

IV.5.1 Psychotherapie

F.L.E. de Wever, F. Hamburg, J.G. van Lier

Psychotherapie is gericht op herstel van de mentale gezondheid. Een mens is mentaal gezond wanneer zijn psychologische vrijheid wortelt in een realistisch begrip van de werkelijkheid. Het begrip psychotherapie omvat in ieder geval zelfinzicht en zelfcontrole [1: B.M. Ashley. Health Care Ethics. A Catholic Theological Analysis. 5th ed, Washington: Georgetown University Press; 2006.]. Uiteraard is geen mens onbeperkt vrij. Maar neurotici en psychotici zijn door hun respectieve gesteldheden nog onvrij. Psychologie, kan men daarom zeggen, heeft voor een belangrijk deel te maken met beperkingen van de menselijke vrijheid. Onbewuste conditioneringen spelen daarin een belangrijke rol.

Naast de onbewuste conditionering bestaat er ook zoiets als de ervaring van onvrijheid door de neurotische effecten van het gevoel van leegheid en betekenisloosheid. Deze leegheidservaring neemt mogelijk steeds meer toe, in ieder geval in stedelijke gebieden. De beschikbare cijfers over de toename van het aantal patiënten laten ruimte voor speculatie [2: G. Hutschemaekers. Wordt Nederland zieker? Maandblad Geestelijke Volksgezondheid 2000, 55, 314-355.]. Misschien is dit het geval omdat onze cultuur enerzijds niet meer de creatieve en spirituele dimensie van de mens bedient, en anderzijds steeds meer 'life events' medicaliseert of psychologiseert. Zeker, mogelijk nemen niet de stoornissen toe, maar zijn er tegenwoordig gewoon betere diagnostische tools zodat wij er meer constateren. Of zien wij meer gebreken als 'verhelpbaar' waardoor iets niet meer een 'karaktertrek' is, maar – bijvoorbeeld – een fobie. Toch is daarmee allerminst de mogelijkheid van tafel of niet het aanbod de vraag schept.

5.1.1 Geschiedenis

Strikt genomen begint de geschiedenis van de psychiatrie met Franz Anton Mesmer (1734-1815), een pionier in de exploratie van onbewuste mentale processen. Het was immers Mesmer die in de 70er jaren van de 18de eeuw een studie van de hypnose begon. Weliswaar is zijn werk lange tijd gekoloniseerd geweest door magnetiseurs, spiritisten, 'healers', en andere charlatans, maar tijdens de 90er jaren van de 19de eeuw werd zijn werk opgepakt, gesystematiseerd, en geïntegreerd (met verwante ontwikkelingen in aanpalende domeinen) door psychodynamische theoretici waaronder Sigmund Freud. Op laatstgenoemde zullen we nog terugkomen. Hier vragen wij slechts aandacht voor de minder bekende Philippe Pinel (1745-1826) en Hermann Rorschach (1884-1922). Zij verdienen hier vermelding omdat Pinel ('de vader van de moderne psychiatrie') als eerste onderscheidde tussen – populair gezegd – straatschoffies, criminelen en psychiatrische patiënten, en Rorschach, met zijn 'ink-spot test', mogelijk de eerste psychometrist is geweest. In hetzelfde tijdsgewricht, overigens, kwam het in 1871 tot de oprichting Nederlandse Vereniging van Psychiatrie, de oudste specialistenvereniging in Nederland.

In de laatste decennia van de psychiatrie zijn vooral de volgende twee ontwikkelingen te onderscheiden: (1) De vermaatschappelijking van de psychiatrie, en (2) het classificatiesysteem Diagnostic Statistical Manual (DSM).

De vermaatschappelijking van de psychiatrie, die zich in de laatste decennia manifesteerde, vloeide vooral voort uit het inzicht dat men zijn aandacht primair moest richten op het ambulant behandelen van patiënten en naar de opvang in crisissituaties. Dit resulteerde in de idee van een 'bed op recept' (BOR) en het buiten de uren aanbieden van contact met de afdeling waar men in behandeling is ('telefoon op recept', TOR). Deze beide concepten werden ook opgenomen in behandelplannen. Daarnaast kreeg men steeds meer oog voor de

verbetering van de situatie van mensen die tussen de ziekenhuis en de thuissituatie in zitten. Al deze veranderingen moeten worden gezien in de reorganisatie van het ziekenhuiswezen in zijn totaliteit. Opvallende ontwikkelingen daarin zijn allereerst het apart zetten van de jeugdzorg ('jeugdpsychiatrie'), de ouderenzorg boven de zestig ('ouderenpsychiatrie'), en de 'volwassenenzorg'. Voorts werd in de psychiatrie het ziektebeeld gekoppeld aan de te verwachten duur van de behandeling. Men kwam zo tot het onderscheid tussen kortdurende behandelingen (tot en met twee jaar) en langdurende behandelingen (meer dan twee jaar). Binnen de laatste categorie gaat het vooral om psychiatrische processen. De behandeling vindt zoveel mogelijk ambulant plaats. Hierin past het inzetten van de verpleging buiten de afdeling bij de mensen thuis, bijvoorbeeld in de intensieve thuiszorg als vervolg op een opname of juist ter voorkoming hiervan.

Kort samengevat was de trend in de afgelopen dertig jaar eenvoudigweg 'van bed naar stoel', dus: van opgenomen zijn naar ambulant. Kortom: het onderstrepen van de zelfredzaamheid en het zoveel mogelijk in de eigen omgeving houden van de patiënt. Dit alles was mede mogelijk door het succes van psychofarmaca. Naast deze ontwikkelingen gold overigens voor de gehele zorgsector de intrede van de 'evidence-based practice' en de toenemende invloed van patiëntenorganisaties, ouders, en consumentenbonden.

Medio tachtiger jaren gingen psychiaters en psychologen in Nederland werken met het classificatiesysteem Diagnostic Statistical Manual (DSM-classificatiesysteem). De DSM bevat groepen van criteria die in consensus zijn opgesteld door de leden van de American Psychiatric Association (APA). In de DSM gaat het om een a-theoretische, puur descriptieve, empirische opvatting van psychiatrie. In deze benaderingswijze wordt principieel afgezien van causaal en conceptueel denken. Dit betekent bijvoorbeeld dat het niet past om nog te spreken over zoiets als een 'neurose'. Dit begrip hangt teveel vast aan een dynamisch concept, dat wil zeggen: aan een psychoanalytisch concept (zie hierna).

