

STUDIEDAG

donderdag 23 november 2017

Verslavingszorg:

EXPERTISE vs ATTITUDE ?



INHOUDSTAFEL

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------|
| 6 | Inleiding bij de publicatie | Elena De Feyter |
| 7 | Inleiding bij de studiedag | Vic Everaert |

VOORMIDDAG // PLENAIR

- | | | |
|----|---|---------------------|
| 10 | 20 jaar ambulante drugszorg, een getuigenis | Helga De Ridder |
| 20 | Verslaving en wanverhouding | Stijn Vanheule |
| 30 | 20 jaar ambulante drugszorg – Samen zoeken in verandering | Freya Vander Laenen |

NAMIDDAG // WORKSHOPS

Verslavingszorg en GGZ: overeenkomsten en verschillen

- | | | |
|----|--|-----------------|
| 35 | Over verandering, doelstellingen en evaluatie in de verslavingszorg en GGZ | Sara Hertegonne |
|----|--|-----------------|

En dan nu, concreet? Casuïstiek binnen de verslavingszorg: welke attitude, welke expertise?

- | | | |
|----|--|--------------------|
| 42 | Wanneer het spreken stukt: de zoektocht naar een andere taal. Een casus. | Stephanie Gastmans |
|----|--|--------------------|

Verskillende psychotherapeutische stromingen onder één dak: hoe werkt dat (niet)?

- | | | |
|----|---|------------------------------------|
| 46 | Inleiding tot de workshop | Elena De Feyter & Sarah De Coninck |
| 51 | De dingen waarvan je niet weet dat je ze weet ... | Gregory Bistoën |

De medische insteek: een terug- en vooruitblik

- | | | |
|----|-----------------------|--------------|
| 59 | Enerzijds, Anderzijds | Dirk Scheire |
|----|-----------------------|--------------|

STUDIEDAG
donderdag 23 november

Verlavingszorg: **EXPERTISE vs ATTITUDE?**



Wat werkt er in de ontmoeting met verslaafden? Hoe ontwikkelt zich een herstelbeweging doorheen het therapeutische werk?

Vormen de wetenschappelijk erkende methodieken (substitutietherapie, motivationele gespreksvoering, terugvalpreventie, psycho-educatie,...) de essentie van onze ambulante verlavingszorg? Welke plaats nemen de talrijke (psycho)therapeutische opleidingen van de hulpverleners daartegenover in?

Wat met de conceptuele achtergrond van waaruit men naar verslaving kijkt? Kunnen we nuances maken voorbij het bio-psycho-sociale verklaringsmodel? Bepaalt de visie op verslaving hoe de terreinwerker er mee aan de slag gaat?

Misschien bestaat onze expertise uit het hanteren van een welbepaalde attitude? Zou het kunnen dat het onze patiënt is, de verslaafde, die expert moet worden van wat er hem of haar te pakken had in de verslaving? Net zoals hij of zij expert moet worden in het uitwerken van een unieke oplossing die de verslaving idealiter minder nodig zou maken?

Na 20 jaar ambulante drugszorg willen we het werkzame element binnen onze begeleidingen, een volgehouden attitude naar diegenen die worstelen met drugs en andere middelen, onder de loep nemen. We willen graag, doorheen een getuigenis, een lezing en enkele workshops aantonen dat deze attitude samenhangt met onze visie op verslaving en hulpverlening.

LOCATIE
Oud-Gasthuis
Gemeenteplein 26
1730 Asse

KOSTPRIJS
€ 50
(beperkt aantal plaatsen!)

PROGRAMMA

- 9u
9u45 **Ontvangst & Koffie**
Welkomstwoord & Inleiding
(Inge Temmerman, directeur VZW De Spiegel & Vic Everaert, klinisch psycholoog De Spiegel)
- 10u **Helga De Ridder** (klinisch psycholoog Ambulante Drugszorg De Spiegel)
'20 jaar ambulante drugszorg: een getuigenis'
- 10u45 **Prof. Dr. Stijn Vanheule** (UG, faculteit psychologie, vakgroep psychoanalyse)
'De psychoanalytische visie op verslaving: concepten, kliniek & ethiek'
- 11u45 **Debat met het publiek, de sprekers & Prof. Dr. Freya Vander Laenen** (UG, IRCP, vakgroep strafrecht en criminologie).
Moderator: Jo Thienpont (VZW De Kiem)
- 13u **Lunch**
- 14u **Eerste WORKSHOP** naar keuze
- 15u15 **Tweede WORKSHOP** naar keuze
- 16u15-17u **Receptie**

WORKSHOPS

WORKSHOP 1 *Verslavingszorg en Geestelijke Gezondheidszorg: overeenkomsten en verschillen.*

'Veranderingsgerichte therapie', 'doelstellingen' en 'evaluatie' zijn populaire termen binnen de geestelijke gezondheidszorg. Hoe pas je deze toe op de verslavingszorg waar patiënten zich aandienen met alle ambivalentie van dien? Is dit dan echt zo anders dan binnen de reguliere geestelijke gezondheidszorg? Wat kan de geestelijke gezondheidszorg leren van de verslavingszorg, en vice versa?

Voorzitter Sara Hertegonne (CGG Mandel en Leie, CGG Largo)

Discussant Pieter Goetvinck (CGG Brussel)

WORKSHOP 2 *En dan nu, concreet? Casuïstiek binnen de verslavingszorg: welke attitude, welke expertise?*

Casuïstiek vormt binnen een teamwerking het werkmiddel par excellence om te onderzoeken met wie we te maken hebben en op welke manier we de therapie opvatten. We nodigen twee praktijkwerkers uit de verslavingszorg uit die de uitdaging aangaan om een casus die vragen oproept, voor te leggen aan het publiek. Samen met één van onze intervisors gaan we na op welke manier de attitude en de interventies afgestemd worden op de casus.

Voorzitter Vic Everaert (Ambulante Drugszorg De Spiegel)

Discussant Luc Vander Vennet (klinisch psycholoog, psychoanalyticus)

Deelnemers Stephanie Gastmans (psychologe CGG Vagga Antwerpen) en Bart Rabaey (CGG Brussel)

WORKSHOP 3 *Verskillende psychotherapeutische stromingen onder één dak: hoe werkt dat (niet)?*

We onderzoeken hoe één conceptuele visie op verslaving verschillende therapeutische invalshoeken met elkaar verbindt. We bekijken hoe elke therapeutische stroming op een eigen manier zijn licht werpt op deze visie en er mee aan de slag gaat in het klinische werkveld, zowel in contact met de patiënt als in de therapeutische equipe.

Voorzitters Elena De Feyter, Sarah De Coninck (Ambulante Drugszorg De Spiegel)

Discussant Gregory Bistoën (Dr. in de psychologische wetenschappen, werkzaam in privépraktijk).

WORKSHOP 4 *De medische insteek: een terug- en vooruitblik.*

De arts en psychiater spelen een cruciale rol in de ambulante begeleiding. Er wordt teruggekeken naar de begindagen van Ambulante Drugszorg De Spiegel, toegespitst op de rol van de arts(en) en hoe die evolueerde doorheen de voorbije twintig jaar. Tevens wordt een mogelijke toekomstvisie uitgedokterd.

Voorzitters Dirk Scheire, Ilse Collier (artsen Ambulante Drugszorg De Spiegel)

Discussant Prof. Dr. Frieda Matthys (psychiater, VUB, voorzitter VVP, ex-voorzitter VAD)

INFO

ACCREDITERING voor artsen is aangevraagd.

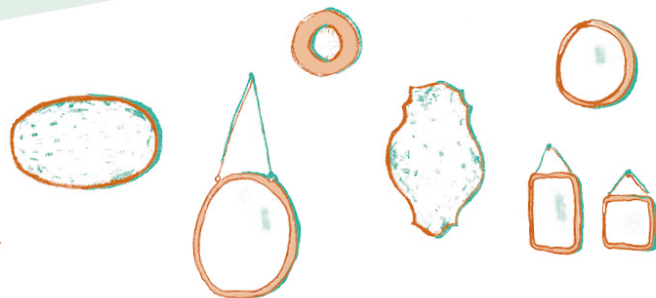
INLICHTINGEN

helga.deridder@despiegel.org

INSCHRIJVEN

U zendt een mail (naam + nummer van de twee workshops naar keuze) naar: studiedag@despiegel.org

Een uitnodiging tot betaling volgt. Na betaling ontvangt u een bevestiging van inschrijving en praktische informatie.



Inleiding bij de publicatie

Elena De Feyter ¹

Beste lezer,

Onze ambulante werking vierde vorig jaar haar 20-jarige bestaan, een mooie gelegenheid om onszelf in de kijker te zetten met een studiedag ‘Verslavingszorg: Expertise vs attitude?’

De ambulante werking trok doorheen haar geschiedenis verschillende invalshoeken en disciplines aan die, ieder op hun manier, de werking mee vormgaven. In het terugblikken op die 20 jaar evolutie in de ambulante equipe en de visie op ambulante verslavingszorg, keerde één mijmering telkens terug: waarin zit nu de kracht, de essentie van onze verslavingszorg vervat? Is dat de expertise die men in de loop der jaren opgebouwd heeft of bepaalt onze attitude ten aanzien van onze populatie de werkzaamheid ervan? Of ... valt de expertise sámen met de attitude?

We kozen deze vraagstelling als overkoepelend thema om een prikkelend programma samen te stellen. Hiervoor gingen op zoek naar wie ons vroeger en nu zoal inspireerde om te zijn wie we vandaag de dag zijn, een zoektocht die resulteerde in een bonte samenstelling van jongere en oudere (ex-) medewerkers, supervisors, professoren. Allen brachten zij in hun bijdragen iets naar voor dat een effect heeft gehad op onze werking. Daar waar de lezingen in de voormiddag één van de specifiekere expertises van onze werking uitlichtten – de psychoanalytische – richtten we ons in de workshops ook op hoe het team vanuit andere optieken ons dagelijkse werk aanstuurt.

Vandaag, anno 2018, staat de ambulante werking dan ook voor diversiteit en dialoog, twee aspecten die tevens behoren tot de kernwaarden van vzw De Spiegel en die we gerealiseerd zagen in de uitwerking van onze studiedag. Zo vond er een debat plaats met alle genodigden en werden workshops rond verschillende thema’s geleid door sprekers en discussanten. Er werd uitvoerig bevraagd, gediscussieerd, en gereflecteerd. We kiezen vandaag om te streven naar een ambulante werking die verschillende disciplines en referentiekaders naast mekaar laat bestaan. Binnen deze diversiteit houden we vast aan de gezamenlijke overtuiging dat zorg individueel - op maat van de cliënt - moet geboden worden.

In deze publicatie willen we de lezer trakteren op een bundeling van ideeën en inzichten waarvan we tijdens onze studiedag hebben mogen genieten.

We hopen dat ze ook u aanzetten tot verdere reflectie en boeiende gesprekken.

¹ Klinisch psychologe en afdelingshoofd in Ambulante Drugzorg De Spiegel.
elena.defeyter@despiegel.org

Inleiding bij de Studiedag ²

Vic Everaert ³

In naam van het team van Ambulante Drugszorg de Spiegel, heet ik iedereen van harte welkom en licht ik graag een en ander toe i.v.m. onze studiedag. We bestaan 20 jaar. In het voorjaar van 2017 werden we daar aan herinnerd door onze directie. En we kregen er een vraag bij: *wat willen jullie graag doen om dat in de verf te zetten?*

Echt lang hebben we daar niet over nagedacht. We zouden naar buiten komen, via een studiedag die datgene wat we dag in dag uit doen in de verf zou zetten. Er lag wel al langer iets te broeden, de viering bood ons gewoon het perfecte alibi ... en de *timing* is aan zich ook niet oninteressant.

Waarom we dat zo graag willen, naar buiten komen? Wel, ik zou liegen mocht ik beweren dat dit enkel met onze *goesting* te maken zou hebben.

Wat speelt er nog? Een vraag naar *erkenning* voor wat we doen? Uiteraard. Dag in dag uit luisteren we naar mensen, sturen we hier en daar voorzichtig bij. Het is een solitair werk, een fragiel werk ook, het vraagt om veel geduld; we staan daar niet alleen voor, er is een team, maar toch ... dus ja, natuurlijk speelt de vraag naar erkenning op de achtergrond wel degelijk mee.

Maar dat we naar buiten wouden komen heeft ook te maken met een iets minder leuke keerzijde – het is daarom dat onze 20^{ste} verjaardag qua timing niet slecht valt -, met een *bezorgdheid*. Deze bezorgdheid betreft de toekomst van de Vlaamse ambulante verslavingszorg.

Ik ben benieuwd of we binnen 20 jaar opnieuw een studiedag zullen organiseren - 40 jaar Ambulante Drugszorg de Spiegel? En waar ik dan vooral naar benieuwd ben is of het werk, dat zoals ik al zei een werk van *geduld* is, een werk dus dat *tijd* vereist, of we dat überhaupt gaan kunnen blijven doen?

Inge Temmerman, de directrice van VZW De Spiegel, verwees naar de overgang die onze sector te wachten staat, van het Federale naar het Vlaamse niveau. Na 20 jaar - laat ons eerlijk zijn - comfortabel gewerkt te kunnen hebben onder de voogdij van de federale regering - afdeling Volksgezondheid - worden we binnenkort hopelijk warm ontvangen in het Vlaamse welzijnsbeleid. De boodschappen die we daaromtrent opvangen, kan ik grofweg, en dus mogelijk kort door de bocht, opsplitsen in twee terugkerende geluiden:

Enerzijds is er de grote onduidelijkheid. Niemand lijkt echt te weten wat er ons staat te wachten, hoe die inkanteling van onze sector, in die van de GGZ, zal verlopen.

² Herwerkte versie van de toespraak die de studiedag inleidde.

³ Klinisch psycholoog in Ambulante Drugszorg De Spiegel. vic.everaert@despiegel.org

Anderzijds is er het geluid van de verwittiging of sterker nog van een dreiging. Kort samengevat: ‘wees niet naïef, jullie gaan zich moeten bewijzen!’ Het opzet van de studiedag heeft uiteraard ook met deze achtergrond te maken.

Een vierde beweegreden, naast de *goesting*, die vraag om *erkenning* en de *bezorgdheid*, brengt me bij de titel waarmee we vandaag aan de slag gaan: ‘*expertise & attitude*’.

Wanneer we het hebben over het herstelproces van verslaafden, en meer specifiek vanuit het ambulante luik waarbinnen dit grotendeels gebeurt, dan merkten we de voorbije jaren dat wat ik het ‘klassieke gespreksaanbod’ zou durven te noemen, in de schaduw kwam te staan van pilootprojecten (bv. *contingency management*) en van de gekende zogenaamde *evidence based methodieken* (bv. terugvalpreventie, motivationele gespreksvoering). Nochtans maak ik me sterk dat het gros van de ambulante drughulpverleners uit veel diversere vaatjes tapt dan de literatuur, studiedagen en congressen laten uitschijnen. Dit ‘klassieke gespreksaanbod’ terug wat naar voor schuiven en het misverstand uit de wereld helpen dat dit niet hedendaags zou zijn, dat hopen we met deze studiedag ook duidelijk te maken. Want mochten de *mainstream* methodieken volstaan, waarom wordt er dan vanuit de instellingen geïnvesteerd in bv. psychotherapeutische opleidingen? Of waarom werken er dan psychotherapeuten?

I.v.m. de overheveling van de verslavingszorg naar Vlaanderen haalde ik reeds aan dat we niet weten wat ons te wachten staat. We beschikken wel over een conceptnota verslavingszorg.⁴ Daarin las ik dat er in overleg gegaan wordt met de *terreinwerkers* en dat hun *praktijkennis* naar waarde geschat zal worden. Vandaag staan er in totaal 16 mensen op ons programma. Ik ben iedereen die ‘ja’ gezegd heeft op onze uitnodiging zeer dankbaar. En 15 van hen staan in die praktijk.

Zoals jullie weten voorzien we in de voormiddag een plenair gedeelte, in de namiddag verschillende workshops. We willen jullie graag een en ander aanbieden, en vooral Helga De Ridder en Stijn Vanheule gaan dat doen; maar minstens even belangrijk is dat we jullie nadien de ruimte bieden om in discussie te gaan / uitleg te vragen / aanvullingen te brengen, noem maar op. We hebben daar ruim de tijd voor voorzien.

Helga De Ridder - voormalig directrice van onze werking, mede-oprichtster en er tot op de dag van vandaag werkzaam als misschien wel de meest gedreven klinisch psychologe die ik ken - zal jullie eerst schetsen wat we die voorbije twintig jaren zoal achter de rug hebben. Nadien hebben we er voor gekozen om Stijn Vanheule iets te laten vertellen over de psychoanalytische visie op verslaving en de samenhang van die visie met een specifieke praktijk. Misschien hebben jullie zich ook de vraag gesteld waarom het woordje ‘*ethiek*’ in zijn titel stond, naast concepten (de theorie) & kliniek (de praktijk). Ik vermoed dat die ethiek in verband zal gebracht worden met die praktijk. Mocht dat niet zo zijn ... dan hebben we nog een uur om daarover te discussiëren.

Als ik daarnet zei dat iedereen die hier vandaag aan het woord komt, uit de praktijk komt, is er een iemand van wie ik dat niet zeker weet. Het gaat over professor Freya Vanderlaenen. Ik weet dus niet zeker of zij ook in de praktijk staat maar haar onderzoek

⁴ Advies conceptnota Verslavingszorg, Strategische Adviesraad Welzijn Gezondheid Gezin, nov. 2016.

en publicaties, wat ze vertelt op congressen, enz., laten uitschijnen dat ze de praktijk zeer goed kent of goede kanalen moet hebben om er voeling mee te houden.

Ik denk dat we kunnen beginnen.

Op naar de volgende 20 jaar.

20 jaar ambulante drugszorg: een getuigenis

Helga De Ridder⁵

Ik wil vandaag een persoonlijke getuigenis brengen van 20 jaar ambulante drugszorg, van wat ik zien veranderen heb bij het doelpubliek en bij mezelf als hulpverlener en teamlid, van wat mij geïnspireerd heeft om te blijven evolueren in het werk met verslaafden.

Beschrijving van de ambulante werking voor 2007

Het ambulante centrum van De Spiegel werd opgericht in april 1997 in Asse, Vlaams-Brabant. Het team dat er aan de slag ging, bestond (en bestaat nog steeds) uit psychologen, maatschappelijk werkers, artsen, een psychiater, een verpleegkundige en een secretariaatsmedewerkster.

Bij aanvang was onze **visie op druggebruik** (kort geschetst) de volgende: druggebruik werd beschouwd als een **betekenisvolle keuze**, misschien de beste keuze die iemand, met zijn kwaliteiten en beperkingen, op dat moment kon maken. Een betekenisvolle keuze impliceerde niet dat deze keuze bewust gemaakt werd, evenmin dat het een gezonde keuze was, laat staan dat we deze keuze te respecteren zouden hebben indien ze de gebruiker langzaam maar zeker naar de dood leidt. Nee, met een betekenisvolle keuze werd er wel van bij het begin afstand genomen van een visie die te sterk de nadruk legt op de verslavende kenmerken van het middel en werd er een opening gemaakt naar een onderzoek van het symptoom, nl.: waar staat dit druggebruik voor?

Verskillende therapeutische denkkaders inspireerden destijds ons psychosociaal werk en gaven vorm aan de dagelijkse werking van het centrum:

- Uit de **cliëntgerichte benadering** weerhielden we vooral het gegeven dat druggebruik en -verslaving een overlevingsstrategie kon zijn, een keuze en een manier om een antwoord te geven op een innerlijke impasse. Dit vormde een mooie ingangspoort om op een cliëntvriendelijke manier met druggebruikers in gesprek te gaan.
- In **systeemgerichte benaderingen** vonden we handvaten om aan de slag te gaan met de problematiek van loskomen van het gezin en het ontwikkelen van een eigen identiteit, problematiek die we bij veel druggebruikers opmerkten.
- De **psychoanalytische benadering** fungeerde in onze beginwerking vooral als een soort 'denkkader in het achterhoofd' van waaruit we de psychische functie van het druggebruik probeerden te begrijpen.

⁵ Helga De Ridder is klinisch psychologe en richtte 20 jaar geleden, in samenspraak met Paul Van Deun, het ambulante luik van VZW De Spiegel op. Zij werkte er als coördinator en werkt er vandaag als psychologe. helga.deridder@despiegel.org

- ***Inzichten uit pedagogische*** hoek werden voornamelijk meegebracht door teamleden die voor hun ambulante carrière jaren in de Therapeutische Gemeenschap gewerkt hadden. Zij benadrukten het belang van waarden zoals openheid, eerlijkheid en verantwoordelijkheid alsook het belang van duidelijke regels en afspraken.
- Vanuit ***leertheoretische inzichten*** tenslotte, werd aan de slag gegaan met de factoren die het druggebruik in stand hielden: risicosituaties in kaart brengen en vaardigheden aanleren om beter bestand te zijn tegen herval in risicosituaties.

