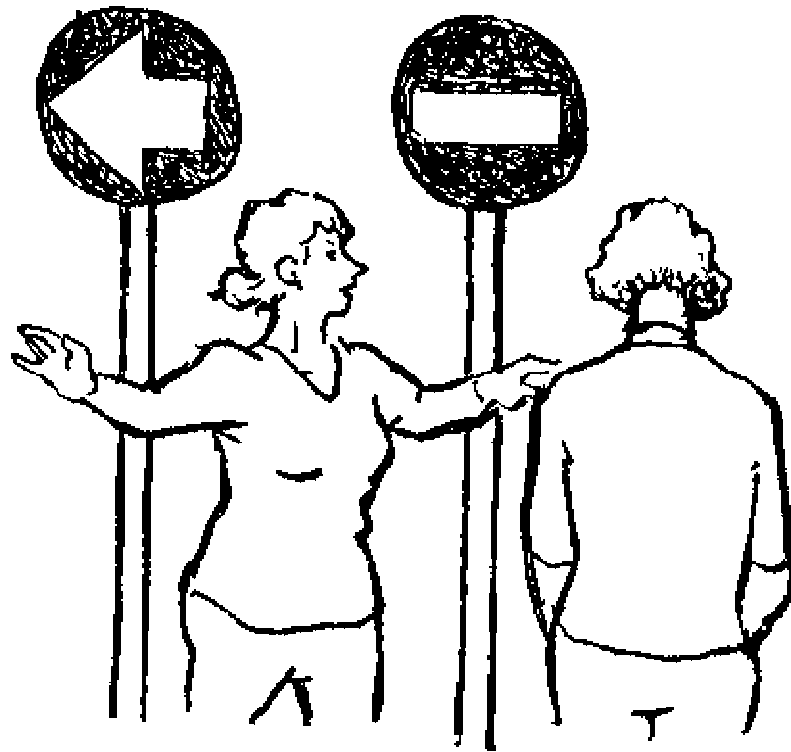


‘Wegwijs in de psychiatrie’



Productverslag

Afstudeerproject

T.R. den Boer

SPH dt 4b

2005

1^e Beoordelaar: Ellen de Jong

2^e Beoordelaar: Jacob de Ligny

Inleiding.	2
Hoofdstuk 1 : De organisatie van het proces.	3
§ 1.1. Inleiding.	3
§ 1.2. Motivatie voor het onderwerp.	3
§ 1.3. De deelvragen.	4
§ 1.4. De doelgroep.	4
§ 1.5. Plan van aanpak.	4
Hoofdstuk 2 : De ontwikkeling in het proces.	9
§ 2.1. Inleiding.	9
§ 2.2. Antwoorden op deelvragen 1 t/m 4.	9
§ 2.3. Samenvatting.	13
Hoofdstuk 3 : De keuzes voor het eindproduct.	14
§ 3.1. Inleiding.	14
§ 3.2. Vorm.	14
§ 3.3. Inhoud en gebruik.	15
Hoofdstuk 4 : Een blik op het eindproduct.	16
§ 4.1. Inleiding.	16
§ 4.2. Schizofrenie.	16
§ 4.2.1. Inleiding.	16
§ 4.2.2. Oorzaken.	16
§ 4.2.3. Symptomen.	17
§ 4.2.4. Schizofrenie en subtypen.	17
§ 4.2.5. Behandeling.	18
§ 4.2.6. Gevolgen.	19
§ 4.2.7. DSM-IV.	19
§ 4.2.8. Handvatten behandelplan.	20
Hoofdstuk 5 : Reflectie op het eindproduct.	21
§ 5.1. Inleiding.	21
§ 5.2. Criteria eindproduct.	21
§ 5.3. Toetsing eindproduct.	21
§ 6.1. Inleiding.	23
§ 6.2. Evaluatie.	23
Literatuurlijst.	24

Inleiding.

Dit productverslag zal de inhoudelijke verantwoording van het eindproduct zijn, deels met betrekking tot inzichten en keuzes die ik heb gemaakt voorafgaand aan het eindproduct en deels met betrekking tot de geschiktheid na de totstandkoming daarvan.

Het gedeelte vooraf betreft de weergave van de manier waarop ik aan dit proces ben begonnen en hoe de keuzes voor het uiteindelijke product tot stand zijn gekomen, met betrekking tot de inhoud en de vorm.

Aan het eind van dit verslag zal ik een evaluatie van het uiteindelijke product beschrijven.

De probleemstelling die ik heb onderzocht om tot een eindproduct te komen betreft de afdeling waar ik werk. De probleemstelling is voort gekomen uit mijn eigen ervaring, maar tevens was het ook een vraag van mijn directe collega's. Dit is uitgebreid beschreven in mijn startdocument die ik voorafgaand heb gemaakt en waarvan de belangrijkste punten zijn meegenomen in het eerste hoofdstuk.

De **probleemstelling** luidt als volgt;

Hoe kunnen de medewerkers van het begeleidingsteam van de Sociowoning van DeltaBouman ondersteund worden bij de problemen die zij ondervinden m.b.t. de begeleiding van de patiënten met verslavingsproblematiek en een psychiatrische achtergrond (zoals diagnostiek, symptomen voorzien, etc.)?

Deze vraag is voortgekomen uit de situatie waarin de Sociowoning zich nu bevindt. De Sociowoning heeft in het verleden weinig te maken gehad met patiënten die naast hun verslavingsproblematiek ook nog een psychische stoornis hadden. Er is echter in de loop der jaren het een en ander veranderd in de populatie van de patiënten en komt er steeds meer psychiatrie om de hoek kijken.

Omdat de werknemers van de Sociowoning geen gerichte psychiatrische achtergrond hebben is gebleken, uit mijn eerste analyse voorafgaand aan dit proces welke ik in het eerste hoofdstuk zal beschrijven, dat de werknemers moeite hebben om de patiënten op een juiste wijze te begeleiden.

De **doelstelling** voor dit afstudeerproject is dan ook;

Medewerkers van het begeleidingsteam van de Sociowoning van DeltaBouman ondersteunen zodat zij de patiënten met verslavingsproblematiek en een psychiatrische achtergrond beter kunnen begeleiden.

In dit productverslag zal ik in hoofdstuk 1 een beschrijving geven van hoe ik te werk ben gegaan naar aanleiding van de probleemstelling en de keuzes die hieraan ten grondslag liggen. In hoofdstuk 2 zal ik de resultaten weergeven van het literatuuronderzoek en de praktijkanalyse, gericht op deelvraag 1 t/m 4. Om vervolgens in hoofdstuk 3 deelvraag 5 t/m 7 te beantwoorden, die zullen leiden naar de verantwoording van de vorm en inhoud van het eindproduct.

In hoofdstuk 4 zal ik een stuk uit het eindproduct weergeven, zodat men kan zien hoe het is opgezet en tevens een stuk literatuurstudie belicht. Dit is nodig om vervolgens in hoofdstuk 5 reflectie te kunnen geven op het uiteindelijk product gericht op de kwaliteit.

Hoofdstuk 6 zal de evaluatie van het gehele proces bevatten.

Hoofdstuk 1 : De organisatie van het proces.

§ 1.1. Inleiding.

Om de probleemstelling, “Hoe kunnen de medewerkers van het begeleidingsteam van de Sociowoning van DeltaBouman ondersteund worden bij de problemen die zij ondervinden m.b.t. de begeleiding van de patiënten met verslavingsproblematiek en een psychiatrische achtergrond (zoals diagnostiek, symptomen voorzien, etc.)?”, te onderzoeken heb ik gebruik gemaakt van een literatuuronderzoek en een klein praktijkonderzoek.

In dit hoofdstuk zal ik een beschrijving geven van mijn opzet met daarin de motivatie voor het onderwerp, de deelvragen, de doelgroep en de wijze van onderzoeken. In hoofdstuk 2 zal ik hier de resultaten van beschrijven.

§ 1.2. Motivatie voor het onderwerp.

Gedurende mijn werkperiode op de Sociowoning heb ik in een redelijk kort tijdsbestek grote veranderingen zien plaatsvinden met betrekking tot de patiënten populatie. Om dit kort te omschrijven: er kwamen meer patiënten met een psychiatrische achtergrond. Zelf merkte ik dat ik tegen verscheidene problemen aanliep door deze verandering. Ik wist te weinig over psychiatrische ziektebeelden waardoor ik moeite had met het begeleiden van de patiënten. In eerste instantie merkte ik dit aan de hand van de dossiers die wij krijgen voordat een patiënt wordt opgenomen. Hierin stond o.a. de DSM IV vermeld, maar eigenlijk had ik geen idee wat de diagnoses inhielden. Daarnaast werd er in het behandelplan beschreven welke symptomen zichtbaar waren bij de patiënt.

Nadat de patiënt opgenomen was merkte ik dat er zich situaties voordeden die ik niet kon plaatsen. Na mij te verdiepen in de specifieke diagnose kwam ik er achter dat het allemaal symptomen zijn die ik niet zag, of wel zag maar niet kon plaatsen. Dit maakt het dus moeilijk om de patiënten te begeleiden.

Tijdens dit proces merkte ik zelf dat, ondanks mijn toen recent afgesloten opleiding, behoefte had aan informatie over psychiatrische ziektebeelden. Ik merkte dat ik steeds achter mijn oren moest krabben omdat ik niet wist wat de ziektebeelden precies inhielden en wat b.v. de symptomen waren met de hierboven geschetste problematiek als gevolg. Ik ben toen op de afdeling op zoek gegaan naar informatie om mijn kennis proberen te verbreden. Er bleek echter niet veel te vinden. Er is wel een nieuw behandelbeleid opgezet, wat meer toegespitst is op het behandelen van psychiatrische patiënten. Dit is wel een leidraad die je redelijk gemakkelijk kunt volgen, maar het probleem over te weinig kennis blijft bestaan.. Ik hoor mijn collega's dagelijks hun beklag doen over het feit dat ze meer willen weten over psychiatrische ziektebeelden.

Om een duidelijk beeld te kunnen geven over welke disciplines er op de Sociowoning werken, heb ik dit even kort op een rijtje gezet.

Er zijn veel verschillende disciplines werkzaam op de Sociowoning, o.a. MBO agogisch werkers, HBO agogisch werkers, MBO verpleegkundigen, Verpleegkundige A, Verpleegkundige Z, HBO verpleegkundige en maatschappelijk werkers. Dit zijn allemaal medewerkers van het begeleidingsteam. Daarnaast is er ook een behandelteam, waartoe de psychiater e.a.. behoren. Door het behandelteam wordt veel gebruik gemaakt van de DSM IV, maar bij korte navraag bij mijn collega's bleek al snel dat zij de DSM IV niet makkelijk leesbaar vinden. De mooiste omschrijving was; “ik heb er altijd een groot medisch woordenboek naast liggen om het te kunnen begrijpen.”

§ 1.3. De deelvragen.

Om tot een antwoord te komen op de probleemstelling heb ik in het startdocument een aantal deelvragen opgesteld. Deze zijn het uitgangspunt geweest bij het literatuuronderzoek en tevens bij het opstellen van de vragen voor de enquête die ik ten behoeve van het praktijkonderzoek heb gemaakt. Hieronder de deelvragen;

1. Met welke doelgroep wordt op de Sociowoning van DeltaBouman gewerkt?
2. Hoe is de organisatie en methodische werkwijze op de Sociowoning van DeltaBouman?
3. Welke problematiek ervaren de medewerkers van het begeleidingsteam van de Sociowoning van DeltaBouman bij de begeleiding van de patiënten met verslavingsproblematiek en een psychiatrische achtergrond?
4. Wat hebben de medewerkers van het begeleidingsteam van de Sociowoning van DeltaBouman nodig om de patiënten met verslavingsproblematiek en een psychiatrische achtergrond beter te kunnen begeleiden?
5. Welk product kan in deze behoefte voorzien?
6. Welke informatie is noodzakelijk voor het product?
7. Hoe kan dit product het beste in gebruik genomen worden door de medewerkers van verschillende disciplines van het begeleidingsteam op de Sociowoning?

Aan de hand van het literatuur- en praktijkonderzoek, waarvan de resultaten te lezen zijn in hoofdstuk 2 van dit verslag, zullen achtereenvolgens de deelvragen worden beantwoord.

De eerste twee deelvragen, die vooral op de organisatie gericht zijn, zullen worden beantwoord door enerzijds een kleine literatuurstudie en anderzijds door informatie uit gesprekken met mijn leidinggevende. Deelvraag drie en vier, die gericht zijn op waar de werknemers van de Sociowoning behoefte aan hebben en welke problemen zij ervaren, worden beantwoord naar aanleiding van de enquête die ik heb opgesteld ten behoeve van een klein praktijkonderzoek.

Deelvragen vijf tot en met zeven, die meer op vorm en inhoud zijn gericht, zullen aan de hand van zowel literatuuronderzoek, als praktijkanalyse worden beantwoord. Dit zal in hoofdstuk 3 plaatsvinden.

§ 1.4. De doelgroep.

Om een duidelijk beeld te krijgen over de problemen die de werknemers onder vinden op de Sociowoning zijn de medewerkers van het begeleidingsteam van de Sociowoning van DeltaBouman de doelgroep. Maar misschien zou het ook voor andere afdelingen binnen DeltaBouman van nut kunnen zijn.

§ 1.5. Plan van aanpak.

Om antwoord te krijgen op de vragen; Met welke doelgroep wordt op de Sociowoning van DeltaBouman gewerkt? En hoe is de organisatie en methodische werkwijze op de Sociowoning van DeltaBouman?, ben ik in eerste instantie op zoek gegaan naar literatuur. Op de afdeling vond ik veel jaarverslagen en notulen, hierin kon ik genoeg informatie vinden, echter was er één probleem. Om dit probleem kort te kunnen beschrijven is het belangrijk om eerst het volgende te vermelden.

In mei 2003 is Bouman Verslavingszorg (de Sociowoning was hier onderdeel van) gefuseerd met het Delta Psychiatrisch Ziekenhuis te Portugal en werd DeltaBouman. Deze fusie is tot stand gekomen, nadat de directie van Bouman Verslavingszorg inzag dat de populatie van patiënten veranderen en dat Bouman Verslavingszorg niet de expertise had in het behandelen en begeleiden van psychiatrische patiënten, hierdoor is men op zoek gegaan naar een partner, in dit geval Delta PZ.

Tijdens het opstellen van mijn startdocument was fusie officieel alleen nog maar op papier, als werknemers hadden we nog geen verandering gemerkt met betrekking tot het begeleiden van psychiatrische patiënten. Uiteindelijk is de fusie ontbonden per 1 januari 2005 omdat het management niet tot overeenstemming kwam over het te kiezen behandelbeleid. Dit versterkt enerzijds wel mijn probleemstelling en zal blijken niet overbodig te zijn, maar anderzijds betekent dit wel dat er momenteel geen duidelijke visie en missie op papier staat. Ik had dus wel veel informatie, maar deze was echter niet actueel, hierdoor ben ik in overleg gegaan met mijn leidinggevende en ik hebben samen de 'oude' jaarplannen van Bouman Verslavingszorg doorgenomen om te kijken wat hierin nog bruikbaar was. Dit bleek niet gemakkelijk en heeft dus ook veel tijd in beslag genomen. Hierdoor hebben mijn leidinggevende en ik besloten om uit te gaan van de 'oude' omschrijvingen van de visie en de missie, omdat deze het meest correct zijn gezien de huidige omstandigheden binnen Bouman Verslavingszorg en omdat deze tevens ook door de directie nog niet zijn aangepast. In hoofdstuk 2 zijn de uitwerkingen terug te vinden op deze vragen. Tevens heb ik in de rest van dit verslag de naam DeltaBouman vervangen door Bouman Verslavingszorg.

Vervolgens ben ik aan de slag gegaan met de deelvragen gericht op de werknemers van de Sociowoning, namelijk; "Welke problematiek ervaren de medewerkers van het begeleidingsteam van de Sociowoning van Bouman Verslavingszorg bij de begeleiding van de patiënten met verslavingsproblematiek en een psychiatrische achtergrond?" En "Wat hebben de medewerkers van het begeleidingsteam van de Sociowoning van Bouman Verslavingszorg nodig om de patiënten met verslavingsproblematiek en een psychiatrische achtergrond beter te kunnen begeleiden?"

Voor ik begon met dit afstudeerproject waren er al een aantal ontwikkelingen op de Sociowoning die van invloed zijn geweest op dit afstudeerproject.

Dat men binnen Bouman Verslavingszorg meer kennis nodig had was helder voor de hele instelling, dit was dan ook de reden dat het bestuur op zoek is gegaan naar een eventuele partner in de zorg, de fusie is hier het uiteindelijk resultaat van geweest. Maar op de Sociowoning liepen op een gegeven moment de spanningen hoog op. De medewerkers vonden dat zij te weinig werden ondersteunt in het begeleiden van patiënten met een psychiatrische achtergrond. Er werd een teamvergadering gehouden die totaal gericht was op de problemen die men ondervond op de werkvloer. Tijdens deze vergadering werd er veel gesproken over dat men vooral aanloopt tegen het begeleiden van psychiatrische patiënten. Alle medewerkers kwamen aan het woord en alle meningen waren vooral op hetzelfde probleem gericht. Men vond dat er te weinig kennis was op de afdeling en zij vonden dat hier verandering in moest komen. De fusie, in mei 2003, leek een veel belovende stap. Maar sinds de fusie rond was is er op de werkvloer niets veranderd met betrekking tot het begeleiden van psychiatrische patiënten.

Nu per 1 januari j.l. toen iedereen te horen kreeg dat de fusie werd ontbonden, werd het onrustig op de werkvloer. De medewerkers waren in de afgelopen 2 jaar geen stap verder gekomen in het proces om de patiënten met een psychiatrische stoornis beter te kunnen begeleiden.

In een teamvergadering die daarna plaatsvond, werd opnieuw de onmacht geuit door de werknemers. Dit was wederom volledig gericht op het gegeven dat er te weinig kennis is op de afdeling over psychiatrische ziektebeelden. In deze vergadering heb ik dan ook de vraag gesteld; "Wat hebben jullie nodig om dit probleem op te lossen?" De antwoorden hierop waren eensgezind, ze hadden behoefte aan informatie over psychiatrische ziektebeelden. Er werd een voorbeeld genoemd door een werknemer, die ik hieronder zal beschrijven als een soort casus.