Nog drie opmerkingen moeten gemaakt worden aangaande de DSM:

1. Het woord 'diagnostisch' is misleidend, althans wanneer men deze term klassiek opvat. De DSM is slechts een classificatiesysteem, tot dusverre etiologisch neutraal, waaraan de instituten binnen de geestelijke gezondheidszorg (GGZ), zich gecommitteerd hebben. Het systeem draagt wel bij tot het vormen van een diagnose.
2. Kan er eigenlijk wel zoiets bestaan als een a-theoretisch diagnostisch systeem? Het gegeven dat wij allen het eens zijn over een stel definiërende karakteristieken betekent nog niet dat er sprake is van iets reëls [3: T. Burns. *Psychiatry: A very short Introduction*. Oxford: Oxford University Press; 2006.]. Of anders gezegd: het feit alleen dat psychiaters ieder voor zich op betrouwbare wijze karakteristieke kenmerken bij een patiënt weten te benoemen, zegt nog niets over de validiteit van de classificatie. De 17de eeuwse methoden om heksen te classificeren waren ongetwijfeld zeer betrouwbaar, maar allerm minst valide (een valide of geldige test meet wat hij moet meten).
3. Een stelsel van classificaties van ziekten en aandoeningen kan niet vereenzelvigd worden met het medisch-wetenschappelijk kennisdomein. Er kan immers lijden zijn zonder ziekte, er kan ziekte zijn zonder lijden. Bovendien zeggen die classificaties op zichzelf weinig over de ernst of oorzaak van het lijden. Tholen [4: F. Tholen. *Psychisch lijden bij verzoeken om levensbeëindiging*. In: Adams M, Griffiths J, den Hartogh C, editors. *Euthanasie: nieuwe knelpunten in een voortgezette discussie*, Kampen: Kok; 2003.] schrijft in dit verband dat classificaties onbruikbaar zijn voor het afgrenzen van ziekte en gezondheid: 'Het is dus niet het voldoen aan de criteria van een in de classificatie gespecificeerde aandoening wat maakt dat er sprake is van ziekte', aldus Tholen, 'maar het voldoen

aan een drempelwaarde van symptomatologie en daarmee samenhangend leed’.

In de Verenigde Staten van Amerika werd in 2013 de DSM-5 geïntroduceerd, [5: DSM-5 Task Force. Diagnostic And Statistical manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Arlington, USA: American Psychiatric Association; 2013 doi:<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>.] in Nederland in 2015. Versie 5 bevatte een aantal veranderingen in de naamgeving en in het onderscheid van en tussen verschillende aandoeningen. De belangrijkste wijzigingen zijn het loslaten van de assenstructuur, meer aandacht voor de dimensie (spectrum) en dat instandhoudende factoren meer aandacht krijgen. Verder bestaat de categorie n.o.s. (not otherwise specified) niet meer. Er zijn zogenaamde risicosyndromen toegevoegd.

Belangrijk is nu ook dat er sprake is van een psychische stoornis als een patiënt ‘significante lijdensdruk’ ondervindt, en/of ‘significant disfunctioneert’ (wordt gemeten aan een nieuwe meetschaal – WHODAS-2.0). Verder moet de patiënt ook een hulpvraag hebben.

De DSM blijft een classificatiesysteem en geen diagnostisch systeem. Geen twee mensen met eenzelfde DSM-categorie zijn gelijk. Voor een echte diagnose moet je verder kijken naar voorgeschiedenis, aanleg, complicaties, comorbiditeit, prognostische factoren, enz.

Betaling vindt via de zorgverzekeraar wel plaats op basis van een DSM-categorie. Inmiddels is versie 5-TR in gebruik.

Overigens leidt het hanteren van de DSM-classificatiesysteem wel tot betere communicatie en dient het als achtergrond bij het verrichten van wetenschappelijk onderzoek.

5.1.2 Definitie en inventarisatie van psychotherapie

Het begrip psychotherapie is in Nederland geïntroduceerd door de Nederlandse arts en literator Frederik van Eeden (1860-1932) die eind 1885 in Parijs was in verband met zijn dissertatie. In die context woonde hij eens een middagcollege bij van de befaamde neuroloog Charcot (deze middagcolleges stonden bekend als ‘les leçons du mardi’). Charcot hanteerde hypnose bij patiënten die toen hysterisch genoemd werden en demonstreerde dit voor een pluriform gehoor. In dezelfde periode vertoefde Sigmund Freud ook in Parijs. Freud en Van Eeden hebben elkaar in latere jaren een aantal keren ontmoet. Frederik van Eeden werd rond zijn zestigste jaar katholiek [6: J. Fontijn. Tweespalt: het leven van Frederik van Eeden tot 1901. Amsterdam: Querido; 1990.] [7: Wentges, R.Th.R. De neus van Van Eeden. Amsterdam: Candide; 1996.].

In de loop der jaren is het begrip psychotherapie gepreciseerd. Psychotherapie – volgens de Commissie Verhagen uit 1981 – is nu het op wetenschappelijk verantwoorde wijze behandelen van patiënten die hulp behoeven voor psychische moeilijkheden, conflicten of stoornissen. Deze behandeling geschiedt door een deskundige die opgeleid is om op methodische wijze een relatie te vestigen, te structureren en te hanteren. Het doel daarbij is de psychische moeilijkheden, conflicten en stoornissen op te heffen of te verminderen [8: F. de Jonghe. Kortdurende psychoanalytische steungevende psychotherapie. Amsterdam: Benecke; 2005.].

In concreto bestaat psychotherapie in de relatie tussen therapeut en cliënt in een behandelsituatie ter bereiking van

1. de bevordering van de zelfreflectie, en
2. de adaptatie aan de normale eisen van het leven (zodat men bijvoorbeeld niet meer lijdt onder

excessieve angsten).

Om deze doelen te bereiken, wordt een bepaalde methode ingezet die gevalideerd is en geconcipieerd is volgens een bepaalde school. Te denken valt bijvoorbeeld aan de psychoanalytische psychotherapie. De biografie van de patiënt, naast de actuele hulpvraag, is hiervan een belangrijk aspect.

Het speciale van psychotherapie is dat er tussen patiënt en therapeut een expliciete overeenstemming bestaat om zich op hun relatie en haar doel te concentreren. Deze 'contractuele' verhouding volgt doorgaans een vertrouwde, overeengekomen benadering waarbij zonneklaar is wat er gaat gebeuren en hoe lang alles zal duren.

Men onderscheidt bij psychotherapie de volgende twee modaliteiten:

1. de verbale psychotherapie
2. de niet-verbale psychotherapie

Beide worden doorgaans voorafgegaan door een verkennend gesprek met de therapeut.

Onder de verbale psychotherapie vallen de psychoanalyse, Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), Mentalisation-based Therapy (MST), en mindfulness therapie.

De *psychoanalyse* is die stroming in de psychologie waarin niet zozeer gekeken wordt naar het bewuste, maar vooral naar het onbewuste. Het doel daarbij is met name inzicht te krijgen in eigen gedrag. Is dit inzicht er eenmaal, dan moeten patiënten uiteraard bekwaam zijn zichzelf te herconditioneren of herstructureren; of daartoe hulp ontvangen. Het doel van dit alles is om zelf sterker te worden en daardoor het eigen gedrag beter te kunnen sturen. Het spreekt vanzelf dat in dit proces de leertheorie (zie hierna bij cognitieve gedragstherapie) een belangrijke rol speelt.

Het concept van de psychoanalyse is afkomstig van Freud en Breuer (laatstgenoemde werkte in Wenen samen met Freud). Het volgende kan in dit verband als een historische schets dienen. Freud bezocht in 1885/86 de kliniek van Charcot in Parijs (La Salpêtrière). Deze kliniek bestaat nog altijd en functioneert nog steeds als zodanig. Zijn bezoek aan Charcot bracht Freud op twee – naar zou blijken – grondverleggende ideeën:

1. het concept van het onbewuste, en
2. de gedachte dat niets in het gedrag van de mens op toeval berust; de menselijke psyche, immers, is een opslagbank van herinneringen die hun effect hebben zonder dat men daar weet van heeft; het is de taak van de therapeut deze herinneringen via de 'vrije associatie' bij de patiënt in het bewustzijn te brengen. Bij het vrij associëren wordt de patiënt aangemoedigd de herinnering te laten rusten en in plaats daarvan te zeggen wat in het bewustzijn komt.

