

Over Leven

De psychiatrische patiënt in de thuiszorg

Het bestuur van Stichting Even Anders, Spiritualiteit in Zorg heeft in 2016 besloten om alle door de stichting uitgegeven brochures te gaan digitaliseren.

In deze digitale versie zijn enkele kleine tekstuele wijzigingen en updates aangebracht. Echter, om aan de oorspronkelijke inhoud geen afbreuk te doen, is er vastgehouden aan de originele tekst met verwijzingen naar vooral protestantse en katholieke begrippen. Vanzelfsprekend kan de lezer dit invullen met referenties aan boeddhistische, hindoeïstische, humanistische, islamitische en joodse rituelen en begrippen.

Wij wensen u veel leesplezier en staan open voor reacties.

Deze publicatie is te downloaden maar eventueel ook in een gedrukte versie te bestellen via de website www.evenanders.nu.

Inhoudsopgave

Voorwoord	3
Inleiding	4
1. Globale indeling van de ziektebeelden in de psychiatrie	5
2. Over leven in crisissituaties:	7
- casus	
- manisch-depressieve stoornis	
- verschijnselen	
- behandeling	
- geloof en zingeving	
- wat de thuisverzorgende kan doen	
- wat de patiënt zélf kan doen	
3. Over leven met blijvende psychiatrische beperkingen	11
- casus	
- schizofrenie	
- verschijnselen	
- behandeling	
- geloof en zingeving	
- wat de thuisverzorgende kan doen	
- wat de patiënt zélf kan doen	
4. Over leven na de psychiatrie	14
- casus	
- depressie	
- verschijnselen	
- behandeling	
- geloof en zingeving	
- wat de thuisverzorgende kan doen	
- wat de patiënt zélf kan doen	
5. Over de betekenis voor de patiënt én familieleden	16
- herstel gaat in essentie over het gewone leven	
- de gevolgen voor familieleden	
- rehabilitatie	
- de rol van de zorgverlener	
6. Over leven in crisissituaties en over leven na de psychiatrie	22
- crisissituaties en zingeving	
- verhalen vertellen om op-verhaal-te-komen	
Lijst met afkortingen	24
Belangrijke adressen van patiëntenorganisaties	25
Literatuurlijst	26
Personalialia	27

Voorwoord

Wijkverpleegkundigen komen vaak in contact met mensen met psychiatrische beperkingen en /of stoornissen. Veel psychiatrische patiënten hebben moeite om zich in het dagelijks leven te handhaven.

Zij raken vaak vervreemd van hun eigen familie, vrienden en kennissen omdat hun problemen vaak voor de ander niet-invoelbaar zijn. Naarmate een stoornis langer duurt worden zowel patiënt als familieleden steeds kwetsbaarder. De patiënt en familie hebben daarom steun en begeleiding nodig in de thuissituatie.

Dit dient te gebeuren in overleg met de patiënt, de familie en de verantwoordelijke hulpverlener.

Ondanks de beperkingen en /of stoornissen die iemand heeft, gaan wij er vanuit dat de basis van hulp ligt in het van binnenuit weten dat ieder leven gegeven is.

Deze brochure wil een handleiding zijn om de zorgverlener wegwijs te maken in de wereld van de psychiatrie. Het is goed om hierbij onderscheid te maken tussen:

1. mensen die zich in een acute crisis bevinden, waarbij directe, soms kortdurende hulp nodig is;
2. mensen met een chronisch psychiatrisch probleem, die langdurig of blijvende zorg behoeven;
3. en mensen in de herstelfase na een psychiatrische opname en/of een acute crisissituatie.

Kennis van psychiatrische ziektebeelden is onontbeerlijk. Ervaringen hebben echter geleerd dat de psychiatrische patiënt zonder erkenning van de persoon en de warmte van het hart niet te helpen is. Het is de mens die lijdt en wiens pijn wij mogen helpen verlichten in zijn of haar kwetsbare, 'gebroken' bestaan.

'Over Leven' gaat over de psychiatrische patiënt in de thuissituatie en over hulp geven om te leven met een psychiatrische beperking en/of stoornis.

Inleiding

De laatste jaren is er een verandering gekomen in het denken over de maatschappelijke positie van mensen met een beperking of handicap. We vinden dat mensen zo lang mogelijk deel moeten blijven uitmaken van de samenleving en als mensen al buiten de samenleving verblijven, bijvoorbeeld doordat ze opgenomen zijn in één of andere instelling, moet voor snelle terugkeer worden gezorgd.

Dit geldt ook voor mensen met een psychiatrische beperking. Het beleid van psychiatrische instellingen is erop gericht om mensen met een psychiatrische beperking zo zelfstandig mogelijk te laten functioneren. Daarbij staat de persoon centraal en niet diens ziekte of gebreken. Die veranderende visie is gebaseerd op de veronderstelling dat een opname veelal een stigmatiserende en vervreemdende werking op mensen heeft.

Begrippen als extramuralisering¹, transmuralisering² en rehabilitatie³ (3) duiden alle op hetzelfde streven, namelijk het voorkomen van (langdurige) opnamen in een psychiatrische instelling. Transmurale teams moeten de opnameduur verkorten of proberen te voorkomen. Zij bieden de benodigde zorg in de eigen omgeving. In de toekomst zullen voorzieningen in de wijk zoals dagbestedingscentra, aangepaste werkvoorzieningen en beschermde woonvormen sterk toenemen. Er komt een steeds grotere groep patiënten die ambulante wordt geholpen en alleen in uiterste nood af en toe wordt opgenomen, met het zogenaamde “bed op recept”. Zorgverleners krijgen dan ook steeds vaker te maken met mensen met psychiatrische beperkingen en /of stoornissen.

Dit vraagt van de zorgverleners een extra verzwaaring van hun taak, waarbij een groot beroep wordt gedaan op inventiviteit, creativiteit, en zelfstandigheid. De wijkverpleegkundige zal dan ook kennis moeten hebben van de lokale en regionale “hulpverleningskaart”. Hij moet weten welke vormen van hulpverlening er zijn in de regio.

Wat kan men zélf en wanneer dient gespecialiseerde hulp ingeschakeld te worden? Men dient daarom enig inzicht te hebben in de belangrijkste ziektebeelden die in de psychiatrie voorkomen. Omdat het ondoenlijk is om alle ziektebeelden en de vele vormen waarin men deze kan onderverdelen te beschrijven, zullen we ons in deze brochure beperken tot de drie meest voorkomende stoornissen.

Psychische klachten worden zelden door slechts één factor veroorzaakt. Erfelijkheid, psychische, sociale en somatische factoren, persoonlijkheid en religie spelen hierbij een rol. Men probeert in eerste instantie de crisis zélf op te lossen of onder controle te krijgen en/of zoekt naar de betekenis van het ziek-zijn. “Over Leven” gaat over leven met overmatige angsten, hallucinaties, wanen, depressies, etc. die het “leven-zélf”, de levensomstandigheden en/of levensbeschouwing, bedreigen en de mens voor zingevingsvragen en zwaarwegende keuzeproblemen stellen. In deze brochure besteden we dan ook aandacht aan crisissituaties, zingeving én hoe het vertellen van verhalen belangrijk is om weer “grip” te krijgen op en/of zin te geven aan de “gebroken” levensloop.

¹ De zorg wordt in kleine centra dichtbij de bevolking aangeboden.

² De zorgverlening gaat “door de muur” van de instelling en krijgt een continu verloop. Patiënten met complexe problemen kunnen thuis worden behandeld.

³ Rehabilitatie staat voor een actieve en emanciperende benadering van het leven met ernstige psychiatrische beperkingen.

Hoofdstuk 1. Globale indeling van de ziektebeelden in de psychiatrie

Net als in de somatische ziektekunde is het mogelijk om in de psychiatrie voorkomende ziektebeelden op grond van hun symptomen globaal in te delen. Als we er een naam voor hebben is de aandoening vaak wat minder bedreigend. Toch moeten we voorzichtig zijn met het plakken van etikettes op patiënten, want dat kan grote gevolgen hebben voor de persoon, zowel medisch als maatschappelijk. Een terecht vastgestelde of verkeerde diagnose kan iemand de rest van zijn of haar leven blijvend achtervolgen en de houding van zijn of haar naasten blijvend beïnvloeden.

Globaal maakt men in de psychiatrie een onderverdeling in: psychosen, neurosen en psychopathie. Deze grove indeling zegt echter niets over de oorzaak van de stoornis. Bovendien zijn er ziektebeelden die niet duidelijk in een van deze groepen kunnen worden ingedeeld.

1. Psychosen

Bij psychosen is de controle over het Ego, over het eigen gedrag en handelen gestoord. Ook het contact met de omgeving en met anderen is gestoord. Men is niet meer in staat zijn leven aan de realiteit te toetsen. Psychosen kunnen zich manifesteren als plotseling optredende of acute ziektebeelden, maar ook als chronische ziektebeelden. En soms kan een acute psychose chronisch worden. Hierbij spelen draagkracht en draaglast een grote rol. Als het evenwicht tussen draagkracht en draaglast verstoord is, treedt een psychose op. We spreken dan van een psychotische decompensatie.

2. Neurosen

Bij een neurose staan angst en het gebruik van afweermechanismen op de voorgrond. Neurotisch gedrag is inadequaats, aangeleerd gedrag, dat bepaald wordt door het overmatig gebruik van afweermechanismen. Ieder van ons vertoont op zijn tijd wel eens neurotisch gedrag. Tot de neurosen worden onder meer gerekend fobieën, posttraumatische stress-stoornis, obsessieve-compulsieve stoornis, anorexia nervosa, boulimia-nervosa en diffuse angststoornis.

