

Herstel is (g)een pil

1. Samenvatting

De HEE-film schetst hoe de *herstelbeweging* in Nederland tot stand is gekomen en de toegevoegde waarde ervan. Die beweging is een reactie op de klassieke benadering van de klinische psychiatrie: de patiënt krijgt een diagnose, pillen en wordt vaak langere tijd opgesloten in een kliniek. Het probleem is echter dat de pillen het verwarde gedrag van de patiënten enkel verergeren. Deze worden daardoor gereduceerd tot hun

hun zieke breinen, hun diagnose. Er wordt geen perspectief gegeven. Patiënten gaan zelf geloven dat ze inderdaad hun aandoening zijn – en waardeloos en afgeschreven.

De HEE-beweging wil de psychiatrische zorg en behandeling in Nederland verbeteren. HEE staat voor *Herstel*, Empowerment en *Ervaringsdeskundigheid*, begrippen die onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn.

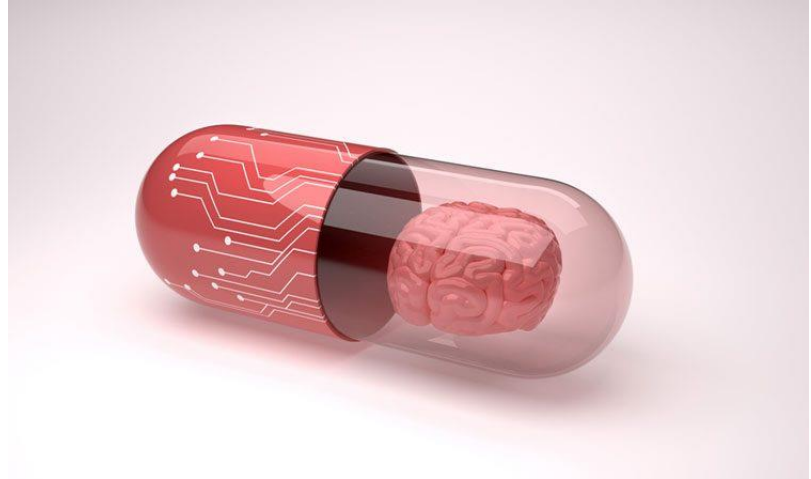
Bij HEE gaat het om herstelbenadering vanuit cliëntperspectief. Uitgangspunt: herstel is voor iedere patiënt een uniek proces, waarbij hij niet alleen leert zien wat zijn kwetsbaarheden zijn maar ook zijn talenten; je bent méér dan je diagnose!

Het zijn bij uitstek ervaringsdeskundigen die daarbij kunnen helpen omdat ze de problemen en aandoeningen (her)kennen en dus *erkennen*. Niet door oplossingen te bieden maar door naar de cliënt te luisteren en hem zo te helpen ontdekken wat hij zelf wil, en hoe hij weer de controle over zijn bestaan kan herwinnen (empowerment). De cliënt heeft daarbij de dus regie. In die zin gaat HEE over de emancipatie van de psychiatrische patiënt.

2. Het gevoel dat de film oproept

Het gevoel dat de film bij me oproept is een gevoel van droefheid dat kwetsbare mensen die door omstandigheden psychisch in de penarie komen, met de beste bedoelingen door hulpverleners nóg verder op zichzelf terug worden geworpen en verder in de ellende worden gestort. Het maakt me ook opstandig. Het zelfgenoegzame gelijk van wetenschappers, die altijd gelijk menen te hebben op een speelveld waarin ze zelf de piketpaaltjes hebben geslagen.

Het is wat de psychiater in het filmpje zegt: we weten nog maar zo weinig van de werking van de (zieke) geest; op de één of andere manier lijkt er in de psychiatrie nog steeds overwegend instrumenteel te worden gekeken naar patiënten; dat een psychisch ontspoord iemand moet worden gerepareerd met medicatie, met chemie. Dat is in vaak het paard achter de wagen spannen. Het effect is dat behandelaars pogen met pillen onbalans te herstellen, waardoor ze alleen maar méér onbalans creëren. Hoe meer pillen, hoe maffer je wordt. De patiënten worden wel behandeld maar vaak niet écht gehoord. Tijds- en behandeldruk speelt daarbij een rol. Alles waar een gezond mens behoefte aan heeft, komt daardoor



tussen de spaken: het gevoel van veiligheid, vrijheid, zingeving, menselijkheid, eigenwaarde, zelfstandigheid en dergelijke.