Tot de nalatenschap van Freud behoort de psychodynamische opvatting van gedragingen, verschijnselen, en belevingen. In de periode vóór Freud werd aangenomen dat psychiatrische stoornissen op degeneratieve processen in de hersenen berustten. In de psychodynamische opvatting van psychotherapie wordt veel waarde gehecht aan dynamische interacties tussen heden en verleden en tussen onbewuste en bewuste processen [9: T. Burns. *Psychiatry: A very short Introduction*. Oxford: Oxford University Press; 2006.] . Deze visie op het bewustzijn houdt in dat deze voortdurend in touw is met het angstvrij houden van de mens; het gaat in deze

opvatting dus om een aanpassing aan de eisen van het leven. In dit verband kent de mens intrapsychische conflicten. Als deze teveel angst geven worden ze 'onderdrukt', dat wil zeggen: naar het onbewuste gebracht. Daar onttrekken ze zich aan expositie via afweermechanismen (op het onbewuste niveau), bijvoorbeeld via loochening (laag cognitief niveau), of sublimatie (hoog cognitief niveau). Elementen van cognitie zijn: leren, herinnering, informatie retrieval, concentratie, attentie, processeersnelheid, visuo-spatieële capaciteit, redeneren, en planning [10: British Medical Association. Boosting your brainpower: ethical aspects of cognitive enhancements. 2007.]

Tegen Freud is veel kritiek ingebracht onder andere op het volgende punt. Freud was ervan overtuigd dat beschaving altijd neerkomt op repressie – en niet op bevrediging – van fundamentele menselijke behoeften. De menselijke ontwikkeling zou neerkomen op de interactie tussen libido (het streven naar lustbevrediging) en agressie (voortkomend uit wat Freud aanduidt als het Id) enerzijds, en de verboden van de ouders die deze lustbevrediging en agressie afremmen anderzijds. Door de internalisering van de ouderlijke ge- en verboden zou de mens na verloop van tijd de indruk krijgen alsof die uit hemzelf voortkomen. De instantie die zo ontstaat in de menselijke psyche, wordt door Freud het Superego genoemd. Feitelijk is Freuds Superego het geweten. Uiteraard wordt het geweten ook beïnvloed door tijdgebonden, culturele opvattingen en persoonlijke opvattingen van de opvoeders. Freud's visie op het Superego laat echter geen ruimte voor een onveranderlijke, universeel geldende moraal die de mens in de kern van zijn geweten kan ontdekken. Het is duidelijk dat deze visie haaks staat op de katholieke mensvisie (zie Hoofdstuk I.1.1.2.; Ashley en O'Rourke 1989 344) [11: B.M. Ashley and K.D. O'Rourke. Health Care Ethics. A Theological Analysis. St. Louis: The Catholic Health Association of the United States; 1989.]. Daar komt nog het volgende bij. Het innerlijke conflict tussen het Id (het onderbewustzijn met zijn libido en agressie), het Ego (het bewuste ik), en het Superego (het geweten), is weliswaar conceptueel zeer rijk, maar niet toepasbaar op ernstige vormen van psychotische stoornissen, stoornissen die hij zelf constateerde in de kliniek. Dit gegeven vormt uiteraard ook een ernstig bezwaar. Maar de meest ernstige kritiek is wel dat al deze psychodynamische kennis weinig wetenschappelijk onderbouwd is in tegenstelling tot de cognitieve gedragstherapie. In 2010 werd de psychoanalytische therapie om deze reden door het College van Zorgverzekeringen uit het basispakket van de zorgverzekeringswet gehaald. Deze maatregel regardeerde circa 600 mensen per jaar.

De *cognitieve gedragstherapie* is een vorm van psychotherapie die in haar zuiver cognitieve dimensie de idee behelst dat zogenaamde irrationele cognities (gedachten) de oorzaak zijn van disfunctioneel gedrag (Wikipedia). De technieken die gebruikt worden in de cognitieve gedragstherapie richten zich dan ook op het veranderen van de inhoud van deze irrationele cognities, dus op het veranderen van onwelkome, disfunctionele gedachten in functionele. Daarnaast wordt gewerkt met technieken uit de klassieke gedragstherapie van Skinner die gebaseerd zijn op de gedachte dat gedrag – via associatie – wordt aangeleerd en zo ook weer kan worden afgeleerd. Deze technieken staan bij de cognitieve gedragstherapie echter ten dienste van het veranderen van cognities. Het doel van dit alles is met name gedragsbeïnvloeding (maar ook beïnvloeding van emotionele reacties). Feitelijk ligt de cognitieve gedragstherapie daarmee ergens tussen de psychodynamische psychotherapie en de (klassieke, Skinneriaanse) gedragstherapie in. De eerste is hierboven toegelicht. Over de gedragstherapie van Skinner het volgende.

Skinner introduceerde een gedragstherapie gebaseerd op een leertheorie die het 'bewustzijn' zoveel mogelijk wilde ecarteren; hij probeerde menselijk gedrag te begrijpen als 'operant geconditioneerd'. Operant geconditioneerd gedrag is gedrag dat is aangeleerd door beloning dan wel bestraffing van het voorgaande gedrag: men ontwikkelt bijvoorbeeld een angst voor lopen in het park omdat men er een keer is beroofd. Gedragstherapie is dan eigenlijk 'herconditioneren' met uitdoving van het oude, ongewenste gedrag. Om dit alles te bereiken moet de cliënt blootgesteld worden aan de prikkel die de oorzaak is van zijn ongewenste

gedrag (dit aspect van 'exposure' ontbreekt in de zuivere cognitieve therapie).

Skinner heeft een zeer smalle, deterministische conceptie van het leven; de mens is er het product van zijn omgeving; 'vrijheid' en 'waardigheid van de mens' zijn bij hem zinloze concepten; gedragstherapie is bij hem een louter technische manipulatie. In de mate waarin het accent op het operant conditioneren ligt, is er evenwel niet zozeer sprake van gedragsbeïnvloeding en maar sprake van gedragscontrole. Door haar deterministische visie op de mens is de Skinneriaanse opvatting van gedragstherapie in haar extreme vorm niet met het christelijk mensbeeld compatibel. Het laatste benadrukt juist dat de specifieke waardigheid van de mens is gelegen in zijn vrijheid (zie Hoofdstuk I.1.1.2 en 2.2.4.). Niettemin kunnen op goede gronden conditioneringstechnieken verkozen worden boven openlijk geweld wanneer het erom gaat om personen die door hun defectieve intelligentie niet vrij kunnen beslissen of personen die zich oncorrigeerbaar verzetten tegen iedere toezicht, zoals bepaalde gevangenen en gewelddadige menigten [12: B.M. Ashley and K.D. O'Rourke. Health Care Ethics. A Theological Analysis. St. Louis: The Catholic Health Association of the United States; 1989.].

