

Testament

Als een soort van testament herneem ik nav mijn pensioen als psychiater in de Kliniek St-Jozef -Centrum voor Psychiatrie en Psychotherapie- te Pitted kort enkele gedachten.

Zelf heb ik steeds consequent een zoveel mogelijk beter worden van (het uitspreken van de particuliere/subjectieve) waarheid nagestreefd. Vooral omwille van de bewustwording/emancipatie en (in alle opzichten) Verlichting die dit impliceert.

Drie zaken staan hier vandaag mi in bedreigende mate tegenover: herstelvisie, management denken en (gratis bepleite) vermaatschappelijking.

In zoverre de herstelvisie zich richtte tegen een medisch-paternalistisch meestersvertoog heeft ze grote merites. De patiënt is geen lijdend voorwerp dat wordt behandeld door een wetenschappelijk voorschrift, maar hij is een verantwoordelijke en ethisch gelijkwaardige partner in een gezamenlijke onderneming, waarbij vooral de eigenheid van de patiënt tot uiting moet komen en in haar bestaansrecht en -reden worden erkend.

Uiteraard deel ik als psychoanalyticus (reeds *avant-la-lettre* van de herstelvisie) deze uitgangspunten. Anderzijds heb ik vanouds echter een aantal reserves tegenover dit tegenwoordig alom gehuldigde model.

Ten eerste struikel ik over de term herstel op zich. Hij refereert naar terugkeer naar een aanvankelijke toestand terwijl dit weliswaar veelal mag gelden voor de lichamelijke geneeskunde, maar vaak niet opgaat op voor een geestelijke gezondheidszorg. Het nastreven van ontwikkeling, groei of meer algemeen een toename van vermogens staat er me dunkt veel meer dan in de somatische geneeskunde op de voorgrond.

Ten tweede is de therapeutische relatie (zoals de ouder-kind relatie) niet symmetrisch, maar asymmetrisch. Beide partijen zijn ethisch gelijkwaardig maar ook ethisch verschillend. Ze hebben andere rechten en plichten. Ook speelt een factor van deskundige ongelijkheid. Een hoogleraar en een leerling uit het basisonderwijs kunnen misschien even goed hoofdrekennen, maar dit is geen reden hun verschil op vlak van wiskundige kennis uit te wissen.

Ten derde is deze therapeutische relatie de drager en noodzakelijke voorwaarde voor wezenlijk therapeutisch werk. Ze is het toneel waar alle moeilijkheden vroeg of laat live on stage komen, waar ze kunnen worden begrepen en kunnen worden bewerkt.

Ten vierde is het mensbeeld dat in de herstelvisie wordt gehanteerd me ietwat eenvoudig en naïef. De mens is geen transparant wezen dat mits de juiste kennis (voor zover bestaand) ook het 'juiste' (*idem*) zou doen. Er zijn bewuste en rationele intenties en onbewuste die er tegelijkertijd mee interfereren, ze zelfs hypothekeren of elimineren.

Al deze reserves hebben ook hun relevantie ten aanzien van teamwerking. Als acroniem van *together each achieves more* is met name een multidisciplinaire teamwerking tegenwoordig zowel in de lichamelijke als (*a fortiori*) in de geestelijke gezondheidszorg de regel. Dat is niet alleen goed. Het is simpelweg noodzakelijk. Niet alleen ten aanzien van de individuele hulpverlener maar ook tegenover het team dat zich rondom de patiënt vormt is de patiënt een

gelijkwaardige en zelfs beslissende partner. Het gaat om het leven van de patiënt en om zijn/haar behandeling. Niet dat van de hulpverlener(s).

Volgens het principe van ethische gelijkwaardigheid enerzijds en ethische en deskundige ongelijkheid anderzijds wemelt het in het team van asymmetrieën. Ook daar spelen bovendien niet alleen bewuste en rationele maar ook onbewuste en irrationele motieven en krachten.

De herstelvisie dreigt voorbij te gaan aan dergelijke complexiteiten. Dit zowel binnen de therapeutische relatie als in een teamwerking, waarbinnen ze gestalte krijgt.

Hoe een ethische bekommernis van gelijkwaardige participatie verenigen met alomtegenwoordige verschillen zonder deze laatste uit te wissen of te doen ontaarden in geschillen? Het is geen gemakkelijke opdracht en de vraag is of ze wordt gediend door een herstelvisie waarbinnen complexiteit eerder wordt toegedekt dan opgelegd en meer gereduceerd dan voldoende tot uitdrukking gebracht.

