



Scriptie neergelegd tot het behalen van de graad van licentiaat in de Pedagogische Wetenschappen, optie Orthopedagogiek.

**Dubbeldiagnose vanuit een milieutherapeutische benadering.
Een onderzoek in het Psychiatrisch Centrum Sleidinge.**

Promotor prof. dr. Eric Broekaert

Academiejaar 2007-2008

3de licentie Pedagogische Wetenschappen, Optie Orthopedagogiek

Pieter Heye

Stamnummer: 20030212

VOORWOORD

Deze scriptie werd mede mogelijk gemaakt dankzij de hulp van verschillende mensen. In het bijzonder ben ik Dhr. Dirk Bryssinck bijzonder dankbaar voor zijn tijd, steun, luisterend oor en het geduld waarmee hij de Lacaniaanse psychoanalyse voor mij wat meer toegankelijk maakte.

Ook de mensen die me hielpen via het TC-forum, waaronder Craig Fees en Dennie Briggs, wil ik van harte bedanken, alsook Beatriz Sanchez en Alistair Black voor hun vriendelijke invitatie het Community Housing and Therapy (CHT) in London te bezoeken.

Verder wil ook mijn promotor, Prof. Dr. Eric Broekaert bedanken. Zonder zijn hulp had ik me niet meteen raad geweten hoe een kwalitatieve studie rond dubbeldiagnose op te stellen.

Tot slot gaat nog een welgemeend 'dank je wel!' uit naar mijn broer en zijn vriendin, die me hielpen de lay-out op punt te stellen, alsook m'n ouders en vrienden die deze verhandeling nalazen op fouten en/ of onmogelijke zinsconstructies.

Pieter Heye

19/05/2008

INHOUDSTAFEL

INHOUDSTAFEL	1
INLEIDING	4
METHODOLOGIE	5
Onderzoeksmethode en onderzoeksmateriaal	5
Probleemstelling en onderzoeksvragen	6
Beperkingen van het onderzoek.....	7
1 HOOFDSTUK I: terminologie en typering van de dubbeldiagnose	8
1.1 Situering van het concept 'dubbeldiagnose'	8
1.1.1 Dubbeldiagnose, een grijze zone	9
1.1.2 Implicaties voor behandeling	10
1.2 Factoren die bijdragen tot een toename van dubbeldiagnose problemen.....	11
1.3 Middelengebruik onder psychotici	12
1.4 Relatie psychotische stoornis en middelengebonden stoornis	13
1.4.1 Het middelengebruik is een gevolg van een psychische stoornis.....	13
1.4.2 Het middelengebruik geeft aanleiding tot psychische problemen	16
1.4.3 Een gemeenschappelijke onderliggende kwetsbaarheid geeft aanleiding tot het ontstaan van beide problematieken.....	17
1.4.4 Het middelenmisbruik en de psychische aandoening bestaan onafhankelijk naast elkaar	17
1.5 Beeldvorming	17
1.5.1 Historische situering vanuit verschillende perspectieven	17
1.5.2 Perspectieven op Dubbeldiagnose.....	18
1.5.3 Beeldvorming	21
1.5.4 De paria's van de samenleving.....	22
1.6 Conclusies van het hoofdstuk.....	23
2 HOOFDSTUK II: milieutherapie en Maxwell Jones	25
2.1 Inleiding	25
2.2 Naar een nadere conceptualisatie	26
2.3 Het therapeutisch milieu	27
2.4 Doelgroep(en) van Maxwell Jones.....	28
2.4.1 Mawell Jones en dubbeldiagnose	28
2.4.2 Nadere analyse van de doelgroep van Maxwell Jones	28
2.4.3 Concluderend	29
2.5 Maxwell Jones en psychoanalyse	29
2.6 Principes van Maxwell Jones	30
2.6.1 Sociale structuur, verandering en evolutie	30

2.6.2	Open communicatie	31
2.6.3	Besluitvorming op alle niveaus.....	31
2.6.4	Therapeutische cultuur	32
2.6.5	Gedeeld leiderschap	33
2.7	Sociaal leren in het hier-en-nu	35
2.7.1	Nadere conceptualisatie	35
2.7.2	Corrigerende emotionele ervaring	36
2.7.3	Leef –leer en crisissituaties	37
2.8	Conclusies van het hoofdstuk.....	38
3	HOOFDSTUK III: Lacaniaanse psychoanalyse	39
3.1	Inleiding	39
3.2	Etiologie, Lacan en het ontstaan van psychose	40
3.3	Het ontstaan van psychoses volgens de Lacaniaanse psychoanalyse	42
3.4	Betekenisverlening en identificatie.....	43
3.4.1	Ter inleiding.....	43
3.4.2	Betekenisverlening.....	44
3.4.3	Betekenisverlening in relatie tot dubbeldiagnose.....	46
3.4.4	Identificatie	47
3.4.5	De betekenis van taal inzake identiteit(sontwikkeling)	47
3.4.6	Jacques Lacan/ psychoanalyse en dubbeldiagnose	48
3.5	Jacques Lacan en de therapeutische gemeenschap.....	49
3.5.1	De kliniek van de psychose	49
3.5.2	De Lacaniaanse psychoanalyse en de democratische TG.	50
3.5.3	Het relationele aspect als deel van het psychodiagnostisch proces.....	51
3.5.4	Sociaal leren in het hier en nu	56
3.5.5	Taal, dialoog en behandeling	57
3.6	Conclusies van het hoofdstuk.....	61
4	HOOFDSTUK IV: de afdeling dubbeldiagnose in de psychiatrie van Sleidinge	63
4.1	Beschrijving van de populatie	63
4.2	Het therapeutisch milieu in het psychiatrisch centrum Sleidinge	64
4.2.1	Weerspiegeling van de maatschappij	65
4.3	De Lacaniaanse psychoanalyse in de praktijk	66
4.3.1	Psychoanalytische therapie.....	66
4.3.2	Overdracht	68
4.4	Een democratisch model in de praktijk	69
4.4.1	Horizontaal en verticaal	69
4.4.2	Communicatie	70
4.4.3	Besluitvorming op alle niveaus.....	71

4.4.4	Gedeeld en meervoudig leiderschap.....	73
4.5	Geïntegreerde behandeling.....	74
4.6	Conclusies van het hoofdstuk.....	75
5	BRONVERMELDING	77
6	BIJLAGEN	83
6.1	Bijlage 1	84
	a) E-mail van Craig Fees, 07/05/2007	84
	b) E-mail van Chris Fry, 16/05/2007	85
	c) E-mail van Alistair Black, 16/05/2007	86
	d) E-mail van Dennie Briggs, 02/06/2007.....	86
	e) E-mail van Sarah Paget, 19/11/2007	88
6.2	Bijlage 2	89
6.3	Bijlage 3	101

INLEIDING

Sinds enkele jaren wordt de psychiatrie in toenemende mate geconfronteerd met patiënten die lijden aan meer dan één stoornis tegelijk (Van Ham & Sabbe, 2006). Naast de psychiatrische problematiek is er ook sprake van middelengebruik. Dit leidde in de beginjaren '80 tot de vaststelling dat hoge graden van middelenmisbruik de integratie van vele jonge personen met een ernstige psychiatrische problematiek in de samenleving bemoeilijkte (Drake e.a., 1998). Echter, 'verslaving' binnen de psychiatrie werd tot 1980 veelal gezien als een uiting van een (antisociale) persoonlijkheidsstoornis (Geerlings & Van Den Brink, 1995). Ook andere onderzoeken bevestigen dit en melden een prevalentie van voornamelijk cluster B stoornissen, waartoe de antisociale en borderline persoonlijkheidsstoornis behoren (Verheul e.a., 1996). Ook de invloed van trauma/ posttraumatische stress mag in geen geval onderschat worden, noch inzake verslaving, noch met betrekking tot (het ontstaan van) een psychiatrische stoornis (Vos, 1996).

Omwille van hun dubbele diagnose worden deze patiënten ook wel 'dubbeldiagnose patiënten' genoemd. Beide stoornissen brengen meestal een resem andere, bijkomende problemen met zich mee, waardoor er op vele terreinen moet gewerkt worden. Bovendien is snel en veelvuldig herval meer regel dan uitzondering. Aldus vraagt deze patiëntengroep een duidelijk verschillende behandeling dan de patiënten waarbij sprake is van een enkelvoudige stoornis (Van Ham & Sabbe, 2006).

In het verdere verloop van deze thesis zal de term dubbeldiagnose betrekking hebben op 'patiënten die tezelfdertijd lijden aan een ernstige persisterende psychotische stoornis en een middelengebonden stoornis'.

METHODOLOGIE

Onderzoeksmethode en onderzoeksmateriaal

In deze scriptie staat de dubbeldiagnose van mensen met een psychiatrische problematiek en middelenmisbruik/ afhankelijkheid centraal. Het eerste hoofdstuk baseert zich voornamelijk op een literatuuronderzoek om het concept dubbeldiagnose theoretisch te kaderen. Ook het (historisch)maatschappelijke kader en de beeldvorming omtrent dubbeldiagnose worden van naderbij bekeken. Om het hoofdstuk hier rond vorm te geven, heb ik dan ook getracht me zoveel mogelijk op recente studies te baseren. Eveneens was ik echter genoodzaakt een aantal studies uit de jaren 1980 in dit werk op te nemen. Dit leek me belangrijk omdat de term 'dubbeldiagnose' pas dan zijn opgang maakte en ik een zicht wou krijgen op hoe deze doelgroep, indien daar reeds sprake van was, tot dan toe beschreven en benaderd werd.

Verder leek het me zinvol me wat meer in te werken in de theorieën van de Milieutherapie, verbonden met onder meer de figuur van Maxwell Jones, alsook de psychoanalyse volgens Jacques Lacan. De inzichten die deze beide auteurs aanbrachten, vormen immers het raamwerk waarrond deze verhandeling is opgebouwd. Hoofdstuk twee en drie werden aan hun inzichten en theorieën gewijd, om als dusdanig een brug te vormen naar het vierde hoofdstuk waarin theorie en praktijk met elkaar worden verweven. Bij de bespreking van beide auteurs was het niet mijn bedoeling om een volledig overzicht of uiteenzetting van hun werk uit de doeken te doen. Dit zou immers een verhandeling op zichzelf vormen en gaat dus het bestek van deze thesis te buiten. Ik heb me met andere woorden voornamelijk gericht op wat mij het meest relevant leek voor wat betreft de beeldvorming rond dubbeldiagnose en de implementatie van voorgaande theorieën in het Psychiatrisch Centrum Sleidinge. Dit houdt onder meer in dat ik ook getracht heb hun visie inzake dubbeldiagnose te achterhalen en in deze verhandeling op te nemen.

Meer bepaald heb ik, voor wat betreft de visie van Maxwell Jones, via het TC - forum contact opgenomen met een aantal mensen die Jones persoonlijk hebben gekend, met name Craig Fees en Dennie Briggs. Ook het lezen van enkele van Jones' eigen werken, alsook diens autobiografie (Briggs, 2002) en een gesprek met het lezen van de scriptieverhandeling van Stijn Vandevelde, bleken zinvolle informatie aan te voeren.

Om een beter zicht te krijgen op de visie die Lacan erop nahoudt, heb ik eveneens via het TC –forum contacten gelegd met Alistair Black, Beatriz Sanchez en Sarah Paget. Alistair nodigde me daarop uit voor een bezoek aan het CHT te London op 24/07/07. De gesprekken die we daar hadden waren in het bijzonder bruikbaar voor aanwijzingen en tips inzake bruikbare literatuur.

Tenslotte schetst het vierde (en laatste) hoofdstuk van deze thesis een beeld van de (werking van de) afdeling dubbeldiagnose in het Psychiatrisch Centrum Sleidinge. Dit hoofdstuk heeft dus voornamelijk de bedoeling om de theorie aan de praktijk te toetsen. Hiervoor heb ik meerdere malen (al dan niet telefonische) gesprekken gehad met Dirk Bryssinck, die vanuit zijn praktijkervaring een licht wierp op de afdeling waar hij en zijn team werkzaam zijn. Ook de Telefacts reportage 'Dubbeldiagnose' maakte het mogelijk een zicht te krijgen op de praktijk en een aantal voorbeelden in dit werk op te nemen.

Probleemstelling en onderzoeksvragen

Ik had bij het schrijven van deze thesis niet de bedoeling om de prevalentie en ernst van de dubbeldiagnoseproblematiek in kaart te brengen. Eerder was het mijn betrachting de beeldvorming daar rond te belichten. Vanuit welke perspectieven benadert(de) men deze mensen? Met welke thema's brengt men hen in verband? Welke beeldvorming is het sterkst vertegenwoordigd en hoe ervaren dubbeldiagnose patiënten dit zelf? Dergelijke vragen vormden bij mij de rode draad waar ik me toe richtte en een antwoord op heb proberen te formuleren.

Ik heb hiervoor dan ook doelbewust contact opgenomen met de dubbeldiagnose afdeling van de psychiatrie van Sleidinge. Ten eerste omdat zij werken met deze doelgroep en ten tweede omdat ze, in de vormgeving van hun setting, getracht hebben de principes van Jones en Lacan met elkaar in overeenstemming te brengen en aan te passen waar nodig.

Beperkingen van het onderzoek

Mijn eerste betrachting was om samen met de cliënten van de afdeling dubbeldiagnose in het Psychiatrisch Centrum Sleidinge een gesprek te hebben over hoe zij de beeldvorming rond dubbeldiagnose ervaren. Wat vinden zij er bijvoorbeeld van om als 'toxicomaan' voor de behandeling toch naar een psychiatrisch centrum te komen? Echter, omdat ik als buitenstaander geen vertrouwensrelatie heb met de cliënten stelde Dirk Bryssinck voor de gesprekken te leiden en voor de cliënten te kaderen. Toch bleek dit praktisch moeilijk te realiseren en werd besloten geen focusgroep meer te organiseren. Het was best mogelijk dat dit toch nog te intrusief zou worden ervaren door de cliënten. Ook een focusgroep met het gehele team van de afdeling, bleek moeilijk. Het gebrek hieraan vormt dan ook meteen de beperking van m'n onderzoek. Desalniettemin heb ik getracht deze beperking enigszins op te vangen door enerzijds verscheidene gesprekken (20/03/2007, 02/06/2007, 10/07/2007, 04/02/2008, 10/04/2008) en een interview (19/09/2007) met Dirk Bryssinck af te nemen. Anderzijds heb ik ook de Telefacts Zomerreportage 'Dubbeldiagnose' (25/07/2005) bekeken en geanalyseerd om zodoende deze scriptie met enkele voorbeelden uit de praktijk te stofferen.

1 HOOFDSTUK I: terminologie en typering van de dubbeldiagnose

1.1 Situering van het concept 'dubbeldiagnose'

De terminologie die men gebruikt om een onderwerp te begrijpen en vast te pakken is historisch specifiek en verandert dan ook voortdurend van betekenis. Zo werd 'verslaving' bijvoorbeeld lange tijd gebruikt in de context van 'iemand tot slaaf maken, verhandelen en exploiteren' (Van Der Stel, 1997). Evenzo geldt het voor de term 'dubbeldiagnose'; een ietwat ambigu begrip dat doorheen de tijd verschillende betekenissen heeft gekend.

Hoewel het voor 1980 nog niet de gewoonte was meer dan één diagnose te diagnosticeren, dook het concept van 'co-morbiditeit' reeds in de jaren '70 op in het medisch vakjargon. Het werd door Feinstein (1970) omschreven als *'any distinct additional clinical entity that has existed or that might occur during the clinical course of a patient who has an index disease under study'* (Feinstein, 1970 in: Rawlings & Yates, 2001).

Aanvankelijk verwees de term dubbeldiagnose naar het simultaan voorkomen van meer dan één medische stoornis (Van Ham & Sabbe, 2006). Anderen daarentegen stelden dat de term gebruikt werd voor mensen die naast leermoeilijkheden een bijkomende psychiatrische problematiek hadden. Meer recent echter wordt in het kader van co-morbiditeit ook de term 'Dual Diagnosis' gehanteerd (Yates, 2001; Bryssinck e.a., 2005) of worden beide termen door elkaar gebruikt (De Wilde e.a., 2007). Deze terminologie beschrijft immers in beide instanties het simultaan voorkomen van een psychische problematiek(en) bij mensen die ook beantwoorden aan de diagnostische criteria voor een stoornis in middelengebruik (en vice versa) (De Wilde; e.a., 2007).

In de huidige hulpverleningscontext wordt deze term gebruikt om het samengaan van één of meerdere psychische stoornissen met een middelengebonden stoornis aan te duiden. Een andere benaming is 'MICA' (Mentally Ill Chemical Abusers), die wel eens gebruikt wordt om patiënten met een ernstige en persisterende psychische stoornis in combinatie met een middelengebonden stoornis, aan te duiden (Van Ham & Sabbe, 2006). Overige acroniemen zijn MISA (Mentally Ill Substance Abusers), CAMI (Chemically Abusing Mentally Ill) en SPMI (Substance

use disorder combined with severe and Persistent Mental Illness) (Drake & Wallach, 2000; Bryssinck, 2003; Bryssinck e.a., 2005; Van Ham & Sabbe, 2006).

1.1.1 Dubbeldiagnose, een grijze zone

De term dubbeldiagnose heeft een aantal beperkingen en is dus in zekere zin misleidend (Lehman e.a., 1989; Drake & Wallach, 2000; Van Ham & Sabbe, 2006). Naast de twee aanwezige stoornissen (m.n. een psychische en een middelengebonden stoornis) situeren zich ook nog problemen op andere levensdomeinen. Hierbij kan onder meer gedacht worden aan een lage sociaal – economische status, medische klachten, povere huisvesting, enzovoort (Drake e.a., 2000). De populatie van personen met een dubbeldiagnose is bovendien erg heterogeen (Drake & Wallach, 2000; De Wilde e.a., 2007). Uit de resultaten van het Center for Addiction and Mental Health (2002) bleek eveneens dat er beter gedacht kan worden in termen van ‘meervoudig’ in plaats van in termen van ‘dual’. Naast het middelengebruik komen immers vaak meerdere psychische stoornissen voor (Center for Addiction and Mental Health, 2002, in: Van Ham & Sabbe, 2006). Voorts is het ook zo dat er patiënten zijn met een middelengebonden stoornis in combinatie met (één of meerdere) stoornissen die niet als psychische stoornissen worden beschouwd. Er geldt bijgevolg een beperking tot psychiatrische ziektebeelden, weergegeven als as-I -stoornissen in de DSM-IV. Persoonlijkheidsstoornissen en verstandelijke handicap, beiden as-II stoornissen, in combinatie met middelengebruik worden dus niet als dubbeldiagnose beschouwd (De Wilde e.a., 2007). Desalniettemin komen middelengebruik en persoonlijkheidsstoornissen vaak samen voor (Todd e.a., 2004). De borderline persoonlijkheidsstoornis bijvoorbeeld, weerhoudt middelenmisbruik als een criterium. Omgekeerd hebben ook vele middelenmisbruikers borderline kenmerken. De auteurs besluiten dan ook dat “(...) *dual diagnosis is a grey area with much room for discussion*” (geciteerd in Todd e.a., 2004, p. 50). Het is dan ook omwille van deze redenen dat de term dubbeldiagnose verwarrend kan zijn.

Niettegenstaande deze opmerkingen, werd de term dubbeldiagnose/ dual diagnosis populair en standaard sinds eind de jaren '80 (Drake & Wallach, 2000). In strikte zin betreft het patiënten die gelijktijdig te lijden hebben onder een ernstig, langdurig psychiatrisch ziektebeeld en een verslavingsproblematiek. Binnen een ruimer kader heeft men het over die mensen die, hetzij tijdelijk ofwel langdurig, tezelfdertijd problemen ervaren zowel met betrekking tot een of andere

psychiatrische aandoening, alsook hun middelengebruik (Dom, 1999). Dit betekent dan ook dat de term dubbeldiagnose een koepelterm is (Gafoor & Rassool, 1998; De Wilde e.a., 2007), waaronder verschillende psychische stoornissen te onderscheiden vallen die frequent samen voorkomen met druggebruik (Dom, 1999; Van Ham & Sabbe, 2006; De Wilde e.a., 2007).

1.1.2 Implicaties voor behandeling

De idee van dubbeldiagnose komt voort uit de theoretische segregatie van mentale stoornissen en middelengebonden stoornissen in de DSM (Lehman e.a., 1989; D. Bryssinck, persoonlijke communicatie 22/10/2007). De klinische zinvolheid van deze conceptuele dualiteit kan echter in vraag gesteld worden (Lehman e.a., 1989), omdat patiënten kunnen lijden aan verschillende stoornissen tegelijk, en dit op verschillende levensdomeinen (Lehman e.a., 1989; Drake e.a., 2000). Bovendien is dubbeldiagnose geen statis(tis)ch fenomeen van comorbide stoornissen. Veeleer is het een interactief fenomeen, dat de psychiatrische patiënt in een verhoogde risicosituatie plaatst voor middelenmisbruik – en middelenmisbruikers in een verhoogd risico plaatst voor het ontwikkelen van psychiatrische problematieken (Lehman e.a., 1989). De DSM –classificatie heeft echter enkel tot doel een formele en beschrijvende classificatie te zijn, zonder een onderliggende theorie op te nemen (Dom, 1999). Ook Van Hoorde (1986) heeft kritiek gegeven op het louter natuurwetenschappelijk hanteren van de DSM, waarbij een persoon verengd wordt tot één kenmerk – een label. Een diagnose op zich zegt echter niet veel (D. Bryssinck, persoonlijke communicatie, 22/10/2007) en moet dus meer zijn dan een label op zich (Todd e.a., 2004). Immers, de verstrekking en aansluiting van diensten in de hulpverlening wordt door het label mee bepaald (Todd e.a., 2004).

De introductie van deze terminologie had grote implicaties zowel voor de behandeling van het individu als voor het organisatiesysteem (Geerlings & Van Den Brink, 1995). Zoals kon verwacht worden maakte de combinatie van psychopathologie en verslaving de behandeling er niet gemakkelijker op. In toenemende mate erkende men dan ook de noodzaak aan screening en onderzoek na een bepaalde abstinentieperiode. Dit was nodig om het oorzakelijk verband tussen middelengebruik en psychopathologie te kunnen nagaan (Geerlings & Van Den Brink, 1995). Talloze publicaties zijn inmiddels verschenen over het verband tussen druggebruik en psychose. Het probleem is echter dat vaak nog over een psychose wordt gesproken als de cliënt nog onder invloed is. Zo stelt Post (1997)

in dit verband dat drugspsychosen en (schizofrene) psychosen vaak moeilijk te onderscheiden zijn. Op grond van het klinische beeld alleen is het immers niet mogelijk een drugspsychose van een echte psychose, zoals in geval van schizofrenie, te differentiëren. Dit wordt ook in de praktijk bevestigd door Bryssinck:

Het kan soms zijn dat bij opname blijkt dat iemand misschien psychotisch is, maar dat die psychose na een tijdje ook heel snel overgaat. Dan noemt dat een drugspsychose, een toxische psychose. Die komt enkel door het gebruik en verdwijnt ook spontaan als ze niet meer gebruiken. Bij dubbeldiagnose blijkt daarentegen dat mensen wanneer ze niet meer gebruiken, zij toch in een psychose terechtkomen, stemmen horen en hallucinaties krijgen. Dan kunnen we spreken van een echte psychose die eronder ligt (...). (Telefacts, Dubbeldiagnose, 25/07/2005).

Hoewel de literatuur in dit verband niet steeds eenduidig is, wordt een abstinentieperiode van twee tot vier weken doorgaans vooropgesteld om het risico op middelengeïnduceerde psychoses te beperken (Geerlings & Van Den Brink, 1995; Verheul, e.a., 1996; Post, 1997; Dom, 1999).

1.2 Factoren die bijdragen tot een toename van dubbeldiagnose problemen

De voorbije jaren is het aantal dubbeldiagnose patiënten gradueel toegenomen, evenals de problemen waarmee ze (op verschillende levensdomeinen) geconfronteerd worden (Dom, 1999). Het betreft een groep van vaak jonge(re) mensen, die te kampen hebben met ernstige, chronisch recidiverende problemen (Lamb, 1982; Dom, 1999; Bryssinck, 2003).

Een mogelijke verklaring voor deze toename, zo zegt Dom (1999), kan onder meer gevonden worden in een toegenomen maatschappelijke druk, onder andere door sociaal –economische veranderingen in onze samenleving. Door de grotere maatschappelijke druk op kwetsbare mensen, dreigen zij in een multi –probleem spiraal terecht te komen. Omdat er minder beschermende factoren aanwezig zijn in een kansarme omgeving, is ook de algemene levensbelasting meestal hoger. Sociaal –economische kansarmoede oefent immers een negatieve invloed uit met betrekking tot het ontwikkelen van allerlei psychische, medische en maatschappelijke problemen (Dom, 1999).

Daarnaast kan ook de toegenomen beschikbaarheid van psychoactieve middelen, in verband gebracht worden met de toegenomen dubbeldiagnose problematiek (Dom, 1999). Vaak is het experimenteren met en gebruik van drugs aan jongeren en jongerenculturen gebonden. Elke jongeren(sub)cultuur heeft zijn eigen voorschriften, trends (Dom, 1999; Slabbinck, 2006) en discours waarin het middel is ingebed (Slabbinck, 2006). Bovendien komen ernstige psychiatrische stoornissen vaak reeds tijdens de adolescentie tot uiting (Dom, 1999). Wanneer deze jongeren geconfronteerd worden met verschillende drugs, zo stelt Dom (1999), zijn ze vanwege hun psychische aandoening erg kwetsbaar om verstrikt te raken in middelengebruik en de daaraan gerelateerde problemen. Meer en meer kan dan ook opgemerkt worden dat jonge psychiatrische patiënten naar dubbeldiagnose patiënten evolueren (Dom, 1999).

1.3 Middelengebruik onder psychotici

Uit de bevindingen van Bryssinck e.a. (2003, 2005) blijkt dat psychotici minder selectief zijn in hun middelengebruik. Ze nemen wat er op de markt is. Daarin valt een sterke stijging op van de zogenaamde 'designerdrugs', alsook van heroïnegebruik. Naast deze middelen is ook cannabis massaal aanwezig (Bryssinck, 2003; Bryssinck, e.a., 2005).

Drake e.a. (2000) gingen in hun onderzoek de motieven van middelengebruik bij deze doelgroep na. Daaruit bleek dat middelengebruik opgevat kan worden als sociaal gedrag en desondanks speculaties over zelfmedicatie, geven personen met een psychiatrische stoornis aan dat ze alcohol en andere middelen gebruiken om eenzaamheid, sociale angst, slapeloosheid en verveling te bestrijden, eerder dan omwille van symptomen van hun psychiatrische stoornis of de neveneffecten van medicatie. Verder gaven de respondenten uit dit onderzoek aan dat middelengebruik hun sociale interacties verbetert. Ook Bryssinck (2003) merkt op dat druggebruikende psychotici vaak betere sociale contacten hebben dan niet gebruikers. Desalniettemin blijkt dit geen garantie voor een sterk uitgebouwd sociaal netwerk, zoals bleek na analyse van de Telefactsreportage rond Dubbeldiagnose. Voor deze reportage werden drie cliënten van het Psychiatrisch Centrum Sleidinge van naderbij gevolgd. Hoewel één van deze mensen wel bij zijn ouders terecht kan, wordt tijdens deze reportage ook gezegd dat: *"(...) De meerderheid heeft geen contact meer met hun thuis. Ze wonen in krakerspanden of er zijn weinig sociale vangnetten"* (Telefacts, Dubbeldiagnose, 25/07/2005).

Toch, zo zeggen verscheidene auteurs (Bryssinck, 2003; Bryssinck, e.a., 2005; Drake, e.a., 1998), hoeft het niet te verwonderen dat dubbeldiagnose cliënten hun druggebruik vaak niet als een probleem erkennen. Bijgevolg hebben de patiënten slechts weinig bereidheid om in abstinentie georiënteerde programma's te participeren (Drake, e.a., 1998). De behandeling van toxicomanie kan aldus pas succesvol zijn, naarmate men ook de onderliggende pathologie (psychose) behandelt. Toch moet ook voldoende belang besteed worden aan het druggebruik zelf. In de psychose functioneert dit immers als een betekenaar, namelijk een mogelijkheid tot identificatie – niet alleen voor het subject om zichzelf te kunnen zijn, maar ook voor sociale relaties aan te kunnen gaan en een groep te vormen (Bryssinck, 2003).

1.4 Relatie psychotische stoornis en middelengebonden stoornis

In de literatuur worden vier modellen aangehaald, waarin de relatie tussen een psychische stoornis en een middelengebonden stoornis besproken wordt. Zo kan allereerst het middelengebruik een gevolg zijn van een psychische stoornis. Ook het omgekeerde is mogelijk, waarbij dus de psychische stoornis een gevolg is van het middelengebruik. Voorts kunnen de twee stoornissen ook een gemeenschappelijke onderliggende factor hebben, of beiden kunnen onafhankelijk van elkaar bestaan (Geerlings & Van Den Brink, 1995; Dom, 1999; Van Ham & Sabbe, 2006). Dom (1999) merkt hierbij evenwel op dat dit soort indelingen weliswaar zinvol zijn in het kader van diagnostiek, maar desalniettemin een eerder kunstmatig karakter hebben. Bijgevolg zal men bij vele dubbeldiagnose patiënten elementen uit de vier modellen kunnen weerhouden. Daarom, zo stelt dezelfde auteur, is het belangrijk om per individu na te gaan wat de specifieke beïnvloedende factoren zijn.

1.4.1 Het middelengebruik is een gevolg van een psychische stoornis

In dit eerste model vormt een reeds aanwezige psychiatrische stoornis de aanleiding voor het ontstaan van middelengebruik en verslaving (Lehman e.a., 1989; Geerlings & Van Den Brink, 1995). Van Ham en Sabbe (2006) maken hierbij een onderscheid tussen het psychosociaal risicofactorenmodel en het supersensitiviteitsmodel. Beide modellen worden hieronder nader toegelicht.

1.4.1.1. Het supersensitiviteitsmodel

Volgens het supersensitiviteitsmodel zijn mensen met een ernstige psychische stoornis gevoeliger voor de effecten van middelen. Bijgevolg kan reeds een lage(re) dosis volstaan om de gewenste effecten te bekomen (Drake e.a., 1998; Van Ham & Sabbe, 2006).

1.4.1.2. Het psychosociaal risicofactorenmodel

Het psychosociaal risicofactorenmodel is iets omvattender dan het supersensitiviteitsmodel. Het betreft de verzamelnaam voor drie 'submodellen' waarin telkens de psychische problematiek van het individu op de voorgrond staat (Dom, 1999).

De verklaring vanuit het eerste submodel stelt dat patiënten met een ernstig psychische stoornis vatbaarder zijn voor neerslachtige gevoelens. Om met deze gevoelens om te kunnen gaan, zou dit resulteren in een toenemend gebruik van psychoactieve middelen.

Het tweede submodel, het meervoudige risico model, richt zich op de gemeenschappelijke risicofactoren voor zowel het ontstaan van een psychische als een middelengebonden stoornis.

Tenslotte is er ook nog het derde submodel, dat bekend staat als het zelfmedicatiemodel. De zelfmedicatiehypothese stelt dat de interactie tussen de psycho-farmacologische werking van het middel, de symptomen en pijnlijke gevoelens waarmee de persoon geconfronteerd wordt, de keuze voor een middel bepaalt (Van Ham & Sabbe, 2006). Aldus begint de patiënt middelen te gebruiken in een poging deze symptomen te mildereren en (de vaak overweldigende) emoties te controleren (Dom, 1999; Van Ham & Sabbe, 2006). Evenwel bestaat het risico dat de patiënt hierdoor in een neerwaartse spiraal terechtkomt, die uiteindelijk kan uitmonden in misbruik en/of verslaafd gebruik (Dom, 1999). Bovendien blijken deze patiënten vooral die producten te gebruiken die binnen hun leef –en wooncontext beschikbaar zijn. Auteurs als Mueser (Mueser, e.a., 1998) en Drake (Drake, e.a., 2000) besluiten echter dat er weinig tot geen directe ondersteuning is voor het zelfmedicatiemodel. Desalniettemin lijkt deze theorie bij vele dubbeldiagnose patiënten toch een rol te spelen (Dom, 1999).