In de praktijk hangt vrijwel niemand meer het determinisme aan dat de onderbouw vormt van de leer van Skinner. De hedendaagse cognitieve gedragstherapie tracht bovenal om onwelkome, disfunctionele gedachten (zoals overdreven zelfkritiek, zelfondermijnende overtuigingen, agressie en dergelijke) om te buigen naar minder belastende (met gunstige effecten op gedrag). Het hier en nu krijgt dan de nadruk, evenals het meester worden van de symptomen. Anders dan Skinner meende, is daarbij een exploratie van het verleden en een toenemend inzicht in de eigen persoonlijkheidsstructuur absoluut noodzakelijk. Dat de cognitieve gedragstherapie dus alleen maar slechte gewoonten zou corrigeren, met andere woorden: louter symptomen zou bestrijden, is dus bepaald niet waar [13: B.M. Ashley. Health Care Ethics. A Catholic Theological Analysis. 5th ed, Washington: Georgetown University Press; 2006.].

Of cognitieve gedragstherapie geïndiceerd is, wordt per persoon vastgesteld. De richtlijnen van de Nederlandse Vereniging van Psychiatrie onderscheidt op dit punt – in afnemende vrijblijvendheid – aanbevelingen, opties, en richtlijnen. Cognitieve gedragstherapie is lege artis geïndiceerd bij depressie (ondersteund met medicatie), angststoornissen en vermijdingsgedrag.

Het acronym *EMDR* staat voor *Eye Movement Desensitization and Reprocessing*. Deze therapie wordt met name toegepast bij de benadering van traumatische ervaringen om deze van hun kracht en emotionele lading te ontdoen. De therapeut start daartoe een verwerkingsproces waarbij de gebeurtenis wordt herbeleefd in combinatie met een afleidende stimulus, bijvoorbeeld door links rechts oogbewegingen te ontlokken, of door het aanbieden van geluid, via een koptelefoon, met een links rechts effect. Het gaat bij dit alles om het ompolen van de aandacht van links naar rechts naar links enzovoorts. Wat precies het onderliggende werkingsmechanisme is, is nog steeds onbekend. Voor een gedetailleerde behandeling van EMDR verwijzen wij naar het desbetreffende Handboek EMDR: Casusconceptualisatie en specifieke cliëntengroepen [14: E. ten Broeke, A. de Jongh and H.J. Oppenheim. Praktijkboek EMDR: Casusconceptualisatie en specifieke cliëntengroepen. 2e ed, Dordrecht: Harcourt Book Publishers; 2008.].

Een andere vorm van psychotherapie is de Mentalisation-based Therapy (MST). Met mentaliseren bedoelt men hier het opvatten van eigen en andermans gedrag als betekenisvol of intentioneel, bijvoorbeeld in het laatste geval door je te verplaatsen in een ander. Dit betekent dat iemand tegelijkertijd iets kan beleven en erover nadenken. Doel: ontdekken hoe men over anderen denkt, wat daarbij de begeleidende gevoelens zijn, en hoe deze laatste de reacties op anderen bepalen (zie www.psychoanalytischinstituut.nl). MST is vooral bedoeld voor mensen met borderline persoonlijkheidsstoornissen. Kenmerkend is de zogeheten 'stabiliteit in instabiliteit'; deze komt tot uiting in impulsieve gedragingen, bijvoorbeeld in relaties, in het denken en het interpreteren van

anderen, de omgeving en zichzelf, in stemmingswisselingen of in de vorm van zelfbeschadigend gedrag. De borderline persoonlijkheidsstoornis, die meestal bij vrouwen voorkomt, wordt onderscheiden van de schizoïde persoonlijkheidsstoornissen. Bij laatstgenoemde stoornissen gaat het om teruggetrokken levende mensen die door niet-psychiatrisch geschoolden vaak als 'vreemd' worden ervaren. De borderline persoonlijkheidsstoornis moet ook onderscheiden worden van de antisociale of sociopathische persoonlijkheidsstoornissen. De laatste betreffen een groep cliënten met een koud en hardvochtig geweten, die geen rekening houden met de gevolgen van hun handelen voor anderen en empathie ontberen. Zij vormen een probleem voor justitie en penitentiaire inrichtingen, omdat gedwongen behandeling als onderdeel van een strafoplegging bij hen niet werkzaam is.

In de mindfulness therapie gaat het erom los te komen van automatische, lang bestaande, en vastgeroeste manieren van denken over jezelf ('schema's') en bijbehorende gemoedstoestanden en gedragingen. Vaak komen mensen door deze onbewuste, inflexibele schema's in de problemen. Het toelaten van 'wat er is', in eerste instantie wat er is aan schema's, en de bewustwording ervan heet 'mindfulness'. Het gaat erom uit de actiegerichtheid van de schema's te stappen, je niet te laten determineren door het verleden, en geen angst voor de toekomst te hebben; anders gezegd: het gaat erom in het hier en nu te leven, je meer bewust te zijn van je schema's, emoties, gedachten, behoeften, en lichamelijke gewaarwordingen [15: M. van Vreeswijk, J. Boersen and G. Schurink. Mindfulness en schematherapie, praktische training bij persoonlijkheidsproblematiek. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2009.]. Volgens sommigen komt deze therapie neer op het toepassen van oosterse denkbeelden op westerse problemen.

Tot de non-verbale psychotherapie behoren de Psychomotore psychotherapie (PMT), de creatieve therapie en de ergotherapie.

Psychomotore psychotherapie (PMT). Deze therapie gaat uit van de gedachte dat de lichaamstaal iets zegt over wat er inwendig leeft. De aanpak is in hoge mate praktisch van aard ('lichaamsbeleving'). Het doel is gelijk aan het uiteindelijk doel van iedere psychotherapie: de psychologische vrijheid van de patiënt groter maken, afkomen van de beknotting.

Bij creatieve therapie gaat het erom de patiënt in staat te stellen zijn problematiek middels tekeningen of schilderijen op papier te krijgen; het doen en ervaren – in een concreet werkproces met een concreet resultaat – staan hier centraal, niet het praten. Een belangrijk onderdeel van de therapie is het geven van betekenis aan vorenbedoeld doen en ervaren. Creatieve therapie helpt met name bij mensen die al langer onderweg zijn en waarbij het van belang is emoties te leren kennen en uiten. Het doel is inzicht te krijgen in eigen gedrag en functioneren, te oefenen met eigen gedrag en het oproepen van weggestopte emoties opdat men er beter mee kan omgaan (Dusseldorp 2009).

De ergotherapie geeft antwoord op de vraag hoe iemand met een lichamelijke en/of psychische beperking zijn dagelijkse activiteiten optimaal kan uitvoeren. De ergotherapeut kan hierin bijvoorbeeld adviseren, vormen van vrijetijdsbesteding uitproberen, arbeidsrehabilitatie trajecten starten, en vaardigheidstrainingen geven. In de klinische setting ligt de nadruk op het weer naar huis gaan van de cliënten, in de poliklinische is in feite van alles mogelijk. In de laatste context kunnen immers alle problemen in de thuissituatie en werk het onderwerp zijn van therapie. Men denke aan zaken als zelfredzaamheid/wonen, arbeid, en vrije tijd (Kruijne, persoonlijke mededeling 2009).

Uit wetenschappelijk onderzoek is gebleken dat cognitieve gedragstherapie momenteel de meest effectieve vorm van psychotherapie is voor uiteenlopende gedrags- en emotionele stoornissen (voor meer informatie hierover verwijzen wij de lezer naar site van de Vereniging voor Gedragstherapie: www.vgtv.nl).

