

Een visie op (sociale) psychiatrie en de gevolgen voor de praktijk.

Dit is een ambitieuze aanhef voor een referaat. Ik zal U in de komende 45 minuten proberen duidelijk te maken wat voor mij het motief was om dit onderwerp te kiezen en hoe ik het wil uitwerken.

Sinds een jaar ben ik werkzaam binnen het cluster SPC, het sociaal-psychiatrisch cluster van het PSGO. De mensen waar wij mee werken zijn over langere tijd niet in staat gebleken om zich te handhaven in het sociale milieu van herkomst. Ieder heeft zijn eigen geschiedenis. Ieder heeft zijn eigen, soms zeer eigenaardige patroon ontwikkeld om te overleven. Het levensscript, zelfbeeld en wereldbeeld van onze cliënten zijn gevormd middels een jarenlang inslijten van gewoontes en steeds terugkerende ervaringen. De wisselwerking tussen individu en omgeving in de continuïteit van het dagelijks leven heeft geleid tot de nu bestaande probleemsituatie. Kernthema's hierin zijn onbegrip, eenzaamheid, angst, onverantwoordelijkheid, respectloosheid, exploitatie en machtsmisbruik. Het zijn deze gevolgen van de wisselwerking tussen individu en omgeving die het aandachtsveld vormen waarop het behandelbeleid van het SPC zich richt. Wij spreken dan ook over een contextuele benadering.

De klinische populatie van het SPC is ondergebracht in een aantal leefgroepen, om precies te zijn zeventien. Personeel en bewoners vormen samen een leefgroep. Het aantal bewoners is gemiddeld tien. De grootte van het team is afhankelijk van de mate van begeleiding en ondersteuning die noodzakelijk wordt geacht. Hiermee is ook rekening gehouden bij het indelen van de bewoners. De strategie in het beleid is erop gericht de context zodanig vorm te geven, dat er een dynamiek ontstaat naar de ontwikkeling van een positiever zelfbeeld, en mogelijk het geloof dat er meer mogelijk is dan het leven op een chronische afdeling van het psychiatrisch ziekenhuis. De leefgroep gaat ook fungeren als een draagvlak en een uitvalsbasis bij een terugkeer naar de samenleving buiten het ziekenhuis. Dit betekent dat er veel aandacht is voor de ontwikkeling van het transmurale werken.

De context voor de bewoner en gedeeltelijk voor het personeel is het leefmilieu, het dagelijks leven. Het is de plek waar mensen wonen, werken, slapen, eten, zichzelf verzorgen, met elkaar omgaan, deel uitmaken van een groep, daarin een positie hebben.

De uitgangspunten voor deze aanpak zijn door de leden van het clustermanagementteam gezamenlijk ontwikkeld. Vervolgens is er in dialoog met de verpleegkundige teams, en waar mogelijk met de bewoners, vorm aan gegeven.

Voor de samenwerking met onze GGNetpartners is het van belang dat wij onze aanpak en de ideeën, waarop de werkwijze stoelt, verantwoord en inzichtelijk maken.

Eerst wil ik U mijn visie schetsen op de ontwikkelingen zoals die in de psychiatrie hebben plaatsgevonden in de periode die ikzelf heb meegemaakt.

Vervolgens zal ik de grondslagen van een andere denkwijze over psychische problematiek uiteen zetten.

Als laatste wil ik nagaan welke richtlijnen hieruit voortvloeien in het dagelijks werk.

Vanaf het begin van mijn studie in de psychiatrie heb ik proberen duidelijk te krijgen waar de grenzen liggen tussen "feitelijkheid" en "opinions", en met name ben ik altijd gefascineerd geweest door het begrip "geestesziekte". Ik herinner mij dat ik als co-assistent soms

therapeutische sessies mocht bijwonen die veel indruk op me maakten. Zo was er de dochter van een huisarts uit de buurt die opgenomen was met de diagnose schizofrenie. Ze had schizofrenie en ze was schizofreen, de stoornis was reeds de identiteit van de persoon geworden. Ik kende haar niet goed, maar ik wist dat ze meestal zwaar gesedeerd in bed werd verpleegd. Het verhaal ging dat ze opgenomen was omdat ze zich thuis en later elders vreemd gedroeg en regelmatig oninvoelbaar agressief was. Ook in die tijd, ik spreek nu over de jaren '69–70 was men ervan overtuigd dat “schizofrenie” betekende dat er iets niet in orde was met de hersenen.

