

THEORIEBOEK NIVEAU 4

Geestelijke gezondheidszorg 1

MBO

TRAJECT
V&V

VERPLEEGKUNDIGE



ThiemeMeulenhoff

Geestelijke gezondheidszorg 1

NIVEAU 4

THEORIEBOEK NIVEAU 4

Geestelijke gezondheidszorg 1

A. ENGELTJES

Onder redactie van:

C.A. ABRAHAMSE

M.H.A.J. GLOUDEMANS

MBO

TRAJECT
V&V

VERPLEEGKUNDIGE



Colofon

Auteur

A. Engeltjes

Redactie

C.A. Abrahamse

M.H.A.J. Gloudemans

Vormgeving binnenwerk en omslag

Studio Fraaj, Rotterdam

Fotografie omslag

Peter Bak, Rotterdam

Opmaak

Imago Mediabuilders, Amersfoort

Over ThiemeMeulenhoff

ThiemeMeulenhoff ontwikkelt zich van educatieve uitgeverij tot een learning design company. We brengen content, leerontwerp en technologie samen. Met onze groeiende expertise, ervaring en leeroplossingen zijn we een partner voor scholen bij het vernieuwen en verbeteren van onderwijs. Zo kunnen we samen beter recht doen aan de verschillen tussen lerenden en scholen en ervoor zorgen dat leren steeds persoonlijker, effectiever en efficiënter wordt.

Samen leren vernieuwen.

www.thiememeulenhoff.nl

ISBN 978 90 06 91043 8

Tweede druk, eerste oplage, 2017

© ThiemeMeulenhoff, Amersfoort, 2017

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden vervoelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen, of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16B Auteurswet 1912 j° het Besluit van 23 augustus 1985, Stbl. 471 en artikel 17 Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan Stichting Publicatie- en Reproductierechten Organisatie (PRO), Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp (www.stichting-pro.nl). Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet) dient men zich tot de uitgever te wenden. Voor meer informatie over het gebruik van muziek, film en het maken van kopieën in het onderwijs zie www.auteursrechtenonderwijs.nl.

De uitgever heeft ernaar gestreefd de auteursrechten te regelen volgens de wettelijke bepalingen. Degenen die desondanks menen zekere rechten te kunnen doen gelden, kunnen zich alsnog tot de uitgever wenden.

Deze uitgave is volledig CO₂-neutraal geproduceerd.

Het voor deze uitgave gebruikte papier is voorzien van het FSC®-keurmerk.

Dit betekent dat de bosbouw op een verantwoorde wijze heeft plaatsgevonden.

Ten geleide

De afgelopen jaren zijn de beroepsopleidingen voor verpleging en verzorging aangepast aan de ontwikkelingen in de beroepspraktijk. De veranderde eisen aan het beroep en de beroepsuitoefening zijn uitgewerkt in nieuwe kwalificatiedossiers.

De mbo-verpleegkundige wordt opgeleid om in alle branches van de verpleging en verzorging te werken: ziekenhuis, verpleeg- en verzorgingshuizen en thuiszorg, de geestelijke gezondheidszorg en de gehandicaptenzorg. De breedte (vier contexten) dient gewaarborgd te zijn om te voldoen aan de Wet BIG. Zij levert vanuit een teamverband vraaggerichte intramurale en/of ambulante en/of semimurale zorg. De werkplek is wisselend en kan ook internationaal zijn. Op de werkplek kunnen zowel de zorgvragers als hun zorgbehoeften snel veranderen. De doelgroep waaraan de mbo-verpleegkundige zorg verleent, is zeer divers. De doelgroep bestaat onder andere uit: oudere zorgvragers met beperkte zelfzorg, waaronder psychogeriatrische en somatische zorgvragers; chronisch zieken; revaliderende zorgvragers; zorgvragers met een handicap; klinische zorgvragers; zorgvragers met psychiatrische ziektes en/of stoornissen; barenden, kraamvrouwen en pasgeborenen; kinderen en jeugdigen met potentiële of feitelijke gezondheids- of bestaansdreiging.

Bron: kwalificatiedossier op www.s-bb.nl/kwalificatiedossiers

Deze kwalificatiedossiers, uitgewerkt in beroepsspecifieke kerntaken en werkprocessen, vormen de basis voor de inrichting van de huidige opleidingen in de gezondheidszorg. De leermid-

delen van Traject V&V zijn ontwikkeld voor, en sluiten aan bij, deze kwalificatiedossiers. Traject V&V is een leermiddelenaanbod voor de opleidingen Verzorgende IG (kwalificatieniveau 3) en Mbo-Verpleegkundige (kwalificatieniveau 4). Traject V&V is gebaseerd op vier belangrijke uitgangspunten:

- De leermiddelen zijn ontwikkeld vanuit de beroepsuitoefening. Het beroepsonderwijs in de gezondheidszorg wordt in belangrijke mate bepaald door de aard van de zorgvragen en door de context waarin de beroepsuitoefening plaatsvindt (zorgsituaties).
- Sterk didactisch concept. De leermiddelen zijn ontwikkeld op basis van leerstijlen en leerervaringen van mbo-studenten. Leerstijl en leerervaringen hangen samen met de kenmerken van de mbo-student en zijn of haar situatie. Traject V&V houdt rekening met de verschillende leerstijlen van mbo-studenten en verschillende onderwijsstijlen van docenten.
- Bij de indeling van de leermiddelen is rekening gehouden met de basisdelen en de brancheprofielen voor de Verzorgende IG.
- Er is rekening gehouden met het perspectief van doorstroming tussen mbo-niveau 3 en mbo-niveau 4.

Binnen het beroepsgerichte opleiden worden leertrajecten afgestemd op reeds aanwezige competenties bij individuele studenten. Bij het verwerven van competenties staat het zich eigen maken van vakkennis en beroepsvaardigheden, in combinatie met de ontwikkeling van de beroepshouding en de persoonlijke vorming, cen-

traal. De leermiddelen van Traject V&V sluiten daarbij aan.

Traject V&V houdt rekening met de mbo-student door het taalniveau (2F) af te stemmen op de doelgroep en door (praktijk)voorbeelden en (praktijk)opdrachten zo te formuleren dat de mbo-student zich aangesproken voelt. De leermiddelen zijn zo ontwikkeld dat zowel mbo-studenten met een meer theoretische, als mbo-studenten met een meer praktische inslag er gebruik van kunnen maken. Traject V&V is inzetbaar binnen elk didactisch model en biedt de docent de ruimte om invulling te geven aan zijn rol van 'begeleider' van het leerproces van de mbo-student.

Traject V&V sluit volledig aan bij actuele opvattingen over flexibiliteit en zelfstandig leren. Dat betekent onder andere dat aandacht is besteed aan verwerkingsopdrachten bij de theorie en de evaluatie middels de studiehulp. Daarnaast komen de beroepsvaardigheden en de houdingsaspecten van de (beginnende) beroepsbeoefenaar expliciet aan de orde. Deze elementen vormen immers een essentieel onderdeel van de beroepsuitoefening.

In Traject V&V, inhoudelijk gebaseerd op de kwalificatiedossiers, worden de werkprocessen en uitstroomverbijzonderingen uitgewerkt in drie onderdelen.