1.4.1.3. Identiteit/ identificatie

Naast de verklaringen die aangereikt worden door het psychosociaal risicofactorenmodel en het supersensitiviteitsmodel, kan ook de identiteit die als

druggebruiker verkregen wordt als een reden voor gebruik beschouwd worden (Van Ham & Sabbe, 2006). Immers, het gebruik van middelen zorgt niet alleen voor een zekere symptoomreductie, maar laat tevens een identificatie met het beeld van 'druggebruiker' toe (Bryssinck, 2003; Bryssinck e.a., 2005). De samenleving kent bepaalde subculturen waar de inname van een middel een ankerpunt tot identificatie vormt (Slabbinck, 2006). De invloed van deze identificatie toont zich duidelijk bij psychotici die, ondanks een minimaal gebruik, de aandacht tóch op hun gebruik vestigen. Overigens laat dit de persoon toe de individuele problematiek in een cultuur te schuiven en aldus te representeren. Muziekgenres kunnen hiervoor als ankerpunt dienen, zoals blijkt uit volgende getuigenis:

*Je begint te scatten en gewoon euh... De klanken die uit mijn hart komen gewoon d'eruit, zo 10 minuten aan een stuk niet anders dan *scatgeluiden*. En da's de max, weet' wel? Je kunt da vree goe gebruiken op muziek als g'u volledig aan't geven zijt en ge zijt aan't orakelen en dan aan't djembe spelen, dan hebde kunst. Dan hebde pure muziek, vind ik. (Telefacts, Dubbeldiagnose, 25/07/2005).*

Het subject hanteert dus een bepaald discours, dat mogelijk maakt zich in een bepaalde wereld te handhaven en in te voegen (Slabbinck, 2006). Door deze identiteit maakt de persoon deel uit van een bepaalde subcultuur (Drake & Wallach, 1989; Gafoor & Rassool, 1998; Bryssinck, 2003) waarbinnen gemakkelijker (minder stigmatiserende) sociale interacties aangegaan kunnen worden (Gafoor & Rassool, 1998; Bryssinck, 2003). In dit verband wordt ook wel gesproken over een 'dubbeldiagnose paradox', waarmee bedoeld wordt dat dubbeldiagnose patiënten beter functioneren op sociaal/ relationeel vlak in vergelijking tot enkelvoudig psychotische patiënten (Van Ham & Sabbe, 2006).

Dat de identiteit van druggebruiker veel acceptabeler is in vergelijking met hoe het is om als 'psychiatrische patiënt' gelabeld te worden (Lamb, 1982, Bryssinck, 2003), blijkt ook uit het feit dat de nood aan psychiatrische hulpverlening vaak ontkend wordt (Lamb, 1982). Het volgende citaat geeft dit overigens treffend weer:

Many feel that becoming part of the mental health system is like joining an army of misfits. Instead, many medicate themselves with street drugs; thus they also gain admittance to the drug subculture, where they can find acceptance despite their lack of status in the conventional sense. (geciteerd in Lamb, 1982, p. 466).

Wanneer een dubbeldiagnose patiënt na behandeling toch terugkeert naar druggebruik, wordt dit echter eerder beschreven als een herval van ziekte, dan als een terugkeer naar de normen van hun subcultuur (Drake & Wallach, 2000).

Concluderend kan gesteld worden dat in de eerste plaats de functie van het gebruik bij de patiënt duidelijk moet zijn en begrepen worden (Dom, 1999; Slabbinck, 2006). De redenen waarom een psychotisch iemand zich behelpt met een aan een middel gebonden oplossingspoging, kunnen zeer verschillend zijn (Slabbinck, 2006). Dom (1999) stelt bijvoorbeeld dat middelengebruik vaak gehanteerd wordt als een verklaring voor de ervaringen en veranderingen die zich bij het individu voordoen en veroorzaakt worden door de psychose. Angsten, wanen en dergelijke meer kunnen toegeschreven worden aan 'stoned zijn' in plaats van 'gek zijn' (Dom, 1999). Het statuut van druggebruik onder deze populatie kan dus slechts begrepen worden in relatie tot en in functie van de aanwezige psychotische problematiek (Slabbinck, 2006).

1.4.2 Het middelengebruik geeft aanleiding tot psychische problemen

Psychotische symptomen kunnen ontstaan na het gebruik van bepaalde middelen zoals amfetamine, LSD en cannabis (Post, 1997; Van Ham & Sabbe, 2006). Ook middelen zoals speed kunnen dergelijke symptomen uitlokken, zoals blijkt uit de getuigenis van een (ex)patiënt van de afdeling Dubbeldiagnose van het Psychiatrisch Centrum Sleidinge:

Ik heb zo wel een periode gehad waarin ik veel cocaine gebruikte. Het kostte me teveel geld. Ik schakelde over op speed omdat dat goedkoper zou zijn. En dat heeft nog geen week geduurd en ik zijn zo psychotisch als iets geworden. Ik werd er knettergek van, van die speed. Echt wel gevaarlijk spul. (Telefacts, Dubbeldiagnose, 25/07/2005).

Hier vormt dus het middelengebruik de aanleiding voor het ontstaan van een psychiatrisch ziektebeeld (Lehman e.a., 1989; Geerlings & Van Den Brink, 1995). Wanneer de patiënt stopt met gebruik, klaren na een aantal weken ook meestal de symptomen op (Verheul, e.a., 1996; Post, 1997; Dom, 1999) – weliswaar op voorwaarde dat het om een middelengeïnduceerde psychotische stoornis gaat (Dom, 1999). Dit betekent dan ook dat deze mensen niet voldoen aan de DSM-IV definities van psychotische stoornis én middelengebonden stoornis, wat er op zijn

beurt op wijst dat deze patiënten strikt genomen niet als dubbeldiagnose patiënten beschouwd kunnen worden (Dom, 1999).

1.4.3 Een gemeenschappelijke onderliggende kwetsbaarheid geeft aanleiding tot het ontstaan van beide problematieken

Gemeenschappelijke onderliggende factoren kunnen een patiënt predisponeren tot zowel psychische problemen als middelengebruik (Lehman e.a., 1989). Deze kwetsbaarheidfactoren situeren zich zowel op genetisch, lichamelijk als socio - familiaal vlak (Dom, 1999). In lijn met dit model kan bijvoorbeeld gedacht worden aan een onderliggend trauma of gemeenschappelijke genetische kwetsbaarheid, hoewel er tot nog toe geen eenduidigheid bestaat voor een gen dat verantwoordelijk zou zijn voor het ontstaan van zowel psychische stoornissen en verslavingsgedrag (Geerlings & Van Den Brink, 1995). Ook Dom (1999) bevestigt dit en stelt dat het gaat om multifactoriële aandoeningen, die veroorzaakt/ uitgelokt worden door multipale interne (bijvoorbeeld genetische) als externe (bijvoorbeeld sociaal –economische status) factoren (Dom, 1999).

1.4.4 Het middelenmisbruik en de psychische aandoening bestaan onafhankelijk naast elkaar

Dit laatste model vertrekt vanuit de aanname van een duaal – primaire diagnose, wat betekent dat de patiënt lijdt aan twee initieel onafhankelijke stoornissen, die elkaar voortdurend kunnen beïnvloeden (Lehman e.a., 1989; Geerlings & Van Den Brink, 1995). Hoewel een oorzakelijk verband tussen beide stoornissen ontbreekt, heeft dit samengaan voor beide probleemgebieden een negatief effect (Dom, 1999). De kans op herstel wordt hierdoor ook steeds kleiner (Geerlings & Van Den Brink, 1995).

1.5 Beeldvorming

1.5.1 Historische situering vanuit verschillende perspectieven

De (maatschappelijke) bewustwording van problemen bij patiënten met ernstige psychische problemen bleef lange tijd uit (Drake & Wallach, 2000). In de literatuur uit de beginjaren 1980 werd deze doelgroep beschreven als 'young adult chronic patients', ook wel 'the new drifters' genoemd (Lamb, 1982). Met deze terminologie

toonde men enerzijds aan dat deze jongeren problemen ervoeren op verschillende leefdomeinen en deze trachtten te ontvluchten door te verhuizen of zich te handhaven in een drugcultuur, als een poging om te gaan met hun psychiatrische problemen en het leven in de samenleving. Anderzijds wees men ook op het gebrek aan geïntegreerde hulpverlening, waardoor deze doelgroep van de ene naar de andere voorziening 'op drift' was (Lamb, 1982).

In de jaren 1980- 90 werd de dubbeldiagnose patiënt vaak in verband gebracht met thema's als 'homeless people with mental illness', 'geweld en agressie', 'internering', 'treatment non-compliance' en het risico op HIV besmetting (Drake & Wallach, 2000). Opmerkelijk is, zo stellen Drake en Wallach (2000) in hun onderzoek, dat deze eerste studies vaak de mate van interactie tussen de problemen negeerde en deze beschreven als op zichzelf staande stoornissen, klaar om gecatalogeerd te worden. In het bijzonder werd bijvoorbeeld de rol van middelenmisbruik als een onderliggende factor vaak genegeerd (Drake & Wallach, 2000). Hierin komt echter verandering sinds eind de jaren 1980, onder meer met de erkenning dat comorbide stoornissen grote implicaties hebben voor de klinische praktijk (Drake & Wallach, 1989; Lehman e.a., 1989). Sinds de jaren 1990 is de erkenning inzake de relatie tussen middelengebonden stoornissen en andere negatieve uitkomsten bij patiënten met een dubbele diagnose verder toegenomen en zag men de meerwaarde van een geïntegreerde behandeling voor deze doelgroep in (Drake & Wallach, 2000).

Concluderend kan dus gesteld worden dat de introductie van het concept dubbeldiagnose in de late jaren 1980 belangrijk was in het focussen van de aandacht op problemen van middelengebruik onder patiënten met ernstige psychische problemen in de samenleving. Het creëerde een mandaat voor behandeling en leidde tot de verheldering en de ontwikkeling van geïntegreerde benaderingen (Drake & Wallach, 2000).

1.5.2 Perspectieven op Dubbeldiagnose

Drake en Wallach (2000) maken een onderscheid tussen vier perspectieven op dubbeldiagnose. Immers, zo stellen deze auteurs, dezelfde problemen kunnen zowel vanuit medisch, moralistisch, psychosociaal als fenomenologisch perspectief belicht worden. In het kader van de beeldvorming over de dubbeldiagnose patiënt, worden hieronder de voor –en nadelen van deze vier perspectieven besproken.

1.5.2.1. Medisch perspectief

Het psychiatrische veld neigde lange tijd om problemen gerelateerd aan middelengebruik te zien vanuit een medisch standpunt, in termen van ziekte of stoornis. Door deze focus werd geïmpliceerd dat de problemen inherent en intern verbonden zijn aan de patiënt zelf – wat op zijn beurt de rol van het publieke beleid minimaliseerde (Drake & Wallach, 2000). Vanuit dit model wordt middelengebruik omschreven als “(...) a chronic, relapsing illness” (geciteerd in Drake & Wallach, 2000, p. 1127). Men houdt er dus geen rekening mee dat het druggebruik wel eens een (secundair) copingmechanisme zou kunnen zijn, om met de psychiatrische problemen om te gaan. Het gevaar is dan ook dat wanneer een dubbeldiagnose patiënt stopt met de behandeling en terugkeert naar druggebruik, dit als een herval van ziekte beschreven wordt, eerder dan als een terugkeer naar de normen van zijn/ haar subcultuur (Drake & Wallach, 2000). Bovendien, zo stellen dezelfde auteurs, houdt de dominantie van het medisch perspectief het risico in dat er een overdreven nadruk gelegd wordt op de biologische factoren, waardoor belangrijke psychosociale risico's verduisterd worden. De zelfmedicatiehypothese, bijvoorbeeld, mankeert een stevige onderbouwing maar heeft toch veel invloed gewonnen juist omdat deze kadert in het dominant medisch paradigma (Drake & Wallach, 2000).

1.5.2.2. Moralistisch perspectief

Onze cultuur houdt er frequent een moralistische visie op na, voor wat het gebruik van (psychoactieve) middelen en verslaving betreft (Van Der Stel, 1997; Drake & Wallach, 2000). Dit blijkt onder meer uit thema's waarin middelengebruik in verband gebracht wordt met het verlies van zelfbeheersing, crimineel en gevaarlijk gedrag, gedrags –en/ of karakterstoornissen (Drake & Wallach, 2000). Het moralistisch perspectief op druggebruik heeft vaak de publieke opinie en het publieke beleid gedomineerd. De eerste 'drankbestrijdersorganisaties', 'herstellingsoorden' (Van Der Stel, 1997), maar ook de vroege ontwikkelingen in de milieutherapie (Neill, 1986) en de harde aanpak van controle en straffen om het middelengebruik de kop in te drukken (Drake & Wallach, 2000), zijn elk op hun beurt illustraties van deze moralistische opvatting. Meer recent en betrokken op de cliëntenpopulatie uit het Psychiatrisch Centrum Sleidinge, kan ook de conclusie van de Telefactsreportage aangehaald worden. Zo eindigt deze reportage met de volgende woorden:

Na de behandeling zijn de patiënten niet volledig genezen, maar ze vormen geen gevaar meer voor de maatschappij. G. is vandaag uit zijn psychose en houdt zich aan de regels. E. heeft de instelling verlaten en woont terug thuis bij zijn ouders. En Y. is gelukkig in z'n boomhut. (Telefacts, Dubbeldiagnose, 25/07/2005).

Drake en Wallach (2000) reageren tegen een dergelijk moralistisch perspectief en benadrukken dat de criminalisering en internering van personen met een psychiatrische problematiek vaak het gevolg is van middelengebruik en de daaraan gerelateerde psychosociale instabiliteit. Eveneens stellen deze auteurs dat individuen met een psychiatrische problematiek vaak eerder slachtoffers, dan veroorzakers van geweld zijn. Om verdere criminalisering te vermijden, moeten deze mensen kunnen leven in veilige settings, adequate inkomens krijgen en mogelijkheden tot succeservaringen opdoen. Een moralistische visie ten aanzien van mensen die door het publieke beleid in de straten zijn geduwd, lijkt hen immers onwaarschijnlijk te kunnen helpen (Drake & Wallach, 2000).

1.5.2.3. Psychosociaal risicoperspectief

De focus van dit model ligt in eerste instantie op het veranderen van de sociale omgeving en de publieke beleidsniveaus, en vormt als dusdanig een zinvol tegenwicht op het overheersende medische en moralistische discours. De redenering is dat een buurt die gekenmerkt wordt door een (hoge) aanwezigheid van criminaliteit, drugs en een afwezigheid van beschermingsfactoren (zoals goed betaalde jobs, sociale netwerken, ed), haar inwoners kwetsbaar(der) maakt voor middelengebruik – zeker wanneer ook biologische en psychologische kwetsbaarheden en een bijzonder lage kans op ontwikkelingsmogelijkheden een negatieve invloed uitoefenen (Drake & Wallach, 2000).

1.5.2.4. Fenomenologisch perspectief

Dit model focust vooral op de nood aan een geïntegreerde en betrouwbare hulpverlening en de betekenis die de dubbeldiagnose patiënt geeft aan zijn gebruik (Drake & Wallach, 2000). Sommige patiënten vertellen dat het gebruik hun mogelijkheden versterkt, zoals blijkt uit de volgende getuigenis van een ex-patiënt verbonden aan de afdeling Dubbeldiagnose van het Psychiatrisch Centrum Sleidinge:

Als ik gebruik, is mijn brein verbonden me't internet. Ik verstuur dan berichtjes met mijn brein naar de maan. De maan is een natuurlijke satelliet. Ge moet er

voor betalen en ge moet wel mekaar kennen. Met iemand die je niet kent, daar kun je niet mee chatten. Je moet ze kennen uit het dagelijkse leven. En dan kun je d'er mee chatten. Ge kunt mij zot verklaren, maar toch is't zo. (Telefacts, Dubbeldiagnose, 25/07/2005).

Verder blijkt uit de studie van Drake & Wallach (2000) dat *"people with dual disorders (...) do not report attempts to treat their own illness by using alcohol or drugs but rather recount confused attempts to survive the stress of mental illness, patienthood, victimization, lack of opportunities, and hopelessness"* (geciteerd in Drake & Wallach, 2000, p. 1128). Eveneens het belang van het behoren tot een subcultuur, kan onder dit perspectief geplaatst worden.

1.5.3 Beeldvorming

Inzake het concept 'beeldvorming' is het belangrijk de opmerking van Laing (1980) ter harte te nemen. Deze auteur, en met hem nog vele andere, waarschuwt in het bijzonder voor het gevaar van de 'self fulfilling prophecy', wat erop neerkomt dat je te zien krijgt wat je wilt zien. Als gevolg hiervan komt men er niet toe de persoon achter de patiënt(e) te zien (Laing, 1980). Dat dit niet altijd eenvoudig is, blijkt uit de uitspraak van een moeder van een (ex)patiënt van de afdeling Dubbeldiagnose van het Psychiatrisch Centrum Sleidinge. Enerzijds komt de persoon achter de patiënt duidelijk naar voor, anderzijds wordt 'zijn andere kant' als onmenselijk, zelfs monsterlijk, afgeschilderd:

(...) Wat hij ook doet, doet hij gewoonlijk heel goed. Of het nu werken, studeren, dansen of zingen is, eender wat, 't is altijd goed. We zijn altijd trots op hem. Maar hij houdt nooit vol en zakt altijd terug door zijn benen. En als'em den andere kant van E. is, dan verandert hij een beetje. Soms zelfs dat je denkt van: 'dat kan niet. Dat kan hem niet zijn. Dat is een monster. Dat kan niet.' (Telefacts, Dubbeldiagnose, 25/07/2005).

Ook de idee dat *"(...) mental illness happen between people, or between an individual and his own inner representation"* (geciteerd in Burns, 2000, p. 166) dient hier als richtinggevend te worden beschouwd. Tucker (2001) wijst er tevens op dat de term 'psychose' uit het medisch vakgebied stamt en gebruikt wordt *"to refer to unusual experiences, perceptions (such as hearing voices) and beliefs"* (geciteerd in Tucker, 2001, p. 234). Het is op basis van deze percepties en

overtuigingen die de persoon erop nahoudt, dat anderen hem/haar gaan zien als 'out of touch' met de realiteit (Tucker, 2001).

Het hoeft dan ook niet meteen te verwonderen dat er in de tussenmenselijke verhouding een extreem geval van disjunctie ontstaat, wanneer een persoon benaderd (of erger: beoordeeld) wordt vanuit de hypothese dat hij/zij onzin uitkraamt (Laing, 1980). Echter, verscheidene auteurs hebben er reeds op gewezen dat de 'wanen' en andere psychotische verschijnselen voor de persoon in kwestie een belangrijke functie en betekenis(verlening) vervullen (Paget, 2000; Tucker, 2001; Verhaeghe, 2002; Bryssinck, 2003; Sanchez, 2004). Laing (1980) stelt dat hun 'verwarde' toestand ook door ons beter kan begrepen worden, wanneer we oog hebben voor de concrete, persoonlijke wisselwerking van de patiënt, en het communicatiesysteem dat daarbinnen werkt.

Verhaeghe (2002) merkt op dat het onderscheid tussen wat als 'normaal' en 'abnormaal' beschouwd wordt, veeleer normatief willekeurig gemaakt wordt. Ook dient dit onderscheid gezien te worden in een bepaalde (historisch gegroeide) maatschappelijke context. Zo stond gedurende een hele tijd 'abnormaliteit' synoniem voor 'deviantie'. De term kaderde binnen een juridisch kader, waarin de bescherming van de maatschappij voorop gesteld werd. In de context van de juridisch -maatschappelijke diagnostiek is dit overigens nog steeds geval. Dit betekent dan ook dat in deze context de zorg en ondersteuning voor de patiënt slechts op de tweede plaats komt. De problemen op vlak van de (on)toerekeningsvatbaarheid, alsook de confrontatie met de verplichte (en dus onvrijwillige) psychotherapie dringen zich op. In dit verband is het zinvol de opmerking van Verhaeghe (2002) te situeren, waarin hij stelt dat *"het kunnen verklaren van een gedrag geen synoniem is voor het goedkeuren ervan"* (geciteerd in Verhaeghe, 2002, p. 116) en dat een beoordelende en een psychoanalytisch -therapeutische positie niet met elkaar te rijmen vallen (Verhaeghe, 2002).

1.5.4 De paria's van de samenleving

Tot midden de jaren 1980 ontvingen patiënten met een dubbeldiagnose enkel zorg en ondersteuning vanuit ófwel de drughulpverlening, ófwel de geestelijke gezondheidszorg. Van ondersteuning door beide diensten was doorgaans geen sprake, van een dubbele exclusie des te meer (Drake & Mueser, 2000; Bryssinck, 2003). Deze mensen konden immers niet terecht in de 'traditionele' psychiatrie,

omwille van hun verslavingsproblematiek (Post, 1997). Maar ook in de standaard therapeutische gemeenschap voor druggebruikers vielen deze mensen uit de boot omdat er onvoldoende kennis voorhanden was inzake psychopathologie. Dit had dan ook tot gevolg dat de ernstige 'Mentally Ill Chemically Abusers' niet werden toegelaten in de klassieke therapeutische gemeenschap, temeer ook omdat met deze groep slechtere resultaten behaald werden in vergelijking met de episodisch psychotische en 'Chemically Abusing Mentally Ill' populatie (De Leon, 2005). Dubbeldiagnose patiënten werden dan ook dikwijls van de kast naar de muur gestuurd en konden met recht en rede de echte paria's van de samenleving worden genoemd (Bryssinck, 2003; Bryssinck, e.a., 2005). Door dit gebrek aan zorgafstemming, kregen deze cliënten veelal niet de hulp die ze nodig hadden (Drake, e.a., 1998; Post, 1997). Hun prognose was dan ook in vele gevallen uiterst somber, de nood aan een geïntegreerde hulpverlening uiterst hoog. Pas vanaf het midden van de jaren '80 wordt een beweging tot integratie van beide zorgnetten in gang gebracht (Van Der Stel, 1997; Drake, e.a., 1998). Deze tendens heeft een ontwikkeling van meer effectieve interventies voor dubbeldiagnose met zich meebracht. Naarmate de integrale hulpverlening verder evolueerde, werden de behandelingsprogramma's steeds alomvattender en kwam een toegenomen klemtoon te liggen op interventies die inspelen op de motivatie van de betrokkenen (Geerlings & Van Den Brink, 1995; Drake, e.a., 1998; Van Der Stel, 1998; Drake, e.a., 2000).

1.6 Conclusies van het hoofdstuk

In dit hoofdstuk werd ingegaan op de beeldvorming, de verschillende perspectieven en representaties met betrekking tot dubbeldiagnose patiënten. De geschiedenis van de terminologie werd hiervoor nader bekeken, alsook de tekortkomingen en kritieken die daarop van toepassing zijn. Inzake het concept 'beeldvorming' en al wat daarmee samenhangt, werd duidelijk gemaakt dat, terwijl de psychose het individu van zijn omgeving en anderen vervreemdt, het ritueel van drugs dealen en het behoren tot een drugscultuur, de patiënt een gevoel kan geven er toch bij te horen (Dom, 1999). Het middelengebruik kan met andere woorden de functie hebben van toch enigszins in de 'normaliteit' te leven (Dom, 1999; Bryssinck, 2003; Slabbinck, 2006). Bovendien kan het druggebruik in dit opzicht ook voor de omgeving een aanvaardbare verklaring bieden voor het bizarre gedrag van het betreffende individu (Dom, 1999).

Verder werd de lijn doorgetrokken naar de implicaties voor behandeling van patiënten met een dubbeldiagnose. Concluderend hierbij kan gesteld worden dat

er de laatste jaren, en dan vooral sinds 1980, sprake is van een groeiend bewustzijn van en aandacht voor het probleem van co-morbiditeit van middelengebruik bij mensen met een ernstige psychiatrische stoornis (Drake en Mueser, 2000). De beweging naar geïntegreerde hulpverlening die hieruit voortvloeide, heeft een toegenomen behandelrepertoire van zorg op maat met zich meegebracht en heeft van traditionele benaderingen en voorzieningen vernieuwende innovaties geveerd.

Het Psychiatrisch Centrum Sleidinge heeft deze evolutie zelf aan de lijve kunnen ondervinden. Onder invloed van een toegenomen cliëntenpopulatie van vooral (potentieel) psychotische, drugsverslaafde jongeren diende een nieuw model ontwikkeld te worden dat rekening hield met deze twee klinisch verschillende beelden (Bryssinck, 2003; Bryssinck e.a., 2005). In hoofdstuk IV wordt hier verder op ingegaan. Vooreerst ga ik over tot een nadere bespreking van het ideeëngoed van Maxwell Jones en Jacques Lacan (respectievelijk hoofdstuk II en III). Op deze manier wil ik het kader schetsen waarop de werking van de afdeling Dubbeldiagnose van het Psychiatrisch Centrum Sleidinge is gebaseerd.

2 HOOFDSTUK II: milieutherapie en Maxwell Jones

2.1 Inleiding

Na de Tweede Wereldoorlog blijkt steeds meer het belang van de omgeving bij de behandeling van psychiatrische patiënten. Het werk van Bridger, Bion en Jones in Engeland hebben hier in belangrijke mate toe bijgedragen (Janzing & Kerstens, 1997). Uit een studie van Broekaert e.a. (2000) blijkt dat Bion vooral gekend was omwille van zijn werk met soldaten die te lijden hadden aan posttraumatische stress en andere psychologische klachten. Hierbij ontwikkelde Bion een model waar het psychoanalytisch ideeëngoed op groepsniveau kon worden toegepast. Zijn plaats werd na enige tijd ingenomen door Harald Bridger. Deze vertrok vanuit het concept van de zogenaamde Britse 'social clubs' en trachtte een 'transitional space of experience' te creëren, in navolging van de ideeën van Winnicott. Nadien breidde Bridger dit concept uit naar het scheppen van een ruimte waarin de cliënten zich vrijelijk konden bewegen.

Kooyman (2001) geeft aan dat de roots van de democratische therapeutische gemeenschap vooral kunnen teruggevoerd worden tot de aanpak van Maxwell Jones in het Northfield hospital. Centraal voor Jones stond de participatie van patiënten in de besluitvoering, een aanpak die hij zelf 'democratische therapie' noemde. Deze benadering ontwikkelde zich in een therapeutische gemeenschap voor psychiatrische patiënten, met name voornamelijk soldaten die leden onder neurotische hartstoeornissen (Rawlings & Yates, 2001). Ook hield Jones zich bezig met de reorganisatie van psychiatrische ziekenhuizen (Janzing & Kerstens, 1997; Broekaert e.a., 2000). Net zoals Bion en Bridger, ging ook Jones er namelijk van uit dat het doorbreken van de hiërarchie in de kliniek een openheid creëert die dienstdoet als een belangrijk therapeutisch middel.

Therapeutische gemeenschappen specifiek gebaseerd op een democratische visie en een psychoanalytisch perspectief, werden opgericht in de vroege 20e eeuw en breidden zich uit tot behandeling van eerst neurotische patiënten en persoonlijkheidsstoornissen en later tot de behandeling van de chronisch psychiatrische stoornissen.

2.2 Naar een nadere conceptualisatie

Er heerst nogal wat ambiguïteit met betrekking tot het onderscheid tussen 'milieu therapie' en 'therapeutische gemeenschap', zo stelt Devine (1982). Dezelfde auteur benadrukt echter dat beide termen gedurende de jaren 1940-1950 in Engeland als synoniemen werden gebruikt en dat de roots van beide benaderingen diep met elkaar verweven zijn. Broekaert e.a. (2000) stellen eveneens dat de term 'therapeutic community' voor het eerst gedurende die periode gebruikt werd. Waar het om gaat is dat milieutherapie bedoeld is om cliënten met gedragsstoornissen te resocialiseren, door de omgeving zelf te gebruiken als een instrument in behandeling (Jones, 1979; Devine, 1982). De vraag naar wat bijdraagt tot een beter leven en een betere samenleving wordt hierbij als uitgangspunt gehanteerd (Neill, 1986). Vooral in de beginjaren situeerde de milieutherapeutische benadering zich aldus in de lijn van morele behandeling. Echter, onder invloed van de psychoanalyse en de Tweede Wereldoorlog ontwikkelde de milieutherapie zich verder in de richting van een meer progressieve benadering (Neill, 1986).

Visher en O'Sullivan (1970) omschrijven milieutherapie als: "(...) *a careful structuring of the social and physical environment of a psychiatric treatment program so that every interaction and activity is therapeutic for the patient. Open communication between staff members and patients is encouraged.*" (geciteerd in Devine, 1982, p. 182-183). Deze omschrijving ligt in lijn met de visie van Maxwell Jones, die stelde dat de hele theorie rond het concept van de therapeutische gemeenschap gestoeld is op interpersoonlijke relaties (Jones, 1986). Ook Gale (2003) stelt dat de therapeutische gemeenschap hét voorbeeld bij uitstek is van hoe interactie met andere leden van de gemeenschap verandering mogelijk maakt en aldus de basis vormt voor behandeling.

Een ander basisconcept is dat de cultuur de attitudes, waarden en overtuigingen van zijn leden reflecteert (Jones, 1986). Deze worden indien mogelijk bekomen door consensus, maar zijn hoofdzakelijk het resultaat van groepsinteractie (Jones, 1986). Echter, zo stelt dezelfde auteur, groepen kunnen ook zelfvernietigend zijn als ze zich louter en alleen richten op het bereiken van doelen, in plaats van open te staan voor het sociaal leerproces. Indien dit het geval is, dreigen de noden van het individu of de groep opzijgeschoven te worden ten gunste van het bereiken van het einddoel (Jones, 1986).

2.3 Het therapeutisch milieu

Van een gezond therapeutisch milieu kan gezegd worden dat het gekenmerkt wordt door een dialogisch engagement, wat een cruciale factor is in het creëren van een gevoel van saamenhorigheid (Winship, 2004). Frequente groepsbijeenkomsten kunnen hier als ondersteuning dienen (Jones, 1986). Wanneer een gemotiveerde therapeutische groep regelmatig saamenkomt en er een hoge mate van vertrouwen is opgebouwd, wordt het mogelijk dat sommige of zelfs alle groepsleden zich bewust worden van verandering in hun ideeën of perspectieven, zelfs wanneer deze op het eerste zicht geen relatie hebben met het bewuste groepsproces. De individuen identificeren zich steeds meer met de groepsleden en de behandeling zelf (sociaal leren) is gecentreerd rond de kwaliteit van de relaties en de sociale en culturele krachten die in de omgeving aanwezig zijn (Jones, 1986).

