

Inleiding in de psychische gezondheidszorg

Inleiding in de psychische gezondheidszorg

Jaap van der Stel

Boom

Inhoud

Oriëntatie op dit boek	9
1 Overzicht en achtergronden	17
PSYCHISCHE PROBLEMATIEK	17
1.1 Psychische problemen	17
1.2 Vooruitzichten	23
1.3 Indelingen	26
1.4 Specifieke groepen	29
Opdrachten	34
BIOPSYCHOSOCIALE EN CULTURELE BENADERING	35
1.5 Ontstaan van psychische problemen	35
1.6 Biologische determinanten	38
1.7 Sociale en psychologische determinanten	41
1.8 Lichamelijke gevolgen	45
1.9 Psychische en sociale gevolgen	46
1.10 Culturele context	49
Opdrachten	50
GESCHIEDENIS EN RECENTE ONTWIKKELINGEN	51
1.11 Ontstaan van psychiatrie en psychische zorg	51
1.12 Verslavingszorg	55
1.13 Belangrijkste ontwikkelingen in de afgelopen 150 jaar	57
1.14 Dominante disciplines en stromingen	60
1.15 Middelen, methoden en organisatievormen	61
1.16 Resultaten	64
1.17 Belangrijkste veranderingen in het afgelopen decennium	66
1.18 Aandeel patiënten/cliënten in deze ontwikkelingen	68
Opdrachten	71
2 Actuele situatie	73
2.1 Structuur van de psychische gezondheidszorg	73
2.2 Beroepsgroepen	82
2.3 Voorbereiden op het vak	85
2.4 Werken met verschillende doelgroepen	91
2.5 Methoden en strategieën	105
2.6 Resultaten van de zorg	113
2.7 Verbeteringen in het verschiet	117

2.8	Zorgorganisatie	123
	Opdrachten	126
3	Aspecten van herstel	127
3.1	Centrale begrippen	127
3.2	Wat is herstel en waarin verschilt het van genezing?	128
3.3	Klinisch herstel	130
3.4	Herstel bij trauma en dwangstoornis	131
3.5	Maatschappelijk herstel	138
3.6	Bevorderen van sociaal en maatschappelijk herstel	140
3.7	Functioneel herstel	146
3.8	Herstel van functies	150
3.9	Persoonlijk herstel	154
3.10	Rollen professionals bij herstel	159
3.11	Afstemmen op de persoon	162
3.12	Werken met de ICF	171
	Opdrachten	178
4	Zelfregulatie, zingeving en taal	179
	ZELFREGULATIE EN EXECUTIEVE FUNCTIES	180
4.1	Herstel in de psychische gezondheidszorg	180
4.2	Noodzaak van zelfregulatie	182
4.3	Bevorderen van zelfregulatie	183
4.4	Executieve functies	186
4.5	Methodieontwikkeling	190
	Opdrachten	192
	ZINGEVING EN ZELFREGULATIE	193
4.6	Zingeving en zelfregulatie	194
4.7	Herstel, groei en ontwikkeling	201
4.8	Zingeving als aspect van professioneel handelen	204
4.9	Resumé	206
	Opdrachten	206
	FOCUS OP ZELFSPRAAK EN TAAL	207
4.10	Betekenis van zelfspraak	207
4.11	Taal en psychische gezondheidszorg	212
	Opdrachten	219
5	Ervaringsdeskundigheid	221
5.1	Bronnen van kennen en kunnen	221
5.2	Professionele kennis	224
5.3	Wetenschappelijke kennis	227

5.4	Ervaringskennis en -deskundigheid	231
5.5	Ervaringswerkers en ervaringsdeskundigen	237
5.6	Betekenis van eigen ervaring met herstel voor anderen	241
5.7	Excursie: kenmerken van expertise	253
5.8	Expertise ontwikkelen via psychische aandoeningen	258
5.9	Ontwikkelen van een visie	264
	Opdrachten	272
6	Preventie en vroegtijdig handelen	273
	PREVENTIE	275
6.1	Denken over preventie	275
6.2	Indelingen van preventie	279
6.3	Kansen voor preventie	282
6.4	Preventiewerk	283
6.5	Werking van preventie	298
6.6	Vooruitzichten voor preventie	301
	Opdrachten	304
	VROEGTIJDIG HANDELEN	304
6.7	Denken over vroegtijdig handelen	304
6.8	Te laat signaleren	308
6.9	Ervaringsdeskundigheid en vroegtijdig handelen	310
6.10	Rol van stigma's bij te laat handelen	313
6.11	Werking van signalering	316
6.12	Vroeginterventie	318
6.13	Werking vroegtijdig handelen	322
6.14	Vooruitzichten vroegtijdig handelen	324
	Opdrachten	325
	SLOTBESCHOUWING	326
6.15	Altijd voorkeur voor preventie?	326
6.16	Hindernissen en kansen	329
6.17	Focus op jeugdigen	331
7	Epiloog	333
7.1	Vragen voor de psychische gezondheidszorg	333
7.2	Recente ontwikkelingen	334
7.3	Verwachtingen	337
7.4	Van zorg en ziekte naar gedrag en gezondheid	339
7.5	Focus op functioneren	339
7.6	Tot slot	340
	Opdrachten	341

Literatuur	343
Overzicht van ervaringsberichten	351
Beeldverantwoording	353
Register	355
Woord van dank	359
Over de auteur	360

Oriëntatie op dit boek

Missie

Dit boek dient als inleiding tot de belangrijkste aspecten van de psychische gezondheidszorg (GGZ of psychiatrie). De focus ligt op nieuwe ontwikkelingen gericht op herstel, herstelondersteunende zorg, preventie en vroegtijdig handelen. Dit is de toekomst van de psychische zorg en daarom is het belangrijk voor jonge mensen die zich op een baan in deze sector voorbereiden.

Het boek is in de eerste plaats geschreven voor studenten sociaal werk (SPH, MWD, agoog in de GGZ) en verpleegkunde (HBO-V) in het hogerberoeps-onderwijs. Maar het is zeker ook geschikt voor studenten in het middelbaar beroepsonderwijs.

Het boek bestaat uit zeven hoofdstukken waarvan sommige opgesplitst zijn in twee of drie hoofdparagrafen. Het haakt sterk in op actuele ontwikkelingen: discussies over herstel en zelfregulatie, de rol van ervaringsdeskundigheid, een sterkere rol voor cliënten of patiënten (eigen regie), focus op het dagelijks leven, het bevorderen van (sociaalpsychologisch) functioneren, het benadrukken van strijd tegen stigmatisering en aandacht voor de rol van de taal hierbij, het versterken van de rol van gemeenten en een focus op het boeken van resultaten die op termijn ook zichtbaar kunnen zijn in epidemiologische kerncijfers.

De tekst heeft een positieve grondtoon opdat studenten gemotiveerd kunnen kiezen voor deze sector: door hier stage te lopen en in het verlengde daarvan hier ook een baan te vinden. Deze positieve toon klinkt ook door in de reële kans dat in de komende decennia er veel betere resultaten kunnen worden geboekt. Dat kan als er meer preventief en vroegtijdig wordt gehandeld en wanneer samen met cliënten of patiënten een herstelpad wordt ingeslagen. Het boek verduidelijkt ook waarom de focus vooral moet liggen op jonge mensen. De meeste ernstige psychische aandoeningen ontstaan en/of worden zichtbaar in het begin van het leven: tussen 0 en 25 jaar. Deze leeftijdsgroep moet daarom meer in de aandacht komen om te voorkomen dat, wanneer zij psychische moeilijkheden ervaren of problemen ontwikkelen, ze op termijn een langdurend zorgtraject tegemoetgaan.

Dit boek is geschreven omdat er nog geen leerboeken zijn die specifiek gericht zijn op verduidelijking van de op herstel gerichte psychische zorg. De leerboeken psychiatrie zijn goeddeels vrij traditioneel vanuit het stoornisgerichte denken opgezet. De DSM-5 wordt daarin nog steeds als het belangrijkste ordeningsprincipe gehanteerd. Deze boeken sluiten steeds minder aan op de

gangbare praktijk en het nieuwe denken in de psychische gezondheidszorg. In de praktijk wordt steeds vaker een ‘transdiagnostische’ benadering nagestreefd (zie ook hoofdstuk 6, hoofdpagina 2). Ook de traditionele nadruk op het behandelen wordt in dit boek gerelativeerd. Daar staat tegenover dat in dit boek het persoonlijke en het functionele herstel (het herstellen van psychische functies om meer grip te krijgen op het eigen functioneren en daardoor beter doelen te kunnen bereiken met andere mensen) centraal. De aandacht ligt in het bijzonder ook op de wijze waarop patiënten of cliënten en hun naasten steeds meer grip kunnen krijgen op het zorgproces. In de moderne visie staan hun doelen daarin centraal en niet die van de behandelaar. Cliënten of patiënten zijn de ‘eigenaar’ van het behandelplan en beslissen uiteindelijk zelf welke doelen centraal staan en hoe deze het beste bereikt kunnen worden. Dat houdt in dat het (sociaalpsychologisch) functioneren voor cliënten of patiënten vaak het belangrijkste is. Daarom is het ook zo belangrijk dat studenten meer weten over ervaringsdeskundigheid en ervaringen van direct betrokkenen.

Gebruik

Het is niet mogelijk om in een inleiding alle aspecten van de psychische gezondheidszorg voldoende aan bod te laten komen. Daarom is het belangrijk dat studenten, samen met hun docenten, op zoek gaan naar aanvullende kennis en informatie. Op internet is heel veel betrouwbare kennis eenvoudig te vinden. Dit boek dient vooral om samenhang aan te brengen tussen de belangrijkste onderdelen en een perspectief te bieden op de ontwikkelingen waar studenten tijdens hun studie en later als professional mee te maken krijgen. Om studenten die nog geen stage-ervaring hebben toch een zo compleet mogelijk beeld te geven van wat zich in deze sector afspeelt, is een groot aantal *ervaringsberichten* opgenomen waarin werkers vanuit verschillende disciplines hun werk toelichten. Maar ook ervaringsdeskundigen komen op verschillende plaatsen uitgebreid aan het woord. Verder is een aantal kaders geplaatst waarin uitkomsten van wetenschappelijk onderzoek in de vorm van ‘tweets’, worden gepresenteerd. Deze *onderzoeksberichten* zijn niet bedoeld om achter elkaar te lezen, ze geven wel een goed beeld van de veelzijdigheid van elk onderwerp.