Er was reeds een ruime ervaring met het toedienen van elektroshocks en nu had men bedacht dat je misschien dezelfde resultaten kon bereiken door het toedienen van een “biochemische shock”. Dit werd gedaan door een comateuze toestand te induceren middels het toedienen van insuline. Het geheel speelde zich af in de kelders van het Radboudziekenhuis, en werd uitgevoerd door de chef de clinique in samenwerking met een anesthesist. Er hing een beetje een mysterieuze en voor mijn gevoel wat sacrale, en ook wel een wat illegale sfeer omheen. Want het kwam er wel op neer dat je iemand op de rand van de dood bracht, het risico voor irreversibele hersenbeschadiging was niet denkbeeldig, en het te verwachten resultaat onzeker. Ik kan me niet meer herinneren hoe het met dat meisje verder gegaan is. Wel vroeg ik me af waar evidentie vandaar werd gehaald die legitimeert om mensen aan een dergelijke behandeling, te onderwerpen. De redenering was dat vreemd, irrationeel gedrag het gevolg moest zijn van een functiestoornis in de hersenen en dat je door het beïnvloeden van de hersenfunctie het ziekelijke gedrag en denken kon veranderen. Omstreeks deze periode ontstond met name binnen intellectuele kringen de beweging die zich afzette tegen de traditionele waarheden. Door de ideeën uit het existentialisme, het marxisme en de humanistische psychologie groeide de overtuiging dat onze problemen voor het merendeel het gevolg waren van de ziekelijke wijze waarop de maatschappij en als verbijzondering daarvan het gezin functioneerde. Psychiatrische ziekten vonden niet de oorzaak in gestoorde hersenfuncties, maar in gestoorde maatschappelijke en familie verhoudingen. Eigenlijk was het gezin ziek of de samenleving was ziek. In de psychiatrie kregen deze opvattingen bekendheid onder de gemeenschappelijke noemer antipsychiatrie. Er bestond een grenzeloos optimisme met betrekking tot menselijke mogelijkheden en dat was een van de redenen waarom deze benadering mij aantrok. Inmiddels was ik assistent en samen met anderen experimenteerde ik met de ideeën van de therapeutische gemeenschap en de gezinstherapie. Ofschoon de bordjes verhangen waren, bleef de redenering hetzelfde: Psychiatrische problemen hebben een oorzaak en als je de oorzaak kent kun je deze problemen oplossen. Evenals in het geval van de insulinecoma's werd de oorzaak meer verondersteld dan aangetoond, hetgeen leidde tot een zelfde speculatieve en, naar mijn mening nu, onwetenschappelijke handelwijze.

De rooskleurige vooruitzichten met betrekking tot de maakbaarheid van mens en samenleving bleken in de praktijk niet waargemaakt te kunnen worden.

Zowel in de cultuur als geheel, als in de psychiatrie, ontstond in de jaren tachtig een wat defaitistische houding. Het geloof was eruit, en werd ingeruild tegen een praktische instelling.

Hoe organiseren we de hulpverlening, hoe kunnen we rubriceren, wat voor protocollen kunnen we gebruiken? De geestelijke gezondheidszorg ontwikkelde zich tot een industrie waar honderdduizenden hun brood verdienen en in navolging van elke industriële onderneming kwam er grote aandacht voor product, kwaliteit, en marktmechanisme. Moeilijk bleef het om deze begrippen duidelijk te definiëren.

In deze toenemend complexe materie werd gezocht naar een houvast. Dit werd gevonden door psychische problemen te gaan rubriceren volgens een consensusmodel.

Het resultaat staat bekend als de DSM en het is inmiddels aan zijn 4^e versie toe.

De bruikbaarheid is omstreden, immers er wordt uitdrukkelijk gesteld dat er geen uitspraken worden gedaan over etiologie, noch over behandeling, noch over prognose. Het is een bij uitstek descriptief systeem.

De laatste jaren worden pogingen gedaan om desondanks aan diverse diagnosecategoriën behandelprotocollen te hangen, veelal gebaseerd op een bepaald medicatieregime.

Zo is er het inmiddels bekende depressieprotocol, en zijn er de verschillende schizofrenieprotocollen.

Deze ontwikkeling wordt enthousiast gesteund door de farmaceutische industrie, die hiermee de mogelijkheid ziet om nobele motieven te koppelen aan economisch belang.