Theoretische onderbouwing met verwerkingsopdrachten

Het onderdeel 'theorie', voor het basisdeel bevat alle basiskennis en achtergrondinformatie die hoort bij het betreffende werkproces. De leerstof bevat veel voorbeelden uit de beroepspraktijk. De verwerkingsopdrachten, opgenomen in het werkboek, sluiten aan op de leerstof in de theorieboeken.

De theorieboeken en werkboeken voor de branchegerichte profielen gaan verdiepend in op de zorg in de verschillende branches.

P1: Mbo-Verpleegkundige ziekenhuis (ZH)

P2: Mbo-Verpleegkundige verpleeg- en verzorgingshuizen en thuiszorg (VT)

P3: Mbo-Verpleegkundige geestelijke gezondheidszorg (GGZ)

P4: Mbo-Verpleegkundige gehandicaptenzorg (GHZ)

Beroepswerkelijkheid

Het onderdeel 'praktijksituaties' is opgenomen in het werkboek en geeft realistische beschrijvingen van zorgsituaties uit de praktijk van de verzorgende. In de praktijksituaties komen problemen en dilemma's aan de orde waarmee beroepsbeoefenaren te maken krijgen in hun dagelijkse werk en waarbij van ze verwacht wordt dat ze met een oplossing en aanpak komen. In combinatie met de beroepspraktijkvorming wordt de student op deze manier optimaal ondersteund in zijn professionele ontwikkeling. Deze praktijksituaties bevatten voldoende problemen en dilemma's om als aangrijpingspunt te dienen voor het zelfstandig leren.

Beroepsvaardigheden

Het onderdeel 'vaardigheden' is eveneens opgenomen in het werkboek en biedt opdrachten die zijn gericht op het stapsgewijs aanleren van instrumenteel-technische en sociaal-agogische vaardigheden.

Deze drie onderdelen zijn consequent terug te vinden in het volledige aanbod van Traject V&V. De combinatie van deze onderdelen maakt het leren vanuit verschillende invalshoeken mogelijk en kan zowel in een onderwijssituatie als in de beroepspraktijk plaatsvinden.

Het didactisch concept van Traject V&V gaat nadrukkelijk uit van bovenstaande uitgangspunten, waardoor het vakbekwame leren optimaal wordt ondersteund en mogelijk wordt gemaakt. Wij hopen dat gebruikers, zowel mbo-studenten als docenten, op een plezierige en zinvolle manier met Traject V&V kunnen werken. Heeft u vragen of suggesties, dan stellen wij het bijzonder op prijs als u contact met ons opneemt.

Amersfoort, 2017

Redactie en uitgever

Inhoud

Thema 1 Oriëntatie op de GGZ 19

1 Zorgvragers in de GGZ 20

- 1.1 Inleiding 20
- 1.2 Zorgvragers met psychiatrische stoornissen 20
- 1.3 Benaderingen voor afwijkend gedrag 22
 - 1.3.1 Biologische benadering 22
 - 1.3.2 Psychologische benadering 23
 - 1.3.3 Sociaal-culturele benadering 23
 - 1.3.4 Magische of religieuze benadering 24
 - 1.3.5 Biopsychosociale benadering 25

2 Geschiedenis van de GGZ en voorzieningen 27

- 2.1 Inleiding 27
- 2.2 Psychiatrische zorg vroeger 27
 - 2.2.1 Middeleeuwen 27
 - 2.2.2 Negentiende eeuw 27
 - 2.2.3 Twintigste eeuw 28
 - 2.2.4 Stroomversnelling 29
 - 2.2.5 Bestwil versus autonomie 29
 - 2.2.6 Vermaatschappelijking 30
- 2.3 Psychiatrische zorg nu 31
 - 2.3.1 Psychiatrische zorg thuis 31
 - 2.3.2 Beschermd wonen 32
 - 2.3.3 Deeltijdbehandeling 32
 - 2.3.4 Klinische behandeling 33
 - 2.3.5 E-mental health 33
 - 2.3.6 Bemoeizorg 33
 - 2.3.7 Flexible assertive community treatment (F-ACT) teams 34
- 2.4 Organisatie van de GGZ 35
 - 2.4.1 Taken van GGZ-organisaties in Nederland 35
 - 2.4.2 Basis en gespecialiseerde GGZ 35
- 2.5 Zorgcircuits en zorgprogramma's 37
- 2.6 Psychiatrie en verpleegkunde 39
 - 2.6.1 De verpleegkundige in de GGZ 39
 - 2.6.2 De (kern)taken van de verpleegkundige 39

3 Proces van intake tot beëindiging zorgverlening 44

- 3.1 Inleiding 44
- 3.2 Verschillende routes 44
 - 3.2.1 Route curatieve zorg 44
 - 3.2.2 Route langdurige GGZ 46
 - 3.2.3 Route forensische GGZ 47
- 3.3 Intake en behandeling 49
 - 3.3.1 Intake 49
 - 3.3.2 Acute opname 49
 - 3.3.3 Behandeling 50
 - 3.3.4 Behandelplan 50
- 3.4 Afbouwen of afronden 50
 - 3.4.1 Afbouwen 51
 - 3.4.2 Afronden 51

4 Zorgproces in de GGZ 52

- 4.1 Inleiding 52
- 4.2 Behandelplan 52
 - 4.2.1 Medisch beeld 52
 - 4.2.2 Verpleging 53
- 4.3 Wat verpleegkundigen doen 53
 - 4.3.1 Methodische aanpak 54
 - 4.3.2 Verpleegkundig proces in de GGZ 55

Begrippen 67

Thema 2 Relaties 73

5 Relatie tussen verpleegkundige en psychiatrische zorgvrager 74

- 5.1 Inleiding 74
- 5.2 Persoonlijk tegenover professioneel 74
 - 5.2.1 Persoonlijke relatie 74
 - 5.2.2 Professionele relatie 74
 - 5.2.3 Emotionele band 75
 - 5.2.4 Wederkerigheid 75
 - 5.2.5 Ontmoeting 76
- 5.3 Professionele hulpverleningsrelaties 76
 - 5.3.1 Houding 76
 - 5.3.2 Therapeutisch effect 79
 - 5.3.3 Afstand en nabijheid 81
 - 5.3.4 Machtverschil en gelijkwaardigheid 84
 - 5.3.5 Risicogedrag 86
- 5.4 Sociaal netwerk 86
 - 5.4.1 Belasting van de familie 87

- 5.4.2 Ervaringen met de hulpverlening 87
- 5.4.3 Rol van de verpleegkundige 89

6 Methodisch begeleiden in de GGZ 90

- 6.1 Inleiding 90
- 6.2 Taakvolwassenheid 90
 - 6.2.1 Inschatten taakvolwassenheid 91
 - 6.2.2 Variaties in taakvolwassenheid 91
- 6.3 Begeleiden 92
 - 6.3.1 Taakvolwassenheid en begeleidingsstijl 92
- 6.4 Begeleidingsstijlen 94
 - 6.4.1 Directieve (instructie) stijl 94
 - 6.4.2 Overtuigende stijl 95
 - 6.4.3 Participerende stijl 95
 - 6.4.4 Delegerende stijl 96

