’ noemen, wat is de aard van een depressie of een psychose, waar gaat het bij eetproblematiek nu werkelijk om, wat zit er achter zelfbeschadigend en suïcidaal gedrag? We preten-deren niet dat we daar voor 100% in geslaagd zijn; we houden ons dan ook aan-bevolen voor verbeteringen voor een volgende druk! Daarnaast hebben we het be-loep van de psychische aandoeningen beschreven aan de hand van de fasen van herstelprocessen. Daarmee hebben we hopelijk iets zichtbaar gemaakt van de dynamiek van een aandoening in het totale plaatje van iemands leven, en de betekenis van functioneel, maatschappelijk en persoonlijk herstel, naast het herstel van gezondheid. Ook de betekenis van een psychische aandoening voor het sociale netwerk van mensen krijgt in elk hoofdstuk aandacht. Ten slotte is elk hoofdstuk verrijkt met een ervaringsverhaal, niet om een schoolvoorbeeld van een aandoening te geven, maar om de unieke werkelijkheid en de impact van een psychische aandoening op iemands leven te illustreren, de strijd en het lijden, en de dynamiek en kracht van herstelprocessen.



Website bij het boek

Bij dit boek hoort ook een website, **www.psychischeaandoeningen.nl**, met daarop informatieve video's opdrachten en oefenvragen die de student helpen de stof te begrijpen en toe te passen. In het boek wordt regelmatig verwezen naar materiaal op de website. In de marge van het boek staat dan dit icoontje.

Dankwoord

We zijn dankbaar voor de mensen die hun persoonlijke verhaal in dit boek een plaats hebben willen geven. Zij deden dat stuk voor stuk uit overtuiging, om met hun verhaal aan (toekomstige) hulpverleners te laten zien dat een psychi-sche aandoening geen noodlot is, maar dat er hoop is, dat herstel mogelijk is ondanks dat de psychische kwetsbaarheid doorgaans niet verdwijnt. We bedan-ken ook de meelezers – collega's in het land, ervaringsdeskundigen van Samen Sterk Zonder Stigma en MIND – die met hun kritische opmerkingen hebben bijgedragen aan verbetering van onze tekst. Ook bedanken we collega Gerard Franssen, die vanaf het begin met ons heeft meegedacht en een waardevolle bijdrage heeft geleverd aan de opzet van dit boek. Tot slot gaat onze dank uit naar de kunstenaars Peterjan Prinsen en Jeroen Zwaal voor de beelden in res-pectievelijk hoofdstuk 6 en 9.

Will van Genugten
Arie Hordijk

Januari 2021

Deel I

Algemene inleiding
in de kennis
van psychische
aandoeningen



Psychische aandoeningen – waar hebben we het over?

1

Van de Nederlandse volwassen bevolking maakt ruim 40% ooit in zijn¹ leven een psychische aandoening door. Geschat wordt dat jaarlijks bijna 1,9 miljoen volwassenen met psychische aandoeningen te kampen hebben (Veerbeek, Knispel & Nuijen, 2015), die overigens lang niet allemaal professionele hulp behoeven. Naar schatting hebben 280.000 Nederlanders een ernstige psychiatrische aandoening (EPA). Hieronder wordt verstaan: een psychiatrische stoornis van blijvende aard, die behandeling en/of zorg noodzakelijk maakt en die leidt tot ernstige beperkingen in het sociaal en maatschappelijk functioneren (Delespaul & Consensusgroep EPA, 2013). Mensen op wie de term EPA van toepassing is zijn langdurig afhankelijk van zorg en ondersteuning door sociaal werkers, ggz-agogen en verpleegkundigen. Als hulpverlener in de ggz zul je deze mensen veel tegenkomen.

Al deze mensen hebben psychische problemen, klachten, beperkingen, stoornissen, ziekten ... hoe wil je het noemen? In elk geval hebben zij klachten op het gebied van psychische gezondheid. In dit hoofdstuk wordt het terrein van de psychische klachten verkend. Daarvoor is een heldere omschrijving belangrijk van wat we onder (psychische) gezondheid verstaan en wat psychische klachten of aandoeningen precies zijn. Verder lees je in dit hoofdstuk hoe psychische klachten vanuit verschillende benaderingswijzen bekeken kunnen worden. Dat is niet onbelangrijk – hoe je naar psychische klachten kijkt bepaalt hoe je omgaat met mensen die psychische klachten hebben.

1.1 Positieve gezondheid

Wanneer we begrip willen krijgen van psychische klachten en psychische gezondheid, moeten we beginnen bij het begrip gezondheid. Wat gezondheid precies is, blijkt nog niet zo makkelijk te definiëren. Je kunt een afwijking of gebrek hebben – bijvoorbeeld een ontstoken oog, een huisstofallergie of met een verlamd onderlichaam in een rolstoel zitten – en je desondanks goed gezond

1 Voor de leesbaarheid houden we het taalkundig geslacht aan van woorden, en vaak is dat 'hij'. Maar uiteraard bedoelen we alle genders.

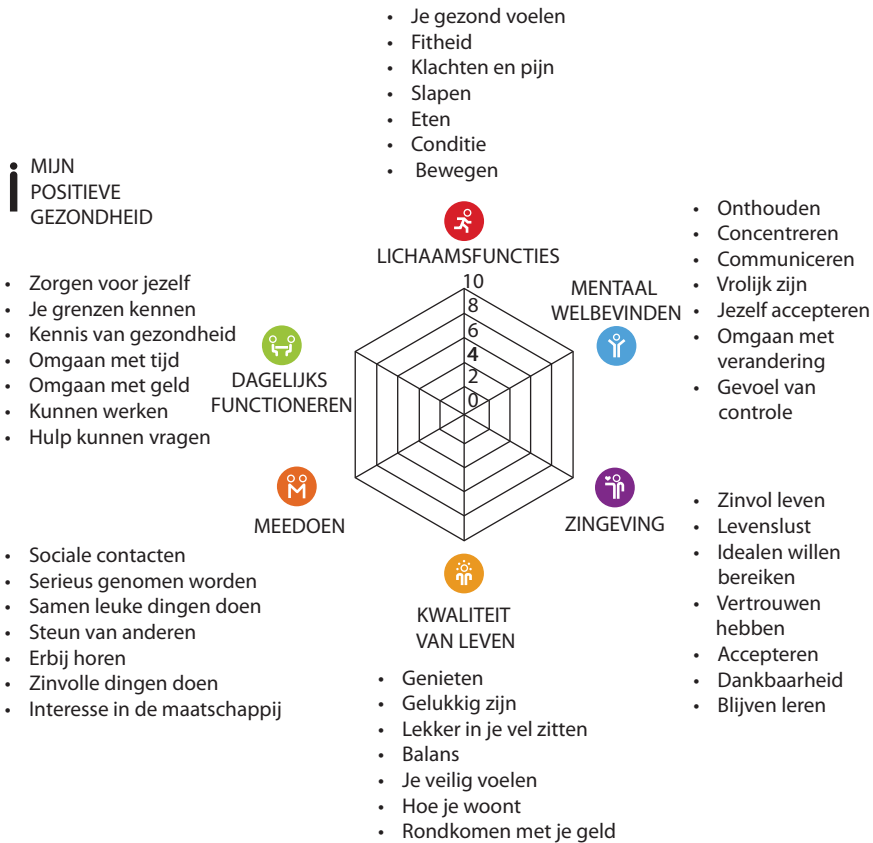
voelen. De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) definieerde gezondheid ooit als ‘een toestand van compleet fysiek, mentaal en sociaal welbevinden, en niet slechts de afwezigheid van ziekte of gebrek’ (WHO, z.d.b). Daarmee werd duidelijk gemaakt dat het bij gezondheid niet alleen om lichamelijke zaken gaat en ook niet alleen om objectief vast te stellen ziekten: ‘welbevinden’ is een subjectief begrip. Maar het woord ‘compleet’ in de definitie betekent in de praktijk dat vrijwel niemand gezond is.

In 2010 organiseerde de Gezondheidsraad een internationale conferentie met de titel ‘Is health a state or an ability? Towards a new concept of health’. Deze conferentie resulteerde in een nieuwe definitie, die in de jaren daarna werd getoetst en praktisch uitgewerkt. Deze luidt: ‘Gezondheid is het vermogen zich aan te passen en eigen regie te voeren, in het licht van sociale, fysieke en emotionele uitdagingen van het leven’ (Huber, Knottnerus, Green, Van der Horst, Jadad & Kromhout, 2011). In deze definitie staat de mens en niet de ziekte centraal, gaat het niet om de gebreken of stoornissen maar om wat je wel kunt. Om die reden wordt er gesproken over ‘positieve gezondheid’. Gezondheid is geen doel op zich, maar een middel of voorwaarde om je leven te leiden op een manier die bij je past en die voldoende bevrediging geeft.