Janzing e.a. (1997) zien het therapeutisch milieu als een variatie op een oud thema, waarbij getracht wordt een milieu te bieden dat de behandeling en begeleiding aan de patiënt geeft die hij nodig heeft en waarbij onderkend wordt dat problemen bepaald worden door een samenspel van sociale, psychologische en lichamelijke factoren. Het therapeutisch milieu dient nu een antwoord te bieden op de vragen die de patiënt stelt. Een humane, meelevende benadering is hiervoor een vereiste. Sinds een aantal jaar is er ook sprake van een groei naar meer gedifferentieerde therapeutische milieus, die specifiek afgestemd zijn op bepaalde groepen gebruikers. De concrete uitwerking van dit idee in behandelingsprogramma's heeft echter lange tijd veel problemen ondervonden. Immers, milieutherapeutisch werken betekent dikwijls dat afgeweken moet worden van gangbare wijzen van behandeling en onderling overleg (Janzing & Kerstens, 1997). Open onderlinge communicatie is dan ook van groot belang om een goede samenwerking tussen team en cliënten in stand te houden (Bryssinck, 2003). De hiërarchische en patriarchale inrichtingsorganisatie wordt doorbroken en vervangen door meer democratische organisatievormen. Dit houdt een poging in tot opdeling van grotere inrichtingen in kleine, relatief onafhankelijke subsystemen. Dit vinden we eveneens terug in de omschrijving van Clark (1977), die de democratische therapeutische gemeenschap typeert als *"a small face-to-face residential community using social analysis as its main tool"* (Clark, 1977 in: Vandevelde, e.a., 2004, p. 67).

2.4 Doelgroep(en) van Maxwell Jones

2.4.1 Maxwell Jones en dubbeldiagnose

Om de visie van Maxwell Jones inzake dubbeldiagnose te achterhalen, heb ik via het TCA-forum met enkele mensen contact opgenomen die Maxwell Jones persoonlijk kenden. De volledige emails kunt u in bijlage (1) terugvinden. Uit de resultaten bleek dat Maxwell Jones de term 'dubbele diagnose' als dusdanig niet gebruikt heeft:

(...) the further separation of a human being with mental health problems, and a person with problems of addiction - dual-diagnosis (as I understand it) - took even longer. And my guess is that in his main working life, in any event, Max had not explicitly grappled with them as separate aspects of a single individual (C. Fees, persoonlijke communicatie, 07/05/2007).

Een plausibele verklaring kan gevonden worden in de recente hantering van de term 'dubbeldiagnose' (zie eerder hoofdstuk I). Ook Dennie Briggs deelt in deze mening en zegt: *"In our discussions and in his writings I don't recall Max mentioning dual diagnosis; that concept emerged during the 1980s. By that time, Max had retired"* (D. Briggs, persoonlijke communicatie, 02/06/07).

2.4.2 Nadere analyse van de doelgroep van Maxwell Jones

Uit de literatuur blijkt dat Maxwell Jones vooral geassocieerd kan worden met het werken met 'psychopaten' (Vandevelde 1999; Broekaert, e.a., 2000; Burns, 2000; Briggs, 2002; 2003), een doelgroep die nu ook wel aangeduid wordt met termen als 'antisociale persoonlijkheidsstoornis' of 'dangerous severe personality disorder' (Burns, 2000). In de jaren 1960 –'70 werkte hij evenwel meer met een cliëntenpopulatie met eerder psychiatrische problemen (Broekaert, e.a., 200).

Briggs (2002; 2003) stelt onder meer dat Jones zich richtte op de behandeling van delinquenten, drugsverslaafden, getraumatiseerde soldaten en chronisch karakter –en gedragsgestoorde patiënten – deze laatste zijnde een patiëntengroep waarvan gesteld wordt dat ze konden manipuleren en beschuldigen, maar niet begrijpen hoe die andere persoon zich voelt. In tegenstelling tot de traditionele psychiatrische interventies richtte Jones zich niet op de stoornis op zich, maar focuste hij op het promoten van groei bij zijn patiëntengroep (Briggs, 2003). Jones

toonde het belang van de omgeving aan om het creatieve potentiaal van de patiënten naar boven te halen, hen als personen te (h)erkennen en de kracht van de peergroep aan te tonen (Briggs, 2003). Door tevens permissief te reageren op overtredingen van de patiënten, doorbrak hij de negatieve vicieuze cirkel van overtreding en gestraft worden. Bovendien zou de confrontatie met de impact van zijn gedrag op medepatiënten, zelfs een 'antisocial isolate' moeilijkheden bezorgen om zijn gedrag nog langer verder te zetten (Vandevelde, 1999).

In zijn thesis wijst Vandevelde (1999) onder meer op een verandering in de cliëntenpopulatie waarmee Jones werkte in het Belmont Hospital tijdens de jaren 1947 - 1959. Waar de Belmont Industrial Rehabilitation Unit zich aanvankelijk richtte tot 'unemployed drifters', evolueert deze doelgroep later in de richting van personen met 'allerhande karakterstoornissen'. Deze verandering in cliëntenpopulatie draagt tevens bij tot een naamsverandering van de afdeling naar Belmont Social Rehabilitation Unit. Concreet bestond de patiëntengroep vooral uit een groep neurotici en jongvolwassenen die, omwille van hun agressieve en rebelse gedrag, vaak als 'psychopaths' omschreven werden (Vandevelde, 1999).

2.4.3 Concluderend

Uit de omschrijving die Jones geeft, kan afgeleid worden dat zijn doelgroep voornamelijk bestond uit mensen met een antisociale en borderline persoonlijkheidsstoornis. Uit statistische onderzoeken blijkt dat deze twee persoonlijkheidsstoornissen het meest in combinatie met verslaving voorkomen en als manipulerend, ongemotiveerd en weinig therapietrouw ervaren worden (Dom, 1999). Zoals reeds bleek in hoofdstuk I, wordt deze doelgroep (as-II persoonlijkheidsstoornissen) in combinatie met middelengebruik, strikt gezien niet tot de noemer 'dubbeldiagnose' gerekend.

2.5 Maxwell Jones en psychoanalyse

Doorgaans worden zowel in de literatuur als in de praktijk twee stromingen van therapeutische benaderingen vermeld. Men heeft het hier over de (Amerikaanse) drugvrije, hiërarchisch gestructureerde therapeutische gemeenschap en de (Europese) democratische gemeenschap voor adolescenten en volwassenen (Broekaert, e.a., 2000; Broekaert, 2003). Deze tweede benadering, waarvan Maxwell Jones de grondlegger is, is sterk beïnvloed door de psychoanalyse

(Broekaert, e.a., 2000). Juist omwille van deze reden leek het me zinvol om ook de visie van Maxwell Jones op de psychoanalyse van naderbij te bekijken.

Dennie Briggs zegt hier het volgende over:

With regard to psychoanalysis, Max valued its concepts and interpretations, but was sceptical about its practice based a lot on his training analysis with Melanie Klein. He often joked about it being a failure or that he was 'a bad analysant.' In practice, he believed the effect of the total social environment was greater than any one individual including the shrinks! (D. Briggs, persoonlijke communicatie, 02/06/2007).

Ook in de literatuur kan men dit terugvinden. Zo lezen we in een artikel van Broekaert e.a. (2000) dat Maxwell Jones erg ontevreden was over de psychoanalytische training met Melanie Klein.

2.6 Principes van Maxwell Jones

2.6.1 Sociale structuur, verandering en evolutie

Jones (1979) meent dat een cruciale doelstelling van de therapeutische gemeenschap gelegen is in patiënten te helpen door optimaal gebruik te maken van de vaardigheden en mogelijkheden van de staf, de patiënten en hun familieleden. Dit impliceert dat niet alleen de vaardigheden van de stafleden, maar ook het ruimere sociale milieu betrokken wordt. Janzing en Kerstens (1997) merken op dat Jones in zijn latere werken over een 'open systeem' spreekt, dat gekenmerkt wordt door een vrije wisselwerking met de omgeving. Jones meent immers dat een dergelijke contextuele benadering de behandeling ten goede komt (Jones, 1979).

In de praktijk komt het erop aan de gang van zaken in het ziekenhuis zodanig te (her)structureren zodat behandeling mogelijk en/ of gemakkelijker wordt (Jones, 1979; Bryssinck, 2003). Jones (1979) benadert de sociale structuur van een organisatie via drie aspecten die hier onlosmakelijk mee verbonden zijn. Eerst en vooral is een open communicatie tussen patiënten en therapeut(en)/ het behandelend team van wezenlijk belang. Ten tweede dient besluitvorming op ieder niveau te worden gewaarborgd, waardoor het voor iedereen mogelijk moet zijn

zich te vinden in de doelstellingen van de voorziening. Tenslotte dient de ontwikkeling van een therapeutische cultuur te worden bevorderd (Jones, 1979).

2.6.2 Open communicatie

Geblokkeerde communicatie komt in psychiatrische ziekenhuizen veel voor en treft zowel stafleden als bewoners. Vaak valt dit probleem moeilijk op te lossen, vooral wanneer de geblokkeerde communicatie deels berust op weerstanden van de medewerkers met hogere functies die zich in hun beschermde positie bedreigd voelen. Communicatiestoornissen treden doorgaans om heel begrijpelijke redenen op (Jones, 1979).

Kennard en Lees (2001) wijzen net zoals Jones (1979) eveneens op het belang van open en informele communicatie tussen team en bewoners. Verder stellen zij dat *"This has non-hierarchical implications because it is person to person, personal, contact that is made in these informal moments. It is this which might be called a 'human encounter' between staff and clients"* (Kennard & Lees, geciteerd in Tucker, 2001, p. 241). Tucker (2001) wijst erop dat 'the real human contact' meer is dan de therapeutische relatie op zich. Het gaat haar inziens om meer dan alleen het ontwikkelen van empathie en vertrouwen tussen therapeut en cliënt, omdat dit basiselementen zijn van elke therapeutische relatie. Het gaat wel om een ontmoeting tussen twee mensen, die verder gaat dan een therapeut-client verhouding. Maar al te vaak komt de cliënt in een zorgafhankelijke rol terecht, waardoor een context gecreëerd wordt waarin sprake is van asymmetrische machtsverhoudingen tussen cliënten en hulpverleners. *"It is precisely at the point of a real human encounter between staff and clients that the kind of release from the role of 'client/user' is achieved"* (geciteerd in Tucker, 2001, p. 242).

2.6.3 Besluitvorming op alle niveaus

Jones (1979) hecht veel belang aan een democratisch besluitvormingsbeleid. Kenmerkend voor een therapeutische gemeenschap is dat de bewoners de kans krijgen actief te participeren. Uiteraard zal dit afhangen van hun geestelijke toestand op dat moment. Janzing en Kerstens (1997) noemen verschillende methodes en technieken, zoals groepstherapie, creatieve therapie, enzovoort, om de patiënten in hun participatiemogelijkheden te ondersteunen. Deze afzonderlijke methoden dragen één voor één bij om tot een oplossing van hun problemen te

komen (Janzing & Kerstens, 1997). Ook Jones (1979) onderkent dat het in groep delen van problemen, de bewoners de kans biedt meer verantwoordelijkheid op te nemen. Eveneens laat dit proces toe om tot een zekere mate van groepsidentiteit te komen (Jones, 1979). Wanneer besluitvorming op alle niveaus gewaarborgd wordt, heeft dit als resultaat dat iedereen (zowel stafleden als bewoners) een meer actieve rol toebedeeld krijgt – wat niet het geval zou zijn, wanneer de besluitvorming enkel aan de centrale leiding werd overgelaten (Jones, 1979).

Het verkrijgen van een consensus inzake de besluitvorming op groeps- of organisatieniveau, loopt echter niet zo maar van een leien dakje. Jones (1979) merkt op dat slechts een doeltreffende(re) besluitvorming kan bekomen worden, wanneer aan een aantal voorwaarden wordt voldaan. Het gaat hier meer bepaald om de mate van veiligheid en open communicatie in de groep, alsook de sensitiviteit van de leider en de individuele mogelijkheden van de betrokkenen. Desalniettemin dient men attent te zijn voor eventuele verborgen agenda's en dient rekenschap te worden gegeven aan de mogelijkheid dat wat iemand publiekelijk zegt binnen een groep, aanzienlijk kan verschillen van wanneer het een anonieme mening zou zijn geweest. Besluitvorming in consensus komt dus neer op een heel ingewikkelde sociale situatie. Bovendien is het goed mogelijk dat een groepsbesluit slechts een tijdelijk karakter heeft. Het aanwezige systeem van sociale controle in een therapeutische gemeenschap laat immers toe op een onder druk of spanning genomen besluit terug te komen (Jones, 1979).

2.6.4 Therapeutische cultuur

'Wederzijdse, open communicatie' en 'democratische besluitvorming op alle niveaus', vormen dus twee belangrijke bouwstenen van de sociale structuur binnen een organisatie (Jones, 1979). Echter, een patiënt die klinische psychotherapie volgt komt eveneens in aanraking met een samenhangend geheel aan therapieën. Van belang is dus het arrangement, zeg maar het 'kleurenpalet' en de specifieke ordening van de aangeboden behandelingsmethodes (Janzing, e.a., 2000). Deze vinden doorgaans plaats in specifieke ruimtes en worden verzorgd door elkaar aanvullende en op elkaar ingespeelde hulpverleners. Dit alles samen zorgt ervoor dat er sprake is van een bepaald therapeutisch milieu, met daarbij een bepaalde therapeutische cultuur (Janzing, e.a., 2000).

Jones (1979) maakt duidelijk dat binnen een therapeutische gemeenschap zowel stafleden als patiënten de kans krijgen om (de invloed van) elkanders gedrag te

bespreken. Dit laat toe de sociale structuur van de afdeling/ de organisatie nader te onderzoeken en maakt mogelijk dat de rol van iedere bewoner alsook van de verschillende teamleden kritisch kan worden benaderd. De verscheidene groepsbijeenkomsten lenen zich hier uitstekend toe (Jones, 1979) en kunnen tevens een licht werpen op, bijvoorbeeld, de samenwerking tussen het behandelingsteam (Janzing & Kerstens, 1997).

Eveneens is het van belang dat ook het heersende waardepatroon doorgelicht wordt. Een passend waardesysteem waarmee de meerderheid van de staf zich kan vereenzelvigen, is immers cruciaal opdat een eenduidige houding kan bekomen worden ten aanzien van patiënten en hun problemen (Jones, 1979; Janzing & Kerstens, 1997). Opnieuw laat zich ook hier weer het belang van open communicatie voelen, met name om een tegenstrijdige houding ten aanzien van patiënten te vermijden (Janzing & Kerstens, 1997). Concluderend stelt Jones (1979) dat de sociale structuur van een therapeutische gemeenschap een bijdrage levert tot het creëren en instandhouden van een soepele organisatie, waarbij steun van de gehele instelling niet mag ontbreken (Janzing & Kerstens, 1997).

2.6.5 Gedeeld leiderschap

‘Leidinggeven’ is onlosmakelijk verbonden met een organisatie en dient bijgevolg steeds gezien te worden in de sociale structuur waarin deze is ingebed (Jones, 1979). Het moet voor iedereen duidelijk zijn wie de eindverantwoordelijkheid draagt, welke regels en afspraken er gelden, enzovoort. Goed georganiseerd leidinggeven moet dus maximale duidelijkheid scheppen en in deze zin de structuur transparanter maken (Janzing & Kerstens, 1997). Zo is ondermeer de verhouding tussen de formele leider en diens waarnemer van grote betekenis, daar deze factor het sociale klimaat van de gehele inrichting mee (kan) bepaalt (Jones, 1979).

Daar er in een therapeutisch milieu telkens vele mensen werkzaam zijn, kan men niet onderuit aan het principe van ‘meervoudig leiderschap’. Jones (1979) stelt zelfs dat dit waarschijnlijk wel het belangrijkste aspect van leiderschap is. Meervoudig leiderschap in een multidisciplinair team is een onontkoombaar doel, dat een volwaardige opleiding maar ook een voortdurende praktijkopleiding door middel van leef-leer situaties vergt (Jones, 1979). Iedere organisatie zet een bepaald beleid uit, waarbinnen behandelingseenheden gecreëerd worden die elk hun eigen doelstelling hebben (Janzing & Kerstens, 1997). Dit betekent dan ook

dat de wijze waarop vormgegeven wordt aan het leidinggeven, sterk bepaald is door de organisatiestructuur van de instelling (Jones, 1979; Janzing & Kerstens, 1997). Zo geeft een hiërarchisch gestructureerde organisatie aan de leider een enorme macht mee. In een democratisch model daarentegen, waar het principe van meervoudig leiderschap geldt, is er sprake van een gelijkmatigere verdeling van gezag en macht over velen.

Het hoeft dan ook niet te verwonderen dat de rol van de leider een aparte plaats inneemt in vergelijking met eerder hiërarchisch gestructureerde settings. Om dit beter te kunnen begrijpen stelt Jones (1979) voor de term 'katalysator' in de plaats te denken van de term 'leider'. Een belangrijke functie is namelijk het mogelijk maken en creëren van situaties die het sociaal leerproces bevorderen. De uitdrukking 'leiding achter de schermen' maakt duidelijker waar het over gaat. In deze optiek kan het vermogen om ieders mogelijkheden tot ontwikkeling te brengen, als het belangrijkste aspect van leiderschap gezien worden. *"Het voornaamste kenmerk van een leider is (...) zijn vermogen de eenheid in een organisatie in stand te houden, terwijl hij tegelijkertijd soepelheid, zelfonderzoek, het sociaal leerproces en verandering moet bevorderen"* (geciteerd in: Jones, 1979, p. 47).

Opgemerkt dient echter wel te worden dat in crisissituaties de leider mogelijk zelfstandiger dient op te treden en in een actievare rol terechtkomt. Omdat hij/ zij in periodes van stress gezag dient uit te oefenen, is het mogelijk dat de overige stafleden en bewoners zich hiertegen zullen verzetten en dat de leider aan populariteit inboet. In zulke situaties wijst Jones (1979) nogmaals op het belang van een goede verstandhouding tussen de leider en diens plaatsvervanger. Het van ouds bekende gezegde 'eendracht maakt macht' illustreert duidelijk waarover het gaat.

Het patiëntenleiderschap is misschien wel het meest verwaarloosde aspect wanneer het op leiderschap aankomt (Jones, 1979). Immers, volgens Jones (1979) zou er binnen psychiatrische ziekenhuizen een natuurlijke weerstand bestaan om veel verantwoordelijkheid en gezag aan patiënten over te dragen. De passief -afhankelijke houding die onder psychiatrische patiënten vaak voorkomt, werkt dit mede in de hand. Echter, dit druist volkomen in tegen het principe van 'empowerment'. Zo stelt Tucker (2001) dat *"certain political issues have a bearing on psychosis and should thus inform interventions, in particular the issue of 'empowerment' of the client that go with a democratic context for working with*

clients" (geciteerd in Tucker, 2001, p. 237). Verder wijst deze auteur er eveneens op dat het gevoel controle te hebben over het eigen leven, een belangrijke factor is inzake het persoonlijk herstel van psychotici.

Zelfbeschikking van de patiënt bij het bereiken van een nieuw stadium staat immers voorop in de zienswijze van de therapeutische gemeenschap (Jones, 1979). In overleg met de stafleden wordt aan de bewoners steeds meer verantwoordelijkheid overgedragen inzake behandeling en leefomstandigheden. Jones (1979) stelt dat langs deze weg sommige patiënten actieve deelnemers worden in de planning en uitvoering van hun eigen behandeling. Er moet met de patiënt dus een behandelingsovereenkomst worden afgesproken – wat eveneens impliceert dat de patiënt moet kunnen aangeven wat 'behandeling' voor hem/ haar betekent (Janzing, e.a., 2000).

Jones (1979) stelt ook zelf dat de mate waarin de patiënt kan participeren in de behandeling van andere patiënten van vele factoren afhangt, waaronder de graad van 'ik-stoornis' binnen de patiëntenpopulatie. Welke methode men ook gebruikt, de uiteindelijke doelstelling bestaat erin de psychische stoornis te verminderen, verslechtering te voorkomen en/of een zekere mate van stabiliteit te handhaven (Janzing, e.a., 2000). Na verloop van tijd is het de bedoeling dat de patiënten de aangeleerde vaardigheden ook in hun dagelijks leven buiten de instelling kunnen toepassen en zich zodoende in de maatschappij kunnen handhaven (Jones, 1979).

2.7 Sociaal leren in het hier-en-nu

2.7.1 Nadere conceptualisatie

Jones (1979) begrijpt 'sociaal leren' als 'een sociaal proces':

Social learning indicates a change in an individual's attitude and/or beliefs as a result of group interaction. These changes are incorporated and modify the individual's personality and self-image. Social learning is a process involving many factors which, according to circumstances, will have many different combinations of permutations and is incapable of definition. It is significantly different to teaching as in one-way communication between teacher and pupil. (Jones 1976, 1982, geciteerd in 1986, p. 278).

Bijgevolg kan het niet gelijkgesteld worden aan de eerder behavioristische leertheorieën of aan de term 'inzicht' uit het psychoanalytisch geïnspireerde ideeëngoed. 'Sociaal leren' in de betekenis van Maxwell Jones, laat toe in te gaan *"op de sociale interactie binnen een beschutte omgeving, waar het uiten van gevoelens wordt aangemoedigd en waar hulpkrachten aanwezig zijn om die situatie te benutten voor het bevorderen van het leerproces"* (geciteerd in Jones, 1979, p. 22-23). Om dit mogelijk te maken, dient een vertrouwensklimaat gecreëerd te worden waarbinnen de afwezigheid van elk statusverschil ertoe leidt dat een groep van gelijken ontstaat tussen wie de communicatie en het uiten van gevoelens vrijelijk kan verlopen (Jones, 1979; Janzing & Kerstens, 1997). Sociaal leren gaat bijgevolg om een tweezijdige communicatie, die haar aanvang vindt in een innerlijke behoefte of stress. Deze intermenselijke interactie leidt tot een openlijke expressie van gevoel, waar leren uit kan voortvloeien. *"Sociaal leren duidt het nauwelijks begrepen veranderingsproces aan, wanneer in een groepssituatie een conflict of crisis wordt geanalyseerd met gebruikmaking van de beschikbare psychodynamische mogelijkheden in de groep."* (geciteerd in Jones, 1979, p. 81). Hierbij wordt een terugkoppeling gegeven op de interactie tussen mensen in het hier-en-nu (Janzing & Kerstens, 1997).

In hun onderzoek beschrijven Vandevelde e.a. (2004) sociaal leren als Socratisch leren. Hierbij helpt de facilitator de participanten de verborgen kennis binnenin de groep te ontsluiten, eerder dan nieuwe kennis in de groep aan te brengen (Vandevelde, e.a., 2004). Groot belang dient hierbij gehecht te worden aan de bekwaamheid van de leider. Deze dient immers in staat te zijn een groepsklimaat te scheppen waarin dergelijke latente gevoelens manifest kunnen worden (Jones, 1979).

2.7.2 Corrigerende emotionele ervaring

De invloed van de sociale wenselijkheid inzake confirmatie aan de maatschappelijke norm, is aanzienlijk binnen ons systeem van onderwijs en gezinsleven (Jones, 1979). Jones (1979) wijst erop dat door het reguleren van de vrije gevoelsexpressie de mogelijkheden voor sociaal leren sterk verminderd worden. Naast het bewuste aspect van het voelen, spelen ook onbewuste elementen een rol. Het is hier dat het begrip van de 'corrigerende emotionele ervaring' zijn intrede doet (Jones, 1979). De corrigerende emotionele ervaring houdt in dat emotioneel beladen attitudes, die hun oorsprong vinden in de kinderjaren, gecorrigeerd worden door het herbeleven van gelijkaardige situaties

in het hier-en-nu. Een belangrijke factor voor het tot stand brengen van verandering en van leren is dat de psychoanalyticus zich in zulk een situatie op een heel andere manier reageert dan dat de ouders dit in het verleden hebben gedaan. Een niet te onderschatten aspect hierbij is het principe van de overdracht, waarbij gevoelens en gedachten tegenover sleutelfiguren uit de jeugd van de patiënt opnieuw tot uiting komen in de relatie met de psychotherapeut (Janzing & Kerstens, 1997). Reacties en gedragingen zijn dus gebaseerd op invloeden uit het verleden en niet op de huidige relatie zelf (Roediger, e.a., 2003). Dergelijke herhaling van wisselpatronen biedt volgens Janzing en Kerstens (1997) aan de analysant de mogelijkheid inzicht te krijgen in hoe (interpretaties van) vroegkinderlijke ervaringen de interacties in het heden (kunnen) beïnvloeden.

Janzing en Kerstens (1997) geven aan dat het herstel van een goede sociale identiteit gebeurt door middel van 'rol-leren'. De bepaling en verdeling van rollen hangt voornamelijk af van de gestructureerdheid van het sociaal –therapeutisch model. Zo wordt de verschuiving van rollen binnen de meer ongestructureerde varianten bepaald door de groep zelf. Dit is ook in de dubbeldiagnose –afdeling van de psychiatrie van Sleidinge het geval (zie hoofdstuk IV). Concreet betekent dit dat in een sociaal –therapeutisch milieu bewoners de mogelijkheid gegeven wordt zoveel mogelijk sociale rollen op zich te nemen. Op deze wijze worden zij eveneens geconfronteerd met de effecten op hun medebewoners. Uiteraard zijn ook de beslissingsmomenten op zich belangrijke momenten van sociaal leren. Er kan immers onderzocht worden waarom en hoe men tot het besluit kwam en/ of andere besluiten niet beter zouden zijn geweest. Echter, in de meer gestructureerde vormen van sociaal –therapeutische milieus liggen de rolvoorschriften reeds van tevoren vast en zijn deze ook vaak afhankelijk gemaakt van te vervullen voorwaarden, zoals bijvoorbeeld bepaald gedrag en/of prestaties waaraan men moet voldoen (Janzing & Kerstens, 1997).

2.7.3 Leef –leer en crisissituaties

Jones (1979) haalt twee termen aan die gebruikt worden om de mate van gevoel aan te geven die in een bepaalde situatie besloten ligt. Wanneer een zekere mate van angst optreedt rond problemen in het dagelijks leven, wordt de term 'leef-leer-situatie' gebruikt. Treedt er evenwel een diepere angst op, dan wordt gesproken van een 'crisissituatie'. In beide situaties brengt men de deelnemers samen om zodoende gevoelsexpressie en interactie mogelijk te maken. Beide situaties vragen een analyse van een interpersoonlijk probleem met alle

aanwezig. Zulk een confrontatie kan er al dan niet toe bijdragen een conflict op te lossen of tot een sociale leersituatie te komen. Het tot stand brengen van een leef-leer-situatie is echter geen sinecure (Jones, 1979). Vaak ervaren mensen immers een zekere weerstand om het waarom/ waarvoor van hun doen en laten te bespreken (Jones, 1979; Janzing & Kerstens, 1997). Verder hangt het resultaat van de confrontatie ook af van de beschikbare mogelijkheden binnen de groep, hun gemotiveerdheid en de complexiteit van het conflict. Een van de belangrijkste elementen is volgens Jones (1979) de timing waarop de confrontatie dient te gebeuren. Dit geldt zowel in geval van leef-leer –als crisissituaties. Jones (1979) stelt namelijk dat het achteraf bespreken van een dergelijke situatie veel van het gevoelsniveau eraan ontnemt, terwijl dit net een onmisbaar deel van het sociaal leren vormt. Een slechte timing houdt met andere woorden het risico in dat de kans op een leef-leer-situatie verloren gaat. Indien echter met succes gehanteerd, kan een conflict in de toekomst vermeden worden (Jones, 1979).

2.8 Conclusies van het hoofdstuk

Zoals gesteld wordt de democratische TG-benadering doorgaans in verband gebracht met Maxwell Jones. Deze werkwijze ontwikkelde zich als een professionele groepsworkmethode, waarbij men voornamelijk gebruik maakte van ‘social learning’ –principes om mensen met een psychiatrische problematiek te behandelen (Vandevelde, e.a., 2004). De gedachte van de therapeutische gemeenschap houdt een poging in om optimaal gebruik te maken van de mogelijkheden van alle patiënten en stafleden – een taak die grotendeels berust op de capaciteiten van de leider (Jones, 1979).

Afsluitend kan gesteld worden dat een psychiatrisch ziekenhuis dat als een therapeutische gemeenschap wordt geleid, garant staat voor een multidisciplinaire aanpak en een sociale structuur en cultuur bezit die een open, vertrouwelijke sfeer waarborgt waarbinnen gevoelens kunnen worden geuit en discussies kunnen plaatsgrijpen met het oog op sociaal leren – al dan niet naar aanleiding van een leef-leer –of crisissituatie (Jones, 1979).

3 HOOFDSTUK III: Lacaniaanse psychoanalyse

3.1 Inleiding

Ter inleiding op dit hoofdstuk wil ik even blijven stilstaan bij de 'institutionele psychotherapie' (psychothérapie institutionnelle). Hoewel de geschiedenis van deze beweging niet eenvoudig te traceren is, verscheen de term voor het eerst in een artikel dat gepubliceerd werd in de 'anals portugais de psychiatria' in 1952 (Oury, 1993). Één 'uitvinder' kent de institutionele psychotherapie niet. Het gaat daarentegen om:

(...) une liste de personnalités qui ont eu le souci de transformer la ségrégation ambiante, souvent carcérale, en systèmes ouverts, dans un désir d' « humaniser » les relations, de créer une véritable convivialité thérapeutique, ou, tout au moins, une convivialité qui permette l'application de thérapeutiques spécifiques. (geciteerd in Oury, 1993, p. 572)

Kenmerkend voor deze benadering is dus dat men de voorziening zodanig probeert aan te passen, zodat zowel medewerkers, cliënten, als de relatie tussen beiden, de positieve invloed van deze verandering (kunnen) ondervinden (Oury, 1993). Het gevolg van deze "*transformation radicale de la pratique psychiatrique*" (geciteerd in Oury, 1993, p. 574) is dat "*l'hôpital cesse d'être le lieu où l'on est soigné (et enfermé !) pour devenir le lieu par lequel on est soigné*" (Oury, 1970, geciteerd in wikipedia, 16/03/2008). Exemplarische voorbeelden in dit verband zijn plaatsen zoals 'l'hôpital de Saint- Alban' (geassocieerd met François Tosquelles), 'La Borde' (opgericht door Jean Oury) en 'La Chesnaie' (Claude Jeangirard) (wikipédia, 16/03/2008).

Één en ander heeft wellicht al de link met de opvattingen van Maxwell Jones verduidelijkt. Denk bijvoorbeeld aan het belang van de gemeenschap die op zichzelf reeds een therapeutisch middel vormt, alsook de humane relaties tussen cliënten en stafleden. Voor dit hoofdstuk is echter de link met de psychoanalyse volgens Jacques Lacan veel belangrijker. Immers, de beweging van de institutionele psychotherapie kan niet los gezien worden van de psychose, waarbij de Lacaniaanse psychoanalyse het referentiepunt vormt (Oury, 1985 e.a.; Oury, 1993):

La psychothérapie institutionnelle n'est pas une « technique » parmi d'autres. (...) Il s'agit essentiellement de prendre en charge le traitement des psychoses (...) On ne peut donc pas définir la psychothérapie institutionnelle sans élaborer une certaine théorie des psychoses. Cette conception détermine la pratique. (geciteerd in Oury, 1993, p. 207).

In wat volgt ga ik dan ook nader in op de Lacaniaanse theorie inzake de psychose.

3.2 Etiologie, Lacan en het ontstaan van psychose

Een psychose, ja wat is een psychose? Dat zijn mensen die denken dat ze gefilmd worden en zo. En eigenlijk is't zo; we worden gefilmd. Daar ben ik van overtuigd. Ik wil dat niet aan iedereen opdringen of zo, maar ik ben ervan overtuigd dat m'n hele leven al gefilmd is geweest. Zonder cameramensen, maar van de sterren uit. Van vliegtuigen. Van alles en nog wat. We leven in een land waar het mogelijk is om gefilmd te worden. We worden gefilmd door geesten die alles weten wat we doen en er plezier in hebben. Soms krijgen we scenario's van't leven, waar we dan moeten leren mee omgaan. 't Leven is eigenlijk een spelleke. (Telefacts, Dubbeldiagnose, 25/07/2005).