Begrippen 97

Thema 3 Psychopathologie: een inleiding 99

7 Psychopathologie: oriëntatie 100

- 7.1 Inleiding 100
- 7.2 Psychopathologie 100
- 7.3 Expressie en psychomotoriek 101
 - 7.3.1 Lichaamshouding, beweging en mimiek 101
 - 7.3.2 Spraak 102
- 7.4 Bewustzijn 103
 - 7.4.1 Stoorissen in helderheid 103
 - 7.4.2 Stoorissen in aandacht 103
 - 7.4.3 Stoorissen in oriëntatie 104
- 7.5 Zelfbeleving 104
- 7.6 Waarneming 105
 - 7.6.1 Illusie 105
 - 7.6.2 Hallucinaties 106
- 7.7 Denken 108
 - 7.7.1 Vorm en beloop 108
 - 7.7.2 Inhoud van het denken 109
 - 7.7.3 Intelligentieniveau 112
 - 7.7.4 Geheugen 113
- 7.8 Gevoelsleven 114
 - 7.8.1 Stemming 115
 - 7.8.2 Gevoel 115
- 7.9 Willen en verlangen 115
 - 7.9.1 Remming 115

- 7.9.2 Ontremming of impulsiviteit 116
- 7.9.3 Drang of dwang 116

8 Classificeren en (beoordelen) van afwijkend gedrag 117

- 8.1 Inleiding 117
- 8.2 Classificeren 117
 - 8.2.1 Classificeren van afwijkend gedrag: nut en belang 117
 - 8.2.2 Classificeren versus diagnosticeren 118
 - 8.2.3 Classificeren van afwijkend gedrag (psychiatrische stoornissen) 118
- 8.3 DSM-5 119
 - 8.3.1 Uitgangspunten 119
 - 8.3.2 Kenmerken 120
 - 8.3.3 Indeling 120
- 8.4 Beoordelingsinstrumenten 121
 - 8.4.1 (Klinische) beoordeling 122
 - 8.4.2 Klinisch interview 122
 - 8.4.3 Psychologische tests 122
 - 8.4.4 Overige (beoordelings)hulpmiddelen 123

Begrippen 124

Thema 4 Schizofreniespectrum- en andere psychotische stoornissen 129

9 Zorgvragers met schizofrenie 130

- 9.1 Inleiding 130
- 9.2 Schizofreniespectrum- en andere psychotische stoornissen in het algemeen 130
- 9.3 Zorgvragers met schizofrenie 131
 - 9.3.1 Prevalentie 131
 - 9.3.2 Ontstaan en beloop 132
- 9.4 Diagnostische kenmerken 134
 - 9.4.1 Positieve symptomen 135
 - 9.4.2 Negatieve symptomen 139
 - 9.4.3 Verstoorde oogbewegingen 141
- 9.5 Oorzaken 141
 - 9.5.1 Biologische factoren 141
 - 9.5.2 Sociale factoren 143
 - 9.5.3 Psychologische factoren 144
 - 9.5.4 Comorbiditeit 144

10 Behandeling en verpleegkundige zorg bij schizofrenie 145

- 10.1 Inleiding 145
- 10.2 Behandelbenaderingen 145
 - 10.2.1 Biologische behandeling 145
 - 10.2.2 Psychosociale behandeling 149

- 10.2.3 Gezinsbegeleiding 155
- 10.3 Verpleegkundige zorg 155
 - 10.3.1 Houding en bejegening 155
 - 10.3.2 Herstelondersteunende zorg 157
 - 10.3.3 Dagbesteding 158
 - 10.3.4 Communicatie 159
 - 10.3.5 Medicijnen 160
 - 10.3.6 Risicogedrag 161
 - 10.3.7 Sociaal netwerk 162
- 11 Andere schizofreniespectrum- en psychotische stoornissen 164**
 - 11.1 Inleiding 164
 - 11.2 Zorgvragers met een korte psychotische stoornis 164
 - 11.2.1 Diagnostische kenmerken en oorzaken 164
 - 11.2.2 Behandeling en begeleiding 165
 - 11.3 Zorgvragers met een schizofrenieforme of schizo-affectieve stoornis 165
 - 11.3.1 Diagnostische kenmerken en oorzaken 165
 - 11.3.2 Behandeling en begeleiding 165
 - 11.4 Zorgvragers met een waanstoornis 166
 - 11.4.1 Diagnostische kenmerken en oorzaken 166
 - 11.4.2 Behandeling en begeleiding 167

Begrippen 168

Thema 5 Depressieve en bipolaire stemmingsstoornissen 173

- 12 Zorgvragers met depressieve stemmingsstoornissen 174**
 - 12.1 Inleiding 174
 - 12.2 Depressieve en bipolaire stemmingsstoornissen in het algemeen 174
 - 12.2.1 Wat is een stemmingsstoornis 174
 - 12.2.2 Indeling stemmingsstoornissen 175
 - 12.3 Zorgvragers met een depressieve stemmingsstoornis 175
 - 12.3.1 Prevalentie 179
 - 12.3.2 Ontstaan en beloop 179
 - 12.4 Diagnostische kenmerken 180
 - 12.4.1 Kernsymptomen 180
 - 12.4.2 Aanvullende symptomen 181
 - 12.5 Oorzaken 183
 - 12.5.1 Genetische factoren 183
 - 12.5.2 Biologische factoren 184
 - 12.5.3 Psychologische factoren 184
 - 12.5.4 Sociale factoren 185
 - 12.5.5 Comorbiditeit 186
 - 12.6 Behandeling 186

- 12.6.1 Medicatie en andere biologische behandelmethoden 186
- 12.6.2 Psychotherapie 189
- 12.7 Verpleegkundige zorg 191

13 Zorgvragers met een bipolaire stemmingsstoornis 195

- 13.1 Inleiding 195
- 13.2 Zorgvragers met bipolaire stemmingsstoornissen 195
 - 13.2.1 Prevalentie 196
 - 13.2.2 Ontstaan en beloop 197
- 13.3 Diagnostische kenmerken 197
 - 13.3.1 Stemming 198
 - 13.3.2 Activiteit- en energieniveau 199
 - 13.3.3 Verhoogde zelfwaardering 199
 - 13.3.4 Ontremming 200
 - 13.3.5 Hypomanie 201
- 13.4 Oorzaken 201
 - 13.4.1 Comorbiditeit 202
- 13.5 Behandeling 202
 - 13.5.1 Medicijnen 202
 - 13.5.2 Psychologische en psychosociale interventies 204
- 13.6 Verpleegkundige zorg 206

Begrippen 209

Thema 6 Angst- en aan angst gerelateerde stoornissen 213

14 Zorgvragers met angststoornissen 214

- 14.1 Inleiding 214
- 14.2 Angst en angststoornissen 214
 - 14.2.1 Wat is angst? 214
 - 14.2.2 Wat is een angststoornis? 215
 - 14.2.3 Verschillende soorten angststoornissen 215
 - 14.2.4 Verschijnselen van angst 215
 - 14.2.5 Prevalentie 216
 - 14.2.6 Oorzaken 217
- 14.3 Zorgvragers met angststoornissen 217
 - 14.3.1 Separatieangststoornis 217
 - 14.3.2 Selectief mutisme 218
 - 14.3.3 Paniekaanval 219
 - 14.3.4 Paniekstoornis 221
 - 14.3.5 Fobieën 224
 - 14.3.6 Gegeneraliseerde angststoornis 231
 - 14.3.7 Angststoornis door middel/medicatie of lichamelijke aandoening 233
- 14.4 Verpleegkundige zorg 234

