

Tom Kuipers

Handicap en prothese in de psychiatrie

Personalia:

Tom Kuipers is psychiater en directeur zorg bij de stichting Forum GGz Nijmegen. Daarnaast is hij secretaris van de Stichting Interactie. Hij ontwikkelt in samenwerking met bureau de Mat interactievaardigheidstrainingen die toepasbaar zijn in de zorg voor patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen.

Dankbetuiging

Dit artikel had niet geschreven kunnen worden zonder de intensieve trainingsarbeid die de laatste 13 jaar is verricht door trainers, hulpverleners in de ggz, familieleden en patiënten. Dit werd mogelijk gemaakt door de Stichting Interactie, de verenigingen Ypsilon en Anoiksis en door de trainers van Bureau de Mat. Verder dank ik alle directies en raden van bestuur van ggz instellingen die dit werk hebben gefaciliteerd. Ik dank Nienke van Bekkum voor haar hulp bij het schrijven van dit artikel. Financiële steun voor het ontwerp en de uitvoering van de trainingen werd ontvangen van het VSB fonds, de firma Lilly nl en het RVVZ fonds.

Nunspeet

23 februari '07

Inleiding

Beperkingen die veroorzaakt worden door een psychiatrische aandoening hebben veel impact op de interactie tussen mensen. Vaak belemmeren zij de mogelijkheden om samen te werken. In dit artikel wordt het model van beperkingen en protheses, bekend uit de revalidatiegeneeskunde, toegepast op de psychiatrie. Psychiatrische protheses kunnen worden opgevat als gedrag van hulpverleners of andere betrokkenen waarmee zij de schadelijke effecten op de interactie van psychiatrische handicaps tot een minimum trachten te beperken. Deze formulering maakt direct het verschil duidelijk tussen protheses in de somatiek en in de psychiatrie. In de somatiek is het aan de patiënt zelf om een door anderen gefabriceerde prothese te leren kennen, ermee te leren omgaan en het functionele resultaat ervan te beoordelen en te waarderen. Protheses in de psychiatrie worden niet alleen gemaakt door de hulpverlener, maar hij voert de prothese ook steeds zelf uit. De hulpverlener zet zichzelf in als prothese; dit vergt een professionele distantie die niet makkelijk is aan te leren. Ook wordt een prothese soms ingezet tegen de wens van de patiënt in. Bij het beoordelen van de werkzaamheid van een prothese speelt de omgeving een veel belangrijker rol dan bij fysieke protheses. Het idee van beperkingen en protheses in de psychiatrie is dus zeer aantrekkelijk vanwege haar eenvoud maar bij het ontwerpen en in de praktische uitvoering blijkt hoe moeilijk dat is met name voor de directe omgeving. De succesfactor moet dus echt gelegen zijn in een nuttig effect dat opweegt tegen de moeite die het kost om een prothetische functie te realiseren.

Prothese

Een 'prothese' is een kunstmatige vervanging of correctie van een lichaamsdeel, orgaan of onderdeel van een orgaan, dat geheel of deels afwezig is of een functiebeperking heeft. Als iemand een been mist, ligt het voor de hand een prothese, een kunstbeen, te maken om het verlies van het been te compenseren. In de psychiatrie ligt de ontwikkeling van protheses vreemd genoeg minder voor de hand. Echter als ernstige en blijvende tekorten in denken en waarnemen of op het gebied van sociaal gedrag worden beschouwd als functiestoornis, dan past de ontwikkeling van kunstmatige vervangingen of correcties ook binnen de definitie. Personen in de directe omgeving ontwerpen en voeren deze functies zelf uit door middel van hun gedrag. Daarbij kunnen soms materiële hulpmiddelen worden ingezet, zoals *handheld* computers bij protheses voor geheugenfunctiestoornissen.

