

# Contextuele psychiatrie: een herwaardering, met focus op naastbetrokkenen

E. VAN MEEKEREN, J. BAARS

- ACHTERGROND** De psychiatrie is in deze tijd van transities en bezuinigingen op zoek naar een heroriëntering. Wij bepleiten een herwaardering van contextuele psychiatrie. We beperken ons daarbij tot de positie van naastbetrokkenen, met name gezien de politieke keuze 'meer oplossen in eigen kring'. Dat zet naastbetrokkenen, die vaak al overbelast zijn, nog meer onder druk als zij niet ondersteund worden.
- DOEL** Analyse van oorzaken van beperkte invloed van een systeemvisie binnen de psychiatrie. Aanbevelingen doen voor een herwaardering van contextuele psychiatrie, in het bijzonder ten behoeve van de dialoog in de triade professional-patiënt-naastbetrokkenen.
- METHODE** Kwalitatieve review, analyse, beschouwing en aanbevelingen.
- RESULTATEN** Naastbetrokkenen voelen zich nog te weinig gezien en gehoord. Professionals voelen zich vaak oncomfortabel in het systematisch aangaan van gesprekken in de genoemde triade. Zij kunnen moeilijk overweg met loyaliteitskwesaties, 'multipartijdigheid' en verschuilen zich achter privacywetgeving. Er zijn voldoende argumenten voor het integreren van een systeemvisie binnen de reguliere psychiatrische praktijk.
- CONCLUSIE** Naastbetrokkenen zijn essentiële partners wat betreft informatieverstrekking en het ondersteunen van veranderingsprocessen. Zij verdienen ondersteuning om (verdere) overbelasting te voorkomen. Wij bepleiten een hereniging tussen 'psychiatrie', 'familiebeleid' en 'systeemtherapie', een betere samenwerking tussen NVvP en NVRG, en aanvullingen in opleidingen.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 58(2016)4, 301-308

**TREFWOORDEN** contextuele psychiatrie, familiebeleid, systeemtherapie, systeemvisie



*'Een ziekte ontwikkelt zich in een context. De zieke en de ziekte bevinden zich in verschillende conceptuele categorieën, maar in de spreekkamer komen ze bij elkaar. Als arts is het belangrijk zich te realiseren dat beiden zijn ontstaan in een context en in relatie met andere mensen.'*  
(Beekman 2013)

Wij zijn niet alleen 'ons brein', maar ook 'onze omgeving' (Sommers 2012). In de herziene profielschets van de psychiater (zie [www.nvvp.net](http://www.nvvp.net)) is te lezen: 'Aangezien psychiatrisch ziek zijn per definitie een verstoring met zich meebrengt van de verhouding tussen het individu en zijn omgeving, dient de psychiater altijd aandacht aan die omgeving te besteden.' In onze klinische praktijk is merkbaar en voelbaar dat psychiatrische problemen tot relationele problemen leiden, maar ook kunnen relationele problemen psychiatrische

problemen aanjagen. Wij zijn op alle denkbare manieren verbonden met onze omgeving: evolutionair empathisch (De Waal 2009), via onze spiegelneuronen (Keysers 2012) en intentionele emoties (Fisher 2010; Van Kleef 2012). 'Genen geven kansen en genen geven risico's. Zonder de omgeving zijn ze niets' (Kahn 2011).

Omgevingsfactoren spelen op allerlei manieren een belangrijke rol. Het gaat om een breed palet van de (sub)cultuur, woonomgeving, politiek klimaat, sociaalecono-

mische omstandigheden en stigmatisering (Compton & Shim 2015; Fisher & Baum 2010). Veel aandacht is altijd uitgegaan naar de opvoeding (het verleden). Wij richten ons in deze bijdrage op naastbetrokkenen, de mensen die er, in het heden, toe doen voor mensen met psychiatrische stoornissen.

### Een kort perspectief

Ook de psychiatrie is onderhevig aan pendelbewegingen (Pols 2015). In de jaren zestig-zeventig van de 20ste eeuw stond de context – maatschappij, psychiatrie als geheel – sterk centraal ('antipsychiatrie'). De daaropvolgende jaren lag het focus bij het individu: 'Ik-tijdperk' en aandacht voor persoonlijke ontwikkeling en autonomie. De laatste jaren is veel aandacht uitgegaan naar individuele stoornissen en neurobiologie. Nu de neurobiologie niet heeft gebracht wat velen hoopten en de psychiatrie onderhevig is aan transities, aanhoudende bezuinigingen en reorganisaties, is er een zoektocht gaande naar een heroriëntering en herconceptualisering en naar het wezen van het vak. Er wordt dan ook regelmatig gesproken over een 'crisis in de psychiatrie'.

Hiervan getuigen onder meer kritiek op het concept schizofrenie en recente publicaties als die van Van Os (2014), Swinkels e.a. (2015) en Milders en Thunnissen (2015). In dit laatste boek worden vraagtekens gezet 'bij de biomedische eenzijdigheid' en wordt 'de ware identiteit van de psychiater' gezien als 'een persoon, die de medische, psychotherapeutische en ethische attitudes integreert'. Er zou 'ontstolling van psychiatrische concepten (bijv. schizofrenie, suïcidaliteit, automutilatie)' moeten plaatsvinden.