Inzake etiologie hecht een psychoanalytische zienswijze groot belang aan de aard van het (disfunctionele) opvoedingsklimaat, in combinatie met de afwezigheid van de vader (Verhaeghe, 2002; Bryssinck, 2003). Deze theorieën focussen op interpersoonlijke aspecten en ondersteunen de idee dat patiënten regelmatig een abnormale sociale ontwikkeling hebben gehad tijdens hun kindertijd (Gale & Sanchez, 2005).

Verhaeghe (2002) merkt op dat, hoewel lang werd aangenomen dat een strenge, autoritaire vader de oorzaak was voor het ontstaan van psychoses bij de kinderen, er nu enigszins gepleit wordt voor 'meer structuur' en 'de installatie van de Naam van de Vader'. "Een strenge vader is misschien niet leuk", stelt Verhaeghe, "maar een afwezige vader kan tot nog groter kwaad leiden" (geciteerd in Verhaeghe, 2002, p. 97). Deze 'afwezigheid' dient men niet meteen fysiek te denken. Het gaat hierbij immers veeleer over het ontbreken van de functie die door de vader al dan niet ingenomen kan worden.

Omdat de meeste etiologische factoren echter weinig specifieke relaties vertonen met het type psychopathologie dat zich ontwikkelt, is het aannemelijk dat het

waarschijnlijk gaat om complexe interacties tussen genetische, ontwikkelings-, en andere omgevingsfactoren die bepalen welke vorm van psychopathologie ontstaat (Verheul, e.a., 1996). De stelling dat zowel 'nature' als 'nurture' factoren elk een aandeel leveren, wordt de laatste jaren algemeen erkend. De invloed die uitgaat van de 'triggerende' negatieve omgevingsfactoren wordt in deze onderzoekslijn dus niet over het hoofd gezien (Verhaeghe, 2002).

Desalniettemin kan de vraag naar de etiologie in zekere zin als een herbenaming voor het zoeken naar de schuldige worden beschouwd (Verhaeghe, 2002). Aan het ene uiterste van het continuüm situeert zich het volledig vrijpleiten van het subject omwille van een externe veroorzaker. Aan het andere uiteinde houdt men er de visie op na van het beschuldigen van het subject via een interne oorzaak. Volgens Lacan zijn er drie essentiële posities van in de wereld staan (Verhaeghe, 2002; Bryssinck, 2003). Dit zijn de 'neurose', 'perversie' en 'psychose'. In verband met de etiologiebenadering die Verhaeghe (2002) hanteert, kan algemeen gesteld worden dat wie 'ziektebesef' vertoont, neurotisch is. Pervers is diegene die dit ontkent en iemand is psychotisch bij wie dit ziektebesef ontbreekt. Anders gezegd betekent dit dat diegene die schuldbesef vertoont in de regel neurotisch is, diegene wie alle schuld ontkent pervers, en wie schuldbesef ontbreekt psychotisch genoemd kan worden (Verhaeghe, 2002). Toch dient hier enige nuancering aan toegevoegd te worden. Immers, ontkenning komt ook voor binnen het neurotisch register. Bovendien hangt de mate waarin bijvoorbeeld ziektebesef afwezig is bij een psychoticus, af van hoe ver de persoon in zijn psychose is verzeild geraakt. Een individu dat al (deels) een behandeling heeft gehad, ontwikkelt na verloop van tijd wel ziektebesef en kan de signalen van een eventueel herstel herkennen (D. Bryssinck, persoonlijke communicatie, 10/04/2008). Dit blijkt bijvoorbeeld uit de volgende getuigenis van een (ex)patiënt van de afdeling Dubbeldiagnose van het Psychiatrisch Centrum Sleidinge:

Da's een goe lieke, maar (...) m'n psychose heeft dat liedje versterkt. Ik was ervan overtuigd dat er in de lichten verborgen camera's zaten. Ik interpreteerde dat liedje verkeerd. (...) Ik had geen realiteitsbesef meer. Ik dacht echt dat ik in een film zat. Ook omdat ik toen ik die Kennedytunnel zag en ik zag die auto's, zag ik echt oude auto's rijden. Dat was dus waarschijnlijk een hallucinatie dat ik heb gehad. (Telefacts, Dubbeldiagnose, 25/07/2005).

3.3 Het ontstaan van psychoses volgens de Lacaniaanse psychoanalyse

In de ontwikkeling van een psychose verliest de externe wereld relevantie voor de psychotische persoon. Als compensatie hiervoor treedt een waanidee op om betekenis aan de (leef)wereld terug te geven. Het kind assimileert niet de autoriteitsfiguur (Naam van de Vader¹) die het van zijn moeder scheidt (Gale & Sanchez, 2005). Kort samengevat dient de moeder in haar spreken aan te geven dat er voor haar een ander bestaat en het kind geen speelbal is van haar verlangens. Pas daardoor krijgt het kind de mogelijkheid een eigen verlangen te ontwikkelen om het reële genot van de drift via taal symbolisch te bewerken, zodat dit de vorm aanneemt van een eigen symbolisch tekort. Deze cruciale functie noemt Lacan de Naam van de Vader (Bryssinck, 2003; Gale & Sanchez, 2005).

Bij de psychose treedt deze 'métaphore paternelle' dus niet op (Mooij, 1987). Anders geformuleerd: *"The name of the father is simply absent from the mental universe of the psychotic patient. It literally does not exist there"* (geciteerd in Leader & Groves, 2003, p. 106). Lacan spreekt in dit verband over de 'forclusion du nom de père':

C'est dans un accident de ce registre et de ce qui s'y accomplit, à savoir la forclusion du phore paternelle que nous désignons le défaut qui donne à la psychose sa condition essentielle, avec la structure qui la sépare de la névrose. (geciteerd in Mooij, 1987, p. 156).

Wanneer de verwijzing naar de vadersnaam mislukt, is er volgens Lacan sprake van een verwerping van de Naam van de Vader uit de Symbolische Orde². Het is nu net omdat de Naam van de Vader niet geïnternaliseerd werd, dat de psychoticus een leemte³, een gat, in de Symbolische Orde ervaart (Mooij, 1987; Sanchez,

¹ het symbool van autoriteit dat er dus voor zorgt dat de kind-moeder dyade opengebrouwen wordt, waardoor het kind beseft dat zij niet een speelbal is voor zijn driften en verlangens.

² De Symbolische Orde omvat de sociaal -culturele symboliek en ook de taal behoort hiertoe. Het is door taal dat het individu in staat is zichzelf in de wereld te (re)resenteren en zijn verlangens en gevoelens naar anderen kenbaar te maken.

³ Het begrip 'leemte' kan niet gelijkgesteld worden aan het begrip 'tekort'. Met de intrede van de taal ontstaat een breuk met/ een afstand van de werkelijkheid. Hieruit vloeit het 'tekort' en het 'verlangen' uit voort. De 'leemte', dient daarentegen in verband te worden gebracht met net een teveel aan genot, een teveel aan jouissance (D. Bryssinck, persoonlijke communicatie, 10/04/2008).

2004). Het is deze leemte die de psychoticus doorgaans verhindert met de buitenwereld in contact te treden en de persoon overspoeld achterlaat door te veel contact met de realiteit. Hieruit ontstaat dan een waanidee, als een poging om de leemte te vullen (Sanchez, 2004). Immers, wanneer een betekenisverlener (zoals de Naam van de Vader) 'forclosed' wordt, kan deze niet terugkeren in het symbolische. Het gevolg hiervan is dat de betekenisverlener noodgedwongen terugkomt in het reële – bijvoorbeeld in de vorm van hallucinaties (Leader & Groves, 2003; Sanchez, 2004). Omdat de taal er niet in slaagt het genot van de drift in te tomen, behoudt het zijn brute, oorspronkelijke vorm. Dit teveel aan genot vertaalt zich bij aanvang van een psychose in allerlei lichaamsfenomenen. Vanaf dat moment zal het verdere verloop van het psychotisch proces vaak bestaan uit een volgehouden poging om dit aandringend reële van het lichamelijke genot toch op een of andere wijze symbolisch te bewerken. Vaak dient de persoon hiervoor de taal geweld aan te doen, wat zich kan uiten in neologismen (Verhaege, 2002; Bryssinck, 2003; Gale & Sanchez, 2005). De verwerping van de Naam van de Vader gaat dus samen met de verwerping van het volgen van regels. De persoon in kwestie doet niet (langer) meer mee aan het symbolische (talig - maatschappelijke) spel. Regels gelden immers enkel voor (de mate waarin) iemand zich daaraan wil conformeren (Mooij, 1987).

Een psychose kan dus in deze zin opgevat worden als een poging tot zelfgenezing (Verhaege, 2002; Bryssinck, 2003). Evenwel mag de opmerking van Lacan (1977) niet over het hoofd gezien worden, wanneer hij hierbij opmerkt dat *"the problem lies not in the reality that is lost [de leemte], but in that which takes its place [de psychose]"* (geciteerd in Sanchez, 2004, p. 257).

3.4 Betekenisverlening en identificatie

3.4.1 Ter inleiding

In zijn betoog stelt Laing (1980) dat zowel de 'normaliteit' als de 'waanin' zich kenmerken als een verhouding tot de wereld. Dat de werkelijkheid vooral subjectief ingekleurd wordt, wordt verduidelijkt met de stelling dat *"de werkelijkheid bestaat uit wat wij voor werkelijk houden"* (geciteerd in Laing, 1980, p. 19). Echter, dit leidt ertoe dat *"de psychoticus door zijn radicaal andere wereldopvatting, gestigmatiseerd wordt als 'unheimlich', niet tot 'ons' behorend"*

(geciteerd in Verhaeghe, 2002, p. 113). Immers, zo stelt Laing (1980), in een psychose verliest het individu een coherente verhouding tot een coherente wereld. Iemand is volgens deze zelfde auteur pas 'gek' te noemen als:

(...) ons zogenaamde onbewuste zich gaat uitdrukken in een zin die onverenigbaar is met de behoefte het met anderen te delen; of als de anderen niet instaat blijken de uitdrukking van onze subjectiviteit te herkennen; en als wij ten opzichte van hen niet op dezelfde golflengte zijn afgestemd, dus in een wereld leven die niet gelijk is aan die van hen, dan komt weldegelijk de kwestie kijken van gek, psychotisch zijn. (geciteerd in Laing, 1980, p. 101).

Echter, dezelfde auteur wijst er ook op dat in waanzin wijsheid kan zitten en dus betekenis kan hebben voor de waanzinnige. Deze mening wordt ook algemeen onderkend door 'the British Psychological Society (2000): *"(...) psychotic experiences are meaningful and understandable in similar ways to other human experiences or beliefs and can be approached in the same way"* (geciteerd in Tucker, 2001, p. 235).

Er zit dus een zekere logica in psychoses (Leader & Groves, 2003). Waar Freud stelt dat een waan in de eerste plaats een poging is tot zelfgenezing, ziet Lacan dit eerder als een bijkomstig effect. Volgens hem gaat een psychose in de eerste plaats om een poging betekenis te geven aan de forclusie van de Naam van de Vader. Het is in en door de verwerping van de Naam van de Vader dat de psychotische subjectwording zich van de neurose en perversie onderscheidt (Verhaeghe, 2002). Een groot accent komt hierbij te liggen op de Ander als taal. Het psychotisch individu, zo stelt Verhaeghe (2002), *"bezit niet de luxe van een gedeelde taal en dus een gedeelde, conventionele oplossing voor het Reële; precies daarom moet hij/ zij een privé-oplossing creëren, met name de waan (als oplossing voor de psychose)"* (geciteerd in Verhaeghe, 2002, p. 354).

3.4.2 Betekenisverlening

In navolging van verschillende auteurs (Laing, 1980; Paget, 2000; Tucker, 2001; Verhaeghe, 2002; Bryssinck, 2003; Leader & Groves, 2003) ga ik hier iets dieper in op de betekenisverlenende functie van psychoses.

Het wezenlijke kenmerk van de waan is dat het de constructie is van de Naam van de Vader. Het houdt een poging in om de Symbolische Orde af te stemmen op

elementen uit het reële, die niet geankerd zijn door de primaire betekenisverlener – zijnde de Naam van de Vader (Paget, 2000). Want zoals reeds vermeld werd, laat de verwerping van de Naam van de Vader een leemte in de symbolische orde achter, waardoor het subject geconfronteerd wordt met een gebrek aan betekenisverlening (Leader & Groves, 2003). Deze gaping moet opnieuw opgevuld worden – en dit is wat de waanidee doet:

What a psychotic delusion does (...), is try to supply precisely this missing signification in the place of the hole opened up by the absence of the Name of the Father. A delusion, after all, gives a meaning to the world. In other words, a delusion can serve as a way of giving sense to the menacing world around one, made menacing precisely by the absence of certain fundamental significations to give an order to it. (geciteerd in Leader & Groves, 2003, p. 109).

Ook Paget (2000) stelt dat *"It could be argued then that the psychotic delusion is a form of discourse by which the individual is searching to fill the gap in their psyche"* (geciteerd in Paget, 2000, p. 255).

In psychoses is de link met de werkelijkheid verloren. Hoewel een psychose bijgevolg de vorm aanneemt van een fabel, een waanidee, omdat het niet langer over de lijmkracht beschikt die coherentie en werkelijkheid bieden (Gale & Sanchez, 2005), is en blijft het belangrijk te onderkennen dat een psychiatrische episode betekenis heeft voor de gemeenschap (De Leon, 2005). Door de confrontatie met een teveel aan 'jouissance', waarmee het individu geen raad weet, moet de psychoticus aan alles (ervaringen, situaties, ...) dat hem/ haar overkomt, op en voor zichzelf betekenis verlenen (Leader & Groves, 2003) en dus als het ware een symbolisch raster uitbouwen. Het resultaat daarvan is de georganiseerde waan (Verhaeghe, 2002). Volgens Lacan houdt het psychotisch proces een poging tot herstel in door middel van betekenisverlening, in die zin dat het individu tracht te aanvaarden wat eerst gezien werd als intrusief (Verhaeghe, 2002; Bryssinck, 2003). Dit betekent dus dat het psychotische proces kan begrepen worden als *"één langgerekte poging om het reële van de lichamelijke aandrang toch defensief te bewerken via een psychotische symbolisatiepoging en doorverschuiving ervan naar de Ander"* (geciteerd in Verhaeghe, 2002, p. 359).

3.4.3 Betekenisverlening in relatie tot dubbeldiagnose

Het centrale probleem van de dubbeldiagnosepatiënten, zo zegt Bryssinck (2003) heeft te maken met de betekenis van de toxicomanie in de psychotische structuur. Er wordt vanuit gegaan dat toxicomanie in elke psychische structuur een ander statuut heeft. Het is algemeen bekend dat sommige drugsbelevingen de uitlokkende factor kunnen zijn van een psychose. Anderzijds is het ook mogelijk dat door het gebruik van een middel de psychoticus zich een tijd kan handhaven in een toxicomane subcultuur. Het citaat van Paget (2007) is hierbij wel op zijn plaats, wanneer ze zegt dat: *"(...) I think that something in the drug/subculture provides acceptance and belonging and connects the person to the world in a way that otherwise is not possible."* (S. Paget, persoonlijke communicatie, 19/11/2007). Bryssinck (2003) vervolgt met te stellen dat bijgevolg veel dubbeldiagnose patiënten de ernst van hun mentale of emotionele problemen ontkennen en hun gebruik als centraal neigen te zien. Immers, de psychiatrische stoornis is veel meer stigmatiserend dan het behoren tot een bepaalde (toxicomane) subcultuur. Het druggebruik kan aldus een van de mogelijkheden worden om de ondraaglijke last van de psychose een tijdelijke halt toe te roepen (Bryssinck, 2003).

Dat zowel drugs als neuroleptica in staat zijn een demping in het reële te bewerkstelligen, wil echter niet noodzakelijk zeggen dat een psychotisch iemand zijn automedicatie ook gemakkelijk zal inruilen voor neuroleptica. Immers: *"Our real difficulty is that we are wanting to ask the person to give up a massively functional addiction"* (C. Fry, persoonlijke communicatie, 16/05/2007). Vooral bij de jongere populatie is de identificatie als 'toxicomaan' draaglijker dan wat het betekent psychotisch te zijn (Bryssinck, 2003; Bryssinck, e.a., 2005). Naast het stabiliserende reële effect van de toxicomanie op het lichaam, is er dus ook vaak het imaginaire effect van de identificatie met een beeld, zoals *"Ik ben een rockster. Rocksterren gebruiken ook veel drugs"* (Telefacts, Dubbeldiagnose, 25/07/2005).

Het gebruik kan aldus een ultieme poging inhouden om zich in de wereld te verankeren. Bryssinck (2003, 2005) merkt hierbij op dat het woord 'joint' letterlijk 'verbinding' betekent en dat dit regelmatig in de behandeling aangegrepen wordt. Lacan (1993) stelt in dit verband dat het principe dat het waarneembare niet genoeg is maar dienst doet als een beeld, tevens heel belangrijk is in psychoanalytisch georiënteerde TG's. Er wordt immers onderkend dat in psychoses

het onbewuste naar de oppervlakte komt, zij het dat dit niet zo (h)erkend wordt door het psychotisch subject zelf (Gale & Sanchez, 2005).

3.4.4 Identificatie

Onze (psychische) identiteit wordt gevormd en inhoudelijk bepaald in een altijd maar durende verhouding tot anderen (Verhaeghe, 2002). Deze concepten van 'identiteit' en 'identificatie' zijn bij Lacan wezenlijk verbonden met zijn opvattingen over het spiegelstadium, waarin de ervaring dat het kind zijn eigen spiegelbeeld als zodanig kan (h)erkennen centraal staat (Van Haute, 1989). Dit betekent dus ook dat de allereerste identiteitslaag in het spiegelstadium haar oorsprong vindt.

Echter, deze identificatie met een beeld veroorzaakt tevens een splitsing van het ik. Het subject identificeert zich met een beeld dat het tegelijk van zichzelf scheidt: het 'ik' is 'een ander', dat zich middels een beeld gestalte probeert te geven. Het spiegelstadium vormt dus niet alleen de grondlaag van onze identiteit, maar eveneens de eerste aliënering. Van Haute (1989) stelt dat het spiegelstadium feitelijk kan opgevat worden als het paradigma van het imaginaire. Alle verhoudingen waarin het subject poogt zichzelf – in een beeld van zichzelf – te bepalen, zijn aldus imaginair. *"Telkens ik probeer te zeggen wat ik werkelijk ben, geef ik mezelf gestalte in een beeld van mezelf waarmee ik mij identificeer, en waarvan ik meen dat ik er mee samen val. Ik beweeg mij dan in het imaginaire"* (geciteerd in Van Haute, 1989, p. 39).

3.4.5 De betekenis van taal inzake identiteit(sontwikkeling)

Het ontwikkelen van een identiteit betekent dat het individu zich moet identificeren met het beeld dat hem/ haar voorgehouden wordt door de woorden van de ander. De taal vormt aldus een belangrijke bron van identiteit en brengt met zich mee dat de Ander vooral als de sprekende ander gezien wordt (Verhaeghe, 2002).

We ontwikkelen dus niet alleen een eigen identiteit, we worden er ook een gegeven. We zijn immers ingebed in een bestaande taal en maken deel uit van een bestaande cultuur en de daarbij horende verhalen. Mooij (1987) stelt dan ook dat het verhaal waarin we ons positioneren zowel een objectivatie als een identificatie inhoudt. Van Haute (1989) geeft aan dat een persoon zichzelf steeds opnieuw in de betekenaars van de taal gestalte tracht te geven. Waar het

neurotische subject nooit met zichzelf kan samenvallen, kan het psychotische subject dit wel. Kenmerkend voor psychotici is immers een 'alles of niets' verhouding (D. Bryssinck, persoonlijke communicatie, 10/07/07). Ook Verhaeghe (2002) stelt dat op vlak van identiteit (zowel bij het subject als bij de Ander) de verdeeldheid ontbreekt – een ontbreken dat teruggaat op de forclusie:

Bij de psychose verhoudt een onverdeeld subject zich tegenover een onverdeelde Ander, in confrontatie met het Reële van de jouissance. Het gemeenschappelijke kenmerk is dat het door elkaar lopen van subject en Ander volledig ontbreekt, vandaar het duale karakter van elke psychotische verhouding. (geciteerd in Verhaeghe, 2002, p. 360).

Bijgevolg komt de psychoticus buiten de normale sociale relaties te staan. Het hoeft dan ook geen betoog dat hierdoor hoge eisen aan de betrokkene worden gesteld. Billiet (1992) stelt dat de grond waarop het psychotische subject zich alsnog zal trachten te handhaven, in de begrippen 'suppletie' en 'als-of identificatie' gevat wordt (Verhaeghe, 2002). Het eerste impliceert dat de betrokkene erin kan slagen een psychotische opstoot te vermijden door iets in de plaats te stellen van de verwerping. Illustratief in dit verband is het gebruik van kunst en creativiteit met deze doelgroep, onder meer omwille van het stabiliserende effect die daarvan uitgaat. Het tweede concept, namelijk de als-of identificatie, houdt in dat de psychoticus een modelvoorbeeld gekozen heeft, waarmee hij/zij een totale identificatie aangaat. Hij/zij is het beeld – want zoals reeds eerder gesteld werd is er binnen de psychose enkel sprake van een duale verhouding, met een alles-of-niets-gevolg.

3.4.6 Jacques Lacan/ psychoanalyse en dubbeldiagnose

Om ook een beter zicht te krijgen op de visie die Jacques Lacan mogelijks op de problematiek van dubbele diagnose nahield en de plaats die het middelengebruik daarbij inneemt, heb ik ook hier via het TCA-forum enkele mensen gecontacteerd. Uit deze resultaten zal blijken dat hier geenszins eenduidigheid bestaat. Ook dit valt wellicht toe te schrijven aan het nog maar zeer recent gebruik van de term 'dubbeldiagnose'. De antwoorden gaan dan ook vaak breder dan enkel en alleen de visie die Jacques Lacan mogelijks op 'dubbeldiagnose' nahield. Zo stelt Chris Fry (16/05/2007) zich de vraag naar de plaats die het druggebruik inneemt tijdens de psychose: *"Perhaps from a psychoanalytic perspective it [druggebruik] is (in a complex way) a help for the defence. (...) On the one had the persons are closing*

themselves off and on the other choosing to 'exercise' their mind with an external substance". Een andere verklaring, zo stelt hij, is dat druggebruik "May also be a very primitive way of reconstructing a maternal presence (soothing, floating, holding)" (C. Fry, persoonlijke communicatie, 16/05/2007).

In een andere email (16 mei 2007) merkt Alistair Black in dit verband vooral het belang van de vorm van de behandelingseenheid op:

The interesting question it seems is about the 'form' of the community. For people who suffer addictions the form of the TC is usually the hierarchical structure, whereas the Maxwell Jones model, which we follow and have developed, is the democratic kind which works best for people undergoing psychosis. Does this mean that a TC for dual diagnosis clients needs to incorporate elements of both? Is this possible? If not why not and if so what form might this kind of community take? These it seems to me would be very interesting questions to pursue along with that of the questions of the psychoanalytic theory of both psychosis and substance misuse. (A. Black, persoonlijke communicatie, 16/05/2007).

3.5 Jacques Lacan en de therapeutische gemeenschap

3.5.1 De kliniek van de psychose

Slabbinck (2006) benoemt de kliniek van de psychose als de kliniek van de massale, onbemiddelde angst. Deze angst ontstaat daar waar de ander als intrusief ervaren wordt, waardoor de patiënt in eerste instantie slechts perplex kan staan (Slabbinck, 2006). De andere is dus zeer bedreigend voor de psychoticus. Een psychose kan dan ook opgevat worden als een kortsluiting tegenover de ander (D. Bryssinck, persoonlijke communicatie, 20/03/07). De interne en externe omgeving dreigt de persoon continu te overspoelen, binnen en buiten lopen door elkaar (Slabbinck, 2006). Pijn en lijden komen naar boven in de psychose. Druggebruik maakt deze pijn draaglijker en verwerft dus een zekere functionaliteit om het lijden weg te houden (D. Bryssinck, persoonlijke communicatie, 20/03/07; Slabbinck, 2006). De ander valt niet te controleren, eigen gebruik wel (D. Bryssinck, persoonlijke communicatie, 20/03/07). Echter, middelengebruik kan de angst ook versterken. Bepaalde drugservaringen kunnen zo overweldigend zijn, dat datgene wat het gebruik trachtte te maskeren massaal binnenbreekt en de persoon overspoelt met angst (Slabbinck, 2006).

De psychoticus staat op een totaal andere manier in de wereld en houdt er bijgevolg een verschillend wereldbeeld op na, een wereld waar fundamenteel iets mis mee is (D. Bryssinck, persoonlijke communicatie, 10/07/07; Slabbinck, 2006). Vanuit het standpunt van de psychoticus is niet hijzelf ziek, maar de wereld rondom hem wel. De psychoticus is voor zichzelf de enige normale in een zieke wereld. Dit resulteert dan ook vaak in een grote eenzaamheid van de persoon en verklaart tevens waarom een psychotisch persoon zichzelf slechts zelden uit eigen beweging aandient in de hulpverlening, alsook waarom de behandeling vaak heel moeizaam verloopt (D. Bryssinck, persoonlijke communicatie, 10/07/07; Slabbinck, 2006). Bovendien ziet het psychotisch individu het product vaak als dé oplossing voor alle problemen waarmee de samenleving geconfronteerd wordt en zal hij zichzelf positioneren als 'redder – en dus: dealer – van de mensheid' (Slabbinck, 2006). Ook Gale (2003) kan in dit verband aangehaald worden. Zo stelt hij dat eenieder zijn eigen wereld, een gedeelde wereld en de omliggende wereld voor zichzelf creëert door middel van taal. Op deze manier tracht het individu betekenis te vinden in zijn leven. Echter, omdat de persoon die lijdt aan psychoses faalt om zichzelf te differentiëren van de niet-menselijke wereld (de natuurlijke omgeving), wordt deze wereld een angstaanjagende plaats (Gale, 2003).

3.5.2 De Lacaniaanse psychoanalyse en de democratische TG.

In haar verhandeling stelt Paget (2000) dat er drie aspecten van de therapeutische gemeenschap te onderscheiden vallen, die zich ertoe lenen de Lacaniaanse psychoanalyse te integreren. Het gaat hier meer bepaald om (1) de mogelijkheid die de democratische therapeutische gemeenschap biedt tot identificatie (zowel met anderen, als met een bepaald beeld), (2) het vermijden van 'verdinging' / het tot object maken van het individu en (3) het belang dat gehecht wordt aan het voeren van een open dialoog.

Het samen met de cliënt (onder)zoeken naar de echte reden van diens zorgen, kan hem/ haar helpen om het onbewuste te symboliseren waardoor het massale karakter van het reële minder confronterend wordt. Wanneer dit ontdekkingsproces door en met de hele gemeenschap begeleid wordt, kan dit ook andere bewoners stimuleren om naar de verborgen betekenissen in hun discours te zoeken. En wat meer is, zo stelt Paget (2000), is dat:

With the psychotic clients this process serves to identify a signifying element that may bind the three realms of existence. (...)The signifying element then is a link between existence per se and their existence, a point of orientation. An answer to the question 'Who am I?' that is acceptable to them consciously and unconsciously. This may be as simple as identifying with being a community member or it may be far more complex. Whatever the link, it is only within the client's experience that it will be found, only through examining the desire behind the demand. (geciteerd in Paget, 2000, p. 257).

Het voorgaande citaat van Paget toont aan dat klinische therapie en milieutherapie nauw met elkaar verbonden zijn. In elke klinisch psychotherapeutische behandel eenheid wordt een bepaald milieutherapeutisch arrangement aangeboden. Dit betekent dus ook dat de klinische psychotherapie kan opgevat worden als het methodisch hanteren van het behandelingsmilieu, gericht op wat men met de patiënt wil bereiken (Verhaeghe, 2002; Bryssinck, 2003). Kenmerkend hiervoor is dat er een bepaald theoretisch model – of combinatie van meerdere denkkaders – wordt gebruikt om het 'ziektebeeld' van de patiënt te kaderen en de behandeling vorm te geven (Janzing, e.a., 2000).

3.5.3 Het relationele aspect als deel van het psychodiagnostisch proces

Naast het inhoudelijke, benoemende aspect, wijst Verhaeghe (2002) erop dat ook het relationele aspect deel uitmaakt van het psychodiagnostisch proces. Deze relationele dimensie verwijst naar de verhouding tussen de diagnosticus en diegene die benoemd wordt – met name de analysant. De psychoanalyse is dus een intersubjectief gebeuren (Van Haute, 1989), wat met zich meebrengt dat de verhouding tussen therapeut en cliënt meebepalend is voor het al dan niet welslagen van de therapie.

3.5.3.1. Een steunende gemeenschap

Taal is de structurerende fundering van alle culturele vormen. Menselijk zelfbewustzijn gebeurt altijd binnen taal, want het is door dingen te benoemen dat mensen grenzen trekken en hun eigen wereld construeren. Begrijpen kan alleen binnen een (gedeelde) samenleving plaatsvinden, omdat psychotherapie een dialoog is tussen mensen en spraak altijd de positie van lidmaatschap (insider) impliceert (Gale, 2003).

Een behandelingsomgeving voor mensen met chronische psychose zou de nadruk moeten leggen op relaties en een oriëntatie naar meer individuele noden, een niet-restrictief klimaat van ondersteuning en mogelijkheden tot participatie van de groepsleden. Een supportief klimaat kan de patiënten helpen een brug te vormen tussen een angstaanjagende innerlijke wereld en de externe omgeving (Smith, 2000). Bovendien wordt een veilig, steunend klimaat geassocieerd met een verbetering in de zelfperceptie van de persoon, alsook in de mogelijkheid iemands anders noden te herkennen, te appreciëren en zich te oriënteren naar de eisen van de werkelijkheid (Janssen, 1986).

Removed from his usual living conditions and immersed in the large-group situation in the clinic, the patient tries to take up relations similar to his interpersonal arrangements in the family and/ or his social environment. These arrangements are defense formations which now become dissolved by the therapeutic attitude of the team. (geciteerd in Janssen, 1986, p.236).

In deze context zouden vooral therapeuten die flexibel zijn en vaak uit hun professionele rol stappen ('role blurring'), de patiënten het best kunnen engageren en een sterkere therapeutische relatie met de cliënt opbouwen (Burns, 2000).

3.5.3.2. Overdracht

In de psychoanalyse wordt overdracht doorgaans gedefinieerd als "een manier van reageren tegenover anderen die niet gebaseerd is op de relatie zelf, maar op invloeden uit het verleden" (geciteerd in Roediger, e.a., 2003). Het gaat dus om een heruitgave van vroegere fantasieën en strevingen – met dit verschil dat de persoon op wie deze betrekking hadden, vervangen werd door de persoon van de therapeut (Mooij, 1987). Er treedt met andere woorden een herhaling van het verleden op en door gebruik te maken van de vrije associatie en de overdracht kunnen de verdrongen betekenissen in de persoonlijkheid geïntegreerd worden (Van Haute, 1989).

Lacan geeft aan het begrip 'overdracht' echter ook een eigen invulling mee. Zo stelt Mooij (1987) dat de overdracht bij Lacan niet enkel gedefinieerd wordt als een geheel van gevoelens, maar des te meer als een geheel van posities die men ten opzicht van elkaar kan innemen. Verder zijn woorden knooppunten van betekenis en is deze betekenis afhankelijk van de context waarin de woorden gebruikt worden. In het spreken kunnen hierdoor betekenissen oplichten die aan de geleefde intentionaliteit ontsnappen. Dit, zo stelt Van Haute (1989), is wat

Lacan 'het fundamentele gebeuren van de overdracht' noemt, die de analyse constitueert. *"In de overdracht gaat het fundamenteel om de in-bezit-name van een manifest discours door een verborgen discours, het discours van het onbewuste"* (geciteerd in: Van Haute, 1989, p. 64- 65).