In de uitwerking van deze definitie van positieve gezondheid worden zes dimensies of pijlers van gezondheid beschreven: lichaamsfuncties, mentaal welbevinden (psychische functies), zingeving (de spirituele en existentiële dimensie), kwaliteit van leven, meedoen (sociaal-maatschappelijke participatie) en dagelijks functioneren. Kortom, gezondheid gaat over het totale functioneren in de hele breedte van het leven, inclusief levensbeschouwing en zingeving (Positieve gezondheid, z.d.).

De nieuwe definitie van gezondheid – die overigens niet door de Wereldgezondheidsorganisatie is overgenomen – geeft mooie handvatten voor de hulpverlening aan mensen met psychische problemen, of in de woorden van de definitie: mensen met bijzondere sociale en emotionele uitdagingen van het leven. De aandacht gaat niet alleen uit naar de vraag: wat is er mis en moet verholpen worden, maar ook en vooral naar: wat heb jij nodig om je aan de gegeven uitdagingen aan te passen en je leven op de door jou gewenste manier te leven?

Het concept van positieve gezondheid is sinds de invoering ervan wel bekritiseerd (onder andere Van der Stel, 2016; Van Staa, Carol & Van Dam, 2017). Bezwaren zijn onder andere dat het concept theoretisch zwak onderbouwd is, dat de zes pijlers elkaar overlappen (‘Kwaliteit van leven’ heeft bijvoorbeeld veel te maken met de overige vijf pijlers) en dat gezondheid en gedrag in de nieuwe omschrijving van gezondheid niet onderscheiden worden. Volgens de omschrijving van Huber is gezondheid geen toestand, maar een *vermogen* om zich aan te passen en regie te voeren. Het zou zuiverder zijn om gezondheid wel degelijk te omschrijven als een toestand en daarnaast ook aandacht te geven aan de manier waarop mensen op die toestand reageren. Die manier van reageren (‘zich aanpassen en eigen regie voeren’) zou ook omschreven moeten worden in termen van gezond gedrag, want niet elke aanpassing en wijze van regie voeren



Afbeelding 1.1 De zes dimensies van positieve gezondheid, weergegeven als 'spinnenweb'. Met behulp van een gespreksformulier kan een score worden gegeven op de zes dimensies (www.iph.nl).

is 'gezond'. Iemand die zich bijvoorbeeld aan stressvolle omstandigheden aanpast door – onder eigen regie – veel sigaretten te roken of alcohol te drinken, lijkt te voldoen aan de omschrijving van positieve gezondheid, maar dit gedrag kan toch moeilijk als gezond gezien worden.

Ondanks deze kritiek kiezen we er in dit boek toch voor om het concept van positieve gezondheid te hanteren, omdat dit inmiddels zijn weg in de praktijk gevonden heeft en een bruikbare benadering is voor de hulpverlening aan mensen met psychische aandoeningen. Het model van positieve gezondheid is door hulpverleners van uiteenlopende disciplines te gebruiken. Met name de samenwerking tussen professionals in de zorg en in de welzijnssector wordt door dit concept goed mogelijk gemaakt. Juist voor de hulpverlening aan mensen met psychische aandoeningen is het erg belangrijk dat er een werkmodel is waarmee professionals uit de beide domeinen (zorg en welzijn) uit de voeten kunnen. Lichamelijke en mentale functiestoornissen worden gezien in relatie tot

de kwaliteit van iemands leven, zijn dagelijks functioneren, zijn participeren in de samenleving en de door hem ervaren zin en betekenis van het leven. De aandacht van hulpverleners richt zich op al deze aspecten van een (psychisch) gezondheidsprobleem, en niet slechts op de psychische klachten.

Tabel 1.1 geeft een overzicht van de verschillende aspecten van de zes pijlers, die voor hulpverleners en hun cliënten kunnen dienen als raamwerk voor een inventarisatie van krachten en klachten en daarmee als basis voor een zorg- of hulpverleningsplan.

Tabel 1.1 De zes pijlers van positieve gezondheid (Huber, 2014)

Pijlers van gezondheid	Aspecten van/bespreekpunten bij deze pijlers
Meedoen	Sociale en communicatieve vaardigheden
	Sociale contacten
	Betekenisvolle relaties
	Geaccepteerd worden en van betekenis zijn voor anderen
	Betekenisvol werk
	Maatschappelijke betrokkenheid
Dagelijks functioneren	Mogelijkheden voor algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL)
	Werkvermogen
	Gezondheidsvaardigheden
Kwaliteit van leven	Welbevinden
	Geluk beleven
	Kunnen genieten
	Levenslust
	Ervaren gezondheid
	Balans ervaren
Zingeving	Doelen of idealen nastreven
	Toekomstperspectief
	Acceptatie
	Zingeving
Mentaal welbevinden	Cognitief functioneren
	Eigenwaarde en respect
	Gevoel controle te hebben
	Veerkracht
	Je situatie begrijpen
	Emotionele stabiliteit
Lichaamsfuncties	Medische feiten
	Ervaren gezondheid
	Lichamelijk functioneren
	Klachten en pijn
	Energie

Kader 1.1**De drie componenten van gezondheid**

In de discussie over wat gezondheid wel of niet is, is iedereen het er wel over eens dat gezondheid meer is dan de afwezigheid van ziekte. Om meer vat op het begrip gezondheid te krijgen, wordt vaak onderscheid gemaakt tussen de *objectieve* kant van gezondheid en ziekte, de *subjectieve* kant en de *gedragmatige* kant. De objectieve kant gaat over de aanwijsbare aan- of afwezigheid van een ziekteproces in het lichaam, bijvoorbeeld vernauwde bloedvaten of een tumor in de hersenen (waar in het Engels het woord *disease* voor wordt gebruikt). De subjectieve kant gaat over de beleving van de persoon van zijn ziekte: gevoelens van pijn, verdriet, ongemak, angst, enzovoort (Engels: *illness*). De gedragscomponent gaat over de manier waarop iemand met zijn klachten omgaat, hoe hij erover praat, hoe hij er zijn leven door laat beïnvloeden, hoe en waar hij steun zoekt. Het ‘vermogen zich aan te passen en eigen regie te voeren’, de kern uit de definitie van Huber, gaat vooral hierover.

Op de website bij het boek vind je een opdracht over positieve gezondheid.



1.2 Psychische klachten

Net als het begrip gezondheid is de term ‘psychische klachten’ lastig te definiëren. Delespaul, Milo, Schalken, Boevink en Van Os (2016, p. 24) stellen onomwonden: ‘Het belangrijkste wat we over psychische klachten kunnen zeggen, is dat we niet precies weten wat dat zijn.’ Dat klinkt niet erg bemoedigend, vooral als vooraanstaande deskundigen het zeggen. Het is echter een belangrijke uitspraak, die tot bescheidenheid maant: we bekommeren ons om mensen met psychische klachten, maar wat dat inhoudt weten we niet precies, ons begrip ervan is beperkt.

Toch valt er natuurlijk in het algemeen wel iets te zeggen over psychische klachten waar hulpverleners richting aan kunnen ontleen voor hun handelen. Om te beginnen gaat het bij psychische klachten voornamelijk over problemen in het psychisch functioneren van mensen. Hiermee bedoelen we problemen in de hantering van stressvolle situaties, problemen met het eigen zelfbeeld, problematische, niet-functionele opvattingen, overtuigingen of gedachtegangen, problematische gevoelens, emoties en impulsen, en problematisch gedrag. Met ‘problematisch’ bedoelen we dat het functioneren van mensen erdoor belemmerd wordt of dat hun gedrag henzelf of hun naasten in moeilijkheden brengt. Voorbeelden hiervan zijn depressieve gevoelens, onredelijke en hinderlijke angsten of paniek, heftige woede, impulsieve, soms destructieve gedragingen zoals zelfverwonding en suïcidepogingen, verslaving, stemmen horen, paranoïde wanen en dwangmatige handelingen. Hoewel bij veel psychische aandoeningen een bepaald verschijnsel centraal staat, bijvoorbeeld depressie, angst of stemmen horen, zijn er veel psychische klachten die erg algemeen zijn en vaak voorkomen, ongeacht de aard van de psychische aandoening. Het gaat hierbij bijvoorbeeld om klachten als slecht slapen, veel piekeren, last hebben van stress die je niet goed weet te hanteren, onzekerheid en faalangstigheid.

