

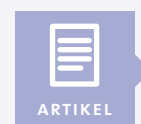
Functioneel herstel en zelfregulatie: opgaven voor cliënten én psychiaters

J.C. VAN DER STEL

- ACHTERGROND** Herstel staat in het centrum van de belangstelling, maar er is discussie over het concept. Het functionele aspect, het herstellen en ontwikkelen van psychische functies, wordt in de psychische gezondheidszorg zelden geëxpliciteerd. Daardoor worden mogelijk kansen gemist, in het bijzonder in het cliënten helpen bij de ontwikkeling of het herstel van hun zelfregulatief vermogen.
- DOEL** Verduidelijken wat we kunnen verstaan onder functioneel herstel en waarom het zinvol is dit thema apart te benoemen en een onderscheid te maken tussen functioneren en (psychische) functies.
- METHODE** Ik geef een overzicht van actuele ontwikkelingen in en om de psychische zorg en de betekenis van het begrip herstel. Verder beargumenteer ik het nut van een onderscheid in vier aspecten van herstel: klinisch, persoonlijk, maatschappelijk én functioneel.
- RESULTATEN** Functioneel herstel wordt nog niet, zoals in de overige geneeskunde (revalidatie), apart benoemd. Wanneer dat wel gebeurt, in het bijzonder als de aandacht zich richt op de executieve functies en de betekenis daarvan voor de zelfregulatie, worden nieuwe kansen zichtbaar om cliënten bij hun herstelproces te ondersteunen.
- CONCLUSIE** Door functioneel herstel te onderscheiden liggen nieuwe aangrijpingspunten voor herstel in het verschieft, ook als klinisch herstel geen reële optie (meer) is. Het gebruik van de ICF kan ertoe bijdragen dat de focus wordt gericht op het herstel van (psychosociaal) functioneren én psychische functies.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 57(2015)11, 815-822

TREFWOORDEN executieve functies, functioneel herstel, herstel, zelfregulatie



Het landschap van voorzieningen en regelingen voor psychische zorg is danig op de schop gegaan; deze ontwikkeling zet zich door. Het opvallendste is de onderverdeling van psychische zorg in drie segmenten: praktijkondersteuning huisartsen, basiszorg en specialistische zorg. En een reeks van nieuwe wetten hebben de gemeenten in het centrum van beleid en uitvoering geplaatst.

Toekomst organiseren

Wat de toekomst van de psychische gezondheidszorg betreft, lopen de meningen uiteen. (Ik geef de voorkeur aan de term 'psychisch' i.p.v. 'geestelijk'. We spreken ook over psychische functies en psychische klachten. Het woord 'geest' herinnert aan de dichotomie tussen geest en materie.) Ik denk dat het belangrijk is (of kan zijn) dat de instel-

lingen zich wat nadrukkelijker als gezondheidszorg manifesteren en de focus richten op klinisch én functioneel herstel. Het laatste impliceert aandacht voor herstel en ontwikkeling van psychische functies, in het bijzonder de executieve functies die cruciaal zijn voor de zelfregulatie. Belangrijk is ook dat men daarbij naast een op aandoeningen gericht classificatiesysteem zoals de DSM-5 ook gebruikmaakt van de op functies en functioneren gerichte *International Classification of Functioning, Disability and Health* (ICF).

Verder is het de opgave om van *experience-based* werken, via de huidige nadruk op *evidence-based* werken, ruimte te scheppen voor *science-based* werken. Het laatste veronderstelt dat men niet alleen weet dat iets effect heeft, maar ook weet hoe en waarom. Dit impliceert kennis van determi-

nanten en in het bijzonder mechanismen. En op basis van die kennis proberen vooraf te voorspellen bij wie een bepaalde ‘bewezen effectieve’ behandeling wel en bij wie niet zal werken. En niet onbelangrijk: er is behoefte aan een plan hoe we – stap voor stap, maar wel vastbesloten – de focus richten op beter en vaker vroegtijdig en vervolgens preventief handelen

Uiteraard betreffen dit veranderingen die één instelling niet kan bewerkstelligen en waar vele jaren overheen zullen gaan. Ook veronderstelt dit een vorm van ‘institutioneel ondernemen’ (Van Dalen 2012), gericht op samenwerking met andere partijen om zulke thema’s, zodra dat opportuun is, op de agenda te zetten.

Het organiseren van de toekomst veronderstelt ook het stellen van inhoudelijke doelen, doelen die betrekking hebben op de gezondheid van mensen. Doelen over doelgroepen, middelen en voorzieningen zijn daarvan een afgeleide. Dus bij de vraag ‘waar gaan wij heen’, die we kunnen beantwoorden in de context van het antwoord op vragen als ‘hoe zijn we hier gekomen’, ‘wat hebben we’ en ‘wat kunnen we’, heeft de beantwoording van die vraag pas echt betekenis voor het handelen als we die eerste vraag beantwoorden met realistische, inhoudelijke doelen.