3. Psychopathie

In de moderne psychiatrie is de term psychopathie grotendeels verdrongen door het woord persoonlijkheidsstoornissen. We spreken van een persoonlijkheidsstoornis wanneer iemand door zijn karakter of persoonlijkheidsstructuur niet in staat is om zich aangepast te gedragen in de samenleving. Er is sprake van een abnormaal ontwikkeld super-ego. Dit kan gekenmerkt zijn door idealen, normen en waarden die een antisociale inhoud hebben. Deze antisociale psychopaten kunnen zich wel aanpassen, maar zij willen dit niet.

Bij anderen zien we een weinig streng super-ego, waardoor een verminderd normbesef ontstaat. Voorbeelden van psychopathie zijn: antisociale persoonlijkheid, borderline persoonlijkheid, passief-agressieve persoonlijkheid en narcistische persoonlijkheid.

Vaak is het niet goed mogelijk om met behulp van één enkele diagnose de patiënt en de toestand waarin deze verkeert volledig te beschrijven. Er kunnen met een patiënt meerdere dingen aan de hand zijn, die in veel gevallen onderling samenhangen:

- er is sprake van een bepaald psychiatrisch ziektebeeld;
- er is sprake van een persoonlijkheidsstoornis;
- er kan lichamelijk iets met de patiënt aan de hand zijn;
- er kan in de afgelopen tijd een toename van stress-factoren zijn;
- en het functioneren van de patiënt kan verminderd zijn.

Om het stellen van psychiatrische diagnoses in goede banen te leiden wordt gebruik gemaakt van een diagnose systeem waarbij al die invalshoeken (ook wel diagnostische assen genoemd) zijn verwerkt: DSM - IV of het 'Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, IVe editie'. Het voordeel hiervan is dat de diagnoses van de artsen over de gehele wereld uniform zijn.

Organisch psychiatrische stoornissen, persoonlijkheidsstoornissen, gecompliceerde rouw

en trauma worden in deze brochure niet besproken.

Hoofdstuk 2. Over leven in crisissituaties

Een crisissituatie wordt beschouwd als een korte periode van psychische onevenwichtigheid. Vaak is door de naasten van de patiënt al op verschillende manieren geprobeerd de situatie onder controle te houden of te krijgen. De problematiek is dus acuut en wordt veelal gekenmerkt door chaos en onrust.

Patiënten met acute psychiatrische problemen worden momenteel steeds vaker thuis opgevangen. Thuiszorg moet in de meeste gevallen opname voorkomen dan wel verkorten.

Casus:

Mevrouw is 45 jaar en woont alleen. Ze was eerder opgenomen i.v.m. een bipolaire stoornis, ook wel manisch-depressieve stoornis genoemd. Ze lijdt aan diabetes. Op het moment dat de wijkverpleegkundige bij haar komt is er sprake van een ontremming. Ze slaapt al enkele nachten vrijwel niet. Ze voelt zich wanhopig, is erg angstig en praat onophoudelijk. De oer boodschap die ze van thuis heeft meegekregen is: "Je bent niks en je zult ook wel niks worden". Patiënt is lichamelijk uitgeput en durft niet alleen te zijn, want ze is bang zichzelf wat aan te doen.

Manisch-depressieve stoornis

De manie is het tegenovergestelde van een depressie. Als de stemming dan eens veel te opgewekt en dan weer veel te somber is, is er sprake van een manisch-depressieve ziekte (stoornis), ook wel bipolaire stoornis genoemd. De stemmingswisselingen kunnen af en toe optreden, met periodes van een normale stemming tussendoor. Ze kunnen ook snel achter elkaar optreden.

Verschijnselen van een manie

- De stemming is te goed, uitgelaten en opgewekt.
- Men is te druk, overactief, vol levenslust en kracht. Men kan de hele wereld aan.
- Dit kan leiden tot onverantwoord of gevaarlijk gedrag met nare gevolgen voor de patiënt en zijn omgeving.
- Lichamelijk voelt men zich optimaal en men heeft weinig of geen behoefte aan slaap.
- Men voelt zich zekerder dan normaal. Er is vaak sprake van overschatting en impulsief gedrag en men laat zich door niemand corrigeren.
- Naast het verlies van realiteitszin kunnen psychotische verschijnselen optreden.
- In vele gevallen dreigt lichamelijke uitputting.

Behandeling

De manisch-depressieve stoornis behoort tot de goed behandelbare psychiatrische ziekten.

Soms is opname in een psychiatrisch ziekenhuis wenselijk; bij acuut (levens)gevaar kan een (gedwongen) opname noodzakelijk zijn. Een gecombineerde behandeling bestaande uit het geven van medicijnen en gesprekstherapie geeft gunstige resultaten.

• Medicijnen.

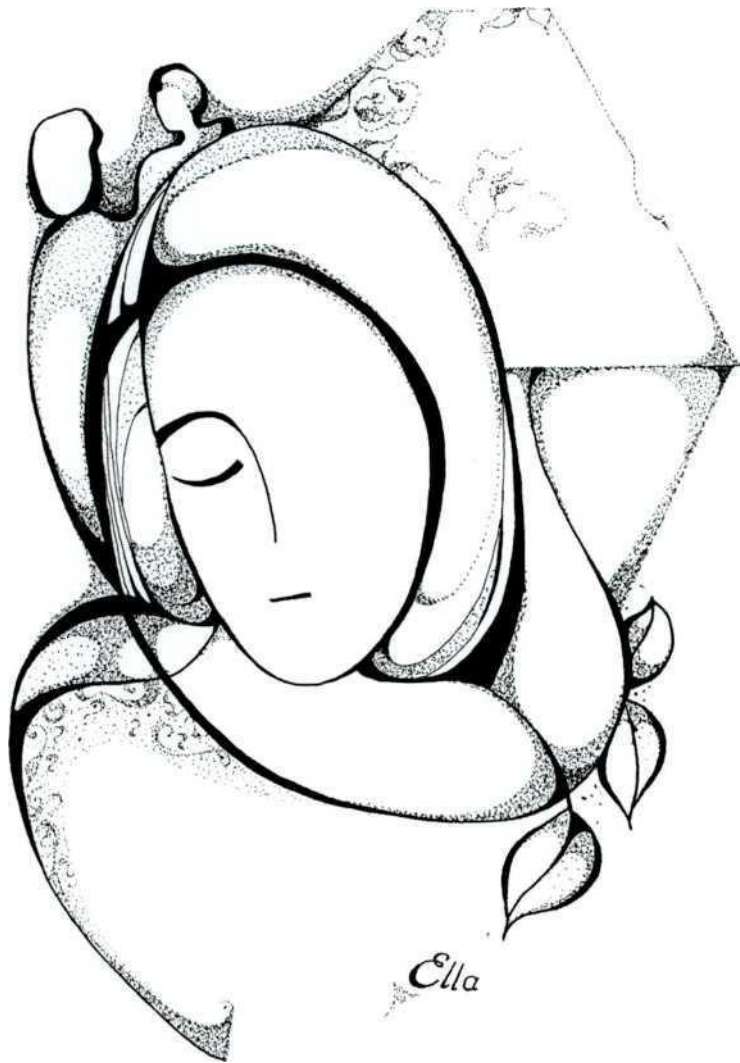
Afhankelijk van de verschijnselen kan een keuze gemaakt worden uit verschillende groepen middelen. Soms worden middelen uit meer dan één groep gecombineerd.

• Gesprekstherapie.

In veel gevallen kunnen steunende gesprekken met een behandelaar een gunstige werking hebben. Soms is een meer systematische vorm van gesprekstherapie nodig: psychotherapie.

In deze gesprekken komen psychische en sociale oorzaken van de klachten aan bod.

Er wordt gekeken hoe een andere kijk op het leven kan leiden tot vermindering van klachten en er wordt gezocht naar manieren om met de klachten om te gaan.



Zorgverleners krijgen steeds vaker te maken met mensen met psychiatrische beperkingen en/of stoornissen

Geloof en zingeving

Het idee van de kleine en slechte mens, “Je bent niks”, zoals we dit in de casus zagen, geldt voor vrouwen extra. Veel vrouwen waren of zijn gehoorzaam aan autoriteit, waaronder ouders, man en kerk. Cultuur, levensovertuiging en sociale factoren spelen hierbij een rol. Soms verliezen mensen het vertrouwen in een “rechtvaardige” God, vooral als de opvoeding doortrokken was van zonde, hemel en hel, waardoor angst- en schuldgevoelens geïnternaliseerd werden. Daarnaast speelt de persoonlijkheid een grote rol. We verschillen, vanaf het begin, in gevoeligheid, in “doorlaatbaarheid”. Dezelfde “kerkelijke” of geloofservaringen kunnen heel verschillend worden beleefd. Er zijn mensen die gewoon niet manisch of depressief kunnen worden. Het mensbeeld - vrouwbeeld/manbeeld-, met de daarbij horende verre en strenge God, de dogma's of leer- en leefregels kunnen nog steeds bij mannen en vrouwen tot groot onwelzijn leiden. Uit onderzoek blijkt (Schilder A; Kam de I. en Kerssemakers, J.) dat beelden en boodschappen uit de religie mensen kracht kunnen geven maar ook “ziek” kunnen maken. In de kern voelen vrouwen zich vaker schuldig, beschaamd en slecht. Mannen hebben vaker last van obsessies en dwanggedachten.

