



Zusje van de positieve psychologie

Positieve Psychiatrie

In dit artikel beschrijven we de positieve visie op (geestelijke) gezondheid. Daarin staat niet de pathologie, maar het welbevinden van patiënten centraal. Dit uitgangspunt wordt uitgebreider beschreven in het concept van Huber et al. (2011), en de aanpassingen op dat concept van Walburg (2015) en van Bannink en Jansen (2017). Alle concepten hebben het 'vermogen' (competenties) van de patiënt als centraal begrip. Deze positieve visie, die inmiddels ook in de psychiatrie aan een opmars begonnen is onder de noemer '*positieve psychiatrie*', zou weleens kunnen leiden tot grensverleggende vernieuwing en kostenbesparing in de zorg.

Positieve geestelijke gezondheidszorg

Positieve geestelijke gezondheidszorg In het streven naar kwaliteitsverbetering is het behandelaanbod in de geestelijke gezondheidszorg (ggz) geoptimaliseerd op basis van richtlijnen en symptoomgeneeskunde. Dit kan ten koste gaan van de behoeften en context van het individu. Symptoomreductie is, mede door de huidige financieringsmethode, steeds meer het doel geworden. Hierdoor kwam er minder ruimte voor:

- leren omgaan met klachten;
- eigen regie voeren over de behandeling;
- ontdekken dat ondanks symptomen je bezig kunt zijn met betekenisvolle doelen die voldoening geven.

Ook in de somatische zorg sluit men steeds meer aan bij een positieve visie op gezondheid, die beter past bij de groeiende aandacht voor het managen van kwetsbaarheden in een ouder wordende populatie, waar chronische aandoeningen eerder regel dan uitzondering zijn. Delespaul en collega's. (2016) kwamen in een kritische analyse van het denken over gezondheid als afwezigheid van ziekte, haperende hersenen, evidence-based richtlijnen en diagnostische zorgpaden tot de conclusie dat een nieuwe focus op positieve gezondheid kan leiden tot grensverleggende vernieuwing.

Hoe de *positieve geestelijke gezondheidszorg* er in de praktijk uit kan zien werd beschreven door Delleman (2014) en Bannink en Jansen (2017). Delleman hield een pleidooi voor *integrale psychiatrie*, waarbij het hanteren van een negatieve, klachtgerichte optiek ingebed is in een positieve krachtgerichte optiek, met een overkoepelende focus op welbevinden. De krachtbronnen van patiënten en hun omgeving dienen maximaal te worden ingezet. Zowel in diagnostiek als behandeling dient die focus terug te komen. Een ander belangrijk uitgangspunt is dat patiënten zo veel als mogelijk hulp dienen te

krijgen bij het leven in de gemeenschap, en niet een afgezonderd leven binnen een beschermde woonomgeving dienen te leiden.

Bannink en Jansen (2017) ontwikkelden een ander model van positieve gezondheidszorg, met name in de huisartsenpraktijk. Daarbij opteeden ze voor oplossingsgericht werken vanuit het paradigma van de synthese, in plaats van probleemgericht werken vanuit het paradigma van de analyse. Oplossingsgericht werken focust niet alleen op competenties, maar op alles wat werkt in het leven van patiënten, inclusief hun sterke kanten en hulpbronnen. Uiteraard wordt zowel het medische, probleemgerichte model als het oplossingsgerichte model in de medische praktijk gecombineerd.

Milton Erickson (Rossi, 1980) was één van de eerste psychiaters die in de jaren zeventig oplossingsgericht werkte. Hij gebruikte vaak de techniek 'pseudo-oriëntatie in de tijd'. Tijdens hypnose vroeg hij zijn patiënten zich voor te stellen dat ze hem zes maanden later tegenkwamen en vertelden dat het probleem waarvoor ze bij hem kwamen was opgelost en hoe hen dat gelukt was. Hij suggereerde aan het eind van de hypnose amnesie voor wat er in de trance gebeurd was. En hoewel de patiënten niet altijd precies dezelfde oplossingen toepasten als ze in hypnose hadden vermeld, bleek dat het met de meesten zes maanden later inderdaad beter ging.

Oplossingsgericht werken helpt patiënten bij het ontwikkelen van een visie voor een betere toekomst en bij het opmerken welke sterke kanten en hulpbronnen zij kunnen aanwenden om die visie werkelijkheid te laten worden. Die visie voor een betere toekomst kan vormgegeven worden door *mentaal reizen in de tijd* (Bannink, 2017). De hierboven beschreven 'pseudo-oriëntatie in de tijd' is daarvan een voorbeeld.