Aan het begin van een opleiding (sociaal of agogisch, medisch of verpleegkundig) is er behoefte aan het verkrijgen van overzicht over het vakgebied. Dit gebeurt onder begeleiding van in de praktijk geschoolde en theoretisch goed onderlegde docenten. De tekst is pittig en voor jonge studenten bevat hij, wat onoverkomelijk is, nieuwe vaktermen. Voor de behandeling van dit boek is vereist dat de docent een kader schept, studenten het boek laat lezen met behulp van de in dit boek opgenomen opdrachten, of dat hij of zij zelf opdrachten bedenkt. Vervolgens kunnen klassikaal de theorie en de praktijkvoorbeelden worden besproken, eventueel in kleine groepjes. In die besprekingen kunnen ook persoonlijke reflecties en ervaringen aan bod komen. Alle mensen kampen

een of meerdere keren in hun leven met psychische problemen en een fors aantal kan te maken krijgen met een psychische stoornis of doet op dit vlak ervaring op in de directe omgeving. Het kan zijn dat de bespreking en/of de confrontatie met de tekst emotionele reacties oproepen. Het is belangrijk dat de docent daar adequaat mee kan omgaan en dat deze weet hoe hij of zij onder omstandigheden moet handelen wanneer opvang nodig is. Het is belangrijk dat studenten de gelegenheid krijgen om openlijk over hun persoonlijke ervaringen te spreken, en dit zo mogelijk te integreren in de persoonlijke ontwikkeling en die als aanstaande professional. De opdrachten zijn gegroepeerd in drie rubrieken: begrijpen, opzoeken (vaak via internet maar een bibliotheek blijft nuttig) en discussie en reflectie (vooral in groepsverband).

Dit boek is bedoeld om te gebruiken aan het begin van de opleiding, eventueel nog voordat stage-ervaring is opgedaan. Maar dit boek leent zich er zeker ook voor om meegenomen te worden naar de latere studiejaren, wanneer de student een of meerdere stages heeft gelopen en er behoefte is om daarop te reflecteren. Uiteindelijk is het belangrijk dat jonge professionals straks in staat zijn hun eigen positie in te nemen en die te kunnen verantwoorden. Die opgave is groot omdat het veld van de psychische gezondheidszorg complex is. De auteur heeft ernaar gestreefd om zo objectief mogelijk ontwikkelingen te beschrijven, gebaseerd op meer dan 35 jaar ervaring in deze sector. Dit neemt niet weg dat er ook andere visies mogelijk zijn. Discussie en eigen oordeelsvorming zijn uiteindelijk belangrijker dan het naadloos accepteren van datgene wat de auteur in dit leerboek naar voren brengt. Dit boek heeft zijn missie bereikt wanneer studenten aan de hand van de bespreking ervan een eigen visie ontwikkelen over wat zij in deze sector zouden willen bereiken, hoe het werkveld aan het begin en in de loop van hun carrière eruitziet, en welke stappen zij later willen zetten om een bijdrage te leveren aan de verdere ontwikkeling van de sector. Het is ook belangrijk dat studenten erover nadenken hoe zij straks kunnen omgaan met de onophoudelijke stroom veranderingen in deze sector en de omstandigheid dat ervaringsdeskundigen steeds belangrijker worden, en voor een deel de rol van professionals overnemen of in ieder geval aanvullen.

Theorie en praktijk

Een beroep leer je slechts voor een deel uit een boek. Deze tekst dient daarom als oriëntatie op de praktijk en ter voorbereiding op het zo veel en zo vaak mogelijk ervaring opdoen in de praktijk. Ook contact met docenten en medeleerlingen is cruciaal. Jonge mensen die zich voorbereiden om als verpleegkundige of sociaal werker in en om de psychische zorg te werken hebben behoefte aan een reeks van vaardigheden, die boeken of computers en mobiele apparaten (e-learning of m-learning) niet altijd kunnen bieden. Basale vaardigheden kun je vaak nauwelijks beschrijven. Het is buitengewoon lastig om via een tekst te leren hoe je een goed gesprek voert, althans, als je dat niet al redelijk goed

kunt. Interactie, en elkaar op de huid zitten, zijn daarbij heel belangrijk. Initieële beroepsopleidingen moeten dus, liefst al vanaf het begin en in alle jaren, studenten zo vaak mogelijk in de praktijk laten oefenen. Dit boek probeert dit proces te ondersteunen.

De opleidingen verpleegkunde en sociaal werk functioneren goeddeels los van elkaar. De curricula zijn echt anders, de opleidingen leveren studenten af die in een aantal opzichten (vaardigheden, kennis en houding) echt van elkaar verschillen. In de praktijk verdwijnen die verschillen vaak. De ene discipline neemt competenties van de andere over, en de werkzaamheden lijken ook erg op elkaar. Het is nergens gelukt om opleidingen voor de psychische zorg goed op elkaar af te stemmen, laat staan te integreren. Dit boek roept daar ook niet toe op. Deze tekst is echter wel gericht op datgene wat de diverse uitvoerende disciplines met elkaar gemeen hebben, of waar dat het geval zou moeten zijn. De specifieke *medische* handelingen die ook in de psychische zorg plaatsvinden, staan hier daarom minder centraal. Hetzelfde geldt voor de specifieke sociale arbeid, waar uiteindelijk toch vooral sociaal werkers goed voor toegerust zijn.

Terminologie

Wat de gehanteerde terminologie betreft, het volgende. De aanduiding GGZ (geestelijke gezondheidszorg) komt in de bijdragen van praktijkwerkers en ervaringsdeskundigen veelvuldig aan bod. De auteur van dit boek heeft dat vermeden. De term 'psychisch' in plaats van 'geestelijk' geniet over het algemeen de voorkeur. We spreken ook over psychische functies en psychische klachten. Het woord geest herinnert aan een achterhaalde tweedeling van lichaam (materie) en geest. De afkorting GGZ (geestelijke gezondheidszorg) heeft om een andere reden niet de voorkeur: het maskeert dat het in de eerste plaats gaat om gezondheidszorg: zorg die verband houdt met (in dit geval psychisch) lijden en die een grote samenhang heeft met somatische aandoeningen. De GGZ staat, ondanks allerlei pogingen dit te veranderen, nog altijd te los van de overige zorgvoorzieningen.

Wat betreft het gebruik van woorden als patiënt en cliënt worden deze in het boek vaak naast elkaar gebruikt. Het heeft ermee te maken dat in sommige segmenten het patiëntkarakter centraal staat en in andere segmenten juist het cliëntkarakter centraal staat. Artsen, psychiaters en verpleegkundigen zullen wellicht vooral spreken over patiënten. Maar sociaal werkers – en dat geldt ook voor preventiewerkers – zullen de term cliënt of een vergelijkbare aanduiding hanteren. Zij benaderen mensen immers niet als patiënt en/of zijn niet uitdrukkelijk op de stoornis gericht.

Ter afsluiting van deze inleiding volgen hieronder twee ervaringsberichten van studenten die overwegen in de psychische gezondheidszorg te gaan werken.

Ervaringsbericht: Méér dan anderhalve kilogram eiwit

Tekst: Sven Rooijackers, student Verpleegkunde in de GGZ

Mijn naam is Sven en ik ben 25 jaar. '25?!' Ja, 25. Ik ben gestart met de opleiding HBO-V in 2011. De algemene gezondheidszorg bracht mij echter niet genoeg voldoening. Na een fulltime bestuursjaar gedaan te hebben bij een studentenvereniging in Leiden, besloot ik om de differentiatie Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) te kiezen. Ik wilde me meer verdiepen in de psychiatrie en de werking van het brein.

Als ik in het kader van mijn studie terugdenk aan mijn tijd op de middelbare school, vallen er een aantal puzzelstukjes op zijn plek. Zo ben ik bijvoorbeeld altijd betrokken geweest bij perikelen in de relatiesfeer. Ruzie met je vriend of vriendin? Sven lost het wel op. In de clinch met jezelf? Sven helpt je wel verder. Wie kan mij een luisterend oor bieden? Ga maar naar Sven toe. Nu wil ik mezelf niet zoveel veren in m'n achterste steken dat ik eruitzie als een struisvogel, maar ik stond hier kennelijk om bekend; en ik vond het eigenlijk wel leuk.

In de puberteit kreeg ik voor het eerst een relatie. We waren jong. De hormonen gieren bij iedere normaal functionerende puber door het lijf, zo ook bij ons. Pas nadat ik een jaar in haar gezinssituatie verkeerde, werd voor mij het plaatje duidelijk. Snijden in polsen was meer regel dan uitzondering, we hadden knallende ruzies als ik ook maar een seconde te lang naar een ander meisje keek, onzekerheid nam het over van het zelfvertrouwen en de moeder had veel wisselende partners gecombineerd met schulden. Niet veel later werd mijn toenmalige vriendinnetje gediagnosticeerd met een borderline persoonlijkheidsstoornis. Natuurlijk wist ik dit niet van tevoren, zij evenmin. Maar is deze emotionele rollercoaster dan de reden geweest dat ik mijn studie heb gericht op de psychiatrie? Nee, ik denk het niet.

Ik vind de hersenen zo interessant omdat ze niet alleen een spons van 1,5 kg eiwit zijn, zoals een hand uit bot, spieren en huid bestaat. Die spons is kneedbaar, blijvend veranderbaar door emoties. Emotie is datgene wat niet in ratio en taal zit. Emotie is wat ons beweegt. Voor iedereen is de uitkomst van de som 1+1 hetzelfde, waar je ook vandaan komt, hoe oud je ook bent en waar je ook woont. Voor het brein geldt deze regel niet. Een psychiatrische stoornis manifesteert zich bij ieder persoon anders en vereist ook een persoonlijke aanpak.

Voor jonge professionals is dit uitgangspunt enorm belangrijk. Emoties zijn niet in hokjes of diagnoses te plaatsen. Elk verhaal is anders en ieders interpretatie is ook anders. Daarin zit nu juist de kunst van het vak: echt luisteren naar wat iemand zegt, naar wat er daadwerkelijk over

tafel komt zonder daar je interpretatie aan toe te voegen. Trachten te voelen en te denken als de ander, zonder hem of haar te zijn, of te worden. Dat is wat empathie voor mij betekent en dit is in mijn optiek ook de sleutel tot een succesvolle behandeling.

