

Mist psychiatrie palliatieve boot niet?

Tertio, 28 november 2007

door Katrien Verreyken



De term 'palliatieve psychiatrie' of 'psychiatrische palliatie' is voor de meeste hulpverleners in de geestelijke gezondheidszorg nog altijd vrij onbekend. Hij wekt soms verbazing en zelfs enige weerstand. 'Maar eigenlijk doen we in de psychiatrie vaak niet veel anders dan palliatie in de ruime zin van het woord,' vindt psychiater An Haekens.

"Als we eerlijk zijn, moeten we toegeven dat veel psychiatrische aandoeningen niet echt te genezen zijn. Strikt genomen doen we ook vaak niet meer dan het verzachten van het lijden," meent psychiater An Haekens, verbonden aan het psychiatrisch ziekenhuis Broeders Alexianen in Tienen. In de somatische geneeskunde is de palliatieve zorg de voorbije decennia goed doorgedrongen en opgenomen, maar in de psychiatrie is er nog zo goed als geen aandacht voor een palliatieve aanpak.

"Het is niet altijd evident toe te geven dat we bescheiden moeten blijven in de psychiatrie, ondanks de hoge vlucht die de medische wetenschappen nemen in het onderzoek naar het functioneren van onze hersenen," weet Haekens. "Ik denk daarbij aan het recente nieuws over het 'lokaliseren van de ziel' in onze hersenen. Die bescheidenheid moeten we ook in onze individuele praktijk toepassen. Uiteraard moeten hulpverleners zich hoeden voor therapeutisch fatalisme, maar ik denk dat men zich in de psychiatrie soms aan therapeutische hardnekkigheid bezondigt. Voor hulpverleners in de geestelijke gezondheidszorg is het soms moeilijk te aanvaarden dat echte genezing niet mogelijk is en dan blijven ze tegen beter weten in behandelen."

Lijden verzachten

Om over palliatie in de psychiatrie te kunnen reflecteren, is een goede begripsafbakening nodig. Over palliatieve zorg bestaat immers nog altijd veel verwarring, erkent Haekens: "Velen begrijpen palliatieve zorg als terminale zorg. Het roept bij sommigen het gevoel op dat de patiënt wordt 'opgegeven'. Maar terminale zorg is maar een deel van de palliatieve zorg. Het is niet omdat een patiënt 'uitbehandeld of onbehandelbaar' is en zelfs rehabilitatie of andere therapieën voor chronische patiënten niet meer werken, dat de patiënt moet worden opgegeven."

De definitie van palliatieve zorg, in 2002 door de Wereldgezondheidsorganisatie opgesteld, is erg goed toepasbaar op de aanpak van onbehandelbare psychische stoornissen. Er staat immers "Bij palliatieve zorg is niet de genezing van de patiënt het doel, maar een zo hoog mogelijke kwaliteit van leven, waardoor het ziekteverloop mogelijk positief kan worden beïnvloed. [...] Voorkomen en verlichten van lijden, door middel van vroegtijdige signalering en zorgvuldige beoordeling en behandeling van pijn en andere problemen van lichamelijke, psychosociale en spirituele aard".

"Psychiatrische palliatie betekent dat we moeten proberen onze diagnostische categorieën los te laten en onze aandacht voor het psychische lijden van de patiënt te vergroten," licht Haekens toe. "Dat betekent dat we beter moeten proberen te omschrijven wat pijn betekent, maar ook andere emoties zoals angst, wanhoop, hoop, achterdocht, zelfhaat, onmacht, enzovoort. Ik denk dat de psychiatrie het gesprek moet aangaan met andere disciplines zoals de filosofie en de theologie. De theologie kan mee proberen de vragen naar pijn, hoop en toekomst in een ultiem perspectief te plaatsen. Het valt op dat almaar meer wetenschappen, zoals ook de economie en de geneeskunde, belangstelling vertonen voor vraagstukken die raken aan zingeving en spiritualiteit. Een inspirerende figuur in die context is de joodse filosoof Emmanuel Levinas. Levinas zegt dat

vanuit de lijdende mens een dwingend ethisch appel uitgaat om het kwaad en het lijden te bestrijden. Ik denk dat het bijzonder belangrijk is ons te verdiepen in het lijden en onze eigen opstelling daartegenover, om beter te weten hoe we het leed van anderen kunnen verzachten.”

