

Bedankt voor het downloaden van dit artikel. De artikelen uit de (online) tijdschriften van Boom uitgevers zijn auteursrechtelijk beschermd. U kunt er natuurlijk uit citeren (voorzien van een bronvermelding) maar voor reproductie in welke vorm dan ook moet toestemming aan de uitgever worden gevraagd.

Boom

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever. Auteursrecht ten aanzien van tekst- en datamining en machinelearning is nadrukkelijk voorbehouden.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 jo. Besluit van 27 november 2002, Stb 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (postbus 3060, 2130 KB, www.reprorecht.nl) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912.

Voor het overnemen van (een) gedeelte(n) uit deze uitgave in bijvoorbeeld een (digitale) leeromgeving of een reader in het onderwijs (op grond van artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot Stichting Uitgeversorganisatie voor Onderwijslicenties (Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.stichting-uvo.nl).

No part of this article may be reproduced in any way whatsoever without the written permission of the publisher. No part of this publication may be reproduced in the context of text and data mining for any other purpose which is not expressly permitted by law without permission of the publisher.

abonnementen@boom.nl
www.boom.nl

Psychoanalyse en de ggz

MARK KINET

Als psychoanalytici hebben we steeds consequent een zo veel mogelijk beter worden van (het uitspreken van de particuliere/subjectieve) waarheid nagestreefd (Thys 2006). Vooral omwille van de bewustwording/ emancipatie en (in alle opzichten) verlichting die dit impliceert. Meerdere ontwikkelingen binnen de ggz staan hier vandaag in bedreigende mate tegenover: de herstelvisie, de managementlogica en een organisatie die op de somatische leest is geschoeid. We beginnen met de tegenwoordig zo populaire herstelvisie. In haar zich afzetten tegen een medisch-paternalistisch meestervertuog heeft ze grote merites. De patiënt is geen lijdend voorwerp dat wordt behandeld door een wetenschappelijk voorschrift, maar is een verantwoordelijke en ethisch gelijkwaardige partner in een gezamenlijke onderneming, waarbij vooral de eigenheid van de patiënt tot uiting moet komen en diens problemen in hun bestaansrecht en -reden worden erkend. Uiteraard deelt de psychoanalyse (reeds avant la lettre) deze waardevolle uitgangspunten. Anderzijds heeft ze echter reserves tegenover dit alom gehuldigde en vigerende model. Ten eerste is er een probleem met de term 'herstel' op zich. Hij refereert aan terugkeer naar een aanvaardbare toestand terwijl dit weliswaar mag gelden voor de lichamelijke geneeskunde, maar vaak niet opgaat voor een geestelijke

gezondheidszorg. Het nastreven van ontwikkeling, groei of meer algemeen een toename van vermogens staat er veel meer dan in de somatische geneeskunde op de voorgrond.

Ten tweede is de therapeutische relatie (zoals de ouder-kindrelatie) 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. 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 begrepen kunnen worden en waar ze kunnen worden bewerkt. Ten vierde is het mensbeeld dat in de herstelvisie wordt gehanteerd misschien wat te eenvoudig en naïef. De mens is geen transparant wezen dat, mits de juiste kennis (voor zover bestaand) aanwezig is, ook het 'juiste' zou doen. Er zijn bewuste en rationele intenties, maar ook onbewuste die er tegelijkertijd mee interfereren, ze zelfs hypothekeren of elimineren. De psychoanalyse kan zich om al deze redenen wel achter de herstelvisie scharen, maar legt onmisbare bijkomende accenten.

Er is vervolgens een spanningsveld tussen klinisch denken en managementdenken (Vandenberghe 2007). Aan de basis van het klinische 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 betrokken-

<https://doi.org/10.5553/PA/259027332025031001005>

heid en gehechtheid, dragen en verdragen, begrenzen en begrijpen. De hulpverlener is geen expert of technoloog onder wiens voorschrift de patiënt wordt behandeld, maar gaat persoonsgericht (en dus niet stoornisgericht) 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. Deze dekken de waarheid nooit geheel en al, en therapie is een gedeelde verantwoordelijkheid en onderneming waarin de patiënt veel zelf doet, maar niet alleen, en waarvan de afloop niet exact gegarandeerd kan worden. Hiertegenover staat de managementlogica, die voortdurend beoogt middelen en doelen oordeelkundig op elkaar af te stemmen. Ze maakt daarbij gebruik van cijfers, statistiek en tabellen die dankzij digitalisering en big data astronomische proporties hebben aangenomen.

