

# Medische Basiskennis Hbo II



*Demo*

 *SORAG-Akademie*

## *INLEIDING*

Bij de SORAG-Akademie heb je de keuze uit een groot aantal opleidingen op medisch gebied. Op onze website [www.sorag.nl](http://www.sorag.nl) lees je de nodige informatie over de inhoud van de verschillende cursussen, de studieduur en de mogelijkheden om het geleerde in de praktijk toe te passen.

Het maken van een keuze voor een bepaalde cursus is niet altijd even gemakkelijk. Voldoet de cursus wel aan mijn verwachtingen en hoe ziet de inhoud er uit? Welke onderwerpen komen aan de orde en wat kan ik er verder nog van verwachten?

Deze kosteloze proefles geeft je in veel opzichten antwoord op deze vragen. Je zult merken dat we je via de lessen rechtstreeks aanspreken en je daarmee persoonlijk in het leerproces betrekken. Daardoor leer je via de opleiding van de SORAG-Akademie ook bepaalde aspecten van jezelf kennen, waardoor je later nog beter in staat zult zijn om het geleerde in praktijk te brengen.

Na het afronden van je studie en het insturen van het huiswerk (per post of het SORAG-internet huiswerkprogramma) ontvang je vanzelfsprekend kosteloos een studieverklaring en bij de meeste opleidingen kun je ook kiezen voor het afleggen van een examen teneinde het diploma te behalen. De diploma's worden door een aantal beroepsorganisaties erkend, waaronder de Stichting Gezondzorg. Verschillende zorgverzekeraars zijn in dat geval bereid om de consultkosten van behandelde patiënten te vergoeden.

Schriftelijk studeren is afstandsonderwijs, maar dat zegt nog niet dat thuis studeren een eenzame bezigheid is. Via het huiswerk kun je contact maken met je persoonlijke docent en via Studiecontact van de SORAG-Plaza ([www.sorag.nl/plaza](http://www.sorag.nl/plaza)) maak je gemakkelijk contact met je medecursisten. En voor alle andere vragen staat je studiebegeleider voor je klaar. Ook zijn er voor een aantal opleidingen praktijkdagen waaraan je desgewenst deel kunt nemen.

Voor het volgen van deze cursus heb je geen verdere studieboeken nodig, en wanneer dat toch het geval is krijg je deze bij de eerste les zonder verdere kosten thuisgestuurd. Als cursist heb je via de SORAG-Plaza toegang tot de uitgebreide SORAG internetbibliotheek.

Wanneer je een complete les als proefles wilt ontvangen kun je deze tegen betaling aanvragen via onze website. De kosten van deze proefles worden, wanneer je besluit om de betreffende cursus te gaan volgen, in mindering gebracht op het lesgeld.

Wij hopen je binnenkort als cursist van de SORAG-Akademie welkom te mogen heten.

Met vriendelijke studiegroeten

Frits Groenestijn  
directeur

## ANATOMIE IN VIVO

In vivo betekent op het lichaam zelf. We gaan het in dit hoofdstuk dus hebben over het inspecteren van het lichaam, met als doel eventuele afwijkingen op te kunnen sporen. Dit onderzoek voeren we uit door middel van :

- Het bekijken van een mens (*inspecteren*).
- Het aanraken van een mens (*palpatie*).
- Het voelen van de huid en de organen (*patie*).
- Het bepalen van de ligging van de organen en dergelijke (*palpatie*).

### **Inspectie**

Bij inspectie van het lichaam of onderdelen van het lichaam wordt gelet op:

- Vorm, abnormale zwellingen.
- Symmetrie, loodlijnen en luchtfiguren.
- Kleur: rood, bleek, geel of paars.
- Temperatuur (met de handrug voelen) en vochtigheid.
- Abnormale beharing, littekens, verkleuring.

### **TECHNIEK VAN HET INSPECTEREN**

Bij een inspectie is het belangrijk om je ogen goed de kost te geven. Zorg ook voor een goede verlichting zodat praktisch niets je kan ontgaan. In die zin is normaal daglicht eigenlijk het beste licht wat je kunt hebben. In vele gevallen zal dat echter niet voorhanden zijn en is goed kunstlicht een alternatief. Realiseer je in ieder geval, dat het mogelijk is dat bij kunstlicht een aantal zaken je zullen ontgaan.

Zorg ervoor, dat de patiënt het niet koud krijgt en verwarm de behandelkamer naargelang de omgeving dat verlangt. Omdat je bepaalde zaken wilt onderzoeken, is het goed om het deel van het lichaam dat je wilt zien goed

te ontbloten. Wees daarin duidelijk naar je patiënt en leg uit wat je wilt bekijken. Eventueel kun je nog gebruikmaken van een loep om bepaalde zaken goed te kunnen zien.

Bij het kijken dien je voor jezelf continu te zeggen wat je ziet; beschrijf datgene in jezelf zo nauwkeurig mogelijk. Werk systematisch en maak zo nodig een vergelijking met de andere lichaams helft.

Let er ook zoveel mogelijk op, dat de stethoscoop niet te koud is, en je handen en vingers warm zijn. Niets laat een mens zo schrikken als een koude aanraking.

### *AUSCULTATIE*

Auscultatie is het beluisteren van geluiden in het lichaam. Je hebt daarvoor een stethoscoop nodig, bij voorkeur een bi-auriculaire stethoscoop, een stethoscoop met twee hoorbuizen. Bij het gebruik van een stethoscoop is het belangrijk, dat deze je goed past, dat de oordoppen je gehoorgang goed afsluiten en de buizen soepel zijn. Een professionele stethoscoop is vrij prijzig, maar het geld zeker waard. Sommige stethoscopen hebben twee zijden, zowel een membraam als een kelk.



Stethoscoop

Als je gaat werken met auscultatie is het belangrijk om in een rustige omgeving te verkeren, waarin je goed kunt luisteren en horen. Zorg voor een goede temperatuur, anders hoor je de storende trillingen van de spieren van iemand die het koud heeft.

Breng de stethoscoop in de oren en zorg ervoor, dat de uitwendige gehoorgang en de oordopbuis in elkaars verlengde liggen, zodat het geluid vanuit de buis rechtstreeks in de gehoorgang kan komen. Kies voor het membraam of de kelk. Houd de kelk of het membraam bij het verchroomde gedeelte vast. Het membraam filtert de lage frequenties eruit, en je hoort daardoor binnen het lichaam vooral de hoge frequenties. De kelk laat vooral de laagfrequente geluiden horen.

Door de druk van de kelk op de huid, kun je de filtering van de frequenties regelen. Bij een geringe druk hoor je vooral de lage frequenties, bij een grote druk vooral de hoge frequenties. Laagfrequente tonen zijn hartgeruis, zoals presystolische geruisen en diastolische geruisen, alsmede harttonen, zoals auriculaire tonen, de 1<sup>e</sup>, 2<sup>e</sup> en 3<sup>e</sup> harttoon, galopritme en foetale harttonen. Hoogfrequente geluiden duiden vooral op systolische geruisen en pericardiaal wrijven, wrijving in het hartzakje.

## *PERCUSSIE*

Onder percussie verstaan we het bepalen van de grenzen van de organen of orgaandelen met een verschillend gehalte aan lucht, door middel van de indirecte vinger-vingerpercussie. Leg de middelvinger van de linkerhand (rechterhand indien je links bent) vast en vlak tegen het lichaam van de cliënt. Klop met de middelvinger of wijsvinger van de andere hand op de distale falanx (vlak achter de nagel) van de rustende vinger. Het beste is, om het kloppen te laten plaatsvinden vanuit de pols.

Bepaal de percussietoone die je hoort. De sonore percussietoone is een vrij lage sterk resonerende toone bij bijvoorbeeld luchthoudende longen. De matte percussietoone is een dof en kort geluid van geringe intensiteit en hoor je vooral bij niet-luchthoudende organen. Een tympanitische percussietoone is hoger en meer resonerend dan de sonore percussietoone en hoor je vooral bij luchthoudende kleinere holle organen zoals de maag.

Een verkorte percussietoone hoor je als een sonore percussietoone en vooral bij pathologie. Een gedempte percussietoone laat de afwezigheid van resonantie horen van de nog wel sonore percussietoone en heeft tevens te maken met pathologie. Indien het te maken heeft met pathologie betekent het een afwijking van het normale geluid wat daar te horen zou moeten zijn.

### *PALPATIE*

Palpatie is het betasten van het lichaam om een indruk te krijgen van vorm, grootte, consistentie en kwaliteit van een orgaan of structuur. Palpatie is vaak de laatste toegepaste vorm van fysisch-diagnostisch onderzoek. Meestal vindt eerst inspectie plaats, dan auscultatie en vervolgens percussie. Mede omdat zij het minst storend zijn voor de patiënt en dus ook voor het lichaam.

Bij palpatie moet je zeker enigszins behaaglijk warme handen hebben. Vertel continu aan de patiënt wat je gaat doen. Palpatie vindt over het algemeen plaats met al je vingers, hoewel de wijsvinger en de duim het gevoeligst zijn. Zij zijn het best inzetbaar bij bijvoorbeeld het voelen van de oorlel, de vagina of het rectaal toucher (onderzoek van de endeldarm).

Het palperen van de buik doe je met de vlakke hand met een lichte druk van de vingers. Door je vingers in een rij te plaatsen kun je met beide

handen heel goed de grenzen van een structuur of orgaan bepalen. Palperen doe je meestal ook met twee handen en je geeft je ogen daarbij goed de kost. Vergeet vooral niet het gezicht van de patiënt te observeren als je palpeert en zet je oren goed open om de eventuele geluiden van de patiënt op te vangen, bijvoorbeeld als gevolg van pijnsensaties of een schrikreactie.

Nu is het natuurlijk zo, dat dit uitgebreide onderzoek niet dagelijks plaatsvindt in de additieve medische praktijk. Meestal gebeurt dit in de reguliere gezondheidszorg. Het werken met de stethoscoop, percussie en palperen vragen nogal wat ervaring en om dit goed onder de knie te krijgen zul je er eerst danig op moeten oefenen.

Hieronder vind je aanwijzingen om een goed en systematisch lichamenlijk onderzoek plaats te laten vinden.

### ***ALGEMENE INDRUK***

Bij het verkrijgen van een algemene indruk kijk je naar hoe een patiënt bij jou overkomt. Hoe is het met de vitaliteit, lichamenlijke gevoelsuitingen (rustig, onrustig of levendig) en lichamenlijke 'afwijkingen' (platvoeten, scheefstand).

Het is vooral de eerste indruk en de vergelijking die je daarbij treft, die een aantal zaken meteen laten opvallen. Dat kunnen aanwijzingen zijn om nog wat secuurder te kijken. Je kunt het lichaam vanaf verschillende richtingen bekijken, zoals op pagina 24 staat aangegeven.

### ***INSPECTIE VENTRAAL***

Bij deze inspectie kijk je vooral naar hoe het een en ander er uitziet en kijk je tevens naar de vloeiende lijnen die een lichaam 'normaal' moet hebben. Je kijkt naar de voorkant, de buikzijde van het lichaam (*ventraal*):



- mediaanlijn
- nek-schouderlijn
- okselcontact
- luchtfiguren bij inademing en uitademing
- symmetrie van de ribbenboog
- lijn SIAS (*spina iliaca anterior superior*)
- hoogte van de knieschijf
- stand van de voeten

### ***INSPECTIE DORSAAL***

Je kijkt nu vooral naar de achterkant van het lichaam:

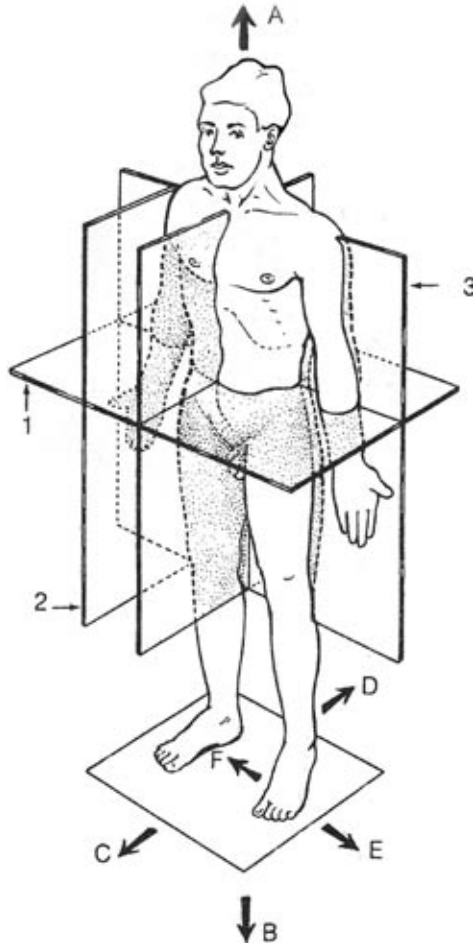
- mediaanlijn
- schouderbladen gelijk- of afstaand
- okselcontact
- luchtfiguren
- figuur SIPS (*spina iliaca posterior superior, kuiltjes*)
- bilnaad verticaal
- knieplooien
- achillespezen evenwijdig
- stand van de voeten

### ***INSPECTIE LATERAAL***

De laterale inspectie heeft vooral te maken met het zijaanzicht en het functioneren van de:

- stand van de handen en
- de romprotaties

Wat je hier ook kunt testen is hoe iemand loopt, beweegt en de diverse lichaamsdelen gebruikt.



1. Transversale vlak
2. Sagittale vlak
3. Frontale vlak

- A. Craniaal  
B. Caudaal  
C. Ventraal

- D. Dorsaal  
E. Lateraal  
F. Mediaal

De verdeling van het lichaam in vlakken en richtingen.

## TOEPASSING VAN GENEESMIDDELEN

In dit hoofdstuk wordt het doseren van geneesmiddelen behandeld, met daarbij de toelichting van alle begrippen en fenomenen die de weg van het geneesmiddel in het lichaam aflegt.

### DOSERING

De juiste dosering van geneesmiddelen is bepalend voor het effect ervan. De dosis is de hoeveelheid van het geneesmiddel, die per keer en per bepaalde periode aan de patiënt wordt voorgeschreven. Een juiste dosis is de dosis die een therapeutische of curatieve werking heeft.

Onjuiste doseringen zijn een:

- **te lage dosis**; subtherapeutisch
- **te hoge dosis**; toxisch: acuut, chronisch, letaal.

De juiste dosering van een geneesmiddel wordt door een groot aantal factoren bepaald, zoals:

- leeftijd, lichaamsgewicht, lengte en conditie van de patiënt
- wijze en tijdstip van toediening.

Een veilig geneesmiddel heeft een grote therapeutische breedte, hetgeen wil zeggen dat er een groot verschil is tussen de toxische hoeveelheid (= groot) en de therapeutische dosis (= klein).

### DE FARMACOKINETISCHE FASE

Farmacon (geneesmiddel) kinetos (beweging of verplaatsing), is de wetenschap die zich bezighoudt met de lotgevallen van een geneesmiddel in het lichaam. Kennis hiervan is belangrijk om te kunnen begrijpen waardoor een nauwkeurige vaststelling van de dosis van een geneesmiddel, in een bepaalde vorm, op een bepaald tijdstip toegediend, het gewenste effect bereikt.

**Absorptie** (*resorptie of opname*) van het geneesmiddel vindt na de inname van een medicijn plaats. Via absorptie wordt een geneesmiddel door de darmwand opgenomen en naar de bloedbaan geleid. Geneesmiddelen die vanuit de darm in het bloed worden opgenomen, kunnen uitsluitend via de lever in de grote bloedsomloop komen = eerste leverpassage.

**Distributie** of verdeling van het geneesmiddel vindt plaats vanuit het bloed naar de weefsels en de cellen.

**Eliminatie** of verwijdering van het geneesmiddel uit het lichaam vindt plaats door excretie (*via urine of faeces*) of uitscheiding en/of chemische omzetting (*metabolisme*).

In veel gevallen is het voor het verkrijgen van een effect van het toegediende geneesmiddel noodzakelijk, dat er in het bloed een bepaald gehalte van de werkzame stof aanwezig is.

Om inzicht te verkrijgen in het proces van absorptie, distributie en eliminatie bepaalt men regelmatig het gehalte van het middel in het bloed, de zogenaamde bloedspiegel. Door elke bepaling op een grafiek te zetten krijgt men de zogenaamde bloedspiegelcurve. De vorm van de bloedspiegelcurve geeft inzicht bij het verantwoord toepassen van het geneesmiddel. Een voorbeeld:

Het salicylzuur gehalte van het bloed voor en na de orale toediening van 500 mg. De top van het gehalte van het geneesmiddel in het bloed, 60 mg, is na ongeveer 1 uur bereikt. Het gehalte daalt via 40 mg (ongeveer 2 uur na de inname) tot 20 mg (ongeveer 4 ½ uur na inname). Die tijd noemt men de halfwaardetijd van het geneesmiddel. De halfwaardetijd van een geneesmiddel is de tijdsduur die nodig is om de bloedspiegel tot

de helft van de gekozen uitgangswaarde te laten dalen. Het geeft een maat voor de werkingsduur en de toedieningsfrequentie van het geneesmiddel.

Om inzicht te verkrijgen in een bloedspiegelcurve is het belangrijk om drie processen, die min of meer gelijktijdig op gang komen als het geneesmiddel in de dunne darm aangekomen is, te beschrijven:

- De opname of darmwandpassage (*absorptie*), maakt dat de bloedspiegel stijgt.
- De overgang van het geneesmiddel van de bloedbaan naar de weefsels (*distributie*), maakt dat de bloedspiegel daalt.
- De uitscheiding van het geneesmiddel door de nieren en de darmen (*eliminatie*), maakt dat de bloedspiegel definitief verlaagd raakt.

De werking van een geneesmiddel komt pas tot stand als het vanuit de bloedbaan in de betreffende weefsels is doorgedrongen. Voor elk geneesmiddel is er een specifieke bloedspiegelwaarde; dat noemt men dan de therapeutische spiegel. De werking treedt dus op als het geneesmiddel in het bloed deze waarde heeft bereikt, en de werking vermindert bij daling van de bloedspiegelwaarde, hetgeen de werkingsduur wordt genoemd.

De werking van een geneesmiddel hangt eveneens af van de conditie van de lever en de nieren van de patiënt. Giftigheid (*toxiciteit*) van een geneesmiddel kan bij een slechte nierfunctie een complicatie vormen, met als gevolg dat de excretie onvoldoende is. Aan patiënten met een slechte nierfunctie zal men een lagere dosis van een geneesmiddel moeten geven, dan aan patiënten met een normale nierfunctie.

Ook kan men kiezen voor een toedieningsvorm die het geneesmiddel langzamer en dus ook meer gereguleerd aan de darm afgeeft, bijvoorbeeld een geneesmiddel dat als achtervoegsel van de merknaam 'durette' of 'retard' heeft.

### ***INVLOED VAN VOEDING OP DE RESORPTIE VAN GENEESMIDDELEN***

Het effect van voeding op geneesmiddelen is regelmatig onderwerp van wetenschappelijk onderzoek. Het blijkt dat voeding in de maag de absorptie van geneesmiddelen vertraagt, waardoor een lagere bloedspiegel ontstaat. Anderzijds vormt voeding een bescherming tegen de invloed van geneesmiddelen die op de nuchtere maag de maagwand irriteren of anderszins maagbezwaren opleveren.

Met betrekking tot het tijdstip van toedienen betekent dit het volgende:

- Toediening voor het eten (1/2 uur voor of minstens 2 uur na de maaltijd) is van belang voor de geneesmiddelen waarvan een snelle absorptie gewenst is.
- Toediening tijdens of aansluitend aan het eten (desnoods nuchter, maar dan met een ruime hoeveelheid water) is belangrijk voor die middelen waarvan bekend is dat zij in nuchtere toestand maagbezwaren geven.
- Toediening tussen de maaltijden (en ook voor en tijdens de nacht) is geschikt voor geneesmiddelen als zuurremmers (*antacida*).

### ***INVLOED VAN DE TOEDIENINGSWIJZE OP DE FARMACOKINETIEK***

De wijze van toediening heeft in veel gevallen invloed op de farmacokinetiek.

### ***Oraal***

Bij orale opname kan een verlies van werkzaamheid optreden ten gevolge van onvolledige absorptie van het geneesmiddel in de darm. Voor absorptie is een zekere tijd nodig. Verder moet rekening gehouden worden met de invloed van de eerste leverpassage, doordat een deel van het ingenomen geneesmiddel voor de overgang in de grote circulatie door de lever wordt vastgehouden en omgezet in onwerkzame stoffen. Om al deze redenen is de dosis van geneesmiddelen die oraal worden toegediend vrijwel altijd hoger dan bij een andere toedieningswijze.

### ***Rectaal***

De bij de orale wijze genoemde belemmeringen worden bij rectale toediening omzeild, want er treedt geen eerste leverpassage op. Sommige geneesmiddelen blijken geen rectale absorptie te vertonen, maar bij andere geneesmiddelen kan dat sterk wisselen, waardoor ze onbetrouwbaar worden. Anderzijds is rectale toediening bevorderlijk voor het geven van een prikkeling aan het darmslijmvlies, ten behoeve van laxeren.

### ***Parenteraal***

- Intramusculair: in de spier, absorptie treedt op vanuit de omringende bloedvaten.
- Subcutaan: onderhuids worden kleine hoeveelheden geneesmiddel toegediend, absorptie vindt plaats via de kleine bloedvaatjes.
- Intraveneus: in het bloedvat, waardoor een directe en snelle opname in het bloed en het transport naar het desbetreffend doel plaatsvindt.

### ***ELIMINATIE VAN GENEESMIDDELEN***

Alle processen die de beëindiging van de werking van geneesmiddelen in het lichaam veroorzaken worden eliminatie genoemd. De volgende processen zijn te onderscheiden:

## Metabolisme

De omzetting die vrijwel alle geneesmiddelen in de lever ondergaan, is van grote betekenis voor de eliminatie. In grote lijnen zijn er twee processen te onderscheiden. In de eerste plaats wordt een aantal geneesmiddelen, geheel of gedeeltelijk, omgezet in stoffen die de therapeutische eigenschappen van de moederstof verloren hebben. Daarnaast is van veel geneesmiddelen bekend, dat de door de stofwisseling omgezette werkzame stoffen (*metaboliëten*) dezelfde werking hebben als de moederstof waaruit ze ontstaan zijn. In de tweede plaats wordt een groot aantal geneesmiddelen en/of hun metaboliëten in de lever gekoppeld aan zuren, waardoor zij beter geschikt worden voor uitscheiding via de nieren.

## Excretie

Excretie kan via verschillende organen plaatsvinden:

- **Nieren**; de meeste geneesmiddelen verlaten het lichaam via de nieren met de urine. Hetzij als zuivere werkzame stof, hetzij als metaboliëet. De excretie kan alleen totstandkomen via het bloed en is bijgevolg onafhankelijk van de wijze van toediening.
- **Darmen**; het gedeelte van het geneesmiddel dat in de dunne darm niet geresorbeerd wordt, verlaat met de faeces het lichaam en gaat dus verloren. Middelen waarbij dit het geval is, zijn bijvoorbeeld norit, bariumpap en bisacodyl. Dit is ook het geval bij middelen die na absorptie via de gal opnieuw in de darm terecht komen en met de faeces het lichaam verlaten.
- **Adem**; gasvormige, ook wel vluchtige stoffen genoemd, kunnen het lichaam via de uitademingslucht verlaten. Meestal betreft het hier narcosegassen.