Een fundamentele vraag met betrekking tot psychotherapie is of mentale stoornissen zijn te herleiden op breinpathologie. Wat is eigenlijk het precieze verschil tussen ‘mental illness’ en een gewone, fysieke ziekte? Het antwoord hierop hangt af van wat bedoeld wordt met ‘mentaal’. En wat iemand hiermee bedoelt, is afhankelijk van de visie die men heeft op het mind-body probleem (zie Hoofdstuk I.1.2.). Binnen het katholiek thomistisch mensbeeld dat van dit handboek het uitgangspunt is, is de psyche een tussenniveau tussen de fysieke en de geestelijke dimensie van de menselijke persoon. De psyche omvat het gevoelsleven, dat zich vormt in reactie op zintuiglijke waarnemingen, zoals die door de hersenen worden verwerkt. Tevens staat de psyche niet los van de menselijke geest, omdat de mens met zijn wil zijn gevoelsleven kan aansturen: hij kan ervoor kiezen gevoelens te verminderen of er juist de vrije baan aan te geven. In het proportioneren van het gevoelsleven aan de werkelijkheid, bijvoorbeeld het gevoel van vrees aan de waargenomen dreiging, spelen de deugden een belangrijke rol. De deugd van de sterkte stelt in staat om het midden te vinden tussen overmoed en lafheid, waardoor de mens moedig een waargenomen dreiging tegemoet kan treden. De deugdevorming vormt daarom een intrinsiek element van psychotherapie.

Omdat het gevoelsleven het geheel van reacties is op zintuiglijke waarnemingen, zoals die in de hersenen verwerkt worden, valt het niet los te zien is van zijn substraat, het hersenweefsel. Hersenscans kunnen bij het vaststellen van enkele psychiatrische stoornissen dan ook zeker behulpzaam zijn, in het bijzonder bij het diagnosticeren van dementie en hersentumoren; er is dus in dit opzicht inderdaad vooruitgang. Maar op de psychiatrische diagnose heeft het in de praktijk toch nog geen impact; centraal blijft nog steeds de patiënt/therapeut relatie.

Volgens nogal wat neurowetenschappers denken mannen en vrouwen verschillend. Mannen zouden bij hun denken meer grijze stof benutten, vrouwen meer witte stof (maar beiden scoren vergelijkbaar op intellect). Kennelijk heeft de evolutie twee soorten hersenen opgeleverd. Mannen zouden dan meer gebruik maken van informatie processerende centra (‘kernen’) en vrouwen zouden sterker zijn in het activeren van netwerken tussen deze centra. Dit zou verklaren waarom mannen en vrouwen excelleren op verschillen typen taken (zie www.livescience.com). Tevens zou dit verklaren waarom beschadigingen van de frontaalkwab (waar veel witte stof zit) ernstiger uitpakken bij vrouwen.

In de recente literatuur circuleren ook artikelen over structuurverschillen tussen mannen- en vrouwenhersenen waardoor verklaard zou kunnen worden dat bij vrouwen meer angst en depressie voorkomen [16: G.J. Ter Horst, R. Wichmann, M. Gerrits, C. Westenbroek and Y. Lin. Sex differences in stress responses: focus on ovarian hormones. *Physiol Behav.* 2009; 97, 239-249 doi:10.1016/j.physbeh.2009.02.036.]. De multi-task hersenen van vrouwen (mannenhersenen zijn meer single-task) zouden mogelijk eerder gestrest zijn omdat ze in hun dagelijks functioneren dicht bij hun maximale belastbaarheid zitten. En stress zou misschien de voorloper kunnen zijn van angst en depressie. Of dit alles waar is en daarbij nog klinisch relevant, is echter geenszins uitgemaakt.

5.1.3. Ethische problemen

Zoals gesignaleerd zijn de psychoanalyse van Freud met zijn afwijzende houding tegenover godsdienst en universeel geldende waarden en normen en de gedragstherapie van Skinner met zijn deterministische opvatting van het menselijk handelen gebaseerd op een mensvisie die niet met het christelijk mensbeeld compatibel is. Dat wil niet zeggen dat beide vormen van psychotherapie geen bruikbare aspecten en inzichten bieden. Echter in volledigheid zijn zij als psychotherapie niet geschikt. Binnen het kader van psychotherapeutische begeleiding bestaat er een intense relatie tussen de patiënt en de therapeut en komen ook ethische zaken aan de orde,

bijvoorbeeld op het gebied van huwelijk en seksualiteit, die de psychische beleving van de patiënt bepalend kunnen zijn. Een vorm van psychotherapie die intens verweven is met een mensbeeld dat haaks staat op het christelijke mensbeeld, kan daardoor voor het geloof van een christelijke patiënt en zijn waarden- en normbesef schadelijk zijn. In dit verband mag niet over het hoofd worden gezien dat een psychiatrische patiënt als gevolg van zijn aandoening zich in een heel kwetsbare conditie kan bevinden. Een specifiek katholieke psychiatrie bestaat evenwel niet. Men zou zich niettemin goed kunnen voorstellen dat in sommige gevallen een katholieke patiënt met meer vrucht door een katholieke psychiater wordt behandeld. Een ernstig probleem kan zich overigens ook voordoen wanneer patiënten van hun kant om religieuze redenen de psychiatrie op een afstand houden. Hierdoor dreigt het gevaar van onderdiagnostiek en onderbehandeling.

Het doel van psychotherapie is het streven naar mentale gezondheid, die hierin bestaat dat de psychologische vrijheid van de mens wortelt in een realistisch begrip van de werkelijkheid. Hoewel de mens in wezen vrij is, kunnen psychische problemen de realisering en uitoefening van de vrijheid belemmeren. Voor het verantwoord menselijk handelen kunnen daardoor premorele blokkades worden opgeworpen. Tevens kunnen psychische blokkades inter-persoonlijke relaties bemoeilijken, met medemensen, maar ook met God.

Een basisbehoefte van de mens is 'the need for society'. Alle ethische besluiten, aldus Ashley en O'Rourke (blz 193), inclusief medisch-ethische, moeten de menselijke waardigheid ten doel hebben, dat wil zeggen: de maximale, geïntegreerde bevrediging van de aangeboren en culturele behoeften van iedere persoon, inclusief zijn of haar biologische, psychologische, ethische, en spirituele behoeften als lidmaat van de wereldgemeenschap en van nationale gemeenschappen [17: B.M. Ashley and K.D. O'Rourke. Health Care Ethics. A Theological Analysis. St. Louis: The Catholic Health Association of the United States; 1989.]. Psychotherapie moet daarom gericht zijn op het herstel van de waardigheid van de mens als vrij en sociaal wezen. Iedere psychotherapie (of farmacotherapie) die de vrijheid van de mens beperkt of opheft, is dientengevolge niet geoorloofd. Twee belangrijke basisprincipes van de medische ethiek spelen daarom hierbij een grote rol: het principe van vrijheid en verantwoordelijkheid en het socialiteitsprincipe (zie Hoofdstuk I.2.2.4. respectievelijk 2.2.5.).

Daarnaast eist het principe van de handeling met dubbel effect (zie Hoofdstuk I.2.2.6.2.) dat bij therapeutische gedragscontrole het voordeel voor de patiënt het doel is en de schade en risico's bijwerkingen zijn, dat wil zeggen niet de oorzaak van het beoogde therapeutische effect.

5.1.3.1. Informed consent bij psychiatrische patiënten

Ingrijpen in de psyche ligt heel gevoelig. Psychiaters hebben hier volgens velen een machtspositie. In de film 'Silence of the Lambs' werd dit aspect op overdreven wijze gedramatiseerd; zie ook de film 'One flew over the Cuckoo's nest'.