Van Os is ruimschoots bekend om zijn ferme kritiek op de DSM en doet voorstellen voor een 'nieuwe diagnostiek'. Swinkels benadrukt 'menschelijkheid en de menselijke maat'. Relatief onderbelicht blijft de contextuele psychiatrie, het focus op omgevingsfactoren, ook in dit tijdschrift.

### Positie van naastbetrokkenen

Hoewel de meeste ggz-instellingen formeel wel vaak een 'familiebeleid' etaleren, hebben wij de overtuiging – gebaseerd op onder meer de contacten met familiebelangenverenigingen – dat naastbetrokkenen in de praktijk van de psychiatrie (voor volwassenen) nog te weinig serieus bij de behandeling en begeleiding worden betrokken. Dat blijkt ook uit het toekennen van subsidie door het Kwaliteitsnetwerk GGZ voor een 'Generieke module samenwerking en ondersteuning naastbetrokkenen van mensen met psychische problematiek'.

Het probleem ligt naar ons idee dieper. Sommige kwalificaties, zoals de 'schizofrenogene' moeder of 'ijskastmoeder', beschouwen we als uit een ver verleden (jaren zeventig), maar zijn die in de huidige tijd niet vervangen

### AUTEURS

**ERWIN VAN MEEKEREN**, psychiater in eigen praktijk (Meek-it.com) en bij Scelta, expertisecentrum voor persoonlijkheidsproblematiek.

**JAN BAARS**, klinisch psycholoog/systeemtherapeut, hoofd van diverse behandelprogramma's, Rembrandthof, Hilversum (GGZ Centraal).

### CORRESPONDENTIEADRES

Erwin van Meekeren, Scelta, Van de Spiegelstraat 19, 2518 ES Den Haag.

E-mail: evm@claproth.com

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 24-9-2015.

door andere belastende connotaties? We leggen in behandelplanbesprekingen te gemakkelijk verbanden tussen symptomen en opvoeding en we publiceren veelvuldig over 'de oorzaak' die te vinden zou zijn in verwaarlozing, misbruik en andere kwaadaardigheden van opvoeders. Onder meer op het internet kunnen naastbetrokkenen deze opvattingen ook zelf lezen.

Uiteraard ontkennen we de betekenis van ingrijpende gebeurtenissen en de breuken in het verleden niet. En over invaliderende betrokkenheid (*expressed emotion*) in de vorm van kritiek en vijandigheid is gepubliceerd aan gaande schizofrenie, bipolaire stoornis, depressie, eetstoornissen en borderlinepersoonlijkheidsstoornis (Bailey & Grenyer 2014).

Het gaat ons erom de mogelijkheid te vergroten tot herstel van verbinding, steun en samenwerking, mede omdat van de kant van naastbetrokkenen nog te veel geluiden komen van zich niet gehoord en gezien voelen, buitengesloten worden, impliciete en expliciete beschuldigingen krijgen en niet uitgenodigd worden behalve voor 'de eenmalige heteroanamnese'. Wij komen nog al eens professionals tegen, deels in opleiding, maar ook met jarenlange ervaring, die nooit of zelden met partners, kinderen, gezinnen of andere naastbetrokkenen in de kamer zitten.

Binnen de GGZ-opleiding, psychotherapieopleiding en de specialistische opleiding tot klinisch psycholoog is systeemtherapie vaak slechts een (te) marginaal onderdeel. Aan de universiteit wordt er nauwelijks in gedoceerd en de praktijkopleidingen zijn met name gericht op methodische individuele (vaak protocollaire) behandelingen. Praten met naastbetrokkenen behoort nauwelijks tot hun werkzaamheden en zo ontstaat er 'koudwatervrees'.

Op het eerste gezicht lijken psychiaters een relatief gunstige uitzondering. Binnen de opleiding is er de laatste

jaren is er wat meer aandacht gekomen voor de context en het systemische werken. Ook doen zij in hun praktijkdeel, met name in de acute psychiatrie, enige ervaring op met het praten met familieleden en andere naastbetrokkenen. Intussen vraagt de politiek om meer betrokkenheid van naasten bij onze patiënten. Zij krijgen (mantel)zorg opgedrongen. Maar veel naastbetrokkenen weten niet goed hoe om te gaan met mensen met ingewikkelde gedragingen of – ernstige - psychiatrische symptomen. Zij worden overvallen door onzekerheid, onbegrip, rouw, gevoelens van schuld, falen en schaamte, en raken zelf overbelast en krijgen psychische problemen, en in meerdere opzichten overstijgt de zorg de taken die voortvloeien uit normale rollen die ouders, partners, kinderen, broers en zussen hebben (Bransen 2014; Bailey 2015; Slaats 2013). En er is vaak een voorgeschiedenis waarbij een of beide partijen zich misdeeld, niet erkend, niet gehoord of zelfs mishandeld voelen. Hoe ernstiger de problematiek, hoe groter de noodzaak van aandacht voor de context. Uiteindelijk ligt de kern van onze inspanningen in het weer mee (laten) doen van psychiatrische (ex-)patiënten in het maatschappelijk verkeer, zowel op het gebied van werk als in het sociale verkeer, met daarbij zo min mogelijk relationele spanningen.