De belangrijkste opgave waar de sector voor staat, is daarmee het aantoonbaar betere resultaten boeken, die in ieder geval ook tot uitdrukking komen in epidemiologische kerncijfers. Denk daarbij aan een afname van incidentie en prevalentie van (ernstige) psychische aandoeningen. Het vroegtijdiger handelen, het wegnemen van drempels om op tijd hulp te vragen, het bevorderen van het afronden van behandelprogramma’s en het preciezer behandelen zijn daarvoor belangrijke middelen (Van der Stel 2015).

Maar we doen meer dan ‘symptomen bestrijden’. We werken, samen met de cliënten en andere voorzieningen, aan klinisch, functioneel, maatschappelijk én persoonlijk herstel. Hierbij bestaat geen hiërarchie of dwingende volgorde. In elk herstelproces liggen de accenten anders. Verder geldt dat elke werker of voorziening accent moet leggen in wat zijn of haar specifieke bijdrage is aan het herstelproces. Dit laat onverlet dat het belangrijk is dat naast de focus op epidemiologische kerncijfers, die vooral van belang zijn om het succes van klinisch herstel te kunnen meten, ook de andere aspecten van herstel meetbaar moeten zijn of worden gemaakt. En dat met de belanghebbenden en financiers overeenstemming wordt bereikt dat daarop het succes of falen van een voorziening wordt beoordeeld.

Andere aspecten van verbetering van epidemiologische kerncijfers zijn: het reduceren van het aantal misdiagnoses en van het aantal overbodige behandelingen (het verminderen van het *number to treat*). Misdiagnoses en overbodige behandelingen vormen een enorme kostenpost voor het

AUTEUR

JAAP VAN DER STEL, senior onderzoeker, GGZ inGeest, adviseur beleid, Brijder-Parnassia en lector Geestelijke Gezondheidszorg, Hogeschool Leiden.

CORRESPONDENTIEADRES

Dr. dr. J.C. van der Stel, Bakenessergracht 46 A,
2011 JX Haarlem.

E-mail: jaapvanderstel@gmail.com

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 16-3-2015.

geheel van de geneeskunde. Veranderingen veronderstellen dat we vooraf beter kunnen voorspellen wie wat heeft en wie wel of niet positief zal reageren op een specifieke behandeling of interventie. Ook vroegtijdig handelen en, als dat mogelijk is, preventie dragen, behalve aan een verhoging van de kwaliteit van leven, bij aan kostenreductie.

De weg naar herstel

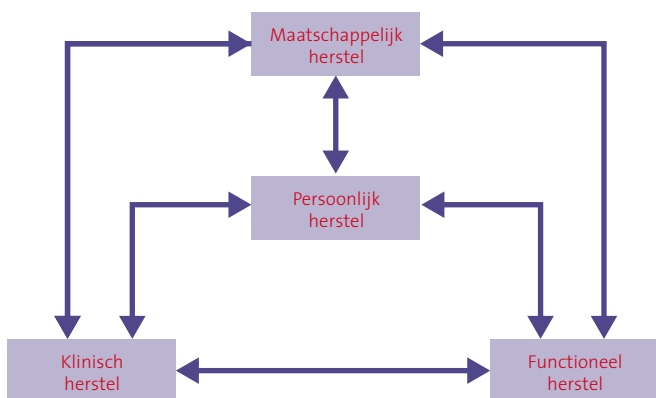
Herstel is een oude term, die tot voor kort vooral in verband werd gebracht met (de kans op) genezing en werd benaderd vanuit een medisch perspectief, namelijk vanuit de vraag of er wel of geen sprake meer is van ziekteverschijnselen. In het eenzijdige accent op het medisch kunnen is de afgelopen periode beslist verandering gekomen. De gevolgen daarvan zijn goed merkbaar in de somatische en wellicht nog meer de psychische zorg. Patiëntenorganisaties zijn partij geworden in de discussie over de toekomst van de zorg. Ervaringsdeskundigheid ontwikkelt zich in de zorg meer en meer als een nieuwe discipline. Wellicht het belangrijkste is dat de afgelopen periode het concept ‘herstel’ is verruimd. Echter, het is bij veel instellingen ook terechtgekomen in een sterk ideologische discussie. Zoiets kan een tijd de discussie op scherp zetten, maar werkt op termijn verlamdend. Het is belangrijk een concept van herstel te hanteren waarin alle posities en activiteiten kunnen worden verenigd.

Vier aspecten van herstel

Ik onderscheid vier aspecten van herstel: klinisch herstel, functioneel herstel, maatschappelijk herstel en persoonlijk herstel (zie **FIGUUR 1**).

