



MYRRHE VAN
SPRONSEN
JIM VAN OS

WE ZIJN GOD NIET

PLEIDOOI VOOR EEN
NIEUWE PSYCHIATRIE
VAN SAMENWERKING

Lannoo
Campus

2

Dit boek draag ik op aan
mijn broer Florantijn.

MYRRHE VAN SPRONSEN

Met dank aan Johan voor
inspiratie uit tomeloze
energie en verbeelding.

JIM VAN OS

MYRRHE VAN
SPRONSEN
JIM VAN OS

WE
ZIJN
GOD
NIET

PLEIDOOI VOOR EEN
NIEUWE PSYCHIATRIE
VAN SAMENWERKING

Lannoo
Campus

D/2021/45/623 – ISBN 9789401481007 – NUR 870, 875

VORMGEVING OMSLAG: Adept vormgeving, Velslerbroek

VORMGEVING BINNENWERK: Studio Jan de Boer, Utrecht

FOTO OMSLAG: Florantijn van Spronsen, Rotterdam

ILLUSTRATIES BINNENWERK EN OMSLAG: Myrrhe van Spronsen, Rotterdam

HAIKU'S (Staande in een verwar(ren)de wereld): Sanne Steers, Veldhoven

© Uitgeverij Lannoo nv, Tiel, 2021

Dit boek is een uitgave van Uitgeverij LannooCampus (Amsterdam en Leuven).
LannooCampus maakt deel uit van Uitgeverij Lannoo nv.

Eerste druk, 2021

Alle rechten voorbehouden.

Behoudens de uitdrukkelijk bij de wet bepaalde uitzonderingen mag niets van deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt, door middel van druk, fotokopie, microfilm, of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Uitgeverij LannooCampus

Postbus 23202

1100 DS Amsterdam (Nederland)

www.lannoocampus.com

Vaartkom 41

3000 Leuven (België)

INHOUD

DEEL 1. WAAROM COCREATIE?	8
INLEIDING	11
1 God zijn we niet	17
Academische kennis in de ggz	19
Ervaringskennis in de ggz	29
DEEL 2. COCREATIE VRAAGT OM EEN ANDER CONCEPT VAN PSYCHISCH LIJDEN	33
2 Wat is psychisch lijden?	34
Psychisch lijden is geen systeem van algoritmische ziekteordening	34
De mentale dimensie is meer dan biologie	36
Floortje Scheepers over de ingewikkelde mens	38
De mentale dimensie als gids naar een veilige toekomst	41
Psychisch lijden: pieken en vertragen	43
De vorm van psychisch lijden	44
3 De psychologie van psychisch lijden	48
Psychisch lijden is <i>dwingend</i>	48
Psychisch lijden is <i>machtig</i>	50
Psychisch lijden wordt steeds meer <i>iets van 'buiten'</i>	51
Psychisch lijden maakt <i>eenzaam</i>	52
Psychisch lijden is beweging op de as <i>verdragen-verzet</i>	53
Psychisch lijden <i>ondermijnt de toekomst</i>	54
Psychisch lijden <i>vraagt om betekenis</i>	55

4 De context van psychisch lijden	57
Voor- en nadeel van de DSM-5	57
Existentiële context	59
Relationele context: anderen	63
Relationele context: zelf	63
Pijn van vroeger	64
Leefstijl context	65
Maatschappelijke context	66
Lichamelijke context	67
Anne Marsman over trauma en dis-order	72
Context van psychische gevoeligheid	76
Context van cultuur en diversiteit	77
Hechtingscontext	78
Adolescentie en de expressie van psychisch lijden	79
Context van bewustzijnsstaten	81

DEEL 3: COCREATIE VRAAGT OM EEN ANDERE MANIER VAN WERKEN EN ORGANISEREN IN DE ZORG **85**

5 Cocreatie: voorwaarden	87
Verwachtingen van de samenleving bijstellen	87
Dick Swaab over het brein	90
Een gedeelde en geleefde visie	93
Samenwerkende multideskundigheid	94
Improviseren gegeven diversiteit	97
Trauma-informed omgeving	98
6 Cocreatie: waarden en werkwijzen	99
Authenticiteit	99
Mensgerichtheid: focus op het 'goede leven', voorbij symptoomreductie	100
Stijn Vanheule over menselijkheid in de ggz	102
Deliberate practice	105
Relationeel werken	105
Werken met naasten (systemisch werken)	107
Gil the Grid over dans en psychose	112