- 15 Zorgvragers met obsessieve-compulsieve stoornissen 238**
 - 15.1 Inleiding 238
 - 15.2 Obsessieve-compulsieve en verwante stoornissen 238
 - 15.2.1 Wat is een obsessieve-compulsieve stoornis? 238
 - 15.2.2 Prevalentie, ontstaan en beloop 239
 - 15.2.3 Onderscheiden vormen obsessieve-compulsieve stoornissen 240
 - 15.3 Zorgvragers met obsessieve-compulsieve stoornissen 240
 - 15.3.1 Obsessieve-compulsieve stoornis 240
 - 15.3.2 Morfodysfore stoornis 243
 - 15.3.3 Verzamelstoornis 244
 - 15.3.4 Haaruittrekstoornis (trichotillomanie) 245
 - 15.4 Verpleegkundige zorg 246

- 16 Zorgvragers met psychotrauma en stressorgerelateerde stoornissen 248**
 - 16.1 Inleiding 248
 - 16.2 Psychotrauma en stressorgerelateerde stoornissen 248
 - 16.2.1 Wat is stress? 248
 - 16.2.2 Wat is een psychotrauma of stressorgerelateerde stoornis? 249
 - 16.2.3 Onderscheiden psychotrauma en stressorgerelateerde stoornissen 250
 - 16.3 Zorgvragers met een psychotrauma- en/of stressorgerelateerde stoornis 250
 - 16.3.1 Acute stressstoornis 250
 - 16.3.2 Posttraumatische stressstoornis 251
 - 16.3.3 Oorzaken ASS en PTSS 254
 - 16.3.4 Behandeling ASS en PTSS 255
 - 16.3.5 Aanpassingsstoornissen 256
 - 16.4 Verpleegkundige zorg 257

- 17 Zorgvragers met dissociatieve stoornissen 261**
 - 17.1 Inleiding 261
 - 17.2 Dissociatieve stoornissen 261
 - 17.2.1 Wat is dissociatie? 261
 - 17.2.2 Wat is een dissociatieve stoornis? 262
 - 17.2.3 Onderscheiden typen dissociatieve stoornissen 263
 - 17.3 Zorgvragers met dissociatieve stoornissen 263
 - 17.3.1 Dissociatieve identiteitsstoornis 263
 - 17.3.2 Dissociatieve amnesie 266
 - 17.3.3 Depersonalisatie-/derealisatiestoornis 267
 - 17.4 Verpleegkundige zorg 268

- 18 Zorgvragers met somatisch-symptoom- en verwante stoornissen 270**
 - 18.1 Inleiding 270
 - 18.2 Somatisch-symptoomstoornissen 270
 - 18.2.1 Wat is een somatisch-symptoomstoornis? 270
 - 18.2.2 Onderscheiden typen somatisch-symptoomstoornissen 271
 - 18.3 Zorgvragers met somatisch-symptoomstoornissen 271

- 18.3.1 Somatische-symptoomstoornis 271
- 18.3.2 Ziekteangststoornis 272
- 18.3.3 Conversiestoornis (functioneel-neurologisch-symptoomstoornis) 275
- 18.3.4 Nagebootste stoornis 276
- 18.4 Verpleegkundige zorg 277

Begrippen 279

Thema 7 Persoonlijkheidsstoornissen 283

19 Zorgvragers met persoonlijkheidsstoornissen 284

- 19.1 Inleiding 284
- 19.2 Persoonlijkheid en persoonlijkheidsstoornissen 284
 - 19.2.1 Wat is persoonlijkheid? 284
 - 19.2.2 Wat is een persoonlijkheidsstoornis? 286
 - 19.2.3 Verschillende soorten persoonlijkheidsstoornissen 286
 - 19.2.4 Verschijnselen 287
 - 19.2.5 Prevalentie, ontwikkeling en beloop 288
 - 19.2.6 Oorzaken 289
 - 19.2.7 Behandeling 290
- 19.3 Omgang met zorgvragers met persoonlijkheidsstoornissen 291

20 Zorgvragers met vreemd of excentriek gedrag, cluster A-persoonlijkheidsstoornissen 294

- 20.1 Paranoïde persoonlijkheidsstoornis 294
- 20.2 Schizoïde persoonlijkheidsstoornis 295
- 20.3 Schizotypische persoonlijkheidsstoornis 295
- 20.4 Aandachtspunten en richtlijnen verpleegkundige zorg bij cluster A-persoonlijkheidsstoornissen 296

21 Zorgvragers met dramatisch, emotioneel of labiel gedrag, cluster B-persoonlijkheidsstoornissen 298

- 21.1 Antisociale persoonlijkheidsstoornis 299
- 21.2 Oorzaken, ontwikkeling en beloop van de antisociale persoonlijkheidsstoornis 300
 - 21.2.1 Aandachtspunten en richtlijnen verpleegkundige zorg bij de antisociale persoonlijkheidsstoornis 300
- 21.3 Borderline persoonlijkheidsstoornis 301
 - 21.3.1 Oorzaken, ontwikkeling en beloop van de borderline persoonlijkheidsstoornis 304
 - 21.3.2 Aandachtspunten en richtlijnen verpleegkundige zorg bij de borderline persoonlijkheidsstoornis 305
- 21.4 Histrionische persoonlijkheidsstoornis 307
 - 21.4.1 Oorzaken, ontwikkeling en beloop van de histrionische persoonlijkheidsstoornis 308
 - 21.4.2 Aandachtspunten en richtlijnen verpleegkundige zorg bij de histrionische persoonlijkheidsstoornis 309

- 21.5 Narcistische persoonlijkheidsstoornis 310
 - 21.5.1 Oorzaken, ontwikkeling en beloop van de narcistische persoonlijkheidsstoornis 312
 - 21.5.2 Aandachtspunten en richtlijnen verpleegkundige zorg bij de histrionische persoonlijkheidsstoornis 313

22 Zorgvragers met nerveus of angstig gedrag, cluster C-persoonlijkheidsstoornissen 315

- 22.1 Vermijdende persoonlijkheidsstoornis 315
- 22.2 Afhankelijke persoonlijkheidsstoornis 316
- 22.3 Dwangmatige persoonlijkheidsstoornis 317
- 22.4 Aandachtspunten en richtlijnen verpleegkundige zorg bij cluster C-persoonlijkheidsstoornissen 318

