

DE OMDENKSTAPPEN VAN REDESIGNING PSYCHIATRY



tekst: Sander Voerman
versie: 2020-04-20

DE OMDENKSTAPPEN VAN REDESIGNING PSYCHIATRY

- 1 van dingen naar patronen
- 2 van reductie naar ecologie
- 3 van spontaan willen naar verhalen vertellen
- 4 van maatschappelijke norm naar veerkrachtige diversiteit
- 5 van stoornis naar pihip
- 6 van behandeling naar patroonverandering
- 7 van sector naar netwerk
- 8 van juridisch akkoord naar geground vertrouwen



OMDENKSTAP 1

van dingen
naar patronen

1

van dingen
naar patronen

Je eigen wil, je persoonlijkheidskenmerken, en je psychische problemen zijn geen dingen in je hoofd. Het zijn patronen die je kunt herkennen in allerlei complexe interacties. Patronen hebben de eigenschap dat ze in een bepaalde mate aanwezig zijn in een systeem, in plaats van dat ze wel of niet bestaan.

Je eigen wil, je persoonlijkheidskenmerken, en je psychische problemen zijn geen dingen in je hoofd. Het zijn patronen die je kunt herkennen in allerlei complexe interacties. Patronen hebben de eigenschap dat ze in een bepaalde mate aanwezig zijn in een systeem, in plaats van dat ze wel of niet bestaan.

De interacties waarin we patronen kunnen herkennen zitten op meerdere niveaus. Zowel onze interactie met elkaar en onze omgeving, als de interactie tussen onze hersenen en de rest van ons lichaam, als de interactie tussen allerlei ingewikkelde processen in de hersenen zelf. Met interactie bedoelen we dus niet alleen sociale interactie! In veel gevallen herkennen we die patronen gewoon met behulp van alledaagse woorden zoals 'behoefte', 'frustratie' of 'emotie'. Maar soms heb je ook wetenschap nodig om zulke patronen te begrijpen of veranderen.

Dingen in je lichaam en
dingen in je computer

Het verschil tussen een ding en een patroon is het makkelijkst uit te leggen door te kijken naar ons lichaam. Het menselijk lichaam is opgebouwd uit verschillende onderdelen, zoals botten, spieren en organen. Deze kun je makkelijk van elkaar onderscheiden: je kunt het aantal ruggenwervels tellen, je kunt aanwijzen waar het hart zit en waar de nieren. In die zin zijn het dingen. Ook op een kleiner niveau kun je dingen blijven onderscheiden: organen zijn opgebouwd uit cellen, en in elke cel tref je afzonderlijke organellen aan. Van alle cellen, organen, organellen, spieren en botten zouden we kunnen zeggen dat het dingen zijn.

Als je in de hersenen gaat kijken tref je zenuwcellen aan. Als je de hersenen goed bestudeert tref je bovendien een complexe architectuur aan van verschillende gebieden in het brein: de prefrontale cortex, de visuele cortex, enzovoort. Maar wat je natuurlijk niet aantreft zijn gedachten, gevoelens, een persoonlijkheid, of een vrije wil. Sinds de opkomst van computers vinden we dat niet zo vreemd meer. Immers, als je een computer openschroeft kun je ook je documenten en je programma's niet zien. Maar toch weet je dat die documenten en programma's

op je computer staan. In die zin kun je ook documenten en programma's als dingen zien. Je kunt precies tellen hoeveel bestanden er op je computer staan, hoeveel programma's er op dit moment open staan, of preciezer nog, hoeveel processen er actief zijn, en hoeveel geheugen er is toegekend aan ieder proces.

Hoeveel gedachten heb je?

Maar hoe zit dat met gedachten? Kun je zeggen hoeveel gedachten je op dit moment hebt? Hoeveel gevoelens? Hoeveel emoties je vandaag gehad hebt? Hoeveel herinneringen er staan opgeslagen op je harde schijf? Hoeveel ruimte die gedachten innemen en hoeveel ruimte er nog over is voor nieuwe gedachten? Nee, dat slaat nergens op! Blijkbaar kun je gedachten en herinneringen niet goed tellen. Het zijn geen afzonderlijke dingen. Hetzelfde geldt voor karaktereigenschappen, voor psychische kwetsbaarheden, voor iemands morele waarden en persoonlijke voorkeuren.

Toch zeggen sommige psychologen bijvoorbeeld wel dat er vijf persoonlijkheidsdimensies zijn. Volgens dit model zijn er bijvoorbeeld introverte en extraverte mensen, en ook gedisciplineerde en meer chaotische mensen.

1

van dingen
naar patronen

Maar dit model beschrijft niet een structuur van de menselijke geest. Het is gebaseerd op een statistische analyse van bepaalde metingen. Als een ander model tot zeven kenmerken komt is niet per se één van de twee modellen onwaar. Het zijn verschillende benaderingen van de werkelijkheid, die beide nuttig kunnen zijn zolang we ons blijven realiseren dat het om benaderingen gaat. Introversie is een construct dat psychologen bedacht hebben om een bepaald patroon te herkennen dat je bij sommige mensen veel sterker ziet dan bij andere mensen. Maar het is niet iets dat de ene groep mensen wel 'heeft' en de andere groep niet.

Patronen in het water en in je sociale interactie

Vergelijk het met het patroon van 'golven' op een wateroppervlak. Wanneer is er sprake van golven? Bijna altijd. Er is onderstroming, soms kolkvorming, en een heel scala aan patronen welke je allemaal kunt herkennen in de manier waarop water beweegt. Maar ondanks die alomtegenwoordigheid kunnen surfers en zeilers doorgaans vrij goed herkennen wanneer bepaalde patronen in het water zo sterk aanwezig zijn dat ze daar rekening mee moeten houden.

Zo is het ook met bijvoorbeeld het patroon van introversie. Alle mensen vertonen dit patroon in meer of mindere mate, en in sommige sociale contexten veel meer dan in andere sociale contexten. De vraag is niet of je een introvert persoonlijkheidskenmerk hebt als een soort 'ding' of als een soort vaste instelling in je software. De vraag is veel meer of in de verschillende interacties die zich voordoen in jouw sociale en psychologische systeem, het patroon van introversie zo'n grote rol speelt dat je er iets aan hebt om dat te herkennen.

Patronen zijn dus altijd gradueel en daarnaast is patroonherkenning altijd pragmatisch. Het kost tijd en energie om patronen te herkennen, en je hebt er altijd een model voor nodig dat de werkelijkheid eenvoudiger voorstelt dan ze is. De voorspellingen die het model oplevert moeten dus opwegen tegen de moeite die het kost. Om de juiste patronen in beeld te krijgen richten we ons binnen Redesigning Psychiatry op patronen op verschillende niveaus van interactie: interactie met elkaar, interactie met je omgeving, interactie met jezelf, en tenslotte de interacties tussen allerlei processen in je hersenen en de rest van je lichaam. In omdenkstap 2 gaan we dieper in op die verschillende niveaus.



achtergrond bij omdenkstep 1

De filosofie van patronen

Het concept van patronen zoals we dat hier gebruiken werd geïntroduceerd door de Amerikaanse filosoof Daniel Dennett in zijn invloedrijke artikel **Real Patterns** (*Journal of Philosophy* 88, 1991, 27-51). Hij stelt voor om overtuigingen, verlangens, en andere attitudes te begrijpen als patronen die gedeeltelijk aanwezig zijn in ons gedrag, in plaats van als dingen of functionele toestanden die ofwel helemaal aanwezig ofwel helemaal afwezig zijn. Interessant aan dit zogenaamde ‘milde realisme’ is dat gedeeltelijke aanwezigheid gedefinieerd kan worden door patroonherkenning te zien als een vorm van *lossy compression*. De patronen die we herkennen in ons gedrag zou je dus kunnen vergelijken met de manier waarop bijvoorbeeld film- en muziekbestanden patronen in ruwe beeld- en geluidsdata weten te vangen in ruil voor een kleine afwijking van het origineel.

Voor de toepassing van dit begrip op het domein van mentale gezondheid hebben we gebruik gemaakt van het promotieonderzoek van Sander Voerman (**The Normative Will**, Tilburg University, 2012). Hierin wordt de menselijke wil geanalyseerd als een patroon in onze

emotionele responsen, zodanig dat onverwachte emoties ons kunnen helpen om vergissingen over wat we willen te corrigeren. Omdat Dennett alleen feitelijk gedrag als data accepteert voor patronen, kan hij wel overtuigingen en verlangens begrijpen, maar kan hij niet uitleggen hoe mensen zich kunnen vergissen over wat ze willen. Bij Dennett is wat je wil eigenlijk altijd gelijk aan hoe je je het meeste gedraagt. In dit proefschrift wordt een alternatief geschetst, waarbij positieve en negatieve responsen die je voelt in reactie op je feitelijke gedrag een voorspeller worden voor wat je nog meer zou voelen als je je in de toekomst anders zou gedragen.

Het probleem van reïficatie in de GGZ

Psychische kenmerken zijn geen dingen. Dat weet iedereen toch al lang? Toch vinden wij het heel belangrijk om met deze denkstep te beginnen. Het blijkt namelijk heel makkelijk om tegen jezelf te zeggen dat je dit heus wel weet, en vervolgens in de praktijk psychische kenmerken toch weer als dingen te behandelen. Dit wordt ook wel **reïficatie** genoemd, oftewel ‘verdinglijking’ - doen alsof een construct dat bedoeld is om een patroon te herkennen naar een afzonderlijk ding verwijst.

In de GGZ worden vooral de stoornisclassificaties uit de DSM voortdurend gereïficeerd. De stoornisclassificaties zijn syndromen, dat wil zeggen verzamelingen van symptomen waarvan het idee is dat die sterk met elkaar correleren en dat ze minder sterk correleren met symptomen uit andere syndromen. De mate waarin dit zo is noemen we de ‘externe validiteit’ van het syndroom. De laatste tijd is er veel kritiek op de DSM omdat uit allerlei epidemiologisch onderzoek is gebleken dat die validiteit veel lager is dan we dachten. Dit is een belangrijk punt van kritiek waar we in de volgende omdenkstappen nog op terug zullen komen. Maar de kritiek dat er in de GGZ teveel wordt gereïficeerd gaat daar nog aan vooraf. Zelfs wanneer een syndroom wel een redelijk hoge validiteit heeft, met andere woorden als het een aantal symptomen groepeerd die heel vaak samen voorkomen en minder vaak afzonderlijk van elkaar, dan heb je het nog steeds over een construct dat bedoeld is om een patroon te herkennen, in dit geval een sterk patroon. Hoe dat patroon veroorzaakt wordt, weet je nog niet. Je somberheid wordt niet veroorzaakt door je depressie – met ‘depressie’ bedoelen we dat je klachten aan een aantal criteria voldoet, waaronder somberheid. Misschien is de somberheid wel een veroorzaker van sommige andere symptomen.



achtergrond bij omdenkstap 1

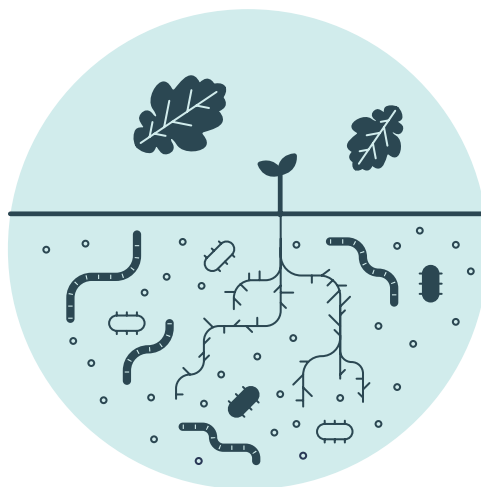
Het volgende voorbeeld van Trudy Dehue maakt dit mooi duidelijk: stel je voor dat we het syndroom ‘Korte Lengte’ (KL) definiëren als korter zijn dan 1.70m. Iedereen die korter is dan 1.70m voldoet aan de criteria van KL. Je begaat een begripsverwarring als je vervolgens over Henk zou zeggen dat hij nooit langer geworden is dan 1 meter 65 vanwege zijn KL. Dat is een foutieve causale omkering die veel gemaakt wordt. Bijvoorbeeld: ‘kinderen met ADHD kunnen zich door deze aandoening slecht concentreren,’ of ‘een psychotische stoornis zorgt ervoor dat mensen achterdochtig kunnen worden bij oplopende stress.’

Dit soort reïficatie levert vaak twee kampen op. Enerzijds is er een kamp dat op zoek gaat naar de onderliggende oorzaken van psychische stoornissen in onze hersenen en ons genoom. Anderzijds is er een kamp dat de hele specialistische zorg voor psychische problemen wil opdoeken omdat stoornissen een verzinsel zijn van de GGZ. Je kunt deze standpunten zien als tegengestelden, maar ze zijn gebaseerd op dezelfde aanname dat stoornissen dingen zijn die of bestaan, of niet bestaan.