### **Toegevoegde waarde van een systeemvisie**

Het is onze missie om een contextuele benadering in de breedte te promoten, zodat hoofdbehandelaars (regiebehandelaars) in staat zijn adequate gesprekken te voeren in de triade professional-patiënt-naastbetrokkenen. Je hoeft geen systeemtherapeut te zijn of te worden om dat te doen. Het ligt natuurlijk wel voor de hand om gebruik te maken van een systeemvisie en systeemtherapeuten bij complexe relationele dynamiek in te zetten.

Zowel binnen de algemene behandelrelatie als de psychotherapeutische relatie staat de dyade centraal. Onderzoek naar gehechtheid heeft ons de laatste jaren veel geleerd over het belang om gezien en gehoord te worden. Dit heeft een direct effect op het ervaren van stress en emotieregulatie. Bij systemen gaat het om relationele driehoeken en wordt het thema 'erbij horen' toegevoegd. Hierbij gaat het ook om de posities die men ten opzichte van elkaar inneemt. Hiërarchie, bescherming en macht (in- en buitensluiting) worden onderwerpen.

Wij noemen enkele verworvenheden uit de systeemtherapie:

- Procesdenken. Problemen en klachten worden vooral onderzocht op het niveau van effect en betekenis in de belangrijke relaties en overige 'contextvariabelen'. Er wordt vooral gekeken naar wat er tussen personen plaatsvindt. Communicatie en menselijke veranderingsprocessen verlopen niet lineair, maar circulair. Het

zoeken naar procesvariabelen is relevanter en bruikbaar dan zoeken naar de oorzaak of de waarheid. Het is niet de kip of het ei, maar zowel kip als ei, het kippenhok en boer en voer (Lawick 2009). Problemen kunnen niet losgekoppeld worden van het ontwikkelings- en levensloopperspectief en overgangsfasen.

- Multipartijdigheid. Bij multipartijdigheid gaat het om het zich wisselend verbinden met alle leden van het systeem, zodat iedereen zich erkend voelt in zijn of haar positie. Door in diagnostiek en behandeling betrokkenheid te tonen aan alle deelnemers en aandacht te besteden aan de verschillende perspectieven ontstaat er in de verhalen meer ruimte voor andere ervaringen, hetgeen de mogelijkheden voor behandeling uitbreidt. Multipartijdigheid bevordert dialoog, zorg en ruimte.
- Sociale context. Psychische problemen zijn veelal direct verbonden met de maatschappelijke positie (context): armoede, gender, ras, culturele achtergrond zijn niet te verwaarlozen factoren; problemen worden sterk 'gekleurd' door het maatschappelijk debat van de desbetreffende tijd. Immers 'erbij horen' is een belangrijk element van psychische gezondheid.
- Focus verleggen. Omdat de ggz-organisatie als 'hulpverleningssysteem' toenemend rond stoornissen is georganiseerd, wordt er vooral aandacht besteed aan problemen en disfuncties. Er moeten voldoende problemen zijn om toegang tot de zorg te krijgen, waardoor verhalen toenemend 'probleemverzadigd' raken. Je kunt de aandacht verleggen van problemen naar veerkracht en acceptatie en het mobiliseren van sociale en familiale steun. Een mens is meer dan zijn of haar stoornis, waarbij zijn of haar 'verhaal' (narratief) van belang is.

### **Evidentie**

Goede overzichten van alle ontwikkelingen in de systeemtherapie, inclusief verschillende toepassingen en evidentie zijn gegeven onder anderen door Sprenkle (2012), Carr (2013; 2014) en Lange (2014). Jaarlijks beschrijft Carr alle internationale ontwikkelingen en recent ook over nieuwe toepassingen binnen de medische (*medical family therapy*) en de klinisch psychiatrische setting. Evidentie is er bij schizofrenie, autisme en bipolaire stoornissen voor terugval door een kritische intrusieve houding van de omgeving. Overbetrokkenheid blijkt eerder bij te dragen aan herstel dan aan terugval (Gerlsma e.a. 2012; Kuipers 2006).

Rond verslavingsproblematiek worden gezinsvariabelen onderzocht: psychiatrische problemen bij de ouders, ernstige gezinsconflicten, losse banden tussen gezinsleden en gebrek aan opvoedingsgezag en structuur (Rowe 2012). Door de verslaving ontstaan er ook ontwrichtende problemen in een gezin (Burzovic e.a. 2006).

Bij gedragsstoornissen van kinderen en adolescenten zijn er van oudsher goede behandelresultaten met systeemtherapie. *Multisystemic therapy (MST)*, *family-focused therapy (FFT)* en *multidimensional family therapy (MDFT)* zijn *evidence-based* behandelingen (Henggeler e.a. 2010). Bij eetstoornissen zijn er goede resultaten bij een behandeling die zowel individueel als gezinsgericht is (Hollesen e.a. 2013; Wallis e.a. 2013). Ook bij angststoornissen werkt zo'n gecombineerde aanpak (Baucom e.a. 2012). Bij stemmingsstoornissen blijkt er bij vrouwen een sterk verband met relationele factoren: depressie en problemen in de partnerrelatie houden elkaar in een vicieuze greep (Beach & Wisman 2012). Het betrekken van de partner in de behandeling is vanuit dit perspectief vanzelfsprekend. Rond partnerrelatietherapie hebben zich de laatste jaren *evidence-based* behandelingen ontwikkeld, zoals *emotion focused therapy* (Johnson 2004).