Wat de zorgverlener kan doen

De zorgverlener zal in overleg met de patiënt en/of omgeving bepalen waar de zorg zich op dient te richten. Het intensieve en korte karakter van de zorgverlening vereist een duidelijke planmatige aanpak. De zorgverlener kan hierin een wezenlijk aandeel hebben. Wanneer de ziekte in een vroeg stadium herkend wordt, kan ze door vroegtijdig ingrijpen een minder ernstig verloop hebben.

- De huisarts of psychiater kan betrokkene opnieuw instellen op medicatie.
- Zie toe dat de patiënt medicijnen inneemt.
- Help de patiënt na te gaan wat er is gebeurd.
- Help de patiënt na te gaan wat hij zélf nog kan doen.
- Ga na welk mantelzorgnetwerk tot zijn beschikking staat.
- Neem contact op met de zorgcoördinator of casemanager van de patiënt.
- Ga niet de strijd aan met patiënten die manisch zijn. Probeer met tact te sturen.

De oorspronkelijke behandelaar (psychiater, casemanager) van de patiënt is in het hele traject steeds de eindverantwoordelijke. In dergelijke situaties dient men steeds alle acties terug te koppelen. Er wordt naar gestreefd dat de patiënt thuis of elders (bij familie) kan blijven om op een veilige en acceptabele wijze de eerste dagen van een crisis door te maken zonder opgenomen te hoeven worden. In dergelijke situaties is het van belang om veiligheidsafspraken te maken met de patiënt en de personen in het netwerk (de familie/buren) van de patiënt. In sommige situaties richten de preventieve maatregelen zich op het bewerkstelligen van een opname omdat de thuissituatie toch onhoudbaar dreigt te worden en richt de verpleegkundige zich op de bescherming van huisgenoten (kinderen) en derden. Bepaalde zorgteams richten zich meer op patiënten met acute problemen die in een crisis terechtkomen. Deze teams, bestaande uit sociaal-psychiatrische verpleegkundigen en een psychiater, vangen de crisis op, ze maken afspraken met patiënt, familie, burens of andere steunsystemen, zorgen voor 24-uurs bereikbaarheid via de telefoon, of indien nodig voor een “bed-op-recept” voor één of enkele nachten. De zorgverlener dient zich af te vragen:

- Is de situatie veilig voor de patiënt, zijn omgeving en hulpverlener (suicidegevaar en geweld!)?
- Is de patiënt bereid vrijwillig hulp te aanvaarden en welke vorm van hulp kan de situatie opheffen (de huisarts, Riagg)?
- Hoe kunnen personen uit de omgeving hem steunen?

Wat de patiënt zélf kan doen

- Leef regelmatig en gezond; vermijd uitputting.
- Ga op normale tijd naar bed, maar sta ook op normale tijd op.
- Vermijd spanning.
- Leer verschijnselen herkennen die een manie aankondigen en trek tijdig aan de bel bij de behandelaar.

De verschijnselen van een manie en een depressie zijn min of meer tegenovergesteld. De verschijnselen en behandeling van depressie worden behandeld in hoofdstuk 4.



Vaak is er ontbeerd in het verleden en/of heden. Onze liefde en aandacht zijn daarom van groot belang

Hoofdstuk 3. Over leven met blijvende psychiatrische beperkingen

Voor mensen met een chronische ongeneesbare ziekte wordt de ziekte-georiënteerde aanpak, waarbij “de symptomen en/of ziektebeeld” centraal staan, stilaan verlaten om plaats te maken voor een doelgerichte benadering. Hulpverleners die vanuit dit model werken, helpen de patiënt en zijn familieleden hun gezondheidsdoelen en hun prioriteiten in de zorg te bepalen. Het is dan ook van belang om een overeenstemming te bereiken tussen doelen en voorkeuren van patiënt en familie. Het begeleiden van chronisch psychiatrische patiënten vraagt een eigen deskundigheid van de hulpverlener, die bijvoorbeeld goed op de hoogte moet zijn van de ernstige psychische stoornis, zoals bijvoorbeeld, schizofrenie. Tevens moet men bereid zijn het langdurige proces met patiënt en familie aan te gaan en vol te houden. Vaak zullen ze voor korte opnames in het ziekenhuis verblijven en dan weer periodes thuis. Een steeds grotere groep chronische patiënten zal in de toekomst gebruik gaan maken van beschermd en begeleid wonen.

Casus:

Patiënt heeft een verstoord dag-nacht-ritme. Hij leidt een vrijwel geïsoleerd bestaan, heeft nauwelijks contacten met familie en heeft geen vrienden. Dit sociaal isolement hangt samen met de psychiatrische ziekte: schizofrenie. De patiënt gebruikt zijn medicijnen al enkele weken niet meer en mede daardoor is de psychiatrische problematiek weer manifest geworden. Op het moment dat de wijkverpleegkundige aan huis komt voor een wondverzorging maakt hij een verwarde indruk. Hij is achterdochtig en hoort stemmen en denkt dat de buren voortdurend vuurwerk afsteken.

Schizofrenie

Schizofrenie is een gevarieerd ziektebeeld met een wisselend, maar meestal recidiverend of chronisch verloop.

Schizofrenie wordt gekenmerkt door perioden met psychotische verschijnselen: vreemd en verward denken, praten en zich gedragen. Wanneer iemand wanen of gehoorshallucinaties heeft, zich bedreigd voelt door vreemde machten, gedachten uit zijn hoofd voelt verdwijnen, emotioneel vlak reageert en zichzelf slecht verzorgt, is er sprake van schizofrenie. Er zijn echter vele varianten van schizofrenie en die zijn niet allemaal even ernstig. Schizofrenie is een ziekte die, voor zover nu bekend, niet te genezen is. De ziekte is over het algemeen wel redelijk onder controle te houden door behandeling met medicijnen. Deze blijven vaak voor de rest van het leven nodig.

Verschijnselen van schizofrenie

Bij schizofrenie is er sprake van een combinatie van verschijnselen, die overigens niet gelijktijdig hoeven op te treden:

- Wanen. Dit zijn denkbeelden die niet op waarheid berusten. Zo kan men denken achtervolgd of speciaal in de gaten gehouden te worden.
- Hallucinaties. Men neemt dingen waar, die niet voortkomen uit prikkeling van de zintuigen. Zo kan men één of meer stemmen horen die anderen in de omgeving niet horen.

Soms geven de stemmen opdrachten.

- Vreemd en verward gedrag.
- Chaotisch denken.
- Sterke verandering van het sociaal gedrag, vooral merkbaar bij zaken als zelfverzorging, werkzaamheden en contacten met anderen.

Met name schizofreniepatiënten sluiten zich soms af van hun omgeving uit een soort van zelfbescherming. Ze verminderen op die wijze zélf de toevoer van prikkels die van buiten op hen af komen. Teveel prikkels kan ze opnieuw in de problemen brengen. Hun sociale isolement kan dan ook worden gezien als een aanpassing aan stoornis.

Na een psychotische periode kunnen ‘restverschijnselen’ optreden zoals verminderde energie, somber en uitgeblust zijn, een leeg gevoel, verminderde concentratie, een moe

gevoel, een grote behoefte om alleen te zijn en vlakke emoties. Ook deze verschijnselen kunnen per persoon wisselen in vorm en mate waarin ze voorkomen.

In sommige gevallen kan de psychose buitensporige angst of agressie veroorzaken bij de patiënt of kan de ziekte zulke ernstige vormen aannemen dat de patiënt geen toekomst meer ziet en het eigen leven wenst te beëindigen. In zulke gevallen kan een (gedwongen) opname noodzakelijk zijn. Omdat alcohol en/of drugs de angst tijdelijk verminderen of het lege gevoel even doen verdwijnen, nemen sommige patiënten hun toevlucht tot dit soort middelen. Zulke middelen kunnen echter psychotische verschijnselen uitlokken en dienen dus afgeraden te worden.

De kans op terugval is groter naarmate gezinsleden, of anderen, zich overmatig betrokken voelen bij de patiënt. Stimuleren is goed, maar het liefst in een onderhandelende sfeer, plus kort qua tijdsbestek. Met name voor moeders van schizofrene kinderen is het als vanzelfsprekend dat zij voor hun inmiddels volwassen kinderen blijven zorgen, ook al wonen ze niet meer thuis.

Het is vaak ook veel makkelijker om voor de patiënt alles te regelen dan eisen te stellen en zij zich voortdurend loopt te ergeren aan de wanorde of soms zelfs de smeerbeel die de patiënt veroorzaakt. Toch is het voor de patiënt beter als er afgegrensde zorg is, bijvoorbeeld één keer per week of één keer per veertien dagen.

Behandeling van schizofrenie

Antipsychotica spelen een grote rol in de behandeling van schizofrenie. Als een medicijn eenmaal helpt, moet het lange tijd worden gebruikt. Na een eerste psychose minstens zes maanden, bij terugkerende psychoses vele jaren of zelfs levenslang, ook wanneer de patiënt zich inmiddels beter voelt. Antipsychotica helpen niet alleen tegen aanwezige psychotische verschijnselen, maar helpen ook een psychotische periode te voorkomen.

Door de verhoogde biologische kwetsbaarheid is de patiënt extra gevoelig voor stress. Het is daarom van belang spanningen in de omgeving te vermijden.

Omdat de patiënt zelf vaak niet beseft ziek te zijn, is het voor de omgeving vaak moeilijk om met zo iemand samen te leven. (Over)bezorgdheid leidt gemakkelijk tot irritaties.

Het beste is niet te veel tijd met de patiënt door te brengen om niet op elkaars zenuwen te gaan werken.

