

HUMANE PSYCHIATRISCHE ZORG IN *DE MEANDER*: EEN KWESTIE VAN ETHIEK¹

Evi Verbeke

Victor Braeckmanlaan, 134, B-9000 Gent
Tel.: ++32/(0)472 42 15 31, eviverbeke@gmail.com

Samenvatting: Dit artikel beschrijft een aantal concrete initiatieven die de afdeling voor psychiatrische patiënten met een mentale beperking of een niet aangeboren hersenletsel, *De Meander* (Melle) nam om een psychoanalytische ethiek te introduceren en te vrijwaren. In deze ethiek staat het particuliere van de patiënt centraal. *De Meander* probeerde dit te realiseren door een groot aantal bestaande regels af te schaffen, waardoor meer ruimte ontstond voor de singuliere oplossing van de patiënt. Verder beschrijft de auteur hoe agressie er op een andere manier wordt bekeken om deze zo te leren *lezen* in plaats van te bestraffen. Het zijn niet langer de normen en waarden van de maatschappij die zonder meer worden nagejaagd, maar er wordt vertrokken vanuit het lijden en de vragen van de patiënt als uniek subject. De auteur beschrijft verder hoe patiënten in *De Meander* meer verantwoordelijkheid krijgen over hun leven en toekomst. Hiërarchische posities worden losgelaten door de mogelijkheid tot circuleren tussen verschillende teamleden waarbij gebruik gemaakt wordt van het therapeutisch potentieel van de patiënten. Tot slot wordt beschreven hoe voor zogenaamd chronische patiënten een weg naar buiten wordt gecreëerd via vrijwilligerswerk. Deze verschillende concrete initiatieven worden geïllustreerd aan de hand van klinische vignettes.

Sluutelwoorden: Ethiek, Particulariteit, Psychiatrie, Participatie, Mentale Beperking.

Ontvangen: 5 januari 2013; **Aanvaard:** 15 mei 2013.

*"Kom ik ergens binnen, dan denk ik:
ze houden mij voor een idioot,
maar ik heb toch heus wel wat in mijn mars,
al hebben ze daar geen vermoeden van"*
(Dostojewski, 1960)

1. Dit artikel is een licht gewijzigde versie van een tekst die werd geschreven naar aanleiding van de "prijs humane psychiatrische zorg" van PC Gent-Sleidinge. Deze tekst won hierbij de eerste prijs op het avondsymposium van 16 november 2012.

Inleiding

In dit artikel beschrijven we het proces dat de afdeling *De Meander* van het psychiatrisch centrum Caritas te Melle onderging in haar weg naar een psychoanalytische ethiek. De afdeling bestaat uit drie leefgroepen: een groep voor jongeren met een mentale beperking, een groep voor volwassenen met een mentale beperking en een groep voor mensen met een hersenletsel (NAH), allen in combinatie met een psychiatrische problematiek. De opnames duren meestal tussen de twee à tien maanden.

Psychiatrische humane zorg dient gesteund te zijn op een stevige visie om van daaruit de interventies te formuleren en toe te passen. We vertrekken hiermee vanuit Lacans stelling dat de ethiek een van de belangrijkste pijlers is van de psychoanalyse (Lacan, 1986 [1959-1960]). Werken in de psychiatrie betekent in de eerste plaats werken vanuit een bepaalde ethiek. De daarmee verbonden theorie en techniek zijn secundair. Het is onze verantwoordelijkheid om deze ethische dimensie centraal te stellen (*Ibid.*: 105). Idealiter wordt er in elke psychiatrische setting expliciet vanuit een bepaalde ethiek gewerkt. Evenwel, in de praktijk is die ethische positie vaak afwezig of wordt ze overgenomen door technieken die het werk dirigeren. Om de ethiek als belangrijkste uitgangspunt te nemen en bewust te ondervragen, hanteert *De Meander* een aantal referentiekaders waarvan de voornaamste de psychoanalyse, de institutionele psychotherapie en de rehabilitatiebeweging in de lijn van Detlef Petry zijn, drie theorieën die de ethische dimensie centraal stellen.

Humane psychiatrische zorg betekent respect hebben voor het individu. De patiënt is in de eerste plaats een mens en een volwaardige medeburger waar we ernstig mee omgaan en waarmee een dialoog kan ontstaan (Petry, 2011). We zien de persoon niet als een "gek" of een "gehandicapte". De primaire focus ligt op de patiënt als mens die gelijkwaardig is aan de hulpverlener. Ook mensen met een beperking hebben een verhaal, een levensgeschiedenis, een context,... waarover zij kunnen spreken (via taal of via gedrag). Het is deze dynamiek die een te enge focus op "wat zij niet kunnen" vervangt.² We zijn geen representanten van de samenleving die het "gestoorde" gedrag van de

2. Dat dit niet evident is blijkt uit het gegeven dat er nog altijd psychologen en artsen zijn die hun wenkbrauwen fronsen bij het idee dat psychotherapie überhaupt mogelijk is bij mensen met een beperking.

patiënt wegwerken, maar partners van de patiënt die zich aan ons adresseert. We geven hen geen beeld waarmee zij zich moeten identificeren, maar gaan hen beluisteren en hen een weg helpen zoeken naar een oplossing voor het ondraaglijk lijden dat zij ervaren.