Klinisch herstel betreft het op de remissie van symptomen en zo mogelijk op genezing gerichte werk van hulpverleners en behandelaren. Somatische, psychologische en farmacologische interventies, die bijdragen aan ontwenning of terugval voorkomen, vallen onder deze categorie.

FIGUUR 1 Vier vormen of aspecten van herstel, met een focus op persoonlijk herstel; de vier vormen van herstel hangen met elkaar samen en beïnvloeden elkaar



Onder functioneel herstel versta ik in dit verband: het herstel van psychische functies die als gevolg van de aandoening zijn verminderd of aangetast, of niet goed zijn ontwikkeld. Ik duid hier in het bijzonder op de hogere, executieve functies zoals zelfbeheersing, kunnen maken van plannen, zichzelf kunnen motiveren, de zelspraak et cetera. Barkley (2012) geeft hiervan een goede indeling. De executieve functies liggen aan de basis van de zelfregulatie. Aandacht voor het herstel van functies is (impliciet) een onderdeel van de drie andere aspecten of vormen van herstel; zo is herstel van functies uiteraard een aspect van een behandeling, bijvoorbeeld met geneesmiddelen. Maar herstel van de executieve functies, waardoor mensen meer greep krijgen op zichzelf en daardoor beter (met anderen) hun doelen kunnen bereiken, is veelal een lang leerproces. Aparte trainingen, met een focus op het dagelijks leven, kunnen vereist zijn (Eslinger e.a. 2013). Integratie in behandel- of rehabilitatieprogramma's is ook mogelijk. Functioneel herstel kan plaatsvinden als er van klinisch herstel geen of slechts partieel sprake is. Deels zijn er allerlei interventies beschikbaar. Een voorbeeld is de aantasting van de werkgeheugenfunctie in relatie tot een psychische stoornis; trainingen van het werkgeheugen bevorderen functioneel herstel en dragen tevens bij aan de kans op klinisch herstel. Een voorbeeld buiten de psychiatrie betreft logopedie, fysiotherapie en ergotherapie gericht op herstel van (psycho)motorische functies na een beroerte.

Maatschappelijk herstel betreft de verbetering van de positie van het individu op het vlak van wonen, werk, inkomen en sociale relaties. Het gaat hierbij om het benutten of vergroten van de kansen die de samenleving biedt om de autonomie te vergroten. De afname van stigmatisering en de maatschappelijke bereidheid om specifieke voorzieningen te treffen zijn hiervan belangrijke aspecten.

Instellingen kunnen, samen met patiëntenorganisaties, door sociale of politieke actie op dit vlak veel bereiken. Professor Jaap van Weeghel, o.a. directeur van Phrenos, heeft in Nederland op dit vlak, bijvoorbeeld rondom de arbeidsrehabilitatie, pionierswerk verricht.

Persoonlijk herstel betreft het zélf betekenis kunnen verlenen aan datgene wat in het verleden is gebeurd en het stap voor stap meer greep krijgen op het eigen leven, in verleden, heden en toekomst. Het gaat om de eigen wil tot herstel en het zelf doelen stellen; belangrijke, zo niet essentiële voorwaarden voor herstel. Voor mensen die een langdurende aandoening hebben en het risico lopen 'hun ziekte of hun stoornis te zijn geworden', met andere woorden, zich te vereenzelvigen met hun ziekte, kan het vormen van een (nieuwe) identiteit belangrijk zijn, evenals een hernieuwde oriëntatie op persoonlijke en/of in de gemeenschap gekoesterde waarden. Wat voor individuen belangrijk is en wat niet, bepalen zij uiteindelijk zelf. Cruciaal is wel of ze hun intrinsieke motivatie kunnen vasthouden. Dit kan bepalend zijn voor de vraag of mensen wel of niet uit vrije wil meewerken aan een behandelpun, zoals trouw blijven aan de medicatievoorschriften of een programma afronden.

Lector Wilma Boevink geldt in Nederland als hét boegbeeld van de beweging gericht op persoonlijk herstel. Zij geeft leiding aan het HEE-team (Herstel, Empowerment en Ervaringsdeskundigheid), dat een scala aan activiteiten ontplooit.