### Hoe psychiatrie en systeemtherapie uit elkaar groeiden

Na een eerdere marginalisatie (Shields e.a. 1994) hebben de laatste jaren veel systeemtherapeuten zich teruggetrokken op hun 'eigen domein', mede door de betrekkelijk marginale positie en onvrede over het vooral biologische paradigma in de psychiatrie. Veel systeemtherapeuten lieten zich hierin vooral inspireren door het postmodernisme. Hierin is alle waarheid betrekkelijk en zijn alle meningen evenveel waard. Het kan ontaarden in absoluut relativisme, waardoor de verbinding met het lijden aan een ziekte soms uit het oog werd verloren. Psychiatrie en systeemtherapie werden teveel aparte domeinen. Het 'aparte' domein systeemtherapie is zich enigszins gaan kenmerken door 'schrikdraad': een kritische houding als 'hier doen we niet aan mee'. Wij noemen enkele hete hangijzers:

- Individuele diagnostiek. De systeemtherapie heeft lang een ambivalente relatie gehad met individuele diagnostiek. Het tij lijkt (deels) gekeerd, maar er is bij professionals soms nog een associatie met 'bagatelliseren' van individuele stoornissen. Terwijl de psychiatrie in de ban was van de neurobiologische vooruitzichten, zich al dan niet met enthousiasme verbindend aan de DSM en gerandomiseerde gecontroleerde trials (RCT's), nam onder veel systeemtherapeuten de allergie toe voor die ontwikkeling wat betreft psychiatrische diagnoses in het algemeen en de DSM-classificatie in het bijzonder. Ook onze samenleving – en daarmee de behandelpraktijk – richtte zich steeds meer op individualiteit en autonomie.

Tegelijkertijd is de DSM-classificatie de drempel tot behandeling (DBC's) en maatschappelijke ondersteuning ('rugzak'). Hulpvragen zijn meestal individueel geformuleerd, hoeveel gezinnen vragen om behandeling? Inmiddels zijn instellingen veelal op planbare individuele vragen georga-

niseerd. Veel instellingen hebben een doelgroepenbeleid, met homogene groepen/stoornissen. In toenemende mate zou behandeld moeten worden volgens richtlijnen die gebaseerd zijn op individuele stoornissen. De ambivalentie van systeemtherapeuten wordt dan deels begrijpelijk, want systeemtherapie richt zich juist op relaties.

- Expertrol. Terwijl in de ogen van systeemtherapeuten de psychiaters via de NVvP – en recent door het opgaan in de Federatie van Medisch Specialisten Nederland – meer kozen voor een expertrol als medisch specialist, maakten systeemtherapeuten zich sterk voor de zogenoemde participanten- en consulentrol (Van Oenen e.a. 2014a). Expert leek voor hen geassocieerd met 'top-down', uitschakelen van dialoog of verantwoordelijkheden van de ander.

- De wetenschap. De wetenschap wordt als fundament gezien van het denken en handelen binnen de medische wetenschap. Binnen de systeemtherapie leefde de opvatting dat - met name het huidige op RCT's en op *evidence* georiënteerde - onderzoek vaak reducerend en simplificerend was. Terwijl de systeemtherapie de individuele casusbeschrijving en procesonderzoek als kwalitatief uitgangspunt nam, zag de psychiatrie dat hoogstens als aanvulling op kwantitatief onderzoek bij groepen 'homogene' individuen.

### Perspectieven voor een toenadering

Wij zien veel mogelijkheden tot samenwerking (gesymboliseerd in onze eigen achtergrond en samenwerking: de eerste auteur is psychiater, met een contextuele visie op het vak en de tweede auteur is systeemtherapeut, werkend met mensen met ernstige psychiatrische stoornissen) en toenadering, die al enigszins gaande lijkt. Zo is er binnen de psychiatrie groeiende kritiek op snelle, eendimensionale diagnostiek en onterecht gebruik van het classificatiesysteem DSM en binnen de systeemtherapie in veel kringen minder verzet tegen individuele diagnoses. Mede vanuit het hechtingsperspectief is er veel meer oog en ruimte gekomen voor de samenhang individu en systeem.

In hun artikel 'Consensusgericht systemisch interviewen en interveniëren' beschrijven Van Oenen e.a. (2012) een systemisch 'goed genoeg'-pakket voor hulpverleners in de psychiatrie. Meerdinkveldboom (2012) schreef over hoe de verhouding lineair en circulair meer geïntegreerd kan worden. Onlangs (2014) werd een geheel nummer van het blad *Systeemtherapie* gewijd aan autisme.

