



Stem of stempel

# Interview met Jan Derksen

De jaardag 2015 van de ZKMvereniging had als thema: STEM OF STEMPEL? Jan Derksen en Hubert Hermans belichtten daar de problemen binnen de geestelijke gezondheidszorg.

Het is duidelijk dat Jan Derksen, in de veelheid van standpunten die dagelijks over ons heen buitelen, niet alleen een eigen duidelijke positie inneemt, maar ook helder weet aan te geven hoe de GGZ zich heeft ontwikkeld en wat we van die ontwikkeling kunnen leren, om in de toekomst tot een betere werkwijze te komen.



## Eenzaam

Onze eerste vraag ging daarom over zijn eigen positie in die discussie.

Hoe zie je je eigen positie in het GGZ-discours?

*“Eigenlijk een beetje eenzaam”*

Waar Jan Derksen vooral moeite mee heeft, zo vertelt hij op een vroege donderdagmorgen in Nijmegen, in zijn kamer in de Radboud Universiteit, is dat in de GGZ diagnostiek en behandeling steeds meer naar de oppervlakte verschuiven. De nadruk ligt heel eenzijdig op de DSM-categorieën, terwijl dat eigenlijk alleen een classificatie is en geen diagnose. Naar die categorieën wordt effectonderzoek gedaan, en vervolgens wordt er cognitieve therapie aan gekoppeld.

*“Er is sprake van een soort reductionisme: ze hopen dat ze van een psychische aandoening, net als bij een gebroken been, kunnen zeggen: 6 weken”.*

De managers in de zorg nemen dat makkelijk over, omdat ze met deze protocollen kunnen bezuinigen op de gezondheidszorg. Vooral wanneer de uitvoering van die protocollen niet vanzelfsprekend in de handen ligt van professionals.

Er is nu veel aan het veranderen. Er komt steeds meer protest van de professionals, maar ook met hun aanpak is Jan Derksen het vaak niet eens. Zo heeft de groep uit Maastricht met Jim van Os de psychose als prototype genomen, terwijl het merendeel van de hulpvragen te maken heeft met neurotische aandoeningen. Bovendien wordt door hen het POH-model gepropageerd, wat betekent dat er bij problemen vijf gesprekken worden gevoerd met de Praktijkondersteuner van de huisartsen.

## Diagnose

Basis voor de diagnose en de behandeling van psychische hulpvragen moeten de psychische processen en patronen zijn. Daarvoor is gedegen onderzoek via een persoonlijk gesprek noodzakelijk, om te onderzoeken wat er aan de hand is, maar

studenten leren dat niet meer. Die leren alleen lijstjes invullen. Bij het vermoeden dat iemand een depressie heeft wordt de BDI\*\* gedaan, en bij een score boven de 25 is de conclusie dat er sprake is van een depressie. Maar twee kantjes zelfrapportage door de cliënt zelf is geen diagnostiek.

Er is geen kennis meer van de psychische processen waar het bij psychische aandoeningen over moet gaan: ze worden gereduceerd tot de neurobiologie, waarvoor pillen de oplossing bieden.

*“Neurotische problemen en gezondheid is niet kwalitatief verschillend, het is een kwestie van kwantiteit”.*

Neurotische klachten hebben we allemaal, en op sommige momenten wat meer. Dan hebben we tijdelijk hulp nodig en daar zijn goed opgeleide health care professionals voor nodig.

Voor een goede diagnose moet er dus, uitgaande van de psychische patronen en processen, een theorie gemaakt worden met medenemen van alle invalshoeken. Ook bijvoorbeeld welke bijdrage de neurologie heeft. Jan Derksen vertelt dat hij, om dat goed te begrijpen, een masteropleiding in Amerika heeft gedaan in psychofarmacologie en ook stage heeft gelopen in diverse neurologische klinieken. Dat betekent echter niet dat hij als psycholoog, bij iemand met een depressie, begint met uit te leggen hoe het met de serotonines is. En ook de cultuur moet een rol spelen: als je niet weet uit welke cultuur de moslimemigranten komen kun je de psychische processen niet begrijpen en ze dus ook niet behandelen.