Iemand zei, ik weet niet meer wie – het is alweer even dat ik dit verhaal optik: De psychiatrische behandelwijze voelt alsof er ergens een forse blinde vlek zit. Alsof er een somatische oplossing wordt gezocht (pillen) en gegeven voor een niet-somatisch probleem. Herstel wordt gezien als een pil. Klinisch. De HOZ-vraag: wat wil je, wat heb je nodig?, wordt niet gesteld. Van eigen regie is geen sprake. Er is immers geen tijd voor het geven van échte aandacht, het tonen van échte belangstelling. Dat is als het ware weg gerationaliseerd door het “systeem” dat draait op effectiviteit, output en beheersing van kosten.

Dat vind ik triest. Er gaan manjaren aan (in principe) gezonde levens naar de bliksem, van mensen die “enkel” worstelen met hun psychische kwetsbaarheid. En dat voor niets; het had niet gehoeven, als ik het goed begrijp. Gestolen levens, vergeefs lijden. Nog los van de maatschappelijke kosten.

3. Herkenningspunten

Ik herken dit verhaal eigenlijk vooral van mijn ervaringen met het UWV; Ik werd ongeschikt geacht voor het vak van ervaringsdeskundige omdat er in een in een oud verslag – n.a.v. een gesprek met een keuringsarts – was genoteerd dat ik in de pdd-nos hoek zit. Daardoor mocht er o.a. *geen of weinig direct contact zijn met klanten, patiënten of hulpbehoevenden.*

Dat verhaal is geloof ik min of meer gebaseerd op een diagnose die in die tijd na een uitgebreid onderzoek werd gesteld. Ik had in die tijd echter een vriendin die de diagnose ernstig in twijfel trok. Ik was ten tijde van dat onderzoek namelijk zwaar verslaafd aan slaapmedicatie. “Alle verslaafden zijn als autisten”, zei ze sprekend uit ervaring, aangezien ze zelf een aantal jaren met verslaafden heeft gewerkt. Ofwel: buitengewoon egocentrisch, weinig oog voor het belang en de emoties van anderen, op zichzelf gericht en een gemankeerd beeld van de werkelijkheid. De uitkomst van dat onderzoek kende dan ook een kanttekening: dat het niet goed mogelijk is om een definitieve conclusie te trekken, *zolang er sprake is van verslaving.*

Ik omhelsde de pdd nos diagnose echter zonder protest, omdat die me een soort vrijbrief en excuus gaf om niets aan mijn gedrag te veranderen – ik had immers pdd nos! – *en dús ook niets aan mijn verslaving te doen.* “Je bent zelf in die diagnose gaan geloven”, zoals de vriendin me ooit zei. Ze vertelde me dat ze bij problemen in onze omgang altijd scherp onderscheid wist te maken tussen *de man* en *de middelen*. Omdat ze mij ook kende van de periode dat mijn middelengebruik nog niet was geëscaleerd, concludeerde zij: het zijn de middelen.

Hoe zou ik reageren als die kinderen gingen klieren?

En zo is dat verhaal een eigen leven gaan leiden, ook in de verslaglegging van het UWV. Het was zelf-stigmatisering, die mij een bepaalde ruimte en vrijheid gaf om zaken als herstel en re-integratie op afstand te houden. En ik was er op dat moment ook zeer zeker niet aan toe om me weer naar de wereld toe te keren; ik was verslaafd. Ik verwaarloosde zelfs mijn vrienden en ben daardoor ook vrienden kwijtgeraakt. “Je was ziek”, zoals een vriend van me zei die me wél trouw is gebleven.

Dat verhaal van “geen contact met klanten” achtervolgt me nu dus. Alsof het een onwrikbare wet is, alsof er geen herstel bestaat. Dat is een bittere ervaring. Die verblinding hospitaliseert mensen onnodig en hij houdt ze onnodig klein: dat kan jij niet; dat zit er voor jou niet in. Mijn UWV-man betwijfelde zelfs of ik wel geschikt was om op een busje te rijden om kinderen van en naar school te brengen. Hoe zou ik reageren als die kinderen gingen klieren? Dat was een serieus gespreksonderwerp, dat via mijn re-integratieconsulent is gevoerd.