Het vermogen vooruit en achteruit te reizen in de tijd is essentieel voor overleving: om vooruit te komen moeten we ons alternatieve – betere – realiteiten kunnen voorstellen en erin geloven dat we die ook kunnen bereiken.

Omdat de gewenste uitkomst niets te maken hoeft te hebben met het probleem of de klacht kan oplossingsgericht werken gezien worden als een diagnose-overstijgende behandelvorm (Bakker & Bannink, 2008; Bannink, 2013, 2016). Het bestaat uit het pragmatisch toepassen van een aantal principes en interventies, het best te omschrijven als het vinden van de directe route naar wat werkt. De twee basisaannamen zijn:

1. Als iets (beter) werkt, doe er meer van.
2. Als iets niet werkt, stop ermee en doe iets anders.

Het is een pragmatische stroming – het draait om het vinden van wat voor deze patiënt op dit moment in deze context werkt. De nadruk ligt op het construeren van oplossingen als tegenwicht voor de traditionele nadruk op de analyse van problemen.

Oplossingsgerichte therapie verschilt van andere vormen van psychotherapie op twee belangrijke punten:

1. Veel therapievormen hebben een expliciete theorie over het ontstaan en in stand houden van problemen. Oplossingsgerichte therapie heeft geen aannamen over hoe mensen in moeilijkheden geraken.
2. Veel therapievormen gaan ervan uit dat kennis over het ontstaan van problemen nodig is om mensen te helpen beter te worden. Dit lineair causaal denken is exemplarisch voor hantering van een medisch model. Oplossingsgerichte therapie gaat uit van een ander paradigma, waarbij (oorzaken van) problemen ons niets vertellen over hoe we voor patiënten nuttig kunnen zijn (zie voor uitleg het artikel *Positieve gezondheidszorg* van Bannink en Jansen in dit nummer).

Positieve psychiatrie

De positieve psychiatrie kan worden gezien als een vorm van positieve gezondheidszorg.

Het neemt het bevorderen van welbevinden als algemene noemer en laat de preoccupatie met pathologie los. De positieve psychiatrie wordt volgens Delleman (2014) (zie eerder in dit artikel) gevoed door drie bronnen: de positieve psychologie, het hersteldenken en de kennis van specifieke factoren.

Over de positieve psychologie hoeven we u niets meer te vertellen. De *herstelbenadering* tracht nadrukkelijk het perspectief van cliënten – men spreekt liever van cliënten dan patiënten – met psychische aandoeningen centraal te stellen.

Het gaat niet alleen om zelfbeschikking en cliëntenrechten, maar ook over begrippen als eigenwaarde, erkenning en hoop. Herstel gaat over het verbeteren van welbevinden, meer dan behandelen van ziekte. Het gaat over (leren) leven met psychische klachten, beperking of kwetsbaarheid, waarbij mogelijkheden en sterke kanten centraal staan (in tegenstelling tot onmogelijkheden van de beperking, aandoening of kwetsbaarheid). Herstel is een individueel proces waarbij het (weer) functioneren in sociale rollen (bijvoorbeeld als (groot)ouder, werknemer) een belangrijk streven is. De herstelbeweging gaat ervan uit dat cliënten zich niet langer moeten definiëren in relatie tot de zorg, maar in relatie tot het eigen leven: de zorg dient bij hun leven aan te sluiten en niet andersom.

Bij *specifieke factoren* gaat het over de kerncondities van de hulpverlening (denk aan een goede werkrelatie en het actief aanspreken van de patiënt) en over de motivatie, verwachting en houding van de patiënt.

Wij voegen hieraan in ons concept van positieve psychiatrie (Bannink & Peeters, 2018) een vierde bron van kennis toe: oplossingsgericht werken, omdat dit model de taal en de vragen heeft, die de positieve psychologie en herstelbeweging vaak ontberen (zie eerder in dit artikel). Ook heeft *oplossingsgericht werken* de interventies om patiënten te motiveren tot gedragsverandering. Uit onderzoek blijkt dat oplossingsgericht werken korter is dan andere vormen van psychotherapie, de autonomie van patiënten goed is gewaarborgd, en er minder burn-out is

bij behandelaars (Franklin et al., 2012; Medina & Beyebach, 2014).