Het is mogelijk dat de puberrelatie mij heeft laten kennismaken met het vak, maar echt helpen kon ik haar niet. De vraag is natuurlijk of je iemand kunt helpen als je eigen gevoel en betrokkenheid in de weg staan. Je moet zorgen dat je zo vrij mogelijk bent om je op iemand anders te concentreren en dat je eigen sores er niet in verstrengeld raken.

Een behandelaar in de verslavingszorg zei ooit tegen mij: 'Ons werk is niet leuk, ons werk is interessant.' Dit heeft me aan het denken gezet. Zijn andermans problemen leuk? Nee, zo klinkt het niet. Het is echter wel heel leuk om met mensen samen tot een oplossing te komen. Misschien zit daar dan wel de kern van het vak en mijn interesse.

Het is niet jij tegenover hem of haar. Schuif het bureau met je computer en notitieblok aan de kant en start met luisteren.

Ervaringsbericht: Reflectie op je eigen ervaring maakt je betekenisvol

Tekst: Daniëlle Schot, student SPH

Ik ben Daniëlle, twintig jaar en studeer aan de hogeschool Leiden SPH. Ik heb nu twee jaar een relatie met mijn vriend. Ik ben nog steeds stapelverliefd, alleen hij is soms wel een beetje raar. Nu had hij pas een plan bedacht, geniaal vond hij zelf. In een kano naar Engeland roeien. Ik verklaarde hem voor gek want wie doet nou zo iets? Hij heeft misschien een keer in een slootje geroeid maar nooit op zee. Hoe weet je dan welke kant je op moet en wat weet hij van nou van getijden en zeestromen? Nu had hij veel gelezen op internet dus daar wist hij me wel wat over te vertellen. Hij kocht een speciale kano voor op zee en ging oefenen in de boeren-sloot achter zijn huis. Resultaat: hij sloeg om zonder dat er een golfje te bekennen was.

Jullie denken nu misschien 'waarom vertelt ze dit?', maar ik wil jullie iets vertellen over de meerwaarde/zin van ervaringsdeskundigheid. Zoals in het verhaal over mijn vriend is het ook in de werkelijkheid als hulpverlener. Je kunt vanuit de theorie kennis opdoen over allerlei ziektebeelden en behandelmethoden, maar dit maakt je niet per se tot een goede SPH'er. Theorie zie ik als het ware als zwart-wit en ervaringen zijn

er in allerlei tinten grijs. Ik denk dat sommige dingen niet zijn te leren door kennis te nemen van de theorie, maar alleen door het opdoen van ervaringen.

Toen ik elf was, schreef ik in mijn dagboek, met puppy's op de voorkant, dat ik dood wilde. Ik ben 7 jaar depressief geweest en ik weet wat het is om intens verdrietig, eenzaam en angstig te zijn. Gelukkig zie ik deze ervaring nu als meerwaarde voor mijn toekomstige rol als professional.

- Doordat ik depressief ben geweest, kan ik op een dieper niveau met mensen meevoelen. Met meevoelen bedoel ik begrijpen. Echt begrijpen zoals een ervaringsdeskundige dat doet. Dit meevoelen gaat dieper dan het hebben van een groot inlevingsvermogen. Iedereen is weleens somber of heeft een dipje, maar het hebben van een depressie kun je alleen begrijpen als je er een hebt gehad.
- Mijn ervaring met depressie kan mij helpen om dingen sneller te herkennen bij cliënten. Ik word opgeleid tot hulpverlener maar ik weet tegelijkertijd hoe het is om aan de andere kant van de tafel te zitten, hoe het is als mensen begrijpelijk knikken terwijl ze er eigenlijk niets van snappen.
- Door mijn ervaring heb ik bijvoorbeeld tijdens mijn vrijwilligerswerk op een gesloten afdeling bij de GGZ het idee dat dit zorgt voor een gelijkwaardiger contact. Ik ben jonger dan de cliënten daar en een keer zei een oudere vrouw tegen me: 'Jij bent nog zo jong en onschuldig, wat weet jij van ellende?' Ik heb haar toen gezegd dat ik een depressie had gehad. Opeens leken we op eenzelfde niveau te zitten en lukte het om een band op te bouwen.

Belangrijk voor studenten die een opleiding tot sociaal professional volgen, is om hen te laten ervaren dat ervaringskennis beslist iets anders is dan theoretische kennis. Ervaringsdeskundigheid voegt wel degelijk iets toe aan de diplomavaardigheid omdat je door je ervaring beter kunt omgaan met de nuances in de dagelijkse praktijk. Theorie is essentieel, maar sommige dingen leer je nu eenmaal alleen gaandeweg in de uitoefening van je beroep en in de praktijk van je eigen leven.

Ik heb hulp gekregen, daarom kan ik deze ervaring delen. Mijn ervaring heeft mij veranderd en gevormd tot de jonge vrouw die ik nu ben. Elke ervaring kleurt weer een stukje van de tekening van je leven. Deze ervaringen kunnen je belemmeren maar als je ze weet om te zetten in iets positiefs, kunnen ze je iets extra's geven. Ik hoop dat ik met mijn ervaring een voorbeeld kan zijn voor anderen die nog een depressie hebben en ik hoop dat ik door het hebben van deze ervaring er voor anderen kan zijn en hen 'echt' kan ondersteunen. Dan is mijn depressie niet voor niets geweest en geeft het mij juist iets extra's.

Overzicht en achtergronden

1

Dit hoofdstuk bespreekt in drie hoofdparagrafen de belangrijkste aspecten van psychische problematiek en psychische stoornissen, achtergronden van de psychische gezondheidszorg en de geschiedenis en recente ontwikkelingen daarin.

In de eerste hoofdparagraaf wordt antwoord gegeven op onder andere de volgende vragen: Wat zijn psychische problemen? Wat zijn de vooruitzichten? Hoe worden problemen of stoornissen ingedeeld? Wie treft het in het algemeen en hoe zit dat bij specifieke groepen?

De tweede hoofdparagraaf bespreekt psychische problematiek vanuit het biologische, psychologische, sociale en culturele perspectief. Hier wordt onder andere ingegaan op vragen als: Hoe ontstaan psychische problemen? Wat weten we over biologische determinanten? Wat weten we over sociaalpsychologische determinanten, zoals trauma en stress? In hoeverre kunnen sociale omstandigheden deze problemen beïnvloeden? Wat zijn de gevolgen voor lichamelijke processen? Wat zijn de gevolgen voor andere psychische functies? Wat zijn de gevolgen voor sociale processen en functioneren? Hoe hangen psychische processen en problemen samen met culturele verhoudingen?

In de derde hoofdparagraaf wordt de actuele situatie geschetst. Vragen die hier aan de orde komen zijn onder andere: Hoe is de psychiatrie of psychische zorg ontstaan? Hoe ging dat bij de verslavingszorg, en waarom opereert die nog relatief gescheiden? Wat waren in 150 jaar de belangrijkste ontwikkelingen? Welke disciplines en stromingen hebben hier hun stempel op gedrukt? Welke middelen, methoden en organisatievormen werden gebruikt? Wat waren de resultaten van de zorg? Wat zijn de belangrijkste veranderingen in het afgelopen decennium? Welk aandeel hebben patiënten en cliënten gehad in deze ontwikkelingen, en wat is bekend over hun emancipatieproces?

PSYCHISCHE PROBLEMATIEK

1.1 Psychische problemen

Het is makkelijker een opsomming te geven van de diverse soorten of typen psychische problemen of stoornissen dan een goede definitie daarvan voor te stellen. Het heeft ermee te maken dat we nog steeds niet goed weten wat we

onder psyche of psychisch verstaan, hoe dat werkt in de hersenen en hoe er problemen kunnen ontstaan die gepaard gaan met (psychisch) lijden.

In dit boek gebruiken we de term psychische problemen als overkoepelend begrip, terwijl psychische stoornissen meer zitten in het domein van de geneeskunde oftewel de psychiatrie en de klinische psychologie. In het algemeen gaat het om problemen in de ontwikkeling of de realisatie van psychische functies. Hierin zijn verstoringen ontstaan.



Afbeelding 1.1

Psychische functies kunnen we het beste opvatten als processen die zich voordoen in ons hoofd (beter gezegd: onze hersenen) en waarmee wij in staat zijn in het dagelijks leven te functioneren. Psychische functies liggen ten grondslag aan ons gedrag. Het gaat om de vorming van geheugen (herinneringen), het denken, het voelen, het willen en wat maar nodig is om doelen te kunnen bereiken en met andere mensen te kunnen samenwerken of samen te leven. Overigens zijn niet alle processen in onze hersenen aan te merken als psychische functies. Een grof onderscheid tussen psychische functies als processen die zich in de hersenen afspelen en andere hersenprocessen, is dat psychische functies zich kunnen ontwikkelen door ervaring op te doen en daardoor te leren. Onze gedachten blijven niet hetzelfde maar zijn voortdurend in ontwikkeling. Onze motivatie verandert, waardoor wij in staat zijn om een doel na te streven dat pas over vier jaar of nog langer is bereikt. We kunnen ook onszelf motiveren in plaats van dat anderen ons opdrachten geven en erop aandringen dat wij bepaald gedrag uitvoeren.

Van de meeste psychische functies en hun werking, dag in dag uit, zijn wij ons helemaal niet bewust. Maar bijzonder is wel dat we die functies wel degelijk kunnen gewaarworden door ons erop te focussen. We kunnen letten op onze gedachten, onze gevoelens en de emoties die daarin worden uitgedrukt (angst, blijdschap, verbazing); door die gewaarwording of bewustwording geven wij onszelf ook de kans om die functies in positieve richting te beïnvloeden. Dat doen we echter niet alleen door na te denken: we beïnvloeden psychische processen ook door ander gedrag te vertonen. We kunnen ergens bang voor zijn en daar anders over nadenken doordat wij ons realiseren dat er geen enkele reden is om bang te zijn, bijvoorbeeld voor een dier. Het is namelijk ook mogelijk om met het dier kennis te maken, te kijken hoe het reageert als je het wilt aaien: op zo'n manier kunnen we onze angst overwinnen.