De discourestheorie van Lacan leert ons dat de hulpverlener zich niet zomaar kan positioneren als een meester die het weten in pacht heeft over de patiënt (Verhaeghe, 1996). Indien hij dit doet wordt de patiënt automatisch gereduceerd tot het object waarover het weten zich uitspreekt. Met andere woorden, het weten van de clinicus primeert dan op de particulariteit van de patiënt. Dit "weten" is sowieso zeer relatief: geen enkele hulpverlener bezit het, hoezeer hij er zich ook in heeft verdiept. Er zal steeds een tekort zijn in de kennis, omdat de mens inherent complex is en niet te vatten is in een theorie of een protocol (Verhaeghe, 2002). Aandachtig blijven voor dit inherente tekort is daarom van cruciaal belang. Er is geen eenduidige werkwijze die kan worden toegepast op "De" patiënt. Het radicale verschil tussen mensen wordt gerespecteerd en we gaan op zoek naar een steeds singuliere manier van werken voor deze unieke patiënt. Het idee van Lacan (1966 [1953]) dat de psychoanalyse in de eerste plaats een "wetenschap van het particuliere" is, wordt op die manier cruciaal. In dit proces zal de hulpverlener zich aandienen als een object waar de patiënt op zijn eigen, unieke wijze gebruik van kan maken. Het is dus niet langer de patiënt die wordt gereduceerd tot een object, maar de hulpverlener die zichzelf hiertoe leent.

Dit betekent dat we niet werken vanuit de vraag "wie zijn wij?". Deze vraag houdt immers in dat men iets oplegt aan patiënten, dat men werkt vanuit een eigen ideaal waarbij de patiënt slechts twee dingen kan doen: zich ermee identificeren of zich er tegen afzetten. Deze vervangen wij door de vraag "wie is deze patiënt?". Daarbij wordt er nagegaan wat er voor deze patiënt werkt en hoe de hulpverleners zich daarin kunnen positioneren (Zenoni, 1992). Het parcours van elk subject is particulier zodat het niet aangewezen is om zomaar een project van de instelling op te leggen waaraan het subject zich dwingend moet conformeren om te genezen. Het is de instelling die zich steeds opnieuw moet aanpassen bij iedere patiënt (*Ibid.*). De kliniek van de handelende Ander met zijn alwetende antwoord wordt zo omgebogen tot een kliniek van het luisteren met een sprekend subject (Bryssinck, 2003). De vraag, het specifieke lijden en levensgeschiedenis van de patiënt vormen het uitgangspunt. Niet het eigen therapeutisch ideaal en arsenaal aan technieken.

Hierbij staat het vraagstuk van macht centraal. Foucault (2003) heeft er op gewezen dat de psychiatrie en haar diagnoses werkzaam kunnen zijn als ultieme machtsmiddelen over de "gekkens" en op die manier ook de grens aangeven voor wat "normaal" is. Dit is een dynamisch gegeven dat nooit volledig weg te denken valt uit de klinische praktijk, al is het maar omdat iedereen die er werkt ten volle beïnvloed is door de cultuur waarin hij of zij leeft. Uit onze eigen cultuur stappen is al even onmogelijk als uit ons eigen lichaam stappen. Toch zal de psychiatrie haar eigen machtseffect blijvend in vraag moeten stellen. Het werken in een multidisciplinair team met een grote collegialiteit is daar een goed middel voor. Dit team kan vragen rond visie, interventies, theorie en soms onbewuste vooroordelen opvangen en kritisch bevragen. Niet enkel de patiënt moet dus verzorgd worden, ook de instelling moeten het aandurven om verzorgd worden en het toelaten om zelf te veranderen (Albe, 1992).

Macht kunnen loslaten houdt in dat men afstapt van een positie van betutteling en normalisering. Men schakelt over naar het toelaten van verantwoordelijkheid bij patiënten om hen eigen keuzes te laten maken. Hierbij wordt geduld belangrijker dan alles snel van hen over te nemen (Petry, 2011). Bij mensen met een beperking is dit moeilijk, ze zijn gewoon om hun verantwoordelijkheid af te geven. Het is dan ook onze taak om hen te helpen die verantwoordelijkheid terug te vinden en hen de plaats die ook zij verdienen in de samenleving mee te helpen zoeken (Mannoni, 1999).

Initiatieven

Een visie moet tot leven kunnen komen op een werkplaats en moet meer zijn dan een geschreven tekst die wel wordt uitgedragen maar niet wordt toegepast. In *De Meander* proberen wij ons vanuit de hoger beschreven ethiek te oriënteren. Omdat dit niet evident is worden deze ethische principes stap voor stap in de praktijk gebracht. Wij bespreken hier enkele concrete initiatieven die hiertoe werden ondernomen.

