



EDITIE 2 -2025

Uit de Praktijk

IN DEZE UITGAVE:

Over de zin en onzin van diagnostiek in de Psychiatrie
De Column van Max – Blog van Pien uit Psychosenet

Ik heb gestudeerd in een tijd waarin je je een veelheid aan kennis en vaardigheden kon eigen maken. Voor mij betekende dat o.a. studentassistentenschappen medische psychologie en anatomie, journalist bij de universiteitskrant, docent anatomie en fysiologie en activist zijn. Na mijn kandidaatsdiploma in de geneeskunde koos ik voor de zogenaamde vrije studierichting geneeskunde. Met als hoofdvakken kinder- en jeugdpsychiatrie en neurobiologie. Daarna volgde ik de postacademische opleiding psychotherapie. In die levensfase was ik eigenlijk niet geschikt voor het vak psychotherapie. Niet wijs genoeg en nog zoekende naar wat ik zelf in en van 'het leven' wilde. Gelukkig kon ik aan de slag in diverse staf- en lijnfuncties in zorg, onderwijs, jeugdbescherming en welzijn. Daarnaast heb ik een divers verleden in toezichthoudende en bestuurlijke functies. Sinds 2016 ben ik weer actief als zelfstandig en BIG-geregistreerd psychotherapeut en lid van de LVVP met de achterliggende gedachte dat ik er nu wel 'wijs' genoeg voor ben. Ik ben geschoold in diverse behandelmethoden waaronder die uit de Integratieve Cognitieve Gedragstherapie, systeemtherapie, mindfulness en Vedanta Psychologie. In mijn vrije tijd speel ik graag golf en gitaar.



Inhoudsopgave

Redactioneel **3**

Over de zin en onzin van diagnostiek in de Psychiatrie **4**

Blog Pien **8**

Column Max **10**

Gedicht **11**

Colofon

Redactie, Tansingh Partiman
Design, Robert Koopman, WarmGrijs
E: redactie@partiman.nl
M: 06 – 512 62 966
ISSN: 2773-2452

Auteursrecht

Er is sprake van auteursrecht op de teksten en afbeeldingen. Deze zijn en blijven eigendom van de respectievelijke auteurs, maar mogen met bronvermelding worden openbaargemaakt of vermenigvuldigd. Citeren met bronvermelding is toegestaan binnen de grenzen van het Nederlandse citaatrecht.

Het heeft even geduurd voordat dit tweede nummer van 'Uit de Praktijk' verschijnt. Ik zal u niet vermoeien met de redenen daarvoor. Belangrijker is de inhoud. Diagnostiek en bejegening staan centraal. En kende u de "Psychiater Stoornis" al?

Het hoofdartikel van deze uitgave gaat over psychiatrische diagnostiek. Nu stel ik als psychotherapeut uiteraard ook diagnoses. Niet omdat ik dat nuttig vind, maar omdat zorgverzekeraars dat verplicht stellen. Want dan kunnen ze onderling beter verrekenen. Het gaat dus niet om het belang van patiënten! Maar diagnoses kunnen wel uitermate beschadigend zijn voor cliënten. In het bijzonder de labeling met zogenaamde persoonlijkheids- en daaraan verwante 'stoornissen'. Hieronder enkele ervaringen.

Ik heb al een paar keer bij volwassen vrouwen die op latere leeftijd bij mij kwamen de diagnose 'borderline stoornis' ongedaan moeten maken. Door uitgebreide diagnostische gesprekken en het vervolgens afvinken van het DSM-lijstje kon ik deze diagnose die zeer ernstige gevolgen heeft gehad voor hun zelfbeeld, hun relaties en hun carrière wegstrepen. Bij al deze personen was de diagnose gesteld in een levensfase waarin ze in een crisis zaten. En toen deden zij 'raar en chaotisch'. Maar afgezien daarvan, hoe kun je als 'professional' iets over de persoonlijkheid van iemand zeggen als die in een crisis zit? Niemand is 'zichzelf' in een crisis. Echter, als je pech hebt en in handen valt van een psychiater of anderszins klassiek denkende gedragsdeskundige dan loop je dus het risico ernstig beschadigd te worden door ongepaste diagnostiek. In de reguliere geneeskunde heet dat 'iatrogene' schade. (Iatros is Grieks voor arts: letterlijk veroorzaakt door arts).

Een ander voorbeeld betreft een jongeman die ik met ernstige klachten naar de huisartsenpost had gestuurd voor een crisisopname. Eerst kreeg ik een boos telefoontje van de dienstdoende huisarts: wat hij hiermee moest? Ik wist toch veel beter wat er aan de hand was en hij had geen toegang tot mijn dossiers, dus waarom moest hij iets gaan regelen met de crisisdienst? Waarom deed ik dat niet zelf? Natuurlijk had hij gelijk in deze, maar de huidige wetgeving is zodanig dat ik als professional en dossierhouder geen enkele patiënt bij de crisisdienst mag insturen! Een arts met marginale scholing in de psychiatrie wel! Dat is bij wet zo geregeld. Maar het ergste moet nog komen. Deze patiënt