Hoop, troost & erkenning

Hoop is volgens Haekens een bijzonder belangrijke deugd in de psychiatrie: “Bij suïcidaliteit maakt hoop of hopeloosheid het verschil tussen wel of niet de hand aan zichzelf slaan. Nochtans is er nog maar weinig onderzoek verricht naar het functioneren van hoop bij psychiatrische patiënten. Dat heeft wellicht te maken met het mensbeeld dat de psychologie hanteerde toen ze zich losmaakte van de filosofie en de theologie. De psychologie was van bij haar oorsprong meer gericht op het verleden en het hier en nu – ze zocht verklaringen voor de huidige problemen. De toekomstige dimensie van het tijdsbewustzijn werd minder gevaloriseerd.”

Palliatieve zorg in de psychiatrie betekent ook aanwezigheid, troost en erkenning voor het lot dat de betrokken patiënt en zijn familie treft. Axel Liégeois verwijst in verschillende publicaties naar de ‘presentietheorie’ van Andries Baart. Daarbij wordt geprobeerd een betekenisvolle relatie aan te gaan met de lijdende mens, vooral met de ‘sociaal overbodige’ mens. “De presentiebeoefenaar biedt behalve de eigen expertise en competenties ook zichzelf aan, transparant en methodisch,” licht Haekens toe. “Bij die presentiebeoefening gaan menslievende zorg en vakbekwaamheid hand in hand. Die karakteristieken wijzen op een innerlijke verwantschap met goede zorg voor mensen die als onbereikbaar of niet veranderbaar worden beschouwd en die geen aansluiting vinden bij de samenleving of bij zichzelf. Ik denk dat dit spoor de moeite waard is om uit te diepen.”

Naasten ondersteunen

In de laatste paragraaf van de definitie van palliatieve zorg staat: “Bij palliatieve zorg is er emotionele ondersteuning voor de patiënt om zo actief mogelijk te leven; is er emotionele ondersteuning voor de naasten om te leren omgaan met de ziekte van de patiënt en met eigen rouwgevoelens; wordt vanuit een team zorgverleners gewerkt om aan alle noden van patiënten en naasten tegemoet te komen, indien nodig ook na het overlijden van de patiënt.” “Ook wanneer het gaat over palliatieve zorg in de psychiatrie, is het verzachten van het leed van de familieleden van de patiënten een belangrijke opdracht,” meent Haekens. “Het gaat hier om aanhoudend, chronisch en soms uitzichtloos lijden en rouwen. Aandacht voor de hulp- of zorgverleners zelf staat niet expliciet in de definitie vermeld, maar is volgens mij even belangrijk.”

Volgens Haekens is er in de ‘klassieke’ palliatieve zorg een interessante evolutie waar te nemen. Zo verscheen recent een Nederlands rapport met een eerste inventarisatie van de lacunes. Een van de conclusies van dat onderzoek was dat de palliatieve zorg tot hiertoe haar aandacht vooral richtte op kankerpatiënten. Die vormen nog altijd de grootste groep van mensen die palliatieve zorg ontvangt. Palliatieve zorg voor andere groepen zoals dementen en psychiatrische patiënten kent weinig onderbouwing. “Ik denk dat het een goede zaak zou zijn vanuit de psychiatrie met experts uit de klassieke palliatieve zorg en onderzoekers uit andere disciplines samen te reflecteren over die uitbreiding van palliatieve zorg. Ik ben er immers van overtuigd dat dit concept zeker een plaats verdient in de psychiatrie, naast het al bestaande, uitgebreide therapeutische arsenaal. Om lijdende mensen nabij te kunnen zijn, moeten alle mogelijke denksporen worden gevolgd.”

Palliatie geen rehabilitatie

“Ik heb wel eens de kritiek gehoord dat psychiatrische palliatie hetzelfde zou zijn als rehabilitatie,” vertelt Haekens. “Volgens mij is dat niet zo. Rehabilitatie zoals wij het in de psychiatrie kennen, betekent de patiënt zo optimaal mogelijk laten functioneren in een zo normaal mogelijke sociale context. De bedoeling is het meest gezonde en het beste uit de patiënt te halen. Uiteraard is die benadering voor veel ‘chronische’ patiënten bijzonder zinvol, nuttig en noodzakelijk, maar ze biedt voor een aantal mensen geen of een onvoldoende antwoord op hun lijden. Bij rehabilitatie ligt het accent weliswaar veeleer op symptoomhantering dan wel op het verminderen van de symptomen, maar er wordt blijvend gestreefd naar een zo groot mogelijke autonomie, een zo normaal mogelijk leven in de maatschappij.”