- **Huid**; geneesmiddelen kunnen ook in beperkte mate via de huid, opgelost in zweet, het lichaam verlaten.

Samenvattend kan gezegd worden dat de eliminatie het resultaat is van de hierboven genoemde en voor de meeste geneesmiddelen gelijktijdig verlopende processen.

### *INVLOED VAN HET GENEESMIDDEL OP DE MENS*

Aan de hand van wetenschappelijk onderzoek en ervaring worden tegenwoordig de normdoseringen bepaald, de dosis waarvan het zeer waarschijnlijk is dat deze het gewenste effect bereikt bij de gemiddelde mens. Er worden verschillende manieren toegepast om vast te stellen of de dosis juist is:

- Nagaan wat het therapeutisch effect is.
- Observatie van de bijwerkingen.
- Meting van de bloedspiegel.

Bij het vaststellen van de normdosering wordt rekening gehouden met:

- Leeftijd, lengte en gewicht van de patiënt; deze bepalen de hoeveelheid geneesmiddel die door de patiënt verwerkt kan worden.
- Conditie van de patiënt; een slechte nieren leverfunctie verstoren de eliminatie van geneesmiddelen. Bij oudere mensen verloopt het eliminatieproces langzamer.
- Individuele bepaling van het geneesmiddel. De individuele reactie van het lichaam noopt bij enkele geneesmiddelen tot een onderzoeksproces via bloedspiegelbepalingen.

## *FARMACODYNAMISCHE FASE*

De farmacodynamische fase is het proces van de werking van een geneesmiddel in zijn algemeenheid. Het proces wordt in dit hoofdstuk uitvoerig belicht.

### *HOOFDWERKING EN BIJWERKING*

Een geneesmiddel veroorzaakt vaak meerdere lichamelijke en psychische reacties. Onder de hoofdwerving verstaat men de werking van het middel die oorspronkelijk beoogd is. Een bijwerking of neveneffect is dan elk ander optredend effect van het middel; zowel in negatieve als in positieve zin.

Aan de hand van het volgende voorbeeld zal je dit duidelijker worden. Als pijnstilling wordt morfine toegediend, het pijnstillend effect is het beoogde effect, het neveneffect is darmverstopping (*obstipatie*).

Vaak zijn de bijwerkingen schadelijk. Binnen de reguliere geneeskunde worden deze bijwerkingen op de koop toe genomen en om de bijwerkingen te bestrijden worden soms weer andere geneesmiddelen toegediend. Een aantal bijwerkingen zetten we hier op een rijtje:

#### **Idiosyncrasie**

Idiosyncrasie betekent het heftig reageren van sommige patiënten op bepaalde geneesmiddelen. Een lage dosis geeft dan al effecten die normalerwijze slechts bij zeer hoge doses optreden.

#### **Overgevoeligheid**

Patiënten kunnen overgevoelig zijn voor bepaalde geneesmiddelen. Bij een eerdere aanraking met deze stof hebben zich antistoffen gevormd, waardoor bij een volgend contact overgevoelighedsreacties kunnen optreden zoals huidirritatie, koorts,

loopneus, en in sommige gevallen de levensgevaarlijke anafylactische shock.

### **Gewenning**

Gewenning of tolerantie-ontwikkeling is een verschijnsel waarbij de patiënt gewend is geraakt aan het ontvangen van een stof en het aanvankelijke effect vermindert, zodat de dosis na verloop van tijd verhoogd moet worden om hetzelfde effect te bewerkstelligen. Dit verschijnsel kan veroorzaakt worden door een versnelde eliminatie of door ontwikkelde tegeneffecten.

### **Afhankelijkheid**

De patiënt kan het middel niet meer missen. Onderscheid kan gemaakt worden tussen lichamelijke en geestelijke afhankelijkheid. Afhankelijkheid kan tot grote problemen leiden. Onthoudt men de patiënt het geneesmiddel waarvan hij afhankelijk is, dan treden er abstinentie- of onthoudingsverschijnselen op. Ontwenning vereist een zeer goede en continue begeleiding en afbouw. Het is belangrijk dat er bij het voorschrijven van geneesmiddelen zoveel mogelijk wordt voorkomen dat er afhankelijkheid optreedt.

### ***INDICATIE EN CONTRA-INDICATIE***

Een indicatie voor een geneesmiddel betekent dat het geneesmiddel geschikt is voor gebruik bij het ziektebeeld of symptoom. Een contra-indicatie is een reden om het geneesmiddel niet toe te gaan dienen. Er kunnen zich bepaalde omstandigheden voordoen, waarvan bekend is dat deze schadelijke bijwerkingen door het geneesmiddel teweeg kunnen worden gebracht.

Het voorkomen van schadelijke bijwerkingen van geneesmiddelen is een taak van de arts, de apotheker en de fabrikanten. Vaak kunnen onaangename verrassingen voorkomen worden door het afnemen van een uitgebreide geneesmiddelenanamnese en goede observatie van de patiënt.

## *INTERACTIES*

Met interactie bedoelen we de invloed die verschillende geneesmiddelen op elkaars werking en bijwerkingen kunnen hebben. Indien de interactie zodanig is dat de werking van het geneesmiddel nadelig wordt beïnvloed of leidt tot een schadelijk effect voor de patiënt, is deze interactie onaanvaardbaar, onverenigbaar. Een kritische houding van artsen, therapeuten en apothekers is in deze zin erg belangrijk.

## *ADDITIE, POTENTIËRING, SYNERGISME EN ANTAGONISME*

Bij toediening van twee of meer geneesmiddelen met min of meer dezelfde effecten, kan het uiteindelijke effect gelijk zijn aan de som van de afzonderlijke stoffen. In dit geval spreekt men van additie (gelijkheid, optelling). Is het uiteindelijke effect sterker, dan spreekt men van potentiëring (versterking), bijvoorbeeld wanneer men valium met alcohol gebruikt.

Indien twee geneesmiddelen met elkaar samenwerken in dezelfde richting noemen we dit synergisme.

Wanneer twee geneesmiddelen elkaars werking tegengaan, spreekt men van antagonisme (tegengesteld), bijvoorbeeld corticosteroiden die de werking van anti-diabetica verzwakken.

## *SCHIZOFRENIE*

*De wetenschap dat er in de schizofrene mens achter de psychotische façade een verborgen, normaal psychisch leven schuilgaat, moet ons aanmoedigen voor hem te zorgen.*

*Uit: moderne psychiatrie, Johan Cullberg; Manfred Bleuler, 1974*

Onderzoekresultaten naar schizofrenie duiden erop dat er sprake is van een veelheid aan uiteenlopende stoornissen met verschillende oorzaken die alle tot de diagnose schizofrenie gerekend kunnen worden. Alle vormen van schizofrenie hebben weer verschillende prognoses en behandelingsdoelen.

Schizofrenie is een ernstige aandoening, waarbij er sprake is van realiteitsverlies en de uniciteit van denken, voelen, willen en handelen verloren gaat. Schizofrenie is onder te verdelen in een aantal vormen van psychosen, die samen weer enige gemeenschappelijk aspecten vertonen. Schizofrenie ontwikkelt zich geleidelijk en kan zich manifesteren bij het waarnemen, voelen, denken en bewegen. Een psychose wordt afgewisseld door perioden van rust.

De meest kenmerkende symptomen van schizofrenie zijn in verschillende groepen te verdelen.

### **De cognitieve stoornissen**

Bij **formele denkstoornissen**, zoals het leggen van onlogische verbanden, moeilijk abstract kunnen denken, vertraagd denken en gedachteblokkades is de organisatie van het denken verstoord, is er geen structuur, neigt men tot verwardheid en geeft men andere benamingen aan bekende zaken.

Bij **inhoudelijke denkstoornissen** houden mensen zich bijvoorbeeld bezig met mysterieuze, soms religieuze denkbeelden en ideeën. Daarnaast komen wanen voor die bizar en onmogelijk tot een waarheid kunnen behoren. Veelal gaat de patiënt ervan uit, dat al deze zaken door anderen of iets anders in zijn hoofd worden gestopt. Dit uit zich ook vaak in paranoïde gedrag. Het magisch denken speelt een enorme grote rol in zijn gedachtenwereld.

**Stoornissen in de waarneming**, zoals het horen van stemmen en het gevoel achtervolgd te worden, zijn wanen en hallucinaties die frequent voorkomen bij schizofrenie.

### **Stoornissen in het emotionele leven**

Bij een **emotionele vervlakking** valt het op dat het gelaat vaak uitdrukingsloos is, de stem monotoon en het gevoel niet te herkennen. Daarnaast zijn angst en geprikkeldheid duidelijk herkenbaar en heeft de patiënt veel last van neerslachtige buien. Ook het misplaatsen van gevoelens is een belangrijk kenmerk, bijvoorbeeld lachen na het horen van een triest bericht.

### **Stoornissen in de psychomotoriek**

We zien catatonie symptomen, zoals bijvoorbeeld **bewegingsloosheid**, **starheid** en een **houterige houding**. Daarnaast is er vaak sprake van een sociaal isolement als gevolg van een zekere **spraakarmoede** die zich op gezette tijden voordoet in relatie met passiviteit en apathie. In neerslachtige perioden heeft men de neiging om slecht voor zichzelf te zorgen.

Diverse neurologische en somatische aandoeningen kunnen de symptomen van schizofrenie veroorzaken, bijvoorbeeld hormonale afwijkingen, infecties, nierfunctiestoornissen en multiple sclerose. Uit de statistieken blijkt, dat in Nederland bij ongeveer 1 % van de bevolking schizofrenie voorkomt. Naar verhouding komt het vaker voor in de lagere sociale klassen.

Het is inmiddels duidelijk dat de stoornis te wijten is aan een complex samenspel van biologische, psychologische en sociale factoren. Patiënten hebben een genetisch bepaalde kwetsbaarheid die onder bepaalde invloeden van psychische en/of sociale aard tot het zichtbaar worden van schi-

zofrenie leiden. Erfelijkheid is van groot belang bij het kunnen verklaren van schizofrenie, doch genetisch onderzoek is in die zin nog niet absoluut bevestigend. Maar de feiten geven wel weer, dat in families waar schizofrenie voorkomt, de kans om schizofrenie te ontwikkelen voor andere familieleden groter is.

Onderzoek heeft bij schizofrene patiënten hersenafwijkingen aangetoond. Zo zijn bijvoorbeeld de hersenventrikels vergroot en is de frontale hersenschors minder actief. Onduidelijk is tot nu toe of deze afwijkingen direct van invloed zijn op de schizofrenie. Er wordt vermoed dat bijvoorbeeld moeilijkheden tijdens de geboorte, een opgelopen virusinfectie of een veranderd neurobiochemisch proces een rol kunnen spelen bij het ontstaan van schizofrenie.

Het is duidelijk dat bij mensen die 'kwetsbaar' zijn om schizofrenie te ontwikkelen bepaalde belastende factoren, zoals gezinsproblematiek of andere maatschappelijke invloeden, de ziekte schizofrenie naar boven kunnen laten komen. Een niet-stabiele, negatieve, onrustige omgeving of een prestatiegerichte werkomgeving kunnen de trigger vormen voor het 'wakker maken' van de sluimerende schizofrenie. In de lagere sociale klassen blijken maatschappelijke factoren hierbij een grote rol te spelen.

De behandeling bestaat uit het toedienen van antipsychotica. Meestal valt er binnen twee weken resultaat te behalen, waarbij de wanen en de hallucinaties onderdrukt worden. De medicijntherapie heeft nare bijwerkingen die zich uiten in vervlaking van de emotionele uitingen, duizeligheid, beven en een verminderde beweeglijkheid. Een andere vervelende en vaak blijvende complicatie van de medicatie is het ontstaan van bewegingsstoornissen; met name 'tics' in het gelaat. Na zes weken valt een objectief oordeel te vormen over het resultaat van de therapie.

Een ander belangrijk onderdeel van de therapie is het geven van rust en structuur, directe begeleiding en aansturing. Vaak betekent dit opname in een kliniek, met na de acute fase een gerichte psychotherapie, die gebaseerd is op het geven van inzicht in de schizofrenie en de verdere levensloop.

In de meeste gevallen is het noodzakelijk om levenslang medicijnen in te nemen. In geval van een inadequate therapiediscipline, waarbij de patiënt vergeet of weigert zijn medicijnen in te nemen, kan gekozen worden voor een medicament met een lang werkende dosering, een depot-antipsychoticum.

Belangrijk bij de behandeling is het meebehandelen van de omgeving waar de patiënt in verkeerde en naar verwachting weer in terug zal keren. Voorlichting en concrete adviezen vormen de pijlers van de begeleiding. Aan de patiënt worden gerichte trainingen gegeven.

Deze trainingen zijn gericht op het verbeteren en versterken van de communicatieve vaardigheden en het kunnen aangaan en onderhouden van sociale contacten, kortom op het versterken van de cognitieve vaardigheden. Er is veel aandacht voor resocialisatie met het accent op de zelfredzaamheid, de zelfverzorging en het beheer van de materiële en financiële middelen.

Het toekomstbeeld van de schizofrene patiënt is dat van een chronisch zieke. Er zullen rustige fasen zijn, afgewisseld met actieve momenten. In cijfers uitgedrukt geeft dat het volgende beeld: 33% van de patiënten leidt een vrij onopvallend leven en heeft een sociale positie verworven, 33% heeft een beperkt sociaal leven en 33% wordt geregeld opgenomen.



Gemiddeld overlijdt 10% van de schizofrene patiënten door zelfdoding en eenzelfde percentage verblijft permanent in een psychiatrische inrichting.

## NIET-SCHIZOFRENE PSYCHOSEN

*Ger, 46 jaar en gehuwd, vader van 1 zoon, werkt als docent op een hogeschool voor beroepsonderwijs. Het werk gaat hem over het algemeen goed af. Momenteel is de school bezig met een forse reorganisatie en herstructurering van het leerplan. Op zich vindt hij deze ontwikkelingen leuk, want het houdt hem dynamisch en alert. Hij heeft echter moeite met de manier waarop zaken gebeuren en besloten worden. Er is sprake van veel vrijheid en weinig democratie.*

*De laatste maanden is hij prikkelbaarder en moet hij zich flink concentreren, hetgeen hem moeite kost. Plotseling overlijdt zijn bejaarde vader. Deze gebeurtenis grijpt hard in zijn leven in. Hij is afwezig en in gedachten als hij op de fiets naar huis rijdt. Een auto schept hem en hij belandt in het ziekenhuis met een gebroken been. Al met al wordt het hem allemaal te veel.*

*Hij huilt veel en reageert vaak geprikkeld binnen de contacten die hij heeft. Hij wil met rust gelaten worden. In het ziekenhuis wordt hij 's nachts wakker en probeert uit bed te klimmen. De verpleegkundige hoort het gestommel en treft Ger op de rand van zijn bed aan, waarbij hij angstig lijkt en onsamenhangend praat.*

Psychotisch functioneren kan door verschillende factoren veroorzaakt worden. Psychotische stoornissen worden onderscheiden in:

- waanstoornissen
- schizofreniforme psychosen
- kortdurende psychotische stoornissen
- gedeelde psychotische stoornissen

In de praktijk blijkt het lastig om een scherp onderscheid te maken tussen de optredende psychosen en schizofrenie. Deze psychosen zijn niet het gevolg van bijvoorbeeld hersenafwijkingen, misbruik van alcohol of drugs.

Het gedrag van de patiënt kenmerkt zich door een ernstig gestoord realiteitsbesef dat zich uit in hallucinaties en wanen, terwijl andere symptomen van schizofrenie ontbreken. De kans op herstel bij een waanstoornis is niet groot. Met andere woorden er zal sprake zijn van een chronisch verloop en een levenslange behandeling is daarom meestal noodzakelijk.

De schizofreniforme psychose kan goed behandeld worden en binnen zes maanden zijn de symptomen dan verdwenen. Ten aanzien van de kortdurende psychotische stoornis zijn rust en therapeutische gesprekken afdoende, terwijl soms antipsychotica worden ingezet. De kans op herstel is groot. De gedeelde psychotische stoornis ontstaat bij beïnvloedbare personen die een nauwe band hebben met een waanpatiënt. De therapie is gericht op het verbreken van die relatie, waarna de waan snel verdwijnt.

## STEMMINGSTOORNISSEN

*Jij bent een tuin, waar eens een bom in viel die niet explodeerde, tijdens een oorlog die zo lang geleden gevoerd werd, dat jij het je niet kunt herinneren. Hij viel in de nacht. Hij huilde, maar er werd zoveel gehuild. Hij werd gehoord, maar vergeten. Hij begroef zich. Men zocht naar hem, maar gaf het zoeken op. Er was zoveel levend*

*begraven. Andere bommen vielen dichtbij en ont-  
ploften. Jij werd ouder. Jij sliep tussen de wortels  
van jouw bomen, zij verzonken om hem heen als  
een net om een vis die reeds lang uitgestorven  
was gewaand. Het regende op jou. In jouw aarde  
vond het water het donkere ei en met fijne vin-  
gers tastte het je af, maar toen er geen reactie  
kwam, nestelde het zich naast je, als naast rotsen  
zonder licht. De mieren kwamen en versierden  
het met hun tunnels.*

*Met het verstrijken van de tijd sliepen de larven  
er, leunend tegen hem, werden hard en glansden  
in alle kleuren van de regenboog en kropen er  
vandaan. Jij werd ouder en leerde van de dagen  
en de nachten.*

*De punten van takken stootten er in onwetend-  
heid van boven tegenaan. Jij leed, jij lijdt, jij  
vernieuwt je. Vrienden verzamelen zich en voelen  
zich er thuis. Baby's in kinderwagens werden  
in jouw stille schaduw achtergelaten. Kinderen  
spelen in jouw gras en minnende paren liggen er  
op zomeravonden. Jij wordt ouder met de jaarge-  
tijden. Jij bent een vrijplaats geworden. En op een  
dag, als een kind de hele namiddag bij jou heeft  
gespeeld, is de druk van een wortel of spitsmuis  
of de honger van de rusteloze roest voldoende om  
al deze vredige jaren weg te vagen: waar jij eens  
was, rest slechts een krater, die snel door de tijd  
opgevuld wordt. Tevergeefs zal men zich afvra-  
gen waarom jij dit deed.*

*Uit: Een tuin: 'De Maginotlinie'; Merwin, W.S.*

In bovenstaand prozagedicht wordt de tuin omschreven als ons eigen mensenleven, met alles wat aan de buitenkant zichtbaar is en wat er in de innerlijke wereld plaatsvindt. In het gedicht wordt de uitgestelde explosieve kracht belicht, een directe oorzaak wordt aangegeven noch gevonden.

Menselijke gevoelens zijn talrijk aanwezig in diverse schakeringen. In principe zijn er vier oeremoties die alle andere schakeringen zoals vrolijk, verlegen, onzeker, machteloos, schuldig of eenzaam, in zich verenigen. Deze vier zijn Blij, Boos, Bedroefd en Bang. De vier B's.

Er wordt onderscheid gemaakt tussen de inhoud van een stemming of de betekenis van een emotie. Een stemming is een gemoedstoestand die een bepaalde tijd duurt, die niet speciaal iets te maken heeft met een ervaring. Een emotie is een kortdurend intens en overheersend gevoel dat wel te maken heeft met een specifieke ervaring. Stemmingen en emoties uit zich in lichamelijke verschijnselen, gedrag en beleving. Als een patiënt 'gevoelig' is voor stemmingen en emoties, spreekt men van stemmingstoornissen. Dit uit zich met name in sterk wisselende stemmingen. Lang niet altijd is duidelijk of het gevoelsleven zelf gestoord is of de manier van het uiten ervan.

Stemmingstoornissen zijn onder te verdelen in de éénpolige en tweepolige stoornissen. Onder de éénpolige stoornissen rekenen we de mildere vorm van een depressie, de dysthyme stoornis met als uiterste vorm de depressie, de hypomanie als lichte vorm van manisch gedrag en als uiterste vorm de manie. Bij de tweepolige (twee fenomenen tegelijkertijd aanwezig) stoornis is er sprake van een milde vorm van manische-depressiviteit, de cyclothyme stoornis met als uiterste vorm de manische-depressiviteit.

## STOORNISSEN BIJ KINDEREN EN ADOLESCENTEN

*In het verleden zijn kinderen binnen de psychiatrie lange tijd beschouwd als kleine volwassenen. In de vorige en deze eeuw heeft men een nader onderscheid gemaakt tussen het kind, de adolescent en de volwassene. Vele psychiatrisch genoemde stoornissen zijn tijdelijk aanwezig. Voorbeelden hiervan zijn angsten, bedplassen en rusteloosheid. In de kinder- en adolescentietijd zijn het vooral jongens die met stoornissen kampen, en bij volwassenen in het merendeel vrouwen.*

Binnen onze groei naar volwassenheid speelt de kindertijd een belangrijke rol. Verschillende factoren beïnvloeden onze ontwikkeling positief, maar in sommige opzichten ook negatief. Negatief beïnvloedende factoren zijn bijvoorbeeld aangeboren aandoeningen, een erfelijke belasting, pedagogische onkunde van de ouders, alsmede conflicten en spanningen binnen het gezin en op school.

In theorie is de ontwikkeling van het kind in de diverse fasen nauwgezet te omschrijven, maar in de praktijk is dit een heel ander verhaal. Ieder kind heeft zijn eigen uniciteit en doorloopt tijdens zijn ontwikkeling de verschillende fasen niet strak gescheiden. Dit maakt het diagnostisch gezien lastig om te kunnen zeggen wat 'normaal' gedrag is en wanneer het om een psychiatrische stoornis gaat.

Bij het diagnosticeren van het kind is het belangrijk het beeld van anderen, zoals leraren en ouders, mee te laten wegen. Vele psychiatrische stoornissen die ook bij kinderen kunnen optreden hebben we in deze les al besproken. Bij die stoornissen kunnen we echter wel bepaalde kindgebonden factoren waarnemen.

In dit hoofdstuk worden uitsluitend de in de kindertijd optredende stoornissen besproken, zoals depressiviteit die zich uit in groeiachterstand of hechtingsproblemen, schoolfobieën en separatieangst. Ook besteden we aandacht aan autisme, de aandachtstekortstoornis en hyperactiviteit, de anti-sociale gedragsstoornis en ticstoornissen.