Clïent X werd opgenomen op de Sociowoning, in het dossier stond dat hij lijdt aan de ziekte schizofrenie en daarbij een cocaïne verslaving had. Volgens de rapportages van de voorgaande afdeling bleek dat de cliënt pas nog in een psychose had gezeten en daar nu inmiddels uit was. In de eerste week van zijn verblijf wilde de cliënt ineens zijn medicatie niet meer innemen omdat de cliënt dacht dat hij werd vergiftigd. De collega die toen dienst had geen idee waar deze omslag vandaan kwam en hoe zij verder moest handelen en heeft het verder die avond op zijn beloop gelaten. De volgende dag kwam dit in de overdracht niteeraard ter sprake en gaf ik aan dat er zo'n moment gelijk actie ondernomen moet worden door in ieder geval de dienstdoende arts te consulteren die dan waarschijnlijk de dienstdoende psychiater zou oproepen. Ik ben dat toen die dag nog gaan regelen en al snel werd door de psychiater vastgesteld dat de cliënt een psychose zat en hierdoor terug geplaatst moest worden naar de afdeling psychiatrie, waar ze meer kennis en zorg kunnen beiden aan een cliënt die in een psychose verkeerd. Bovendien werd de collega die dienst had toen de psychose begon aangesproken op het feit dat er geen actie was ondernomen en de medicatie niet was gegeven.

In het voorgaande voorbeeld komt dus naar voren dat de symptomen van een psychiatrische stoornis niet worden herkend door de werknemer waardoor de cliënt niet de zorg heeft gekregen die hij zou moeten krijgen.

Dit maakt de essentie van dit uiteindelijk product nogmaals duidelijk. Men heeft behoefte aan kennis, dit is dus al uit een stuk vooronderzoek gebleken, kennis gericht op psychiatrische ziektebeelden.

Om de deelvragen te kunnen beantwoorden moest ik hierover opnieuw in contact komen met mijn collega's. De keuze om een enquête te houden is tot stand gekomen naar aanleiding van mijn visie op de situatie waarin de Sociowoning verkeerd. Dat er onduidelijkheid heerst over de manier van werken is overduidelijk als je de sfeer zelf zou proeven op de afdeling. Je kunt de sfeer omschrijven als chaotisch en druk, dit heeft meerdere oorzaken, zoals de defusie, onduidelijkheden en 'onmacht' over het begeleiden van patiënten met een psychische stoornis.

Het leek mij dan ook geen goed idee om dit als in een soort teamvergadering te bespreken, omdat dit naar mijn inschatting geen objectief beeld zou geven omdat je gewoon weg met teveel mensen bijeen zit. De keuze om het individueel te behandelen had dus mijn voorkeur, echter zaten hier ook beperkingen aan, namelijk het tijdsbestek. Om een zo objectief mogelijk beeld te krijgen over de meningen van de werknemers, vond ik dat een ieder hier deel van uit moest maken. Mijn keuze is dan ook gevallen op een enquête die door een ieder gevuld moest worden. Hierbij zitten ook nadelen, zoals de onzekerheid hoeveel enquêtes je terug ontvangt. Toch heb ik besloten dit door te zetten, met daarbij de nadruk leggend bij mijn collega's over het feit dat deze enquête in ieders belang zal zijn en hierdoor hopende een groot resultaat te krijgen.

Bij het maken van de enquête ben ik uit gegaan van de desbetreffende deelvragen over welke problemen men ervaart met betrekking tot de begeleiding van de psychiatrische patiënten en wat zij nodig hebben om dit probleem, misschien gedeeltelijk, op te lossen. Echter heb ik de informatie die ik had verkregen aan de hand van de voorgaande teamvergaderingen meegenomen bij het maken van de enquête. Hierdoor is de enquête al gericht op kennis van psychiatrische ziektebeelden. Je kunt dus zeggen dat de voorgaande teamvergaderingen en casus de eerste stap zijn geweest tot het komen van de uiteindelijke enquête. Het is een bewuste keuze geweest om de vragen zo open mogelijk te houden en daarbij de werknemers na te laten denken over de vragen. Hierbij ben ik uit gegaan van vragen die uitgebreid beantwoord kunnen, liefst moeten, worden. Hierdoor zie je een kleine overlap in de opeenvolgende vragen in de enquête, dit is een bewuste keuze geweest om te proberen een zo duidelijk mogelijk antwoord te verkrijgen op de vragen. Op de volgende pagina staat de enquête weergegeven zoals ik die ook heb uitgedeeld op de Sociowoning. Mijn keuze om dit niet als bijlage bij te voegen is gebaseerd op mijn mening dat de enquête een essentieel onderdeel is in het geheel.

Voor ik de enquête uitdeelde op de Sociowoning, had ik voor ogen om minimaal 2/3 van de enquêtes ingevuld terug te zien. Ik had dan ook een tijdsplan gemaakt en rekening gehouden met het moment van uitdelen. Ik had een rustig moment uitgezocht in de week en heb voor de teamvergadering mijn verhaal gedaan tegenover mijn collega's met de vraag of zij het uiterlijk 2 dagen later in mijn postvak wilden leggen. Tevens had ik hen op het hart gedrukt om de enquête zelf te maken en niet in overleg met elkaar vanwege de objectiviteit. Een uitwerking, analyse van de enquêtes zijn terug te vinden in hoofdstuk 2.

Toen restte mij nog de deelvragen die gericht zijn op de vorm en inhoud van het uiteindelijk product. Om deze deelvragen te kunnen beantwoorden moest ik eerst de voorgaande deelvragen uitgewerkt hebben en tevens geanalyseerd. Hierdoor heb ik deze deelvragen uitgesteld en ga ik die beantwoorden in hoofdstuk 3, waarin ik de verantwoording en de keuzes voor het eindproduct weer zal geven.

§ 1.6. Enquête.

Deze enquête wil ik houden naar aanleiding van de vragen die ik in de afgelopen maanden heb gehoord over de problemen die jullie ervaren bij het begeleiden van de patiënten met een psychiatrische stoornis. Probeer de vragen zo duidelijk mogelijk te beantwoorden!!!!

ALVAST BEDANKT!!!!!!

1. Welke psychiatrische ziektebeelden komen voor op de afdeling?

2. Vind je zelf dat je genoeg kennis hebt over psychiatrische ziektebeelden om de patiënten goed te kunnen begeleiden (denk diagnostiek, verschijnselen, etc) en leg uit waardoor dit komt?

3. Hoe belangrijk is informatie voorziening over psychiatrische ziektebeelden voor jou? (leg uit)

4. Heb je behoefte aan meer informatie over psychiatrische ziektebeelden? Zo ja, over welke ziektebeelden zou je meer informatie willen?

5. Wat vind je belangrijk om te weten over ziektebeelden, nummer van 1 naar 7
1 = het belangrijkste en 7 = het minst belangrijk.

- DSM IV
- Historie v.d. ziekte
- Oorzaken v.d. ziekte
- Gevolgen v.d. ziekte
- Symptomen/verschijnselen v.d. ziekte
- Behandeling v.d. ziekte
- Handvaten voor het behandelplan.

6. In welke vorm zou informatie over psychiatrische ziektebeelden het best kunnen worden
aangereikt? (Denk aan; boek, video, opdrachten, cursussen, etc.) En leg uit waarom.

Hoofdstuk 2 : De ontwikkeling in het proces.

§ 2.1. Inleiding.

In dit hoofdstuk geef ik de antwoorden op de deelvragen één tot en met vier. Ik maak hierbij gebruik van verschillende bronnen, die ik zal benoemen en die u terug kunt vinden in de literatuurlijst die als bijlage achterin is verwerkt.

Ik beantwoord de vragen één voor één en benoem de vraag nogmaals voor de duidelijkheid.

§ 2.2. Antwoorden op deelvragen 1 t/m 4.

1. Met welke doelgroep wordt op de Sociowoning van Bouman Verslavingszorg gewerkt?

Bouman Verslavingszorg is een instelling die gericht is op het behandelen en begeleiden van mensen met een verslaving. Deze verslaving kan uiteenlopen van alcohol tot drugs en van gokken tot roken. Bouman Verslavingszorg heeft verschillende afdelingen met ieder hun eigen groep patiënten met een specifieke hulpvraag. Van gecontroleerd gebruik tot gecontroleerd afkicken en van resocialisatie tot isolatie. Er zijn dus grote verschillen qua afdelingen en ook qua manier van werken.

Op de Sociowoning verblijven patiënten die al een traject hebben doorlopen op andere afdelingen en nu al meer dan 2 maanden clean zijn. 'Clean' zijn in dit geval is gebaseerd op alle mogelijke verslavingen. Men verblijft op de Sociowoning op vrijwillige basis en veelal is de patiëntenpopulatie gebaseerd op alcohol en drugs gebruik. Het doel op de Sociowoning is om de patiënten een soort resocialisatie/rehabilitatie training te geven.

De patiënten verblijven hier 24 uur per dag voor een maximale tijd van 6 maanden. In deze periode wordt er individueel met de patiënten gewerkt aan verschillende punten, zoals lichamelijke verzorging, koken, boodschappen doen, eigen administratie bijhouden en sociale contacten opbouwen in de maatschappij, bijvoorbeeld door (vrijwilligers)werk of hobby's te zoeken.

Tijdens het verblijf op de Sociowoning worden de patiënten gecontroleerd op gebruik van alcohol of drugs door urinecontroles en blaastesten. Gebruik op de Sociowoning betekend ontslag.

Samengevat is de Sociowoning voor mensen met een alcohol- en/of drugs verslaving die door middel van behandeling vrijwillig kiezen voor een clantraject gericht op resocialisatie/rehabilitatie.

Zoals ik eerder beschreef heb ik bij het beantwoorden van deze vraag als leidraad het jaarverslag van 2002 genomen. Echter was toen de verandering in de instelling, met betrekking tot psychiatrische problematiek, nog niet duidelijk en dus ook niet verwerkt in de missie en de visie. Daarom kan ik ook niets beschrijven over hoe men bij Bouman Verslavingszorg de psychiatrische problematiek een plek wil geven.

2. Hoe is de organisatie en methodische werkwijze op de Sociowoning van DeltaBouman?

Bouman Verslavingszorg stelt zich ten doel zorg te bieden aan mensen die problemen hebben of kunnen krijgen met het gebruik van alcohol, drugs, medicijnen of met gokken evenals met hun omgeving.

Bouman Verslavingszorg wil een organisatie zijn die een herkenbaar onderdeel is van de geestelijke gezondheidszorg en die duidelijk aangeeft waar de verantwoordelijkheid van Bouman Verslavingszorg eindigt en die van andere organisaties begint. Een organisatie die hulpverlening, veiligheid, leefbaarheid, preventie, consultatie, beleidsadvies en onderzoek tot kern competenties rekent.

Binnen Bouman Verslavingszorg hanteert men de volgende definitie met betrekking tot verslaving;

"Verslavingsziekte is een complex en progressief psychiatrisch syndroom leidend tot verlies van autonomie op gebied van emotie, denken en handelen. Afhankelijk van de gebruikte middelen heeft het tevens een voortschrijdende aantasting van de algemene gezondheidstoestand tot gevolg."

(uit: "Bouman Verslavingszorg een andere visie op verslaving en behandeling", jaarverslag 2002)

De visie van Bouman Verslavingszorg is vertaald in doelstellingen. Het aanbod is op deze doelstellingen gebaseerd;

- Voorkomen van verslaving;
- Bevorderen van herstel;
- Wanneer herstel niet mogelijk is: het draaglijk maken van de verslaving;
- Bevorderen van de leefbaarheid en veiligheid.

De huidige visie van Bouman Verslavingszorg heeft een basis in het compensatorisch model. Dit model gaat ervan uit dat de verslaafde niet per definitie verantwoordelijk kan worden gesteld voor zijn of haar verslaving. Bij het ontstaan van de verslaving kunnen namelijk biologische, genetische, psychologische en sociale factoren hebben meegespeeld. Met betrekking tot een verandering wordt er in dit model uitgegaan dat mensen kunnen compenseren voor het verslavingsprobleem door verantwoordelijkheid te nemen voor hun gedragsverandering. Op basis hiervan biedt Bouman Verslavingszorg een Bio-Psycho-Sociale benadering. Dit betekent dat per individuele patiënt een aanpak wordt geformuleerd op basis van één of meerdere van deze oorzaken.

De daarop aansluitende behandelvormen bestaan uit bio-medische interventies (medicatie) gecombineerd met interventies die zijn gericht op een gedragsverandering, als het gaat om verslaafden die zich in het stadium van beslissen of actieve verandering bevinden.

Het doel van behandeling is dan ook gericht op het volgende;

"Verslaving leidt tot verlies van autonomie ten opzichte van het middel, op sociaal gebied en op verschillende onderdelen van het psychologisch functioneren. In de behandeling van verslaving wordt er naar gestreefd de verloren gegane autonomie zoveel mogelijk te herstellen en het individu te wapenen tegen terugval. De behandeling verloopt in feite volgens een rehabilitatiemodel. Daar waar herstel van de autonomie niet volledig mogelijk is, dient de behandeling er op gericht te zijn de leefomgeving zo in te richten dat de blijvende tekorten zo min mogelijk beperkingen opleveren. Dit kan inhouden dat - in het uiterste geval - een deel van de autonomie moet worden overgenomen. Juist in dit kader kan samenwerking met andere hulpverlenings- en dienstverlenende instellingen geboden zijn."

(uit: "Bouman Verslavingszorg een andere visie op verslaving en behandeling", jaarverslag 2002)

3. Welke problematiek ervaren de medewerkers van het begeleidingsteam van de Sociowoning van DeltaBouman bij de begeleiding van de patiënten met verslavingsproblematiek en een psychiatrische achtergrond?

Om deze vraag te kunnen beantwoorden heb ik gebruik gemaakt van de enquêtes die ik heb uitgedeeld op de Sociowoning. Zoals ik eerder al beschreef ben ik ervan uit gegaan dat minimaal 2/3 van de enquêtes ingeleverd zouden worden. In totaal heb ik 21 enquêtes uitgedeeld en heb, binnen de gestelde tijd van 2 dagen, 17 enquêtes ingevuld teruggekregen. Mijn doelstelling van 2/3 is dus behaald en zodoende ben ik de uitkomsten van de enquêtes gaan analyseren. Ik heb alle vragen van de enquête doorgenomen en alle opmerkingen opgeschreven en samengevat. Ik zal per vraag laten zien welke antwoorden ik van mijn collega's heb ontvangen.

Welke psychiatrische ziektebeelden komen voor op de afdeling?

- Schizofrenie (17x benoemd);
- Borderline (17x benoemd);
- Narcistische persoonlijkheidsstoornis (9x benoemd);
- Theatrale persoonlijkheidsstoornis (8x benoemd);
- Schizoïde persoonlijkheidsstoornis (8x benoemd);
- Paranoïde persoonlijkheidsstoornis (7x benoemd);
- Psychose (3x benoemd).

Vind je zelf dat je genoeg kennis hebt over psychiatrische ziektebeelden om de patiënten goed te kunnen begeleiden (denk diagnostiek, verschijnselen, etc) en leg uit waardoor dit komt?

Alle 17 reacties op deze vraag waren : NEE.

Echter werden er maar 2 verschillende redenen gegeven, namelijk;

- Tijdens mijn opleiding geen psychiatrische ziektebeelden gehad (14x);
- Wel gehad tijdens opleiding, maar is niet blijven hangen vanwege het gegeven dat ik nooit met patiënten heb gewerkt met psychische stoornissen (2x).

Hoe belangrijk is informatie voorziening over psychiatrische ziektebeelden voor jou? (leg uit)

Bij iedereen werd benoemd dat het heel erg belangrijk is voor hen. De redenen die hiervoor werden gegeven, waren o.a.;

- "Vind het heel belangrijk, maar moet toegeven dat er bijna geen informatie te vinden is op de afdeling";
- "Het is belangrijk om iets op te zoeken als je hier behoefte aan hebt, aangezien er op de afdeling geen internet is, ben je afhankelijk van de boeken op de afdeling die al verouderd zijn";
- "Informatie over psychiatrische ziektebeelden zouden mij erg van pas komen bij het begeleiden van mijn patiënten".

Heb je behoefte aan meer informatie over psychiatrische ziektebeelden? Zo ja, over welke ziektebeelden zou je meer informatie willen?

Iedereen gaf op deze vraag het antwoord: JA.

Over welke ziektebeelden;

- "Schizofrenie, want dat vind ik zo'n moeilijke ziekte, daar zou ik meer over willen weten. Maar eigenlijk over alle ziektebeelden wil ik wel meer weten".
- "Ik zou graag een makkelijke handleiding willen zien met allerlei verschillende psychiatrische ziektebeelden erin, zodat je snel en makkelijk iets op kunt zoeken".
- "Ik hoef niet over alle ziektebeelden informatie te hebben, als er maar informatie is over de meest voorkomende ziektebeelden op de afdeling".

*Wat vind je belangrijk om te weten over ziektebeelden, nummer van 1 naar 7
1 = het belangrijkste en 7 = het minst belangrijk.*

5. DSM IV
7. Historie v.d. ziekte
6. Oorzaken v.d. ziekte
2. Gevolgen v.d. ziekte
1. Symptomen/verschijnselen v.d. ziekte
3. Behandeling v.d. ziekte
4. Handvatten voor het behandelplan.

Het cijfer geeft aan in welke volgorde de werknemers van de Sociowoning de enquête hebben ingevuld en wat zij dus het belangrijkste vinden. De opmerking die ik kreeg van een collega was dat ze allemaal belangrijk zijn. En dat is natuurlijk waar, het punt waar een 7 voor staat wil niet zeggen dat dit niet belangrijk is.

In welke vorm zou informatie over psychiatrische ziektebeelden het best kunnen worden aangereikt? (Denk aan; boek, video, opdrachten, cursussen, etc.) En leg uit waarom.

Eigenlijk heb ik deze vraag erbij gedaan om een beeld te krijgen van mijn collega's over hoe zij graag informatie tot zich nemen. De antwoorden die ik kreeg op deze vraag zijn;

- Boekvorm (14x benoemd);
- Handleiding (8x benoemd);
- Encyclopedie (5x benoemd);
- Naslagwerk (10x benoemd).

Als ik kijk naar de antwoorden die zijn gegeven middels de enquête, dan ben ik toch wel verbaasd over bijvoorbeeld de antwoorden op de laatste vraag. Zelf had ik gedacht dat mijn collega's naast schriftelijke vormen ook nog andere manieren van kennisoverdracht zouden benoemen, bijvoorbeeld een cursus. Toen ik de enquêtes dan ook terug kreeg en de antwoorden zag, ben ik opnieuw naar de vraag gaan kijken om te zien of ik geen aanleiding had gegeven voor dit resultaat. Maar naar mijn inziens heb ik de vraag geheel open gehouden. Dit geeft wel aan dat men graag een schriftelijk product wil hebben met de aangegeven informatie daarin verwerkt.