Begrippen 321

Thema 8 Risico- en probleemgedrag 323

23 Zorgvragers met risico- en probleemgedrag 324

- 23.1 Inleiding 324
- 23.2 Agressief gedrag 324
 - 23.2.1 Oorzaken van agressief gedrag 324
 - 23.2.2 Verhoogd risico op agressief gedrag 326
 - 23.2.3 Herkennen agressief gedrag 326
 - 23.2.4 Voorkomen van agressief gedrag 327
 - 23.2.5 Begeleiden van agressief gedrag 328
- 23.3 Automutulerend gedrag 331
 - 23.3.1 Oorzaken automutuleren 331
 - 23.3.2 Verhoogd risico automutuleren 332
 - 23.3.3 Herkennen automutuleren 333
 - 23.3.4 Voorkomen van automutulerend gedrag 335
 - 23.3.5 Begeleiden van automutulerend gedrag 335
- 23.4 Suïcidaal gedrag 336
 - 23.4.1 Oorzaken suïcidaal gedrag 337
 - 23.4.2 Verhoogd risico suïcidaal gedrag 338
 - 23.4.3 Herkennen suïcidaal gedrag 338
 - 23.4.4 Voorkomen van suïcide 339
 - 23.4.5 Begeleiden van suïcide 340
- 23.5 Psychotisch gedrag 342
 - 23.5.1 Oorzaken psychotisch gedrag 342
 - 23.5.2 Verhoogd risico psychotisch gedrag 343
 - 23.5.3 Herkennen psychose 343
 - 23.5.4 Voorkomen van psychose 345
 - 23.5.5 Begeleiden van psychose 345
- 23.6 Manisch gedrag 347
 - 23.6.1 Oorzaken manisch gedrag 347

- 23.6.2 Verhoogd risico manisch gedrag 348
- 23.6.3 Herkennen manisch gedrag 348
- 23.6.4 Voorkomen manisch gedrag 349
- 23.6.5 Begeleiden manisch gedrag 349
- 23.7 Angstgedrag 351
 - 23.7.1 Oorzaken angstgedrag 351
 - 23.7.2 Verhoogd risico angstgedrag 352
 - 23.7.3 Herkennen angstgedrag 353
 - 23.7.4 Voorkomen van angstgedrag 353
 - 23.7.5 Begeleiden van angstgedrag 354
- 23.8 (Overmatig) gebruik van alcohol en/of drugs 355
 - 23.8.1 Oorzaken (overmatig) gebruik van alcohol en/of drugs 355
 - 23.8.2 Verhoogd risico (overmatig) gebruik van alcohol en/of drugs 356
 - 23.8.3 Herkennen (overmatig) gebruik van alcohol en/of drugs 356
 - 23.8.4 Voorkomen (overmatig) gebruik van alcohol en/ of drugs 358
 - 23.8.5 Begeleiden na gebruik van genotsmiddelen 361
- 23.9 Machteloosheid van de verpleegkundige 362
 - 23.9.1 Oorzaken voor machteloosheid 362
 - 23.9.2 Machteloosheid herkennen 363
 - 23.9.3 Voorkomen van en omgaan met gevoelens van machteloosheid 365

Begrippen 370

Register 371

Illustratieverantwoording 379



Oriëntatie op de GGZ

Francien neemt de telefoon op. Ze hoort aan de stem dat het haar zus is. Die begint meteen te praten: 'Francien, vannacht is Anne opgenomen. Ze hebben haar vannacht gevonden bij het graf. Ze zat op haar hurken, gravend met haar handen in de aarde. Ze is helemaal de weg kwijt!' Francien luistert geschrokken. Haar zus klinkt geschokt, zelfs angstig. Daarom reageert ze: 'Wat erg, hoe kan dat nu?' Het antwoord is er meteen, heftig: 'Ik snap er niets van. De afgelopen weken hebben we nog zo intensief samen voor onze schoonmoeder gezorgd tot haar overlijden. Er was niks raars en nu twee weken later ineens dit. Vorige week zei haar man wel dat Anne onrustig was. En ook dat ze gezegd had dat het leek alsof ze onze schoonmoeder haar hoorde roepen. Daarom is hij gisteravond ook naar het kerkhof gegaan om te zoeken toen ze maar niet thuiskwam. Oh Francien, kun je zo maar gek worden. Wat is dat voor raars? Kun je wel weer beter worden? Kan het mij ook overkomen?'

1 Zorgvragers in de GGZ

1.1 Inleiding

Een zorgvrager die gebruikmaakt van de geestelijke gezondheidszorg heeft problemen met zijn psychische gezondheid. Dit komt doordat er afwijkingen zijn in zijn psychisch functioneren. Er kan dan sprake zijn van een psychiatrische stoornis. Wat psychiatrische stoornissen zijn en wanneer je kunt zeggen dat iemand een psychiatrische stoornis heeft, is niet eenvoudig uit te leggen. Vaak wordt gedacht dat zorgvragers met een psychiatrische stoornis zich abnormaal en gestoord gedragen, of dat er iets mis is met het verstand. Deze uitgangspunten zijn niet goed bruikbaar als je iets van een zorgvrager met een psychiatrische stoornis wilt begrijpen.

Dit hoofdstuk behandelt de volgende onderwerpen:

- zorgvragers met psychiatrische stoornissen;
- benaderingen voor afwijkend gedrag.

1.2 Zorgvragers met psychiatrische stoornissen

Er is sprake van een **psychiatrische stoornis** als je psychologische functies, zoals voelen, denken of waarnemen, afwijkend functioneren. Het gevolg is dat je je afwijkend gaat gedragen. Afwijkend ofwel **gestoord gedrag** is het belangrijkste kenmerk (symptoom) van een psychiatrische stoornis. Tegelijkertijd is 'afwijkend gedrag' een begrip dat veel vragen oproept. Want wat is eigenlijk precies **afwijkend gedrag**? Of wat is gezond of normaal gedrag? Wie bepaalt dat? En, hoe bepaal je dat? Allemaal vragen die niet zo gemakkelijk zijn te

beantwoorden. Gedrag dat afwijkt van wat je normaal en gezond gedrag vindt, is niet meteen een symptoom van een psychiatrische stoornis. Om dit te kunnen stellen moet het afwijkende gedrag eerst aan bepaalde criteria voldoen. Deze criteria komen straks aan bod. Personen die beroepshalve tot een oordeel komen of er sprake is van **gestoord gedrag** zijn de huisarts, praktijkondersteuner van deze huisarts en psychiater. Andere personen zijn onder andere de naasten (familie, vrienden) en de zorgvrager zelf. De huisarts (en zijn praktijkondersteuner) en de psychiater kunnen tot een oordeel komen, omdat ze zijn opgeleid om te beoordelen of bepaald gedrag opgevat moet worden als een symptoom van een psychiatrische stoornis. Het oordeel van de huisarts of de psychiater is een **klinisch oordeel** of **medische diagnose**.



Figuur 1.1 Niet alle gedrag dat afwijkt is een symptoom van een psychiatrische stoornis

◆ Voorbeeld

Rachid is angstig en achterdochtig. Hij is ervan overtuigd dat er een complot tegen hem gesmeed wordt met het doel hem 'uit de weg te ruimen'. Hij vertrouwt niemand, is voortdurend op zijn hoede en slaapt nauwelijks. Anderen in zijn omgeving worden regelmatig geconfronteerd met agressieve reacties. Het dreigt zelfs uit de hand te lopen. De huisarts komt tot de conclusie dat Rachid niet in de reële werkelijkheid leeft en dat er sprake is van complexe psychiatrische problemen. Hij concludeert ook dat het zo niet langer kan en besluit dat de hulp van een specialist nodig is. Hij verwijst Rachid door naar een psychiater.