Persoonlijk herstel bereiken mensen uiteindelijk zelf, al kan ondersteuning door ervaringsdeskundigen, familie en vrienden of hulpverleners van grote betekenis zijn (Slade 2009). Mogelijk is persoonlijk herstel de motor van het klinisch, functioneel (en maatschappelijk) herstel (Van der Stel 2012). Gebrek aan klinisch herstel bij een psychische stoornis zoals schizofrenie hoeft persoonlijk herstel

niet in de weg te staan (Wunderink e.a. 2013). Het is verstandiger deze vormen van herstel op te vatten als aspecten die elkaar versterken, die niet in een dwingende volgorde staan en waaraan iedereen – vanuit welk specialisme of in welke rol dan ook – een bijdrage kan leveren. Wellicht is het allerbelangrijkste om het herstelproces op te vatten als een uniek proces. Er bestaan hieromtrent geen ‘wetmatige patronen’. Hoogstens kunnen we enkele algemene principes vaststellen. Het valt niet in stappenplannen te vangen. Slechts achteraf kunnen individuele ‘herstelpaden’ worden getekend.

Herstel staat zo bezien niet haaks op behandelen van symptomen – integendeel. Alleen omvat herstel meer, en het is belangrijk dat we ons daar voortdurend bewust van zijn. Herstel is dus ook niet iets wat pas betekenis krijgt in de nazorgfase of in de langdurende zorg voor mensen met een zeer ernstige, gecompliceerde psychische stoornis. Kansen op herstel zijn er altijd, en deze zijn groter naarmate problemen minder ernstig zijn respectievelijk zich nog in een beginnend stadium bevinden. Soms is de term ‘herstel’ wat ongelukkig, zoals bij jeugdigen die bepaalde functies nog nooit goed hebben ontwikkeld – in zo’n geval is ‘ontwikkeling’ of ‘groei’ een betere uitdrukking.

Méér dan klinisch herstel

De indruk is dat de aandacht voor klinisch herstel ofwel het behandelen van symptomen bij psychiaters nog sterk domineert. Dat hoeft niet eens een probleem te zijn mits zij ook oog hebben voor de andere aspecten van herstel en daaraan steun verlenen. Een meerdimensionale of gelaagde visie op herstel heeft consequenties voor de te onderscheiden rollen en spelers in de zorg. Bij persoonlijk herstel speelt de professionele ‘interventie’ een beperkte rol. De rol van professionals is wel van cruciale betekenis voor het scheppen van een herstelbevorderende context: werkrelatie, sfeer, houding, et cetera. Dit vergroot de kans op persoonlijk herstel.

‘Herstellen doe je zelf’, luidt terecht het mantra van veel patiëntenorganisaties, al kun je daar snel aan toevoegen ‘en samen’, want veel mensen halen inspiratie en kracht uit onderlinge steun, die van familieleden, vrienden en collega’s of van beroepskrachten of ervaringswerkers. Verder is in de psychische zorg de rol van ervaringsdeskundigen steeds belangrijker geworden. Op zich is dit geen nieuw verschijnsel. Wel betrekkelijk nieuw is dat instellingen hierover beleid ontwikkelen en met zorgverzeerders hieromtrent een quotum afspreken (overigens zonder een adequate financiering).

Meteen doemt dan de vraag op hoe ervaringskennis zich verhoudt tot professionele kennis, en in hoeverre ervaringskennis er eigenlijk toe doet in het licht van de weten-

schappelijke kennis. Anders gezegd: hoe verhouden deze drie bronnen van kennis zich ten opzichte van elkaar en hoe verantwoorden we het handelen dat daar mogelijk uit voortvloeit? Hierover moet nog meer onderzoek worden gedaan. Het is interessant meer te weten over waarin mensen met jarenlange ervaring met een psychische aandoening werkelijk deskundig zijn geworden, in hoe zij hun symptomen kunnen beheersen, of hoe het hun is gelukt de impact van de aandoening op hun persoonlijk leven en hun identiteit te verminderen.

In mijn visie omvat de term ‘herstel’ dus het gehele spectrum van de psychische zorg, al is het om verwarring te voorkomen verstandig de belangrijkste elementen of aspecten daarvan te onderscheiden. Welke woorden ook worden gebruikt, voor de gehele geneeskunde en gezondheidszorg gaat het in essentie om vier onderwerpen:

1. Het via klachten en symptomen stellen van een diagnose en vervolgens via het opstellen van een prognose, het vaststellen van een behandelindicatie en het instellen van therapie trachten de symptomen te doen verminderen of verdwijnen – liefst door de patiënt te genezen. Dit laatste is in de psychiatrie vaak nog niet mogelijk, het veronderstelt meer kennis over de determinanten en mechanismen van psychische stoornissen.

2. Het herstellen van de als gevolg van de aandoening beperkte of zelfs verloren functies die niet als gevolg van de op de aandoening gerichte therapie kunnen verbeteren. (NB: bij jeugdigen betreft dit vaak het bevorderen van nog niet goed gerijpte functies.) Functioneel herstel kan impliceren dat de betrokkenen door trainingen of andere vormen van eigen activiteit functies kunnen verbeteren, maar een aparte organisatie is niet noodzakelijk en soms onverstandig.