Het effect van die diepgewortelde UWV-overtuiging is dat ik nagenoeg geen enkel beroep meer zou kunnen doen waar ik met mensen zou moeten werken.

Serius genómen

Het bijzondere is: ik heb maar één keer een persoonlijk gesprek met deze UWV-man gehad en toen zat ik er totaal doorheen. Inmiddels ben ik er heel anders en vele malen beter aan toe. Ik heb mijn verslaving achter me gelaten. Volledig. Ik doe een opleiding! Hij heeft dus feitelijk geen idee wie ik ben, waar ik voor sta, wat ik kan enz. Hij heeft zijn dossier en dat is zijn houvast. Intussen heeft zo iemand die een ander amper kent, wél de macht om de rest van mijn (arbeidzame) leven diepgaand te beïnvloeden en verpesten resp. vergallen resp. tot hel te maken. Werd ik serieus genomen? Nee. Voelde ik mij gehoord en begrepen door mijn *Adviseur Werk*? Nee. Gerespecteerd? Nee.

Zijn missie is geld gedreven. Ik sprak iemand die zei dat het UWV zich gedraagt als een verzekeringsmaatschappij die streeft naar risicoreductie. Zo ook mijn *Adviseur Werk*: hij zoekt liever een oplossing die goed is voor het UWV dan voor mij. In ieder geval, zo voelde ik dat. Aan wiens kant stond hij eigenlijk? En de ironie: als ik – eigen regie, proactief - het initiatief neem om Howie te gaan doen, om zo een beter en aantrekkelijker perspectief voor mijzelf te creëren, waardoor het risico op uitval op de langere termijn hoogst waarschijnlijk wegvalt, krijg ik geen medewerking van het UWV.

Depri liability

Ik vind dat kortetermijndenken. Laat mij ongeschoold werk doen, dan ben ik een *depri liability* in de dop. Een *lose-lose*-situatie. Laat mij mezelf ontwikkelen en ik word een gemotiveerde *asset*, mijn eigen emotionele *profit center*. Win-win. Maar nee. Terug in je vakje, dan kan ik je vinken. Eigen regie wordt niet gewaardeerd.

Dat is mijn ervaring met UWV Alkmaar. Heel teleurstellend en frustrerend. Bij UWV Nijmegen hebben ze, oh ironie!, twee ervaringsdeskundigen in dienst, er is dus hoop.

[Einde reflectie]

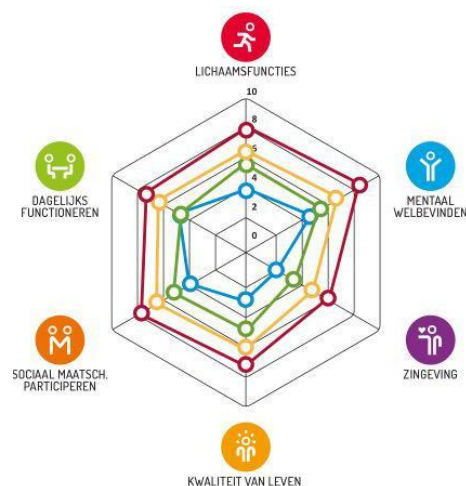
Hoewel?

Al zoekend naar wat meer achtergrond vond ik nog meer info, die voor mij iets zegt over eigen regie/motivatie en herstel (de zes gezondheidsdimensies van [Machteld Huber](#)). Haar visie sluit aan bij de HEE-visie: "Gezondheid is het vermogen zich aan te passen en een eigen regie te voeren, in het licht van de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven." Zij is van de [positieve gezondheid](#).

Toegift: De link met de 6 dimensies van positieve gezondheid

Begrip hebben van wie je voor je hebt, is cruciaal voor de (geestelijke) gezondheid en motivatie van de betrokkene. In het geval van mijn UWV-man: hij won de slag (poppetje dwingen om voor vastgestelde datum weer aan het werk te zijn – ongeschoold, want ik heb alleen een diploma journalistiek) maar hij zou de strijd verliezen (poppetje valt uit door stress van onder-uitdaging, repeterend werk en motivatie *below zero*). Korte termijn succes, lange termijn fiasco. Iedereen weet intuïtief: doe werk dat bij je past en dat je motiveert, en je gaat langer mee.