Vanuit dit allegaartje aan visies op verslaving en verslavingsbehandeling, werd een ambulante behandeling opgezet die bestond uit een vastomlijnde intakeprocedure van 3 gesprekken bij 2 psychosociaal begeleiders en een arts, verplichte wekelijkse gesprekken bij één of meerdere disciplines, dagelijkse afhaling van substitutiemedicatie (indien nodig) en een gefaseerd behandelverloop met doelstellingen en privileges die varieerden naargelang de tijdsduur dat iemand in behandeling was en de gedragsveranderingen die plaatsgevonden hadden. In een *eerste fase* werd vooral motivationeel gewerkt en in een *tweede fase*, na een zestal maanden, stonden thema's als keuzeprocessen en stappen naar verandering centraal.

Een tamelijk eenvormig model dus, voor iedereen hetzelfde ('iedereen gelijk voor de wet') en met een ideaal voor ogen, namelijk: het leven van drugsverslaafden op termijn ombuigen tot een clean, redelijk gelukkig en maatschappelijk aanvaardbaar bestaan.

Op regelmatige tijdstippen werd de behandeling geëvalueerd. Het vertrekpunt voor deze evaluaties was te vinden in een soort tijdsschema van behandeling dat gebaseerd was op het model van verandering van Prochaska en DiClemente en het gedachtegoed van procesgerichte gesprekstherapie van Swildens. De eerste 6 maanden stond het opbouwen van een vertrouwensrelatie en het motiveren tot spreken centraal. Na 1 jaar werd er gestreefd naar het nemen van beslissingen m.b.t het druggebruik en andere leefdomeinen en werd een inventaris gemaakt van de gewenste en bereikte veranderingen. Indien nodig werd op dat moment het behandel aanbod uitgebreid met leefstijltraining, terugvalpreventie, netwerkbegeleiding of een 2^e begeleider. Na 2 jaar werd bekeken of gemaakte beslissingen resulteerden in het actief uitwerken van verandering. Na 2.5 jaar werd de vraag grondig gesteld of de druggebruiker op zijn plaats was in onze behandelsetting. Bij die gebruikers waar geen merkbare verandering opgetreden was, werd doorverwijzing op de agenda gezet: naar een meer schadebeperkende setting indien ze zelf geen verandering wensten, naar een residentiële ontwenningbehandeling indien ze de wens en de vaardigheden hadden om hun druggebruik te veranderen.

Waarom was verandering nodig? Welke verandering?

Gaandeweg merkten we dat we met ons toenmalig behandelmodel veel patiënten niet bereikten, niet in het programma hielden of geen progressie zagen maken. Ook een

residentiële verwijzing naar een klassieke ontwenningbehandeling leverde bij die mensen geen ‘successen’ op.

We neigden inderdaad naar een ‘*one fits all*’-model zonder variatie. Wat wel gevarieerd werd, was de toestemming, vanuit het team gegeven, omtrent afwijkingen van het ideale kader: “ja, de methadone mag meegegeven worden want X heeft werk gevonden of probeert af en toe een weekend niet te gebruiken, spreekt over zijn gebruik, kortom doet zijn best...” Er was dus een ideale groep die het redde binnen het kader en een minder ideale restgroep die uitviel. We zouden dit kunnen omschrijven als een beweging, van het cliënteel, binnen een dynamiek van straf en beloning. Het was trouwens een deel van deze restgroep die residentieel doorverwezen werd. Achteraf beschouwd was dit een vreemde redenering: “Het marcheert ambulantly niet, nu moet hij maar eens opgenomen worden. Genoeg genoten! Tijd om ermee te stoppen!”, en dit vanuit een vaderlijke want verbiedende en limiterende positie en een vraag naar onderwerping. En natuurlijk marcheerde een klassieke residentiële ontwenningbehandeling bij die restgroep ook niet. Omdat ze een ander soort van limitering nodig hadden en omdat ze onderwerping niet verdroegen.

Later (rond 2009) vond ik herkenning voor die vaststelling in het boek ‘Het einde van de psychotherapie’ van Paul Verhaeghe.⁶ Hij beschrijft er een groep ‘nieuwe patiënten’ gekenmerkt door een onverschillige of negatieve interpersoonlijke basisverhouding (een typische verhouding ten opzichte van de Ander die het hen zo moeilijk maakt om van anderen iets over te nemen), een lege of chaotische identiteit en een onvermogen om affecten en aandriften te verwoorden of psychisch te bemeesteren waardoor het risico van lichamelijke effecten vrij groot is.

Ook het spreken over een heel moeizaam lopende begeleiding tijdens een supervisie bij Jean-Pierre Jacques⁷, expert in verslaving, arts en psychoanalyticus, was voor mij een *eye-opener*. De patiënt was een 28-jarige man die constant commentaar en kritiek op iedereen had. Hij raasde het hele gesprek door, kwam zich voortdurend verantwoord en zette mij op de positie van bevrager en achtervolger. Ik probeerde zijn uitgeren zoveel mogelijk af te blokken door hem te wijzen op eigen keuzes en door niet te reageren op zijn verwijten. Dit alles in de hoop dat hij misschien uitgeraasd zou raken en er dan iets anders kon komen. Toch bleven de gesprekken gevechten, en dat jarenlang. Jean-Pierre Jacques herkende in het discours van de patiënt een discours van iemand die zei het hard te verduren te hebben, die de wereld interpreteerde in termen van vijandigheid en uitging van een systematische kwaadwilligheid van de ander. Zijn toenemend isolement, de herhaaldelijke onderbrekingen van de sociale band en het gegeven dat ondanks de therapeutische inspanningen niets in beweging kwam en niets verscheen op het niveau van het verlangen, deed Jean-Pierre Jacques een psychotische structuur veronderstellen. Hij adviseerde mij om mijn positie binnen de overdracht te regelen door de patiënt niet meer te bevragen over zijn aandeel in de miserie van zijn leven en door mij meer op te stellen als een soort ‘secretaris-getuige-assistent’ die met de patiënt op zoek ging naar herkoppelingen. Dankzij deze supervisie en vooral dankzij het

⁶ Verhaeghe, P. (2009). *Het einde van de psychotherapie*. Amsterdam: De Bezige Bij.

⁷ Cf. o.a. Jacques, J.-P., Figiel, C. (2006). *Drogues et substitutions. Traitements et prise en charge du sujet*. Brussel, De Boeck Supérieur, Oxalis.

gegeven dat ik meer inzicht gekregen had op de manier van in de wereld staan van deze patiënt, kwam de begeleiding nadien in een rustiger vaarwater terecht.

Een psycholoog die in 2005 ons team was komen vervoegen, leek van bij aanvang in staat om met die moeilijker patiënten te werken en pleitte voor een meer geïndividualiseerde behandeling op maat.

Een andere reden waarom het behandelkader niet meer voldeed was de vaststelling dat het pedagogisch geïnspireerd kader bij momenten op zichzelf begon te draaien t.t.z. niet meer in vraag gesteld werd en fungeerde los van het gedachtegoed dat het destijds vorm gegeven had. Het weten was vertaald in een aantal afspraken en regels die het werk vorm gaven; de grond waaruit ze waren ontsproten was verduisterd geraakt.

Ook het gedachtegoed *an sich* schoot tekort: het miste een conceptuele achtergrondtheorie waarop een behandelkader kon uitgebouwd worden. Verantwoordelijkheid, verbetering van de levenskwaliteit, beleving en eigenheid van de cliënt, enz., zijn op zich vrijblijvende begrippen indien ze niet met elkaar verbonden worden op het niveau van een theorie. En het is enkel op dit niveau dat een visie vorm kan krijgen. Een visie is dus nooit vrijblijvend maar impliceert een keuze om het zus en niet zo te doen.

Het is hier dat we bij de psychoanalyse te rade gingen. Door het aantrekken van een psycholoog, Gregory Bistoën, en een nieuw afdelingshoofd, Vic Everaert, beiden met een psychoanalytische achtergrond, werd sinds 2008 getracht om een ander soort behandeling aan te bieden die op een ander denkkader gestoeld was.

De functie van het druggebruik werd opnieuw naar voor geschoven, als een subjectief gegeven, als een nieuw onderzoeksdomein, zowel voor de patiënt als voor het team. Waaraan komen de drugs tegemoet? Wat is het subjectieve effect van een product? Wat is het verschil tussen plezier beleven en een dodelijk genot? Hoe is dat anders georganiseerd van geval tot geval? Dàt waren de zaken die dienden onderzocht en bijgestuurd te worden.

Het zijn de **effecten van de drug** die oorzaak worden van de verslaving en deze effecten zijn niet uniform maar wel subjectief gedetermineerd. 'Iets' in die effecten wordt bepaald door het subject en het is dat iets dat naar voor geschoven wordt als de oorzaak van de verslaving. Het subject zit geïmpliceerd in zijn verslaving en moet verantwoordelijkheid opnemen in het doorbreken ervan.

Het subject, dat is een neerslag van een particuliere levensgeschiedenis, van een reeks ontmoetingen. Het verwijst naar de wensen en verlangens in een persoon, die voortspruiten uit de grootste wonden; naar de manier waarop iemand geniet en waar hij of zij van wakker ligt en droomt. Het subject krijgt vorm doorheen een reeks particuliere ervaringen en een aantal determinerende confrontaties met de uitspraken van de Ander. Het subject wordt geacht een determinerende rol te spelen in de afwikkeling van een leven, in de reeks ontmoetingen met personen, met gebeurtenissen, met producten. Het subject is datgene wat 'beslist', psychoanalytisch gezien.

Elke mens dient een antwoord te vinden, doorheen de psychische ontwikkeling en doorheen het leven, op enkele fundamenteel moeilijke kwesties. Deze kwesties hebben te maken met de *condition humaine*, met levensvragen als: wie ben ik?, wat wil ik?, waar

hou ik van?, van wie hou ik?, wat doet mij lijden?, waar put ik bevrediging uit?, enz. Het betreft zaken die met identiteitsvorming, de ervaring van plezier en genot, partnerkeuze, de verhouding ten aanzien van werk, enz. te maken hebben. Datgene waaraan een mens lijdt, staat steeds in verband met deze existentiële dimensie, het symptoom (verslaving bijvoorbeeld) kan met andere woorden niet los gedacht worden van de particuliere invulling die een mens aan zijn bestaan tracht te geven.

Er bestaat dus een psychische organisatie die de voedingsbodem heeft gevormd voor de verslaving. Verslaving heeft in elke **psychische structuur** (neurose, psychose en perversie) een ander statuut: de verslaving vormt de bovenbouw van een psychopathologische onderbouw. Het is de **klinische diagnostiek** die de wijze bepaalt waarop het behandelende team met de verslaving kan omgaan. De vraag die we ons moeten stellen is: ***waarom zijn de drugs binnen de beleving van deze patiënt als een hulpconstructie gaan functioneren?*** De behandeling van de verslaving is maar succesvol naarmate men ook die onderliggende pathologie behandelt. Dit vraagt in de meeste gevallen een lange voorbereiding en geschiedt enkel indien men de bereidwilligheid van het subject weet aan te wakkeren. In de behandeling gaat het vooral om het onderzoek waarom iets uit de hand blijft lopen en om de zoektocht naar een alternatief voor wat er blijft mislukken.

Hoe zien de veranderingen in het behandelkader eruit?

De veranderingen binnen onze werking zouden niet alleen te zien maar vooral te **horen** moeten zijn. Er is vooral iets veranderd in onze manier van luisteren, van vraagstelling, van invulling van termen als ‘oplossingsgericht’, ‘directief’, ...

Het discours van het centrum dat er voordien één was van aanleren van vaardigheden, structuur bieden, concrete werkpunten ontwikkelen, gefaseerd behandelverloop met doelstellingen per fase, iedereen gelijk voor de wet en het ideaal van de normaliteit, is veranderd in een ***discours van een kliniek van het subject en het symptoom***, van een benadering geval per geval.

Al van bij de **intake** wordt getracht om de ***logica van de casus*** te onderzoeken, eerder dan een ideale uitstippeling van behandeldoelen te formuleren. Vragen als: waarom komt de patiënt nu?, wat is in zijn beleving het probleem?, wat is zijn bereidheid en verwachting naar hulpverlening toe?, hoe zit hij erbij?, hoe spreekt hij?, ... kunnen helpen om een eerste zicht te krijgen op de psychische structuur en de functie(s) van het druggebruik. De intake is geen opsomming van klachten of inventarisatie van problemen op vooraf afgebakende levensdomeinen meer maar heeft als ***belangrijkste inzet het contact leggen met de patiënt via datgene wat hij actueel zelf op het voorplan plaatst***. Het is daar dat er iets gehoord kan worden van zijn lijden. De vraag “Wie is dat daar, die zich aangemeld heeft?” is belangrijker dan de vraag “Wat moeten we doen?”

Daar waar bij **klinische besprekingen** in het verleden de evolutie van patiënten afgewogen werd aan vooropgestelde behandeldoelen, is het nu de ***constructie van de casus die doelen en opstelling bepaalt***. De gevalsconstructie start met het opsporen van de betekenaars die voor het subject van tel zijn: zicht krijgen op de

verschillende trekken, herinneringen, identificaties die zijn geschiedenis al dan niet gemarkeerd hebben. Hoe patiënten verwoorden wat ze meemaken, hoe ze het subjectief plaatsen, wat ze er (letterlijk) over zeggen, is hierbij belangrijk. De manier waarop patiënten betekenis geven aan hun eigen werkelijkheid, waarop ze de libido van hun lichaam verankeren en waarop ze een afstand tot de Ander scheppen, kunnen richtingaanwijzers zijn om zicht te krijgen op hun onderliggende psychische structuur.

Het spreekt voor zich dat een team dat niet psychoanalytisch geschoold is, hulp nodig heeft bij de constructie van een casus. Ons ambulante centrum heeft zich daarvoor destijds gewend tot Nathalie Lateur, een psychoanalytica die gedurende een aantal jaren als intervisor om de twee maanden een klinische bespreking bijwoonde. Door de manier waarop zij vragen stelde bij het klinisch materiaal dat een begeleider aanbracht, de manier waarop zij het materiaal ordende en wees op hetgeen ontbrak om te kunnen ordenen, kregen teamleden zicht op hoe de logica van een casus kon onderzocht worden en hoe de behandeling kon georiënteerd worden op basis van een structurele diagnostiek.

Eén en ander heeft als gevolg dat er *anders geluisterd* wordt tijdens gespreksbegeleidingen: er is een theorie nodig om richting te krijgen in het luisteren, om bijvoorbeeld de functie van het gebruik te achterhalen.

'*Gardez-vous de comprendre*' is hier voor mij een richtlijn van onschatbare waarde: door al te snel te begrijpen, gaan dingen verloren. Lacan zei hierover dat het weten bij de patiënt zelf ligt terwijl de begeleider functioneert als een 'aan het weten verondersteld subject' dat er zich vooral voor moet hoeden de patiënt te snel te begrijpen. Eens alles begrepen is, moet er immers niet meer gesproken worden. Bij de patiënt in kwestie een niet-begrijpen stimuleren, het onduidelijke in de verf zetten, is nodig zodat hij zichzelf in vraag kan stellen en zodat het proces van het onbewuste op gang kan gebracht worden. De psychoanalyse leert dat *spreken een creatieve act is* waarbij al sprekend iets ontstaat dat daarvoor nog niet bestond. Het spreken is niet slechts het oplist van een feitelijke geschiedenis die al gegeven is. Doorheen het spreken wordt iets toegevoegd. En enkel in het licht van wat daar gezegd en geschreven wordt, kan in een soort retroactieve beweging het druggebruik gesitueerd worden in de eigenheid van het subject.

Tijdens het luisteren probeer ik te achterhalen *hoe iemand zich tot zijn symptoom verhoudt, hoe hij verwoordt wat hij meemaakt*: is er twijfel of ontbreekt elke twijfel?, historiseert men zijn geschiedenis en op welke manier doet men dat?, hoe verhoudt men zich tot de causaliteit van een symptoom: zoekt men de schuld uitsluitend buiten zichzelf of bevraagt men de eigen rol erin?, hoe verhoudt men zich tot de taal: hebben woorden een direct effect, alsof er geen barrière is tussen de betrokkene en wat er gezegd wordt te doen of te zijn?, wat is de plaats van de libido: een te weinig aan genot met bronnen van bevrediging die zich buiten bevinden of een te veel aan genot⁸ dat in het lichaam zelf of bij de Ander te vinden is?, enz.

Het zijn de antwoorden op dergelijke vragen die mijn opstelling mee bepalen. In het verleden werd mijn opstelling vooral bepaald door de duur dat iemand in behandeling

⁸ Genot in de betekenis van wat Lacan als *jouissance* aanwees: een ondraaglijke, onbegrensde mix van pijn en plezier die als bijzonder angstwekkend ervaren kan worden.

was: explorerend en ondersteunend in een eerste fase van de begeleiding; directiever, meer confronterend en meer oplossingsgericht in een tweede fase.

De inzet van mijn gespreksbegeleiding draait nu meer om een *ontmoeting met datgene wat aanleunt tegen het zichtbare, problematische gedrag*. Ik probeer te mikken op wat er achter de klacht ligt m.a.w. op wat de psychische klacht veroorzaakt. Alles begint hierbij met een *aandachtige en afwachtende vorm van luisteren*.

Mijn opstelling is er nu veel meer één van trachten inzicht te krijgen in wat er gebeurt, vermijden van de rol te nemen als deskundige in de therapie, via een echte dialoog patiënten helpen inzicht te krijgen in hun verhaal, een ruimte creëren waarin voor de patiënt de rol van medewerker van de therapie kan geconstrueerd worden, ruimte bieden waarbinnen het reële waarmee het subject te maken heeft, door en met hem behandeld kan worden.

Afhankelijk van de psychische structuur van de patiënt zal mijn opstelling nog andere verschillen vertonen: meer afwachtend en abtinent in het geval van de *neurose*, meer als ‘secretaris’ die helpt betekenis te creëren zonder de eigen betekenis op te leggen, en die helpt nieuwe oplossingen te verzinnen voor de kwellende geestelijke en fysieke prikkels in het geval van de *psychose*.

Een laatste verandering heeft te maken met de finaliteit, **het doel van de behandeling**: deze is veeleer een zoektocht naar een manier van leven, mét het symptoom (dat hopelijk minder destructief zal zijn dan voordien), een zoektocht naar een leefbare verhouding met wie we zijn.

Welke moeilijkheden ervaren we bij deze (huidige) manier van werken?

De moeilijkheden doen zich voor op 3 niveau's: op persoonlijk vlak, op teamniveau en op organisatie- en maatschappijniveau.

Op persoonlijk vlak:

Het is niet altijd gemakkelijk om de **drang naar tastbare oplossingen en therapeutische resultaten los te laten**. Elke patiënt afzonderlijk de tijd en de kans gunnen om een eigen weg te vinden, ook al is die in mijn ogen zo gebrekkig en traag, is soms een opgave. Wat hierbij helpt is het regelmatig ter discussie stellen van mijn eigen fantasieën over het helpen of genezen van anderen. Mijn eigen analyse heeft alvast geholpen om mijn motieven achter het willen helpen van mensen bloot te leggen en het moet gezegd, deze motieven waren niet zo altruïstisch als ik graag gewild had. Freud schreef ooit aan een collega: “Ik zou u adviseren om uw therapeutische ambities terzijde te schuiven en te trachten inzicht te krijgen in wat er gebeurt. Als u dat doet, komt het met de therapie vanzelf terecht”. Een geruststellende gedachte.

Een andere moeilijkheid is dat de conceptuele achtergrondtheorie van de psychoanalyse niet bepaald gemakkelijk te noemen is. Tijd nemen en inspanning leveren om me wat theorie eigen te maken is nodig, evenals voldoende klinische bijeenkomsten bijwonen en vorming en supervisie krijgen. De tijd en de middelen die daarvoor beschikbaar zijn

tijdens de werkuren, zijn onvoldoende en buiten de werkuren lonken ook nog andere geneugten des levens.

Nog een andere moeilijkheid heeft ook met **geduld** te maken: naast het geduld dat ik in mijn patiëntenwerk aan de dag moet leggen, vraagt het soms ook geduld om het tempo en de weerstanden van collega's te respecteren.

Op teamniveau:

Het in vraag stellen binnen het team van het bestaande, vage en niet geëxpliciteerde behandelkader van weleer, is niet van een leien dakje gelopen en blijft tot op de dag van vandaag soms moeilijk. Het is natuurlijk een stuk gemakkelijker om te denken dat het behandelen van drugsverslaafden met een uniforme methode kan, dan te erkennen dat bij elke patiënt weer een andere aanpak moet worden bedacht.

Maatwerk betekent dat er geen vaste regels meer zijn maar dat alles geval per geval moet worden uitgedacht. Hoe reageren als iemand niet op gesprek komt? Hoe de methadonbedeling organiseren? Hoe omgaan met vragen van patiënten? Het feit dat er geen standaardantwoorden (meer) zijn, brengt onzekerheid teweeg. Want hoe bepaal je de maat binnen het maatwerk? Wat geeft richting aan je luisteren, je handelen? De psychoanalytische theorie levert geen nieuw set van regels maar enkel een manier van denken, van luisteren en spreken.