De WHO heeft verschillende pogingen gedaan om *impairment and disabilities* van de psychiatrie op de agenda te krijgen (International Classification of Functioning, Disability and Health; ICF, 2001). Ik heb de indruk dat er in de geestelijke gezondheidszorg weinig gedaan wordt met dit indelingsprincipe. Dat kan te maken hebben met het feit dat er met deze classificatie nog geen antwoord gegeven wordt op de vraag hoe om te gaan met psychiatrische *impairments*. Het probleem wordt dus wel gesteld maar de oplossing komt niet dichterbij. Het ontwerpen van 'psychiatrische protheses' kan hierin misschien verandering brengen omdat er een perspectief geboden wordt op wat men met functionele beperkingen van patiënten kan doen.

De formulering van psychiatrische beperkingen, reacties daarop en protheses die in dit artikel worden beschreven, is afgeleid uit de training Interactievaardigheden (Kuipers, 2003)¹. Sinds 1994 worden groepen familieleden en hulpverleners van mensen met psychiatrische aandoeningen getraind in interactie-vaardigheden die van belang zijn in het leven en werken met patiënten die een psychose hadden of hebben. Door te oefenen met enkele basisinstrumenten zoekt men naar steeds beter passende prothetische vormen van omgang. De trainers zagen na een aantal jaren bepaalde handicaps & prothese-combinaties steeds terugkomen. In dit artikel wordt beschreven wat de stand van zaken is na enkele jaren trainen en observeren. In vervolgartikelen zal worden ingegaan op de beperkingen en protheses die gebruikt kunnen worden voor de doelgroepen autisme verwante stoornissen, persoonlijkheidsstoornissen (cluster B), verslaving en bipolaire stoornissen.

‘Kan niet’ en ‘wil niet’

Omdat de training gegeven wordt aan mensen met verschillende achtergronden is gekozen voor eenvoud in taal en instrumentarium. Dat vindt men terug in de benamingen ‘kan niet’ voor een beperking en ‘wil niet’ voor weerstand die berust op een tegenstelling van belangen. Ook het instrument ‘de Mat’, dat in de trainingen gebruikt wordt om naar een interactie tussen twee of drie personen te kunnen kijken is van een dergelijke eenvoud.

Bij omgangsproblemen die te maken hebben met ‘wil niet’ werken protheses niet. Dan kan men beter iets trachten te bereiken door te onderhandelen, door te begrenzen of door *powertools* in te zetten.

Als men daarentegen veronderstelt dat iemand iets niet kan dan ontstaat er een ander soort probleem. Meestal volgt eerst een afweging of men wel kan accepteren dat de ander echt een beperking heeft. Dat is vaak al een moeilijke opgave. Verder is het interessant om na te gaan welke problemen de betreffende beperking kan opleveren. Wanneer, bijvoorbeeld, de partner van een patiënt tot de conclusie komt dat deze zich nog al eens warrig gedraagt en dat vriendelijke verzoeken noch het stellen van eisen hier iets aan veranderen, dan moet de partner in de eerste plaats accepteren dat die warrigheid een feit is. De patiënt *kán* niet orderlijk handelen, het is een ‘kan niet’. Vervolgens vraagt de partner zich af of zij daar iets aan wil doen. Pas nadat zij hierover een besluit heeft genomen kan zij nagaan of er een prothese mogelijk is en of zij in staat is deze prothese te leveren. De belangen (‘wil niet’) en de mogelijkheden (‘kan niet’) van de protheseverlener spelen in deze situaties dus een beslissende rol. Anders gezegd, niet alleen de welwillendheid, en in het geval van de hulpverlener de taakopdracht, maar ook de competenties van de protheseverlener zijn bepalend.

Effecten van ‘kan niet’

In het normale interpersoonlijke verkeer is er voldoende speelruimte waardoor functionele beperkingen van groepsleden niet zonder meer tot problemen hoeven te leiden. Dat is maar goed ook want iedereen heeft zo nu en dan te

¹ De training interactievaardigheden wordt gegeven door Bureau de Mat (www.demat.nl). Hulpverleners, familieleden en patiënten leren hoe ze hun houding en gedrag kunnen afstemmen op het gedrag van de patiënt.

