

‘POSITIEVE PSYCHIATRIE’ ALS VISIE VOOR DE PRAKTIJK VAN DE GGZ*

Door: **Otto Dellemann**

* Dit artikel is een bewerking van het hoofdstuk ‘Positieve Geestelijke Gezondheidszorg’ in Bohlmeijer E, Bolier L e.a. Handboek positieve psychologie. Theorie, onderzoek, toepassingen. Amsterdam: Boom; 2013.

De ggz doet er goed aan om naast klachtgericht ook ‘krachtgericht’ te behandelen. Principes uit de positieve psychologie en het hersteldenken kunnen hierbij helpen.

Om te voldoen aan de opdracht om te bezuinigen zoekt de ggz de oplossing onder andere in differentiatie en standaardisering van de behandeling: meer patiënten behandelen binnen een generalistisch aanbod en elke groep wordt behandeld volgens een vooraf uitgeschreven, klachtgericht protocol. De focus komt hiermee te liggen op ‘confectie’, een standaardaanpak voor alle patiënten met een bepaalde aandoening. Een voordeel van deze aanpak is dat ze overzicht en meer controlemogelijkheden biedt voor de zorgverzekeraars en de overheid. Hulpverleners zijn er niet op voorhand van overtuigd dat behandelen hiermee ook automatisch effectiever en kwalitatief beter wordt.

Ook ggz-instellingen maken zich zorgen over de tekortkomingen en ‘bijwerkingen’ van een dergelijke benadering. GGNet, een ggz-instelling in Gelderland, koos in mei 2013 daarom voor ‘positieve psychiatrie’ als haar nieuwe visie. ‘Positieve psychiatrie’ neemt het bevorderen van welbevinden als algemene noemer, in plaats van het verminderen van klachten of het weg nemen van ziekte. Positieve psychiatrie staat voor een op de individuele patiënt toegesneden, ‘gepersonaliseerde’ behandeling, waarbij een focus op klachten en problemen gecompleteerd wordt met een focus op eigen kracht en mogelijkheden, met aandacht voor de wisselwerking met de persoonlijke woon-/werkomgeving. De patiënt wordt maximaal bij de behandeling betrokken en waar mogelijk wordt de computer als hulpmiddel ingezet.

Uit de klinische praktijk en uit onderzoek van de afgelopen decennia zijn er aanwijzingen dat het zin heeft om het bevorderen van welbevinden als algemene noemer te nemen, te focussen op krachten naast klachten, en de patiënt te betrekken bij de behandeling. Dit mondt uit in drie bronnen van kennis waaruit de 'positieve psychiatrie' kan putten: de positieve psychologie, het hersteldenken en de kennis van specifieke factoren.

Ik licht eerst deze drie bronnen verder toe. Daarna laat ik zien hoe belangrijk het is om een klachtgerichte benadering te combineren met een krachtgerichte benadering, en hoe de netwerkbenadering als conceptueel frame hierbij behulpzaam kan zijn. Vervolgens geef ik een korte schets van hoe diagnostiek, behandeling en evaluatie van de behandeling vanuit deze visie eruit kunnen zien.

WELBEVINDEN BEVORDEREN: DRIE KENNISBRONNEN POSITIEVE PSYCHOLOGIE

Onder de noemer positieve psychologie worden volgens Westerhof & Bohlmeijer¹ positieve ervaringen, karaktertrekken, relaties en instituties bestudeerd, om een goed leven mogelijk te maken. Positieve psychologie is de wetenschap van welbevinden en optimaal functioneren.² Volgens Seligman, die positieve psychologie samen met Csikszentmihalyi als wetenschappelijke discipline op de kaart heeft gezet, zijn er verschillende types van een goed leven. Hij onderscheidt een plezierig, betrokken en zinvol leven. Welbevinden staat centraal, termen als 'flourishing' en 'flow' worden hierbij gehanteerd. Een goed leven gaat dus niet altijd samen met zich prettig voelen; zo wordt flow niet gedefinieerd door gevoelens maar door het opgaan in activiteiten, waardoor gevoelens en gedachten tijdelijk geblokkeerd zijn.³ Positieve psychologie heeft het afgelopen decennium academisch sterk aan de weg getimmerd: er zijn in tien jaar tijd meer dan tweeduizend wetenschappelijke publicaties verschenen die expliciet het begrip positieve psychologie gebruiken.