Ik ben van mening dat de invloed van de industrie op het denken in de psychiatrie niet meer te overzien is. Naast de eenvoudige brievenbusreclame waarmee de dokters overstelpt worden, is er het gegeven dat vaktijdschriften, symposia, congressen, lezingen, enz. zwaar door de industrie worden gesponsord. Evenals het geval is in de andere medische specialismen is de kennisoverdracht, en de ontwikkeling van ideeën afhankelijk geworden van industriële belangen.

Het is geen vergezochte gedachte om te veronderstellen dat de populariteit van de z.g. biologische psychiatrie hiermee verband houdt. Ook de ontwikkeling van de kennis op het gebied van de moleculaire genetica draagt aan deze ontwikkeling bij.

In de sociale psychiatrie is het rehabilitatiedenken populair geworden. Ook dit denken berust op het medisch model. Uitgegaan wordt van de aanwezigheid van een stoornis. Wanneer blijkt dat de stoornis niet verholpen of onderdrukt kan worden, moet gezocht worden naar ontwikkeling van resterende mogelijkheden, dan wel het bieden van prothesen voor de ontstane handicaps.

Ook hier wemelt het van de programma's, modules, en protocollen. De inbreng van de patiënt en de familie is hierbij gelukkig toegenomen, maar de voorwaarde is wel dat hij eerst accepteert dat hij lijdt aan een psychiatrische ziekte.

In de geschiedenis van de psychiatrie hebben veel verschillende benaderingen, theorieën en behandelingen, soms qua aanpak volkomen tegengesteld, hun opgang en neergang gemaakt. Ondanks de verschillen zijn er enkele belangrijke overeenkomsten.

1. Er is sprake van een ziekte, of een stoornis.
2. Er moet een oorzaak zijn voor deze stoornis of ziekte
3. Er kan een remedie of een behandeling gevonden worden.

Bovenstaande is een typerend voorbeeld voor het lineaire causaliteitsdenken waarop onze westerse cultuur sinds de tijd van de Grieken is gebaseerd en die in het cartesiaanse model zijn meest pregnant uitdrukking vindt.

Laten we genoemde uitgangspunten nogmaals toepassen op wat wij psychiatrische symptomen noemen. Sommige vormen van deviant gedrag noemen we ziek of gestoord. Waarom noemen we het een excentriek of gewoon vreemd, en het ander ziek? Waarvandaan halen we de criteria? En wat zijn deze criteria? Het is u allen zeer wel bekend dat dit een zeer belangrijk startpunt is. Er hangt veel vanaf of wij uitspreken dat bepaalde gedragingen naar een ziekte of stoornis verwijzen. Terwijl in de somatische geneeskunde symptomen langs objectieveerbare weg gemeten kunnen worden, moeten we het in de psychiatrie doen met de informatie die ons door de patiënt wordt meegedeeld of zijn we genoodzaakt zijn gedrag te interpreteren. Het is dus niet verwonderlijk dat bij deze beoordeling vooronderstellingen op het gebied van moraal en ethiek een zeer belangrijke rol spelen.

Wanneer er eenmaal ziektesymptomen zijn moet er sprake zijn van een ziekte. Wanneer er sprake is van een ziekte, kunnen legitieme vragen worden gesteld met betrekking tot etiologie, causale verbanden, diagnose, behandeling, beloop, genezing, prognose, kortom

alle begrippen uit de medische invalshoek zijn van toepassing. Is de stoornis of ziekte eenmaal benoemd, dan nemen de deskundigen de waarheid over en rest de patiënt slechts de gegeven adviezen te volgen. Wanneer hij protesteert tegen de uitspraken die voortvloeien uit de medische expertise is zijn ziektesymptoom: geen ziekteinzicht. Zo was de situatie in de tijd dat ik mijn opleiding begon, en zo is zij nog steeds.

De psychiatrie heeft zich zodoende een gebied van het menselijk gedrag toegeëigend waar heel eigen wetten en gelden. Terwijl in de somatische geneeskunde de grens van het ziekte domein in het algemeen bepaald wordt door verifieerbare biologische, fysische en chemische parameters, wordt deze grens in de psychiatrie bepaald door consensus met betrekking tot opinie. Binnen de psychiatrie is een symptoom ziekelijk wanneer het door voldoende deskundigen ziekelijk gevonden wordt. Een beroemd voorbeeld is de kwestie van seksuele voorkeur in de zin van homoseksualiteit. Homoseksualiteit is in de afgelopen veertig jaar verhuisd van het ziekte domein naar een geaccepteerde variant van seksuele geaardheid.