maken met algemene factoren die functionele beperkingen met zich mee brengen. Fysiologische aspecten zoals hypo- en hyperarousal bij angst en boosheid kunnen enorme 'kan niet's' genereren. Ook belangrijk zijn omgevingsfactoren, zoals het verlies van een beschermende context, ongelukken, natuurrampen, geen onderdak hebben en eenzaamheid. Bij angst wordt de aandacht slechter en het leervermogen bemoeilijkt. In paniek is leren onmogelijk, de realiteitstoetsing gestoord en coöperatie onmogelijk. Het gaat bij dit type factoren meestal om tijdelijke, voorbijgaande 'kan niet's'. Het interpersoonlijke aanpassingsvermogen is in de regel goed genoeg om met tijdelijke 'kan niet's' om te gaan; die bevinden zich dan ook zelden in het domein van psychiatrisch ziek zijn. De boven genoemde speelruimte wordt begrensd door eigenschappen van de leefgroep (bijvoorbeeld de grootte van de groep of de rijkdommen en voorzieningen waarover men kan beschikken) en door omstandigheden waarin een groep zich bevindt. Als er gevaar dreigt voor de groep zullen bepaalde beperkingen, bijvoorbeeld die te maken hebben met de mobiliteit van groepsleden, veel zwaarder wegen dan wanneer een groep in veiligheid is. Als een beperking van een individu gevaar oplevert voor de groep is het de moeite waard om te zoeken naar aanpassingen die het nadelige effect van deze beperking opheffen of neutraliseren. Als het nadelige effect niet opgeheven kan worden is sociale uitsluiting de volgende stap. Denk aan een ziek of oud lid van een nomadenstam. Als deze persoon niet meer kan lopen en niet meer op een kameel kan klimmen en de stamleden hebben geen tijd of gelegenheid om hier een mouw aan te passen dan zal dit stamlid waarschijnlijk achter gelaten worden als de groep om dwingende redenen verder moet.

Een bekende waarneming in de trainingen is dat het groepsleden beter uitkomt om functionele beperkingen toe te schrijven aan 'wil niet' dan aan 'kan niet'; waarschijnlijk omdat dat nog ruimte laat voor aanpassingen en daardoor voordeel voor de groep kan opleveren. Dat wil zeggen door de beperking op voorhand aan 'wil niet' toe te schrijven biedt de groep de betreffende persoon nog de gelegenheid om zijn gedrag te veranderen; de groep hoeft dan geen inspanning te leveren. Net als individuen maken collectieven dus ook gebruik van de *self serving bias* (zie onder andere: Kahneman en Renshon, 2006). Men kan zich daar ook wel iets bij voorstellen. Immers als binnen een groep te snel geconcludeerd wordt dat er sprake is van 'kan niet' dan komt men in de voorstadia terecht van sociale uitsluiting, hetgeen niet alleen inspanningen van de groepsleden zal vergen maar ook nog eens het risico van verzwakking van de groep kan inhouden. Sociale uitsluiting van een groepslid, ziek of niet ziek, kan deels wel een oplossing voor het probleem zijn, maar het is ook altijd een offer. Het is dus heel nuttig dat een uitsluitings-proces niet te zeer voor de hand ligt.

Een recent voorbeeld van een sociaal dilemma dat betrekking heeft op de vraag of bepaald afwijkend en bedreigend gedrag toegeschreven moet worden aan 'wil niet anders' of 'kan niet anders' is te vinden in de discussies die naar aanleiding van Dalrymple's boek *Romancing opiates* zijn losgebarsten. Terwijl de experts op het gebied van verslavingsziekten juist bezig zijn vast te stellen dat verslaving een ziekte is – 'kan niet'- publiceert deze psychiater een boek waarin wordt beweerd dat maatschappelijke dreigementen nuttig zijn om verslaafden tot verandering te brengen. Het gaat volgens hem niet over 'kan niet' maar over 'wil niet'; het is een strijd van belangen. Gelukkig speelt deze

controverse met betrekking tot de chronisch psychotische aandoeningen inmiddels niet meer.

Het werken met handicaps en prothese's is met name van belang bij blijvende of snel recidiverende beperkingen, zoals bij schizofrenie, bipolaire stoornissen, autisme en persoonlijkheidsstoornissen die grote gevolgen hebben voor interpersoonlijke processen. Ik ga verder met aandacht te besteden aan de groep van aandoeningen waar de interactietrainers de meeste ervaring mee hebben opgedaan.