Martijn Kole over herstel	122
Het primaat van zelflerend/zelfherstellend/zelfhelend/zelfregulerend vermogen	125

7 Cocreatie: structuur van de zorg 129

Zorgingrediënten	129
Ecosysteem mentale gezondheid (GEM)	131
Werken in groepen en spécialités flexibel en modulair aanbieden	141
Social holding en resourcegroepen	142
Sociaal ondernemerschap	143
Een publieke ggz	146
Geen bureaucratie maar transparantie en <i>public involvement</i>	148

DEEL 4. DE TIEN STAPPEN VAN COCREATIE IN HET ECOSYSTEEM MENTALE GEZONDHEID 153

8 Cocreatie in de praktijk 155

Stap 1. Samen een relatie aangaan	155
Stap 2. Samen begrijpen	157
Stap 3. Samen perspectief ontwikkelen	161
Stap 4. Samen in de eCommunity	164
Stap 5. Samen een groepsexperiment kiezen	165
Stap 6. Samen flexibel een modulair individueel behandelexperiment organiseren	172
Stap 7. Samen sociaal experimenteren om mee te kunnen doen	173
Stap 8. Samen sociaal ondernemen	173
Stap 9. Samen onderzoek doen	175
Stap 10. Samen verantwoording afleggen over de effecten van cocreatie	175

9 Tot slot 185

10 Van de auteurs 188

Onze persoonlijke weg naar cocreatie	188
Myrrhe van Spronsen	
Jim van Os	192

REFERENTIES 199



DE ENE HAND WAST
DE ANDER HELEND SAMEN:
BLOEMEN DRAGEN VLINDERS

DEEL 1

WAAROM COCREATIE?

In onze visie is cocreatie in de ggz nodig, omdat er veel niet bekend is met betrekking tot psychisch lijden. De traditionele kennis van psychiaters en psychologen blijkt minder solide dan gedacht. Zoveel zelfs, dat het eerlijker is om het samen opnieuw uit te vinden. Eigenlijk betekent ‘evidence-based’ in de ggz dat mensen in psychische nood gebaat kunnen zijn bij een verwachtingsvol en relationeel therapeutisch ritueel, dat helpt om het zelfherstellend vermogen aan te spreken. Initieel kan dat moeilijk zijn, maar vrijwel altijd kan een weg gevonden worden. Hieruit ontstaat motivatie om het werk te doen dat nodig is om verandering teweeg te brengen. Als evidence-based dit betekent, laten we het dan ook zo uitleggen, want het maakt cocreatie zoveel makkelijker! Een ander soort kennis is in opmars: ervaringskennis. Ook ervaringskennis gaat uit van het belang van zelfherstellend vermogen, relationeel werken en herstel van perspectief. Lijkt dat niet op de evidence-based traditionele kennis van psychiaters en psychologen – althans zoals we het hiervoor herformuleerden? Liggen de twee vormen van kennis misschien veel dichter bij elkaar dan we denken? Op basis van de vastgestelde convergentie van ervaringskennis en academische kennis is cocreatie nu meer dan ooit mogelijk. De wens om dit boek te schrijven kwam voort uit het feit dat we beiden, ieder op zijn eigen manier, kennismaakten met deze kennisconvergentie. Onze motivatie, ieder vanuit zijn eigen geschiedenis: een ggz gebaseerd op een praktijk van cocreatie.

INLEIDING

Dit boek is geschreven voor hen die gevoelig zijn voor de mogelijkheden van cocreatie in de ggz. En voor wie niet bang zijn voor een beetje verandering. Zij zijn, net als wij, op zoek naar een raamwerk waarin de kennis en ervaring van de zorgvrager gelijkwaardig kunnen samenwerken met de kennis en ervaring van de zorgverlener in een nieuwe ggz, die zinnig, zuinig en menselijk is.