3. Het herwinnen van een voor de betrokkene relevante sociale positie, huisvesting, werk, en participeren in sociale netwerken (in de psychische zorg vaak aangeduid als rehabilitatie).

4. Het zich in persoonlijk opzicht hervinden – in zekere zin is dit de motor van het realiseren van de voornoemde vormen van herstel en het behalen van successen. Hier gaat het om het ontwikkelen van een nieuwe, positief ervaren identiteit, zingeving, motivatie, het creëren van hoop op herstel en het zelf organiseren van kantelingen in het leven. Mensen kunnen de impact van hun aandoening ‘kleiner’ maken – ervaren dat ze meer zijn dan hun aandoening.

Belangrijk is vast te stellen dat deze herstelprocessen elkaar beïnvloeden, versterken of, als het tegenzit, in de weg kunnen staan. Dat betekent dat het geheel telkens in ogeschouw moet worden genomen. Maar verder is er in het algemeen geen dwingende volgorde, prioritering of

hiërarchie tussen deze vormen: iedereen baant zijn of haar eigen pad, op zoek naar een betere kwaliteit van leven – met steun van professionals, hun naasten en zo mogelijk ook ervaringswerkers.

Focus op functioneel herstel

Functioneel herstel vindt ook plaats in de psychische gezondheidszorg, maar wordt als zodanig niet benoemd en georganiseerd (Hoof e.a. 2014; Keet 2013; Projectgroep PvA ernstige psychische aandoeningen 2014). Het zit veelal ‘verstopt’ in de andere vormen van herstel en de eerste reactie is dan ook vaak ‘we doen het al’. Of dat echt zo is, is nog maar de vraag. Daarbij komt: over welke functies hebben we het precies? Over basale functies van de hersenen die door farmacotherapie deels kunnen worden verbeterd, of ook over de hogere, in het bijzonder executieve functies die mensen in staat stellen tot zelfregulatie om zelf – met anderen – doelen te realiseren (Barkley 2012; Goldstein e.a. 2014; Morsella e.a. 2009)?

Functioneel herstel kan bij mensen met een langdurende psychische aandoening slechts deels door een ‘behandeling’ plaatsvinden – hoe goed die ook is. Net als knie-, hart-, long- of hersenfuncties na een medische behandeling pas via een revalidatietraject kunnen verbeteren (Barnes e.a. 2009). Maar belangrijk is ook dat functioneel herstel wellicht (deels) ook kan plaatsvinden terwijl de psychische aandoening blijft bestaan. In ieder geval is het verstandig voorzichtig te zijn met lineair denken; meerdere sporen bewandelen is wellicht productiever.

In dit verband is het belangrijk te wijzen op het conceptuele onderscheid tussen functioneren en functies. Veel herstelondersteuning is gericht op beter (sociaal) functioneren. Bij gangbare rehabilitatiemethoden richt men daar de aandacht op, bijvoorbeeld bij systematisch rehabilitatiegericht handelen (SRH), individuele rehabilitatiebenadering (IRB) en individuele plaatsing en steun (IPS). De vraag of de betrokkenen de beschikking hebben over de hiervoor benodigde executieve functies is in deze methoden nog vaak impliciet. De verwachting is dat door de explicitering en gerichte aandacht voor de professionele uitvoering ervan hiermee nog betere resultaten kunnen worden geboekt (Marino & Dixon 2014).

Methodiekontwikkeling

Wat in de psychische zorg mist, is in de eerste plaats een gedegen onderbouwde systematiek (verzameling van methodieken) om samen met patiënten of cliënten in kaart te brengen wat (los gedacht van hun aandoening) hun psychische capaciteiten zijn om zich goed staande te houden en mee te doen aan het maatschappelijk leven. Om vervolgens, bij haperingen daarin, zo precies mogelijk na

te gaan welke problemen bestaan op het terrein van de daarvoor vereiste psychische functies. Eventuele tekorten in bijvoorbeeld de executieve functies, laat staan het ontwikkelingspotentieel in dezen, kunnen niet ‘afgeleid’ worden uit een klinische diagnose. Daarbij komt dat het in kaart brengen van functies ook maar deels in spreekkamers kan – er is behoefte aan ecologisch valide methodieken die gefocust zijn op het dagelijks leven.

In de tweede plaats is er behoefte aan een bundeling en verdere ontwikkeling van methodieken gericht op functioneel herstel: oefeningen, trainingsprogramma’s, e-health-achtige benaderingen, et cetera. Het is heel riskant om het idee van de plasticiteit van het brein te verabsoluteren en te denken dat functies altijd of ‘zomaar’ herstelbaar zijn. Daar staat tegenover dat neuropsychologische inzichten en experimenten ook laten zien dat op onderdelen functioneel herstel wel degelijk mogelijk is, en soms ook kan bijdragen aan het verbeteren van het klinisch beeld.