'Kan niet's' bij chronisch psychotische stoornissen

Een veel voorkomende 'kan niet' van mensen met een chronische psychose is 'niet kunnen vertrouwen'. Sociaal psychologisch gezien is het elkaar niet vertrouwen binnen een hechte groep een groot probleem. Het stelt de groepscohesie op de proef en kan een voorbode zijn van een afsplitsing (Stevens & Price, 1996). Als men dorps- of stadgenoten niet allemaal vertrouwt is dat niet zo'n probleem. Waarschijnlijk is dat zelfs nuttig. Maar als men zijn eigen familieleden niet vertrouwt dan is de toestand ernstiger; dan beseft men dat er sprake kan zijn van ziekte.

Wanneer men veronderstelt dat degene die wantrouwend is niet anders kan (het is dus geen 'wil niet'), dan is in te zien dat interventies als 'vertrouwen wekken' – een formulering die men trouwens veel in professionele begeleidingsplannen kan aantreffen – weinig zin hebben. Hoe wek je immers vertrouwen bij iemand die niet kán vertrouwen? Dat kan alleen maar tot frustratie leiden. Als het wantrouwen blijvend is dan zal men dat dus als realiteit moeten aanvaarden.

De formulering van de 'centrale handicaps' bij mensen met een psychose uit de beginperiode van de training (1996) is in de loop van jaren veranderd; ik bespreek de stand van zaken nu. Uit waarnemingen komt naar voren dat hulpverleners en familieleden, in het werken en leven met mensen met een psychose in staat zijn om door explorerende oefeningen vormen van omgang te vinden die interactionele problemen kunnen verminderen. Men stuit daarbij onvermijdelijk op eigen 'kan niet's' die zich in relatie met de patiënt hebben ontwikkeld of die daarin van meet af aan hebben bestaan.

De beperkingen van mensen met psychoses die het belangrijkst zijn voor de interactie worden onderscheiden in vier groepen:

1. denken en waarnemen (concentratie, geheugen, mentale inspanning, planning en tijdsbesef)
2. zelfbeheersing (onvoorspelbaar gedrag, impulsiviteit)
3. sociale vermogens (contact aangaan, onderhouden en beëindigen; plezier beleven aan contact)
4. niet accepteren / niet rouwen.

Dit onderscheid kon worden gehandhaafd maar de formuleringen van de beperkingen werden in de loop van de tijd, door ambachtelijke verfijning, zo aangepast dat zij steeds meer betrekking hadden op interactie. De formuleringen die verwezen naar defecten in de hersen-functies van patiënten

verdwenen naar de achtergrond, omdat deze niet in oefensituaties te handhaven zijn.

Tabel 1, 2 en 3 bevatten formuleringen van de 'kan niet's', reacties van de omgeving en de prothetische aspecten daarvan. Bij het denken is de nadruk op verwardheid komen te liggen. Bij de waarneming richtte de aandacht zich op het vijandige gevoel dat aan de omgeving wordt toegeschreven (paranoidie) alsmede het niet kunnen herkennen van behoeften, kansen en gevaren bij zichzelf en anderen. Het onderdeel zelfbeheersing (tabel 2) is van groot belang voor het dagelijks leven. Niet alleen heeft iemand met een psychose het veel moeilijker dan een ander om zich zelf te beheersen in stress-situaties, maar de straf die volgt op verlies van zelfbeheersing kan heel groot zijn en lang duren. De 'kan niet's' bij zelfbeheersing zijn samen te vatten in een toename van territoriaal gedrag in de interactie (Kuipers 2004). Algemeen dierlijk gedrag neemt de overhand over sociaal humaan gedrag. Niet meer kunnen voorspellen van gedrag van patiënten levert grote interactieproblemen op.

In het omgaan met mensen spelen afstand en nabijheidsregulatie en daaraan gerelateerde territoriale aspecten de grootste rol. Zij eisen een hoge tol in termen van coöperatief vermogen. Het verlies van coöperatie gaat naadloos over in verlies van het vermogen om zichzelf en anderen te beschermen.

