

# Samenwerking binnen de GGZ

Inleidende lezing op de studiedag 'Regionale zorgprogramma's in de cure gerichte geestelijke gezondheidszorg: een samenspel' op 4.12.2008

**Mark Kinet**

Dames en Heren,  
Beste Collega's,

Om de geesten wat op te warmen en te openen zal ik (een heilig getal) met zeven gedachten beginnen. Achtereenvolgens komen aan bod: diagnostiek, oorzakelijkheid, therapie, symptoom en persoon, geografie, ideologie en politiek.

## ***1. Diagnostiek***

Ten eerste en *diagnostisch* kunnen we binnen de volwassenenpsychiatrie een aantal grote 'klassen' onderscheiden. Er zijn de (klassieke en majeure) *psychotische* stoornissen en *stemmingsstoornissen*, er zijn de stoornissen op vlak van *misbruik* of *afhankelijkheid* van *middelen*. Er zijn de als neurotisch te beschouwen *depressieve* en *angststoornissen* en ten slotte de *persoonlijkheidsstoornissen*. Het onderscheid tussen al deze stoornissen is uiterst relatief. Van de mensen die ooit in hun leven een 'mentale stoornis' hadden is er bij 38% zogenaamde comorbiditeit, waarbij DSM diagnoses als Big Mac's op elkaar dienen te worden gestapeld. Bij patiënten die een residentiële behandeling behoeven doet psychopathologie zich welhaast *nooit* in een 'zuivere' vorm voor. Het orthogonale onderscheid tussen de syndromale (as I van de DSM) en de persoonlijkheidsdiagnose (as II van de DSM) gaat in de praktijk ook niet op. Bij ongeveer 60 % van de psychiatrische en verslavingsproblemen is minstens één *volbloed* persoonlijkheidsstoornis aanwezig. Het voorkomen van persoonlijkheidsstoornissen in de algemene bevolking bedraagt trouwens 15-20 %. Zij behoren hiermee (samen met angst en depressie) tot de meest voorkomende psychische stoornissen. Terwijl de diverse symptomen te vuur en te zwaard worden bestreden, worden de persoonlijkheidsstoornissen vaak getroffen door therapeutisch nihilisme. Vandaag de dag is nochtans de (ook kosten)effectiviteit van bijv. Dialectische Gedragstherapie, Schema Focused Therapie, Transference Focused Psychotherapy en Mentalisation Based Treatment voldoende aangetoond.

## 2. Oorzakelijkheid

Er is ten tweede de steeds complexe en multifactoriële *oorzakelijkheid* die psychiatrische stoornissen kenmerkt. In de totstandkoming van *alle* psychopathologie speelt de *verknoping* tussen drie registers een rol. Deze is altijd de resultante van aanleg/constitutie en aandrift/temperament. Deze wordt ge(re)medieerd door de al dan niet veilige gehechtheid in wederzijdse samenhang met het mentaliserend vermogen. Er is ten slotte de steeds particuliere en subjectieve levensgeschiedenis waarin zich bepaalde patronen herhalen. Een derde van de bevolking is onveilig gehecht. Onveilige gehechtheid is de risicofactor bij uitstek voor psychiatrische stoornissen en omgekeerd werkt veilige gehechtheid protectief en draagt ze bij tot zgn. 'resilience'.

## 3. Therapie

De principiële ontoreikendheid van een eenzijdige en eenvoudige *therapie* bij psychiatrische stoornissen is voldoende aangetoond. Bij recidiverende problemen is *a fortiori* een psychiatrische en psychotherapeutische behandeling nodig die ofwel tegelijkertijd, ofwel consecutief op de uiteenlopende oorzakelijke factoren inwerkt. Vaak is het antwoord op psychisch lijden te *kortzichtig*. Een al te symptoomgerichte behandeling riskeert dan het belang van bijv. de levensgeschiedenis toe te dekken. Ook de doorslaggevende rol van de gehechtheid (die in het impliciet geheugen is vastgelegd en onze verhouding met anderen bepaalt) wordt door een dergelijke aanpak veronachtzaamd. De mogelijkheid de dieperliggende determinanten van psychische en interpersoonlijke problemen te bewerken gaat daarbij verloren. Gevolg is dat veelal na tijdelijke verbetering *terugval* optreedt met alle ontmoedigende of daadwerkelijke implicaties, zowel voor de betrokkene als voor zijn omgeving. Corveleyn, Luyten en Blatt beschrijven een en ander ivm depressie in hun 'The theory and treatment of depression'. Depressie blijkt verre van een goedaardige aandoening met gunstige prognose. Ze is daarentegen een ernstige en invaliderende vorm van psychopathologie die langdurige behandeling vraagt die maximaal rekening houdt met de complexe etiopathogenese. Meer in het algemeen draagt elke crisis of probleemsituatie de kiem tot groei en inzicht in zich. Essentieel is dan wel door een gepaste therapie dit progressief potentieel te benutten.