Het doel van positieve psychologie was en is expliciet om tegenwicht te bieden aan de preoccupaties van klinische psychologie met pathologie, beschadiging en zwakte. De meeste studies op het terrein van de positieve psychologie betroffen mensen zonder psychiatrische stoornissen of met stoornissen van milde tot matige ernst. In het domein van de ggz is positieve psychologie als eerste geland in de eerste lijn maar maakt het een opmars naar de tweede en derde lijn, omdat de voordelen van een dergelijk focus voor mensen met ernstige aandoeningen wel eens groter zouden kunnen zijn dan voor gezonde mensen.

Een belangrijk focus van de positieve psychologie om een goed leven te bewerkstelligen is het bevorderen van geestelijke veerkracht. Veerkracht komt tot uiting in het vermogen om flexibel te zijn en positieve adaptatie te ervaren, zelfs als de levensomstandigheden belast zijn met stressoren, psychiatrische klachten of handicaps.

HERSTELDENKEN

De herstelbeweging heeft het karakter van een emancipatiebeweging, ontstaan in de jaren negentig van de vorige eeuw doordat individuele patiënten verhalen opschreven over de manier waarop hun herstel verliep.³ Boevink verbindt herstel daarom met concepten als 'empowerment' en ervaringsdeskundigheid.⁴ Volgens de wijd geciteerde definitie van Anthony gaat het

1

Westerhof GJ, Bohlmeijer ET.
Psychologie van de levenskunst.
Amsterdam: Boom; 2011

2

Bohlmeijer E, Bolier L, et al.
Handboek positieve psychologie.
Theorie, onderzoek, toepassingen.
Amsterdam: Boom; 2013.

3

Slade BMC.
Mental illness and well-being: the central importance of positive psychology and recovery approaches.
Health Services Research 2010; 10; 26.

4

Boevink W, Plooy A.
Herstel, empowerment en ervaringsdeskundigheid van mensen met psychische aandoeningen.
Amsterdam: SWP; 2006.

bij persoonlijk herstel om ‘een zeer persoonlijk en uniek proces waarin iemands opvattingen, waarden, gevoelens, doelen en rollen veranderen. Het leidt tot een leven met meer voldoening, waarin hoop een plaats heeft en men kan geven en nemen ondanks de beperkingen die veroorzaakt worden door de aandoening. Herstel heeft te maken met het ontstaan van een nieuwe betekenis en zin in het leven, terwijl men over de rampzalige gevolgen van een psychiatrische aandoening heen groeit’.⁵

Hoewel herstel voor Anthony primair een innerlijk proces is waarbij de persoonlijke zingeving centraal staat, moet dit proces eveneens in de buitenwereld tot uiting komen en uitmonden in een zinvolle vervulling van maatschappelijke rollen.⁵ Persoonlijk herstel houdt verbetering van geestelijke gezondheid in, ondanks de aanwezigheid van een psychiatrische aandoening. Het betreft het verbeteren van welbevinden van de patiënt, meer dan het behandelen van ziekte.³ Hulp bij herstel gaat over iemand helpen een volledig en betekenisvol leven te vinden, alles wat daarbij in de weg staat dient aangepakt te worden – inclusief psychiatrische symptomen.

Werken met herstelprogramma’s vereist een mentaliteitsverandering van hulpverleners. Hun rol is niet langer die van regelaar en planner, maar die van ‘bondgenoot, partner, ondersteuner en vangnet in crisissituaties’.⁶ De patiënt moet daarbij bij iedere sessie de mogelijkheid geboden krijgen om directe feedback te geven over het beloop van de behandeling.