Dat juichen wij toe, omdat diagnostiek behoort tot de organiserende capaciteiten van het menselijk bewustzijn om bij stress tot een vaststelling en analyse van problemen te komen en ook *erkennend* kan zijn (Baars & Lindenberg 2013). Herkenning (lotgenoten) kan louterend werken. De patiënt wordt weer meer onderdeel van zijn of haar directe sociale netwerk ('Ik wist niet dat je zo depressief was en heb

me niet gerealiseerd dat ik meer verantwoordelijkheid moest nemen wat betreft de zorg voor de kinderen’).

De psychiatrie kan weer leren van het constructionistisch-kritisch perspectief waarin context en observator het geobserveerde bepalen en de werkelijkheid wordt geconstrueerd in een wederkerig beïnvloedingsproces (Sermijn 2008). Een geïntegreerde benadering waarin zowel plaats is voor individuele behandeling als een steeds terugkerende betrokkenheid van naasten zou uitstekend passen bij het systeemtherapeutische principe van ‘het geheel is meer dan de som van de delen’.

De Vos (2012) en Römer (2014) laten zien hoe je aandacht voor de individuele stoornis goed kan combineren met een systeemvisie. De techniek van het ‘externaliseren’ is zeer bruikbaar in de psychiatrie. Het is een manier om de psychiatrische stoornis als onderdeel te lokaliseren en te personificeren: wat heeft depressie met uw leven gedaan en wat heeft het voor invloed op uw belangrijke relaties? Hoe je met verschillende rollen – expert, procesconsulent en participant – kunt variëren om ze vervolgens te integreren, bespreken Van Oenen e.a. (2014a) in dit tijdschrift.

Ook vanuit een klassiek medisch-psychiatrisch perspectief in een typische expertpositie zoals bij psycho-educatie is het voorschrift om behalve met patiënten ook met naastbetrokkenen in gesprek te gaan, waarin ‘afstemming (zowel relationeel, emotioneel als cognitief) een cruciale rol’ speelt (Hoencamp & Haffmans 2013). De medewerking van naastbetrokkenen is cruciaal bij zowel veranderingsprocessen als acceptatie. Zo kunnen psychiatrie, familiebeleid en systeemtherapie zich krachtig met elkaar verbinden (van Oenen e.a. 2014b).

Zonder wetenschappelijk onderzoek geen bestaansrecht en geen vooruitgang. Maar wetenschappelijk onderzoek heeft geen claim op de waarheid, maar wordt nu juist gekenmerkt door de meest kritische houding. Dus dient er ook te worden gezocht naar nieuwe wegen naast de klassieke ‘RCT’s’ (juist de systeemtheorie heeft oog voor de asymmetrie), zodat de wetenschap ook recht doet aan haar oorspronkelijke beginpunt: spoorzoeken en patroonherkenning. Tot nu toe is er bijzonder weinig energie en geld gestoken in het onderzoek naar het effect van interventies gericht op naastbetrokkenen.

Volgens De Wachter (2004) is integratie van wetenschappelijke en narratieve elementen een belangrijke manier om het reële lijden van families met een patiënt met ernstige psychiatrische problemen te beantwoorden. Binnen de systeemtherapie is er de laatste jaren meer aandacht gekomen voor wetenschappelijk onderzoek. Toch blijft de vraag of de systeemtherapie haar bestaansrecht al voldoende wetenschappelijk heeft aangetoond. Heeft ze daarmee voldoende plaats veroverd binnen allerlei soorten richtlijnen? Dat lijkt niet het geval, hoewel de systeemthe-

rapie intussen wel een rijkdom aan concepten, visies en technieken heeft opgeleverd.

## Onze aanbevelingen

Wij zijn er een groot voorstander van dat psychiaters (alle hoofdbehandelaars of regiebehandelaars) om kunnen gaan met multipartijdigheid en andere kennis uit de systeemtheorie, en vooral dat zij adequaat leren praten met naastbetrokkenen (Van Meekeren & Baars 2011). Daarom doen we de volgende aanbevelingen:

- Samenwerking. Wij bepleiten daartoe een intensievere samenwerking die begint op verenigingsniveau (NVvP-NVRG). Het gaat om het bevorderen van die samenwerking in woord en gebaar, en specifiek binnen de verschillende opleidingscurricula. Dat leidt onder meer tot psychiaters die beter oog hebben voor contextuele aspecten en systeemtherapeuten die beter oog hebben voor individuele psychiatrische problematiek.
- Toenadering. Psychiatrische instellingen en teams zouden een proactievere rol kunnen spelen met een uitnodigende attitude naar systeemtherapeuten. Vanuit de systeemtherapie zijn er welwillende geluiden: ‘integratie vraagt om op te houden om alleen met onszelf te praten’ (Boeckhorst 1997). Naar ons idee is de systeemtherapie de laatste jaren teveel een aparte behandelentiteit, behandelsetting geweest waardoor de systeemtherapeutische principes binnen de ggz voor volwassenen op de achtergrond zijn geraakt.

De NVRG miste de aansluiting bij de verschillende familieverenigingen en bij de enorme ontwikkelingen van het familiebeleid, landelijk en binnen instellingen, en bij het participeren in beleidsdocumenten als modelregeling en criteria familiebeleid. De verbinding met de ervaringsdeskundigheid van patiënten en familieleden is zodoende veel te weinig gebruikt om de principes van de systeemtherapie te incorporeren. De NVRG lijkt inmiddels bezig met een inhaalslag en het zoeken naar meer verbinding.