## AUTISME

*Wie de film 'Rain man' gezien heeft met Dustin Hofman en Tom Cruise in de hoofdrollen, heeft een vrij aardig beeld van autisme kunnen krijgen en het daarbij optredende dwangmatige gedrag. Alles in huis heeft een vaste plaats en er is een vast patroon voor de dag. Daarnaast is sprake van een isolement, men gaat in zichzelf op, er is geen oogcontact, het kind kan uren zitten staren en dezelfde handeling wordt continu herhaald. Het kind kan enorm overstuur raken als door toedoen van anderen iets verstoord wordt. Het vervalt dan in hysterisch gedrag, kan zichzelf verwonden en raakt in opperste paniek. In het kind-zijn wordt nauwelijks gereageerd op de emotionele gedragingen van anderen, als gevolg waarvan geen vriendschappen ontwikkeld worden.*

Veel autistische kinderen beschikken over een fenomenale kennis van een bepaald onderwerp, zonder dat we daarbij kunnen spreken over hoogbegaafdheid. Daarnaast vertonen ze een sterke hechting aan voorwerpen. Vaak is er sprake van een eigenaardige manier van communiceren, onder andere het herhalen van de zin (echo), over zichzelf in de tweede of de derde persoon spreken en het bedenken van nieuwe woorden. Lichamelijk kan er sprake zijn van herhaalde doellose bewegingen, zoals fladderen met de armen. Autismen komt bij ongeveer vier van de honderd-duizend kinderen voor en voor het merendeel bij jongens. Bij meisjes gaat het vaak om de ernstige vormen van autisme.

Gedurende lange tijd is het optreden van autisme gerelateerd geweest aan de persoonlijkheid van de ouders. Het blijkt echter dat ouders van autistische kinderen zich niet onderscheiden van anderen. Het lijkt er nu op dat vooral biologische factoren een belangrijke rol spelen. De oorzaken blijken te kunnen liggen in een familiair bepaalde genetische stoornis, waardoor cognitieve en taalontwikkelingsstoornissen vaker voorkomen. Een andere oorzaak blijkt chromosomaal te zijn. Daarnaast kunnen neurologische afwijkingen de oorzaak van autisme vormen.

Een volledig afdoende therapie voor autisme bestaat niet. Symptomatisch hebben medicijnen effect op bijvoorbeeld agressie of rusteloosheid. Stabiele omgevingsfactoren blijken een positief effect op de ontwikkeling te hebben, evenals rust en het verbeteren van de relationele eigenschappen. Voor een behandeling is het bepalend hoe hoog het IQ en de taalontwikkeling van het kind is. Hoe hoger hoe beter het vooruitzicht op redelijk tot goed functioneren binnen een gezin of instituut. Veelal is men niet in staat om op volwassen leeftijd zelfstandig te kunnen functioneren.

### ***AANDACHTSTEKORTSTOORNIS EN HYPER-ACTIVITEIT***

Bij veel kinderen komen rusteloosheid, beweeglijkheid en concentratieproblemen voor. Extreem gedrag hierin kan gezien worden als aandachtsstekortstoornis met hyperactiviteit. Dit uit zich in een kind dat altijd beweeglijk is, zich maar enkele minuten op iets kan concentreren, geen oog heeft voor andere kinderen en hen voortdurend stoort in hun speelwereld, speelgoed afpakt, ruzie maakt en een hekel heeft aan alles en iedereen.

Een andere naam hiervoor is het ADHD-syndroom (*Attention Deficit Hyperactivity Disorder*). Het kind vertoont chaotisch en ongeorganiseerd

gedrag en kan niet afmaken waar het mee bezig is. Daarnaast is het vergeetachtig en snel afgeleid, hyperactief in situaties die rust vereisen, impulsief, geeft antwoorden voordat een vraag gesteld is en opvallend luidruchtig. Het kind kan een mikpunt van pesterijen worden, mede door een laag persoonlijk zelfbeeld als gevolg van de negativiteit die het van zijn omgeving ervaart. De stoornis wordt vaak al vroeg vastgesteld, omdat het leerproces van het kind ernstig belemmerd wordt. Aandachtstekort, hyperactiviteit en impulsiviteit zijn de drie pijlers die gezamenlijk kunnen optreden bij dit syndroom.

Onderzoek doet vermoeden dat erfelijke invloeden in relatie met omgevingsfactoren een rol spelen bij het verloop van de aandachtstekortstoornis. Het hyperactieve gedrag lijkt samen te hangen met het ontbreken van structuur en de prikkels vanuit de omgeving. In mindere mate worden binnen de psychiatrie minimale hersenbeschadigingen, de invloed van kleur- en geurstoffen, conserveringsmiddelen en het gebruik van suiker als oorzaken gezien.

De medicinale behandeling beperkt zich tot de antipsychotica en de antidepressiva, met name clonidine en methylfenidaat. Het gebruik van medicijnen heeft tot doel de kinderen vatbaarder te maken voor andere vormen van behandeling. Gedragstherapie richt zich met name op het belonen van het gewenste gedrag, in dit geval wachten. De cognitieve therapie richt zich op het wachten, het kijken en het denken alvorens te antwoorden, met andere woorden op de beteugeling van de impulsiviteit. Structuur en regelmaat zijn daarbij belangrijk. Bij het ouder worden van het kind ontstaan, wanneer de klachten onbehandeld blijven, gedragsproblemen en bestaat er een vergrote kans met justitie in aanraking te komen en mogelijk ook meer kans op het ontwikkelen van psychiatrische stoornissen.



## *ANTI-SOCIALE GEDRAGSSTOORNIS*

Bij deze stoornis vertoont het kind weinig respect voor de rechten van anderen. Dikwijls is er sprake van wreedheid ten aanzien van mensen en dieren, het vernielen van andermans eigendommen, liegen en bedriegen, spijbelen van school en weglopen van huis. Deze kinderen staan al snel vijandig tegenover anderen, vooral vanwege hun wantrouwen. Anderen zijn agressief of vertonen delinquent gedrag. De criminele uitingen kunnen variëren van verkrachtingen tot overvallen en inbraken. De stoornis gaat vaak gepaard met een laag IQ, specifieke ontwikkelingsstoornissen en de aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit. Het merendeel van deze kinderen is afkomstig uit de lagere milieus en de grote steden.

Er wordt verondersteld dat deze kinderen een verlaagd opwindingsniveau hebben en een grotere behoefte aan prikkels. Het gezin heeft een sterke invloed op de ontwikkeling van het gedrag. Een stabiele situatie zal deze stoornis kunnen ondervangen en een onstabiele gezinssituatie niet. Verwaarlozing en mishandeling, conflicten en andere verstoringen van de stabiliteit leiden tot antisociaal gedrag. Ouders geven in dit geval zelf het voorbeeld.

Indien de gezinssituatie het toelaat, blijkt gezinsterapie vaak succesvol te zijn. Nagegaan wordt hoe conflicten ontstaan en er worden onderhandelingsstrategieën aangeboden, alsmede regels en bekrachtiging van positieve gedragingen. Buiten de gezinssituatie (kinderbescherming) vindt behandeling plaats binnen instituten of andere woonvormen. Mede omdat de omgeving van het kind in deze laatste gevallen meestal niet werkelijk verandert, zijn de resultaten van de behandeling ronduit slecht te noemen. De stoornis is moeilijk te beïnvloeden.

## *TICSTOORNISSEN*

De meest extreme ticstoornis staat bekend als het syndroom van Gilles de la Tourette. Deze stoornis manifesteert zich in zowel motorische als verbale tics. Symptomen als vloeken, schelden, slaan of spiertrekkingen doen zich op willekeurige momenten voor, ongeacht in welke situatie de persoon zich bevindt. Andere tics uiten zich in het opvallend knippen met de ogen, ophalen van de schouders, kriebelen aan de neus, het ophalen van de neus, smakken en ander opvallend en doelloos gedrag. De tics nemen toe bij vermoeidheid, stress en opwinding.

Verandering van omgeving en stressfactoren kunnen de tics doen ontstaan of verergeren. Bij het syndroom van Gilles de la Tourette schijnen genetische en neurobiologische factoren een belangrijke rol te spelen. Hersenscans hebben aangetoond dat er in bepaalde delen van de hersenen een verminderde activiteit is en dientengevolge een verhoogde dopamine-activiteit.

Ontspannings- en concentratietechnieken worden als therapie aangeboden, maar blijken slechts een matig effect te hebben. Daarom is het van belang dat de patiënt zijn tic leert accepteren en hantieren. Veelal verdwijnt de stoornis na de adolescentie en treedt er herstel op.

## *SPECIFIEKE*

### *ONTWIKKELINGSSTOORNISSEN*

Bij de specifieke ontwikkelingsstoornis is sprake van een normale capaciteit, maar een lager resultaat.

Voorkomende leesstoornissen zijn onder andere leeszwakte, leesblindheid en dyslexie, terwijl deze kinderen ook moeite kunnen hebben met lezen en schrijven. De intelligentie van het kind is goed. Deze stoornis komt vaak familiair voor en in het bijzonder bij jongens. De oorzaak wordt gezocht in een neuro-biologische afwijking.

De rekenstoornis is een aandoening die zich voor-  
doet bij een kind dat problemen heeft met reke-  
nen. Een duidelijke oorzaak van de rekenstoornis  
is tot op heden niet bekend.

De taal-spraakontwikkelingsstoornis komt met  
name vanaf het derde levensjaar tot uiting. Ook  
hier zijn de jongens in de meerderheid en vaak  
treedt deze afwijking op in combinatie met andere  
stoornissen. De stoornis kan betrekking hebben  
op het begrijpen of het uiten van taal. Ook kunnen  
stotteren (*dysritmieën*) en articulatieproblemen  
optreden.

Stoornissen van de motorische vaardigheden  
 treden op bij een kind dat moeite heeft met de  
planning en de coördinatie van lichaamshoudin-  
gen en bewegingen (houderige motoriek), dit alles  
zonder dat er een duidelijk neurologische oorzaak  
is. Deze stoornis is moeilijk te behandelen en gaat  
vaak gepaard met andere stoornissen.

### ***STOORNISSEN IN DE UITSCEIDING***

Normaal gesproken zijn kinderen rond hun derde  
jaar zindelijk. Een aantal heeft nog last van enu-  
resis en plast na het vijfde jaar nog regelmatig in  
kleding of bed (*enuresis nocturna*). Een beperkt  
aantal heeft op deze leeftijd nog last van encopre-  
sis, het ontlasten in de kleding of in bed. Wanneer  
het kind in de adolescentieperiode komt is deze  
stoornis vaak verdwenen. Na uitsluiting van een  
lichamelijke oorzaak wordt gedacht aan sympto-  
men van onderliggende psychische problemen,  
zoals een verstoorde omgang tussen de gezinsle-  
den. Ook een verkeerde zindelijkheidstraining kan  
leiden tot deze stoornissen.

Er zijn twee methoden ontwikkeld ter behandeling  
van bedplassende kinderen. Bij de plaswekkerme-  
thode gaat er, zodra er wat vocht in het broekje of  
de luier komt, een bel, waardoor het kind wakker

wordt en de reflexmatige urinelozing uiteindelijk wordt geremd. Bij de droog-bed-training, wordt er gewerkt met een systematisch wekschema, zodat het kind op bepaalde tijden gewekt wordt om te plassen.

Voor het beteugelen van het willekeurig ontlasten worden de aandrangprikkelers gerelateerd aan het beheersen van de prikkel, waardoor het kind leert op de juiste tijd en plaats te ontlasten.

## COGNITIEVE PSYCHOLOGIE

Cognitie betekent in letterlijke zin 'kennis'. Dit begrip moet binnen de cognitieve psychologie ruim worden opgevat. Zij bestudeert alle denkprocessen die een rol spelen bij het opnemen, gebruiken en opslaan van informatie. Ter verduidelijking wordt nu een aantal voorbeelden beschreven.

*Joost is 4 jaar en komt bij de additief therapeut over als een stil en teruggetrokken kind en dat past volgens zijn moeder niet. Pas na een half uur komt het hoge woord eruit; hij is ervan overtuigd dat hij voor straf hier naartoe moet, omdat hij vorige week de hond per ongeluk een nietje in het oor had bezorgd.*

*Op een verjaardagsfeestje zijn onder anderen twee kinderen van 5 jaar aanwezig die zojuist een glas limonade hebben gekregen. Ze kibbelen over het feit dat de een meer limonade heeft dan de ander. Moeder snapt er in eerste instantie niets van. Ze gebruikt bij het inschenken kleine flesjes, dus ze hebben ieder evenveel gehad, het enige verschil is het glas, het ene glas is smal en hoog en het andere glas is breed en lager.*

*Een man vertelt in je praktijk dat hij voortdurend communicatieproblemen heeft met zijn collega's. Bij doorvragen blijkt, dat hij veel onduidelijke boodschappen uitzendt waarvan verschillende interpretaties mogelijk zijn. Zo zegt hij bijvoorbeeld: 'Het is wel weer een drukke dag vandaag.' Hij begrijpt dan niet waarom zijn collega niet reageert op zijn 'hulpvraag', om hem te komen helpen.*

*Een lid van de feestcommissie is druk bezig geweest om een afdelingsfeest tot een goed einde te brengen. Hij denkt: alle mensen hadden zo'n goed humeur, dus ik mag in mijn handen klappen dat het zo'n geslaagd feest is geworden. Een ander feestcommissie lid denkt: wat heb ik het toch allemaal voortreffelijk georganiseerd en daardoor is het feest zo'n succes geworden.*

De voorbeelden maken het aandachtsgebied van de cognitieve psychologie duidelijk, het is breed en gericht op diverse fenomenen.

## ***BELANGRIJKE VERTEGENWOORDIGERS EN HUN UITGANGSPUNTEN***

De welbekende Zwitserse psycholoog J. Piaget (1896 -1980) is een belangrijk vertegenwoordiger van de cognitieve psychologie. Hij richtte zich vooral op de ontwikkeling van het kind. Volgens Piaget speelt het biologische rijpingsproces een grote rol in de cognitieve ontwikkeling van het kind in de diverse stadia van zijn ontwikkeling. Daarmee stelt hij dat er sprake is van een vaste volgorde en manier van ontwikkelen, de 'biologische rijping'.

Daarbij gaat hij ervan uit, dat een kind in aanleg al bepaalde cognitieve vermogens bezit, die onder invloed van ervaringen gedurende het leven tot ontwikkeling komen. Dit staat dus in grote tegenstelling tot het behaviorisme.

Chomsky (geboren 1928) heeft zich vooral beziggehouden met de taalontwikkeling van kinderen. Hij stelt dat een kind een aangeboren mogelijkheid tot taalverwerving heeft, en dat kinderen niet blanco ter wereld komen. Duidelijk mogelijk is, dat het kind de taal leert die het in zijn omgeving hoort. Hij stelt in tegenstelling tot bij het behaviorisme, dat imitatie de taalontwikkeling niet alleen bevordert, maar dat een kind in staat is om zelf zinnen te produceren en taal te ontwikkelen, zonder dat geleerd te hebben. Hij kon dit met een uitgebreid onderzoek staven.

Met andere woorden, de cognitieve psychologie staat op het standpunt dat niet al het menselijk gedrag te verklaren is als men de black box van de behavioristen gesloten laat. De cognitieve psychologie wil juist de innerlijke processen van de menselijke geest bestuderen. Hoe neemt de mens informatie waar, hoe wordt nieuwe informatie opgeslagen, hoe integreert hij die kennis in de aanwezige kennis en hoe ontwikkelen zich de taal en het denken?

Binnen de cognitieve psychologie stelt men als uitgangspunt, dat de innerlijke cognitieve processen centraal staan bij het verklaren van het menselijk gedrag en dat de cognitieve psychologie haar wetenschappelijke benadering behoudt.

### *MENSBEELD VANUIT DE COGNITIEVE PSYCHOLOGIE*

De kijk op de mens staat bij de cognitieve psychologie haaks op het behaviorisme en wordt als volgt omschreven:

- De mens wordt gezien als een actieve werker en bewerker van informatie.
- De mens wordt gezien als een wezen dat in aanleg

ontwikkelingsfactoren bezit die onder invloed van het leven tot verdere ontwikkeling worden gebracht. In die zin wordt de mens gekenschetst als een wezen dat voor een groot deel het eigen gedrag bepaalt.

- Een mens verschilt in essentie van een dier, de mens heeft cognitieve vermogens en kan via dat denken probleemstrategieën vormgeven die buiten het bereik van het dier liggen.
- Het vermogen tot abstract denken, wat veel volwassenen wel kunnen, bezitten jonge kinderen absoluut nog niet. Kinderen denken anders dan volwassenen.

### *BELANGRIJKE PRINCIPES UIT DE COGNITIEVE PSYCHOLOGIE*

Binnen de cognitieve psychologie bestaan zoveel invalshoeken en opvattingen, dat het moeilijk is om hiervan een compleet beeld weer te geven. In die zin is er geen sprake van een eenduidige theorie. Veel onderzoek van de cognitieve psychologie vindt plaats binnen de functieleer. Desalniettemin wordt hieronder een aantal voorbeelden gegeven van de manier van denken en handelen binnen de cognitieve psychologie.

### *COMPUTER ALS MODEL VOOR MENSELIJKE DENKPROCESSEN*

De uitvinding van de computer heeft de mens een enorme stimulans gegeven. Er moet door de mens heel precies worden nagedacht over wat een computer moet doen om een bepaalde taak te kunnen uitvoeren. Deze informatie heeft ons tevens inzicht verschaft in de opbouw van het menselijk denkvermogen en de manier waarop het menselijk denkvermogen geregeld zou kunnen zijn.

Het denken in computermodellen heeft ertoe bijgedragen te doorgronden hoe de menselijke

geest werkt. Toch wordt geconcludeerd dat het menselijk denkvermogen ingewikkelder in elkaar zit dan een computer. Het grote verschil tussen een computer en een mens is het vermogen van de mens om zelf nieuwe dingen te ontwikkelen. Omdat een mens nieuwe zaken kan bedenken, kunnen de beste schakers ter wereld nog steeds winnen van de beste schaakcomputers, louter en alleen vanwege het feit dat de computer iets niet herkent, omdat deze eigenschap er door de mens niet is ingeprogrammeerd.

### ***DEPRESSIEMODEL VAN BECK***

Beck heeft een cognitieve theorie over het ontstaan van een depressie ontwikkeld. Hij geeft aan dat de cognities van de mens, hoe men over zichzelf denkt en opvattingen van mensen over allerlei zaken, het ontstaan van een depressie kunnen bevorderen. Als iemand vaak heeft gehoord dat hij twee linkerhanden heeft en er niets zinnigs door hem wordt voortgebracht, kan men ook zo over zichzelf gaan oordelen en zich in een negatief daglicht zien: ik ben een nutteloze figurant.

Dit fenomeen verklaart de depressiviteit van een persoon en de depressie wordt dus niet veroorzaakt door hoe de persoon is of wat hij meegeemaakt heeft, maar door hoe hij tegen zichzelf aankijkt. Deze waarneming kan ertoe leiden, dat de persoon nieuwe gebeurtenissen foutief waarneemt en in negatieve zin verwerkt. De volgende voorbeelden zullen een en ander verduidelijken.

#### ***Overgeneralisatie***

*Je wordt als absoluut te stom om te leren gezien, louter op basis van een onvoldoende voor een tentamen.*

#### ***Selectieve abstracties***

*Een persoon heeft positieve feedback gekregen*



*over zijn functioneren. De leidinggevende heeft een kleine kritische noot gemaakt. Op basis daarvan concludeert deze persoon: zie je wel ik doe mijn werk niet goed.*

### ***Uitvergroting en verkleining***

*Kleine negatieve dingen worden opgeblazen en grote positieve dingen wordt geminimaliseerd. De positieve bijdrage valt in het niet bij de negativiteit van het kleine.*

### ***Personalisatie***

*Onterecht verantwoordelijkheid op zich nemen voor nare dingen die in het leven gebeuren. 'Als ik niet was gekomen, was hij niet van de trap gevallen.'*

### ***Dubieuze conclusies trekken***

*Het te snel op basis van observaties trekken van conclusies. De persoon denkt: die ander is zo nors tegen mij, die moet mij gewoon niet, terwijl bij navraag blijkt, dat de ander altijd zo kijkt als hij geconcentreerd werkt.*

Door cognities steeds aan te blijven vullen met dergelijke waarnemingen, zal de depressie zeker blijven bestaan.

## ***PSYCHOTHERAPIE VANUIT DE COGNITIEVE PSYCHOLOGIE***

De rationeel emotieve therapie (oftewel RET) is een therapeutische stroming die door de cognitieve psychologie op gang is gebracht. De grondlegger van de RET is Albert Ellis die stelt: 'Mensen raken niet van streek door de gebeurtenissen zelf, maar door de manier waarop ze over die gebeurtenissen denken', bijvoorbeeld:

- Lia groet mij niet, als ik door de gang loop, terwijl ik haar wel groet (gebeurtenis).

- Ik denk hierover: zie je wel, ze mag mij niet (het denken over de gebeurtenis).
- Vervolgens voel ik mij rot (gevoel hierbij).

Ellis stelt hierbij dat de persoon zelf de schuldige is van het feit dat hij zich rot voelt. De gedachte (cognitie) geeft het gevoel, niet de gebeurtenis. In die zin hebben mensen vaak veel onlogische gedachten in hun hoofd. Bijvoorbeeld: iedereen in mijn omgeving moet mij waarderen of aardig vinden, anders kan ik niet gelukkig worden. Volgens Ellis kun je niet door iedereen aardig gevonden of gewaardeerd worden, gewoonweg omdat je elkaar soms niet ligt.

Ellis heeft de tien geboden van het onredelijk denken irrationeel denken ontwikkeld. Het zijn stuk voor stuk beproefde methoden om jezelf overstuur of ongelukkig te maken.

1. Iedereen (tenminste die iets voor mij betekent) moet altijd van mij houden, mij achten en mijn kwaliteiten erkennen; als dat niet het geval is, is dat verschrikkelijk.
2. Ik stel als mens niets voor wanneer ik niet bewijs dat ik op elk gebied -of ten minste op een belangrijk gebied- buitengewoon competent, handig of succesvol ben.
3. Als andere mensen unfair of slecht handelen, moet men ze streng terechtwijzen en bestraffen, want het zijn slechte en verdorven mensen.
4. Het is verschrikkelijk en rampzalig wanneer de dingen niet zijn zoals ik het graag zou willen.
5. Emotionele problemen hebben externe oorzaken en ik heb weinig mogelijkheden mijn gevoelens te veranderen of te controleren.

6. Ik moet me grote zorgen maken over of heel bang zijn voor gebeurtenissen die mogelijk gevaarlijk kunnen zijn.
7. Het is eenvoudiger om moeilijkheden uit de weg te gaan, dan ze het hoofd te bieden. Ik wil me altijd lekker voelen en ik wens, in welke vorm dan ook, geen pijn te lijden.
8. Ik heb iemand nodig die sterker is dan ik, iemand waarop ik kan leunen.
9. Mijn verleden is de oorzaak van mijn huidige problemen, want iets wat vroeger een grote invloed op mijn leven uitoefende, moet dat nu ook nog doen.
10. De wereld moet eerlijk en rechtvaardig zijn.

Het doel van de RET is het omzetten van deze onlogische gedachten naar logische en rationele gedachten. Het effect daarvan is, dat als zich een volgende keer eenzelfde situatie voordoet, emotie en gedrag anders zullen zijn. De techniek van de RET is mensen leren om na te gaan of hun gedachten en opvattingen logisch zijn of niet, dit aan de hand van een aantal vragen:

- Berust deze gedachte op feiten die de werkelijkheid zo dicht mogelijk benaderen?
- Kan ik met deze gedachte mijn doel bereiken?
- Vermijd ik met deze gedachte ernstige emotionele conflicten in mijzelf?
- Helpt deze gedachte mij ernstige conflicten met anderen te vermijden?