Het is de moeite waard op dit vlak initiatieven te ontplooiën en daarbij expliciet ervaringsdeskundigen te betrekken. Vaak kunnen die heel goed aangeven wat zij – vaak noodgedwongen ‘op eigen houtje’ – geleerd hebben om hun functionele vermogen te verbeteren en wat de betekenis daarvan kan zijn voor anderen. Daarbij is het belangrijk te zoeken naar methodieken die het thema functioneel herstel niet beperken tot een paar specialisten (al is specialistische kennis broodnodig), maar die reguliere werkers in de psychische zorg begrijpen en in hun werk kunnen betrekken.

Zoals ik al opmerkte, is het belangrijk de aandacht voor functioneel herstel niet te beperken tot iets in een soort nazorgtraject. Er zijn goede redenen klinisch en functioneel herstel van elkaar te onderscheiden (maar niet te scheiden). Mogelijk kan dat inhouden dat we al veel eerder na aanmelding, idealiter zelfs nog voordat een klinische diagnose is gesteld, de focus meer richten op psychische functies: op wat er wel of niet goed gaat en wat er te verwachten is wat betreft ontwikkeling en herstel.

Werken met de ICF

De WHO heeft als aanvulling op de ICD, het internationale classificatiesysteem van ziekten, de ICF ontwikkeld (WHO-FIC Collaborating Centre 2007). De ICF richt zich op wat mensen nog wel kunnen en kan worden gebruikt om psychosociaal functioneren (de genoemde capaciteiten) en functies (biopsychosociaal) in kaart te brengen. In onze sector wordt nog weinig gebruikgemaakt van de ICF (een goede uitzondering is de verslavingszorg), maar er zijn goede redenen dit wel te doen. De ICF is nuttig bij het in kaart brengen van aspecten van sociaal functioneren en mentale functies.

Focus op zelfregulatie

Een belangrijk aspect van functioneel herstel is een effectievere zelfregulatie. Zelfregulatie veronderstelt het vermogen contact te kunnen leggen met onszelf, met onze emoties, gevoelens, gedachten, behoeften, neigingen, motivaties en ons gedrag. Maar tegelijkertijd houdt het in dat men daar afstand van kan nemen en bewaren. Dat schept de mogelijkheid om op je eigen psyche en het gedrag dat daarmee samenhangt invloed uit te oefenen. En al naar gelang mensen daar beter toe in staat zijn, kunnen ze – in samenwerking met anderen – doelen ontwikkelen en realiseren en hun waarden nastreven. Men kan zelfregulatie dus zien als het vermogen om afstand te kunnen nemen van zichzelf, zichzelf als het ware kunnen zien in de eerste én tweede of derde persoon, en daardoor zichzelf te beïnvloeden. We doen dit bijvoorbeeld door zelfspraak waarin we onszelf in de tweede of derde persoon toespreken. Door zelfregulatie worden mensen vaardiger, gaan ze sociale verbintenissen aan en groeit hun autonomie. De context waarin ze leven is – vooral in het begin van hun ontwikkeling – daarin bepalend. Maar door zelfregulatie zijn mensen later ook in staat zelf een context te scheppen die bijdraagt aan de ontwikkeling van anderen (Van der Stel 2013; Vohs e.a. 2011).

Executieve functies

Zelfregulatie hangt samen met de ontwikkeling van de executieve functies. Deze ontstaan doordat we de vanaf of kort na de geboorte beschikbare functies, zoals spel, inhibitie of de spraak steeds effectiever op onszelf gaan richten. Het leidt ertoe dat we allerlei psychische middelen ontwikkelen waarmee we plannen kunnen maken, dat we eerst in ons hoofd ‘spelen’ voordat we aan de slag gaan, een interne dialoog (met onszelf en anderen) kunnen voeren en daardoor steeds beter in staat zijn meer greep te krijgen op gevoelens, emoties, onze stemming, ons denken en uiteraard ons gedrag. We leren gedrag uit te stellen als dat nodig is en kunnen plannen uitvoeren die pas over vier jaar leiden tot een beloning.

Problemen in de ontwikkeling van zelfregulatie hebben bij iedereen gevolgen voor het sociaal en psychisch functioneren en welbevinden. Dit hoort bij het leven en herstelt zich meestal ongemerkt. Als de zelfregulatie ontregeld is of de ontwikkeling ervan is vertraagd, is er het risico op een psychische stoornis. Daarvoor zijn allerlei (psychologische) behandelvormen beschikbaar. Maar het herstel van de executieve functies of het bereiken van een gewenst niveau van zelfregulaties volgt niet automatisch als de aandoening in klinisch opzicht effectief is behandeld. Het veronderstelt gerichte aandacht voor het functionele herstel. En dat veronderstelt leren en oefenen, gerichte activi-

teit van de direct betrokkenen, en dus een bepaalde mate van zelfregulatie. Ergeldt dus: zelfregulatie is het probleem én de oplossing.