Afdelingsregels. Een belangrijke stap die werd gezet was het afschaffen van de afdelingsregels. *De Meander* had vele regels die het leven op de afdeling structureerden. Regels zoals "men mag geen pet dragen op de afdeling", "men mag slechts één soort beleg op de boterham leggen",... Of bestraffende regels zoals "indien men niet aansluit in een therapie of voortijdig terugkomt moet men het volledige

therapiemoment op een stoel blijven zitten". Om hiervan te kunnen afstappen werden deze regels opgeschreven en daarna geschrapt.³ Dit werd gedaan om verschillende redenen. Ten eerste zorgen regels en controle voor meer agressie bij patiënten (Voskes, Theunissen, & Widdershoven, 2011). De persoon die beknot wordt in zijn vrijheid en de woorden niet heeft om deze frustratie te uiten, kent enkel nog de uitweg van de daad en de agressie. Ten tweede hebben regels een normaliserende functie waarbij de patiënten zich moeten conformeren aan de waarden en normen van de hulpverleners. Hierdoor komen we op het punt van de onuitgesproken macht. Ten derde blokkeren regels de mogelijkheid om een plaats voor *ont-moeting* te scheppen. De regel die men niet in vraag kan stellen, met een absoluut karakter, bergt het risico in zich om een wreedheid te (her)introduceren ten aanzien van de patiënt, wat geen plaats meer laat voor de individualiteit van de persoonlijke defensie (Zenoni, 2009).

Denken we aan Geert, een 22-jarige man van Roemeense afkomst die geen Nederlands spreekt.⁴ Geert verbleef voor lange tijd bij ons in opname. Hij had last van hallucinaties. Zo zag hij de dood in de toiletten en had hij de idee dat er duivels rondlopen op de wereld. Tijdens de eerste maanden van zijn opname maakte Geert nauwelijks contact met anderen. Hij weigerde naar therapieën te gaan en ging slechts zeer sporadisch in gesprek met mensen op de afdeling. Meestal hing hij in een stoel en praatte in zichzelf. Op een dag bracht Geert een mp3-speler mee naar de afdeling. Hij begon te zingen en te dansen door de gang. Het was een van de eerste keren dat wij Geert niet zagen wegzakken in een stoel. De muziek bleek een belangrijke toegangspoort te zijn om te werken met hem. Hij kwam ons vertellen over muziek, liet ons iets horen, wou samen met ons dansen op de nummers,... Via deze muziek konden wij in contact komen met Geert. Hierdoor werd het voor hem mogelijk te spreken over zijn hallucinaties en zich in te schrijven in de afdeling. Zowel met medepatiënten als met werknemers kon Geert nu een band aangaan via het veilige medium van de muziek. Dit effect was nooit gelukt, waren de regels niet afgeschaft. Een oude regel luidde "mensen mogen geen mp3-speler hebben op de afdeling". Door deze regel te laten vallen kon

3. Dit werd gerealiseerd met behulp van een vormingsmedewerker van het psychiatrisch centrum. Met hem overlegden alle collega's van *De Meander* tijdens verschillende bijeenkomsten over de regels, de zinloosheid en het belang van het afschaffen ervan. Door dit samen met een extern persoon te doen, konden imaginaire conflicten sneller worden opgevangen en geneutraliseerd.

4. In alle klinische vignetten maken we gebruik van pseudoniemen.

Geert een eigen oplossing ontdekken, die hem hielp in zijn parcours. Om het in zijn woorden te zeggen: "Muziek, dat is goed tegen de hallucinaties".

Slechts twee regels bleven behouden. De eerste is "fysiek geweld kan niet: dit is wanneer de integriteit van anderen of het leefklimaat beschadigd wordt" en de tweede "patiënten die onder invloed zijn blijven op hun kamer tot ze nuchter zijn". Hiervan kan niet worden afgeweken.

Naast het afschaffen van de overtollige regels werden een aantal afdelingsafspraken gemaakt om het dagelijkse verloop te regelen, afspraken waarvan echter ten allen tijde van afgeweken kan worden.

Zo is een belangrijk element in de structuur het samenzijn tijdens het middagmaal. Jonathan, een 16-jarige jongen werd opgenomen op de afdeling op vraag van de school. Hij werd beschreven als iemand die snel agressief kan worden en die op school niet meer functioneerde. Hij liep steeds weg uit de lessen, hij zette de boel op stelten,... Op de afdeling merkten we al snel dat Jonathan een lichaam heeft dat hij niet steeds onder controle kan houden. Zijn lichaam is een vat vol energie dat in beweging moet blijven. Hij kan niet stil zitten, hij kan niet tegen de leegte van het niets doen. Jonathan heeft nood aan beweging omdat de drift in zijn lichaam hem anders massaal gaat overspoelen. Kan hij hier geen uitweg voor vinden dan wordt hij agressief. Hadden we ons rigide blijven vasthouden aan regels en een vaste structuur op de afdeling, dan zou de situatie van op school zich bij ons hebben herhaald. Daarom beslisten wij om op een andere manier te werken met hem. Zo moest hij niet een half uur aan tafel blijven zitten maar kon hij tijdens het middagmaal helpen met opdienen, tafels afruimen, andere patiënten helpen,... Als het hem tijdens een therapiemoment te veel werd mocht hij naar buiten om te fietsen. Hoewel deze afspraken afweken van de algemene werking van de afdeling, waren deze keuzes van belang om Jonathan te helpen een weg te vinden met zijn bewegelijke lichaam. Door ons niet te rigide vast te houden aan de structuur, kon Jonathan betere manieren vinden om zijn drift onder controle te houden, dan deze van de agressie. Naar het einde van de opname toe was er nauwelijks nog agressie bij Jonathan en had hij zelf manieren gevonden om ook in andere situaties, buiten de afdeling, zijn spanningen af te reageren.

