

## REACTIE OP

### ‘Op weg naar een positieve psychiatrie?’

Goed dat Van der Wee hoopvol is over wat positieve psychiatrie zou kunnen bieden. Inderdaad staat in het psychiatisch handelen, in richtlijnen, opleiding en bijscholing het bereiken van een afname van psychische klachten centraal en is het focus gericht op symptomen, zwakheden en beperkingen van de patiënt.

De klassieke interactie is de sterke, paternalistische goedbedoelende dokter en de zwakke, lijdende patiënt. Op systeemniveau bestaat daarmee het risico van een interactie tussen psychiaters en patiënten die de stoornis bestendigt en herstel belemmert.

Het bereiken van gezondheid conform de WHO-definitie (een toestand van compleet fysiek, mentaal en sociaal welbevinden) is uiteraard een illusie en dokters zijn zelf natuurlijk ook patiënt, al is het maar van de tandarts. Het is daarom goed dat er nu een definitie is van positieve gezondheid (Huber e.a. 2016): ‘*Het vermogen van mensen om zich aan te passen en een eigen regie te voeren, in het licht van fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven*’. En het is ook goed dat patiënten zich hebben geëmancipeerd en steeds meer inbreng hebben als ervaringsdeskundige.

Van der Wee zegt terecht dat de insteek van de positieve psychiatrie goed aansluit bij het patiëntenperspectief. Dit is terug te zien in de generieke module Zelfmanagement die recent ontwikkeld is door het Landelijk Platform GGZ (koepel van patiënten- en familieorganisaties) in samenwerking met beroepsorganisaties, waaronder de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (Meije 2016). In deze module gaat men uit van positieve gezondheid en men bepleit bij de diagnostiek ook de sterke kanten en kwaliteiten van patiënten in beeld te brengen. Dat zal waarschijnlijk voor veel psychiaters een grote cultuuromslag betekenen. Juist vanwege de cruciale rol van de psychiater bij de diagnostiek hoop ik dat wij als discipline hierin meegaan en geen remmende factor worden.

Van der Wee meldt dat in de vs een handboek is verschenen over positieve psychiatrie (Jeste & Palme 2015). In Nederland is er alleen nog een handboek over positieve psychologie (Bohlmeijer e.a. 2013). De ggz-instelling GGnet koos in 2013 ‘positieve psychiatrie’ als visie (Delleman 2014). Daarbij zijn belangrijke elementen het herstellenden (Boevink e.a. 2006) en een klachtgerichte benadering ingebed in een krachtgerichte benadering met als doel het vergroten van welbevinden.

In heel Nederland zijn herstelondersteunende zorg, gedeelde besluitvorming en de inzet van ervaringsdeskundigen sterk in opmars. De wensen en visie van patiënten worden steeds belangrijker in de zorg, naast de *eviden-*

## LITERATUUR

- Boevink W, Plooy A, van Rooijen S. Herstel, empowerment en ervaringsdeskundigheid van mensen met psychische aandoeningen. Amsterdam: SWP; 2006.
- Bohlmeijer E, Bolier, Walburg JA, Westerhof G. Handboek positieve psychologie. Amsterdam: Boom; 2013.
- Delleman O. ‘Positieve psychiatrie’ als visie voor de praktijk van de GGZ. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid 2014; 69:16-23.
- Huber M, van Vliet M, Boers I. Heroverweeg uw opvatting van het begrip ‘gezondheid’. Ned Tijdschr Geneesk 2016; 160:A7720.
- Jeste DV, Palmer BW, red. Positive psychiatry; a clinical handbook. Arlington: APA Publishing; 2015.
- Meije D. Generieke module Zelfmanagement voor de geestelijke gezondheidszorg. Utrecht: Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ; 2016.
- Putten M van. De reis naar herstel; actieplan van GGZ Noord-Holland-Noord naar 30% meer herstel; 2016. [www.herstelvooriedereen.nl](http://www.herstelvooriedereen.nl)
- Wee NJA van der. Op weg naar een positieve psychiatrie? Tijdschr Psychiatr 2016; 58: 840-2.

## AUTEUR

**WIL BUIS**, psychiater, Buis Psychiatisch Advies, Den Bosch.

## CORRESPONDENTIEADRES

Dr. Wil Buis, Bronkhorstweg 3, 5363 TW Velp (Nb).

E-mail: [buispsy@gmail.com](mailto:buispsy@gmail.com)

Geen strijdige belangen meegedeeld.

## TITLE IN ENGLISH

Reaction on ‘Towards a positive psychiatry?’

*ce-based medicine*. En natuurlijk is voor een goede kwaliteit van zorg aansluiten bij de wensen en visie van patiënten en naasten cruciaal. Dat willen we zelf toch ook als we patiënt zijn? Hierbij kan helpen als we het gesprek met de patiënt beschouwen als een gesprek van twee deskundigen (van Putten 2016).

Van der Wee vraagt zich af of positieve psychiatrie een blijvende verrijking wordt of een verdunning van het psychiatisch metier. Wat bedoelt hij met die verdunning?



ARTIKEL



Minder accent op medische invalshoek? Een minder dominante positie voor de psychiater in de ggz? Hij hoopt op iets positiefs. Dat hoop ik ook en mij lijkt dat we ons daarvoor moeten inzetten door actief deze richting op te gaan. Dit heeft consequenties voor onze identiteit als psychiater en voor de toekomst van ons vakgebied.

Ik verwacht dat het werk er vooral leuker op wordt, op een manier die te vergelijken is met de verrijking van relaties door de vrouwenemancipatie. De keerzijde kan zijn dat we minder belangrijk worden als genezer van patiënten. Is dat erg als het welbevinden van patiënten toeneemt?