Wanneer het antwoord op een of meer van deze vragen nee is, is er volgens Ellis sprake van een irrationele gedachte.

Een andere en meestal snellere manier om irrationele gedachten op te sporen is gebruik te maken van vier onredelijke typen van denken.

- Ben ik een *moeter*? Dingen moeten zijn, mogen niet zijn; mensen moeten eerlijk zijn, ik moet slagen.
- Ben ik een *rampdenker*? Het erg, vreselijk of rampzalig vinden als iets is zoals het is; ontzettende fouten maken in plaats van fouten.
- Ben ik een *ik-kan-het-niet-uithouder*? Iemand denkt dat hij het absoluut niet kan uithouden of verdragen; het weigeren te werken aan emotionele problemen en het omzeilen van moeilijke situaties.
- Ben ik een eeuwige *verdoemer*? Het denken dat er door hemzelf of door een ander vreselijke fouten zijn gemaakt of nog worden gemaakt, en zichzelf zien als een mislukking. De verdoemer beoordeelt zichzelf als persoon, niet aan de hand van zijn handelingen.

Door de gedachten te toetsen aan criteria van rationaliteit, komt de persoon erachter wat aan de gedachten veranderd kan worden om ze wel rationeel en/of logisch te doen zijn. Men vervangt dus de irrationele ideeën door rationele ideeën. Op deze manier zorgt de persoon ervoor om door middel van het verstand zich beter en gelukkiger te voelen, waardoor men zich vervolgens ook anders gedraagt.

## *ONTWIKKELINGSLEER*

Ontwikkelen houdt in dat er sprake is van veranderen. Veranderingen die zich kunnen voordoen op lichamelijk, geestelijk, mentaal en spiritueel gebied. De ontwikkelingen kunnen zich voordoen volgens een bepaald patroon of als gevolg van iets abrupts: een trauma, ziekte, of iets dergelijks.

De ontwikkelingspsychologie bestudeert de normale patronen van geestelijke en lichamelijke veranderingen, in relatie tot een bepaalde leeftijdsgroep. Verder geeft zij invulling aan de bestudering en beschrijving van de gedragingen die kenmerkend zijn bij een bepaalde leeftijdsgroep. Het beschrijven van het 'normale' geeft uiteindelijk inzicht in het 'abnormale', een psychische aandoening, een handicap of afwijkend gedrag.

Vroeger werd er binnen de ontwikkelingspsychologie alleen aandacht geschonken aan de periode vanaf de geboorte tot het begin van de volwassenheid. Inmiddels is er ook meer aandacht voor de ontwikkeling van volwassenheid naar de ouderdom toe.

De moderne definitie van de ontwikkelingspsychologie doet recht aan de mens in zijn totaliteit: 'de wetenschap die zich bezighoudt met de ontwikkeling van de mens, vanaf de conceptie tot aan de dood'.

### *ONTWIKKELINGSTHEORIEËN*

In dit hoofdstuk zullen we de ontwikkelingstheorieën van Piaget, Kohlberg, Freud en Erikson nader belichten.

#### *PIAGET: DE COGNITIEVE ONTWIKKELING*

Jean Piaget (1896 - 1980) heeft een belangrijke basis gelegd voor de theorievorming over de cognitieve ontwikkeling van de mens. Bij de cog-

tieve ontwikkeling van de mens is er sprake van een interactie tussen de natuurlijke lichamelijke rijping van het kind en de omgeving waarin het kind opgroeit. Piaget ziet het kind als een actieve factor in dat geheel, de actieve onderzoeker, die gaat uitproberen hoe de wereld in elkaar steekt. Het kind probeert alle ervaringen die hij opdoet in te passen in bestaande schema's (theoretjes). Het kind voegt toe, oftewel het *assimileert*. Als dit proces niet lukt zal het kind de bestaande schema's aanpassen of uitbreiden. Het kind past zich aan, oftewel het *accommodeert*. Een voorbeeld:

Een kind leert dat alle voorwerpen, wanneer je deze loslaat, naar beneden vallen, totdat hij een met gas gevulde ballon aan een touwtje krijgt. De ballon gaat bij het loslaten naar boven. Het kind begrijpt dit en voegt nu toe: 'voorwerpen met een touwtje vallen naar boven'. Het kind zal later leren, dat niet alles met een touwtje naar boven valt.

De biologische rijping van de hersenen stelt een kind in staat om steeds ingewikkelder schema's te ontwikkelen. De omgevingsfactoren zijn hierbij van wezenlijk belang voor het geven van de juiste prikkels die de ontwikkeling van de hersenen stimuleren.

Het totale proces van assimilatie en accommodatie wordt door Piaget *adaptatie* (aanpassing) genoemd. Het kind is voortdurend op zoek naar het evenwicht tussen het begrijpen en de nieuwe informatie die op hem afkomt: *equilibratie; equilibrium*.

Piaget onderscheidt vier hoofdstadia binnen de cognitieve ontwikkeling:

- **Sensomotorische fase:** 0 tot 2 jaar, de fase van het onderscheid tussen voorwer-

pen en andere mensen, zelf acties kunnen bewerkstelligen en het verwerven van *object-permanentie*, waarover straks meer.

- **Preoperationele fase:** 2 tot 7 jaar, de fase van taalgebruik, het gebruiken van de fantasie en de beleving, alsmede het denken vanuit het eigen standpunt.
- **Concreet operationele fase:** 7 tot 11 jaar, de fase van het logisch denken over concrete voorwerpen en gebeurtenissen, alsmede het verwerven van *conversatiebegrip*, waarop we verderop nader ingaan.
- **Formeel operationele fase:** 11 jaar en ouder, de fase van logisch denken over abstracte zaken en de mogelijkheid om hypothesen systematisch te toetsen, alsmede het denken over de toekomst en ideologische problemen.

De moderne wetenschap heeft via onderzoek aangetoond dat kinderen al op jongere leeftijd cognitieve vaardigheden ontwikkelen dan Piaget stelde.

Twee begrippen die we hiervoor noemden, vragen om een nadere omschrijving.

### **Objectpermanentie**

Objectpermanentie is het besef dat iets of iemand blijft bestaan, ook al is dat- of diegene niet meer waarneembaar. Een voorbeeld: als het speelgoedbeestje bij een kind tot acht maanden overdekt wordt met een doek, zal het beestje voor dit kind niet meer bestaan. Doet men hetzelfde bij een kind van ongeveer tien maanden, dan zal dit kind op zoek gaan naar het beestje. Dit kind weet dat het beestje nog bestaat, ook al is het voor hem niet zichtbaar.

Volgens moderne wetenschappers kan het kind al op jongere leeftijd over objectpermanentie beschikken, maar kan het dit niet actief laten zien, omdat de biologische rijping nog niet aanwezig is. Er zijn aanwijzingen dat het kind vanaf de leeftijd van vier maanden objectpermanentie ontwikkelt.

### **Conversatiebegrip**

Conversatiebegrip houdt in dat kinderen begrijpen dat dezelfde hoeveelheid materiaal of het aantal voorwerpen gelijk blijft, ook al ziet het er visueel anders uit. Dit betekent dat het aantal speelblokken herkend wordt, of ze nu in een rij liggen of opgestapeld zijn.

Volgens Piaget is deze vaardigheid pas op het zevende levensjaar aanwezig, maar naar de mening van moderne onderzoekers kan een kind dit al op de leeftijd van vijf jaar. De discussie of de onderzoeken aantonen dat beide begrippen vroeger ontwikkeld zijn dan werd aangenomen duurt nog voort. Piaget zou zich daar niet druk om maken. Hij heeft altijd gezegd dat zijn maten gemiddelden waren en de individualiteit van het kind bepalend is voor hoe het zich ontwikkelt.

### ***KOHLBERG: THEORIE OVER DE MORELE ONTWIKKELING***

Onder morele ontwikkeling wordt het geweten verstaan, het besef van goed en kwaad. Kohlberg (1927 - 1987) heeft uitgebreid onderzoek gedaan naar de ontwikkeling van het geweten. Volgens hem verliep de ontwikkeling van onderstaande stadia in een vaste volgorde.

- Het ***preconventionele stadium***, waarbij het kind zich laat leiden door de consequenties die zijn gedrag voor hem oplevert. Hierbij is het belangrijk voor het kind om te weten te komen waarvoor het straf krijgt of beloond



wordt. Tegelijkertijd wordt hierbij voor het kind duidelijk, dat als er 'niets' gebeurt, zijn gedrag ook goed is. Het kind is hierbij op zichzelf gericht.

- Het **conventionele stadium**, waarbij de persoon de regels en de wetten van de samenleving en de (te verwachten) oordelen van anderen als uitgangspunt neemt. Dit beeld is het uitgangspunt van goed en kwaad.
- Het **postconventionele stadium**, waarin de eigen ethische principes als uitgangspunt dienen, die tot andere oordelen en besluiten kunnen leiden dan wat wettelijk of via regels bepaald is. Voor de persoon betekent deze ontwikkeling het vinden en bewaren van het zelfrespect.

Het volgende voorbeeld van Kohlberg geeft duidelijk aan hoe hij zijn onderzoek uitvoerde en aan de hand daarvan bepaalde in welk stadium de antwoorden thuishoorden.

Een vrouw lijdt aan kanker en zal onherroepelijk sterven, tenzij zij een bepaald geneesmiddel krijgt toegediend. De apotheker vraagt aan haar man een bedrag van vijftienghonderd euro voor de aflevering van dit geneesmiddel. Deze prijs is tien keer zo hoog als de kostprijs. De man probeert het geld te lenen, maar krijgt slechts de helft bij elkaar. Hij vraagt de apotheker hem het geneesmiddel nu af te leveren voor de helft van de prijs en te willen wachten op het restant. De apotheker weigert dit. Uiteindelijk breekt de man in bij de apotheker en steelt het geneesmiddel. Mag de man dit doen en waarom wel of niet?

Antwoorden die passen bij het *preconventionele stadium*:

- Ja, hij mag dat doen, als hij maar zorgt, dat hij niet gepakt wordt.
- Nee, want hij zou gepakt kunnen worden en in de gevangenis terechtkomen.

Antwoorden die passen bij het *conventionele stadium*:

- Ja, hij mag dit doen want de apotheker overtreedt de wet door woekerprijzen te vragen.
- Nee, hij mag dit niet doen, want stelen is verboden.

Antwoorden die passen bij het *postconventionele stadium*:

- Ja, hij mag dit doen want voor mij weegt het behoud van leven zwaarder dan diefstal.
- Nee, een bepaalde situatie kan voor mij het stelen niet rechtvaardigen, stelen doe je uit principe niet.

Mensen functioneren volgens Kohlberg op deze drie verschillende niveaus, afhankelijk van de groei en de ontwikkeling in het leren denken en beredeneren. Daarbij is het goed mogelijk dat sommige mensen hoogstaande idealen en principes hebben en tegelijkertijd op de snelweg veel te hard rijden.

**FREUD:**

### ***THEORIE OVER DE ONTWIKKELING VAN DE PERSOONLIJKHEID EN DE PSYCHOSEKSUELE ONTWIKKELING***

Hoewel er inmiddels veel kritiek is op de theorie van Freud, is het toch van belang om iets te weten over zijn denkbeelden. Veel van zijn termen en gezichtspunten worden namelijk nog steeds gebruikt.

## Ontwikkeling van de persoonlijkheid

Freud is al eerder ter sprake gekomen. Hij ging ervan uit dat de persoonlijkheid van de mens is opgebouwd uit het id, het ego en het superego. Bij de geboorte heeft het kind alleen nog maar het id, dat functioneert vanuit het lustprincipe. Door ervaring leert het kind dat niet altijd direct wordt ingegaan op de behoeften die het heeft. Het kind begint in het eerste levensjaar zijn ego te ontwikkelen, dat functioneert vanuit het realiteitsprincipe. Het kind weet dat niet altijd direct gereageerd wordt, maar streeft ernaar om zich aan te passen aan de realiteit. Door het zich leren aanpassen aan de realiteit ontwikkelt het kind rond het vijfde levensjaar het superego. Het superego vervult het geweten en zorgt ervoor dat het kind de waarden en normen binnen de omgeving over gaat nemen.

## Psychoseksuele ontwikkeling

Freud gaat uit van een aantal fasen die vaststaand verlopen. Wel is het zo dat hij meent dat een kind kan blijven steken in een fase, waardoor de ontwikkeling van de andere fasen belemmerd wordt. Hij stelt dat je bij een volwassen mens bepaalde karaktertrekken terug kan zien die het gevolg zijn van een onderontwikkeling.

- **Orale fase:** van 0 tot 1,5 jaar, waarbij de mond de erogene zone van de lustbeleving is. Het zuigen aan de borst of de speen van een fles is hier het kenmerk van. Mensen die oraal gericht zijn, zijn volgens Freud afhankelijk van anderen, onzelfstandig en te goed van vertrouwen. Een lichamenlijk kenmerk hiervan is volgens Freud roken of veel eten.
- **Anale fase:** van 1,5 - 2,5 tot 3 jaar, waarin de anus gezien wordt als het centrum van de lustbeleving, bijvoorbeeld door het ondervinden van lustgevoelens bij het krijgen van ontlasting. De ontdekking om in

de meeste gevallen zelf te kunnen bepalen wanneer de ontlasting komt is het begin van de wilontwikkeling. Mensen die anaal gericht zijn, door bijvoorbeeld een te strenge zindelijkheidstraining, zouden op latere leeftijd star, gierig, weinig creatief en extreem netjes zijn.

- **Fallische fase:** van 3 tot 6 jaar, waarin het kind ontdekt dat er meisjes en jongens zijn. Het lustcentrum zijn de geslachtsorganen. Het kind ontdekt de prettige gevoelens die het kan oproepen door zichzelf aan te raken, bijvoorbeeld bij het doktertje spelen. Volgens Freud kan het jongetje door de ontdekking dat een meisje geen penis heeft castratieangst ontwikkelen, en andersom het meisje penisnijd. Volgens Freud gaat het jongetje zijn moeder zien als liefdesobject, waaruit het *oedipuscomplex* voortvloeit. Vervolgens gaat het jongetje zich ambivalent gedragen naar zijn vader (rivaliteit, maar ook houden van zijn vader). Bij een normaal ontwikkelingsverloop gaat de jongen zich identificeren met zijn vader. Bij de ontwikkeling van een meisje geldt dat zij de vader als liefdesobject gaat zien en vervolgens dezelfde aspecten onder gaat als de jongen. Beiden identificeren zich met de vader of de moeder en nemen hun waarden en normen over. Mensen met het oedipuscomplex voelen zich volgens Freud snel achtergesteld, en zijn in latere relaties op zoek naar een partner die op hun moeder of vader lijkt.
- **Latentiefase:** van 6 jaar tot de puberteit, volgens Freud een rustige periode, waarin het kind zich meer richt op leeftijdgenoten van het eigen geslacht. Veel energie gaat in deze fase naar de cognitieve ontwikkeling; deze fase levert doorgaans geen specifieke problemen op.

- **Genitale fase:** vanaf de puberteit, waarin het intieme contact met een ander voorop staat. De goede ontwikkeling van alle andere fasen gaat vooraf aan deze fase, wat leidt tot normaal seksueel contact. Indien de persoon de voorgaande fasen niet goed heeft doorlopen, komt hier seksuele geremdheid naar voren, frigiditeit en andere seksuele afwijkingen.

### ***ERIKSON: THEORIE OVER DE PSYCHOSOCIALE ONTWIKKELING***

Erikson (1902 - 1994) stelt dat de mens in iedere levensfase een bepaalde uitdaging nodig heeft. Iedere levensfase kent een psychosociale ontwikkelingstaak, die in die levensfase zo goed mogelijk volbracht moet worden. Erikson noemt dat de *psychosociale ontwikkelingstaak*.

Veel van de theorie van Erikson is terug te vinden in de beschrijving van de ontwikkelingsfasen. Voor iedere fase geeft Erikson aan wat het resultaat is wanneer de ontwikkeling in die fase goed of slecht verlopen is. Volgens Erikson lost niemand een crisis helemaal op, maar komen we er wel verder mee. Hoe beter een crisis wordt opgelost, des te steviger de basis is voor het aangaan van een volgende fase. Het kennen van jezelf is maatgevend voor de mogelijkheid of onmogelijkheid van een goede presentatie van jezelf aan anderen.

De interactie tussen jezelf en de anderen leert ons te bouwen binnen deze ontwikkelingsfasen. In die zin is een mens nooit te oud om te leren, en kan hij gedurende het leven dus een inhaalslag maken in het zich ontwikkelen. In het algemeen stelt Erikson dat problemen die zich voordoen in een vroegere fase, op een later tijdstip opgelost kunnen worden. Naarmate men ouder is, wordt het wel moeilijker om een basaal vertrouwen dat men normaal ontwikkelt in het eerste levensjaar, later op te bouwen.

Overzicht van de psychosociale ontwikkelingsfasen volgens Erikson:

**Fase 1**

*Leeftijd 0-1 jaar*

*Crisis (gunstige uitkomst) basaal vertrouwen*

*Crisis (ongunstige uitkomst) wantrouwen*

**Fase 2**

*Leeftijd 1-3 jaar*

*Crisis (gunstige uitkomst) autonomie*

*Crisis (ongunstige uitkomst) schaamte en twijfel*

**Fase 3**

*Leeftijd 3-5 jaar*

*Crisis (gunstige uitkomst) initiatief*

*Crisis (ongunstige uitkomst) schuldgevoelens*

**Fase 4**

*Leeftijd 6-12 jaar*

*Crisis (gunstige uitkomst) positief gevoel van ijver*

*Crisis (ongunstige uitkomst) minderwaardigheidsgevoel*

**Fase 5**

*Leeftijd 12-20 jaar*

*Crisis (gunstige uitkomst) identiteit*

*Crisis (ongunstige uitkomst) rolverwarring*

**Fase 6**

*Leeftijd 20-30 jaar*

*Crisis (gunstige uitkomst) aansluiting bij anderen*

*Crisis (ongunstige uitkomst) isolement*

**Fase 7**

*Leeftijd 0-65 jaar*

*Crisis (gunstige uitkomst) productiviteit*

*Crisis (ongunstige uitkomst) stagnatie*

## **Fase 8**

*Leeftijd 65 jaar en ouder*

*Crisis (gunstige uitkomst) integriteit*

*Crisis (ongunstige uitkomst) wanhoop*

## **ZIEK EN GEZOND**

Voor een therapeut is het belangrijk om inzicht te hebben in wat ziek zijn voor een mens betekent. Er zijn diverse reacties die in zijn algemeenheid gelden bij ziek zijn. Bij ziekte vervalt de 'normale' kijk op het functioneren van het lichaam, valt de omgeving ineens op, zijn er plotseling allerlei obstakels zichtbaar, kortom spelen er andere belevingen. We onderscheiden bij ziek zijn verschillende belevingen:

- lichaamsbeleving
- beleving van de eigen persoonlijkheid
- beleving van isolement
- tijdsbeleving
- beleving van de ruimte en de omgeving
- afhankelijkheid en onmondigheid
- kwetsbaarheid en overgevoeligheid

### **DE LICHAAMSBELEVING**

Een mens wordt zich bij ziekte erg bewust van zijn eigen lichaam, op een andere wijze bewust dan van het gezonde lichaam. Immers, een mens is zich zijn lichaam altijd bewust, maar denkt tijdens het functioneren hier niet altijd bewust bij na. Je vindt het heel normaal dat je eet en je boterham normaal en zonder een enkel probleem verteerd wordt. Anders wordt het als er een flinke keelontsteking optreedt en de boterham niet als vanzelf door de keel glijdt. De pijn en het bewust slikken komen in onze geest op de voorgrond. Je wordt je bewust van de 'normaliteit' waarmee je normaal je boterham probleemloos naar binnen werkt. Je wordt je pijnlijk bewust van een mankement in je spijsverteringssysteem. Hoe zat het

ook al weer met die steen op je maag? Met name in een stresssituatie, word je jezelf bewust van de lichamelijke reactie en de 'last' die dit geeft, een maag die van streek, brandend en drukkend aanwezig is.

In normale omstandigheden waarin we ons gezond voelen, *zijn* we ons lichaam. Bij ziekte *hebben* we een lichaam, waar onze aandacht ineens naar toe gaat, naar toe moet! Het functioneert ineens niet meer als vanzelfsprekend. Het vertrouwen in het lichaam kan geschaad worden, omdat het lichaam onverwacht een hapering laat zien. Een onverwacht trombosebeen, dat je aan bed kluistert en fikse pijn veroorzaakt. Wanneer gebeurt het weer? Je kunt stellen, dat totdat je ziek wordt je lichaam van jou is en normaal gesproken bepaal je ook zelf wie bij welke delen van je lichaam mag komen, wie je lichaam mag zien, wie je gedachten mag delen.

Bij ziek zijn worden er in één keer allerhande mensen betrokken bij het diagnosticeren en behandelen. Ineens geef je anderen het recht om je lichaam te bekijken en je gedachten te delen, omdat je ziek bent en wilt weten wat er aan de hand is. Het is allemaal voor de 'goede zaak', maar leuk is anders. Je lichaamsbeeld moet ingrijpend bijgesteld worden. Anderen hebben het in detail kunnen bekijken, wel met een professionele blik, maar toch heeft het lichaam in figuurlijke zin een verandering ondergaan!

Ingrijpend is vooral een verminking van het lichaam door een ongeval of operatie, of door een interne aandoening met uiterlijke gevolgen zoals een hersenbloeding. Het lichaam ziet er in deze gevallen letterlijk anders uit.



## BELEVING VAN DE EIGEN PERSOONLIJKHEID

Het beleven van de eigen persoon, de eigen identiteit, heeft alles te maken met wie je bent en hoe je bent. Je naam, je geslacht, je leeftijd, je geboorteplaats, hoe je jezelf presenteert qua uiterlijk, je karakter en de activiteiten die je onderneemt. Als je een antwoord krijgt op de vraag 'Wie ben jij?', zou dat er zo uit kunnen zien:

*Ik ben Karel de Bruin, ik ben een man van 45 jaar, ik woon in Zevenbergen, 1.88 meter lang. Ik ben inmiddels aan de grijzende kant, maar atletisch gebouwd. Ik ben over het algemeen rustig van aard, geïnteresseerd in de ander. Ik ben docent op de middelbare school. Ik geef daar lichamelijke opvoeding en informatica, daarnaast ben ik nog actief bij de plaatselijke voetbalclub als trainer. Verder sport ik graag, waarbij ik geniet van de vrije natuur. Mijn vrouw onderneemt ook van allerhande dingen, wij laten elkaar vrij.*

Natuurlijk roept dit ook nog vragen op en word je misschien nieuwsgierig, maar ja, dat is nu eigenlijk ook net de bedoeling, nietwaar? Met deze informatie kun je zelf bepalen hoe je naar de ander gaat kijken, of je nog iets wilt weten of juist niet omdat het niet aansluit bij je eigen interessewereld.