De noodzaak van zelfregulatie

De overheid roept op tot zelfredzaamheid, eigen regie en zelfzorg. Dit uitgangspunt wordt ingegeven door kostenbeheersing, maar wordt ook gepresenteerd als emancipatie. Dit lukt volgens mij niet als het niet gelijk opgaat met een focus op zelfregulatie. Dit is geen woordspel: zelfredzaamheid betreft het ‘uiterlijke’ verschijnsel dat mensen voor zichzelf kunnen zorgen. Dit veronderstelt evenwel dat mensen zichzelf, hun emoties, cognities, motivaties en hun gedrag, kunnen reguleren. Bij mensen met een ernstige psychische aandoening is dat vaak het belangrijkste probleem. Maar hetzelfde geldt voor mensen die worstelen met hun overgewicht of kampen met ernstige sociale problemen. Voor de sluiting van klinische voorzieningen (ambulantisering) en de verplaatsing van de zorg naar de thuissituatie, het zelf regie nemen en het verkrijgen van meer zelfredzaamheid is de aandacht voor zelfregulatie cruciaal. Deze neemt in het denken van de overheid nog geen plaats in en instellingen en werkers gaan daar te gemakkelijk in mee.

In onze samenleving wordt, zoals gezegd, steeds explicieter een beroep op mensen gedaan om zelf (uit ‘eigen kracht’) problemen op te lossen. Of ze dat kunnen, heeft alles te maken met hun zelfregulerend vermogen. Politieke ideologie of bestuurlijk beleid alleen helpt hen daar niet bij. Wat wel kan, is dat we werken aan een methodiek of strategieën voor zorgverleners waarmee zij – samen met cliënten en anderen – een zo concreet mogelijk inzicht kunnen verkrijgen in problemen en potenties op het vlak van de zelfregulatie bij cliënten. In aansluiting hierop kunnen we werken aan methodieken of strategieën waarmee zij – uiteraard samen met cliënten en anderen – een zo effectief mogelijke verbetering kunnen bewerkstelligen of ondersteunen op het vlak van de zelfregulatie. Het is overigens niet zo dat er op dit vlak niets beschikbaar is en/of wordt toegepast. Wat wel ontbreekt, is het besef dat zonder een effectieve zelfregulatie het een illusie is om mensen op te roepen tot meer ‘zelfredzaamheid’, ‘eigen regie’ of ‘eigen kracht’.

Zelfregulatie heeft kortom in het bijzonder betrekking op de psychische processen – de mechanismen – die eigen regie of zelfzorg mogelijk maken. Zelfregulatie, opgevat als het ‘reguleren van jezelf’, vormt zich door de ontwikkeling van de executieve functies respectievelijk het bereiken van een hoger niveau van executief functioneren. Zelfregulatie is een op het zelf gerichte activiteit waardoor gedragsmodificatie plaatsvindt, en het mogelijke gevolg

daarvan (het doel) wordt aangepast. Dit proces heeft van doen met bewustzijn, maar onbewuste processen spelen daarbij uiteraard een belangrijke rol.

Conclusie en aanbeveling

In de psychiatrie en klinische psychologie wordt al lang nagedacht over een meer functiegerichte diagnostiek en behandeling (Van Praag 1990; Van der Stel 2009). De samenwerking met de neuropsychologie is daarbij een onmisbare factor. De aandacht voor executieve functies en de betekenis daarvan voor de zelfregulatie zou, in het bijzonder in een tijdperk waarin mensen meer op zichzelf en elkaar teruggeworpen worden, in het centrum van de aandacht van de psychische zorgverlening kunnen en moeten staan. Dit neemt niets weg van het belang van de behandeling van psychische aandoeningen en verbetering van de hersenfuncties die daarbij in het geding zijn. Echter, verbetering van de hogere, executieve functies is vooral het resultaat van inspanningen van de direct betrokkenen

zelf, in interactie met betekenisvolle mensen in het dagelijks leven gecombineerd met functiegerichte trainingen. Daarmee hoeven we niet te wachten totdat een psychiatrische behandeling is afgesloten. Deels kunnen beide parallel lopen en elkaar versterken. Functioneel herstel is ook mogelijk ook al is klinisch herstel (nog) niet gelukt.

Het is belangrijk methodieken te ontwikkelen waarmee we het executief vermogen van mensen met een psychische aandoening op een ecologisch valide wijze in kaart kunnen brengen en de uitkomsten daarvan kunnen relateren aan categorieën van de ICF. Tevens is het van belang om reeds geteste methodieken voor de ontwikkeling (of het behoud) van executieve functies bij de betrokkenen te bundelen en nieuwe te ontwikkelen.