Een bijkomende moeilijkheid (waar we tot vandaag niet uit zijn) is de vraag of het mogelijk is om een ambulante werking te organiseren waarin **verschillende denkkaders naast elkaar** bestaan: voor de ene patiënt een gedragstherapeutische aanpak, voor de andere een cliëntgerichte, voor nog een andere een psychoanalytische benadering, enz. Gregory Bistoën, een vroegere medewerker, zei hierover ooit het volgende: "Het is mijn stelling dat het onmogelijk is om meerdere programma's in huis te halen; alsof er een eindig aantal types patiënten zijn die we kunnen in kaart brengen en op wiens maat we telkens een protocol kunnen bedenken. In principe is dit nog steeds hulpverlening volgens hetzelfde oude model, namelijk vertrekkend van een vooraf bepaald weten dat wordt toegepast per categorie. Dit is niet de invulling van maatwerk die we beogen vanuit een psychoanalytische achtergrondtheorie". Elena De Feyter, *clientcentered* therapeute, sinds 3.5 jaar werkzaam in ons centrum en sinds oktober laatstleden ons afdelingshoofd, ziet het enigszins anders. Zij stelt dat een bepaald behandelkader niet exclusief aan één theoretische stroming kan verbonden worden, dat er – afhankelijk van wie op een bepaald moment in een team werkt - altijd meerdere invloeden werkzaam zijn. Ze onderschrijft wel het gegeven dat er een overkoepelende en gedeelde visie op verslaving en behandeling moet zijn maar dat er genoeg overlappen zijn tussen de verschillende therapeutische oriëntaties zodat ze prima onder één dak kunnen samen werken. Deze namiddag is er een workshop aan deze thematiek gewijd.⁹

⁹ Verder in deze publicatie (vanaf p. 46) kan u de stellingnames van Elena De Feyter, Sarah De Conick en Gregory Bistoën erop nalezen.

Op organisatie- en maatschappijniveau:

Psychoanalytisch werken met verslaafden is **niet de meest gangbare benadering** in het verslavingsveld. In dat veld en ook op wetenschappelijk en maatschappelijk vlak, is een cognitief-gedragstherapeutische en neurobiologische visie en aanpak dominant.

In 'Het einde van de psychotherapie' schrijft Paul Verhaeghe hierover: "Een diagnostische aanpak die beperkt blijft tot het gedrag, leidt tot een waardeoordeel vermomd als diagnose, zodat de behandeling slechts symptoomdempend en gedragscorrigerend kan zijn. Helaas is het succes van een dergelijke aanpak meestal zeer beperkt, wat menig jonge clinicus tot de overtuiging brengt dat de gedragsstoornissen een neurobiologische basis hebben. Het idee dat symptomen voor de patiënt wel eens een psychologische functie zouden kunnen hebben, is niet meer van deze tijd."¹⁰

Ambulante Drugszorg De Spiegel is een **onderdeel van een grotere organisatie** waarin ook een residentieel Ontwenningprogramma en een Therapeutische Gemeenschap huizen. Het is niet altijd gemakkelijk om met elkaar over behandeling van verslaafden te spreken: beide residentieële afdelingen hebben een gestructureerd en transparant behandel aanbod dat duidelijk beschreven kan worden. Maatwerk en psychoanalyse laten zich moeilijker uitleggen en krijgen daardoor al te vaak het etiket vaag en intuïtief te zijn. En maatwerk is dat allesbehalve: tot een individueel behandelplan komen vergt net veel inzet, knowhow en overleg; het vraagt een denkproces waarbij voor elke begeleiding opnieuw te bewandelen paden en uitkomsten moeten worden 'uitgevonden'.

Waar de conceptuele achtergrondtheorie stopt, zal onvermijdelijk het **verlangen van de hulpverlener** het moeten overnemen. Bovenal is het iets van ons verlangen dat ons aanstuurt om verder te werken, dat ons in staat stelt om telkens opnieuw patiënten te ontvangen en over hun behandeling na te denken en te spreken, en dit al meer dan 20 jaar lang. Wat mij betreft, gaat het hier vooral om een verlangen om te weten, een verlangen om te exploreren op welke manier een mens gegrepen is door zijn onbewuste en wat daarvan de weerslag is op zijn leven.

Andere, niet geciteerde bronnen:

Leader, D. (2012). *Wat is waanzin*. Amsterdam: De bezige bij.

De psychoanalyse vandaag. Voorbij de mythes. (2012). *iNWiT* 8/9, Tijdschrift van *de Kring voor Psychoanalyse van de New Lacanian School*.

¹⁰ Verhaeghe, P. (2009). *O.c.*, 130.

Bistoën, G. Tekst werking De Spiegel, *ongepubliceerde tekst*.

Bistoën, G. *Psychoanalyse en toxicomanie*. Tekst gebracht op studiedag VAD in december 2013.

Bistoën, G. Vijf stellingen met betrekking tot de behandeling van de toxicomanie. *Eerste paper Postgraduaat psychoanalytische therapie in Freudiaans-Lacaniaans perspectief. Academiejaar 2008-2009*.

Everaert, V. *Psychoanalyse en verslaving*. Tekst gebracht op Spiegelseminarie in Kessel-Lo op 25 maart 2013.

Jacques, J-P. *De verslaving in het licht van de hypothese van de gewone of alledaagse psychose*. Voordracht gehouden op 11 juni 2009 in het kader van de lezingenreeks "Drugs in de psychiatrie: psychoanalytische invalshoeken", Kliniek voor dubbeldiagnose, Psychiatrisch Ziekenhuis St-Jan Eeklo.

Verslaving en wanverhouding

Stijn Vanheule¹¹

Een jonge man die bij me in begeleiding is klaagt omwille van de stank die om hem heen hangt, maar die niemand uit zijn omgeving ruikt. Hij vroeg me onlangs of zijn problemen het gevolg zijn van het feit dat hij een lichaam heeft. Een vreemde vraag zou men kunnen zeggen: iedereen heeft toch een lichaam? Toch slaat hij met zijn vraag de nagel op de kop. Het lichaam is geen evidentie voor onze zelfervaring. Het lichaam stelt ons voor problemen omdat het ons van binnenuit beroert en bestookt. We moeten daar oplossingen voor vinden en wanneer we daar niet in slagen, nemen angst en paniek het van ons over. Onze zelfervaring als subject komt op de helling te staan.

Vooraf in de psychose is dit een steeds op de loer liggend gevaar en legale of illegale middelen zijn dan vaak een manier waarop mensen iets van of in het lichaam proberen stil te leggen/tot rust te brengen. Die patiënt van mij behandelt het vreemde in zijn lichaam met angstremmende medicatie.

Deze worsteling met ons lichaam is het uitgangspunt van waaruit ik vandaag reflecteer over druggebruik. Druggebruik komt niet zomaar uit het niets. Mensen gebruiken drugs als antwoord op een ervaring van onbehagen. Dat onbehagen heeft ultiem maar één zetel en dat is onze eigen lijfelijkheid.

Psychoanalytisch hebben we een idee over de verschillende manieren waarop we in de zetel van ons lijf kunnen zitten. We onderscheiden daarbij een neurotische, psychotische en perverse manier van zitten. Neurose, psychose en perversie zijn drie mogelijke psychische reacties op het lijf dat ons lastig valt en beroert. De perversie laat ik vandaag buiten beschouwing.

In mijn bijdrage zal ik (1) het menselijk onbehagen onder de loep nemen en het ontleden als een toestand van 'gemis-aan-zijn' die ons beroert. Deze hangt samen met een fundamentele ervaring van wanverhouding die eigen is aan onze 'zelf-ander beleving'. Vervolgens (2) zal ik schetsen dat ons mentaal leven - waarbinnen we met Lacan zowel een imaginaire als een symbolische component onderscheiden - reactief ontstaat in verhouding tot die ervaring van gemis-aan-zijn. Dan (3) zal ik het hebben over psychose en neurose om tenslotte (4) uit te komen bij het psychisch statuut van de verslaving.

¹¹ Prof. Dr. Stijn Vanheule is voorzitter van de vakgroep Psychoanalyse en Raadplegingspsychologie Universiteit Gent. Met dank aan Griet Langsweirdt voor het nalezen van de tekst.
stijn.vanheule@ugent.be

Het lijf als zetel van ons gemis-aan-zijn

Psychoanalytisch gedacht is onze zelfervaring per definitie disharmonisch. Ons lijf zadelt ons op met een prikkeling en met impulsen tot actie die weliswaar een biologische oorsprong hebben, maar deze raken niet puur via de biologie gereguleerd. De mens is behept met een levend lijf en dit levend lijf wordt bewogen door tal van behoeften en prikkels op fysiologisch niveau, en door externe invloeden (wanneer je bv. iemand doet schrikken, wordt dat gevoeld in het lichaam).

Om dit beter te kunnen begrijpen moeten we eerst stilstaan bij het onderscheid dat Freud maakt tussen drift en instinct. Veel van de gedragingen van een dier hebben niet alleen een instinctieve basis, maar worden ook grotendeels, zo niet volledig, door biologische patronen gestuurd.

In de seksualiteit zien we een mooie illustratie van dit verschil tussen mens en dier.

Neem bij de dieren bijvoorbeeld het hert. Zoals bij vele zoogdieren is de seksualiteit bij het hert gekoppeld aan de bronsttijd. De bronsttijd begint met fysiologische/hormonale veranderingen en vruchtbaar worden van het wijfje. Het mannetje reageert hierop. Bij zowel mannelijke als vrouwelijke dieren zijn tijdens de bronsttijd veranderingen in gedrag, geur en uiterlijk waar te nemen. Het mannetjeshert denkt niet na over hoe hij zich het beste presenteert ten aanzien van het vrouwtje, loopt niet te piekeren over reputatie, imago of verleiding, laat staan over vragen inzake de toekomst of over de zin van zijn betrekkingen. Het mannetjeshert doet maar.

Menselijke seksualiteit daarentegen is opmerkelijk ontkoppeld van het al dan niet bronstig zijn van de partner. In het veld van de menselijke seksualiteit zien we dat automatische impulsen weliswaar ons gedrag in gang zetten, maar die automatische impulsen reguleren ons seksueel gedrag niet volledig. Bij de mens komt regulering voor een groot deel tot stand via verbeelding, spreken en conventie. Daarom onderscheidde Freud het begrip 'drift' van 'instinct'. Een drift is een onthoofd instinct.

Een onderzoek van Durex (2007) met bevraging van 26 000 mensen in 26 landen illustreert dit mooi: gemiddeld 103 keer seks per jaar. Het maximum vinden we bij de Grieken: 164 keer; het minimum in Japan: 48 keer per jaar. Gezien het allemaal subjecten van dezelfde soort zijn, de 'homo sapiens sapiens', valt deze variabiliteit niet puur biologisch te verklaren. De variabiliteit hangt samen met culturele samenlevingspatronen die individuen socialiseren in een bepaalde omgang met lust en seks. Enige relatie met de economische performantie van een land is hierbij niet ondenkbaar.

Het type genot, of *jouissance* kunnen we met Lacan zeggen, die het lichaam beroert is echter niet louter van de orde van de lust. Seks doet denken aan lustbevrediging, maar voor Freud en Lacan is de drift een echte januskop. Enerzijds heeft de drift en zijn bevrediging een component van lustvolheid, en staat ze ten dienste van het levensbehoud. Anderzijds heeft de menselijke drift ook iets losgeslagen en draagt deze ook een tendens tot vernietiging in zich. De menselijke drift is geen homeostatisch systeem. Zonder verdere psychische regulering heeft ze maar één lotsbestemming, en dat is het pad van de chaos en de destructie.

Geen wonder dat Nietzsche stelde dat de mens een ziek dier is. De mens is structureel ziek precies omwille van het feit dat hij via spreken en cultuur omgaat met zijn lijf. Dit is zo omdat we een cruciaal aspect van zelf-evidentie missen in onze omgang met de drift. Dit manco tekent de vitale ervaring van de mens. Ons 'zijn' voelt simpelweg niet prettig aan.

Precies daarom ontwikkelden religies lichaamstechnieken die de zijnservaring in een bepaalde richting duwen. Bij zenboeddhisten onder meer via de meditatie, bij taoïsten onder meer via tai-chi en bij katholieken onder meer door het vasten.

Het mentaal leven is een reactie op het gemis-aan-zijn

Lacan sprak op dit punt over een *manque-à-être* aan de basis van ons functioneren. Hiermee geeft hij enerzijds aan dat ons zijnsgevoel gekenmerkt is door een gemiservaring die altijd en eeuwig terugkeert, alle pogingen tot opvulling ten spijt. De mens wordt structureel te vroeg geboren stelde Lacan in 1949, en precies daardoor komt hij onvermijdelijk als een sukkelaar ter wereld. Uit de cultuur moet hij allerlei orthopedische middelen halen teneinde toch nog te kunnen leven.

Anderzijds drukt de zegswijze *manque-à-être* ook uit dat dit manco de mens aanvuurt in het willen compenseren van zijn gemis, wat leidt tot creativiteit en inventiviteit. Ons 'zijn' voelt misschien niet prettig aan, maar daarmee is het laatste woord niet gezegd. Integendeel, het woord zelf is een antwoord op dat manco. Ook het menselijke gebruik van genotsmiddelen kunnen we op dit punt situeren: ons 'zijn' voelt niet prettig aan en precies daarom zoeken we remedies om ons gebrekkige zijn te proberen helen. Letterlijk: om er een geheel van te maken.

Beschouwd vanuit Lacans latere werk kunnen we ons hier nog een stap verder wagen door te stellen dat alle latere correctiepogingen ten aanzien van ons zijnstekort in feite een herhaling vormen van het basisprobleem. De mens staat in een positie van wanverhouding (*non-rapport*) ten aanzien van zichzelf en de ander. Deze *non-rapport* is het element bij uitstek waar we altijd weer op botsen. Het vormt de Reële stootsteen waar ons functioneren steeds op botst. Ons verdere psychisch leven en de manier waarop we in zee gaan met de ander kunnen we beschouwen als een reactie tegen deze uitgangspositie.

Dus – en nu een eerste kleine samenvatting: ons lichaam is een beroerde substantie, die door prikkels en tendensen wordt bewogen. Deze driftmatigheid belichaamt zowel een tendens tot levensbehoud als tot de dood, en laat zich voelen als een diffuse genotstoestand. In een van zijn latere voorstellingen van het psychisch apparaat noemde Freud deze driftmatige component het *Es*. Met Lacan noemen we dit de *jouissance*. Deze *jouissance* geeft aanleiding tot een bepaald type zijnstoestand, met name tot een inherent onaangenaam gemis-aan-zijn. Deze zijnstoestand valt misschien wel gedeeltelijk te compenseren, maar is nooit te corrigeren en is de bron van een altijd weer opnieuw terugkerende wanverhouding met onszelf en de ander.

Psychoanalytisch gedacht is dit diffuse door genotsprikkels getekende gemis-aan-zijn de kern van onze zelfbeleving. Het vormt de atmosfeer waarbinnen onze ervaring van subjectiviteit gestalte krijgt, en het tekent al onze relaties met de ander.

Uit de voorgaande stelling mag je gerust afleiden dat de kern van onze existentie geen consistente betekenisvolle entiteit is. Er is geen 'echt ik' of geen 'waar zelf' dat gereveleerd kan worden of dat gerealiseerd dient te worden. Om het met computermetafoor te zeggen: er is geen processor (*central processing unit*) die alles regelt en dirigeert.

Soms denken mensen dat psychoanalyse gaat over zelfontdekking en over te weten komen wie je echt bent. Op een manier klopt dit wel: via een psychoanalytische gesprekstherapie articuleer je je eigen parcours in het leven en hoor je jezelf vertellen op welke manier je allerlei watertjes doorzwemt. Echter, dit leidt niet tot het ultieme zelfinzicht. Meer nog, door herhaaldelijk te botsen op het eigen gemis-aan-zijn, verdampt de vraag naar zelfinzicht.

Existentialkwesities

Een volgend cruciaal punt in de redenering die we hier ontplooiën is dat onze driftmatigheid op welbepaalde punten wordt ontlokt. Ons gemis-aan-zijn is niet altijd en overall even prangend aanwezig in ons leven, maar komt via concrete levensgebeurtenissen bloot te liggen. Het gaat om punten van wanverhouding of *non-rapport* die we ontmoeten in de verhouding met onszelf en in relatie tot de ander. Deze wanverhouding tekent onze ontmoetingen met de ander omdat ze zowel ons eigen levende lichaam als ons gemis-aan-zijn op de voorgrond plaatsen. Het gaat om punten die de vraag stellen naar wie of wat we zijn (ik noem dat existentialkwesities), en om punten die betrekking hebben op de manier waarop de ander op onszelf betrokken is (ik noem dat intentionaliteitskwesities).

Vier punten van *non-rapport* lokken onze driftmatigheid typisch uit:

Ten eerste is er onze seksuele identiteit. Mijn lichaam volgt specifieke hormonale patronen en daar ik mijn lichaam observeer, weet ik dat ik man of vrouw ben. Aan die vaststelling ontleen ik echter geen weten over *hoe* ik man/vrouw moet zijn. Er is geen inherent instinctief weten aanwezig dat mijn handelen stuurt en oriënteert en dat een richting en invulling geeft aan mijn gevoel. Seksuele identiteit is er niet spontaan, maar wordt via identificaties opgebouwd. Het bouwwerk dat daaruit volgt kan stabiel zijn of wankel.

Ten tweede is er onze positie in de partnerverhouding, waar we worden geconfronteerd met liefde en seksualiteit. In verhouding tot de ander spelen seksuele aantrekkingskracht en afstoting. Wat ik niet van nature weet, is hoe ik me best positioneer in de partnerverhouding, welke plek ikzelf kan innemen en hoe ik de ander best bejegen. De hele problematiek van grensoverschrijdend gedrag toont hoe weinig duidelijkheid er is in de verhouding tussen de seksen. Precies op dit punt zien we de nood aan een zekere

mate van expliciete cultuur, dat wil zeggen als symbolisch gedragen omgangsvormen die ons handelen kad(r)eren.

Ten derde hebben we te maken met intergenerationele verhoudingen: de verhouding met en tussen ouders en kinderen. Ook op dit vlak weet ik niet hoe te handelen. Als ouder mis ik een spontaan en automatisch weten ten aanzien van het kind en voor een kind is die ouder uitiem een raadsel wiens intenties niet altijd goed te lezen of te begrijpen zijn. Vooral het kind met separatieangst als de scheldende adolescent weten dat het best. In onze hechttingsrelaties spelen weliswaar tendensen die zorgen voor een nabijheid zoekende, zorgende en spelende opstelling ten aanzien van die ander, maar die impuls geeft enkel maar een aanzet. Iedereen opnieuw staat voor de taak vorm te geven aan intergenerationele relaties.

Ten vierde worden we ook geconfronteerd met ons leven in het licht van de dood. Vanaf de leeftijd van 9 jaar weet een mensenkind dat het ooit gaat sterven en heeft het ook een realistisch doodskoncept. Hieraan ontleent de mens echter geen weten omtrent hoe het leven te leven. Dat blijft een eindeloos ploeterproces waar we niet aan ontsnappen. Het leven heeft geen inherente zin en dat wordt precies gearticuleerd in het feit dat we er zin willen aan verlenen.

Mensen liggen wakker en lopen weg van deze thema's. Ons psychisch functioneren organiseert zich als een defensieve reactie hiertegenover. Mensen bewegen zich liever in het veld van het antwoord dan in het minder comfortabele veld van de vraagstelling. Toch komen we ze in ons leven telkens opnieuw tegen, via ontmoetingen en incidenten. Zo worden we gedwongen om een positie te zoeken in het omgaan met lijf en leden, in ouder-kind verhoudingen, met partners, en trachten we zinvol te leven in het licht van de dood.

De pure, onversneden confrontatie met deze non-rapport is het Reële in ons leven. Het is een Reële dat ons overdondert, tekent en beroert. In zijn pure vorm is de confrontatie ermee ondraaglijk. Het jaagt ons de stuipen op het lijf, maakt gek en doet ons zelfgevoel wegzinken in het niets.

RSI

Lacaniaans gedacht zijn er drie grote antwoordstrategieën ten aanzien van dit Reële van de wanverhouding. Ofwel kan men op het Reële reageren met de wereld van beeld, dat is een imaginaire strategie; ofwel kan men erop reageren met woorden, verhalen en redeneringen, dat is een symbolische strategie; ofwel kan men erop reageren zonder de omweg via het beeld of het woord te maken.

De eerste twee strategieën maken de omweg via de mentale voorstelling. De laatste strategie doet dat niet, en grijpt rechtstreeks in op het lijf als levende substantie. Zelfverwonding, zelfdoding of genotsregulering door middelengebruik kunnen we op dit punt situeren. We ontmoeten deze in hun pure gestalte onder de vorm van wat we

psychoanalytisch '*passage-à-l'acte*' noemen. Een *passage-à-l'acte* is een radicale gedachtenloze sprong in het niets. Het is een poging om het genietende lijf een halt toe te roepen door de vleeselijkheid te lijf te gaan met een ding, waardoor in dezelfde beweging het lijf zelf ook een dingkarakter krijgt.