Zoals gezegd, niet uitdagend werk zou voor mij een serieus gevaar op terugval met zich meebrengen (niet in de zin van terug naar middelen maar *psychisch*), en ik denk voor velen. Dat is domweg een kwestie van om je heen kijken en ook geen verrassing als je het werk van Machteld Huber kent. Die



heeft het concept van [positieve gezondheid](#) in Nederland geïntroduceerd, en daarin laat ze aan de hand van haar [zes gezondheidsdimensies](#) zien hoe die dimensies bijdragen aan het gevoel van welzijn van een individu.

Ook bruikbaar voor ervaringsdeskundigen

Dat model is dus ook goed bruikbaar in ons vak van ervaringsdeskundige. Om alleen de dimensie te noemen van *mentale functies en -beleving*; daar vallen begrippen onder als: cognitief functioneren, emotionele toestand, eigenwaarde/zelfrespect, gevoel controle te hebben, zelf-management en eigen regie en veerkracht.

Dat wordt niet voor niets weerspiegeld in het lijstje met kenmerken van de *herstelondersteunende behandeling* en de *behandeling vanuit een ziektemodel*, dat ik vond toen ik op zoek ging naar info over zowel “ervaringsdeskundigheid” als “psychiatrie” (zie hiernaast).

Dat artikel is geschreven door, niet toevallig: [Dröes, J. en J. Witsenburg \(2012\)](#). Titel: *Herstelondersteunende zorg: Behandeling, rehabilitatie en ervaringsdeskundigheid als hulp bij herstel van psychische aandoeningen* (Passagecahier. SWP) Het schema staat hieronder. Dröes was als ondersteuner betrokken bij de oprichting van het HEE-team.

Herstelondersteunende behandeling	Behandeling vanuit een ziektemodel
<ul style="list-style-type: none"> • Luisteren • Je observaties even parkeren • Ingaan op waar de cliënt mee zit • Woorden van cliënt gebruiken • Niet uitleggen wat er gebeurt maar vragen wat cliënt beleeft • Cliënt bepaalt welke hulp hij wanneer wil hebben • Ruimte voor fouten en ervan leren • Eigen mening geven, maar cliënt beslist • Complimenten bij eigen initiatief 	<ul style="list-style-type: none"> • Luisteren en observeren • Diagnose stellen en uitleggen • Behandelen van ziekte(verschijnsel) • Hulpverlenerstaal • Niet vragen wat cliënt beleeft maar uitleggen wat je vindt • Hulpverlener bepaalt welke hulp wanneer gewenst is • Fouten vermijden, advies geven • Eigen mening geven, cliënt kan weigeren • Eigen initiatief wordt niet bijzonder gewaardeerd
<ul style="list-style-type: none"> • Ervaringsdeskundigheid wordt gewaardeerd • Samen mogelijkheden uitzoeken • Steeds zorgen voor keuzes, gezamenlijke besluitvorming • Altijd op zoek naar de persoonlijke betekenis en oorzaken van ziekte 	<ul style="list-style-type: none"> • Hulpverleningsdeskundigheid wordt gewaardeerd • Hulpverlener kent de mogelijkheden • Liefst duidelijk advies, cliënt volgt adviezen op • Betekenis en oorzaken zijn interessant als ze dienstig zijn voor symptoombestrijding
<ul style="list-style-type: none"> • Eigen verhaal centraal, subjectieve beleving heeft betekenis • Zelfhulp en lotgenotencontact zijn een kern van behandeling 	<ul style="list-style-type: none"> • Eigen verhaal is beleving, objectieve gegevens zijn belangrijker • Zelfhulp en lotgenotencontact zijn een alternatief of ondersteuning van behandeling
<ul style="list-style-type: none"> • Het proces is belangrijker dan het resultaat en wordt beoordeeld op de mate van persoonlijke groei die het veroorzaakt • Behandeling is idealiter een gefragmenteerd proces met onderbrekingen, pauzes en tempowisselingen aansluitend bij de ontwikkeling van de cliënt 	<ul style="list-style-type: none"> • Het resultaat telt het meest, het proces wordt beoordeeld op de mate waarin het hieraan bijdraagt • Behandeling is idealiter een regelmatig proces waarin continuïteit en een gelijkmatig tempo worden aangehouden door de behandelaar