Een omgekeerde beweging zien we in de laatste jaren, vooral onder invloed van de Amerikaanse cultuur, op het gebied van de verslavingen. Verslaving wordt meer en meer een geaccepteerde psychiatrische diagnose. Het schijnt dat er inmiddels een of meerdere verslavingsgenen zijn ontdekt. Depressie is eveneens een psychiatrisch ziektebeeld waarvan de omvang alleen maar lijkt te groeien. Posttraumatische stressstoornis is steeds populairder. Een betrekkelijk voordeel van de laatste twee stoornissen is dat je er met goed fatsoen mee voor de dag kunt komen. Het aantal mensen dat lijdt aan een psychiatrische stoornis neemt zodoende alleen maar toe. De behoefte aan hulpverlening groeit navenant.

De afgrenzing van het vakgebied wordt moeilijker. Zeker sinds de categorie van de persoonlijkheidsstoornissen een plek heeft gevonden in de ziekteleer.

Het zal niemand onbekend zijn dat het in dezen om meer gaat dan een begripsdefinitie. Er is namelijk sprake van enorme belangen op financieel gebied, justitieel, verzekeringstechnisch, moreel, het terrein van zelfrespect, maatschappelijke acceptatie, arbeidstechnisch.

Het heeft er alle schijn van dat wij met onze aanpak en definitie van de psychiatrische problematiek in een moeras verzeild zijn geraakt, waar wij alleen maar verder in wegzakken. Misschien klinkt u dit alles wat somber in de oren, en inderdaad, het is mogelijk wat zwaarder aangezet dat strikt noodzakelijk. Toch denk ik dat het de weg is waar wij ons op bevinden.

Ik wil proberen om u naast het traditionele ziektemodel een ander model voor te leggen dat ons kan helpen om met psychiatrische problematiek om te gaan op een wijze die ook aansluit bij de ervaring van de realiteit. Het is daarbij niet mijn bedoeling een polarisatie te creëren ten opzichte van het medisch model in de zin van dat het een goed is en het ander fout. Ik denk wel dat er meerdere manieren zijn om naar de werkelijkheid te kijken. Elke blik leidt tot een reductie van die werkelijkheid en kan per definitie niet de volheid ervan beschrijven. Het naast elkaar aanvaarden van verschillende zienswijzen maakt ons bewust van deze beperktheid en geeft soms de mogelijkheid bij een vraag een beter passende antwoord te vinden.

In de zeventiger jaren heeft zich, zoals ik eerder zei, binnen de psychiatrie een reactie op het klassieke individueel psychopathologisch denken gemanifesteerd. Maatschappijcritici en systeemtheoretici kwamen tot een herformulering van de psychiatrische ziektebeelden. Omdat beide benaderingen de traditionele opvattingen ter discussie stelden, werden ze op een hoop gegooid: de hoop van de antipsychiatrie. Dit is naar mijn mening onjuist en ook te

betreuen. De antipsychiatrie in engere vorm hanteerde dezelfde paradigmale concepten als voorheen; er was nog steeds sprake van ziekte, diagnose, behandeling. Alleen was nu niet de patiënt ziek, maar de omgeving, de maatschappij, het gezin. Nog steeds was er sprake van ziekte en slachtoffers van ziekte.

De systeemtheoretici zetten een wezenlijk fundamentele stap. Zij gaven aan psychiatrische symptomen een betekenis die zinvol was binnen het geheel van een homeostatisch proces. Het doel van een homeostatisch proces is om de samenhang binnen een bepaald systeem te waarborgen. Vanuit de systeemvisie wordt de wereld niet gezien als een verzameling losse objecten, maar als een samenhangend geheel van (sub)systemen, waarin een hiërarchie van organisatiecomplexiteit is vast te stellen. Alles wat wij waarnemen als een ding of een geheel kan alleen bestaan als er processen en wetmatigheden actief zijn om dit geheel of dit ding in stand te houden. Een van de belangrijkste kenmerken van levende systemen vergeleken met dode systemen is de mogelijkheid tot reproductie en mutatie waarmee een systeem van hogere orde dan het individu, de soort, of de groep, in stand gehouden kan worden. Alle waarneembare gedrag kan naar deze processen, die tot doel hebben de homeostase te bewaren, geïnterpreteerd worden.