Sinds de opkomst van de autonomiegedachte is voorgaande voorstelling van de macht van psychiaters ongetwijfeld uiterst overdreven. Zeker, als onderdeel van een straf of als element in de beoordeling van een arbeidsongeschiktheid zou een psychiater goed bij zichzelf te rade moeten gaan voordat hij daaraan zijn medewerking verleent. Maar dat zijn bijzondere situaties die zich afspelen in penitentiaire inrichtingen en in specifiek juridische sferen. Uiteindelijk is het in de algemene praktijk zo dat volgens de Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO, zie Hoofdstuk IV.1.1.) patiënt en therapeut het met elkaar eens moeten zijn ter zake van bepaalde klachten. In de praktijk betekent dit dat beiden op geleide van basistechnieken een 'view' maken en dat inbrengen in een gesprek. Dit alles impliceert gelijk niveau. Wat je vervolgens afsprekt te gaan doen (behandeldoel) wordt geformaliseerd in een behandelplan. Het is zelfs zo dat al bij de inventarisatie aan de orde kan komen dat er behoefte is aan een assertiviteitstherapie (waarmee begonnen kan worden, of die parallel aan de psychotherapie gegeven wordt). Het vaststellen van de medicatie (plus het vaststellen van de

wijze van feedback daarop) behoort ook tot het behandelplan.

Een bijzondere probleem vanuit het perspectief van het principe van vrijheid en verantwoordelijkheid is dat een psychiatrische patiënt die als gevolg van zijn aandoening geen goed zicht op de werkelijkheid heeft, niet altijd gemakkelijk een 'informed consent' kan geven. Vast staat in ieder geval dat een patiënt alleen een 'free and informed consent' kan geven, als hij de werkelijke stand van zaken ten aanzien van zijn conditie en de mogelijkheden van psychotherapie kent en begrijpt. Het probleem is dat er psychiatrische patiënten zijn die geen goede inschatting kunnen maken. Hieruit volgt echter niet automatisch dat dit hun zelfbeschikkingsrecht beperkt. En men moet helemaal niet hieruit afleiden dat psychiatrische patiënten geen vrije wil zouden hebben. Zorgverleners moeten deze patiënten juist helpen om in een kalm beraad hun preferenties uit te spreken. Spreken ze zich uit tegen therapie, dan moet de therapeut deze niet opdringen. Immers, als een therapie niet echt vrijwillig en op basis van inzicht gekozen is, zal ze navenant weinig therapeutisch, of zelfs contratherapeutisch werken. En als patiënten tijdens een therapie zich aan de therapie onttrekken, dan moet de psychiater of psycholoog hun zelfbeschikkingsrecht in deze respecteren. Want iedereen bezit vanzelf, uit het feit van het mens zijn, de waardigheid op basis waarvan men recht heeft op respect. Voor dit alles wordt in het bijzonder aandacht gevraagd bij gedragstherapie in de vorm van operant conditioneren, zeker als het kinderen, gevangenen, en wilsonbekwamen in een niet-therapeutische situaties betreft (zie in dit verband de 'proxy consent' in Hoofdstuk 4).

5.1.3.2. Botsing van waarden- en normensystemen

Uit het principe van vrijheid en verantwoordelijkheid vloeit voort dat een therapeut niet aan het waardesysteem van de patiënt moet komen. Hij hoeft alleen de patiënt te helpen vrijer in zijn handelen te worden (door hem te bevrijden van illusies en neurosen). De ambitie van de psychologie eindigt op het punt waar de cliënt zijn eigen vrije keuze kan maken. Bedenk ook dat in de psychoanalytische benadering veel problemen (deels) te herleiden zijn tot de effecten van het super-ego dat minstens partieel het waardesysteem van de ouders of de maatschappij/cultuur weerspiegelt. De therapeut moet naast het betrachten van deze terughoudendheid universele waarden (vertrouwen, eerlijkheid, hoop en dergelijke) bekrachtigen, bijvoorbeeld door het geven van het goede voorbeeld. Dit alles laat uiteraard onverlet dat de therapeut de patiënt altijd naar een ethisch of spiritueel adviseur kan doorverwijzen als hij van mening is dat de beslissingen van de patiënt onethisch zijn (vgl. Ashley en O'Rourke, blz 342-43) [18: B.M. Ashley and K.D. O'Rourke. Health Care Ethics. A Theological Analysis. St. Louis: The Catholic Health Association of the United States; 1989.]. En dat bijvoorbeeld terroristen niet behandeld moeten worden met psychotherapie, maar met educatie in de ethiek.

Bestaat er zoiets als 'the right to be different', ook aan de kant van de therapeut? Freud stond bijvoorbeeld negatief tegenover religie; hij beschouwde religie als een neurotische toestand, als een conflictueuze gang van zaken. Rogers, de man van de client-centered therapy, had hier daarentegen helemaal geen last van; hij was een geseculariseerde individualist (die wel erg veel oog had voor een goed contact tussen patiënt en dokter). Onze overtuiging is dat dergelijke verschillen tussen therapeuten een normaal aspect vormen van de werkelijkheid. Psychiaters behoren natuurlijk wel lege artis therapie te bedrijven (lege artis wil zeggen: volgens de richtlijnen van de Nederlandse Vereniging van Psychiatrie). Doet men dit niet, dan dreigt het gevaar dat de dokter met een gedachte over therapie op de loop gaat en met het resultaat ervan de patiënt benadert. Dit klemmt met name in geval van farmacotherapie. Daarom moet de psychiater zich altijd de vraag stellen: is desbetreffende therapie lege artis? Want als eenmaal een diagnose vaststaat, dan hoort daar lege artis een therapie bij.

5.1.3.3. De verantwoordelijkheid van de psychiater

Welke is de verantwoordelijkheid van de psychiater binnen het kader van psychotherapie? Wie is bijvoorbeeld

de eerstverantwoordelijke voor een patiënt, de psychiater of de psycholoog? In verband met deze vragen het volgende. Een psycholoog houdt zich vooral bezig met psychotherapie, een psychiater met de medische condities in therapeutisch verband en met de medicatie. Het standpunt van de Inspectie is dat de arts de eerstverantwoordelijke is. Er bestaat evenwel hierover geen eensgezindheid. Hetzelfde geldt voor de vraag wie eigenlijk eindverantwoordelijk is voor de verpleegkundige zorgrelatie? Is dit de psychiater? Of de senior-verpleegkundige? Voor de regeling van de verantwoordelijkheid en de aansprakelijkheid van de psychiaters, psychologen, en verpleegkundigen verwijzen we naar de Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG, 1993, zie ook Hoofdstuk IV). Deze wet ziet op de kwaliteit van de handelingen van de individuele (para)medicus om de effectiviteit en het vertrouwen in de gezondheidszorg te bewaken/vergroten. De wet BIG (Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg) geeft daartoe regelingen over onder andere registratie- en titelbeschermingsaanlegenheden, maar ook over de zogenaamde 'voorbehouden (medisch) handelingen': deze handelingen mogen alleen zelfstandig verricht worden door een arts, en soms door een tandarts of verloskundige.