Maar psychologen moeten dus in de eerste plaats specialisten zijn in de psychische processen en door een diagnostische hypothese voorkomen dat steeds die verwarrende reductie plaats vindt.

*“Nu zie je dat mensen bij de gespecialiseerde GGZ binnenkomen met een angststoornis op de angstafdeling, en dan zit er ook een stemmingsstoornis. Vervolgens moeten ze naar de stemmingsafdeling. Of nee, toch de persoonlijkheid. Als een biljartbal*



*worden ze heen en weer geschoven. Ze worden door een protocol gespoeld en dan aan het eind staat de kassa.”*

En als je constateert dat de belangrijkste determinanten in de psychische sfeer liggen dan moet je dat ruim opvatten en de psychische processen erbij kunnen betrekken. Als er sprake is van een stemmingsstoornis dan is een goede diagnose van groot belang, bijvoorbeeld door te kijken naar het patroon in de stemmingen.

*Vroeg wakker worden, niet kunnen slapen, beroerd opstaan, problemen met eten en slapen en eten, niet kunnen genieten. 's avonds een beetje opknappen. En dan spelen serotonines waarschijnlijk wel een rol.*

Veel hulpvragen beginnen al bij de huisarts. En die maakt die ingewikkelde afwegingen meestal niet, zodat er al snel pillen worden voorgeschreven, met als gevolg dat iemand meteen op een verkeerd spoor terecht komt: “Waarom zou ik praten, want het zijn mijn hersenprocessen..?": neurotische vermijding.

## Protest

Maar de vraag van mensen naar grondige hulp en naar iets anders dan een protocol groeit. Elke dag krijgt Jan Derksen (en hij niet alleen) minstens één email van iemand die is vastgelopen in de zorg, voor een second opinion.

Mensen krijgen er dus genoeg van. Werkers in de gezondheidszorg zeggen dat ze niet meer met die protocollen willen werken. Het zal nog wel een tijdje duren, maar zijn voorspelling is dat er op den duur, met name in de kleine centra, wel weer een grotere diversiteit aan methoden beschikbaar zal komen. Vooral als het gaat om de vragen die mensen hebben betreffende hun persoonlijkheid. Als mensen zich geremd voelen in hun ontwikkeling, of als hun emotionele ontwikkeling niet voltooid, of niet goed op gang gekomen is. “Daar is ook de ZKM een uitstekende kanshebber en ook de DST”.

(Dialogical Self Theory). Ook andere methoden binnen de Humanistische benaderingen, de Cliënt Centered Therapy van Rogers bijvoorbeeld, kunnen soelaas bieden. Methoden waar ruimte is voor het persoonlijke verhaal; waar geluisterd wordt naar de cliënt. Belangrijk is dat mensen hun angst overwinnen en het proces van verandering met jou in willen gaan. Daar moeten we goed in zijn: door adequaat vragen stellen bewerkstelligen dat er een opening in hun bewustzijn ontstaat. Zodat we dat bewustzijn helpen verruimen. En dat doen we binnen een relatie die in de hulpverlening cruciaal is. In feite is de vertrouwensrelatie tussen cliënt en hulpverlener een replica van de gehechtheidsrelatie. Ook het placebo-effect is in feite een relatie-effect. Dat is het gevolg van het vertrouwen dat de cliënt heeft in de zorgverleners:

*“Uiteindelijk zijn wij specialisten in het vormgeven van die relatie”.*

## Stress

Veel hulpvragen ontstaan als gevolg van onze veranderende samenleving, onder meer door de tempoversnelling, en door de ICT-revolutie, die groter en ingrijpender is dan de industriële revolutie. Er is een toenemende vraag naar hulp, omdat mensen die veranderingen met hun psychische processen niet kunnen opvangen. Stress neemt toe, en op veranderingen door evolutie op dit vlak kunnen we niet wachten. Gevolg is dat 1.3 miljoen mensen in Nederland serotonine-heropname-remmers slikken, voornamelijk mensen die niet in staat zijn met hun stress om te gaan. Dat is niet louter biologisch, dat ligt op het vlak van psychische adaptatie en verandering. En daarin kan een methode als de ZKM een prima rol vervullen.