kreeg na dag 1 van de opname de diagnose 'autisme'. Omdat ik deze patiënt vrij goed kende, liet ik de behandelend psychiater weten – zij was een andere dan degene die de diagnose had gesteld – dat deze diagnose absoluut niet klopte. En waarop was trouwens die diagnose gebaseerd? "Hij kijkt je niet aan tijdens het gesprek"! Ja, dat klopt. Daar heeft hij moeite mee en daar zijn hele goede redenen voor. Maar dat ene 'symptoom' maakt iemand nog niet tot een autist. En zo mag de DSM ook absoluut niet worden gebruikt! Mijn argumenten en kennis over deze patiënt maakten echter geen enkele indruk. En hoewel de behandelend psychiater (in opleiding) ook merkte dat zij een heel open en prettig contact met de patiënt had, durfde zij de diagnose van haar opleidster niet ter discussie te stellen. Ook de derde psychiater waarmee ik in de loop van zijn behandeling te maken kreeg (de patiënt bleef ambulant bij mij in behandeling) legde mijn bezwaren naast zich neer. Ook zij bleef vasthouden aan autisme. Intussen ging het steeds beter met mijn cliënt waardoor hij zware medicatie (1200 mg Lithium) volledig kon afbouwen binnen zes maanden na de crisisopname. Overigens zeer tegen de zin van deze derde psychiater. Mijn patiënt werd intussen bij een nieuwe werkgever aangenomen. Tijdens de sollicitatieprocedure werd hij geprezen vanwege zijn uitstekende communicatieve vaardigheden. Hij zou in opleiding komen voor een baan in het onderwijs. En dan blijkt al snel dat hij een natuurtalent is in het omgaan met zijn leerlingen! In de boeken van de regionale S-GGZ instelling in mijn regio staat hij echter nog steeds te boek als 'autist'. En dat staat dus ook in hun dossier voor zijn huisarts! Voor alle helderheid, bij deze instelling werken ook psychiaters die wel luisteren, zorgvuldige diagnostiek bedrijven en communicatief zijn.

Als u dit leest, begrijpt u ook waarom ik het blog over de 'Psychiater Stoornis' van Pien in dit nummer wilde opnemen. Al weten u en ik dat deze stoornis over iedere willekeurige hulpverlener kan gaan. Dank je wel "Pien" dat ik je blog uit **Psychosenet** mag gebruiken. Als u dat nog niet heeft, raad ik u graag aan ook een gratis abonnement op hun voortreffelijke nieuwsbrief te nemen, zie <https://www.psychosenet.nl/>

Na al die zware kost, passend bij het seizoen, een vakantie-column van Max. En we sluiten af met een gedicht dat dik in de plus eindigt. Eind goed, al goed. Dank E.L.!

Tansingh Partiman, juni 2025



Bron: KRO-NCRV, 17 april 2021, <https://pointer.kro-ncrv.nl/diagnostiek-ggz-voorlopige-diagnose-in-drie-kwartier>

Over de zin en onzin van diagnostiek in de Psychiatrie

In korte tijd kreeg ik te maken met crisisopnames van drie van mijn patiënten in een psychiatrische instelling. Dat was in alle situaties helpend en in tenminste één situatie levensreddend. Complimenten voor onze collega's in de residentiële GGZ. Tegelijkertijd word je geconfronteerd met dilemma's over de zin en onzin van psychiatrische diagnostiek.

Even een stukje geschiedenis. In de jaren zestig ontstond een steeds grotere weerzin in de samenleving en bij 'progressieve' psychiaters/behandelaren tegen de psychiatrie en met name de medisch-biologische oriëntatie in het vak. Er ontstond een brede beweging onder de noemer 'Anti-psychiatrie' die zich richtte tegen labeling (diagnostiek), medicatie, het medisch-model denken etc. Het leidde onder meer in 1975 tot de beroemde film "One flew over the cuckoo's nest" met Jack Nicholson waarin de psychiatrie werd neergezet als alleen maar gericht op het rustig en volgbaar maken van patiënten door middel van elektroconvulsie therapie, pillen en lobotomie.

Zestig jaar later lijkt de anti-psychiatrie dood en begraven. Maar niet helemaal. Er is in Nederland een opvolger, 'De Nieuwe GGZ'¹ onder leiding van onder meer psychiater-hoogleraar Jim van Os. En natuurlijk is psychiater Bram Bakker ook een bekende criticus van de medisch-biologisch georiënteerde psychiatrie².

Maar ook de oude psychiatrie bestaat niet meer. Instellingen zijn gesloten of hebben een veel beperkter opdracht (lees: zorgverzekeraars willen geen dure zorg betalen) en medicatie is veel meer gericht op het mogelijk maken van psychologische behandeltrajecten. Daarnaast is het taboe