4. Wat hebben de medewerkers van het begeleidingsteam van de Sociowoning van DeltaBouman nodig om de patiënten met verslavingsproblematiek en een psychiatrische achtergrond beter te kunnen begeleiden?

Om deze vraag te kunnen beantwoorden moeten we terug kijken naar de enquête die ik heb gehouden en de teamvergaderingen die daaraan vooraf zijn gegaan.

De medewerkers van de Sociowoning hebben in de teamvergaderingen en enquête aangegeven dat zij behoefte hebben aan meer informatie over psychiatrische ziektebeelden om mede hierdoor hun patiënten beter te kunnen begeleiden. Ze hebben hierbij ook aangegeven welke informatie voor hen belangrijk is en tevens aangegeven in welke vorm zij dit graag zouden willen zien.

Kort samengevat willen de medewerkers van de Sociowoning meer informatie over de ziektebeelden die voorkomen op de afdeling en hebben daarbij aangegeven welke informatie hierbij van groot belang is, zoals de symptomen, de gevolgen, de behandeling, etc. Overigens hebben zij in de enquête ook al aangegeven hoe zij de informatie graag zouden willen hebben. Er werden namelijk 4 mogelijkheden genoemd die ik in het verdere proces zal meenemen in mijn analyse en verantwoording van de uiteindelijke keuze.

§ 2.3. Samenvatting.

Terugkijkend naar dit hoofdstuk zijn er een aantal essentiële punten aan het licht gekomen.

In dit hoofdstuk was het de essentie om antwoord te krijgen op de probleemstelling;

Hoe kunnen de medewerkers van het begeleidingsteam van de Sociowoning van DeltaBouman ondersteund worden bij de problemen die zij ondervinden m.b.t. de begeleiding van de patiënten met verslavingsproblematiek en een psychiatrische achtergrond (zoals diagnostiek, symptomen voorzien, etc.)?

Dit is door middel van de gesprekken voorafgaand aan dit proces en daarna door middel van de enquête helder geworden. Kort samenvattend kan ik zeggen dat de medewerkers van de Sociowoning problemen hebben bij het begeleiden van de patiënten met een psychiatrische stoornis omdat men vindt dat men te weinig kennis in huis heeft en dit tevens ook is gebleken uit de korte casus die ik heb beschreven.

Verrassend gaven alle medewerkers in de enquête aan dat zij dit probleem opgelost zouden willen zien in een schriftelijk product.

Ik heb dus een hoop informatie gekregen middels de enquête, die ik kan gaan gebruiken in het verdere proces, welke te zien zijn in de komende hoofdstukken.

In het volgende hoofdstuk ga ik kijken naar deelvraag 5 t/m 7, om vervolgens aan de hand van deze deelvragen een verdere keuze te maken met betrekking tot vorm en inhoud van het uiteindelijke product.

Hoofdstuk 3 : De keuzes voor het eindproduct.

§ 3.1. Inleiding.

In dit hoofdstuk wil ik gaan kijken naar de laatste drie deelvragen. Voor de duidelijkheid zet ik hieronder deze laatste deelvragen nog even op een rijtje;

5. Welk product kan in deze behoefte voorzien?
6. Welke informatie is noodzakelijk voor het product?
7. Hoe kan dit product het beste in gebruik genomen worden door de medewerkers van verschillende disciplines van het begeleidingsteam op de Sociowoning?

Om tot een uiteindelijke keuze te komen met betrekking tot het eindproduct, ga ik in dit hoofdstuk alle verzamelde gegevens uit bijvoorbeeld de enquête analyseren en tegen elkaar afwegen om zo tot een definitieve keuze te komen.

In tegenstelling tot de eerste vier deelvragen heb ik ervoor gekozen om de deelvragen 5 t/m 7 te beantwoorden aan de hand van de volgende paragrafen, in plaats van de ‘vraag-antwoord’ manier. De reden hiervoor is dat er dan meteen duidelijkheid is in de opzet van dit productverslag, als je kijkt naar de inhoudsopgave en de indeling van de hoofdstukken.

§ 3.2. Vorm.

Om de vorm van het eindproduct te kunnen bepalen, heb ik de eerste stap gezet in de enquête. De medewerkers op de Sociowoning hebben aangegeven dat zij de informatie over psychiatrische ziektebeelden in een bepaalde vorm wilden zien. Hierbij zijn 4 mogelijkheden door hen genoemd. Ik zet ze hierbij nogmaals op een rijtje;

- Boekvorm (14x benoemd);
- Handleiding (8x benoemd);
- Encyclopedie (5x benoemd);
- Naslagwerk (10x benoemd).

Alle mogelijkheden die de medewerkers hebben benoemd zijn in schriftelijk vorm, mijn conclusie is dan ook om dit aan te houden met betrekking tot het uiteindelijke product.

Als ik kijk naar de genoemde mogelijkheden dan zouden deze allemaal samengevoegd kunnen worden in een product wat gebaseerd is op een duidelijke inhoud, gebruiksvriendelijk, makkelijk leesbaar en goed geordend. Mijn keuze is dan ook gevallen op een naslagwerk wat op meerdere manieren is gerangschikt en ter grootte van A5 formaat. Daarnaast is het taalgebruik van groot belang voor het uiteindelijke product, uit navraag en tevens de enquête is gebleken dat men behoefte heeft aan een makkelijke schrijftaal waarin begrippen en moeilijke woorden worden vermeden, maar hierbij ook rekening houdend met de kennis die de werknemers al hebben. Hierdoor kunnen sommige begrippen alleen benoemd worden zonder verdere uitleg. In hoofdstuk 4, waar de opzet van het product is te lezen, geef ik aan waarom ik bepaald begrippen niet verder uitwerk.

In de handleiding van het afstuderen staan verschillende criteria benoemd voor de uiteindelijke vormen van een product, maar een naslagwerk staat hierin niet vermeld. Ik ben dan ook van plan om de criteria voor een handleiding (die wel benoemd zijn) te gebruiken en eventueel aan te passen. Dit zal uiteraard gebeuren in overleg met mijn begeleidster. Dit zal in hoofdstuk 5 verder worden behandeld bij de toetsing van het uiteindelijke product.

§ 3.3. Inhoud en gebruik.

In de enquête is duidelijk naar voren gekomen welke informatie men belangrijk vindt over de desbetreffende ziektebeelden, echter heb ik in het uiteindelijk product er voor gekozen om wel de punten (zoals symptomen, behandeling, etc.) te behandelen, ik heb hierbij niet de nummering van de enquête aangehouden. De keuze om het niet in de volgorde te doen van de enquête is naar mijn mening tekstueel gezien logischer. Aangezien men toen ook aangaf dat alle punten belangrijk zijn, heb ik hiertoe besloten.

Als je kijkt naar de psychiatrische ziektebeelden die genoemd zijn dan kun je een onderverdeling maken in de type stoornissen, schizofrenie gerelateerde stoornissen, cluster A persoonlijkheidsstoornissen en cluster B persoonlijkheidsstoornissen.

Deze onderverdeling komt ook terug in het eindproduct, waarin deze drie typering een leidraad zijn door het naslagwerk. Om het gebruiksvriendelijker te maken zal er in de inhoudsopgave een onderverdeling zijn in verschillende delen die in gaan op de bovengenoemde type stoornissen, tevens zal in de inhoudsopgave zichtbaar zijn welke stoornissen onder deze typering vallen. Om de verslaving terug te laten komen in het eindproduct zal ik een apart hoofdstuk maken over de combinatie van psychiatrische stoornissen en verslaving. Deze keuze om dit in een apart hoofdstuk te verwerken is tot stand gekomen na mijn literatuurstudie. Tijdens de literatuurstudie zag ik dat niet van alle psychiatrische stoornissen een link te leggen was naar verslaving. Hierdoor heb ik me gebaseerd op de informatie die ik had en heb ik in overleg met mijn begeleidster besloten om dit in een apart hoofdstuk te verwerken. Ook dit hoofdstuk zal een apart deel vormen in het eindproduct. In totaal zijn er 4 delen;

- Deel A → schizofrenie gerelateerde stoornissen.
- Deel B → cluster A persoonlijkheidsstoornissen.
- Deel C → cluster B persoonlijkheidsstoornissen.
- Deel D → Psychiatrische stoornissen en verslaving.

Deze delen zijn in het eindproduct ook nog voorzien van een aparte kleur om het overzichtelijk te maken.

Daarnaast maak ik in het eindproduct gebruik van een trefwoordenregister die achterin het naslagwerk zal worden vermeld. Hierdoor hoop ik een snelle en makkelijke toegang te geven tot het opzoeken van de gewenste informatie. Dit trefwoordenregister zal uiteraard op alfabetische volgorde gerangschikt zijn. De keuze hiervoor is mede gebaseerd op de mogelijkheden die de medewerkers hebben benoemd in de enquête. Om zoveel mogelijk aan hun wensen te voldoen heb ik die mogelijkheden, met de specifieke methode van opzoeken, samengevoegd.

Het eindproduct zal in gebruik worden genomen op de Sociowoning van Bouman Verslavingszorg.

In het volgende hoofdstuk is een deel van het uiteindelijk product te zien, volgens de manier die ik hierboven heb beschreven. De keuze om een deel van het uiteindelijk product te verwerken in dit productverslag is tot stand gekomen na overleg met mijn begeleidster.

Het probleem waar ik namelijk tegenaan liep was dat ik niet de gehele literatuurstudie in dit productverslag wilde beschrijven, omdat dit dan een gigantische overlap heeft met het uiteindelijk product. Samen met mijn begeleidster hebben we ervoor gekozen om door middel van een voorbeeld te laten zien hoe het uiteindelijk product eruit komt te zien gericht op inhoud.

Hoofdstuk 4 : Een blik op het eindproduct.

§ 4.1. Inleiding.

Dit hoofdstuk zal een weergave zijn van een stuk uit het eindproduct, waarin is te zien op welke manier ieder ziektebeeld wordt beschreven. De literatuurlijst van het totale product zal ook als bijlage bij dit verslag worden gevoegd.

Aangezien het uiteindelijke product in A5 formaat gemaakt zal worden, ziet het er alweer anders uit dan hieronder het geval is. Daarnaast zal ik in dit hoofdstuk ook weergeven waar de informatie vandaan komt en zal ik beschrijven welke keuzes ik gemaakt hebt om deze informatie te gebruiken, dit zal ik weergeven in de tekst met de blauwe kleur om het overzichtelijk te maken. Logisch is het dat dit alleen in dit hoofdstuk terug te zien is en niet in het uiteindelijke product.

§ 4.2. Schizofrenie.

§ 4.2.1. Inleiding.

Schizofrenie werd vroeger omschreven als een 'gespleten persoonlijkheid'. Er zijn op dit moment nog steeds mensen die dit denken, maar dat is helemaal niet waar.

Schizofrenie is een geestesziekte, die een langdurig verloop heeft en de mens in zijn kern aantast.

§ 4.2.2. Oorzaken.

Nog steeds is niet precies bekend wat de oorzaak van schizofrenie is en hoe de symptomen van de ziekte tot stand komen. Toch is er de laatste jaren veel ontdekt over de achtergronden van schizofrenie en de bijbehorende verschijnselen. We komen steeds meer te weten over de ingewikkelde manier waarop de hersenen werken en hoe bij schizofrenie de werking van de hersenen verstoord zou kunnen zijn. Men vermoedt tegenwoordig dat de oorzaak van schizofrenie meer moet worden gezocht in een **stoornis in de verbindingen tussen de verschillende hersenkernen** (neurale circuits), die misschien op haar beurt weer kan leiden tot vergroting of verkleining van bepaalde delen van het brein, hersenmetabolisme (stofwisseling in de hersenen).

Zeker is dat de aanleg een belangrijke factor is. Het risico schizofrenie te worden bedraagt iets minder dan 1 %. Als één van de ouders aan schizofrenie lijdt, is het risico voor het kind ongeveer 10 %. Hetzelfde risico bestaat als je kijkt naar broers en zussen. Hoe geringer de verwantschap, hoe kleiner ook het risico. Als beide ouders aan schizofrenie lijden, wordt het risico voor het kind verhoogd tot ongeveer 46 %. Hieruit zou je kunnen concluderen dat schizofrenie erfelijk is. Echter is dit nog niet wetenschappelijk bewezen. Enerzijds wijst het op een belangrijke erfelijkheidsfactor, maar anderzijds blijkt dat de aanleg niet beslissend is. Er is blijkbaar meer voor nodig dan alleen aanleg. De bijkomende ziekmakende factoren zoekt men nu niet meer zozeer binnen het gezin, maar meer richting gebeurtenissen, zoals bijvoorbeeld tijdens de zwangerschap en de bevalling, denk bijvoorbeeld aan voeding tekort gedurende de zwangerschap en zuurstofgebrek tijdens de bevalling.

Zoals beschreven, is er nog geen wetenschappelijk bewijs over de oorzaken van schizofrenie en bijvoorbeeld de erfelijkheid daarvan. Echter blijft men bezig met onderzoeken om de oorzaken te achterhalen. Dit blijkt ook uit de laatste onderzoeken die wijzen naar de mogelijkheid dat veelvuldig gebruik van drugs en met name hasj en marihuana een oorzaak kan zijn tot de ontwikkeling van schizofrenie. Echter is hier nog geen uitsluitsel over.

Deze tekst is een samenvatting uit het boek *Schizofrenie, oorzaken, gevolgen en behandeling* (1997), Drs. A. Wunderink, Lilly en tevens van verschillende internetsites. De keuze om niet te diep in te gaan op de stofwisseling in hersenen is gebaseerd op het gegeven dat dit geen meerwaarde heeft voor de begeleiding van de cliënten. Daarnaast is het ook nog zo dat er niet vast staat wat de precieze oorzaak is van schizofrenie.

§ 4.2.3. Symptomen.

De symptomen van schizofrenie zijn niet bij iedere patiënt hetzelfde. Het is zelfs zo dat de symptomen die optreden bij schizofrenie ook kunnen optreden bij andere psychische aandoeningen. Dit houdt dus in dat er geen vaste symptomen zijn waaraan je direct de diagnose schizofrenie kan stellen. Dat heeft te maken met het gegeven dat schizofrenie niet een eenvoudige ziekte is met één bepaalde uitingsvorm en een vast beloop. De manier waarop bij schizofrenie de verschillende soorten symptomen optreden gedurende bepaalde perioden, en dan weer verdwijnen om plaats te maken voor andere, kun je misschien het best vergelijken met het weer. Bij schizofrenie kun je ook allerlei 'weertypen', dus combinaties van verschijnselen, aantreffen, die ook in elkaar kunnen overlopen.

Bij schizofrenie kun je de symptomen onderverdelen in verschillende groepen, namelijk;

- **Positieve symptomen**, hieronder worden de symptomen verstaan die bij ieder ander niet voorkomt, maar bij een patiënt met schizofrenie wel. Hiertoe behoren **hallucinaties**, **wanen**, **waanwaarnemingen** en **waanstemming**.
- **Negatieve symptomen**, dit zijn eigenschappen die een ieder wel heeft, maar patiënten met schizofrenie niet of in mindere mate. Hiertoe behoren **vervlakking van de emoties** (het affect), **inactiviteit**, **gebrek aan spontane bewegingen** (katatone remming, vertraging), **gebrek aan motivatie**, **gebrek aan interesse** en **aandacht**.
- **Desorganisatiesymptomen**, dit kun je omschrijven als "het niet op een rijtje hebben en zien". Voorbeelden hiervan zijn **onsamenhangende spraak** en **formele denkstoornissen**, **chaotisch gedrag**, **inadequaat affect** of **ongepaste emoties**.

De bovengenoemde informatie komt uit het boek *Schizofrenie, oorzaken, gevolgen en behandeling* (1997), Drs. A. Wunderink, Lily en uit informatie op verschillende internetsites, zoals www.trimbos.nl.

§ 4.2.4. Schizofrenie en subtypen.

Er zijn verschillende subtypen van schizofrenie, namelijk het paranoïde type, gedesorganiseerde type, katatoon type, ongedifferentieerd type en resttoestand. Echter is gebleken dat deze subtypen nogal wat overlap hebben en wisselend kunnen zijn. Hieronder zal ik per type een korte beschrijving geven van meest voorkomende verschijnselen en kenmerken.

- **Paranoïde type:** Meest opvallende kenmerken zijn;
 - Eén of meer paranoïde wanen, die het leven grotendeels bepalen;
 - Gehoorhallucinaties (zie hallucinaties);
 - Haptische hallucinaties (zie hallucinaties);
 - De hallucinaties leiden vaak tot verklaringswanen (zie hallucinaties);
 - Formele denkstoornissen, maar geen incoherente spraak.;
 - Gevoelsleven is niet vervlakt;
 - Begint meestal bij mensen tussen de 30 en 40 jaar;
 - Meestal een chronisch beloop;
 - Het gedrag is niet chaotisch en onberekenbaar.
- **Gedesorganiseerde type:** Meest opvallende kenmerken zijn;
 - Formele denkstoornis en incoherente spraak;
 - Onberekenbaar en ongepast gedrag;
 - Gehoorhallucinaties, maar ook visuele en reukhallucinaties (zie hallucinaties);
 - Wanen, eerst chaotisch, later samenhangende wanen, vooral van paranoïde of religieuze aard (zie wanen);
 - Vervlakt gevoelsleven;
 - Begint meestal bij mensen tussen de 13 en de 20 jaar;
 - Verloopt sluipend en neigend tot chroniciteit.

- **Katatone type:** Meest opvallende kenmerken zijn;
 - Katatone motoriek → bizarre en stereotiepe bewegingen;
 - Katatone strupor → onbeweeglijk gedurende een periode, waarin ook niet gedronken en gegeten wordt;
 - Impulsieve handelingen en onrust;
 - Negativisme;
- **Ongedifferentieerde type:** Tot dit type behoren patiënten die duidelijk schizofreen zijn, maar niet goed passen binnen de andere typen.
Meest opvallende kenmerken zijn;
 - Sluipend begin en chronisch beloop;
 - affectieve vervlakking;
 - incoherente spraak;
 - Wanen (zie wanen);
 - Hallucinaties (zie hallucinaties);
- **Resttoestand:** Dit is een vorm van schizofrenie die na verloop van tijd ontstaat, wanneer de symptomen van een actieve psychotische fase als wanen, hallucinaties, incoherente spraak of ernstig onregelmatig gedrag sterk in intensiteit en aantal zijn verminderd. Meest opvallende kenmerken zijn;
 - Achteruitgang in persoonlijk functioneren;
 - Achteruitgang in maatschappelijk functioneren;
 - Gebrekkige zelfverzorging;
 - Inactiviteit;
 - Sociaal teruggetrokken;
 - Verarming van taal en denken.