Wanneer in een groep de bescherming van een bepaald individu wegvalt is de weg vrij voor stigmatisering en uitstoting. De interactie verandert van coöperatief in vijandig. De beperking die bestaat uit het niet rouwen kan zo groot zijn dat geen enkele voortgang in een relatie geboekt kan worden. De beweging is er uit. Werken met deze beperkingen maakt duidelijk dat de interactie-vaardigheden die te maken hebben met het aangaan, onderhouden en beëindigen van contact de belangrijkste zijn.

Hier tabel 1 invoegen

Reacties van de omgeving

Pas de laatste jaren wordt in de training onderscheid gemaakt tussen reacties uit de omgeving die geen goed effect opleveren en reacties die wel 'prothese-kwaliteit' blijken te bezitten. Reacties op de boven beschreven beperkingen zijn de meeste mensen wel bekend; zij zijn voorspelbaar (zie tabel 2). Bij een patiënt met het 'kan niet' van de verwardheid, gaat iemand in de directe omgeving vaak structuur maken. Dat gaat vrijwel vanzelf en heeft in minder ernstige situaties ook een goede uitwerking. Het kan ook gebeuren dat structuur maken geen enkel gevolg heeft voor het gedrag van de patiënt. Dan kan er bevreemding of vijandigheid ontstaan resulterend in verlies van betrokkenheid en toename van interpersoonlijke afstand.

Als iemand bizarre wanen vertelt levert dat bijna altijd een verontwaardigde reactie op. Bijvoorbeeld als een vrouw steeds tegen haar man zegt: 'ik heb geen buik meer!' dan is een voor de hand liggende respons: 'hou toch op, wat een onzin; ik zie je buik toch, ik kan 'm aanraken!'

Sterk wantrouwen, bizarre of vijandige uitlatingen leveren vaak ook een reactie op van wantrouwen en vijandigheid. Het is duidelijk heel moeilijk om vijandigheid niet met vijandigheid te beantwoorden (zie het onderzoek van Knoblich & Sebanz over 'how two share a task', 2005, 2006). Als de patiënt territoriaal agressief gedrag vertoont, zal de hulpverlener / familie dat gedrag in de meeste gevallen kopiëren door zich te verdedigen en soms door aan te vallen. Dysforie wordt met dysforie beantwoord en absentie, in de betekenis van niet in contact treden, met absentie. Overigens levert het gevangen worden in deze interacties op zichzelf al lijdensdruk op voor degene die de reactie vertoont, vooral als men beseft dat de zaak juist op de spits gedreven wordt. In de training horen wij familie en hulpverleners betreuren dat zij niet anders kunnen dan vijandig gedrag met vijandigheid beantwoorden. Ook de hulpverlening lijdt daar onder. Men wil dan wel iets anders doen maar dat kost grote moeite of het blijft een onbereikbaar ideaal. Daarom is het van belang om een uitweg te zoeken uit deze 'collusies'.

Hier tabel 2 invoegen

Psychiatrische prothese

Bij kleine of tijdelijke aanpassingen is het niet zinnig om de term prothese te gebruiken. Zoals reeds werd aangegeven gebeuren deze aanpassingen min of meer vanzelf; meestal doordat een zorgende of helpende attitude wordt aangenomen. In dit artikel gaat het over beperkingen en prothesen die aanzienlijk zijn en waarbij men echt moet zoeken naar de mogelijkheid en toepasbaarheid van prothetisch gedrag.

Het is belangrijk te beseffen dat een goed functionerende prothese weliswaar een functionele verbetering oplevert maar dat het vooral de omgeving is die het gunstige effect ervan ervaart. De onderliggende beperkingen en daaraan verbonden geestelijke pijn blijven voor de patiënt even groot; het duurt vaak enige tijd voordat een patiënt kan waarderen dat er minder interactionele problemen zijn en dat hij daarin een eigen aandeel kan ontwikkelen. Dan komt er meer rust in de (werk)relatie. De acceptatie van een prothese door de patiënt is in de psychiatrie dus vaak een langduriger en moeizamer proces dan in de somatiek. In de somatiek kan een patiënt zich de prothese veel gemakkelijker eigen maken; het werken met de prothese valt onder zijn eigen regie. In de psychiatrie is dat naarmate patiënten zieker zijn minder goed mogelijk.