Een benadering vanuit het herstelperspectief is vooral ingeburgerd aan de ‘achterdeur’ van de ggz, bij de behandeling van patiënten met langdurige en hardnekkige psychiatrische klachten. Hersteldenken heeft echter net zo goed relevantie voor behandeling in de tweede en eerste lijn. Behalve in extreme situaties van crisis, acute psychose of ernstige gedragsontregeling, hoort aandacht voor herstel volgens Van Tilburg thuis in de behandeling van alle patiënten en niet alleen in de behandeling van patiënten met chronische problematiek.⁶

5

Anthony WA.

Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health system in the 1990s.

Innovations and Research 1993; 2; 17-24.

6

Tilburg W van.

Het hart van de psychiatrie. Afscheidscollege.

Vrije Universiteit, Amsterdam; 2007.

7

Frank JD, Frank JB.

Persuasion and healing.

Baltimore: Johns Hopkins University Press; 1991.

8

Dellemann ORJ, Bohlmeijer ET, Westerhof GJ.

Zorgpaden en e-health- kansen voor creatieve zorgvernieuwing.

Maandblad Geestelijke volksgezondheid 2012; 7; 380-386.

KENNIS VAN ASPECIFIEKE FACTOREN

Al sinds decennia stellen behandelaren zich de vraag hoe de door hen gegeven psychotherapieën nu precies werkzaam zijn. Wat is hierbij de bijdrage van specifieke factoren? Welke specifieke factoren spelen een rol? Volgens Frank en Frank is psychotherapie vooral effectief doordat de patiënt een emotioneel geladen en vertrouwenwekkende relatie heeft met iemand die erkend wordt als genezer.⁷ Er is een speciaal vormgegeven genezende omgeving die een geloofwaardige verklaring voor de symptomen biedt en er is een procedure om ze op te lossen.

Van Tilburg haalt onderzoek aan naar de verbetering gedurende een psychotherapeutische behandeling waaruit blijkt dat 40% wordt verklaard door externe factoren, zoals bepaalde kenmerken van de persoon en sociale steun die hij of zij heeft. Aspecifieke factoren verklaren 45% en slechts 15% van het herstel komt op rekening van specifieke therapeutische technieken.⁶ Bij aspecifieke factoren gaat het om placebo-effecten, een duidelijk verklarend kader, de werkrelatie en over de patiënt actief aanspreken. Placebo-effecten zijn gebaseerd op conditionering en (onbewuste) verwachtingen. Verwachting kan berusten op de eigen ervaring die iemand heeft met ziekte en behandeling, maar ook op individuele voorstellingen en beelden die iemand zich hierover heeft gevormd. Een goede werkrelatie is van groot belang, kan gezien worden als een middel om iets te bereiken, als mechanisme om vertrouwen te laten groeien, verlangens en aspiraties te identificeren en talenten en krachten te herkennen. Bij het de patiënt actief aanspreken gaat het erover hem of haar een belangrijke rol te geven als medevormgever van de behandeling.⁸

Deze aspecifieke effecten spelen niet alleen een rol in de psychotherapie maar in alle vormen van behandeling in de ggz. Aspecifieke effecten kunnen op vele manieren versterkt worden, en het ligt voor de hand om in deze tijd van ggz 2.0 gebruik te maken van ICT.⁹ Het inzetten van de computer betekent dat zaken die van belang zijn expliciet gemaakt moeten worden; verder kan de computer helpen om datgene wat van belang is overzichtelijk bij elkaar te zetten in het voor patiënten toegankelijk gedeelte van het elektronisch patiëntendossier (epd). De computer is daarnaast een prima hulpmiddel om patiënten actief bij hun behandeling te betrekken.