Vanuit dit gezichtspunt zijn symptomen van wat wij lichamelijke ziekte noemen meetbare grootheden, van de wijze waarop het lichaam zijn integriteit en functioneren tracht te behouden. Emotionele en mentale problematiek of symptomen bestaan altijd in de intermenselijke ruimte en worden ook intermenselijk vastgesteld. Mentale en emotionele symptomen zijn kenmerken van intermenselijke processen en overstijgen daarmee het individu. De onderzoeker van deze processen maakt zodoende per definitie deel uit van het te onderzoeken substraat en bepaalt hier door grotendeels wat er gemeten wordt.

Vandaar dat in de systeemtheorie, zoals toegepast op het menselijk gedrag een grote plaats is toebedeeld aan communicatie en semantiek.

Kort samengevat:

Lichamelijke symptomen en verschijnselen zijn een uitdrukking van het streven van het organisme om zijn samenhang en integriteit te bewaren op het niveau van het individu.

Zij geven de wisselwerking aan tussen cellen en organen en hebben daarnaast een signaalfunctie. In dit verband heeft pijn bijvoorbeeld als belangrijke signaalfunctie om rust te houden, of om een bepaald lichaamsdeel te sparen.

Mentale symptomen en verschijnselen behoren bij de wisselwerking tussen individuen. Zij hebben als betekenis enerzijds de overleving van het individu binnen de groep en daarnaast dienen ze om de stabiliteit van een systeem op groepsniveau te waarborgen of te bevorderen. De verschuiving in denken, zoals hierboven weergegeven, is ook als volgt te formuleren:

In het klassieke medisch denken wordt gezocht naar oorzaak en gevolg.

In het systeem- en communicatiedenken wordt gezocht naar doel en betekenis.

Wanneer ik naar de psychiatrie kijk vanuit het laatstgenoemde perspectief, is mijn positie als volgt: in laatste instantie is alle z.g. psychiatrische problematiek een uitdrukking van isolement, vervreemding, anomie, afgesplitst zijn, "vreemd" zijn, je niet gekend voelen, je niet erkend weten.

In de eigen beleving uit zich dit op twee verschillende manieren:

Een mens kan vervreemd raken van zijn oorspronkelijke intenties, gevoelens en houding.

In zijn verlangen te voldoen aan de verwachtingen van de ander gaat hij zich volledig identificeren met de rol en de attributies zoals die door de omgeving worden opgelegd. Er is sprake van een grote mate van verbondenheid met de omgeving waarbij de autonomie, het denken, voelen en handelen vanuit de eigen oorspronkelijkheid (zoals beleefd) grotendeels opgegeven wordt

Andersom kan een mens vervreemd en geïsoleerd raken wanneer hij zich door zijn omgeving niet begrepen voelt, maar daarentegen te maken krijgt met afwijzing en uitstoting. In dit geval wordt de autonomie gehandhaafd ten koste van de verbondenheid.

Ik ken geen psychiatrische patiënt, bij wie niet vaak al jaren voor het manifest worden van gedragsproblematiek een proces gaande is geweest van verlies van contact. De redenen hiervoor zijn van diverse aard maar het resultaat is altijd hetzelfde: het verlies van het gevoel op een positieve wijze deel uit te maken van een groter geheel.

Het bovenstaande verwijst mijns inziens naar een algemeen menselijk dilemma dat steeds in de achtergrond van ons bewustzijn actief is:

Hoe realiseer ik mijn eigenheid zonder dat het contact met de ander verloren gaat?

Ik ondersteun de hypothese, dat de meest fundamentele angst bij ieder van ons is, dat hij niet de moeite waard is, niets voorstelt; dat hij afgewezen wordt als hij zijn werkelijke gezicht laat zien.

Een andere hypothese die hiermee verband houdt, maar een meer positieve formulering is, luidt: wij hebben een wezenlijk verlangen om bij te dragen aan het welzijn van de ander. Dit is immers de meest positieve bevestiging van onze identiteit. Bij veel psychiatrische patiënten is deze angst tot een persoonlijke realiteit geworden: ik beteken niets, en niemand houdt van mij. Het geloof om iets voor de ander te kunnen betekenen is weggezaakt in wanhoop.

Geen verbondenheid leidt tot isolement. De menselijke existentie is niet mogelijk in isolement; dus er worden noodmaatregelen getroffen: dwanggedachten, angsten, psychotische gedachten, herbelevingen, zelfbeschadiging, innerlijke dialoog.

Geen autonomie leidt tot vervreemding, depersonalisatie, derealisatie, frustratie, woede, kortsluitreacties; het gevoel door anderen bepaald te worden.