Omdat psychische functies zo verbonden zijn met leren en het dagelijks leven en omdat wij ons ervan bewust kunnen worden, is het ook mogelijk dat we merken dat het niet goed loopt. Dat we gevoelens hebben die blijvend zijn en onaangenaam zijn. Dat we lastiggevallen worden door steeds terugkerende gedachten die we als belastend ervaren, en dat die gedachten telkens leiden tot gedrag waar wij, maar zeker ook andere mensen, bijvoorbeeld een hekel aan hebben of dat we als vreemd ervaren. We spreken van psychische problemen als de persoon zijn of haar psychisch functioneren als onaangenaam en niet gemakkelijk veranderbaar ervaart. Meestal is er sprake van een kluwen van problemen. Het gaat namelijk vaak om gedachten die in de weg zitten of verstoord zijn geraakt, gevoelens die als onprettig worden ervaren, emoties die opspelen, een stemming die gedurende een langere tijd negatief is en waarvan de persoon niet direct weet waardoor dat komt en hoe dat kan veranderen.

Er zijn overigens talloze problemen die als het ware zichzelf oplossen. Je kunt met iemand een lange tijd ruzie hebben en de verschrikkelijkste dingen over iemand denken; alleen al de gedachte aan die persoon roept allerlei negatieve emoties op. Maar toch kan na verloop van tijd de ruzie beslecht worden en worden jullie weer dikke vrienden. De tijd kan wonden helen. Het even afstand nemen van de gebeurtenissen die aan de ruzie voorafgingen kan ertoe leiden dat je je realiseert dat het niet zozeer aan de persoon met wie je ruzie hebt gekregen lag dat er een conflict is ontstaan. Het kan bijvoorbeeld ook komen door de (persoonlijke) omstandigheden die daaraan voorafgingen. Alle mensen hebben op z'n tijd psychische problemen en het zou vreemd zijn als dat niet het geval zou zijn: we zouden onszelf dan niet goed kunnen ontwikkelen, zouden niet goed in staat zijn om ons een idee te vormen over wie we zijn en hoe we ons verhouden tot andere mensen. Eigenlijk zou er helemaal geen ontwikkeling plaatsvinden. Maar nogmaals, als die problemen voortduren, er geen perspectief is dat ze snel verdwijnen en de persoon hierdoor belemmerd wordt in het dagelijks functioneren, zijn er goede redenen om bij die problemen stil te staan en na te gaan, eventueel met andere mensen, waardoor ze zijn ontstaan en wat eraan te doen is.

Om daarvan een indruk te geven zijn in het volgende kader een aantal uitkomsten van recent onderzoek weergegeven.

Onderzoeksberichten: Psychische problemen

- Psychische problemen in de jeugd voorspellen later een grotere kans op chronische lichamelijke aandoeningen (Scott et al., 2011).
- Psychische problemen bij kinderen kunnen na vijftig jaar nog economische (laag inkomen) en psychosociale gevolgen hebben (Goodman, et al., 2011).
- Veel actuele en latere psychische problemen houden verband met de structuur en dynamiek van gezinnen (Edmunds, 2013).
- Velen in de enorme stroom vluchtelingen richting Europa kampen met ernstige psychische problemen zoals psychoses (Rhodes et al., 2016).
- In de periode tijdens en na de zwangerschap is de kans op psychische problemen bij de betrokken vrouwen hoger, dit heeft impact op de kinderen (Bauer et al., 2014).
- Mensen met psychische problemen zijn véél vaker slachtoffer van moord of doodslag dan de rest van de bevolking (Rodway et al., 2014).

1.1.1 Stoornissen

Wanneer er sprake is van een psychische stoornis, is er meer aan de hand dan een psychisch probleem en is het vaak niet mogelijk die stoornis snel op te lossen. Psychische stoornissen kunnen ontstaan doordat de hersenen op een bepaalde manier werken waardoor de normale ontwikkeling van de persoonlijkheid niet goed verloopt of er tekorten ontstaan in het denken, het voelen, de ontwikkeling van motivatie en/of de manier waarop iemand zich gedraagt. De psychische functies zijn bij een stoornis vaak voor langere tijd, soms levenslang, verstoord geraakt of hebben zich niet goed ontwikkeld. De processen in de hersenen zijn als het ware uit balans, die disbalans is duurzaam en het is vaak niet mogelijk, zeker niet door de betrokkenen zelf, om die disbalans weer te corrigeren. Dan komt de psychische gezondheidszorg in beeld. Iedereen kan zich wel eens minderwaardig voelen, gebrek hebben aan zelfvertrouwen of lusteloos en somber zijn. Maar als dit aanhoudt en het verband met de omstandigheden waarin de persoon op dat moment leeft niet (meer) duidelijk is, zijn er goede redenen om te vermoeden dat er misschien sprake is van een psychische stoornis. De persoon zelf hoeft zich hier overigens niet bewust van te zijn, dit maakt het ook zo lastig voor de betrokkenen om op tijd hulp te vragen. Dat geldt uiteraard in het bijzonder voor kinderen of meer in het algemeen voor jonge mensen, die nog geen idee hebben van psychische stoornissen en ook moeilijk zichzelf kunnen vergelijken met andere mensen.

Psychische problemen kunnen na verloop van tijd overgaan in een psychische stoornis, en juist dit geleidelijke proces maakt het zo moeilijk om een grens aan te geven: wanneer is iets wel normaal en wanneer is het niet normaal meer?

Er zijn bijvoorbeeld heel veel mensen die stemmen horen en daar, ook op straat, mee in gesprek gaan. Iedereen kan als hij of zij daar enige moeite voor doet, zijn of haar moeder in het hoofd oproepen en daarmee praten. Dat kan stilletjes maar net zo goed hardop. Dit verschijnsel van stemmen horen kan wijzen op een ernstige psychische stoornis (schizofrenie of psychose) maar dat hoeft dus helemaal niet. Ook hebben de meeste mensen wel eens een paar dagen last van een negatieve stemming of zitten in een dip. Dat gaat meestal vanzelf over, en in het ideale geval hebben mensen er dan iets van geleerd. Maar als zo'n negatieve stemming aanhoudt, of na verloop van tijd juist omslaat in een zeer uitgelaten, positieve stemming zonder dat daar een duidelijke reden toe is, dan is er aanleiding om te vermoeden dat er sprake is van een stemmingsstoornis.

De moeilijkheid om een duidelijke grens te stellen leidt geregeld tot discussies over de manier waarop psychische stoornissen worden ingedeeld, over de vraag of de grens te soepel of juist te strak wordt gesteld, en of dat leidt tot te veel of juist te weinig zorgverlening. Hierbij komt dat het vaak lastig is om psychische stoornissen duidelijk te onderscheiden van neurologische aandoeningen, somatische problemen of ziekten en sociale moeilijkheden. Je kunt ervoor kiezen om overal scherpe grenzen te stellen, maar verstandiger is het om je te realiseren dat de problemen vaak een kluwen vormen en dat er, zeker als problemen aanhouden, sprake kan zijn van een reeks aandoeningen die nauw met elkaar samenhangen.

Psychische stoornissen manifesteren zich in klachten die de persoon zelf uitspreekt en symptomen, zoals een aanhoudende negatieve stemming of bizarre gedachten. De stoornissen zijn door diverse wetenschappers in categorieën ingedeeld maar het is belangrijk om te weten dat er heel veel variatie mogelijk is, dat een psychische stoornis bij iedereen net weer iets anders verloopt, en dat ook de symptomen variëren: per persoon, maar ook bij elke persoon in de loop van de tijd en afhankelijk van de omstandigheden waarin hij of zij functioneert. Variatie is er ook in termen van licht of ernstig, tijdelijk of duurzaam (chronisch), behandelbaar of niet-behandelbaar.

Veelvoorkomende klachten of symptomen

Veelvoorkomende tekens of symptomen van psychische stoornissen zijn de volgende:

- zich verdrietig of down voelen; weinig zin hebben in de dagelijkse activiteiten;
- zich gedurende langere tijd heel zenuwachtig of gestrest voelen;
- verwarde gedachten (niet logisch kunnen denken of spreken), verstoringen in de geheugenfuncties en verminderd vermogen om zich te concentreren;
- verhoogde gevoeligheid voor zintuiglijke prikkels zoals geluiden of geuren; het vermijden van sterk stimulerende omgevingen of situaties;
- heel impulsieve acties ondernemen of dwangmatig telkens opnieuw dezelfde handelingen verrichten;

- verward gedrag (thuis maar ook in de openbare ruimte); heel druk of juist opmerkelijk traag gedrag;
- overdreven emotionele uitlatingen of door emoties gedreven gedragingen;
- excessieve vrees of veel zorgen hebben; extreme gevoelens van schuld en chronische angst;
- extreme (cyclische) veranderingen in de stemming zoals eerst heel uitgelaten of manisch en dan weer heel down of depressief;
- zich terugtrekken van vrienden en (sociale) activiteiten; geen interesse tonen in andere mensen;
- heel erg moe, weinig energie hebben om iets te ondernemen en problemen ervaren met het slapen;
- los komen te staan van de realiteit (wanen, geloven in samenzweringen of complotten), diepgaand wantrouwen en achterdocht (zoals ten opzichte van andere mensen) of hallucinaties;
- onvermogen om met de dagelijkse problemen om te gaan of met normale maar wel stressvolle activiteiten;
- veel moeite hebben om andere mensen te begrijpen (zich moeilijk in anderen kunnen inleven); zich mede daardoor niet adequaat kunnen gedragen in sociale situaties of kunnen communiceren;
- misbruik maken van middelen als alcohol en drugs of andere vormen van verslaving (zoals gokken);
- een overdreven of juist opmerkelijk afwezig gevoel van eigenwaarde; inadequate zelfgewaarwording (de eigen problemen niet als zodanig kunnen ervaren of percipiëren);
- opmerkelijke, ongunstige veranderingen in de eetgewoonten;
- opmerkelijke veranderingen in de seksuele behoeften en activiteit;
- overdreven boosheid, vijandigheid of geweld;
- suïcidale gedachten.

Het komt voor dat psychische symptomen eerst manifest worden in fysieke problemen, zoals pijn in de buik, de rug of het hoofd. Ook kunnen ze tot uitdrukking komen in moeilijk aan somatische oorzaken te relateren lichamelijke klachten. Daarnaast kunnen ook allerlei plotse of opmerkelijke veranderingen in het sociaal gedrag (met betrekking tot school, werk, sport, geld, huishouden of relaties binnen en buiten het primaire leefverband) wijzen op de aanwezigheid van een psychische stoornis. Mensen die dicht bij iemand staan, hebben zulke veranderingen vaak snel in de gaten. Maar het is ook mogelijk dat zij het niet direct opmerken omdat ze het gewoon niet verwachten.