¹ <https://www.denieuweggz.nl/>

² <https://brambakker.com/onderwerp/antidepressiva>

op mentale problematiek steeds kleiner geworden. Sporters (van topvoetballers en atletiekbeoefenaren tot topartiesten en topdarters) spreken openlijk over de coaching die zij krijgen van hulpverleners. Tegelijk lijkt het erop alsof behandelingen een steeds grotere luxe worden. Wachtlijsten en wachttijden zijn dramatisch lang. Onder meer omdat behandelaars vaak omzetplafonds krijgen toegewezen. Ben je bij verzekeraar X in juli al door je omzetplafond heen, dan kun je geen patiënten van deze zorgverzekeraar meer behandelen terwijl je daar wel de tijd voor hebt. Nou ja, het kan wel, maar dan in eigen tijd en op eigen kosten. Maar het moet nu eenmaal minder is de boodschap van politiek en zorgverzekeraars. En dat terwijl het GGZ-budget maar een fractie is van het gehele gezondheidszorgbudget³. Er gaat bijna twee keer zoveel geld naar genees- en hulpmiddelen. Wat onveranderd is gebleven, is de gewoonte van het labelen, de diagnostiek. Diagnostiek is overigens niet een

eenduidig begrip in de GGZ. Er zijn grofweg drie varianten: de psychodynamische diagnostiek (gefocusd op innerlijke conflicten, jeugdtrauma's, etc.), de behavioristische diagnostiek (functionele gedragsanalyses) en de medisch-model achtige psychiatrische diagnostiek (DSM).

De psychodynamische denkmodellen zijn niet erg wetenschappelijk, maar geven wel veel ruimte aan het onbewuste, dromen en 'onderdrukte' noden en behoeften. Wat men er ook van vindt, het leert je wel om 'diep' te leren kijken in de wondere wereld van het dynamisch 'onbewuste'. Het Freudiaanse dynamische denken, dat al vroeg ontaardde in nogal dogmatische stellingnames en strijd is inmiddels ingewisseld voor eenvoudiger modellen zoals Schematherapie. Al ontbreekt het ook daar niet aan quasi-diepzinnige blabla.

>>



Bron: Afbeelding Marthe van de Grift, Volkskrant 22 januari 2021, <https://www.volkskrant.nl/wetenschap/last-van-het-verkeerde-label-waarom-er-in-de-ggz-veel-foute-diagnosen-zijn~b5b5c2f3/?referrer=https%3A%2F%2Fwww.google.nl%2F>

³ <https://www.rijksfinancien.nl/memorie-van-toelichting/2019/1SUPP/XVI/onderdeel/d17e35306>

De behavioristische diagnostiek is in zekere zin het meest ‘objectiveerbaar’ en heeft als sterk punt dat het belang van de omgeving (het systeem zo u wilt) wordt meegenomen. Gedrag is niet een intrapsychisch mirakel, maar is stimulus (omgevings-) afhankelijk, is aangeleerd (door middel van klassieke en operante conditionering) en wordt in stand gehouden door bekrachtigingsmechanismen (afwezigheid en of vermindering van pijn/angst etc. dan wel aanwezigheid van een veiligheidssignaal, dan wel het optreden van plezierige gevoelens). Probleemgedrag/klachten kenmerken zich in het algemeen door eenzijdigheid van het gedrag. Dat leidt tot een zodanige beperking van het gedragsrepertoire dat men zelf dan wel iemands omgeving daar ‘last’ van heeft. OCD en fobieën zijn bekende voorbeelden. En binnen de grootste categorie van klachten, depressieve gevoelens, is de inperking van de leefwereld een bekend gegeven. Maar als je iets hebt aangeleerd dan kun je dat gedrag natuurlijk ook veranderen (aanleren, afleren, bijleren, negeren) door het gebruik van de juiste stimulus. Echter, de oorspronkelijke vermeden black box van gedachten en gevoelens uit de begintijd van het behaviorisme, is inmiddels vervangen door het uitdrukkelijk incorporeren van ‘cognities’ wat dan culmineert in Cognitieve Gedragstherapie (CGT). Interessant is dat we met het incorporeren van cognities het intra-psychische domein betreden en integreren in een model dat gericht is op het intersubjectief objectiveren van stimuli. Wie de standaard protocollen voor de GGZ erop naslaat leest dat CGT intussen goed is voor bijna alles.

Dan is er natuurlijk nog de ouderwetse psychiatrische diagnostiek culminerend in een DSM-label dat in toenemende mate is gemedicaliseerd dankzij de dominante Amerikaanse inbreng die zwaar wordt beïnvloed door de farma-industrie^{4,5}. Dit label is gebaseerd op het statistisch groeperen van gedragingen/criteria waarbij een label pas van toepassing verklaard mag worden als er een minimumaantal hiervan kan worden gescoord. Als er bijvoorbeeld 9 criteria zijn dan moeten er minimaal 5 aanwezig zijn wil het label van toepassing zijn. Dat is op zich een interessante redenering omdat 5 van de 9 leidt tot grote onderlinge verschillen: bijv. depressieve patiënt A op basis van 1,2, 3, 4 en 5. Maar

depressieve patiënt B op basis van 5, 6,7, 8 en 9 etc. Dat doet wel recht aan het feit dat iedereen nu eenmaal uniek is, maar behandeltechnisch heb je hier natuurlijk helemaal niets aan. Er is onder meer daardoor ook geen enkel logisch verband tussen DSM-diagnose en behandeling, zoals dat er wel veel meer is tussen een functionele gedragsanalyse en behandeling. Vanuit de farmaceutische industrie is men er overigens wel in geslaagd om patiënt A en B dezelfde pil toe te laten schuiven. Voor alle duidelijkheid, ik ben absoluut niet tegen medicatie. Maar mijn ervaring is dat er zelden sprake is van maatwerk en het consciëntieus volgen van de individuele effecten door de voorschrijvend medicus. En afbouw moet je zelf op aansturen, want zolang het met je ‘klachten’ goed gaat, laat men het zoals het is.