Onze definitie van cocreatie is: als je het niet echt weet, maar er wel veel van afhangt, dan moet je het samen doen. Want God zijn we niet.

Eerst een kleine disclaimer. De voorstelling van zaken die we in dit boek geven wijkt zowel conceptueel als praktisch af van de status quo. Met andere woorden: we hebben de vrijheid genomen om verandering te verkennen. Er zijn al genoeg boeken met heldere kritiek op de DSM en het huidige systeem van ggz. Ook zijn er vele rapporten van toezichthoudende instanties waarin staat dat het niet goed gaat met de ggz. Ons stond een onderzoek voor ogen naar het gecocreëerde *alternatief*, voorbij de kritiek. De toekomst dus, maar wel iets waaraan je *nu* zou kunnen beginnen.

Het boek moet niet gelezen worden als een ‘blauwdruk’. Het is eerder een set van waarden en principes op basis waarvan de praktijk van de toekomst kan worden ontwikkeld in een nieuwe ecosysteem van cocreatie. We hebben daarin niets geschuwd. Sommige lezers zullen zich erover verbazen dat we het hebben over dingen als transcendentie en sjamanisme, of over de manier waarop we de term ‘evidence-based’ relativiseren. Toch hebben we ons laten leiden door wetenschappelijke principes – naast menselijke. Maar dan wel zonder er blind voor te blijven dat veel van wat wordt gepresenteerd als wetenskapskennis, in feite gaat over beroeps cultuur en academische belangen. Wat dat betreft hebben we best wel doorgepakkt, vanuit de gedachte van *open science* en *science in transition*.

We gebruiken consistent het woord ‘patiënt’ – afgeleid van het Latijnse *patiens*, oftewel lijdend. Maar je kunt er ook cliënt, user, survivor of een ander woord voor lezen.

We maken geen hard onderscheid tussen jeugdig en volwassen, omdat we denken dat de principes van cocreatie niet leeftijdsgebonden zijn. Bronnen die er toe doen zijn achter in het boek te vinden en worden niet uitgebreid geciteerd.

Er is speciale aandacht voor een thema dat stevast wordt overgeslagen: als je een nieuwe ggz van cocreatie wilt maken, hoe organiseer je dat dan eigenlijk? Er is immers een complex systeem van wetten, regels, bureaucratieën, verantwoordingssystemen, diagnose-evidence-based-symptoomreductie richtlijnbehandelingen, ‘kwaliteitsregisters’, drieletterige partijen met onduidelijke taken in de zorg en niet te vergeten de belangenpolderslagen (hoofdlijnakkorden), waarbij ontelbare beleidspartijen, al dan niet gesubsidieerd, betrokken zijn. We hebben een poging gedaan niet alleen een praktijk te schetsen, maar ook op welke wijze we denken te kunnen aantonen dat die beter werkt dan de huidige. Het spijt ons als die paragrafen misschien niet de meest boeiende zijn. We vinden het echter belangrijk ook de ambtenaar van het ministerie en de beleidsmedewerker bij de zorgverzekeraar mee te nemen in de gedachte van cocreatie.

In dit boek hebben we ook anderen aan het woord willen laten. Verspreid door het boek vindt u de verhalen van mensen die aspecten van cocreatie vertegenwoordigen – en een enkele keer juist niet, ook dat moet kunnen. Bij de langere interviews worden de ondervraagden ter plekke geïntroduceerd. De overigen krijgen hierna een korte introductie.

- **FRANK BONEKAMP**, oprichter van de Stichting Socialrun, die gelooft in een inclusieve samenleving en sociaal ondernemen, vooral voor mensen met een psychische aandoening.
- **DIRK CORSTENS**, psychiater en psychotherapeut en regiebehandelaar op de Stemmenpoli Alkmaar en co-auteur van *Stemmen horen begrijpelijk maken*.
- **PHILIPPE DELESPAUL**, hoogleraar Innovatie in de geestelijke gezondheidszorg aan de Universiteit van Maastricht (vakgroep Psychiatrie en Neuropsychologie). Hij ontwikkelde de PsyMate™ methodiek om het dagelijks leven van mensen in kaart te brengen. Hij is mede initiatiefnemer van de Nieuwe ggz-beweging en het Ecosysteem Mentale Gezondheid.
- **SAM TEN DOESSCHATE**, psychiater en systeemtherapeut bij de Viersprong, specialist in persoonlijkheid, gedrag en gezin.