Wat wij psychopathologie noemen interpreteer ik als (overlevings)gedrag, bedoeld om een speciale vorm van persoonlijke mythe te creëren met betrekking tot autonomie en verbondenheid.

Gedrag is te definiëren als de beschrijving van het interactieproces tussen elementen in een systeem waarvan zij deel uitmaken. Wanneer dit interactieproces gestuurd wordt door slechts enkele variabelen, is de beschrijving ervan eenvoudig en middels een theorie voorspelbaar.

Hoe meer variabelen een rol spelen, des te moeilijker is het gedrag voorspelbaar.

In het geval van menselijk gedrag komt daar bij dat zeker de meer subtiele vormen niet eenduidig zijn vast te stellen.

- a. Het ontbreekt aan betrouwbare meetinstrumenten.
- b. Wanneer de waarnemer zelf het meetinstrument is, wordt elke waarneming een unieke en persoonlijke interpretatie van betekenissen die de waarnemer toekent aan het waargenomene en daardoor onderling niet vergelijkbaar.
- c. De aanwezigheid van de waarnemer in het veld van de waargenomene initieert een interactie proces tussen hen beiden, waardoor het te onderzoeken proces wordt beïnvloed.

Het bovenstaande is bedoeld om duidelijk te maken dat menselijk gedrag in zijn meer ingewikkelde uitingsvormen zeer moeilijk, zo niet onmogelijk langs natuurwetenschappelijke weg is vast te stellen of te interpreteren. Laat staan dat het mogelijk is om een causaal-analytisch verklaringsmodel te gebruiken waar ook maar enige mate van betrouwbaarheid aan toe te kennen is. Wij zullen meer te rade moeten gaan bij de

menswetenschappen zoals ethiek, theologie, linguïstiek en semantiek, de wereldliteratuur, sprookjes, sagen, mythen.

Leven is: leven in verbondenheid.

Leven is ook: handhaving van de eigen individualiteit.

Dit geldt voor het mentale en emotionele domein evenzeer als voor het fysieke domein.

Vanaf het begin van de ontwikkeling van het zelfbewustzijn staat ieder mens voor de opdracht om het concept van een eigen individuele persoon te combineren met het concept van de relatie met de ander.

Fysieke mogelijkheden, aanleg, temperament en levensgeschiedenis geven in voortdurende wisselwerking met de omgeving (de anderen) vorm aan deze concepten.

Normen en waarden geven de grenzen aan waarbinnen deze concepten leiden tot sociale acceptatie.

Sociale acceptatie maakt het gemakkelijker om autonomie en verbondenheid op een bevredigende manier te beleven.

Normen en waarden kunnen beschouwd worden als een cultureel en evolutionair ontwikkelde leidraad waarlangs de ontwikkeling tot een succesvol “eigen” concept en “ander”- concept verloopt.

Ik zal een aantal van deze normen en waarden onder de loep noemen.

1. Ieder mens heeft het recht om te voelen en denken wat hij voelt en denkt en in dit recht dient hij gerespecteerd te worden. Dat is niet hetzelfde als zeggen dat de gevoelens en gedachten zelf gerespecteerd dienen te worden.

2. Ieder mens is aanspreekbaar op zijn gedrag en zijn daden. Dit is een andere manier om te zeggen dat ieder voor zijn gedrag verantwoordelijk is, m.a.w. om een antwoord gevraagd kan worden. Deze verantwoordelijkheid is wederzijds. Ook de “aanspreker” zelf is aanspreekbaar.

3. Mensen dienen elkaar gelijkwaardig en met respect te bejegenen.

4. Mensen zijn niet elkaars eigendom. Aan een relatie kan niet ontleend worden dat de een verantwoordelijk gesteld kan worden voor de beleving van de ander.

5. Emotionele en fysieke integriteit dienen gerespecteerd te worden. Omgekeerd heeft een ieder de taak en het recht om zijn eigen persoonlijke grenzen intact te houden.

Genoemde normen en waarden zijn feitelijk de uitdrukking van een ethische gedragscode die noodzakelijk is om tot een optimaal zelfconcept te komen en daarmee tot een optimaal concept van de ander.

Veel mensen hebben in hun levenservaring en opvoeding deze normen gebrekkig meegekregen. Of ze hebben andere normen meegekregen die op den duur een integraal deel van hun persoonlijkheid zijn geworden. Om de beleving van autonomie en verbondenheid in het eigen bestaan te realiseren, zijn in bepaalde gevallen zeer merkwaardige strategieën noodzakelijk, die wij afhankelijk van de vorm classificeren als normaal, excentriek, neurotisch, psychotisch, of persoonlijkheidsgestoord.