In het volgende kader wordt een reeks uitkomsten van wetenschappelijk onderzoek opgesomd met betrekking tot gedragsproblemen bij kinderen, waaronder ADHD. Het gaat vooral om bevindingen die voorspellen dat onder omstandigheden gedragsproblemen en -stoornissen vaker kunnen optreden.

Onderzoeksberichten: Risico's op problemen met het gedrag (o.a. ADHD)

- Kinderen die aan rook van anderen worden blootgesteld hebben een verhoogde kans op neuro-gedragsstoornissen (o.a. ADHD) (Kabir et al., 2011).
- Leven in armoede is gerelateerd aan een hoger risico op fysieke problemen en slechtere verzorging. Dit geeft meer kans op gedragsproblemen (Conradt et al., 2013).
- Kinderen met traumatische ervaringen hebben vaker leer- en gedragsproblemen en een grotere kans op obesitas (Burke et al., 2011).
- Kinderen die te vroeg worden geboren (rond 32-35 weken), hebben meer kans op gedragsproblemen (Potijk et al., 2012).
- Drinken tijdens de zwangerschap is schadelijk voor de hersenontwikkeling van de foetus. Het verhoogt het risico op latere aandachts- en gedragsproblemen bij het kind (Gautam et al., 2015).
- De kans op ADHD neemt toe bij kinderen als hun ouders, in de eerste drie levensjaren van die kinderen, depressief en gewelddadig zijn (Bauer, 2013).

1.2 Vooruitzichten

De vooruitzichten voor het oplossen van psychische problemen in het algemeen zijn nog redelijk gunstig als we dat bekijken over de hele linie. Maar waar het gaat om psychische stoornissen die kunnen worden aangemerkt als ziekten zijn de vooruitzichten vooralsnog minder positief, althans voor zover het gaat om genezing. Hierbij moet wel bedacht worden dat de uitkomsten zeer divers zijn en dat er bij elkaar genomen toch meer redenen zijn voor optimisme en hoop dan voor pessimisme en fatalisme.

De vooruitzichten zijn afhankelijk van een reeks factoren. Soms lossen moeilijkheden zich als het ware vanzelf op, mensen helpen elkaar, ze worden vaardiger, ze begrijpen na verloop van tijd beter wat de achtergronden en de kenmerken van de problemen of moeilijkheden zijn, of ze verzinnen zelf oplossingen, zoals wanneer ze problemen enigszins kunnen vermijden of juist de confrontatie ermee moeten opzoeken.

Stoornissen, die we opvatten als soms tijdelijke maar meestal duurzame afwijkingen of verstoringen in het psychisch functioneren van mensen (oftewel de manier waarop hun hersenen werken en hoe dat tot uitdrukking komt in hun gedrag) zijn in de meeste gevallen niet snel verdwenen. In zo'n geval is er behoefte aan hulp of behandeling, maar ook dan kan er nog sprake zijn van spontaan herstel. Als we de psychische zorg bekijken over twee eeuwen, zijn er hoe dan ook goede redenen om optimistisch te zijn over de mogelijkheden om psychische stoornissen effectief te behandelen, ook al is er nog niet echt sprake van genezing. Optimisme en hoop zijn niet alleen belangrijk omdat dit voor de direct betrokkenen in emotioneel opzicht het beste werkt om hun leven zo goed mogelijk in te vullen, maar deze waarden zijn ook gebaseerd op reële verbeteringen in het inzicht in de kenmerken van psychische stoornissen (psy-

chopathologie). Ook de daarop gebaseerde behandelingen leveren langzamerhand een steeds beter resultaat op. Het is dan wel buitengewoon belangrijk dat de hulp vroegtijdig wordt gevraagd en geleverd en dat er steun komt vanuit de sociale omgeving van de betrokken persoon. Hulp hoeft niet altijd professioneel te zijn, maar het helpt natuurlijk wel als de hulpverlener goed is opgeleid en onder toezicht staat van een instelling en beroepsvereniging.



Afbeelding 1.2

Bij psychische aandoeningen is het overigens zo dat de persoon zelf een belangrijk aandeel kan hebben in het herstelproces. Sterker nog: zonder eigen initiatief en steun vanuit de familie of vrienden is het heel moeilijk om grip te krijgen op de eigen psychische processen. Er zijn zeker veel effectieve therapieën (zoals medicijnen, psychotherapie en allerlei sociale interventies) die mensen helpen om minder last te hebben van hun symptomen, en helpen om op een niet-functionele wijze met hun problemen om te gaan en meer zelfvertrouwen te ontwikkelen om deel te nemen aan de samenleving. Maar dit lukt niet als alleen maar een psychiater, psycholoog, verpleegkundige of sociaal werker zich over de betrokkene heeft ontfermd. Eigen initiatief, zelf ander gedrag willen aanleren, moeilijkheden zelf overwinnen blijven belangrijk en de laatste jaren is daar ook veel meer oog voor gekomen.

1.2.1 *Chronisch versus herstel*

Volgens de leerboeken over psychiatrie en psychopathologie hebben diverse psychische stoornissen vaak een chronisch beloop. Dit is niet geheel ten onrechte, want genezing is in de psychiatrie een weinig gebruikte term, dus de formele diagnose (bijvoorbeeld schizofrenie, autisme of bipolaire stoornis en ook wel verslaving) kan iemand zijn leven lang met zich mee dragen. Maar dat betekent niet dat de situatie altijd ongunstig blijft. Het is goed mogelijk dat mensen in de tussentijd zoveel vaardigheden geleerd hebben, zoveel inzicht hebben verkregen in hoe de psychische aandoening bij hen uitpakt en wat ze zelf kunnen doen om minder last te hebben van hun symptomen, dat ze in veel opzichten een volstrekt normaal leven leiden: ze werken, volgen een opleiding, gaan relaties aan, krijgen kinderen en wat al niet. In zo'n geval is de stoornis veeleer een handicap waar men mee heeft leren leven, waarvoor levenslang gebruik van medicijnen noodzakelijk is, en waarbij het leven verder zijn normale beloop heeft gekregen. Mensen zien bij psychiatrische patiënten vaak mensen voor zich die zijn opgenomen in een klinische voorziening (waarbij men 's nachts ook in het centrum verblijft) of die verward op straat lopen. De praktijk is echter dat de meeste mensen met een psychische aandoening thuis wonen en een geregeld leven leiden, zij het dat ze daarin beperkt kunnen zijn vanwege de psychische stoornis en de eventuele lichamelijke en sociale complicaties daarvan. Dit betekent niet dat een psychische aandoening niet ernstig, belastend en beperkend is, maar wel dat er voor een steeds grotere groep patiënten of cliënten reële kansen zijn op herstel, ook al kunnen of mogen we nog niet spreken van genezing in engere zin. Belangrijk is wel dat de samenleving bereid is in de psychische zorg te investeren en dat er gemotiveerde werkers zijn, hoog opgeleid, die, samen met de betrokkenen en hun naasten, aan de slag gaan om de vooruitzichten te optimaliseren.

Aan de andere kant kunnen we onze ogen er niet voor sluiten dat er een aanzienlijke groep is die, in ieder geval in klinisch opzicht (het verminderen van de symptomen of ziekteverschijnselen), geen verbetering ervaart omdat geen enkele therapie een bevredigend resultaat oplevert of heeft opgeleverd. Dit betekent overigens niet dat de zorg daarmee eindigt. Er zijn heel veel mogelijkheden om steun te genereren vanuit de sociale omgeving of om de omgeving zodanig aan te passen dat de persoon daarin op een heel plezierige wijze kan leven. Zo'n aanpassing kan betrekking hebben op mogelijkheden voor arbeid of wonen of allerlei vormen van tijdsbesteding die door de betrokkenen als nuttig en plezierig worden beleefd. Deze mogelijkheid, dat er naast behandeling ook veranderingen vanuit de omgeving mogelijk zijn die de toestand kunnen verbeteren, kan door de betrokkenen vaak als hoopvol worden ervaren. Dit kan ertoe bijdragen dat het andere uiterste niet wordt opgezocht: het vormen van suïcidale gedachten en eventueel het doen van een poging tot levensbeëindiging.

1.3 Indelingen

Psychische problemen kunnen op allerlei manieren worden ingedeeld. Voorop staat het belang dat met zo'n indeling is gemoeid, zoals of je de problemen in verband wilt brengen met biologische achtergronden of kenmerken of sociale gebeurtenissen, of je de problemen wel of niet kunt oplossen, ze te maken hebben met individuele handelingen of dat het iemand is overkomen, en ga zo maar door. Vaak worden psychische problemen aangeduid door de herkomst ervan te benoemen, zoals echtscheidingsproblemen, problemen als gevolg van financiële schulden, traumatische ervaringen, problemen in de relatiesfeer, problemen met rouwverwerking, verslaving of problemen die verbonden zijn aan de kindertijd.

Psychische stoornissen in engere zin worden ingedeeld volgens medische criteria. Het meest gangbare indelingssysteem is nu de DSM-5. Dit is een uitgebreid handboek dat is opgesteld door de vereniging van psychiaters in de VS en dat systematisch alle psychische stoornissen beschrijft die nu bekend zijn en worden geaccepteerd. Het accent hierbij ligt op de symptomen, de duur ervan en/of de frequentie waarin ze optreden. Op de DSM-5 is veel kritiek, maar er is nog geen alternatief voorhanden dat een vergelijkbare status heeft. Weliswaar heeft de Wereldgezondheidsorganisatie ook een systeem voor de classificatie van ziekten (de ICD), waarin ook de psychische stoornissen worden genoemd, maar de daarin gehanteerde lijst volgt min of meer de DSM-5. Gelukkig wordt de DSM eens in de zoveel jaren vernieuwd, dus het is mogelijk dat over bijvoorbeeld tien of vijftien jaar deze catalogus een heel ander aanzien krijgt, omdat er dan bijvoorbeeld meer kennis is over de psychische stoornissen. De stoornissen worden dan wellicht niet alleen beschreven in termen van symptomen maar bijvoorbeeld ook in termen van de biologische achtergronden ervan. Het lastige aan symptomen is dat die individueel sterk van elkaar kunnen verschillen (en soms niet eens optreden terwijl er wel sprake is van een ziekte of stoornis) en vaak niet stabiel zijn (ze kunnen variëren in de tijd, al naar gelang de omstandigheden waarin mensen zich bevinden). Symptomen zijn bovendien niet alleen verschijnselen van ziekte maar hebben ook een signaalfunctie: denk er maar aan dat je je vroeger ziek kon voelen als je een heel moeilijk proefwerk moest maken. Dit kan inhouden dat ongemerkt en onderbewust de persoon zelf een belangrijke beïnvloedende factor is bij het patroon van de symptomen.