Agressie. Een vaak voorkomend fenomeen in de psychiatrie is agressie. *De Meander* is op zoek gegaan naar een humane manier om agressie op de afdeling te verminderen. De psychiatrie moet niet zomaar de plaats innemen van hoeder van de maatschappelijke orde. Wij

helpen in de eerste plaats de patiënten met deze ondragelijke agressie. Toch kan fysiek geweld niet zomaar getolereerd worden. Hoe gaan wij hiermee om? In de eerste plaats proberen wij patiënten de ruimte te geven om boos en gefrustreerd te zijn. Dit door zelf rustig te blijven en niet in strijd te gaan met de patiënten, maar hen een rustig ankerpunt te bieden. Als de frustraties te hoog oplopen, kunnen patiënten een eigen manier zoeken om die te kanaliseren, bijvoorbeeld door even te gaan fietsen, door naar hun kamer te gaan,... Dit bleek een goed effect te hebben, de agressie op de afdeling is sindsdien sterk verminderd.⁵

Het afzonderen van een patiënt proberen wij zoveel mogelijk te voorkomen. Afzondering kan in principe enkel in hoogdringende gevallen en liefst zo kort mogelijk.⁶ Indien er niet vanuit dit principe gewerkt wordt, dan dreigt dit afzonderen immers een instrument te worden voor het uitoefenen van macht. Bovendien mag men niet vergeten hoe traumatiserend afzonderingen kunnen zijn voor patiënten. De agressieve patiënt bevindt zich in een situatie waar alles te veel is geworden. Hij of zij kan even niet meer om met de wereld rondom zich of met zichzelf en wordt agressief. Als we hem dan in een afzonderingskamer stoppen, wordt zijn vraag en noodkreet verworpen. Indien het toch noodzakelijk blijkt om een patiënt te isoleren, dan moedigen we het spreken met hem aan. Op zo'n moment verdienen deze patiënten nog meer dan anders ons luisterend oor. Verder is van belang om de betrokkenen te bevragen na de afzondering over hoe zij dit ervaren hebben en over wat goed liep en wat niet. Op deze manier kunnen wij hierover reflecteren en meer rekening houden met onze patiënten (Voskes et al., 2011).

Deze veranderingen hebben een sterk effect teweeggebracht: het aantal afzonderingen daalde met meer dan de helft.⁷ Om deze trend verder te kunnen doorzetten blijven we kritisch nadenken. Dit doen we onder andere door iedere afzondering op de teamvergaderingen te bespreken. Daar wordt nagegaan of de afzondering al dan niet nodig was, wat ertoe heeft geleid dat de patiënt zo agressief werd en hoe hier

5. De agressiecijfers in *De Meander* zijn gedaald met 44% (vergelijking januari 2011-september 2011 en januari 2012-september 2012).

6. Om het afzonderen en de agressie te beperken lieten wij ons deels leiden door een onderzoek gevoerd in Nederland waar werd gepoogd om dwang te reduceren (Voskes et al., 2011). Het principe van "afzonderen als straf" werd afgeschaft, we gebruiken afzondering niet langer als sanctie, maar enkel als er geen andere oplossing is. Ook de regel "een afzondering duurt 24 uur" werd afgeschaft. Wij laten de afzondering enkel nog duren zolang als nodig is.

7. Het aantal afzonderingen daalde met 56% (vergelijking januari 2011-september 2011 en januari 2012-september 2012).

in de toekomst anders mee kan worden omgegaan. Op deze manier leren we om de agressie van de patiënt te beluisteren. Agressie kan veel angst oproepen bij mensen waardoor men soms de neiging heeft er niet verder over na te denken. We proberen dit toch te doen. Algemeen gesteld kunnen we geweld beschouwen als een poging van iemand om iets uit te drukken dat niet uitgedrukt kan worden in woorden. Het is vaak een moment van "kortsluiting" na iets wat de persoon in kwestie zodanig heeft geraakt dat hij zichzelf als subject verliest. Zo proberen we het geweld niet te zien als iets wat ons vreemd lijkt. Geweld is ieder mens eigen en moet niet zomaar worden verworpen. We moeten het vooral willen lezen (Donckers, 2006).