In 2015 verscheen in de VS *Positive Psychiatry* – het eerste boek over dit onderwerp. Daarin benadrukten de redacteurs Jeste en Palmer dat de positieve psychiatrie niet bedoeld is om de traditionele psychiatrie te vervangen, maar aan te vullen en te verrijken. Hun definitie van positieve psychiatrie is:

“The science and practice of psychiatry that seeks to understand and promote well-being through assessments and interventions aimed at enhancing positive psychosocial factors among people who have or are at high risk for developing mental or physical illnesses.”

Ook Jeste en Palmer (2015, p. 5) stelden dat de tijd rijp is om het concept positieve gezondheid centraal te stellen in de psychiatrie, en dat het de missie van de psychiatrie is om meer te doen dan alleen symptoomreductie bij psychische stoornissen. Het is ook de bedoeling patiënten te helpen te groeien, te floreren, zich te ontwikkelen en een leven met meer voldoening te leiden.

De positieve psychiatrie verschilt volgens hen van traditionele psychiatrie op drie punten (Tabel 1):

1. Positieve psychiatrie blijft als medische wetenschap gericht op de toepassingen binnen patiëntpopulaties, met name mensen met, of met een hoog risico op, psychische en fysieke stoornissen.
2. Positieve psychiatrie richt zich op het onderzoeken van de neurobiologische aspecten van positieve psychosociale factoren als veerkracht, wijsheid en optimisme.
3. Positieve psychiatrie houdt zich meer bezig met preventie dan de traditionele psychiatrie. Denk aan met name secundaire en tertiaire preventie, waarbij datgene wat bruikbaar is om verslechtering van het toestandbeeld te voorkomen of ‘beter’ te blijven na herstel. Daarbij gaat het niet alleen om het verminderen van kwetsbaarheid, maar ook over het vergroten van veerkracht en herstelvermogen.

“Psychiatry is the most appropriate of all medical specialties to promote these positive traits in people with mental illnesses as well as in those with physical illnesses. More than any other medical specialty, psychiatry focuses on interventions aimed at behavior change.”

Tabel 1. Verschillen traditionele en positieve psychiatrie (Jeste & Palmer, 2015)

	Traditionele psychiatrie	Positieve psychiatrie
Patiënten	Mensen met psychische stoornissen	Mensen met, of met een hoog risico op het ontwikkelen van, psychische of lichamelijke ziektes
Focus diagnose	Psychopathologie	Positieve zaken als sterke kanten en hulpbronnen
Focus research	Risicofactoren, neuropathologie	Protectieve factoren, neuroplasticiteit
Doel behandeling	Symptoomreductie en terugvalpreventie	Herstel, toegenomen welbevinden, succesvol ouder worden, posttraumatische groei
Behandeling	Medicatie en meestal kortdurende psychotherapie voor symptoomreductie en terugvalpreventie	Psychosociale en gedragsinterventies om sterke kanten en hulpbronnen te versterken
Preventie	Weinig aandacht voor preventie	Belangrijke focus gedurende de gehele levenscyclus

Relatie met positieve psychologie

De concepten van de positieve psychiatrie zijn voor een groot deel gebaseerd op die van de positieve psychologie, daarover is iedereen het wel eens. Aan de ene kant pleit men ervoor beide vooral niet te zien als concurrenten, maar als bondgenoten, met een grote overlap in concepten en doel. Ze kunnen elkaar goed informeren en goed aanvullen.

Aan de andere kant wil de positieve psychiatrie zich onderscheiden van de positieve psychologie, door zich uitdrukkelijk bezig te houden met onderzoek en behandeling van 'echte patiënten' (terwijl de positieve psychologie zich zou bezighouden met onderzoek en behandeling van 'normale mensen' – hetgeen overigens niet altijd het geval is). Bovendien wil de positieve psychiatrie haar concepten graag in de biologie verankerd zien, en vindt dit bij uitstek haar taak. Ook hierop valt wel iets af te dingen, omdat ook vanuit de positieve psychologie onderzoek wordt verricht naar de neurologische substraten van concepten als welbevinden en positieve emoties.

Singh (2015, p. 327) verwoordde het misschien nog het beste als volgt:

“Positive mental health includes both positive psychiatry (which predominantly studies behaviors of people with mental health disorders and also some behaviors of people without mental health disorders) and positive psychology (which predominantly studies behaviors of people without mental health disorders and also some behaviors of people with mental health disorders).

In other words, if positive mental health is the parent, positive psychology is the elder sister and positive psychiatry the younger.”