Daarvoor is het een vereiste dat we functioneel herstel ook in de psychiatrie en de psychische zorg uitdrukkelijk als een kernbestanddeel benoemen, naast klinisch, maatschappelijk en persoonlijk herstel.

LITERATUUR

- Barkley RA. Executive functions. New York: The Guilford Press; 2012.
- Barnes M, Ward A, Ryan S, Stark S, red. Oxford handbook of clinical rehabilitation (2de druk). Oxford: Oxford University Press; 2009.
- Dalen A van. Zorgvernieuwing; over anders besturen en organiseren. Den Haag: Boom|Lemma; 2012.
- Eslinger PJ, Flaherty-Craig CV, Chakara FM. Rehabilitation and management of executive function disorders. *Handb Clin Neurol* 2013; 110: 365-76.
- Golstein S, Naglieri JA, red. Handbook of executive functioning. New York: Springer; 2013.
- Hoof F van, van Erp N, Boumans J, Muusse C. Persoonlijk en maatschappelijk herstel van mensen met ernstige psychische aandoeningen. *Ontwikkelingen in praktijk en beleid*. Utrecht: Trimbos-instituut; 2014.
- Keet IPM. Herstel. *Tijdschr Psychiatr* 2013; 55: 921-3.
- Marino LA, Dixon LB. An update on supported employment for people with severe mental illness. *Curr Opin Psychiatry* 2014; 27: 210-5.
- Morsella E, e.a., red. Oxford handbook of human action. Oxford: Oxford University Press; 2009.
- Praag HM van, e.a. Nosological tunnel vision in biological psychiatry. A plea for a functional psychopathology. *Ann N Y Acad Sci* 1990; 600: 501-10.
- Projectgroep PvA ernstige psychische aandoeningen. Over de brug. Plan van aanpak voor de behandeling, begeleiding en ondersteuning bij ernstige psychische aandoeningen. Utrecht: Kenniscentrum Phrenos; 2014.
- Slade M. Personal recovery and mental illness. A guide for mental health professionals. Cambridge: Cambridge University Press; 2009.
- Stel J van der. Psychopathologie. Grondslagen, determinanten, mechanismen (proefschrift Universiteit Leiden). Amsterdam: Boom; 2009.
- Stel J van der. Focus op persoonlijk herstel. Den Haag: Boom|Lemma; 2012.
- Stel J van der. Zelfregulatie, ontwikkeling en herstel. Verbetering en herstel van cognitie, emotie, motivatie en regulatie van gedrag. Amsterdam: SWP; 2013.
- Stel J van der. Psychische gezondheidszorg op maat. Op weg naar een precieze en persoonlijke psychiatrie. Houten: BSL; 2015.
- Vohs KD, Baumeister RF, red. Handbook of self-regulation: research, theory, and applications. (2de druk). New York: Guilford; 2011.
- WHO-FIC Collaborating Centre. ICF, Nederlandse vertaling van de International Classification of Functioning, Disability and Health. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum; 2007.
- Wunderink L, Nieboer RM, Wiersma D, Sytema S, Nienhuis FJ. Recovery in remitted first-episode psychosis at 7 years of follow-up of an early dose reduction/discontinuation or maintenance treatment strategy: long-term follow-up of a 2-year randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry* 2013; 70: 913-20.

SUMMARY

Functional recovery and self-regulation: assignments for both clients and psychiatrists

J.C. VAN DER STEL

BACKGROUND Currently, attention is focused on recovery, but the concept is under discussion. The functional aspect, i.e. the re-establishment and development of mental functions, is rarely explained in mental health care. As a result, certain opportunities may be missed, particularly with regard to helping clients to develop or restore their self-regulatory abilities.

AIM To clarify what we mean by functional recovery and to explain why it is important to deal with this theme separately and to distinguish between functioning and mental functions.

METHOD An overview is given of current developments in and around mental health care, and the true meaning of the concept of recovery is discussed. Furthermore, arguments are presented which stress the usefulness of distinguishing between four aspects of recovery: clinical, personal, social and functional.

RESULTS As is still the case in regular health care (rehabilitation), the subject of functional recovery is hardly ever dealt with as a separate entity. If it were to be dealt with separately and if attention were to be given particularly to the executive functions and their significance for self-regulation, fresh opportunities would arise for supporting clients in their recovery process.

CONCLUSION If functional recovery is dealt with separately, new opportunities for recovery will arise, even if clinical recovery is no longer a viable option. The use of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) can ensure that focus in the future will shift to the recovery of psychosocial functioning and mental functions.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 57(2015)11, 815-822

KEY WORDS executive functions, functional recovery, recovery, self-regulation