De bovengenoemde informatie komt uit het boek *Schizofrenie, oorzaken, gevolgen en behandeling* (1997), Drs. A. Wunderink, Lilly.

In de bovenstaande tekst heb ik bij de hallucinaties en wanen verwezen naar een apart hoofdstuk. In dit hoofdstuk ga ik in op de soorten hallucinaties en wanen. Ik heb ervoor gekozen om deze informatie apart te verwerken omdat het enerzijds een belangrijk deel uitmaakt van de zieke schizofrenie maar tevens ook los kunnen staan van schizofrenie en anderzijds om het overzichtelijker te maken voor de lezer.

Echter is deze verwijzing alleen toe pasbaar in het eindproduct.

§ 4.2.5. Behandeling.

Sinds de invoering van antipsychotische geneesmiddelen, zijn de vooruitzichten bij schizofrenie aanzienlijk beter geworden, ook al wordt er geen werkelijk herstel bereikt.

Medicatie is dan ook de eerste wijze van behandelen, maar daarnaast zal de patiënt ook begeleid moeten worden. Deze begeleiding is gericht op rehabilitatie, dus met name gebaseerd op het leren leven met de ziekte. De begeleiding en verwerking zijn hierbij van groot belang, niet alleen voor de patiënt maar ook voor zijn/haar naaste omgeving.

Rehabilitatie is van groot belang omdat de patiënt een nieuwe manier moet vinden om zijn/haar toekomst te plannen. In een rehabilitatie programma wordt aandacht besteed aan de mogelijkheden van de patiënt, bijvoorbeeld een opleiding, werk, hobby's, dit hangt echter af van de patiënt. Tegenwoordig kunnen relatief veel patiënten met schizofrenie, die gebruik maken van medicatie, op den duur toch op een of andere manier weer deelnemen aan het maatschappelijk proces. Zelfstandig wonen komt steeds meer voor en steeds meer patiënten met schizofrenie hebben een baantje, al dan niet betaald of vrijwillig.

De bovengenoemde informatie komt uit het boek *Schizofrenie, oorzaken, gevolgen en behandeling* (1997), Drs. A. Wunderink, Lilly en *Psychiatrie van diagnose tot behandeling* (2004), W. Vandereycken & R. van Deth, Bohn Stafleu Van Loghum en van informatie op verschillende internetsites, zoals www.trimbos.nl.

Ik ben met opzet niet te diep ingegaan op de behandelingswijzen, omdat dit medische kennis gericht op medicatie vereist en dit niet de doelgroep is voor wie dit geschreven wordt en tevens zijn er verschillende soorten behandelingswijzen die per instelling kunnen verschillen.

§ 4.2.6. Gevolgen.

De mensen die schizofrenie krijgen, zijn meestal jong. De eerste psychose trekt vaak een streep door hun toekomstplannen. Schizofrenie was een belangrijke oorzaak van arbeidsongeschiktheid. Gelukkig lopen deze cijfers langzamerhand wat terug en blijkt men door goede begeleiding toch weer deel uit te gaan maken van de maatschappij.

Met name het contact met mensen is voor mensen met schizofrenie erg moeizaam. De gevolgen gaan echter verder dan alleen bij de patiënt, voor de naaste omgeving is het ook een ingrijpend gebeuren en ook zij zullen dus betrokken moeten worden bij de behandeling van de patiënt.

Mensen met schizofrenie hebben een kortere levensverwachting dan de doorsnee bevolking. Zo liepen Finse mannen met schizofrenie in een tijdsbestek van 17 jaar 3 maal meer kans, en vrouwen 2 maal meer kans, om te sterven dan leeftijd- en seksegenoten onder de algehele bevolking.

Tot de doodsoorzaken horen aandoeningen van de luchtwegen (ook door overmatig roken), hart, spijsverteringsstelsel en zenuwstelsel.

Andere oorzaken van vroeg dood gaan zijn ongelukken, vermoord worden en suïcide. Ongeveer 7% van de personen die aan schizofrenie lijden gaat tot zelfdoding over. Meestal gebeurt dit tijdens een periode van depressie of vlak na de 1e acute episode.

De bronnen zijn; www.trimbos.nl en het boek *Schizofrenie, oorzaken, gevolgen en behandeling (1997)*, Drs. A. Wunderink, Lilly.

§ 4.2.7. DSM-IV.

Omdat de DSM-IV een hulpmiddel is bij het diagnosticeren van een stoornis heb je als verpleegkundige niet de taak om dit te doen. Alleen een psychiater mag diagnosticeren en zal hierbij gebruik maken van de DSM-IV.

Als verpleegkundige of agogisch medewerker heb je wel de taak om een behandelplan te schrijven. In het behandelplan wordt de DSM-IV wel meegenomen. En zal je bij het benoemen van de 5 assen de gediagnosticeerde stoornissen moeten benoemen, dit gebeurt via codes.

Hieronder zie je de codes die horen bij de subtypen van schizofrenie;

- Paranoïde type → 295.30
- Gedesorganiseerde type → 295.10
- Katatone type → 295.20
- Ongedifferentieerde type → 295.90
- Resttype → 295.60

Omdat de DSM IV een onderdeel is wat in ieder behandelplan van een cliënt wordt benoemd vond ik het belangrijk om deze informatie wel te vermelden, maar hierbij heb ik wel bewust de keuze gemaakt om er niet te diep op in te gaan. Iedere discipline op de afdeling die mentoraatschappen heeft, schrijft ook de behandelplannen. In het behandelplan moet ook de DSM IV coderingen worden benoemd. Nu is het diagnosticeren alleen de taak van de psychiater/behandelverantwoordelijke, maar op de werkvloer merk je dat de diagnose wel vaak is afgegeven, maar dat de codering niet staat vermeld terwijl dit wel noodzakelijk is in het behandelplan. Hierdoor leek het mij belangrijk om deze coderingen wel te benoemen, zodat als men bezig is met een behandelplan en ze hebben het naslagwerk bij de hand, dat zij het makkelijk kunnen overnemen.

De bron voor deze informatie was uiteraard de DSM IV, de beknopte handleiding.

§ 4.2.8. Handvatten behandelplan.

Bij het schrijven van een behandelplan maak je gebruik van een probleemanalyse. Na een observatie periode benoem je in het behandelplan de mogelijke problemen die zich kunnen voordoen. Bij de ziekte schizofrenie zijn er inmiddels een aantal overeengekomen punten van aandacht, die je in het behandelplan zou kunnen verwerken.

Hieronder zie je een aantal verpleegkundige aandachtspunten;

- Dreigend geweld, gericht tegen zichzelf of tegen anderen;
- Sociaal isolement;
- Ineffectieve coping;
- Veranderde zintuiglijke waarneming;
- Verstoorde denken;
- Verstoorde verbale communicatie;
- Zelfstandigheids tekort;
- Verstoord slaappatroon.

De keuze om deze informatie te benoemen is voort gekomen uit de vraag van mijn collega's. Op de afdeling wordt gewerkt met behandelplannen, waarin de verpleegkundige aandachtspunten een belangrijk onderdeel vormen van de interventies.

Omdat men veel gebruik maakt van termen zoals hierboven beschreven, vond ik het niet noodzakelijk om deze verder uit te leggen. Ik heb bij mijn collega's getoetst of deze informatie helder voor hen is en dat bleek het geval, dus heb ik er voor gekozen om deze termen niet verder uit te werken.

De bron voor deze informatie was *Verpleegkundige diagnostiek in de psychiatrie (2001), Mary C. Townsend.*

Tot slot:

Omdat niet over alle psychiatrische stoornissen alle bovengenoemde punten (zie de onderverdeling in symptomen, oorzaken, etc) voldoende informatie te vinden was. Heb ik besloten om de belangrijkste informatie weer te geven. Hierdoor zijn er dus in het eindproduct stoornissen die niet in gaan op bijvoorbeeld de gevolgen.

Ook dit is overleg met mijn begeleidster overeengekomen. Wel staan bij alle stoornissen de behandeling, handvatten voor het behandelplan en een ruime inleiding beschreven.

Hoofdstuk 5 : Reflectie op het eindproduct.

§ 5.1. Inleiding.

In dit hoofdstuk ga ik het eindproduct op kwaliteit toetsen. Ik ga kijken of het eindproduct een antwoord geeft op de probleemstelling en de doelstelling. Maar daarnaast ga ik het gehele proces tot aan het uiteindelijk product testen aan de hand van de criteria voor het eindproduct om te kijken of ik hieraan heb voldaan. Dit moet niet gezien worden als een evaluatie over het geheel want dat volgt namelijk in hoofdstuk 6.

§5.2. Criteria eindproduct.

In deze paragraaf ga ik beschrijven aan welke criteria het eindproduct moet voldoen om vervolgens te toetsen of dit correspondeert met het eindproduct.

In de handleiding van het afstudeerproject staan verschillende beoordelingscriteria's benoemd voor verschillende vormen van eindproducten.

Aangezien ik een naslagwerk ga maken ben ik gaan kijken naar de criteria die vermeld staan.

Als ik kijk naar de verschillende vormen dan sluit mijn vorm van het eindproduct aan bij de criteria voor een handleiding. Hieronder zal ik dan ook de criteria weergeven;

- De beginsituatie van de doelgroep wordt duidelijk weer gegeven en als uitgangspunt gehanteerd.
- De doelstellingen op korte en lange termijn worden duidelijk benoemd.
- De organisatorische voorwaarden en de noodzakelijke middelen om de doelstelling te bereiken worden beschreven.
- Het resultaat bevat een fasegewijze aanpak.
- De inhoud vormt een verantwoord en afgerond geheel, waarbij de doelstellingen zijn gedefinieerd op het gebied van kennis, attitude en/of vaardigheden.
- De inhoud en vormgeving is in alle opzichten toegespitst op de belevingswereld en het functioneringsniveau van de doelgroep gebruikers.
- De vormgeving verzorgt en adequaat is.

§5.3. Toetsing eindproduct.

Aan de hand van de bovengenoemde criteria ga ik in deze paragraaf het eindproduct toetsen aan die criteria.

In het voorwoord van het eindproduct staat beschreven wat de doelgroep is en tevens staat daarbij vermeld wat de doelstelling van het product is, zoals deze ook is beschreven aan het begin van dit productverslag.

Om de doelstelling te behalen moest ik in contact komen met de desbetreffende werknemers van de Sociowoning. Om tot het uiteindelijk product te komen hebben er verschillende gesprekken plaats gevonden en tevens een enquête heeft daarbij een belangrijke rol gespeeld.

Bij het eindproduct heb ik getracht om de informatie zo overzichtelijk mogelijk en zo gebruiksvriendelijke mogelijk te maken, dit was dan ook de wens van de werknemers. Hierdoor heb ik getracht meerdere zoekmogelijkheden te verwerken in het product. De twee belangrijkste onderdelen hiervan zijn de aparte delen die op kleur gerangschikt zijn en waarin de stoornissen op alfabetische volgorde staan beschreven, en daarnaast nog een trefwoordenregister achterin het product zodat een ieder per woord de informatie kan opzoeken.

Mijn inziens bevat het product voldoende informatie, om dit te toetsen heb ik vervolgens het product laten lezen door verschillende collega's. Zij vonden allen dat de informatie duidelijk was. Het taalgebruik was voor hen helder, tevens was men enthousiast over de wijze van opzoeken. Men heeft aangegeven dat de informatie voldoende is als men kijkt naar de beginsituatie.

De werknemers en ik zijn wel van mening dat er binnen de instelling binnenkort een ontwikkeling moet plaats vinden door de werknemers bijvoorbeeld een cursus aan te bieden. Hoogstwaarschijnlijk gaat dit ook op korte termijn gebeuren, maar door middel van dit product zeggen de werknemers tot die tijd een goede overbrugging te hebben.

Voor de overzichtelijkheid staan hieronder de probleemstelling en doelstelling van het product wederom beschreven. Aan de hand van deze stellingen ga ik het proces langs om te zien of het eindproduct een antwoord geeft hierop.

De **probleemstelling** luidt als volgt;

Hoe kunnen de medewerkers van het begeleidingsteam van de Sociowoning van DeltaBouman ondersteund worden bij de problemen die zij ondervinden m.b.t. de begeleiding van de patiënten met verslavingsproblematiek en een psychiatrische achtergrond (zoals diagnostiek, symptomen voorzien, etc.)?

In mijn ogen is de probleemstelling beantwoord. Er is veel gebeurd binnen Bouman Verslavingszorg de afgelopen tijd, maar een verdere ontwikkeling met betrekking op het verstrekken van informatie aan de medewerkers of het aanbieden van een andere mogelijkheid heeft nog niet plaatsgevonden.

Volgens mij heb ik een duidelijk beeld gekregen over waar men op de Sociowoning tegen aan liep en uit de reacties van diezelfde personen kan ik concluderen dat de probleemstelling is beantwoord.

De **doelstelling** voor dit afstudeerproject is dan ook;

Medewerkers van het begeleidingsteam van de Sociowoning van DeltaBouman ondersteunen zodat zij de patiënten met verslavingsproblematiek en een psychiatrische achtergrond beter kunnen begeleiden.

Ook hierbij moet ik concluderen dat mijn doelstelling is behaald. Tevens was hierbij de mening van de werknemers van groot belang.

Hoofdstuk 6 : Evaluatie van het proces.

§6.1. Inleiding.

In dit hoofdstuk ga ik het gehele proces evalueren. Ik kijk hierbij naar de ontwikkelingen en hoe bepaalde keuzes tot stand zijn gekomen.

Niet onbelangrijk hierbij is hoe de samenwerking verliep tussen mijn begeleidster en ik.

§6.2. Evaluatie.

In het begin was het voor mezelf al duidelijk wat mijn onderwerp zou zijn voor het afstudeerproject. Echter bleek ik in mijn eigen valkuil te lopen doordat ik in mijn hoofd al bijna geheel had uitgestippeld hoe ik het eindresultaat wilde hebben. Het probleem hierbij was dat ik bij het maken van het startdocument al direct verkeerd begon. Ik was steeds al een stap te ver in het proces. Dit werd mij duidelijk gemaakt door mijn begeleidster. De moeilijkheid hierbij was dat ik mijn plan los moest laten om tot inzicht te komen waar het probleem is begonnen.

Achteraf heeft dit nog wel een rol gespeeld tijdens het verloop van het proces. Bijvoorbeeld bij het maken van de enquête was ik alweer een stap verder dan eigenlijk de bedoeling was. Hierdoor leek het alsof de enquête niet aansloot bij de dingen die ik daarvoor had beschreven. Echter was alles op zich wel in orde, alleen moest ik op papier weer een stap terug doen in het proces. Het ging hierbij met name om de gesprekken die ik in eerste instantie niet had beschreven, maar door sturing van mijn begeleidster werd dit duidelijk en kon ik op een juiste weg verder.

Als ik terug kijk op het gehele proces dan overheerst bij mij de moeilijke periode waarin ik zat. Mijn persoonlijke problemen hadden vaak de overhand waardoor afstuderen voor mij onmogelijk leek. Echter ben ik met hulp van mijn naasten en school weer aan de slag gegaan. Hierbij heb ik achteraf wel een positief gevoel over het uiteindelijk product. Dit gevoel werd met name versterkt door het feit dat mijn collega's zich heel goed konden vinden in het eindproduct. Dit was voor mij de bevestiging.

De communicatie tussen mijn begeleidster en ik heb ik als positief ervaren. Vanaf het begin heb ik aangegeven waar voor mij de problemen en mogelijkheden lagen om contact te hebben met mijn begeleidster. We hebben hier afspraken over kunnen maken en er is volgens mij voldoende correspondentie geweest. De tips en opmerkingen van mijn begeleidster nam ik serieus en probeerde daar mee verder te gaan. Ik wil hierbij dan ook mijn begeleidster bedanken, Ellen bedankt!

Literatuurlijst.

- Bal, L. & Engeltjes, A. & Leeijen, H. (1999). *409 deel 1*. Baarn: Nijgh Versluis.
- Bal, L. & Engeltjes, A. & Leeijen, H. (1999). *409 deel 2*. Baarn: Nijgh Versluis.
- Holmes, D. (2001). *Kleine psychopathologie*. Baarn: HB uitgevers.
- Koster-Groos, van, G.A.S. (1995). *Diagnostische criteria van de DSM-IV*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Sprey, A. (2002). *Praktijkboek persoonlijkheidsstoornissen*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum
- Townsend, M.C. (1998). *Verpleegkundige diagnostiek in de psychiatrie*. Maarssen: Elsevier.
- Vandereycken, W.&Deth van, R..(2004). *Psychiatrie van diagnose tot behandeling*. Houten:Bohn Stafleu Van Loghum
- Wisman, P. (2001). *Diagnose psychiatrie*. Wormer: Immerc bv.
- Wunderink, A. (2001). *Schizofrenie, oorzaken, gevolgen en behandeling*. Wormer: Immerc bv.

Belangrijkste internetsites:

www.trimbos.nl

www.deltabouman.nl

www.psychiatrie.pagina.nl

www.ypsilon.nl

www.moeilijkemensen.nl

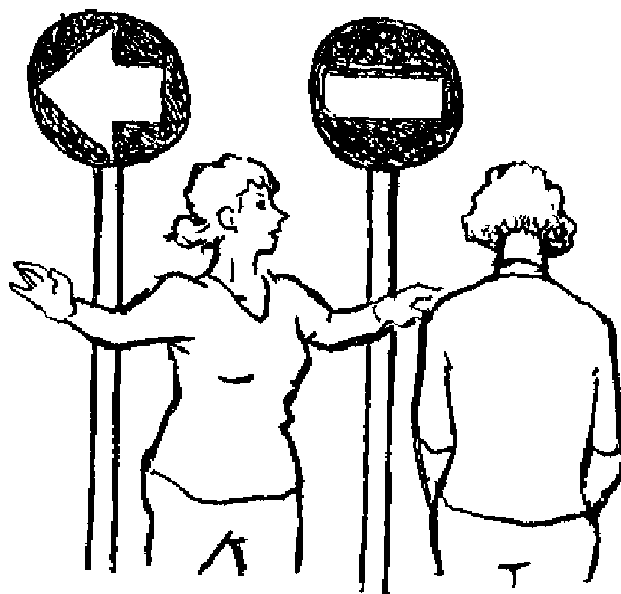
www.eurostress.nl

www.psychiatrienet.nl

www.medischestartpagina.nl

www.nvvp.nl

‘Wegwijs in de psychiatrie’



Afstudeerproject

T.R. den Boer

SPH dt 4b

2005

1^e Beoordelaar: Ellen de Jong

2^e Beoordelaar: Jacob de Ligny

Voorwoord.