Dit alles heeft te maken met het gevoel van je eigen identiteit. Bij ziek zijn verandert het gevoel, de identiteit. Aangezien de lichaamsbeleving een onderdeel is van de eigen identiteit, ondergaat deze bij ziek zijn een verandering.

Het antwoord op de vraag 'Wie ben ik?' was: 'Ik bepaal zelf wie mijn lichaam mag zien en aanraken.' Maar wordt iemand ziek dan kan het antwoord zijn: 'Ik ben iemand die door anderen wordt verzorgd en dus aangeraakt, ook op plekken die binnen mijn intieme grens liggen. Gevoelens van

schaamte worden merkbaar.' De twee antwoorden verschillen dus nogal van elkaar, en getuigen dus ook van een ander gevoel van identiteit. Je kunt plotseling niet alles meer wat in gezonde toestand normaal was. In een gezonde toestand staan we er niet bij stil dat we als mens van het ene op het andere moment een andere rol moeten gaan vervullen en daarbij ook andere emoties bespeuren.

We stellen twee jaar later aan Karel dezelfde vraag: 'Wie ben jij?'

*Ik ben Karel de Bruin, een man van 47 jaar, ik woon in Zevenbergen, ik ben 1.88 meter, inmiddels helemaal grijswit, niet meer zo gespierd gebouwd. Ik ben nogal onrustig en ongeduldig van aard. Ik heb 1 ½ jaar geleden een fors hartinfarct gehad, het was kantje boord. Inmiddels gaat het best aardig. Mijn leven is wel behoorlijk veranderd. Ik geef nog wel les in informatica, maar heb lichamelijke opvoeding moeten laten schieten. Ook het fanatieke sporten kan niet meer. Ik zie hierdoor bepaalde goede vrienden veel minder, ik mis hen wel eens. Ik beperk me nu tot het gaan kijken naar de voetbalwedstrijden, cardio-fitness en wandelen in de natuur. Inmiddels heb ik de sauna leren waarderen. Samen met mijn vrouw ben ik deze periode goed doorgekomen, al ben ik soms nog wel wat opvliegend van aard. Dat kende ik van mezelf niet. Ons leven heeft een verdieping meegemaakt.*

Een heel ander antwoord dus! Karel ervaart zichzelf als een ander mens, hoewel bepaalde zaken hetzelfde zijn gebleven.

### **ISOLEMENT**

Ziekte houdt vaak in, zeker in het begin, dat je jezelf geïsoleerd voelt. Dat kan zijn doordat je gedwongen in bed moet blijven, te ziek bent om iets te ondernemen of doordat je in het ziekenhuis

moet verblijven. Je verblijft min of meer buiten het normale leven. Je kunt je als zieke behoorlijk buitengesloten voelen, vooral als men dan ook nog eens 'over je heen' praat.

Afhankelijk van waarover gepraat wordt, kan het zijn dat je ineens merkt dat er dingen aan je voorbijgaan. Ineens zijn er allerlei veranderingen of gebeurtenissen waarvan jij niets weet en die je van anderen te horen krijgt. Vaak zijn dit zaken die je normaal niet opgevallen zouden zijn, omdat het niet zo belangrijk was, maar nu, in deze afhankelijke situatie voelt dat duidelijk anders. Je voelt je een beetje buitengesloten.

Binnen werksituaties kan iemand al gauw het idee krijgen dat ze hem of haar gemakkelijk kunnen missen, bijvoorbeeld door goedbedoelde opmerkingen als: 'Ziek maar goed uit', of 'We hebben zolang iemand die jouw werk doet.' Dan komt het niet altijd over als een rustgevende mededeling die je alle ruimte biedt om je gezondheid weer te laten herstellen, maar meer als: 'Straks ben ik mijn positie kwijt!'

In het begin van het ziek zijn is de belangstelling van de omgeving over het algemeen best groot, maar na verloop van tijd zie je bijna niemand meer. Anderen wennen blijkbaar eerder aan je ziek zijn dan dat je dat zelf doet. Het leven gaat gewoon door, jij doet in zekere zin niet meer mee, en bent afhankelijk van de aandacht van je eigen sociale netwerk.

### ***TIJDSBELEVING***

Een mens is gewend om zijn eigen tijd in te kunnen delen. Bij ziek zijn is dat ineens anders. Je wordt in veel gevallen afhankelijk van de hulp van anderen om ergens te komen, iemand doet de boodschappen voor je, de vastgelegde bezoektijden geven aan binnen welke uren je contact hebt

met de buitenwereld. Ziekte kan je een gevoel van desoriëntatie in de tijd geven, de dagen lijken immers veel op elkaar, is het nu dinsdag of woensdag? Tijd wordt bij langdurig ziek zijn op de een of andere manier minder belangrijk. Het ziek zijn doorbreekt het normale ritme van de dag. De zieke blijft wel geïnteresseerd in tijd, tijd om te leven, maar mogelijk met een andere invulling dan toen de gezondheid nog optimaal was.

### ***BELEVING VAN RUIMTE EN OMGEVING***

Bij ziek zijn wordt de wereld van de zieke vaak verkleind. De wereld is beperkt tot het verblijf in een ziekenhuiskamer, de privé-wereld is klein en open. Muren, deuren, alles heeft dezelfde kleuren in het ziekenhuis. Maar wanneer iemand in de slaapkamer thuis moet verblijven is het al niet anders, met het verschil dat men dan tussen de eigen vertrouwde kleuren en spulletjes ligt. Sommige zieken ervaren deze kleine wereld als iets positiefs, want het scheidt de tijd om echt naar alles te kijken, in plaats van overal langs te rennen.

Het bed is vaak nog het laatste stukje territorium van jezelf, waar je de baas over bent. De wereld ziet er anders uit als je in bed ligt of zit. Bijna iedereen staat hoger dan jij ligt. Mensen kunnen dichterbij je komen of verder van je af gaan staan, terwijl je dat niet wilt of vervelend vindt. En jij kunt geen stap verzetten.

### ***AFHANKELIJKHEID EN ONMONDIGHEID***

Afhankelijkheid van anderen wordt vaak in de hand gewerkt door gebrek aan informatie of communicatie. Natuurlijk is het zo dat als je als mens onmondig bent, niet weet wat goed voor je is, je ook niet goed kunt besluiten wat je kunt doen. Dus zijn degenen die je verzorgen of behandelen in het voordeel, al is dat natuurlijk een betrekkelijk voordeel. Het is belangrijk om weer grip te

krijgen op de eigen situatie, de belangrijke beslissingen weer zelf te kunnen nemen en ernaar te kunnen handelen voorzover dat binnen het ziek zijn mogelijk is. Immers er bestaat nog zoiets als het hebben van recht op informatie over de toestand en het recht op inspraak in de behandeling. Binnen de gezondheidszorg is men zich hiervan ten zeerste bewust.

### *KWETSBAARHEID EN OVERGEVOELIGHEID*

Bij gezond zijn voelen we ons over het algemeen genomen sterk en krachtig. Bij ziek zijn kan dat in betrekkelijk korte tijd 180 graden omdraaien en verander je van een sterke en krachtige persoonlijkheid in een hulpeloos klein individu, op zoek naar duidelijkheid en veiligheid. Je stelt je vragen die voorheen niet aan de orde waren. Wat heb ik? Zou ik kanker hebben? Zal ik beter worden? Is dat pijnlijk?

Bijna iedereen voelt zich kwetsbaar in deze afhankelijke situatie en misschien ook bij gênante onderzoeken. Deze kwetsbaarheid brengt met zich mee, dat je jezelf als mens ook overgevoelig gaat gedragen. Daarmee wordt bedoeld, dat je de opmerkingen en het gedrag van anderen anders gaat interpreteren, gevoeliger wordt, je goedbedoelde opmerkingen aan gaat trekken, een bepaalde onverschilligheid van de ander op jezelf betreft en het je persoonlijk gaat aantrekken. Dat je gedachten krijgt die misschien niet terecht zijn, maar je wereld is ook zo klein, je bent zo afhankelijk van die ander, dus is het belangrijk om te weten wat de ander denkt en voelt. Ook merkt de zieke vaak, dat hij eerder geïrriteerd en prikkelbaar is. Als je jezelf niet goed voelt, je zorgen maakt, pijn hebt, kun je minder hebben dan normaal. Vaak is er ook sprake van een lagere tolerantie voor geluid, geuren en licht.

Al met al is door bovenstaande duidelijk geworden dat de mens verandert als hij ziek is, dat hij zich anders gedraagt en zichzelf anders ziet. In sommige gevallen is dit blijvend en vergt het voor wat betreft de manier van leven aanpassingen.

De therapeut moet zich bewust zijn van die veranderde belevingswereld van de zieke en in vele gevallen is de herkenbaarheid bij jezelf waarschijnlijk groot. Want wie heeft er nooit een griepje gehad of is gevloerd geweest door een of ander virus?

## SUÏCIDAAL GEDRAG

Geschat wordt dat één op de duizend inwoners in Nederland in zijn of haar leven ten minste eenmaal een suïcidepoging onderneemt. In vaktermen heet deze poging Tentamen Suïcide oftewel TS. Op een bevolking van 16 miljoen inwoners zijn dit ongeveer 16.000 mensen. Een zelfdodingspoging kan verschillende achtergronden hebben. Over het algemeen heeft het te maken met een psychische stoornis, treedt het op bij depressiviteit, is het een noodkreet om hulp of een bewuste keuze om wel of niet te willen leven.

Bij een *psychische stoornis* is het niet uit vrije wil dat iemand een suïcidepoging onderneemt, maar op basis van bijvoorbeeld een psychose, stemmen die men hoort en die aanzetten tot suïcide.

Bij *depressiviteit* kan de behoefte aan suïcide ontstaan. Bij tijdige behandeling blijkt meestal dat de persoon niet echt dood wilde, maar verstrengeld was in negatieve gedachten.

Bij de *noodkreet om hulp* bevinden mensen zich in een situatie die voor hen niet draaglijk of acceptabel is. Meestal zijn deze pogingen tot zelfdoding impulsief en gedoemd te mislukken. Men neemt

net niet genoeg medicatie, hanteert een verkeerde manier van de polsen doorsnijden, of belt nog even iemand met de mededeling wat men zojuist heeft gedaan. Het is een noodkreet om geholpen te worden. Door middel van adequate hulpverlening en verandering van de leefsituatie kan deze mens geholpen worden.

De bewuste keuze heet ook wel balanssuicide en heeft zeker een relatie met euthanasie en de 'pil van Drion' (die een bekend voorstander was van een pil om een eind aan het leven te maken). Het is een besluit op basis van bijvoorbeeld ongeneeslijk ziek zijn of uitzichtloos lijden. Veelal gaat het dan om een goed voorbereide suicide en deze slaagt dan ook bijna altijd. Het is vaak een vorm van pech of toeval indien deze suïcidepoging niet slaagt.

Er zijn een aantal zaken die ons door nader onderzoek een andere kijk geven op zelfdoding. Een therapeut moet zich bewust zijn van een aantal mythen over zelfdoding die leven in Nederland.

### ***Mensen die zeggen dat ze zichzelf willen doden, doen het niet!***

Uit onderzoek blijkt dat dit niet klopt. Het blijkt dat een concrete uitspraak, hoe confronterend of chanterend deze ook gebracht is, toch kan leiden tot zelfdoding. Er is immers altijd een aanleiding tot het uiten van de noodkreet. Indien deze noodkreet genegeerd wordt, kan dat het signaal versterken om de suïcidepoging toch te ondernemen. Ook gebeurt het regelmatig dat een suïcide uit nood fataal afloopt, omdat de verwachte persoon niet op tijd langskomt of de poging toevallig uit de hand loopt. Het is dus goed om aandacht te schenken aan de signalen, door wie dan ook.

### ***Een suïcide komt altijd onverwacht!***

Zelden komt een poging tot zelfdoding onverwacht. Uit gesprekken met nabestaanden blijkt

vaak dat er verschillende signalen aan verscheidene mensen zijn afgegeven. Dit veroorzaakt een ware zoektocht voor de nabestaanden om de puzzel compleet te kunnen maken teneinde de zelfdoding te kunnen begrijpen en accepteren.

### ***Zelfdoding kun je voorspellen!***

Niet alle zelfdodingen komen onverwacht, maar voorspellen is een andere zaak. Ondanks een sterk vermoeden is het niet in te schatten wanneer het tijdstip daar is. In die zin kan de suïcide-intentieschaal een hulpmiddel zijn. Hoe hoger de score is, hoe groter de doodswens en de kans op een hernieuwde poging.

**De suïcide-intentieschaal** ( naar: Beck e.a., Pallis & Pierce, 1979)

#### ***1. Nabijheid van anderen tijdens de poging***

- iemand aanwezig = 0
- iemand in de buurt of in contact (bijvoorbeeld via de telefoon) = 1
- niemand in de buurt of in contact = 2

#### ***2. Tijdstip van de poging***

- zodanig dat tussenkomst van anderen waarschijnlijk is = 0
- zodanig dat tussenkomst van anderen onwaarschijnlijk is = 1
- zodanig dat tussenkomst van anderen zo goed als uitgesloten is = 2

#### ***3. Voorzorgsmaatregelen tegen ontdekking en/ of interventie van anderen***

- geen voorzorgsmaatregelen genomen = 0
- passieve maatregelen, zoals ontlopen van anderen, maar zonder iets te doen om hun tussenkomst te verhinderen (b.v. alleen in een kamer, zonder de deur op slot te doen) = 1



#### **4. Iets doen om hulp te krijgen tijdens of na de poging**

- bracht mogelijke hulpverlener(s) op de hoogte van de poging = 0
- zocht contact maar bracht mogelijke hulpverlener(s) niet op de hoogte van de poging = 1
- zocht geen contact met mogelijke hulpverleners = 2

#### **5. Laatste handelingen met het oog op de verwachte dood**

- geen = 0
- persoon had overwogen bepaalde zaken af te wikkelen of dat inderdaad gedaan (bijvoorbeeld rekeningen betaald) = 1
- persoon had definitieve regelingen getroffen (bijvoorbeeld testament gemaakt, bezittingen weggegeven) = 2

#### **6. Mate waarin poging gepland was**

- geen aanwijzing voor planning = 0
- nauwelijks of in beperkte mate planning van de poging = 1
- uitvoerig suicideplan = 2

#### **7. Afscheidsbrief**

- persoon schreef geen afscheidsbrief en had daar ook niet over nagedacht = 0
- persoon had erover nagedacht een brief te schrijven of had dat ook gedaan, maar vervolgens weer verscheurd = 1
- een of meer afscheidsbrieven aanwezig = 2

#### **8. Uitlatingen over suicideplannen in het jaar voorafgaande aan de poging**

- geen = 0
- dubbelzinnige of bedekte uitlatingen = 1
- ondubbelzinnige uitlatingen = 2

### **9. Doel van de poging**

- anderen mobiliseren of iets duidelijk maken = 0
- tijdelijk rust, niet meer hoeven denken, uiteindelijk slapen = 1
- de dood = 2

### **COMPLEX VAN FACTOREN**

Het is zeldzaam indien er één gebeurtenis of aanleiding is tot het ondernemen van een suïcidepoging. Er is meestal een complex van factoren aanwezig dat leidt tot een suïcidepoging. Grofweg gezegd is er een samensmelting van drie factoren aanwezig, die bepalend kunnen zijn voor het aangaan van een zelfdoding. Er is sprake van stresserende factoren, een falende probleemhantering (coping) en een falende communicatie.

Stresserende factoren zijn al enigszins belicht, het zijn factoren die als onprettig ervaren worden, zoals het falen binnen een opleiding, het werk, een echtscheiding, ontslag, seksueel misbruik, enzovoort. Meestal spelen bij zelfdoding meerdere stresserende factoren gelijktijdig een rol. Er is een verschil te maken tussen risicofactoren en directe aanleidingen.

### **RISICOFACTOREN**

Als men het heeft over risicofactoren worden daaronder verstaan:

**Traumatische jeugdervaringen:** incest, seksueel misbruik, affectieve verwaarlozing, negatief zelfbeeld, weinig probleemoplossend vermogen en nog vele andere ervaringen.

**Psychiatrische stoornis:** depressie, schizofrenie, persoonlijkheidsstoornis waarbinnen de gedachte aan dood sterk aanwezig is.

**Alcohol- en drugsverslaving:** waarbij met name de complicaties leiden tot wantrouwen, paranoïde gedrag en op lichamelijk gebied tot verval van het lichaam.

**Vergroting van de recidiefkans na een suïcidepoging:** bij bijna de helft van de suïcidepogingen is sprake van een herhaalde poging, al dan niet met dodelijke afloop.

Deze risicofactoren vormen stresserende factoren die continu en sluimerend hun effect hebben op de mens die uit balans is.

### *DIRECTE AANLEIDINGEN*

Directe aanleidingen voor suïcide zijn over het algemeen:

**Relationele problemen:** dreigende scheiding, alcoholisme van de partner, moeilijk contact kunnen onderhouden, ruzie met de ouders (tweede-generatie emigranten), verlies van een dierbare, afwijzing en isolement, veranderingen in de sociale status (verlies van werk, financiële problemen, enzovoort).

**Falende probleemhantering:** zelf geen oplossingen kunnen vinden voor het probleem, en daarbij lijkt zelfdoding de enige uitweg.

**Falende communicatie:** zelf bij problemen geen oplossing zien en daarbij niet om hulp vragen geeft een groot risico op suïcide. Hier is sprake van een compleet sociaal isolement.

Uit onderzoek blijkt dat een poging tot suïcide vaak wordt ingegeven door impulsiviteit. In vele gevallen zijn de signalen te beschouwen als noodkreet. Soms is tijdelijke bescherming van de persoon nodig, totdat de behandeling effect heeft en de persoon weer perspectief ziet.

Ieder mens heeft een moment waarop hij zich bewust wordt van de mogelijkheid tot zelfdoding. Dit brengt ook met zich mee dat iemand vanuit zichzelf gaat denken, wanneer, wat en hoe zal ik dat doen, puur theoretisch. Een gesprek over

suïcidefantasieën biedt mogelijkheden om vast te stellen in hoeverre het om bewustwordingsgedachten gaat of om een concreet zelfdodingsplan. En vergeet niet, aandacht voor deze mogelijkheid biedt tevens een ingang tot contact en hulpverlening. Dus erover praten betekent niet het aanwakken van een zelfdoding.

## *BEROEPSETHIEK*

Binnen de opleiding tot therapeut en het voeren van een praktijk is beroepsethiek op zijn plaats. In de opleiding zit beroepsethiek verweven in de lesstof. Immers, als we het hebben over beroepsethiek hebben we het over de houding en het gedrag van de therapeut in diverse situaties naar de cliënt toe, én de houding van de therapeut ten aanzien van ethische vraagstukken zoals euthanasie, grenzen van het behandelen, enzovoort.

Ook beroepsverenigingen hebben in hun statuten een beroepscode opgenomen. De therapeut wordt geacht zich aan de beroepscode te houden en indien blijkt dat hij zich hier niet aan houdt, zal hij geroyeerd worden.

Deze beroepscode geeft richting aan de verplichtingen van een therapeut ten aanzien van:

- de dienstverlening
- de eisen ten aanzien van de kennis en de vaardigheden van de therapeut
- de uniciteit van de cliënt
- eventuele doorverwijzing naar anderen
- de informatieplicht
- de klachtenregeling
- de vastlegging van gegevens in het dossier
- de persoonsregistratie
- het beroepsgeheim
- de vervangingsplicht
- het honorarium.

## *KRITISCH DENKEN EN HANDELEN*

In het kader van de ontwikkeling van de therapeut naar het hbo-denken en -handelen is er een aantal doelen en criteria geformuleerd, gerelateerd aan het gedrag dat de therapeut die kritisch denkt en handelt zal vertonen. Deze eerste aanzet zal in de loop van de tijd verfijning en concretisering ondergaan. Met andere woorden ook het ontwikkelen van gedragscodes is een groei-proces. Een aantal gedragscodes is specifiek uitgewerkt. Een zin die alles omvat en alles zegt is de volgende:

*Van onbewust onbekwaam, naar bewust onbekwaam, naar bewust bekwaam.*

Ik word mij bewust waar mijn goede en minder goede kwaliteiten liggen, dan kan ik er bewust aan gaan werken om dat wat goed is te verstevigen / minder goed is verder te ontwikkelen en het mijzelf eigen te maken met als doel: bewust kwaliteit bieden aan de individuele hulpvrager, collega en student.

## *WAT HOUDT KRITISCH DENKEN IN?*

Wat houdt kritisch denken nu eigenlijk in? Denk jij kritisch? Hoe kom je erachter of anderen kritisch denken? Onderstaande standaarden kunnen je helpen je eigen denken te ontwikkelen en te evalueren.

- Ga je in het denkproces af op eigen emoties en gevoelens?
- Heb je keuzen gemaakt door te redeneren en op basis van feiten in plaats van op je persoonlijke gevoelens en eigenbelang?
- Heb je keuzen uitgesteld tot je alle gegevens had?

- Heb je jouw inzichten aan de meningen van anderen getoetst?
- Heb je de geloofwaardigheid van bronnen die je geholpen hebben een keuze te maken, getoetst?
- Heb je onderscheid gemaakt tussen feiten, opinies en logische gevolgen?
- Heb je een onderverdeling gemaakt tussen relevante en irrelevante en tussen belangrijke en onbelangrijke gegevens?
- Heb je uitleg gevraagd als je het niet begreep?
- Heb je kennis over een bepaald onderwerp uit andere vakgebieden gehaald en daardoor meer inzicht in de situatie gekregen?
- Heb je, als je fouten maakte, van de situatie een leersituatie gemaakt, zodat je dezelfde fouten in de toekomst kunt voorkomen?
- Heb je je gerealiseerd dat je niet alles hoeft te weten en niet op alle vragen antwoorden hoeft te kunnen geven?

### ***DEFINITIE VAN KRITISCH DENKEN***

Kritisch denken is zowel een houding als een redeneerproces, waarvoor bepaalde intellectuele vaardigheden vereist zijn. Kritisch denken is een bepaalde manier van denken die duidelijk maakt wat we wel weten en wat we niet weten. Het is de kunst om -terwijl je denkt- over je denken na te denken, zodat je denken aan helderheid en nauwkeurigheid, accuratesse, relevantie, samenhang en eerlijkheid wint. Behalve een houding is kritisch denken ook een vaardigheid. Deze vaardigheid is zo complex dat er niet een allesomvattende definitie van te geven is. Er zijn echter wel kenmerken waaraan je kritisch denken kunt herkennen als je het tegenkomt.

## ***KENMERKEN VAN KRITISCH DENKEN***

Kritisch denken gaat gepaard met het vormen van begrippen (concepten). Een concept is een mentale voorstelling die wij ons van de werkelijkheid maken. Concepten worden gevormd door concrete dingen (twee wielen, een stuur, een frame en een bagagedrager) te combineren tot een concept (tweewieler) dat alleen als symbool in onze geest bestaat. Concepten staan voor onze ideeën over gebeurtenissen, objecten en eigenschappen en hun onderlinge relaties.