Een belangrijk aspect van psychische aandoeningen is dat ze invloed hebben op alle terreinen van het leven. Iemands functioneren op school of werk kan (ernstig) onder een psychische aandoening lijden, evenals iemands zelfredzaamheid en zelfzorg. Op lichamelijk gebied kan er sprake zijn van pijnklachten, moeheid, slaapklachten, de gevolgen van een ongezonde leefstijl – te veel roken, drank- en middelengebruik, te weinig gezonde voeding – en de bijwerkingen van medicijnen die voor de psychische klachten worden gebruikt. Ten slotte – maar niet het minst belangrijk – beïnvloeden psychische aandoeningen de familie- en andere sociale relaties. Mensen in de directe omgeving van de persoon met psychische klachten lijden mee. Zij zijn er vaak intens bij betrokken, maken zich zorgen, voelen zich soms machteloos of wanhopig, en soms krijgen zij zelf psychische klachten. Partnerrelaties kunnen bezwijken onder de druk van een ernstige psychische aandoening, er kunnen spanningen ontstaan in het gezin, waar opgroeiende kinderen onder lijden, en vriendschappen kunnen worden verbroken. Om die reden moeten hulpverleners hun aandacht niet beperken tot de persoon met de klachten, maar ook oog hebben voor de mensen in de onmiddellijke omgeving van die persoon. Familieleden moeten bij de hulpverlening worden betrokken, hun zorgen moeten gehoord en gezien worden, hun draagkracht moet waar nodig ondersteund worden. Bijzondere aandacht vragen kinderen van mensen met een psychische aandoening (KOPP: kinderen van ouders met psychische problemen). Afhankelijk van hun leeftijd, hun veerkracht, de ernst van de problematiek en het al of niet beschikbaar zijn van voldoende steun, heeft de problematiek van de ouder impact op hun ontwikkeling. Deze kinderen hebben een minstens drie keer grotere kans om op volwassen leeftijd psychische problemen te ontwikkelen dan kinderen die opgroeien bij psychisch gezonde ouders (Van der Zanden et al., 2017).



Op de website bij het boek vind je een opdracht over psychische klachten.

1.3 De medische benadering van psychische klachten

Het concept van positieve gezondheid vindt langzaam maar zeker ingang in de Nederlandse gezondheidszorg. In de ggz echter is de ‘klassieke’ medische benadering nog dominant aanwezig. Met de klassieke medische benadering bedoelen we hier de benadering van psychische problemen als (hersens)ziekten of ziekteverschijnselen. Op basis van die verschijnselen wordt een diagnose gesteld. De diagnose wordt het uitgangspunt voor een passende behandeling, waarin medicijnen doorgaans een belangrijke plaats innemen. In tegenstelling tot de benaderingswijze van positieve gezondheid staan in de klassieke medische benadering de stoornissen en problemen centraal. Nu is het niet verkeerd om problemen te identificeren en te analyseren, maar met de focus daarop verdwijnen meestal andere aspecten van iemands verhaal uit beeld. Wat de psychische klachten voor iemands dagelijks leven en voor zijn naasten betekenen krijgt in de klassieke medische benadering vaak niet de aandacht die het ver-

dient. Ook is er vaak te weinig oog voor het levensverhaal van de persoon in kwestie. Vrijwel altijd zijn in iemands verleden aanleidingen of gebeurtenissen te vinden die een belangrijke rol spelen in het ontstaan van de klachten, maar dat krijgt weinig aandacht wanneer je het probleem eenmaal hebt gedefinieerd als ziekte en gelabeld hebt met een diagnostische term. Hoewel de medische benadering in theorie oog heeft voor de sociale context waarin psychische problematiek ontstaat, wordt in de praktijk het ‘zieke individu’ toch makkelijk uit die context en zijn biografie losgemaakt. Psychisch lijden wordt in de klassieke medische benadering gereduceerd tot een diagnose, die diagnose bepaalt het beeld dat de hulpverlener van iemand heeft en dat beeld wordt al te makkelijk eenzijdig. Alle informatie over iemand die niet duidelijk gerelateerd is aan de diagnose wordt als minder relevant gezien. Je hoort nog weleens de klacht dat de diagnose wordt behandeld in plaats van de persoon.

Kader 1.2**Classificatiesystemen voor psychische aandoeningen**

Voor de diagnostiek van psychische aandoeningen is de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5* (DSM-5; APA, 2014) een belangrijke leidraad. In de DSM-5 zijn van ongeveer 360 diagnoses de criteria beschreven, op grond waarvan die diagnoses moeten worden gesteld. Deze lijstjes met criteria zijn niet meer dan afspraken: op basis van consensus over de recentste inzichten heeft men afgesproken op welke criteria een bepaalde diagnose gebaseerd moet zijn. De DSM geeft dus geen verklaringen voor de ‘ziektebeelden’, en evenmin aanwijzingen voor de behandeling.

Naast de DSM-5 bestaat nog een ander classificatiesysteem, de International Classification of Diseases (ICD-11; WHO, z.d.a). Dit is een classificatiesysteem van de WHO voor zowel lichamelijke als psychische aandoeningen. In de Nederlandse ggz wordt vrijwel uitsluitend gewerkt met de DSM-5.

Hoe nuttig het classificeren van psychische aandoeningen ook mag zijn, er kleven belangrijke nadelen aan. Met de diagnose wordt de indruk gewekt dat een welomschreven ziekte is vastgesteld en dat we nu ‘dus’ weten wat er aan de hand is. Dat is geenszins het geval. Hoewel psychiaters er vaak op wijzen dat het vaststellen van een DSM-diagnose slechts een classificatie is, die gevolgd moet worden door een uitvoerige beschrijvende diagnose, uniek voor de betreffende persoon, leert de praktijk dat het diagnostische label uit de DSM vaak bepalend is voor het beeld en de verwachtingen (of non-verwachtingen) die hulpverleners van een cliënt of patiënt hebben.

Toch is er wel iets aan het bewegen in de klassieke medische benadering. De verschuiving naar het concept van positieve gezondheid is zo’n beweging, evenals de herstelbenadering die in hoofdstuk 2 aan de orde komt, maar er is meer. Hier worden twee ontwikkelingen besproken: de verschuiving van denken in diagnoses naar denken in symptoomnetwerken, en aandacht voor de betekenis van zogenoemde ‘transdiagnostische factoren’.

Op de website bij het boek vind je een opdracht bij de medische benadering van psychische klachten.



1.3.1 Symptoomnetwerken

In de klassieke medische benadering zijn symptomen een uiting van een ziekte. Een voorbeeld uit de lichamelijke gezondheidszorg: de symptomen hoofdpijn, scheelzien en misselijkheid zijn uitingen van een hersentumor. De hersentumor is de ziekte die de symptomen verklaart. Men heeft lange tijd gedacht dat op dezelfde manier psychische klachten verklaard zouden kunnen worden uit een onderliggende ziekte. Ondanks onnoemelijk veel research is dit tot nu toe voor geen enkele psychische aandoening aangetoond.

Het concept van symptoomnetwerken gaat uit van een heel andere opvatting over de betekenis van symptomen. Symptomen hangen met elkaar samen en versterken elkaar. Zij vormen een netwerk, een zichzelf onderhoudend systeem. Een voorbeeld.

Voorbeeld

Bram

Bram voelt zich (om wat voor reden dan ook) erg gespannen; daardoor slaapt hij slecht; daardoor is hij overdag vermoeid; daardoor kan hij zich niet goed concentreren, vergeet hij dingen en maakt hij fouten; daaruit trekt hij de conclusie dat er iets ernstigs aan de hand is; daarover maakt hij zich grote zorgen en voelt hij zich somber; dit versterkt de gevoelens van gespannenheid; daardoor slaapt hij slecht – enzovoort. Gaandeweg wordt dit steeds erger, er is een vicieuze cirkel ontstaan. De depressieve en angstige gevoelens en negatieve gedachten nemen toe. Bram heeft soms zelfs de gedachte dat het beter is om er niet meer te zijn, zo moedeloos is hij ervan geworden.

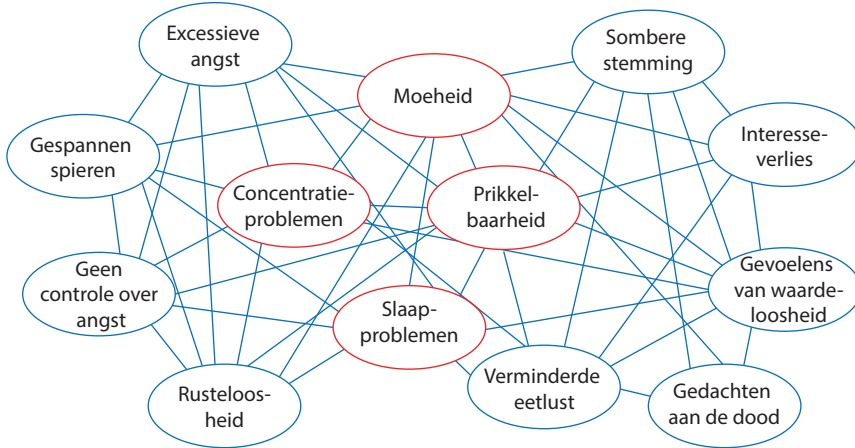
Als Bram met dit verhaal naar de huisarts zou gaan, zou deze, uitgaande van de klassieke medische benadering, makkelijk kunnen concluderen dat Bram depressief is. Maar vanuit het concept van symptoomnetwerken worden *de symptomen zelf en hun onderlinge relaties* gezien als ‘het probleem’. De veronderstelling dat hieronder een ‘ziekte’ ligt die ‘depressie’ heet, is helemaal niet nodig. Wat nodig is, is dat deze symptomen, hun onderlinge relaties, de mogelijke herkomst ervan en de betekenis van de klachten voor Brams dagelijks leven met hem worden besproken, en dat de vicieuze cirkel wordt doorbroken. Dat kan op verschillende manieren, waaronder medicatie, maar uitgaan van een ziekteconcept is hiervoor niet nodig.