De stap naar een palliatieve benadering is dan niet groot meer. Net als in de somatiek kan men in de psychiatrie onderscheid maken tussen een curatieve en een palliatieve benadering. Curatieve psychiatrie richt zich op verbetering van functies bij een in principe intact herstelvermogen van een patiënt. Palliatieve zorg richt zich op vermindering van leed bij patiënten met een blijvende – vaak maligne - handicap. In de psychiatrie zijn er argumenten om een palliatieve benadering te ontwikkelen. Deze zorg zou – dit volgt uit het voorafgaande – ook direct betrokkenen en hulpverleners moeten betreffen. Dat heeft te maken met het zojuist beschreven aspect dat niet de patiënt, zoals in de somatiek het geval is, maar de omgeving de 'handicap & prothese-lasten' draagt (Kuipers, 2006).

Iemand zonder been blijft altijd op zijn kunstbeen aangewezen; er is geen reden om hem zijn kunstbeen af te nemen als hij geleerd heeft zich daar handig mee te bewegen. In de geestelijke gezondheidszorg gebeurt het helaas niet zelden dat bij functioneel herstel de prothese kan worden weggenomen of de randvoorwaarden daarvoor worden beëindigd. Men denke aan het opheffen van een rechterlijke machtiging als een patiënt met chronische beperkingen minder probleem-veroorzakend gedrag vertoont. De observatie van functioneel herstel kan – ten onrechte – worden geïnterpreteerd als genezing. De aard van de beoordelingsfout is gelegen in het feit dat men eigen criteria ('ik vind dat deze patiënt beter is') zwaarder laat wegen dan kennis van de beperkingen van de patiënt. Het feit dat de beperkingen bij psychiatrische aandoeningen onzichtbaar zijn draagt waarschijnlijk bij aan deze interpretatiefouten. Door hun onzichtbaarheid zijn deze handicaps makkelijker te ontkennen en te vergeten.

In tabel 3 ziet men de 'gewone' reacties uit tabel 2 weer terug, maar er zijn enkele belangrijke zaken aan toegevoegd. Structuur geven blijft staan. De reactie op achterdocht is echter zo geformuleerd dat helder is dat een vijandige respons erop geen prothetische meerwaarde heeft. Men zal de achterdocht van de patiënt moeten zien te accepteren. Niet goedkeuren, maar erkennen dat het een feit is, zodat men er rekening mee kan houden. In de kolom zelfbeheersing spelen de afstandsregulatie (afstand is goed, maar in de steek laten niet) en de explicitering van eigen bedoelingen een grote rol. Deze protheses vergen oefening en onderhoud. Dat geldt ook voor het leren toepassen van de monoloog en het regie voeren onder omstandigheden waarin dat heftig betwist kan worden. Belangrijke interventies vindt men in de laatste kolom. 'Laten zien waar je staat' zodat iemand zich beter op jouw positie kan oriënteren is van cruciaal belang en stelt je in staat om doelmatig te blijven werken onder de meest barre omstandigheden. Het is nodig te aanvaarden dat het werken met deze patiëntengroep een aversieve kant heeft en ook te beseffen dat men dat zélf hanteerbaar moet zien te maken en dat de patiënt aan dát probleem helemaal niets kan doen.

Hier tabel 3 invoegen

Samenvatting

Observaties tijdens trainingen interactievaardigheden hebben geleid tot een formulering van beperkingen en alledaagse reacties van betrokkenen hierop. Een deel van deze reacties heeft prothese-kwaliteit, een ander deel verandert het probleem niet of maakt het groter. Prothetisch gedrag lost een interactieprobleem op zodat de kans toeneemt dat de relatie tussen patiënt en familie of tussen patiënt en hulpverlener intact blijft.