MEER WELBEVINDEN KAN VOORSPELEND ZIJN VOOR MINDER PSYCHOPATHOLOGIE

VERHOUDING KLACHTGERICHT EN KRACHTGERICHT

Hoe verhoudt zich nu een klachtgerichte aanpak tot een krachtgerichte? Behandelaren in de psychiatrie hebben doorgaans verstand van het behandelen van ziekte maar zijn minder goed of niet thuis in het promoten van welbevinden. Bovendien zien ze het belang van dit laatste niet altijd in. Waarom is dat een probleem? Uit onderzoek blijkt dat je geestelijk gezond voelen, beschikken over een grote mate van welbevinden, een ander domein is dan geen last hebben van psychiatrische klachten; zij het dat de domeinen wel enige samenhang vertonen.^{1,3,10} Zo zijn er mensen met uitgesproken psychiatrische klachten die een redelijk mate van welbevinden ervaren.

Hiermee wordt duidelijk dat wanneer we in de ggz streven naar het bewerkstelligen van geestelijke gezondheid, het niet volstaat om te werken aan het wegnemen van psychiatrische klachten. Er moet tevens aandacht gegeven worden aan het bevorderen van emotioneel, psychologisch en sociaal welbevinden. In de relatie tussen beide domeinen blijken positieve veranderingen in geestelijke gezondheid in de loop van de tijd 'voorspellend voor de mate van psychopathologie op een later moment'.¹⁰ Meer welbevinden kan dus voorspellend zijn voor minder psychopathologie. Het bevorderen van geestelijke gezondheid heeft daarmee gunstige invloed op het beloop van psychiatrische stoornissen. Dit vormt een extra reden om dit als focus in de behandeling in de ggz mee te nemen, en te kiezen voor een integrale benadering van het bevorderen van geestelijke gezondheid.^{11,12}

Een klachtgerichte aanpak dient ingebed te zijn in een krachtgerichte, met als algemene noemer het vergroten van welbevinden. De aanname van patiënten en hulpverleners dat klachten eerst over dienen te zijn voordat een patiënt de draad van het leven weer kan oppakken is riskant. Als je ondanks de klachten kijkt naar datgene wat je eigen leven zin geeft, wordt het negatieve minder belangrijk omdat het relatief minder gewicht krijgt. Soms verdwijnt het hiermee daadwerkelijk naar de achtergrond. Daarnaast is het een gegeven in de psychiatrie dat klachten hardnekkig zijn of weer kunnen terugkeren. Een puur klachtgerichte focus voedt de illusie dat een leven zonder klachten de norm is en tot de mogelijkheden behoort.

Tenslotte maakt een focus op het negatieve de patiënt in de interactie met de hulpverlener gemakkelijk passief; het heil moet komen van de ander, de eigen bijdrage verdwijnt uit het beeld.

9
Dellemann ORJ.
GGZ 2.0.
MGV 2014 geaccepteerd.

10
Lamers SMA.
Positive mental health. Measurement, relevance and implications.
Enschede: University Press; 2012.

11
Dellemann ORJ.
Naar een integrale psychiatrie. De psychiater als specialist van gemankeerde zingeving en de patiënt als vormgever van het herstelproces.
Academisch Proefschrift Universiteit Utrecht; 2008.

12
Huber M, et al.
How should we define health?
British Medical Journal 2011; 343; d4163.

NETWERKBENADERING ALS FRAME

Hoe kunnen we ruimte maken voor een individuele, op de persoon toegesneden benadering, met niet alleen aandacht voor klachten en problemen maar met een focus op welbevinden en kracht? Hier kan de netwerkbenadering ons goede diensten bewijzen. In de hulpverlening wordt onder netwerk doorgaans de kring van mensen om de patiënt heen bedoeld, maar in dit betoog hanteer ik dit begrip in een andere betekenis. De netwerkbenadering, zoals conceptueel uitgewerkt door onder anderen Cramer¹³ en praktisch vertaald door Wichers¹⁴ en Van Os e.a.¹⁵ kijkt anders tegen ziekte aan. Symptomen worden niet elk voor zich veroorzaakt door een oorzakelijke factor ergens in iemands binnenste. Ze zijn aan elkaar gerelateerd, vormen samen een netwerk. Ieder symptoom is een knoop in dit netwerk en onderling zijn ze met elkaar verbonden. Symptomen beïnvloeden elkaar, een symptoom kan via een feedback-lus ook zichzelf versterken. Verder zijn er symptomen die centraal staan als je dit netwerk in kaart brengt, terwijl andere een perifere positie innemen. Ieder symptoom apart heeft een eigen relatie met de context waarin de patiënt leeft. De impact van stressvolle levensgebeurtenissen binnen deze context kan dus per symptoom verschillen.