In zijn boekje “Voor de geest staan. Zorg voor zingeving als taak van de geestelijke gezondheidszorg”, zegt Guus Van Loenen, hoofd van de dienst geestelijke verzorging van de geestelijke gezondheidszorg Noord- en Midden-Limburg (Nederland), dat psychiatrische rehabilitatie voorbijgaat aan de ervaring van de waanzin. “Misschien zit de term rehabilitatie in de strikte zin van het woord – als ‘eerherstel’ –, wel wat op het spoor van de psychiatrische palliatie,” denkt Haekens. “Die wil niet aan de waanzin voorbijgaan, maar stilstaan bij het lijden aan de waanzin of de waanzin van het lijden, in een poging daarbij zo veel mogelijk recht te doen aan het mens-zijn van de lijdende mens.”

Overgenomen met toestemming van [Tertio](#).

Wereldziekendag: de geesteszieke, een gelovig beeld van God

[Zenit, 18 februari 2006](#)



Here is an excerpt of an address Cardinal Javier Lozano Barragán, president of the Pontifical Council for Health Care Workers, prepared for World Day of the Sick. The main events of the World Day were held Feb. 9-11 in Adelaide.

Is the Mentally Ill Patient a Deformed Image of God?

Some Data on Mental Illnesses

1. Current Situation

According to the World Health Organization there are 450 million people in the world affected by neurological or

behavioral mental disorders, of which 873,000 commit suicide each year. Mental illness is a true health and social emergency. Twenty-five percent of countries do not have laws concerning mental health, 41% have no defined policy on the issue and in over 25% of health centers patients do not have access to basic psychiatric medication; among 70% of the world population there is less than one psychiatrist for every 100,000 people.

As to dealing with mental disorders, it maybe asserted that in the past 50 years great strides forward have been made, evidence of which are the technological advances in the field, of new psychotic and mental health medicines, which have considerably improved the quality of life of the mentally ill. Nevertheless, the conditions of assistance to mentally ill patients are quite deficient as a result of limited funding, the lack of understanding among authorities, the serious problem of the social stigma that the patients and their families have to face, all of which have serious repercussions on the social support networks in many countries that consequently deteriorate.

The number of “homeless” mentally ill patients has considerably increased in wealthy countries. It is alarming to see how serious mental disorders are simply dealt with using bureaucratic and juridical or legal solutions without in the least taking into consideration the daily needs and the quality of life of patients and their families.

Mental disorders affect more frequently those populations that are less fortunate economically culturally and intellectually. Millions of individuals have to bear on their body and mind the psychological consequences of malnutrition, armed conflicts or natural disasters with their heavy burden of morbidity and mortality. ...

What Can Be Done?

1. Mental Disorder in Christian Thought

In Christian thought it is said that these severe mental illnesses reduce man to sad conditions, like a deformed image of God, which is compared to the suffering servant of Isaiah (Isaiah 53:1-7). Yet, apart from that deformation, or rather due to it, the mentally ill person resembles our Lord on the cross; and since the cross is the only way to the resurrection, the mentally ill person, has so to say a superior level, is worthier and reaches such a level of excellence because of the magnitude of his love and the suffering he endures.

2. Is He a Deformed Image of God?

If the above holds true, I would like to move a step further and venture a statement that might shed light on the issue, from the point of view of moral theology. The statement is that: the mentally ill person is not a deformed image of God but, rather, a faithful image of God, our Lord.

Such a statement intuitively finds confirmation in the thought of our Lord when he says: “The Kingdom of God is within you” (Luke 17:21) and “what comes out of the mouth proceeds from the heart, and this defiles man” (Matthew 15:18). “For from within, out of the heart of man, come evil thoughts, fornication, theft, murder, adultery, coveting, wickedness, deceit, licentiousness, envy, slander, pride, foolishness. All these evil things come from within, and they defile a man” (Mark 7:20).

The Kingdom of God, the existence of the Holy Trinity in each one of us, may be found in our heart, the heart seen as the ultimate source of decisions that give form to our whole existence; not only that which was previously defined as the fundamental option, but also the whole meaning of this option, with all the actions we perform to realize it. In other words, the heart represents all our dynamism at the service of the mission that God has entrusted to us.

The Kingdom of God enters into the loving knowledge and in the decision made in the deepest intimacy of our person, which are then realized by the power of the Holy Spirit, who leads us by the hand like Children of God, and by the total collaboration that give form to our existence, according to the Law of God. If we want to

separate from the Kingdom of God, we can do so only with an evil heart, to which Christ our Lord refers, and from which all the sins come.