We zien dit overigens ook met een ander construct dat belangrijk is voor Redesigning Psychiatry: de eigen

wil van personen. Ook over je eigen wil beweren wij ook dat het een patroon betreft dat je moet proberen te herkennen. Wat je ziet is dat ook de menselijke wil vaak voor een soort ding in ons hoofd wordt aangezien. Vervolgens krijg je enerzijds weer mensen die geloven dat we een soort vrije wil hebben die helemaal los staat van alle andere invloeden op ons gedrag. En het andere kamp beweert dat we helemaal geen eigen keuzes kunnen maken omdat zo'n soort ding niet bestaat.

In beide gevallen belanden we steeds weer in deze spagaat omdat we geen goede alternatieve taal hebben om te praten over deze patronen. Daarom is deze omdenkstap de basis voor de omdenkstappen die volgen: het ontwikkelen van een manier van praten en denken die zowel de menselijke wil als psychische problemen écht begrijpt als patronen en niet als dingen.



OMDENKSTAP 2

van reductie
naar ecologie

Ecologen beschrijven patronen die zichzelf in evenwicht houden. Zulke *equilibria* worden op meerdere niveaus in samenhang begrepen – van ecosystemen tot organismen tot cellen. Door equilibria in het menselijk domein te beschrijven komen we voorbij een eenzijdig reductionisme naar ofwel neurologie, ofwel individuen, ofwel sociale structuren.

Psychische kenmerken zijn patronen in feedback loops

In de eerste omdenkstap hebben we gezien dat psychische kenmerken patronen zijn en geen dingen. Maar waar zitten die patronen dan? Een patroon zit altijd in iets anders. Zo kan er een herkenbaar patroon zitten in de manier waarop de tegeltjes van je badkamervloer zijn gelegd. Het patroon is niet de tegeltjes maar 'zit' wel in de tegeltjes. Als gedachten, karaktereigenschappen en psychische problemen ook patronen zijn, waar zitten die dan 'in'? Om die vraag te beantwoorden moeten we begrijpen hoe dynamisch onze psychologie is. Het patroon van de tegeltjes in je badkamervloer is statisch: die badkamervloer ligt er, die tegeltjes doen niets, en dus ligt het patroon daar ook. Maar psychische en gedragsmatige patronen zijn dynamisch: het zijn

patronen in allerlei processen die zich de hele tijd afspelen en herhalen.

Neem zoiets eenvoudigs als een glas water oppakken of naar de keuken lopen. Vroeger dacht men dat in de hersenen een soort computerprogramma's zaten waarmee de stappen werden berekend die je arm of benen moeten maken om bij het glas water of de keuken uit te komen. Maar als je probeert om een **robothond te maken die buiten vrij kan rondlopen** en zijn evenwicht kan bewaren blijkt dat totaal niet te werken. Wat je dan moet bouwen is een dynamisch systeem waarin er voortdurende feedback loops zijn tussen omgeving en lichaam die alle bewegingen continu afstemmen. Voor menselijk gedrag geldt hetzelfde, of het nu om fysieke handelingen gaat, zoals naar de keuken lopen, of om sociale interacties met je collega's of je kinderen. Er is een voortdurende interactie, een voortdurende afstemming tussen jou en je omgeving **door middel van al je lichamelijke bewegingen en waarnemingen**. Ook in je hersenen en in de interactie tussen je hersenen en de rest van je lichaam zitten geen duidelijke programma's of denkstappen die achter elkaar worden uitgevoerd. In plaats daarvan zijn miljoenen neuronen en diverse soorten neurotransmitters en hormonen betrokken in voortdurende feedback loops van

informatie waarmee allerlei evenwichten bewaakt worden of handelingen begeleid.

Als we het hebben over gedachten, persoonlijkheidskenmerken, of psychische problemen, dan moeten we dus niet denken aan specifieke mechanische onderdelen van onze hersenen of stukjes software in ons hoofd, maar aan patronen in al die ontelbare feedback loops die continu plaatsvinden. Als twee mensen een gesprek voeren, dan denken ze meestal niet na over elk woord dat ze willen gaan zeggen voordat ze het uitspreken. In plaats daarvan is er een heel systeem van verbale en nonverbale afstemming waardoor het gesprek gestuurd wordt, en meestal realiseer je je pas wat je aan het zeggen bent nadat je het jezelf hoort zeggen. Een eenvoudig gesprek bij de koffieautomaat is in feite een zeer complexe evenwichtsoefening op sociaal, lichamelijk en neuraal niveau. Wanneer je er last van hebt dat zulke gesprekken vaak onprettig verlopen, dan moet je dus op zoek naar een patroon in al die feedback loops.

De taal van de ecologie

Dit dynamische perspectief van voortdurende interactie op verschillende niveaus heeft belangrijke consequenties

voor de psychologie en de geestelijke gezondheidszorg. Het betekent namelijk dat het niet zoveel zin meer heeft om je af te vragen of we mensen nu voornamelijk als biologische wezens moeten zien, door bijvoorbeeld vooral naar de hersenen of de genetica te kijken, of dat vooral sociale factoren ons gedrag sturen. Het betekent ook dat het in veel gevallen moeilijk zal zijn om de oorzaak van een klacht te classificeren als ofwel sociaal, ofwel psychisch, ofwel neurologisch of genetisch. Maar hoewel de psychiatrie al lange tijd het 'biopsychosociale model' kent (zie achtergrond bij deze omdenkstap), dat bedoeld is om al die niveaus een plek te geven, zie je dat de taal die we gebruiken ons toch steeds weer verleidt om ons gedrag tot één van die niveaus te reduceren.

Wij stellen daarom voor om een andere taal te gaan gebruiken - de taal van de ecologie. Ecologen zien de biologische wereld ook op verschillende niveaus - van ecosystemen, organismen, en de organen en cellen binnen een organisme - en ze bestuderen juist ook de dynamische interacties *tussen* die niveaus. Het gedrag van een organisme heeft alles te maken met zijn rol in een ecosysteem, en zowel ecosystemen als organismen als de organen en cellen van organismen functioneren als gevolg van evenwichten die door allerlei feedback loops

in stand worden gehouden. Zulke evenwichten noemen we *equilibria*. Equilibria hebben nooit het eeuwige leven, en wat interessant is aan ecosystemen is dat wanneer een equilibrium uiteindelijk ontrafelt, er soms plotselinge grootschalige veranderingen kunnen optreden, waarna het ecosysteem in een heel ander equilibrium terecht kan komen.

In onze visie zijn organismen eigenlijk zelf ook weer ecosystemen - namelijk ecosystemen waarin de verschillende organen en deelsystemen van het organisme hun onderlinge evenwicht in stand proberen te houden. Als je deze analogie verder doortrekt kun je in het geval van mensen ook allerlei onderdelen van onze levens die we met andere mensen delen zien als ecosystemen. Je relatie met je partner is ook een dynamisch systeem dat een equilibrium kent, en dat soms dramatische transities doormaakt. De dynamiek met je collega's op het werk is ook zo'n systeem. Je slaapritme is ook zo'n systeem.

Wat betekent dit voor psychische gezondheid?

Merk op dat dit een heel andere manier is om onze psychologie in te delen dan in termen van verschillende

modules in ons hoofd, of verschillende psychische functies of vermogens, of in termen van sociaal vs. individueel vs. neuraal. De verschillende systemen die we herkennen lopen dwars door die verschillende niveaus heen.

Merk ook op dat dit perspectief verdere invulling geeft aan het inzicht dat patronen geen dingen zijn die je wel of niet 'hebt'. Zonder equilibria kunnen we niet functioneren, maar sommige equilibria vormen juist obstakels waardoor we niet verder komen (omdenkstap 5) of waardoor we niet zo effectief kunnen functioneren als we misschien zouden willen. Tot op zekere hoogte hoort dat bij het leven - niemand is perfect - en de grens waarbij zo'n onwenselijk equilibrium zo lastig wordt dat het de moeite waard wordt om er iets aan te gaan doen, die grens kun je in de meeste gevallen niet terugvinden op een hersenscan.

Daarnaast biedt het ecologische perspectief een genuanceerde visie op gezondheid in positieve zin. Als we equilibria nodig hebben om een bevredigend leven te kunnen leiden, dan wordt dat leven op de proef gesteld door gebeurtenissen die het evenwicht kunnen verstoren. In plaats van gezondheid te begrijpen als het

2

van reductie naar ecologie

zo veel mogelijk kunnen vasthouden aan het bestaande evenwicht, willen we juist de waarde benadrukken van het vermogen om dat bestaande evenwicht aan te passen of zelfs de transitie te maken naar een heel ander equilibrium. Gezondheid is dus niet alleen weerbaarheid maar ook flexibiliteit (zie ook omdenkstap 4).



achtergrond bij omdenkstap 2

Reductionisme en het biopsychosociale model

In 1980 introduceerde de Amerikaanse psychiater George Engel het **biopsychosociale (BPS) model** als een alternatief voor het biomedische model in de psychiatrie. Waar het biomedische model probeert om psychische problemen te reduceren tot hersenziekten, gaat het BPS model er van uit dat zulke problemen een samenspel zijn van sociale, psychologische en biologische factoren. Zo kan het bijvoorbeeld van een sociale situatie afhangen of een lichamelijke eigenschap wel of niet voor een probleem zorgt.

Natuurlijk zou je kunnen zeggen dat uiteindelijk alle sociale en psychische kenmerken het resultaat zijn van onze biologie. Maar als je probleem iets te maken heeft met de interactie met je collega's op je werk, dan hoeven we geen hersenscans van al je collega's te maken om die interactie te begrijpen. Sommige factoren kun je het beste in kaart brengen op het sociale niveau.

Daarnaast is het een beetje vreemd dat mensen zo vaak het woord 'biologisch' gebruiken om te verwijzen naar enkel de microprocessen in onze hersenen en de rest van

ons lichaam. Biologen bestuderen zelf immers de natuur ook op verschillende niveaus. Terwijl microbiologen naar cellen en organellen kijken, brengen ecologen juist hele ecosystemen in kaart.

Toch zie je in de GGZ nog steeds een soort strijd tussen mensen die vooral over hersenen willen praten en mensen die vooral over sociale relaties willen praten. Als derde groep zou je daar nog sommige psychologen aan kunnen toevoegen die vooral naar individuen willen kijken. Vanuit het BPS model zijn al deze drie stromingen te reductionistisch, omdat ze alles willen herleiden tot één niveau. De eerste groep reduceert psychische problemen tot hersenafwijkingen, de tweede reduceert ze tot sociale structuren en de derde reduceert ze tot individuele klachten en hulpvragen.

Blijkbaar is Engel er met zijn BPS model toch niet in geslaagd om iedereen ervan te overtuigen dat psychische problemen op meerdere niveaus tegelijk plaatsvinden. Dat klinkt ook best wel mysterieus en het model van Engel blijft daar ook redelijk vaag over. Wij zien de ecologische benadering als een manier om concreter uit te leggen hoe interactieprocessen op verschillende niveaus samen een dynamisch evenwicht (equilibrium)

kunnen vormen. En hoe je zowel psychisch welzijn als psychische problemen kunt begrijpen als zulke equilibria.



OMDENKSTAP 3

van spontaan willen
naar verhalen vertellen

3

van spontaan willen
naar verhalen vertellen

Mensen zijn verhalenvertellers. We vertellen verhalen die betekenis geven aan ons gedrag. Dat gedrag vertonen we meestal automatisch, op grond van gewoonten die we in de praktijk hebben aangeleerd. Toch kunnen we zulke gewoonten ook doorbreken en veranderen. Dat doen we door nieuwe verhalen te bedenken over welke gewoonten beter voor ons zouden werken. Onze wil is een patroon dat we met zulke verhalen proberen te herkennen in de interacties waar we ons goed en niet goed bij voelen. We kunnen ons daarover vergissen: dan denken we dat we iets willen en komen we er later achter dat we eigenlijk iets anders wilden.

Waar hebben mensen behoefte aan?

In discussies over zorg en politiek gaat het uiteindelijk om de behoeften van mensen. Wat hebben mensen nodig? In zulke discussies spelen vaak twee tegengestelde benaderingen een rol. Volgens de eerste benadering zijn behoeften *subjectief*. Als je wilt weten wat voor behoeften bepaalde mensen hebben, moet je gewoon aan die mensen vragen wat ze willen. Verschillende mensen hebben nu eenmaal verschillende behoeften, en alleen de persoon zelf kan bepalen wat hij nodig heeft: op grond van zijn gevoel, of door simpelweg te kiezen wat hij wil.

De tweede benadering zegt het tegengestelde: behoeften zijn *objectief*. Volgens deze benadering volgen onze behoeften uit feiten over onze biologie, psychologie, en situatie. Aanhangers van deze benadering vinden dat je op basis van zulke feiten soms kunt vaststellen dat wat iemand zelf wil niet hetzelfde is als wat hij eigenlijk nodig heeft. Men redeneert bijvoorbeeld als volgt: iemand met een ernstige verslaving heeft behoefte aan zorg, ook als die persoon dat zelf niet wil, of helemaal niet vindt dat hij verslaafd is.