Mensen uit de omgeving van de zorgvrager, zijn familie of vrienden kunnen ook tot het oordeel komen dat er sprake is van afwijkend gedrag. Dit is geen *klinisch oordeel* of *medische diagnose*. Het is een constatering dat iemand zich afwijkend gedraagt, of het is een uiting van zorg of leed.

◆ Voorbeeld

Willem doet onbegrijpelijke uitspraken over astrologische invloeden, trekt zich veel terug op zijn kamer en verzorgt zichzelf slecht. Soms zit hij zacht in zichzelf te praten. Zijn ouders kennen Willem niet meer terug. Ze hebben het gevoel dat ze geen contact meer met hem kunnen krijgen. Hij is zo veel veranderd. Ze voelen zich onzeker en maken zich ernstig zorgen.

De zorgvrager kan ook zelf tot het oordeel komen dat er sprake is van afwijkend gedrag. Hij vergelijkt zichzelf met anderen en kan daarbij tot de conclusie komen dat hij niet in staat is om op dezelfde manier te leven als die anderen.

◆ Voorbeeld

Petra durft vanwege haar angsten (fobische klachten) nauwelijks haar huis nog uit. Zij lijdt hier erg onder. Haar man of de kinderen doen de boodschappen. Haar familie bezoekt ze zelden.

Alleen als Petra zich goed voelt en haar man meegaat, durft ze soms even naar een verjaardagsfeest. Ze zijn al jaren niet op vakantie geweest. Nu de kinderen wat ouder worden, beginnen zij zich te verzetten tegen het feit dat alles in huis om de angsten van hun moeder draait. Petra voelt zich schuldig en is regelmatig somber. Ze begrijpt niet waarom zij niet net als anderen kan functioneren.

De voorbeelden maken duidelijk waaraan je kunt denken bij het begrip 'afwijkend gedrag'. Gedrag moet echter aan bepaalde criteria (voorwaarden) voldoen voordat je mag zeggen dat het gedrag een symptoom is van een stoornis. Deze criteria zijn de volgende.

- Het gedrag van de zorgvrager wijkt (duidelijk) af van de sociale norm. In een samenleving bestaan bepaalde regels over wat 'doorsnee gezond en normaal' gedrag is. Dit is de sociale norm. Van dit eerste criterium kan worden gezegd dat het objectief (feitelijk) is. Het horen van stemmen in je hoofd is niet 'normaal'. Langdurig somber zijn en tot niets komen, of altijd optimistisch zijn en doorgaan zonder een moment rust, is ook niet 'normaal'.
- Het gedrag heeft ongemak, lijden of bezorgdheid tot gevolg bij de zorgvrager zelf en/of zijn omgeving. Hiervan is bijvoorbeeld sprake als iemand het gevoel heeft dat het niet goed met hem gaat. Hij heeft het gevoel dat hij gebukt gaat onder zijn gedrag of emoties. En ook anderen zeggen dat hij zichzelf niet is en zich anders gedraagt dan ze van hem gewend zijn. Van dit criterium kan gezegd worden dat het subjectief (persoonlijke zienswijze) is.
- De zorgvrager kan zich niet anders gedragen dan hij doet. Er is sprake van een bepaald onvermogen om ander gedrag te kiezen. Het ontbreekt hem aan alternatieven voor zijn gedrag. Hij kan zichzelf niet voornemen om zich anders te gedragen of zich anders te voelen dan hij doet.

- De kenmerken van het afwijkende gedrag zijn te herkennen en te ordenen binnen het diagnostisch model van de psychiatrie, het zogenaamde *DSM 5* model. De letters DSM staan voor Diagnostic (diagnostisch) Statistical (statistisch) Manuel (handboek) of Mental Disorders (van psychische stoornissen) en wordt over de gehele wereld gebruikt. Het **DSM 5** handboek is in feite een soort catalogus waarin alle bekende en officieel erkende psychiatrische ziekten zijn opgenomen, staan beschreven en zijn geordend.
- niet goed functioneren van de hersenen (biologische invalshoek);
- iemands psychologisch beleven en leven (psychologische invalshoek);
- functioneren van het sociale systeem en/of culturele achtergrond (sociaal-culturele invalshoek);
- onbegrijpelijke en ongrijpbare boze geesten of krachten die bezit van iemand nemen (magische of religieuze invalshoek);
- combinatie van het niet goed functioneren van de hersenen, het psychologisch (be)leven en het sociale systeem (biopsychosociale invalshoek).

Criteria voor vaststellen gestoord gedrag

- Gedrag wijkt af van de sociale norm.
- Gedrag heeft ongemak, lijden of bezorgdheid tot gevolg bij de zorgvrager en/of zijn omgeving.
- De zorgvrager kan zich niet anders gedragen dan hij doet.
- Gedragskenmerken zijn te herkennen en te ordenen binnen DSM 5.

1.3 Benaderingen voor afwijkend gedrag

Mensen zoeken al eeuwenlang naar oorzaken van het ontstaan van afwijkend gedrag. Waarom krijgt de een wel een psychiatrische stoornis en de ander niet? Het opsporen van de oorzaak is belangrijk, want als de oorzaak bekend is kun je een probleem oplossen. De zoektocht naar de oorzaak heeft tot nu toe geen eenduidig antwoord opgeleverd. Vanuit verschillende invalshoeken – of zienswijzen, benaderingen, visies, verklaringen of stromingen – wordt naar de oorzaak van een psychiatrische stoornis gekeken. Gangbare invalshoeken zijn dat een psychiatrische stoornis ontstaat door:

Het is belangrijk je ervan bewust te zijn dat vanuit verschillende invalshoeken naar de oorzaak gekeken wordt. De invalshoek bepaalt namelijk in grote mate de keuze voor de behandeling. Vanuit de biologische invalshoek kiest een behandelaar bijvoorbeeld overwegend voor een behandeling met medicijnen. Vanuit de psychologische invalshoek valt de keuze vooral op vormen van gesprekstherapie en/of gedragstherapie.

1.3.1 Biologische benadering

De *biologische benadering* is de klassieke medische invalshoek. De behandelaar gaat ervan uit dat gedrag het eindproduct is van de hersenen. Dit betekent dat afwijkend gedrag het resultaat kan zijn van niet goed functionerende hersenen, en dat dit mogelijk het gevolg is van erfelijke factoren, afwijkingen in de hersenen, niet goed functioneren van de neurotransmitters, of problemen met de hormoonproducerende cellen in de hersenen. Behandelmethode bij de biologische benadering bestaan bijvoorbeeld uit het voorschrijven van medicijnen (**psychofarmaca**), **elektroconvulsietherapie (ECT)**, er wordt dan elektrische stroom door de hersenen geleid, operatie en/of TMS (magnetische stimulatie van de hersenen).