De luisterende en participatieve houding. Een verdere uitloper van deze ethiek is om ons in het werk niet vast te houden aan vooropgestelde plannen, interventies, structuren,... Wij proberen iedere patiënt op een unieke manier te benaderen en in de eerste plaats te beluisteren. Dit zorgt ervoor dat iedereen meer creatief en gewaagd uit de hoek moet komen. Denken we aan Frank, een man van 46 die werd opgenomen in *De Meander* omdat hij op het werk vaak dronken was, omdat hij geen afscheid kon nemen van zijn ouderlijke huis dat onbewoonbaar was verklaard en omwille van een hevig rouwproces over de dood van zijn ouders. Tijdens de eerste maanden van zijn opname merkten wij weinig op van het alcoholprobleem. Frank praatte er niet vaak over en wou vele andere thema's ook uit de weg gaan. Af en toe bracht hij dingen ter sprake bij de psycholoog, aan andere mensen wou hij minder kwijt. Spreken over drankmisbruik was voor hem uit den boze. Na een aantal maanden opname ging Frank overdag werken en kwam hij 's avonds terug naar de afdeling. Op een dag kwam Frank niet terug zonder te verwittigen. Enkele dagen later zagen we hem, hij rook sterk naar alcohol. De houding van de verpleegkundige die hem toen als eerste zag was van cruciaal belang. Wat zij deed, was naar Frank luisteren op een neutrale manier. Tijdens dit gesprek begon Frank voor het eerst over zijn alcoholprobleem te spreken. Hij vertelde dat hij terug was gekeerd naar zijn ouderlijke huis en over wat hij daar nog zo sterk van miste. Na dit gesprek kwamen deze moeilijkheden ook meer aan bod in zijn gesprekken met anderen en vond Frank een manier om hiermee te leren omgaan. Het alcoholmisbruik werd bespreekbaar, werd daardoor geleidelijk aan minder tot het verdween. De sterkte van deze interventie wordt voornamelijk duidelijk als we even stilstaan bij wat de verpleegkundige *niet* heeft gedaan. Omdat zij vanuit een participatieve houding werkte en Frank als een uniek individu beschouwde, heeft zij hem niet gestraft omdat

hij een weekend niet was komen opdagen. Frank kreeg ook niet op zijn donder en kreeg geen "lesje" over alcoholgebruik. Ze schiep een ruimte voor *ont-moeting* bij Frank, wat voor effecten zorgde die nog lang na het gesprek bleven nazinderen.

Om met mensen te werken, hen te ontmoeten en te beluisteren, vormt een behandeling op basis van belonen en bestraffen geen goede leidraad. Denken we aan Maarten, een 17-jarige jongen die werd aangemeld bij *De Meander* omdat hij heel veel cannabis rookte en daardoor niet meer kon functioneren op school. Hij rookte zo veel in het weekend dat hij zich de maandag en dinsdag niet meer kon concentreren en meestal lag te slapen tijdens de les. Met Maarten was het van belang om niet te werken vanuit een bestraffingsysteem. Een veel voorkomende procedure bij dit soort problemen is dat men na ieder weekend een urinestaal afneemt. Wanneer blijkt dat de drugstest positief is, worden mensen gestraft. Wij willen dit niet langer doen maar proberen na te gaan wat het gebruik voor Maarten betekent. We lieten hem toe hierover te spreken. Dit bood Maarten de mogelijkheid om aan zijn symptoom te werken. Maarten leerde ons dat hij zich sterk identificeert met de "hiphopper" en hij kan daar op geen enkele manier afstand van nemen. Hiphoppers gebruiken nu eenmaal drugs en hebben wapens, vertelt hij ons. Wij willen hem deze identificatie niet afnemen want dan is Maarten niets. De identificatie helpt hem namelijk om een ankerpunt te vinden in een verwarrende wereld, een punt dat hem standvastigheid biedt. We vrezen dat er massale angst zou ontstaan als dit wordt afgenomen. Daarom gingen we anders te werk, vanuit de logica van Maarten. We besloten een hiphopper uit te nodigen op de afdeling om een workshop te geven. Maarten keek naar hem op en ging met hem praten. Hij vertelde over zijn drugsgebruik en deze man zei hem dat hiphop absoluut niets met drugs en wapens te maken heeft. Hiphop gaat om respect hebben voor je lijf. Het werkte! Maarten neemt steeds minder drugs en kwam ons op het einde van de opname vertellen: "Eentje af en toe, dat ga ik wel nog doen, maar mij kapot 'smoren' zodat ik niet meer naar school kan, dat nooit meer". Via deze interventie werkten we vanuit de logica van de patiënt en niet vanuit de logica van de hulpverlener en de maatschappij die bestraffend en normerend te werk zou zijn gegaan.