Deze netwerkbenadering van symptomen biedt ook een verklaring voor wat in de klassieke medische benadering ‘comorbiditeit’ heet, het tegelijk voorkomen van verschillende ziektebeelden. In zulke gevallen krijgen mensen twee of meer diagnoses. Sommige symptomen komen in de lijstjes van verschillende diagnoses voor. Deze worden in de netwerkbenadering ‘brugsymptomen’ genoemd. Een voorbeeld hiervan wordt gegeven in tabel 1.2. Daar zie je de verschijnselen van een gegeneraliseerde-angststoornis en een depressieve stoornis, twee diagnoses uit de DSM-5, de eerste uit het hoofdstuk ‘Angststoornissen’, de tweede uit het hoofdstuk ‘Depressieve-stemmingsstoornissen’. De gecursiveerde symptomen komen in beide lijstjes voor, dit zijn de brugsymptomen. In afbeelding 1.2

zijn deze symptomen weergegeven als een netwerk. Links de symptomen van de gegeneraliseerde-angststoornis, rechts de symptomen van een depressieve stoornis. De roodomrande symptomen in het midden horen bij beide aandoeningen. Dit zijn opnieuw de brugsymptomen (ontleend aan Borsboom & Cramer, 2013). Op deze manier kan de samenhang tussen de vele diagnoses uit de DSM in beeld worden gebracht.

Tabel 1.2 Verschijnselen van een gegeneraliseerde-angststoornis en een depressieve stoornis

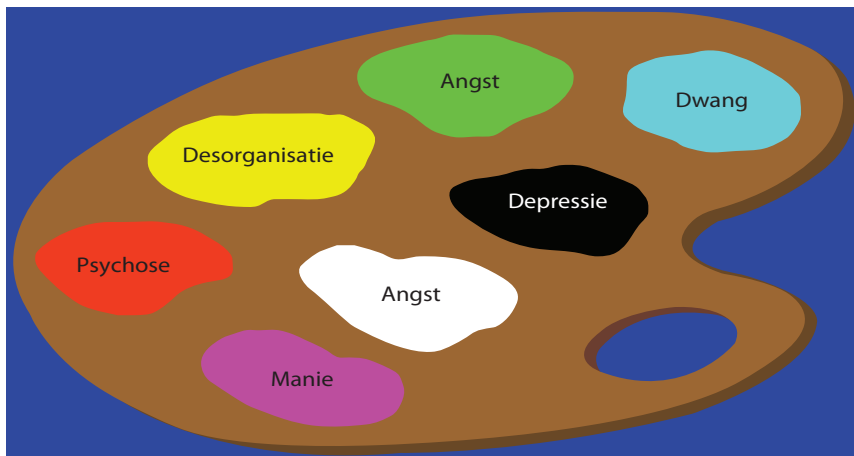
Gegeneraliseerde-angststoornis (GAS)	Depressieve stoornis
1. Excessieve angst en bezorgdheid 2. Geen controle over de angst 3. Rusteloosheid, of het gevoel opgesloten te zitten 4. Snel <i>vermoeid</i> 5. <i>Concentratieproblemen</i> 6. <i>Prikkelbaarheid</i> 7. Gespannen spieren 8. <i>Slaapproblemen</i>	1. Sombere stemming 2. Interesseverlies, vermindering van plezier 3. Verminderde eetlust en gewichtsverlies 4. <i>Slaapproblemen</i> 5. Geremdheid of verhoogde <i>prikkelbaarheid</i> 6. <i>Moeheid</i>, verlies van energie 7. Gevoelens van waardeloosheid, schuldgevoelens 8. <i>Concentratieproblemen</i>, besluiteloosheid 9. Terugkerende gedachten aan de dood



Afbeelding 1.2 Weergave van symptoomnetwerk van gegeneraliseerde-angststoornis en depressieve stoornis

De psychiaters en onderzoekers Rutger en Jaap Goekoop pakten het op een andere manier aan (Goekoop & Goekoop, 2016). Zij analyseerden de symptoomnetwerken van 192 mensen met verschillende psychiatrische diagnoses, zonder dat deze mensen op die diagnoses waren geselecteerd. Met andere woorden: het deed er niet toe wat hun diagnoses waren. Hun symptomen werden genoteerd en de samenhang (correlatie) tussen de aanwezige symptomen vastgesteld. Dat wil zeggen: als iemand symptoom a heeft, hoe vaak komt het dan voor dat hij ook de symptomen b, c enzovoort heeft? Volgens deze onderzoekers blijkt

dat alle symptomen van psychiatrische toestandsbeelden direct of indirect met elkaar zijn verbonden tot één groot ‘psychopathologieweb’. Sommige symptomen vertonen veel verbindingen met andere symptomen. Deze fungeren als een centraal symptoom, waaromheen andere symptomen zijn geclusterd. Binnen het totale psychopathologieweb is een aantal van die clusters te vinden, zoals de clusters depressie, manie en psychose. De centrale symptomen, de *hubs* in het netwerk, fungeren tegelijk als de al eerdergenoemde brugsymptomen. Er is een duidelijke overeenkomst tussen deze clusters en de diagnostische categorieën van de DSM-5 – die zijn op zich dus zo gek nog niet – maar de problematische opdeling van psychopathologie in meer dan 360 diagnoses is hier niet aan de orde. Goekoop & Goekoop noemen de verschillende netwerkclusters ‘elementaire syndromen’. Zij ontdekten in hun analyse van de 192 patiënten zes van zulke elementaire syndromen. Volgens hen bestaan er vermoedelijk twaalf tot vijftien elementaire syndromen. Alle bestaande psychiatrische toestandsbeelden zijn samengesteld uit meerdere elementaire syndromen. Als je de elementaire syndromen voorstelt als een schilderspalet met vijftien kleuren verf, dan is elk psychiatrisch toestandsbeeld van een bepaalde persoon een uniek schilderij, geschilderd met verschillende combinaties van die kleuren verf en in verschillende intensiteiten. Bijvoorbeeld: het ‘beeld’, dat volgens de benadering vanuit de DSM-5 de naam ‘schizofrenie’ krijgt, is samengesteld uit de elementaire syndromen Psychose (wanen en hallucinaties), Remming (motivationale en psychomotorische remming), Desorganisatie (chaotisch gedrag en chaotische gedachtegang) en eventueel de clusters Depressie (negatieve emoties en cognities) en Angst (lichamelijke psychische manifestaties van angst en gespannenheid). Maar bij iedere individuele persoon met de diagnose schizofrenie zijn die combinaties van elementaire syndromen verschillend qua omvang en intensiteit.



Afbeelding 1.3 Elementaire syndromen als een palet, waarmee alle voorkomende psychische aandoeningen geschilderd kunnen worden. Hier zijn er zeven genoemd, er zijn rond de vijftien elementaire syndromen te onderscheiden.

Als een netwerkbenadering van symptomen gemeengoed zou worden – zover is het nog lang niet – zou de unieke combinatie van klachten en symptomen van iedere persoon met psychische problemen individueel in kaart en in beeld kunnen worden gebracht, en zou de behandeling gericht kunnen worden op de belangrijke brugsymptomen. Met andere woorden, deze benadering biedt een goede basis voor diagnostiek en behandeling op maat: iemands klachtenpatroon kan letterlijk als een netwerk worden weergegeven in een plaatje (zoals in afbeelding 1.2), de cliënt kan daarin aangeven welke symptomen voor hem het belangrijkste zijn, en vervolgens kunnen cliënt en behandelaar bespreken hoe die symptomen het best kunnen worden aangepakt.