◆ Voorbeeld

Leonie klaagt erover dat zij geen plezier meer heeft in het leven. Zij voelt zich down en komt tot niets meer. Zij wordt tegen haar gewoonte in de laatste weken 's morgens vroeg wakker. Ze kan dan niet meer slapen en gaat liggen piekeren. Een zus van haar moeder is door suïcide om het leven gekomen. En haar broer staat bekend om zijn zwaarmoedige karakter. Haar huisarts vermoedt dat er sprake is van erfelijke belasting. Hij schrijft een recept uit voor een antidepressivum.

1.3.2 Psychologische benadering

Bij de psychologische invalshoek gaat de behandelaar ervan uit dat (afwijkend) gedrag de uitdrukking is van iemands psychologisch beleven en leven (psychologisch functioneren). Vanuit deze benadering wordt het ontstaan van afwijkend gedrag toegeschreven aan alles wat zich aan spanningen afspeelt binnen de persoonlijkheid, in zijn psychisch functioneren. De leidende gedachte hierbij is dat achter gedrag altijd bewuste of onbewuste motieven schuilgaan. Hierbij moet je denken aan emoties, angsten, wensen of doelen. In de psychologische benadering wordt daarom vooral gezocht naar zin en betekenis van gedrag: hoe kun je iemand begrijpen vanuit zijn psychologische belevingswereld? Binnen de *psychologische benadering* zijn weer verschillende invalshoeken, zoals de psychodynamische en leertheoretische invalshoek. Bij deze psychodynamische invalshoek is het uitgangspunt dat onbewuste wensen, gevoelens en angsten een belangrijke invloed hebben op het gedrag en het functioneren van nu. Wensen, angsten en gevoelens die zijn gevormd door wat iemand vroeger heeft meegemaakt. Bij de leertheoretische invalshoek is het uitgangspunt dat veel gedrags-elementen zijn aangeleerd in de loop van je leven, je kunt deze dus ook weer afleren. De behandelmethoden bij de psychologische benadering bestaan uit vormen van **psychotherapie**, **cognitieve therapie** of gedragstherapie. Het doel van *psychotherapie* is de

bewustwording van verborgen gevoelens en gedachten, zodat je gevoelens en angsten kunt verwerken, gedachten kunt ombuigen en daarmee gestoord gedrag terugdringt. *Cognitieve therapieën* zijn overwegend gesprekstherapieën om gedachten en gebeurtenissen anders uit te leggen, zodat je objectiever naar je eigen gevoel en waarnemingen kunt kijken. Gedragstherapieën richten zich op het afleren van aangeleerde gedrags-elementen.

◆ Voorbeeld

Leonie voelt zich doodongelukkig. Nadat zij kinderen heeft gekregen, is ze nooit meer echt aan zichzelf toegekomen. Zij voelt zich nu dom en minderwaardig. Omdat zij zich zo weinig als persoon heeft ontwikkeld, denkt zij dat zij ook onvoldoende voor haar man kan betekenen en voelt zij zich van weinig waarde voor haar kinderen. Als er iets mis is, ligt dat vanzelfsprekend aan haar en maakt zij zich verwijten. De psycholoog raadt Leonie psychotherapie aan. Hierin kan zij zich bewust worden van de onderliggende gevoelens die ervoor zorgen dat ze zo klein over zichzelf denkt.

1.3.3 Sociaal-culturele benadering

Bij de *sociaal-culturele benadering* gaat de behandelaar ervan uit dat gedrag het resultaat is van de interactie tussen de zorgvrager en zijn leefwereld. Vanuit deze invalshoek wordt het ontstaan van afwijkend gedrag toegeschreven aan iets buiten de zorgvrager. Dit is dan de directe omgeving waarin hij leeft en/of de maatschappelijke situatie waarin hij verkeert. Een zorgvrager met een psychiatrische stoornis is dan het symptoom van een niet-functionerend sociaal-cultureel systeem. Dat kan bijvoorbeeld gaan om de invloed van een familie- of gezinsituatie die uit balans is, of dat in het gezin ernstige communicatieproblemen zijn. Je kunt ook denken aan langdurige werkloosheid, armoede, of buiten een gemeenschap gesloten worden door pesten of negeren. De behandelmethoden

richten zich op het systeem waarbinnen de zorgvrager functioneert. Het gehele systeem wordt aangepakt (**systeemtherapie**). Het gehele gezin moet bijvoorbeeld deelnemen aan de therapie. Een andere optie is om de zorgvrager 'los te weken' van zijn sociale-culturele systeem.

◆ Voorbeeld

Leonie is samen met haar man bij de huisarts. Ze ziet het niet meer zitten. Ze zit er stil en ineengedoken bij. Haar man is continu aan het woord. Hij zegt: 'Mijn gezin is het belangrijkste. Daarom maak ik lange dagen op mijn werk. Ik ga er helemaal voor, wil carrière maken en veel geld verdienen voor mijn vrouw en kinderen. Ik vertrouw erop dat mijn vrouw het thuis allemaal regelt.' De huisarts bedenkt dat Leonie voor haar trouwen een gewaardeerde directiesecretaresse was en na haar trouwen snel drie kinderen heeft gekregen. Ze is gestopt met werken. Ze is ondergesneeuwd en zichzelf kwijtgeraakt in deze gezinssituatie.

1.3.4 Magische of religieuze benadering

Bij de *magische of religieuze benadering* gaat de behandelaar ervan uit dat de oorzaak voor afwijkend gedrag ligt in buitenaardse machten en krachten. De leidende gedachte bij deze invalshoek is dat een onbegrijpelijke en ongrijpbare boze geest of kracht bezit neemt van iemand. De magische invalshoek is mogelijk de oudste verklaring voor het ontstaan van psychiatrische stoornissen. De behandelmethoden zijn gericht op het gunstig stemmen of uitdrijven van (boze) geesten of krachten. Hierbij moet je denken aan muziek, dans, gebed, gebruik van formules en rituelen. De ingezette methoden kunnen heel erg verschillen en zijn nauw verbonden aan een cultuur. In de hedendaagse moderne samenleving, vol met hoogwaardige technologie en therapieën, denk je al snel dat het 'uitdrijven van geesten' een verschijnsel is uit vroeger tijden. Magische benaderingswijzen of rituelen zijn echter nog steeds in gebruik. De katholieke kerk

erkent bijvoorbeeld verschillende symptomen die wijzen op duivelse bezetenheid. In bepaalde kerkgenootschappen gaat men ervan uit dat er 'zonden' of 'demonen' in een mens kunnen zitten die een gezonde leefwijze in de weg staan.

◆ Voorbeeld

De man van Leonie probeert haar mee te krijgen naar de kerk. Ze voelt zich er echter te somber voor en te moe. Ze voelt ook helemaal niets meer bij het geloof, terwijl ze er eerder veel steun aan had. Ze voelt alleen leegte. Uiteindelijk laat ze zich overhalen. Haar kerkgenoten weten van haar moeite met het leven. Ze omringen haar met gebed. De voorganger bidt indringend of de macht der duisternis uit haar ziel verdreven mag worden.