1.3.1 *Kritiek op DSM-5*

Een veelgehoord punt van kritiek op de DSM-5 is dat categorieën ervan niet valide zijn (niet overeenkomen met de werkelijkheid) en dat de criteria die worden vermeld onbetrouwbaar zijn, zodat niet elke psychiater of klinisch psycholoog tot eenzelfde diagnose komt. Ook is er kritiek op het praktisch nut van de categorieën: wat kun je doen in termen van behandeling als je iemand

hebt onderzocht die voldoet aan de criteria voor bijvoorbeeld een bepaalde eetstoornis? Je zou kunnen verwachten dat die informatie er ook in staat, maar dat is niet het geval. Het heeft ermee te maken dat voor een goede indicatie voor een behandeling er nog veel meer informatie nodig is dan alleen het antwoord op de vraag of er sprake is van deze of een andere psychische stoornis. Het profiel van groepen patiënten in een zelfde diagnosecategorie kan enorm verschillen. Ook kan het uitmaken in welke fase de aandoening zich bevindt en wat de ziektegeschiedenis is van de persoon in kwestie. Eigenlijk geldt dat elk individu anders is, wat inhoudt dat je niet bij voorbaat weet welke behandeling bij dit specifieke individu zal werken. Bij gebrek aan kennis moet die informatie in de psychiatrie nu vaak nog proefondervindelijk worden verkregen. Vooraf is het helaas nog niet goed mogelijk om te bepalen welk medicijn bijvoorbeeld bij deze persoon het beste zal aanslaan en bij welk ander medicijn de persoon onaangename bijeffecten zal ervaren.

Een andere kritiek is dat de categorieën in de DSM-5 suggereren dat er echt sprake is van aparte ziekten. Dit is echter een misverstand: er zijn weliswaar goede redenen om clusters van symptomen (dit wordt ook wel een syndroom genoemd) van elkaar te onderscheiden, en deze te benoemen als een bepaalde stoornis. Maar om te kunnen beslissen of er daadwerkelijk sprake is van een 'aparte ziekte', met specifieke oorzaken, en die zich duidelijk onderscheidt van een andere psychische stoornis, is nu vaak nog onvoldoende informatie beschikbaar. Ook kan het zo zijn dat waar nu sprake is van een aandoening in de DSM-5, er bij nadere beschouwing sprake is van vijf of misschien wel tien aparte aandoeningen wanneer er meer inzicht beschikbaar komt over bijvoorbeeld de genetische achtergronden ervan. Vanwege dit gebrek aan kennis wordt vaak gesteld dat de onderscheidingen in de DSM-5 gekunsteld zijn, dat wil zeggen, dat ze door mensen zijn bedacht en niet overeenkomen met reëel bestaande patronen. Een verbetering van de DSM-5 ten opzichte van zijn voorganger is overigens dat er al meer met dimensies, spectra (zoals bij de aandoeningen die met autisme van doen hebben) en gradaties wordt gewerkt, in plaats van met heel strak geformuleerde afkappunten voor wie wel of niet een bepaalde psychische stoornis heeft.

Een ander veelgenoemd probleem is dat de DSM-5 mogelijk normaal en hoogstens opmerkelijk gedrag brandmerkt als ziek, als pathologisch. In het verleden heeft dit gespeeld rondom homoseksualiteit. Dit werd tot in de jaren zeventig nog vermeld als een psychische stoornis, totdat vooruitstrevende psychiaters samen met belangengroepen hieraan een einde maakten. Ook rondom ADHD is er discussie of het drukke gedrag van kinderen niet te makkelijk wordt opgevat als ziek, terwijl er wellicht meer redenen zijn om de aandacht te richten op de levensomstandigheden van de kinderen, het schoolsysteem, het gebrek aan speelmogelijkheden, stoffen in het milieu of de toestanden thuis. Het laatste woord is hier nog niet over gezegd en het hoeft niemand te verbazen dat een nieuwe versie van de DSM in de toekomst andere onderscheidingen voorstelt of

bepaalde stoornissen als niet-valide uit het systeem verwijdt. Ook kan het zijn dat er in een nieuw systeem meer aandacht is voor de problemen die mensen met diverse psychische stoornissen met elkaar gemeen hebben, zoals problemen met het functioneren van de cognitie of de aanwezigheid van trauma.

Een goed overzicht van de diverse psychische stoornissen, waarin ook aandacht wordt gegeven aan de oorzaken, de diagnostiek en de behandeling, is van Franken, Muris en Denys (2015). In hun uitgebreide handboek over psychopathologie maken zij het volgende onderscheid in stoornissen:

- neurobiologische ontwikkelingsstoornissen: verstandelijke beperkingen, communicatiestoornissen, autismespectrumstoornis, aandachtsdeficiëntie-/hyperactiviteitsstoornis (ADHD) en leerstoornissen;
- schizofreniespectrum- en andere psychotische stoornissen: ticstoornissen, waanstoornis, kortdurende psychotische stoornis, schizofrenie en schizofreniereniforme stoornis en schizoaffectieve stoornis;
- bipolaire stemmingsstoornissen;
- depressieve stemmingsstoornissen: destructieve stemmingdisregulatiestoornis, depressie en persisterende depressieve stoornis;
- angststoornissen: separatieangststoornis, selectief mutisme, specifieke fobieën, socialeangststoornis, paniekstoornis en agorafobie én gegeneraliseerde angststoornis;
- obsessieve-compulsieve en verwante stoornissen: obsessieve-compulsieve stoornis, inclusief verzamelstoornis, morfodysfore stoornis (meestal ten onrechte denken dat er iets mis is met het uiterlijk), trichitillomanie (een onweerstaanbare drang om haren uit te trekken) en excoriatiestoornis (op ziekelijke wijze de huid krabben);
- trauma- en stressgerelateerde stoornissen: reactieve hechtingsstoornis en ontremd sociaalcontactstoornis, posttraumatische stressstoornissen en aanpassingsstoornissen;
- dissociatieve stoornissen (een verstoring van de normale integratie van perceptie, bewustzijn, geheugen en identiteit);
- somatisch-symptoomstoornis en verwante stoornissen waaronder ook ziekteangststoornis, conversiestoornis (functioneel-neurologisch-symptoomstoornis) en nagebootste stoornis;
- voedings- en eetstoornissen waaronder: anorexie nervosa, boulimia nervosa en eetbuistoornis;
- stoornissen in de zindelijkheid;
- slaap-waakstoornissen;
- seksuele disfuncties: seksuele disfuncties en seksuele problemen bij mannen en vrouwen;
- genderdysforie (het ontwikkelen van een genderidentiteit die niet overeenkomt met het biologische geslacht);
- disruptieve, impulsbeheersings- en andere gedragsstoornissen: gedragsstoornissen, periodiek explosieve stoornis, pyromanie en kleptomanie;

- middelgerelateerde en verslavingsstoornissen: stoornis in gebruik van alcohol, cannabis, een opioïde of stimulantium, hypnoticum of een anxiolyticum, tabak en gokstoornis;
- neurocognitieve stoornissen: delirium, uitgebreide neurocognitieve stoornis (dementie) en beperkte neurocognitieve stoornis;
- persoonlijkheidsstoornissen (deze worden tegenwoordig ingedeeld in drie clusters);
- parafiele stoornissen (afwijkingen in de seksuele interesse).

Het hier aangehaalde boek van Franken en collega's bevat een schat aan informatie voor nadere studie. Per stoornis of cluster van stoornissen worden kenmerken en diagnostische criteria beschreven, met toelichtingen in de vorm van casussen, en wordt epidemiologische informatie gegeven en informatie over de diagnostiek, het beloop van de aandoening en eventuele comorbiditeit (aandoeningen die vaak naast de genoemde stoornis optreden). Verder bevatten de hoofdstukken informatie over het ontstaan van de stoornis (etiologie, met aandacht voor biologische, psychologische en omgevingsfactoren), de mogelijkheden van behandeling (biologisch en psychologisch) en wordt veel informatie gegeven over recent wetenschappelijk onderzoek.

1.4 Specifieke groepen

In beginsel kunnen alle mensen in een bepaalde periode van hun leven een psychische aandoening ontwikkelen of gedurende een bepaalde tijd kampen met (ernstige) psychische problemen. De statistieken geven aan dat psychische stoornissen, waaronder ook verslaving, onder de bevolking veel voorkomen.¹ We kunnen wel een aantal groepen onderscheiden met een verhoogd risico, zoals mensen waar in de familie vanwege genetische kenmerken een bepaalde stoornis zoals schizofrenie of bipolaire stoornis relatief veel voorkomt, of waarbij de sociale omstandigheden een hogere kans op een psychische stoornis voorspellen. Ook trauma in de jeugd wordt veel genoemd als een risicofactor die de kans op een psychische stoornis later in het leven doet toenemen (zie verder Blaustein & Kinniburgh, 2015).