Therapeuten gebruiken concepten voor:

- eigenschappen, ofwel dingen zoals ze zijn, bijvoorbeeld de mate van angst of onzekerheid waaronder een student gebukt gaat.
- processen, ofwel de manier waarop dingen gebeuren, bijvoorbeeld de vraag hoe het stageverwerkplan in elkaar zit of hoe de student de stage ervaart.

### ***Rationeel en redelijk***

Dit is het meest voor de hand liggende kenmerk van kritisch denken. De termen 'redelijk' en 'rationeel' geven aan dat ons denken beredeneerd is en niet op vooroordelen, voorkeuren, eigenbelang of angst berust. Veronderstel dat je besluit om bij de verkiezingen op een liberale partij te stemmen, omdat dit binnen jouw familie gebruikelijk is. Een dergelijke beslissing is dan gebaseerd op een voorkeur, vooroordeel en misschien zelfs op eigenbelang. In plaats daarvan zou je zelf kunnen nagaan wat die partij in haar programma belooft en of dat wel overeenkomt met jouw eigen standpunten. Als je dat gedaan hebt, kun je evengoed nog op die partij stemmen, maar je hebt dan in elk geval een beredeneerde keuze gemaakt, een keuze die gebaseerd is op feiten en observaties.

### ***Reflectief***

Dit betekent dat iemand die kritisch denkt geen voorbarige conclusies trekt of overhaaste beslissingen neemt, maar de tijd neemt om gegevens te verzamelen, alles te overdenken en de feiten en de argumenten goed tegen elkaar af te wegen.

### ***Voor een deel een houding***

Dit is een houding van steeds maar weer vragen stellen. Iemand die kritisch denkt, neemt beweringen of uitspraken niet klakkeloos over, maar neemt ze onder de loep en gaat na of ze kloppen en waar zijn. In de uitspraak 'Een Ford is beter dan een Opel', zou iemand die kritisch denkt zich af kunnen vragen:

- Wat bedoel je met 'beter dan', op welke manier beter?
- En op basis van welke informatie meen je dat dit zo is?

Kritische denkers zijn sceptisch maar wel op een constructieve manier. Ze vragen naar het 'hoe' en 'waarom'.

### ***Autonoom denken***

Kritisch denkende mensen denken zelf na. Zij nemen niet klakkeloos over wat anderen denken, maar analyseren en beslissen zelf welke deskundigen geloofwaardig zijn. Zo denken ze bijvoorbeeld kritisch na over de opvattingen die ze als kind van hun ouders hebben meegekregen. Sommige van deze opvattingen kunnen de toets van hun kritisch denken doorstaan. Andere opvattingen verwerpen zij. Aangezien kritisch denkende mensen een opvatting niet overnemen of verwerpen die zij zelf niet begrijpen, zijn ze niet gemakkelijk te manipuleren.



### ***Creatief denken***

Van oudsher wordt creativiteit noch in de praktijk, noch in de opleiding erg gestimuleerd. Er was slechts één 'goede manier' om therapeutische handelingen uit te voeren, zoals er ook slechts één 'goed antwoord' was op examenvragen. Dit is aan het veranderen. Steeds meer wordt van je verwacht dat je vragen stelt bij bestaande situaties en nieuwe manieren bedenkt om dingen beter te doen. Creatief denken is een productieve manier van denken, waarbij je originele ideeën ontwikkelt door relaties te leggen tussen gedachten en concepten. Hiervoor moet je een concept kunnen ontleden (analyseren) en naar andere situaties en toepassingen kunnen 'vertalen' (transfer).

Een concept als 'bouwsteen' kun je bijvoorbeeld ontleden in eigenschappen, zoals de moleculaire structuur, de afmetingen, de kleur, de effecten die de bouwsteen heeft op de economie, de hardheid, de mogelijkheid om warmte door te geven, enzovoort. Dergelijke eigenschappen openen je ogen voor andere situaties waarop het concept 'bouwsteen' van toepassing is (de bouwstenen van een behandelplan).

Mensen die creatief denken beperken zich niet tot het van buiten leren en het evalueren van bestaande kennis, maar ontwikkelen alternatieven voor hun gedrag, bedenken hypothesen en vinden nieuwe oplossingen voor problemen. Creatief denken is min of meer onwillekeurig of toevallig en vindt op verschillende niveaus van het bewustzijn plaats. Op het moment dat je een nieuw idee krijgt, kun je dit vaak nog niet logisch beredeneren, met name als het probleem een ongewoon probleem is en je ook nog niet zeker weet wat de effecten zullen zijn.

Creatief denken geeft echter wel richting aan je denken, ook al gaat dit niet altijd op een even systematische manier. Als je in een bepaalde richting denkt, heb je een duidelijk doel voor ogen. Bij creatief denken ligt dit anders. Dat is een associatieve vorm van denken waarbij het toeval en ongestructureerde gedachten (dagdromen) een belangrijke rol spelen. Kritisch denken is eerlijk denken. Mensen die kritisch denken, proberen vooroordelen en partijdigheid in hun denken te vermijden en hebben een scherp oog voor de vooroordelen en de partijdigheid in het denken van anderen. Hiervoor is nodig dat zij hun keuzen en beslissingen kunnen beredeneren.

Kritisch denken is gericht op het nemen van beslissingen over wat je moet geloven of doen. Kritisch denken doe je om:

- argumenten en conclusies te beoordelen
- nieuwe ideeën of gedragsalternatieven te ontwikkelen
- beslissingen te nemen over wat je te doen staat
- betrouwbare gegevens te verzamelen
- geldige conclusies te trekken
- problemen op te lossen.

In het kader van de veranderingen in de groei en de ombuiging naar het hbo-denken en -handelen van de therapeut zijn de volgende gedragscodes ontwikkeld, die zeker nog aan verandering en groei onderhevig zijn.

### *GEDRAGSCODES*

Er zijn een aantal gedragscodes te omschrijven die richting geven aan welk soort gedrag aanwezig moet zijn om op een professionele wijze met de cliënt om te gaan.

### **Probleemoplossend denken en handelen**

De therapeut moet in staat zijn effectief problemen te onderkennen, te zoeken naar ter zake doende gegevens, belangrijke informatie te herkennen en mogelijke oorzaken van problemen op te sporen (analyse), gevolgd door de planning en de uitvoering van de interventies die nodig zijn om het probleem op te lossen. Dit omvat tevens de oordeelsvorming en de besluitvaardigheid. Hij is in staat om gegevens en mogelijke handelwijzen in het licht van bepaalde criteria: feiten, conclusies, objectiviteit, vooroordelen en partijdigheid te beoordelen, te vragen naar het 'hoe en waarom', dit tegen elkaar af te wegen en te komen tot realistische oordelen. Daarnaast is de therapeut in staat om op basis van het bovenstaande beslissingen te nemen door middel van het uitspreken van oordelen en / of het ondernemen van acties. De therapeut kan zich een oordeel vormen en gefundeerd een besluit nemen met betrekking tot alle situaties die zich voor kunnen doen binnen de zes kerntaken van de kwalificatiestructuur.

### **Initiatief nemen**

De therapeut is in staat kansen te signaleren, hiernaar te handelen en hiervoor verantwoordelijkheid te dragen (verantwoording afleggen). Hij begint liever uit zichzelf dan passief af te wachten.

### **Creatief zijn**

De therapeut is in staat om met oorspronkelijke, originele oplossingen te komen voor problemen die met zijn functie verband houden en weet nieuwe werkwijzen te bedenken ter vervanging van bestaande methoden en technieken.

### **Flexibel gedrag**

De therapeut is in staat, indien zich problemen of kansen voordoen, het eigen gedrag te veranderen teneinde een gesteld doel te bereiken.

## **Reflectie**

De therapeut is in staat om kritisch te kijken naar het eigen functioneren (qua proces en product) en de positieve en negatieve aspecten van zichzelf na te gaan met als doel inzicht te krijgen in het effect van het eigen handelen, indien nodig dit gedrag en / of handelen bij te stellen en het eigen gedrag en handelen te verantwoorden (vragen naar het 'hoe en waarom').

## **Sensitiviteit**

De therapeut toont zich bewust te zijn van andere mensen en de omgeving, alsmede zijn eigen invloed hierop. Zijn gedrag getuigt van het onderkennen van de gevoelens en behoeften van anderen en het openstaan voor ideeën, gedachten en gevoelens van anderen. Hierbij valt te denken aan:

- collega's
- hulpvragers
- studenten
- andere disciplines.

## ***ONTWIKKELING VAN HET BEROEP VAN ADDITIEVE THERAPEUT***

In het midden van de tweede helft van de vorige eeuw werden nog regelmatig mensen voor de rechter gesleept vanwege het onbevoegd uitoefenen van de geneeskunst. Dat uitoefenen van de geneeskunst was in die tijd voorbehouden aan artsen, tandartsen en nog een aantal werkers in de reguliere geneeskundige zorg. Natuurlijk werkende therapeuten kon men in die tijd niet gebruiken en hoewel hun werk oogluikend werd toegelaten zijn er toch heel wat mensen veroordeeld. De wetgeving die uit 1865 stamde bleek op een gegeven moment niet meer in overeenstemming met het recht van de cliënt om zelf over zijn therapiekeuze te beschikken.

## *BIG-WET*

Op 16 mei 1986 begon met het indienen van een wetsvoorstel bij de Tweede Kamer een parlementair proces dat de naam 'Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg' (BIG) meekreeg. Daaraan was een periode van langdurige maatschappelijke discussie voorafgegaan. Uiteindelijk werd op 9 november 1993 de Wet BIG door de Eerste Kamer aangenomen. De Wet BIG bevat een groot aantal regels voor de zorgverlening door beroepsbeoefenaren en heeft tot doel de kwaliteit van de beroepsuitoefening te bevorderen en de cliënt te beschermen. De Wet BIG is een zogenaamde kaderwet en in de komende jaren zal aan deze wet nog een aantal wetten en regelingen worden gekoppeld.

In deze les behandelen we de hoofdlijnen van de Wet BIG. Overigens zul je merken dat er voor wat betreft de beroepsuitoefening van de natuurgeneeskundig therapeuten in de wet nauwelijks iets geregeld is. De toenmalige bewindspersonen hebben in de loop van de jaren verschillende partijen en beroepsorganisaties gehoord, die echter geen eensluidend advies konden geven. Er zijn in Nederland nu eenmaal verschillende stromingen, zelfs binnen bepaalde beroepsgroepen, zoals verscheidene organisaties op homeopathisch gebied die het in sommige opzichten niet met elkaar eens zijn. De wetgever heeft de regulering dan ook volledig in handen gelegd van de therapeuten zelf, en dan in het bijzonder bij hun beroepsorganisaties.

Uit de verschillende beroepsorganisaties is destijds een nieuwe koepelorganisatie ontstaan, de Alliantie Natuurlijke Geneeswijzen (A.N.G.). Deze alliantie -die inmiddels door interne conflicten weer is opgeheven- kreeg van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (V.W.S.) opdracht om een registratiesysteem op te zetten en ontving daarvoor een subsidie. Deze regi-

stratie wordt uitgevoerd door de Stichting Registratie Beroepen Alternatieve Gezondheidszorg (S.R.B.A.G.) en is geheel vrijwillig. Het register waarin men kan worden ingeschreven is in zes categorieën onderverdeeld:

- Natuurgeneeskunde
- Klassieke homeopathie
- Paranormale geneeswijzen
- Psychosociale geestelijke begeleiding
- Massage, houdings- en bewegingstherapie
- Traditionele Chinese geneeswijzen.

Geregistreerde artsen en therapeuten zijn herkenbaar aan de beschermde titel van registerarts RNG® en registertherapeut RTNG®. Meer informatie is te lezen op de website [www.srbag.nl](http://www.srbag.nl).

Een ander registratie-instituut is de RING® (Stichting Registratie en ontwikkelingsinstituut Natuurlijke Geneeswijzen). De RING maakt onderscheid tussen o.a. basisregistratie en beroepsregistratie. De basisregistratie geldt voor elke in Nederland gevestigde hulpverlener in de natuurlijke geneeskunst (ook parttime of in opleiding) en is een laagdrempelig register. Er gelden twee voorwaarden:

- 1.** De hulpverlener moet verklaren zich te schikken naar het RING Klachten- en Tuchtreglement en de (gefaseerd in te voeren) RING praktijk-eisen. Deze overeenkomst tussen RING en de geregistreerde moet zichtbaar in zijn/haar praktijkruimte worden opgehangen.
- 2.** De hulpverlener dient met de consument vooraf duidelijke afspraken te maken m.b.t. de behandelwijze, te verwachten resultaten en vergoedingen.

In het beroepsregister worden uitsluitend hulpverleners opgenomen die lid zijn van een door de RING erkende beroepsorganisatie en voldoen aan (in de RING regelgeving omschreven) eisen betreffende :

- beroepsopleiding
- praktijkvoering
- bij- en/of nascholing.

Naast de normale wettelijke voorschriften is op hen het volledige Klachten- en Tuchtreglement van toepassing. Meer informatie over deze organisatie is te vinden op internet [www.ring.nl](http://www.ring.nl).

### *REGISTRATIE IS NIET VEREIST*

Elke therapeut die zich niet laat registreren kan gewoon zijn of haar werk uitvoeren. Sommige beroepsorganisaties en opleidingsinstituten verspreiden regelmatig berichten dat men in de komende jaren niet meer als therapeut mag werken als men niet geregistreerd is, maar deze berichten berusten, zoals het ministerie van V.W.S meedeelt, op onwaarheid. Wel is het aan te raden om zich aan te sluiten bij een onafhankelijke beroepsorganisatie, bijvoorbeeld de Stichting GezondZorg, waarover meer informatie te vinden is op de website [www.gezondzorg.nl](http://www.gezondzorg.nl).

De Wet BIG en de daarmee verbonden algemene maatregelen van bestuur laten de natuurgeneeskundig werkende therapeut dus helemaal vrij. Dat zegt echter niet dat de therapeut ook maar raak kan werken, want er is wel degelijk een aantal algemene regels die tot doel hebben de cliënt / consument te beschermen. Zo kan er een straf worden opgelegd wanneer aan iemands gezondheid schade is toegebracht of er een aanmerkelijke kans op schade is. Ook kan een straf worden opgelegd aan een therapeut die voorbehouden handelingen verricht zonder daartoe bevoegd te

zijn. In sommige gevallen kunnen binnen de Wet BIG aan overtreders straffen worden opgelegd, bijvoorbeeld maximaal drie maanden hechtenis, een geldboete of ontzetting uit een geregistreerd beroep.

Nu het verbod op het onbevoegd uitoefenen van de geneeskunst is verdwenen, is ook het stelsel van beroepsbescherming komen te vervallen. Vroeger moest men immers arts zijn om medische handelingen te mogen verrichten, maar tegenwoordig is dit niet meer het geval. De Wet BIG introduceert dan ook een systeem van titelbescherming voor een beperkt aantal beroepsgroepen. Wie binnen die beroepsgroepen wordt geregistreerd, wordt publiekrechtelijk beschermd voor wat betreft zijn beroeps- of opleidingstitel.

Zo'n beroepsbeoefenaar moet voldoen aan een aantal wettelijke eisen, waarvan de belangrijkste betrekking hebben op de opleiding. De wetgever heeft met het aanwijzen van beschermde beroepstitels beoogd aan cliënten en zorgverzekeraars duidelijk te maken of bepaalde beroepsbeoefenaren ook werkelijk deskundig zijn.

### ***ONDERSCHIED IN REGULINGEN***

In de Wet BIG wordt onderscheid gemaakt tussen een zware regeling (artikel 3) en een lichte regeling bij algemene maatregel van bestuur (artikel 34). In de Wet BIG worden acht beroepen geregeld: arts, tandarts, apotheker, gezondheidszorgpsycholoog, psychotherapeut, fysiotherapeut, verloskundige en verpleegkundige. Voor deze acht beschermde beroepen worden bepaalde opleidingseisen vastgesteld. Bovendien is per beroep een omschrijving gemaakt van het terrein waarop de beoefenaar deskundig is en dus beschermd wordt. De hiervoor genoemde beroepen zijn zogenaamde 'artikel 3 beroepen'.



Voor de acht artikel 3 beroepen heeft de Rijksoverheid registers ingesteld. Het komt erop neer dat alleen geregistreerde personen een van de acht beroepstypen mogen voeren en alleen zij vallen onder het tuchtrecht dat eveneens is geregeld in de Wet BIG. Iemand wordt alleen ingeschreven als hij voldoet aan de eisen, in het bijzonder die van de opleiding. Volgens de huidige stand van zaken moet de registratie elke vijf jaar worden herzien en opnieuw aangevraagd.

Voor de lichte regeling (artikel 34) die bij algemene maatregelen van bestuur wordt vastgesteld, komen nagenoeg alleen paramedische beroepen in aanmerking. Dat zijn onder andere de logopedist, de mondhygiënist en de diëtist. In de algemene maatregelen van bestuur wordt het deskundigheidsgebied omschreven en de opleiding geregeld. Wie aan de gestelde eisen voldoet heeft het recht om een opleidingstitel te voeren. Overigens zal de overheid hiervan geen registers aanleggen, maar is het de bedoeling dat de beroepsorganisaties dit eventueel zelf uitvoeren.

### ***VOORBEHOUDEN HANDELINGEN***

De grondgedachte van de Wet BIG is dat in beginsel iedereen elke geneeskundige handeling mag verrichten. Er worden echter ook enkele uitzonderingen gemaakt. Sommige handelingen zijn namelijk voorbehouden aan categorieën beroepsbeoefenaren die de wet als bevoegd verklaart. Het gaat dan om handelingen die een aanmerkelijk risico voor de gezondheid van de cliënt met zich meebrengen als ze worden uitgevoerd door iemand die ondeskundig is. Verricht je een voorbehouden handeling en ben je niet een bevoegd verklaard beroepsbeoefenaar, dan is dit een strafbaar feit. De Wet BIG noemt hierbij:

- Heelkundige handelingen
- Verloskundige handelingen
- Katheterisaties en endoscopieën

- Puncties en injecties
- Narcose
- Gebruik van radioactieve stoffen en ioniserende straling
- Cardioversie
- Defibrillatie
- Elektroshock
- Steenvergruizing
- Kunstmatige bevruchting.

Als additieve therapeut mag je deze handelingen dus niet verrichten.

Voor de acht beroepsgroepen die onder artikel 3 van de Wet BIG vallen, is een tuchtrecht-spraak geregeld die dient om de kwaliteit van de beroepsuitoefening te bevorderen en te bewaken. Vroeger was er al een tuchtrecht voor artsen, tandartsen, apothekers en verloskundigen, maar binnen de Wet BIG is deze ook geregeld voor gezondheidszorgpsychologen, psychotherapeuten, verpleegkundigen en fysiotherapeuten. Een voordeel van het nieuwe tuchtrecht is dat in tegenstelling tot de oude tuchtregelingen de zittingen en de uitspraken van de tuchtcolleges openbaar zijn.

Nieuw is ook dat de positie van de cliënt in het tuchtrecht in veel opzichten is verbeterd. Zo moet de klagende cliënt gehoord worden in een vooronderzoek en heeft deze het recht om zich te laten bijstaan of vertegenwoordigen, krijgt men inzage in de processtukken en wordt er ook steeds een afschrift van de beslissing van het tuchtcollege gegeven. Daarnaast is in dit nieuwe tuchtrecht een verjaringstermijn van tien jaar opgenomen. Na het verstrijken van die termijn vervalt het recht tot het indienen van een klaagschrift.

De therapeut, ook de additief therapeut, is verplicht een klachtenregeling te hebben. Als een

cliënt een klacht heeft over de behandeling of het functioneren van een therapeut, moet hij deze klacht aan een speciale commissie voor kunnen leggen. In feite zou de therapeut zelf een klachtrechtregeling kunnen instellen, maar beter is het om dat aan een beroepsorganisatie, bijvoorbeeld de Stichting GezondZorg, over te laten.

Het is dus toegestaan om als zelfstandig therapeut in de gezondheidszorg te werken, maar wel onder een aantal voorwaarden. Wanneer een therapeut een cliënt zou voorhouden dat hij in staat is om kanker of aids te genezen, of een cliënt zou adviseren noodzakelijke en door een arts voorgeschreven medicijnen niet meer te gebruiken, bestaat de kans dat de geneeskundig inspecteur een onderzoek instelt en eventueel een straf oplegt. Datzelfde is het geval wanneer de therapeut een waanzinnig hoog consulttarief zou berekenen of een onzinnige behandeling uitvoert.

Meer informatie en de nieuwste ontwikkelingen ten aanzien van de Wet BIG zijn te lezen op de website [www.bigregister.nl](http://www.bigregister.nl).

## *PSYCHO- EN GEDRAGSTHERAPIE*

Sommige mensen zijn tegen de vrijheid om als therapeut psycho- en gedragstherapie te mogen toepassen, maar in de praktijk blijkt het uitstekend te werken. Wanneer een therapeut slecht werk levert lopen de cliënten naar een andere praktijk, een fenomeen dat we marktwerking noemen. Wil je als therapeut cliënten blijven behandelen, dan zal de kwaliteit van de behandeling ook goed moeten zijn en blijven. Op deze manier is elke cliënt vrij om zelf een therapeut en een therapievorm te kiezen.

Een cliënt stelt zich als hij om een behandeling vraagt eigenlijk altijd kwetsbaar op. De cliënt heeft een kwaal waar hij of zij van af wil en jij als therapeut hebt de kennis om daarbij hulp te bieden. Daardoor kan een vorm van afhankelijkheid ontstaan, wat een negatieve invloed heeft op het genezingsproces. De cliënt moet immers zichzelf genezen en de therapeut is daarbij een geschoolde gids. Het is dan ook beter om samen de weg van de genezing af te leggen en niet de cliënt bij de hand te pakken met het idee: 'Kom maar mee, dan zal ik je wel even beter maken.' Om een goed therapeut te zijn moet je een gevoel van respect tegenover je cliënt ontwikkelen om vanuit die houding dienstbaar te kunnen zijn.

Vertrouwen is een belangrijk aspect in de verhouding tussen de cliënt en de therapeut. Beiden moeten elkaar kunnen vertrouwen. De therapeut moet eerlijk en open zijn tegenover de cliënt, want is hij dat niet, dan zal de hulpvrager misschien zelfs angsten ontwikkelen, iets wat het genezingsproces altijd negatief beïnvloedt. Cliënten zijn van hun kant soms ook niet erg open over hun klachten en achtergronden. Iemand met chronische hoofdpijn zal liever niet vertellen dat hij elke avond in het café zit om daar zijn eenzaamheid met alcohol weg te spoelen. Je zult als therapeut daar doorheen moeten leren prikken om uiteindelijk de ware oorzaak (in dit geval de eenzaamheid) aan te kunnen pakken. Veel mensen zijn eenzaam door de manier waarop zij tegenover anderen staan. Bij deze mensen kun je met behulp van Bach-bloesemtherapie vaak heel goede resultaten bereiken.