In de netwerkbenadering is er daarnaast ruimte voor positieve factoren, zoals positief affect of beloningservaringen en belangrijke waarden voor de patiënt. Of je deze positieve factoren moet zien als onderdelen van het netwerk naast de genoemde symptomen, of als een soort eigen netwerk van positieve factoren, eveneens in interactie met de context, blijft een punt van discussie. In het eerste geval is hun relatie tot de symptomen in het netwerk direct; in het tweede geval is er sprake van invloed van het ene netwerk op het andere.

In ieder geval is duidelijk dat positieve factoren een duidelijke impact hebben op de status van het symptomennetwerk. In een behandeling is het dus van belang om niet alleen te focussen op centrale symptomen en op de onderlinge relaties tussen symptomen, maar ook op positieve factoren. Een manier om symptomen, positieve factoren en de onderlinge relaties in interactie met een specifieke context in kaart te brengen is via de psymate. Dit is een digitaal apparaatje dat mensen bij zich dragen, of als een app op hun telefoon kunnen installeren. De psymate geeft tien keer per dag op een willekeurig moment een signaal af. Hierop scoort de patiënt ernst van de symptomen en de omstandigheden waarin hij zich bevindt. Dit kost per keer ongeveer 1-2 minuten. Als de patiënt dit gedurende een week doet, worden er patronen zichtbaar in hoe de symptomen toenemen dan wel afnemen in de stroom van het dagelijks leven, in respons op de omstandigheden. De in kaart gebrachte symptomen, de onderlinge relaties in interactie met de context, vormen samen een netwerk voor de patiënt, een persoonlijke diagnose.

Zoals er in de klachtgerichte benadering veel tijd en energie wordt gestoken in het expliciteren van de behandelaanpak en in het vertalen van de aanpak in richtlijnen en in zorgpaden, moet de optiek vanuit de positieve psychiatrie eveneens naar de praktijk vertaald worden.

Hier valt nog veel werk in te verzetten.

Hieronder geef ik een summier aanzet voor een concretisering van de diagnostiek, de behandeling en de evaluatie van de behandeling vanuit een positief psychiatrisch uitgangspunt. (Een schematisch overzicht met literatuurverwijzingen staat bij de digitale versie van dit artikel op mgvonline.nl.) Deze uitwerking zal verschillen voor de verschillende settingen in een ggz-instelling. Zo is bijvoorbeeld de vormgeving aan de voordeur binnen een generalistisch aanbod voor volwassenen een andere dan die op een klinische afdeling voor ouderenpsychiatrie. Het voert echter te ver om dat hier nader uit te werken.

13

Cramer AOJ.

The glue of abnormal mental life.
Networks of interacting thoughts,
feelings and behaviors.

Academisch Proefschrift Universiteit
Amsterdam: 2013.

14

Wichers M.

The dynamic nature of depression:
a new micro-level perspective of
mental disorder that meets current
challenges.

Psychological Medicine 2013, Available on
CJO 2013 doi:10.1017/S0033291713001979

15

Os J van, Myin-Germeys I, et al.

Diagnose 2.0: Een nieuw systeem
van Diagnose en Behandeling voor de
Psychiatrie.

Afdeling Psychiatrie en Psychologie
Maastricht UMC; 2013.