Geloof en zingeving

De moderne antipsychotische geneesmiddelen kunnen de psychotische symptomen, zoals wanen en hallucinaties, verminderen of bij langdurend gebruik zelfs voorkomen. Maar met het verdwijnen van de psychotische symptomen ziet de wereld er voor een aantal patiënten een stuk somberder uit. Men realiseert zich des te beter hoe uitzichtloos, zinloos de situatie is. Met name jongeren kunnen maar moeilijk accepteren dat ze niet meer dat kunnen wat ze vroeger konden. Bij de ouders is er rouw en verdriet om het wegvallen van de toekomst van het kind. "Wie zorgt er voor hun kind als zij er niet meer zijn?" Ouders moeten afstand doen van hun ideeën over de mooie toekomst die zij hun kind ooit hebben toebedacht. De situatie is vergelijkbaar met de situatie van ouders van verstandelijk gehandicapte kinderen.

Wat de zorgverlener kan doen

In de verpleegkundige relatie met de patiënt worden de zelfzorgtekorten van de patiënt vastgesteld, waarbij gekeken wordt naar de behoeften en verlangens van de patiënt. Er is aandacht voor zelfverzorging, maaltijd gebruik, dag-nacht ritme, boodschappen doen etc. Verder dient de zorgverlener, samen met de huisarts (psychiater), de patiënt te motiveren om weer medicijnen te gaan gebruiken (eventueel kan de zorgverlener erop toezien dat dit ook daadwerkelijk gebeurt).

Daarnaast kan de zorgverlener huishoudelijke hulp organiseren en in samenspraak met de patiënt het dag-nacht ritme ordenen door het inschakelen van aanvullende, intensieve psychiatrische thuiszorg.

Dit alles dient te gebeuren in overleg met de huisarts, de sociaal-psychiatrische verpleegkundige etc. bij wie de patiënt bekend is.

Indien nodig kan de zorgverlener in deze situatie de patiënt stimuleren om zélf contact op te nemen met zijn (vroegere) hulpverlener die hem of haar begeleidt.

Wat de patiënt zélf kan doen

Om te voorkomen dat er een nieuwe psychose optreedt moet de patiënt:

- regelmatig medicijnen gebruiken in overleg met de behandelaar;
- verschijnselen die een nieuwe psychose aankondigen leren herkennen;
- structuur in de dag brengen;
- regelmatig leven met voldoende nachtrust;
- geen alcohol en/of drugs gebruiken.

Hoofdstuk 4. Over leven na de psychiatrie

Een depressie komt veel voor maar wordt vaak miskend. Zij geneest gelukkig in veruit de meeste gevallen maar is voor sommigen levensbedreigend.

De ernst van de depressie: matig of zeer ernstig, kortdurend of chronisch, eenmalig of vaak terugkerend, speelt in deze een grote rol. Daarnaast kan men vele vormen van depressie onderscheiden.

Casus:

Man is eerder in behandeling geweest in verband met een depressie naar aanleiding van een pathologisch rouwproces. Zijn zoon is enkele jaren geleden overleden. Hij gaat nog bijna dagelijks naar het graf van zijn zoon. Hij heeft zijn bedrijf overgedragen aan zijn andere zoon. Met het wegvallen van het bedrijf valt ook de enige zingeving in zijn leven weg en komt hij thuis tot niets. Na zijn ontslag uit het psychiatrische ziekenhuis kent hij regelmatig perioden van apathie en somberheid. Hij is vergeetachtig, piekert veel en kent gevoelens van machteloosheid.

Thuis wordt nergens over gepraat. Hij is van mening dat de mens wikt en God beschikt. De echtgenote is bedlegerig en al geruime tijd in behandeling bij de thuiszorg. Ze is boos en teleurgesteld in de kerk, met name in de pastoor, die zich nadat hun kind begraven is, slechts één keer heeft laten zien. Man vindt het erg dat zijn echtgenote en zijn andere zoon weinig of niets meer aan het geloof doen.

Depressie

Iedereen voelt zich wel eens somber, lusteloos of neerslachtig. Dat kunnen normale gevoelens zijn, passend bij tegenvallers of problemen in het leven. Vaak gaat het hierbij om gevoelens die enkele uren of dagen duren. Echter, als men zich na langere tijd niet over gevoelens van ernstige somberheid heen kan zetten, spreken we van een depressie.

Verschijnselen van depressie

- Gevoelens van somberheid, triest voelen, of hulpeloos, hopeloos en tot niets in staat.
- Soms is men prikkelbaar, soms voelt men zich juist dof en leeg.
- Interesseverlies, aandacht- en concentratiestoornissen.
- Eetlustvermindering met duidelijke gewichtsafname.
- Opvallende verandering in slaappatroon (té weinig of juist té veel slapen).
- Dagelijkse gevoelens van moeheid, futloosheid.
- Gevoelens van waardeloosheid of overmatige schuldgevoelens.
- Gedachten over zinloosheid van het leven.
- Angsten over niet bestaande ernstige ziekten of begane zonden.

Een depressie is een ernstige aantasting van de kwaliteit van leven. Naast leed is er onvermogen om van wat ook te genieten. Mensen met een depressie kunnen er zo door worden beheerst, dat ze er als het ware door gevangen worden; leven heeft geen zin, het is waardeloos. De energie om hulp te zoeken ontbreekt en ze zijn niet meer in staat goedbedoelde adviezen van hun directe omgeving op te volgen. Zo kunnen zij in een isolement terechtkomen. Bovendien is er een verhoogde kans op zelfmoordpogingen.

Dat maakt het herkennen en behandelen van een depressie van levensbelang. Patiënten die aan een (zeer) ernstige depressie lijden, kunnen zichzelf doorgaans niet helpen. Patiënten die een matige depressie vertonen, of die zoals de voorbeeldcasus laat zien, in de herstelfase van een depressie verkeren, kunnen goed geholpen worden. Ex-patiënten kunnen veel doen om te voorkomen dat terugval optreedt of de depressie opnieuw verergert. Belangrijke naasten en zorgverleners kunnen hierin een rol spelen. Leer jezelf kennen en zoek, eventueel in samenspraak met anderen uit, wat de depressie in de hand werkt of hoe je de depressie juist kunt voorkomen. De stichting Pandora en zelfhulpgroepen kunnen hierin ondersteunen.

Behandeling van depressie

Depressie behoort tot de goed behandelbare psychische ziekten. De behandeling bestaat uit het geven van antidepressiva. Daarnaast worden soms tijdelijk kalmeringsmiddelen (anti- angst middelen) en slaapmiddelen voorgeschreven ter ondersteuning van de behandeling, omdat deze middelen in tegenstelling tot de antidepressiva direct werken. Antidepressiva dienen elke dag te worden ingenomen, maar werken pas na enkele weken.

Bij gunstig effect met antidepressiva is het aan te raden ze zes maanden te blijven gebruiken. Bij terugkerende depressies is zelfs nog langer gebruik raadzaam.

Naast medicatie is praten van groot belang (ondersteunende gesprekken of psychotherapie). Als men somber is, is het goed om over de gevoelens die ermee gepaard gaan met iemand te spreken.

Geloof en zingeving

De man in de casus verlamt zichzelf doordat hij van mening is dat hij zijn gestorven zoon in herinnering dient te houden en verplicht zichzelf om elke dag naar het graf te gaan. Woede, boosheid mag niet. Ze staan haaks op zijn aangeleerd idee dat de mens wikt en God beschikt. Door de ingehouden boosheid is er geleidelijk aan een niet aflatend gevoel van somberheid en machteloosheid ontstaan, waar hij niets mee kan. Zijn geloofsovertuiging verzwaart de klachten omdat hij zich voortdurend schuldig voelt. Hij had in het verleden veel meer tijd voor zijn kinderen moeten vrijmaken, maar hoe gaat het als je een eigen bedrijf hebt. Daarnaast gaat alle aandacht. Hij kan zijn schuld niet inlossen en zijn boosheid mag hij niet uiten. Woede en schuld worden bezworen met de steeds terugkerende gedachten aan zijn gestorven zoon die hij dwangmatig in herinnering dient te houden. En omdat hij vindt dat hij daarmee andere mensen niet lastig moet vallen, vermijdt hij contacten en familiebezoek. Met name als de problematiek van langere duur is, zal de relatie er onder lijden. De verwachtingen over de relatie dienen opnieuw bijgesteld te worden. Als men niet geleerd heeft om daar met elkaar over te praten, is hulp in de vorm van gezinstherapie of relatiegesprekken noodzakelijk.

Veel partners van depressieve patiënten denken er wel eens over om te scheiden. Plichtsbesef, de kerkelijke moraal en de huwelijksbelofte weerhouden de meesten ervan om daadwerkelijk die stap te zetten. Het gevolg is dat hun eigen leven vaak in het gedrang komt en men uiteindelijk zelf ook ziek wordt.

Wat de wijkverpleegkundige kan doen

De wijkverpleegkundige gaat na wat er met de patiënt is gebeurd. Terugzien op wat er met je is gebeurd, is een wezenlijk onderdeel van herstel. In feite beschrijf je je eigen geschiedenis en kijk je hoe de symptomen/klachten daarin passen.

Met behulp van de verpleegkundige kan men zo in samenspraak opnieuw grip krijgen op het leven.

Verder dient de verpleegkundige aandacht te hebben voor de zelfzorg, de medicatie en het regelen van mantelzorg of andere steunsystemen.

Men kan de patiënt ook doorverwijzen naar groepen met lotgenoten of dagbestedingscentra.

Patiënten kunnen elkaar ondersteunen in het proces van herstel.