## ANTWOORD AAN

Ik dank collega Buis voor haar positieve commentaar op mijn redactionele bijdrage over een positieve psychiatrie. De afgelopen tijd van heb ik een aantal malen met collega's en artsen in opleiding tot specialist van gedachten kunnen wisselen over het concept positieve psychiatrie. Voor velen bleek dit concept een verassend nieuwe invalshoek; voor anderen, bijvoorbeeld werkzaam in de chronische zorg, was het een ontwikkeling waarbinnen zij hun benadering en werkwijzen goed konden plaatsen en waar ze mogelijkheden voor verrijking zagen. Enkele collega's bleken in hun klinische praktijk al expliciet aan het werk te zijn met de moderne invulling van het begrip 'gezondheid' zoals geformuleerd door Huber e.a. (2016). Zij maken daarbij behalve een overzicht van predisponerende, luxerende en onderhoudende factoren ook een overzicht van gezondheidsbevorderende of weerbaarheidsfactoren bij de individuele patiënt en bespreken dit uitgebreid met de patiënt.

Buis wijst terecht op de grote rol die empowerment, ervaringsdeskundigheid en hersteldenken spelen in de ontwikkelingen in Nederland - en overigens ook internationaal. Zij vestigt ook de aandacht op de in december 2016 gepubliceerde generieke zelfmanagementmodule opgesteld door het Landelijk Platform GGZ Nederland, die een resultaat van deze ontwikkelingen is. Bij de ontwikkeling van deze module werkten ervaringsdeskundigen, ggz-professionals en wetenschappers samen. De module is bedoeld om professionals in de ggz handvatten te geven om het zelfmanagement van patiënten te ondersteunen en te bevorderen.

Het is interessant om te zien dat deze zelfmanagementmodule op een aantal punten een praktische uitwerking lijkt te bieden van door Jeste e.a. (2015) in hun artikel en boek genoemde elementen van diagnostiek, behandeling en preventie in de positieve psychiatrie. Zo adviseert men om in de diagnostische fase naast de klassieke diagnostiek ook onder meer levensdoelen, zingeving, sociale verbon-

## LITERATUUR

- Federatie Medisch Specialisten. Visiedocument Medisch specialist 2025. Utrecht: Federatie Medisch Specialisten; 2017.
- Jeste DV, Palmer BW, red. Positive psychiatry; a clinical handbook. Arlington: APA Publishing; 2015.
- Jeste DV, Palmer BW, Rettew DC, Boardman S. Positive psychiatry: its time has come. J Clin Psychiatry 2015; 76: 675-83.
- Meije D. Generieke module Zelfmanagement voor de geestelijke gezondheidszorg. Utrecht: Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ; 2016.

## AUTEUR

**NIC VAN DER WEE**, hoogleraar Psychiatrie, LUMC, Leiden.

## CORRESPONDENTIEADRES

Prof. dr. N.J.A. van der Wee, LUMC, afd. Psychiatrie, B1-P,  
Postbus 9600, 2300 RC Leiden.

E-mail: n.j.a.van\_der\_wee@lumc.nl

denheid, steun en copingvaardigheden te inventariseren. Bij de behandeling moet er expliciet aandacht zijn voor (zelf)management van leefstijl, kwaliteit van leven en het vergroten van adaptieve vaardigheden, ook om recidief te voorkomen.

Bij de verantwoording van de onderbouwing van de zelfmanagementmodule laat de werkgroep echter ook zien dat verder onderzoek naar de effectiviteit van diverse elementen nodig is. Dit sluit aan bij de opvattingen van Jeste en anderen (2015) dat er naast een neurobiologische onderzoeksagenda ook een agenda voor onderzoek naar de effectiviteit van positieve interventies bij psychiatrische stoornissen moet zijn.

Buis stelt opnieuw de vraag of een positieve psychiatrie tot een blijvende verrijking of juist verdunning van het psychiatrisch metier zal leiden. Kunnen en willen we deze nieuwe benadering en dit nieuwe kennisdomein verder ontwikkelen en verankeren in opleiding, organisatie en onze dagelijkse praktijk? Het feit dat de generieke module Zelfmanagement handvatten biedt voor de brede groep professionals werkzaam in de ggz, impliceert in ieder geval al dat de psychiater in de rol die hij of zij volgens de profielsechets psychiater heeft, kennis zal moeten hebben van diverse aspecten van positieve gezondheid van toepassing binnen de psychiatrie. Het lijkt er dus op dat de psychiater zich in de toekomst niet meer tot het klassieke medisch perspectief kan beperken.

Overigens zal niet alleen de psychiatrie positieve gezondheid een plaats moeten geven in de behandeling, opleiding en organisatie van zorg. In het in maart 2017 verschenen visiedocument Medisch specialist 2025 stelt de Federatie Medisch Specialisten immers dat de moderne medisch specialist in 2025 positieve gezondheid als uitgangspunt hanteert voor zijn of haar handelen, bij alle fasen in het zorgproces.

## VERBETERING

---

In het maartnummer moet in het artikel ‘Clotiapine als acute ingrijpmedicatie: nauwelijks wetenschappelijke onderbouwing’ van J. Claeys e.a. (2017; 59: 175-80) op pag. 178 de zin over de kostprijs als volgt gecorrigeerd worden: ‘Evidentie ontbreekt, en ook kostprijs lijkt geen eenduidige reden: clotiapine is goedkoper dan olanzapine en droperidol, maar duurder dan lorazepam en dan haloperidol plus promethazine.’