Klinisch gezien verwachten we een dergelijke reactie op een moment of in de mate dat de twee andere hanteringsstrategieën, zijnde de imaginaire en de symbolische radicaal tekort schieten en geen buffer meer vormen tegen de *jouissance* en dus ook geen kader meer bieden in de omgang met de *non-rapport*.

Lacan stelt de verhouding tussen R, S en I voor via 3 ringen. Psychische stabiliteit ontstaat wanneer de ring van het Reële verbonden raakt met S en I. Vallen S en I weg dan is R ondraaglijk alomtegenwoordig en stort ook het psychisch leven is.

Puur beschouwd vanuit de drift en het genot is het psychisch leven heel arm. Genotsprikkelers laten zich voelen en vormen in die zin een ervaringswereld, een psychische atmosfeer, maar meer dan dat zijn ze niet. Mentaal leven ontstaat maar op het punt dat we beelden en woorden gaan gebruiken om voorstellingen op te bouwen over de drift. Freud maakte daarbij een onderscheid tussen 'dingvoorstellingen' en 'woordvoorstellingen'.

Dingvoorstellingen hebben we wanneer we driftimpulsen kunnen koppelen aan een beeld. Bijvoorbeeld wanneer ik mijn seksuele opwindingskoppel aan het beeld van een vrouw of aan een seksueel scenario, of wanneer ik mijn angst kan koppelen aan een dramatische scène, zoals aan herinneringen van situaties die ik niet wil herhalen of aan rampscenario's die ik ten stelligste wens te vermijden. Dingvoorstellingen zorgen op die manier voor een eerste vorm van genotsregulering: het affect is niet enkel een lijfelijk gegeven, maar een reactief element binnen een situatie die lustvol of onlustvol is.

Woordvoorstellingen komen tot stand wanneer we dingvoorstellingen gaan koppelen aan taaluitingen. Op dat moment worden driftimpulsen letterlijk vertaald. Ze worden een onderdeel van episodische voorstellingen.

Lacaniaans bekeken kunnen we dingvoorstellingen situeren in het imaginaire register. De kern van de imaginaire manier van omgaan met genotsimpulsen bestaat uit de identificatie met een statisch lichaamsbeeld met een duidelijke binnen-buiten grens, waarbinnen de driften worden geprojecteerd. Lacan beschouwt deze eerste soort identificatie, waarbij ik mezelf gelijkstel met een beeld dat ik eigenlijk via externe waarneming heb vastgesteld, als de basis van het ik. Dergelijk Ik-beeld zorgt voor constantheid in de ervaring, wat me toelaat om de flux van het lichaamsgenot te overstijgen. Mijn Ik miskent de complexiteit van de genotsimpuls die me overvalt, en precies dat zorgt voor stabiliteit.

Woordvoorstellingen kunnen we dan weer situeren in het Symbolische. Het symbolische register is het register van de taal. De taal laat toe om verhoudingen te articuleren, en uit te drukken hoe ik sta tegenover mezelf, anderen en situaties waarin we verzeild raken. Dergelijke articulatie zorgt voor een verdere regulering en fictionalisering van het genot. Je zou kunnen zeggen dat het zorgt voor een mentalisering, want langs deze weg raakt het genot inschreven in het mentale leven. Het leidt er ook toe dat er ordening komt in

het imaginaire. Verbrokkelde beelden worden voortaan geordend in filmische scenario's over mezelf en de ander.

Iets over psychose en neurose

In de manier waarop het symbolische register functioneert, maakt Lacan een onderscheid tussen neurotisch en psychotisch functioneren. Ik merkte het reeds op: dit zijn twee verschillende manieren om in de zetel van het lichaam te zitten en het verschil tussen beide zit in hoeveel houvast men al dan niet kan ontlenuen aan taal, conventies en de ander.

Kenmerkend voor de structuur van het neurotisch functioneren is dat men in de omgang met existentiële kwesties gaat steunen op het perspectief van anderen. De neuroticus bekijkt en evalueert zichzelf vanuit de ogen van een ander, en stuurt zijn eigen handelen aan vanuit het verlangen geliefd te worden. Op die manier wordt invulling gegeven aan de vraag hoe men best handelt als man/vrouw, als partner en als ouder/kind en op de vraag naar de zin van het leven. Enerzijds zorgt dat ervoor dat men niet te veel buiten de lijntjes kleurt van wat als passend sociaal gedrag beschouwd wordt, anderzijds zorgt het voor verdringing. Verdringing treedt op wanneer onhebbelijke en beschamende elementen actief uit het spreken en denken worden geweerd en/of sterk worden gedramatiseerd wanneer ze er toch in opduiken. Neurotisch functioneren bestaat eruit dat men met beperkte variatie herhaalt wat anderen ook reeds denken en doen.

Psychotisch functioneren is geworteld in een positie van grote existentiële eenzaamheid. Men vindt in de ander en in de conventie geen structurerende houvast om met existentiële en genotskwesties om te gaan. De taal is er wel als instrument om na te denken, maar het perspectief van de ander en de ons omringende conventies en gewoontes functioneren niet als een kompas dat het handelen aanstuurt. De sociale band zorgt niet voor een inspirerende oriëntatie. Zo staat men alleen en met lege handen voor de diepte van de *non-rapport*. Lacan stelt dat er in het geval van psychotisch functioneren een groot gat zit in het Symbolische, waardoor de symbolische orde minder stabiel is dan in de neurose. Het Symbolische slaagt er minder in om het Imaginaire te verankeren en hierdoor kunnen confrontaties met aspecten van *non-rapport* veel sneller zorgen voor een lijfelijke overspoeling door zinloos genot die niet vlot mentaal beheerst raakt. Die chaos van het genot laat zich dan voelen in een dreigend mentaal instorten, wat zorgt voor extreme angst, hopeloosheid, een ervaren van diepe zinloosheid en soms ook voor manifest psychotische symptomen.

Het psychisch statuut van verslaving

Met deze redenering in ons achterhoofd kunnen we nu explicieter ingaan op de vraag naar druggebruik.

Ieder van ons heeft te maken met een gemis-aan-zijn. In die zin zijn we allemaal vatbaar voor producten en handelingen die ons dat zijns-gemis kunnen doen vergeten. Hoe sterker ik kan opgaan in de *games* op mijn computer, in de series op mijn TV, in het bier dat ik drink, de porno op mijn tablet, of in de *weed* die ik rook, hoe minder ik last heb van mijn gemis-aan-zijn. Dat soort genotspraktijken, die potentieel verslavend zijn, laten me bij wijlen toe om niet na te denken over de *non-rapport* in mijn leven en voegen actief ook een aspect van directe lustervaring toe aan mijn genotstoestand.

Echter, elk van die activiteiten slaat qua genotseffect potentieel snel om in het tegendeel. Wie te lang *gamet*, overmatig opgaat in *binge-watching*, te veel drinkt, buitenissig porno bekijkt of te intens blowt, zal uiteindelijk eindigen in een situatie van onlust.

Als ik lust ervaar ben ik even de agens van mijn genot, met name degene die het genieten actief oproept. Als ik onlust ervaar ben ik daarentegen de *patiens* van het genot, met name degene die de genietingen in het lijf ondergaat. Drugsverslaving is een volgehouden poging om blijvend de agens van mijn genot te zijn, waardoor ik telkens wanneer ik er de *patiens* van ben opnieuw actief moet grijpen naar het middel.

Het zoeken naar een balans en een limiet in het omgaan met genotspraktijken is een belangrijke component van wat cultuur is. Zowel op maatschappelijk niveau als in de omgangcultuur die ik ontleen aan de groepen waarbinnen ik me beweeg, haal ik voorschriften tot gebruik en tot de limitering van mijn lijfelijk genot, evenals suggesties over hoe ik moet omgaan met het genot van de ander. Cultuur is onze collectieve zoektocht naar een gelimiteerde ruimte van handelen op het vlak van genotspraktijken.

Kenmerkend voor de neurotische omgang met genotspraktijken en genotsmiddelen, is dat elk middelengebruik inherent gelimiteerd is. De neurotische structuur impliceert dat men zichzelf bekijkt door de ogen van de ander. Neurotisch functioneren houdt in dat men bij de ander het liefst in een positief daglicht staat en zichzelf evalueert tegen het licht van de morele opvattingen uit de groepen waarbinnen men zich beweegt. Wanneer men zich teveel laat gaan in genotspraktijken zullen schuld en schaamte opduiken. Men zal zichzelf tot de orde roepen en/of ontvankelijk zijn voor de confronterende commentaar van anderen.

Dit belet niet dat verslavingen kunnen ontstaan. Culturele ontwrichting, sociale ontworteling en pijnlijke incidenten binnen de sociale band maken mensen vatbaarder om zich te verliezen in bepaalde genotspraktijken. Situaties zoals bijvoorbeeld het verlies van een naaste, een destructieve partnerrelatie of het gebrek aan zinvol werk drukken de mens met zijn neus op de wanverhouding van het bestaan. Dit is onlustvol en pijnlijk. De vlucht in een bepaalde genotspraktijk kan zich dan als een aanlokkelijk alternatief aandienen. Echter elke ontzuivering na een episode van roes doet de onlust terugkeren, vaak nog verhevigd door het pijnlijke besef van mislukking in de ogen van de ander.

Precies hier ontstaat psychische verslaving: ik pak de onlust die gepaard gaat met mijn genotspraktijk aan door er nog harder op in te gaan, en uiteindelijk kan ik niet meer zonder. Ik ben de slaaf van mijn genotspraktijk.

Wanneer we in de kliniek iemand met een dergelijke verslavingsproblematiek begeleiden, zal het afkicken van de verslaving sowieso gepaard moeten gaan met het doorbreken van de initiële vermijdingsstrategie. Het verlangen om niet te willen weten

hoe de eigen subjectiviteit in het verleden pijnlijk gekwetst werd, zal daarbij doorbroken moeten worden. Via symbolische articulatie moet worden onderzocht hoe vorm werd gegeven aan de wanverhouding in relatie tot zichzelf en de ander. Dit proces is veelal niet gemakkelijk omdat mensen zich dan ook realiseren dat de overgave aan de verslavende genotspraktijk eigenlijk geen oplossing was maar zorgde voor *collateral damage* die men ook nog eens moet proberen opruimen en rechtzetten. Niet iedereen is bereid die subjectieve arbeid te verrichten. Vandaar dat sommigen liever gebruikend ten onder gaan dan in het licht van de de waarheid te moeten leven.

De neurotische verslaving is pijnlijk omdat er een fundament is van symbolische articulatie waarmee ze scherp contrasteert. De psychotische verslaving daarentegen komt tot stand bij afwezigheid van een dergelijke symbolische articulatie. Veelal is de psychotische verslaving een antwoord op een ondraaglijke mentale leegte in combinatie met een verwarrend teveel aan *jouissance* in het eigen lijf. Of ze ontstaat als reactie op de ervaring van een dreigende mentale instorting.

Kenmerkend voor de psychotische manier van in de wereld staan, is dat men in de levensloop op situaties kan botsen die je werkelijk met de mond vol tanden doen staan. Je bent perplex en hebt geen idee wat te doen, heldere of inspirerende ideeën zijn er niet en een oriënterende reflectie komt niet op gang. Het psychisme kan gaan haperen, er vallen vreemde gaten in het denken en voelen. Vaak is dit onder vorm van insisterende 'elementaire fenomenen', absurde niet te controleren impulsen, verwarrende intrusies. Deze fenomenen scheppen ook een afstand tot de ander.

De situaties die aanleiding geven tot dergelijke reacties zijn voor de buitenwereld vaak niet eens zo spectaculair, maar zorgen voor radeloosheid - dat wil zeggen voor chaos op het niveau van het symbolische register - in de zelf-ander ervaring. Een volwassen wordend of verouderend lichaam, een relatie krijgen of verliezen, een kind krijgen, in het keurslijf van een job geduwd worden, ... Dit soort situaties verplichten me om me als subject te positioneren en kleur te bekennen in het licht van de *non-rapport* die dergelijke situaties incarneren. Maar wat indien ik geen symbolische houvasten vind om er mee om te gaan? Dan dreigt alles in te storten en krijg ik op vitaal niveau te maken met een *jouissance* die overweldigend is.

Een mogelijke manier om met die desoriënterende overweldiging om te gaan, is ze proberen indijken via genotspraktijken die me toelaten om de lichamelijke prikkeling te temperen of die me toelaten om te ontsnappen aan de noodzaak tot denken en symbolische articulatie. Wat dan kan ontstaan is een ander type verslaving. Een verslaving die dempend probeert te zijn ten aanzien van het zwarte gat waarbinnen mijn symbolisch universum dreigt te verdwijnen.

Klinisch werk met iemand die verslaafd is geraakt vanuit een psychotische logica moet niet vertrekken vanuit de idee dat er een afgeweerde waarheid moet worden onderkend, maar vanuit de idee dat de verslaving een functie heeft in het elementair kunnen blijven voortbestaan als mens. De verslaving kan pas losgelaten worden - als dat al lukt - in de mate dat er andere praktijken gevonden worden die het gevoel geven een mens met een subjectief antwoord te kunnen zijn in verhouding tot zichzelf en anderen. Wil men die verslaving toch koste wat het kost doen verdwijnen, dan is er een reëel risico op grote wanhoop of psychische desintegratie.

Bij dit type verslaving moet de behandelaar zich opstellen als een '*compagnon de route*' en is het van groot belang dat we samen met onze patiënt onderzoeken waar de verslaving precies aan tegemoet komt. De logica die dan opduikt is vaak geen *common sense* logica, maar het is desondanks binnen die logica dat een oplossing gevonden moet worden.

Tot slot

Het zal u wel opgevallen zijn: door haar accent op het gemis-aan-zijn, *jouissance* en de menselijke wanverhouding is de psychoanalyse niet de meest idealistische theorie. We bekijken de mens niet als een harmonisch wezen, integendeel. Precies daardoor biedt de psychoanalyse handvaten om over de miserie te denken die *tout court* inherent is aan het mens-zijn, en met verslaving in het bijzonder. Wie verslaafd is voelt zich gedwongen in zijn verslaving. Er is voor hem of haar geen alternatief denkbaar. Wanneer we verslavingen behandelen, openen we best een ruimte waarin dat wel een plaats krijgt. Behandelcentra moeten daarom ruimtes voor spreken en zoeken zijn; ruimtes voor het spreken en zoeken van mensen met een verslaving; ruimtes voor het spreken en zoeken met mensen met een verslaving. Dit is een ethische stelling.

Prof. Dr. Freya Vander Laenen ¹³

Inleiding

In november 2017 vierde De Spiegel in Asse feest, naar aanleiding van hun 20-jarig bestaan, met een studiedag ‘Verslavingszorg: expertise versus attitude?’. De Spiegel koos voor hun studiedag bewust voor een duidelijke, eigen insteek: de psychoanalyse als kader voor het werken met verslaving.

Vanuit die insteek bracht Helga De Ridder een persoonlijke getuigenis over 20 jaar werken in de ambulante drugzorg. Stijn Vanheule ging dieper in op de psychoanalytische visie op verslaving.

Het debat, of eerder de discussie met en in de zaal, illustreerde dat ‘de psychoanalyse’ als kader duidelijke voor- en tegenstanders heeft.

Wat vooral bijblijft uit het verhaal van Helga De Ridder en uit de manier waarop De Spiegel probeert te werken, is het beeld van een organisatie die zichzelf in vraag stelt, vragen stelt en blijft zoeken naar manieren om met cliënten te werken en om connectie met cliënten te maken. Centraal staat een proces van verandering, zowel bij de cliënt als bij de organisatie. De cliënt wordt gezien als betekenisgever in zijn veranderingsproces. Hierbij legt Helga De Ridder de focus op de relatie cliënt-hulpverlener en op de dialoog tussen beiden.

Grondhouding hulpverlener

De soms verhitte discussie in de zaal over de waarde van verschillende – theoretische/therapeutische – denkkaders ging voorbij aan de vaststelling dat verschillende – ogenschijnlijk conflicterende – kaders in dezelfde richting evolueren. Binnen de drughulpverlening, binnen de GGZ en binnen de zorg lijken verschillende kaders naar elkaar toe te groeien, zelfs voorbij het concept ‘herstel’. Vanuit een ogenschijnlijk onverwachte hoek groeit eveneens het pleidooi om de scholenstrijd te staken. In oktober 2017 schreven Steven Hayes en Stefan Hofmann in het editoriaal van

¹² Deze tekst is een herwerking van de discussiepunten die Freya Vander Laenen voorbereidde en deels ook aankaarte tijdens het debat van de studiedag. Tegelijk pikt de tekst (gedeeltelijk) in op de bijdrages van Helga De Ridder en Stijn Vanheule.

¹³ Prof. Dr. Freya Vander Laenen is maatschappelijk werker en licentiaat in de criminologische wetenschappen. Zij is hoofddocent aan de vakgroep Criminologie, Strafrecht en Sociaal Recht van de Universiteit Gent, en lid van de onderzoeksgroep ‘Institute for International Research on Criminal Policy’.

het tijdschrift *World Psychiatry* over de derde golf cognitieve gedragstherapie en over de opkomst van procesgerichte zorg. In die derde golf wordt minder focus gelegd op protocollen voor ‘ziektes’ en meer op het proces van verandering. De belangrijke vraag ‘wat is (niet) helpend voor verandering?’ staat hierbij centraal. De auteurs zien in de derde golf cognitieve gedragstherapie meer openheid naar humanistische, existentiële, analytische en spirituele tradities. Hierbij wordt voorbij de psychopathologie gekeken en moet de aandacht voor de context groeien. Ze houden een pleidooi voor evidence-based zorg en voor zorg waarbij de persoon centraal staat “*to merge under a single umbrella of process-based care*” (Hayes & Hofmann, p. 246).

Een verbindend element, los van theoretische denkkaders, is de grondhouding van de professional (de attitude waarnaar verwezen wordt in de titel van de studiedag). Jim van Os beschreef in 2014 die grondhouding. Hij formuleert hierbij vier centrale vragen die de professional moet stellen in contact met een cliënt. 1. Wat is er met je gebeurd? Wie ben je? (vraag naar het vertellen van de zorgbehoefte en een schets van de context); 2. Wat is je kwetsbaarheid en je weerbaarheid?; 3. Waar wil je naartoe? (wat zijn de doelstellingen van cliënt); en 4. Wat heb je nodig? (peilt naar de noden van de cliënt, gelinkt aan de doelstellingen).

Deze vier vragen zijn ook overgenomen in de inspirerende ‘*Visienota, nieuw professionalisme in zorg en ondersteuning als opgave voor de toekomst*’ van de Strategische Adviesraad Welzijn, Gezondheid en Gezin in 2015. De essentie van de grondhouding van een professional is niet ‘ik weet (als professional) wat het best is’. Het gaat daarentegen om dialoog, om gelijkwaardigheid in de zorgrelatie en om respect voor de autonomie van de cliënt in een participatie- en overlegmodel. De impact op de taak en de rol van een professional is dat een professional cliënten bij hun proces van verandering ondersteunt en dit proces faciliteert (Vanderplasschen & Vander Laenen, 2017).

De zorgrelatie komt (terug) centraal te staan. Ook in de literatuur neemt de aandacht voor de therapeutische relatie toe. Illustratief is een review van 2014 waarbij wordt nagegaan wat zorgt voor ‘client engagement’ in psychotherapeutische interventies gericht op psychologische of gedragsmatige veranderingen (Holdsworth et al., 2014). Uit deze review blijken niet alleen kenmerken van cliënten en specifieke therapeutische strategie(ën) samen te hangen met cliënt engagement en de daarbij horende positieve uitkomsten. Bijna alle kenmerken van de therapeut, en vooral zijn/haar interpersoonlijke vaardigheden en therapeutische stijl dragen positief bij aan ‘client engagement’. Een sterktegerichte benaderingen en de therapeutische relatie zorgen daarbij voor een context die het engagement van de cliënt vergroot. In de review stellen de auteurs dan ook expliciet: “*The therapeutic relationship should take center stage in engaging clients regardless of the type of intervention or psychotherapeutic orientation. (...) This might mean that the treatment approach should not be overly prescriptive and allow therapists some flexibility and autonomy in the delivery of treatment.*” (Holdsworth et al., 2014, p. 438). Kortom de zorgrelatie moet centraal staan, los van het type interventie of de psychotherapeutische oriëntatie.

Sterktegerichte benadering en praktijk

Achterliggend aan de grondhouding van een professional en ook geëxpliciteerd door Holdsworth et collega's naar aanleiding van hun review (2014), is een benadering die omschreven wordt als "sterktegericht". Charles Rapp en collega's beschreven al in 2005 de zes centrale 'ingrediënten' van een sterktegerichte benadering (bij mensen met een GGZ-problematiek). Ten eerste hebben mensen die (GGZ)-problemen ervaren capaciteit om te groeien. Ten tweede gaat deze benadering voorbij aan beperkingen en worden sterktes benadrukt en systematisch in kaart gebracht. Ten derde wordt de focus gelegd op de context en op de natuurlijke bronnen in de context. Ten vierde staat de cliënt aan het roer van het behandelings- of ondersteuningsproces (bijv. bij het definiëren van voor de cliënt betekenisvolle doelstellingen). Ten vijfde is de relatie tussen de professional en de cliënt essentieel en draagt die relatie bij aan het stimuleren van hoop. Tenslotte wordt een sterktegerichte praktijk – indien mogelijk – toegepast in de natuurlijke omgeving/gemeenschap.