Jonge kinderen vormen in het algemeen een kwetsbare groep. Kinderen kunnen al van jongs af aan te maken hebben met een neuro-ontwikkelingsstoornis zoals ADHD of autismespectrumstoornis. Vanwege hun kwetsbaarheid en nog onvoldoende ontwikkelde veerkracht of vermogen om zich tegen de invloed van volwassenen te weer te stellen (denk aan de risico's als gevolg van mishandeling of verwaarlozing en misbruik) lopen kinderen een relatief groot risico op het opdoen van traumatische ervaringen met een levenslange impact. Een

1 Zie voor epidemiologische gegevens: www.volksgezondheidenzorg.info.

voorbeeld van verwaarlozing in de emotionele sfeer betreft een niet of niet voldoende gelukte hechting met de ouders of de verzorgers. Dit ondermijnt het zelfbeeld en het zelfvertrouwen van kinderen en beperkt hun vermogen tot zelfregulatie. Zulke ervaringen hoeven niet de oorzaak te zijn van een psychische stoornis zoals schizofrenie, angst, depressie of een verslaving maar ze verhogen wel de kans daartoe. Dit blijkt uit epidemiologisch onderzoek waarin verbanden tussen levenservaringen en het optreden van een psychische stoornis worden onderzocht. Psychische aandoeningen vormen voor jonge mensen tot ver in de jongvolwassenheid de belangrijkste ziektelast waarmee zij als groep te maken hebben. Onderzoek wijst ook uit dat een groot deel van de ernstige, veelvoorkomende psychische aandoeningen manifest wordt in de periode tussen 14 en 25 jaar (men schat zelfs 75% van het aantal gevallen). Denk hierbij aan aandoeningen als schizofrenie, eetstoornissen, persoonlijkheidsstoornissen, depressie en bipolaire stoornissen, maar ook verslavingen.



Afbeelding 1.3

In de adolescentie verandert er veel, niet alleen in het gedrag van de jongeren (het experimenteren met middelen met een psychoactief effect begint bijvoorbeeld in deze periode), maar ook in de hormoonhuishouding (ontwikkeling van de seksuele identiteit) en in de structuur van de hersenen: de verbindingen tussen de diverse hersencellen worden gereorganiseerd. Dit verloopt meestal goed, maar de hersenen van adolescenten zijn wel extra kwetsbaar voor verstoringen. Adolescenten zijn ook kwetsbaar omdat ze in zekere zin een 'lastige' groep vormen voor de hulpverlening. Zij zijn op zoek naar een eigen identiteit en koesteren een sterke hang naar autonomie. Dat maakt het voor hen lastig om van anderen aan te nemen dat er wellicht iets mis is in hun gedrag of in hun psychische gesteldheid en dat er goede redenen zijn om hulp te vragen

en te accepteren. Juist in deze periode kan de invloed van leeftijdgenoten heel belangrijk zijn om hulp te aanvaarden. Het kan er in positieve zin toe bijdragen dat het risico op suïcide of onverantwoord gebruikmaken van middelen wordt beperkt en dat geldt ook voor de kans op voortijdig schoolverlaten. Ervaring leert dat vroegtijdig handelen een ongunstige ontwikkeling in de kiem kan smoren.

Veel ernstige psychische aandoeningen zijn echter niet gebonden aan een afgebakende leeftijdperiode. Aandoeningen als ADHD of autisme kunnen levenslang voortduren. Ook aandoeningen die ontstaan in de adolescentie of bij jongvolwassenen kunnen later in het leven blijven bestaan, al is het mogelijk dat het beloop een minder ernstig patroon krijgt, dat de aandoening zich stabiliseert en de symptomen milder worden, dat de behandeling aanslaat, en ook dat de betrokkenen beter met de aandoening weten om te gaan.

Een goed overzicht van de achtergronden van psychische stoornissen en psychische kwetsbaarheid bij kinderen en adolescenten biedt het *Handboek klinische ontwikkelingspsychologie*, onder redactie van Prins en Braer (2014). De auteurs behandelen de volgende problemen en stoornissen:

- vroege socialisatieproblemen;
- agressieve en regelovertreedende gedragsproblemen;
- stoornissen in de aandacht en impulsregulatie;
- angst en angststoornissen;
- stemmingsproblemen en depressie;
- leerproblemen en leerstoornissen;
- autismespectrumstoornis;
- verstandelijke beperking;
- gehechtheid en kindermishandeling;
- eetproblemen in de adolescentie;
- middelenmisbruik en verslaving.

Het boek bevat een schat aan epidemiologische informatie, kennis over risico's en beschermende factoren en verklaringen voor het optreden van aandoeningen. Ook gaat het in op de specifieke aandachtspunten voor assessment (diagnostiek) en behandeling.

De inleidende hoofdstukken behandelen de kennis over erfelijkheid (genetica) en de rol van de omgeving bij het ontstaan van problemen, de risico's die al voor de geboorte kunnen bestaan of ontstaan, het verschil tussen een normale en een afwijkende ontwikkeling, de betekenis van het temperament en persoonlijkheidskenmerken voor de ontwikkeling van emotionele en gedragsproblemen, de rol van het gezin, de relaties met leeftijdgenoten en de culturele aspecten die van invloed zijn op de mate waarin een afwijkende ontwikkeling kan optreden (risico- versus beschermende factoren).

In het hiervoor genoemde boek wordt ingegaan op beschermende factoren. Een veelgenoemde factor betreft sociale steun en het belang van een sterk sociaal netwerk. In de volgende twee kaders staan enkele bevindingen uit onderzoek over het belang van deze twee aspecten.

Onderzoeksberichten: Sociale steun

- Sociale steun van ouders aan hun jongvolwassen kinderen bevordert hun autonomie en zelfvertrouwen (Swartz et al., 2011).
- Herstellen doe je zelf, maar ook samen. Sociale steun en een sociaal netwerk zijn cruciaal bij ontwenning van verslavende middelen (Sack, 2012).
- Deel uitmaken van een sociale groep beperkt gezondheidsrisico's en bevordert de gezondheid (Mlodinow, 2012).
- Het verband tussen armoede en psychopathologie geldt niet voor iedereen. Variabelen zijn: discriminatie, sociale steun, stress en vertrouwen (Wickham et al., 2014).
- Veel tegenspoed hindert het psychisch welzijn van kinderen. Maar sociale steun en gerichte zorg kunnen de veerkracht vergroten (Pediatric Academic Societies (PAS) Meeting (2016)).
- De uitbreiding van het aantal psychiatrische diagnoses (volgens de DSM) is mogelijk gepaard gegaan met een afname in de bereidheid om sociale steun te geven aan de direct betrokkenen (Perry, 2011).

Onderzoeksberichten: Sociaal netwerk

- Sterke sociale bindingen (sociaal netwerk) zijn belangrijk voor het behoud van de psychische én lichamelijke gezondheid (Yang, 2016).
- In combinatie met impulsiviteit voorspelt alcoholisme vroegtijdige sterfte. Een sterk sociaal netwerk beschermt (Blonigen, et al., 2011).
- Het bevorderen van sociale relaties in gemeenschappen verhoogt de participatie in preventieprogramma's (Bender, 2015).
- Veel positieve sociale relaties op twintigjarige leeftijd voorspelt later in het leven een gunstige psychosociale ontwikkeling (Carmichael, 2015).
- Psychisch welbevinden is gerelateerd aan positieve ervaringen met sociale relaties in de kindertijd of adolescentie, maar niet aan het opleidingsniveau (Koivusilta et al., 2013).
- Stress die kinderen ervaren in hun sociale relaties voorspelt hun fysieke ontwikkeling en gezondheidsgedrag als volwassene (Ponzi et al., 2016).

1.4.1 Diverse perspectieven

Hoewel veel ernstige psychische aandoeningen ontstaan in de periode tussen 15 en 25 jaar, kunnen aandoeningen ook daarna pas voor het eerst manifest worden. Denk aan een depressie of een post-traumatische stressstoornis (bijvoorbeeld bij mensen die als soldaat of als burger in oorlogssituaties afschuwelijke dingen meemaken). Aan het eind van het leven is dementie (in het bijzonder de ziekte van Alzheimer) een veelvoorkomend en ernstig probleem. Dementie

heeft een zeer ingrijpende invloed op de cognitieve vermogens van mensen: zij verliezen het vermogen om nieuwe herinneringen op te slaan of oude herinneringen actief op te halen. Uiteindelijk weten zij niet meer wie ze zelf zijn of wie ze voor zich hebben.

Behalve naar leeftijd kunnen we ook kijken naar andere aspecten zoals geslacht, sociale status of culturele en etnische achtergrond. Er zijn talloze onderzoeken gedaan waarin verschillen tussen mensen voor wat betreft het ontstaan en het verloop van psychische aandoeningen zijn geanalyseerd. Het heeft kennis opgeleverd over verschillen in het verloop van een aandoening, over de ernst en de duur ervan, en ook over het moment waarop de aandoening voor het eerst manifest wordt. Verder is gekeken naar het verband tussen lichamelijke en sociale processen en het optreden en het beloop van psychische stoornissen. Er zijn aandoeningen, zoals eetstoornissen, die bij jonge vrouwen frequenter voorkomen dan bij jonge mannen, maar het is niet zo dat eetstoornissen bij jonge mannen helemaal niet voorkomen en dat datgene wat vandaag het geval is, over een aantal jaar nog steeds zo is. We zien in de epidemiologische cijfers over een langere periode bijvoorbeeld een toename van het aantal vrouwen dat verslaafd is aan alcohol, terwijl dat vijftig jaar geleden nog heel sporadisch het geval was. Ook kan het weliswaar lijken alsof een bepaalde aandoening, zoals een autismespectrumstoornis, bij jongens meer voorkomt dan bij meisjes, maar kan dat sterk te maken hebben met een andere verschijningsvorm bij meisjes waardoor zij in dit opzicht minder opvallen, waardoor er een onderschatting plaatsvindt van het aantal meisjes met een autismespectrumstoornis.

Om een goed beeld te krijgen van het optreden van psychische aandoeningen onder de bevolking is het dus raadzaam om meerdere perspectieven erbij te betrekken en ervan uit te gaan dat groepen van elkaar verschillen in verschijningsvorm maar ook dat het huidige beeld niet betekent dat dit decennia geleden ook zo was en of over een aantal decennia ook weer zo zal zijn. Wat we wel met enige stelligheid kunnen zeggen, is dat mensen met een lagere sociaal-economische status (SES) gemiddeld een grotere kans hebben op een psychische stoornis en minder gunstige vooruitzichten hebben, en ook dat mensen die gedurende langere tijd kampen met psychische stresservaringen minder gunstige vooruitzichten hebben dan degene bij wie stress niet zo'n belangrijke rol speelt. Tot slot is gebleken dat over het algemeen (er zijn altijd uitzonderingen) het in een laat stadium constateren van een psychische aandoening voorspelt dat het beloop ernstiger is. Dit betekent dat er goede redenen zijn om vroegtijdig te signaleren en op grond daarvan te handelen. Bij bijvoorbeeld een bipolaire stoornis kan het gemiddeld wel zes jaar duren voordat een diagnose wordt gesteld. Dit belemmert uiteraard adequaat handelen.