In HOOP (zie [www.nvvp.net](http://www.nvvp.net)) is te vinden: ‘De aios bespreekt medische informatie goed met patiënten en desgewenst met familie’. Dat is te weinig. Een adequate opleiding leidt ertoe dat kennis over en kunnen praten met ‘de omgeving’ niet voorbehouden zijn aan de systeemtherapeut. Een systeemvisie wordt dan daadwerkelijk meer onderdeel van een geïntegreerde diagnostiek en behandeling en krijgt de voet aan de grond die ze verdient.

- In de praktijk. Families en naasten worden veel meer betrokken en zijn te zien in de spreekkamers, of worden actief betrokken bij outreachend werken. Systeemtherapeuten zijn inzetbaar voor het uitvoerende specialistische werk, maar ook in ruime mate voor inter- en supervisies en als docent in opleidingen. Ook kunnen zij vanuit zo’n positie kritisch zijn op inzetbaarheid en

'bijwerkingen', zoals schuldinductie en negeren van individuele stoornissen, van systeeminterventies (Hartgers 2010). Onze visie is dat de psychiater, zoals de huisarts in de alledaagse geneeskunde, 'van alle markten thuis' is, contextuele aspecten herkent en signaleert en interventies doet naar gelang zijn expertise en ervaring.

- Suggesties voor de opleiding. Onze belangrijkste suggestie is dat er in de Profielschets en binnen de opleiding (HOOP) meer aandacht komt voor samenwerking binnen de triade professional-patiënt-naastbetrokkenen. Het gaat om veel meer dan voorlichting. Concreet betekent dit bijstelling in de competenties communicatie en samenwerking.

In 'Communicatie: 2.3' staat nu: 'De aios bespreekt medische informatie goed met patiënten en desgewenst met familie.' Dat moet worden: 'De aios bespreekt medische informatie goed met patiënten en indien *geïndiceerd* met familie.'

Bij 'Samenwerking, aanvulling: 3.5': De psychiater is in staat tot samenwerking in de triade psychiater-patiënt-naastbetrokkenen.

Dat leidt tot verdere aanvullingen zoals:

- In Tabel 3.4 'De aios is aan het eind van dit thema/deze thema's in staat tot: samenwerking met naastbetrokkenen.'
- Bij 'Psychiatrische ziekteleer: systeemvisie': 'Basale vaardigheden die minimaal aan de orde komen: in staat tot samenwerking in de triade psychiater-patiënt-naastbetrokkenen.'

Ten slotte behoort het voorgaande dan uiteraard ook tot 'Competenties van docenten, supervisors en opleiders in de opleiding tot psychiater'.

### Implementeren en effectueren

Er zijn al veel publicaties (beleidsdocumenten, richtlijnen, modelregeling, criteria familiebeleid) en initiatieven (Bransen e.a. 2013). Er is geld vrijgemaakt door het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz voor de ontwikkeling van een generieke module over het betrekken en ondersteunen van naastbetrokkenen (familiesysteem, mantelzorgers) bij

de zorg voor patiënten met psychische problematiek. Zo moet deze benadering ingepast worden in de gehele keten van ggz: van huisarts, generalistische (basis-)ggz tot specialistische ggz.

De module zal concrete aanbevelingen geven aan zorgverleners en aanwijzingen voor de organisatie (toegang, samenwerking) van het betrekken en ondersteunen van naastbetrokkenen binnen de geldende (wettelijke) randvoorwaarden. Ook de NVvP ondersteunt dit project, evenals 'Een krachtige stem, patiënt en familie structureel centraal in kwaliteitsstandaarden'. Dit is een projectvoorstel van het Landelijk Platform GGz, ook door het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling goedgekeurd. 'De rol van patiënten en hun familie wordt hiermee in het proces gelijkwaardig aan die van de behandelaar'.

Het is nu van belang dat belangstelling voor naastbetrokkenen meer wordt dan interesse in de familie 'met oog op genetica en erfelijkheid' (Van der Ploeg 1999), meer dan 'het familiebeleid' van een instelling of een blok systeemtherapie in de opleiding. Wij hopen dat de triadegedachte zichtbaar en voelbaar wordt in de spreekkamers of bij huisbezoeken, zeker als het gaat om de zorg voor een grote groep mensen die lijdt aan een ernstige psychiatrische aandoening, en waarbij ook hun naasten lijden en overbelast raken. Dat alles is extra hard nodig nu er een groter politiek beroep gedaan wordt op de patiënt en diens naastbetrokkenen in deze tijd van transities: meer zorg naar huisarts en diens praktijkondersteuner (POH), overheveling van specialistische ggz naar basis-ggz, van instellingen naar wijkteams, van (jeugd)psychiatrie naar gemeenten.

'Een bejegening met aandacht voor (veer)kracht en hoop kan voor familieleden vanaf het eerste contact met hulpverleners het verschil maken tussen leedtoevoeging en begin van herstel' (Slaats 2013). Al ruim 20 jaar geleden sprak Lange (1994) in zijn inaugurele rede 'Over de noodzaak om systeemtherapie en individuele therapie te integreren'. Het is de hoogste tijd om daar concreter uitvoering aan te geven.