Deze tegenstelling zie je op verschillende plaatsen opduiken in de geschiedenis van de GGZ (zie achtergrond bij deze omdenkstap). Het is eigenlijk de motor achter heel veel meningsverschillen. Maar hoe kunnen we die tegenstelling doorbreken? Het lijkt alsof de subjectivisten en de objectivisten totaal verschillende opvattingen hebben over menselijke behoeften. Subjectivisten stellen behoeften gelijk aan wat de persoon zelf besluit te willen. Objectivisten onderscheiden behoeften juist van de wil. Maar dat scherpe onderscheid maken objectivisten vaak juist wel door het met de subjectivisten eens te zijn dat *wat de persoon zelf wil* iets heel subjectiefs en individueels is. De paternalistische traditie, bijvoorbeeld, gaat eigenlijk altijd uit van een conflict tussen de expert

en de cliënt. De cliënt wil X, maar de expert wil Y. De wil van de cliënt wordt daarbij gezien als een subjectief gegeven, een soort gevoel of beslissing van de cliënt op een bepaald moment. Als je de autonomie van de cliënt altijd volledig zou respecteren, dan zou je altijd moeten doen wat de cliënt zegt, en dat kan natuurlijk niet, en dus kun je helaas nu eenmaal niet altijd de autonomie van de cliënt respecteren! Zo redeneert de paternalist.

Praktijken en verhalen

Volgens ons zit het probleem in die aanname over wat mensen nu eigenlijk zelf willen. Het idee dat we een soort *spontane wil* hebben, een soort subjectief vermogen om te voelen of te beslissen wat we nodig hebben, dat is maar een zeer beperkte en misleidende opvatting van het menselijk handelen. Om twee verschillende redenen:

1. Ten eerste handelen we meestal niet op basis van een spontane bewuste beslissing die we op het moment zelf maken. We handelen meestal uit ingesleten gewoontes, in reactie op wat er om ons heen gebeurt en in samenspel met wat andere mensen aan het doen zijn. Dit geldt niet alleen voor ons nonverbale gedrag, maar ook voor ons talige

3

van spontaan willen
naar verhalen vertellen

handelen! We zeggen dingen vaak zonder er al te veel bij na te denken.

2. Ten tweede weten we vaak helemaal niet goed wat we willen. En als we daarover twijfelen, dan is het vaak geen goede oplossing om dan maar gewoon spontaan iets te beslissen. Vaak gaan we op onderzoek uit om erachter te komen wat we willen. Of als we wel iets besloten hadden, dan komen we daar soms op terug als we ontdekken dat het toch niet zo'n goed idee was. Soms maken we zelfs gebruik van coaching of therapie om erachter te komen wat we willen.

Het psychologische idee dat mensen vooral automatisch handelen past heel goed in de ecologische visie die we in de vorige omdenkstap hebben verwoord. Voor zover we automatisch handelen, doen we dat ten eerste in interactie met onze omgeving, en ten tweede op basis van gewoonten die we hebben aangeleerd. De combinatie van een omgeving waar mensen vertrouwd mee zijn en de gewoonten die in die omgeving passen noemen we ook wel een *praktijk*. Praktijken zijn dus een soort sociale ecosystemen, en net als alle andere ecosystemen kunnen praktijken in een equilibrium verkeren of een transitie doormaken. Wanneer een praktijk in een

equilibrium verkeert, zijn de gewoonten op basis waarvan we handelen in evenwicht. Met evenwicht bedoelen we hier niet dat de praktijk ook eerlijk is of dat iedereen even goed behandeld wordt. De praktijk op je werkvloer kan bijvoorbeeld heel seksistisch zijn. In zo'n geval is er sprake van een onwenselijk equilibrium. De reden waarom zaken als seksisme of racisme zo hardnekkig blijken te zijn, is nu juist omdat ze in stand gehouden worden door heel veel aangeleerd automatisch gedrag.

Praktijken zijn echter meer dan alleen aangeleerde gewoonten en automatische sociale interacties.

Praktijken worden ook gevormd door de *verhalen* die we vertellen over onze gewoonten en interacties. Praktijken waarin vrouwen systematisch andere rollen krijgen toebedeeld, of aan andere verwachtingen moeten voldoen, dan mannen steunen bijvoorbeeld op verhalen over mannen en vrouwen die we in onze cultuur met de paplepel krijgen ingegoten (de sterke prins redt bijna altijd de kwetsbare prinses). We gebruiken zulke verhalen om ons gedrag te rechtvaardigen.

Een nieuw model van acterschap

Hoe verhoudt dit vertellen van verhalen zich nu precies

tot ons automatische gedrag? Wij zien verhalen als *interpretaties van gewoontes*. Verhalen sturen ons gedrag niet zozeer direct, maar indirect: ze begeleiden de sociale systemen waar we deel van uitmaken en maken duidelijk waarom we deze gewoonten hebben. Sommige verhalen zijn gedeeld in onze hele cultuur, andere verhalen bestaan op het niveau van je vriendengroep, gezin of bedrijf. We vertellen ook verhalen over hoe we van elkaar verschillen, wat ieders rol is, wat we belangrijk vinden of nodig hebben. Verhalen zijn dus het medium waarin we onze behoeften uitdrukken.

Veel filosofen hebben het belang van verhalen voor menselijk *acterschap* - ons vermogen om zelf onze levens te leiden - benadrukt ([Schechtman, 2011](#); [Dennett, 1992](#); [Taylor, 1976](#); [Velleman, 2005](#)). Een moeilijke vraag die veel van zulke benaderingen echter oproepen is hoe je kunt weten of iets een 'goed' verhaal is. Vaak blijven zulke benaderingen steken in een vorm van *coherentisme*: als de verhalen die je over jezelf of elkaar vertelt een mooi samenhangend geheel vormen, die betekenis geeft aan wat je doet, dan breng je je identiteit als het ware tot stand door dat verhaal over jezelf te vertellen. Het probleem hiermee is dat een externe toetssteen ontbreekt: soms is het feit dat mensen zo'n

3

van spontaan willen
naar verhalen vertellen

mooi verhaal bij hun huidige praktijk hebben bedacht nu juist het probleem waardoor ze niet uit die praktijk weten los te breken. Verhalen zijn noodzakelijk maar ook gevaarlijk: een coherent verhaal kan ervoor zorgen dat je je ogen sluit voor elke tegenwerping, elke ervaring of elk stukje bewijs. Dit geldt zowel op individueel als op maatschappelijk niveau.

Om dit probleem van de externe toetsing op te lossen is coherentie niet voldoende. Verhalen geven niet alleen betekenis aan je gewoontes, ze koppelen er ook *verwachtingen* aan. Op basis van verhalen verwacht je dat je bepaalde dingen prettig zult vinden en andere niet. Je verwacht dat je op een bepaalde manier zult reageren op het gedrag van anderen en op de gevolgen van je eigen daden. Om die verwachtingen echt te kunnen *toetsen* zal je ze moeten vergelijken met de verwachtingen die zouden voortvloeien uit een ander verhaal (**Voerman, 2011**). Pas als je verschillende alternatieve verhalen serieus neemt zal je misschien nieuwe dingen uitproberen – en ontdekken dat mensen je dan helemaal niet stom vinden, of dat je daar spijt van krijgt, of dat je wel degelijk ook gelukkig kunt zijn zonder die baan, of zonder vlees te eten. Zulke alternatieve verhalen kun je vaak het beste ontdekken door te luisteren naar anderen

– hoewel soms niet de mensen die je al je hele leven hetzelfde vertellen.

Door onze verwachtingen die uit verschillende verhalen volgen te confronteren met bestaande en nieuwe ervaringen leren we patronen kennen in onze interacties. Een mooi verhaal verzinnen is dus maar de helft van het verhaal. De kern van actorschap zit erin dat je met behulp van verhalen patronen in je responsen en relaties leert herkennen die je vertellen wie je bent en wat je wilt. We maken hier dus gebruik van het inzicht uit de eerste omdenkstap, dat psychische kenmerken patronen zijn en geen dingen. Dit geldt ook voor onze wil en onze behoeften! Een behoefte is dus noch een objectief ding dat een wetenschapper op basis van feiten ondubbelzinnig bij je kan vaststellen, noch een subjectieve ervaring die je onmiddellijk en bewust bij jezelf kunt vaststellen, of waarover je spontaan kunt beslissen, zo van 'ik wil nu dit!' Dat geldt misschien voor andere psychische processen, zoals ergens zin in hebben, of boos over zijn, hoewel zelfs een directe heftige emotie op een bepaald moment vaak al interpretatie vereist met behulp van een verhaal. Ben je echt boos, of bang, of wat zit je nu eigenlijk dwars? Behoeften zitten als het ware nog een stap verder verwijderd van het oppervlak. Een

verhaal over waar je behoefte aan hebt, is een verhaal dat kan verklaren waarom je in situatie X boos wordt of in situatie Y angstig.

Het voorgaande verduidelijkt waarom je wat mensen willen niet louter kunt definiëren op basis van een subjectieve of spontane beslissing. Wat wij mensen op een bepaald moment zeggen te willen is het verhaal waar we op dat moment in geloven, maar waarvan we later nog kunnen ontdekken dat het eigenlijk niet goed bij ons past. Behoeftes is niet het verhaal dat we vertellen, maar het patroon dat we met onze verhalen proberen te vangen (**Tiberius, 2015; Voerman, 2012**). Daarbij gedragen verhalen zich niet zoals natuurkundige theorieën, die precies meetbare voorspellingen doen. Verhalen zijn noodzakelijk vaag en verschillend te interpreteren. Het is daarom altijd goed om de verhalen die je over je behoeften vertelt met een korreltje zout te nemen.

Zodra je langs deze weg tot een nieuw verhaal bent gekomen over wat je wilt, is het natuurlijk ook nog zaak om te gaan proberen naar dat verhaal te handelen. Op basis van het model dat we nu hebben geschetst, moeten we concluderen dat dit meestal niet vanzelf zal gaan. Het betekent dat je nieuwe gewoontes moet ontwikkelen,

3

van spontaan willen
naar verhalen vertellen

praktijken moet omvormen, en met de mensen om je heen nieuwe interacties moet gaan ontwikkelen. Dat vergt tijd. En terwijl dat gebeurt, zal je ook nog moeten aanpassen. Erachter komen wat je wilt betekent trial en error. Het betekent soms ook dat je nieuwe gewoonten de tijd moet geven om zich te bewijzen. Als je de grote beslissing hebt genomen om je relatie te beëindigen omdat je denkt dat je daar uiteindelijk gelukkiger van zult worden, dan weet je ook wel dat het de eerste weken of misschien zelfs maanden geen pretje zal zijn.

De actorcyclus

Op grond van deze inzichten kunnen we menselijk actorschap begrijpen als een cyclus. De cyclus begint met een situatie waarin je een verhaal hebt over je rol in een bepaalde praktijk. Vervolgens wordt dit verhaal, en daarmee de bestaande praktijk, ter discussie gesteld. Hetzij doordat de praktijk niet langer functioneert, hetzij doordat het idee wordt geopperd dat de status quo die door de praktijk in stand gehouden wordt eigenlijk een onwenselijke is. Vervolgens probeer je alternatieve verhalen te construeren over wat je zou kunnen willen of nodig hebben, of wat andere mensen van jou nodig hebben en hoe je hen beter zou kunnen behandelen.

Op grond van zulke verhalen kun je verschillende voorspellingen doen over hoe je je na verloop van tijd zou voelen als de praktijk op een bepaalde manier zou veranderen. Tenslotte ga je één van die alternatieve verhalen uitproberen door oude gewoonten te doorbreken en nieuwe gewoonten te kweken. Is dat eenmaal gelukt, dan zal deze nieuwe praktijk zich na verloop van tijd moeten bewijzen. Voelen alle betrokken zich inderdaad beter bij de nieuwe gang van zaken? Kloppen de voorspellingen van het nieuwe verhaal? Dit kan ertoe leiden dat de cyclus weer opnieuw begint. De vorm van deze cyclus past in de ecologische visie (omdenkstap 2) van het bereiken en doorbreken van equilibria in een systeem van interacties.