- **SARAH DURSTON**, hoogleraar Ontwikkelingsstoornissen van de hersenen aan het Universitair Medisch Centrum Utrecht Hersencentrum.
- **ANTON HAFKENSCHIED**, klinisch psycholoog/psychotherapeut, Sinaï Centrum en docent aan diverse postdoctorale opleidingen. Hafkenscheid heeft jarenlang geëxperimenteerd met monitorinstrumenten voor systematische zelfreflectie en de therapeutische relatie. Zijn boek: *De therapeutische relatie* wordt gebruikt in alle psychologie-opleidingen in Nederland.
- **ROGIER HOENDERS**, psychiater, onderzoeker en opleider bij Lentis in Groningen. Hij richtte er het Centrum voor Integrale Psychiatrie op.
- **TIMO VAN KEMPEN**, ruim dertig jaar werkervaring in de ggz als verpleegkundige, sociotherapeut en runningtherapeut. Ook werkt hij als logotherapeut en geestelijk verzorger en doet hij als promovendus onderzoek naar zingeving in de psychiatrie.
- **TIM KNOOTE**, afgestudeerd als gezondheidszorg technoloog. Hij maakte drie psychoses door en is bij Howie the Harp opgeleid tot ervaringsdeskundige.
- **ANNEMARIE KOHNE**, NWO VENI-fellow, sociaal en klinisch psycholoog en wetenschapsfilosoof.
- **DIDI LEHNHAUSEN**, ervaringsdeskundige, werkt als beeldend kunstenaar met fotografie en film.
- **JULES TIELENS**, psychiater, musicus en auteur van *In gesprek met psychose*; richtte in 2011 als tegengeluid tegen de bureaucratische ggz-instellingen een ander psychosecentrum op: De Brouwerij; het eerste geïntegreerde clubhuis/behandel- en activiteitencentrum voor mensen met een psychotische gevoeligheid.
- **YUNA TIMMERMANS**, ervaringsdeskundige en auteur van *Van autisme tot borderline, maar nooit écht gezien* – over het falen van de Nederlandse jeugdzorg en geestelijke gezondheidszorg.
- **ALIE WEERMAN**, psycholoog en lector ggz en Samenleving aan Hogeschool Windesheim. Zij combineert wetenschappelijke kennis, praktisch-professionele kennis en ervaringskennis en doet vooral participatief actieonderzoek op het snijvlak van psychiatrie en samenleving. Ze legt ongebruikelijke praktische verbindingen door formele systemen heen en doet dat meestal met kunstzinnige methoden (*art-based*).
- **MEHMET YUCEL**, systeemtherapeut. Mehmet ontwikkelde de *Yucelmethode* die de hulpverlener-patiënt dyade helpt om samen te begrijpen. Deze methode is door Mehmet nader uitgewerkt in samenwerking met Jos Dröes.