Het is duidelijk dat de vertaling van een sterktegerichte benadering naar een sterktegerichte praktijk niet enkel voor de cliënt geldt en evenzeer voor praktijkwerkers. Een sterktegerichte praktijk gaat om meer dan het toepassen van nieuwe technieken, het gebruiken van een bepaalde woordenschat of specifieke protocollen. De essentie is een transformatie van de overtuigingen van een praktijkwerker en van zijn/haar visie op cliënten.

Een vergelijking tussen een assessment gebaseerd op sterktes in plaats van op problemen kan deze omslag duidelijker illustreren. Anders dan bij een op problemen gefocuste assessment, ligt de focus niet op diagnose en op het niveau van functioneren. De focus ligt op het hier en nu en op de persoonlijke gereedschapskist van de cliënt. De vraag aan de cliënt hierbij is: "Wat heeft jou geholpen om vooruit te komen?". De rol van de praktijkwerker verandert van een professional die aangeeft: "Wat ik denk dat jij moet leren/waaraan jij moet werken" naar de vraag van de praktijkwerker aan de cliënt: "Wat kan ik leren van jou?", "Hoe kan ik jou ondersteunen?" (Francis, 2014, p. 267). Het gaat om een praktijkwerker die als professional mogelijkheden ziet (in de cliënt). Bij uitbreiding geldt deze benadering en deze houding ook voor onderzoekers die, vanuit een sterktegerichte benadering, onderzoek (willen) doen bij kwetsbare groepen. 'Wat kan ik als onderzoeker leren van mijn respondent?' wordt dan de logische centrale vraag van onderzoek (Vander Laenen & Vander Beken, 2017).

Meer ervaringsdeskundigheid

Sterktes in de manier van werken in de Spiegel, geïllustreerd in het verhaal van Helga De Ridder, zijn in de inleiding beschreven. Toch wil ik twee opportuniteiten meegeven die tijdens de presentaties en tijdens het debat onderbelicht zijn gebleven. Hierop inzetten zal het proces van verandering, zowel bij de cliënt als bij de organisatie, verder kunnen versterken.

Ten eerste werd tijdens de studiedag de stem van **ervaringsdeskundigen** en familie-ervaringsdeskundigen gemist. De inbreng van (familie)ervaringsdeskundigen kan niet beperkt blijven tot de individuele zorgrelatie. Een zorgbeleid kan niet beperkt blijven tot het betrekken van gebruikers bij tevredenheidsonderzoek of bij de evaluatie van de kwaliteit van zorg. Essentieel is dat cliëntparticipatie een centrale plaats krijgt bij het ontwikkelen van een (zorg)beleid en van (de doelstellingen van) interventies (Vander Laenen, 2016). De beleidscontext voor meer structurele inbreng van (familie)ervaringsdeskundigheid is alvast gunstig. Ook de conceptnota van de Vlaamse Regering over herstelgerichte verslavingszorg trekt expliciet de kaart van de (familie)ervaringsdeskundigheid (Vandeurzen, 2016).

Een zeer mooie illustratie van de meerwaarde van de inbreng van ervaringsdeskundigen is te vinden in een review die eind 2017 in *The Lancet* verscheen (Luchenski et al., 2017) rond *‘What works in inclusion health: overview of effective interventions for marginalised and excluded populations’*. In deze review werd eerst, volgens de regels van de academische kunst, een klassieke review van de literatuur uitgevoerd. De auteurs hebben echter ook de vraag gesteld aan ervaringsdeskundigen welke interventies door hen het meest gewaardeerd worden. Hieruit bleek dat vooral interventies die te maken hebben met huisvesting, juridische problemen, opleiding, tewerkstelling en interventies geleid door *‘peers’* het belangrijkste zijn voor de ervaringsdeskundigen. Bovendien, zo stellen de auteurs vast, geven ervaringsdeskundigen aan dat *“Service user involvement and active engagement were highlighted as key factors to promote positive service experiences.”* (Luchenski et al., 2017, p. 273).

De prioriteiten voor de ervaringsdeskundigen die in deze review naar voor komen, kunnen gesitueerd worden in een tweede element dat tijdens de plenaire sessies onderbelicht is gebleven, met name **de maatschappelijke context**. Eric Broekaert beschreef in 2004 al in zijn paper *‘The search for an integrated paradigm of care models for people with handicaps, disabilities and behavioural disorders at the Department of Orthopedagogy of Ghent University’* dat interactie met kwetsbare mensen niet los gezien worden van de politieke, sociale en culturele context en drempels. Ook druggebruikers en zeker druggebruikers met een strafblad en druggebruikers die gedetineerd waren, worden geconfronteerd met stigma en met maatschappelijke uitsluiting op het vlak van werk, huisvesting, sociale relaties, Het focussen op een bepaald type van psychotherapeutische interventie of op de zorgrelatie, hoe kwaliteitsvol ook, zal niet volstaan. Hulpverlening aan druggebruikers kan dan ook niet voorbij aan de maatschappelijke en structurele moeilijkheden en dient hieraan te werken. De ervaringsdeskundigen vragen dit ook.

Referenties

Francis, A. (2014). Strengths-based assessments and recovery in mental health: reflections from practice. *International Journal of Social Work and Human Services Practice*, 2(6), 264-271.

- Hayes, S.C. & Hofmann, S.G. (2017). The third wave of cognitive behavioral therapy and the rise of process-based care, *World Psychiatry*, 16(3), 245-246.
- Holdsworth, E., Bowen, E., Brown, S. & Howat, D. (2014). Client engagement in psychotherapeutic treatment and associations with client characteristics, therapist characteristics, and treatment factors, *Clinical Psychology Review*, 34, 428–450.
- Luchenski, S., Maguire, N., Aldridge, R.W., et al. (2017). What works in inclusion health: overview of effective interventions for marginalised and excluded populations, *Lancet*, 391(10117), 266-280.
- Rapp, C.A., Saleebey, D., & Sullivan, W.P. (2005). The future of strengths-based social work. *Advances in Social Work*, 6(1), 79–90.
- Strategische Adviesraad, Welzijn, Gezondheid, Gezin (SARWGG) (2015). *Visienota, nieuw professionalisme in zorg en ondersteuning als opgave voor de toekomst*, Brussel, 37p.
- Vanderplasschen, W. & Vander Laenen, F. (2017). Inleiding (pp. 13-19). In: Vanderplasschen, W. & Vander Laenen, L. (2017) (eds.). *Naar een herstelondersteunende verslavingszorg, Praktijk en Beleid*. Leuven/Den Haag: Acco.
- Vander Laenen, F. (2016). De communautarisering van de drughulpverlening: herstel centraal, *Panopticon*, 37(4), 275-289.
- Vander Laenen, F. & Vander Beken, T. (2017). The search for an integrated paradigms of care for people with mental illness who offend: The enabling personality of Eric Broekaert, *Therapeutic Communities: The International Journal of Therapeutic Communities, Special Issue*, 38(3), 163-168.
- Vandeurzen, J. (2016). *Conceptnota verslavingszorg*, Brussel: Vlaamse regering.
- Van Os, J. (2014). *Persoonlijke diagnostiek in een nieuwe ggz; de DSM-5 voorbij*. Diagnosis Uitgevers.

WORKSHOP 1

Over verandering, doelstellingen en evaluatie in de verslavingszorg en GGZ ¹⁴

Sara Hertegonne ¹⁵

In mijn loopbaan heb ik de kans gekregen om als klinisch psycholoog binnen verschillende boeiende voorzieningen te werken, waaronder De Spiegel en de laatste jaren twee West-Vlaamse CGG's. En net in deze CGG's is er heel wat in beweging en heb ik een aantal evoluties en denkprocessen van dichtbij kunnen meemaken. Ik zal dan ook vanuit mijn ervaring binnen deze specifieke settings spreken en dit vanuit een therapeutisch standpunt. Toch denk ik dat de thema's die ik zal bespreken relevant zijn voor iedereen die binnen de sociale sector werkt. Wanneer ik namelijk zaken opvang rond nieuwe wetsvoorstellen kan ik mij niet van het idee ontdoen dat de evoluties die ik binnen de CGG's zie een voorbode zijn van wat zich in de ruimere sociale sector zal voltrekken.

Ik beloofde jullie te spreken over drie termen die waarschijnlijk niemand in de GGZ vreemd in de oren klinken: *veranderingsgerichte therapie*, *doelstellingen* en *evaluatie*. Ik wil deze drie termen onder de loep nemen en ontleden. Het discours waarbinnen deze termen opduikt, roept vragen op. Ik pretendeer niet de antwoorden te hebben op deze vragen. Ik hoop wel dat mijn uiteenzetting een aanzet kan vormen tot discussie, en misschien zelfs kan helpen om in het dagelijkse klinische werk een aantal vanzelfsprekendheden kritisch te bekijken en in vraag te stellen.

Waar past de verslavingszorg in dit verhaal?

De verslavingszorg is zeer dankbaar om te illustreren dat de verwachtingen van de overheid misschien toch niet zo logisch, behulpzaam en soms zelfs ethisch zijn binnen het voeren van een therapie. De verslaving en het proces van herstel worden binnen het huidige discours zeer eenduidig en eenvoudig benaderd ('patiënt kiest voor het product, dit is duidelijk ongezond voor hem of haar - zowel lichamelijk als psychisch en relationeel - en de enige juiste oplossing is dus de stopzetting van het gebruik') terwijl verslaving in de praktijk complex en moeilijk bewerkbaar is. Ook in de GGZ krijgt men verlaafden moeilijk ingepast (met hun vele afwezigheden en hun 'valse' motivatie). Zijn dit dan echt zo'n uitzonderlijk lastige patiënten of tonen zij iets wat in het heersende paradigma niet gevat kan worden?

¹⁴ Deze tekst vormde het uitgangspunt voor de discussie in de workshop 'Verslavingszorg en Geestelijke Gezondheidszorg: overeenkomsten en verschillen'. Ook twee andere vroegere collega's namen hieraan deel: Kurt Renders (moderator) en Pieter Goetvinck (discutant).

¹⁵ Sara Hertegonne is Klinisch Psychologe, werkzaam in een CGG, en vroeger ook in Ambulante Drugszorg De Spiegel.

- veranderingsgerichte therapie
- doelstellingen
- evaluatie

De drie termen zijn nauw met elkaar verbonden. Heel kort door de bocht: therapie (of ruimer psychologische hulpverlening) moet gericht zijn op verandering (veranderingsgerichte therapie). Om te weten wélke verandering moet het einddoel, het te bekomen resultaat, duidelijk afgesproken worden (doelstellingen). En om te weten of we wel naar deze doelstellingen aan het toewerken zijn, moeten we regelmatig evalueren (evaluatie). Dit klinkt allemaal zeer logisch maar is het dat ook? In wat volgt wil ik vanuit mijn eigen ervaring in die verschillende sectoren en centra (verslavingszorg en GGZ) deze termen kritisch onder de loep nemen.

Verandering en doelstellingen

Ik zal de eerste twee termen samennemen omdat ze heel sterk met elkaar verweven zijn. Verandering impliceert namelijk verschil, een beginsituatie en een eindsituatie, een eindresultaat, een doel waar naartoe wordt gewerkt.

Een patiënt, Eddy, wordt door zijn vrouw aangemeld (naar een voorziening voor verslavingszorg gestuurd) omwille van een cocaïneverslaving. In het verleden waren er verschillende psychotische episodes met een vermoeden van een achterliggende psychotische problematiek.

Een therapie moet gericht zijn op verandering: akkoord? Klinkt zeer logisch want als alles hetzelfde blijft, wat is dan de meerwaarde van de gesprekken, de huisbezoeken, enz.? Waarom zou een overheid zoveel geld pompen in een situatie die onveranderd blijft?

- **Hoe groot moet zo'n verandering zijn voor we kunnen spreken van verandering?** Als iemand één keer nee kan zeggen tegen het product en de andere negen keren wel kiest te gebruiken, is dit verandering? Ik hoor jullie sommigen volmondig ja zeggen maar krijgt men dit op een teamvergadering verkocht? We zitten hier in een theoretische bubbel maar probeer de link maar eens te maken met het eigen werk.
- **Hoe ga je deze verandering 'bewijzen' (want ook dat wordt vanuit de overheid gevraagd)? En indien je kan bewijzen dat er effectief verandering is, hoe ga je dan bewijzen dat dit te danken is aan de therapie?** Twee weken geleden vond er een auditplaats in het CGG waar ik werk; de verwachtingen die zij hebben zijn niet mis te verstaan: traceerbaarheid is de norm, je moet kunnen aantonen wat je doet. Het moet niet alleen goed gebeuren, het moet ook te controleren zijn door de overheid.
- **Wie bepaalt er of er voldoende verandering is?** Stel dat Eddy na twee jaar een stuk beter functioneert dan bij de start van de therapie. Hij gebruikt slechts sporadisch in plaats van bijna dagelijks en zijn parcours wordt op de

teamvergadering geëvalueerd. Ondertussen is er een wachtlijst van meerdere maanden tussen aanmelding en opstart therapie. Eddy stelt echter de vraag om verder te blijven komen en verder te werken: willig je deze vraag in? Komen we uit bij het complexe thema van eindigheid van de therapie. In sommige CGG's wordt een beperkte termijn standaard gehanteerd. Soms heeft de patiënt zelf nog verdere vragen, die we vanuit therapeutisch standpunt kunnen volgen maar waarbij we toch de therapie moeten afsluiten omdat de persoon voldoende "aangesterkt" is om verder te kunnen; er staat natuurlijk ook te veel volk aan de voordeur te wachten.

- **En kan het voorkomen van achteruitgang (die er misschien zonder hulpverlening zou zijn) ook gezien worden als verandering?** Eddy blijft gebruiken aan dezelfde frequentie en hoeveelheid maar hij gebruikt geen grotere hoeveelheid en hij moet niet opgenomen worden omwille van een overdosis of psychotische opstoot.
- **Wie kiest er deze na te streven verandering? Wie kiest het doel van de therapie?** Spontane antwoord: de patiënt. Is dit daadwerkelijk zo? Stel dat Eddy zich op een gegeven moment richting opname wendt. In de meeste gevallen zal hij te horen krijgen dat hij drugvrij moet zijn. Ook in sommige ambulante settings wordt meer en meer het nastreven van een drugvrij bestaan verwacht.
- **Mag de verandering die een patiënt wenst afwijken van de "normale" verandering die we van een "normale" persoon zouden verwachten?** Stel dat Eddy bv. zegt: "Ik wil helemaal niet stoppen met gebruiken. Ik vind mijn gebruik geen probleem. Ik wil mijn partner ervan overtuigen dat mijn gebruik geen probleem is en ik wil uw hulp daarbij."

In het huidige psychologische jargon wordt vaak gesproken over gezonde en ongezonde stukken, waarbij het gezonde stuk in therapie dan ook zoveel mogelijk moet aangesproken worden. Verandering richt zich dan ook vaak op afname van de symptomen en versterking van het "gezonde stuk". Ook hier durf ik te argumenteren dat dit voor een zeker deel van de patiënten niet de juiste strategie is. "Whatever you do, don't go into the light". Vanuit de visie dat een symptoom een subjectieve, particuliere oplossingspoging is, die soms beter is dan het alternatief, is het zomaar terugbrengen van de patiënt naar "de gezondheid" een gevaarlijke aangelegenheid. Ook hier toont dit zich heel duidelijk in de verslavingszorg, waar een patiënt er soms pas echt onderdoor gaat wanneer hij het gebruik stopzet. Toch hoor ik in het CGG heel vaak: "We kunnen niets doen als hij niet eerst stopt met drinken". (Opvallend is dat dit binnen de verslavingszorg iets meer kan: dat iemand zich aanmeldt en zegt: Ik wil misschien stilstaan bij mijn gebruik maar misschien zal ik blijven kiezen voor mijn symptoom.)

- Misschien de meest cruciale vraag van deze namiddag (zeker gezien de veranderingen die er op til zijn in de geestelijke gezondheidszorg): **Als de patiënt er toch niet in slaagt om te veranderen, ondanks de vraag die hijzelf in het begin van de therapie aan ons stelde, wat betekent dit dan?** Stel dat Eddy zelf de vraag stelt om minder te gebruiken en je stelt allerlei

plannen in samenspraak met hem op om contact met het product te vermijden. Wanneer je hem opnieuw ziet, blijkt hij zichzelf echter weer in een “risicosituatie” gezet te hebben en heeft hij keer op keer evenveel gebruikt. Wat dan? Ik zou geen euro willen geven voor elke keer dat ik op een teamvergadering het volgende te horen kreeg wanneer men vastloopt in de begeleiding: “Dan wil hij waarschijnlijk niet echt beter worden”. Met daaraan gekoppeld het idee van ziekte winst en soms zelfs het voorstel de therapie te beëindigen. Gebrek aan verandering maakt de patiënt blijkbaar verdacht. En sluit hem uit.

- **Hoe snel moet verandering gaan?** In (een deel van) de verslavingszorg mag verandering op heden nog op het tempo van de patiënt gaan. In de GGZ wordt er steeds meer gewerkt met vooraf bepaalde termijnen: maximum twee jaar bv. Is een patiënt daarna niet geholpen, moet hij maar aan een andere deur gaan aankloppen (met alle versnippering vandien en met verlies van één van de cruciale, werkzame elementen van therapie: de therapeutische relatie).
- **Hoeveel ruimte wordt er gelaten voor ambivalentie (en dus ook het willen vasthouden aan wat men kent en veilig acht ondanks dat dit hen ook een lijden bezorgt)?**

Stel dat Eddy wel op therapie wil komen maar zich nog niet wil of kan engageren voor de verandering waar de omgeving op aanstuurt. Op welke manier ga je met deze ambivalentie om? Als een obstakel dat zo snel mogelijk uit de weg geruimd moeten worden (door bv. motivatiebalansen op te stellen en mensen te tonen dat de voordelen van het gebruik niet opwegen tegen de nadelen van het gebruik: “huplakee, ambivalentie weg!?” Gaat dit niet net iets te veel uit van een rationele mens die volledige controle heeft over zijn denken en doen? Is een kanttekening hier niet nodig? Zou het kunnen dat wie een dergelijk beleid verdedigt zich hoofdzakelijk richt op mensen zoals zij die het beleid opmaken? *Go-getters*, geluk-maak-je-zelf-types?). Ik denk dat deze ambivalentie evengoed, maar misschien op een minder opzichtige manier, een rol speelt bij andere problematieken.

- **Indien we inderdaad verandering beogen binnen therapie, moeten we dan reeds bij het begin weten waar we naartoe willen?** En hoe we daar zullen geraken (koppeling met het behandelplan)? Moet het einddoel in het begin van de therapie al worden vastgelegd en moeten we bovendien al kort na de start weten hoe we naar deze verandering zullen toewerken (met daaraan gekoppeld een behandelplan)?

Ik zou nog oneindig veel vragen kunnen stellen bij dit ene woordje *verandering*, een woord waarmee wij allemaal heel spontaan akkoord gaan. Ik hoop dat u eens terugdenkt aan deze vragen bij een volgende teambespreking.

Evaluatie

Wat begrijpt men onder de term evaluatie (binnen de GGZ)? Ik had het eerst nog vrij braaf geformuleerd als een periodieke evaluatie van de therapie, bij voorkeur met de patiënt. In het referentiekader voor een CGG staat het volgende: “De hulpverleners van het CGG hanteren een systeem van uitkomstenmonitoring en systematische patiëntenfeedback om de resultaten van de zorg te verbeteren.” Zware toebak! Ik ga wel zelf het woord evaluatie blijven gebruiken omdat dat ook het woord is dat in de praktijk gebruikt wordt en voor mij het beste weergeeft welke impact dit op een therapie kan hebben. Het roept een afkeer op binnen de therapeutische context omdat het een nogal schoolse term is die een dichotomie impliceert: goed of slecht, juist of fout, enz. De huidige evaluatietendens lijkt ook steeds meer in de richting te gaan die het woord aangeeft: evaluatie, door de patiënt, van de therapie én de therapeut. Dan komen we al snel in een doe-ik-het-wel-goed-sfeertje te zitten. Dit is nefast voor beide partners in het therapeutische proces. Langs de kant van de therapeut kan men zich de vraag stellen of die zijn werk nog zal / kan doen als hij of zij op een goed blaadje moet staan bij de patiënt. Ook langs de kant van de patiënt komt het ‘doe ik het wel goed’-syndroom niet zonder gevolgen. Als de patiënt een goede leerling moet zijn binnen therapie, die vooruitgang boekt, kan hij of zij de therapeutische ruimte dan nog wel echt gebruiken waarvoor ze dient? De therapie dreigt een schools opzet opgelegd te krijgen. Zetten we de deur dan niet wagenwijd open voor conformisme waarbij we mogelijks een perfecte patiënt creëren die een perfect parcours aflegt maar op het einde van de rit geen stap verder staat? Misschien omdat hij, onbewust en vanuit een opgelegde ideale identificatie, de therapeut maar evengoed zichzelf heeft voorgelogen?