### *HET GESPREK MET DE CLIËNT*

In het helpende gesprek is actief luisteren heel belangrijk. Aan dat luisteren moet je niet te licht tillen, want daar is vooral geduld en begrip voor nodig. Wanneer je een cliënt aanmoedigt om zich uit te spreken en hij merkt vervolgens dat

je niet echt luistert, zal dit het vertrouwen negatief beïnvloeden. Het is belangrijk om te horen hoe de dingen door de cliënt gezegd worden: de uitdrukkingen en de gebaren die hij maakt, de toon waarop de cliënt spreekt, vooral wat er niet gezegd wordt, dus de informatie die je tussen de regels door kunt horen. Als je goed luistert moet je dat eigenlijk met je hele wezen doen: met je oren, met je huid, met je ogen, met je geest, met je hart en met je intuïtie.

Mensen voelen zich gerespecteerd als er naar hen geluisterd wordt en dat geldt in het bijzonder voor de hulpvragende cliënt. Je kunt je aandacht voor de cliënt laten blijken door instemmend te knikken, hier en daar een woord te laten vallen, even iets aan te vullen en iemand vooral duidelijk aan te kijken. Om de cliënt te laten blijken dat je goed geluisterd hebt, kun je het verhaal dat je zojuist gehoord hebt in je eigen woorden herhalen. Daarbij kun je ook de gevoelens die van de cliënt bij je overgekomen zijn aan deze kenbaar maken. Vindt de cliënt dat het verhaal dat je nu in het kort terugvertelt juist is, dan zal hij dat bevestigen.

Naarmate je met steeds meer begrip leert luisteren naar cliënten, zul je ook met steeds meer begrip naar jezelf kunnen luisteren. In de meest ideale situatie kun je in een gesprek zowel naar de ander als naar jezelf luisteren. In het gesprek tussen de cliënt en jezelf als therapeut ben je immers deelgenoot in de conversatie. Je volgt in het gesprek je gesprekspartner en je denkt, handelt, spreekt en voelt.

In je contact met een cliënt zul je voor hem of haar misschien bepaalde gevoelens gaan ontwikkelen en je kunt je dan ook afvragen hoe dicht je bij een cliënt moet gaan staan. Ga je te dicht bij een cliënt staan, dan komt dit doordat je probeert de situatie waarin deze leeft alleen nog maar van

zijn of haar kant te zien. Dat lijkt heel nobel, maar het belemmert je in het scherp kunnen waarnemen welke gezonde oplossing er voor de cliënt is. Anderzijds is een onverschillige en koele houding tegenover de cliënt ook niet goed. Het is dan ook belangrijk dat je als therapeut in de loop van de tijd een zeker evenwicht weet te vinden in de juiste afstand tot de cliënt.

De gebaren en de gelaatsuitdrukkingen die je als therapeut gebruikt, worden door de cliënt heel goed waargenomen. Je reageert door je gebaren en gelaatsuitdrukkingen op het verhaal dat de cliënt vertelt, maar ook wanneer je zelf het woord neemt, zullen je gelaatsuitdrukkingen en gebaren je mening of gevoelens kracht bijzetten.

### *HET THERAPEUTISCH GESPREK*

Het therapeutisch gesprek is noodzakelijk om de volledige voorgeschiedenis van de ziekte van de cliënt te leren kennen. In sommige gevallen zal er een lichamelijk onderzoek nodig zijn, maar je zult ook informatie moeten krijgen ten aanzien van de cliënt zelf, zijn omgeving en de omstandigheden waarin hij leeft. Het therapeutisch gesprek heeft verschillende doelen:

- Het verzamelen van informatie over de cliënt en zijn ziekte.
- Het scheppen van een relatie met de cliënt om de diagnose en de behandeling te vergemakkelijken, de cliënt beter in te kunnen lichten over diens aandoening, en hem beter te kunnen begeleiden en te ondersteunen tijdens de therapie.

Uit dit gesprek kun je opmaken hoe de cliënt zijn ziekte ervaart, wat voor soort mens hij is en hoe de verhouding tussen de cliënt en jou als therapeut is. Deze feiten heb je nodig om een behandeling te kunnen plannen, aangezien je altijd

rekening moet houden met de persoonlijkheid van je cliënt en in hoeverre deze kan en wil meewerken aan de therapie.

### ***VEREISTEN VOOR EEN GOED THERAPEUTISCH GESPREK***

Als therapeut moet je aan vier belangrijke eisen voldoen om een goed therapeutisch gesprek te kunnen voeren. Allereerst moet je weten welke informatie je nodig hebt en hoe je die informatie kunt verkrijgen. Verder dien je een plan te hebben in welke volgorde je de vragen stelt om zoveel mogelijk informatie te kunnen krijgen. Daarnaast dien je als therapeut weliswaar het gesprek te leiden, maar vooral niet te domineren.

De manier waarop cliënten voor de eerste keer op de praktijk komen kan heel verschillend zijn. De ene cliënt komt afwachtend en aarzelend binnen en geeft de indruk geremd, onzeker of zelfs angstig te zijn. Andere cliënten komen binnen alsof ze je al vaker bezocht hebben en slaan onmiddellijk aan het praten. In de meeste gevallen wacht de cliënt echter even af tot de therapeut het gesprek opent.

### ***HET EERSTE CONSULT***

Het noemen van namen is in veel gevallen belangrijk. Wanneer je als therapeut iemand uit de wachtkamer hebt opgehaald stel je je aan de cliënt voor en zal deze ook zijn of haar naam noemen. Vervolgens vraag je de cliënt plaats te nemen en kun je ook zelf gaan zitten. Deze wijze van binnenkomen is veel beter dan wanneer je bijvoorbeeld door middel van een zoemer in de wachtkamer kenbaar maakt dat de volgende cliënt kan binnenkomen. Een hartelijk binnenlaten in je spreekkamer kan al een deel van het ijs breken.

Bij een eerste consult is het over het algemeen goed om zo snel mogelijk ter zake te komen. Het heeft weinig zin om de cliënt op zijn of haar gemak te stellen door deze te vragen of hij een kopje koffie of thee lust. Het heeft geen enkele zin om je uit te sloven, want dit werkt meestal irriterend op de cliënt en leidt deze ook af van waar hij eigenlijk voor komt. Je kunt beter de vraag stellen: 'Wat kan ik voor u doen?' Je kunt daarbij eventueel ook een uitnodigend handgebaar maken. Je zult je moeten realiseren dat je als therapeut over het algemeen zelf het gesprek zult moeten openen.

Al direct nadat je cliënt is binnengekomen ontstaat een relatie tussen deze en jou als therapeut. Binnen die relatie gaat het vooral om het uitwisselen van informatie en het geven en ontvangen van de therapie. Wanneer een cliënt je bezoekt heeft deze voor wat betreft het contact bepaalde verwachtingen. Verwachtingen die niet alleen betrekking hebben op de aard van je therapie, maar ook op de handelingen die nodig zijn om die therapie toe te passen. Deze verwachtingen spreekt de cliënt over het algemeen niet uit, zeker niet bij een eerste consult. Wel spiegelen de verwachtingen en de bedoelingen zich voor een aanzienlijk deel af in de reden waarom de cliënt zich tot jou heeft gewend.

De kleuren, geuren, geluiden en gevoelsprikkelers die we waarnemen hebben allemaal hun invloed op ons bewustzijn en onderbewustzijn. Soms ervaren wij dit als prettig en soms ook als heel onprettig.

## **GEUREN**

Ons lichaam heeft een automatische negatieve reactie ingebouwd met betrekking tot de voor ons schadelijke stoffen, waarvan de meeste gekenmerkt worden door een sterke geur, bijvoorbeeld chloor, ammoniak, tri en lijmsorten. Verdund



associëren we ze overigens nogal eens met frisheid en schoonheid, maar in pure vorm roepen ze heftige reacties op.

Wij reageren ook heel sterk op lichaamsgeuren. Vers zweet wordt bewust of onbewust als één van de meest erotische geuren beschouwd. Mensen die zich langdurig niet wassen en naar oud zweet ruiken of mensen met een penetrante transpiratiegeur, wekken echter eerder aversie op. De parfumindustrie floreert, omdat bijna iedereen zich prettig voelt bij een bepaald soort geur en zich daar dan ook graag mee omringt.

Geuren kunnen herinneringen oproepen aan vervlogen tijden waar je eigenlijk niet meer aan gedacht hebt, totdat je die geur weer ruikt. Dan kun je het bijpassende gevoel opnieuw ervaren, ongeacht of dit nu positief of negatief was. Een nare geur kan positieve herinneringen oproepen en een fijne geur totaal negatieve. Je verbleef als klein kind bijvoorbeeld vaak bij je oude tante, die altijd dezelfde heerlijke geur met zich meedroeg, maar wel altijd bijzonder vervelend tegen je deed. Later zal deze geur -ondanks dat hij heerlijk is- negatieve gevoelens bij je oproepen.

Ik heb daar persoonlijk een bepaalde ervaring mee. Toen ik klein was, woonden wij in de zomermaanden op een camping waarvan de beheerder een metaalbewerker was. De loods waarin hij werkte lag bezaaid met ijzervijlsel en er werd nooit schoongemaakt, dus het was er stoffig. Er hing een heel specifieke mufte geur, gecombineerd met ijzer. Ik kwam alleen in de loods wanneer ik van mijn moeder een ijsje mocht kopen, want daar stond de vrieskist. Als ik nu een mufte ruimte betreed waarin gewerkt wordt met ijzer, voel ik mij, in tegenstelling tot vele anderen, bijzonder fijn en op mijn gemak.

Geur kan ook iets bijdragen aan het beeld dat je om je heen schept. Zo heb je zoete tot zware geuren, frisse geuren, vluchtige geuren, sportieve geuren, enzovoort. Als je je een geur door een verkoopster in een parfumeriezaak laat aanbevelen, zal zij beslist naar je type kijken. Zo kiezen mensen met donkerkleurige haartinten meestal voor zoete tot zware geuren en blonde en lichterharige mensen veelal voor fris, fruitig of sportief. Het tijdstip van de dag beïnvloedt voor velen ook de keuze voor een bepaalde geur. 's Avonds bij het uitgaan wordt veelal voor iets zwaarders gekozen dan overdag.

Je kunt jezelf vanwege de geur wel of juist niet tot iemand aangetrokken voelen, dat is een onbewust proces. Dieren laten zichzelf veelal leiden door geur en hebben daar ook een eigen taal in. Geurvlaggen -meestal uitgezet door mannelijke urine tegen bomen, palen en planten te sproeien- baken een territorium af. Geslachtsrijpe vrouwtjesdieren scheiden een bepaalde opwekkende geur af waardoor de mannetjesdieren een behoefte tot paren ontwikkelen. Dit fenomeen is duidelijk merkbaar wanneer een teefje loops is.

Dieren ruiken ook haarfijn angst en worden daarvoor gelokt. Als je doodsbang, geschrokken en stokstijf in een parkje staat nadat je een enge hond hebt gezien, zal het dier bijna altijd op je afkomen. Door de plotselinge angstimпульs maakt je lichaam extra adrenaline aan, waardoor het dier jouw angst ruikt en zijn aandacht op je richt.

### *HET LIMBISCHE SYSTEEM*

Het limbische systeem -dat het grensgebied vormt tussen de hersenstam en de grote hersenen- is verantwoordelijk voor het herkennen en het reageren op reuksignalen. Hetzelfde systeem is het brongebied voor onze emoties en gevoelens, de seksualiteit, de verdediging, het vluchten, de voedselbehoefte, ons instinct en nog vele

andere functies. Het wordt ook wel het gevoelscentrum genoemd. Het limbische systeem heeft ook verbindingen met onze hormonen en hormoonspiegels.

Hormoonspiegels spelen een belangrijke rol bij ons welbevinden. Het limbische systeem geeft, heel simpel gezegd, ook informatie door aan ons zenuwstelsel. Het is makkelijk na te gaan hoe zeer geuren lichamelijk (hormonen) en geestelijk (zenuwstelsel) op ons in kunnen werken. Het reukveld bevindt zich boven in de neus. Bij normaal ademen ruiken we minder dan wanneer we bewust aan bijvoorbeeld een bloem ruiken. We ademen dan veelal dieper en krachtiger in, waardoor de luchtstroom sterker langs het bovenste gedeelte van de neus stroomt.

De mens kan geuren in verschillende sterkten waarnemen. Muskusolie is een zeer dure, maar in de parfumindustrie veelvuldig gebruikte geur (ook wel chemisch nagemaakt), die we al kunnen waarnemen wanneer er maar een vleugje van aanwezig is. Deze geur nemen wij voornamelijk onbewust waar en heeft een sterk prikkelende uitwerking op onze seksuele gevoelens. De geur is afkomstig uit de geslachtsklier van het muskushert. Een andere geur die qua toon behoorlijk sterk is, bijvoorbeeld muntolie, ruiken we pas wanneer er vergeleken met muskusolie het vijfvoudige van in de lucht aanwezig is.

Geuren zijn daadwerkelijk in staat om onze gemoedstoestand, ons welbevinden, ons gedragspatroon en onze reacties te sturen; ze behoren tot de stimuli van de hersenen waarop een reactie volgt.

### *GEURTHERAPIE*

Er zijn ook therapieën die zich geheel of gedeeltelijk richten op geur. Aromatherapie is een heel bekende vorm, die deels zijn toepassing vindt

op het gebied van de aanraking door massage en voor een ander belangrijk deel geneeskrachtig werkt door de geur die elke specifieke olie door de lucht verspreidt. Geuren worden ook wel toegepast bij afslankprogramma's. Mensen die structureel te veel eten en daardoor lijden aan overgewicht (overgewicht kan ook een andere oorzaak hebben), kunnen geholpen worden met deze geurmethode. Op het moment dat men een onbedaarlijke behoefte tot snoepen of eten op voelt komen moet men aan een apparaatje ruiken dat een sterke etensgeur afgeeft. Er zijn verschillende etensgeuren zoals zoet, hartig en bitter. Door flink te ruiken neemt de lust tot daadwerkelijk eten af. Dit werkt niet als er sprake is van echte honger, maar wel bij lekkere trek.

### *KLEUREN*

Naast geuren zijn ook kleuren belangrijke stimuli voor de hersenen, met als direct gevolg een verandering in ons gevoel. Mensen zijn bijzonder ontvankelijk voor de inwerking van kleuren. Er is een aantal kleuren waarvan de werking algemeen bekend is: het rustgevende van blauw, het stimulerende van rood en het opwekkende en vrolijke van geel. Toch is er naast dit basisprincipe nog een aantal andere aspecten van kleuren bekend. Onze aura is opgebouwd uit kleuren. Deze kleuren vertellen iemand die aura's kan lezen hoe het met de persoon op lichamelijk, geestelijk en spiritueel niveau gesteld is. Soms is een bepaalde kleur in overvloed of juist te gering aanwezig. Ook al kunnen de meesten onder ons de eigen aura niet waarnemen, toch weten we intuïtief wat er ontbreekt. Soms heb je een ontzettende behoefte om lang op het strand te wandelen en jezelf op te laten gaan in de koelheid van de blauwe lucht en de zee. Als je er geweest bent, voel je je weer opgeladen en energiek. Dit is enerzijds te danken aan de uitwisseling van negatieve ionen die je oppikt door de nabijheid van stromend water en anderzijds door het opladen van je aura met het hele kleurscala van blauw.

De ene keer kun je een bos als zeer prettig ervaren en een andere keer geeft het je juist een heel benauwd gevoel. De meest sterk aanwezige kleur in het bos is uiteraard groen in al zijn variëteiten, maar soms bezit je aura meer dan voldoende groen en ontstaat er een overdaad aan deze kleur. Dat kan dan de reden zijn dat je op dat moment liever niet in het bos bent. Intuïtief weet en ervaar je heel goed waar je eigenlijk behoefte aan hebt.

### *KLEURENTHERAPIE*

Kleurentherapie is een behandelvorm die gebruikmaakt van kleuren die op acupunctuur- en acupressuurpunten ingestraald worden. Het is overigens even goed werkzaam om een kleur te visualiseren of om op deze kleur te mediteren. Kleur is van belang voor je stemming en het je goed voelen. Je kunt je wellicht voorstellen dat kleurentherapie misschien wel de eerste ooit door de mens toegepaste therapie is. De mens leefde in de vrije natuur en nam daardoor alle kleuren in de benodigde hoeveelheid op. Hij leefde in totale balans met alle natuurwetten. Als bijvoorbeeld de zon scheen kreeg hij het volledige kleurenspectrum op zijn huid.

Kleuren hebben bepaalde vibraties, evenals elk onderdeel, elk orgaan van ons lichaam. Ziek zijn betekent volgens de kleurentherapie-theorie feitelijk een afwijking of wijziging in de vibratiefrequentie. Door nu de passende vibratiefrequentie toe te passen kan het lichaam zich herstellen. Geluid bestaat, zoals je wel zult weten, ook uit bepaalde frequenties en dus wordt er logischerwijs ook gebruikgemaakt van geluid teneinde het lichaam zich te laten herstellen. Er wordt gebruikgemaakt van een instrument (de aurotone) dat geluid in kleur omzet en andersom en elke kleurvibratie tot een geluidstoon van de normale toonladder maakt: muzieknoot C = rood, muzieknoot G = blauw, muzieknoot E = geel.

Nu kun je de daadwerkelijk rustgevende, kalmerende of opwekkende uitwerking van de new age muziek wellicht ook beter begrijpen. Het stemt ook tot nadenken over andere zeer heftige muziekstijlen, zoals bijvoorbeeld black metal en death metal die sterk in verbinding staan met het satanisme. Ook de trilling van klankschalen en het gebruik van diepe of heldere gongs in oosterse landen hebben op deze wijze een diepere invloed. Er staat ook een weg open naar een diepere en betere behandeling van allerlei eigenlijk onbereikbare geestestoestanden, zoals *catatonie*, een sterke bewegingsdrang die uiteindelijk leidt tot uitputting en soms zelfs de dood.

Men onderscheidt twee soorten kleuren:

- Kleuren die glanzen: rood, blauw, geel
- Beeldende kleuren: groen, huidkleurig, wit, zwart .

Groen is de kleur van het leven, huidkleur (perzik) de kleur van de ziel, wit de kleur van de geest en zwart de kleur van de levenloosheid. Kleur is de afspiegeling van het licht dat door de duisternis schijnt. Ziekte is een psychische duisternis en gaat ook veelal samen met een duister gevoel van neerslachtigheid, gebrek aan levensinteresse, enzovoort. Zwarte vibraties werken aanstekelijk en de therapeut moet sterk zijn om door dit zwarte veld heen te breken en zo genezing te bereiken. Dit kun je het beste doen door middel van bijvoorbeeld visualisatie of suggestie, want de geest is te allen tijde sterker dan de materie.

Hozeer een levend wezen licht nodig heeft om zich te kunnen handhaven en zich één te voelen met de kosmos wordt duidelijk als we naar een plant kijken. Een plant die verstoken is van licht zal sterven, maar alvorens dat gebeurt zal hij naar het dichtstbijzijnde licht proberen toe te groeien

en zal zichzelf zelfs vervormen en verminken om zo dicht mogelijk bij deze bron te kunnen komen. In de westerse cultuur is men veel minder door-drongen van het belang van licht en kleur dan in de oosterse culturen, waar bijvoorbeeld yin en yang, de wisselwerking tussen licht en duisternis, goed en kwaad, in het dagelijkse leefpatroon zijn geïntegreerd.

### *PRIKKELS IN DE VERSTANDELIJK GEHANDICAPTENZORG (VGZ)*

We weten nu hoeveel invloed kleur, geur en geluid op ons hebben. De geest van ernstig verstandelijk gehandicapten is moeilijk te bereiken en te toetsen. We nemen als voorbeeld de meest gehandicapte groep, zij die eigenlijk alleen maar vegeteren. Als wij kijken hoe zij bepaalde invloeden ervaren, kunnen we aannemen dat mensen met meer psychische ontwikkeling sterker zullen reageren op deze invloeden.

De impact van een stimulering vindt meestal plaats op onbewust niveau. Dat is nu net het niveau waar wij nooit informatie over zullen kunnen krijgen bij mensen van deze ernstig verstandelijk gehandicapte groep. Wel kunnen we met een oplettend oog misschien wisselingen in stemming of gedrag waarnemen. Een mens die zich amper of in het geheel niet kan bewegen, of zich uitsluitend ongecontroleerd beweegt, geeft toch bepaalde signalen af die je voornamelijk met je gevoel kunt waarnemen. Je kunt bijvoorbeeld opmerken dat zijzelf en hun lichaam zich meer ontspannen in een lekker warm bad.

Als we nu eens standaard lavendelolie aan dit badwater zouden toevoegen, zouden wij misschien een diepere, langduriger vorm van ontspanning bereiken. En als we zouden kiezen voor een meer opwekkende geur zou je een cliënt misschien -binnen zijn grenzen- stimuleren en zo

tijdelijk meer alert maken op prikkels. Je moet er natuurlijk wel voor zorgen dat die prikkels positief en fijn zijn. Een beetje heen en weer schommelen in het warme water, de aanraking van zijn huid met een zachte spons, het opzetten van een zacht muziekje en het gebruik van een passende kleur licht.

Voor een persoon die zich min of meer onbewust is van zijn omgeving kunnen plotselinge veranderingen zeer indringend en afschrikwekkend zijn. Dit is men zich onvoldoende bewust in de psychiatrische zorg. Snoezelen is een vast onderdeel in de verzorging van ernstig verstandelijk gehandicapten, want het is in feite het op zachte wijze stimuleren en verwennen van de cliënt. Er wordt gebruikgemaakt van warm water, waterbedden, zachte lichtbronnen, muziek, geluid, enzovoort, net wat de cliënt aankan binnen zijn niveau.

Als de cliënt in bad gedaan wordt, kan het zijn dat ineens, terwijl er net een poging tot een diepgaander contact wordt ondernomen, iemand met een zwaai de badkamerdeur opendoet en luid pratend binnenkomt. De verzorgers merken bij de cliënt geen reactie en dus -denkt men- registreert de cliënt de gebeurtenis niet. Persoonlijk denk ik dat elke cliënt, hoe ernstig verstandelijk gehandicapt deze ook is, dit wel registreert. Hij zal er niet bij nadenken, maar hij ervaart wel de wisseling in stimuli. Het geluid van de opengaande deur, de zucht koele wind die ineens voelbaar is, de stem en het verslappen van de aandacht van de verzorger.

Binnen de woonvormen van ernstig verstandelijk gehandicapte mensen wordt vaak weinig rekening gehouden met dit fenomeen. Het opeens aanzetten van knalharde muziek kan een behoorlijke schrikreactie geven, ook al is dat uiterlijk niet duidelijk waarneembaar. Het toepassen van geuren,



kleuren, aanraking en mooie geluiden zou mijns inziens meer en meer gebruikt moeten worden in de geestelijke gezondheidszorg. Een behoorlijk stuk braakliggend terrein dat nog ontgonnen moet worden.

De invloed en de toepassing van prikkels vormt een onderdeel van de Basis cursus Psycho- en Gedragstherapie.