Empowerment en emancipatie. In onze ethiek zetten we de idee van emancipatie en *empowerment* centraal. Een minimum aan regels kan enkel werken wanneer er een maximum aan verantwoordelijkheid wordt gegeven aan de patiënten. Indien alles in hun plaats wordt beslist, leidt dit alras tot een vorm van machtsmisbruik. Om de patiënten

meer verantwoordelijkheid te geven installeerden we een patiëntenvergadering. Alle patiënten worden hier vrijblijvend voor uitgenodigd. In deze vergadering krijgen zij een stem. Zij mogen allerhande punten aanbrengen: wat kan niet door de beugel op de afdeling, wat willen zij veranderen, leuke ideeën voor op de afdeling,... Dit wordt ernstig genomen en in de mate van het mogelijke proberen wij samen met hen aan de slag te gaan om hun ideeën te realiseren. Daarnaast proberen wij de patiënten ook dichter bij hun eigen behandeling te betrekken. In plaats van op team afspraken te maken rond de toekomst van mensen, luisteren we eerst en vooral naar de mensen zelf en discussiëren we samen met de patiënt over de mogelijkheden. Teamleden zitten af en toe samen met de patiënt om te spreken over diens wensen en zijn toekomst. Zo leert hij keuzes maken en ervaart hij steeds meer dat hij verantwoordelijk is voor zijn eigen leven. Het team wordt een ondersteunende partner van de patiënt in zijn zoektocht naar oplossingen voor de problemen waarmee hij geconfronteerd wordt. Op deze manier creëren we een behandeling voor de patiënt en geen behandeling opgelegd door een team en een samenleving.

Het unieke individu versus de maatschappij. De unieke problematiek van de patiënt laten primeren op de maatschappelijke moraal is niet altijd evident. Bijvoorbeeld bij Tony, een 20-jarige jongen die al een aantal jaar is opgenomen. Tony bestelt vaak mensen. Hij wil rijk worden want geld betekent voor hem "iemand" zijn. Als kind woonde Tony bij zijn moeder die drugsverslaafd was. Hij moest geld voor haar stelen zodat zij drugs kon kopen. De mama van Tony is een paar jaar geleden gestorven waarna Tony heel veel klachten kreeg, hij begon stemmen te horen, kreeg veel hoofdpijn en angsten. Hij is toen ook dwangmatig beginnen stelen. Zodra hij kans zag, stal hij geld en probeerde het op alle mogelijke plaatsen te verstoppen. Vroeger werd Tony bij iedere diefstal gestraft, wat tot hevige discussies leidde en meestal een afzondering tot gevolg had. Het was een moeilijke opgave om onze interventies af te stemmen op Tony's particuliere situatie en een dwingende identificatie met de heersende normen en waarden te vermijden. We proberen dit te doen door hem niet meer te bestraffen na een diefstal. Het geld wordt afgenomen en het voorval wordt niet gedramatiseerd. We gaan niet meer in het verzet maar proberen het stelen van Tony te begrijpen als een oplossing die hij voor zichzelf heeft gecreëerd vanuit zijn levensgeschiedenis. We worden partners van hem en zijn problemen.

Hoe moeilijk zaken als agressie, diefstal of middelenmisbruik ook zijn, we letten erop dat we niet in de positie van "disciplinerende"

komen te staan, maar dat we de patiënt vooral helpen omgaan met zijn ervaring van overspoeld te worden (Zenoni, 2009). We proberen het stelen nu te *lezen* in plaats van te normeren en we ondersteunen andere identificaties die hij in zijn verleden had. Tony vertelt ons dat hij vroeger voor zijn jongere broertje moest zorgen en voor hem moest koken omdat hij een kookopleiding volgde. Hij is hier zeer trots op en daarom koken we een keer per week samen met Tony, en ondersteunen we zijn idee een "kok" te zijn.

Soms is het ook een kwestie van durven ingaan tegen de normen om tegemoet te komen aan de eigen oplossingen van de patiënten. Denken we aan Patrick, een man met een hersenletsel die werd opgenomen voor een korte *time-out* in *De Meander* naar aanleiding van agressie. We merkten dat Patrick nood heeft aan een vaste structuur. Hij wil zijn wereld voorspelbaar maken en heeft hiervoor een aantal vaste rituelen. Een van zijn rituelen is het drinken van een Leffe voor het slapen gaan, daar staat hij op. Patrick had het moeilijk als hij bij ons in opname kwam en vroeg zich af of hij zijn Leffe nog steeds zou kunnen drinken. Wij besloten om niet mee te gaan in de algemene regel "geen alcohol in het ziekenhuis" waardoor Patrick's eigen, unieke oplossing ongedaan gemaakt zou worden. Integendeel, we zorgden ervoor we dat er in de koelkast steeds een aantal flesjes Leffe stonden zodat Patrick er eentje kon drinken voor het slapengaan bij ons op de afdeling. Dit stemde Patrick rustig en het verschaftte hem de mogelijkheid om een periode op de afdeling te blijven. Hadden wij dit verboden en ons vastgehouden aan de algemene norm van het ziekenhuis, dan had Patrick zich waarschijnlijk nooit kunnen inschrijven in de afdeling. Zijn opname zou dan eerder frustrerend dan ondersteunend hebben gewerkt.