De bezwaren tegen labeling en de bijbehorende medicalisering zijn eigenlijk nog steeds dezelfde als in de jaren zestig en zeventig en hebben ook niets aan waarde ingeboet (zie nogmaals ook Van Os en Bakker.) Medicalisering van gedrag dat niet-medisch is, kent de volgende bezwaren:

- 1) Medicalisering leidt tot symptoombestrijding
- 2) Medicalisering leidt tot een ziekte-label (u heeft een stoornis)
- 3) Psychiatrisch ziek-zijn is een ziekte van de hersenen en is dus biologisch (en dus hoeft je/kun je niets doen aan een ziekmakende omgeving/samenleving). In dit primitieve denkmodel heeft hardware (hersenen) het primaat boven de software (‘geest/bewustzijn’). Er is iets mis met een stofje in je hersenen en daarom ben je depressief. En dan heb je grofweg twee keuzes: het niveau van dat stofje op de een of andere manier verhogen of de afbraak ervan verminderen (antidepressiva) dan wel een stofje gebruiken dat het tegengestelde effect geeft (cocaïne bijvoorbeeld :-)). Op het hersenen-geest model kom ik terug in een later artikel waarin ik zal ingaan op het vedantische (‘hindoeïstische’) bewustzijnsmodel.
- 4) Labels zijn ook zelf-programmerend (je gaat je ernaar gedragen, zoals we weten uit vele experimenten), fixerend (je bent nu eenmaal borderline en daar kun je niets aan veranderen) en schadelijk (wordt tegen je gebruikt: arbeidsmarkt, verzekeringen etc.).

⁴ ‘Psychiatriebijbel’ onder invloed farmaceutische industrie, Ned. Tijdschr Geneesk. 2008, 31 mei; 152(22)

⁵ A Comparison of DSM-IV and DSM-5 Panel Members’ Financial Associations with Industry: A Pernicious Problem Persists; <https://journals.plos.org/plos-medicine/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.1001190>

5) En zoals al gesteld: er is geen enkel verband tussen een diagnose en behandeling. Al wordt met zogenaamde standaardprotocollen de illusie gewekt dat dat wel zo is. Maar wie de protocollen bestudeert en met elkaar vergelijkt, ziet dat het van algemeenheden aan elkaar hangt en helemaal niets zegt over wat je bij patiënt X op welk moment wel of niet inzet als behandelinterventie. Behalve in zeer grove termen (en Cognitieve Gedragstherapie is altijd goed).

Er valt ook niks specifiek te zeggen: iedereen is nu eenmaal uniek en iedere behandeling moet maatwerk zijn als je effectief wilt zijn. Nog afgezien van het feit dat een en dezelfde behandelinterventie (bijv. exposure) op vele verschillende manieren kan worden ingezet.

In mijn ervaring is het label van de persoonlijkheidsstoornis nefast. Nergens is de schade van zelf-programmering en fixatie groter dan bij dit soort diagnoses.

“Iedereen is nu eenmaal uniek en iedere behandeling moet maatwerk zijn als je effectief wilt zijn”

Neem in de eerste plaats het begrip persoonlijkheid. Fundamenteel is dat alleen maar te operationaliseren als een patroon van vaste stimulus-respons (S-R-S) patronen in het alledaagse leven. Nu hebben we dat allemaal natuurlijk. En dat is ook heel functioneel. Ons gedrag kan niet voorspelbaar en beheersbaar zijn als we doorlopend anders reageren op dezelfde stimulus. Bijvoorbeeld, rood licht: hard doorrijden, voorzichtig doorrijden, gas terugnemen, stoppen. Vaste patronen zijn dus niet per se pathologisch of dysfunctioneel. Dysfunctioneel wordt iets pas als het door de persoon zelf en of zijn omgeving als ‘hinderlijk’ wordt ervaren, als het belemmeringen op gaat leveren in het sociale verkeer, op het werk, in relaties. Bovendien, waarom zou men bepaalde clusters van dysfunctioneel gedrag

uitroepen tot een persoonlijkheidsstoornis en andere niet? Waarom niet een ‘trauma-persoonlijkheidsstoornis’, of een ‘bipolaire persoonlijkheidsstoornis’, of een ‘fobische persoonlijkheidsstoornis’? De definitie die het kenniscentrum voor persoonlijkheidsstoornissen hanteert⁶ demonstreert dat zelfs de experts er niet echt iets zinnigs over te melden hebben. Waarom ben je gestoord als je “duurzame patronen van innerlijke ervaringen en gedragingen” hebt?