1.3.2 *Transdiagnostische factoren*

Het is hulpverleners en onderzoekers in de geestelijke gezondheidszorg opgevallen dat veel hulpvragers, ongeacht hun diagnose, overeenkomende kenmerken hebben. Deze kenmerken is men ‘transdiagnostische factoren’ gaan noemen, om aan te geven dat het gaat om kenmerken die niet specifiek aan een diagnostische categorie zijn gebonden maar door de grenzen van deze categorieën (transdiagnostisch) heen lopen (Heycop ten Ham, Hulsbergen & Bohlmeijer, 2015; Van Amelsfoort, Klaassen & Van den Heuvel, 2018). Merk op dat de term zelf geheel en al is ingegeven door het klassieke medische denken: het psychisch lijden van mensen kan op basis van medisch onderzoek worden geclassificeerd in allerlei diagnoses, die uiteraard niet ter discussie staan – maar hé, soms komen we dezelfde factoren tegen bij verschillende diagnoses. Het zou beter zijn om te spreken van ‘gemeenschappelijke factoren bij verschillende psychische aandoeningen’. Het gaat om de volgende factoren.

- *Overeenkomende biologische factoren.* Dat genetische factoren een rol spelen bij het ontstaan van veel psychische aandoeningen is al lange tijd bekend. Aanvankelijk verwachtten onderzoekers dat zij specifieke genetische afwijkingen zouden vinden die verantwoordelijk zouden zijn voor de afzonderlijke diagnostische categorieën. Gebleken is dat bij een psychische aandoening veel genetische varianten betrokken zijn en dat die niet specifiek zijn voor die aandoening of diagnostische categorie (zie verder paragraaf 3.2.1). Ook neurobiologische mechanismen, voor zover we die kennen, vertonen overeenkomsten tussen verschillende aandoeningen. Neurale systemen voor de verwerking van informatie zijn betrokken bij psychotische ontregelingen, autisme, ADHD en verslaving. Structuren in de hersenen die zijn betrokken bij motivationele processen spelen een rol bij zowel psychose als verslaving. Het systeem in ons brein dat te maken heeft met algehele gevoelens van welzijn (‘goed in je vel zitten’) kan in veel verschillende situaties ontregeld zijn, waardoor mensen zich angstig en somber kunnen voelen. Deze neurobiologische overlap kan verklaren waarom het gedrag en de klachten van mensen vaak voldoen aan de criteria van meer dan een diagnose, de al eerder genoemde comorbiditeit.

- *Overeenkomende psychologische kenmerken.* Veelvoorkomende psychologische kenmerken van hulpvragers, die zich niets aantrekken van de grenzen van de diagnostische categorieën, zijn laag zelfbeeld, onzekerheid, faalangstigheid en perfectionisme. Overigens komen die ook veel voor onder mensen die (redelijk) goed functioneren en nooit hulp zoeken.
- *Overeenkomende gedragingen en symptomen.* Vermijdingsgedrag, verslaving (denk hierbij niet alleen aan alcohol en drugs, maar ook aan roken en eten) en dwangmatig gedrag zijn voorbeelden van gedrag dat zeer geregeld wordt gezien bij mensen met uiteenlopende diagnoses. Hetzelfde geldt voor symptomen als sombere en angstige gevoelens, slaapklachten, dissociatieve klachten en zelfs psychotische ervaringen.
- *Traumatische ervaringen in het verleden.* Misschien is wel de meest gemeenschappelijke factor bij psychisch lijden dat mensen in het verleden ingrijpende en traumatiserende ervaringen hebben opgedaan. Het kan gaan om bijvoorbeeld geweld en agressie in het gezin waarin iemand is opgegroeid, fysieke of emotionele mishandeling, seksueel misbruik of pesten. Deze ervaringen hebben grote impact op je vorming als mens en kunnen een belangrijke rol spelen bij het ontstaan van talloze vervangen door: psychische aandoeningen, zoals angstklachten, depressie, psychose en verslaving.
- *Dezelfde therapieën zijn werkzaam.* Als er zoveel overlap is in neurobiologische mechanismen, psychische factoren en symptomatologie, hoeft het niet te verbazen dat ook dezelfde behandelingen effectief kunnen zijn bij verschillende aandoeningen. Antidepressiva zijn niet alleen werkzaam bij depressie, maar ook bij angststoornissen, dwangstoornissen, PTSS en sommige psychoses. Therapieën als cognitieve gedragstherapie (CGT), schema-therapie, Emotionally Focused Therapy (EFT), traumaverwerking en andere therapieën zijn effectief gebleken bij veel verschillende aandoeningen. Hetzelfde geldt voor vaktherapieën (zoals creatieve therapie, psychomotore therapie, dramatherapie, muziektherapie en speltherapie).

Deze transdiagnostische factoren doen vermoeden dat psychisch lijden eerder moet worden opgevat als een fenomeen met uiteenlopende uitingsvormen dan als een verzameling van afzonderlijke aandoeningen. De verschillende uitingsvormen kunnen te maken hebben met verschillen en nuances in genetische factoren en persoonlijkheidskenmerken. De belangrijkste vragen voorafgaand aan een behandeling zijn dan niet meer: Wat is jouw diagnose? Maar: Wie ben jij als persoon? Hoe ben jij die persoon geworden (wat is er in jouw leven gebeurd)? Waar heb jij precies last van? Waar ben jij het meest mee geholpen?

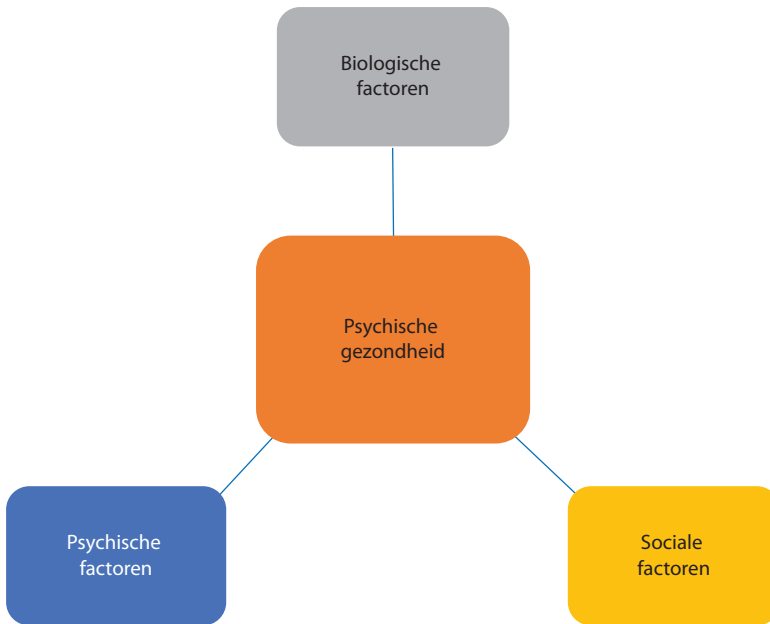
1.4 Het biopsychosociaal model

Volgens het biopsychosociaal model moeten gezondheidsproblemen worden benaderd vanuit drie invalshoeken: een biologische, een psychische en een sociale invalshoek. Het biopsychosociaal model is het geesteskind van George

L. Engel (1913-1999), die zowel internist als psychiater was – een combinatie die zeldzaam is. Hij vond het biomedische model ongeschikt voor de gehele geneeskunde, van cardiologie tot psychiatrie. Zijn zienswijze sloot aan bij een kritische onderstroom in de medische wereld van de jaren 1970, die protesteerde tegen de toenemende vertechnisering en de natuurwetenschappelijke dominantie in de geneeskunde. Kort gezegd kwam de kritiek erop neer dat artsen vooral geïnteresseerd waren in ziekten en zieke organen, maar de zieke mens uit het oog verloren. Engel was van mening dat, om een ziekte goed te kunnen begrijpen en behandelen, het nodig was om niet alleen de lichamelijke manifestaties en biologische ‘markers’ van een ziekte in ogenschouw te nemen, maar ook de psychische en sociale factoren die daarbij een rol spelen.

‘I contend that all medicine is in crisis and, further, that medicine’s crisis derives from the same basic fault as psychiatry’s, namely, adherence to a model of disease no longer adequate for the scientific tasks and social responsibilities of either medicine or psychiatry’ (George L. Engel, 1977).