Wars van hiërarchie. Psychiatrie steunt vaak op hiërarchie en concrete taakverdelingen afhankelijk van de functie. Werken vanuit een horizontale verhouding kan echter sterkere effecten hebben dan vanuit een verticale, zowel tussen teamleden als naar patiënten toe. Wij proberen hierin kleine stappen te zetten. Zo proberen wij ons niet blind te staren op onze functies als psycholoog, verpleegkundige, maatschappelijk werker, enzovoort. Een patiënt moet niet altijd bij die ene specifieke persoon zijn om iets te regelen, men kan circuleren tussen de verschillende hulpverleners. Ieder teamlid mag openstaan voor de vragen van de patiënten en mag een referentiepunt zijn voor een patiënt. Denken we even terug aan Tony, de jongen die dwangmatig steelt. Tony gaat maandelijks met de zorgdirecteur van het ziekenhuis winkelen en geniet daar enorm van.

Of denken we aan Jan, een 20-jarige jongen die werd opgenomen op de afdeling na een sterke regressie. In het begin van zijn opname had Jan het heel moeilijk om contact te maken met mensen. Hij vroeg voortdurend of hij naar de gevangenis mocht, of zijn ouders dood waren,... Hij probeerde mensen vaak aan te vallen door hen naar de keel te grijpen of aan hun haar te trekken. Bovendien masturbeerde hij dwangmatig. Hierdoor was het voor Jan zeer moeilijk om mee te doen met de groepsmomenten, maar ook individuele momenten waren voor hem soms te zwaar. Na een tijd kwam Jan toch af en toe eens uit zijn kamer. Hij liep rond op de afdeling en ging vaak een praatje slaan met de kok. Dit bleek de enige persoon te zijn bij wie Jan niet steeds dezelfde vragen stelde over de gevangenis en de dood. Daarom lieten we Jan samen met de kok boodschappen doen en kleine klusjes uitvoeren. Deze man werd voor Jan een van de belangrijkste personen van de afdeling en de persoon via wie hij terug contact kon leren leggen met mensen op een positieve manier. We merkten dat door deze contacten Jan ook in staat werd om met andere mensen op de afdeling terug op een positieve manier contacten te leggen. Het hoeven dus niet altijd de mensen met het "juiste" diploma te zijn die patiënten kunnen helpen. Ook de kok, de poetsvrouw,... mogen een referentiepunt worden voor de patiënt.

Het afstappen van de hiërarchie betekent ook dat we proberen te werken met het therapeutisch potentieel van de patiënten. Niet enkel wij met ons diploma weten wat goed is of kunnen mensen helpen, ook de patiënten kunnen een belangrijke therapeutische betekenis hebben voor elkaar. Denken we aan Anouk, een 21-jarig meisje dat werd opgenomen omwille van agressieve buien en veel angsten. Tijdens haar opname begonnen we te merken dat Anouk graag mensen helpt. Wanneer er op de afdeling een nieuw meisje kwam dat steeds verdwaalde, hielp Anouk haar de weg te vinden en haar de afdeling te leren kennen. Als iemand begon te schreeuwen kon zij deze persoon rustig krijgen. Dit werd Anouk niet afgenomen, we zeiden haar niet: "Dit is onze job en jij moet dit niet doen". We lieten haar ook toe mensen mee te nemen naar hun kamer terwijl de afdelingswerking voorschrijft dat je niet zomaar op de kamer mag komen van anderen. We lieten haar anderen helpen en moedigden haar zelfs aan. Er ontspan zich ondertussen een verhaal bij haar over haar grote droom om kinderverzorgster te worden en over haar vrees dit niet te kunnen. Men zou inderdaad snel geneigd zijn te denken dat Anouk dit door haar beperking niet kan. Door haar op de afdeling toe te laten dit te exploreren, konden we Anouk samen met haar MPI helpen zoeken

naar vrijwilligerswerk bij kinderen. Hadden wij haar beperkt in het helpen van anderen dan hadden we misschien ook niet gehoord dat zoiets Anouk ook zelf kon helpen en dat dit voor haar een oplossing was.

"Chronische" patiënten. Een verdere uitdaging op de afdeling is het werken met een aantal patiënten die al een aantal jaar bij ons verblijven en voor wie niet meteen perspectieven zijn op ontslag. Dit komt voornamelijk door de zeer lange wachtlijsten in de gehandicapten-sector. Sommige van deze patiënten raken verankerd in de psychiatrie. Ze hebben nog weinig leven buiten de muren van de instelling en soms geen plaats meer in de gewone maatschappij. We proberen hen terug een volwaardig bestaan als medeburger te geven in de samenleving, met het recht om anders te zijn (Mannoni, 1999). Dit doen we op verschillende manieren. We gaan er met hen eens op uit, vaak op een spontane manier. Zo gaan we eens iets drinken met hen, niet in de cafetaria van het ziekenhuis, maar op een plaats in het dorp waar veel mensen komen. Door bewegingsruimte te geven binnen en buiten het instituut kan een punt worden gezet achter de eentonigheid van het leven van deze "chronische patiënten" (Petry, 2011). Verder proberen wij voor hen vrijwilligers te zoeken die wekelijks met één patiënt op stap gaan. Een vrijwilliger wordt steeds gekoppeld aan één patiënt. Zo krijgt de patiënt de mogelijkheid om terug in het gewone leven iets te doen, iets dat niet gekleurd is vanuit een psychiatrische diagnose of een hulpverleningsstatuut. Ze kunnen terug burgers worden in de samenleving. Het werken met vrijwilligers kan nog meer positieve effecten sorteren. De vrijwilliger leert de patiënt kennen als mens en draagt dit ook uit in zijn omgeving en vriendenkring. Door dit proces wordt het stigma van "krankzinnigheid" in de samenleving langzaam afgebouwd (*Ibid.*).