Dit naslagwerk is tot stand gekomen naar aanleiding van mijn afstudeerproject voor de opleiding Sociaal Pedagogische Hulpverlening aan de Haagse Hogeschool.

De reden waarom ik dit naslagwerk gemaakt heb is gebaseerd op mijn werkervaring op de Sociowoning van Bouman Verslavingszorg. Binnen de verslavingszorg is er, in de afgelopen jaren, een duidelijke verandering opgetreden. Er kwamen namelijk steeds meer patiënten in beeld met een psychiatrische achtergrond. Op de Sociowoning van Bouman Verslavingszorg liepen de werknemers tegen dit feit aan. Zij hadden het gevoel niet genoeg expertise in huis te hebben om de patiënten met een zogenoemde ‘dubbele diagnose’ goed te kunnen begeleiden.

Ondanks alle ontwikkelingen binnen de instelling, zoals een fusie met Delta Psychiatrisch Ziekenhuis die later weer werd ontbonden, stonden de werknemers nog steeds met lege handen. Dit was voor mij dan ook de aanleiding om mijn afstudeerproject te richten op de problemen die men ondervindt op de Sociowoning. Na onderzoek bleek dat de werknemers behoefte hadden aan meer informatie c.q. kennis over bepaalde psychiatrische stoornissen. De doelgroep voor dit naslagwerk is dan ook in eerste instantie, de werknemers van de Sociowoning van Bouman Verslavingszorg. Zij hebben dan ook hun voorkeur gegeven over welke stoornissen zij informatie wilden hebben.

Het doel wat ik met dit naslagwerk wil bereiken, is dat de werknemers op de Sociowoning door middel van dit hulpmiddel snel en makkelijk de informatie kunnen opzoeken die zij nodig hebben om de patienten met een ‘dubbele diagnose’ te kunnen begeleiden.

Er zal binnen de instelling ook meer aandacht besteed gaan worden aan het begeleiden van patiënten met een ‘dubbele diagnose’. Tot die tijd hoop ik dat dit naslagwerk een tijdelijke oplossing biedt op de afdeling.

Ik wil hierbij mijn dank betuigen aan de werknemers van de Sociowoning, mijn afstudeerbegeleidster en een ieder die geholpen heeft met het maken van dit naslagwerk.

T.R. den Boer.

Inhoudsopgave.

Voorwoord.....	1
Inhoudsopgave.....	3

DEEL A : Schizofrenie gerelateerde stoornissen.

Schizofrenie.....	5
Oorzaken.....	5
Symptomen.....	6
Schizofrenie en subtypen.....	8
Behandeling.....	10
Gevolgen.....	11
DSM IV.....	11
Handvatten behandelplan.....	12
Psychose.....	13
Oorzaken.....	13
Voortekenen van een psychose.....	14
Behandeling.....	14
Gevolgen.....	15
Wanen.....	15
Hallucinaties.....	17

DEEL B : Cluster A persoonlijkheidsstoornissen.

Paranoïde persoonlijkheidsstoornis.....	19
Behandeling.....	21
DSM IV.....	22
Handvatten behandelplan.....	23
Schizoïde persoonlijkheidsstoornis.....	24
Behandeling.....	26
DSM IV.....	27
Handvatten behandelplan.....	27
Schizotypische persoonlijkheidsstoornis.....	29
Behandeling.....	29
DSM IV.....	32
Handvatten behandelplan.....	32

DEEL C : Cluster B persoonlijkheidsstoornissen.

Antisociale persoonlijkheidsstoornis	33
Behandeling.....	33
DSM IV.....	34
Handvatten behandelplan.....	35
Borderline	36
Oorzaken.....	36
Symptomen en gevolgen.....	38
Behandeling.....	41
DSM IV.....	42
Handvatten behandelplan.....	43
Narcistische persoonlijkheidsstoornis	44
Behandeling.....	44
DSM IV.....	45
Handvatten behandelplan.....	45
Theatrale persoonlijkheidsstoornis	47
Behandeling.....	47
DSM IV.....	48
Handvatten behandelplan.....	48

DEEL D : Psychiatrie en Verslaving.

Inleiding	51
Verslaving en Schizofrenie.....	51
Verslaving en Borderline.....	52
Literatuurlijst	55
Trefwoordenregister	56

Schizofrenie.

Schizofrenie werd vroeger omschreven als een ‘gespleten persoonlijkheid’. Er zijn op dit moment nog steeds mensen die dit denken, maar dat is helemaal niet waar.

Schizofrenie is een geestesziekte, die een langdurig verloop heeft en de mens in zijn kern aantast.

Oorzaken.

Nog steeds is niet precies bekend wat de oorzaak van schizofrenie is en hoe de symptomen van de ziekte tot stand komen. Toch is er de laatste jaren veel ontdekt over de achtergronden van schizofrenie en de bijbehorende verschijnselen. We komen steeds meer te weten over de ingewikkelde manier waarop de hersenen werken en hoe bij schizofrenie de werking van de hersenen verstoord zou kunnen zijn.

Men vermoedt tegenwoordig dat de oorzaak van schizofrenie meer moet worden gezocht in een **stoornis in de verbindingen tussen de verschillende hersenkernen** (neurale circuits), die misschien op haar beurt weer kan leiden tot vergroting of verkleining van bepaalde delen van het brein, hersenmetabolisme (stofwisseling in de hersenen).

Zeker is dat de aanleg een belangrijke factor is. Het risico schizofrenie te worden bedraagt iets minder dan 1 %. Als één van de ouders aan schizofrenie lijdt, is het risico voor het kind ongeveer 10 %. Hetzelfde risico bestaat als je kijkt naar broers en zussen. Hoe geringer de verwantschap, hoe kleiner ook het risico.

Als beide ouders aan schizofrenie lijden, wordt het risico voor het kind verhoogd tot ongeveer 46 %. Hieruit zou je kunnen concluderen dat schizofrenie erfelijk is. Echter is dit nog niet wetenschappelijk bewezen. Enerzijds wijst het op een belangrijke erfelijkheidsfactor, maar anderzijds blijkt dat de aanleg niet beslissend is. Er is blijkbaar meer voor nodig dan alleen aanleg. De bijkomende ziekmakende factoren zoekt men nu niet meer zozeer binnen het gezin, maar meer richting gebeurtenissen, zoals bijvoorbeeld tijdens de zwangerschap en de bevalling, denk bijvoorbeeld aan voeding tekort gedurende de zwangerschap en zuurstofgebrek tijdens de bevalling.

Zoals beschreven, is er nog geen wetenschappelijk bewijs over de oorzaken van schizofrenie en bijvoorbeeld de erfelijkheid daarvan. Echter blijft men bezig met onderzoeken om de oorzaken te achterhalen. Dit blijkt ook uit de laatste onderzoeken die wijzen naar de mogelijkheid dat veelvuldig gebruik van drugs en met name hasj en marihuana een oorzaak kan zijn tot de ontwikkeling van schizofrenie. Echter is hier nog geen uitsluitsel over.

Symptomen.

De symptomen van schizofrenie zijn niet bij iedere patiënt hetzelfde. Het is zelfs zo dat de symptomen die optreden bij schizofrenie ook kunnen optreden bij andere psychische aandoeningen. Dit houdt dus in dat er geen vaste symptomen zijn waaraan je direct de diagnose schizofrenie kan stellen. Dat heeft te maken met het gegeven dat schizofrenie niet een eenvoudige ziekte is met één bepaalde uitingsvorm en een vast beloop.

De manier waarop bij schizofrenie de verschillende soorten symptomen optreden gedurende bepaalde perioden, en dan weer verdwijnen om plaats te maken voor andere, kun je misschien het best vergelijken met het weer.

Bij schizofrenie kun je ook allerlei ‘weertypen’, dus combinaties van verschijnselen, aantreffen, die ook in elkaar kunnen overlopen.

Bij schizofrenie kun je de symptomen onderverdelen in verschillende groepen, namelijk;

- **Positieve symptomen**, hieronder worden de symptomen verstaan die bij ieder ander niet voorkomt, maar bij een patiënt met schizofrenie wel. Hiertoe behoren **hallucinaties, wanen, waanwaarnemingen** en **waanstemming**.
- **Negatieve symptomen**, dit zijn eigenschappen die een ieder wel heeft, maar patiënten met schizofrenie niet of in mindere mate. Hiertoe behoren **vervlakking van de emoties** (het affect), **inactiviteit, gebrek aan spontane bewegingen** (katatone remming, vertraging), **gebrek aan motivatie, gebrek aan interesse** en **aandacht**.
- **Desorganisatiesymptomen**, dit kun je omschrijven als “het niet op een rijtje hebben en zien”. Voorbeelden hiervan zijn **onsamenhangende spraak** en **formele denkstoornissen, chaotisch gedrag, inadequaat affect** of **ongepaste emoties**.

Schizofrenie en subtypen.

Er zijn verschillende subtypen van schizofrenie, namelijk het paranoïde type, gedesorganiseerde type, katatoon type, ongedifferentieerd type en resttoestand.

Echter is gebleken dat deze subtypen nogal wat overlap hebben en wisselend kunnen zijn.

Hieronder zal ik per type een korte beschrijving geven van meest voorkomende verschijnselen en kenmerken.

- **Paranoïde type:** Meest opvallende kenmerken zijn;
 - Een of meer paranoïde wanen, die het leven grotendeels bepalen;
 - Gehoorhallucinaties (zie hallucinaties);
 - Haptische hallucinaties (zie hallucinaties);
 - De hallucinaties leiden vaak tot verklaringswanen (zie hallucinaties);
 - Formele denkstoornissen, maar geen incoherente spraak;
 - Gevoelsleven is niet vervlakt;
 - Begint meestal bij mensen tussen de 30 en 40 jaar;
 - Meestal een chronisch beloop;
 - Het gedrag is niet chaotisch en onberekenbaar.

- **Gedesorganiseerde type:** Meest opvallende kenmerken zijn;
 - Formele denkstoornis en incoherente spraak;
 - Onberekenbaar en ongepast gedrag;
 - Gehoorhallucinatie, maar ook visuele en reukhallucinaties (zie hallucinaties);

- Wanen, eerst chaotisch, later samenhangende wanen, vooral van paranoïde of religieuze aard (zie wanen);
 - Vervlakt gevoelsleven;
 - Begint meestal bij mensen tussen de 13 en de 20 jaar;
 - Verloopt sluipend en neigend tot chroniciteit.
- **Katatone type:** Meest opvallende kenmerken zijn;
 - Katatone motoriek → bizarre en stereotiepe bewegingen;
 - Katatone strupor → onbeweeglijk gedurende een periode, waarin ook niet gedronken en gegeten wordt;
 - Impulsieve handelingen en onrust;
 - Negativisme.
 - **Ongedifferentieerde type:** Tot dit type behoren patiënten die duidelijk schizofreen zijn, maar niet goed passen binnen de andere typen. Meest opvallende kenmerken zijn;
 - Sluipend begin en chronisch beloop;
 - affectieve vervlakking;
 - incoherente spraak;
 - Wanen (zie wanen);
 - Hallucinaties (zie hallucinaties).
 - **Resttoestand:** Dit is een vorm van schizofrenie die na verloop van tijd ontstaat, wanneer de symptomen van een actieve psychotische fase als wanen, hallucinaties, incoherente spraak of ernstig

ontregeld gedrag sterk in intensiteit en aantal zijn verminderd. Meest opvallende kenmerken zijn;

- Achteruitgang in persoonlijk functioneren;
- Achteruitgang in maatschappelijk functioneren;
- Gebrekkige zelfverzorging;
- Inactiviteit;
- Sociaal teruggetrokken;
- Verarming van taal en denken.

Behandeling.

Sinds de invoering van antipsychotische geneesmiddelen, zijn de vooruitzichten bij schizofrenie aanzienlijk beter geworden, ook al wordt er geen werkelijk herstel bereikt. Medicatie is dan ook de eerste wijze van behandelen, maar daarnaast zal de patiënt ook begeleid moeten worden. Deze begeleiding is gericht op rehabilitatie, dus met name gericht op het leren leven met de ziekte. De begeleiding en verwerking zijn hierbij van groot belang, niet alleen voor de patiënt maar ook voor zijn/haar naaste omgeving.

Rehabilitatie is van groot belang omdat de patiënt een nieuwe manier moet vinden om zijn/haar toekomst te plannen. In een rehabilitatie programma wordt aandacht besteed aan de mogelijkheden van de patiënt, bijvoorbeeld een opleiding, werk, hobby's, dit hangt echter af van de patiënt. Tegenwoordig kunnen relatief veel patiënten met schizofrenie, die gebruik maken van medicatie, op den duur toch op een of andere manier weer deelnemen aan het maatschappelijk proces. Zelfstandig wonen komt steeds meer voor en steeds meer patiënten met schizofrenie hebben een baantje, al dan betaald of vrijwillig.

Gevolgen.

De mensen die schizofrenie krijgen, zijn meestal jong. De eerste psychose trekt vaak een streep door hun toekomstplannen. Schizofrenie was een belangrijke oorzaak van arbeidsongeschiktheid. Gelukkig lopen deze cijfers langzamerhand wat terug en blijkt men door goede begeleiding toch weer deel uit te gaan maken van de maatschappij. Met name het contact met mensen is voor mensen met schizofrenie erg moeizaam. De gevolgen gaan echter verder dan alleen bij de patiënt, voor de naaste omgeving is het ook een ingrijpend gebeuren en ook zij zullen dus betrokken moeten worden bij de behandeling van de patiënt.

Mensen met schizofrenie hebben een kortere levensverwachting dan de doorsnee bevolking. Zo liepen Finse mannen met schizofrenie in een tijdsbestek van 17 jaar 3 maal meer kans, en vrouwen 2 maal meer kans, om te sterven dan leeftijd- en seksegenoten onder de algehele bevolking. Tot de doodsoorzaken horen aandoeningen van de luchtwegen (ook door overmatig roken), hart, spijsverteringsstelsel en zenuwstelsel.

Andere oorzaken van vroeg dood gaan zijn ongelukken, vermoord worden en suïcide. Ongeveer 7% van de personen die aan schizofrenie lijden gaat tot zelfdoding over. Meestal gebeurt dit tijdens een periode van depressie of vlak na de 1e acute episode.

DSM-IV.

Omdat de DSM-IV een hulpmiddel is bij het diagnosticeren van een stoornis heb je als verpleegkundige niet de taak om dit te doen. Alleen een psychiater mag diagnosticeren en zal hierbij gebruik maken van

de DSM-IV. Als verpleegkundige of agogisch medewerker heb je wel de taak om een behandelplan te schrijven. In het behandelplan wordt de DSM-IV wel meegenomen. En zal je bij het benoemen van de 5 assen de gediagnosticeerde stoornissen moeten benoemen, dit gebeurt via codes. Hieronder zie je de codes die horen bij de subtypen van schizofrenie;

- Paranoïde type → 295.30
- Gedesorganiseerde type → 295.10
- Katatone type → 295.20
- Ongedifferentieerde type → 295.90
- Resttype → 295.60

Handvatten behandelplan.

Bij het schrijven van een behandelplan maak je gebruik van een probleemanalyse. Na een observatie periode benoem je in het behandelplan de mogelijke problemen die zich kunnen voordoen. Bij de ziekte schizofrenie zijn er inmiddels een aantal overeengekomen punten van aandacht, die je in het behandelplan zou kunnen verwerken. Hieronder zie je een aantal verpleegkundige interventies;

- Dreigend geweld, gericht tegen zichzelf of tegen anderen;
- Sociaal isolement;
- Ineffectieve coping;
- Veranderde zintuiglijke waarneming;
- Verstoorde denken;
- Verstoorde verbale communicatie;
- Zelfstandigheids tekort;
- Verstoord slaappatroon.

Psychose.

Iemand met een psychose neemt de wereld anders waar dan anderen. Dat kan zich uiten in wanen en/of hallucinaties.

Wanen zijn overtuigingen die niet op de werkelijkheid zijn gebaseerd, maar waarin iemand heel sterk gelooft.

Meestal neemt deze persoon zelf een belangrijke plaats in bij deze waandenkbeelden. Zo kunnen mensen ervan overtuigd zijn, dat zij een belangrijke taak hebben te vervullen. Sommige gedachten zijn beangstigend, iemand kan denken dat zijn eten vergiftigd wordt.

Hallucinaties zijn ‘zinsbegoochelingen’: iemand hoort, ziet, voelt, ruikt, of proeft dingen die anderen niet waarnemen.

Het horen van stemmen is de meest voorkomende hallucinatie. Vaak hebben deze stemmen geen prettig karakter. Ze geven bijvoorbeeld commentaar op het doen en laten van iemand. Soms geven ze opdrachten waar iemand zich moeilijk aan kan onttrekken.

Oorzaken.

In principe kan iedereen psychotisch worden. Een enkele keer is er duidelijke aanleiding, bijvoorbeeld een zware operatie of tumor. Meestal is het niet mogelijk om 1 bepaalde oorzaak aan te wijzen, maar gaat het om een samenspel van factoren. In de loop van de tijd zijn verschillende theorieën ontwikkeld over het ontstaan van psychoses. Tegenwoordig gaan wetenschappers ervan uit dat het ontstaan van een psychose afhangt van twee factoren; iemands kwetsbaarheid om een psychose te krijgen en de stress die iemand ondervindt. Dit heet het ***stress-kwetsbaarheidsmodel***.

Voortekenen van een psychose.

Angst, prikkelbaarheid en slaapproblemen kunnen wijzen op een naderende psychose. Deze voortekenen verschillen van persoon tot persoon. Bij een eerste psychose kun je ze niet als voortekenen aanmerken. Pas achteraf zijn de signalen van de voorfase te herkennen. Hierdoor is het soms mogelijk een volgende psychose te zien aankomen. Daarnaast is het van belang om goed naar de patiënt te luisteren, want zij kunnen soms zelf een psychose aan voelen komen.