Welke conclusies en gevolgen hangen vast aan een negatieve evaluatie? Moet de therapeut zijn eigen werkwijze, zijn eigen aanpak overboord gooien omdat de patiënt iets anders wil? Of moet het therapeutische contact beëindigd worden omdat er geen *match* is tussen patiënt en therapeut/therapie? Ik kan mij niet van het idee ontdoen dat evaluatie een instrument dreigt te worden waarmee men een schuldige aanduidt wanneer het therapeutisch proces moeizaam loopt. De patiënt kan de schuldige zijn omdat hij niet de juiste doelen heeft gekozen of zich onvoldoende inzet om deze doelen te bereiken. De therapeut kan evengoed als schuldige uit de bus komen omdat hij niet de juiste aanpak of juiste methodieken hanteert. Wordt er op deze manier niet opnieuw voorbijgegaan aan de complexiteit van een therapeutisch proces en van verandering *tout court*?

Ik ben mij ervan bewust dat er binnen verschillende settingen op diverse wijzen wordt omgegaan met evaluatie en dat er op dit moment niet overal gekozen wordt om de evaluatie met de patiënt zelf te doen. Ik vrees echter, wanneer ik de voorstellen van Maggie De Block lees, dat het wel in die richting zal evolueren. Eén van de pijlers benoemt zij als “De patiënt als piloot van zijn proces”, en dit vanuit de participatiegedachte die ook zeer *trendy* is binnen de GGZ, met een inkijkbaar patiëntendossier enz. Let op, ik pleit er allerm minst voor om van de patiënt een passief object te maken in therapie en ik pleit er zeker niet voor om te negeren of te minimaliseren wat de patiënt brengt en wat aan ons gericht is. De vraag van de patiënt serieus nemen is echter in mijn ogen niet hetzelfde als de vraag van de patiënt letterlijk

nemen. Want als we elke negatieve uiting van de patiënt letterlijk gaan nemen, dan moeten we die ook wegnemen uit angst voor een ontevreden klant. Durven we nog luisteren naar de onderliggende, vaak existentiële, klacht waarop ook therapeuten geen antwoord kunnen bieden? En mag therapie nog onaangenaam zijn als de patiënt na cliënt nu klant wordt?

WORKSHOP 2

En dan nu, concreet?

Casuïstiek binnen de verslavingszorg: welke attitude, welke expertise?

Vic Everaert, psycholoog in de Spiegel, leidde deze workshop in, met een verwijzing naar de plenaire lezingen. Werken rond casuïstiek vormt de toetssteen en zodoende de kern van een klinische werking. Een casus dient geconstrueerd te worden en geeft doorheen de opbouw de richting van de behandeling aan. Bij deze constructie laten we ons leiden door een theoretische insteek, een visie, waarmee hypothesen gevormd worden over wie de patiënt is, wat de functie van het drugsgebruik is, wat de psychische structuur van de patiënt is, enz.

Luc Vander Vennet, supervisor binnen de ambulante werking van de Spiegel, becommentarieerde, samen met enkele participanten uit de zaal, twee casussen die gebracht werden door twee bereidwillige collega's uit de ambulante verslavingszorg.

Stephanie Gastmans (CGG Vagga, Antwerpen) en Bart Rabaey (CGG Brussel) waren zo vriendelijk een casus naar voor te brengen die nadien besproken werd.

Stephanie Gastmans gaf ons de toestemming haar casus integraal te publiceren. De discussie die volgde laat zich niet makkelijk samenvatten. We geven de geïnteresseerde lezer wel enkele vragen mee die binnen de bespreking aan bod kwamen: “wat, binnen de oplossingen die dit subject gaandeweg, doorheen de begeleiding, uitgewerkt heeft, blijft voor problemen zorgen?”, “hoe dienen we de verhouding tussen trauma en verslaving in dit specifiek geval te begrijpen?”.

Wanneer het spreken stukt: de zoektocht naar een andere taal ¹⁶

Trauma en verslaving, een casus

Stephanie Gastmans ¹⁷

Als spreken niet lukt

Wat kom ik hier doen als het me niet lukt om te zeggen wat ik zo graag wil zeggen, vraagt Cynthia zich af. Deze jonge vrouw van 25 jaar verwijt zichzelf voortdurend dat het haar niet lukt om te spreken over datgene waarover ze het liefst van al wil spreken, haar verleden. Want alles in het heden, herinnert haar aan het verleden. Het dagelijks alcoholgebruik helpt om het verleden op afstand te houden. Cynthia wil stoppen met drinken en het verleden een plek geven. Een hulpvraag die door haar psychiater ten zeerste wordt toegejuicht en waarvoor hij Cynthia naar ons centrum heeft verwezen.

Het is niet de eerste keer dat deze jonge vrouw hulp zoekt. Van haar 15 tot 22 jaar verblijft ze bijna onafgebroken in psychiatrische instellingen, afgewisseld met periodes van ambulante gesprekstherapie. Cynthia heeft het idee dat het niets geholpen heeft. Het hulpverleningstraject was telkens gericht op het verwerken van het trauma. Het idee is dat men moet praten over het verleden om van de pijn verlost te raken. Dat dit spreken vaak vergezeld gaat met acting-out gedrag zoals snijden, alcoholmisbruik of suïcidedachten wordt als normaal beschouwd. Het is even doorbijten om nadien verlost te zijn van het trauma. Om dit verwerkingsproces aan te vangen wordt er algemeen aangenomen dat men hiervoor nuchter moet zijn. Maar kloppen al deze algemeenheden wel, of dienen deze normen ondervraagd te worden?

Het geschreven verhaal in de mailbox

Cynthia haar levensverhaal belandt na enkele sessies in mijn mailbox. Wat Cynthia gedurende de gesprekken niet gezegd krijgt, schrijft ze glashelder neer. Cynthia stelt dat ze een ongewenst kind was. Het tegenovergestelde van haar twee jaar jongere zus die het lievelingetje was thuis. Haar ouders gaan uit elkaar als ze 7 jaar oud is. De kinderen bleven bij moeder wonen. Twee jaar na de scheiding dook vader plots terug op. Tijdens

¹⁶ Onderdeel van de workshop *'En dan nu, concreet? Casuïstiek binnen de verslavingszorg: welke attitude, welke expertise?'*.

¹⁷ Klinisch Psychologe, werkzaam in CGG Vagga, Verslavingszorg, Antwerpen.
stephaniegastmans@hotmail.com

de bezoeken in het weekend bij vader, hing er telkens een gespannen sfeer. Cynthia koos ervoor om op bezoek te blijven gaan, in tegenstelling tot haar zus die de bezoeken stopzet. Cynthia zegt dat ze wou tonen dat ook zij een geweldig kind kon zijn. In de weekends dat ze bij vader langs gaat beschrijft ze dat vader met haar een spelletje speelt dat enkel mensen spelen die elkaar echt graag zien. Als er uitzonderlijke weekends waren dat haar vader niet naar boven kwam, ging ze zelf naar hem toe uit angst dat hij haar niet meer graag zag.

Op haar 13 jaar is het misbruik door vader via het CLB aan het licht gekomen. Thuis werd Cynthia niet geloofd. Haar moeder zei dat dit allemaal leugens waren, dat ze altijd een probleemkind was geweest met teveel fantasie en op zoek naar aandacht. Dit vormt het begin van een turbulente periode. Cynthia dwaalde dagelijks rond in de stad, kwam in contact met drugs en dook met vele mannen, die heel wat ouder waren dan zij, in bed. Op 15-jarige leeftijd ontdekt Cynthia dat ze 6 maanden zwanger is. Haar moeder zette haar aan de deur en Cynthia ging bij een vriend wonen. Op een dag was ze voor het eerst alleen thuis met Davy, haar baby. Davy huilde onophoudelijk. Ze schrijft dat ze het niet meer aankon en een vriend belde met de vraag of die wat 'leuks' kon brengen. Na enkele minuten hoorde ze een klap. Davy moet op de een of de andere manier gevallen zijn. Het enige wat ze op dat moment wou, was dat hij begon te wenen, maar het bleef stil. Veel herinnert ze zich niet meer van die avond. Wil ze zich niet herinneren.

Naar een ander spreken

Ik leer Cynthia kennen in april 2014. Sinds 2 jaar volgt ze de opleiding orthopedagogie in het volwassenonderwijs. Het vooropgestelde schooltraject is te zwaar voor Cynthia. Regelmatig gaat ze niet naar school of stage omdat het haar allemaal te veel is. Soms heeft ze de avond voordien te veel gedronken, een andere keer hielden de herbelevingen haar gans de nacht wakker, of een leerkracht heeft iets fout gezegd enz. Er zijn weinig ankerpunten aanwezig die haar houvast bieden. Telkens duikt er iets nieuws op dat haar helemaal onderuit haalt en waardoor het allemaal te veel wordt. Het zijn niet de externe zaken die de crisis doen ontwaken. Datgene wat als ondraaglijk beleefd wordt komt niet van buitenaf maar wel van binnenuit.

Haar spreken wordt gans de therapie gekenmerkt door cryptische omschrijvingen over gebeurtenissen. Zo vraagt ze me bijvoorbeeld of ze volgende week op een specifieke dag kan langskomen, want die dag belandt ze stevast op spoed. Bij elke vraag die ik stel ter verduidelijking, stukt haar spreken. Het is opmerkelijk dat deze vrouw die reeds zoveel therapie heeft gehad, niets kan formuleren over zichzelf of haar geschiedenis. Tijdens de gesprekken weeg ik zorgvuldig af welke thema's ik wel of niet zou aansnijden. Elke sessie wijst Cynthia me erop dat de therapie pas zinvol is als er ook over het verleden gesproken wordt. De psychiater vraagt me of ik de trauma-verwerking tijdens onze gesprekken kan opnemen. Hij vindt dat Cynthia door haar weerstand moet en deze thema's niet langer kan vermijden, omdat er dan niets verandert. De schoolpsychologe

wil Cynthia niet langer begeleiden omdat ze niets doet met de geduide inzichten. Zo stelde ze op een zeker moment dat het verleden – het misbruik door mannen - zich herhaalt en dat er niets verandert. Deze duiding veroorzaakt een stroom aan herbelevingen bij Cynthia. Dezelfde avond snijdt Cynthia zichzelf in haar armen tot de wonden helemaal open staan en drinkt ze tot ze in een comateuze toestand belandt. De schoolpsychologe stelt dat ze Cynthia niet verder kan helpen omdat haar acting-out gedrag – dat gepaard gaat met trauma-verwerking - niet ambulantly haalbaar is. Ze verwijst Cynthia door naar een opname-setting. Cynthia moet haar trauma doorwerken op een veilige plek. Zal het trauma doorpraten in opname-setting Cynthia uit haar lijden verlossen? Of toont de moeilijkheid tot spreken – wat benoemd wordt als vermijdingsgedrag of weerstand - iets anders? Het praten over het genot van de Ander waarvan Cynthia slachtoffer is geweest, lijkt geen kalmerend effect te hebben. De woorden helpen niet om de spanning te doen afnemen. Meer zelfs, praten over de gebeurtenissen lijkt de spanning te doen stijgen. Het spreken zorgt dus op geen enkele manier voor een verwerking van het trauma, maar zorgt ervoor dat het zich telkens opnieuw in het reële afspeelt. Spreken heeft voor Cynthia dramatische effecten.

De spanning die het praten teweeg brengt, moet rechtstreeks op het lichaam behandeld worden. Automutilatie en alcohol zijn pogingen om de spanning te laten afvloeien. Over het automutileren schrijft ze dat het gaat om de pijn stilletjes aan uit haar lichaam, uit haar hart te zien verdwijnen, de pijn stilletjesaan te doen stoppen. Het automutileren is voor Cynthia een poging om het leven dat binnenin borrelt naar buiten te plaatsen. De taal fungeert niet als iets wat een kalmerend effect heeft. Integendeel, de taal is doorspekt van genot. Als we stellen dat spreken voor Cynthia opnieuw traumatisch is, kan gesprekstherapie dan werkzaam zijn? Zeker, maar het noodzaakt ons om een andere manier van spreken te introduceren. Het is een conversatie die het spreken wegleidt van het traumatische reële, van datgene wat overspoelend is. Mijn interventies zijn erop gericht om de eis tot spreken over het verleden te temperen. Zo zal ik herhaaldelijk zeggen dat er niet over het verleden gesproken moet worden, of dat ze zelf kiest wat ze wel of niet zegt, enz. Tijdens de gesprekken ga ik op zoek naar zaken die houvast bieden en iets stabiliseren. We praten over haar katten, haar hond, de inrichting van haar huis, ... Het is een conversatie over alledaagse zaken.

Drinken-schrijven-tekenen: een behandeling van het lichaam?

De gesprekken lijken iets te stabiliseren. Zo gaat Cynthia naar school, het automutileren neemt af en de momenten van overspoeling lijken meer hanteerbaar. Al die tijd blijft Cynthia dagelijks 7 halve liters bier drinken. Af en toe beslist Cynthia om van de een op de andere dag niet meer te drinken. Als Cynthia niet drinkt, raakt ze niet op school of stage en doet een groot appel via mail of telefoon. Ze schrijft: *Het nuchtere leven... Ik wil niets liever! Maar wat voor zin heeft het als ik daardoor alles lijk kwijt te raken?* Hoe raar het ook mag klinken, Cynthia functioneert beter met elke avond 7 halve liters bier dan zonder. Alcohol fungeert als een vorm van automedicatie. Haar arts heeft reeds vele geneesmiddelen geprobeerd. Zonder succes. Geen enkel middel heeft hetzelfde effect als

alcohol. De voorgeschreven medicatie weigert ze te nemen. Van het ene wordt ze te moe, van het andere krijgt ze hoofdpijn, enz. Het mag duidelijk zijn dat ook de rechtreekse behandeling op het lichaam geen sinecure is. Het drinken vormt een oplossing, maar wel eentje die dagelijks herhaald moet worden. Hoe langer ik Cynthia ken, hoe minder ik geneigd ben om de vraag naar abstinentie te ondersteunen. Doorheen de sessies probeer ik de vraag rond abstinentie af te wenden. Ik normaliseer het drinken en zeg dat een paar pintjes per avond niet zo erg zijn, als dat haar gedachten sust. Of ik probeer de hoeveelheid in te perken en af te bakenen. Met 5 halve liters blijft ze functioneren en heeft ze niet teveel last van haar onrust. Cynthia kan maar stoppen met drinken, als er een andere oplossing komt.

Tijdens de gesprekken treedt er een nieuwe oplossing naar voor: schrijven en tekenen. Twee dingen die haar rust bieden. Cynthia schrijft gedichten over haar verleden of passages over recente gebeurtenissen. Wat haar 's avonds wakker houdt, formuleert ze haarscherp. De pijn rond haar verloren zoon, het aanhoudende misbruik door mannen dat blijft doorgaan, de moeilijkheid om te stoppen met drinken, de lichamelijke onrust, de gedachten om er niet meer te willen zijn, ... Het schrijven biedt haar rust. Regelmatig krijg ik mails, waarvan de meeste midden in de nacht verstuurd zijn. Ik vorm een getuige van crisismomenten. Bij aanvang van de therapie was ik gealarmeerd over de inhoud van deze mails. Soms belde ik haar op met de vraag of ze vroeger wenst te komen. Dit was geen goede interventie. Spreken over het mailverkeer, was haar opnieuw duwen in de richting van het traumatische reële. Dit mailverkeer toont iets anders. Het schrijven biedt Cynthia rust op momenten dat er niets meer houvast biedt. Het is een poging om met datgene om te gaan wat haar 's avonds overspoelt. Het vormt een nieuwe uitvinding die van een andere orde is dan snijden of drinken. Door in de gesprekken op zoek te gaan naar zaken die iets stabiliseren, is het schrijven en tekenen opgedoken. Het vergt aandacht voor datgene wat voor Cynthia werkt, en deze zaken op te pikken en te ondersteunen. Het traject van Cynthia loopt nog steeds. Het blijft een uitdaging om oplossingen te vinden die haar beschermen tegen de overspoeling die van binnenuit komt en waarmee ze dagdagelijks geconfronteerd wordt. Mijn taak blijft erin bestaan om Cynthia te begeleiden richting oplossingen, weg van het traumatische reële dat vernietigend werkt.

WORKSHOP 3

Verschillende therapiestromingen onder één dak: hoe werkt dat (niet)? ¹⁸

Elena De Feyter ¹⁹ & Sarah De Coninck ²⁰

Inleiding

Deze workshop gaat in essentie over gelijkenissen en verschillen tussen de behandelvisie die een team in zijn geheel naar voor draagt én die visie van waaruit elk individueel teamlid zijn werk binnen dat team doet. Dit gaat over de vraag óf en hóe groot dat onderscheid kan zijn opdat zowel het team als het individuele teamlid zijn kernachtige zelf staande kan houden en de verbondenheid versus autonomie niet verloren gaat. Hoe houd je dit in evenwicht? Kunnen verschillende therapeutische stromingen samen resoneren onder de hoed van 1 overkoepelende visie op verslaving? En welke vorm mag deze visie aannemen?

Binnen de werking van Ambulante Drugszorg De Spiegel zijn er sinds de start altijd begeleiders met verschillende therapeutische achtergronden werkzaam geweest. Hierdoor heeft het team dan ook een behandelvisie ontwikkeld die geëvolueerd is op basis van die verschillende invloeden die teamleden met zich meebrachten in de dagelijkse werking. In de beginjaren een pedagogische invalshoek, om nadien meer gedragstherapeutisch te werk te gaan, enkele jaren later kwam hier ook een meer cliëntgerichte invulling van verslaving bij kijken en de laatste periode is de Lacaniaanse psychoanalytische stroming in de visie van het centrum een vaste waarde geworden, steeds meer aangevuld vanuit systeemtherapie.

Gemeenschappelijke deler: een visie

Er wordt in het centrum gewerkt vanuit eenzelfde visie op verslaving en de behandeling ervan. De kern van deze visie bestaat er uit dat we druggebruik en de afhankelijkheid van middelen fundamenteel beschouwen als een functioneel proces: het product vervult een welbepaalde functie voor een welbepaald individu. Dit impliceert dat het product dat iemand gebruikt telkens specifieke effecten heeft voor elke gebruiker apart. Dit brengt het inzicht in het verslavingsmechanisme en het gebruikerspatroon van de gebruiker onlosmakelijk samen met een ander fundament uit onze visie op verslaving: omdat het gebruik van het product een functie vervult, ligt hier een bepaalde beleving, problematiek of een lijden aan de basis waaraan het patroon van het gebruik verbonden kan worden. Dit mechanisme is voor elk individu uniek! Op deze manier verhouden we

¹⁸ Onder deze titel en op basis van deze tekst vond een workshop plaats, gevolgd door een discussie die met een weerwoord ingeleid werd door Gregory Bistoën (cf. p.51).

¹⁹ Klinisch psychologe en afdelingshoofd in Ambulante Drugszorg De Spiegel.

²⁰ Psychosociaal begeleider en systeemtherapeute in Ambulante Drugszorg De Spiegel.

ons als team ook tot eenzelfde manier van ‘behandelen’, van ‘zorgen’, van ‘begeleiden’: de zorg op maat van de cliënt.

We vertrekken niet vanuit een top-down behandelmodel, waarin de behandeling voor bepaalde subgroepen met bepaalde problematieken uitgeschreven staat. We nemen de volledige constellatie van cliëntfacetten in acht: de objectieve informatie, iemands verhaal, de manier waarop iemand zijn verhaal brengt, zich verhoudt tot de drugs, de therapeutische relatie, zijn omgeving, het verloop van de gesprekken op relationeel niveau. Het druggebruik en de verslaving worden telkens binnen deze constellatie bekeken en de behandeling wordt op elk van deze niveaus afgestemd. Binnen de behandelvisie van het centrum wordt ruimte gelaten voor verschillende manieren van de uitvoering van deze zorg op maat. Dit zit in eerste instantie al vervat in de verschillende functies waaruit het team bestaat: verpleegkundige, verslavingsarts, psycholoog, maatschappelijk werker, ...

In tweede instantie is er differentiatie mogelijk in de therapeutische ‘insteek’ die de psychosociale begeleiders en de psychologen/psychotherapeuten gebruiken. In dit opzicht kan men wel stellen dat de conceptuele invulling van de functie van druggebruik afhankelijk is van de stroming van waaruit men werkt. Een psychoanalytisch geschoolde therapeut zal aan een welbepaalde functie een ander concept verbinden dan een cliëntgerichte psychotherapeut. In dit opzicht respecteren we elkaars methodieken, ook al verschillen ze erg van mekaar.

Maar wat dan met de toepassing van evidence-based behandelmodellen, zoals motiverende gespreksvoering, hervulpreventie, 12 stappen-programma, ... of typische methodieken uit de verschillende therapeutische kaders die in de ruimere wetenschappelijke literatuur als meest effectief worden beschouwd? Laten we ons eigen kader dan los om een bepaald behandelmodel te volgen? Als de éne therapeut met deze methodiek werkt en de andere uitsluitend met een andere én nog een andere werkt met geen éneke methodiek, waar zit hem dan juist het gemeenschappelijke element in?