Doorgaans gaat het in de psychiatrische praktijk om ambulante situaties waarin iemand zich zal melden om van zijn klachten af te komen of deze op zijn minst tot dragelijke proporties terug te brengen. Wil de psychiater hier van hulp kunnen zijn, dan moet er tussen patiënt en arts de grootst mogelijke coöperatie bestaan. Dit zal moeilijker zijn wanneer er tussen beiden enige 'match' of 'klik' ontbreekt.

Voorgaande eisen komen natuurlijk boven op de eis dat de psychiater zijn vakkennis bijhoudt, dus inclusief de ontwikkelingen op het terrein van de psychofarmaca. Er wordt in dit verband uitgegaan van het principe dat iedere vijf jaar herregistratie plaatsvindt. Centraal hierin staat een puntensysteem waarin men punten krijgt voor bij- en nascholingsactiviteiten. Informatie hierover wordt doorgegeven aan de Specialisten Registratie Commissie.

De behandelaar bewaakt zijn kwaliteit in ieder geval niet wanneer hij zich niet (voldoende) laat na- en bijscholen. Volgens Ashley en O'Rourke vloeit deze conclusie voort uit de eis van een goed geïnformeerd geweten (Ashley en O'Rourke 1989, 55) [19: B.M. Ashley and K.D. O'Rourke. *Health Care Ethics. A Theological Analysis*. St. Louis: The Catholic Health Association of the United States; 1989.] en die van een adequate professionele communicatie (ibid.). Eerstgenoemde eis impliceert dat de cliënt goed voorgelicht moet worden opdat hij weloverwogen en vrij kan beslissen over de hem aangeboden therapie; dit impliceert van de kant van de hulpverlener dat hij zijn kennis moet bijhouden zodat de hulpvrager bij hem professioneel advies kan inwinnen. Adequate professionele communicatie is onontbeerlijk als basis voor het vertrouwen tussen therapeut en patiënt. De vereiste vertrouwelijkheid geldt ook als uitdrukking van het respect voor de waardigheid van de menselijke persoon.

5.1.3.4. De risico's van een psychotherapeutische relatie

Een psychotherapeutische relatie brengt een aantal specifieke risico's met zich mee. Zo moet de behandelaar altijd rekening houden met de mogelijkheid van overdracht en tegenoverdracht, met name bij inzichtgevende therapieën.

Bij het fenomeen overdracht projecteert de patiënt allerlei belevingen en herinneringen die hij in zijn leven heeft opgedaan op de arts/therapeut. De factor tijd speelt hierbij een belangrijke rol. Zolang de therapie duurt, is de patiënt immers kwetsbaar; zo kan deze bijvoorbeeld gemakkelijk verliefd worden op de therapeut. Dit alles vraagt een zeer ethische houding van de kant van de therapeut; hij mag geen eigen belang dienen, maar louter het belang van de patiënt (ongeacht bijvoorbeeld diens abjecte politieke opinies). Ook andere elementen zoals vertrouwen, beroepsgeheim, eerlijkheid, het vermijden van seksuele relaties, het nakomen van beloftes en dergelijke, zijn daarin cruciaal [20: B.M. Ashley. *Health Care Ethics. A Catholic Theological Analysis*. 5th ed,

Washington: Georgetown University Press; 2006.].

Bij tegenoverdracht gaat de therapeut onjuist om met het ongemak aan de kant van de patiënt ('o, daar heb je die weer'). Uiteraard zijn er van de zijde van de psychiatrie in verband met het voorgaande de nodige maatregelen genomen. Bespreking van het eigen functioneren hoort tegenwoordig bij de opleiding tot psychiater. Men hoopt zo uit te sluiten dat er bepaalde verborgen complexen leven bij de kandidaat.

Voorts bestaat er nog een gevaar dat de laatste tijd sterk in de belangstelling staat. De op zichzelf noodzakelijke 'klik' tussen therapeut en patiënt moet uiteraard niet zover gaan dat het gedrag van arts (of patiënt) ethisch niet meer aanvaardbaar is. Dit is bijvoorbeeld het geval bij ongewenste intimiteiten door de therapeut of door de cliënt. In principe wordt de verantwoordelijkheid hiervoor op het conto van de therapeut geschreven. Het is immers de psychiater of psycholoog die door zijn kennis en positie een zeker overwicht heeft op de patiënt. Men moet daarom voor alles voorkomen dat de psychiatrische patiënt wordt geëxploiteerd door een therapeut die zijn eigen gratificatie zoekt. De therapeut moet er überhaupt voor waken dat er onveilige behandelsituaties ontstaan, dus dat er contexten geschapen worden waarin hulpeloze personen worden gedomineerd, of therapeuten hun eigen angsten en zwakten niet onderkennen.

5.1.3.5. Het probleem van de 'thérapies fantaisies'

De 'thérapies fantaisies' zijn laatste tijd (weer) in het nieuws als gevolg van de praktijken van de Scientology Church. Deze laatste zijn erg tegen een psychiatrische zorg gekant waarin te veel dwang voorkomt en de overheid teveel zeggenschap heeft (Burns blz 94) [21: T. Burns. *Psychiatry: A very short Introduction*. Oxford: Oxford University Press; 2006.]. De Scientology Church is ook wars van de toepassing van technieken. Ze wijst bijvoorbeeld electroshocks (ECT) en hersenchirurgie af en kiest meer voor 'persoonlijke routes'. Op zichzelf diskwalificeert hen dit niet per se; sterker nog, de antipsychiatrie (zie hierna) – waar dit allemaal aan herinnert – leidde tot een betere omschrijving van het vak van psychiater.

5.1.3.6. De therapeutische mens

Tot de 'thérapies fantaisies' rekenen sommige professionals ook de mindfulness therapy. Want, zeggen ze, waar zijn we met therapieën als de mindfulness therapie eigenlijk precies mee bezig? Voor dit soort dingen ging men vroeger naar de pastoor. Kennelijk is er in het 'seculiere, individualistische tijdperk' behoefte aan 'goeroes'. Philip Rieff voorspelde al in 1968 de 'therapeutische samenleving' en de 'therapeutische mens' [22: D. Rieff. *The Triumph of the therapeutic: uses of faith after Freud*. New York: Harper en Row; 1966.]. Deze mens leeft, in de woorden van Ashley en O'Rourke [23: B.M. Ashley. *Health Care Ethics. A Catholic Theological Analysis*. 5th ed, Washington: Georgetown University Press; 2006.] voor een 'constant succession of intensely satisfying experiences, without any drive to realize some plan or ultimate goal'. Kenmerkende slagwoorden voor dit type zijn: 'hedonistisch', 'zelfgericht', 'niet-gecommitteerd', noch aan kerk, noch aan land, noch aan familie.