- **ANNE MARSMAN**, psycholoog, promovendus en ervaringsdeskundige. Zij worstelde jarenlang met een eetstoornis en depressieve episoden. In haar onderzoek kijkt zij naar de langetermijnevolgen van ingrijpende ervaringen in de jeugd.
- **FLOORTJE SCHEEPERS** werkzaam als psychiater in het UMC Utrecht, schreef het boek *Mensen Zijn Ingewikkeld*. Hierin geeft zij een visie op menselijk gedrag, dat volgens haar te complex, dynamisch en veranderlijk is om volledig te kunnen doorgronden met logica, modellen of kaders zoals de DSM.
- **STIJN VANHEULE**, hoogleraar psychoanalyse en klinische psychologie aan Universiteit Gent. Recent bracht hij het boek *Waarom een psychose niet zo gek is* uit.
- **DICK SWAAB** is hersenonderzoeker en was directeur van het Nederlands Instituut voor Hersenonderzoek van de Koninklijke Nederlandse Academie van Wetenschappen. Hij heeft ontdekkingen gedaan op het gebied van de hersenanatomie en de neurofysiologie, met name ontdekkingen van hormonale en biochemische factoren die al in de baarmoeder van invloed zijn op de hersenontwikkeling. Verder is hij de auteur van de bestseller: *Wij zijn ons brein*.
- **GIL DE GRID** is danser en bewegingskunstenaar. Hij maakte verschillende psychosen door. Hij noemde dit zelf een *spiritual attack*. Hij verwerkte deze ervaring en in zijn dans. Hij richtte het Amenti op om bewuste kunst te creëren en anderen te inspireren hun eigen roeping te volgen.
- **MARTIJN KOLE** is medeoprichter van Enik Recovery College, adviseur raad van bestuur van Lister en *associate member* van Movisie. Ook is Martijn een enorm gemotiveerde ervaringsdeskundige in de ggz. Hij heeft veel ervaring in de ggz, ook op het gebied van beleid.

Voor een beter begrip van de tekst is een korte begrippenlijst opgenomen.

DELIBERATE PRACTICE	betekent je bewust zijn van wat de componenten zijn van relationeel werken en voortdurend met de patiënt afstemmen of je relationeel goed bezig bent.
GEM	ecosysteem mentale gezondheid (EMG – maar afgekort tot GEM). In GEM wordt gewerkt volgens een waardengedreven-model van (i) gezamenlijke verantwoordelijkheid voor de hele populatie en (ii) multidimensionele transparantie. Hiertoe werkt GEM met public involvement en horizontaal toezicht.
RECOVERY COLLEGES	een herstelacademie, een plek waar mensen die ervaringen hebben met psychische problemen op allerlei manieren kunnen werken aan hun herstelproces; zonder druk en mét gelijkgestemden.
RESOURCE-GROEP	bestaat uit een groep mensen, uitgekozen door de patiënt, die voor hem belangrijk zijn en die kunnen helpen om persoonlijke, zelfgekozen herstel- en participatiedoelen te realiseren.
SOCIAAL ONDERNEMERSCHAP	ondernemen is veel meer dan alleen maar winst maken. Steeds meer ondernemers willen met hun bedrijf bijdragen aan het oplossen van maatschappelijke en sociale problemen. GEM werkt samen met sociaal ondernemerschap gericht op ‘winst’ in de vorm van participatie, verbinding en zingeving in een kader van psychisch lijden.
SOCIAL HOLDING	het geheel aan ondersteuning dat iemand nodig heeft om sociale experimenten uit te voeren op het gebied van leven, werken, wonen, opleiding, school, sport, ouderschap, gezinsleven – kortom alles wat nodig is om je ‘ding te kunnen doen’. Social holding betekent zoveel als een sociale buffer aanleggen, zodat de persoon zich staande kan houden, zich kan ontwikkelen en kan bouwen aan perspectief.

Er zijn betekenisvolle illustraties, gemaakt door een van de auteurs.

Het boek bestaat uit vier delen:

- In het eerste deel leggen we uit hoe professionele kennis en ervaringskennis veel dichter bij elkaar liggen dan tot nu toe werd gedacht. Als je beide serieus neemt, blijkt dat er ruimte is voor een heel andere praktijk van ggz, gebaseerd op cocreatie.
- In het tweede deel vragen we ons af: als psychisch lijden niet wordt gerepresenteerd door de algoritmen van de DSM-5, wat is het dan wel? We doen een analyse vanuit diverse bronnen van kennis en komen erop uit dat psychisch lijden refereert aan een grenservaring die ontstaat als het contact met de grondwaarde van het gevoel verbroken is. Het is contextueel, transdiagnostisch en dynamisch in de manier waarop de persoon zich er toe verhoudt, onafhankelijk van de specifieke vorm.
- In het derde deel beschrijven we de waarden en werkwijzen die nodig zijn om cocreatie mogelijk te maken in de praktijk van de ggz. Tevens beschrijven we de contouren van GEM: het netwerk dat alle competenties en handelingsperspectieven bij elkaar brengt die nodig zijn om verandering, perspectief en meedoen te faciliteren, dwars door de verschillende contexten van psychisch lijden heen, in een levend en lerend systeem van samenwerking.
- In het vierde en laatste deel nemen we de lezer door de tien stappen van cocreatie in GEM: van samen begrijpen tot samen in een groepservaring tot samen sociaal ondernemen. Achter in het boek vertellen wij, ieder aan de hand van onze ervaringen, hoe wij tot cocreatie zijn gekomen.