DIAGNOSTIEK VANUIT DE 'POSITIEVE PSYCHIATRIE'

Vanuit de bron van de positieve psychologie vertrekend, kan welbevinden in kaart gebracht worden met behulp van de Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF), een zelfinvulvragenlijst van 14 items gericht op het meten van de drie componenten van positieve geestelijke gezondheid: emotioneel, psychologisch en sociaal. Psychologische flexibiliteit, het vermogen om in contact te blijven met negatieve ervaringen (emoties, gevoelens en gedachten) in plaats van deze te controleren, te vermijden of te onderdrukken, kan gemeten worden met de Acceptance and Action Questionnaire (AAQ-II). Veranderingen in psychische klachten op lange termijn zijn gerelateerd aan veranderingen in psychologische flexibiliteit. Mindfulness, het vermogen om ervaringen in het hier en nu op te merken op een accepterende wijze, kan onderzocht worden met de Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ).

Vanuit het herstelperspectief dienen ook interesses, verlangens en aspiraties, talenten en vaardigheden geïnventariseerd te worden. Daarnaast is het van belang om met de patiënt op een rijtje te zetten welke interne en externe hulpbronnen hem kunnen helpen bij het realiseren van zijn doelen. Een hulpmiddel daarbij is het zogenaamde 'strengths assesment'¹⁶, een overzicht van de krachtbronnen van de patiënt, geschreven in diens eigen woorden. De inventarisatie strekt zich uit over zeven levensdomeinen: dagelijks leven, financiële situatie, opleiding en werk, steunende relaties, lichamelijke gezondheid, vrije tijd en spiritualiteit. Ieder domein is opgedeeld in drie tijdcategorieën: vroegere krachtbronnen, huidige krachtbronnen, en wensen en aspiraties voor de toekomst. Vroegere verworvenheden kunnen sleutels verschaffen voor toegevoegde doelen of kunnen bronnen of verworvenheden representeren die men opnieuw wil realiseren.

Vertrekkend vanuit de specifieke factoren kunnen de verwachtingen over hulp en de kwaliteit en het karakter van de werkrelatie verkend worden met behulp van de flow chart uit de oplossingsgerichte positieve therapie.¹⁷

Zoals gezegd kan de psymate helpen om inzicht te verschaffen in klachten en krachten in relatie tot iemands omgeving, waardoor er een specifieke diagnose tot stand komt die van toepassing is op deze persoon in zijn of haar context.

BEHANDELING VOLGENS 'POSITIEVE PSYCHIATRIE'

Een belangrijk aandachtspunt van de positieve psychologie om een goed leven te bewerkstelligen, is het bevorderen van geestelijke veerkracht. Veerkracht komt tot uiting in het vermogen om flexibel te zijn en positieve adaptatie te ervaren, zelfs als iemands levensomstandigheden belast zijn met stressoren en psychiatrische klachten of handicaps. Technieken die helpen om veerkracht te versterken zijn mindfulness, als losse techniek of als onderdeel van Acceptance and Commitment Therapy (ACT). Bij deze therapie staat acceptatie centraal, gekoppeld aan het zich verbinden aan waarden die er in het leven van de patiënt echt toe doen.

Met behulp van de psymate kan de patiënt specifieke feedback gegeven worden op patronen in positief affect. Onderzoek toonde aan dat dit effectief is in de behandeling van depressieve patiënten.¹⁸ Onderzocht gaat worden of de psymate geschikt is voor grote en heterogene groepen in de ggz. GGNet heeft toegezegd te willen deelnemen aan een pilot die Van Os en anderen¹⁵ in 2014 willen uitvoeren met depressieve patiënten in de ggz.

Een andere manier om een positieve psychiatrie vorm te geven is via implementatie van de

16

Rapp CA, Goscha RJ.

The strengths model.

A recovery-oriented approach to mental health services.

Oxford: University Press; 2012.

17

Caufman L. Simpel.

Oplossingsgerichte positieve psychotherapie in actie.

Den Haag: Boom Lemna Uitgevers; 2010.

18

Kramer I, Simons CJP, et al.

A therapeutic application of the experience sampling method in the treatment of depression: a randomized controlled trial.