Nederland lijkt voor de 'therapeutische mens' gidsland te zijn. Er is dan ook geen land waarin het woord 'hulpverlening' zo'n brede lading dekt. Het lijkt erop dat dit alles te maken met het feit dat men zich in onze cultuur heeft afgesloten voor transcendentie en dat de mens nu zijn eigen maat is geworden en zijn eigen beperkingen niet meer kent. Het is dit verband heel goed dat er nog steeds psychiaters te vinden zijn die uitdrukkelijk godsdienst erkennen als een essentiële dimensie van het leven (hetgeen heel compatibel is met de DSM IV). Dit zijn psychiaters die beseffen dat zij geen 'wetenden' zijn, maar vakmensen met bepaalde vaardigheden. Het zijn professionals die erkennen dat godsdienstige ervaringen mensen confronteren met de bodem van hun persoonlijkheid. Het is in dit verband nuttig te beseffen dat psychologisch comfort en het vrij zijn van angst veeleer tekenen zijn van een (terugkerende) gezondheid. En dat dit als zodanig bijdraagt aan het geluk. Tegelijk impliceert het christelijk geloof dat het enige authentieke geluk slechts gevonden kan worden in God, dus in dat geluk dat de hele persoon in zijn diepste en meest ultieme verlangen bevredigt – en wel

permanent [24: B.M. Ashley. Health Care Ethics. A Catholic Theological Analysis. 5th ed, Washington: Georgetown University Press; 2006.]. Het gaat dus om dieper en totaler verlangen dan dat naar kortstondig, lichamelijk genot (hoe onmisbaar dit ook is). Het onvermijdelijke lijden, dus het lijden dat rest ondanks intensieve begeleiding en palliatieve zorg zal er altijd zijn. Dit lijden moet uiteindelijk moedig gedragen worden zodat het kan worden aangewend 'to promote personal growth in both private and communal living' [25: B.M. Ashley. Health Care Ethics. A Catholic Theological Analysis. 5th ed, Washington: Georgetown University Press; 2006.]. Het lijden kan daarmee een aanzet worden tot groei als menselijke persoon door de deugdevorming (zie Hoofdstuk VI.1.4.1.)

Rijping door lijden maakt het mogelijk te aanvaarden dat pijn onvermijdelijk is. Vaak is het een begeleidend verschijnsel bij de genezing of bij leerprocessen ('persoonlijke groei'); of bij het verleggen van grenzen (bijvoorbeeld in de sport). Hoewel men pijn zeker moet bestrijden (of minstens draaglijk maken) en zieken gezond moet maken, is pijn dus niet (altijd) het allerergste kwaad. Het heldhaftig pijn verdragen, kan bovendien ook een communaal aspect hebben (bijvoorbeeld een soldaat die binnen het kader van een gerechtvaardigde oorlog (bijvoorbeeld een vredesmissie) op het slagveld gewond raakt en sterft). Het principe van 'groei door lijden' wortelt in het fundamentele menselijk verlangen om het leven te behouden, immers, 'people suffer only to achieve a renewed, purified, and enriched life.' Pijn blijft tenslotte ook altijd een mysterie, evenals het bewustzijn op zich dat het ervaren van pijn mogelijk maakt.

Medewerkers in de gezondheidszorg moeten dus niet naar het lijden kijken als het allergrootste kwaad dat er bestaat. Dat neemt uiteraard niet weg dat het hun taak is pijn te bestrijden en welzijn te herstellen. Want ziekte schendt iemands lichamelijke integriteit en/of psychische stabiliteit. Maar in plaats van het wegnemen van ieder lijden door euthanasie of hulp bij suïcide moeten medewerkers in de gezondheidszorg de patiënt helpen zijn lijden te zien als een middel tot persoonlijke groei. Dit laatste echter kan alleen wanneer mensen bereid zijn het mysterie van het lijden en de dood eerlijk tegemoet te treden. [26: B.M. Ashley. Health Care Ethics. A Catholic Theological Analysis. 5th ed, Washington: Georgetown University Press; 2006.]

5.1.3.7. Privacy

Is het ongevraagd doorspelen van DSM-kwalificaties naar de zorgverzekeraar (bijvoorbeeld als eis voor vergoeding) een schending van iemands privacy? Niet moet worden vergeten dat één van de ontstaansredenen van de DSM de agenda van het verzekeringswezen in de VS was. Dit probleem betreft in feite de vraag naar de omgang met confidenties en vertrouwen (en vooral bij psychotherapie is vertrouwen fundamenteel). Professionele communicatie vereist dat voor goede communicatie niet alleen vertrouwen nodig is, als uitdrukking van het respect van de waardigheid van de menselijke persoon, maar ook – zoals reeds gezegd – een goede relatie op gevoelsvlak tussen diegenen die met elkaar communiceren. Voor dit laatste is weer een echte gemeenschap van mensen nodig waarin men kan rekenen op een bepaalde betrouwbaarheid, eerlijkheid en saamhorigheid. De vraag of het ongevraagd doorspelen van DSM-kwalificaties, niet alleen aan een zorgverzekeraar, maar bijvoorbeeld ook aan de Kinderbescherming, op gespannen voet staat met de boven bedoelde betamelijkheid in het maatschappelijk verkeer, is een vraag die momenteel nog niet definitief beantwoord is.

5.1.3.8. De positie van de psychiatrische patiënt in de gemeenschap

Het socialiteitsprincipe (zie Hoofdstuk I.2.5.), dat ten grondslag ligt aan de deugd van de menselijke solidariteit (ibid.), vormt de uitdrukking van het fundamentele verlangen van de mens naar geluk. Het komt neer op maximale, integrale satisfactie van de aangeboren en culturele en spirituele verlangens van elk mens. Het komt tot stand wanneer mensen in de gemeenschap liefdevol met elkaar omgaan. Dit laatste is zeker niet het geval wanneer psychiatrische patiënten, geïsoleerd in een instituut, door 'het systeem' tot een robotachtige

conformiteit gebracht worden ('institutionalisering' van de patiënt'). Op dit punt had de antipsychiatrie wel degelijk reële kritiek. Meer in het algemeen geldt tegenwoordig dat men moet oppassen dat onze maatschappij niet ontaardt in een surveillancemaatschappij met dezelfde totaalinstitutionalisering. Hier is een taak weggelegd voor christenen. Want niet alleen de biologische natuur, ook de menselijke natuur moet goed en creatief beheerd worden. Het Evangelie bemoedigt christenen in dit opzicht niet om passief te wachten op de wederkomst van Christus, onverschillig voor het lot van de wereld (zoals marxisten en humanisten hen verwijten). Christenen zijn veeleer geroepen om, met Gods hulp, een historische rol te spelen bij de bevrijding van de mens van armoede, ziekte en onderdrukking [27: B.M. Ashley. *Health Care Ethics. A Catholic Theological Analysis*. 5th ed, Washington: Georgetown University Press; 2006.]. Wat betreft de maatschappelijke rol van christenen is het essentieel dat zij de behoefte aan een fundamentele verandering in de houding en de inrichting van de samenleving herkennen en willen realiseren. Een dergelijke verandering is nodig om ook psychiatrische patiënten er een plek te geven en hen er ten volle aan te laten deelnemen. Zo zullen christenen in staat zijn tegemoet te komen aan de behoeften van zogenaamde afwijkende medemensen, inderdaad de 'kleinen' die Christus heeft willen bereiken.

5.1.3.9. De antipsychiatrie

Tenslotte nog een woord over de antipsychiatrie (hier te lande gepopulariseerd door Foudraine's Wie is van hout). De antipsychiatrie wijst het concept van 'mental illness' af. Ze stelt dat het bij de beweerdelijke stoornissen wezenlijk gaat om de maladaptatie tussen non-conformisten en een sociaal systeem. De huidige psychiatrie is eenvoudigweg een onderdrukkingsinstrument, een subtiel middel voor de onderdrukking van 'een ongelukkige minderheid van de samenleving'. Volgens katholieke inzichten gaat de antipsychiatrie uit van een verkeerde antropologie, een antropologie die niet onderscheidt tussen de fysische, psychologische, ethische en spirituele dimensies van de mens.