Voorbeelden van signalen die kunnen wijzen op een naderende psychose;

- Zich terugtrekken;
- Moeite hebben met concentreren;
- Vergeetachtig of verward zijn;
- Gemakkelijk geïrriteerd of kwaad zijn;
- Somber zijn, zich meer zorgen maken, piekeren;
- 's nachts wakker zijn, overdag slapen;
- meer of minder zin in eten;
- minder aandacht voor zelfverzorging hebben;
- moe en futloos zijn;
- achterdochtig zijn;
- meer interesse in geloofszaken, filosofie en paranormale onderwerpen;
- anders zien, horen en ruiken.

Behandeling.

Er is nog geen behandeling die leidt tot genezing: het is niet mogelijk de kwetsbaarheid voor psychose weg te nemen. Wie daar gevoelig voor is, loopt altijd de kans opnieuw een

psychose te ontwikkelen. In de acute fase heeft de behandeling tot doel de psychotische symptomen, de angst en verwarring te verminderen. Medicijnen spelen hierbij een belangrijke rol. Daarnaast draagt een rustige, veilige omgeving bij aan het herstel.

Na de acute fase is de behandeling en begeleiding gericht op omgaan met de gevolgen van een psychose en het voorkomen van een volgende psychose. Denk hierbij aan psychotherapie, psycho-educatie en gezinsbegeleiding.

Gevolgen.

Een psychose heeft vaak negatieve gevolgen. Zowel voor de persoon in kwestie als voor de omgeving. Werk of studie worden onderbroken, relaties met anderen kunnen schade oplopen. Na de eerste psychose kan iemand last houden van geheugen- en concentratieproblemen.

In tegenstelling tot wat veel mensen denken, is het niet zo dat deze problemen na de psychose verergeren. In de praktijk kan het moeilijk zijn om de gevolgen van een psychose te onderscheiden van bijwerkingen van de medicatie.

Wanen.

Tijdens een psychose doen zich bijna altijd wanen voor. Bij schizofrenie hebben deze wanen overwegend een paranoïde karakter. ‘Para’ betekend ‘naast’ en ‘nous’ betekend ‘denken’. Paranoïde betekend achterdocht. Echter zijn er nog meerdere soorten wanen. Hieronder zal ik de volgende wanen beschrijven; paranoïde waan,

religieuze waan, hypochondrische waan en de waan betreffende de identiteit.

Een paranoid iemand voelt zich niet veilig, voelt zich bedreigd en bespioneerd. En betreft alles op zichzelf.

Een **paranoïde waan** is dan ook altijd een **betrekkingswaan**. Voorbeelden van paranoïde wanen zijn b.v. achtervolgingswanen en vergiftigingswanen.

Schizofrene hebben vaak grote belangstelling voor **religie** en ontwikkelen vaak wanen in die sfeer. Dit staat dus in verband met hun beleving. Ze voelen zich in verbinding staan met een allesbeheersende, ongrijpbare macht. Ze denken dat deze gedachten invloed hebben op de buitenwereld, ze voelen zich verantwoordelijk voor wat er gebeurt.

Voorbeeld: “Ze denken dat ze ‘Jezus’ zijn en het gevoel hebben met heel de kosmos in verbinding te staan.”

Dit noemen we dan ook **religieuze wanen**.

Een **hypochondrische waan** is een waan die betrekking heeft op het eigen lichaam. Hypochondrie is eigenlijk ‘tobben over je gezondheid’, maar bij schizofrenie is daar geen sprake van. Deze wanen hebben dus **betrekking op het eigen lichaam**.

Voorbeeld :

- de ene dag dood gaan en de volgende dag weer herreizen;
- of in gedachten van geslacht veranderen, omdat ze in een seksuele identiteitscrisis zitten. Ze weten niet wat of wie ze zijn. Soms komt het voor dat ze zichzelf een ‘jongenmeisje’ noemen. Ze willen niet

echt van geslacht veranderen, door middel van een operatie. Het zijn alleen de gedachten;

- ze hebben soms het gevoel dat ze beesten in hun lichaam hebben.

Als er veel vreemds gebeurt met iemand, en als er uitzonderlijke dingen beleefd worden, dan is het logische dat ze denken; ***“Wie ben ik eigenlijk?”***

Bij ***wanen betreffende de identiteit*** gelooft men dat zij iemand anders zijn. Denk hierbij aan een grootheidswaan, men denkt dat men directeur is of de koningin.

Naast de vraag wie ze zijn, zijn er ook wanen die gebaseerd zijn op de vraag ***“Wat is mijn afkomst?”*** In deze wanen beweren de patiënten dat ze niet degene zijn voor wie ze worden aangezien. En ze zeggen dat hun ouders niet hun echte ouders zijn en dat ze bij de geboorte zijn verwisseld.

Hallucinaties.

Bij schizofrenie komen hallucinaties op ***alle zintuigen*** voor. De ***gehoorhallucinaties*** komen hierbij het meest voor. Ze worden ook wel akoestische hallucinaties genoemd. Dit houdt van alles in, zoals;

- fluisteren;
- stommelen;
- schreeuwen;
- spreekkoren.

Meestal gaat het om stemmen. De stem kan van iedereen zijn, b.v. van God, de buurvrouw of juist de stem van een onbekende, de neutrale stem. De stemmen zeggen meestal geen prettige dingen. Soms gebeurt het wel dat de stemmen goede raad geven/informatie geven, maar meestal is dat niet het geval. Het kan zelfs zo zijn dat er

bevelhallucinaties optreden, de stemmen geven een bevel. Denk bijvoorbeeld aan brandstichting en suicide.

De ***gezichtshallucinaties*** worden ook wel ***visuele hallucinaties*** genoemd. Deze komen bij schizofrene minder vaak voor. Er kunnen angstwekkende wezens worden gezien of vreemde taferelen, maar ook kan de patiënt ineens vertellen dat hij zijn foto levensgroot op een muur ziet staan.

Sommige patiënten zien rare wezentjes om zich heen, dit zie je ook bij een delirium, maar het verschil met deze hallucinaties is dat een schizofreen helder bij bewustzijn is en bij een delirium is dit niet het geval.

Naast deze twee vormen van hallucinaties zijn er ook nog ***reuk- en smaakhallucinaties***, die meestal gericht zijn op walgelijke geuren zoals urine, bloed, ontlasting, sperma, etc. Daarnaast zijn er ook ***haptische hallucinaties***, deze komen maar weinig voor. Hierbij heeft de patiënt bijvoorbeeld het gevoel dat hij gestoken wordt met messen of dat er levende dieren aan hem knagen. Ook het gevoel van straling komt voor, vooral op anus en/of geslachtorganen.

Paranoïde persoonlijkheidsstoornis.

Het meest kenmerkende is dat mensen met een paranoïde persoonlijkheidsstoornis de gedragingen van anderen als opzettelijk in hun nadeel of bedreigend ervaren. Zij voelen zich vrijwel allemaal uitgebuit of bedreigd. Zonder redelijke gronden betwijfelen zij de oprechtheid van vrienden en kennissen. Soms zijn zij ook ziekelijk jaloers en twijfelen zij zonder reden aan de trouw van hun partner.

Zij hebben de neiging hun eigen gevoelens in anderen te projecteren vooral als het gaat om gevoelens die zij niet van zichzelf kunnen accepteren. Zij tonen vaak een gebrek aan emotie en zijn trots op zichzelf dat zij alles verstandelijk beredeneren. Ze zijn dus niet erg warm-menselijk. Vaak zijn zij gevoelig voor macht en status en minachten zij mensen die dat niet hebben. Zij lijken in de omgang soms zakelijk en efficiënt maar veroorzaken vaak onrust en conflicten in hun omgeving.

Wanneer de achterdocht de vorm van achtervolgingswaan heeft dan is er geen sprake van een persoonlijkheidsstoornis maar van schizofrenie, manisch depressieve stoornis of een waanstoornis. Overbetrokken persoonlijke relaties zoals bij borderline persoonlijkheidsstoornis zijn een zeldzaamheid. Problemen op het werk en in persoonlijke relaties komen frequent voor bij mensen met een paranoïde persoonlijkheidsstoornis.

Achterdocht kan omslaan in dreiging naar anderen, wrok kan omslaan naar wraak. In combinatie met andere persoonlijkheidstrekken (zoals neiging tot afreageren, lak

hebben aan wetgeving en moraal) kan het gevaarlijk worden. Een paranoïde persoonlijkheidsstoornis valt op door de achterdocht waarmee de persoon reageert. Een achterdochtig iemand praat over hoe anderen hem of haar willen benadelen en kan soms met moeite toegeven dat hij of zij overal wat achter zoekt. Iemand die enerzijds overmatig jaloers is en anderzijds weinig in staat lijkt tot het geven van liefde en warmte kan aan een paranoïde persoonlijkheidsstoornis lijden. Mensen die zich laten voorstaan op hun redelijkheid kunnen juist heel onredelijk wantrouwen koesteren. Zij praten niet makkelijk over hun eigen gevoelens en zijn eerder geneigd die te ontkennen of op anderen te projecteren.

Mensen met een paranoïde persoonlijkheidsstoornis kunnen heel bedreigend overkomen wanneer zij eenmaal overtuigd zijn van het vermeende onrecht dat hen is aangedaan. De grens met ernstige psychiatrische ziekten is dan moeilijk te onderscheiden en deskundige hulp is geboden.

Het is niet makkelijk om een persoonlijkheidsstoornis bij jezelf vast te stellen en al helemaal niet wanneer je geneigd bent te denken dat anderen de oorzaak zijn van je problemen. Wat kan helpen is jezelf vragen te stellen als: ben ik geneigd de mening van anderen aan te nemen? Laat ik mij makkelijk gerust stellen wanneer ik ergens over inzit? Ben ik, wanneer iemand mij een streek heeft geleverd geneigd om dit makkelijk weer te vergeten? Heb ik snel het gevoel dat ik anderen kan vertrouwen? Het "nee" op al deze vragen kan in de richting wijzen van een paranoïde persoonlijkheidsstoornis.

Behandeling.

Eerlijkheid en respect zijn belangrijke uitgangspunten voor het omgaan met mensen. Voor mensen met een paranoïde persoonlijkheidsstoornis kunnen kleine leugentjes om bestwil al aanleiding zijn tot een complete vertrouwensbreuk. Laat zien dat je een eigen mening kunt hebben zonder dat je daarmee de ander onderuit haalt. Tegenspreken heeft geen zin en door te proberen iemand gerust te stellen kun je van de wal in het schip raken. Daarmee ontlok je uitspraken als: "dat zeg je alleen maar om..."

Zolang een achterdochtig persoon het gevoel heeft dat zijn karakter en levenshouding noodzakelijk zijn om te overleven of om zijn partner en familie te beschermen, zal er ook niet veel veranderen. Er treedt dan telkens bevestiging op. Wanneer de achterdocht de spugaten uitloopt en leidt tot onaangepast gedrag dan kunnen conflicten ontstaan waarvoor de betrokkene weinig geneigd zal zijn verantwoordelijkheid te nemen.

Psychotherapie kan behulpzaam zijn in het onder controle houden van de verschijnselen van paranoïde persoonlijkheidsstoornis. De therapeut moet zich eerlijk en open opstellen. Wanneer de persoon zijn therapeut beschuldigt van nalatigheid (zoals te laat beginnen, iets vergeten zijn) dan doet deze er goed aan zijn schuld gewoon te bekennen. De therapeut moet goed in de gaten houden dat vertrouwen en intimiteit de kern van het probleem vormen voor deze patiënt. Een therapie in een groep is niet aan te bevelen. Diep graven in de emotionele ontwikkeling leidt meestal tot een averechts effect, de achterdocht neemt dan alleen maar toe.

Soms, wanneer de persoon bedreigend wordt, moeten de grenzen worden duidelijk gemaakt van wat nog acceptabel is voor de therapeut. Wanneer de achterdocht waanachtige vormen aanneemt zal de therapeut daar met respect mee om moeten gaan en de patiënt niet uitlachen of vernederen. Maar stevigheid is wel vereist. Mensen met een paranoïde persoonlijkheidsstoornis verdragen enerzijds slecht dat een therapeut zwak en kwetsbaar is, anderzijds zullen zij de controle over de situatie niet graag uit handen geven aan de therapeut.

Medicijnen kunnen behulpzaam zijn wanneer de achterdocht oplaait en de persoon daar angstig of geagiteerd bij is. Een benzodiazepine kan al verlichting geven. Nadeel daarbij is dat, net als bij alcohol, de neiging om tot gevaarlijk gedrag over te gaan soms toeneemt. Soms is het nodig om korte tijd een antipsychoticum zoals pimozide (Orap) of haloperidol (Haldol) te nemen om waanachtige ideeën te bestrijden. Therapietrouw zijn is hierbij van groot belang.

DSM IV.

Omdat de DSM-IV een hulpmiddel is bij het diagnosticeren van een stoornis heb je als verpleegkundige niet de taak om dit te doen. Alleen een psychiater mag diagnosticeren en zal hierbij gebruik maken van de DSM-IV. Als verpleegkundige of agogisch medewerker heb je wel de taak om een behandelplan te schrijven. In het behandelplan wordt de DSM-IV wel meegenomen. En zal je bij het benoemen van de 5 assen de gediagnosticeerde stoornissen moeten benoemen, dit gebeurt via codes. Paranoïde persoonlijkheidsstoornis → 301.0

Handvatten behandelplan.

Bij het schrijven van een behandelplan maak je gebruik van een probleemanalyse. Na een observatie periode benoem je in het behandelplan de mogelijke problemen die zich kunnen voordoen. Bij de paranoïde persoonlijkheidsstoornis zijn er inmiddels een aantal overeengekomen punten van aandacht, die je in het behandelplan zou kunnen verwerken.

Hieronder zie je een aantal verpleegkundige aandachtspunten;

- Dreigend geweld, gericht tegen zichzelf of tegen anderen;
- Sociaal isolement;
- Ineffectieve coping;
- Verstoorde denken;
- Verstoorde verbale communicatie;
- Zelfstandigheids tekort.

Schizoïde persoonlijkheidsstoornis.

Mensen met een schizoïde persoonlijkheidsstoornis worden gekenmerkt door hun sociale teruggetrokkenheid.

Zij voelen zich niet op hun gemak in menselijke relaties, zijn introvert en in het contact gesloten en vlak. Door anderen worden zij vaak gezien als een beetje vreemde, eenzame figuren.

Het is niet precies bekend hoeveel mensen er een schizoïde persoonlijkheidsstoornis hebben. Er zijn schattingen tot 7½ procent. De verdeling tussen mannen en vrouwen is ook nog niet vastgesteld, waarschijnlijk hebben mannen het twee maal zo veel. Deze mensen komen vaak terecht in werk waar ze weinig met anderen te maken krijgen.

Het meest opvallende van mensen met een schizoïde persoonlijkheidsstoornis is dat zij zich nooit op hun gemak lijken te voelen. Zij vermijden oogcontact en gedragen zich opvallend ongeïnteresseerd of juist veel te serieus.

Daaronder zit waarschijnlijk een grote angst verborgen. Luchthartigheid is hen vreemd. Een grapje maken is er niet bij en meestal zullen zij slechts korte antwoorden op de vragen geven die aan hen gesteld worden. Soms doen zij alsof zij goed contact hebben met anderen die zij dan bij navraag nauwelijks blijken te kennen. Zij lijken soms meer belangstelling te hebben voor niet-levende objecten en/of voor abstracte theorieën.

Zij hebben vaak weinig ervaring en belangstelling in seksuele relaties met andere mensen. Zij hebben over het geheel weinig dingen waar zij echt plezier aan beleven.

Zij hebben geen boezemvrienden of zelfs maar gewone vrienden en veel meer contact dan met eerstegraads familieleden is er vaak niet. Soms zijn zij opmerkelijk ongevoelig voor bewondering of kritiek en komen zij koud of ongeïnteresseerd over.

Mensen met een schizoïde persoonlijkheidsstoornis zoeken werk dat hun eigen interesse heeft en waar zij weinig dienen te wedijveren met anderen. Op plekken waar anderen het moeilijk zouden uithouden vanwege de eenzaamheid houden zij het wel vol. Soms steken zij zelfs heel veel energie in bijvoorbeeld sterrenkunde en kunnen zij wel grote genegenheid voor een huisdier aan de dag leggen. Soms houden zij er strenge moraal op na die in een gewoon contact met mensen niet vol te houden zou zijn. Soms houden zij er zelfs geniale ideeën op na.

Zij zullen niet gemakkelijk gevoelens uiten en al helemaal moeite hebben met boze gevoelens. Wanneer zij zich bedreigt voelen zullen zij niet gauw reageren maar trekken zij zich terug in fantasieën waarin zij zich machtiger en veiliger voelen.

Er is geen duidelijke relatie met ernstige psychiatrische ziekten zoals schizofrenie. Het beroepsmatig functioneren is vaak niet belemmerd en mensen met een schizoïde persoonlijkheidsstoornis hebben op zich geen wanen of vreemde gedachten. Er bestaat wel gelijkenis met paranoïde persoonlijkheidsstoornis maar daarbij is veel meer sociaal contact mogelijk. Bij vermijdende mensen is er uiterlijk veel overeenkomst maar het verschil is dat deze juist een grote behoefte aan contact ervaren.

Behandeling.

Het is niet gemakkelijk om contact te krijgen met iemand die een schizoïde persoonlijkheidsstoornis heeft. Geduld en betrouwbaarheid zijn sleutelwoorden, vaak is het genoeg om er gewoon te zijn. In discussies kan het moeilijk zijn om dit geduld te bewaren. Vooral moeilijk is het wanneer de ander nauwelijks naar je luistert of je met hele theorieën van je ongelijk zit te bewijzen terwijl jij je alleen maar verdrietig voelt en getroost zou willen worden. Mensen met deze stoornis in hun persoonlijkheidsontwikkeling zijn soms erg principieel en zullen geneigd zijn om jou af te wijzen wanneer je hun principes niet deelt. Als het mogelijk is kun je de principekwesties beter laten rusten.

De psychotherapeutische behandeling volgt dezelfde principes als die voor paranoïde persoonlijkheidsstoornis. De patiënt heeft echter veel meer mogelijkheid om naar zichzelf te kijken en zij kunnen zeer gehecht raken aan hun therapeut ook al laten zij daar niet veel van merken. Wanneer zij de therapeut vertrouwen kunnen zij soms veel over zichzelf vertellen en laten zien dat zij in hun fantasie veel vrienden hebben maar ook heel bang kunnen zijn om afhankelijk van anderen te zijn.