In theorie is het biopsychosociaal model door hulpverleners in de geestelijke gezondheidszorg breed aanvaard. Het is echter de vraag wat dit model concreet betekent voor de praktijk van de hulpverlening. Het is meer een denkmodel gebleven dan een werkmodel geworden dat praktische handvatten geeft voor het handelen. Als denkmodel helpt het ons om een probleem of hulpvraag van verschillende kanten te benaderen, om verklaringen te zoeken voor het ontstaan ervan *en* mogelijkheden voor de behandeling te vinden. De biologische kant van de aandoening gaat bijvoorbeeld over erfelijke factoren, de rol van stress(hormonen), de rol van hersenstructuren en neurotransmitters en andere lichamelijke functies. Vanuit het psychologische perspectief kan iets gezegd worden over iemands persoonlijkheidskenmerken: welke basale overtuigingen heeft hij over zichzelf, zijn medemensen en de wereld om hem heen, hoe geeft hij betekenis aan ervaringen en gebeurtenissen en hoe gaat hij daarmee om (dus hoe is zijn coping)? Vanuit het sociale perspectief gaat het over levensomstandigheden zoals relaties, gezin, werk, inkomen, sociale contacten, deelname aan de samenleving en ingrijpende gebeurtenissen. Op deze terreinen kunnen tal van stressfactoren een rol spelen, zoals relatieproblemen, mantelzorg voor een langdurig zieke partner, de zorgen om een ontsprende puber, schulden, armoede, werkloosheid en eenzaamheid, maar ook huiselijk geweld of seksueel misbruik. Naast deze persoonlijke sociale factoren spelen ook sociale factoren op maatschappelijk niveau een belangrijke rol bij gezondheidsproblemen: deze blijken vaker en in ernstiger mate voor te komen in een stedelijk milieu, in een lage sociaal-economische situatie (SES), en bij mensen met een migratieachtergrond. Sociale factoren kunnen *in combinatie* met psychische factoren en iemands erfelijke aanleg tot het ontstaan van een psychische aandoening leiden, bijvoorbeeld een depressie. Deze combinatie van factoren, de onderlinge beïnvloeding van biologische, psychische en sociale factoren, is een belangrijk aspect van het biopsychosociaal model (afbeelding 1.4).



Afbeelding 1.4 Het biopsychosociaal model

Ook voor de behandeling geeft het biopsychosociaal model aanknopingspunten. Vanuit de biologische invalshoek is behandeling met psychofarmaca soms aangewezen. Vanuit de psychologische invalshoek kunnen verschillende vormen van psychotherapie en traumaverwerking worden aangeboden. De sociale invalshoek kan zicht bieden op verschillende vormen van gewenste of noodzakelijke ondersteuning, bijvoorbeeld hulp in de huishouding, opvoedingsondersteuning, schuldhulpverlening, dagbesteding of arbeidsbemiddeling. De spirituele dimensie komt in het biopsychosociaal model niet naar voren. Toch geven veel mensen met psychische aandoeningen aan dat de spirituele of existentiële kant van het lijden een erg belangrijk aspect is. Dit geldt onverkort voor lichamelijke aandoeningen. Het is niet voor niets dat de spirituele en existentiële dimensie in het concept van positieve gezondheid als een van de zes dimensies van gezondheid wordt gezien (zie paragraaf 1.1). Nu is 'spiritualiteit' een lastig woord. Er wordt van alles onder verstaan. In het gespreksmodel van positieve gezondheid is de term 'spirituele en existentiële dimensie' vervangen door het toegankelijker begrip 'zingeving'. Ieder mens stelt zich op verschillende momenten in zijn leven existentiële vragen, zoals: Waar doe ik het allemaal voor? Voor wie en hoe ben ik van betekenis? Waarom overkomt mij dit? Wat is de zin hiervan? Voor mensen die psychisch lijden zijn dit vaak prangende vragen, die vaker niet dan wel in hulpverleningsgesprekken aan de orde komen. Antwoord vinden op zulke vragen is een erg belangrijk aspect van herstel (zie hoofdstuk 2), terwijl het ontbreken van zin, vertrouwen en toekomstperspectief een belangrijke factor kan zijn bij het ontstaan of in stand blijven van een psychische aandoening. Voorbeelden van zin- en betekenisgeving, waar mensen

kracht en waarde aan ontleen, zijn een intieme relatie met een liefdevolle partner of een kind, het ontplooiën van talenten en die inzetten voor anderen, een droom of ideaal kunnen navolgen, verbinding zoeken met andere mensen, met de natuur, of met God of ‘het hogere’. Je kunt argumenteren dat deze dingen op het psychische en het sociale vlak liggen, maar dat is maar ten dele waar. Spiritualiteit – geloof, aanvaarding, het gevoel van verbinding en betekenis – overstijgt psychische en sociale aspecten van iemands leven. Vanwege de grote betekenis van deze existentiële dimensie is er veel voor te zeggen om het biopsychosociaal model uit te breiden naar een biopsychosociospiritueel model. Nogmaals, dit is vooral een *denk*model, dat helpt om verschillende aspecten van ziekten en aandoeningen te identificeren en aandacht te geven. Als *werk*-model is het model van positieve gezondheid zeer bruikbaar en dit kan in feite het biopsychosociaal model vervangen. Met behulp van het model van positieve gezondheid kunnen, op het niveau van de individuele hulpvrager, verschillende aspecten van het menselijk functioneren en de manier waarop een aandoening dat verstoort, worden uitgevraagd en in kaart gebracht.

1.5 De sociaalpsychiatrische benadering

De sociaalpsychiatrische benadering onderscheidt zich van de klinische, medisch georiënteerde psychiatrie doordat ze vreemde gedragingen van mensen niet opvat als symptomen van een ziekte, maar als reactie op wat zij in hun leven hebben meegemaakt en hoe zij dat hebben ervaren. Althans, zo verwoordt de emeritus hoogleraar Sociale psychiatrie Marius Romme het kenmerkende van de sociale psychiatrie (Romme, z.d.). Romme (geb. 1934) is waarschijnlijk een van de laatste sociaal psychiaters van de oude stempel en een van de weinigen die sociale psychiatrie op deze manier typeert, maar zijn zienswijze is interessant.

De term ‘sociale psychiatrie’ werd voor het eerst gebruikt door de psychiater en latere hoogleraar Arie Querido (1901-1983). Hij was een van de eersten die erop wees dat ziekten naast een lichamelijke en psychische ook een sociale dimensie hebben (Steyaert, 2013). In een onderzoek van het Zeeburgerdorp, een woning-complex in Amsterdam voor ‘asociale gezinnen’, onderzocht hij ‘of geestelijke eigenschappen en afwijkingen in verband met de sociale mislukking kunnen worden gebracht’ (Querido, 1933, p. 10). Zijn conclusie was dat dit inderdaad het geval was. De ‘geestelijke afwijkingen’ waren vooral een sociaal probleem en de behandeling daarvan moest dan ook vooral op maatschappelijk gebied gezocht worden en niet op medisch vlak.

Querido kreeg van de gemeente Amsterdam de opdracht om het aantal psychiatrische opnames te doen verminderen. Dat lukte hem. Er ontstond een nieuwe vorm van psychiatrische zorg: ambulante zorg vanuit een gemeentelijke dienst voor sociale psychiatrie. Er ontstonden in de loop van de tijd allerlei instellingen, onder andere voor kinderen met problemen, Medisch Opvoedkundige Bureaus, ambulante therapeutische instellingen en dergelijke. In de jaren 1980

fuseerden veel van deze instellingen tot de Riaggs (Regionale Instellingen voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg). Een belangrijke reden voor het ontstaan van deze instellingen was het gegeven dat psychiatrische zorg dicht bij huis moest worden gegeven, je moest de mensen thuis kunnen bezoeken omdat je dan ook kon zien hoe de context van invloed was op het functioneren van mensen met problemen. Met het thuis bezoeken van patiënten was Querido in de jaren 1930 al begonnen. Dat was toen iets heel nieuws.



Afbeelding 1.5 De sociale psychiatrie benadrukt de rol van sociale en maatschappelijke factoren bij psychische aandoeningen

Er bestond in de jaren 1980 over het algemeen een duidelijk visieverschil tussen de Riaggs en de APZ'en (Algemene Psychiatrische Ziekenhuizen). De laatste waren sterk medisch georiënteerd en de Riaggs meer gericht op de sociale en maatschappelijke context. Ook preventie had binnen de Riaggs een duidelijke plek. Daarnaast verzorgden de Riaggs de crisisdiensten. Later ontstond de psychiatrische intensieve thuiszorg, waarbij mensen in crisis thuis begeleid konden worden.

In 1996 werd door het toenmalige NcGv, tegenwoordig het Trimbos-instituut, een onderzoek onder professionals uitgevoerd dat de volgende uitgangspunten van sociale psychiatrie opleverde:

- Hulpverlening richten op de cliënt in zijn context.
- Tegengaan van marginalisering en uitstoting.
- Flexibel aanbieden van hulp.
- Geestelijke gezondheidsproblemen plaatsen in een epidemiologisch perspectief.
- Hulp bieden bij praktische problemen.