De ontwikkeling van deze strategieën begint in de eerste tien levensjaren en speelt zich in het algemeen af in het stamgezin. Afhankelijk van betekenis en functie krijgt het kind een

bepaalde positie in het gezin. Daarbij horen bepaalde attributies. Naarmate deze attributies meer rigide zijn en vooral wanneer zij een negatieve inhoud hebben, wordt het voor de betrokkene erg lastig zich harmonisch te ontwikkelen. Bijvoorbeeld wanneer het kind de positie van het zwarte schaap ontwikkelt, worden gemakkelijk fundamenten gelegd voor een criminele, of een psychiatrische carrière. Als eenmaal deze weg ingeslagen is, blijkt het bijzonder moeilijk te zijn de koers te verleggen. Een negatief zelfconcept neigt ertoe zichzelf te versterken en middels de dynamiek van de selffulfilling prophesy en wanneer het psychiatrisch stigma daarbij komt is er wel heel weinig draagvlak overgebleven, waaruit de kracht kan geput worden om op een andere manier met zichzelf en/of de ander om te gaan.

Het beeld dat we van onszelf hebben, het geloof in onze mogelijkheden, het zicht op onze beperkingen, het beeld dat wij van anderen hebben, de visie op samenleving en toekomst; al deze concepten en houdingen worden op een dynamische manier gevormd tijdens ons leven. Het begint weliswaar met onze kindertijd, maar het houdt daar niet op. Al onze daden, de dingen die ons overkomen, de relaties die we aangaan, de relaties die we verliezen, dragen bij aan een identiteit, die zich binnen een context manifesteert en steeds opnieuw bevestigd of ontkend wordt.

Elk moment sta ik voor de opdracht mijzelf binnen deze context een betekenis te geven, en wordt mij vanuit deze context een betekenis toegekend.

We zetten nog even op een rij:

1. Psychiatrische problematiek berust op vervreemding, isolement.
- 2 Deze vervreemding hangt samen met het fundamentele dilemma: hoe geef ik vorm aan mijn autonomie binnen de ervaring van verbondenheid.
3. Psychopathologisch gedrag kan beschouwd worden als overlevingsgedrag om niet ten onder te gaan aan dit isolement.
4. De vervreemding en het isolement wordt steeds opnieuw gecreëerd in een wisselwerking tussen individu en context.

Wat betekent dit nu voor de praktijk van de psychiatrische hulpverlening?

1. Op de eerste plaats lijkt het me duidelijk dat het onderdrukken van symptomen op zich zelf geen toegevoegde waarde heeft. Immers, wij zien symptomen als signalen van een dieper liggend existentiële twijfel. Daar waar symptomen het eigen leven in gevaar brengen of de veiligheid van anderen in materieel of psychologisch opzicht in gevaar brengt, is het de verantwoordelijkheid van ieder die deel uitmaakt van de context, om uitdrukking te geven aan de eerder genoemde waarden, en zo nodig grenzen te stellen. Uiteraard kan medicatie hierbij een belangrijke rol spelen. . Voor zover symptomen op te vatten zijn als een vorm van communicatie, kan de hulpverlener helpen door de vertaalslag te maken naar onderliggende gevoelens en conflicten. De ervaring heeft uitgewezen dat symptomen verminderen wanneer deze gevoelens en conflicten rechtstreeks gedeeld en beleefd kunnen worden. Omdat er meestal sprake is van ernstige, en langdurige kwetsingen is hier veel tijd voor nodig. Vervolgens zijn interventies mogelijk inde relatienetwerken die kunnen leiden tot een andere zelfdefinitie dan voorheen. In de praktijk betekent dit veel meer het leren van andere ervaringen in verhoudingen met mensen, dan het afleren of onderdrukken van gedrag.

2. Benadrukken van samenwerking als noodzakelijke voorwaarde en weg om aan eerdergenoemd dilemma vorm te geven. De problematiek en het gedrag, zeker van wat we noemen de chronisch psychiatrische patiënt hangt veelal samen met een geschiedenis en levenssituatie, waarin miskennen, verzet, en passiviteit op de voorgrond staan. De verleiding voor de hulpverlener is dan groot om te gaan “behandelen”. Naar mijn mening is dit een valkuil. Het concept behandelen verwijst immers naar een actieve partij, de behandelaar, en een passieve partij, de behandelde. Behandelen impliceert een eenrichtingsverkeer. Samenwerken impliceert altijd een tweerichtingsverkeer, waarin beide partijen van een gemeenschappelijke basis uitgaan.