In de meeste gevallen doorlopen we deze cyclus zonder dat we daar professionele hulp bij nodig hebben. Maar soms lukt dat niet, en in zulke gevallen nemen we ons toevlucht tot een bijzonder klasse van verhalen, namelijk verhalen over behoeften aan ondersteuning en interventie. We gaan verder in op zulke behoeften in de volgende omdenkstappen.



achtergrond bij omdenkstap 3

Subjectivisme en objectivisme in de GGZ

De tegenstelling tussen subjectivisme en objectivisme over de behoeften van cliënten zie je op verschillende plaatsen opduiken in de geschiedenis van de GGZ. Het paternalisme gaat bijvoorbeeld uit van een objectieve behoefte aan zorg die door een expert moet worden ingeschat. De antipsychiatrie baseerde zich heel sterk op subjectieve behoeften van vrije individuen, zo sterk zelfs dat elke vorm van objectiveerbare psychopathologie stellig werd ontkend. De nondirectieve therapie accepteerde wel dat mensen soms dingen over zichzelf moeten leren, maar gaat ervan uit dat je dat het beste kunt bereiken door mee te gaan met de wensen van de cliënt. Hiertegenover stelt de directieve therapie juist weer een objectiever gezichtspunt, vanwaaruit de therapeut een veel meer sturende rol krijgt.

Tenslotte zie je de twee gezichtspunten ook terug in ons denken over welzijn en kwaliteit van leven. Soms operationaliseren we dit op een subjectieve manier, door mensen te vragen hoe ze zich voelen, bijvoorbeeld door een streepje te trekken op een schaal van 0 tot 100. We gaan er dan vanuit dat mensen blijkbaar via

introspectie een getal kunnen produceren over hoe goed het met ze gaat. Soms operationaliseren we het juist via objectieve, gestandaardiseerde criteria voor kwaliteit van leven. We gaan er dan vanuit dat alle mensen tot op zekere hoogte toch dezelfde dingen nodig hebben.

De meeste mensen zien wel in dat zowel een puur subjectief als een puur objectief gezichtspunt problematisch is. Enerzijds komt het nu eenmaal voor dat mensen hun eigen situatie (even) niet goed kunnen inschatten. Daardoor wachten ze misschien te lang met hulp vragen, hebben ze niet door dat ze hulp nodig hebben, of blijven ze juist teveel vasthouden aan een subjectief verlangen naar bepaalde zorg of ondersteuning die eigenlijk niet goed helpt of zelfs averechts werkt. Anderzijds heeft de GGZ een sterk paternalistische geschiedenis waarin onethische dwang werd toegepast en maatschappelijke intolerantie op het gebied van bijvoorbeeld seksuele geaardheid het uitgangspunt was voor classificatie en diagnose.

De oplossing die mensen vaak zoeken is om dan maar 'de gulden middenweg' te vinden. Bijvoorbeeld door op

een vragenlijst over kwaliteit van leven zowel subjectieve als objectieve vragen te zetten en de scores dan maar bij elkaar op te tellen. Of door in een ethisch kader op te schrijven dat respect voor de autonomie van de cliënt altijd moet worden afgewogen tegen de plicht om te helpen waar nodig en schade te voorkomen. Maar vervolgens blijven we met elkaar van mening verschillen over hoe we die afweging moeten maken en waar de gulden middenweg nu precies ligt.

Het model van actorschap dat we bij Redesigning Psychiatry als uitgangspunt nemen is bedoeld om die impasse te doorbreken.

Obstakels wegnemen en lijdensdruk verminderen

Als mensen problemen hebben die zonder hulp niet kunnen worden opgelost, dan zijn eigenlijk twee soorten dingen waar het om kan gaan, en meestal gaat het om beide: het verminderen van *lijdensdruk*, en het wegnemen van obstakels. Van deze twee behoeften aan hulp is het verminderen van lijdensdruk de meest directe en onmiddellijke: als je heel veel last hebt van pijn, of angst, of somberheid, dan kun je dat voelen. Overigens zijn



achtergrond bij omdenkstap 3

dit ook klachten waarmee mensen soms nog best lang kunnen rondlopen, omdat ook de stap van het gevoel naar het besef dat je er zoveel last van hebt dat je er iets mee moet, toch nog een interpretatieslag is. Zelfs dat is uiteindelijk een verhaal.

Obstakels zijn wat ingewikkelder. Soms is het heel duidelijk wat het obstakel is: als het je niet meer lukt om je te concentreren op je werk omdat je al maanden slecht slaapt, dan is het niet goed slapen duidelijk een obstakel. Overigens is dat doorgaans ook een vorm van lijdensdruk - slecht slapen is onprettig. Lijdensdruk en obstakels gaan dan ook vaak samen. Maar soms is het obstakel moeilijker in kaart te brengen.

Stel dat je in een burn-out terechtkomt. Ook nu is er een duidelijk obstakel: je kunt niet meer werken. In eerste instantie heb je rust nodig, en daarna moet je langzaam weer gaan opbouwen. Maar mensen komen over het algemeen niet *zomaar* in een burn-out terecht. Het betekent doorgaans dat er iets niet goed was aan je werksituatie voordat je in die burn-out kwam. En als je daar een perfect besef van zou hebben gehad, dan was je niet zo doorgegaan. Je behoefte aan hulp is daarom niet het beëindigen van de burn-out zodat

je weer precies verder kunt gaan als voorheen. Nee, je behoefte is ook om in plaats van je ongezonde oude situatie een gezondere nieuwe situatie te creëren. En om te weten wat dat betekent heb je enig inzicht nodig in wat er in de oude situatie in de weg zat - het werkelijke obstakel. Afhankelijk daarvan is er misschien een verandering nodig in de sociale dynamiek op je werk, in je eigen time-management, of wellicht kom je wel tot de conclusie dat je heel ander werk moet gaan doen.

Een obstakel wegnemen betekent dus niet per se dat je weer de doelen kunt nastreven die je nastreefde voordat het fout ging. Het kan ook betekenen dat je nieuwe doelen moet stellen, oftewel: nieuwe verhalen over waar je behoefte aan hebt. Een burn-out is één van de meest overduidelijke signalen dat er iets mis was met je verhalen en je gewoontes.

Daarnaast is een burn-out natuurlijk ook een uitstekend voorbeeld van iets dat je het liefst wilt voorkomen. Als er een grote kans is op een burn-out, dan kunnen we zeggen dat er ook al een behoefte aan hulp is voordat de burn-out optreedt: behoefte aan signalering en mogelijke strategieën ter preventie.

Actorgerichte en functiegerichte hulp

Tenslotte zijn er ook obstakels die niet zozeer in de weg staan van de behoeftes die we proberen te vervullen, maar die het proces blokkeren waarmee we onze behoeftes in kaart brengen: het proces van verhalen vertellen en toetsen uit de derde omdenkstap. Een voorbeeld is wanneer angst voor een bepaalde situatie zo sterk is dat iemand die situatie blijft vermijden en daardoor nooit zijn verhaal over wat er in die situatie zou gebeuren kan toetsen aan de realiteit. Een ander voorbeeld is wanneer iemand haar verslaving niet wil erkennen en daardoor ook haar behoefte niet kan zien om iets aan die verslaving te doen. Diverse gesprekstechnieken die nu al veel worden toegepast, bijvoorbeeld binnen cognitieve gedragstherapie of motiverende gespreksvoering, kunnen begrepen worden als interventies om *obstakels in de actorcyclus* weg te nemen. Zulke interventies noemen we *actorgericht*.

Niet alle probleem instandhoudende interactiepatronen vereisen een actorgerichte interventie. Soms weet een persoon prima wat hij wil: het komt voor dat een



achtergrond bij omdenkstep 3

traumatische ervaring voor herbelevingen zorgt die lijdensdruk veroorzaken en het dagelijkse functioneren in de weg zitten (=obstakel), maar zonder dat hier verder andere interactiepatronen of kwetsbaarheden bij betrokken zijn waardoor iemand grondig zijn leven zou moeten herzien of iets dergelijks. In zo'n geval kan de hulpvraag zo eenvoudig zijn als het wegnemen dit obstakel door middel van een effectieve interventie (bijvoorbeeld therapie met EMDR), waarna iemand weer zijn eigen weg kan gaan. In zo'n geval spreken we van een puur *functiegerichte* interventie.

In veel gevallen bevatten behoeften aan hulp zowel actorgerichte als functiegerichte aspecten.



OMDENKSTAP 4

van maatschappelijke norm
naar veerkrachtige diversiteit

4

van maatschappelijke norm naar veerkrachtige diversiteit

Geestelijke gezondheid wordt nog steeds teveel gezien als normaal zijn, niet afwijken, aan bestaande verwachtingen voldoen. Maar mensen zijn gewoon heel verschillend en ook voor mensen die ernstige klachten hebben zou het fijner zijn als er nieuwe rollen en wegen mogelijk zijn waarin ze beter tot hun recht kunnen komen. We pleiten daarom voor veerkracht – het kunnen vinden van nieuwe equilibria – in de context van sociale diversiteit.

Wat is gezondheid?

Ons begrip van gezondheid valt eigenlijk uit elkaar in twee deelbegrippen. Enerzijds heeft gezondheid iets te maken met specifieke problemen of aandoeningen waar je last van hebt, zoals ziektes. Anderzijds heeft gezondheid ook iets te maken met een soort algemene weerbaarheid of vermogens. Ook als je geen ziekte hebt kun je proberen om gezonder te worden dan je al bent, door bijvoorbeeld gezonder te gaan eten of meer te bewegen. En ook als je wel een gezondheidsbeperking of een aandoening hebt is daarmee nog niet alles gezegd over je gezondheid. Gezondheid heeft ook te maken met je vermogen om met die beperking om te gaan, of je vermogen om van die ziekte te herstellen.

Deze tweedeling lijkt ook voor geestelijke gezondheid te gelden. Enerzijds zijn er specifieke problemen of obstakels op het gebied van geestelijke gezondheid waar mensen last van kunnen hebben. Anderzijds lijkt er ook een soort continuüm te zijn van mentale weerbaarheid, stressbestendigheid, het vermogen om met veranderingen om te gaan, en kwetsbaarheid voor het ontwikkelen van problemen.

Beide aspecten van gezondheid veronderstellen een bepaalde norm. Denk bijvoorbeeld aan uithoudingsvermogen. We zijn het er allemaal wel over eens dat meer uithoudingsvermogen gezonder is, en niet andersom. Als je zo weinig uithoudingsvermogen hebt dat je niet eens meer even naar de winkel kunt lopen zonder buiten adem te raken, dan moet je naar de dokter. Maar ook als je geen problemen hebt met je uithoudingsvermogen, kun je met je gezondheid bezig zijn door te proberen je uithoudingsvermogen te verbeteren. Bijvoorbeeld door meer te sporten, gezonder te eten, of te stoppen met roken. Maar als je heel erg geniet van films kijken met pizza, dan kan dat ook een reden zijn om met minder uithoudingsvermogen genoegen te nemen. De norm die bepaalt wat we het meest gezond vinden, is dus niet automatisch de norm die bepaalt wat je moet doen.

In het domein van geestelijke gezondheid is het echter niet zo makkelijk om zulke normen te vinden. Denk aan stressbestendigheid. Bij veel klachten speelt stress een rol, en iedereen heeft een bovengrens van hoeveel stress hij kan verdragen, dus stressbestendigheid lijkt een kandidaat voor een universele norm: hoe stressbestendiger, hoe gezonder? Maar er zijn verschillende soorten stress, en eigenlijk betekent het woord 'stress' zelf alleen maar dat een systeem onder druk wordt gezet. Stressbestendig zijn betekent dus eigenlijk dat je veel kunt hebben. En soms is dat niet eens goed voor je, want het kan betekenen dat je te lang in een verkeerde situatie blijft hangen. En dat brengt ons op een ander punt: bij geestelijke gezondheid gaat het eigenlijk altijd om een interactie met je omgeving. Als je last hebt van stress, dan kan het heel goed zijn dat je omgeving teveel stress veroorzaakt, in plaats van dat jij te weinig stress kunt hebben of dat je er te snel gestrest van raakt. Maar om daar een zinnig oordeel over te vellen, moeten we kijken naar wat jij nodig hebt, wat de situationele context is, en wat voor jou prettig zou zijn om te veranderen of verbeteren. Dit betekent dat we 'wat het gezondste voor je is' eigenlijk niet onafhankelijk kunnen bepalen van 'wat het beste voor je is.'

4

van maatschappelijke norm naar veerkrachtige diversiteit

Maatschappelijke normen

We hebben nu gezien dat het eigenlijk niet mogelijk is om universele normen over geestelijke gezondheid op te stellen waarmee je individuele personen zou kunnen beoordelen, onafhankelijk van hun persoonlijke wensen, behoeften, en omstandigheden. Toch heeft onze maatschappij dat eigenlijk sinds de invoering van het idee van geestelijke gezondheid wel geprobeerd. Voor die tijd werden mensen die teveel van de norm afweken weggezet als gekken of bezetenen. Sinds de opkomst van de geestelijke gezondheidszorg hebben we een hele systematiek ontwikkeld om de geestelijke gezondheid van mensen te meten. Er zijn allerlei scores ontwikkeld die vervolgens in de geestelijk gezonde populatie zijn gevalideerd, zodanig dat ieder individu door een vragenlijst in te vullen kan zien hoeveel standaarddeviaties hij van het gemiddelde afwijkt. Het probleem is dat je wel moet kunnen uitleggen waarom het minder gezond is om meer af te wijken.