Patiënten met schizoïde persoonlijkheidsstoornis kunnen lang achtereen zwijgen en lijken daarom niet erg geschikt voor groepstherapie. Wanneer zij beschermd worden tegen de agressieve bejegening van andere groepsleden dan kunnen zij bijzonder aan een groep gehecht raken en zijn de leden van de groepstherapie vaak jarenlang hun enige sociale contacten.

Een enkele patiënt heeft baat bij een behandeling met medicijnen. Soms helpen antipsychotische medicijnen tegen overweldigende angst en kunnen antidepressieve of andere stimulerende medicijnen de patiënt over een drempel helpen.

DSM IV.

Omdat de DSM-IV een hulpmiddel is bij het diagnosticeren van een stoornis heb je als verpleegkundige niet de taak om dit te doen. Alleen een psychiater mag diagnosticeren en zal hierbij gebruik maken van de DSM-IV. Als verpleegkundige of agogisch medewerker heb je wel de taak om een behandelplan te schrijven. In het behandelplan wordt de DSM-IV wel meegenomen. En zal je bij het benoemen van de 5 assen de gediagnosticeerde stoornissen moeten benoemen, dit gebeurt via codes. Schizoïde persoonlijkheidsstoornis → 301.20

Handvatten behandelplan.

Bij het schrijven van een behandelplan maak je gebruik van een probleemanalyse. Na een observatie periode benoem je in het behandelplan de mogelijke problemen die zich kunnen voordoen. Bij de schizoïde persoonlijkheidsstoornis zijn er inmiddels een aantal overeengekomen punten van aandacht, die je in het behandelplan zou kunnen verwerken.

Hieronder zie je een aantal verpleegkundige aandachtspunten;

- Sociaal isolement;
- Ineffectieve coping;
- Verstoorde denken;
- Verstoorde verbale communicatie;
- Zelfstandigheids tekort.

Schizotypische persoonlijkheidsstoornis.

Mensen met een schizotypische persoonlijkheidsstoornis vallen op een of andere manier op. Ze leggen magische betekenissen in dingen, hebben vreemde ideeën, voelen bijvoorbeeld van alles aan en kunnen ook zeer bijgelovig zijn. Ongeveer 3 procent van de bevolking heeft een schizotypische persoonlijkheidsstoornis.

Onder familieleden van patiënten met schizofrenie komt deze persoonlijkheidsstoornis relatief vaker voor; een erfelijke factor speelt duidelijk mee. Eeneiige tweelingen hebben het veel vaker allebei dan twee-eiige tweelingen.

Op de lange duur gaat het vaak niet zo goed met deze mensen. Volgens een onderzoek zou 10 procent (net als bij schizofrenie) uiteindelijk zelfmoord plegen. Terugkijkend is soms ook de diagnose schizofrenie gesteld terwijl er sprake was van een schizotypische persoonlijkheidsstoornis.

Wanneer een patiënt met deze persoonlijkheidsstoornis somber is en tot weinig meer komt dan is het onderscheid ook zeer moeilijk te maken. Er wordt in brede kring van uitgegaan dat schizotypische persoonlijkheidsstoornis een soort voorstadium van schizofrenie is. Maar een heleboel mensen met deze stoornis leiden een betrekkelijk normaal leven, kunnen werken en relaties hebben ondanks hun bijzondere eigenschappen.

Behandeling.

Mensen met een schizotypische persoonlijkheidsstoornis zijn vaak kwetsbaar ook al zullen ze dat misschien zelf niet gauw toegeven. Soms helpt het om te bedenken dat we allemaal in een onbegrijpelijke en vaak ook dreigende

wereld leven. Veel persoonlijkheidskenmerken ontstaan doordat wij ons moeten zien te handhaven in de wereld. Soms helpt het om te fantaseren dat we zo machtig zijn dat wanneer we iets maar hard genoeg willen dat er dan ook wel een weg is. Helaas is het vaak niet zo.

Met spreekwoorden en gezegden houden we ons voor dat er wetmatigheden zijn maar telkens stelt de wetenschap ons teleur of laat ons in de steek. Bijgeloof en magisch denken zijn normale verschijnselen op de kinderleeftijd.

Soms bieden onze erfelijke aanleg of onze levensomstandigheden ons geen kans om die manier van denken los te laten. Of worden we onder grote psychische druk teruggeworpen op deze "primitieve" denkwijze.

Hoe vreemder de overtuiging lijkt hoe meer omzichtigheid en respect is geboden. Iemand doet z'n best, heeft alles in het werk gesteld om op een bepaalde manier het hoofd boven water te houden. Bij een schizotypische persoonlijkheidsstoornis heeft die inspanning niet het gewenste resultaat gehad maar dat is geen reden om die persoon te minachten. Wanneer je respect voor iemand toont en bereid bent te luisteren naar iemands mening, pas dan kan diegene zich openstellen voor jouw visie. Dit geldt niet alleen voor psychotherapeuten maar voor iedereen die met een ander om wil gaan.

De psychotherapeutische benadering van mensen met een schizotypische persoonlijkheidsstoornis berust evenzeer op respect en vertrouwen als bij paranoïde en schizoïde persoonlijkheidsstoornis. De vreemde inhoud van de gedachten en waarnemingen vereist wel extra voorzichtigheid. Deze patiënten zijn soms betrokken in sekten en geheime genootschappen of houden zich bezig

met occulte zaken. De therapeut moet die dingen niet belachelijk maken of veroordelen. Wanneer hij dat niet kan is het beter daar eerlijk voor uit te komen.

In een groep kunnen mensen met een schizotypische persoonlijkheidsstoornis ook makkelijk ten prooi vallen aan spot en veroordeling.

Wanneer de patiënt zelf in het leven tegen bepaalde problemen aanloopt heeft hij of zij waarschijnlijk het meeste baat bij een rustige en praktische benadering en steun.

Medicijnen, vooral antipsychotische medicijnen, kunnen zeer behulpzaam zijn in het tegengaan van betrekkingsideeën, vervormingen van de waarneming en andere symptomen. Zij kunnen goed gecombineerd worden met psychotherapie. Van haloperidol zijn positieve resultaten beschreven. Het ligt voor de hand om te veronderstellen dat de moderne, atypische antipsychotica ook behulpzaam kunnen zijn en minder aanleiding geven tot onaangename bijwerkingen. Wanneer de patiënt depressieve trekken heeft dan kunnen antidepressiva ook hun nut bewijzen.

DSM IV.

Omdat de DSM-IV een hulpmiddel is bij het diagnosticeren van een stoornis heb je als verpleegkundige niet de taak om dit te doen. Alleen een psychiater mag diagnosticeren en zal hierbij gebruik maken van de DSM-IV. Als verpleegkundige of agogisch medewerker heb je wel de taak om een behandelplan te schrijven. In het behandelplan wordt de DSM-IV wel meegenomen. En zal je bij het benoemen van de 5 assen de gediagnosticeerde stoornissen moeten benoemen, dit gebeurt via codes. Schizotypische persoonlijkheidsstoornis → 301.22

Handvatten behandelplan.

Bij het schrijven van een behandelplan maak je gebruik van een probleemanalyse. Na een observatie periode benoem je in het behandelplan de mogelijke problemen die zich kunnen voordoen. Bij de schizotypische persoonlijkheidsstoornis zijn er inmiddels een aantal overeengekomen punten van aandacht, die je in het behandelplan zou kunnen verwerken.

Hieronder zie je een aantal verpleegkundige aandachtspunten;

- Sociaal isolement;
- Ineffectieve coping;
- Verstoorde denken;
- Verstoorde verbale communicatie;
- Zelfstandigheids tekort;
- Inadequate sociale interactie.

Antisociale persoonlijkheidsstoornis.

Deze persoonlijkheidsstoornis is gekenmerkt door voortdurende antisociale of criminele gedragingen. Criminaliteit zelf is iets anders. Criminaliteit geeft aan dat iemand iets doet dat verboden is. Iedereen kan dat.

De persoonlijkheidsstoornis verwijst naar een **onvermogen** om zich aan de sociale normen aan te passen die aan het leven als adolescent of volwassenen gesteld worden. Het betreft een patroon van antisociale gedragingen.

3 Procent van de mannen en 1 procent van de vrouwen voldoet aan de criteria van antisociale persoonlijkheidsstoornis. De stoornis komt vaker voor in armere wijken. Vooral jongens uit grotere families hebben meer risico op het ontwikkelen van deze stoornis die meestal al voor het vijftiende levensjaar begint.

In gevangenissen is het percentage antisociale persoonlijkheid wel 75 procent. Wanneer je als jongen een eerstegraads familielid hebt met antisociale persoonlijkheidsstoornis dan heb je vijf maal zoveel kans om die ook te ontwikkelen als wanneer je niet zo iemand in de familie hebt.

Behandeling.

Voordat een psychotherapeutische behandeling begint moeten er zeer duidelijke afspraken en regels worden opgesteld. De therapeut moet er van op aan kunnen dat het zelfdestructieve gedrag ingeperkt wordt. De patiënt heeft de neiging weg te blijven voor belangrijker zaken of kan weer in de gevangenis zijn beland. Soms heeft dat te maken

met de angst om werkelijk een eerlijk contact met een therapeut aan te gaan. Het stellen van grenzen kan worden opgevat als straf en dat is natuurlijk niet de bedoeling. De therapeut kan heel goed zeggen waar het op staat, daarmee laat hij zien dat hij begrijpt waar het om gaat, hij moet de patiënt echter niet afwijzen of veroordelen. Met medicijnen moet voorzichtig worden gedaan. De patiënt zal maar al te graag zeggen dat hij die nodig heeft en dat dan alles goed komt. Maar ondertussen gebruikt hij of zij nog drugs waardoor griezelige bijwerkingen kunnen ontstaan. Bij een voorgeschiedenis van aandachtstekort en hyperactiviteit (ADHD) kunnen psychostimulantia zoals methylfenidaat (Ritalin) van nut zijn. Deze middelen zijn echter op straat ook goed door te verkopen. Mensen met een antisociale persoonlijkheidsstoornis hebben zoals gezegd vaak kleine neurologische afwijkingen die soms ook zichtbaar zijn op een EEG. Bij hen kunnen middelen tegen epilepsie, zoals carbamazepine (Tegretol), een gunstige invloed hebben op impulsief gedrag.

DSM IV.

Omdat de DSM-IV een hulpmiddel is bij het diagnosticeren van een stoornis heb je als verpleegkundige niet de taak om dit te doen. Alleen een psychiater mag diagnosticeren en zal hierbij gebruik maken van de DSM-IV. Als verpleegkundige of agogisch medewerker heb je wel de taak om een behandelplan te schrijven. In het behandelplan wordt de DSM-IV wel meegenomen. En zal je bij het benoemen van de 5 assen de gediagnosticeerde stoornissen moeten benoemen, dit gebeurt via codes. Antisociale persoonlijkheidsstoornis → 301.7

Handvatten behandelplan.

Bij het schrijven van een behandelplan maak je gebruik van een probleemanalyse. Na een observatie periode benoem je in het behandelplan de mogelijke problemen die zich kunnen voordoen. Bij de antisociale persoonlijkheidsstoornis zijn er inmiddels een aantal overeengekomen punten van aandacht, die je in het behandelplan zou kunnen verwerken.

Hieronder zie je een aantal verpleegkundige aandachtspunten;

- Dreigend geweld, gericht tegen anderen;
- Ineffectieve coping;
- Defensieve coping;
- Geringe zelfachting;
- Inadequate sociale interactie;
- Kennis tekort.

Borderline.

De term borderline werd eind jaren 30 voor het eerst gebruikt. In die tijd werden psychische stoornissen onderverdeeld in psychoses (verwardheid) en neuroses (angst- en stemmingsstoornissen). Patiënten met verschijnselen die niet goed pasten binnen deze indeling, werden borderline genoemd, wat zoveel betekent als grensgeval. Lange tijd was er weinig aandacht voor borderline, tot het na 1960 opnieuw in de belangstelling kwam. Tegenwoordig wordt borderline ingedeeld bij de persoonlijkheidsstoornissen.

Oorzaken.

Over de oorzaken van de borderlinestoorning is nog niet zoveel bekend. Er wordt wel onderzoek naar gedaan. Waarschijnlijk is er sprake van een samenspel van aanleg en ervaringen, die maken dat iemand kwetsbaar is voor borderline. De stoornis komt uiteindelijk tot uiting door omstandigheden die stress met zich meebrengen. Hoe kwetsbaarder iemand is, hoe minder stress nodig is om klachten te veroorzaken.

- **Aanleg**

Er zijn aanwijzingen dat de aanleg voor bijvoorbeeld impulsiviteit en stemmingswisselingen in de hersenen aanwezig is. De hersenen verwerken prikkels op een andere manier. Hierdoor denkt, voelt en handelt iemand met borderline anders dan anderen.

- **Ervaringen**

Naast aanleg speelt de ontwikkeling van de persoonlijkheid een belangrijke rol. Veel mensen

met borderline voelden zich als kind al angstig en niet geborgen. Iedereen heeft een bepaalde hoeveelheid aandacht, begrip, liefde en bevestiging nodig. Mensen met borderline hebben vaak het gevoel dat zij op dat vlak tekort zijn gekomen. Andere gezinsleden kunnen dat anders hebben. Soms heeft iemand met borderline iets ingrijpends meegemaakt, zoals een scheiding of een groot verlies, seksueel misbruik of emotionele verwaarlozing.

Niet iedereen met borderline heeft overigens zulke ervaringen. Het is ook niet zo dat iedereen met dergelijke problemen in het verleden, later borderline krijgt. Hoe dat komt, is nog onderwerp van discussie.

▪ **Omstandigheden**

Borderline steekt vaak de kop op, als iemand op zichzelf komt te staan. Na de schoolperiode breekt een periode vol veranderingen aan. Iemand gaat het huis uit, begint aan een baan of studie en krijgt een relatie. Het leven stelt eisen en brengt successen en mislukkingen met zich mee. Dat gaat gepaard met stress. Iemand met aanleg voor borderline, kan dan in de problemen komen. Het is waarschijnlijk dat de borderlinestoornis meer voorkomt in de westerse dan in andere samenlevingen. De westerse samenleving biedt weinig zekerheden en er is minder bescherming van familie, religieuze of andere verbanden. De maatschappij stelt hoge eisen en mensen zijn voor een groot deel op zichzelf aangewezen.

Symptomen en gevolgen.

Een van de meest opvallende kenmerken van een borderlinestoornis is dat iemands gevoelens, gedachten en gedrag van moment tot moment sterk wisselen. Iemand met borderline weet vaak niet wat hij wil, verandert snel van mening en slaat telkens een andere weg in.

Een 'borderliner' kan impulsief een relatie of vriendschap verbreken of plotseling een baan opzeggen, schijnbaar zonder aanleiding. Dat is voor anderen moeilijk te begrijpen en kan zelfs beangstigend zijn.

Vaak hebben mensen met borderline een onbehaaglijk gevoel over zichzelf en weinig eigenwaarde. Zij zijn bang om in de steek gelaten te worden, of voelen zich eenzaam. Ook zijn ze vaak bang dat anderen hen niet accepteren of zullen afwijzen. Terwijl de buitenwereld daar meestal niets van merkt, kunnen zij zich van binnen leeg voelen.

Borderline is een ingrijpende aandoening. Niet iedereen heeft echter evenveel last van borderline. Naarmate de verschijnselen heftiger zijn, zijn de gevolgen ingrijpender. Toch ervaren sommige mensen niet uitsluitend negatieve kanten van borderline. Het leven met borderline is zelden saai. Voor anderen kan iemand met borderline vrolijk en spontaan gezelschap zijn.

De verschijnselen en gevolgen van borderline komen op verschillende gebieden tot uiting:

- ***Impulsief zijn***

Iemand met borderline kan dolenthousiast beginnen aan een cursus of baan en daar een week later mee stoppen. Of onbesuisd een heel dure aankoop doen en het gekochte de volgende dag al niet leuk meer vinden. Door onverantwoorde

uitgaven ontstaan soms grote schulden. Ook het voortijdig afbreken van een studie of baan komt vaak voor.

- ***Wisselende relaties en vriendschappen***

Mensen met borderline verwachten veel van anderen en raken daardoor snel teleurgesteld. Een klein meningsverschil kan een aanleiding zijn om boos te worden op de ander of de relatie te verbreken. Als relaties of vriendschappen vaak stuklopen, kan dat het toch al geringe zelfvertrouwen verder aantasten. Daardoor kan iemand de neiging krijgen zich terug te trekken en in een isolement raken. Maar iemand met borderline kan ook van het ene op het andere moment een nieuwe relatie aangaan.

- ***Denken en voelen in uitersten***

Mensen met borderline vinden iets leuk, of verschrikkelijk; vinden iemand aardig, of waardeloos, voelen zich geweldig, of heel beroerd. Er is weinig ruimte voor nuance. Een positieve stemming kan snel omslaan in neerslachtigheid. Voor direct betrokkenen kan deze wisselvalligheid overdonderend en onbegrijpelijk zijn.

- ***Emotioneel gevoelig zijn***

Mensen met borderline raken gemakkelijk uit hun evenwicht en kunnen hun gevoelens moeilijk in de hand houden. Vooral de contacten met anderen kunnen spanning oproepen. Maar ook een onverwachte gebeurtenis kan de stemming in positieve of negatieve richting beïnvloeden.

- ***Dissociëren***

Het komt soms voor dat iemand het gevoel heeft er niet meer bij te zijn en als het ware wegraakt. Dit wordt dissociëren genoemd. Soms weet de betreffende persoon niet meer precies wat er gebeurd is. Dat is een angstige ervaring.

- ***Verwardheid***

Iemand met borderline kan tijdelijk verward of achterdochtig zijn: gedachten kloppen niet met de werkelijkheid. Meestal zijn deze periodes van korte duur.

- ***Zelfbeschadigend gedrag***

Gevoelens van leegte, gekwetstheid, boosheid of teleurstelling kunnen bij iemand met borderline zo heftig zijn, dat deze spanning alleen afgewend kan worden door lichamelijke pijn: bijvoorbeeld door te snijden in het eigen lichaam of zichzelf te branden met een sigaret. Vaak doet het beschadigen op het moment zelf geen pijn en geeft het een gevoel van opluchting. Na afloop overheersen schaamte en schuldgevoelens. Soms ontstaan blijvende littekens of gezondheidsproblemen. Veel, maar lang niet alle mensen met borderline beschadigen zichzelf.