Deze methodieken worden niet-protocollair toegepast binnen onze werking en hangen samen met de attitude van de individuele hulpverlener ten aanzien van zijn/haar therapeutische achtergrond. Hierin is net de overeenstemming terug te vinden die met onze gemeenschappelijke visie te maken heeft, namelijk: elke therapeut heeft de vrijheid om zelf te kiezen in welke mate een bepaalde methodiek binnen zijn therapeutische kader toepasbaar is. De grote gemeenschappelijke deler is dat voorgeschreven regels en protocollen niet ‘werken’ binnen de manier van zorg verlenen die eigen is aan dit centrum: de attitude van de hulpverlener vereist een luisterende, aanwezige en sturende houding die afgestemd is op de cliënt. Techniek, protocol en theorie komen op de tweede plaats. Deze verhouding tot het werkveld en de vrijheid die ieder teamlid hierin neemt, weerspiegelt ook onze manier van communiceren bij het bespreken van de casuïstiek op teamniveau. Vanuit verschillende stromingen en disciplines kan de cliëntsituatie met diverse gezichtspunten benaderd worden. Deze ontmoeting maakt voor ons overleg mogelijk. De uitdaging bestaat er in om een gemeenschappelijke taal te vinden om elkaar te begrijpen, waaruit dan weer samenwerking en gedragenheid voortvloeit. Op deze manier beïnvloeden we elkaar ook als teamleden: aspecten uit verschillende kaders worden meegenomen om mee te integreren binnen het eigen kader.

Deze dynamiek bepaalt op zich dan weer het onderhouden en bijsturen van onze gezamenlijke conceptuele visie, zoals deze al 2 decennia lang gevormd en gekneed wordt.

Hoe we verschillen in onze kern, maar onze tentakels in elkaar verstrengelen

Attitude

Als cliëntgericht therapeut zoek ik telkens **contact met de belevingscomponent** in de verhalings van mijn cliënt én is dit ook mijn vertrekpunt in de therapeutische behandeling: hoe ervaart mijn cliënt zichzelf, zijn druggebruik en de gevolgen ervan. Deze opstelling vraagt een investering in een veilig therapeutisch klimaat, respect voor en onvoorwaardelijke aanvaarding van iemands unieke persoon en een nauwgezette afstemming op de hier-en-nu behoefte in het cliëntproces. Deze manier van werken verbond mij vanaf het begin op verschillende manieren met de conceptuele visie op verslaving die in deze ambulante werking gehanteerd wordt: het persoonsgerichte aspect, de zorg op maat, de functionaliteit van het gebruik, het belang van een respectvol contact met de cliënt.

Evengoed kwam ik in contact met andere facetten die vanuit andere kaders samenhangen met onze visie, die mij minder gekend waren: o.a. een andere diagnostische indeling (met andere termen en een ander structureel model), andere accenten in het exploreren en observeren van de casus, andere klemtonen die gelegd worden in de adviezen van collega's, ...

Ondanks deze soms grote verschillen, komen we keer op keer - aan onze wekelijkse vergaderingen rond de tafel - tot conclusies op de probleemstellingen in casusbesprekingen en vertrouw ik op de diversiteit van het team.

Wat uiteindelijk het samenwerken in het team voor mij tot een succes maakt, overstijgt de overeenstemming in theoretische achtergrond. Het gaat in wezen over verschillende personen die *au fond* dezelfde waarden en normen onderschrijven in hoe goede zorg voor drugsverslaafden er moet uitzien; de éne houdt hierin wat meer vast aan zijn theoretische achtergrond dan de andere, de éne staat meer open voor 'vreemde' invloeden dan de andere, elkeen zal hier een verschillend gewicht aan hangen. Om samen, vanuit verschillende achtergronden te werken, is het nodig om soms niet te rigide vast te houden aan je eigen kader, maar tegelijk die aspecten die je zelf waardevol acht naar voren te schuiven. Hierbij gaat het om een goede 'match' tussen collega's op basis van een uniforme, stroming overstijgende visie.

Een systeemtheoretische invalshoek²¹

Als systeemgericht therapeut zoek ik vaker hoe de cliënt zich verhoudt tot het product en **welke impact dit heeft in de verhouding met belangrijke anderen**. Wat is de betekenis van het product voor de verschillende betrokkenen? Hoe verhouden de

²¹ Het volgende deel werd opgesteld door Sarah De Coninck.

verschillende betrokkenen zich hiertegenover en welke dynamiek brengt dit op gang binnen het bestaande systeem?

Brengt de drugs het systeem uit evenwicht of zorgt het juist voor de homeostase van het systeem? Hierbij neem ik als systeemtherapeute een luisterende, aanwezige en soms sturende houding aan die afgestemd is op de cliënt (en zijn context).

De functie van het druggebruik wordt binnen het volledige gezin bekeken. De verslaving krijgt dus betekenis in relatie tot anderen, en anderen hebben invloed op de verslaving.

Als systeemtherapeute ga ik ook inzetten op steunende verbindingen. Samen met de verslaafde gaan we kijken voor wie hij nog een constructieve betekenis kan hebben.

De doelstelling is om hoop te creëren en op zoek te gaan naar een waardig toekomstperspectief, het verbreden van de identiteitsaspecten en verruiming naar goedlopende terreinen.

Zo onderstreep ik ook de investering in een veilige en werkbare vertrouwensband, met respect voor en onvoorwaardelijke aanvaarding van iemands unieke persoon en een nauwgezette afstemming op de hier-en-nu behoefte in het cliëntproces. Het gaat met andere woorden om een zorg op maat van de oorzaken en gevolgen van de verslaving, afgestemd voor iedere persoon afzonderlijk. Op deze manier onderstreep ik ook de conceptuele visie op verslaving, vertaald naar de discipline van waaruit ik werk.

Ik vertrek eveneens vanuit het lijden van de cliënt om vanuit een proces van motivatie te kunnen komen tot een nood aan verandering (hulpvraag), tot en met een herstellend proces in relatie tot belangrijke anderen.

Wat is er nodig om dit te doen slagen?

Het is nodig om zich op teamniveau gedeeltelijk los te maken van de eigen gedachtestroom om open te staan voor nieuwe perspectieven, net zoals we dat in therapie met onze cliënten doen. Verschillende stromingen kunnen mekaar maar ontmoeten op het punt van de nieuwsgierigheid. Enkel wanneer we ons zodanig opstellen dat we mekaar kunnen zien en in dialoog kunnen treden, kunnen we pas spreken van gedeelde kracht en samenwerking. Dit in tegenstelling tot het innemen van een kokerperspectief – waarbij men uitsluitend de eigen theorie en methodieken in het vizier neemt. Deze attitude vereist een niet veroordelende houding, waarbij constructief participeren van belang is. Immers, het is de cliënt en zijn behandeling die centraal staat en waar we onze interventies op afstemmen. De discussie in het team dient enkel en alleen het belang van de cliënt en dus, als iedereen zich halsstarrig aan zijn eigen waarheid vasthoudt, dan wordt er geen nieuw richtinggevend perspectief voor die cliënt geconstrueerd door het team. Er is niemand die de absolute waarheid in pacht heeft, maar het ene advies kan soms wel beter aansluiten bij de noden van de cliënt op dat moment, dan het andere. Dit uitgangspunt lijkt cruciaal om verschillende visies onder één dak te laten resoneren. Visie kan maar uitgedragen worden als er eveneens met/rond die visie gewerkt wordt. Hiervoor is er een teamlid/coördinator nodig die erover waakt dat deze visie standhoudt.

Het samenbrengen van verschillende stromingen en zorgdisciplines heeft dan ook effect op de wijze waarop onze casusbesprekingen op teamniveau verlopen. Elke stroming of

discipline bekijkt een casus vanuit een andere invalshoek en stelt bijgevolg de casus ook anders op. Het is dus een kunst om een gemeenschappelijkheid te vinden in de casuspresentatie, zonder de eigenheid van een discipline of stroming onderuit te halen. Volgens ons is het van belang dat ons criterium van zorg op maat ook hierin zoveel mogelijk weerspiegeld wordt. De conceptuele, gedragen visie versplintert immers als we gaan vasthouden aan één manier van werken. Toch zijn we hierin regelmatig nog zoekende naar de best werkende methodiek. Vragen die we ons hierbij stellen zijn bijvoorbeeld of besprekingen toch volgens een bepaald instrument moeten verlopen, een gemeenschappelijk bepaalde structuur moeten volgen of is 'los' brainstormen voldoende om tot nieuwe perspectieven te komen?

Tot slot

Ons klinisch werk vertrekt letterlijk en figuurlijk vanuit de vaardigheid, de kunst, de capaciteit om een waardevolle vertrouwensrelatie op te bouwen met een cliënt (dit kan enkel en alleen in het hier-en-nu en vormt een unicum tussen begeleider en cliënt).

Op basis van deze vertrouwensrelatie kan men pas op teamniveau zijn casus voldoende ontleden doordat het team gerichte vragen stelt in functie van de 'zorg op maat'. Alle ogen zijn dus telkens gericht op maatwerk. Na de ontleding volgt de aansturing van de begeleiding op teamniveau. *Voor zover men vanuit de verschillende therapeutische kaders voldoende zorg-op-maat weet uit te dragen, kunnen ze als gelijkwaardig aan de gemeenschappelijke visie bestempeld worden. Wijkt één van deze kaders van dit principe af, dan ontstaat er onevenwicht binnen het team, wat onvermijdelijk leidt tot een klinische impasse.*

Dit betekent eveneens dat begeleiders binnen hun stroming de verwachtingen bijstellen en de wens tot verandering loslaten, de lat minder hoog leggen en soms louter ondersteunend werken. Dit moet ook kunnen verdragen worden door een begeleider. Opnieuw kan dit enkel bereikt worden door overleg te plegen op teamniveau en dit toe te laten als mogelijke interventie.

Tenslotte is iedere therapeutische stroming evenwaardig als 'De zorg op maat' indien men als psychosociaal begeleider in staat is om een evenwicht te vinden in het voelbaar maken van de cliënt zijn lijden, maar steeds binnen een veilige context.

De dingen waarvan je niet weet dat je ze weet ... ²²

Gregory Bistoën ²³

Unknown knows

Slavoj Žižek, de Sloveense filosoof, verwijst graag naar een stukje amateurfilosofie waar Donald Rumsfeld, voormalig minister van defensie in de Verenigde Staten, zich aan waagde om de inval in Irak in maart 2003 kracht bij te zetten. Zoals u weet vormde die oorlog een antwoord op de aanslagen van 11 september, en was de voornaamste officiële reden voor die inval het vermoeden dat er gevaarlijke “*weapons of mass destruction*” in Irak aanwezig waren. Dat was niet helemaal zeker, maar dat mocht ons niet tegenhouden. Rumsfeld beargumenteerde dat er bepaalde “*known knowns*” zijn: die zaken waarvan we weten dat we ze weten. Er zijn ook “*known unknowns*”, dingen waarvan we weten dat we ze niet weten. En dan sprak hij over de “*unknown unknowns*”, de onvoorstelbare dreigingen waarvan we niet eens weten dat we ze niet weten.

Wat hij daarbij vergeet te zeggen, en wat ons hier interesseert, is uiteraard de categorie van de “*unknown knowns*”, de zaken waarvan we niet weten dat we ze weten. Dat is een mooie definitie van het Freudiaanse onbewuste: een kennis die zichzelf niet kent. Het is deze geloochende kennis die ons toestaat om ons te oriënteren binnen het veld van de betekenis.

Het zijn ook precies de eigen geloochende overtuigingen, veronderstellingen en praktijken die een gevaar vormen voor eenieder die zich waagt in het moeras van de therapie en de psychoanalyse. Welke ongekende veronderstellingen liggen aan de basis van de manier waarop we onze rol in dat proces definiëren?

De tekst en de argumenten die door Elena en Sarah worden geboden klinken overtuigend; niemand kan het er in feite mee oneens zijn. Als er goede wil is en inspanningen geleverd worden om elkaar te verstaan, dan lijkt een consensus tussen de verschillende collega's in de Spiegel slechts een kwestie van tijd. De verschillen tussen de diverse “therapiestromingen”, en dat zeg ik met enige tegenzin, worden daarbij nauwelijks benoemd of gereduceerd tot een kwestie van een “vertaalslag”.

²² Herwerkte versie van een bijdrage in de workshop *Verschillende therapiestromingen onder één dak: hoe werkt dat (niet)?* Deze bijdrage vormt een weerwoord op de tekst van Elena De Feyter en Sarah De Coninck (cf. p. 46).

²³ Gregory Bistoën is doctor in de Psychologische Wetenschappen. Hij werkte als klinisch psycholoog in Ambulante Drugszorg De Spiegel en werkt vandaag in VZW De Bolster als clusterverantwoordelijke en in een privépraktijk. gregorybistoën@hotmail.com

Als discussant is het mijn rol om de vlotte vanzelfsprekendheid van het gevoerde betoog te problematiseren. En daarbij richt ik mij uiteraard op datgene dat men, in de tekst, lijkt te weten zonder dat men weet dat men het weet.

Zorg op maat?

Ik heb deze rol als discussant toegewezen gekregen vanuit mijn stellingname, een aantal jaren terug, als werknemer in de Spiegel, tegen een bepaalde logica. Vanuit het idee van “zorg op maat” werd toen beargumenteerd dat er een soort ‘match’ gevonden moet worden tussen een bepaalde patiënt en een bepaalde therapeutische aanpak. Op ieder potje past een dekseltje. Dat is een overtuiging die ook nu nog sterk leeft: psychoanalyse, allemaal goed en wel, maar dat is toch niet voor iedereen? Daar moet je toch bepaalde verbale en introspectieve capaciteiten voor hebben? Sommige kunnen gebaat zijn bij die lang uitgesponnen aanpak, maar andere mensen hebben toch net iets meer nood aan structuur en praktische hulp? Men ging er dus van uit dat men *eerst* een probleemanalyse kon maken, zich een beeld kon vormen van de patiënt en diens problematiek, en dat men daarna kon beslissen welk soort therapie geschikt is. Zorg op maat.

Uiteraard vertrekt zo’n idee vanuit een slecht begrip van wat psychoanalyse inhoudt: deze heeft niets te maken met de lengte van een kuur of de frequentie van de sessies; met een bepaalde, vaste techniek zoals het gebruik van een divan; met een nadruk op inzicht en exploratie; enzovoorts. Dat zijn slechts stereotiepe ideeën over de psychoanalyse die weinig zaaks hebben met wat haar essentie uitmaakt. Verwijzend naar de titel van deze studiedag kunnen we stellen, met Lacan, dat psychoanalyse een zaak is van ethiek (al is ‘attitude’ wat lichter op de hand).

Als we de psychoanalyse definiëren vanuit een bepaalde ethiek, dan volgt daaruit dat zij een enorme vrijheid laat inzake de gebruikte ‘techniek’: er is geen gestandaardiseerde interventie denkbaar. Dat is één van de redenen waarom ze zo moeilijk te onderwijzen is. Het is van buitenaf, op basis van *de vorm* van een interventie, niet mogelijk om te bepalen hoe ‘psychoanalytisch’ deze laatste is. Een psychoanalyticus kan actief tussen komen, kan zich sturend uitspreken tegen bepaalde zaken, kan praktische hulp bieden, kan advies geven, kan abtinent blijven, kan zich beperken tot interpreteren, kan stil blijven ... Er kan veel, en wat er kan wordt gedictieerd vanuit die fameuze ethiek. De stelling dat psychoanalyse ‘niet voor iedereen is’ en dat je een keuze moet maken bij wie je ‘psychoanalyse toepast’, komt dan neer op kiezen in welke gevallen je die ethiek laat meespelen in je behandeling, en in welke gevallen niet ... het spreekt voor zich dat dit ontoelaatbaar is.

Terzijde merk ik op dat ook psychopathologie dus te maken heeft met ethiek, en niet met één of andere disfunctie of neurobiologisch tekort. Het genot in het lijden, of de *jouissance*, is evenzeer ethisch van aard: dit is het schandaal dat Lacan uitwerkt in zijn polemische tekst *Kant avec Sade*. Het omgekeerde geldt net zo goed: zowel ethiek als de morele wet zijn altijd een zaak van *jouissance*.

Terug naar mijn betoog: het idee van zorg op maat is uiteraard een idee dat aansluit bij de psychoanalytische ethiek. De psychoanalyse is gericht op de productie van het absolute verschil: elke patiënt wordt daarbij gezien als een categorie met slechts één element, het singuliere subject.

De idee dat verslaving tegemoet komt aan een functie, dat er een singuliere logica in het spel zit, en dat het druggebruik daarbinnen gekaderd moet worden, is net zo goed een idee dat in de psychoanalyse zit. Hier wijs ik er even op dat deze visie op verslaving onverenigbaar is met andere kaders, waar drugverslaving bv. als een ‘primaire, chronische en progressieve’ (hersens)ziekte wordt beschouwd. De visie van het centrum maakt met andere woorden duidelijke keuzes in de lijn van de psychoanalytische theorie en ethiek, *tegen* behandelprogramma’s die het accent leggen op de gemeenschappelijke factoren die men in elke verslaving terug vindt. Er wordt met andere woorden gesteld dat wat van belang is binnen een therapie *niet* de gelijkenissen aan de oppervlakte zijn, maar wel de verschillen die subjectief terug te vinden zijn, en die voor elkeen dan ook verschillend van elke ander zijn. Dit is een keuze die zeker niet de meest courante of populaire is.

Vragen, noden, behoeften.

De problemen beginnen mijns inziens op het punt dat men deze ‘zorg op maat’ niet genoeg uitwerkt.

Het enige dat wij terug vinden over *de grond* van deze zorg op maat is dat deze vertrekt vanuit de **“vragen, noden en behoeften van de individuele cliënt”**. Het gezwinde karakter van de redenering is gestoeld op het idee dat wij op de één of andere manier een onbemiddelde toegang hebben tot deze *vragen, noden en behoeften*.

Wat is een vraag? Wat is een behoefte? Wat is een nood? Hoe ga je deze bepalen?

Kan je bijvoorbeeld de vraag van de cliënt naar geprotocolleerde hulp (cocaineproject) *at face value* behandelen als een ‘simpele’ vraag? Moet elke vraag dan niet geïnterpreteerd worden? De vraag ontvangen als een simpele overdracht van informatie **is reeds een keuze**, een interpretatie, een *interventie* van de hulpverlener. Het is precies *deze keuze* of *act* die gelochend wordt wanneer men uitgaat van een toestandsbeeld dat op onmiddellijke wijze af te lezen valt bij de patiënt.

De assumptie is met andere woorden dat ‘het probleem’ en ‘de behoefte’ van de patiënt ‘dingen’ zijn die ‘bestaan’ *voor* de interactie met de therapeut: het ligt daar te wachten tot het afgelezen wordt door de objectieve voorbijganger. Waar de patiënt aan lijdt is echter niet iets dat reeds aanwezig is: het wordt geconstrueerd in de interactie met de Ander.

En stel dat je dan toch zou komen tot een kennis van wat er *echt* gevraagd wordt, vanuit welke logica of waarom zou je dat dan ook proberen te *geven*? Wie zegt dat het jouw taak is om *wat jij geeft af te stemmen op wat er wordt gevraagd*? Kan je je permitteren om *iets anders te geven* dan wat er wordt gevraagd? Is dat niet net deel van het schandaal van de

psychoanalyse, dat ze ontsnapt aan de vrijemarktlogica van vraag en aanbod? Dat er een kloof bestaat tussen elke vraag en elk antwoord, en dat ze ervoor kiest deze open te houden? Zodat de vraag kan terugkeren naar het subject?

Om te besluiten:

Men gaat ervan uit dat de noden en behoeften van de cliënt op atheoretische wijze kenbaar zijn. Of dat deze zomaar af te lezen zijn uit de ‘neutrale’ informatie-overdracht die in de intake plaatsvindt. Men gaat ervan uit dat elke psychosociaal begeleider die de intake zou doen ongeveer naar hetzelfde object zit te kijken, mogelijks vanuit een lichtjes andere hoek, maar dat iedereen in ieder geval wel hetzelfde ziet. Het is slechts een kwestie van andere woorden te gebruiken, omdat men nu eenmaal is grootgebracht in een andere taal. Men gaat ervan uit dat het object reeds geconstitueerd is voor de interactie, en dat het antwoord als het ware op natuurlijke wijze volgt uit de probleemanalyse ...

Denk terug aan de probleemstelling die ik kreeg voorgelegd als medewerker in de Spiegel: is het mogelijk om te bepalen ‘voor welke cliënten’ psychoanalyse geschikt is? Is het mogelijk om vooraf te bepalen wat aangewezen is voor wie – los van theorie?

Mijn stelling is dat dergelijk ‘programma-denken’ – zoals we dat doen met de wasmachine: dit programma voor deze was, met dank aan het etiketje - de cruciale fout maakt van datgene wat geconstrueerd wordt voor *gegeven* aan te nemen. Het is onmogelijk om los van de theorie een analyse te maken van die *noden, vragen en behoeften* van de cliënt. Zeggen dat je dit op objectieve of theorie-neutrale wijze kan doen, is veronderstellen dat je een soort metapositie kan innemen van waaruit je dit oordeel kan vellen. Het is precies de loochening van de onmogelijkheid om ‘buiten’ de theorie te gaan staan die de essentie is van elke ideologie: er is geen alternatief, mijn kennis is objectief / wetenschappelijk / acultureel / neutraal.