Een goed voorbeeld van dit probleem is seksuele geaardheid. Verschillende mensen voelen zich in verschillende mate aangetrokken tot dezelfde of een andere sekse: geaardheid is een spectrum. Nog niet zo heel lang geleden werd dit spectrum door de

psychiatrie gepathologiseerd. Hoe heteroseksueler hoe gezonder, met andere woorden, en hoe homoseksueler hoe ongezonder. De psychiatrie had simpelweg maatschappelijke intolerantie voor menselijke diversiteit vertaald naar normen voor geestelijke gezondheid.

Tegenwoordig hamert men er graag op dat je alleen nog maar een diagnose krijgt wanneer je last hebt van een aandoening, of wanneer je een gevaar vormt voor jezelf of iemand anders. Enkel en alleen afwijken op een bepaalde score is dus niet meer voldoende. Maar dit roept twee problemen op:

- Ten eerste kun je ook last hebben van een omgeving die niet wil accepteren dat je niet aan de maatschappelijke norm voldoet. Neem het voorbeeld van seksuele geaardheid: veel mensen die niet hetero zijn, hebben last van hun intolerante omgeving. Net zoals een extreem stressvolle omgeving niet automatisch betekent dat je onvoldoende stressbestendig bent, zo betekent een seksueel intolerante omgeving niet dat er iets mis is met je seksualiteit. Op eenzelfde manier betogen mensen uit de [neurodiversiteitsbeweging](#) nu dat veel mensen die afwijken op bijvoorbeeld het

autismespectrum klachten ondervinden als gevolg van een sociale omgeving die te weinig ruimte biedt voor bepaalde typen menselijke variatie.

- Ten tweede blijven we, door klachten als noodzakelijke voorwaarde toe te voegen, toch weer heel erg aan de probleemkant van de medaille hangen. Die probleemkant is heel belangrijk, en we zullen in de volgende omdenkstap veel uitgebreider ingaan op de vraag hoe we het huidige begrip van een psychische stoornis kunnen omdenken naar een begrip dat beter aansluit bij onze visie. Maar zoals we aan het begin van deze omdenkstap hebben gezegd: het idee van gezondheid heeft twee dimensies, een probleemdimensie en een meer algemene graduele dimensie van positieve gezondheid.

In deze omdenkstap willen we dat algemene positieve idee van geestelijke gezondheid aan de orde stellen. Als we bijvoorbeeld gezondheidsbeleid willen voeren dat bevorderlijk is voor algemene geestelijke gezondheid, waar moeten we ons dan op richten? En hoe voorkomen we dat we beleid gaan ontwerpen dat er vooral op gericht is om iedereen zoveel mogelijk aan een bestaande maatschappelijke norm te laten voldoen? Is er toch een

4

van maatschappelijke norm naar veerkrachtige diversiteit

goed en positief verhaal te vormen dat inhoudelijk iets zegt over geestelijke gezondheid waar we blij van kunnen worden, zonder dat we er mensen mee gaan uitsluiten?

Veerkracht en diversiteit

We hebben nu gezien dat er geen inhoudelijke normen voor geestelijke gezondheid mogelijk zijn die los staan van de persoonlijke behoeften en sociale omstandigheden van mensen. In de vorige omdenkstap hebben we al gezien dat ook die persoonlijke behoeften niet op een soort universele wetenschappelijke manier kunnen worden vastgesteld. Maar we hebben ook gezien dat persoonlijke behoeften niet samenvallen met wat iemand op een bepaald moment zegt, denkt, of voelt. In plaats daarvan doorlopen mensen de actorcyclus door aan elkaar verhalen te vertellen over wat we willen en nodig hebben, wat ieders rol is in een bepaalde praktijk, waar we op elkaar lijken en waar we van elkaar verschillen. De mate waarin we onze behoeften en wensen kunnen realiseren hangt dus van twee parameters af: (1) de mate waarin onze verhalen over behoeften en wensen kloppen, en (2) de mate waarin we erin slagen om die verhalen in de praktijk te brengen. Het ligt voor de hand om te denken dat positieve geestelijke

gezondheid dus iets met die twee parameters te maken heeft.

Maar we hebben hierboven ook gezien dat hoe goed of slecht het met je gezondheid gaat vaak niet herleid kan worden tot je individuele vermogens of gesteldheid. In een stressvolle of intolerante situatie zal het slechter met je gaan, maar de oorzaak ligt dan niet, of in ieder geval niet alleen, bij jou als individu. Deze observatie kunnen we ook omdraaien: voor zover het goed met je gaat zal dat ook niet alleen een gevolg zijn van je individuele geestelijke gesteldheid of vermogens. Om goed de actorcyclus te doorlopen, om betekenisvolle, inzichtvolle, en realistische verhalen te construeren over wat we met onze levens willen doen, en over welke gewoontes we nodig hebben om prettig te kunnen leven en werken, voor al die dingen heb je elkaar nodig. Ook een positieve geestelijke gezondheid kun je dus niet als een louter individuele eigenschap zien. Dit sluit aan bij de ecologische visie die we in de tweede omdenkstap hebben beschreven.

Voor zover we over geestelijke gezondheid willen spreken, moeten we dus ook werkvloeren, relaties, organisaties, enzovoort als meer of minder gezond begrijpen. Daarbij

willen we, zowel vanuit de ecologische visie als vanuit de actorcyclus, een begrip van geestelijke gezondheid dat dynamisch is. Ook al gaat het je op dit moment voor de wind, je omgeving zal veranderen, jij zal veranderen, je partner zal veranderen, je relaties veranderen, de wereld verandert. Hierboven hebben we al gezien dat positieve gezondheid voor een deel ook te maken heeft met hoe snel je van negatieve gezondheid - ziektes, aandoeningen, enzovoorts - kunt herstellen. Dit wordt vaak ook wel *veerkracht* genoemd. Maar vanuit de ecologische visie kun je veerkracht veel breder opvatten: het gaat er eigenlijk meer om hoe je met allerlei soorten veranderingen kunt omgaan, en hoe je gezin ermee kan omgaan, of je relatie, of je team van collega's. Daarbij kun je ook denken aan het zien van nieuwe kansen en mogelijkheden.

Ecologen noemen eigenlijk alles veerkracht dat een ecosysteem in staat stelt om te blijven bestaan. Dit betekent dat een ecosysteem altijd bezig is met ofwel het huidige equilibrium in stand te houden, ofwel een nieuw equilibrium te vinden. Als we dit vertalen naar menselijke praktijken, dan moeten we twee soorten equilibria onderscheiden: equilibria die in onze behoeften voorzien en equilibria die onze problemen veroorzaken of

4

van maatschappelijke norm
naar veerkrachtige diversiteit

instandhouden. In de ecologie is veerkracht niet goed of slecht, zolang een ecosysteem makkelijk een equilibrium terugvindt na een verandering dan noemen we het veerkrachtig. Maar als we geestelijke gezondheid willen bevorderen, dan moeten we er natuurlijk voor zorgen dat onze ecosystemen - van sociaal tot psychologisch tot neurobiologisch - erop gericht zijn om equilibria te bereiken die in onze behoeften voorzien en equilibria te doorbreken die onze problemen in stand houden.

In plaats van een universele norm die beschrijft hoe geestelijk gezonde personen eruitzien, hoe ze zich gedragen, en wat ze nodig hebben, zien we bij Redesigning Psychiatry geestelijke gezondheid dus als een middel om mensen met elkaar goede verhalen te laten ontwikkelen over hoe hun diverse behoeften vervuld kunnen worden.



OMDENKSTAP 5

van stoornis
naar pihip

5

van stoornis
naar phip

Een 'pihip' is een probleem instandhoudend (of versterkend) interactiepatroon. De phip komt in de plaats van begrippen zoals 'stoornis' of 'ziekte' uit het huidige systeem. Dit begrip heeft een sociale en een wetenschappelijke functie. In sociaal opzicht verleent het erkenning aan mensen die problemen hebben als gevolg van een phip. In wetenschappelijk opzicht verheldert het waar psychologen en psychiaters nou eigenlijk onderzoek naar moeten doen als ze kennis willen hebben over een phip.

Wat is een probleem instandhoudend interactiepatroon?

Mensen zijn probleemoplossers. We zijn sociale dieren die in veel gevallen automatisch handelen op basis van allerlei gewoonten, maar in sommige situaties lukt dat niet en dan hebben we een probleem. Je bent te laat, je bent je sleutels vergeten, het lukt je niet om te werken want je hebt hoofdpijn, je ziet je vrienden te weinig, of je partner en jij zijn ontevreden over jullie seksleven. Meestal lossen we zulke problemen gewoon op: zelf, samen met elkaar, of afhankelijk van het soort probleem met de hulp van vrienden, collega's, familie, of als het om een urgent probleem gaat, met mensen die op dat

moment in de buurt zijn. Zulke oplossingen kunnen ook de basis vormen voor nieuwe sociale gewoonten, want onze sociale gewoonten veranderen voortdurend. Zowel binnen je relatie of binnen je bedrijf, maar ook op maatschappelijk niveau en bijvoorbeeld op sociale media, het oplossen van problemen hoort bij het leven.

Soms lukt het echter niet om problemen op te lossen. Of soms lukt het niet zo goed, of komt het probleem steeds terug. Dat kan gebeuren omdat de mensen om wie het gaat niet goed doorhebben wat het probleem veroorzaakt. Of omdat de klachten zo ernstig zijn dat de lijdensdruk niet opweegt tegen je vermogen om er toch nog wel een beetje mee om te gaan. Zo nu en dan hoofdpijn hebben, weinig energie hebben, slecht slapen, of somber zijn, is vervelend maar er valt omheen te leven. Voortdurend hoofdpijn hebben of slecht slapen is ook een probleem zelfs als het je wel lukt om toch elke dag op je werk te verschijnen. Soms is het euvel dat mensen proberen om het probleem op te lossen op een manier die het probleem juist versterkt. Ook kunnen klachten en de symptomen elkaar onderling versterken, waardoor je in een negatieve spiraal belandt waar je zelf of gezamenlijk niet meer uitkomt. In zulke gevallen is het probleem niet alleen dat er een probleem is, maar *dat er een*

mechanisme is dat dat probleem in stand houdt.

De geestelijke gezondheidszorg heeft lang geprobeerd om zulke mechanismen in kaart te brengen als *aandoeningen*. Met een aandoening bedoelen we een conditie waarvan je bij individuele personen zou moeten kunnen vaststellen of ze die vertonen of niet en die je kunt classificeren als een syndroom van klachten welke vermoedelijk door gezamenlijke onderliggende oorzaken worden verklaard. Inmiddels weten we dat dit een veel te beperkte conceptie is van de manier waarop allerlei mechanismen de problemen van mensen in stand houden. Een alternatieve visie is bijvoorbeeld het dynamische netwerkmodel, dat laat zien hoe symptomen elkaar door de tijd heen kunnen beïnvloeden en versterken zonder dat er een onderliggende gezamenlijke oorzaak is aan te wijzen die sommige mensen wel hebben en andere mensen niet. Bovendien is het belangrijk te beseffen dat mensen elkaars problemen in stand kunnen houden door middel van hun sociale interactie, op een manier die je helemaal niet kunt reduceren tot het toewijzen van een aandoening aan een individu.

Het begrip '*interactiepatroon*' is bedoeld om op een veel

abstractere manier te praten over de mechanismen die problemen in stand kunnen houden. Voor nu is het belangrijk om te begrijpen dat een *interactie* zich kan voordoen op meerdere niveaus: zo kunnen onwenselijke emoties elkaar versterken, maar ook sociale gedragingen kunnen elkaar versterken, en ook biologische mechanismen kunnen uit de hand lopen doordat ze elkaar versterken, en ook tussen sociaal gedrag, individuele emoties, en biologische factoren kunnen zich interacties voordoen.

Daarnaast hebben we al gezien dat een patroon niet iets is dat je wel of niet 'hebt' (omdenkstep 1) zoals een stoornis. Net zoals er bijna altijd golven zijn op een wateroppervlak, maar het voor watersporters belangrijk kan zijn om het belangrijkste golfpatroon te herkennen, zo is het ook met bijvoorbeeld het patroon van vermijdend gedrag. Alle mensen vertonen dit patroon in meer of mindere mate, en in sommige sociale contexten veel meer dan in andere sociale contexten. De vraag is niet of je een vermijdend iemand bent of dat een vermijdende persoonlijkheidsstoornis hebt. En de vraag is al helemaal niet of je dat 'hebt' in plaats van een andere stoornis (zie achtergrond bij omdenkstep 1 over reïficatie). De vraag is of in alle verschillende interacties

die zich voordoen in jouw sociale en psychologische systeem, het patroon van vermijding zo'n grote rol speelt dat het het probleem dat jou hindert in stand houdt. Als dat zo is, dan is in jouw situatie vermijding een phip geworden.