Hoe gaan we dat in de gezondheidszorg bekostigen?

Dit alles heeft in feite te maken met persoonlijkheidsontwikkeling. En het is dus de vraag of dat onder de dekking van de ziektekostenverzekering moet komen. Er zou een speciale verzekering in het



leven geroepen kunnen worden, waar ruimte is voor begeleiding met deze methoden, los van de DSM-categorieën.

Ook gemeentes, die steeds een deel van de begeleiding in het sociale domein overnemen, zouden tijdens de transitie die nu plaatsvindt geïnteresseerd kunnen zijn in methoden die preventief werken en problemen bij de basis aanpakken.

## Opleiding en onderzoek

*EE: Paul de Blot zegt dat in de jaren tachtig de psychologie-opleiding meer filosofie was dan psychologie.*

De psychologie komt uit de filosofie voort, maar heeft zich daar erg tegen afgezet en is zich steeds meer gaan oriënteren op de natuurwetenschappen. Als psycholoog krijg je ook een master of science. Het is jammer, vindt Jan Derksen, dat de filosofie is verdwenen en mensen niet eerst leren denken. Hij zou de opleiding anders willen indelen: practitainers opleiden aan het HBO. En op de universiteit eerst 2 jaar onderwijs in de filosofie om het denken te trainen. Nu leren ze alleen het protocol te volgen, zodat ze geen fouten maken. Ze leren alleen de etiketten, maar ze leren niet nadenken over hoe een aandoening in elkaar zit. Dat merkt hij nu in zijn lessen over complexe diagnoses aan masterstudenten: ze hebben geen kennis van psychische patronen en processen.

*Als ik vraag: Weten jullie wat psychische determinering is? En wat zijn de oorzaken van psychische klachten? Dan kijken ze me aan, want daar hebben ze nooit over gehoord.*

In Nederland is de academische psychologie heel erg schraal geworden, zowel op het gebied van diagnostiek en behandeling, als van preventie. Eigenlijk is er alleen nog maar cognitieve psychologie. In andere landen merkt hij dat het gebied veel breder is, zoals in Amerika bij congressen van de American Psychological Association (APA). En in Italië: op een congres in Padua heeft hij 2 workshops gegeven en een keynote: daar kom je in een warm bad.

In de jaren '90 is Jan Derksen naar België gegaan. Na 24 jaar in Nijmegen colleges te hebben gegeven in de teksten van Freud is dat gestopt: "Het onbewuste bestond niet meer in Nijmegen, want het was nooit bewezen dat het bestond." In België werd gevraagd of hij dat vak wilde geven. Daar denkt men ruimer.

Inmiddels is het onbewuste ook in Nijmegen helemaal terug. En Ap Dijksterhuis, in "Het slimme onbewuste", ontdekt dat Freud al veel gelijk had. Maar dat is het klassiek onbewuste...

## Theorieën

Op het gebied van ontwikkelingspsychologie worden eigenlijk geen theorieën meer gemaakt. Maar als je als psycholoog geen theorie hebt dan heb je niks. Er is geen materieel object. Je hebt dus een theorie nodig over psychische processen en patronen want als je die niet hebt, waar heb je het dan over? Net als bij intelligentieonderzoek: er wordt niet verder over getheoretiseerd en dus wordt er naar het gen gezocht. En 20 jaar later komen ze er achter dat dat niet bestaat.

In de actuele klinische psychologie ontbreekt het helemaal aan theorie, er zijn geen overkoepelende theorieën. Dan heb je geen houvast. Er is geen gedetailleerde landkaart, alleen een routekaart. Wanneer je een gedetailleerde theorie hebt dan weet je precies, als je ergens naar toe wilt, op welke manieren je er kunt komen. Met een routekaartje is er alleen één weg. En je weet niet welke mooie routes er nog meer zijn.