Er is vervolgens een spanningsveld tussen klinisch denken en management denken. Aan de basis van het klinisch denken ligt de therapeutische relatie met de psychisch lijdende mens. Deze relatie tot stand laten komen en vast kunnen houden in goede en slechte dagen is een kunst en een kunde. Ze vereist betrokkenheid en gehechtheid, dragen en verdragen, begrenzen en begrijpen.

De hulpverlener is geen expert of technoloog onder wiens voorschrift de patiënt wordt behandeld, maar gaat met, rond en in elke unieke patiënt op onderzoek naar de altijd schimmige en complexe wortels van het kwaad. Diagnostiek is een tentatief proces dat slechts tot voorlopige werkhypothesen leidt die de waarheid nooit geheel en al dekken en therapie is een gedeelde verantwoordelijkheid en onderneming waarin de patiënt veel zelf doet maar niet alleen en waarvan de afloop niet exact kan gegarandeerd worden.

Hiertegenover staat de management logica, die voortdurend beoogt middelen en doelen oordeelkundig op elkaar af te stemmen. Termen als Human Relations Management, projectwerking, audit, resultaatgerichte strategie, persoonlijk ontwikkelingsplan, efficiëntie en kwaliteitstoetsing staan hier in het zenit. Basis hiervoor zijn plannen en sturen aan de hand van meting, analyse en controle. De benadering is rationeel en doelgericht op basis van cijfers en tabellen.

Het is de wereld van P.D.C.A., S.W.O.T. en S.M.A.R.T., van Bradford factor, balanced score card en andere paraferalia. Een patiënt (die gebukt gaat onder een onzichtbaar en -zowel door hemzelf als door zijn omgeving- onbegrepen lijden) is echter geen cliënt van een zorgbedrijf. Ook wanneer we weten wat we zouden 'moeten' doen, denken of voelen worden we eerder gestuurd door onbewuste krachten en motieven. Ons zelf managen dmv allerlei technieken of (meet)instrumenten (Beck, WRAP, SIPI etc) lukt niet. We hebben vooral een goede therapeutische (en overdrachts-) relatie nodig in goede en kwade/slechte dagen waarmee we ons 'gedragen' voelen en problemen kunnen worden bewerkt.

De zo gratis bepleite vermaatschappelijking van de zorg is grotendeels gebaseerd op benchmarking van GGZ met onvergelykbare contexten en parameters (bijv in NL of GB). Ze wordt niet in het minst ingegeven door economische/besparingsoverwegingen. Bemoeizorg en *assertive outreach*, maar ook modulaire ambulante hulp (geleverd door een multidisciplinair team dat samenhangende zorg biedt) kan een (semi)residentieel behandel milieu cq

omgevingsmoeder echter niet vervangen, maar enkel aanvullen. Voldoende diepgang is en blijft nodig om problemen met tak en wortel op te sporen en aan te pakken. Zo lang als nodig en zo kort als mogelijk.

Sowieso vergen kortere verblijfsduren bovendien ook voldoende intensieve en multimediale ambulante (na)behandeling die ten eerste een zeer aanzienlijke investering van tijd, energie en (financiële ea) middelen noodzaakt en die ten tweede ook coherent en uitgekiend moet worden aangeboden . De vraag rijst dan wat de werkelijke en totale ‘kost’ of ‘opbrengst’ is van deze of gene keuze.

Tenslotte. Als kanarie in de steenkoolmijn dient ‘de psychiatrie’ mi voldoende tegenstem te laten horen in een overhaast en prestatie-/productie-/consumptie-gericht en bovendien alsmaar versnellend en door permanente innovatie en ondernemerschap geobsedeerd tijdsclimaat. Naast vroeg-detectie en meer en betere eerstelijnszorg kan ze zodoende ziekmakende maatschappelijke factoren zowel blootleggen als trachten tegen te gaan. Is zij niet de Politieke Partij voor Psychiatrische Patiënten? En zijn de laatste niet een bevolkingscategorie waar zowel wij als onze dierbaren vroeg of laat en min of meer deel van uitmaken?

Mark Kinet
5/10/2023