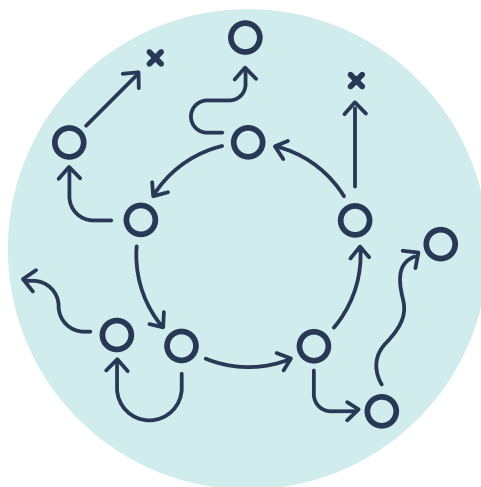
De phip is dus losser dan het medische en strikter dan het alledaagse

Uit het bovenstaande blijkt dus dat de phip een veel losser, ruimer, of flexibeler begrip is dan het begrip van een ziekte. Er zijn heel veel situaties waarin we wel van een phip kunnen spreken maar niet van een ziekte of een aandoening. Bovendien zijn phips geen dingen die je classificeert maar waarvan je de relatieve invloed inschat. De vraag is niet of iemand het ene labeltje moet krijgen of het andere – de vraag is welke phips er in een bepaalde situatie en in een sociaal netwerk allemaal een rol spelen bij het in stand houden van een probleem.

Tegelijkertijd is het begrip van een phip dus veel strikter dan simpelweg het hebben van een probleem. We hebben allemaal voortdurend problemen en het is niet de taak van het zorgnetwerk om die problemen allemaal te gaan helpen oplossen. Bij phips gaat het specifiek om

interactiepatronen waardoor mensen ondersteuning of interventies *nodig* hebben aangezien die patronen hun problemen in stand houden. Aangezien de alledaagse oplossingen die mensen zelf hebben geprobeerd in deze specifieke situaties niet blijken te werken, is voor zulke interactiepatronen wetenschappelijk onderzoek nodig om te begrijpen hoe die interactiepatronen in elkaar steken en wat je eraan kunt doen. De phip is dus ook bedoeld om het domein van Redesigning Psychiatry in te perken tot het terrein waarbij de wetenschappelijkheid van ondersteuning en interventie vereist is.

Daarnaast trekt de phip ook een grens bij louter *enhancement*: je kunt ook wetenschappelijk onderzoek doen naar hoe je de vermogens van mensen steeds verder kunt verbeteren, maar dat is niet de taak van het zorgnetwerk omdat het niet probleemgericht is. Desalniettemin kan het domein van (preventie van) phips veel breder zijn dan het domein dat we nu medisch noemen. We hoeven niet pas te gaan helpen als we vinden dat het zo slecht met mensen gaat dat we ze ziek mogen noemen, maar we willen juist escalaties zoveel mogelijk voorkomen door ondersteuning en interventies aan te bieden zodra er sprake is van probleem instandhoudende interactiepatronen.



OMDENKSTAP 6

van behandeling
naar patroonverandering

Behoeften aan hulp ontstaan wanneer een interactiepatroon een probleem in stand houdt of in de toekomst tot een probleem zal leiden. Net als alle andere behoeften brengen we behoeften aan hulp in kaart door verhalen te vertellen. In 2030 gaan die verhalen meestal niet over het behandelen van een stoornis, maar over het doorbreken van of leren omgaan met vervelende patronen, en het tot stand brengen van betekenisvolle nieuwe patronen. Dat kan op neurobiologisch, psychologisch, en sociaal niveau plaatsvinden.

Pihips en behoeften aan hulp

De huidige geestelijke gezondheidszorg (GGZ) is in grote mate gebaseerd op het medische model van stoornis en behandeling (zie achtergrond bij deze omdenkstap). In de vorige omdenkstap hebben we het stoornisbegrip herzien en het idee van de pihip (probleem instandhoudend interactiepatroon) geïntroduceerd. Maar wat zijn de consequenties daarvan voor de behandelpraktijk? In deze omdenkstap willen we even helemaal opnieuw verwoorden wat nu eigenlijk de bedoeling is van de hulp die we mensen willen bieden. Daarbij willen we juist ook zo goed mogelijk proberen te verwoorden wat veel zorgprofessionals in de geestelijke gezondheidszorg

eigenlijk al lang doen. Maar tegelijkertijd denken we ook dat de huidige framing in termen van stoornissen en behandeling vaak averechts werkt, en dat een betere formulering van de hulp die we nastreven een betere focus kan opleveren voor het toekomstige zorgnetwerk.

We hebben gezien dat mensen voortdurend problemen oplossen (derde omdenkstap). Problemen zijn eigenlijk alle omstandigheden waarin onze automatische gewoonten niet werken of niet goed aansluiten bij onze behoeften. Het zijn momenten waarop het handelen op de automatische piloot niet meer volstaat en je bewust iets zult moeten doen om een verandering teweeg te brengen. Problemen zijn dus geen behoeften aan zorg! Er is pas een behoefte aan hulp wanneer mensen hun problemen zelf niet kunnen oplossen. In zulke gevallen is er blijkbaar iets bijzonders aan de hand waardoor men er zelf niet meer uitkomt: een probleem instandhoudend interactiepatroon, of pihip.

Het ligt daarom voor de hand om te zeggen: als er een pihip is, dan is er professionele hulp nodig om een einde te maken aan die pihip. Of, in ecologische termen (tweede omdenkstap), om het probleem instandhoudende equilibrium te doorbreken. En in sommige gevallen is dat

inderdaad zo! Soms wordt een probleem waar je last van hebt in stand gehouden door een interactie die je zelf niet begrijpt of waar je zelf geen vat op hebt, maar waar een therapeutische interventie voor bestaat om die interactie te doorbreken. In sommige gevallen is er niet meer hulp nodig dan dat: zodra de interactie doorbroken is, kun je zelf weer verder.

Maar in veel gevallen is de relatie tussen een pihip en de behoefte aan hulp complexer. Sommige interactiepatronen waar je last van hebt zullen misschien nooit helemaal weg gaan, maar kunnen wel afgezwakt worden. Of de negatieve impact ervan kan worden verminderd door er beter mee te leren omgaan, of door ondersteuning te krijgen waardoor je ermee kunt leren leven. In zulke gevallen is de behoefte aan hulp dus een behoefte aan instrumenten om met het probleem te leren omgaan.

Er zijn ook interactiepatronen die we niet helemaal kunnen doen verdwijnen, maar waarvan we wel het aantal situaties waarin ze optreden drastisch kunnen verminderen. Zo is uit onderzoek gebleken dat **exposuretherapie** een eenmaal ontwikkelde angst niet daadwerkelijk opheft. De aangeleerde respons blijft wel degelijk aanwezig, maar door exposure wordt een

6

van behandeling naar
patroonverandering

alternatieve respons aangeleerd die in verreweg de meeste situaties gaat overheersen. Iets soortgelijks geldt voor problemen die samenhangen met een negatief zelfbeeld. De opgebouwde gedachten en associaties die zo'n zelfbeeld instandhouden zullen waarschijnlijk nooit helemaal verdwijnen. Maar door daar alternatieve gedachten en associaties tegenover te stellen, bijvoorbeeld door middel van **competitive memory training** (COMET), kan het totaalbeeld dat iemand van zichzelf heeft en de impact daarvan op iemands leven overwegend positief worden.

Deze bevindingen sluiten aan bij onze eerste omdenkstap, dat psychische kenmerken patronen zijn en geen dingen. We hebben gezien dat menselijke gedachten en karaktereigenschappen geen stukjes software in je hoofd zijn die je ofwel hebt ofwel niet hebt. Er is dus geen plek in de hersenen waar je negatieve zelfbeeld zit of je angstige associatie, en die je vervolgens kunt deleten zoals dat met een document op je computer kan. Aangeleerde responsen zijn ingesleten patronen. Maar het feit dat we geen digitale computers zijn betekent tegelijkertijd ook dat je capaciteit om nieuwe dingen aan te leren ook nooit opraakt. In plaats van de oude problematische interactie steeds weer opnieuw te activeren is onze behoefte aan hulp daarom

vaak een behoefte aan het ontwikkelen en versterken van nieuwe interacties.

Door te spreken over probleem instandhoudende interactiepatronen bedoelen we dus niet automatisch dat het zwaartepunt van professionele hulp moet liggen bij eindeloos blindstaren op een probleem. Soms is een uitgebreide analyse nodig om de uitweg te vinden, maar in veel andere gevallen is onze behoefte vooral om nieuwe interactiepatronen te ontwikkelen waar we gelukkig van worden. Het netto effect daarvan is dan vaak dat de oude interactie, hoewel nog steeds vervelend of problematisch, geen obstakel meer vormt om verder te gaan met ons leven.

Tenslotte zijn sociale interactiepatronen soms helaas ook niet zo definitief te doorbreken als we zouden willen. We hebben gezien dat veel problemen in stand gehouden worden door sociale interacties tussen verschillende personen, zodanig dat het probleem niet kan worden gereduceerd tot een optelsom van losse, individuele problemen. In het ideale geval betekent dit dat je met alle betrokkenen om de tafel gaat zitten en de interactie als groep gaat proberen te veranderen. In een gezinssituatie kan dit betekenen dat ouders of broers of

zussen ook deelnemen in een interventie. Op het werk kan dit betekenen dat een team zich eraan committeert om een dynamiek te gaan veranderen. Maar in sommige gevallen is niet iedereen daartoe bereid. Dan kun je het blijven proberen, maar op een gegeven moment zul je als hulpverlener dan toch de verantwoordelijkheid moeten nemen om de persoon die wel bij je aanklopt met klachten, toch te helpen. In zulke gevallen is het nog steeds prettig om te kunnen erkennen dat die klachten niet hoeven te worden toegeschreven aan een individuele stoornis, maar het gevolg zijn van een ongezonde sociale interactie. En het betekent ook niet altijd dat je die sociale omgeving dan maar het beste kunt verlaten: een problematische interactie met ouders of collega's die niet willen veranderen kan vervelend zijn, maar je familie of je werk kwijtraken is dat ook. Als zorgprofessional is je verantwoordelijkheid dan om samen met de cliënt te zoeken naar de beste manieren voor de cliënt om hiermee om te kunnen gaan.

Dit laatste geldt ook voor interactiepatronen waarvan we eigenlijk moeten zeggen dat die op *maatschappelijk niveau* bepaalde problemen instandhouden. Immers, van fenomenen zoals vreemdelingenhaat, seksisme of homofobie kun je ook zeggen dat het pihips zijn! In de

praktijk zullen individuele personen daar altijd last van hebben in combinatie met andere factoren en details uit hun persoonlijke situatie, maar de impact van zulke maatschappelijke patronen moet niet worden onderschat. Voor een minister of staatssecretaris betekent dit dat er beleid moet zijn waarmee deze patronen worden aangepakt, maar zolang deze patronen blijven bestaan is de behoefte van individuele personen om die copingstrategieën te leren en die ondersteuning te krijgen waardoor hun leed zoveel mogelijk kan worden beperkt.

Verhalen over behoeften aan hulp

We hebben nu gezien dat behoeften aan hulp niet alleen bepaald worden door de pihp, maar ook door andere factoren: welke interventies er mogelijk zijn met de kennis die we hebben, of het een probleem is dat veel aandacht vereist of waar juist al teveel aandacht aan besteed is, of alle personen die bij de pihp betrokken zijn bereid zijn om te deel te nemen aan de interventie. Er is dus geen één-op-één relatie tussen pihp en behoefte aan hulp. Maar hoe bepalen we die behoefte dan precies? En wie moet dat doen? Op dit punt grijpen we terug op onze derde omdenkstap over menselijk actorschap. We hebben gezegd: behoeften kun je niet direct voelen of objectief

wetenschappelijk vaststellen, behoeften kun je alleen interpreteren door verhalen te vertellen die je kunt toetsen in de praktijk. Deze analyse geldt ook voor behoeften aan hulp! Ook een behoefte aan hulp brengen we in kaart door verhalen te vertellen over wat we nodig hebben. Afhankelijk van de soort hulp, wordt dat verhaal samen gevormd door de betrokkenen die hulp nodig hebben en degenen die hulp te bieden hebben. In het geval van een cliënt-professional relatie is een dergelijk co-auteurschap (of co-creatie) van het verhaal over de benodigde hulp ook essentieel zodat men ook samen de verantwoordelijkheid kan nemen voor de uitvoering ervan.