Opvallend aan deze uitgangspunten is dat ze praktisch van aard zijn. Hierin is de pragmatische benadering van de Nederlandse sociale psychiatrie te herkennen (Koekkoek, 2011). De wetenschappelijke onderbouwing van de sociale psychiatrie is weinig ontwikkeld. Je zou sociale psychiatrie meer kunnen zien als een *benaderingswijze* die in de praktijk vooral vorm heeft gekregen in de Riaggs, waarbij de sociaalpsychiatrisch verpleegkundige een dragende discipline was. Aan het einde van de vorige eeuw fuseerden de Riaggs met de APZ'en. Dit samengaan luidde een periode van medicalisering in. De pretentie is nu dat alle psychiatrie sociale psychiatrie is. Dat klopt in zoverre dat de psychiatrie uitgaat van het biopsychosociaal model en daarmee het belang van sociale aspecten van psychiatrische problematiek onderkent. Maar het medisch denken lijkt ook de sociale psychiatrie veroverd te hebben en daarmee de focus op de rol van de sociale context te hebben verdrongen. De context of het sociale systeem speelt *altijd* een cruciale rol in het ontstaan, in stand blijven en herstellen van psychische klachten (zie paragraaf 3.4).

Als we eerlijk zijn moeten we zeggen dat 'de' sociale psychiatrie niet meer bestaat. Volgens Koekkoek (2013) heeft die zelfs nooit bestaan. Hij wijst erop dat het altijd lastig is geweest om precies te beschrijven wat sociale psychiatrie is. De hiervoor genoemde vijf uitgangspunten zijn weliswaar juist, maar laten onvoldoende zien wat sociale psychiatrie nu eigenlijk inhoudt. Koekkoek pleit ervoor om bij sociale psychiatrie onderscheid te maken tussen *sociale oorzaken* van de problemen (bijvoorbeeld armoede, sociale ongelijkheid), *sociale gevolgen* van de problemen (bijvoorbeeld overlast, stigma, verlies van inkomen) en *sociale interventies* (bijvoorbeeld rehabilitatie, versterken van het sociale netwerk) bij problemen. Wanneer deze zaken integraal deel uitmaken van de psychische gezondheidszorg – naast de behandeling van de psychische klachten – kunnen we zeggen dat alle psychiatrie sociale psychiatrie is.

In dit boek bepleiten we een eerherstel van de klassieke sociaalpsychiatrische visie: moeilijk en afwijkend gedrag is in veel gevallen niet zonder meer te duiden als de uiting van een ziekte, maar als een reactie op ingrijpende, soms letterlijk gekmakende gebeurtenissen in iemands leven. Dat sluit de rol van biologische factoren geenszins uit, maar helpt wel om moeilijk en afwijkend gedrag in zijn context te begrijpen en niet te medicaliseren.

Op de website bij het boek vind je een opdracht bij de sociaalpsychiatrische benadering.



1.6 Culturele aspecten van psychische klachten en psychische gezondheidszorg

Als het belangrijk is om psychische klachten te bekijken in hun sociale context, zoals hiervoor gesteld, dan kan het niet anders dan dat ook culturele aspecten daarbij aandacht krijgen. Dit maakt de vraag wat psychische klachten nu eigenlijk zijn, alleen nog maar lastiger. Het volgende voorbeeld over depressie als psychische aandoening kan dat verduidelijken:

'In Japan bestond neerslachtigheid tot voor kort niet als ziekte. Droefheid en gelatenheid waren positieve tekenen van wijsheid, morele sensitiviteit en spiritualiteit. Het boeddhisme leert dat verzet daartegen het onvermijdelijke lijden alleen maar erger maakt. De Japanse hulpverlening verklaarde de torenhoge zelfmoordcijfers in hun land ook niet uit depressie, maar als een gevolg van de werkloosheid en armoede door de ingestorte economie, gecombineerd met een moraal die zelfmoord bij falen eervol maakt. Toen de Amerikaanse vereniging van farmaceutische bedrijven in de jaren negentig een Japanse markt voor antidepressiva wilde veroveren, had zij daaraan dan ook een harde dobber omdat ze eerst depressie zelf moest exporteren' (Dehue, 2010, p. 67).

Dit voorbeeld maakt duidelijk dat het duiden van bepaald gedrag als ziekte niet alleen is ingegeven door cultureel bepaalde opvattingen, maar ook commerciële belangen kan dienen en de basis kan worden voor een verdienmodel van de farmaceutische industrie. Dit laatste is overigens net zo goed een typisch aspect van de westerse manier van denken en handelen. In de westerse cultuur – waar dit boek onmiskenbaar een product van is – wordt veel waarde gehecht aan empirisch onderzoek en wetenschappelijk bewijs voor verklarende theorieën en werkzame therapieën. Voor wie in deze westerse cultuur is opgegroeid en opgeleid is dit niet meer dan vanzelfsprekend, en het kan dan ook makkelijk gebeuren dat je de gangbare opvattingen en verklaringen binnen deze cultuur ziet als 'de waarheid'. Je moet je daarbij echter in de eerste plaats realiseren dat aan de basis van het wetenschappelijk onderzoek waarop deze 'waarheid' is gebaseerd, cultureel bepaalde aannames liggen die nauwelijks ter discussie staan, bijvoorbeeld het idee dat je een psychische aandoening kunt doorgronden door het brein te ontrafelen, omdat daar de ultieme oorzaak gevonden moet worden, en dat het er daarbij niet toe doet in welk persoonlijk leven dat brein zich heeft ontwikkeld. In de tweede plaats moet je niet vergeten dat wat volgens deze westerse benadering als waarheid naar voren wordt gebracht, niet zelden is ingegeven door grote financiële belangen – ook zo'n cultureel bepaalde vanzelfsprekendheid – en bovendien onderhevig is aan veranderende maatschappelijke opvattingen binnen die cultuur zelf. Zo was homoseksualiteit tot 1987 een diagnose in de DSM (de DSM-III, in de DSM-III-R, de *revised version*, werd homoseksualiteit als aandoening geschrapt). In de DSM-IV is een andere diagnose gesneuveld: de passief-agressieve persoonlijkheidsstoornis. Deze 'ziekte' werd

tot dan toe vrijwel uitsluitend bij vrouwen gesteld. Druk vanuit feministische hoek leidde ertoe dat de diagnose werd geschrapt uit de DSM (Kortmann, 2010). Wat als afwijkend of ziek wordt gezien hangt dus af van de culturele context, maar ook de verklaringen die gezocht worden voor psychische klachten zijn sterk cultureel bepaald. De verklaringen die in de westerse samenleving zijn gebaseerd op natuurwetenschappelijke en geesteswetenschappelijke theorievorming staan in scherp contrast met de spirituele verklaringen die in andere (sub)culturen gangbaar zijn. Mensen uit een Arabische cultuur – je komt het ook tegen bij mensen met een Turkse achtergrond – schrijven hun lichamelijke en psychische klachten vaak toe aan een djinn (een geest) of aan ‘het boze oog’. Ook het vocabulaire waar mensen gebruik van maken om hun klachten te presenteren, kan van cultuur tot cultuur verschillen. Zo zou een witte Nederlander misschien moeten wennen aan de uitdrukkingswijzen die Kortmann (2010, p. 68) in de volgende voorbeelden weergeeft:

‘Een Marokkaanse vrouw beschreef haar ziekte als volgt: “Ik draag mijn sieraden niet meer. Ik heb geen zin om henna in mijn haar te doen. Mijn bloed is weg. Mijn hart is leeg. Alsof ik dood ben. Ik hoop dat Allah mij gauw komt halen.” Een Turkse man drukte zich als volgt uit: “Ik zit niet lekker in mijn leven. Ik ben küs naar de hele wereld. [Küs is een vorm van boosheid waarbij je niet spreekt met elkaar, maar wel met elkaar omgaat omdat het niet anders kan.] Ik ben gevoelig, ik ben anders dan andere Turkse mannen. Ik heb het lachen en liefhebben verleerd. Eigenlijk wil ik niet meer ademen.”’

Als je als hulpverlener het (culturele) referentiekader van de hulpvrager niet deelt, is ‘vertaalwerk’ gevraagd: enerzijds moet je proberen erachter te komen waar de hulpvrager precies last van heeft, anderzijds dien je daarbij zijn eigen interpretatiekader te respecteren. Dat laatste kan betekenen dat je met hem meedenkt en meezoekt om in zijn eigen etnische of religieuze groep een vorm van hulp of ondersteuning te vinden die aansluit bij zijn opvattingen en beleving. Dit geldt niet alleen voor de opvattingen en beleving van mensen van Arabische of Turkse afkomst, maar bijvoorbeeld ook wanneer mensen van Surinaamse, Caribische of Afrikaanse afkomst hun psychische klachten in verband brengen met winti- of voodoo-rituelen, of juist van zo’n ritueel gebruik willen maken om van hun klachten af te komen.