Tenslotte dient in dit verband nog aangehaald te worden dat de rol van de stafleden inzake interpretatie verandert doorheen de tijd. Gale & Sanchez (2005) verwoorden het als volgt:

At the beginning, the patient will need to rely more on that deep understanding of the unconscious, which the staff bring to the situation (...) But this is just a start, and as the patient gradually develops his or her own understanding the staff are able to step back."(geciteerd in Gale & Sanchez, 2005, p. 439).

3.5.3.3. De therapeutische relatie

Onder invloed van de antipsychiatrie in de tweede helft van de 20^{ste} eeuw, werd meer en meer aandacht besteed aan de therapeutische relatie, waarbij het vooral de autoritaire arts -patiëntenverhouding was die het moest ontgelden (Verhaeghe, 2002). In lijn hiermee ligt wat Lacan aanduidt als het 'meesterdiscours', waarbij de spreker van dit discours een hogere positie inneemt (S1) gericht naar een andere (S2) die 'het weten' (de diagnostische uitspraak) van S1 over zich heen krijgt (Verhaeghe, 2002). Het meesterdiscours wordt dus duidelijk gekenmerkt door onevenredige machtsverhoudingen tussen cliënt therapeut. Laing (1980) wijst dan ook op het belang van empathie en begrip, als zijnde twee belangrijke elementen die de grondslag vormen voor elke therapeutische relatie.

Een belangrijk aspect van het luisteren naar de ervaringen van de bewoners, houdt immers in dat de therapeut niet noodzakelijk alle antwoorden in petto heeft. De relatie tussen therapeut en cliënt dient te zijn gestoeld op samenwerking. De Britisch Psychological Society (2000) stelt namelijk dat de therapeutische relatie opgevat kan worden *"as a means to and part of the treatment of psychosis"* (geciteerd in Tucker, 2001, p. 236). Della Badia (1999) gaat hier nog verder in: *"There is evidence to suggest that in groups of people who have psychosis it is the therapeutic alliance which acts as the therapeutic tool in and of itself, in addition to being a means of making sense of the clients' experiences"* (geciteerd in Tucker, 2001, p. 236).

Het behandelingsmilieu in een therapeutische gemeenschap hecht dus grote waarde aan de ervaringen van iedere patiënt (Gale & Sanchez, 2005). Het humanistische aspect van een TG, met name het respectvol samenwerken tussen cliënten en teamleden en het geloof in de kracht en groeimogelijkheden van het individu, is dan ook heel belangrijk (Vandevelde & Broekaert, 2003). De focus richt zich hierbij op het proces, eerder dan op de uitkomst.

3.5.3.4. Samenwerkingsrelaties

Bouwen aan een therapeutisch milieu vraagt dus eveneens een bepaalde houding van het behandelend team (Janzing & Kerstens, 1997; Bryssinck, 2003; De Leon, 2005) en zowel patiënten en staf gaan doorheen hetzelfde therapeutisch proces (Gale & Sanchez, 2005). Elke gemeenschap is dus een levende, dynamische en altijd veranderende gemixte groep:

In this sense it [de therapeutische gemeenschap] is a gigantic puzzle charged with meaning, in which emotional and cognitive difficulties are engaged with (...) in order to look beneath the familiar guise of events and to find something initially hidden and previously unknown. (geciteerd in Gale & Sanchez, 2005, p. 438).

Van een therapeutische werking kan gesproken worden wanneer de ruimte en hulp geboden wordt om tot een oplossing van problemen te komen. Dit wil niet zeggen dat alle patiënten tot een oplossing van hun problemen moeten komen, maar wel dat er rekening gehouden wordt met hun mogelijkheden. Een van de belangrijkste taken van stafleden in een TG is dat ze samen met de patiënten een vertrouwensrelatie moeten opbouwen (Drake, e.a., 1998). Gale & Sanchez (2005) geven in dit verband twee elementen aan die een psychoanalytisch georiënteerde TG bijzonder geschikt maken om patiënten met een chronisch psychiatrische stoornis te behandelen. Ten eerste biedt psychotherapie de mogelijkheid op een interpersoonlijke behandeling die focust op de onderliggende conflicten van psychoses. Ten tweede stellen deze onderzoekers voorop dat het ontwikkelen van samenwerkingsrelaties bevorderlijk is om patiënten in behandeling te engageren.

In het kader van behandeling van dubbeldiagnose patiënten, manifesteren zich zowel positieve als negatieve symptomen in het dagelijks functioneren. De conflicten en botsingen die hierdoor ontstaan moeten doorwerkt worden, in de zin dat ze moeten toegelaten gevoeld te worden in relaties, in het bijzonder met stafleden. Staf en patiënten dienen hierop te reageren in een open, permissieve en dialogische manier. Zo wordt een basis voorzien voor een meer diepere analyse en

interpretatie van wat elke psychotische episode kan betekenen. Gale en Sanchez (2005) merken hierbij op dat de supervisie van stafleden van cruciaal belang is en dat stafleden moeten vermijden te gissen naar de verborgen betekenis die zich voordoet in de woorden van de patiënt. Alleen interpretaties geven is onvoldoende, omdat de patiënt kan voelen dat hij zijn ongewenste gevoelens gewoon terug krijgt en dat de therapeut een afstand houdt.

3.5.3.5. De vraag van het subject

De rol van de therapeut bestaat er niet in corrigerend, ontkennend of bevestigend op te treden. Wat wel beoogd wordt is ondermeer het terugkoppelen van wat gezegd werd en het leggen van (hypothetische) verbanden. De bijdrage van de analyticus tot het analytisch gesprek beperkt zich dus tot een aanvullend woord, zonder adviserend op te treden (Mooij, 1987). Een non-bevooroordeelde houding is immers van essentieel belang om een klimaat van (wederzijds) vertrouwen in de therapeutische werkerelatie binnen te brengen (Drake, e.a., 1998; Tucker, 2001; Bryssinck, 2003; Gale & Sanchez, 2005).

Binnen het psychotherapeutisch proces staat dus de vraag van het subject centraal. Dit is in tegenstelling tot het maatschappelijk –juridische kader, waar de wet en de bescherming van de samenleving als uitgangspunten gelden. Tevens ligt in het psychotherapeutisch kader het enige criterium voor normaliteit – abnormaliteit bij het betrokken individu zelf (Verhaeghe, 2002). Zoals reeds bleek, beschouwen psychotici zichzelf als de enige normale mensen, in een verziekte, corrupte wereld (D. Bryssinck, persoonlijke communicatie, 10/07/07). Verhaeghe (2002) merkt in dit verband op dat *“(...) iemand op het juridisch – maatschappelijke vlak afwijkend kan zijn, maar daarom nog geen hulpvraag hoeft te hebben – of omgekeerd. Het is dus mogelijk dat het symptoom een oplossingsfunctie heeft voor het subject”* (geciteerd in Verhaeghe, 2002, p. 117). Het hoeft dan ook niet te verwonderen dat de patiënten in vele gevallen zelf geen vraag naar behandeling stellen, waardoor de verplichte psychotherapie zich in vele gevallen opdringt. Het gevolg hiervan is dat de clinicus onvermijdelijk botst op een muur van (al dan niet passief) verzet. In vele gevallen wordt de therapeut immers als een verlengde van autoriteit gezien. Dit alles maakt zowel een accurate diagnose als behandeling in vele gevallen onmogelijk. Het ombuigen van deze onhoudbare relatie tot een vertrouwensrelatie tussen beide partijen, is de enige oplossing om tot een productieve samenwerking te kunnen komen (Verhaeghe, 2002).

3.5.4 Sociaal leren in het hier en nu

Mooij (1987) stelt dat het onbewuste op indirecte wijze aanwezig is in het verhaal, en dit in de vorm van vergissingen, versprekingen, dromen, enzovoort. Met betrekking tot het 'hier-en-nu' aspect van de psychoanalyse, dient aldus de vraag 'hoe de terugkeer van het verdrongene kan worden verklaard' als richtinggevend te worden beschouwd (Van Haute, 1989).

In de analyse tracht men het onbewuste opnieuw bewust te maken. Men wil nagaan hoe betekenisvolle aspecten uit het verleden in het heden doorwerken en gedrag en interacties kleuren. De methodiek van de vrije associatie speelt hierbij een prominente rol. Immers, door de vrije associatie krijgt het individu de gelegenheid zijn eigen, (onbewuste) geschiedenis te erkennen en te integreren. Tevens voorziet de vrije associatie het subject van een toekomst die steeds open blijft. Van Haute (1989) stelt hierbij dat de toekomst vanuit het verleden inhoudelijk bepaald wordt en het verleden zich dan ook enkel vanuit de toekomst opent. Het verleden waar tijdens de analyse naar gedoeld wordt, is verdrongen. *"Het analytische verleden is nog niet tegenwoordig. Dat betekent dat ik het vertelde op mij neem als geactualiseerde mogelijkheid voor een toekomst die steeds open blijft"* (geciteerd in Van Haute, 1989, p. 76). Zodoende wordt het verleden van zijn determinerende invloed ontdaan en houdt het op een drukkende last te zijn die slechts op een stereotiepe wijze kan herhaald worden. Ook Mooij (1987) wijst er op zijn beurt op dat door het telkens opnieuw (her)vertellen van het verleden, een nieuwe en meer passende betekenis ontstaat. Met andere woorden: *"Het verleden kan nu terug als startpunt functioneren voor een toekomst die meer is dan een herkauwen van wat geweest is"* (geciteerd in Van Haute, 1989, p. 85).

In dit licht is *onze (psychische) identiteit geen statisch, onveranderlijk iets. Het is daarentegen "een zich voortdurend ontwikkelend dynamisch conglomeraat van leerprocessen waarbij het identificatiemechanisme centraal staat, en vandaag benoemd wordt als 'social learning'"* (geciteerd in Verhaeghe, 2002, p. 122). Elke behandeling tussen subject en Ander kan dan ook als een leerproces opgevat worden, waarin 'identificatie', 'modeling' en andere aspecten nauw met elkaar verweven zijn (Verhaeghe, 2002).

Sociaal leren veronderstelt met andere woorden een sociale interactie rondom een bepaald probleemgebied, met als bedoeling (on)bewuste gevoelens op te wekken

(Jones, 1979). Om dit mogelijk te maken, is een vertrouwelijk en veilig (groeps)klimaat noodzakelijk (Janzing & Kerstens, 1997). Ook onderzoekers als Gale en Sanchez (2005) onderkennen dit en spreken in dit verband over de therapeutische gemeenschap als 'containing'. Het manifest maken van voorheen latente gevoelens, vraagt bovendien de nodige competentie van de therapeut (Jones, 1979). Misbruik van macht dient hierbij ten allen tijde voorkomen te worden (Jones, 1979; Janzing & Kerstens, 1997). Tucker (2001) gaat hier wat verder op in en stelt dat:

There are times when responding to the conscious experience of the client is appropriate and times when responding to the unconscious communication of the client is appropriate and this is the judgment we have constantly and skilfully to make. (...) There is the question of the integrity of the inherent power relationship between worker and client exacerbated in this context by the work with the client's unconscious. (geciteerd in Tucker, 2001, p. 243).

3.5.5 Taal, dialoog en behandeling

Taal neemt een centrale plaats in de behandeling in. Lacan verstaat onder 'dialoog' de uitwisseling van ideeën en opnies (Paget, 2000). Net zoals de psychoanalyse, berust ook de therapeutische gemeenschap voornamelijk op dialoog/ taal. Sterker nog, een therapeutische gemeenschap wordt zelfs op een bepaalde manier samengehouden door taal (Gale & Sanchez, 2005). Zowel Mooij (1987) als Van Haute (1989) stellen onomwonden dat taal het enige medium van de analyse is. Zo stelt de eerste auteur bijvoorbeeld dat *"In de analytische situatie geschiedt niets anders dan de uitwisseling van woorden. Nog steeds geldt de grondregel waardoor de psychoanalyse slechts één medium heeft, het woord van de patiënt"* (geciteerd in Mooij, 1987, p. 89). Verder duidt Mooij (1987) er eveneens op dat Lacan bij diens terugkeer tot Freud een zwaar accent op de taal heeft gelegd. Freud was hier echter ook zelf reeds duidelijk in, wanneer hij stelde dat *"In der analytischen Behandlung geht nichts anderes vor als ein Austausch von Worten zwischen dem Analysierten und dem Arzt"* (geciteerd in Mooij, 1987, p. 15). Het geheel verloopt dus via de taal, die bovendien zowel identiteitsverlenend is alsook een onmisbare sleutel voor de diagnose en behandeling vormt (Verhaeghe, 2002).

Zodoende komt een heel discours op gang waarin de betrokkene betekenis tracht te geven aan de gebeurtenissen en ervaringen uit diens leven. Ook de waanidee kan overigens als een vorm van discours opgevat worden (Paget, 2000). Het

vertelde verhaal dient dus niet als een loutere weergave van feiten te worden geïnterpreteerd, maar veeleer als een interpretatie van ervaringen (Mooij, 1987). Het verleden wordt besproken in zoverre dit belang heeft op de situatie in het heden. Daarom is het verhaal steeds *“een presentatie, een tegenwoordigstellen van mens en wereld”* (geciteerd in Mooij, 1987, p. 92). Bovendien neemt de verteller ook een zekere identiteit op zich, die samenhangt met de sociale verhouding en de rol die hij/ zij in het verhaal speelt (Mooij, 1987; Verhaeghe, 2002). En dus, zo stelt Mooij (1987), is het verhaal ook een identificatie.

3.5.5.1. *De psychose verhoudt zich tot de taal*

Zoals reeds eerder vermeld, zijn er in de visie van Lacan drie vormen van in de wereld staan, met name de neurose, de perversie en de psychose. Deze vormen van psychische identiteit zijn ook verschillende verhoudingen tot de taal, die Lacan de grote Ander noemt omdat ze de enige mogelijke structurerende band is van een mens met een ander mens (Verhaeghe, 2002, Bryssinck, 2003). De psychose is dus een verhouding ten opzichte van de taal en ten opzichte van de ander die ons de taal aanreikt. Een behandeling kan dan ook slechts werkzaam zijn via taal/ de therapeutische relatie (Bryssinck, 2003; Bryssinck, e.a., 2005). Paget (2000) stelt in dit verband dat dialoog en taal beschouwd kunnen worden als tegelijk de verklaring voor de vervreemding van de cliënt, als zijn route naar herverbinding. De TG wordt hier gezien als de ideale ‘container’ in dewelke exploratie van betekenis met de cliënt kan plaats vinden, een proces dat vergemakkelijkt kan worden door de dialogische benadering (Sanchez, 2004).

Om het met de woorden van Lacan (1993) te zeggen: *“This linking with others in speech and with the speech of others within the bonds of human feeling forms a primary key in that essential process of anchoring the language of patients to its meaning.”* (geciteerd in Gale & Sanchez, 2005, p. 438). Verder stelt Paget (2000) dat de functie van dit type therapeutische gemeenschap erin bestaat *“to provide a binding and containing element, which brings about an integration at the intrapersonal level and at the social level.”* (geciteerd in Gale & Sanchez, 2005, p. 438). In deze zin kan de gemeenschap dienst doen als een herstellend instrument voor psychotici. Er is namelijk de verwachting dat patiënten die participeren in het alledaagse runnen van het huishouden en prepareren van de maaltijden in samenwerking met andere leden, hen in staat stelt om opnieuw met de realiteit om te gaan (Gale & Sanchez, 2005; Bryssinck, 2003). Hinshelwood (1987) concludeert dat:

In this way the community is able to be a container, which can provide a safe space where patients can expose phenomena and uncover meaning by introjecting the speech of the Other and thus gain a capacity to face and understand their distress. (geciteerd in Gale & Sanchez, 2005, p. 438).

3.5.5.2. Breuk met de onmiddellijkheid

In navolging van Kojève (1947) neemt ook Lacan (1966) de idee van 'het woord is de moord op het ding' over (Van Haute, 1989). De taal impliceert immers een breuk met de onmiddellijkheid. Omdat de taal niet in staat is het object als dusdanig te vatten, blijft er steeds een kloof bestaan tussen elke vorm van symbolisatie en het Reële (Verhaeghe, 2002). De betekenis van de woorden is exclusief contextueel bepaald en ligt dus nooit volledig vast. Echter, de taal is ook een moord op het subject. Het individu kan slechts in de taal aan zichzelf verschijnen. Van Haute (1989) stelt dan ook dat "*het reële subject – het subject zoals het op zichzelf, los van de talige formulering bestaat – is bijgevolg verloren*" (geciteerd in Van Haute, 1989, p. 56).

3.5.5.3. Het verhaal en het Andere

Een essentieel element uit de theorie van Lacan wordt gevormd door 'de Symbolische Orde' (l'Autre, of l'Ordre Symbolique) (Mooij, 1987). Hiertoe worden hele verhalen en discours gerekend. Een wezenlijk kenmerk van deze Symbolische Orde is dat deze bestaat nog voordat de mens erin binnentreedt en ook blijft bestaan wanneer hij er weer is uitgetreden. Overigens wijst Mooij (1987) erop dat ieder individu al in de Symbolische Orde vertegenwoordigd is van voor de geboorte, bijvoorbeeld door middel van zijn toekomstige naam, tot na de dood, door herinneringen en verhalen die verteld worden.

*"t Woord heeft het eerste en het laatste woord.
Daartussen valt een ideaal aan scherven,
Planten zich reeksen generaties voort,
Wier eigenschappen ik moest overerven."*

Het voorgaande gedicht van Gerrit Achterberg (geciteerd in Mooij, 1987, p. 9) toont treffend aan dat de mens geboren wordt in een talige gemeenschap, wat met zich meebrengt dat men als mens een reeds bestaande taal spreekt die bovendien als enkeling niet te wijzigen is. Bijgevolg is alles wat verteld wordt, aan een bestaande taal ontleend – namelijk de taal die de analysant spreekt en

waaruit hij zijn woorden kiest. We hebben dan ook geen andere keuze dan ons aan het bestaande taalsysteem te onderwerpen en het geheel van opposities en regels ten harte te nemen:

De mens moet, wil hij spreken, zich onderwerpen aan een taal en dus aan de regels die constitutief voor een bepaalde taal zijn. De confrontatie met regels is een confrontatie met anderen, die zich ook aan de regels houden – of juist niet. (geciteerd in Mooij, 1987, p. 16).

3.5.5.4. Spreken als vraag om erkenning

Omdat de andere altijd als toegesprokene in het spel is, beoogt het spreken een antwoord van deze andere. Dit antwoord kan al dan niet bevestigend zijn, maar het impliceert steeds een erkenning van datgene dat gezegd wordt (Mooij, 1987). Echter, om erkenning (en respons) te kunnen krijgen, moet de spreker zich wel verstaanbaar maken. Hij/ zij moet dus de taal van de Ander spreken. Mooij (1987) wijst er namelijk op dat de zin van het uitspreken net gelegen is in de mogelijke respons van de andere persoon. Vandaar ook dat het spreken opgevat kan worden als een vraag om erkenning. Zonder dit opzet verdwijnt het spreken. In dit geval kan bijvoorbeeld gedacht worden aan de waan, in zoverre sprake is van een weigering te communiceren. Hoewel het mogelijk is dat de psychoticus misschien wel over zijn waan wil praten, kan hij/zij deze niet ter discussie stellen. Immers, voor de psychoticus wordt de andere vaak als zeer bedreigend of afwijkend ervaren en is hijzelf de enige normale persoon in een (ver)ziek(t)e wereld (D. Bryssinck, persoonlijke communicatie, 10/07/07).

Dit alles impliceert dat de relatie die elk lid heeft met de betekenisverlening van zijn/ haar eigen ervaring en met het leven in de gemeenschap, allemaal verbonden zijn in zijn/ haar participatie in taal. Dit is van bijzondere betekenis voor psychotici omdat hun spraak vaak gekenmerkt wordt door 'disordered language', waarvan neologismen een voorbeeld zijn (Gale & Sanchez, 2005; Bryssinck, 2003). De echte moeilijkheid ligt nu in de betekenis die de woorden hebben voor de patiënt en de connecties die hij/ zij maakt tussen gedachten en woorden. Het delen van een gemeenschappelijke taal is met andere woorden heel belangrijk, niet alleen omdat spraak ten gronde ligt aan de psychoanalytische benadering, maar ook omdat taal is wat een gemeenschap maakt (Gale & Sanchez, 2005). Sanchez (2004) concludeert dan ook dat de nadruk die gelegd wordt op taal en de dialogische benadering van psychose in psychotherapie een belangrijke link is tussen Lacans' theorieën en de therapeutische gemeenschap.

Openheid naar de andere vereist dus een engagement in een authentieke conversatie, waarin de waarheid van het onbewuste als het bewuste beeld wordt gezocht. De spraak van de patiënt lijkt een betekenis te verbergen die anders is dan diegene die aan de oppervlakte komt (Gale & Sanchez, 2005). Betekenis zit met andere woorden verborgen in de psychoses en kunnen ontsloten worden. Dit wordt het proces van 'full speech' genoemd. Lacan (1955-56) stelt dat de waanidee een vorm van discours is en dat het belangrijk is hier aandacht aan te besteden. Immers, *"The delusion is a form of discourse (...) it is the field of signification that has organised a certain signifier."* (geciteerd in Sanchez, 2004). Daar het belangrijk is om verborgen meningen naar de oppervlakte te brengen en zich te engageren in dialoog om psychotici te helpen de echte betekenaar te vinden, wil de gemeenschap tot 'full speech' geraken. Op die manier werkt de TG als een 'container' om de pijnlijke ervaringen van de groepsleden op te vangen (Sanchez, 2004).

3.6 Conclusies van het hoofdstuk

Uit dit hoofdstuk bleek dat de Lacaniaanse psychoanalyse heel erg interrelationeel is en zich bijzonder goed leent tot groepstherapie (D. Bryssinck, persoonlijke communicatie, 10/07/07). Het inhoudelijke en het relationele aspect zijn twee kanten van dezelfde diagnostische medaille en spelen steeds samen een rol bij elk psychodiagnostisch proces (Verhaeghe, 2002). Laing (1980) wijst erop dat de stoornis in de eerste plaats gezocht dient te worden in de verhouding tussen mensen. Ook Verhaeghe (2002) wijst hierop en stelt dat de basis van een psychopathologie te zoeken valt binnen de sociale relaties tussen mensen, die via de overdrachtsdialectiek veranderd kan worden. Bijgevolg moet een verandering in deze verhouding eveneens tot een verandering op symptomatisch vlak leiden (Verhaeghe, 2002).

Het grootste probleem binnen het klinische veld heeft bijgevolg te maken met de afwezigheid van een hulpvraag bij mensen die toch een duidelijke problematiek vertonen. Psychotische patiënten, mensen met een verslavingsproblematiek - en dus ook mensen met een dubbeldiagnose - zijn hier treffende voorbeelden van. Omdat de andere vaak als heel bedreigend wordt ervaren, dient de clinicus in eerste instantie erin te slagen het vertrouwen van de patiënt te winnen. Pas nadat een vertrouwensrelatie tussen beide tot stand is gekomen, kan nagegaan worden of er een (hulp)vraag bij de patiënt zelf aanwezig is (Verhaeghe, 2002; D.

Bryssinck, persoonlijke communicatie, 10/07/07). En hoewel de waanidee tegengesteld is aan elke *“dialectical dimension’ that is to any attempt to resolve the conflicts of opposing ideas”* (geciteerd in Paget, 2000, p. 256), benadrukt Paget dat dialoog een cruciaal middel vormt in de aanpassing van het individu aan de samenleving. Ze is ervan overtuigd dat de therapeutische gemeenschap hiervoor een passende en veilige haven biedt, waarbinnen deze mogelijkheid met de cliënt kan worden geëxploreerd (Paget, 2000).

De therapeutische gemeenschap kan aldus worden opgevat als een hermeneutisch project, waarin taal een centrale plaats inneemt en waarin zowel stafleden als patiënten constant in een betekenisverleningsproces betrokken zijn (Gale & Sanchez, 2005). Betekenis neemt in een TG dan ook een belangrijke plaats in.

4 HOOFDSTUK IV: de afdeling dubbeldiagnose in de psychiatrie van Sleidinge

4.1 Beschrijving van de populatie

In het Psychiatrisch Centrum Sleidinge vertrekt men vanuit de klassieke benadering van psychose. Op deze manier worden drie structuren onderscheiden, die allen de forclusie van de Naam van de Vader als oorzaak hebben. Deze zijn schizofrenie, paranoia en de manisch –depressieve psychose. Schizofrenie wordt vaak gesitueerd op het lichaam(elijke). Een voorbeeld betreft de volgende ervaring van Y., een ex-patiënt van de voorziening:

(...) Ge zijt gewoon nooit alleen, weet' wel? En ge hebt altijd mensen in uw hoofd om u te vermaken. Soms zijn die wezenlijk, soms zijn die niet wezenlijk. Ja, 't doet er eigenlijk niet veel toe. Maar ge voelt die wel. Ge voelt die in uw lichaam, door uw lichaam kruipen gelijk. (Telefacts, Dubbeldiagnose, 25/07/2005).

De paranoia vindt haar oorsprong in het spiegelstadium, waarin de relatie ik – ander vormgegeven wordt en aanleiding geeft tot concepten als 'dubbelganger' en 'complot'. Illusterend in dit verband is de ervaring van een E., eveneens een ex-patiënt van het psychiatrisch centrum Sleidinge. Zo vertelt hij:

Ik dacht dat ik het middelpunt was van de wereld en dat alle mensen een complot vormden tegen mij. Allé ja, een complot dat die mijn gedachten konden lezen maar d'er niets over mochten zeggen want alles werd gefilmd door verborgen camera's. En die mochten er niets van zeggen omdat ik dat niet mocht weten. Omdat dat een groot geheim was en ze anders problemen zouden krijgen met de maffia als ik dat te weten zou komen. (Telefacts, Dubbeldiagnose, 25/07/2005).

De manisch –depressieve psychose tenslotte, kenmerkt zich door hevige gemoedswisselingen en stemmingsstoornissen. Tijdens een manische periode kan een persoon heel ver zitten en zich God wanen. Aan het andere uiteinde van het continuüm kan de persoon terugvallen in een diepe, zwaarmoedige melancholische depressie (D. Bryssinck, persoonlijke communicatie, 22/10/2007).

De patiënten van de afdeling dubbeldiagnose verbonden aan het Psychiatrisch Centrum Sleidinge zijn hoofdzakelijk mannen met psychotische en

middelengebonden problematieken. Opvallend is dat de cliëntenpopulatie aanzienlijk verjongd is in vergelijking tot enkele jaren geleden (Bryssinck, 2003; Bryssinck e.a., 2005). Bovendien zijn het niet zozeer meer 'de zware gevallen' met een ruig uiterlijk, piercings en tatoeages, als wel 'jongeren met karohemdekes' die nog thuis wonen maar wel sterk verslaafd zijn (D. Bryssinck, persoonlijke communicatie, 04/02/2008). Wat hun diagnoses betreft, zijn het vooral de paranoia, onder invloed van speed en coke, die het sterkst aanwezig zijn. Daarnaast zijn er de mensen met een diagnose van schizofrenie en in mindere mate de manisch-depressieve subgroep. Uiteraard komen er ook mengvormen voor en is en blijft het steeds belangrijk te zien waar iemand zich in de psychose bevindt (D. Bryssinck, persoonlijke communicatie, 22/10/2007).

4.2 Het therapeutisch milieu in het psychiatrisch centrum Sleidinge

In een klassieke therapeutische gemeenschap wordt alles dat verwijst naar gebruik weg gedaan. In de dubbeldiagnose –afdeling van de psychiatrie van Sleidinge kunnen de bewoners hun emblemen behouden. Dit is belangrijk, omdat dit voor hen de enige manier is om nog iets te betekenen, om nog ergens bij te horen. In het werken met deze doelgroep is het dan ook van belang deze link te gebruiken. Op een heel milde manier wordt een geleidelijke afbouw van gebruik beoogd. Dit is noodzakelijk, om in eerste instantie een klik te krijgen met de psychoticus en ook een groep te vormen. Het middelengebruik vormt als het ware de lijm in de groep. Het zorgt voor een zekere groepscohesie en identificatie met het beeld van 'gebruiker'. Het laten behouden van deze imaginaire identificatie is dus zowel een manier om een 'ik' als een 'groep' te vormen.

Inzake milieutherapie onderscheiden Janzing en Kerstens drie behandelmodellen, zijnde het supportieve, het reconstructieve en het sociaal –therapeutische model (Janzing & Kerstens, 1997). De psychiatrie van Sleidinge heeft gekozen voor het aangepast TG –model van Bion en Jones, namelijk het sociaal –therapeutisch model. Dit model is vooral gericht op de uitwisseling en het terugbrengen van dynamiek in de groep. Daar het sociaal –therapeutisch model voor dit thema van belang is, licht ik dit hieronder verder toe.

Het sociaal –therapeutische model kan worden opgevat als het grensvlak tussen de persoon en zijn omgeving, waarbinnen de behandeling gericht is op het

verbeteren van de sociale adaptatie van het individu. Het opbouwen van een passende sociale identiteit wordt met andere woorden als doel vooropgesteld. Hierbij kan worden opgemerkt dat niet het doorwerken van vroegere objectrelaties, maar wel de huidige dynamieken binnen de groep centraal staan. Maxwell Jones zou hier spreken van 'sociale analyse', waarmee geduid wordt op het voortdurend onderzoeken van de processen die zich tussen mensen voordoen. In een gesprek wees Dirk Bryssinck eveneens op het belang van kort op de bal in te spelen inzake alles wat gaande is in de groep (D. Bryssinck, persoonlijke communicatie, 19/09/2007). Psychotici zijn namelijk niet gediend met een analytisch –duidende aanpak zoals deze in het reconstructieve behandelingsmodel wordt gehanteerd. Ook het supportieve model is ontoereikend in het werken met deze doelgroep. Het sociaal –therapeutische model laat echter toe met de bewoners een groep te vormen rond het gebruik (Janzing & Kerstens, 1997).

In de Telefactsreportage 'Dubbeldiagnose' (25/07/2005) worden enkele van deze groepssessies in beeld gebracht. Het gaat hier om het zogenaamde 'drugskartel' dat, wegens een sterk veranderende cliëntenpopulatie, enkele jaren geleden in het Psychiatrisch Centrum Sleidinge werd opgericht. Tijdens deze groepsmomenten werken de cliënten samen om hun gebruik onder controle te houden.

4.2.1 Weerspiegeling van de maatschappij

De dubbeldiagnose –afdeling vormt in zekere zin een weerspiegeling van de maatschappij, maar dan wel een veel mildere versie ervan. Er kan immers nog geëxperimenteerd worden, terwijl men buiten het risico loopt opgepakt te worden door de politie. De mogelijkheid tot experimenteren wil natuurlijk niet zeggen dat gebruik op het ziekenhuisterrein toegelaten is. Wanneer iemand dan toch op gebruik 'betrapt' wordt volgt geen ver –of beoordeling, maar wordt gewezen op de verantwoordelijkheid en solidariteit ten aanzien van de overige groepsleden. Het probleem wordt opnieuw opengetrokken, interrelationeel gemaakt. Dit wordt verduidelijkt met volgend fragment uit de reportage van Telefacts (Telefacts, Dubbeldiagnose, 25/07/2005). Tijdens de groepsbijeenkomst wordt het gebruik van G.N. besproken:

G.N: *"Awel, hier heb ik gisteren nen joint gerookt."*

- Dirk Bryssinck: *"Dat is een fijn begin."*

G.N: *"Ik heb ervan genoten. (...) Ik zonder mij graag af ook. Zo geen mensen rondom mij. Gewoon ne keer nen joint roken en een space travelling doen, ne keer naar de maan gaan. Zo zie ik dat."*

- Dirk Bryssinck: *"Wij kunnen ons niet buiten de wet stellen als instelling. We kunnen moeilijk zeggen van hier mag je wel blowen."*

G: *"Dat zou wel de max zijn."*

- Dirk Bryssinck: *"De wet die buiten geldt, geldt ook hier. Maar moeten wij de wet worden? Moeten wij flikken worden? Moeten wij beginnen controleren elke dag? Of moeten we zeggen: 'pakt uw verantwoordelijkheid?' Jij beslist."*

Vanuit de Lacaniaanse visie kijkt men naar de psychoticus in relatie tot de medemens en hoe een setting kan worden gecreëerd die niet bedreigend is. Dit betreft dan vooral de horizontale werking, die overigens doorspekt is met de principes van Maxwell Jones. Ook op het niveau van het individuele spreken keert het Lacaniaanse gedachtegoed terug. Als hulpverlener wandelt men mee met het individu. Men is als het ware de secretaris van het proces. De Lacaniaanse theorie komt dus over het gehele totaalbeeld van de organisatie terug en de manier waarop men vanuit deze visie naar de psychoticus kijkt, heeft bepaald hoe de setting werd opgebouwd – en toevallig sloten Bion en Jones hierbij aan.