De ZKM en de DST doen een poging om een landkaart te creëren, en daar moeten ze vooral mee doorgaan. De theorievorming waar Rens van Loon het in zijn oratie over heeft is heel interessant. Er wordt in elk geval theorie gevormd. Als je een goede theorie hebt dan kun je mensen opleiden. Jan Derksen is niet optimistisch over hoe het verder gaat in de gezondheidszorg, maar er zijn wel initiatieven gaande.

Er is een groep, met o.a. een hoogleraar Neurologie, een hoogleraar Interne, iemand van het Huisartsen-instituut en een e-health-hoogleraar,



die probeert de zorg in het Radboud-UMC echt psychosociaal te maken. Daarvoor worden bijeenkomsten georganiseerd onder de naam Petit Pain Pensant, waar iedereen verhalen houdt over dit onderwerp. Daar is bijvoorbeeld ook de Universiteit voor Humanistiek geweest, waar ze werken aan een andere manier van bejegenen van patiënten en daarbij merken dat dat vastloopt in een geprotocolleerd verhaal.

EE: Het is een somber beeld. In het begin van ons gesprek zei je dat je je eenzaam voelt. Waar zie jij mogelijkheden?

“Ik wil wel wat vertellen van wat we nu aan het doen zijn.”

### OPVOEDEN 2.0

Naar aanleiding van het boek 'Iedereen een psychische aandoening', ben ik een project gestart: Opvoeden 2.0.

Dit is het laatste eigen project wat ik aan de universiteit doe, behalve mijn promovendi natuurlijk.

Er is een hele grote projectgroep ontstaan, van allemaal zeer enthousiaste mensen, onder andere het Baby Research Center hier, waar ook biologen werken. Verder neurowetenschappers uit Amerika, zoals Allan Schore, met wie ik net in Londen een brainstorm heb gehad. Haim Omer, uit Israël, in Jeruzalem, die ik eind van deze maand spreek, die The New Authority heeft ontwikkeld, met veel aanhangers wereldwijd, waarbij ze in de opvoeding een strategie hebben ontwikkeld om met agressieve kinderen veel beter om te gaan. Ik heb de GGD Gelderland-Zuid erbij betrokken. Die vormen een klankbordgroep bestaande uit jeugdverpleegkundigen en een pedagoge, die werken dus mee. Het Hechtingscentrum in Maastricht gaat meewerken. En zo een heleboel kinder- en jeugdpraktijken.

We beginnen met de eerste 1.000 dagen, van-

af de conceptie, tot het kind ongeveer 2 jaar oud is, vanuit het idee dat jonge ouders, maar ook de pedagogen en de jeugdartsen veel te weinig doen aan psychische processen.

We beginnen met een boek, en apps en games, over die vroege ontwikkeling, en ook over hoe je wetenschappelijk betrouwbare informatie kunt gebruiken in die vroegkinderlijke opvoeding. En hoe je daardoor, de psychische grondslag van jonge mensen veel bestendiger kunt maken. We gaan moderne neurowetenschappelijk informatie verzamelen, de biologie nemen we mee, de fysiologie, de psychologie. De hechtingstheorie is de kern, met name de sociaal culturele vormgeving van hechtingsprocessen. En de bedoeling is om de etiketten-epidemie te stoppen. Dus ADHD, en dyslexie, en PDD-NOS, en Asperger, en blablabla.

We gaan dus nu jonge ouders, eerst via de hulpverleners, maar uiteindelijk de jonge ouders zelf, helpen om die wetenschappelijke, zinvolle informatie in de opvoeding toe te passen. En dus niet alleen maar meer een prik in de billen, om een virusinfectie te voorkomen, maar ook gewoon adequate, accurate informatie. En over hoe belangrijk dat is in de vroege kindertijd. Hoe belangrijk dat in de zwangerschap is. Waar je dan op moet letten. Hoe belangrijk de eerste 24 uur na de bevalling is. Wat je dus dan moet reguleren. Hoe je de witjassen moet bestrijden, als die daarin actief zijn. En dan vervolgens het eerste levensjaar. Hoe je je kind in de ogen moet kijken. Dat de orbitofrontale cortex op 8 maanden ontwikkelt, en dat die beter ontwikkelt als je oogbewegingen met je kind maakt. Dat je met je kind moet dansen; dat je met een verhoogd stemgeluid moet praten. Dat je je kind verhalen vertelt; narratieven.