*'Historici zeggen vaak dat er een pendulumbeweging is in ons vak, waarbij we in perioden tussen een meer biologische en een meer contextueel gedreven psychiatrie alterneren. Het zou kunnen zijn dat we bezig zijn de context weer opnieuw uit te vinden' (Beekman 2013).*



## LITERATUUR

- Baars J, Lindenborn A. Diagnostiek. In: Baars J, Meekeren E van, red. Een psychische stoornis heb je niet alleen. Praten met families en naastbetrokkenen. Amsterdam: Boom; 2013. p. 205-20.
- Bailey RC, Grenyer FS. The relationship between expressed emotion and well-being for families and carers of a relative with borderline personality disorder. *Personal Ment Health* 2015; 9: 21-32.
- Bailey RC. Caring for a person with personality disorder: a study of carer burden, support needs and interventions. [Thesis]. Wollongong: University of Wollongong; 2014.
- Baucom DH, Whisman MA, Paprocki, C. Couple based interventions for psychopathology. *J Fam Ther* 2012; 34: 250-70.
- Beach SRH, Whisman MA. Affective disorders. *J Marital Fam Ther* 2012; 38: 201-19.
- Beekman AJ. Voorwoord. In: Baars J, Meekeren E van, red. Een psychische stoornis heb je niet alleen. Praten met families en naastbetrokkenen. Amsterdam: Boom; 2013. p. 19-20.
- Boeckhorst F. Meervoudige perspectieven. Een wandeling door de ideeëngeschiedenis van de systeemtherapie. *Systeemth* 1997; 9 :15-49.
- Bransen E, Paalvast M, Slaats M. De kracht van naasten ontsluiten In: Baars J, Meekeren E van, red. Een psychische stoornis heb je niet alleen. Praten met families en naastbetrokkenen. Amsterdam: Boom; 2013.
- Burzovic AJ, O'Farrell TJ, Fals-Steward W. Does individual treatment for alcohol fathers benefit their children? A longitudinal assessment. *J Consult Clinic Psychol* 2006; 74: 191-8.
- Carr A. Thematic review of family therapy journals 2012. *J Fam Therapy* 2013; 35: 407-20.
- Carr A. Thematic review of family therapy journals in 2013. *J Fam Ther* 2014; 36: 420-43.
- Compton MT, Shim RS. The Social Determinants of Mental Health. Arlington: American Psychiatric Publishing; 2015.
- Fischer A. Zin en onzin van emoties. Amsterdam: Bert Bakker; 2010.
- Fisher M, Baum F. The social determinants of mental health: implications for research and health promotion. *Aus N Z Psychiatry* 2010; 44 :1057-63.
- Gerlsma C, Karsen J, Sleurink K. Gezinsinteracties als risicofactor in een forensische psychiatrische context. Over de betekenis van expressed emotion. *De Psycholoog* 2012; 47: 39-47.
- Hartgers M. Over de bijwerkingen van systeemtherapie. *Systeemth* 2010; 22: 65-82.
- Henggeler SW, Schoenwald SK, Borduin ChM, Rowland MD, Cunningham PhB. Multisysteemtherapie voor kinderen en jongeren met antisociaal gedrag. Amsterdam: SWP; 2010.
- Hoencamp E, Haffmans J. Psycho-educatie geef je nooit alleen. In: Baars J, Meekeren E van, red. Een psychische stoornis heb je niet alleen. Praten met families en naastbetrokkenen. Amsterdam: Boom; 2013. p. 221-37.
- Hollesen A, Clausen L, Rokkedal K. Multiple family therapy for adolescents with anorexia nervosa: A pilot study of eating disorder symptoms and interpersonal functioning. *J Fam Ther* 2013; 35: 53-67.
- Johnson SM. The practice of emotionally focussed couple therapy: creating connection (2nd ed.). New York: Brunner-Routledge; 2004.
- Kahn R. De appel en de boom. Amsterdam: Balans; 2011.
- Keyzers C. Ons empathische brein; waarom we sociaal zijn dan we denken. Amsterdam: Bert Bakker; 2012.
- Kleef G van. Op het gevoel; hoe we elkaar beïnvloeden met onze emoties. Amsterdam: Atlas; 2012.
- Kuipers E. Family interventions in schizophrenia: evidence for efficacy and proposed mechanisms of change. *J Fam Ther* 2006; 28: 73-80.
- Lange A. De verzuiling in de psychotherapieën en individuele therapievormen te integreren. Rede. Houten/Zaventem: Bohn Stafleu Van Loghum; 1994.
- Lange A. Systeemtherapie en onderzoek, de stand van zaken. In: Savenije A, Lawick MJ van, Reijmers ETM, red. Handboek Systeemtherapie. Utrecht: De Tijdstroom; 2014. p. 109-28.
- Lawick J van. Systemische interventies. In: Colijn S, Snijders H, Bögels S, Trijsburg W. Leerboek psychotherapie. Utrecht: De Tijdstroom; 2009. p. 505-17.
- Meekeren E van, Baars J. Psychische stoornissen en naastbetrokkenen – Een praktijkboek voor behandelaars. Amsterdam: Boom; 2011.
- Meerdinkveldboom, J. Adviseren in de kinder- en jeugdpsychiatrie. Van lineaire naar circulaire causaliteit. *Systeemtherapie* 2012; 24: 191-203.
- Milders F, Thunnissen M. Psychotherapeutische psychiatrie. Utrecht: de Tijdstroom; 2015.
- Oenen FJ van, Cornelis J, Bernardt C. Consensusgericht systemisch interviewen en interveniëren – Een systemisch 'goed genoeg'-pakket voor hulpverleners in de psychiatrie. *Systeemtherapie* 2012; 24: 63-81.
- Oenen FJ van, Deursen S van, Cornelis J. De rollen van de psychiater; medisch, contextueel én persoonsgericht denken en handelen in de psychiatrie. *Tijdschr Psychiatr* 2014a; 56: 728-36.
- Oenen FJ van, Cornelis J, Bernardt, C. Systemisch werken in een psychiatrische context. In: Savenije A, Lawick MJ van, Reijmers ETM, red. Handboek systeemtherapie. Utrecht: De Tijdstroom; 2014b. p. 717-32.
- Os J van. De DSM-5 voorbij; persoonlijke diagnostiek in de nieuwe GGZ. Leusden: Diagnosis; 2014.
- Ploeg GL van der. De familie in de geschiedenis van de psychiatrie. *Tijdschr Psychiatr* 1999; 41: 412-25.
- Pols J. Veertig jaar psychiatrie. Utrecht: De Tijdstroom; 2015.
- Römer M. Wie heeft er meeste last van 'ADHD'? In: Meekeren E van, Baars J, red. Themanummer Naastbetrokkenen. Tijdschrift voor psychotherapie 2014; 40: 49-62.
- Rowe CL. Family therapy for drug abuse: Review and updates 2003-2010. *J Marital Fam Ther* 2012; 38: 59-81.
- Sermijn J. Ik in veelvoud. Leuven/Voorburg: Acco; 2008.