In lijn met deze uitgangspunten tracht ik in wat volgt aan de hand van een aantal centrale concepten van de democratische therapeutische gemeenschap van Maxwell Jones een raster te weven, waarbinnen ik de Lacaniaanse psychoanalyse een plaats toeken. Deze gegevens heb ik bekomen aan de hand van een interview met Dirk Bryssinck (19/09/2007), tenzij anders vermeld. Een volledig uitgetypte versie van dit interview is terug te vinden in bijlage (2).

4.3 De Lacaniaanse psychoanalyse in de praktijk

4.3.1 Psychoanalytische therapie

De afwezigheid van de Naam van de Vader kan op twee manieren ingevuld worden. Ofwel is er geen vader aanwezig, ofwel juist een heel sterke. In het eerste geval is er veel minder gereguleerd, hoewel er toch nog steeds een heel duidelijke structuur aanwezig is. Er wordt de bewoners een heel gamma aangeboden waaruit ze vrij kunnen kiezen. De groepsgesprekken zijn hier uitermate belangrijk. Deze zijn minimaal en daar wordt de aanwezigheid van de

bewoners dan ook verwacht. In het tweede geval heeft de psychoticus de autoriteit heel sterk ervaren. Door een triangulair punt en meervoudig leiderschap te installeren wordt dit vermeden. Psychotici beleven de werkelijkheid vaak in een alles of niets verhouding. Door het installeren van een triangulair punt wordt het overweldigende aspect in de relatie vermeden.

Bij psychotici is niets meer onbewust. Alles ligt als het ware open. De confrontatie met het reële is massaal. Dit brengt met zich mee dat bij deze doelgroep op een andere manier gewerkt moet worden. De bedoeling is dat alles een beetje rustiger, gepacificeerd wordt en symbolisatie door middel van kunst, muziek, ... mogelijk wordt. Bijgevolg is het belangrijk niet te beginnen duiden of confronteren. Als therapeut neemt men als het ware de rol van secretaris op zich. Men bewaakt het proces. De betekenisverlening dient echter volledig uit de patiënt voort te komen. De psychoticus heeft geen vraag, maar heeft een weten. Hij moet het Oedipuscomplex op een heel eigen manier zien in te vullen en betekenis geven.

In het Psychiatrisch Centrum Sleidinge wordt klinische psychotherapie aangeboden, met een Lacaniaans psychoanalytische inslag. Deze krijgt echter niet het karakter van een langdurige therapie, daar dit niet werkbaar is voor psychotici. De psychoanalytische therapie is een mildere, meer ondersteunende vorm van psychoanalyse en mag dus niet worden verward met de strikte analytische kuur. Bovendien betreft klinische psychotherapie meer dan alleen gesprekken met cliënten. Het betekent ook dat men oog heeft voor wat er in het klinische milieu gebeurt. Dit is een belangrijke factor, omdat een therapeutisch klimaat zowel bevorderend als ziekmakend kan zijn. De aandacht gaat daarbij uit naar zowel het team, de bewoners zelf en de dynamieken – zoals overdracht en tegenoverdracht –tussen deze twee.

Binnen het individuele gesprek met de patiënt wordt wel gebruik gemaakt van de analytische methode, gericht op het preliminaire. Heel velen zijn niet klaar voor therapie. Het merendeel van de patiëntenpopulatie op de dubbeldiagnose afdeling hebben te maken gekregen met gedwongen opname en zijn dus gecollocerd. Dit maakt dat een belangrijk gewicht wordt toegekend aan het creëren van een (behandelings)vraag bij de cliënt(en). Men gaat dan ook in eerste instantie preliminair werken, waarbij men de structuur bij de persoon tracht na te gaan. Het opbouwen van een vertrouwensband en overdracht zijn hier eveneens belangrijke aandachtspunten, te meer omdat vele cliënten 'therapie-beu' zijn (zie hieronder).

Eenmaal de crisis is opgevangen en een vraag werd gecreëerd, kan de persoon doorverwezen worden naar meer ambulante diensten. Uiteraard is het ook mogelijk is dat het individu een behandeling volgt in het centrum zelf.

4.3.2 Overdracht

Men kan pas van therapie spreken als er overdracht is. Hiervoor dient echter eerst geduldig een vertrouwensrelatie gecreëerd te worden. Overdracht komt immers niet zomaar vanzelf tot stand. Het moet voor de cliënt duidelijk zijn dat de begeleider niet de zoveelste psycholoog of hulpverlener op rij is. Dit wordt ook door Bryssinck besproken in de Telefactsreportage:

De doelgroep, de bewoners van ons waar dat wij mee werken, zijn eigenlijk mensen die soms ook een beetje therapie-beu zijn. Ze komen vanuit heel veel instellingen, hebben een lang verleden en een lang verhaal. Ze hebben soms ook zoiets van 'foert'. Vertelt uw verhaal, meneer de psycholoog kom eens babbelen. Ze hebben al 15, 30 psychologen gehad, dus je moet andere dingen beginnen doen met hen. (Telefacts, Dubbeldiagnose, 25/07/2005).

Van wezenlijk belang is dan ook dat het klikt tussen beide partijen. Ook op tegenoverdracht wordt veel gewerkt in het team. Vragen zoals "Wie ben ik voor hem/ haar?" worden hierbij in ogenschouw genomen. Het is namelijk mogelijk dat de psychoticus zijn begeleider ziet als een ex-lief, een broer, of zelfs een overleden ouder. Het is heel belangrijk hier attent op te zijn. Als hulpverlener is men dus een projectie van de psychoticus. Indien men zich hier niet bewust van is, kan men de zaken heel persoonlijk oppakken. Supervisie en het reflecteren als team zijn hierbij niet te onderschatten vaardigheden.

De verhouding tussen de therapeut en de cliënt speelt dus een cruciale rol in de overdrachtsrelatie, omdat, zo stelt Verhaeghe (2002), deze bij de psychoticus zowel massaal als ambivalent is. Er is geen tussenweg. Dit impliceert dat de therapeut ofwel bondgenoot, ofwel tegenstander is. Het scheppen van een werkzame verhouding in wederzijds vertrouwen vormt aldus een centraal doel van de behandeling (Verhaeghe, 2002; Bryssinck, 2003). Het installeren van een triangulair punt is hierbij een hulpmiddel om te voorkomen dat het duale (en dus ook totale) karakter van de psychose leidt tot het risico van een 'wij' (staf) versus 'zij' (cliënten) verhouding. Een voorbeeld uit de praktijk maakt dit meer duidelijk: Een aantal jaar geleden brandde door een sigarettenpeuk een hele vleugel van het

Psychiatrisch Centrum Sleidinge af. Daar de Symbolische Orde vervat zit in bijvoorbeeld het refereren naar de wet als een derde punt, kan op vragen als “Waarom mag ik niet roken op mijn kamer?” geantwoord worden dat er een ziekenhuiswetgeving is inzake veiligheid die zegt dat roken op de kamer gevaarlijk kan zijn. Als dit niet verwoord wordt als een wet die van buitenaf komt, kan dit door de psychoticus als heel bedreigend worden ervaren. De Symbolische Orde is dus een derde punt dat buiten het duele ligt⁴ (D. Bryssinck, persoonlijke communicatie10/07/07).

De wet zit ook vervat in de rechten, plichten en samenlevingsregels van de afdeling – zoals gelijke behandeling zonder onderscheid op vlak van geslacht, seksuele geaardheid, sociaal –culturele en etnische achtergrond, (geloofs)overtuiging, enzovoort. Ook hier kan naar verwezen worden, wanneer er bijvoorbeeld sprake is van discriminatie in de groep. Opnieuw is het belangrijk het triangulaire karakter van de geldende leefregels duidelijk te maken. Op die manier wordt aan de bewoners een zekere structuur en veiligheid geboden. De leefregels kunnen ook worden opgevat als een oriëntatiepunt, daar de bewoners weten welke rechten en welke afspraken er gelden.

4.4 Een democratisch model in de praktijk

4.4.1 Horizontaal en verticaal

De horizontale werking van de dubbeldiagnose –afdeling van de psychiatrie van Sleidinge, is gericht op de–hiërarchisering en leunt aan bij het model van Maxwell Jones. Dit model doordringt de gehele structuur en werking van de kliniek. Belangrijke principes hierbij zijn onder meer communicatie op alle niveaus, inspraak in de besluitvorming, rechten en gelijkwaardigheid van posities tussen zowel teamleden als cliënten. Desalniettemin zijn er ook een aantal aanpassingen.

De verticale werking mag niet geïnterpreteerd worden in de zin van een systeem van hiërarchische verhoudingen. Het betreft wel de individuele gesprekken met de cliënt. Elke bewoner heeft zijn/ haar psycholoog en een referent. Er is dus steeds sprake van een triangulaire verhouding (zie supra). Tijdens de individueel therapeutische gesprekken wordt de persoon uitgenodigd zijn/ haar verhaal te doen waarin al dan niet teruggedaan wordt op het verleden. Belangrijk is en blijft

⁴ Zie voor een illustratie in dit verband bovenvermeld gesprek (p. 56) tussen G.N. en Dirk Bryssinck

dat de therapeut niet begint te duiden, maar er gewoon is en luistert. In het dagelijks leven van de afdeling (buiten de individuele gesprekken) is de hele werking wel volledig op het hier en nu gericht. De groeps gesprekken hebben de bedoeling dat iedereen zijn verhaal vertelt, maar dit blijft in het hier en nu. Zoniet kan dit bedreigend zijn voor psychotici. De gesprekken gaan dus steeds over wat wel en niet 'marcheert' in de groep, hoe zit het met gebruik, over hoe het komt dat het eten niet op tijd klaar was, enzovoort. In lijn hiermee liggen ook de leef – leer – en crisissituaties, uit dewelke de hele gemeenschap kan leren. Een illustratie hiervan wordt besproken door Dirk Bryssinck in de Telefactsreportage:

We weten dat er gebruik is en dan hebben we twee mogelijkheden. Ofwel gooien we ze buiten en gaan ze terug naar de gevangenis. Ofwel zeggen we van 'kijk, spreek erover'. Zoals we vorige week hebben gehad en er speed in huis zat. Een aantal mensen door het lint gegaan zijn, die duidelijk psychotisch geworden zijn, agressief, vechtpartijen. Dat is een conflictsituatie. Ofwel zeggen we van 'we willen dat niet (...), of we gaan er iets mee doen'. En als zich dat voordoet, kun je dat ook zien als een heel vruchtbaar moment om uit te leren. Waar de medebewoners van zeggen van 'Man, we hebben u nog nooit zo gezien. Ge waart verschrikkelijk agressief. Ge waart langs alle kanten aan't trekken met uw mond. Ge waart er totaal niet meer bij. We herkennen u niet meer.' 'Is dat waar? Was ik zo...?' Dan gaan zij zeggen van 'verdomme, misschien is daar toch iets van aan. Misschien kan ik maar beter van die speed afblijven'. (Telefacts, Dubbeldiagnose, 25/07/2005).

De principes van Maxwell Jones zijn dus terug te vinden in de structuur, maar tijdens de individuele sessies vindt er een aangepaste analytische werking plaats.

4.4.2 Communicatie

Een open communicatie situeert zich op het niveau van de behandeling. Het probleem bij (mensen met) psychoses is dat men is vastgeraakt in de communicatie. Desalniettemin resoneren psychotici massaal met hun omgeving. Alles komt massaal op hen af en dit moet dan ook besproken kunnen worden in groep. Vandaar ook dat er groot belang gehecht wordt aan uitwisseling en communicatie, wat mede ondersteund wordt binnen het sociaal –therapeutisch model. De bedoeling bestaat erin de verstarde communicatie te deblokken en als dusdanig terug dynamiek in de groep te brengen. De psychoanalyse van Lacan kan dan ook heel interrelationeel genoemd worden. Toegankelijkheid en openheid

op vlak van communicatie valt hierbij niet te onderschatten. In tegenstelling tot een hiërarchisch gestructureerde therapeutische gemeenschap, maakt evenredigheid en een horizontale werking deel uit van de manier van werken met psychotici. In de praktijk van het Psychiatrisch Centrum Sleiding komt dit principe erop neer dat alles voortdurend (her)bekeken wordt, om bijvoorbeeld na te gaan in welke mate het zorg –en ondersteuningsaanbod nog steeds aansluiting vindt bij de bewoners. Naarmate de populatie verandert, verandert ook de vraag en dient het aanbod hierop afgestemd te worden.

Bovendien zijn, zoals reeds eerder werd gezegd, ook individuele gesprekken mogelijk en dient dus niet alles in groep te worden besproken. Ook hier situeert zich een verschilpunt met de meer hiërarchisch gestructureerde therapeutische gemeenschappen, waar (zo goed als) alles in groep besproken wordt. Tijdens de individuele gesprekken wordt meer psychoanalytisch tewerk gegaan. Daarbij wordt de vraag gesteld naar wie er spreekt en welk discours de persoon hanteert.

4.4.3 Besluitvorming op alle niveaus

Met 'democratische besluitvorming' wordt 'besluitvorming in consensus' bedoeld, waarbij de meerderheid van de betrokkenen zich achter de beslissing kan schragen. Dit veronderstelt dat iedereen die belang heeft bij het nemen van een beslissing, in de gelegenheid gesteld wordt deel te nemen aan het besluitvormingsproces (Jones, 1979). Het betekent daarentegen niet dat alle betrokkenen het met elkaar eens moeten zijn. Het is immers de meerderheid die 'wint'. Dat dit ook zo zijn nadelen kan hebben, wordt hieronder geïllustreerd aan de hand van een voorbeeld uit de dagelijkse praktijk van de psychiatrie van Sleidinge.

In het Psychiatrisch Centrum Sleidinge heeft men besloten het principe van de democratische besluitvorming niet in dezelfde mate toe te passen zoals dit destijds bij Jones het geval was. In de eerste plaats worden er bijvoorbeeld geen marathonsessies gehouden om tot een overeenstemming te komen – zoals of er wel of niet op de kamers gerookt wordt. Voor psychotische mensen zijn dergelijke marathonsessies niet houdbaar. Desalniettemin behoort het principe van evenveel beslissingsrecht, 'one man, one vote', wel tot het ideeëngoed van Maxwell Jones. In de dagelijkse werking van de afdeling Dubbel Diagnose tracht men een evenwicht te vinden tussen het horen van de groep, zonder daarbij het individu te vergeten. Het is nu eenmaal een vaststaand feit dat de kliniek rookvrij is. Wanneer

echter de meerderheid beslist wel te mogen roken, heeft het behandelend team daar niets meer tegen in te brengen. De meerderheid heeft immers beslist. Daarom is dit principe op deze manier niet werkbaar met de doelgroep. Wel worden de bewoners zoveel mogelijk betrokken bij discussies. De bewoners zijn gelijkwaardig, er wordt naar hen geluisterd en waar mogelijk worden aanpassingen doorgevoerd.

Het 'echte' Maxwell Jones model werd/ wordt dus niet geïmplementeerd. Dit model was werkbaar in de jaren zeventig, toen er nog meer autonomie mogelijk was en nog meer particulier gewerkt kon worden (Bryssinck, 19/09/2007). Ook Janzing en Kerstens (1997) geven aan dat het democratische TG –model lange tijd als het 'non plus ultra' werd gezien voor psychotherapie en psychiatrie. Nu met de huidige wetgeving is het niet meer mogelijk dit model in strikte zin te volgen. Dit komt ondermeer door de huidige regulering, structuur en vereisten op vlak van bijvoorbeeld kwaliteitszorg die door de overheid opgelegd worden. Maar ook omdat door de hoge spanning in groepen sommige patiënten uit hun evenwicht dreigden te raken. Het werd dus duidelijk dat een dergelijke wijze van leven en werken met elkaar voor veel patiënten te belastend was (Janzing & Kerstens, 1997).

Een belangrijk aandachtspunt bestaat dus uit het geven van een stem en verantwoordelijkheid aan de bewoners, gekaderd binnen een heel open werking. Indien men de bewoners enkel zou zien als verslaafde psychotici die ofwel zwaar aangepakt, ofwel beschermd moeten worden, dreigen ze ook in een afhankelijke rol vast te raken of worden ze buitengezet. De bewoners worden gehoord en serieus genomen. Maar uiteindelijk blijft het team het laatste woord behouden, om aberraties te voorkomen. Wat men in het Psychiatrisch Centrum Sleidinge wel behouden heeft, is het roterend systeem van rollen en functies – zowel in het team als onder de bewoners. Een psycholoog zal bijvoorbeeld ook deelnemen aan de muziektherapie, sportactiviteiten, enzovoort.

Een ander voorbeeld dat het principe van gelijkwaardigheid in het verschuiven van functies en rollen aantoont, betreft dat in de psychiatrie van Sleidinge iedereen gesprekken kan doen. De kwalificatie van het personeel speelt hierbij geen rol, wel de klik die er is tussen cliënt en hulpverlener. De functies liggen dus niet vast en bovendien kunnen meerdere rollen aangenomen worden. In deze zin kan dan ook gesproken worden van een demystificatie, een openheid van functies. Wat wel heel erg belangrijk is, is dat de relatie tussen cliënt en hulpverlener steeds

triangulair gemaakt wordt. Op deze manier wordt het duele (en voor psychotici) problematische karakter van de relatie vermeden. Eveneens dient ook een tekort in de relatie geïnstalleerd te worden. Daar waar neurotici net gedreven worden door 'het tekort', zit bij psychotici alles vol. Alles is rond, massaal, maar ook verschrikkelijk. Het tekort in de relatie maakt duidelijk dat de cliënt niet de enige is voor de hulpverlener. Er is nog iets (of iemand) anders. Hetzelfde geldt voor de moeder, voor wie er meer is dan alleen het kind.

4.4.4 Gedeeld en meervoudig leiderschap

Bryssinck (2003) benadrukt dat, om een therapeutisch milieu mogelijk te maken, eerst de noodzakelijke voorwaarden binnenshuis dienen geschapen te worden. Hieruit vloeit een herstructurering van een verticale naar een horizontale patiënt - staff meeting voort. Immers, het leren van gelijken biedt meer mogelijkheden dan de vroegere verticale opgelegde autoriteit. Ook Jones (1979) onderkent dit en stelt dat analytische groepspsychotherapie uitgaat van het principe dat patiënten onder deskundige begeleiding een krachtige therapeutische invloed kunnen uitoefenen op de andere leden van de groep. Door het stimuleren van deze vrije communicatie in groep over zaken die de gemeenschap aanbelangen, kwam ook het gebruik in de focus (Bryssinck, 2003). Bespreekbaarheid in groep in een open, niet repressieve sfeer kan de verstarde dialectiek van de bewoners terug in beweging brengen en kan hen de mogelijkheid geven tot eigen keuzes en veranderingen die niet worden geëist, maar die ze zelf willen.

Inzake de situatie in het Psychiatrisch Centrum Sleidinge beschrijft Bryssinck (2003) hoe er een aparte werkgroep werd opgericht, omdat de jongere populatie zich identificeerde met het gebruik. Opvallend hierbij was de afwezigheid van een identificeerbare leider.

Het meervoudig leiderschap wordt grotendeels weerspiegeld in de gelijkwaardigheid van posities die door de stafleden worden ingenomen. Zoals reeds eerder vermeld werd, speelt de classificatie weinig rol en kan iedereen van het team gesprekken voeren met een cliënt. Daar de verschillende therapieën en kwalificaties evenwaardig zijn, is er met andere woorden geen groepsleider. Iedere ochtend worden afspraken gemaakt wie wat doet, zowel bij bewoners als de teamleden. Een minimale structuur ligt vast, de rest is keuzevrijheid om zelf in te vullen. De vrijheid waarover men beschikt, spreekt de bewoners aan op hun verantwoordelijkheid en laat ook toe om heel consequent op te treden. Als een

bewoner bijvoorbeeld een aantal keer niet aanwezig is tijdens de groeps gesprekken, schrijft hij/zij zichzelf uit en kan die persoon beter op zoek gaan naar een andere ondersteuningsvorm.

4.5 Geïntegreerde behandeling

Uit de resultaten van het onderzoek van Van Ham en Sabbe (2006) naar de effectiviteit van de residentieel geïntegreerde behandeling voor patiënten met een dubbeldiagnose, blijkt dat de psychiatrische problematiek van de patiënten verbetert ten gevolge van deze behandelingsvorm. Kenmerkend voor een geïntegreerde behandeling is dat beide problematieken (hier het middelengebruik en de psychose) gelijktijdig behandeld worden in dezelfde setting. Ook één jaar na het begin van de behandeling bleek de verbetering behouden (Van Ham & Sabbe, 2006). Echter, hoewel er een verbetering blijkt in het globaal functioneren, blijven de resultaten op het gebied van tewerkstelling, woonsituatie en leefomstandigheden eerder beperkt. Dit ligt in lijn met overige onderzoeksbevindingen in de literatuur, waaruit blijkt dat de meeste dubbeldiagnose patiënten slechts gradueel herstellen (Drake e.a., 2002) en hiervoor tijd nodig hebben (Van Ham & Sabbe, 2006). Net als bij mensen met enkel een middelenprobleem, kan in dit verband het al dan niet gemotiveerd zijn om het gebruik te stoppen als een belangrijke factor aangehaald worden (Dom, 1999). Weliswaar willen dubbeldiagnose patiënten vaak wel verlost worden van hun psychische klachten, zoals angsten of het horen van stemmen. Echter, om ook de positieve aspecten aan het middelengebruik (zoals het behoren tot een subcultuur) te ontzeggen, is een heel andere kwestie (Dom, 1999). In de behandeling wordt de mensen de mogelijkheid tot identificatie als gebruiker niet afgenomen en tracht men bijgevolg het gebruik langzaam af te bouwen (D. Bryssinck, persoonlijke communicatie, 19/09/2007). Bijgevolg worden erg confronterende technieken met hoge emotionele interventies vermeden, daar deze door de patiënten als te intrusief ervaren worden en aanleiding geven tot psychotische terugval (Dom, 1999, D. Bryssinck, persoonlijke communicatie, 19/09/07).

Algemeen kan wel besloten worden dat het middelengebruik afneemt (dan wel stabiliseert) en de levenskwaliteit toeneemt als gevolg van de residentieel geïntegreerde behandeling (Van Ham & Sabbe, 2006). Onderzoek van Drake en Wallach (2000) wijst er in dit verband op dat dubbeldiagnose patiënten vaak

stabil zijn wanneer ze leven in beschermde settings weg van hun druggebruikende subculturen. Een geïntegreerd residentieel aanbod zou er namelijk in slagen de patiënten langer in behandeling te houden (Van Ham & Sabbe, 2006). Meer lange termijn onderzoek is echter nog nodig, om het effect van een geïntegreerde behandeling ten aanzien van deze doelgroep verder in kaart te brengen (Van Ham & Sabbe, 2006).

4.6 Conclusies van het hoofdstuk

In dit hoofdstuk werd ingegaan op de toepassing van de inzichten van Jacques Lacan enerzijds, en Maxwell Jones anderzijds. Beide theorieën werden in de vormgeving van de afdeling dubbeldiagnose van het Psychiatrisch Centrum Sleidinge sterk met elkaar verweven. Hetzelfde geldt voor de terminologie inzake psychose en druggebruik. Termen als 'psychose', 'paranoia', 'hallucineren', enzovoort, worden immers frequent gebruikt in de klinische praktijk. De patiënten zelf, echter, kennen deze termen vanuit de toxicomanie/ toxicomane subcultuur. Aan de psychose wordt bijvoorbeeld de betekenis van een 'bad trip' meegegeven, terwijl de paranoia verbonden wordt met de inname van speed. Ook hieruit blijkt opnieuw het belang van de peergroep (D. Bryssinck, persoonlijke communicatie, 20/03/2007).

Met betrekking tot de werking van de afdeling dubbeldiagnose en de behandeling van psychotici, is het belangrijk dat men niet begint te duiden. De organisatie van de afdeling betreft zowel groepssessies waarbij gefocust wordt op het hier en nu, alsook individuele gesprekken, tijdens dewelke ook het verleden aan bod kan komen. Eveneens is het van essentieel belang dat de patiënten de mogelijkheid gelaten wordt tot identificatie met een beeld (toxicomanie). Daarin verschilt men van de Concept Therapeutische Gemeenschappen, waarin alles wat aan het vroegere gebruik herinnert, afgepakt wordt. Indien men dit ook zou doen met psychotici, ontnem je hen hun laatste strohalm waaraan ze zich zo hard vastklampen (cfr joint) (D. Bryssinck, persoonlijke communicatie, 20/03/2007). Tot slot werd in gegaan op het belang van een geïntegreerde behandeling inzake het werken met de doelgroep, waarvan de meerwaarde zich vooral lijkt te situeren op vlak van een toegenomen levenskwaliteit van de cliënt.

5 BRONVERMELDING

Briggs, D. (2002), *A life well lived*. Maxwell Jones – a memoir. Therapeutic Communities, 11. London, Jessica Kingsley Publishers.

Briggs, D. (2003) *Summing up: a day with Maxwell Jones*. Therapeutic Communities, Vol. 24, No. 4, 301-324.

Broekaert, E. (red.) (2003), *Handboek Bijzondere Orthopedagogiek*. Antwerpen/ Apeldoorn, Garant.

Broekaert, E., Vanderplasschen, W., Temmerman, I., Ottenberg, D.J. and Kaplan, C. (2000) Retrospective study of similarities and relations between American drug-free and European therapeutic communities for children and adults. *Journal of Psychoactive Drugs*, Vol. 32, No. 4, 407-417.

Bryssinck, D. (2003), 'Psychose en toxicomanie'. In : Janzing, C., van den Berg, A., Kruisdijk, F. (red.), *Handboek voor Milieutherapie deel 2. Theorie en praktijk van de klinische psychotherapie*. Van Gorcum.

Bryssinck, D., Broekaert, E. and Vandevelde, S. (2005) Psychosis and newly emerging dependency groups: the search for an adapted model of care at the Psychiatric Centres Sleidinge in Belgium. *Therapeutic Communities*, Vol. 26, No. 2, 150 – 162.

Burns, T. (2000) The legacy of therapeutic community practice in modern community mental health services. *Therapeutic Communities*, Vol. 21, No. 3, 165 – 174.

De Jong, C.A.J., Van Der Wielen, E.G.M. en Verheul, R. (1006) Persoonlijkheidspathologie en verslaving: een uitdagende combinatie. *Handboek Verslaving*, 6315 – 1-30.

De Leon, G. (2005) The addiction therapeutic communities for psychiatric disorders. *Therapeutic Communities*, Vol. 26, No. 4, 405-422.

De Wilde, J., Soyez, J., Vandevelde, S., Broekaert, E., Vander Beken, T., Guillaume, R., Dumortier, E. and Caels, Y. (2007), *Druggebruik en*

psychopathologie in gevangnissen: een exploratieve studie tot methodiekontwikkeling. Reeks wetenschap en maatschappij. Gent, Academia Press.

Devine, B.A (1982) Milieu Therapy: It's growth, development, and problems in Canadian institutions. *International Journal of Therapeutic Communities*, Vol. 3, No. 3, 182 – 189.

Drake, R., Mercer-McFadden, C., Mueser, K., McHugo, G., and Bond, G. (1998) Review of integrated mental health and substance abuse treatment for patients with dual disorders. *Schizophrenia bulletin*, vol. 24, No. 4, 589-608.

Drake, R.E. and Wallach, M.A. (2000) Dual diagnosis: 15 years of progress. *Psychiatric Services*, Vol. 51, No. 9, 1126 – 1129.

Drake, R.E. and Wallach, M.A. (1989) Substance abuse among the chronic mentally ill. *Hospital and Community Psychiatry*, Vol. 40, No.10, 1041-1046.

Drake, R.E., Wallach, M.A., Alvenson, H. and Mueser, K.T. (2002) Psychosocial aspects of substance abuse by clients with severe mental illness. *Journal of Nervous & Mental Disease*, Vol. 190 No. 2, 100-106.

Gafoor, M. and Rassool, G.H. (1998) The co-existence of psychiatric disorders and substance misuse: working with dual diagnosis patients. *Journal of advanced nursing*, Vol. 27, 497-502.

Gale, J. (2003) The natural environment as an element in a therapeutic community treatment programme. *Therapeutic Communities*, Vol. 24, No 3. 205-215.

Gale, J. and Sanchez, B. (2005) Reflections on the treatment of psychosis in therapeutic communities. *Therapeutic Communities*, Vol. 26, No. 4, 433 – 447.

Geerlings, O.J. en Van Den Brink, W. (1995) Verslaving en psychiatrische comorbiditeit. *Handboek Verslaving*, 6310 – 1-20.

Geert Dom (1999), *Dubbeldiagnose, als verslaving en psychische problemen samengaan*. Berchem, EPO vzw.

Janssen, P.L. (1986) On integrative analytic-psychotherapeutic hospital treatment. *International Journal of Therapeutic Communities*, Vol. 7, No. 3, 225-241.

Janzing, C. en Kerstens, J. (1997), *Werken in een therapeutisch milieu*. Bohn Stafleu van Loghum.

Jones, J. (1979), *De therapeutische gemeenschap in de samenleving. Sociaal leren en sociale psychiatrie*. Samson Uitgeverij, Alphen aan de Rijn.

Jones, M. (1986) Therapeutic Communities (open systems) and a global system for change. *International Journal of Therapeutic Communities*, Vol. 7, No. 3, 277-283.

Laing, R.D. (1980), *Over waanzin en wijsheid*. Interview door Vincenzo Caretti. Wetenschappelijke Uitgeverij b.v., Amsterdam.

Lamb, H.,R. (1982) Young adult chronic patients: the new drifters. *Hospital and Community Psychiatry*, Vol. 33, No. 6, 465-468.

Leader, D. en Groves, J. (2003), *Introducing Lacan*. Icon books, UK.

Lehman, A.F., Myers, C.P. and Corty, E. (1989) Assessment and classification of patients with psychiatric and substance abuse syndromes. *Hospital and Community Psychiatry*, Vol. 40, No. 10, 1019-1025.

Mooij, A. (1987), *Taal en Verlangen. Lacans theorie van de psychoanalyse*. Uitgeverij Meppel, Boom.

Neill, J.R. (1986) American milieu therapy: classic, romantic and modern. *International Journal of Therapeutic Communities*, Vol. 7, No. 3, 257-266.

Oury, J. (1970). *La psychothérapie, de Saint-Alban à La Borde. Extrait d'une conférence faite à Poitiers le 15 mars 1970*. Retrieved 16/03/2008 van: http://fr.wikipedia.org/wiki/Psychoth%C3%A9rapie_institutionnelle#_ref-0

Oury, J., Guattary, F., et Tosquelles, F. (1985), *Pratique de l'institutionnel et politique*. Matrices, Vigneux.