Wijwater van exorcist Frank As smelt de duivel weg

Boze geesten. Drugs of seks. Spelen met de dood. Tarotkaarten. De verleidingen van de duivel zijn velerlei. Maar aan Frank As heeft hij een kwaaije. Het komt niet zelden voor dat pastoor Frank As het voorhoofd van een bezetene met wijwater dekt en dan de duivel hoort grommen of sissen. 'Twee à drie keer per week ben ik boze geesten aan het uitdrijven,' zegt de naar Veldhoven vertrekkende pastoor van Sint-Michielsgestel frank en vrij. Jazeker, exorcisme is in Brabant katholieke praktijk, al houdt het bisdom het uitdrijven van boze geesten liever in de luwte. 'Enerzijds omdat het met vertrouwelijkheid is omgeven en anderzijds omdat het toch veel nieuwe vragen en ook onbegrip zal opwekken,' laat een woordvoerder weten. Maar na wat rondbellen blijkt het niet lastig te achterhalen welke priester de aanstelling van exorcist heeft. Het gaat om Frank As (62), die – nu Cor Mennen met emeritaat is – beschouwd mag worden als

de rechtsbuiten van het bisdom. 'Ik ben het niet die een demon op de vlucht doet slaan. Dat is Christus in mij.' Het zijn vooral jongeren die door andere pastoors naar hem worden doorverwezen. De kenmerken van bezetenheid zijn velerlei: 'Ze hebben zich ingelaten met drugs of seks. Spelen met de dood. Of leggen tarotkaarten.'

Uitwassen van occultisme en satanisme bezweert As met zijn crucifix, terwijl hij uit het Latijn vertaalde gebeden prevelt. 'In het Nederlands kan ik er namelijk meer intonatie in leggen.' Soms komt hij bij iemand op locatie, maar bij voorkeur vinden de sessies in zijn eigen kerk plaats. 'Want daar voelt de boze geest zich niet thuis.' Doet As er niet beter aan om mensen die stemmen horen of geplaagd worden door slapeloosheid naar een psychiater door te verwijzen? 'Het probleem is dat psychiaters wel van wanen spreken, maar om bezetenheid moeten lachen. Ik zou graag eens met een katholieke psychiater in contact willen komen.' As onderzoekt wel altijd of er echt van 'inwoning' sprake is. 'Soms zijn er vage klachten. Dan geef ik opdrachten of vraag ik naar een naam. Begint iemand te schreeuwen, dan weet je dat er een boze geest in het spel is.' Het komt voor dat iemand over krachten beschikt die zijn gestalte te boven gaan. Ook dan weet As wel hoe laat het is. Aan vervloekingen maakt Christus via hem ook een eind. As geeft het voodoo-achtige voorbeeld van een afgeknipte haarlok waarmee op afstand wordt geprobeerd een ander kwaad te doen. Het zijn vermoeiende sessies, die een hele avond of middag kunnen duren. 'Maar voor de duivel is het veel vermoeiender dan voor mij. Ik zie hem soms wegsmelten onder het wiywater.' De toenmalige bisschop Hurkmans vroeg As anderhalf jaar geleden pater Leo van der Klaauw als exorcist op te volgen. 'Ik

heb daar wel even over na moeten denken. Veel gebeden ook.' Afkomstig uit Latijns-Amerika spreekt paus Franciscus vaak over de duivel. Het Vaticaan wil dat elk bisdom een exorcist aanstelt. Vorig jaar overleed in Rome de autoriteit op dit terrein, de 91-jarige pater Gabriele Amorth. As is niet bij hem in de leer geweest. Dat geldt wel voor een andere priester uit Brabant: Marc van Rossem. In 1999 maakte die het echter in zijn Helmondse parochie te bont naar de zin van Hurkmans. Zo liet hij kinderen hun zonden op briefjes schrijven, waarna hij die in brand stak. Van Rossem, die na een periode in Empel inmiddels in China verblijft, werd door Hurkmans uit zijn functie gezet.

Bron: www.ad.nl, Tom Tacken

1.3.5 Biopsychosociale benadering

In de praktijk van alledag is er geen duidelijke scheiding tussen de verschillende benaderingen. Binnen de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) in Nederland wordt ervan uitgegaan dat zowel de biologische, psychologische als sociaal-culturele factoren de oorzaak zijn voor het ontwikkelen van een psychiatrische stoornis. En ook dat deze factoren elkaar onderling kunnen beïnvloeden. Deze invalshoek wordt de *biopsychosociale benadering* genoemd. Bij de biopsychosociale benadering worden behandelmethoden gecombineerd ingezet om tot een zo goed mogelijke behandeling te komen. Dit wil niet zeggen dat een behandelaar zich niet laat leiden door een bepaalde voorkeur.

◆ Voorbeeld

Leonie is bij de huisarts. Ze ziet het niet meer zitten. Ze zit er stil en ineengedoken bij. Ze zegt: 'Ik voel me dood vanbinnen. Ik voel me met niemand verbonden. Ja, alleen nog met mijn kinderen. Ik moet er voor iedereen zijn, wie is er

Deze uitgave **Geestelijke gezondheidszorg 1** maakt deel uit van de serie **Traject V&V**. De theorie van deze uitgave sluit volledig aan bij onderstaande werkprocessen uit het kwalificatiedossier **Mbo-Verpleegkundige**.

P3-K1-W1 Biedt een zorgvrager herstelondersteunende zorg

P3-K1-W2 Communiqueert met zorgvragers gericht op maatschappelijke participatie

P3-K1-W3 Begeleidt een groep zorgvragers en naastbetrokkenen

De leermiddelen uit de serie Traject V&V zijn bestemd voor de opleiding Verzorgende IG (niveau 3) en de opleiding Mbo-Verpleegkundige (niveau 4). Door de thematische opbouw is Traject V&V geschikt voor alle onderwijsvormen en alle leerwegen, past daarnaast in verkorte trajecten en sluit aan bij elke leerstijl. De leerstof is opgebouwd uit: theorie, praktijksituaties en beroepsvaardigheden. Je kunt starten vanuit de theorie of vanuit een (gesimuleerde) praktijksituatie. Wat voor jou het beste werkt.

De **theorie** bevat alle basiskennis en achtergrondinformatie bij het betreffende werkproces en bevat veel voorbeelden uit de beroepspraktijk. De verwerkingsopdrachten sluiten aan bij de leerstof in de theorieboeken.

De **praktijksituaties** zijn realistische beschrijvingen van situaties uit de beroepspraktijk, inclusief opdrachten gekoppeld aan houdingsaspecten, vaardigheden en kenniselementen.

De **beroepsvaardigheden** bevatten opdrachten voor het stapsgewijs aanleren van instrumenteel-technische en sociaal-agogische vaardigheden.

Het complete aanbod van Traject V&V bestaat uit:

- theorieboeken met een heldere en gestructureerde uitleg over de benodigde vakkennis, verduidelijkt met veel praktijkvoorbeelden;
- werkboeken met verwerkingsopdrachten, toepassingsopdrachten en evaluatie of reflectieopdrachten;
- digitale omgeving met ondersteunend materiaal voor zowel student als docent.

Wil je weten welke materialen er nog meer beschikbaar zijn bij Traject V&V?

Kijk dan op: www.thiememeulenhoff.nl/trajectvenv

Auteur:

A. Engeltjes

Onder redactie van:

C.A. Abrahamse

M.H.A.J. Gloudemans



9 789006 910438