In mijn praktijk heb ik met enige regelmaat ervaren dat vrouwen die in hun jeugd in een crisissituatie verkeerden ten onrechte werden gelabeld als ‘borderline’. Alleen al onterecht omdat het stellen van een persoonlijkheidsdiagnose in een crisissituatie een ernstige kunstfout is. In een labiele situatie zijn wij nu eenmaal niet ‘onszelf’ en kan en mag je helemaal geen persoonlijkheidsdiagnose stellen. Over je persoonlijkheid valt in een crisissituatie niets zinnigs te zeggen. Bij mijn cliënten was met de DSM in de hand was zeer eenvoudig om aan te tonen dat deze vrouwen in het geheel niet voldeden aan de eisen die de DSM stelt aan een dergelijke diagnose. En toch is ‘borderline’ een populaire stoornis bij vrouwen terwijl een stoornis in het ‘autistisch spectrum’ het goed doet bij beide geslachten. Maar ook in de ‘gewone’ samenleving is het labelen een populaire volkssport: het aantal autisten, narcisten, hoogbegaafden, ADHD-ers en neurodiversen om mij heen groeit met de dag. Bijzonder in de samenleving is dat op het hoogste niveau ‘raar’ eenzijdig gedrag een enorm ‘voordeel’ of gewoon ‘normaal’ blijkt te zijn. De machtigste man van Nederland, minister-president, M. Rutte heeft structureel last van geheugenverlies, de heer Wilders heeft structureel last van haat tegen alles wat Moslims en (gekleurde) migrant is, in diverse studentencorpora is de ontgroening structureel gewelddadig en ontierend.

Voor alle helderheid, diagnostiek is belangrijk en noodzakelijk. Als er iets aan uw auto mankeert, zal uw garagehouder allereerst diagnostiek bedrijven. Maar u zou toch raar opkijken als dat diagnostisch proces leidt tot nog meer schade aan uw auto. Dat zou in de GGZ zeker niet moeten. Toch?

Tansingh Partiman

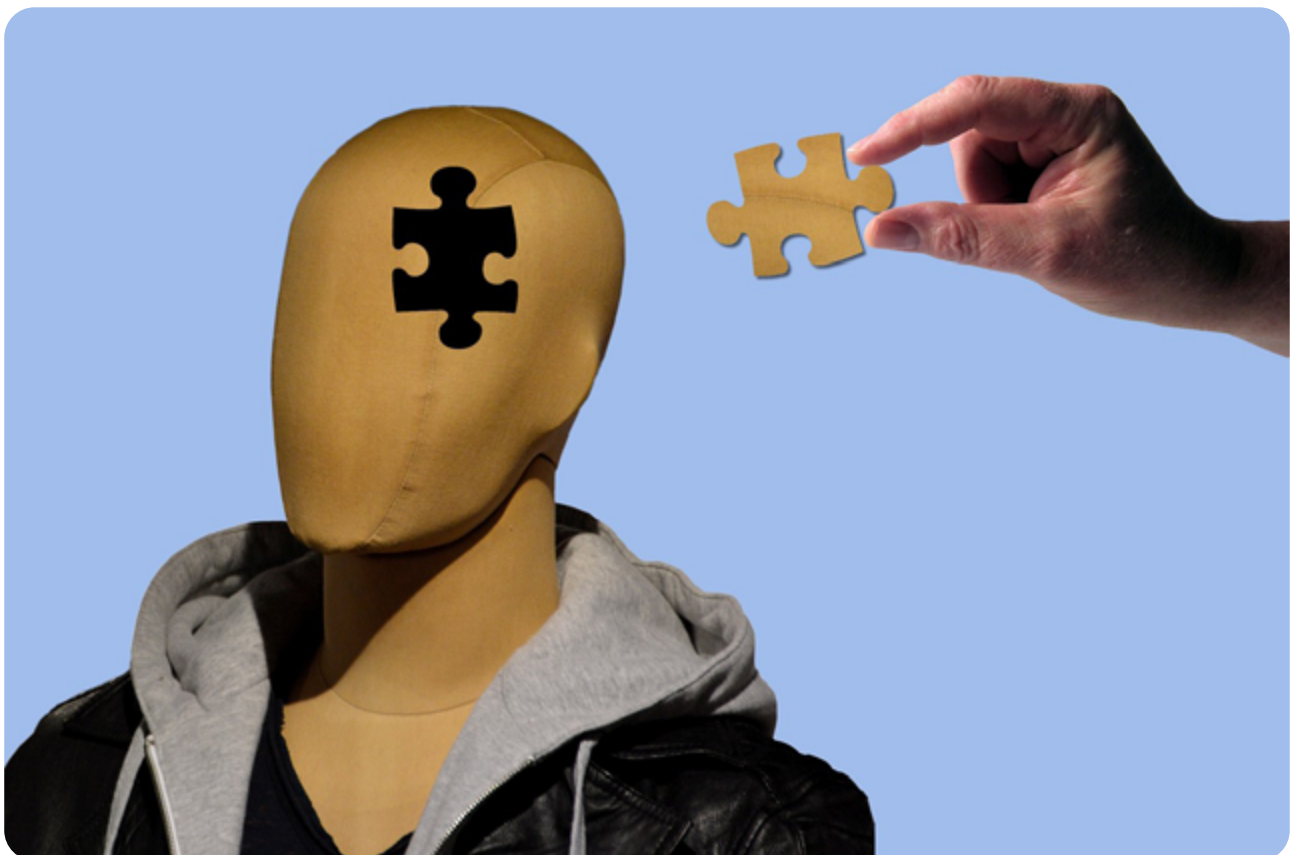
⁶ <https://www.kenniscentrump.nl/wat-is-een-persoonlijkheidsstoornis-ok/>

“Beste psychiaters van de afgelopen 22 jaar. Dit is mijn 22^e jubileum bij de GGZ!”