Oury, J. (1993), Psychiatrie et psychothérapie institutionnelles. In: Kaufmann, P., *L'Apport freudien: éléments pour une encyclopédie de la psychanalyse*, p. 572 - 581. Paris, Bordas.

Paget, S., (2000) Delusions as discourse in a therapeutic community. *Therapeutic Communities*, Vol. 21, No 4, 253 - 259.

Post, H. (1997) Psychotische reacties na gebruik van cannabis en cocaïne. *Handboek Verslaving*, 6125-1 – 6125-23.

Psychosocial approaches to dual diagnosis. Drake, R. and Mueser, K. (2000) *Schizophrenia Bulletin*, vol. 26, No. 1, 105-118.

Roediger, H.L., Capaldi, E.D., Paris, S.G., Polivy, J. en Herman, C.P. (2003), *Psychologie: een inleiding*. Academia Press, Gent.

Sanchez, B. (2004) Understanding the psychotic mental structure from a Lacanian point of view and a dialogical treatment in a therapeutic community. *Therapeutic Communities*, Vol. 25, No. 4, 253 – 260.

Slabbinck, A. (2006) Drugs en psychose: dialectiek van binnen en buiten. *Hospitalia*, Vol. 2, 21 – 26.

Smith, J. (2000) The healing elements of an environment for those with chronic psychosis. *Therapeutic Communities*, Vol. 21, No 1, p. 37-46.

Telefacts Zomer, reportage Dubbeldiagnose, 25/07/2005.

Todd, J., Green, G., Harrison, M., Ikuesan, B.A., Self, C., Baldacchino, A. and Sherwood, S. (2004) Defining dual diagnosis of mental illness and substance misuse: some methodological issues. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, Vol.11, 48-54.

Tucker, S., (2001) Psychosis and the therapeutic community: beyond the user movement? *Therapeutic Communities*, Vol. 22, No.3, 233 - 247.

Van Der Stel, J. (1997) Leren van het verleden – lessen voor later? Deel 1: verslaving en middelengebruik in historisch perspectief. *Handboek Verslaving*, 1100-1-23.

Van Der Stel, J. (1998) Leren van het verleden – lessen voor later? Deel 2: toekomstverwachtingen over gebruik van middelen, verslaving en verslavingszorg. *Handboek Verslaving*, 1110-1 – 32.

Van Ham, S. & Sabbe, B. (2006), *Onderzoek naar de effectiviteit van de residentieel geïntegreerde behandeling voor patiënten met een dubbeldiagnose*. Gent, Academia Press.

Van Haute, Ph. (1989), *Psychoanalyse en filosofie. Het imaginaire en het symbolische in het werk van Jacques Lacan*. Leuven, Uitgeverij Peeters.

Vandevelde, S. (1999), *De studie van Maxwell Jones en zijn werk in de therapeutische gemeenschap*. Gent, universiteit Gent.

Vandevelde, S. and Broekaert, E. (2003) Maxwell Jones, Harold Brigder, Dennie Briggs and the 'two' therapeutic communities: an interview with Juan Parés y Plans (Corelli) about the development of the Centro Italiano di Solidarietà (CeIS) di Roma. *Therapeutic Communities*, Vol. 24, No. 2, 85 – 105.

Vandevelde, S., Broekaert, E., Yates, R. and Kooyman, M. (2004) The development of the therapeutic community in correctional establishments: A comparative retrospective account of the democratic, Maxwell Jones TC and the hierarchical concept-based TC in prison. *International journal of social psychiatry*, Vol. 50, No 1, 66-79.

Verhaeghe, P. (2002), *Over normaliteit en andere afwijkingen*. *Handboek klinische psychodiagnostiek*. Acco Leuven/ Leusden.

Vos, H.P.J. (1996) Verslaving en trauma. *Handboek Verslaving*, 6330-1-25.

Winship, G. (2004) Democracy in practice in fourteen UK psycho-therapeutic communities. *Therapeutic Communities*, Vol. 25, No. 4. 275-290.

Yates, R. and Wilson, J. (2001), 'The modern therapeutic community: dual diagnosis and the process of change'. In: Rawlings, B. and Yates, R. (red), *Therapeutic Communities for the treatment of drug users. Therapeutic Communities 4*, Jessica Kingsley Publishers, London and Philadelphia.

6 BIJLAGEN

Bijlage 1: persoonlijke correspondentie via e-mail.

- a) e-mail van Craig Fees, 07/05/2007
- b) e-mail van Chris Fry, 16/05/2007
- c) e-mail van Alistair Black, 16/05/2007
- d) e-mail van Dennie Briggs, 02/06/2007
- e) e-mail van Sarah Paget, 19/11/2007

Bijlage 2: interview met Dirk Bryssinck.

Bijlage 3: analyse van de Telefacts Zomerreportage 'Dubbeldiagnose'.

6.1 Bijlage 1

a) E-mail van Craig Fees, 07/05/2007

Hello, Pieter,

I wonder if Stijn Vandavelde has a thought on this? My starting point in looking at cultural change tends to be language. When did the term "dual-diagnosis" emerge? When did it begin to gain current prominence? When it was used a year or two ago on this list, people had to ask what it meant.

Jones died in 1990. He did address the two therapeutic communities before that ('democratic' and 'concept'). Okay, so it's unlikely he would have addressed them afterwards, at least in conventional terms. But the main body of his psychiatric work and original innovation took place before the real advent of addictive, illegal drugs as an overt, major social problem. The innovation of the addictions therapeutic community was a demonstration that addiction was not untreatable; that the addict was not an extension of a drug, but a human being, and therefore capable of freedom and change. My guess is that the further separation of a human being with mental health problems, and a person with problems of addiction - dual-diagnosis (as I understand it) - took even longer. And my guess is that in his main working life, in any event, Max had not explicitly grappled with them as separate aspects of a single individual.

Other good people to approach on this, for different reasons, would be Kari Murto and Dennie Briggs, and Juan Pares y Plans (who, of course, was recently interviewed by Anthony Slater for RadioTC International). Indeed, if you will write to me off-list, I will give you contact details for David Clark, who knew Max personally over many years (as did Dennie), and is immensely knowledgeable in these areas.

But I would really want to know when the term "dual diagnosis" emerged.

Unsatisfactorily,

Craig

b) E-mail van Chris Fry, 16/05/2007

hi Pieter,

as to the dual diagnosis area....we have quite a few residents who struggle with these issues as well and can give themselves and us a lot of challenges. I have found that a lot of our clients need more than the prescribed medication to survive. drug-use has often been a form of self-medication for them---the only thing that really helps to calm the difficult thoughts or diffuse anxiety. It is surely also a very certain way of creating a pleasurable experience which for a short period of time is helpful. perhaps from a psychoanalytic perspective it is (in a complex way) a help for the defence. Grotstein's description of psychosis, influenced by Bion, is of a mind perilously close to what he calls the 'black hole' (in which would be Bion's nameless dread). The primitive defences that become the symptoms in psychosis in some way bind the person against that fall...keep them away from the hole. Bion speaks about attacks on linking as a way of keeping away from pain. to actually deconstruct the part of the mind that registers pain is seen in the most chronic psychosis - perhaps when there are only negative symptoms and a severe lack of emotional life.....

....my tentative idea is that the substance/alcohol use is to help with this defence. So on the one hand the person is closing themselves off and on the other choosing to 'exercise' their mind with an external substance. So the need for 'feeling' is never completely annihilated but kept alive through the substance abuse. May also be a very primitive way of reconstructing a maternal presence (soothing, floating, holding). Our real difficulty is that we are wanting to ask the person to give up a massively functional addiction. I believe the challenge is to consider interesting ways to show the patient we understand the need for this way of being balancing this with more traditional work of isolating potential destructive outcomes of addiction. But it is a difficult task to persuade someone that talking is going to provide relief!!

so soothing primitive defences is how i think about it....

anyway these are just some of my thoughts rather than truths so please ignore them if they are not useful or interesting to you....good to hear from you

Chris

c) E-mail van Alistair Black, 16/05/2007

Dear Pieter,

We are attempting to extend Lacan's psychoanalytic thinking into the field of therapeutic communities for psychosis. We do accept Dually diagnosed clients to our communities also in small numbers. As you state in your communication the term dual diagnosis is fairly recent and I am unaware of any papers or books which approach this topic from a Lacanian perspective. There are possibly papers on addiction from a Lacanian perspective in the literature. You might want to check out the journals Psychoanalytical Notebooks, Lacanian Ink, and the new Journal of Lacanian Studies, in English. I'm sure that the French literature on the subject would be far more extensive. The interesting question it seems is about the 'form' of the community. For people who suffer addictions the form of the TC is usually the hierarchical structure, whereas the Maxwell Jones model, which we follow and have developed, is the democratic kind which works best for people undergoing psychosis. Does this mean that a TC for dual diagnosis clients needs to incorporate elements of both? Is this possible? If not why not and if so what form might this kind of community take? These it seems to me would be very interesting questions to pursue along with that of the questions of the psychoanalytic theory of both psychosis and substance misuse.

I would like to extend an open invitation to you to come over to London where we could meet and discuss the clinical work we do at Community Housing and Therapy and you could perhaps visit one of our projects.

I look forward to hearing from you.

Yours sincerely,

Alistair Black

d) E-mail van Dennie Briggs, 02/06/2007

Dear Pieter,

In our discussions and in his writings I don't recall Max mentioning dual diagnosis; as you wrote that concept emerged during the 1980s. By that time, Max had retired and was consulting at a therapeutic community project in a jail in Phoenix, Arizona and working on his autobiography. As you know, his early concerns were with personality disorders during the 12 years he was developing his community at Henderson. In one of his early papers which I can't find just now, he described his concept of personality disorder. He was never satisfied with psychiatric diagnoses and his primary interest was in treatment. When I first visited him in April, 1956, he'd come across the personality Integration theory or I-Levels of J. Douglas Grant, which was to influence him in future projects. He gives a brief description in his paper, ³What has Psychiatry to Learn from Penology? (Br J. Criminology, Jan 1964). In our prison project at Chino, he advised us against including prisoners who had a history of psychosis, which one would think that he alluded to something similar to dual diagnosis. He may well have experienced patients with dual diagnoses at his community mental health project during the year he was at Stanford, the state mental hospital in Oregon, and in the Arizona jail, but I can find no references to it.

With regard to psychoanalysis, Max valued its concepts and interpretations, but was skeptical about its practice based a lot on his training analysis with Melanie Klein. He often joked about it being a failure or that he was ³a bad analyzand.² In practice, he believed the effect of the total social environment was greater than any one individual including the shrinks! In his later years he became more interested in Jung, read and re-read many of his writings and tried to apply Jungian concepts in his thinking, especially dreams. I'm not acquainted enough with Lacan's theories but would be interested in learning what you come up with in regards to how they might resemble those of Max's.

I wish I could be of more assistance. Good luck with your studies and remember me fondly to Eric and Stijn.

Dennie

e) E-mail van Sarah Paget, 19/11/2007

Hi Pieter,

Sorry to take so long to reply. Briefly, I am not sure that the drug provides the link but more provides the channel to the link. I think that something in the drug/subculture provides acceptance and belonging and connects the person to the world in a way that otherwise is not possible. Ronnie Laing made some interesting observations about this through his LSD use - although not obviously so connected with Lacanian thinking. I hope you find what you are looking for. Regards, Sarah Paget.

6.2 Bijlage 2

Aan de hand van een interview wil ik een zicht krijgen op de dagelijkse werkpraktijk van de Dubbeldiagnose afdeling in het Psychiatrisch Centrum Sleidinge. De bedoeling is dan ook een link te leggen tussen de theorie van Jones en de Lacaniaanse psychoanalyse en hoe deze zich ten opzichte van elkaar verhouden.

De eerstvolgende vragen hebben betrekking op de (Lacaniaanse) psychoanalyse.

- **Wanneer ik aan psychoanalyse denk, denk ik aan een eerder langdurige therapie, waarin me het risico op zorgafhankelijkheid reëel lijkt. Hoe verhoudt dit zich met het humanistische groeiproces en het voorkomen van zorgafhankelijkheid dat Jones sterk voor ogen houdt?**

Psychoanalyse dient breder opgevat te worden dan de louter psychoanalytische kuur, waarmee het clichébeeld met de divan bedoeld wordt. De psychoanalytische therapie is een mildere, meer ondersteunende vorm van psychoanalyse. Als het een beetje mogelijk wordt kan daarna eventueel overgegaan worden naar de eigenlijke analyse. In het psychiatrisch centrum Sleidinge wordt klinische psychotherapie aangeboden, met een psychoanalytische inslag. Klinische psychotherapie is eigenlijk het methodisch hanteren van het behandelingsmilieu en wat men met de patiënt wil bereiken (nachecken in visietekst en/of Verhaeghe). Deze krijgt echter niet het karakter van een langdurige therapie, daar dit niet werkbaar is voor psychotici. Bovendien betreft klinische psychotherapie meer dan alleen gesprekken met cliënten. Het betekent ook dat men oog heeft voor wat er in het klinische milieu gebeurt. Dit is een belangrijke factor, omdat een therapeutisch klimaat zowel bevorderend als ziekmakend kan zijn. De aandacht gaat daarbij uit naar zowel het team, de bewoners zelf en de dynamieken – zoals overdracht en tegenoverdracht –tussen deze twee.

Binnen het individuele gesprek met de patiënt wordt wel gebruik gemaakt van de analytische methode, gericht op het preliminaire. Heel velen zijn niet klaar voor therapie. Het merendeel van de patiëntenpopulatie op de dubbeldiagnose afdeling hebben te maken gekregen met gedwongen opname en zijn dus gecollocerd. Dit maakt dat een belangrijk gewicht wordt toegekend aan het creëren van een (behandelings)vraag bij de cliënt(en). Men gaat dan ook in eerste instantie

preliminair werken, waarbij men de structuur bij de persoon tracht na te gaan. Het opbouwen van een vertrouwensband en overdracht zijn hier eveneens belangrijke aandachtspunten. Eenmaal de crisis is opgevangen en een vraag werd gecreëerd, wordt de persoon doorverwezen naar meer ambulante diensten. Pas dan begint het 'echte' werk.

- **De vrije associatie laat toe toegang te krijgen tot het onbewuste van het desbetreffende individu. Wordt deze methode ook gebruikt bij mensen met een dubbeldiagnose? Zo ja, verschilt deze manier van werken dan met psychotici zonder drugsafhankelijkheid? Zijn er met andere woorden extra facetten waar men tijdens de (analytische) therapie als therapeut attent op moet zijn in het werken met dubbeldiagnosepatiënten als doelgroep?**

De vrije associatie wordt niet gebruikt, ook niet in de ambulante therapie. In het werken met mensen gaat men in eerste instantie zicht trachten te krijgen op de structuur achter de persoon. Indien men te maken heeft met een neurotisch iemand, kan men confronterend te werk gaan en vragen en twijfel creëren. De vrije associatie wordt dan gebruikt om het onbewuste naar boven te laten komen. Af en toe opent zich het onbewuste en wordt de reële kern zichtbaar van waar de persoon nog allemaal mee zit. Voor mensen met psychoses is dit veel te bedreigend en is het eigenlijk omgekeerd. Immers, bij psychotici is niets meer onbewust. Alles ligt als het ware open. De confrontatie met het reële is massaal. Dit betekent dus dat bij deze doelgroep op een andere manier gewerkt moet worden. De bedoeling is dat alles een beetje rustiger, gepacificeerd wordt en symbolisatie door middel van kunst, muziek, ... mogelijk wordt.

Bij psychotische mensen is het belangrijk niet te beginnen duiden of confronteren. Als therapeut neemt men als het ware de rol van secretaris op zich. Men bewaakt het proces, je loopt mee en stuurt zachtjes bij indien nodig. De betekenisverlening dient echter volledig uit de patiënt voort te komen. De psychoticus heeft geen vraag, maar heeft een weten. Hij moet het Oedipuscomplex op een heel eigen manier zien in te vullen en betekenis te geven. Zie stuk visietekst 3.2

- **Psychoanalyse vat ik in zekere zin op als een 'regressietherapie', waarin men teruggaat naar bepaalde gebeurtenissen/ ervaringen uit het verleden met als bedoeling daar in het hier-en-nu (een nieuwe) betekenis aan te verlenen. In die zin lijkt me een aanknopingspunt met het 'hier-en-nu' en het 'sociaal leren' van Maxwell Jones mogelijk. Kunt u hier zelf ook een invulling aan geven hoe beide theorieën een aanvulling voor elkaar kunnen betekenen? Waar zijn er eventueel aanpassingen moeten gebeuren om beide met elkaar in overeenstemming te brengen?**

Bij psychotische mensen gaat men zeker niet in regressie gaan. Het is uiteraard wel de bedoeling dat ze hun verhaal kunnen vertellen, maar als therapeut gaat men niet beginnen duiden. De betekenisverlening ligt immers volledig in handen van de patiënt.

De horizontale werking van de dubbeldiagnose –afdeling van de psychiatrie van Sleidinge, is gericht op de hiërarchisering en leunt aan bij het model van Maxwell Jones. Dit model doordringt de gehele structuur en werking van de kliniek. Belangrijke principes hierbij zijn onder meer communicatie op alle niveaus, inspraak in de besluitvorming, rechten en gelijkwaardigheid van posities tussen zowel teamleden als cliënten. Desalniettemin zijn er ook een aantal aanpassingen.

De verticale werking mag niet geïnterpreteerd worden in de zin van een systeem van hiërarchische verhoudingen. Het betreft wel de individuele gesprekken met de cliënt. Elke bewoner heeft zijn/ haar psycholoog en een referent. Er is dus steeds sprake van een triangulaire verhouding. Tijdens de individueel therapeutische gesprekken wordt de persoon uitgenodigd zijn/ haar verhaal te doen waarin al dan niet teruggedaan wordt op het verleden. Belangrijk is en blijft dat de therapeut niet begint te duiden, maar er gewoon is en luistert. In het dagelijks leven van de afdeling (buiten de individuele gesprekken) is de hele werking wel volledig op het hier en nu gericht. De groepsgesprekken hebben de bedoeling dat iedereen zijn verhaal vertelt, maar dit blijft in het hier en nu. Zoniet kan dit bedreigend zijn voor psychotici. De gesprekken gaan dus steeds over wat wel en niet 'marcheert' in de groep, hoe zit het met gebruik, over hoe het komt dat het eten niet op tijd klaar was, enzovoort. De principes van Maxwell Jones zijn dus terug te vinden in de structuur, maar tijdens de individuele sessies vindt er een aangepaste analytische werking plaats.

Supervisie vindt altijd plaats in het team, waarin alles samen besproken wordt. De gelijkwaardigheid van posities brengt met zich mee dat in feite iedereen hetzelfde werk doet, zij het met accentverschillen. Een psycholoog kan bijvoorbeeld geen medicatie voorschrijven, wat wel mogelijk is voor een psychiater. Met andere woorden: Men is niet gelijk, maar wel gelijkwaardig met respect voor verschillen – zowel teamleden onderling als bewoners.

Zie ook IV punt 2 en 3 en 6.

- **De psychoanalyse van Lacan wordt in de literatuur vaak benoemd als een heel interrelationeel gegeven. In dit verband zou ik graag een algemeen zicht krijgen op hoe een groepsbehandeling, alsook individuele therapie er komt uit te zien.**

De groepsbehandeling gebeurt heel interrelationeel. Alles wat er op dat moment in de groep gaande is wordt besproken. Er is geen afgrenzing meer tussen binnen en buitenwereld. Tegelijk geblokkeerd en alles mee resonierend.

Tijdens de individuele gesprekken wordt meer psychoanalytisch tewerk gegaan. Daarbij wordt de vraag gesteld naar wie er spreekt en welk discours de persoon hanteert.

→ punt 3 visietekst, sociaal therapeutisch model.

- **'Overdracht' vormt een centraal element in de psychoanalyse. Toch ziet Lacan dit ruimer dan alleen een heruitgave van vroegere gevoelens gericht ten aanzien van de therapeut. Lacan ziet overdracht immers ook als een geheel van posities die men ten opzichte van elkaar kan innemen. Kan de overdracht dan begrepen worden als een noodzakelijke voorwaarde om met de cliënt aan de slag te kunnen? Kunt u met andere woorden nader toelichten welke implicaties dit heeft voor de relatie cliënt –hulpverlener, alsook hoe het aspect van 'tegenoverdracht' in deze relatie doorwerkt?**

Men kan pas van therapie spreken als er overdracht is. Hiervoor dient echter eerst geduldig een vertrouwensrelatie gecreëerd te worden. Overdracht komt immers niet zomaar vanzelf tot stand. Het moet voor de cliënt duidelijk zijn dat de

begeleider niet de zoveelste psycholoog of hulpverlener op rij is. Van wezenlijk belang is dan ook dat het klikt tussen beide partijen. Ook op tegenoverdracht wordt veel gewerkt in het team. Vragen zoals "Wie ben ik voor hem/ haar?" worden hierbij in ogenschouw genomen. Het is namelijk mogelijk dat de psychoticus zijn begeleider ziet als een ex-lief, een broer, of zelfs een overleden ouder. Het is heel belangrijk hier attent van te zijn. Als jij als hulpverlener niet weet dat je een projectie bent van de psychoticus, kan je de zaken heel persoonlijk oppakken. Het reflecteren als team op vragen als "Wat doet die persoon met mij?", "Waarom moet ik die gast niet?", "Waarom kan ik er niet mee werken – of juist wel?". Dergelijke vragen en bijhorende gevoelens worden steeds samen in het team geanalyseerd. Evenals wordt stil gestaan bij acting-outs, waarbij gereflecteerd wordt naar wie er bijvoorbeeld het laatste gesprek had met de cliënt, welke boodschap er gecommuniceerd werd, enzovoort. Reflecteren en observeren zijn dan ook niet te onderschatten vaardigheden om als team aan de slag te kunnen.

- **De symbolische orde neemt in het werk van Lacan een centrale plaats in, waar ondermeer de taal deel van uitmaakt. Wat is de 'functie' van de symbolische orde in de psychiatrie van Sleidinge? En waarin valt hier een link met Maxwell Jones te vinden?**

In de dubbeldiagnose van de psychiatrie van Sleidinge zit de symbolische orde bijvoorbeeld in het refereren naar de wet als een derde punt. Op vragen als "Waarom mag ik niet roken op mijn kamer?" kan dan geantwoord worden dat er een ziekenhuiswetgeving is inzake veiligheid die zegt dat roken op de kamer gevaarlijk kan zijn. Als dit niet verwoord wordt als een wet die van buitenaf komt, kan dit door de psychoticus als heel bedreigend worden ervaren. Voor de psychoticus is de hulpverlener dan de boeman, die zijn/ haar sigaret afpakt; de sadist die iemand anders' genot beknot. "Waarom moet ik mijn kamer opkuisen? Gij verplicht, dwingt mij tot iets." Neen, ook dit behoort tot de ziekenhuiswetgeving.

De symbolische orde is dus een derde punt dat buiten het duele ligt. Een bijzondere eigenschap van de symbolische orde is dat het al van lang tevoren bestond (zelfs nog van voor de geboorte) en ook nadien (na de dood) nog blijft bestaan. Ook de taal behoort hiertoe. Als mens kan men zich ook inschrijven in de symbolische orde, in de taal. Het reikt de mens een positie in de samenleving aan

en laat een antwoord toe op de vraag "wie ben ik?". In die zin biedt de symbolische orde de mens een derde (oriëntatie)punt aan.

De wet zit ook vervat in onze rechten, plichten en samenlevingsregels – zoals gelijke behandeling zonder onderscheid op vlak van geslacht, seksuele geaardheid, sociaal –culturele en etnische achtergrond, (geloofs)overtuiging, enzovoort. Ook hier kan naar verwezen worden, wanneer er bijvoorbeeld sprake is van discriminatie in de groep. Heel veel conflicten in de groep gaan hier immers op terug. Opnieuw is het belangrijk het triangulaire karakter van de geldende leefregels duidelijk te maken. Op die manier wordt aan de bewoners een zekere structuur en veiligheid geboden. De leefregels kunnen ook worden opgevat als een oriëntatiepunt, daar de bewoners weten welke rechten en welke afspraken er gelden. Zo kan er in geval van discriminerende opmerkingen telkens naar de wetgeving gerefereerd worden.

Hoewel deze omgeving nooit drugvrij is, is het wel de bedoeling om het gebruik af te bouwen. Inzake gebruik wordt ook vaak verwezen naar de solidariteit met de leefgroep. Hoewel middelengebruik een recht is van ieder individu, wordt ook beklemtoond dat het niet fair is tegenover iemands medebewoners wanneer men constant stoned aanwezig is. Op deze manier tracht men het probleem interrelationeel te maken, met aandacht voor de solidariteit met de leefgroep. Het wijzen op de solidariteit met de groep wil echter niet zeggen dat men het individu ver/beoordeelt. Dan komt men immers terecht in een duele relatie. Er wordt ook in deze situaties telkens naar 'iets anders' verwezen, naar de wet van buitenaf. Het is bijvoorbeeld wel waar dat het gedoogbeleid toelaat een bepaalde hoeveelheid op zak te hebben, maar men mag niet gebruiken op openbare plaatsen. En de kliniek is nu eenmaal een openbare plaats.

Gelijkwaardigheid, Jones.

- **Ook het spiegelstadium behoort tot de kern van de Lacaniaanse psychoanalyse. Hoewel ik het spiegelstadium niet onmiddellijk in verband kan brengen met de problematiek van een psychose, lijkt 'de identificatie met een beeld' waardoor het spiegelstadium gekenmerkt wordt, ook van toepassing te kunnen zijn op de identificatie van de patiënt met het beeld van 'gebruiker', dan wel 'psychoticus'. Of zoek ik de link hierin te ver?**

Eigenlijk zit de psychoticus nog steeds vast in het spiegelstadium. Het spiegelstadium staat voor de fase van het duele, de wisselbaarheid van het beeld

tussen 'ik' en 'de ander'. Het is de fase van de paranoia, de dubbelganger. Er is geen derde punt binnengekomen.

De identificatie van een beeld is inderdaad iets wat wij laten bestaan. In een klassieke therapeutische gemeenschap wordt alles dat verwijst naar gebruik weg gedaan. In de dubbeldiagnose –afdeling van de psychiatrie van Sleidinge kunnen de bewoners hun emblemen behouden. Dit is belangrijk, omdat dit voor hen de enige manier is om nog iets te betekenen, om nog ergens bij te horen. In het werken met deze doelgroep is het dan ook van belang deze link te gebruiken. Op een heel milde manier wordt een geleidelijke afbouw van gebruik beoogd. Hier start men echter niet mee van in het begin, wat men wel doet in een klassieke therapeutische gemeenschap. Heel langzaam en mild afbouwen is noodzakelijk, om in eerste instantie een klik te krijgen met de psychoticus en ook een groep te vormen. Het middelengebruik vormt als het ware de lijm in de groep. Het zorgt voor een zekere groepscohesie en identificatie met het beeld van 'gebruiker'. Het laten behouden van deze imaginaire identificatie is dus zowel een manier om een 'ik' als een 'groep' te vormen.

De identificatie met een beeld moet eventjes behouden worden, wil men met de doelgroep aan de slag kunnen gaan. De imaginaire identificatie kan immers aangewend worden als een vorm van ondersteuning, die ook wel imaginaire suppletie genoemd wordt. Ook reële suppleties bestaan, bijvoorbeeld methadon of een bepaald (medicatie)product.

Enkele vragen in verband met de vormgeving/ organisatie van de relatie tussen team en cliënten aan de hand van enkele concepten van Maxwell Jones.

- **Hoe verloopt de taakverdeling in de DD-afdeling van het psychiatrisch centrum Sleidinge? Hoe worden met andere woorden de rollen die men doorheen de dag/ week/ maand opneemt, bepaald? Immers, in de democratische TG volgens Maxwell Jones maakt de groep deze keuzes zelf – in tegenstelling tot de Concept TG's, waar er sprake is van een duidelijke hiërarchie.**

Concept therapeutische gemeenschappen kennen een hiërarchische opbouw, waarin ook ex-verslaafden kunnen opgroeien op de ladder. In het democratische Maxwell Jones model, zoals dit in het psychiatrisch centrum Sleidinge

geïmplementeerd werd, gelden andere principes zoals gelijkheid, maximale communicatie en wisselbaarheid van rollen. Echter, het Maxwell Jones model geldt ook weer niet volledig. In de eerste plaats worden er bijvoorbeeld geen marathonsessies gehouden om tot een overeenstemming te komen – zoals of er dan toch niet mag gerookt worden. Dit kan men niet maken met psychotische mensen. Desalniettemin behoort het principe van evenveel beslissingsrecht, 'one man, one vote', wel tot het ideeëngoed van Maxwell Jones. Democratie kan ook een raar beestje zijn, waarbij de balans niet mag overslaan in de richting van dictatuur. De groep wordt gehoord, maar het individu mag niet vergeten worden. Het is nu eenmaal bepaald dat het gebouw van de kliniek rookvrij is. Wanneer echter de meerderheid beslist wel te mogen roken, sta je nergens meer. De meerderheid heeft immers beslist. Dit principe is op deze manier niet werkbaar met de doelgroep. Wel worden de bewoners zoveel mogelijk betrokken bij discussies, ze zijn gelijkwaardig, er wordt naar hen geluisterd en waar mogelijk worden aanpassingen doorgevoerd. Een belangrijk aandachtspunt bestaat dus uit het geven van een stem en verantwoordelijkheid aan de bewoners, gekaderd binnen een heel open werking. Indien men de bewoners enkel zou zien als verslaafde psychotici die ofwel zwaar aangepakt, ofwel beschermd moeten worden, dreigen ze ook in een afhankelijke rol vast te raken of worden ze buiten gezet. De bewoners worden gehoord en serieus genomen. Maar uiteindelijk blijft het team het laatste woord behouden, om aberraties te voorkomen.

Het 'echte' Maxwell Jones model werd/ wordt dus niet geïmplementeerd. Dit model was werkbaar in de jaren zeventig, toen er nog meer autonomie mogelijk was en nog meer particulier gewerkt kon worden. Ook Janzing en Kerstens (1997) geven aan dat het democratische TG –model lange tijd als het 'non plus ultra' werd gezien voor psychotherapie en psychiatrie. Nu met de huidige wetgeving is het niet meer mogelijk dit model in strikte zin te volgen. Dit komt ondermeer door de huidige regulering, structuur en vereisten op vlak van bijvoorbeeld kwaliteitszorg die door de overheid opgelegd worden. Maar ook omdat door de hoge spanning in groepen sommige patiënten uit hun evenwicht dreigden te raken. Het werd dus duidelijk dat een dergelijke wijze van leven en werken met elkaar voor veel patiënten te belastend was (Janzing & Kerstens, 1997). Wat wel behouden bleef in het psychiatrisch centrum Sleidinge is het roterend systeem van rollen en functies, zowel in het team als onder de bewoners. Als psycholoog ben je bijvoorbeeld ook iemand die meedoet met de muziektherapie, sportactiviteiten, enzovoort.

Tegenwoordig weten we dat dit model geschikt is voor drugsverslaafden, psychiatrische patiënten die leven in resocialisatie –eenheden, mensen met PTSS en andere. Terzijde zij opgemerkt dat veel slachtoffers van rampen, geweld en oorlogen in het algemeen bevredigend te helpen zijn met sociaal –therapeutische technieken. Deze door oorlog getraumatiseerde militairen was trouwens de oorspronkelijke doelgroep van Maxwell Jones, de grondlegger van het sociaal –therapeutische model (Janzing & Kerstens, 1997).

- **Hoe wordt omgegaan met het principe van meervoudig leiderschap in de DD-afdeling? Is dit te verenigen met de afwezigheid van de vader en/of de positie van de therapeut?**

Meervoudig leiderschap → gelijkwaardigheid van posities. Cfr vorige vragen.