Behoeften aan hulp bestaan daarom nooit los van de praktijk van ondersteuning en interventie in de samenleving waar we in leven. Van iemand met een ongeneeslijke hersenziekte kun je wel gaan roepen dat die persoon eigenlijk behoefte heeft aan een geneesmiddel dat over driehonderd jaar misschien zal worden uitgevonden, wanneer de wetenschap veel verder gevorderd is, maar daar heeft die persoon nu helemaal niets aan. Wanneer we verhalen vertellen over wat we nodig hebben dan zijn we altijd op zoek naar strategieën die uitvoerbaar zijn. Gegeven wat er haalbaar is in je sociale omgeving, in technologisch opzicht, en gegeven

je eigen psychologische vermogens en beperkingen, probeer je vervolgens de strategie te kiezen die het meeste kans van slagen heeft en het beste aansluit bij je overige behoeften. Je behoefte aan hulp staat dus altijd in dienst van je andere behoeften. Dit sluit aan bij de vierde omdenkstap: we vinden niet dat je hulp nodig hebt om aan een maatschappelijke norm te kunnen voldoen, maar dat hulp altijd gericht moet worden op de verschillende behoeften van verschillende mensen.

Het verband tussen iemands behoefte aan hulp en haar overige behoeften analyseren wij in termen van twee aspecten: obstakels wegnemen en lijdensdruk verminderen. Het verminderen van lijdensdruk spreekt voor zichzelf: als je ergens onder lijdt dan heb je er behoefte aan dit te verminderen. Het wegnemen van obstakels heeft meer te maken met wat je wilt bereiken: gegeven je behoeften om bepaalde dingen te bereiken zijn obstakels de dingen die dat in de weg staan. Op grond daarvan heb je een behoefte om het obstakel weg te nemen. Obstakels kunnen dingen zijn waar je tegenaan loopt, maar het kunnen ook belemmeringen zijn waarvan je nog niet doorhebt dat ze in de weg staan. Een verdere uitwerking hiervan volgt in de achtergrond bij deze omdenkstap.



achtergrond bij omdenkstap 6

Het medische model van stoornis en behandeling

In omdenkstap 4 hebben we gezien dat we niet in één keer voor alle mensen kunnen opschrijven wat voor gedrag geestelijk het meest gezond zou zijn. De behoeften en omstandigheden van mensen zijn ten eerste te verschillend en ten tweede teveel aan hun eigen interpretaties onderhevig. In plaats daarvan hebben we een ideaal van sociale, psychologische en biologische veerkracht geformuleerd als manier voor mensen om met veranderingen om te kunnen gaan en rollen in hun sociale omgevingen te kunnen vinden waarin ze zichzelf kunnen zijn.

Vervolgens hebben we in omdenkstap 5 gezien dat het hele idee van een psychische stoornis eigenlijk niet goed past op veel van de problemen waarvoor mensen nu wel een stoornis gediagnosticeerd krijgen. In plaats daarvan spreken wij liever van ‘pihyps’ - probleem instandhoudende interactiepatronen. Daarbij gaat het meestal niet om een duidelijk aanwijsbare afwijking in een individu die allerlei symptomen veroorzaakt, maar veeleer om een netwerk van symptomen die op sociaal, psychologisch en neurobiologisch niveau elkaar

versterken totdat er zo grote obstakels zijn ontstaan dat mensen niet langer hun doelen weten te bereiken.

In beide gevallen stellen we dus niet langer een lijst met gedragingen of symptomen centraal die we gezond of juist ziek noemen. In plaats daarvan stellen we het actorschap van mensen centraal zoals we dat in omdenkstap 3 hebben uitgewerkt. Laten we nu eens gaan kijken wat diezelfde omslag betekent voor de manier waarop je mensen het beste kunt helpen. Zowel het idee dat er vaste normen zijn voor gezondheid als het idee van stoornissen of ziekten maken deel uit van het medische model. Dit model sluit goed aan bij sommige aspecten van gezondheid. Je kunt studenten geneeskunde prima leren hoe een gezond hart eruit ziet of wat mensen nodig hebben om sterke en gezonde botten te houden. Je kunt ze ook leren hoe een ontsteking, vergiftiging, of fysieke beschadiging van een orgaan het functioneren ervan kan verstoren. En tenslotte kun je ze leren wat je dan moet doen om dat zo goed mogelijk te repareren: hoe je de stoornis kunt behandelen. Deze manier van denken hebben we ook toegepast in de geestelijke gezondheidszorg. Zo behandelen we een fobie met exposuretherapie of een depressie met medicijnen. Maar sluit deze manier

van praten nog wel aan bij een visie gebaseerd op veerkracht en interactiepatronen?

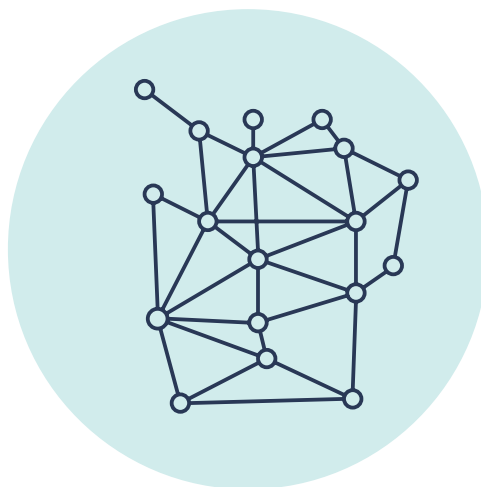
Spreken over behandelen roept bij sommige mensen de associatie op van een passieve patiënt die een behandeling ondergaat om iets te repareren dat mis met hem is. Denk aan een operatie waarbij je als patiënt stil moet zitten of zelfs onder narcose gaat. Die associatie sluit niet meer zo goed aan bij de visie die we aan het ontwikkelen zijn, waarin het probleem vaak in de interactie tussen persoon en omgeving schuilt en hulp erop gericht is om het actorschap van die persoon te bevorderen. Maar het is wel belangrijk om hier genuanceerd over te blijven spreken. Onder narcose is een patiënt inderdaad passief, maar bij de revalidatiearts of de oefentherapeut niet. Veel problemen die we nu somatisch of fysiek noemen vereisen ook een behandelstrategie waarbij oude gewoonten moeten worden afgeleerd en nieuwe aangeleerd, en waarbij die strategie ook weer afhankelijk is van de behoeften en levenssituatie van de persoon in kwestie. Wat dat betreft geloven we ook helemaal niet in een fundamenteel onderscheid tussen psychische en somatische gezondheid. En het is ook niet onze bedoeling om als een soort taalpolitie te



achtergrond bij omdenkstap 6

gaan optreden wanneer psychologen het bijvoorbeeld hebben over een EMDR behandeling. Tegelijkertijd erkennen we ook het feit dat woorden zoals 'stoornis', 'patiënt' en 'behandeling' in de geestelijke gezondheidszorg ook een politieke lading hebben gekregen als gevolg van een machtsdynamiek die in bijvoorbeeld de somatische oefentherapie niet op die manier meespeelt.

Het is in de context van deze nuances dat we proberen om het doel van hulp opnieuw te definiëren.



OMDENKSTAP 7

van sector
naar netwerk

7

van sector
naar netwerk

We hebben een continuüm van meer en minder intensieve ondersteuning en interventies nodig, dat je leven niet overneemt als het slechter gaat maar je ook niet gelijk helemaal aan je lot overlaat als het weer wat beter gaat. Bovendien zijn vaak niet alleen therapeutische interventies nodig, maar ook praktische ondersteuning om uit een onmogelijke situatie te komen. We willen daarom een netwerk dat in alle andere maatschappelijke sectoren actief is, en waarvan ook de financiering in haar wisselwerking met andere sectoren begrepen en ontworpen moet worden (bijvoorbeeld in relatie tot kosten van langdurige werkloosheid of kosten van problemen op het werk).

Een continuüm van ondersteuning en interventies

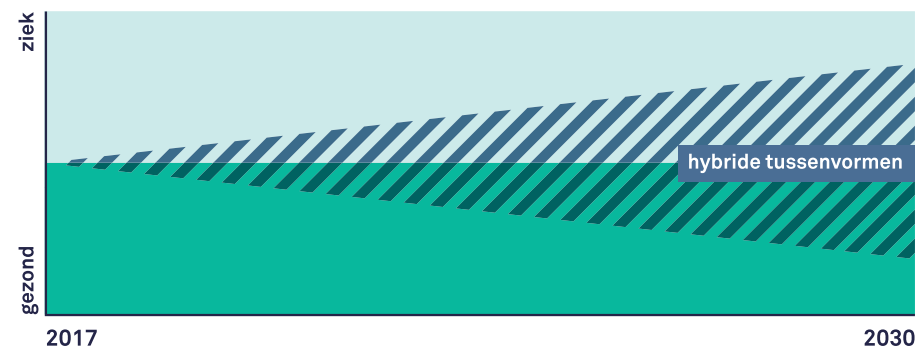
De huidige zorg is sterk ingericht op de eindstadia van psychische ontregelingen. Deels is dat de verklaren door de wijze waarop zorg georganiseerd is. Er zijn er allerlei mechanismen ingebouwd om een 'aanzuigende werking' van zorg te voorkomen. Veel mensen zoeken in het huidige systeem geen hulp of komen pas in een zeer laat stadium in hulpverlening terecht. Problemen zijn op dat moment vaak al in een ver gevorderd stadium en

gaan gepaard met urgente en complexe zorgvragen. Dat is niet alleen te wijten aan het zorgsysteem dat beducht is op overbehandeling om de kosten te beheersen. In een samenleving waarin de nadruk sterk ligt op onafhankelijkheid en zelfredzaamheid kan het moeilijk zijn om te erkennen dat hulp van anderen soms nodig is.

De zorg is bovendien op een aantal punten kunstmatig opgeknipt. Er is een harde grens tussen verschillende stoornissen, tussen leeftijden, tussen psychisch en somatisch en tussen ziek en gezond. Om hulp te kunnen krijgen bij problemen waar je mee worstelt vereist dat een DSM-diagnose. De problemen worden symptomen van een onderliggende stoornis. Het huidige systeem kan daardoor medicalisering van problemen in de hand werken. Er zijn bovendien problemen waarvoor geen diagnose gegeven kan worden waardoor mensen of niet geholpen worden of waardoor ze een andere diagnose krijgen dan eigenlijk recht doet aan de problemen. In de vijfde omdenkstap hebben we gezien dat pihips (probleem

instandhoudende interactiepatronen) breder zijn dan het medische en toch striker dan het alledaagse - niet elk probleem is een pihip, maar ook niet elke pihip is een medische aandoening. In de zesde omdenkstap hebben we vervolgens gezien dat pihips ook een bredere analyse van behoeften aan hulp vereisen dan louter de nood aan medische zorg.

Er is al jaren discussie over de vraag of zorg nu juist moet worden uitgebreid of ingeperkt. Wij nemen een derde standpunt in: het aantal situaties dat we op een medische manier benaderen en waar we traditionele zorg aanbieden moet afnemen, maar het aantal situaties waarin mensen geen enkele vorm van hulp of ondersteuning krijgen moet ook afnemen. Er moeten



7

van sector
naar netwerk

met andere woorden veel meer vormen van hulp georganiseerd worden die in een soort tussencategorie vallen, waarin we erkennen dat er pihips zijn en een behoefte aan hulp, maar waarin die hulp een andere vorm vereist dan de traditionele medische zorg.

De focus van deze nieuwe tussenvormen ligt op het vergroten van menselijk kapitaal en het ondersteunen van belangrijke transitieën in het leven van mensen. Afhankelijk van de persoonlijke situatie en behoeften wordt de ondersteuning verder uitgebouwd (progressief universalisme). Hiermee wordt voorkomen dat beginnende problemen elkaar gaan versterken en mensen bij tegenslag van de regen in de drup raken.

Van dure sector naar rendabel netwerk

De vormen van ondersteuning en interventie die hierboven beschreven worden vereisen een verregaande integratie in diverse sectoren van de maatschappij: school, werkvloer, de integratie van interventies in de digitale infrastructuur waar mensen steeds meer mee vervlochten raken. Dit vereist ook een andere kijk op financiering.

Het financiële argument voor inperking van ondersteuning en interventie gaat op een paradoxale manier mank: bij veel pihips is er sprake van het soort escalatie waardoor de vereiste interventie steeds duurder wordt, en de kosten voor de maatschappij steeds hoger, hoe langer je wacht met ingrijpen (denk bijvoorbeeld aan de eigen bijdrage die in 2012 in de GGZ werd ingevoerd als een vorm van ontmoedigingsbeleid, maar waarvan de **lange termijn implicaties** in zowel medisch als financieel opzicht bijzonder pijnlijk waren).