“Ik heb goede tijden gekend en minder goede momenten. De goede momenten ervoer ik goede zorg. Vooral van de verpleging, SPV-ers en een aantal artsen. Zoveel mensen zijn betrokken, zorgzaam en respectvol, en hebben het beste voor met mijn herstel. De mindere momenten die ik heb ervaren waren toch vaak de contacten die ik had met u of uw collega. Bij mij wrikte dit voortdurend...”

Ik denk dat we allemaal weten, dat veel Psychiaters geen people persons zijn. Sommige zijn lief en leuk, heerlijk, zeker. Toch: het belang van een relatie tussen de persoon die jou (zware) medicatie voorschrijft, en diagnoses stelt, lijkt niet zo van belang. Dat relationele gedoe doe je maar bij je SPV-er of bij je hobbyclubje.

Psychiater stoornis



luisteren door de psych, het wordt geprobeerd. Maar vaak zie ik dat de beruchte “psychiater stoornis” de overhand neemt in het gesprek. Deze stoornis geldt gelukkig niet voor alle psychiaters, maar op mijn pad binnen de GGZ ben ik het helaas vaak tegengekomen. Dit is: het snel en soms inaccuraat formuleren en in vakjes stoppen of: alles wat iemand doet of zegt maar toeschrijven aan de diagnose of stoornis. De psychiater stoornis behelst verder de volgende symptomen; Moeite met begrijpend luisteren; alles wat buiten het eigen kader valt, valt weg in een soort dissociatie of wordt in een vakje gestopt; Moeite met gesprekstechnieken zoals samenvatten, navragen, betrekken, begrip tonen; Het is soms lastig voor iemand met deze stoornis om de client als een weldenkend of gelijkwaardig persoon te beschouwen en het kan moeilijk zijn om de eigen oordelen te verbergen. *Andere symptomen zijn: te snel medicatie als oplossing bieden, kokervisie, het “beter weten”, een bepaalde blindheid voor omstandigheden en andere oorzaken van mogelijke klachten.

Tips om de stoornis te beheersen

De prognose is goed: de klachten kunnen verbeterd en soms zelfs helemaal (zonder medicatie) verholpen worden door de volgende stappen; Conversatie technieken oefenen bv: niet oordelen (laat je mening bij de deur), niet gelijk met oplossingen komen, empathie en interesse tonen met open vragen, erkennen en samenvatten; Op de hoogte blijven: volg ontwikkelingen via media bv of via collega's (LinkedIn bv). Kruisbestuiving: contact met andere teams en afdelingen, andere GGZ instellingen in Nederland, wat spoken zij uit? Alternatieven voor medicatie inpassen in de behandeling: mogelijke therapieën, cursussen, zelfregie, recovery colleges. Zet je diagnostische bril af en toe af, take a break en wees jezelf



Tip: lees het boek “We zijn God niet”



“...Psychiaters: ondanks mijn negatieve ervaringen, hoop ik dat deze tips u verder helpen met uw zoektocht naar herstel, en dat u vooral niet in een hokje wordt geplaatst waarin u zich niet kunt vinden of dat u zich over één kam voelt gescheerd. Er valt met deze stoornis te leven, maar u maakt het mogelijk prettiger voor anderen, als u hieraan zou werken.

Lieve groet,

Pien

Blog Psychosenet.nl d.d. 28-04-2022,

<https://www.psychosenet.nl/actueel/?post-types=post>

Pien is al meer dan 22 jaar ervaringsdeskundige in de psychiatrie, ze is psychosegevoelig en heeft angstproblematiek ervaren. Ze staat achter een meer menselijke aanpak in de psychiatrie.



Vakantie?

Rond deze tijd gaan de eerste mensen met vakantie.

Ik ga meestal niet. Niet omdat dit niet kan maar omdat ik vakantie vaak zo'n gedoe vindt.

Alle zorg op de juiste manier thuis krijgen is al een organisatie, laat staan ergens in de middle of nowhere in Nederland. Over het buitenland heb ik het maar helemaal niet. Er zijn vele reisorganisaties die je volledig ontzorgen als je zoals ik een zwaar lichamelijke handicap hebt. Dat betekent dan wel vaak met andere gehandicapte mensen in groepsverband op vakantie. Iets wat heel leuk en prettig kan zijn, maar als je voor het zoveelste jaar op rij zo'n vakantie heb meegemaakt met standaard een zwembad, pretpark en dierentuin, terrasje, shopdagje en disco inbegrepen heb je het wel gehad. Zeg nou zelf: Als je achter in de twintig bent maakt het volgens mij niks uit of je een handicap hebt of niet; dan vind je jezelf verkleden en tot maximaal 00:30 uur rolstoeldansen onder het genot van een glaasje limonade niks meer. Dat laatste is voor mij trouwens geen probleem, ik drink na genoeg niet. Ik lust wonder boven wonder alleen sterke drank, en dan nog lang niet alle, in de hoeveelheden van 1 glas per jaar of minder. Ja een echt feestbeest ben ik. Ergens prijs ik me daar gelukkig mee, want ik kan uit ervaring vertellen dat dronken gehandicapte mensen net als valide mensen doorgaans vervelend zijn, en omdat er vaak met een hulpmiddel als een rietje gedronken moet worden zijn ze vaak binnen no time blauw.