De afwezigheid van de vader kan op twee manieren ingevuld worden. Ofwel is er geen, ofwel juist een heel sterke structuur. In het eerste geval is er veel minder gereguleerd, maar er is toch een heel duidelijke structuur aanwezig. Er wordt de bewoners een heel gamma aangeboden waaruit ze vrij kunnen kiezen. Van belang zijn uiteraard wel de groepsgesprekken. Deze zijn minimaal en daar wordt de aanwezigheid van de bewoners wel verwacht. In het tweede geval heeft de psychoticus de autoriteit heel sterk ervaren. Door een triangulair punt en meervoudig leiderschap te installeren wordt dit vermeden. Mensen beleven de werkelijkheid vaak in een alles of niets verhouding. Door de werking wordt het alles vermeden.

- **Hoe verloopt de omgang tussen de bewoners met elkaar om en wat is hierbij de rol van de groepsleider? Laat hij hen hierin vrij? En, aansluitend bij deze vraag, hoe worden ‘nieuwkomers’ op de afdeling aan de overige bewoners geïntroduceerd?**

Er is geen groepsleider. De verschillende therapieën en kwalificaties zijn evenwaardig. Elke morgen worden afspraken gemaakt wie wat doet, zowel bij bewoners als team. Hierin is men heel vrij. Een minimale structuur ligt vast, de rest is keuzevrijheid om zelf in te vullen. Ook heel consequent. Als een bewoner een aantal keer niet aanwezig was tijdens de groepsgesprekken, schrijft hij/zij zichzelf uit en kan die persoon beter op zoek gaan naar een andere ondersteuningsvorm.

Nieuwkomers worden meestal tijdens groepsgesprekken geïntroduceerd. Uiteraard gebeurt de

intake eerst door het team. Algemene afspraken en regels worden uitgelegd. Nadien wordt de nieuwkomer voorgesteld aan de groep en kunnen de groepsleden uitleggen hoe alles in z'n gang gaat. Ook 'interne' zaken tussen de groepsleden worden gedeeld, zoals waar men bijvoorbeeld wel een joint kan roken zonder dat iemand het ziet. Dit kan uiteraard niet gezegd worden door het team. Dergelijke onderlinge groepsdynamieken zijn, zoals reeds werd aangegeven, heel belangrijk.

- **Maxwell Jones hecht ook uitzonderlijk belang aan een open communicatie en democratische besluitvorming op alle niveaus van de organisatie. Kunt u dit principe toelichten aan de hand van een voorbeeld uit de praktijk van de DD-afdeling waar u werkzaam bent?**

Alles wordt voortdurend bekeken, bijvoorbeeld rond sport of meer crea,... De werking is niet strak. Naarmate de populatie verandert, verandert ook de vraag en dient het aanbod hierop afgestemd te worden. Waar men bijvoorbeeld vroeger dertigjarige hippies had, treft men tegenwoordig meer deftige jongens in carrohemdekes aan.

Nog enkele algemene vragen.

- **Jones ziet de TG in haar ideale vorm als een weerspiegeling van de maatschappij, met soortgelijke eisen, verantwoordelijkheden en mogelijkheden. Kunt u een verduidelijking geven van hoe het therapeutisch milieu als 'framework' dient waarbinnen de Lacaniaanse psychoanalyse aangeboden wordt?**

Ook de dubbeldiagnose –afdeling vormt in zekere zin een weerspiegeling van de maatschappij, maar dan wel een veel mildere versie ervan. Hier kan nog geëxperimenteerd worden, terwijl men buiten het risico loopt opgepakt te worden door de politie. Daar kunnen vele bewoners overigens van meespreken. De mogelijkheid tot experimenteren wil natuurlijk niet zeggen dat gebruik op het ziekenhuisterrein toegelaten is. Als bewoner dient men zich dus aan deze afspraak(en) te houden. Wanneer iemand dan toch op gebruik 'betraapt' wordt,

volgt in tegenstelling geen ver –of beoordeling. Wel wordt gewezen op de verantwoordelijkheid en solidariteit ten aanzien van de overige groepsleden. Het probleem wordt opnieuw opengetrokken, interrelationeel gemaakt. Indien iemand zich echt niet aan de afspraken wil houden is dit zijn/ haar goed recht, maar wordt wel duidelijk gemaakt dat het dan beter is naar een andere kliniek of ondersteuningsvorm te gaan.

Vanuit de Lacaniaanse visie kijkt men naar de psychoticus in relatie tot de medemens en hoe een setting kan worden gecreëerd die niet bedreigend is. Dit betreft dan vooral de horizontale werking, die overigens doorspekt is met de principes van Maxwell Jones. Ook op het niveau van het individuele spreken keert het Lacaniaanse gedachtegoed terug. Als hulpverlener wandelt men mee met het individu. Men is als het ware de secretaris van het proces. De Lacaniaanse theorie komt dus over het gehele totaalbeeld van de organisatie terug en de manier waarop men vanuit deze visie naar de psychoticus kijkt, heeft bepaald hoe de setting werd opgebouwd – en toevallig sloten Bion en Jones hierbij aan.

- **Vanuit een maatschappelijk normatief kader, vloeit vaak een verplichte opname/ behandeling voort ten aanzien van het desbetreffende psychotische individu. Echter, deze persoon zelf stelt in deze instanties geen eigen hulpvraag. Een dergelijk gedwongen opname moet dan ook heel moeilijk (te plaatsen) zijn voor deze mensen. Hoe tracht men aan deze mensen betekenisverlening te voorzien, waardoor de gedwongen opname voor henzelf begrijpbaar wordt? Welke oplossingen kunnen voor deze situaties aangereikt worden? En wat als het echt niet lukt?**

Betekenisverlening vanuit de persoon zelf. Belangrijk te kunnen begrijpen waarom op die bepaalde moment een psychose gekomen was. Belang vertrouwensband. Triangulair punt, bijvoorbeeld de rechter heeft u geplaatst, niet wij. Justitie is de boeman... nooit gesprekken met justitie apart!! Geen verlengstuk!

- **Begrijp ik het goed dat er tijdens de therapie geen gebruik gemaakt wordt van het meesterdiscours waarbij S1, de analyticus, zijn kennis overbrengt op S2, de analysant? En dat dit enkel van toepassing is voor neuroses? Cfr Subject Supposé Savoir.**

Ook niet voor neuroses. Het meesterdiscours is enkel van toepassing op de psychiater, niet de psycholoog. Het analytisch discours bij de psycholoog is dus iets heel anders dan het meesterdiscours. Weliswaar wordt de therapeut vaak gezien als diegene die de kennis bezit. Belangrijk dat men zich hiertoe niet laat verleiden.

- **Begrijp ik het goed dat men de psychoticus zijn identificatie met een beeld (bijvoorbeeld van toxicomaan) laat behouden, zodat de angst voor het reële verdwijnt en dit de zaak beter hanteerbaar maakt?**

Juist. Cfr imaginaire suppletie.

6.3 Bijlage 3

J: journalist
G.N. = cliënt
Y.B. = cliënt
E.A. = cliënt

Goeie avond en welkom in Telefacts Zomer. We maken vanavond kennis met een interessant proefproject in het psychiatrisch centrum van Sleidinge, tussen Gent en Eeklo gelegen. Op de afdeling dubbeldiagnose worden speciale drugsverslaafden behandeld. Het gaat om patiënten die niet alleen een drugprobleem hebben, maar daarnaast ook nog psychotisch zijn. Dat wil zeggen dat ze ook zwaar paranoïde zijn en bijvoorbeeld achtervolgingswaanin hebben. Deze mensen konden tot nu toe nergens terecht. In Sleidinge probeert men het dubbel probleem aan te pakken.

(+/- 2') Het psychiatrisch centrum in Sleidinge. Op de afdeling dubbeldiagnose verblijven patiënten die drugverslaafd en psychotisch zijn.

G.N: "Ik heb veel fantasie. Ik verander dan in een weerwolf. Ik kan goed brullen ook. Ik brul graag. Ja. *BRULT*.

J: "G. is nieuw. Het is zijn eerste dag op de afdeling dubbeldiagnose."

Muziek wordt opgezet

"G. is nog erg psychotisch en leeft in een heel andere wereld."

G.N: "Vampiers. Weervolgen. Op halloween word ik een weerwolf. *imiteert wolvengehuil* Ja. En ik verscheur mensen. 'k Heb nen slechte kant ook. Ne vree slechte kant. Als ik wil, sla ik nu uwen camera in mekaar. Maar 'k ga dat niet doen. Moest ik zot worden, sla'k diene camera in mekaar."

+/- 4': beeld van ET met cannabisogen. Overgang naar andere cliënt.

J: "Ook Y. denkt dat hij van een andere planeet komt. Volgens hem besturen buitenaardse wezens z'n brein via chips."

+/- 4'19" Y.B.: "Ja ja. Ma ge kunt moeilijk zeggen dat er chips geïmplanteerd worden in mensen. 'k bedoel, mensen geloven dat niet hé, maar 't moet toch een keer gezegd worden hé. Beware of chips in your head. Pas op voor chips in uw hoofd. Attention des chips in votre tête. 't Is echt wel grof, ma ja. 'k Weet niet of da ge't gaat uitzenden, maar 't zou wel ne keer de moeite waard zijn."

4'46" J: "E. is uit z'n psychose ontwaakt en schrijft een boek over zijn ervaringen. In zijn vroeger leven waande hij zich de nieuwe Messias."

+/- 4'57: E.A (leest voor uit z'n verhaal): "Ik dacht dat we het leger van God waren om orde in de wereld te zetten. Ik zocht naar bewijzen die ik ook vond, zo dacht ik. Zo schreef ik bijvoorbeeld dat 9 het getal van God was. Later werd het 999, wat als som 27 was en doorgeteld ook op 9 uitkomt. Ik verklaarde dat Satan ook door God werd gecreëerd, omdat de som van 666 ook op 9 uitkwam. Namelijk 6 plus 6 plus 6 is 18 en 1 en 8 is ook 9. Ik begon ook mijn lichaam te controleren en mijn vingers te tellen. Ik kwam tot de vaststelling dat er 9 vingers waren. Geteld van rechts naar links kwam ik opnieuw op 9 uit en de 10^{de} vinger was weer 1. Ik vond dus het 9 -stelsel uit. Da's interessant, hè?"

+/- 5'49" J: "Naar schatting zijn er in ons land minstens honderdduizend mensen psychotisch. Volgens wetenschappers wordt de geestesziekte veroorzaakt door een teveel aan dopamine in de hersenen, maar psychotherapeuten beweren dat een psychose wordt uitgelokt door een traumatische ervaring."

Dirk Bryssinck: "Er zijn een aantal fasen in de psychose. Het begint bijvoorbeeld met een stem die binnenkomt, een stem die je kan horen. Euhm, iets totaal anders is uw lichaam dat heel raar doet, depersonalisaties, uzelf niet meer herkennen in de spiegel. Stemmen horen, hallucinaties, geuren ruiken, dat zijn allemaal psychotische symptomen."

6'25"J: "Op de afdeling verblijven 15 patiënten in een leefgemeenschap."

G.N: Ik weet niet of dat ik er ooit helemaal vanaf zou kunnen blijven.

"Ze werken in groep om hun drugsverslaving onder controle te krijgen. 60% van de psychotische patiënten gebruikt drugs om de waanbeelden in hoofd te

verdringen. Cannabis heeft een kalmerend effect, maar harddrugs zoals speed, coke en XTC lokken psychoses uit."

Clïënt: "ik heb zo wel een periode gehad waarin ik veel cocaïne gebruikte. Het kostte me teveel geld. Ik schakelde over op speed omdat dat goedkoper zou zijn. En dat heeft nog geen week geduurd en ik zijn zo psychotisch als iets geworden. Ik werd er knettergek van, van die speed. Echt wel gevaarlijk spul."

Dirk Bryssinck: "Een andere visie hierover?"

G.N: "Ik weet niet of ik een echt drugprobleem heb. 'k Heb mij daar meestal goed bij gevoeld. 'k Heb één keer een psychose gehad, waarbij ik de hele nacht met geesten gepraat heb en die geesten waren nog redelijk vriendelijk ook tegen mij. Maar de nacht nadien waren die geesten veranderd in katten en die klauwden altijd maar. Die waren niet zo vriendelijk meer."

+/- 7'40" Dirk Bryssinck (face to face met camera): "het kan soms zijn dat bij opname blijkt dat iemand misschien psychotisch is, maar dat die psychose na een tijdje ook heel snel overgaat. Dan noemt dat een drugpsychose, een toxische psychose. Die komt enkel door het gebruik en spontaan ook verdwijnt als ze niet meer gebruiken. Terwijl bij dubbeldiagnose blijkt dat bij mensen wanneer ze niet meer gebruiken, zij in een psychose terecht komen, stemmen horen en hallucinaties krijgen. Dan kunnen we spreken van een echte psychose die eronder ligt, waardoor het gebruik bijna een vorm van automedicatie wordt. Dat zij gebruiken om de psychose eronder te houden. Om eventjes geen stemmen te horen. Om eventjes niet te moeten denken."

8'28" J: "G. rookte zijn eerste joint op z'n 13^{de}. Ondanks het kalmerende effect van cannabis, is het geen onschuldige drug. Jonge gebruikers die gevoelig zijn voor psychoses, hebben 50% kans om de ziekte te krijgen. Tieners onder de 16 lopen het grootste gevaar."

8'44" G.N: "Als ik gebruik is mijn brein verbonden me't internet. Ik verstuur dan berichtjes met mijn brein naar de maan. De maan is een natuurlijke satelliet. Ge moet er voor betalen en ge moet wel mekaar kennen. Met iemand die je niet kent, daar kun je niet mee chatten. Je moet ze kennen uit het dagelijkse leven. En dan kun je d'er mee chatten. Ge kunt mij zot verklaren, maar toch is't zo."

9'25" J: "G. rookte voor z'n opname op de afdeling de ene joint na de andere. Hij heeft niet alleen waanbeelden, maar lijdt ook aan achtervolgingswaanzin."

9'36" G.N: "Een psychose, ja wat is een psychose? Dat zijn mensen die denken dat ze gefilmd worden en zo. En eigenlijk is't zo; we worden gefilmd. Daar ben ik van overtuigd. Ik wil dat niet aan iedereen opdringen of zo, maar ik ben ervan overtuigd dat m'n hele leven al gefilmd is geweest. Zonder cameramensen, maar van de sterren uit. Van vliegtuigen. Van alles en nog wat. We leven in een land waar het mogelijk is om gefilmd te worden. We worden gefilmd door geesten die alles weten wat we doen en er plezier in hebben. Soms krijgen we scenario's van't leven, waar we dan moeten leren mee omgaan. 't Leven is eigenlijk een spelleke."

(scène in therapieruimte, dansend op muziek, 10'30") G.N: "No more chains. Be free to live. *zingt loosing my religion, R.E.M*

J: "De patiënten volgen wekelijks danstherapie. De muziek roept bij E. herinneringen op aan zijn vroegere druggebruik. 16 jaar geleden slikte hij voor het eerst LSD. Op z'n 17^{de} kreeg hij zijn eerste psychotische aanval. Ook hij zag toen camera's."

11'05": E.A: "Da's een goe lieke, maar (...) m'n psychose heeft dat liedje versterkt. Ik was ervan overtuigd dat er in de lichten verborgen camera's zaten. Ik interpreteerde dat liedje verkeerd. Dat heeft voor mij een bewijs geweest (...) dat er overal verborgen camera's waren."

11'37": E. zit met Dirk Bryssinck aan de computer om z'n verhaal op te typen. E.A. leest voor, terwijl Dirk typt: "Ik dacht dat ik in een film was terechtgekomen, maar dat was opgelegd door de maffia."

- Dirk: "Dus een film waarin je zelf de hoofdrol speelde?"

E.A: "Ja, en dat niemand daar iets over mocht zeggen."

J: "Als therapie schrijft E. een boek over zijn psychose. Voor hem is dit de beste manier om zijn verleden achter zich te laten.

E: "Ik dacht dat ik het middelpunt was van de wereld en dat alle mensen een complot vormden tegen mij. Allé ja, een complot dat die mijn gedachten konden lezen maar d'er niets over mochten zeggen want alles werd gefilmd door verborgen camera's. En die mochten er niets van zeggen omdat ik dat niet mocht

weten. Omdat dat een groot geheim was en ze anders problemen zouden krijgen met de maffia als ik dat te weten zou komen."

E. leest voor: "Er kwamen 2 mannen uitgesprongen en ze vielen mij aan."

+/- 12'25 J: "onder invloed van speed gaat E. op de vlucht voor de maffia. In z'n waan begaat hij vandalenstreken, tot de politie hem tegenhoudt in zijn onderbroek temidden van een tunnel op de autosnelweg."

E. leest verder voor: "ik ging de Kennedytunnel in en begon met van alles wat ik in de zijberm vond, te gooien naar de voorbijrijdende auto's."

Tegen interviewster zegt hij: "Ik had geen realiteitsbesef meer. Ik dacht echt dat ik in een film zat. Ook omdat ik toen ik die Kennedytunnel zag en ik zag die auto's, zag ik echt oude auto's rijden. Dat was dus waarschijnlijk een hallucinatie dat ik heb gehad."

13'08" J: "E. schrijft vandaag het laatste hoofdstuk van z'n boek over het ontwaken uit zijn psychose. Hij komt pas bij bewustzijn als hij wordt opgesloten in de gevangenis."

13'20" E: "Ik dacht dus echt dat dat in de gevangenis ook een complot was. Maar doordat dat zo lang heeft geduurd, dat ik 10 maanden in de gevangenis heb gezeten, is dat vanzelf overgegaan. En ik dacht van 'dat kan nu toch niet: zo lang in de gevangenis voor dienen film? Dat zal wel allemaal slecht gedacht zijn met die gedachten die ik toen had.' En ik ben toen vanzelf uit die psychose geraakt. Gelukkig!"

13'43" J: "E. wordt door de rechter ontoerekeningsvatbaar verklaard. Hij mag de gevangenis verlaten, op voorwaarde dat ie in therapie gaat. Op de afdeling dubbeldiagnose hebben 8 van de 10 patiënten te maken met justitie."

14' Dirk: "Mensen die in allerlei delinquentie acties betrokken worden, dikwijls als slachtoffer, dikwijls als dader. Dikwijls meegelokt, dikwijls onder invloed van een psychose dat zij feiten plegen. Dat zij bijvoorbeeld stemmen horen die zeggen van 'doe dit of doe dat'. Dat zij dus vanuit de psychose bepaalde handelingen stellen en dus delinquent gedrag en dus een veroordeling krijgen eigenlijk."

14'25" Ook Y. staat onder toezicht van justitie. Hij wordt onder dwang opgenomen in de psychiatrie als hij van een brug in het water springt. De politie kan hem niet redden van de dood. Y. begrijpt nog altijd niet waarom hij toen niet mocht springen."

14'35" Y: "Voor mij was't meer van euh... Hebde zo niets in de bijbel van de voetwassing of zo? 'k Weet daar ook het fijne niet van, maar 'k denk dat dat wel eenzelfde manier was eigenlijk als elkaars voeten wassen. 'k Moet ne keer denken hè. 't Was nen catharsis. Een zuivering. Ze dachten dat ik zelfmoord wou plegen of zo. Ja, misschien dat het dat wel was."

15'15" J: "Y. had toen stemmen in zijn hoofd die hem voortdurend achtervolgden. Vandaag zijn die stemmen er nog altijd, maar hij heeft ze beter onder controle."

15'24" Y: "Je begint te scatten en gewoon euh... De klanken die uit mijn hart komen gewoon d'eruit, zo 10 minuten aan een stuk niet anders dan *scatgeluiden*. En da's de max, weet' wel? Je kunt da vree goe gebruiken op muziek als g'u volledig aan't geven zijt en ge zijt aan't orakelen en dan aan't djembe spelen, dan hebde kunst. Dan hebde pure muziek, vind ik. Ge zijt gewoon nooit alleen, weet' wel? En ge hebt altijd mensen in uw hoofd om u te vermaken. Soms zijn die wezenlijk, soms zijn die niet wezenlijk. Ja, 't doet er eigenlijk niet veel toe. Maar ge voelt die wel. Ge voelt die in uw lichaam, door uw lichaam kruipen gelijk. En soms nemen die u over. Als ge dat wilt, als ge wilt dat die u overnemen, dan kunnen die in uw lichaam kruipen. Dan doen ze de meest fantastische dingen – als ge dat goed weet te gebruiken. Ge kunt daar ook helemaal weg van de wereld van lopen, maar die tijd is gelukkig voor mij voorbij."

16'46" J: "De therapie in Sleidinge duurt maximaal 6 maanden, maar Y. is al na 3 maanden clean. Over een week mag hij de instelling verlaten."

16'52" Journaliste vervolgt: "Met G. gaat het minder goed. Nochtans neemt ie medicatie om de psychose te onderdrukken. In de hoop rust te vinden, slikt hij op eigen initiatief een extra dosis kalmeerpillen."

17'09" G.N: "we zijn al de 4^{de} vandaag. Ik ben een rockster. Rocksterren gebruiken ook veel drugs. Ik heb ze bij mij, kijk. Nogal een sensatie hé? Diazepam. 'k Ga d'er nog eentje nemen. Voilà."

17'47" J: "De volgende ochtend komt het begeleidende team bijeen. G. werd vannacht overgebracht naar de gesloten crisisafdeling."

17'57" stafid: "Ze brachten hem gisteren weg om 2 uur 's nachts. Ze hebben nog efkes geprobeerd om hem zonder fixatie in iso te brengen, maar dat ging niet. Hij zat ook te schoppen tegen de deur. Ook als hij hier zat te roepen konden ze op de verdieping beneden horen dat er een probleem was."

18'16" Johan Vanderstraeten (therapeut) "'t is een crisissituatie waarbij hij blijkbaar de afdeling op stelten zette vannacht en zelfs denk ik blijkbaar naar de nachtverpleegster zwaar aan het uithalen was of toch dreigend was en dan worden er soms beslissingen genomen omde persoon naar een prikkelarme omgeving was. De urgentieafdeling is prikkelarm, heel tijdelijk, tot de crisis over is en dan komt hij terug."

Pauze (18'47" – 20'01")

20'02" J: "G. is terug op de afdeling dubbeldiagnose. Hij is ontwaakt uit zijn psychose. Van zijn agressief gedrag tegenover de nachtverpleegster herinnert hij zich nauwelijks iets."

G.N: "Ik herinner me dat ik een kop koffie omver smijt zo en ze me vragen van 'waarom doe je dat?' en dat ik antwoordde 'ik weet het niet'. En ik wist het niet ook. Het was een moment van weer efkes duidelijkheid, helderheid en dan was ik weer weg. 't Volgende moment dat ik me herinner is dat ze me vastbinden op een bed in de cel. Hoeveel tijd daartussen zit, dat weet ik niet."

21'03" J: "G. was niet bij volle bewustzijn. Hij werd gestuurd door de stemmen in zijn hoofd. G. is bang dat het opnieuw gebeurt. Hij ligt in de knoop met zichzelf."

21'14" G: "Ik weet nu iets meer over mezelf zo. Zo'n momenten wil ik wel ontwijken, ze! Dat ik het volledig niet meer weet. Ik kan zo een moord begaan hè, zonder dat ik weet of zo. Dus ik ben een gevaarlijke persoon. Ik kan een gevaarlijk persoon zijn hè."

21'50" Persoon "Een goede avond. Of een goede middag. 't Is gelijk g'u voelt zou'k zo zeggen. Want 's middags, dan kan nen mens zich avond voelen. En 's avonds kan diezelfde mens zich 's middags voelen. Verstade gij dat, ikke niet ze? (...)"

22'03" J: "De patiënten spelen als alternatieve therapie mee in het toneelstuk Danny. Het is een samenwerkingsproject tussen de psychiatrie en het theatergezelschap Victoria Deluxe. Het scenario is gebaseerd op waar gebeurde feiten uit het leven van de patiënten."

22'17" Dirk: "De doelgroep, de bewoners van ons waar dat wij mee werken, zijn eigenlijk mensen die soms ook een beetje therapie-beu zijn. Ze komen vanuit heel veel instellingen, hebben een lang verleden en een lang verhaal. Ze hebben soms ook zoiets van 'foert'. Vertelt uw verhaal, meneer de psycholoog kom eens babbelen. Ze hebben al 15, 30 psychologen gehad, dus je moet andere dingen beginnen doen met hen."

22'50" J: "Voor Y. is het toneelstuk een afscheid van de psychiatrie. Hij is genezen verklaard en verlaat na de voorstelling de afdeling."

Toneelstukje, waarin ook E. iets voordraagt. J: "E. is zenuwachtig, want zijn ouders zitten in de zaal."

Nadien applaus. J vervolgt: "E. is trots op z'n prestatie en gaat op zoek naar z'n ouders."

Moeder: "dat was goed ze. Wat hij ook doet, doet hij gewoonlijk heel goed. Of het nu werken, studeren, dansen of zingen is, eender wat, 't is altijd goed. We zijn altijd trots op hem. Maar hij houdt nooit vol en zakt altijd terug door zijn benen. En als'em den andere kant van E. is, dan verandert hij een beetje. Soms zelfs dat je denkt van: 'dat kan niet. Dat kan hem niet zijn. Dat is een monster. Dat kan niet.'"

24'53" J: "G. mocht gisterenavond niet meespelen. Hij is pas een week terug op de afdeling en het loopt alweer fout. Hij rookt een joint. Psychotische mensen die drugs gebruiken zijn een moeilijke groep om te behandelen. In psychiatrische instellingen worden ze geweerd omdat ze drugs gebruiken, in de afkickcentra omdat ze psychotisch zijn. Sleidinge legt de verantwoordelijkheid zo veel mogelijk bij de patiënt."

25'20" G.N: "Als ik buitenvlieg, vlieg ik buiten. Ik weet het niet. misschien moet ik m'n boeltje pakken."

25'31" J: "Een dag later is G.'s roes uitgewerkt. Op de groepsvergadering biecht hij alles op."

25'38" G.N: "Awel, hier heb ik gisteren nen joint gerookt."

- "Dat is een fijn begin."

G.N: "Ik heb ervan genoten."

25'44" J: "Steeds meer psychotische patiënten gebruiken drugs. Daarom startte het centrum in Sleidinge drie jaar geleden een proefproject op, voor de dubbele diagnose van psychose en druggebruik. Het federaal ministerie van volksgezondheid trekt hiervoor jaarlijks 500.000 euro uit."

26'06" G.N: "Ik zonder mij graag af ook. Zo geen mensen rondom mij. Gewoon ne keer nen joint roken en een space travelling doen, ne keer naar de maan gaan. Zo zie ik dat."

26'23" Dirk: "Wij kunnen ons niet buiten de wet stellen als instelling. We kunnen moeilijk zeggen van hier mag je wel blowen."

- G: "Dat zou wel de max zijn."

Dirk: "De wet die buiten geldt, geldt ook hier. Maar moeten wij de wet worden? Moeten wij flikken worden? Moeten wij beginnen controleren elke dag? Of moeten we zeggen: 'pakt uw verantwoordelijkheid?' Jij beslist."

26'43" J: In het verleden was drugs niet bespreekbaar op de afdeling. Op geregelde tijdstippen werden er urinstalen afgenomen om te controleren op druggebruik. Maar vandaag is de aanpak heel anders. G. mag blijven, ondanks zijn misstap."

27' Dirk: "We weten dat er gebruik is en dan hebben we twee mogelijkheden. Ofwel gooien we ze buiten en gaan ze terug naar de gevangenis. Ofwel zeggen we van kijk, spreek erover. Zoals we vorige week hebben gehad en er speed in huis zat. Een aantal mensen door het lint gegaan zijn, die duidelijk psychotisch geworden zijn, agressief, vechtpartijen. Dat is een conflictsituatie. Ofwel zeggen we van 'we willen dat niet', we gaan die conflictsituatie proberen allemaal weg te houden, of we gaan er iets mee doen. En als zich dat voordoet, kun je dat ook zien als een heel vruchtbaar moment om uit te leren. Waar de medebewoners van zeggen van 'Man, we hebben u nog nooit zo gezien. Ge waart verschrikkelijk agressief. Ge waart langs alle kanten aan't trekken met uw mond. Ge waart er

totaal niet meer bij. We herkennen u niet meer.' 'Is dat waar? Was ik zo...?' Dan gaan zij zeggen van 'verdomme, misschien is daar toch iets van aan. Misschien kan ik maar beter van die speed afblijven.'"

27'51" J: "E. is na 6 maanden therapie van de drugs af. Hij mag binnenkort naar buiten. Sleidinge werkt nauw samen met beschut wonen en werken, om te vermijden dat de patiënten hervallen na hun ontslag. Maar de wachtlijsten zijn lang. E. wil in afwachting van een plaats bij zijn ouders logeren."

28'11" sociaal werkster (aan de telefoon): "Ja, het werken aan de verslavingsproblematiek is natuurlijk een onderdeel van de behandeling geweest en is nog altijd een onderdeel van de behandeling. Daar is zeker aan gewerkt, maar ik stel voor dat u anders eens met E. zelf over praat over welk effect dat dit op hem gehad heeft en hoe hij dat beleeft en hoe hij daarin veranderd is. Want ik kan daar natuurlijk moeilijk in zijn plaats een antwoord op geven. Maar wij hebben zeker wel de indruk dat E. veranderd is en daar echt wel vorderingen in maakt."

28'47" J: "E. mag naar huis, op voorwaarde dat hij van de drugs afblijft. Het contact met z'n ouders is wel verbeterd na zijn theateroptreden, maar toch blijven de twijfels. Maar E. zelf heeft er alle vertrouwen in."

28'59" E.A: "Ik word 33 jaar. Ik heb er echt wel zin in een einde aan mijn verleden te nemen en terug een nieuwe start te nemen zonder dat ik drugs hoeft te gebruiken. Een gewoon, normaal leven zoals iedereen leiden. Ik heb er eigenlijk wel zin in en ik voel me er wel klaar voor."

29'28" Dirk: "E. mag terug bij zijn vader. Laat ons hopen, want da's fantastisch. De meerderheid heeft geen contact meer met hun thuis. Ze wonen in krakerspanden of er zijn weinig sociale vangnetten. En dat is dus het probleem daarvan, dus de meesten stellen het niet zo goed. De kans dat zij vertrekken, legt een hypotheek op hun toekomst."

J: "Ook Y. leeft zonder sociaal vangnet. Hij leidt sinds zijn vertrek uit de psychiatrie een zwervend bestaan."

29'50" Y: "Dit is mijn huis, voilà. (toont een boomhut). 'k Ben vree blij dat dat hier mijn huis geworden is, want hier kan ik doen wat ik wil. En ik kan hier magie creëren. God ja, 't is hier... Ik zou zelfs durven stellen dat het van mij is en't is

uniek. Voici mijnen lit. 'k Moet zeggen, 't is wel een lekker bed, ook al is het een plank. Er zit ongelooflijk veel speling op. Ik vind het een ongelooflijk schoon bed.”
30'55" J: "Sinds z'n ontslag uit Sleidinge gebruikt Y. geen speed meer. Hij rookt enkel nog joints, hooguit 1 per week. De stemmen in z'n hoofd zijn er nog. Maar sinds hij van de harddrugs af is, kan hij er beter mee omgaan.”

31'11" Y: "Ik leer met de elementen spelen gewoon. Ik leer wind geven. Ik leer vuur absorberen. Ik leer water verdampen. Ik leer aarde aanstampen. Ik leer God zijn voor mezelf.”

31'43" J: "Na de behandeling zijn de patiënten niet volledig genezen, maar ze vormen geen gevaar meer voor de maatschappij. G. is vandaag uit zijn psychose en houdt zich aan de regels. E. heeft de instelling verlaten en woont terug thuis bij zijn ouders. En Y. is gelukkig in z'n boomhut.”

Einde.