Research report; 2013.

welbevindentherapie.¹⁹ Deze therapie is door Fava en collega's ontwikkeld als een vervolghandeling op reguliere klachtgerichte behandelingen. De rationale achter dit therapieaanbod ligt in de bevinding dat een laag welbevinden samengaat met een verhoogde kans op terugval. Nadat een maximale klachtreductie is bereikt, wordt er met behulp van een welbevindenvragenlijst zoals de genoemde MHC-SF gekeken naar de mate van welbevinden en naar een focus binnen de therapie. Als dit onder een acceptabel niveau is, wordt de welbevindentherapie aangeboden in vijf tot acht sessies. Christenhusz en Meulenbeek veronderstellen dat de welbevindentherapie breed in de ggz toegepast zou kunnen worden, onafhankelijk van de aandoening. Ze bepleiten als eerste stap een gerandomiseerd en gecontroleerd onderzoek naar de effectiviteit. Binnen GGNet wordt de haalbaarheid van een dergelijke pilot onderzocht.

Nog een andere optie is de compassietraining, bijvoorbeeld geschikt voor patiënten met cluster C- en/of B-persoonlijkheidsproblematiek, die na een regulier behandelaanbod verhoogd kwetsbaar blijven voor emotioneel of relationeel lijden en 'bij wie hardnekkige patronen bestaan van overmatige zelfkritiek, zelfisolatie, rigiditeit, perfectionisme, afhankelijkheid en/of zelfverwaarlozing'.²⁰

Vanuit het perspectief van de specifieke factoren, in concreto het betrekken van de patiënt bij de behandeling, kan 'my health online' beschikbaar gemaakt worden, een portal waarmee een deel van het elektronisch patiëntendossier voor patiënten zelf toegankelijk is. Daar zijn documenten als het intakeverslag en het behandelplan ter inzage en kunnen specifieke informatie en huiswerkopdrachten worden aangeboden. Daarnaast kan via dit portal online contact gelegd worden met lotgenoten en met behandelaren.

Vanuit het herstellperspectief kan er gewerkt worden met Illness Management and Recovery (IMR) modules. Deze modules zijn bedoeld voor patiënten met een ernstige psychiatrische aandoening om persoonlijke strategieën te ontwikkelen om hun psychiatrische klachten te beheersen en hun dagelijks leven weer op te pakken.²¹

Vanuit dit perspectief kan men ook gaan werken met een persoonlijk herstelplan. Het bijbehorende formulier is opgebouwd in kolommen: wat zullen we vandaag doen/ of voor onze volgende ontmoeting; wie is verantwoordelijk; op welke datum moet het gehaald zijn; op welke datum is het daadwerkelijk behaald; en een kolom voor commentaar. Een goed langetermijndoel is daarbij essentieel, dit is een doel waarvoor de persoon passie heeft. Het doel is gebaseerd op de verlangens en aspiraties die geïnventariseerd zijn met behulp van de van de strengths assessment, en is geschreven in de eigen woorden van de patiënt. Het wordt niet door de behandelaar ter discussie gesteld maar samen met de patiënt verder geëxploreerd en geconcretiseerd. Ditzelfde geldt voor de door de patiënt genoemde aspiraties en krachtbronnen, vanuit het uitgangspunt dat hij zelf de expert is. Het gaat immers om zijn eigen waarden, behandelvoorkeuren en behandeldoelen. Hij is de directeur of regisseur van het proces richting welbevinden. Werk is een belangrijk doel van en motor voor herstel.¹⁶ Het gaan werken met IMR-modules of met een persoonlijk herstelplan krijgt o.a. vorm binnen de FACT.

19

Christenhusz L, Meulenbeek P.
Welbevindentherapie in de geestelijke gezondheidszorg. In Bohlmeijer E, Bolier L. e.a. *Handboek positieve psychologie. Theorie, onderzoek, toepassingen.* Amsterdam: Boom; 2013.