- Shields C, Wynne L, McDaniel S, Gawinski B. The marginalisation of family therapy: a historical and continuing problem. *J Marital Fam Ther* 1994; 20: 117-38.
- Slaats M. Ervaringen van familieleden en naastbetrokkenen. In: Baars J, Meekeren E van, red. Een psychische stoornis heb je niet alleen. Praten met families en naastbetrokkenen. Amsterdam: Boom; 2013. p 143-59.
- Sprenkle DH. Intervention research in couple and family therapy: a methodological and substantive review and an introduction to special issue. *J Marital Fam Ther* 2012; 38: 3-29.
- Sommers S. Wij zijn onze omgeving. Hoe situaties ons gedrag beïnvloeden. Amsterdam: Maven; 2012.
- Autisme. Themnummer *Systeemtherapie* 2014; 26: 126-86.
- Vos J de. Systeemtherapie en psychiatrische diagnoses... aparte werkelijkheden? *Systeemtherapie* 2012; 24: 204-19.
- Waal F de. Een tijd voor empathie. Amsterdam: Contact; 2009.
- Wachter D De. Family work for schizophrenia: a practical guide (second edition). *Systeemtherapie* 2004; 16: 174-5.
- Wallis A, Alford C, Hanson A, Titterton J, Madden S, Kohn M. Innovations in Maudsley family based treatment for anorexia nervosa at the Children's Hospital at Westmead: a family admission programme. *J Fam Ther* 2013; 35: 68-81.

## SUMMARY

# Contextual psychiatry: a re-evaluation focusing on family system therapy

E. VAN MEEKEREN, J. BAARS

**BACKGROUND** Mental health services are currently in a state of flux and psychiatry is being affected by cost-cutting measures and is seeking a new direction. In this article we advocate the re-evaluation of contextual psychiatry. We focus primarily on the position of caregivers in view of the Dutch government's political decision that mental health care problems should, if at all possible, be solved in the intimacy of the family, involving care givers and family members. This decision has put these people, who are already over-burdened, under extra pressure if they do not receive additional support.

**AIM** To analyse the causes of the restricted influence of systemic insights in psychiatry and to make recommendations regarding the need for the re-evaluation of contextual psychiatry, in order to further the dialogue between the triad professional, patient and caregiver.

**METHOD** Our article consists of a qualitative review and our analysis, opinions and recommendations.

**RESULTS** Caregivers feel that they do not receive enough attention. Professionals feel uncomfortable in dialogues with patients and caregivers because of issues such as loyalty, divided allegiance and the need for privacy. There are sufficient arguments to support the integration of systemic therapy into general psychiatric practice.

**CONCLUSION** Caregivers are essential partners for supplying information and support during the process of change. They deserve to be supported so that they do not become even more over-burdened. We advocate the re-unification of psychiatry, family policy and family therapy, more collaboration between the Dutch Association of Psychiatry and the Dutch Association of Family therapy and the introduction of new sections into existing teaching courses.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 58(2016)4, 301-308

**KEY WORDS** contextual psychiatry, family issues, family therapy, family therapist