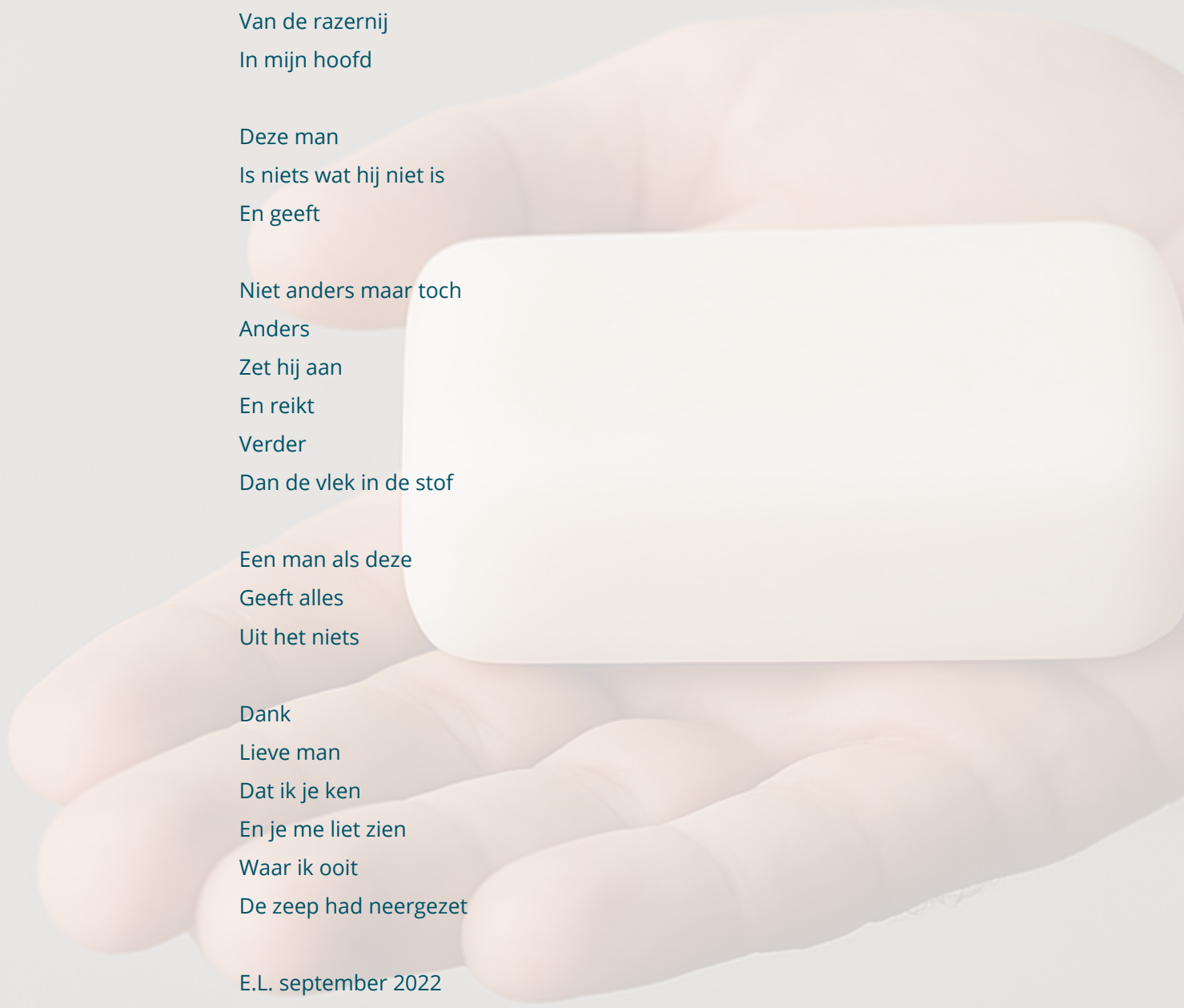
Met mijn ouders ben ik regelmatig gaan kamperen in Nederland. Kamperen noem ik het omdat we een caravan hadden en op een camping stonden, maar daar houdt

de vergelijking op. Zo lag er bij ons kliklaminaat in de voortent zodat mijn tillift vrijdbaar was, er stond een hoog-laag bed want ik kon niet (meer) in de caravan slapen. Vanwege ruimtegebruik in de meeste invalide toiletten deed ik mijn behoefte in de voortent op een toiletstoel. Met diezelfde toiletstoel die ook douchestoel was, gingen we over de camping naar de douche. Mocht de stoel te groot blijken, werd dit een tuinstoeltje, wat gelijk heel wat improvisatie vereiste, maar mijn vader steevast de zin ontlokte die ik vaak vervloekt heb: "Dit is campinglife!" Ik zal niet ontkennen dat het vaak genoeg ook leuk is geweest dat kamperen, maar het was vooral veel gedoe.

Jaren geleden wilde ik samen met een vriendin naar Barcelona. een dag of acht. Geen georganiseerd plan met meerdere mensen gewoon met zijn tweeën, dachten we. Dat bleek een illusie. Toen de thuiszorg in Spanje erachter kwam wat voor zorg ik nodig had, wilden ze alleen nog begeleidende zorg bieden. Intussen vergiste de vliegtuigmaatschappij zich tot 2 keer toe in de grootte van mijn rolstoel. Nee, ik kon niet mee met rolstoel en al, maar ja, ik ben wel rolstoelgebonden. Behalve als ik eruit wordt getild voor het slapen gaan.