1 GOD ZIJN WE NIET

De huidige stand van zaken in de ggz in WEIRD-landen (*Western, Educated, Industrialised, Rich, Democratic*) is dat de praktijk van de ggz voornamelijk is gebaseerd op wat psychiaters en psychologen belangrijk vinden. Zij hebben academische kennis en onderzoekslijnen en vinden het vanzelfsprekend dat die kennis bepalend is voor de inhoud en de inrichting van de ggz. In essentie gaat dat over specialistische diagnostiek en evidence-based symptoomreductie. In de multidisciplinaire richtlijnen komt ervaringskennis weliswaar hier en daar in aparte secties aan de orde, maar niet in gelijkwaardige mate. Het aanzienlijke richtlijnenpakket gaat vooral over de GRADE- (*Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*) manier van kijken naar 'evidence'. Wie dit dilemma *live* wil zien gaat naar www.ggzstandaarden.nl. Een praktijk die maakbaar, meetbaar en controleerbaar is. We zijn dit allemaal heel vanzelfsprekend gaan vinden, ondanks het feit dat de ggz steeds meer een vorm van *low value care* vertegenwoordigt.

Het aspect van *low value care* komt typisch naar voren bij onafhankelijke evaluatie van het systeem van ggz. In Engeland constateerde de *Schizophrenia Commission* bijvoorbeeld in 2012 over de Engelse ggz, die doorgaans een goede reputatie heeft: *a dysfunctional system that is not delivering the quality of treatment people needed for recovery*. Hier in Nederland komt eenzelfde beeld naar voren in recente rapporten van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, de Algemene Rekenkamer en de Onderzoeksraad voor Veiligheid. De disfunctie wordt vooral gezien in de zorg voor mensen met complexe problematiek.

Een analyse van de dynamieken onder het fenomeen *low value care* werd beschreven door de bekende historicus prof. Andrew Scull in een recente analyse van de Noord-Amerikaanse academische psychiatrie. Deze heeft als geen ander zijn stempel gezet op het denken over en het handelen rond psychisch lijden in WEIRD-landen – niet in de laatste plaats in Nederland en België. Zijn analyse wijst op de snelle achteruitgang van de psychoanalyse die volgde op de publicatie van de DSM-III, gevolgd door de groeiende invloed van de genetica en de neurowetenschappen, die resulteerde in een bijna exclusieve nadruk op biologische hypothesen van psychisch lijden in de academische psychiatrie. Terwijl voor miljarden werd geïnvesteerd in neurobiologisch onderzoek – zonder

dat ooit een klinisch relevante bevinding het licht zag – begon de ineenstorting van de publieke psychiatrie, die gepaard ging met de de-institutionalisering. De status van de psychofarmacologie werd dominant, evenals de invloed van de farmaceutische industrie op de psychiatrie. Dit vond plaats ondanks de steeds grotere twijfels over effectiviteit en veiligheid van bijvoorbeeld antidepressiva. En zonder dat er ooit maar de geringste verandering kwam in de substantiële en groeiende discrepantie in levensverwachting tussen psychiatrische patiënten en de algemene populatie. Dit is wat bedoeld wordt met *low value care*. Het is het verhaal van Frank Miedema en *Science in Transition*, of *Open Science*: terwijl de onderzoekers zich bezighouden met het maken van breinplaatjes of het organiseren van irrelevante *randomised controlled trials*, hebben de patiënten het nakijken.

Tijd voor een andere manier van kijken naar, en denken over psychisch lijden, wellicht.