Besluit

Tot zover de beschrijving van hoe *De Meander* probeert te werken vanuit een visie die de unieke mens centraal stelt. Deze visie impliceert een eigen, particuliere manier van werken binnen dit specifieke ziekenhuis, met zijn specifieke geschiedenis en met deze specifieke patiënten. Haar werking is daarom niet zomaar te transponeren naar andere instituten. Evenmin funderen wij onze visie op één theorie maar putten inspiratie uit verschillende perspectieven. Wat centraal blijft, is steeds opnieuw het unieke van de persoon.

De Meander is een *work in progress* en wij hopen dat altijd te kunnen blijven. Enkel door de eigen werkwijze continu in vraag te stellen, kunnen wij blijven werken aan een psychiatrisch humane zorg. We beschreven een aantal projecten die we hebben geïnstalleerd. Maar we blijven onze weg zoeken en we ondervragen en passen de krachtlijnen van deze visie toe. De toekomst zal uitwijzen hoe en waarheen onze afdeling zal blijven meanderen.

Humane Psychiatric Care in De Meander: A Matter of Ethics

Summary: This article describes a number of concrete initiatives taken in the *De Meander* in Melle (near Ghent, Belgium), a psychiatric ward for patients with a mental disability or an acquired brain injury, with the aim of introducing and safeguarding a psychoanalytic ethic. In the latter, the particularity of the patient plays a central role. *De Meander* tried to achieve this by abolishing many of the ward rules, allowing more space for the singular solution of the patient. Furthermore, the author describes how aggression is addressed differently, in order to learn how to *read* this rather than punish it. From an ethical perspective, the values and standards of mainstream society are no longer strictly adhered to, but the starting point is the suffering and the questioning of the patient as a unique subject. The author describes how patients of *De Meander* are given more responsibility for their lives and future. Hierarchical positions are lifted by creating the possibility of circulation between different team members and by using the therapeutic potential of patients. Finally, the author describes how, via volunteer work, an opening to the outside world is created for so-called chronic patients. These various concrete initiatives are illustrated using clinical vignettes.

Key words: Ethics, Particularity, Psychiatry, Participation, Mental Retardation.

Bibliografie

- Albe (1992), "Institutionele psychotherapie", ongepubliceerd manuscript.
- D. Bryssinck (2003), "Psychose en toxicomanie", in C. Janzing, A. Van den Berg & F. Kruisdijk (eds.), *Handboek voor milieutherapie, Deel 2, Theorie en praktijk van de klinische psychotherapie*, Assen, Koninklijke Van Gorcum, pp. 156-179.
- J. Donckers (2006), "De taal van het geweld", *Psychoanalytische perspectieven*, jg. 24, no. 2, pp. 151-166.
- F. Dostojevski (1960 [1869]), *De idioot*, Amsterdam, Rainbow Pockets.
- M. Foucault (2003 [1973-1974]), *Le pouvoir psychiatrique, Cours au Collège de France* (texte établi par J. Lagrange), Paris, Seuil/Gallimard.
- J. Lacan (1966 [1953]), "Fonction et champ de la parole et du langage en psychanalyse. Rapport du congrès de Rome", *Écrits*, Paris, du Seuil, pp.237-322.
- J. Lacan (1986 [1959-1960]), *Le Séminaire, Livre VII, L'éthique de la psychanalyse*, texte établi par J.-A. Miller, Paris, du Seuil.
- M. Mannoni (1999), "Words of greeting: Psychoanalysis and handicap", in J. De Groef & E. Heinemann (eds.), *Psychoanalysis and mental handicap*, London, Free Association Books, pp. 1-6.
- D. Petry (2011), *Uitbehandeld, maar niet opgegeven. Het persoonlijk verhaal van een psychiater over zijn patiënten*, Amsterdam, Ambo.

- P. Verhaeghe (1996), *Tussen hysterie en vrouw. Van Freud tot Lacan: Een weg door honderd jaar psychoanalyse*, Leuven/Voorburg, Acco.
- P. Verhaeghe (2002), *Over normaliteit en andere afwijkingen*, Leuven/Voorburg, Acco.
- Y. Voskes, J. Theunissen, & G. Widdershoven (2011), *Best practices. Rndom dwangreductie in de geestelijke gezondheidszorg*, Utrecht, ZuidamUithof Drukkerijen.
- A. Zenoni (1992), "Clinique psychanalytique en institution", *Les feuillets du Courtil*, no. 4, pp. 21-32.
- A. Zenoni (2009), *L'autre pratique clinique. Psychanalyse et institution thérapeutique*, Toulouse, Éditions Érès.