De financiering van ondersteuning en interventie moet altijd begrepen worden als een samenspel van twee compleet verschillende rechtvaardigingen. De eerste rechtvaardiging is simpelweg het morele recht op hulp en de morele plicht om te helpen wanneer mensen die hulp echt nodig hebben. Je mag mensen niet aan hun lot overlaten. De tweede rechtvaardiging is economisch van aard: goede zorg voorkomt uitval en levert economische productiviteit op. Veel ondersteuning en interventies uit de geestelijke gezondheidszorg zijn rendabel. Deze twee rechtvaardigingen overlappen in veel gevallen, maar slechts één van de twee hoeft op een situatie van toepassing te zijn om de inzet van hulp te rechtvaardigen. De paradox is dat juist op relatief lichte interventies

wordt bezuinigd terwijl die vaak juist de hoogste return on investment opleveren.

Voor een deel komt dit omdat financiële verantwoording in de zorg vaak op zo'n manier is opgeknipt dat allerlei partijen en organisaties - van individuele instellingen tot zorgverzekeraars tot het ministerie van volksgezondheid - vooral geprikkeld worden om op de eigen begroting kosten te besparen, ook wanneer dit ergens anders in de samenleving hogere kosten veroorzaakt. De aard van probleem instandhoudende interactiepatronen is zodanig dat het effect van effectieve hulp ook op allerlei plaatsen terecht komt. Dit vereist een vorm van financiering die ook door verschillende sectoren heenloopt - bijvoorbeeld op basis van transministeriële budgetten.



OMDENKSTAP 8

van juridisch akkoord
naar geground vertrouwen

8

van juridisch akkoord naar gegrond vertrouwen

De *terms & conditions* van van e-health waarvoor de gebruiker op akkoord moet klikken, de prestatie afspraken tussen instelling en verzekeraar: ons systeem hangt aan elkaar van akkoorden. Dit systeem is te ver doorgesloten in bureaucratie terwijl het vaak geen betrouwbaardere zorg oplevert. Wij pleiten daarom voor een netwerk van vertrouwensrelaties, waarbij iedere partij aan al zijn relaties goede redenen moet geven om hem te vertrouwen.

Een cultuur van wantrouwen en een infrastructuur van akkoorden

We hebben gezien dat je om mensen te kunnen helpen moet weten wat hun behoeften zijn, en dat zulke behoeften begrepen moeten worden in een proces van interpretatie met behulp van de verhalen die we over onszelf vertellen (omdenkstep 3). Door de verhalen die mensen over hun behoeften vertellen als uitgangspunt te nemen respecteer je hun autonomie, en daarmee hun waardigheid.

In de huidige praktijk wordt respect voor autonomie echter vaak vertaald naar: geen dingen doen zonder dat mensen ermee instemmen. Het belang van instemming, zeker in de geestelijke gezondheidszorg, kan moeilijk

worden overschat. Zo vinden wij het op grond van respect voor menselijke waardigheid cruciaal dat bijvoorbeeld het gebruik van dwang zoveel mogelijk wordt teruggedrongen, dat zorgverleners transparant zijn naar cliënten, en dat instellingen en providers geen dingen met je data mogen doen zonder dat je daar toestemming voor hebt gegeven. Maar het verkrijgen van instemming heeft alleen betekenis in de context van vertrouwen. En bij dat vertrouwen gaat het vaak mis.

Het goede idee van instemming is in onze huidige maatschappij omgeslagen in een volstrekt onwerkbare implementatie van betekenisloze akkoorden. Een goed voorbeeld daarvan zijn ellenlange juridische beschrijvingen van *terms & conditions* waar je als gebruiker tegenwoordig mee akkoord moet gaan voordat je een app op je telefoon kunt installeren. Formeel heb je er nu mee ingestemd dat er allerlei dingen met je data mogen gebeuren, er formeel ben je daar ook precies over geïnformeerd, maar iedereen weet dat de gemiddelde gebruiker die informatie niet goed kan beoordelen. Een ander voorbeeld ervan zijn de akkoorden die in het huidige stelsel worden gesloten tussen zorgverzekeraars en zorgverleners. Het achterliggende idee is dat je zorgverleners er niet zomaar op kunt vertrouwen dat ze efficiënt en effectief zullen werken. Zorgverzekeraars

krijgen daarom van de wetgever de prikkels om zo hard mogelijk met zorgverleners te onderhandelen, en zorgverleners moeten veel tijd en energie besteden aan uitgebreide controlemechanismen die bedoeld zijn om vast te stellen of ze hun prestatie-afspraken wel halen. In de praktijk zijn de mensen die gewoon zorg nodig hebben hier meestal helemaal niet bij gebaat.

Het belang van vertrouwen

Laten we nog eens naar het voorbeeld van de app kijken: waarom stemmen mensen in met de gebruiksvoorwaarden? In de praktijk kiezen veel mensen er maar gewoon voor om de app te *vertrouwen*, of neem je bewust een risico terwijl je de boel eigenlijk niet helemaal vertrouwt. Of je besluit een e-health app te vertrouwen omdat je arts die aanraadt. Dat laatste geldt niet alleen voor e-health, maar voor allerlei medische interventies waarvoor instemming vereist is: de technische of wetenschappelijke details zijn voor de gebruiker niet te beoordelen, dus het instemmen met die details gebeurt op basis van vertrouwen in de persoon die het aanraadt. De cliënt of gebruiker gaat ervanuit dat de zorgprofessional voldoende in staat is om te beoordelen of datgene waar de gebruiker aanraadt mee in te stemmen zal bijdragen

8

van juridisch akkoord
naar gegrond vertrouwen

aan de doelen en behoeften van de cliënt. De conclusie die we daarom kunnen trekken is dat de autonomie van de cliënt juist dan gewaarborgd is, wanneer de cliënt *goede redenen* heeft om de professional te vertrouwen.

Wat bedoelen we met goede redenen voor vertrouwen? Soms hebben mensen ergens heel veel vertrouwen in, maar hebben ze daar eigenlijk geen goede redenen voor. Stel dat een cliënt heel veel vertrouwen heeft in een arts, terwijl deze arts volstrekt incapabel is een heel slechte adviezen geeft. De arts raadt de cliënt een zeer onbetrouwbare e-health applicatie aan, en de cliënt besluit in te stemmen met gebruikersvoorwaarden van deze app zonder die voorwaarden echt te kunnen begrijpen of de verwachte effectiviteit en mogelijke risico's van de app goed te kunnen beoordelen. Hoewel de gebruiker zelf besloten heeft om de applicatie te gebruiken, wordt haar autonomie ondermijnd door het feit dat ze afgaat op het onjuiste oordeel van de hulpverlener dat die beslissing bij zal dragen aan haar doelen en behoeften. Veel vertrouwen is dus niet altijd beter dan weinig vertrouwen: als je veel vertrouwen hebt in iets dat onbetrouwbaar is, kan dat juist problemen veroorzaken.

Wanneer heb je dan wel goede redenen om te

vertrouwen? Om die vraag te beantwoorden analyseren we vertrouwen in termen van *verwachtingen* (Voerman en Nickel, 2016). Zulke verwachtingen hebben een normatieve en een voorspellende kant. De voorspellende kant is simpelweg hoe groot je de kans inschat dat iemand zal doen wat je van hem verwacht. De normatieve kant wil zeggen dat je aan iemand ook de verantwoordelijkheid toeschrijft om te doen wat je van hem verwacht. Dit kan bijvoorbeeld betekenen dat je verontwaardigd zult zijn wanneer iemand die verantwoordelijkheid niet nakomt.

Goede redenen om iemand te vertrouwen zijn daarom goede redenen om te geloven dat het waarschijnlijk is dat iemand zal doen wat je van hem verwacht, en goede redenen om dit ook als de verantwoordelijkheid van die persoon te zien. Daarnaast kunnen voorspellende en normatieve verwachtingen ook van toepassing zijn op instellingen, op methoden, en op diensten en technologieën. Zo kun je een voorspellende verwachting hebben dat cognitieve gedragstherapie effectief zal zijn, of een normatieve verwachting dat een bepaalde app bedoeld is voor de manier waarop je van plan bent hem te gebruiken. Een goede reden voor dat laatste kan bijvoorbeeld zijn dat er een duidelijke handleiding bij zit

die je goed hebt gelezen. Een goede reden voor dat eerste kan zijn dat je een betrouwbare therapeut hebt die goed op de hoogte is van wetenschappelijke onderzoek naar de effectiviteit van cognitieve gedragstherapie.

Goede redenen voor vertrouwen en sociale autonomie

Om te begrijpen hoe goede redenen voor vertrouwen bijdragen aan je autonomie, onderscheiden we twee criteria waar een goede reden aan moet voldoen. In de eerste plaats moet een goede redenen om iets of iemand te vertrouwen corresponderen met de betrouwbaarheid van de persoon of het systeem in kwestie. Je kunt bijvoorbeeld alleen een goede reden hebben om de beveiliging van een systeem te vertrouwen als dat systeem ook daadwerkelijk goed beveiligd is. Maar dit criterium alleen is niet voldoende. Ook in een extreem paternalistisch zorgstelsel kunnen systemen heel goed beveiligd zijn en behandelingen effectief. Maar in zo'n systeem wordt aan mensen niet uitgelegd waarom ze vertrouwen zouden moeten hebben. Er wordt je gewoon verteld dat je moet doen wat de expert denkt dat het beste voor je is. In een zorgnetwerk waarin je autonomie centraal wordt gesteld moet je je eigen afweging kunnen maken op basis van jouw verhalen over wat je wilt

8

van juridisch akkoord naar geground vertrouwen

en nodig hebt. Maar zoals we hierboven hebben gezien kun je dat ook niet doen op basis van een uitgebreide tekst aan terms & conditions die alleen een juridische expert kan begrijpen. En als je geen psychologie hebt gestudeerd heeft het ook geen zin om zelf de wetenschappelijke literatuur erop te gaan naslaan om te bepalen of cognitieve gedragstherapie in jouw geval effectief zal zijn. Wat je daarom nodig hebt is een zorgverlener of een informatiesysteem (of beiden) die helpen om de wetenschappelijke en technologische redenen voor betrouwbaarheid te vertalen naar het niveau waarop jij verhalen vertelt over wat je nodig hebt. En de enige manier waarop dat kan is doordat alle personen die betrokken zijn bij een ondersteuning of interventie ook deelgenoot zijn in het proces van verhalen vertellen en betekenisgeving.

Een goede reden om iets of iemand te vertrouwen is dus een succesvolle brug tussen de feiten over de kundigheid van de professional, de technische werkzaamheid van het systeem en de wetenschappelijke kennis over de effectiviteit enerzijds, en de taal anderzijds waarin de personen om wie het gaat verhalen construeren over hun behoeften. In de praktijk is autonomie dus altijd sociale autonomie: onze wereld is zo ingewikkeld geworden en onze omgeving zo doorspekt met technologie en

gespecialiseerde vakgebieden, dat iedereen voortdurend keuzes over wat hij wil en nodig heeft samen moet maken met mensen die specifieke expertises hebben en daarom goede adviezen kunnen geven.

Netwerken van geground vertrouwen

Wanneer vertrouwen gebaseerd is op goede redenen noemen we dit *geground vertrouwen*. In onze netwerksamenleving is geground vertrouwen bijna nooit meer een kwestie van slechts twee personen, zoals een cliënt en een behandelaar. Enerzijds omdat er allerlei vormen van ondersteuning en interventie ontstaan waarin de cliënt-behandelaar relatie niet meer de enige of meest centrale relatie is. Mensen gaan vertrouwensrelatie aan met elkaar, met e-health applicaties, met helpdesken, providers, en platformen achter die applicaties, met ervaringsdeskundigen. Mensen nemen voor een deel zelf de rol van wetenschappers op zich (zie elders in dit hoofdstuk over citizen science). Andersom zijn de zorgprofessionals waar cliënten het meest contact mee hebben vaak zelf ook weer in grote mate afhankelijk van betrouwbare partijen elders in het zorgnetwerk. De huisarts moet zijn nascholingscursus kunnen vertrouwen. De cognitieve gedragstherapeut moet de

wetenschappelijke journals kunnen vertrouwen waar de laatste effectstudies in worden gerapporteerd.

Goede redenen om te vertrouwen zijn een manier om niet alles zelf te hoeven doen, om de kans dat een strategie zal bijdragen aan jouw eigen behoeften juist te vergroten door allerlei taken over te laten aan partijen die het best gepositioneerd zijn om die taken te kunnen volbrengen. Zoals een onderzoeker bij een experiment die voor een complexe statistische analyse een statisticus inschakelt, omdat hij zijn eigen statistische kennis onvoldoende vertrouwt. Goede redenen om andere mensen en systemen te vertrouwen hangen dus ook samen met een geground vertrouwen in jezelf: weten waar je eigen kwaliteiten en beperkingen liggen. Slagvaardig actorschap vindt altijd plaats in een sociaal netwerk van geground vertrouwen.

Ontwerpen voor geground vertrouwen

Infrastructuren moeten zo ontworpen worden dat ze vertrouwensnetwerken zoals hierboven omschreven faciliteren. In een slogan samengevat moet je systemen dus altijd zo ontwerpen dat je aan mensen *goede redenen geeft om die systemen te vertrouwen*.