Het volgende kader geeft een overzicht van enkele bevindingen uit onderzoek naar verbanden met de sociale en economische status van mensen met (gevoeligheid voor) psychische problemen.

Onderzoeksberichten: Sociaaleconomische status (SES)

- Er is een sterk verband tussen een lage SES en psychische problemen waaronder suïcidepogingen (Sareen et al., 2011).
- Kinderen in een gezin met een lage SES ervaren een achterstand in psychisch functioneren. Muziek beoefenen kan dit deels compenseren (Tierney et al., 2013).
- Het schoolsucces van kinderen met een lage SES is afhankelijk van de vraag of ze goed in staat zijn plannen te maken (Crook & Evans, 2014).
- De cognitieve functie van kinderen met een lage SES wordt benadeeld als ze veel stress (meting aan de hand van het hormoon cortisol) ervaren (Suor 2015).
- Latere depressieve klachten hangen samen met de SES van de ouders. Sociale stijging helpt het psychisch welzijn (Quesnel-Vallée & Taylor, 2012).
- Er is een verband tussen de SES van de ouders en de hersenstructuur en taalfunctie van het kind (Jednoróg et al., 2012).

**Opdrachten***Begrijpen*

- Wat is het verschil tussen psychische problemen en psychische stoornissen? Geef van beide soorten drie kenmerken én drie concrete voorbeelden.
- 75% van de ernstige veelvoorkomende psychische aandoeningen wordt manifest in een bepaalde leeftijdsgroep. Welke groep is dat? Wat is de oorzaak van dit hoge percentage en wat maakt het lastig voor de hulpverlening om deze groep te bereiken?

Opzoeken

- Welke stoornissen (overzicht Franken, Muris & Denys, 2015) komen het meest voor in Nederland bij jongeren tussen de 14 en 25 jaar?
- Wat kun je vinden op internet over de DSM-5 en zijn er nog andere classificatiesystemen te vinden?
- Je komt veel nieuwe woorden tegen in dit hoofdstuk, zoek van minstens vijf woorden de betekenis op.

Discussie en reflectie

- Bespreek met elkaar hoe je de DSM-5 in de praktijk kunt inzetten.
- Hoe kan de DSM-5 je ondersteunen in de hulpverlening en waar trek je een grens?
- Ken je voorbeelden uit je omgeving waarbij mensen met psychische problemen weer hersteld zijn? Hoe kwam dat? Welke factoren speelden daarbij een rol?
- Ken je voorbeelden waarbij de problemen een chronisch beloop hadden?
- Praat met elkaar over je eigen ervaring of ervaringen in je naaste omgeving met psychische problemen en/of psychische stoornissen. Relateer dat aan de onderzoeksberichten hierover.

BIOPSYCHOSOCIALE EN CULTURELE BENADERING

1.5 Ontstaan van psychische problemen

Voor het ontstaan van psychische aandoeningen zijn zelden eenduidige oorzaken aan te wijzen. Ook wanneer er meerdere oorzaken bekend zijn, blijft het vaak toch gissen wat de precieze toedracht is geweest. Het heeft ermee te maken dat psychische aandoeningen en het orgaan dat er direct mee te maken heeft, de hersenen, zo complex zijn dat we nog lang niet voldoende weten over hoe psychische problemen en stoornissen ontstaan, hoe ze zich verder ontwikkelen en of en waardoor herstel mogelijk is. Dit betekent niet dat we helemaal niets weten, en dat we geen goede modellen hebben over hoe de bij psychische aandoeningen betrokken processen verlopen, maar het blijven in hoge mate goed empirisch gefundeerde hypothesen die vaak nog nader moeten worden getoetst en verder ontwikkeld. In ieder geval is het altijd het beste om over oorzaken te spreken in meervoud. Het idee dat er één gen kon worden gevonden voor schizofrenie is weerlegd. Wetenschappers denken nu dat bij het ontstaan van schizofrenie wellicht honderden genen betrokken zijn die weliswaar allemaal een minieme invloed hebben, maar bij elkaar kunnen bijdragen aan een verhoogde kwetsbaarheid. Dit staat nog los van het feit dat schizofrenie waarschijnlijk niet een ziekte is maar een groep aandoeningen met deels dezelfde kenmerken maar ook een aantal (genetische) verschillen.

Kwetsbaarheid is echter nog lang geen aandoening. Weliswaar neemt de kans toe dat een psychische aandoening, zoals schizofrenie, ontstaat onder invloed van bepaalde groepen genen, maar ook de interactie met de omgeving en de gebeurtenissen in de levensloop van het individu zijn cruciaal voor de vraag of schizofrenie zich daadwerkelijk ontwikkelt, manifest wordt in het gedrag en leidt tot klachten en symptomen. Zo weten we dat ook in families waar schizofrenie veel voorkomt, de kinderen van de betrokken ouders weliswaar een verhoogd risico hebben, maar slechts in een minderheid van de gevallen zien we werkelijk een schizofrene ontwikkeling van hun brein. Een belangrijke invloed die direct met de omgeving van doen heeft, is het hebben van traumatische ervaringen in de jeugd. Het blijkt dat psychose (een van de belangrijkste symptomen van schizofrenie) heel vaak samenhangt met traumatische ervaringen in het verleden. Ook andere ernstige stressvolle ervaringen kunnen bijdragen aan een verhoogd risico. Verder zijn er sterke aanwijzingen dat het gebruik van cannabis en tabak een belangrijke factor is in het ontstaan van schizofrenie. Uiteraard zijn dit allemaal aanwijzingen die kunnen worden omgezet in preventief beleid: voorkomen van traumatische ervaringen, streven naar een jeugd waarin ernstige stress wordt vermeden en beperken van het gebruik van cannabis door jongeren, zeker wanneer zij vanwege een familiegeschiedenis in een risicogroep zitten.

Hoe het ook zij, biologische kenmerken, in het bijzonder genen die de kwetsbaarheid voor het ontstaan van een psychische aandoening kunnen verhogen, spelen een belangrijke rol bij de vraag wat de oorzaak kan zijn van een psychische stoornis. Er is veel onderzoek gedaan naar de vraag hoe erfelijke factoren van invloed zijn bij het ontstaan van een bipolaire stoornis, autisme, depressie en als gezegd ook schizofrenie. Hieruit blijkt dat een genetische achtergrond wel degelijk de kwetsbaarheid kan verhogen en/of een beschermende werking heeft.

Maar behalve oorzaken die duidelijk kunnen worden teruggevoerd tot wetenschappelijke bevindingen (in experimenten zijn bevestigd) moeten we niet onderschatten wat de rol kan zijn van toeval, van gebeurtenissen waarvoor geen duidelijke verklaring voorhanden is en die in zoverre unieke gebeurtenissen zijn. Het brengt met zich mee dat alle mensen in zekere zin kwetsbaar zijn voor het ontstaan van een psychische stoornis, alleen de mate waarin verschilt en ook de wijze waarop die kwetsbaarheid manifest wordt: welke aandoening ontstaat.



Afbeelding 1.4

De meeste ernstige psychische aandoeningen hebben een lange aanloop voordat ze manifest worden. Dit houdt in dat wanneer schizofrenie of een bipolaire stoornis ergens tussen 14 en 25 jaar aan de dag treedt, er mogelijk vóór het 14e levensjaar al sprake is geweest van een telkens abnormale of afwijkende ontwikkeling van het brein die een verhoogde kwetsbaarheid voor een ernstige psychische stoornis tot gevolg had. Het probleem is helaas dat wetenschappers nog niet goed weten waarop ze kunnen letten in de voorstadia van een psychische stoornis. Daardoor is het moeilijk om deze vroegtijdig te signaleren want

er bestaat altijd het risico dat mensen ten onrechte worden aangemerkt als personen met een verhoogd risico op het ontstaan van een specifieke stoornis. Zij krijgen dan specifieke aandacht en wellicht ook een behandeling die achteraf gezien niet nodig is en mogelijk zelfs negatieve gevolgen heeft voor de personen en hun naasten. Maar er zijn ook uitzonderingen, daar waar de aan-doening waarschijnlijk al bij de geboorte in aanleg aanwezig is, en waarbij het wel degelijk van groot belang kan zijn om vroegtijdig te handelen. Het belangrijkste voorbeeld is wel de autismespectrumstoornis, omdat die al in de eerste maanden na de geboorte kan worden vermoed.

We kunnen de toestand van het brein en de psychische functies die daarmee gemoeid zijn, beschrijven als een soort evenwichtstoestand, als een configuratie, waarin geen enkele regio van de hersenen of hersenfunctie zodanig overheerst dat deze het gedrag negatief beïnvloedt en de persoon in staat is optimaal te functioneren in het dagelijks leven. Normaal kan zo'n configuratie wel tegen een stootje en daarom is het ook niet te verwachten dat mensen bij lichte psychische moeilijkheden zomaar een psychische stoornis ontwikkelen. Zo'n configuratie, of evenwichtstoestand, is dus normaal gesproken robuust of veerkrachtig genoeg om verstoringen te kunnen opvangen.

Bij elkaar genomen is het beter om te spreken van kwetsbaarheden en de cumulatatie daarvan, dan van oorzaken, en vervolgens vooral op zoek te gaan naar kantelingen: wanneer gaat een cumulatatie van kwetsbaarheden over in een andere evenwichtstoestand?

Waar het gaat om kwetsbaarheden, kunnen we de volgende indeling hanteren:

- biologische kwetsbaarheden: erfelijke kenmerken die van invloed kunnen zijn op het functioneren van het individu (bijvoorbeeld het temperament of de hormoonhuishouding); voeding, verzorging en veiligheid; algemene fysieke leefomstandigheden;
- psychosociale kwetsbaarheden: psychische stress (te zware belasting ten opzichte van de voor dit individu mogelijke belastbaarheid), traumatische ervaringen, ongunstig opvoedingsklimaat en ongunstig algemeen leefklimaat;
- sociale omstandigheden: een relatief lage opleiding en overeenkomstig een gering inkomen, sociaal isolement, uitsluiting en discriminatie;
- culturele situatie: de wijze waarop in de desbetreffende cultuur wordt gedacht over en gehandeld naar psychische klachten en/of door psychische problemen of een psychische stoornis beïnvloed gedrag.

In de hierna volgende paragrafen gaan we hier dieper op in.

Het volgende kader met onderzoeksberichten gaat in op de rol van (psychische) stress.