Ik gebruik in dit verband vaker een aforisme dat als volgt luidt: Er is in de psychiatrie maar een goede behandeling, en dat is dat je elkaar goed behandelt.

Concreet betekent dit onder meer dat samenwerking steeds het uitgangspunt is in de relatie. Er wordt daarbij geen dwang uitgeoefend, wel wordt er steeds naar gestreefd om de dialoog aan te gaan over motieven en gevoelens. Ook houdt dit in de bereidheid om patiënten bij alle zaken die hen zelf aangaan te betrekken en zo volledig mogelijk informatie te geven.

3. Het belang van een gelijkwaardige, persoonlijke relatie.

Het begrip “gelijkwaardigheid” is misschien wel een van de meest misbruikte en onbegrepen termen uit de menselijke cultuurgeschiedenis. Als “egalité” is het bekend geworden tijdens de Franse Revolutie en al meteen verward met “gelijkheid”. Mensen zijn gelijkwaardig aan elkaar; er is geen rechtvaardiging voor dat de een op de ander neerkijkt of tegen hem opziet. Binnen de hulpverlening, en met name binnen een instituutscultuur is dit een bijzonder lastig thema. Mensen neigen er toe zich te identificeren met hun sociale rol, en wanneer de rol als werkelijkheid wordt beleefd, met de daarbij behorende attributies en vooroordelen, is discriminatie een feit. Natuurlijk zijn mensen niet gelijk aan elkaar; de een heeft meer macht dan de ander, andere verantwoordelijkheden, andere mogelijkheden. Een persoonlijke relatie vereist dat deze ongelijkheid tegen de achtergrond van gelijkwaardigheid geëxpliciteerd mag worden.

4. In de omgang met elkaar wordt steeds de eigen verantwoordelijkheid van de partners als uitgangspunt genomen. Iedereen heeft zijn eigen leven te dragen, zijn eigen gevoelens te voelen, zijn eigen keuzen te maken. Ieder heeft zijn eigen verantwoordelijkheid voor de relatie waarin hij betrokken is, voor de mate waarin hij daarin zich gelijkwaardig opstelt. Wat ik doe naar een ander is mijn verantwoordelijkheid; zijn antwoord op mij is zijn verantwoordelijkheid. Ik kan nooit verantwoordelijk gesteld worden voor wat een ander voelt of doet.

5. Begrip hebben voor de ambiguïteit in menselijke relaties en gevoelens.

Achter elke negativiteit ligt een positief verlangen. Dit geldt voor iedereen. Evenzeer voor ons als werkers als voor de bewoner/client. Elk afwijzen van samenzijn maskeert het verlangen ernaar. Elk loochenen van een autonome positie maskeert de frustratie hierover. Tussen autonomie en verbondenheid bestaat een spanningsveld dat de wezenlijke paradoxaliteit van het menselijk bestaan uitmaakt. In de psychologie loopt dit parallel met de begrippen separatie en symbiose. Het aanvaarden en leren leven met deze paradox is een opdracht voor ieder mens. In ons werk nemen wij de opdracht aan om hierin te faciliteren. Dit betekent dat wij ons committeren om eerder genoemde waarden voor te leven. Dit kan alleen wanneer we hen eigen hebben gemaakt. Het vereist een groei van onszelf en een voortdurende aandacht voor de onderlinge verhoudingen en wijzen van communiceren. Wij kunnen niet iets voorleven wat we zelf niet zijn. Niemand is volmaakt. Het werk zelf, en hoe

wij ons daarin met elkaar verhouden is voor ons een voortdurende oefening in het realiseren van de genoemde waarden.

De “behandeling” in het SPC komt uiteindelijk neer op het steeds operationaliseren van ethische normen in een praktisch handelen, denken en tot elkaar verhouden. Het streven is er op gericht op deze wijze een continue context, een fluïdum te creëren, die de patiënten helpt om hun negatieve visie over zichzelf en anderen te wijzigen naar een beleving die meer ruimte laat voor eigen creativiteit en zelfbepaling, en een vorm van verbondenheid die niet op krampachtige wijze middels symptomen afgedwongen hoeft te worden.

Bart Simons, november 1999