Dus wat als je vaststelt dat er naast het Noord-Amerikaanse systeem van specialistische evidence-based diagnostiek en symptoomreductie ook een ander perspectief is om naar psychisch lijden te kijken? Hippocrates schreef dat het belangrijker is te weten *welke persoon de ziekte heeft* dan *welke ziekte de persoon heeft*. Dit is een perspectief dat meer uitnodigt tot cocreatie. Vrij vertaald naar de ggz betekent het een perspectief gebaseerd op de persoonlijke context, vorm en psychologie van psychisch lijden. Daartoe moet men zich op zijn eigen manier leren verhouden, via een proces van activatie van zelfherstellend vermogen en herstel van perspectief. Werk dat je doet met een betrokken ander die bereid is co-drager te worden van je lijden, perspectief biedt en die je motiveert om persoonlijke experimenten te ondernemen in de richting van verandering.

Voor een praktijk van cocreatie tussen twee partijen is het handig als je kunt uitgaan van ongeveer dezelfde meta-uitgangspunten. Daarom beginnen we in dit hoofdstuk met aan te tonen dat de uitgangspunten van ervaringskennis en de uitgangspunten van de traditionele ‘psy-wetenschap’ veel dichter bij elkaar liggen dan doorgaans wordt gedacht. Want de ervaringskennis van de mensen die psychisch lijden hebben meegemaakt en de academische kennis van mensen die zijn opgeleid voor een professie in de ggz komen juist in belangrijke mate met elkaar overeen. In ieder geval op metaniveau. De staat van kennis nodigt dus uit tot cocreatie.

Je kunt denken in termen van mogelijkheden of juist onmogelijkheden. Ongetwijfeld zullen er mensen zijn die zeggen: ja, maar cocreatie is niet mogelijk als iemand

Revolutionair en verfrissend boek over vernieuwing van de psychiatrie

Veel mensen die in de psychiatrie werken, komen tot de conclusie dat het anders kan. De DSM-diagnoses voelen beperkend, ze vertellen ons niets over de kern van het psychisch lijden. Maar wat dan wel? *We zijn God niet* gaat over een nieuwe kijk op psychisch lijden, diagnose en behandeling. Het uitgangspunt is dat niet de hulpverlener de waarheid in pacht heeft maar dat die in gezamenlijke samenwerking met de hulpvrager gevonden wordt. Autonomie van de patiënt, bewustzijn en cocreatie zijn hierbij belangrijke onderwerpen. Vanuit professionele- en ervaringskennis nemen de auteurs de huidige psychiatrie onder de loep. Hun voornaamste doel is het streven naar een gelijkwaardige relatie tussen behandelaar en cliënt.

Met bijdragen van onder meer: Floortje Schepers, Dick Swaab, Stijn Vanheule en Gil the Grid.

“Jim Van Os timmert al jaren aan de weg die naar een nieuwe GGZ leidt en dat is meer dan nodig. Het pleidooi in ‘We zijn God niet’ voor een psychiatrie van samenwerking past naadloos in een tijdgeest die opnieuw verbinding zoekt en zal zowel zorgverstrekkers als patiënten ten goede komen”.

Prof.dr. Paul Verhaeghe, Faculteit Psychologie en Pedagogische wetenschappen, Universiteit Gent

“Dit boek moet iedereen gelezen hebben. Met bijdragen van inspirerende mensen, brengt het de GGZ terug naar haar essentie: mensenwerk op maat, in co-creatie. Het is die nederige houding die dit boek zo groots maakt”.

Brenda Froyen, auteur en ervaringsdeskundige

Myrre van Spronsen studeerde geneeskunde en is gepromoveerd in de neurowetenschappen waarna zij postdoc onderzoek deed op Yale en UCL. Ze is ervaringsdeskundige en maakte twee keer een psychose met manie door.

Jim van Os is hoogleraar psychiatrie en voorzitter Divisie Hersenen bij het UMC Utrecht. Hij toonde aan dat waanzin van alle mensen is. Hij is mede-initiatiefnemer van ‘De Nieuwe GGZ’ en oprichter van PsychoseNet.



9 789401 481007

lannoocampus.com