3. Faithful Image of God

Therefore, once the mental illness has caused such a disorder as to take away from the mentally ill patient any responsibility for his actions — qualifying them as separation from the divine will, as a sin — the mental patient cannot separate from God. In other words, the image of God in him cannot be distorted. In this case his knowledge or his volitive option is no longer sufficient to motivate any human action that separates him from God. His bodily and psychic conditions do not allow him to commit a grave sin, given that in his state of disequilibrium he does not have that full knowledge and ability of assent required to sin.

If we approach the argument from this point of view, whereby the mentally ill patient does not have the knowledge or the faculty of full consent required to commit a mortal sin, his is not a deformed image of God, since that image can only be deformed by sin. Certainly, it is the suffering image of God, but not a deformed image. He is a reflection of the mystery of the victorious Cross of the Lord. Inspired by the image of the Suffering Servant of Yahweh (Isaiah 53:1-7) we are drawn to a conscious act of faith in the suffering Christ.

It is not by chance that in the old popular Mexican language, a mad person was called “bandito,” that is, “blessed”; [...] without the full use of reasoning, he was unable to commit sin and was, therefore, destined to eternal life. It is true that the objective disorder of sin and its consequences are manifest in the mentally ill patient; however, at the same time, there is in him the historical equilibrium of the only possible order, the order and equilibrium of the Redemption.

This is not comprehensible to a secularized mentality; it is only understood within the context of Christian optimism, which stems from a reasoned faith that tells us how in such circumstances our obligations towards a mentally ill person, on one hand, satisfy our duty to see the suffering Christ in the poor and less protected; and on the other hand the idea of seeing in the patient the love of God who has indicated him as his chosen one, in the sense that he shall not be separated from Him.

He is therefore a proof of the crucified love of God. Hence, the best thing we can do is to give them a treatment of love. Since the mentally ill patient is also the image of the resurrected Christ, we have the obligation of being the “Good Samaritan,” that is, providing all that is necessary for his care.

We need to think about a series of treatments that should be devised to pull these patients out of the prostration that is all the more painful the deeper the psychic suffering is. In fact these patients often lose the sense of human relations and feel persecuted by a hostile surrounding environment; or the subjectivity of the environment disappears and for them people become many objects, or are indifferent or even real threats to their security.

4. Treating the Mentally Ill

The treatment for a mentally ill patient should be a treatment of loving care, tenderness and kindness, in order to help him cope with his imaginary world, perceived as an enemy, a world in which he often drowns.

The treatment, which should be personalized and of maximum quality, requires also maximum diligence in prescribing treatments and most appropriate medicines. It will draw from all the resources made available by science, be it from medical and technical arts or from the research that is always progressive looking for the most adequate medicaments from the psychosomatic point of view.

Practical Lines of Action

In this perspective, allow me to suggest some guidelines for practical interventions, which will help us offer a

loving care to the mentally ill:

General Interventions:

- Establish, in the education systems, solid religious foundations that help one to work out clear and stable horizons, to be followed for a lifetime.
- Be aware of the system of values underpinning the whole human life and make reference to it, especially to avoid that mental illness is lived with anxiety, sadness and desperation.
- Fight against relativism, consumerism, pseudo-culture of instinctive desires and pansexualism.
- Promote the dignity of mentally ill patients.
- Foster a healthy development of the child, including his brain functions.
- Make awareness programs on mental illnesses for the society so that people may know about them and prevent them.
- Exhort religious orders and congregations, whose charisma it is to take care of these patients, not to waver in their commitment and to dedicate particular care to them, given the particular emergency that this illness presents.
- Support these patients with the administration of sacraments where this is possible.
- Enlighten and console the mentally ill with the Word of God, if their mental and physical condition allows it.
- Be aware of the fact that the rehabilitation of a mentally ill patient is a duty of the whole society together, within the context of solidarity that shows preference for those who are most in need.
- Promote a social and physical environment that favors human relations and for the mentally ill patients a sense of belonging to a concrete community. ...

Conclusion

Remembering that sentence engraved on the lintel of a German hospital “Infirmis sicut Christo” — to the sick as to Christ — I would like to conclude my reflection insisting on this image of Christ suffering in the depth of his soul, full of pain and affliction, yet he succeeds in transforming this evil into a source of life, since his pain and suffering constitute the nucleus of his Resurrection, and therefore our salvation.

Our way of approach to the mentally ill is a difficult test for our faith. Handling them effectively means professing our faith in the agonizing and suffering Christ, but at the same time victorious. This is the sense of today’s celebration of the World Day of the Sick, dedicated to the mentally ill patients.