Wat de patiënt zélf kan doen

- Ga op normale tijd naar bed, maar sta ook op normale tijd op.
- Zoek afleiding in de vorm van ontspannende activiteiten.
- Blijf in beweging: wandelen, fietsen, sporten en isoleer je niet van de mensen in de omgeving.

Hoofdstuk 5. Over de betekenis voor de patiënt én familieleden

Herstel gaat in essentie over het gewone leven

Na een psychiatrische opname en/of een acute crisissituatie vindt altijd een fase van recuperatie plaats. Herstellen betekent dat je moet “ont-psychiatiseren” en opnieuw het leven moet oppakken. De laatste tijd krijgt de eigen bijdrage in de herstelfase meer en meer de nadruk. Herstellen doe je zelf, rehabilitatie is wat hulpverleners/verpleegkundigen kunnen doen om dat herstelproces te bevorderen. Herstellen kan niemand voor je doen en er bestaan geen medicijnen voor.

Herstellen is een activiteit, een proces. Het is het ontwikkelen van een bepaalde kijk op je leven en op wat er met je gebeurt. Mensen voelen zich na een psychiatrische opname vaak langere tijd enorm kwetsbaar.

Je moet jezelf en de wereld opnieuw uitproberen en testen hoe de dingen werken. En omdat het zelfvertrouwen een enorme deuk heeft gekregen, is dat een hachelijke onderneming. Je moet als het ware steeds opnieuw een evenwicht vinden tussen actief deelnemen aan de samenleving en je afschermen van de dynamische wereld om je heen. De fase van herstel is een riskante. Het is niet voor niets dat de meeste heropnames in de eerste periode na ontslag uit een psychiatrisch ziekenhuis plaatsvinden.

Er is niet alleen onvoldoende weerbaarheid. Daarnaast moet je ook een enorme overgang maken van psychiatrisch patiënt naar volwaardig lid van de samenleving. Je moet als het ware ontwennen aan dat typische inrichtingsleven, waar je in groepen leeft en afhankelijk bent van anderen. Je went er sneller aan dan dat je er weer vanaf komt.

En dan is er ook nog dat stigma van psychiatrisch patiënt dat vanzelf uitkomt als je er zelf in bent gaan geloven. Een psychiatrische opname grijpt diep in een mensenleven in, en sommige littekens blijven altijd zichtbaar. Sommige kwetsbaarheden of gevoelige plekken komen niet meer goed. Die moet je een plaats leren geven in je levens(verhaal).

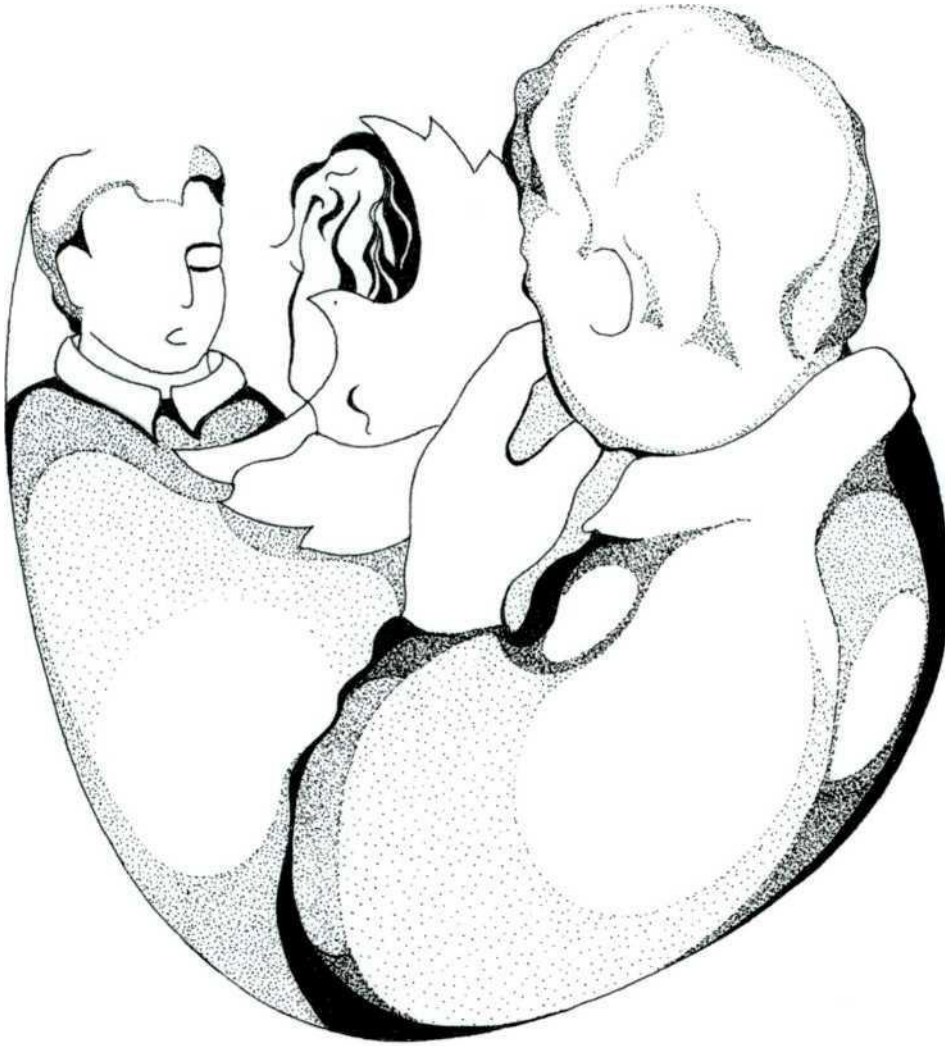
Herstel betekent dat je na een traumatische gebeurtenis of opname het dagelijks leven hervat. Naast het regelen van financiële zaken, het invullen van formulieren, instanties als de sociale dienst bezoeken en je laten keuren op arbeidsgeschiktheid, enz. moet je vooral leren omgaan met het stigma.

Ik ben lange tijd bang geweest voor herhaling van wat aan mijn opname vooraf ging. Niet dat ik bang ben om opnieuw een psychose te krijgen, want eigenlijk was het een hele opluchting toen ik daar uiteindelijk in kon wegvlugten. Mijn psychose is slechts het dieptepunt geweest van een afglijden gedurende jaren. Maar lange tijd ben ik bang geweest dat het leven steeds meer tussen mijn vingers uit zou glijden. Ik heb niets meer om trots op te zijn. Ik heb geen werk, geen relatie. Heeft het nog wel zin?

Je moet als het ware de vanzelfsprekendheid van het dagelijks leven herwinnen. Je moet leren niet alle tegenslagen steeds weer aan die stoornis of gebeurtenis toe te schrijven, maar aan het leven zelf. Je moet vooral leren het leven zelf te accepteren en er de verantwoordelijkheid voor nemen. Het duurt lang voordat je weer je eigen leven durft te leiden. Op krachten komen en zelfvertrouwen krijgen, vraagt veel geduld én begrip, respectvolle benadering van anderen die je op je levensweg ontmoet.

De gevolgen voor familieleden

Veel psychiatrische patiënten hebben moeite om zich in het dagelijkse leven te handhaven omdat ze de wereld vaak als somber of angstig beleven. En ook al hebben ze geen last meer van psychiatrische symptomen, dan kunnen ze nog heel lang last hebben van beperkingen in het sociale functioneren. Veel patiënten raken vervreemd van hun eigen familie, vrienden en kennissen omdat hun problemen vaak voor de ander oninvoelbaar zijn.



Ella

Diepe innerlijke pijn en ingehouden boosheid kunnen lijden tot ernstige depressies. Naast medicatie is praten van groot belang.

Een grote bron van spanningen wordt gevormd door een gevoel van machteloosheid, het gevoel alle controle over de situatie te verliezen. Wanneer familieleden geconfronteerd worden met bijvoorbeeld psychotische verschijnselen, is dat altijd een verbijsterende en niet te begrijpen ervaring. Zeker als het de eerste keer is. Ook als er al de nodige problemen aan de eerste psychose vooraf zijn gegaan, is het nauwelijks te geloven dat degene die hen zo vertrouwd is, zo totaal iemand anders kan zijn.

Ouders gaan vaak op zoek naar het waarom van de problemen. Hoe is het mogelijk dat hun kind, dat toch normaal en gezond is geboren, zo vreemd kan zijn. Soms wil of kan men niet geloven dat zijn kind gestoord is. Men zoekt naar allerlei verklaringen die het vreemde gedrag begrijpelijk kunnen maken.

“Als mijn zoon nu maar ophoudt met drugs gebruiken, gaan de problemen vanzelf over” of “Ik heb steeds het beste voor mijn kind gedaan. Ik ben altijd thuis geweest”.

Of men klampt zich vast aan het idee dat de “ziekte” wel weer zal overgaan, met behulp van medicatie of een behandeling. Vaak is er twijfel, vooral als er na verloop van tijd nauwelijks of geen verbetering optreedt.

Naarmate de stoornis langer duurt en er meer opnames plaatsvinden, worden zowel de patiënt als de familieleden steeds kwetsbaarder. Terwijl de patiënt vaak steeds meer functies verliest en de familieleden steeds vaker taken van de patiënt moeten overnemen, raken patiënt en familie in een sociaal isolement. Dat alles maakt de omgang met psychiatrische patiënten tot een moeilijke opgave. De familie heeft in haar zorg voor de psychiatrische patiënt steun en begeleiding nodig. Als de familie niet weet hoe het beste kan worden omgegaan met de ziekte brengt dat veel onrust met zich mee, daar wordt de patiënt ook niet beter van. Het is van groot belang om familieleden (indien mogelijk) bij de zorg te betrekken en /of goed te informeren. Dat gebeurt voornamelijk via de psycho-educatie programma's.