Conclusie

De positieve psychologie en positieve psychiatrie passen als twee zusjes goed binnen de nieuwe ontwikkelingen in de zorg. In een recent rapport hield de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (2017) een pleidooi om de context waarbinnen de zorg wordt verleend centraal te stellen in

praktijk, beleid en financiering van de zorg. Veel van wat waardevol is in de persoonlijke relatie tussen patiënten en behandelaars is met de bestaande onderzoeksmethoden en indicatoren niet te vatten. De onderliggende aanname van het RVS is dat zorg die als effectief bewezen is niet altijd goede zorg is. Goede zorg is volgens de Raad niet alleen een kwestie van verstand, maar ook van hart en ziel. Het kiezen van de juiste interventie – een goede match tussen specifieke interventies en karakteristieken van de patiënt – is belangrijk, evenals het zoveel mogelijk betrekken van de patiënt bij de behandeling. Een betere balans tussen de focus op 'what's wrong with you' en 'what's right with you' zal ook de psychiatrie kunnen verrijken.

Fredrike Bannink is klinisch psycholoog en jurist. Zij heeft een praktijk voor therapie, training, coaching en mediation, Amsterdam. Zij is een internationaal keynote spreker, trainer en auteur van rond de 40 boeken.
www.fredrikebannink.com

Frenk Peeters is psychiater en hoogleraar behandeling stemmingsstoornissen aan de Capaciteitsgroep Psychiatrie en Neuropsychologie, Maastricht UMC+.

Zij zijn de auteurs van *Positieve Psychiatrie*, dat begin 2018 zal verschijnen bij Boom Uitgevers.

Referenties

- Bakker, J.M., & Bannink, F.P. (2008). Oplossingsgerichte therapie in de psychiatrische praktijk. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 50, 1, 55-59.
- Bannink, F.P. (2013). *Oplossingsgerichte vragen: Handboek oplossingsgerichte gespreksvoering* (3e gewijzigde druk). Amsterdam: Pearson.
- Bannink, F.P. (2016). *Serie 101 oplossingsgerichte vragen voor hulp bij 1. Angst; 2. Depressie; 3 Trauma*. Amsterdam: Pearson.
- Bannink, F.P. (2017). Mentaal reizen in de tijd. *Tijdschrift Positieve Psychologie*, 2,

- 16-21.
- Bannink, F.P., & Jansen, P.J.H.A. (2017) *Positieve gezondheidszorg: Oplossingsgericht werken in de huisartsenpraktijk*. Amsterdam: Pearson.
 - Bannink, F.P. & Peeters, F. (2018, in druk). *Positieve psychiatrie*. Amsterdam: Boom.
 - Delespaul, P., Milo, M., Schalken, F., Boevink, W., & Os, J. van (2016). *Goede GGZ*. Leusden: Diagnosis Uitgevers.
 - Delleman, O. (2014). 'Positieve psychiatrie' als visie voor de praktijk van de ggz. *MGV*, 69, 3, 16-23.
 - Franklin, C., Trepper, C.S., Gingerich, W.J., & McCollum, E.E. (2012). *Solution-focused brief therapy: A handbook of evidence based practice*. New York: Oxford University Press.
 - Huber, M., Knottnerus, J.A., Green, L., Horst, H. van der, Jadad, A.R., et al. (2011). How should we define health? *British Medical Journal*, 343, pp. d4163.
 - Jeste, D.V., & Palmer, B.W. (Eds.) (2015). *Positive Psychiatry: A clinical handbook*. Washington DC: American Psychiatric Publishing.
 - Medina, A., & Beyebach, M. (2014). The impact of solution-focused training on professionals' beliefs, practices and burn-out of child protection workers in Tenerife Island. *Child Care in Practice*, 20, 1, 7-36.
 - Rossi, E.L. (Eds.) (1980). *The nature of hypnosis and suggestion by Milton Erickson* (collected papers). New York: Irvington.
 - Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS) (2017). *Zonder context geen bewijs – de illusie van evidence-based practice in de zorg*. <https://www.raadrvs.nl/publicaties/item/zonder-context-geen-bewijs>.
 - Singh, A.R. (2015). Bioethics of positive psychiatry. In: D.V. Jeste & B.W. Palmer (2015). *Positive psychiatry* (pp 325-346). Washington DC: American Psychiatric Publishing.
 - Walburg, J.A. (2015). *Positieve gezondheid*. Houten: Bohn Stafleu van Loghem.



Business

De beste kennis voor jou

Business helpt jou, samen met de beste auteurs, aan de kennis die jou verder gaat helpen. Via boeken, e-books en meer. Persoonlijk geholpen, snel gevonden en eenvoudig besteld.



Ilse Vooren en Merlijn Koch

Ga voor meer boeken, auteurs en thema's naar **Business.nl**