In de afgelopen jaren ben ik een paar keer met vrienden en hun gezin op vakantie geweest in Nederland. Omdat deze mensen in de zorg werken (en de zorg dus op zich nemen) voor de rest lekker nuchter en down to earth zijn, zijn dat de keren geweest dat ik echt vakantie had voor mijn gevoel. En als dat eens in de zoveel jaar voorkomt is dat voor mij voldoende.

Max

A close-up photograph of a hand holding a bar of white soap. The hand is positioned palm-up, with the fingers slightly curled around the soap. The soap is a simple, rectangular bar with rounded edges. The background is a soft, out-of-focus light grey.

Een goede man
Zit op zijn stoel en ziet er
Niet anders dan anders uit

Niet anders dan anders
Deelt en raakt hij
Niet buiten
Adem
Van de razernij
In mijn hoofd

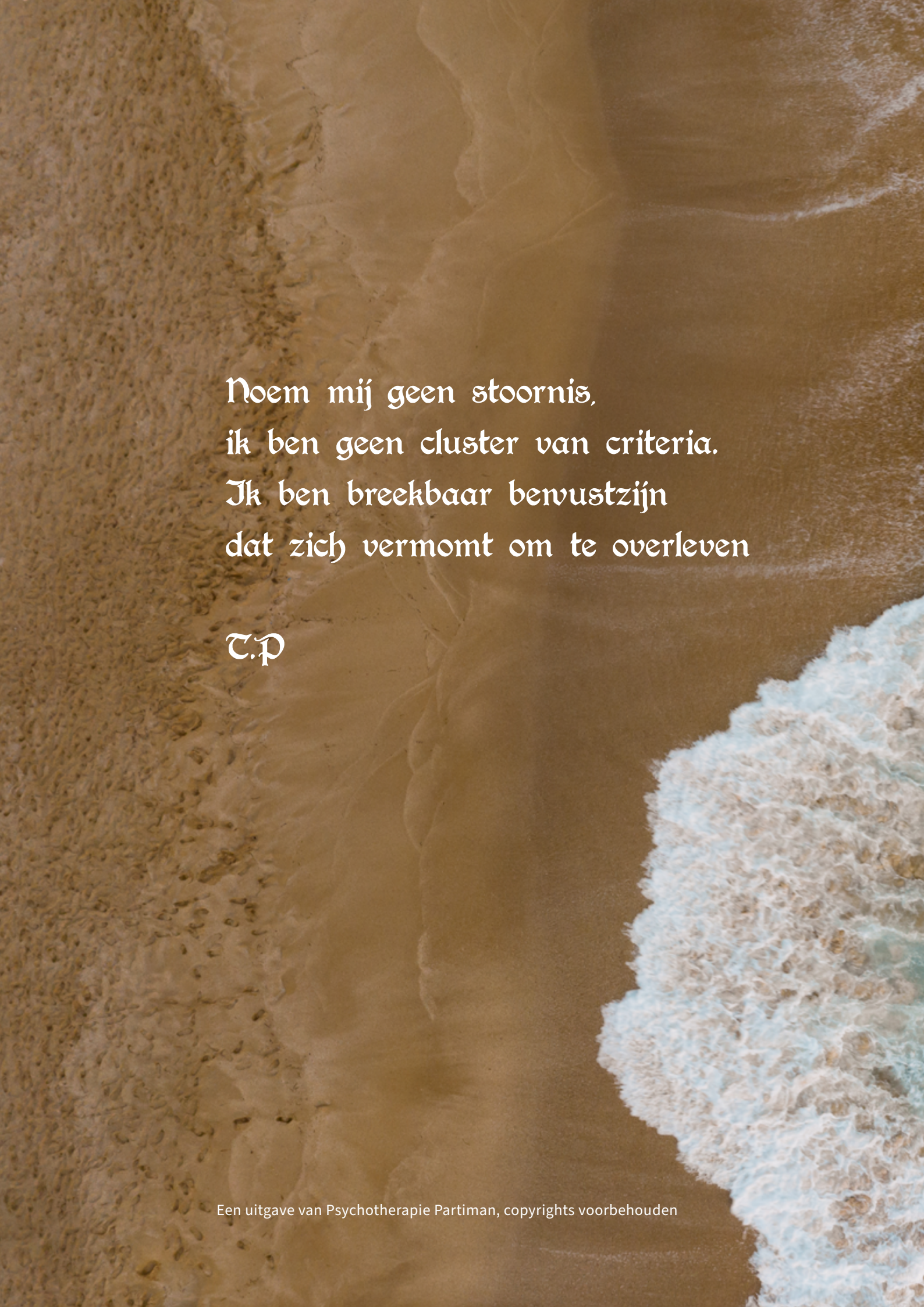
Deze man
Is niets wat hij niet is
En geeft

Niet anders maar toch
Anders
Zet hij aan
En reikt
Verder
Dan de vlek in de stof

Een man als deze
Geeft alles
Uit het niets

Dank
Lieve man
Dat ik je ken
En je me liet zien
Waar ik ooit
De zeep had neergezet

E.L. september 2022



Noem mij geen stoornis,
ik ben geen cluster van criteria.
Ik ben breekbaar bewustzijn
dat zich vermomt om te overleven

T.P