Er zijn steeds meer boeken op de markt verschenen, waarin de ervaringen van familieleden centraal staan (Kiers, J. en Klinkert, Y.). Het betreft hier verhalen over de eigen zorgen, het verdriet en de belemmeringen in het eigen leven.

Verder zijn er verenigingen voor patiënten en familieleden die zich ten doel stellen om de belangen van zowel de patiënten als de familieleden te behartigen. Adequate en effectieve hulp komt de patiënten ten goede en ontlast de familieleden van een soms jarenlang bestaande zorg (Ypsilon, Anoiksis, Labyrint).

De gevolgen die een psychiatrische beperking of stoornis voor de familie kan hebben, zijn:

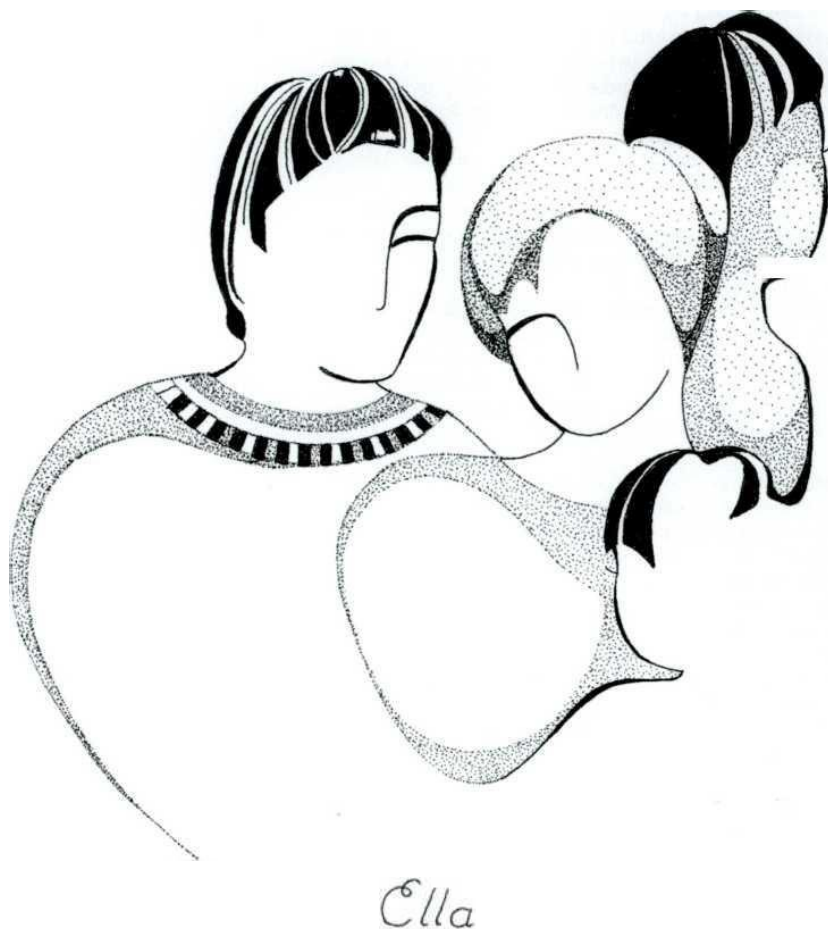
- De alledaagse huishoudelijke taken, zoals koken, afwassen, boodschappen doen, het onderhoud van het huis en de zorg voor de kinderen kunnen een steeds grotere opgave worden en soms is men zelfs helemaal niet meer in staat de taken uit te voeren.
- Financiële gevolgen van verlies van werk. Naast leven van een uitkering brengt de ziekte ook extra kosten met zich mee, zoals reiskosten, eigen bijdrage voor medicatie of kosten voor behandeling.
- Het sociaal-culturele leven. De contacten met vrienden, kennissen kunnen verminderen, vooral omdat men vaak zelf minder op bezoek gaat bij anderen of omdat de familie terughoudend is in het uitnodigen van mensen bij hen thuis, bijvoorbeeld uit gevoelens van gêne. Werk of studie kunnen minder makkelijk worden gecombineerd met de zorg voor de patiënt.
- De gevolgen voor het emotionele leven. Na een depressie of psychose kan het zijn dat de patiënt niet meer degene is die hij vroeger was. Hij blijft last houden van restverschijnselen. Allerlei verwachtingen die men voor de toekomst koesterde, ziet men vervliegen. Ook het onvoorspelbare verloop van de ziekte kan een bron van onzekerheid, angst en spanning betekenen. Het gevoel het allemaal verkeerd gedaan te hebben of tekort te zijn geschoten, speelt vaak een grote rol bij ouders of partners. Daarnaast komt vaak verdriet of boosheid voor omdat het eigen leven in het gedrang komt.
- Problemen met de lichamelijke gezondheid. Ten gevolge van de spanningen krijgt men op een gegeven moment ook last van lichamelijke of psychosomatische klachten zoals te hoge bloeddruk, slapeloosheid, evenwichtsstoornissen, migraine of overspannenheid.

Praktische en /of emotionele steun van de wijkverpleegkundige aan de familie is hierin van enorm belang. Praten over de problemen, de betekenis van het ziek-zijn, het verdriet of de boosheid en de gevolgen die dat alles met zich meebrengt voor de patiënt en de familie lucht op, stelt vaak gerust en geeft hen de hoop om verder te gaan.

Rehabilitatie

Elk ziektebeeld kent een beginpunt. Niemand wordt met een manisch of depressief beeld of met schizofrenie geboren. Dat beginpunt kan niet altijd precies vastgesteld worden. Dat is meestal ook niet nodig. Wel is het belangrijk te weten hoe de patiënt was vóór hij bijvoorbeeld een depressie kreeg. Bij het beoordelen van het ziektebeeld is het van belang te vergelijken hoe de patiënt nu is, nu hij een depressie vertoont, met hoe hij toen was (voor zijn huidige depressieve toestand). Een verschijnsel als bijvoorbeeld slapeloosheid kan alleen dan als een ziekteverschijnsel van de depressie gelden, wanneer de patiënt dat verschijnsel niet vertoonde vóór het begin van zijn depressie.

Het belangrijkste vergelijkingspunt is dus de patiënt zélf toen hij nog geen patiënt was. Dat is vooral van belang in de herstel- of rehabilitatiefase (na de opname) van de patiënt. Een zorgverlener die aan rehabilitatie doet, ziet meer dan alleen het ziektebeeld van zijn patiënt. Hij erkent dat er ook een leven geleefd moet worden. Wat patiënten met hun leven willen, is richtinggevend voor zijn handelen. Het gaat in deze benadering vooral om het herkennen en oplossen van problemen, zowel door de patiënt als door zijn omgeving. Daarbij komt de nadruk te liggen op wat de patiënt wél kan. De zorgverlener begeleidt en stuurt in overleg met patiënt én familieleden. Deze ambulante wijze van verplegen vraagt dan ook een andere attitude van verpleegkundigen. "Je stelt je als gast op".



Praktische en/of emotionele steun van de zorgverlener aan de familie is enorm belangrijk

De rol van de zorgverlener

Bij het eerste contact met betrokkenen is het goed om vóóraf na te gaan of de patiënt bekend is bij de RIAGG of andere hulpverleningsinstanties en wie wat doet.

- Wat is al bekend over patiënt en naaste familie?
- Zijn er eerder afspraken gemaakt en met wie?
- Gebruikt de patiënt medicijnen?
- Waarover is de patiënt en/of familie geïnformeerd?
- Hoe beleeft de patiënt en/of familie de crisissituatie of de ziekte (machteloos, overbezorgd, schuldig, angstig, boos)?
- Welke mogelijkheden zijn er om de situatie op te lossen: Welke mogelijkheden heeft de patiënt? Welke mogelijkheden heeft de naaste? Welke mogelijkheden hebben RIAGG of andere hulpverleners?
- Wie kan steun geven, op wie kunnen patiënt/naaste terugvallen?
- Zorgplan maken

In samenwerking met de nazorg vanuit de psychiatrie kan bij de vervolcontacten de zorgverlener een rol spelen in de praktische hulp, de voorlichting en emotionele steun aan patiënt én familie door:

- **Het verstrekken van informatie.** De mogelijkheid van financiële tegemoetkoming; praat- en begeleidingsgroepen voor patiënt en/of familie; vrijwillige hulp door de huishulpcentrale, enz.
- **Het geven van voorlichting.** Over het ziektebeeld en het verloop van de ziekte; medicijngebruik; over de concrete omgang met de patiënt, zoals het stellen van grenzen en het geven van adviezen bij noodsituaties en voorlichting bij vrijwillige of gedwongen opname (IBS).
- **Op zoek te gaan naar praktische hulp.** Gezinszorg; aanvullende thuiszorg; dienstverlenende instanties voor ouderen; telefooncirkel; bureau budgethulp enz.
- **Samen op zoek te gaan naar dagbesteding buitenshuis.** Vrijwilligerswerk; Dagbestedingscentra, Dagopvang; Open Huis en /of andere ontmoetingscentra voor psychiatrische patiënten.
- **Verwijzen naar zelfhulpgroepen.** Praat- en begeleidingsgroepen voor patiënt en familie. Bijvoorbeeld: Ypsilon, Anoksis, Labyrint, enz.
- **Het geven van emotionele steun.** Waardering, vertrouwen, luisteren naar het eigen verhaal. Het geven van hoop.