We doen ook aan preventie van echtschei-



ding, want echtscheidingen produceren allerlei psychische problemen. 70.000 jongeren onder de 22 elk jaar maken het in Nederland mee dat hun ouders uit elkaar gaan. Ouders gaan toenemend uit elkaar vóór hun kinderen 4 jaar zijn. Ik heb een idee ontwikkeld, en dat pas ik ook al toe in de praktijk, dat jonge ouders, als ze het idee hebben dat ze graag kinderen krijgen, elkaar een middag lang recht in de ogen kijken. Ze spreken vervolgens met elkaar af, dat ze tenminste 20 jaar na de geboorte van hun laatste kind bij elkaar blijven. En dan komen er 20 tips hoe ze dat vol kunnen houden, 20 jaar met elkaar. Wat daarin belangrijk is, en dat ze dus, als dat niet in orde is, niet aan kinderen moeten beginnen. Daarna, als er een kind op komst is; als de vrouw zwanger is, dan gaan ze bij elkaar zitten en dan maken ze een gezinsnarratief. Vader maakt een opvoedingsverhaal over hoe hij wil opvoeden. Moeder maakt een opvoedingsverhaal over hoe zij wil opvoeden. Dan gaan ze met elkaar om de tafel zitten en maken daar één verhaal van, waar ze het beiden over eens zijn. Een narratief, een pedagogie, een 'zuiltje'. Alle zuilen zijn we kwijt, maar hier komt een gezinszuiltje; een gezinsnarratief. En de ouders samen zeggen: 'Dit is onze opvoeding; dit vinden wij belangrijk'. Daar heb ik allemaal voorbeelden van geschreven. En dat narratief, dat wordt dan de autoriteit.

EE: Dat doet me een beetje denken aan Covey.

JD: Covey? Hoe schrijf je dat?

EE: Stephen R. Covey, van 7 Habits of High Effective People. Hij heeft heel veel voor managers geschreven. en hij had een groot gezin. Hij schreef ook een boek over succesvolle families. Daarin vergelijkt hij het opvoeden in een gezin met een vliegreis: je hebt een bestemming, een vluchtplan en een kompas nodig.

EE. Bij dit project is dus geen sprake van die

eenzaamheid, waar we het in het begin over hadden.

Nee, hier zie je inderdaad dat mensen ontzettend enthousiast reageren en heel ondersteunend zijn. En in die zin geniet ik er ook enorm van, want het is een prachtig project om te trekken. Het is wel ambitieus en het vraagt veel, maar we werken hiermee ook wel gewoon aan fundamenten.

Het bevlogen verhaal van Jan Derksen gaat nog verder, over alle plannen die er nog liggen, zoals het ontwikkelen van games. We praten over mogelijkheden om zoveel mogelijk mensen er bij te betrekken. Hoe meer mensen alvast op het spoor komen hoe beter.

We wisselen ideeën uit over wat de ZKM en de PPR als narratieve methodes zouden kunnen bijdragen, zoals zelfonderzoeken of een PPR-onderzoek voor ouders.

*Kijk, uiteindelijk zou het leuk zijn, als jullie ook bereid zijn om de teksten die we maken van commentaar te voorzien. Ik bedoel: misschien dat jullie, ook vanuit deze richting, gewoon kunnen zeggen van: Nou, alles wat jullie daar maken en bedenken, daar willen we graag onze optiek; onze visie over geven.*

We krijgen dezelfde dag nog de subsidieaanvraag toe gemaild. Deze is intussen gehonoreerd.

Om te kunnen blijven volgen hoe dit omvangrijke project zich ontwikkelt is zeker een vervolgesprek nodig!

\* EE: *Els Holland*, [www.elscompany.nl](http://www.elscompany.nl)  
*Els de Boom-Voorhorst*,  
*BOMENcoaching&counseling*  
[www.voorhethelieverhaal.nl](http://www.voorhethelieverhaal.nl)

\*\* *BDI-vragenlijst: Beck Depression Inventory*