## 4. Symptoom en persoon

Bij mensen met complexe psychiatrische problemen maakt *behandeling* wel eens plaats voor *begeleiding*. Patiënten op ondersteunende wijze helpen op een acceptabel niveau te blijven functioneren en/of ze (zoals dat dan heet) '*buiten de psychiatrie*' houden wordt dan doelstelling nummer één. Op die manier komt het echter niet tot een therapeutisch ambitieuzer onderneming die inderdaad slechts mits de nodige zorg, externe steun en structuur kan geboden worden. Voldoende holding en continuïteit is immers vaak noodzakelijke voorwaarde om (ook doorheen de hulpverlening) dolende patiënten op een *spoor* te zetten dat nieuwe perspectieven biedt.. Dit is

in het bijzonder het geval bij heel wat 'ernstiger' psychiatrische en persoonlijkheidsstoornissen.

## 5. *Geografie*

Als we anderzijds kijken naar het *landschap* van de geestelijke gezondheidszorg bestaat dit uit een bonte verzameling van middelen en structuren. Qua *middelen* is er de ganse waaier aan *biologische* behandelingen: psychofarmaca, electroconvulsieve therapie, runningtherapie, lichttherapie etc. Er zijn anderzijds de meest uiteenlopende *psychotherapeutische* benaderingen, elk met hun eigen min of meer uitgewerkte theorieën over het psychisch functioneren. Nu eens zijn ze eerder op symptomen, vaardigheden en gedrag, dan weer meer op persoon, beleving en betekenis gericht. Er zijn tenslotte de verschillende vormen en gradaties van (meer sociaal-psychiatrisch) *omgevingsmanagement*. Al deze middelen kunnen binnen alle behandelsettings of *structuren* worden aangeboden en wel afzonderlijk, opeenvolgend of tegelijkertijd. Vaak is het toeval waar de psychiatrische patiënt voor hulp aanklopt. Organisatie van de GGZ o.v.v. echelonnering, stepped care, community health zijn pogingen deze loterij van meer therapeutische rationale te voorzien. Actueel staan termen als deregulering, ontschotting, zorgtrajecten en zorgcircuits in het zenit. De verschillende hulpverleningsinstanties worden in deze *nieuwe* optiek verondersteld zich rond bepaalde pathologieën te groeperen en op geïntegreerde wijze consecutief en/of simultaan op de diverse 'behandelbehoeften' in te spelen.

## 6. *Ideologie*

Dit is niet evident. De eerste, tweede en derde lijn hanteren de voorbije decennia hun eigen *a priori's*, deskundigheden en blinde vlekken, waardoor samenwerking en complementariteit vaak niet optimaal worden benut. Zij worden door andere overheidsinstanties gefinancierd. Hun medewerkers zijn hier forfaitair, daar per prestatie betaald. Ze zitten in verschillende statuten (bedienden, zelfstandigen en vrije beroepen), moeten al dan niet wachtdiensten, spoedgevallen, veldwerk of permanentie vervullen. Ook qua ideologie tekenen zich onderling grote tegenstellingen af. De een wil de patiënt *mordicus* in zijn *natuurlijk* milieu willen behandelen. Een therapeutisch optimisme en een geloof in de 'gezonde' krachten van de patiënt overheerst. De ander zweert bij soms hoogtechnologische medisch-psychiatrische zoal niet biologische praktijkvoering. Anderen lijden aan reünitis en gaan op in het managementdenken. Sommigen zweren bij een *kunstmatig* milieu dat de patiënt wordt aangeboden teneinde gestagneerde of verstoorde ontwikkeling van de patiënt (opnieuw) op gang te brengen. Bij sommige instanties is het een draaideur van komen en gaan, bij andere geraken de patiënten zgz niet binnen en/of niet buiten.

## 7. *Politiek*

Het opzetten en optimaliseren van samenwerking, ook in de GGZ is een monnikenwerk. In de politiek worden resultaten immers vaak pas merkbaar in de loop van een generatie. Het is een

steeds ietwat utopisch sleutelen aan een betere wereld die we tegelijk met vereende kracht proberen te realiseren. Het is geduld en dialoog waarbij in het algemeen belang uit een veelheid van meningen toch een samenhangend en doordacht beleid dient gerealiseerd.

Van de Britse schrijvers Joseph Conrad en H.G.Wells wordt gezegd dat zij verschilden als water en vuur. Joseph Conrad was een warme man en *mensenvriend*, die echter niet in maatschappelijke vooruitgang of verbeterlijkheid geloofde. H.G.Wells ijverde voor een utopie maar was in de grond een hardvochtige *mensenhater*. Laat ons hopen dat we als GGZ medewerkers voldoende *mensenkenner* zijn om gematigd en realistisch onze 'sector' te optimaliseren. Het psychisch lijden is op zich een doolhof. Moge onze bijeenkomst vandaag ertoe leiden dat we er geen lelijke koterijen gaan bij bouwen.