Terugzien op wat er met je is gebeurd en daarover je eigen verhaal maken is een wezenlijk onderdeel van herstel

Hoofdstuk 6. Over Leven in crisissituaties en over Leven na de psychiatrie

Vaak heeft de psychiatrische patiënt veel ontbeerd in het verleden en/of heden. Soms zijn er innerlijke wonden en pijn in het leven van de patiënt die voortkomen uit traumatische ervaringen in de ontwikkeling van de mens (traumatische jeugdervaringen). Soms zijn er ook duidelijk aanwijsbare crisis gebeurtenissen in ons leven die we niet als vanzelfsprekend kunnen ervaren. Gebeurtenissen die het "Leven" ernstig verstoren. In al deze situaties is onze liefde en aandacht van groot belang.

Crisissituaties en zingeving

Sinds Caplan⁴ (1) wordt er veelal onderscheid gemaakt tussen twee categorieën van crises:

1. Ontwikkelingscrises zijn 'normaal' in die zin dat ze een integraal onderdeel vormen van de ontwikkeling van de meeste mensen, en dat ze in een bepaalde fase van de levensloop thuis horen.
2. Traumatische crises kunnen bij elke mens en op iedere leeftijd optreden en worden voorafgegaan door een crisis gebeurtenis zoals een onverwacht verlies van iets of iemand die/dat een belangrijke bron is voor bevrediging van fundamentele levensbehoeften, bijvoorbeeld: verlies van partner door een auto-ongeluk, verlies van werk, van gezondheid, enz.

Crisis ervaringen kunnen een existentiële dimensie hebben, d.w.z. dat er fundamentele zingevingsvragen aan de orde komen. Hierbij gaat het om een zingeving verstoring of breuk in iemands levensverhaal. Bij crisis ervaringen zoekt iemand naar de zin en de betekenis van de gebeurtenis. Waar is het begonnen; wat is mijn bestemming of waar doe ik het voor? Men zoekt naar de samenhang van het eigen leven. Is er een rode draad?

De zinvolle samenhang met het geheel van het levensverhaal moet opnieuw worden bijgesteld. Dat betekent dat de mens voor de opgave staat aan het gebeuren een betekenis toe te kennen. Dit kan door de centrale verhaallijn opnieuw bij te stellen om zo aan de interne of externe bedreigingen het hoofd te kunnen bieden. Slagen we er niet in een samenhangend verhaal te creëren, dan overvallen ons gevoelens van fragmentatie, desintegratie en zinloosheid. We verliezen het contact met onszelf en de samenleving.

Verhalen vertellen om op-verhaal-te-komen

We hebben verhalen nodig om de wereld om ons heen leefbaar te maken. Wanneer men over zijn ervaringen vertelt, schept men reeds een bepaalde afstand tot die ervaringen en kan men die beter plaatsen. Hoe indringender de ervaring, des te moeilijker is het erover te vertellen, om er afstand van te nemen. Wanneer iemand begint te vertellen, is de eerste belangrijke stap in het genezingsproces gezet.

We dienen de psychiatrische patiënt dan ook altijd serieus te nemen, zonder vooroordelen, waarbij het invoelen -de empathie- voorop staat.

Ik denk dat mijn herstel is begonnen op het moment dat ik durfde terug te kijken op mijn leven en ik mijn levensverhaal kon vertellen aan iemand die écht naar mij luisterde. Iemand waarbij ik me niet schaamde en kon vertellen wat ik had meegemaakt. Ik kon hem vertrouwen en voelde me veilig bij hem.

Terugzien op wat er met je is gebeurd en daarover je eigen verhaal maken is een wezenlijk onderdeel van herstel. Wanneer we worden getroffen door onbegrijpelijke, verdrietige, noodlottige of absurde voorvallen in ons leven, moeten we hierover een verhaal kunnen ontwikkelen.

In dialoog en samenspraak met anderen (verpleegkundigen/hulpverleners) krijgt het verhaal opnieuw gestalte. Een psychiatrisch patiënt vertelt niet alleen over zijn gebeurtenissen, maar selecteert, rangschikt en benoemt de gebeurtenissen in een voor hem zinvol verband. Zo ontwikkelt hij een coherent verhaal over zichzelf en creëert hij een wereld die bij hem past en waar hij actief deel van uitmaakt.

⁴ Caplan, G. Principles of preventive psychiatry, Basic Books, New York, 1964

Dat geeft hem een gevoel van continuïteit -het besef van verleden, heden en toekomst- en een besef van identiteit -het besef van een persoonlijke geschiedenis.

Kenmerkend voor herstel is niet zozeer reductie van symptomen of terugkeer naar een toestand van vóór het ziek worden, maar veeleer het vinden van een verstandhouding tot de aandoening en het opnieuw aangaan van betekenisvolle en bevredigende rollen en relaties.

Erkenning en/of bevestiging van de persoon, satisfactie en de zin van het leven spelen een grote rol in het psychisch welzijn van de mens. Crisissituaties doen de mens vragen naar de zin van het leven en van het lijden. Welke opvattingen ieder voor zich ook heeft, onze levensbeschouwing speelt hierin een grote rol, met name bij de keuzes die wij in ons leven maken. Vanuit een gelijkwaardige houding kan de zorgverlener deze zaken aan de orde stellen. Belangrijk is dat er door de zorgverlener vragen worden gesteld zoals bijvoorbeeld: "Denkt u wel eens na over de zin van het leven? Hoe ervaart u het leven, uw ziek-zijn en wat verwacht u van anderen, de familie of zorgverleners?"

Het gaat hierbij niet zozeer om het afwerken van een vragenlijstje, maar om een houding van respect tegenover de patiënt, een mens die je moet kunnen zien in zijn of haar totale context. Iemands geloof- of levensovertuiging maakt daar een onderdeel van uit. Voor patiënten betekent het praten over hun levensovertuiging dat ze niet meer een deel van hun leven hoeven te verzwijgen, uit schaamte, angst of het gevoel dat het "niet-ter-zake" is. Vooral in tijden van crisis kunnen mensen een enorme steun ervaren aan hun geloof. Vandaar dat het goed is als ze zich ook op dit gebied gehoord voelen.

Veel (ex-)psychiatrische patiënten komen in therapie omdat zij het leidend motief van hun persoonlijk verhaal kwijt zijn. Sommigen zitten gevangen in een vicieuze verhaal cirkel waarin een pathologisch verhaal en traumatische gebeurtenissen elkaar zo beïnvloeden dat ze zich voortdurend herhalen. Ze verstikken zo de groei en creativiteit van de mens (depressie/neurose). Anderen krijgen in hun leven te maken met "abnormale verhalen", verhalen die slecht aflopen (schizofrenie/paranoia).

De zorgverlener kan de ander helpen om de gebeurtenissen te (her)ordenen door:

- zorgvuldig -liefdevol- te luisteren;
- het stellen van de juiste vragen;
- het geven van positieve, gezonde aandacht;
- het samen zoeken naar oplossingen en
- helpen bij het maken van keuzes.

Kennis van psychiatrische ziektebeelden is hierbij onontbeerlijk. Bij psychose, paranoia, paniekaanvallen, ernstige vormen van schizofrenie is een cognitieve, gedragsmatige benadering voor kortere of langere periode noodzakelijk. Ervaringen hebben echter geleerd dat de psychiatrische patiënt vaak zonder de warmte van ons hart niet te helpen is. Een zakelijke benadering van de patiënt waarin de wezenlijke erkenning en de bevestiging ontbreekt, kan boosheid oproepen en gevoelens van eenzaamheid, pijn en verwarring geven. Met kennis alleen kom je er niet. De sleutel tot genezing ligt in respect, trouw, gezonde aandacht en het "samen" zoeken en/of onderhandelen met de patiënt. Afwijzingen, hoe subtiel ook, werken averechts.

Het lijden van de psychiatrische patiënt wordt vaak onderschat doordat het door ons niet echt wordt verstaan. Zicht krijgen op de zingevingsslaag -de levensovertuiging- levert een belangrijke bijdrage in het verstaan van wie de ander is. In de geloofs- en levensovertuiging liggen normen en waarden, idealen en verwachtingen besloten. Het is het verhaal van deze individuele mens die gezien en gehoord wil worden. Het is de mens met zijn of haar psychiatrische beperking, gebreken of "gekte". Een medemens die lijdt en wiens pijn wij mogen helpen verlichten.

Lijst met afkortingen

APZ Algemeen psychiatrisch ziekenhuis. Categorieel ziekenhuis voor opname en intensieve specialistische behandeling van psychiatrische patiënten.

BW Beschut Wonen biedt huisvesting en begeleiding aan psychiatrische patiënten die geen voltijdse ziekenhuisbehandeling nodig hebben maar die om psychiatrische redenen geholpen moeten worden om zich in een gewoon milieu te kunnen handhaven o.a. op het gebied van sociale vaardigheden, budgetbeheer, aangepast werk of dagactiviteiten.

BZW Begeleid zelfstandig wonen.

CGG Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg. Dit zijn ambulante diensten voor raadpleging, diagnostiek, indicatiestelling, verwijzing of behandeling van psychische stoornissen. Tot het takenpakket van de centra behoren tevens preventie en dienstverlening aan de eerstelijnsvoorziening.

DSM-IV Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders, Fourth edition.

GGV Gespecialiseerde Gezinsverzorging.

GGZ Geestelijke Gezondheidszorg.

IBS Inbewaringstelling is een gedwongen opname. Er wordt tot IBS besloten wanneer de patiënt zijn/haar problemen niet meer overziet en gevaarlijk is voor zichzelf of anderen. Om een IBS te krijgen zijn twee verklaringen nodig: de geneeskundige verklaring, afgegeven door een onafhankelijke psychiater én de verklaring van de burgemeester. De burgemeester zorgt er verder voor dat de Officier van Justitie op de hoogte wordt gesteld. De rechter beslist binnen drie werkdagen of de inbewaringstelling door mag gaan. De patiënt krijgt hierbij automatisch een advocaat toegewezen.