20

Brink E van den, Koster F.
Compassie. In Bohlmeijer E, Bolier L, et al. *Handboek positieve psychologie. Theorie, onderzoek, toepassingen.* Amsterdam: Boom; 2013.

21

Mauritz M.
Naar een zorgprogramma voor mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen: een literatuurstudie in het kader van de opleiding Master of Advanced Nursing Practice. Nijmegen: Radboud Universiteit; 2012.

EVALUATIE VAN HET BEHANDELPROCES

Een goede manier om een op de individuele patiënt toegesneden benadering te versterken en om de werkrelatie te bevorderen, is het systematisch invoeren van regelmatige tussentijdse evaluaties van het behandelproces en de werkrelatie. Dit kan met behulp van de Session Rating Scale (SRS) en de Outcome Rating Scale (ORS), online beschikbare korte vragenlijstjes

die aan het begin en eind van een sessie in een paar minuten door de patiënt kunnen worden ingevuld.²² Het kan ook met behulp van Quality Improvement in Therapy (QIT-online), een gebruikersvriendelijke combinatie van kwalitatieve en kwantitatieve meetinstrumenten.²³ Op dit moment wordt onderzocht of er een pilot met QIT-online kan gaan draaien op de polikliniek volwassenen van GGNet.

De ziektekostenverzekeraars kennen veel waarde toe aan de uitkomsten van effectmeting van de behandeling via Routine Outcome Monitoring (ROM). De focus ligt nu vooral op het meten van het effect van de behandeling. Een procesgerichte oriëntatie, waarbij de manier waarop de behandeling loopt en de kwaliteit van de werkkrelatie tussen patiënt en hulpverlener centraal staat, is een waardevolle aanvulling.²⁴ Met de feedback van de patiënt kan de behandeling zo nodig tussentijds worden bijgestuurd.

PRAKTIJK VORMGEVEN

Uit het bovenstaande is hopelijk duidelijk geworden dat er inmiddels een behoorlijk assortiment aan instrumenten is om de diagnostiek, behandeling en behandelbeoordeling vanuit een positief psychiatrische benadering gestalte te geven. Verder onderzoek naar het effect van de implementatie van de genoemde opties en naar nieuwe mogelijkheden blijft noodzakelijk.

Het vormgeven van de dagelijkse praktijk van de ggz met behulp van een positief psychiatrische visie in een tijd van standaardisatie van een vooral klachtgerichte benadering, van confectie in plaats van maatwerk, zien wij als de beste manier om de kwaliteit en effectiviteit van behandelen te bevorderen en daarmee als een van de grootste uitdagingen voor de ggz voor de komende jaren.

22

Hafkenscheid A.

Routine Process Monitoring: ervaringen uit de praktijk.

Tijdschrift Cliëntgerichte Psychotherapie
2008: 46 (4); 327-345

23

Stinckens D, Smits P, Claes L.

Vinger aan de pols in psychotherapie. Monitoring als therapeutische methodiek.

Leuven/Den Haag: Acco; 2012.

24

Hafkenscheid A, Os J van.

Naar een deugdelijke ROM.

MGV 2014; 1; 20-28.

SAMENVATTING

GGNet kiest voor 'positieve psychiatrie' als visie voor de praktijk van de ggz. Binnen deze visie beoogt men het vergroten van welbevinden in plaats van het enkel behandelen van ziekte. Daarom wordt een klachtgerichte benadering gecombineerd met een focus op kracht en mogelijkheden. 'Positieve psychiatrie' is een verzamelbegrip, houdt in de praktijk een benadering in die gevoed wordt uit drie bronnen: de positieve psychologie, het herstellenden en de kennis van specifieke factoren. Er is inmiddels een behoorlijk assortiment aan instrumenten is om de diagnostiek, behandeling en behandelbeoordeling vanuit een positief psychiatrische benadering gestalte te geven.

Dr. O. Dellemann is psychiater bij GGNet en voor een dag per twee weken verbonden aan de vakgroep Psychologie, Gezondheid & Technologie aan de Universiteit Twente.

o.dellemann@ggnet.nl