- ***Zelfdoding***

Mensen met borderline zijn soms zo wanhopig en ongelukkig, dat zij een eind aan hun leven willen maken. Gedachten over zelfdoding zijn moeilijk bespreekbaar, niet alleen voor de persoon zelf, maar ook voor familie en hulpverleners. Toch kan erover praten belangrijk zijn en kan het soms helpen een poging tot zelfdoding voorkomen. Ruim 1 op de 10 mensen met borderline sterft door zelfdoding.

Behandeling.

Als eenmaal duidelijk is dat iemand borderline heeft, is het belangrijk om eerst ernstige verschijnselen zoals verwardheid, zelfbeschadiging en misbruik van alcohol of drugs tegen te gaan. Pas daarna kunnen achterliggende problemen aangepakt worden.

Het doel van de behandeling is dat iemand stabiel wordt en meer grip krijgt op het eigen leven. Minder ups en downs, beter afgewogen beslissingen en vooral herstel van relaties met anderen. Maar ook: minder heftig geraakt worden door teleurstellingen, minder diep in de put raken, leren relativeren. Als dat lukt, verlopen de relaties met anderen ook met minder strubbelingen.

De behandeling is vaak intensief en vraagt veel inzet en motivatie van de cliënt.

Het opbouwen van een vertrouwensrelatie met een hulpverlener is vaak moeilijk voor iemand met borderline. Door eerdere teleurstellingen in hulpverlening of hulpverleners kan het moeilijk zijn om opnieuw iemand in vertrouwen te nemen. Daardoor kan een behandeling met vallen en opstaan verlopen. Hoe lang de behandeling duurt is moeilijk voorspelbaar, 1 tot enkele jaren is gebruikelijk, afhankelijk van de ernst van de problemen.

In de loop van de behandeling moet iemand het meer zelf doen en de draad van het gewone leven verder oppakken.

Na afloop van de behandeling is het belangrijk om eventueel te kunnen terugvallen op steun en begeleiding.

De behandeling bestaat uit verschillende vormen van therapie. Het is afhankelijk van de persoon welke therapieën op welk moment het meest geschikt gebeuren.

Omgaan met iemand met borderline.

Mensen met borderline doen vaak een groot beroep op hun omgeving. Het ene moment heeft iemand behoefte aan aandacht en contact, het volgende moment kan iemand zich terugtrekken in zichzelf en het contact afwijzen.

Familie en vrienden hebben vaak moeite met emotionele uitbarstingen en impulsief gedrag. Daardoor staat de relatie voortdurend onder spanning.

Realiseert u dat er sprake is van een psychische stoornis, waarvoor behandeling nodig is. Vat emotionele uitspraken niet al te persoonlijk op.

Het feit dat u de borderlinestoornis erkent, betekent niet dat u alles hoeft te accepteren. Bepaal wat uw grenzen zijn en maak daarover heldere afspraken. Het kan helpen als u afspraken op papier zet. Probeer negatief gedrag los te zien van de persoon. Laat uw waardering blijken voor dingen die goed gaan. Stel niet te hoge eisen aan degene met borderline en leg niet te veel druk op zijn of haar schouders. Neem de verantwoordelijkheid niet over. Zorg dat u goed geïnformeerd bent over borderline.

DSM IV.

Omdat de DSM-IV een hulpmiddel is bij het diagnosticeren van een stoornis heb je als verpleegkundige niet de taak om dit te doen. Alleen een psychiater mag diagnosticeren en zal hierbij gebruik maken van de DSM-IV. Als verpleegkundige of agogisch medewerker heb je wel de taak om een behandelplan te schrijven. In het behandelplan wordt de DSM-IV wel meegenomen. En zal je bij het benoemen van de 5 assen de gediagnosticeerde stoornissen moeten benoemen, dit gebeurt via codes.

Borderline persoonlijkheidsstoornis → 301.83

Handvaten Behandelplan.

Bij het schrijven van een behandelplan maak je gebruik van een probleemanalyse. Na een observatie periode benoem je in het behandelplan de mogelijke problemen die zich kunnen voordoen. Bij de ziekte borderline zijn er inmiddels een aantal overeengekomen punten van aandacht, die je in het behandelplan zou kunnen verwerken.

Hieronder zie je een aantal verpleegkundige aandachtspunten;

- Dreigende zelfverminking/dreigend geweld, gericht tegen zichzelf op anderen;
- Angst;
- Disfunctionele rouw;
- Inadequate sociale interactie;
- Identiteitsstoornis;
- Geringe zelfachting.

Narcistische persoonlijkheidsstoornis.

De term *narcisme* is afgeleid van de Grieks-mythologische figuur Narcissus, een knappe jongen die de liefde van de nimf Echo versmaadde. Aphrodites straf was genadeloos: zij liet hem verliefd worden op zijn eigen spiegelbeeld. Narcissus kon zijn ogen niet afhouden van zijn spiegelbeeld in het water. Daardoor kwijnde hij van honger weg en stierf. Uit zijn bloed bloeide een narcis op, symbool voor koude, gevoelloze schoonheid (vrij naar de Metamorfoses van Ovidius).

In de psychiatrie kennen we de narcistische persoonlijkheidsstoornis. Mensen met deze stoornis plaatsen zichzelf op een ‘ziekelijke’ manier in het centrum van de wereld: zij vinden zichzelf enorm belangrijk en geweldig.

Behandeling.

Behandeling van de narcistische persoonlijkheidsstoornis is moeilijk. De patiënt is niet gewend om anderen om hulp te vragen. De therapeut kan zeer op de proef worden gesteld: hij moet bij voorkeur voldoen aan de allerhoogste kwalificaties (alleen het beste is goed genoeg) en hij zal moeten voelen dat het een hele eer is om deze patiënt te mogen behandelen.

Desondanks voelen mensen met een narcistische persoonlijkheidsstoornis zich soms zo kwetsbaar dat zij in een therapie hopen te leren daar mee om te gaan.

Ook kan de kwetsbaarheid van hun zelfgevoel een afspiegeling vinden in een stemmingsstoornis.

Over het algemeen zullen medicijnen geen rol van betekenis spelen bij de therapie. De stemmingswisselingen van iemand met een narcistische persoonlijkheidsstoornis kunnen echter zo heftig zijn dat lithiumzouten of andere stemmingsstabilisatoren nodig zijn. Na afgewezen te zijn kunnen deze mensen vaak langdurig somber en wanhopig worden. Soms kunnen antidepressiva dan ook nodig zijn.

DSM IV.

Omdat de DSM-IV een hulpmiddel is bij het diagnosticeren van een stoornis heb je als verpleegkundige niet de taak om dit te doen. Alleen een psychiater mag diagnosticeren en zal hierbij gebruik maken van de DSM-IV. Als verpleegkundige of agogisch medewerker heb je wel de taak om een behandelplan te schrijven. In het behandelplan wordt de DSM-IV wel meegenomen. En zal je bij het benoemen van de 5 assen de gediagnosticeerde stoornissen moeten benoemen, dit gebeurt via codes. Narcistische persoonlijkheidsstoornis → 301.81

Handvatten behandelplan.

Bij het schrijven van een behandelplan maak je gebruik van een probleemanalyse. Na een observatie periode benoem je in het behandelplan de mogelijke problemen die zich kunnen voordoen. Bij de narcistische persoonlijkheidsstoornis zijn er inmiddels een aantal overeengekomen punten van aandacht, die je in het behandelplan zou kunnen verwerken.

Hieronder zie je een aantal verpleegkundige aandachtspunten;

- Dreigend geweld, gericht tegen zichzelf of tegen anderen;
- Sociaal isolement;
- Ineffectieve coping;
- Verstoorde denken;
- Zelfstandigheids tekort;
- Verstoorde verbale communicatie;
- Inadequate sociale interactie;
- Geringe zelfachting.

Theatrale persoonlijkheidsstoornis.

Mensen met een theatrale persoonlijkheidsstoornis worden gekenmerkt door hun kleurrijk, extravert en dramatisch gedrag. Zij zijn heftig emotionele mensen maar hebben moeite om lange diepgaande relaties aan te gaan. Zij staan graag in het middelpunt van de belangstelling en hebben de neiging met uiterlijk vertoon te proberen verleidelijk te zijn of je aandacht op te eisen. Vroeger werd het ook dramatische persoonlijkheid of hysterische karakter genoemd. Er zijn niet veel studies gedaan maar ongeveer 2 tot 3 procent van de bevolking zou lijden aan een theatrale persoonlijkheidsstoornis.

Behandeling.

Vanwege alle dramatiek lijkt het meestal heel leuk om met mensen om te gaan die een theatrale persoonlijkheidsstoornis hebben. Alleen een beetje vermoeiend misschien. Dichterbij is het echter vaak een slopende taak om tegemoet te moeten komen aan zoveel behoefte aan aandacht en bewondering. Met charme en een beetje suggestie kun je meestal wel voorkomen dat het tot ernstige conflicten komt maar soms herken je de persoon nauwelijks meer omdat die ineens heftig om wraak roept. Door toe te geven ontloop je heftige verwijten en kan het best een tijd goed gaan. Wees bedacht dat achter al het theater een zeer onzeker en angstig iemand schuilgaat maar laat je niet verleiden tot eindeloze gesprekken over zijn of haar minderwaardigheidscomplex.

Je voorkomt teleurstelling dat alles wat je gezegd hebt zo weer vergeten is. Dan wordt ineens weer een hele andere

mening aangehangen. Wil je zo iemand werkelijk helpen dan moet je veel tijd en geduld hebben. Patiënten met een theatrale persoonlijkheidsstoornis weten vaak niet wat ze echt voelen. In een psychotherapie kan de aandacht daarop gericht worden. De therapeut kan helderheid en orde brengen in de verwarrende veelheid van emoties. Ook in groepstherapie kunnen mensen met een theatrale persoonlijkheidsstoornis veel leren. Het is soms wel een pijnlijk proces om te leren hoe lichamelijk klachten verband houden met psychische spanning en al helemaal om er zelf wat aan te moeten doen.

DSM IV.

Omdat de DSM-IV een hulpmiddel is bij het diagnosticeren van een stoornis heb je als verpleegkundige niet de taak om dit te doen. Alleen een psychiater mag diagnosticeren en zal hierbij gebruik maken van de DSM-IV. Als verpleegkundige of agogisch medewerker heb je wel de taak om een behandelplan te schrijven. In het behandelplan wordt de DSM-IV wel meegenomen. En zal je bij het benoemen van de 5 assen de gediagnosticeerde stoornissen moeten benoemen, dit gebeurt via codes. Theatrale persoonlijkheidsstoornis → 301.50.

Handvatten behandelplan.

Bij het schrijven van een behandelplan maak je gebruik van een probleemanalyse. Na een observatie periode benoem je in het behandelplan de mogelijke problemen die zich kunnen voordoen. Bij de theatrale persoonlijkheidsstoornis zijn er inmiddels een aantal overeengekomen punten van aandacht, die je in het behandelplan zou kunnen verwerken.

Hieronder zie je een aantal verpleegkundige aandachtspunten;

- Dreigend geweld, gericht tegen zichzelf of tegen anderen;
- Sociaal isolement;
- Ineffectieve coping;
- Verstoorde denken;
- Verstoorde verbale communicatie;
- Zelfstandigheids tekort;
- Inadequate sociale interactie.

Inleiding.

Co-morbiditeit van psychische stoornissen en verslaving (dubbele diagnose; DD) komt vaak voor, zeker onder cliënten binnen GGZ (met schattingen van 20 tot 50%) en verslavingszorg (60 tot 80%) en onder daklozen in de maatschappelijke opvang (25%). Voor mensen met ernstige psychische stoornissen zijn stoornissen in het middelengebruik de meest voorkomende en meest ingrijpende comorbide stoornis.

Verslaving verergert doorgaans de symptomen van de stoornis. Als de verslaving zeer ernstige vormen aanneemt, moet deze eerst behandeld worden voordat de stoornis kan worden aangepakt.

Verslaving en schizofrenie.

Heel veel patiënten met schizofrenie gebruiken cannabisproducten (marihuana, hasjiesj). Waarschijnlijk omdat zij er zich lekkerder bij voelen. Het ziet er naar uit dat dit niet zo onschuldig is als het lijkt. Er zijn steeds meer onderzoeken gedaan die bevestigen dat cannabis een psychose kan uitlokken en dat de patiënten die cannabis gebruiken vaker opgenomen moeten worden. Harddrugs zijn zeker heel slecht voor patiënten met schizofrenie. Het blijkt dat er veel harddrugs gebruikers zijn bij wie de diagnose schizofrenie niet gesteld wordt omdat zij in de verslavingszorg zitten en alle verschijnselen aan het gebruik van drugs geweten worden. Er is bij deze patiënten net zoiets aan de hand als bij mensen met een ernstige

persoonlijkheidsstoornis, men vergeet de diagnose zelfs maar te overwegen.

Drugs zijn niet de oorzaak van schizofrenie maar hebben duidelijk een ongunstige invloed op het verloop van de ziekte. Voor patiënten die aan schizofrenie lijden is het heel moeilijk te stoppen met het gebruik van cannabisproducten. Het lijkt dat dit te maken heeft met de negatieve symptomen, die door het gebruik van cannabis versterkt worden. Zoals eerder gesteld kan het gebruik van klassieke antipsychotica een verminderd vermogen tot beloningsgevoel ten gevolge hebben. Voor het goeie gevoel hebben de patiënten het er klaarblijkelijk voor over dat de psychose erger wordt! Patiënten vertellen dat zij de antipsychotica beter verdragen met cannabis erbij. Ook dat klopt, cannabis heeft een dopamine activiteit verhogende werking.

Alcoholgebruik leidt bij patiënten met schizofrenie waarschijnlijk makkelijker tot verslaving. Wanneer de ziekte goed onder controle is (met medicijnen) is af en toe en met mate alcohol gebruiken minder slecht dan drugs. Wanneer er sprake is van verslaving (op zichzelf een psychiatrische aandoening) moet altijd zorgvuldige diagnostiek van andere psychiatrische ziekten gebeuren. Bij zogeheten co-morbiditeit (samengaan van ziektes) staart men zich gauw blind op de verslavingsproblematiek.

Verslaving en Borderline.

Basissenmerken van borderline zijn impulsiviteit en emotionele instabiliteit. Iemand met borderline gedraagt zich erg impulsief, maar overdenkt de consequenties van

impulsieve daden niet of te laat. Die impulsiviteit kan extreme vormen aannemen en zich uiten in criminaliteit en verslaving. Daardoor hebben veel borderliners neigingen tot overmatig alcohol-, drugs-, of medicijngebruik, geldverkwisting, wisselende seksuele contacten en roekeloos autorijden. Eetstoornissen (boulimie en anorexia) komen ook voor.

Mensen met borderline hebben een grotere kans om verslaafd te raken aan genotmiddelen dan andere mensen. Erfelijkheid kan hierbij een rol spelen, maar ook de verschijnselen van borderline kunnen leiden tot gebruik van genotmiddelen. Sommige mensen met borderline gebruiken alcohol of kalmerende middelen om rustiger te worden (hasj en weed, slaap- en kalmeringsmiddelen); anderen grijpen naar pepmiddelen (speed, cocaïne) om zich minder leeg of somber te voelen.

Genotmiddelen lijken dan een aantrekkelijke oplossing, maar ze kunnen de verschijnselen van de borderline stoornis ook verergeren. Bovendien kan het gebruik ervan leiden tot verslaving, waardoor er een probleem bijkomt. Het gebruik van genotmiddelen kan daarom een onderwerp van gesprek zijn in de behandeling.

Literatuurlijst.

- Bal, L. & Engeltjes, A. & Leeijen, H. (1999). *409 deel 1*. Baarn: Nijgh Versluis.
- Bal, L. & Engeltjes, A. & Leeijen, H. (1999). *409 deel 2*. Baarn: Nijgh Versluis.
- Holmes, D. (2001). *Kleine psychopathologie*. Baarn: HB uitgevers.
- Koster-Groos, van, G.A.S. (1995). *Diagnostische criteria van de DSM-IV*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Sprey, A. (2002). *Praktijkboek persoonlijkheidsstoornissen*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum
- Townsend, M.C. (1998). *Verpleegkundige diagnostiek in de psychiatrie*. Maarssen: Elsevier.
- Vandereycken, W.&Deth van, R..(2004). *Psychiatrie van diagnose tot behandeling*. Houten:Bohn Stafleu Van Loghum
- Wisman, P. (2001). *Diagnose psychiatrie*. Wormer: Immerc bv.
- Wunderink, A. (2001). *Schizofrenie, oorzaken, gevolgen en behandeling*. Wormer: Immerc bv.

www.deltabouman.nl

www.psychiatrienet.nl

www.eurostress.nl

www.psychiatrie.pagina.nl

www.medischestartpagina.nl

www.trimbos.nl

www.moeilijkemensen.nl

www.ypsilon.nl

www.nvvp.nl

Trefwoordenregister.

A	Achtervolgingswanen	16
	Antisociale persoonlijkheidsstoornis	33-35
B	Betrekkingswanen	16
	Bevelhallucinaties	18
	Borderline	36-43
D	Desorganisatie symptomen	7
	Dissociëren	39,40
F	Formele denkstoornis	7,8
G	Gedesorganiseerde type schizofrenie	8,12
	Gehoorhallucinaties	8,17
H	Hallucinaties	8,9,13,17,18
	Haptische hallucinaties	8,18
	Hersenmetabolisme	5
	Hypochondrische wanen	16
I	Impulsiviteit	34,36,38,42
	Inactiviteit	7,10
K	Katatone type schizofrenie	8,9,12
N	Narcistische persoonlijkheidsstoornis	44-46
O	Ongedifferentieerde type schizofrenie	8,9,12
P	Paranoïde persoonlijkheidsstoornis	19-23

	Paranoïde type schizofrenie	8,12,15
	Paranoïde wanen	9,15,16
	Psychose	11,13-18
R	Religieuze wanen	9,16
	Resttoestand schizofrenie	89
	Reukhallucinaties	8
S	Schizofrenie	5-12
	Schizoïde persoonlijkheidsstoornis	24-28
	Schizotypische persoonlijkheidsstoornis	29-32
	Seksueel misbruik	37
	Stress	37
	Stress-kwetsbaarheidsmodel	13
T	Theatrale persoonlijkheidsstoornis	47-49
V	Vergiftigingswanen	16
	Verklaringswanen	8
	Verwardheid	36,40,41
	Visuele hallucinaties	8,18
W	Waanstemming	7
	Waanwaarnemingen	7
	Wanen	8,9,13
	Wanen betreffende de identiteit	16
Z	Zelfbeschadigend gedrag	40
	Zelfdoding	40