In de cursus Medische Basiskennis Hbo II worden de volgende onderwerpen behandeld

### **Studiemethodiek**

Leren als begrip

Relatief begrip

### **Leeractiviteiten en leervaardigheden**

#### **Leerstijl**

Leerprocessen

Vier leervaardigheden

Lezen ofwel studeren

Structureel lezen

Integraal lezen

Toetsen

#### **Anatomie in vivo**

Techniek van het inspecteren

Auscultatie

Percussie

Palpatie

Algemene indruk

Inspectie ventraal

Inspectie dorsaal

Inspectie lateraal

#### **Verzamelen van gegevens**

Inspectie van de huid en de slijmvliezen

Beoordeling van de voedings- en vochttoestand

Beoordeling van de pols

Meting van de bloeddruk

Beoordelen van de ademhaling

## **Farmacotherapie**

Geneesmiddelen  
Definiëring van begrippen  
Herkomst van geneesmiddelen  
Voorschrijven van geneesmiddelen  
Recepttaal

## **Indeling geneesmiddelen**

Indeling naar werkwijze  
Indeling naar toedieningswijze  
Systemische toediening

## **Toepassing van geneesmiddelen**

Dosering  
De farmacokinetische fase  
Invloed van voeding op de resorptie van geneesmiddelen  
Invloed van de toedieningswijze op de farmacokinetiek  
Eliminatie van geneesmiddelen  
Invloed van het geneesmiddel op de mens

## **Farmacodynamische fase**

Hoofdwerking en bijwerking  
Indicatie en contra-indicatie  
Interacties  
Additie, potentiëring, synergisme en antagonisme

## **Gewenning en verslaving**

## **Belangrijkste groepen geneesmiddelen**

Toelichting geneesmiddelen beschrijving  
Naam van het geneesmiddel  
Samenstelling

Eigenschappen  
Indicaties  
Contra-indicaties  
Zwangerschap en lactatie  
Bijwerkingen  
Interacties  
Waarschuwingen/voorzorgen  
Overdosering  
Dosering

## **Geneesmiddelgroepen**

### **Latijn in de medische praktijk**

Apothekerslatijn  
Uitspraak van het latijn  
De plaats van de klemtoon

### **Psychopathologie**

Beeldvorming en visie psychiatrie en maatschappij  
Psychiatrie in de twintigste eeuw  
Medisch model  
Instanties psychiatrische zorg  
Overzicht van specialisaties binnen de psychiatrie  
Beroepsgroepen binnen de psychiatrische hulpverlening

### **Diagnostiek en behandelwijze**

Classificeren  
Klinische syndromen  
De overige vier assen  
Diagnostiek

## **Verklaring en begrippen**

Oorzaken

Biologische verklaringen

Psychodynamische verklaringen

Sociale verklaringen

## **Behandelwijzen**

Principes van de hulpverlening

Hulpverlening in fasen

Biologische behandeling

Psychotherapie

Sociale psychiatrie

## **Verloop en preventie**

Epidemiologie

Prognose

Preventie

## **Psychiatrische stoornissen**

Onderverdeling van psychiatrische stoornissen

## **Psycho-organische stoornissen**

Delier

## **Dementie**

De algemene behandeling

Amnestisch syndroom

## **Stoornissen door gebruik van alcohol en drugs**

Alcohol

Drugs

Kenmerken van intoxicatie

## **Schizofrenie en andere psychosen**

### **Wanen en hallucinaties**

### **Schizofrenie**

### **Niet schizofrene psychosen**

### **Stemmingstoornissen**

### **Depressie**

### **Manie en bipolaire stoornis**

### **Angststoornissen**

Angst en angststoornissen

De paniekstoornis

Fobieën

### **Dwangstoornis**

Posttraumatische stressstoornis

### **Dissociatieve stoornissen**

### **Somatoforme stoornissen**

Somatisatie- en conversiestoornis

Hypochondrie

### **Eetstoornissen**

Anorexia nervosa en boulimia

Andere eetstoornissen

Lichamelijke gevolgen van anorexia nervosa en boulimia nervosa

## **Seksuele stoornissen**

Seksuele disfuncties  
Parafilieën

## **Gender-identiteitsstoornis**

## **Slaapstoornissen**

Parasomnia  
Dyssomnie

## **Stoornissen in de impulscontrole**

Impulsief gedrag en zelfbeheersing  
Impulscontrolestoornissen

## **Persoonlijkheidsstoornissen**

## **Vreemd en excentriek gedrag**

**Dramatische, emotionele of onvoorspelbare**  
gedragingen

## **Angst en onzekerheid**

## **Aanpassingsstoornissen**

Stress en aanpassing

## **Stoornissen bij kinderen en adolescenten**

### **Autisme**

Aandachtstekortstoornis en hyperactiviteit  
Anti-sociale gedragsstoornis  
Ticstoornissen  
Specifieke ontwikkelingsstoornissen  
Stoornissen in de uitscheiding

## **Verklarende woordenlijst**

### **Filosofie en antropologie**

Wat is filosofie?

Wat is antropologie?

Het belang van de antropologie voor de natuurgeneeswijzen

### **Psychologie**

Psychologie en het belang voor de additieve therapeut

Systematiek in de psychologie

Velden in de psychologie

Stromingen en scholen in de psychologie

Basisgebieden in de psychologie

Geschiedenis van de psychologie

De nature-naturekwestie

### **Scholen in de psychologie**

Psychoanalyse

Belangrijke uitgangspunten van het psychoanalytisch denken

De persoonlijkheid van de mens

Psychologische processen als oorzaak

Persoonlijkheid wordt in de kinderjaren bepaald

Mensbeeld vanuit de psychoanalyse

Belangrijke principes van de psychoanalyse

Afweermechanismen

Overdracht en tegenoverdracht

Psychotherapie vanuit de psychoanalyse

### **Behaviorisme**

Belangrijke uitgangspunten van het behaviorisme

Mensbeeld vanuit het behaviorisme



Belangrijke principes van het behaviorisme  
Klassieke conditionering  
Operante conditionering  
Psychotherapie vanuit het behaviorisme

### **Humanistische psychologie**

Belangrijke uitgangspunten van de  
humanistische psychologie  
Mensbeeld vanuit de humanistische psychologie  
Belangrijke principes uit de humanistische  
psychologie  
Gentle teaching  
Psychotherapie vanuit de humanistische  
psychologie

### **Cognitieve psychologie**

Belangrijke vertegenwoordigers en hun  
uitgangspunten  
Mensbeeld vanuit de cognitieve psychologie  
Belangrijke principes uit de cognitieve  
psychologie  
Computer als model voor menselijke  
denkprocessen  
Depressiemodel van Beck  
Psychotherapie vanuit de cognitieve psychologie

### **Biologische psychologie**

Belangrijke vertegenwoordigers en hun  
uitgangspunten  
Mensbeeld vanuit de biologische invalshoek  
Belangrijke principes uit de biologische  
psychologie  
Het evolutiedenken  
Erfelijkheid en gedrag  
Hersenen en gedrag  
Psychotherapie van de biologische psychologie

## Het multicausale model

### Functieleer

Psychische functies en stoornissen

Waarneming

Waarnemingstoornissen

Geheugen

Geheugenstoornissen

Oriëntatie

Oriëntatiestoornissen

Denken

Denkstoornissen

Wil en motivatie

Wils- en motivatiestoornissen

Gevoelens

Gevoelstoornissen

Taal

Taalstoornissen

Intelligentie

Intelligentiestoornissen

Bewustzijn

Bewustzijnstoornissen

### Bewustzijn, waarnemen, observeren en interpreteren

#### Geheugen en denken

Geheugen

Denken

Oplossingsstrategieën

#### Emoties

Lichamelijke opwindingstoestand

Cognitief label

Relatie tussen lichamelijke en cognitieve

processen bij emoties  
Het belang van de functieleer voor de therapeut

### **Persoonlijksleer**

Het begrip 'persoonlijkheid'  
Persoonlijkheidstheorieën  
De trektheorie van Cattell  
De cognitieve theorie van Ellis  
De 'big five' theorie van John  
Verschillen tussen mensen  
Het meten van verschillen  
Beoordelingseffecten  
Belang van de persoonlijkheidsleer voor de  
therapeut

### **Ontwikkelingsleer**

Ontwikkelingstheorieën  
Piaget: de cognitieve ontwikkeling  
Kohlberg: theorie over de morele ontwikkeling  
Freud: theorie over de ontwikkeling van  
de persoonlijkheid en de psychoseksuele  
ontwikkeling  
Erikson: theorie over de psychosociale  
ontwikkeling  
Het belang van de ontwikkelingsfasen voor de  
therapeut

### **Gedragsleer**

Psychologie van de groep  
Het individu in de groep  
De rol van het individu in de groep  
Socialisatie  
Cognitieve dissonantie  
Relaties in een groep  
Leiderschap, macht en status

Soorten groepen  
Ontstaan van een groep  
De functie van een groep  
Groepscohesie  
De fundamentele attributiefout

### **Waarden, normen en sociale controle**

Waarden  
Normen  
Sociale controle  
De schaduwkant van de mens  
Het omstandereffect  
Het belang van gedragsleer voor de therapeut

### **Sociologie**

Sociologie vierde gedrags-en  
maatschappijwetenschap  
Sociologie betrekkelijk nieuwe wetenschap  
Sociologie en cultuur  
Invloed op de maatschappij  
Sociale ongelijkheid en sociale mobiliteit  
Sociale veranderingen  
Sociologie en de therapeut

### **Beroepshouding van de additieve tehapeut**

Een goede beroepshouding  
Respect  
Empathie  
Echtheid

### **Macht binnen het therapeutisch proces**

Machtsongelijkheid  
Therapeutische relatie  
Bronnen van macht  
Machtsgebruik

## **Het therapeutisch proces**

Omgaan met stress in de praktijk van de  
therapeut

Stress in de praktijk

Verwerkingsmechanismen

## **Ziek en gezond**

De lichaamsbeleving

Beleving van de eigen persoonlijkheid

Isolement

Tijdsbeleving

Beleving van ruimte en omgeving

Afhankelijkheid en onmondigheid

Kwetsbaarheid en overgevoeligheid

## **Communicatie en interactie met zorgvragers en anderen**

Communicatie

Informatie, zender, ontvanger en kanaal

Middelen tot communicatie

Soorten communicatie

Verbale en non-verbale communicatie

Intentionele en niet-intentionele communicatie

Horizontale en verticale communicatie

De eigenschappen van communicatie

Communicatiestoornissen

Feedback

Wat betekent feedback?

Feedback leren geven

De sandwichmethode

Verantwoordelijkheden

## **Communicatieve en sociale vaardigheden**

Elementaire vaardigheden

Gesprekstechnieken en -modellen

Het slechtnieuwsgesprek  
Het voorlichtingsgesprek  
Het informatieverzamelend gesprek  
Het probleemgesprek

## **Conflicthantering**

### **Begeleidingsstrategieën**

Attitude  
Attitudebeïnvloeding  
Attitudeverandering  
Begeleiding van het veranderingsproces  
Krachtenveldanalyse  
Methodische begeleiding  
Bevorderen van de therapietrouw

### **Omgaan met specifieke zorgvragers**

Psychosociale reacties  
Specifieke psychosociale reacties  
De cliënt met angst of vrees  
Vrees  
Angst  
Agressie  
Verwardheid  
Acute verwardheid  
Chronische verwardheid  
Verdriet

### **Menswetenschappen**

Machteloosheid  
Observatielijst  
Resultaten meting  
Inadequate therapiediscipline  
Meetschalen voor evaluatie  
Resultaten ten aanzien van de therapietrouw

Inadequate probleemhantering  
Geestelijke nood

### **Zorgvragers in een crisis**

Kenmerken van een crisis  
Fasen van een crisis  
Checklist voor de therapeut in geval van een crisis

### **Suïcidaal gedrag**

Complex van factoren  
Risicofactoren  
Directe aanleidingen

### **De oudere mens in onze samenleving**

Verouderingsprocessen  
Lichamelijk ouder worden  
De invloed van ziekten  
Geestelijk ouder worden  
Maatschappelijk ouder worden  
Dementie  
Vormen van dementie  
Ziekte van Alzheimer  
Multi-infarctdementie  
Depressie bij ouderen

### **Transculturele hulpverlening**

Culturele minderheidsgroepen

### **De gehandicapte medemens**

De lichamelijk gehandicapte medemens  
De verstandelijk gehandicapte medemens

## **Omgaan met seksualiteit, pijn, rouw, sterven en euthanasie**

Seksualiteit en intimiteit

Menselijke behoefte

Professionaliteit van de therapeut in relatie tot  
seksuele intimidatie

Verschijnselen van seksueel misbruik

Samenlevingsvormen

### **Pijn**

Functie van pijn

Pijnmeting

Pijnbehandeling

Lichamelijke beïnvloeding van de pijn

Psychische beïnvloeding van de pijn

Gevoelens

Controle over de eigen situatie

Aandacht voor de pijn

Draaglijkheid van de pijn

### **Sterven**

Angst voor het sterven

1<sup>e</sup> stadium: onzekerheid

2<sup>e</sup> stadium: ontkenning en isolering

3<sup>e</sup> stadium: woede

4<sup>e</sup> stadium: marchanderen

5<sup>e</sup> stadium: depressie

6<sup>e</sup> stadium: aanvaarding

### **Rouw**

Het rouwproces

Fasen van het rouwproces

Normale rouw

Identificatieproblemen

Anticiperende rouw



Pathologische rouw  
Hulpverlening

### **Levensende**

Euthanasie  
Wilsonbekwaamheid  
Weefsel- en orgaandonatie

### **Gezondheidsvoorlichting en opvoeding in de additieve praktijk**

Cliëntenvoorlichting  
Samenwerkingsrelatie  
Maatschappelijke en juridische context van voorlichting  
Gedraggerichte voorlichting  
Stappenreeks ten behoeve van gedraggerichte voorlichting  
Persoonlijke bagage  
Voorlichtingsmodel gerelateerd aan de stappenreeks

### **Beroepsinhoud en beroepsontwikkelingen**

Beroepsprofiel  
Gekwalificeerd voor de toekomst  
De hulpvrager en het zorgaanbod  
Verpleegkundig beroepsprofiel

### **Beroepsethiek**

Kritisch denken en handelen  
Wat houdt kritisch denken in?  
Definitie van kritisch denken  
Kenmerken van kritisch denken  
Gedragscodes

## **Bewustwordingsproces van de therapeut**

Persoonlijke bewustwording in het functioneren als therapeut

Bewustwording in relatie tot de ander

## **Beroepsgeheim**

Wettelijke bepalingen bewaren van gegevens

Waarborg van de privacy

## **Ethische en gezondheidsvraagstukken**

Ethische beslissingen

De ethische rechtvaardigheidsgronden

Onderzoeken van een situatie

Zorgvuldig handelen bij ethische dilemma's

Het driestappenplan

## **Maatschappelijke ontwikkelingen ten aanzien van arbeid, werk en vrije tijd**

Sociologisch standpunt

De politiek

De mening over werk

Belang voor de therapeut

Visie op vrije tijd

Energie en vrije tijd

Visie op vrijwilligers en betaald werk

## **Oriëntatie op de additieve geneeswijzen**

Basisprincipes ten behoeve van de additieve geneeswijzen

Verantwoord werken met additieve geneeswijzen

Levenskracht

Mensbeeld

Behandelingsniveau

Minimale interventie

De eed van Hippocrates

## **Humorale pathologie**

Zelfhelend vermogen

## **Systeemtheorie**

Homotoxicoseleer van Reckeweg

Humorale fase = reversibel

Cellulaire fase = irreversibel

## **Betekenis van de organen binnen de additieve geneeswijzen**

Maag

Darmen

Lever

Galblaas

Pancreas

Mond

Keel

Schildklier

Nieren

Ogen

Blaas

Voortplantingsorganen

Longen

Huid

Hart

Hersenen

## **Verskil benaderingswijze regulier en additief**

Gang van de cliënt binnen de reguliere  
geneeskunde

Gang van de cliënt bij de additieve geneeswijze  
Anamneseformulier

## **Ontwikkeling van het beroep van additieve therapeut**

BIG-wet

Registratie is niet vereist

Onderscheid in regelingen

Vorbehouden handelingen

## **Gewenste veranderingen/verbeteringen binnen de praktijk**

Intercollegiale consultatie en toetsing

Intervisie als onderdeel van kwaliteitsbeleid

Wat is intervisie?

## **Additieve geneeswijzen in soorten**

### **Homeopathie**

Bevrijden van energie

De wetten van de homeopathie

De modaliteiten

Potenties

Hoge en lage potenties

De geneesmiddelen toepassen

### **Acupunctuur**

Filosofie

Meridianen

Wetten van de acupunctuur

De klassieke acupunctuur en hulpmiddelen

## **Cupping ofwel schröpfen en bloedzuigers**

### **Voeding**

Vitaminen

De naamgeving

In vet of in water oplosbaar

Mineralen en sporenelementen  
Diverse mineralen en hun eigenschappen  
Vitaminen en hun eigenschappen  
Vitamineaanvullingen  
Vitaminepreparaten in soorten  
E-nummers

### **Vastenkuur/reinigingskuur**

Onvrijwillig vasten  
Bewust vasten  
Vastencrisis  
Aanbevelingen tijdens de kuur  
Afbouwperiode  
Vastenperiode  
Opbouwperiode  
Kruidenthee

### **Kleitherapie**

Samenstelling van klei  
Uitwendig gebruik  
Inwendig gebruik

### **Fytotherapie**

Instinct  
De apothecaris en de chirurgijn  
Simplex- en complexrecepturen  
Ontwikkelingen rond het jaar 1800  
Het synthetiseren van geneesmiddelen  
De hedendaagse fytotherapie  
Verzamelen van de grondstoffen  
Drogen en bewaren van de kruiden  
Het zetten van een kruidenthee  
Het warme aftreksel  
Het koude aftreksel  
Het maken van een tinctuur

Warme en koude kompressen  
Gemmo-preparaten  
Werking en dosering van gemmotherapeutica  
Leef- en voedingsgewoonten  
Benaming in het latijn  
Bewaren van geneesmiddelen  
Gevaren bij het innemen  
Geneesmiddelgebruik, zwangerschap en lactatie

### **Bach-bloesemtherapie**

Bachs filosofie over gezondheid en ziekten  
Bachs geneeswijze voor iedereen toepasbaar  
Alfabetisch overzicht van de remedies  
Verschillende diagnosemethoden  
De indeling in zeven groepen  
Eerste hulp-remedie  
De inname van Bach-remedies

### **Aromatherapie**

De ontwikkeling van de medische toepassing  
Toepassing van etherische stoffen in de  
Middeleeuwen  
Etherische oliën  
Essence en distillaat  
Niet oplosbaar in water  
Uitpersen  
De werking van etherisch oliën  
Snelle opname via de huid en inhalatie  
Energetische invloed  
Gebruik en voorzorgen  
Aromatherapie en homeopathie  
Speciaal gebruik op de huid  
Ontgiftingsreacties en overgevoeligheid  
Baden  
Kompressen

Verstuiving  
Verdamping  
Massage  
Schoonheidsbehandeling  
Sauna's en stoombaden  
Sportblessurebehandeling

### **Reflexologie**

Vormen van reflexologie  
Indeling in zones  
Het gebruik van tussenstoffen  
De werking van reflexologie  
Wel of niet toepassen?  
Houding van de cliënt  
De massageruimte  
De reflexologiebehandeling  
Causale benadering  
Hoe vaak behandelen?  
Het behandeltempo  
Reacties op de behandeling  
Gevaarlijke reacties  
Reacties na de behandeling

### **Ontspanningstechnieken**

De oorzaken van gespannenheid  
Gespannenheid ervaren  
De noodzaak van ontspanning  
De angst om te ontspannen  
Het belang van jezelf rust te gunnen  
Opnieuw programmeren van het vegetatieve  
zenuwstelsel  
Ontspanning voor iedereen  
Ademhalingsoefeningen  
Autogene training  
Speciale toepassingsmogelijkheden

Het instellen van de rust bij jezelf  
De zes oefeningen  
Zwaartegevoel en ontspannen van de spieren

## **Massagetechnieken**

### **Psycho- en gedragstherapie**

Het gesprek met de cliënt  
Het therapeutisch gesprek  
Vereisten voor een goed therapeutisch gesprek  
Het eerste consult  
Geuren  
Het limbische systeem  
Geurtherapie  
Kleuren  
Kleurentherapie  
Prikkel in de verstandelijke gehandicaptenzorg (VGZ)

### **Irisdiagnostiek**

Oude wetenschap  
Ontwikkeling van de moderne irisdiagnostiek  
Filosofie  
Plaats in de moderne geneeskunde  
Anatomie van het oog  
De iris  
Het netvlies  
Opbouw van de iris  
Iristopografie  
Praktische toepassing  
Standaard werkpatroon  
Gebruik van een cliëntenkaart  
De diagnose stellen  
Constitutie  
Vaststellen van de constitutie



Kleurveranderingen in de iris  
Geboren met blauwe ogen  
Oertypen blauwe en bruine ogen  
De constitutietypen  
Diathesen

### **Chakrathapie**

Wat is een chakra?  
Karma  
De zeven hoofdchakra's  
Chakrablokkade

### **Zelfzorg en mantelzorg in relatie met professionele zorg**

Zelfzorg  
Mantelzorg  
Professionele hulpverlening

### **Gezondheid als waarde en norm**

Belang van de leefstijl  
Invloed van gezondheidsgedrag  
Het interne milieu  
Het externe milieu  
Leefwijze is een uniek patroon

Zorg voor de gezondheid  
Het gezondheidsgedrag

### **Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding (GVO)**

Vormen van voorlichting  
Preventieve taken van GVO  
Voorlichting gericht op gedragsverandering  
GVO stappenplan  
Gezondheidsvoorlichtingsplan

## **De organisatie van de gezondheidszorg**

### **Indeling van de gezondheidszorg**

De extramurale gezondheidszorg

De semimurale gezondheidszorg

De intramurale gezondheidszorg

## **De rol van de overheid in de Nederlandse gezondheidszorg**

Gezondheidswetgeving vanaf 1956 tot nu

### **Wet BIG**

Additief werkende therapeuten vrijgesteld

Beschermde beroepen

Registratie van beroepsgroepen

Voorbehouden handelingen

Tuchtrechtspraak

### **Wet Bescherming Persoonsgegevens**

### **Wet Klachtrecht cliënten in de Zorgsector**

Tuchtrecht

De rol van de Inspectie

Bekendmaken van de klachtenregelingen

### **Wet op de Geneeskundige**

#### **Behandelingsovereenkomst (WGBO)**

Rechten en plichten van de hulpverlener

Rechten van de patiënt

Recht op informatie

Second opinion

De toestemmingsvereiste

Wilsverklaring

Inzagerecht

Kopie van het patiëntendossier

Bewaartermijn en vernietiging

Duidelijkheid van groot belang  
De patiëntenadministratie  
Bescherming van de persoonlijke levenssfeer  
Bescherming bij medische experimenten  
Plichten van de patiënt

### **Kwaliteitszorg en deskundigheidsbevordering**

Kwaliteitszorg bevorderen  
De patiënt wordt kritischer  
Communicatie met andere hulpverleners  
De eigen beroepshouding  
Deskundigheidsbevordering  
Participatie in maatschappelijke ontwikkelingen