Een hulpverlener die ‘zorg op maat’ wil leveren moet volgens Kortmann (2010) enerzijds handelen vanuit de state of the art van zijn vak, anderzijds moet hij ervoor zorgen dat zijn hulp acceptabel en zinvol is voor de hulpvrager. Dat vraagt bepaalde communicatieve vaardigheden, maar ook flexibiliteit en creativiteit om een hulpaanbod te realiseren dat voldoet aan professionele standaarden en tegelijk optimaal aansluit bij de persoonlijke waarden van de hulpvrager. Overigens gaat het hierbij niet alleen om niet-westerse culturen. Ook binnen ‘de’ Nederlandse cultuur kom je veel diversiteit tegen. Een orthodoxe christen uit de *Bible belt* die in ziekte en herstel altijd de hand van God ziet, of iemand die absoluut tegen het gebruik van pillen is op grond van een heilig geloof in natuur-

en kosmische krachten, vraagt van de hulpverlener dezelfde accepterende en flexibele instelling als een hulpvrager van welke andere culturele of religieuze achtergrond dan ook. Deze voorbeelden laten zien dat het terecht is dat 'spiritualiteit' of 'zingeving' een plek heeft als dimensie van positieve gezondheid. Het gaat te ver om binnen de kaders van dit boek dieper in te gaan op transculturele psychiatrie. Boeken die daarover geschreven zijn richten zich met name op hulpverleners die zich bezighouden met diagnostiek en behandeling. Een informatieve website is de pagina over transculturele psychiatrie van psychiatrienet.nl (Transculturele psychiatrie, z.d.).

1.7 Samenvatting

In dit hoofdstuk is verkend wat psychische klachten zijn, en op welke manieren we daarnaar kunnen kijken. De medische benadering van psychische klachten is, vooral als het gaat om diagnostiek en behandeling, dominant aanwezig in de Nederlandse psychische gezondheidszorg. De benadering van gezondheidsproblemen vanuit het recente model van positieve gezondheid biedt goede aanknopingspunten om in de begeleiding van mensen met psychische klachten naar meer te kijken dan naar alleen hun problemen en 'stoornissen'. Sociale omstandigheden spelen een niet te onderschatten rol in het ontstaan en in stand blijven van psychische aandoeningen. Culturele factoren spelen een rol in de manier waarop die worden beleefd en geuit, en een hulpverlener moet daarbij kunnen aansluiten.

Een benadering die in het algemeen van groot belang is voor goede hulpverlening bij psychische aandoeningen is de herstelbenadering. Hierover gaat het volgende hoofdstuk.



Op de website bij dit boek vind je opdrachten, video's en oefenvragen bij dit hoofdstuk.

Literatuur

- American Psychiatric Association (APA). (2014). *Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5). Nederlandse vertaling van Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. Amsterdam: Boom.
- Borsboom, D. & Cramer, A. (2013). Network analysis: An integrative approach of the structure of psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9, 91-121.
- Dehue, T. (2010). *De depressie-epidemie* (8e druk). Amsterdam: Augustus.
- Delespaul, P.H. & Consensusgroep EPA. (2013). Consensus over de definitie van mensen met een ernstige psychische aandoening (EPA) en hun aantal in Nederland. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 55(6), 427-438.
- Delespaul, P., Milo, M., Schalken, F., Boevink, W. & Van Os, J. (2016). *Goede GGZ! Nieuwe concepten, aangepaste taal en betere organisatie*. Leusden: Diagnosis Uitgevers.

- Goekoop, R. & Goekoop, J.G. (2016). Netwerkclusters van symptomen als elementaire syndromen in de psychopathologie: Consequenties voor de klinische praktijk. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 58(1), 38-47.
- Heycop ten Ham, B., Hulsbergen, M. & Bohlmeijer, E. (2015). *Transdiagnostische factoren. Theorie en praktijk*. Amsterdam: Boom
- Huber, M. (2014). *Towards a new, dynamic concept of Health. Its operationalisation and use in public health and healthcare, and in evaluating health effects of food* (Proefschrift). Maastricht University, Maastricht.
- Huber, M., Knottnerus, J.A., Green, L., Van der Horst, H., Jadad, A.R. & Kromhout, D. (2011). How should we define health? *British Medical Journal*, 343, d4163.
- Koekkoek, B. (2011). *Praktijkboek sociaalpsychiatrische begeleiding*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Koekkoek, B. (2013). Onderzoek naar het sociale in de psychiatrie: te sociaal voor de praktijk? In: G. Lohuis & A. Beuker (red.), *Zonder sociaal geen psychiatrie* (pp. 124-133). Amsterdam: SWP.
- Kortmann, F. (2010). *Transculturele psychiatrie. Van praktijk naar theorie*. Assen: Van Gorcum.
- Positieve gezondheid. (z.d.). www.mijnpositievegezondheid.nl. Geraadpleegd 12 maart 2019.
- Querido, A. (1933). *Het Zeeburgerdorp. Een sociaal-psychiatrische studie*. Leiden-Amsterdam: H.E. Stenfert en Kroese's Uitgeversmaatschappij.
- Romme, M.A.J. (z.d.). *Wat is sociale psychiatrie?* Geraadpleegd 29 maart 2019 op <https://stichtingweerklink.nl/wp-content/uploads/2020/07/15-romme-wat-is-sociale-psychiatrie.pdf>
- Steyaert, J. (2013). 1932. *Arie Querido. Sociale psychiatrie*. Canon Geestelijke gezondheidszorg-nl. Opgehaald op 29 maart 2019 van http://mobile.canonsociaalwerk.eu/nl_ggz/details.php?cps=6#
- Transculturele psychiatrie. (z.d.). www.psychiatrienet.nl/categories/472. Geraadpleegd 13 september 2020.
- Van Amelsfoort, T.A.M.J., Klaassen, M.C. & Van den Heuvel, O.A. (2018). Transdiagnostische psychiatrie: Concept in ontwikkeling. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 60(3), 194-198.
- Van Staa, A., Cardol, M. & Van Dam, A. (2017). Niet nieuw, onduidelijk, misleidend en niet zonder risico. *Tijdschrift Positieve Psychologie*, 2(4), 33-39.
- Van der Stel, J. (2016). Definitie 'gezondheid' aan herziening toe. *Medisch Contact*, 71, 18-19.
- Van der Zanden, R., Meeuwissen, J., Havinga, P., Meije, D., Konijn, C., Beentjes, M., ... Hosman, C. (2017). *Richtlijn Kinderen van ouders met psychische problemen (KOPP) voor jeugdhulp en jeugdbescherming* (3e druk). Utrecht: Trimbos-instituut.
- Veerbeek, M., Knispel, A. & Nuijen, J. (2015). *GGZ in tabellen 2013-2014*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- World Health Organization (WHO). (z.d.). *ICD-11*. Geraadpleegd 27 november 2020 op <https://icd.who.int/en>
- World Health Organization (WHO). (z.d.b). *Constitution*. Geraadpleegd 10 maart 2019 op www.who.int/about/who-we-are/constitution

Tallose mensen kampen met een psychische aandoening, waardoor ze de greep op hun leven kunnen verliezen. De diversiteit aan cliënten en de wijze waarop ze zich staande houden in het leven, vraagt voor elk van hen een uniek hulpverleningstraject. (Aankomende) professionals in de ggz, ervaringsdeskundigen en familieleden kunnen het herstelproces ondersteunen. Dit boek voorziet hen in de kennis – gebaseerd op wetenschappelijke inzichten, praktijkervaring en persoonlijke ervaringen – om die aandoeningen en de invloed ervan op het leven te begrijpen.

Psychische aandoeningen bestaat uit twee delen. Deel I beschrijft de verschillende manieren waarop psychische aandoeningen benaderd kunnen worden. Aan de orde komen: de medische benadering, de biopsychosociale benadering, het model van positieve gezondheid, de sociaalpsychiatrische benadering en de herstelbenadering. Ook de verschillende factoren die kunnen bijdragen aan het ontstaan van psychische aandoeningen worden beschreven. Deel II behandelt de meest voorkomende aandoeningen, waarbij steeds geprobeerd wordt het wezen van de aandoeningen weer te geven. Het beloop van de psychische aandoeningen is beschreven aan de hand van de fasen van herstelprocessen, waarbij ook de betekenis van een psychische aandoening voor het sociale netwerk van mensen wordt belicht. Elk hoofdstuk is verrijkt met een ervaringsverhaal om de unieke werkelijkheid en de impact van een psychische aandoening op iemands leven te illustreren.

Bij dit boek hoort een website, www.psychischeaandoeningen.nl, met video's, opdrachten, oefenvragen en extra materiaal.

Psychische aandoeningen is geschikt voor opleidingen in de domeinen zorg en welzijn.

Arie Hordijk is docent Medische kennis en Psychiatrie aan de opleiding Social Work van de Christelijke Hogeschool Ede. Hij is opgeleid als arts.

Will van Genugten is als docent en coördinator van de richting ggz-agoog verbonden aan het Instituut Social Work van Hogeschool Utrecht. Zij is sociaal en cross-cultureel psycholoog.



9 789024 428564

www.psychischeaandoeningen.nl
www.boomhogeronderwijs.nl