PAAZ Psychiatrische Afdelingen van Algemene Ziekenhuizen zijn afdelingen voor opname en kortdurende behandeling van psychiatrische patiënten, ingebouwd in een algemeen ziekenhuis. De specificiteit ligt in de lage drempel, korte verblijfsduur en veel aandacht voor het medisch-somatisch functioneren van de patiënt.

PIT (PIT/PAT) Psychiatrische Intensieve Thuiszorg of Psychiatrische Aanvullende Thuiszorg. Dit is een vorm van psychiatrische verpleegkundige zorg die thuis of in de directe omgeving van de patiënt en naaste betrokkenen wordt verleend. De PIT-verpleegkundige is gespecialiseerd in het bieden van hulp aan huis bij de gevolgen van psychiatrische problemen. De psychiatrische thuiszorg biedt de patiënt de mogelijkheid om buiten de instelling muren een zinvol bestaan op te bouwen. Ze trainen mensen onder meer in woonvaardigheden en bieden behoeftegestuurde ondersteuning op een plek waar die echt nodig is. Zo gaat de psychiatrisch verpleegkundige bijvoorbeeld met een patiënt mee naar een buurthuis om samen te achterhalen welke activiteiten er worden geboden en te bezien of deze bij de persoonlijke behoeften van de patiënt aansluiten. De zorg richt zich op het ondersteunen en activeren bij de algemeen dagelijkse levensbehoeften, (toezicht houden op) medicijngebruik, leren hanteren van onvermogen en aanleren van alternatieven, begeleiden naar andere voorzieningen en het bieden van ondersteuning aan huisgenoten.

De doelstelling wordt van tevoren door de patiënt, de verwijzer en de zorgverlener overeengekomen. Ze is bijna altijd aan termijn gebonden. Met name patiënten met stemmingsstoornissen, schizofrenie, psychotische stoornissen, angststoornissen en persoonlijkheidsstoornissen, hebben veel baat bij deze directe zorg in de thuissituatie.

PVT Psychiatrische Verzorgingstehuizen. Dit zijn verblijfseenheden voor chronische psychiatrische patiënten die zich buiten een instellingskader niet kunnen handhaven. De specificiteit ligt in de chroniciteit en in het verzorgend karakter.

RIAGG Regionale Instelling voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg. Zij biedt hulp bij emotionele, psychische, psychiatrische en sociale problemen.

RIBW Regionale Instelling voor Beschermd Wonen.

SPV Sociaal-psychiatrische Verpleegkundige.

Belangrijke adressen van patiëntenorganisaties

Anoiksis

Vereniging voor en door psychosegevoelige mensen

Postadres: Vereniging Anoiksis, p/a UMC Utrecht, Huispostnummer A.01.126, Postbus 85500, 3508 GA Utrecht. <https://www.anoiksis.nl>

Landelijk Platform GGz (voorheen Cliëntenbond in de Geestelijke Gezondheidszorg)

Stationsplein 125, 3818 LE Amersfoort

Plusminus

Vereniging van en voor mensen met een bipolaire stoornis en hun naasten

Stationsplein 125, 3818 LE Amersfoort. www.plusminus.nl

Stichting Labyrint-In Perspectief Eindhoven e.o.

Organisatie voor naastbetrokkenen van (ex)psychiatrische patiënten

Winston Churchillaan 75, 5623 KW Eindhoven. <http://www.labyrint-ip-ehv.nl/>

Ypsilon

verenigt familieleden en naasten van mensen met psychosegevoeligheid

Regulusweg 5, 2516 AC Den Haag. <https://www.ypsilon.org/>

Stichting Pandora

Een organisatie die zich inzet voor mensen met psychische problemen. De activiteiten worden tegenwoordig uitgevoerd door stichting Geestdrift, een vereniging van en voor GGZ-cliënten

2e Constantijn Huygensstraat 77, 1054 CC te Amsterdam.
<https://www.stichtingpandora.nl>

Stichting Pharos, Thema Gezondheid vluchtelingen, asielzoekers en statushouders

Pharos zet zich in voor kwaliteit en toegankelijkheid van preventie en zorg voor asielzoekers, vluchtelingen, statushouders en ongedocumenteerden. Ze ondersteunen zorgprofessionals en gemeenten met kennis en praktisch handelingsperspectief.

Postbus 13318, 3507 LH Utrecht. <https://www.pharos.nl/>

Literatuurlijst

J. Boomsma, C. Dingemans, en Wim van den Heuvel.

1999 **Verpleegkundige methode ontwikkeling ten behoeve van de psychiatrische thuiszorg.**

Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken Rijksuniversiteit Groningen.

R.J. Van den Bosch, J. Louwerens, en C.J. Hooff, (redactie).

1999 **Behandelingsstrategieën bij schizofrenie; Cure and care development.**

Bohn Stafleu Van Loghum, Houten/Diegem (tweede herziene druk).

H. Derksen

1994 **De parel in het zwarte doosje;** Onderzoek naar de rol van het geloof van katholieke Vrouwen in het zuiden. Nijmegen: De wetenschapswinkel.

F. De Jonge

1988 **Omgaan met depressie;** Een leidraad voor patiënten en hun omgeving.

Amsterdam, Sijthoff.

I. de Kam

1994 **Ik denk dat het door mijn geloof komt;** Over vrouwen, religie en hulpverlening.

Kampen, Kok.

J. Kerssemakers

1989 **Psychotherapeuten en religie;** Een verkennend onderzoek naar tegenoverdracht bij religieuze problematiek.

Nijmegen.

J. Kiers

1986 **Praat er maar liever niet over;** Gesprekken met familieleden van psychiatrische patiënten.

Nijkerk, Intro.

Y. Klinkert

1987 **Als zand door onze vingers;** De laatste jaren van mijn schizofrene zoon.

Amsterdam, Van Gennep.

A. Limburg-Okken

1988 **Migranten in de psychiatrie;**

Van Loghum Slaterus, Deventer.

W.A. Nolen, E. Knoppert-van der Klein, en E. Hartong (redactie).

1995 **Behandelingsstrategieën bij manisch-depressieve stoornis;** Cure en care development.

Bohn Stafleu Van Loghum, Houten/Diegem.

J. Olthof en E. Vermetten

1994 **De mens als verhaal;** Narratieve strategieën in psychotherapie voor kinderen en volwassenen.

De Tijdstroom, Utrecht.

H. Oosterbaan,

Omgaan met gekte; Hoe familieleden de zorg voor psychiatrische patiënten volhouden.

Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid, Utrecht.

F. Van Ree

2000 **Levensbeschouwing en psychiatrie;**

Swets & Zeitlinger B.V., Lisse.

R. Schellings, R. Reijnders, en Meindert Haveman.
1996 **Belemmerende muren**; Een onderzoek naar vervangende zorg voor langdurig opgenomen psychiatrische patiënten.
Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, Vakgroep Epidemiologie.

Schilder, A.
1989 **Hulpeloos maar schuldig**; Over het verband tussen een gereformeerde paradox en depressie.
Kampen, Kok.

Schilder, A.
1998 **Religie en hulpverlening**; Hoe godsdienst problemen veroorzaakt en hulpverlening met religie omgaat.

Veilenga, J.
1990 **Zin, ziel en zorg**; Over levensbeschouwing en geestelijke gezondheidszorg.
Kampen, Kok Uitgeverij, in opdracht van RIAGG- Zwolle.

Personalia

Deze brochure werd geschreven door Harry Kerckhoffs. Na het afstuderen van de H.B.O. - Inrichtingswerk was hij vanaf 1977 als sociotherapeut/casemanager werkzaam in het Dagcentrum van het Psychiatrisch Centrum te Heerlen. Hij specialiseerde zich in groepswork, interactie-training, goldstein-therapie en zelfregulatie-therapie. Hij gaf enkele jaren les in sociologie en sociale psychologie aan de 'Wildenbroeck', een inservice-opleiding voor B-verpleegkundigen. Tevens was hij parttime werkzaam als ziekenhuispastor in het St. Maartens Gasthuis te Venlo.

Ella Prinsen-van der Most (1950) is de ontwerpster van de tekeningen in deze brochure. Zij volgde een H.B.O.-opleiding voor lerares tekenen en stofversieren aan de Alg. School voor Beroepsonderwijs "De Windroos" te Rotterdam. Hierna heeft zij enkele jaren les gegeven aan de Chr. Nijverheidsscholen te Schiedam en Rotterdam. Omdat kunst veelzijdig is en dienende aspecten in zich heeft, werkt zij zowel abstract als figuratief, al naar gelang de vraag. Zij hanteert hierbij een eigen stijl en vindt het een uitdaging om het abstracte en het figuratieve met elkaar te verbinden. Zij werkt vanuit haar christelijke levensvisie, geconfronteerd met en geraakt door het lijden van de mens. Omdat zij het communiceren van levensbelang acht voor elk mens, is zij regelmatig in gesprek met haar medemens die zij op haar weg ontmoet. De diepgang en levensverrijking die daaruit voortvloeien vormen het draagvlak voor haar werk in het algemeen, maar betekenen ook een bron van inspiratie voor haar teken- en schilderwerk. Het aanreiken van troost aan de psychiatrische patiënt die zij eveneens op haar weg ontmoette, leerde haar meer dan ooit te voren de les van onvoorwaardelijke liefde en trouw.