Het is zelfs onmogelijk om op een neutrale of objectieve manier met een patiënt te interageren om deze zogenaamde objectieve ‘informatie’ los te krijgen. Men loochent het aandeel dat men heeft in de productie van deze kennis.

Dus veel interessanter dan een discours over hoe we allemaal overeen zouden kunnen komen, als we maar luisteren naar en openstaan voor elkaar, zou een analyse zijn van waar de verschilpunten tussen psychoanalyse en psychotherapie liggen.

Enkele vragen: ethiek, techniek & psychoanalyse

Wat zijn de ideologische stellingnames die reeds aanwezig zijn?

Wat is het doel van een behandeling (in het algemeen: qua visie)? Op welke manier werk je naar dit doel toe?

Dit zijn inderdaad vragen van ethiek – en minder van techniek.

Als de psychoanalyse vanuit een ethiek gedefinieerd wordt, dan staat ze inderdaad een enorme vrijheid toe naar de techniek toe. En als iedereen die ethiek onderschrijft, dan kan je spreken van een gedragen visie.

Maar is het voldoende om te zeggen dat die ethiek ‘de singulariteit’ van elke patiënt centraal stelt? Is dit principe voldoende? Op welke manier ga je deze singulariteit denken?

Wat is, met andere woorden, de essentie van de ‘basishouding’ waarover wordt gesproken? Wat kenmerkt de psychoanalytische ethiek? Wat maakt haar ‘scandaleus’, wat wringt er aan haar positie ten aanzien van andere disciplines die antwoord en vraag op elkaar zouden afstemmen?

En hoe kan dat scandalon van de psychoanalyse verzoend worden met andere therapiestromingen, die vaak werken vanuit een psychologisch ideaal en dus lijnrecht ingaan tegen de praktijk en de finaliteit van een analyse?

Wordt de eigenheid van psychoanalyse of psychotherapie niet verduisterd wanneer men het heeft over “het vertalen” van het ene concept in het andere, alsof het slechts een kwestie is van een woord voor een ander? Kenmerkt bv. de analyse zich niet door een mensbeeld dat verschilt van het subject dat men in de psychologie construeert?

Spraakverwarring en vragen m.b.t. visie / kader / methodiek / insteek / ...

Is de visie ontwikkeld om compatibel te zijn met verschillende kaders? De optie om in te zetten op ‘maatwerk’ staat inderdaad veel vrijheid toe. Een visie die vertrekt vanuit de “verslaving” zoals die gedacht wordt universeel te zijn – voorbij het individu – staat minder vrijheid toe. Is men vertrokken vanuit een visie, of is deze visie het gevolg van een toevallige historische realiteit, met name dat er altijd mensen met een verschillende achtergrond gewerkt hebben en dat de visie daaruit is ontstaan op volstrekt contingente wijze?

Wat als een medewerker een echt ‘andere’ visie heeft op verslaving, dat hij bijvoorbeeld vertrekt vanuit de gelijkenissen tussen verschillende verslavingen? Wat met iemand die er van uitgaat dat verslaving een ‘chronische en progressieve hersenziekte’ is? Kan die werken onder het dak van het maatwerk? In de zin dat hij ook zijn 12 stappen moet vertalen naar de context van het leven van de specifieke verslaafde? Zou je dat ook maatwerk noemen?

Cf. Wat is de “therapeutische insteek”? Is dat hetzelfde als de “methodieken” die we moeten respecteren? Is het wezenlijke verschil tussen therapeutische stromingen herleidbaar tot de “methodieken” die we aanwenden?

“We kunnen stellen dat de *conceptuele invulling van de functie van druggebruik* afhankelijk is van de stroming van waaruit men werkt” Men bedoelt: de naam die er aan gegeven wordt; maar ook de dynamiek van de casus? Hoe lees je die functie? Vanuit welke logica? Speelt het kader daarin een rol? Vereist het vermogen om een bepaalde functie te kunnen ‘denken’ niet reeds een bepaalde mensvisie en een specifiek begrip van

psychopathologie? Komen de verschillende kaders op dat punt dan niet in botsing? Hebben zij geen andere epistemologie of mensbeeld, of visie op wat 'gezondheid' of 'pathologie' is?

Het model dat zich aftekent is er één van kijken naar het verslaafde object, een aantal facetten in kaart brengen en op basis van die facetten de functie van het gebruik bepalen. Daarna moet je een aantal "methodieken" aanwenden die dan één of ander therapeutisch effect beogen. Wat zijn die methodieken? Hoe worden die gedacht? Hoe wordt het therapeutisch effect gedacht? Hoe bepaalt men waarop men moet interveniëren? Hoe bepaalt men de relevante facetten? ...

Is er een verschil tussen een 'protocolaire methodiek' en een andere methodiek?

Wat zegt de aanwezigheid van het cocaïneproject over jullie "visie" van zorg op maat? Is dat een protocol? Verwordt 'zorg op maat' dan tot een triage van cliënten in een aantal mogelijke behandelsporen? Op basis waarvan ga je triëren? Wat is daarvoor je richtsnoer?

Cf. "De attitude van de hulpverlener die luisterend aanwezig is en zich in zijn interventies (sturend of niet sturend) afstemt op de behoefte van de cliënt." Hoe lees je die behoeftes? Hoe bepaal je die? Op basis waarvan? De illusie is uiteraard dat die op vanzelfsprekende, onbemiddelde wijze "oprijzen" of afleesbaar zijn bij de cliënt. Dat is uiterst betwifelbaar. Speelt theorie, om precies te zijn, niet net een rol in de blik die we gebruiken om behoeftes en noden vast te stellen? Is wat we als een nood of een behoefte zien niet bij uitstek gekleurd door onze theorieën? Zijn alle kaders daarin zomaar aan elkaar gelijk te schakelen?

"Techniek, protocol en theorie komen hierbij op de tweede plaats" Kan dat wel? Kan je op "objectieve, neutrale, atheoretische wijze" luisteren en aanwezig zijn? Moet een vraag, met andere woorden, niet altijd *geïnterpreteerd worden*? Is de vraag naar een intensief cocaïneproject wel zo evident, zo op het eerste gezicht te nemen? Moet ook zo'n vraag niet geïnterpreteerd worden? Gaat men hierbij niet al te gemakkelijk uit van een soort 'informatie-uitwisselingslogica' om het spreken tussen therapeut en cliënt te begrijpen? Is het niet al een *act* van de hulpverlener om het spreken van de Ander op die manier te ontvangen? Is het niet precies deze act die geloofwaardig wordt in het eclectische discours, onder de vlag van het gezond verstand?

Is het enkel een kwestie dus van een "gemeenschappelijke taal" te vinden? Gaat men er dan niet van uit dat we allemaal hetzelfde denken en voelen maar dat we alleen maar andere woorden gebruiken? Vergeet men niet dat onze "taal", onze concepten, een heel andere realiteit kunnen uittekenen, in de zin dat bepaalde woorden, vragen of gedragingen een heel andere zin krijgen voor ons? Kunnen we onze ervaringen zomaar aan elkaar gelijk schakelen? Miskent men daarbij niet de uniciteit van eenieder? Terwijl men net dat unieke perspectief wil respecteren?

Cf. De individuele begeleider bepaalt "wat die meeneemt uit andere kaders". Op basis waarvan doet die dat? Op basis van het eigen kader? Het buikgevoel? *Het gevaar van het eclectisme is dat men enkel overhoudt wat men "lust", en dus niet wat voorbij dat lustprincipe ligt...* Zit er geen dwingende logica in een verhaal zelf, dat de richting en de mogelijkheden van het traject bepaalt? Hoe werkt dat?

Besluit

Ok. Bij de beleving van de ander blijven en openheid tonen is al heel wat. Opletten dat een dergelijk inleven niet op imaginair niveau gebeurt, en dat men oog houdt op de symbolische, onderliggende dimensie. Kan je binnen één setting een therapiestroming hebben die inzet op empathie en verbondenheid, naast een stroming die inzet op een focus op de symbolische dimensie binnen het spreken? Wat is dan nog uw ‘visie’ als je die dingen naast elkaar duldt?

Kunnen we de verschillen tussen therapeutische visies reduceren tot ‘andere klemtonen’ die worden gelegd? Wordt hier niet heel makkelijk vanuit gegaan dat alle therapieën in se hetzelfde zijn en hetzelfde beogen? Zal men niet, afhankelijk van zijn kader, op sommige punten radicaal andere beslissingen nemen, inzake het contact, inzake de interventie die men doet?

Psychoanalytisch gezien kan je bv. niets over de ‘functie’ van het gebruik zeggen als je niet minimaal een zicht hebt op de ‘structuur’ van de cliënt in kwestie. Hoe ga je daarmee om als je uit een opleiding komt die niet in termen van structuur denkt? Hoe bepaal jij dan de ‘functie van het gebruik’, los van deze voor de psychoanalyse primordiale hypothese? Kan je, met andere woorden, de functie van het gebruik vatten zonder dit analytische begrippenkader?

Cf. “Uiteindelijk gaat het over normen en waarden”, de psychoanalyse zou zeggen: over ethiek. Heb je het gevoel dat deze ethiek duidelijk genoeg is binnen De Spiegel? Wat is eigenlijk de ethiek die u drijft? Valt de visie samen met deze “ethiek”? Waarom niet? Wat is het verschil tussen de ethiek van de psychotherapie en die van de psychoanalyse?

Drugs “reguleren” iets van de band met de Ander. Openheid, luisterbereidheid, het idee van symbolische relaties: de psychoanalyse omsluit inderdaad al deze aspecten van het werk. Maar ze beperkt er zich niet toe. De vraag is: waarom hebben andere stromingen in de therapie zich unilateraal gefocust op deze aspecten van het proces? Wat hebben ze daarbij laten liggen? De psychoanalyse biedt m.i. een omvattender kader. En datgene dat het ‘te veel’ heeft in vergelijking met andere stromingen is er niet zonder reden, dat is niet iets facultatief.

Wanneer sturen, en waarom? Wat is de grond van uw actie? Hoe denk je jouw therapeutische act? Wat doe je bijvoorbeeld met die info die je verzamelt over “de impact op het systeem”?

Waarom zou het belangrijk zijn om “samen met de verslaafde te kijken voor wie hij nog een constructieve betekenis kan hebben”. Wie zegt dat dit belangrijk is?

“De doelstelling is om hoop te creëren en op zoek te gaan naar een waardig toekomstperspectief. Het verbreden van de identiteitsaspecten en verruiming naar goedlopende terreinen.” Op welke manier “helpt” dit? Wat is de achterliggende stelling? Is dit iets dat voor alle drugverslaafden noodzakelijk is? Vermindert het de zucht naar middelengebruik? Waarom is dit belangrijk? Waarin zit dan de “zorg op maat”?

Wat is de logica die impliciet spreekt in deze tekst? Wat wordt hier in feite gezegd? Dat er therapiedoelen zijn die moeten bepaald worden? Dat men overeenstemming moet vinden daarin? Dat men dan moet “plannen” op welke manier men hem of haar naar die doelen zal leiden? Is dat ook niet al een denken dat verweven is met een bepaald model, en incompatibel is met andere?

En tot slot: de zorg op maat wordt gedacht vanuit de “noden van de patiënt”. Men moet er zich van bewust zijn dat dergelijke noden niet zomaar af te lezen vallen op objectieve of neutrale wijze. De theorie en de eigen individualiteit spelen een belangrijke rol in de constructie van deze “noden”. Dat vormt een probleem voor dit hele betoog, want het is “de rots” waarnaar verwezen wordt om al de rest op te funderen. Het idee van zorg op maat en van eclecticisme veronderstelt de objectieve realiteit van deze noden – en het valt te betwijfelen of dit gerechtvaardigd is.

WORKSHOP 4

ENERZIJDS / ANDERZIJDS ²⁴

Dirk Scheire ²⁵

‘Enerzijs’ zal ik het hebben over de medisch-technische aanpak die wij in ons centrum hanteren naar onze cliënten toe alsook over de plaats die de artsen binnen onze organisatie actueel bekleden.

‘Anderzijs’ staat voor onze attitude als arts (en haar evolutie in de loop van de tijd) naar onze cliënten toe.

Enerzijs

Ik begin met een citaat van professor Wim Van Den Brink uit het boek ‘Verslaving’, cruciaal m.i. om onze medische aanpak te illustreren:

“Neurobiologische theorieën over verslaving en de opvatting dat verslaving kan worden gezien als een hersenziekte, maken de weg vrij voor farmacologische interventies bij de behandeling van mensen met een verslaving. In de verschillende neurobiologische theorieën wordt aannemelijk gemaakt dat het herhaaldelijk gebruik van verslavende stoffen leidt tot langdurige of zelfs blijvende veranderingen in de verschillende neurotransmittersystemen waardoor het moeilijk of zelfs onmogelijk is om het gebruik van deze verslavende stoffen te staken of zelfs maar te verminderen. De toepassing van farmacologische interventies is gebaseerd op de veronderstelling dat bepaalde medicijnen deze veranderingen van de hersenen terug kunnen draaien of de effecten ervan kunnen maskeren, waardoor de drang om deze middelen te gebruiken minder wordt en het gebruik kan worden verminderd of zelfs helemaal kan worden gestaakt. De beschikbaarheid van effectieve medicamenteuze interventies vormt bovendien een belangrijke ondersteuning van de visie waarbij verslaving wordt gezien als een (behandelbare) hersenziekte.” ²⁶

“Verslaving als hersenziekte wordt aannemelijk indien verslaving de algemene kenmerken van een ziekte heeft en indien extreme variaties of afwijkingen van het brein een centrale rol spelen bij het ontstaan van de belangrijkste symptomen: hunkering, controleverlies en terugval. Net als de meeste andere ziekten gaat verslaving gepaard met een vermindering van de kans op voortplanting en een verkorting van de levensduur; net als bij veel andere ziekten spelen bij verslaving zowel genetische als

²⁴ Bijgewerkte versie van de bijdrage die de workshop *De medische insteek: een terug- en vooruitblik* inleidde. Ook Ilse Collier en Frieda Matthys werkten mee aan deze workshop.

²⁵ Dirk Scheire werkt als arts binnen het medisch team van Ambulante Drugszorg de Spiegel & in een huisartsenpraktijk. dirk.scheire@despiegel.org

²⁶ Franken, I., Van Den Brink, W. (2009). *Handboek Verslaving*. Uitgeverij De Tijdstroom, 360.

omgevingsfactoren een belangrijke rol bij het ontstaan van de aandoening; net als bij veel andere ziekten kunnen de symptomen van verslaving behandeld worden met medicijnen en net als bij andere hersenziekten is er bij verslaafden sprake van extreme variaties en vaak ook duidelijke afwijkingen in het brein, zowel voorafgaand aan het gebruik van middelen als in de loop en (deels) ten gevolge van het herhaaldelijke gebruik van middelen.”

Het concept ‘verslaving is een hersenziekte’ is in die zin cruciaal dat farmacologische behandeling - indien ze voorhanden is - niet mag ontzegd worden aan mensen met een afhankelijkheidsproblematiek, net zoals de reguliere geneeskunde medicatie toepast bij de behandeling van hart-, long-, nier-, darmziekten enz.; het is m.a.w. quasi de deontologische plicht van de verslavingsarts om – naast niet-farmacologische strategieën - beschikbare efficiënte medicatie in te zetten bij onze populatie van zwaar afhankelijke mensen.

Hierdoor is de plaats van de arts in de loop van de tijd binnen ons centrum prominenter geworden in die mate dat elke nieuw aangemelde cliënt (bijna) altijd ook door een arts wordt gezien met o.a. als insteek of er voor die bepaalde cliënt ook een medisch-farmacologisch aanbod voorhanden is.

De medicatie die meest bekend is en illustratief voor onze aanpak is het product methadon, als substitutietherapie bij opiaatafhankelijkheid; de voordelen van methadon zijn ondertussen algemeen aanvaard (o.a. niet-orgaan-toxisch bij correcte dosering), in die mate dat het product een referentie geworden is binnen de verslavingszorg - te vergelijken met hoe insuline wordt aangewend bij diabetes; daar waar in onze begintagen methadon werd gezien als een ‘gunst’ (de opstart werd als het ware door stemming binnen het team bepaald) is dit sinds geruime tijd - en terecht - een exclusief medische beslissing geworden waarvoor de arts en enkel en alleen de arts de verantwoordelijkheid draagt.

Naast methadon wordt ook substitutietherapie voor dezelfde doelgroep voorzien aan de hand van suboxone dat in de toekomst waarschijnlijk methadon zal verdringen als referentieproduct gezien zijn veiliger risicoprofiel.

Voor beide substitutieproducten zijn we in de loop van de tijd overigens geëvolueerd van een dagelijkse verstrekking in ons centrum naar een meer cliëntvriendelijk apotheeksysteem waarbij de substitutie ter plaatse wordt ingenomen of zelfs voor een x aantal dagen naar huis wordt meegegeven.

Naast deze eerste twee ‘wapens’ beschikken we tegenwoordig ook over andere inzetbare middelen, al dan niet nog in een experimenteel stadium als daar zijn: Baclofen (ter bestrijding van *craving*), Rilatine of Dexamfetamine bij speedaddictie, Antabuse bij cocaïne-addictie, Acetylcysteïne bij cannabisafhankelijkheid enz.. Voor de toekomst zijn er nog een aantal andere interessante moleculen ter studie (o.a. topiramate en medicinale cannabis); bovendien spreekt het vanzelf dat klassieke psychiatrische medicatie vaak met goed gevolg en in de goede indicatie prima diensten bewijst

Een laatste wapen ter bestrijding van de verslavingsziekte heeft de naam *RESPECT* voor de expertise van de cliënt, een factor die niet genoeg kan benadrukt worden: binnen hun problematiek zijn veel cliënten experts in hun producten met een bibliotheek aan

informatie die we als arts ten goede en in het voordeel van de cliënt kunnen aanwenden (binnen bepaalde grenzen weliswaar, ik denk aan bv. de benzodiazepines - zeer populair bij ons publiek - maar wegens hun sterk verslavend effect in ons centrum zelden voorgeschreven laat staan opgestart).

Anderzijds

Dit brengt me naadloos tot het 'Anderzijds', wat staat voor onze attitude als arts naar onze cliënten; deze is in de loop van de tijd geëvolueerd van een striktere naar een meer vertrouwelijke relatie, gebaseerd op respect voor het lijden en de problematiek van onze cliënt; hierbij blijft de cliënt de regisseur van zijn eigen genezings- of herstelproces, therapeutische stappen en interventies gebeuren op zijn/haar ritme, steeds in dialoog. Een (ver)oordelende/vermanende houding werkt totaal niet bij onze reeds multiple keren gekwetste en gekneusde populatie.

We zetten in op een goede vertrouwensrelatie met onze cliënten, we blijven geloven in hun parcours (met vallen en opstaan), zonder evenwel in naïviteit te vervallen, en we blijven hen stimuleren om het geloof in zichzelf en hun mogelijkheden niet te verliezen; we hebben als arts de luxe om per contact een half uur vrij te kunnen maken, desgewenst ook langer, wat in de reguliere geneeskunde vaak niet haalbaar is en we merken dat dit wel degelijk geapprecieerd wordt door hen

Resultaten met bovenstaande aanpak alleen zijn maar partieel en fragmentair, de begeleiding door onze therapeutische equipe in het proces naar herstel is minstens even belangrijk - deze vanzelfsprekendheid dient te worden benadrukt

Tot besluit

We ervaren ons publiek als goed coöperatief en grotendeels loyaal, we verzetten ons tegen de foute perceptie als zouden deze mensen onbetrouwbaar en manipulatief zijn.

Ons centrum is voor velen een 'Huis van Vertrouwen' geworden en we zullen er alles aan doen om dit te bestendigen.

We zijn geëvolueerd van een protocollair model naar een model van 'zorg op maat' en we hebben sterk de indruk dat de 'drop out' hierdoor verminderd is.

Een 'partners in crime'-houding werkt het best, al leidt dit soms tot een *crème brûlée* maar wie zijn gat verbrandt moet op de blaren zitten, waarbij voldoende water voor de nodige afkoeling kan zorgen ...

Eindigen doe ik met een persiflage op een citaat van Rümke m.b.t. de modale patiënt: wat volgens hem best werkt is 'maximale toenadering met behoud van afstand'; voor ons cliënteel pleit ik voor 'maximale toenadering met afstand van afstand'.

Deze uitgave kwam tot stand n.a.v. de studiedag 'Verslavingszorg: expertise vs. attitude?', georganiseerd vanuit Ambulante Drugszorg De Spiegel, omwille van haar 20 jarige bestaan.

De werkgroep die de studiedag & publicatie organiseerde en verzorgde, bestond uit Elena De Feyter, Helga De Ridder, Xenia De Zutter, Vic Everaert en Hilde Vandevorst.

V.U.: Inge Temmerman, Pellenbergstraat 160, 3010 Kessel-Lo