De laatste decennia worden we — geheel in deze lijn — als clinici ‘bijgestaan’ door computers. Vaak gaan management en computers echter ons doen en laten bepalen. Het is een voorbeeld van Martin Heideggers (1973) technische era en van Max Webers (1920) instrumentele rede van processen die op de objectieve rede van (in dit geval: therapeutische) inhoud en visie primeren. Er ontstaat dientengevolge een verlies van zin *in* en van zin *van*, wat in min of meerdere mate kan leiden tot uitputting en/want verlies van arbeids- en andere vreugde. Het is een proces zonder subject: een naamloze vennootschap als een malle-molen waarin eenieders subjectiviteit wordt vermalen.

Een patiënt (die gebukt gaat onder een onzichtbaar en — zowel door hemzelf als door zijn omgeving — goeddeels onbegrepen lijden) is verder 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. Onszelf managen door middel van allerlei technieken of (meet)instrumenten (Beck, Wellness Recovery Action Plan (WRAP), digitaal signaleringsplan (Sipi)) mag in theorie ‘handvatten’ bieden, maar is in de praktijk gemakkelijker gezegd dan gedaan. Daarbovenop lijdt de ggz onder een model dat vooral op de maat van de somatische geneeskunde is gesneden. In de laatste gaat het veelal om onregelmatige technische onderzoeken en akten waarin de therapeutische relatie tegenwoordig een beperkte, zo niet onbestaande rol speelt. De hulpverlening is discontinu, maar ook zo lang als nodig. Lichamelijke problemen krijgen alle zorgen, ook wanneer ze verder levenslange vormen van (min of meer dure) hulpverlening vereisen. Hoe verschillend is het in psychische aangelegenheden. Daar zijn factoren als geduld, tijd en continuïteit noodzakelijk om met vallen en opstaan groei of ontwikkeling te helpen bewerkstelligen. Therapeuten/ouders houden nooit op therapeuten/ouders te zijn, al vermindert hun rol qua aard en belang doorheen de levensloop. Uiteindelijk trachten ze zichzelf overbodig te maken. Hun aanwezigheid varieert al naargelang de ontwikkelingen/evoluties die zich onder hun zorg en toezicht afspelen. Ze blijven echter spilfiguren. Ook tegen wil en dank.

Continuïteit en afstemming in de psychische hulpverlening is essentieel, maar paradoxaal (en contraproductief) is ze binnen de ggz veelal in de tijd beperkt. Stel je voor dat bij een hart-, nier- of kankerpatiënt op een vooraf bepaald moment een nodige/werkzame behandeling zou worden gestopt. Dit

overkomt nochtans dagelijks vele patiënten die psychisch lijden — ook nadat ze eerst lange tijd op gepaste hulp moesten wachten. Als kanarie in de kolenmijn dient de ggz ten slotte voldoende tegenstem te laten horen in een overhaast en prestatie-/productie-/consumptiegericht en bovendien alsmaar versnellend en door permanente innovatie en ondernemerschap geobsedeerd tijdsklimaat. Behoort ze niet ziekmakende maatschappelijke factoren zowel bloot te leggen als tegen te gaan, in plaats van mee te huilen met de wolven?

Literatuur

- HEIDEGGER, M. (1973). De techniek en de ommekeer. Tielt/Utrecht: Lannoo.
- THYS, M. (2006). Beter worden van waarheid. *Tijdschrift voor Psychoanalyse*, 12(2), 136-142.
- VANDEBERGHE, J. (2007). De psychiater: clinicus en manager? — Het spanningsveld tussen klinisch denken en managementdenken. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 49(10), 689-691.
- WEBER, M. (1920). *De protestantse ethiek en de geest van het kapitalisme*. Amsterdam: Boom, 2012.