Ontwerpen van en werken met protheses is moeilijk omdat niet de patiënt zelf maar de personen in de directe omgeving de prothese toepassen. Het belang van dit ambachtelijke werk voor de psychiatrie is groot, omdat de meest zieke patiënten het niet zonder maatwerk dat op hun individuele beperkingen is toegesneden kunnen stellen. Om interactioneel maatwerk te kunnen leveren is er veel 'oefening baart kunst' nodig.

Literatuur

1. Boevink, W., J. Dröes (2005). Herstelwerk van mensen met een psychische beperking. *PsychoPraxis* 7, p. 14-20.
2. Dalrymple, T. (2006). *Romancing opiates. Pharmacological lies and the addiction bureaucracy*. Encounter Books, New York.
3. Kahneman, D., J. Renshon. Over oorlog en vrede wordt niet rationeel beslist: waarom havikken vaak winnen van duiven. *NRC handelsblad*, 3 februari 2007.
4. Kuipers, T. (2003) Laat zien waar je staat; training interactievaardigheden voor de psychiatrie. *Maanblad Geestelijke volksgezondheid*, 58, 12., 1137-1148.
5. Kuipers, T., (2004) *Op wiens terrein sta ik? In: dilemma's in de psychiatrische praktijk*. Ed. Kaasenbrood, Kuipers, van de Werf. Bohn Stafleu van Loghum, Houten.
6. Kuipers, T. (2006). Over de noodzaak van palliatieve zorg in de psychiatrie. *Psy*, 3,3.
7. Knoblich, G., N. Sebanz (2006). The social nature of perception and action. *Current Directions in Psychological Science*, 15, 3, 99-104.
8. Sebanz, N., G. Knoblich, W. Prinz (2005) How two share a task: corepresenting stimulus-respons mappings. *J. Exp. Psychol. Hum. Percept. Perform.* 31, 6, 1234-1246.
9. Stevens, A., J. Price (1996). *Evolutionary Psychiatry, a new beginning*. Routledge, London / New York.
10. World Health Organisation (2001). *The international classification of functioning, disability and health - ICF*. Geneve: World Health Organisation (<http://www.who.int>).

Tabel 1: 'kan niet's' bij psychose

Denken en waarnemen	zelfbeheersing	Omgaan met mensen	Niet accepteren, niet rouwen
Verwardheid; ordening van het denken is verstoord	Neiging tot verdedigend optreden; meer territoriaal gedrag in de interactie	Moeilijk verdragen van interpersoonlijke nabijheid	Slechte stemming
Vijandig gevoel naar de omgeving	Onverwachte beslissingen nemen	Slechte begrenzing van de persoonlijke ruimte; weinig herkenning van grenzen van anderen	Geen contact maken
Vermogen om BEHOEFTE, KANS en GEVAAR te herkennen is verminderd		Verminderd vermogen tot samenwerken en protectie (van zichzelf en anderen)	Kwetsbaarheid; 'licht geraakt'

Tabel 2: reacties van de omgeving op beperkingen van de patiënt

Denken en waarnemen	Zelfbeheersing	Omgaan met mensen	Niet accepteren, niet rouwen
Verbazing, verlegenheid	Defensief gedrag; beantwoorden van territoriaal gedrag	Afstand creëren of beschermen	Slechte stemming
Structuur maken	onvoorspelbaarheid	Zoeken naar comfortabele afstand	Verongelijkt; gekrenkt
Vijandig gevoel naar de patiënt		uitstoten	Geen contact maken; zich isoleren

Tabel 3: Protheses bij psychotische aandoeningen

Denken en waarnemen	Zelfbeheersing	Omgaan met mensen	Niet accepteren, niet rouwen
Structuur geven	Afstand houden; weggaan & terugkomen	Regie voeren	Positie aangeven; laten weten dat je er bent
Achterdocht accepteren	Voorspelbaar gedrag vertonen	Monoloog toepassen waar nodig	Eigen aversie hanteren; verlies accepteren, schade opnemen
	Expliciteren van bedoelingen	Beschermen van zelf en de ander	Nieuwe doelen stellen

