

‘Als dwang niet werkt, waarom gebruiken hulpverleners die dan zo veel?’

1 april 2021

Evi Verbeke

“Willen we minder dwang in de psychiatrie, dan moeten hulpverleners anders omgaan met hun eigen angsten en kwetsbaarheden.” Dat is de heldere boodschap van psychologe en onderzoeker Evi Verbeke (UGent), na de pijnlijke getuigenis van Laura De Houwer over opsluiting en fixatie in een psychiatrisch ziekenhuis.

ETHIEK | GEESTELIJKE GEZONDHEID | SOCIALE PROFESSIONAL



© Unsplash / Braden Jarvis

Onvoldoende verandering

De getuigenis van [Laura De Houwer](#) over dwang en opsluiting in de psychiatrie deed velen opschrikken. Haar mensonterende ervaringen met de isolatiecel, doen terugdenken aan het verhaal van [Brenda Froyen](#) uit 2014.

‘Zelf maakte ik als jonge hulpverlener meteen kennis met dwang in de psychiatrie.’

Helaas. Ondanks alle moedige getuigenissen, goede bedoelingen of luide oproepen zoals van het [Kollectief zonder Dwang](#) zien we onvoldoende verandering.

Harde en zachte dwang

Zelf maakte ik als jonge hulpverlener meteen kennis met dwang in de psychiatrie. Niet alleen de harde vormen van dwang zoals isolatie en fixatie, maar ook de zogenaamde ‘zachte’ dwang zoals rigide regels, verplichtte structuur en straffen.

Dat raakte mij diep, ook als hulpverlener. Samen met mijn team probeerden we die dwang zoveel mogelijk weg te werken. Toch bleef ik verwonderd door de verhalen die patiënten me vertelden over hun opnames.

Hulpverlener en onderzoeker

Terwijl ik bleef werken in de psychiatrie, ploos ik dit thema verder in een doctoraatsonderzoek. Ik wilde begrijpen waarom dwang voorkomt en hoe we dat kunnen veranderen.

Dat benaderde ik op verschillende manieren, onder meer door ervaringen van patiënten te bevragen en na te gaan hoe we de geestelijke gezondheidszorg diepgaander kunnen veranderen. Een van de vragen die mij achtervolgde was: Hoe kan het dat hulpverleners zoveel dwang gebruiken? Want we weten allemaal dat dwang niet werkt maar wel negatieve effecten achterlaat bij zowel patiënten als hulpverleners.

Angst en onmacht

Al snel werd duidelijk dat dit niets te maken heeft met kwaadwillige of onwetende hulpverleners. Aan de basis liggen wel angst en onmacht van die begeleiders. Want klinisch werk kan best overweldigend aanvoelen.

De afgrond en bevreemding van psychisch lijden, nestelt zich in de therapeutische relatie. Hulpverleners zijn geen beoefenaar van een techniek die ze toepassen, ze ‘zijn’ de behandeling. Daardoor kan het psychisch lijden dat ze ontmoeten hen ook persoonlijk raken.

Dwang als vluchtroute

Dat angst en onmacht in het werk binnenkomen, is niet erg. Het wordt pas schadelijk als hulpverleners dat niet erkennen of ervan weglopen. Dwang is dan de vluchtroute bij uitstek.

Bij uitingen van agressie of suïcide bijvoorbeeld, ontmoet de hulpverlener het duistere in de mens. Dat opent ook een blik op het duistere dat iedereen in zich draagt. Onbegrijpelijk en tegelijk herkenbaar menselijk. Daardoor lokt het angst uit.

**‘Dat angst en onmacht in het werk binnenkomen, is niet erg.
Het wordt pas schadelijk als hulpverleners ervan weglopen.’**

Als hulpverleners die eigen angsten niet onder ogen zien, dan hebben ze weinig bagage om na te denken over symptomen. Dan wordt bijvoorbeeld isolatie een gemakkelijke maar schadelijke oplossing om de angst weg te werken.

Grote valkuil

Ook voor de hulpverlener voelt dat vreemd aan: grijpen naar dwang als antwoord op angst. Dit strookt niet met hoe hij zichzelf wil zien. Daarom snakt dwang altijd naar reflectie en verantwoording.

In de psychiatrie ligt hier een grote valkuil: om dwang bij zichzelf te verantwoorden, gaan zorgverleners hun eigen geweld rationaliseren en systematiseren. De onmacht die hulpverleners ervaren bij het werken met suïcidale mensen wordt bijvoorbeeld te weinig openlijk erkend. Er wordt te weinig stilgestaan bij de lelijke gevolgen van het geweld dat ze inzetten bij het overmeesteren van een patiënt. In plaats daarvan, gaat de volle aandacht naar het opstellen van nieuwe regels die dwang inkapselen binnen de organisatie.

‘Een grote valkuil: zorgverleners gaan het geweld rationaliseren.’

Een voorbeeld? De regel dat wie gedwongen opgenomen wordt eerst naar de isolatiecel moet, zoals ook Laura De Houwer overkwam. Vervolgens rationaliseren hulpverleners dat soort praktijken door bijvoorbeeld te stellen dat isolatie voor meer veiligheid zorgt, ook al toont onderzoek dat dit niet klopt.

Niet-geïmpliceerd geweld

Ik noem dat ‘niet-geïmpliceerd geweld’: hier is dwang een vorm van geweld waarbij de hulpverlener zich niet langer geïmpliceerd voelt in wat hij doet. Hij fixeert, isoleert of stelt regels omdat dat nu eenmaal zo hoort, omdat het protocol dat voorschrijft.

Dan hoor je hulpverleners dingen zeggen als “Ik gaf hem een pijnprikkel, want dat staat zo in het protocol” of “Ik verbood haar om haar man te bellen, want dat is nu eenmaal de regel”.

Handelen zonder ethische reflectie

Als we handelen zonder ethisch te reflecteren over die daden, kan dat gevaarlijk worden. Hetzelfde geldt als je dwang uitoefent zonder een gevoel van persoonlijke betrokkenheid. Filosofe Hannah Arendt waarschuwt hier veelvuldig voor: als je doet wat je moet doen zonder ethische reflectie, ben je tot vreselijke dingen in staat.

‘Zonder ethische reflectie ben je tot vreselijke dingen in staat.’

Anders gezegd: zolang je de dwang die je uitoefent ongewoon en vreemd blijft voelen, kan je daarmee aan de slag. Een veilige teamdynamiek kan dat opvangen.

Als dwang logisch wordt

Maar valt die focus op de eigen kwetsbaarheid weg en wordt dwang in het team enkel benaderd als rationeel, dan ontstaat er een probleem. Deze rationalisering van dwang, creëert een ‘dwangmatige context’: een cultuur waarin dwang logisch wordt en waar hulpverleners niet langer stilstaan bij de gevolgen ervan.

Hierdoor merkt men soms de meest logische zaken niet op. Luisteren en rustig praten, kan een crisis al fel verminderen. Of middenin de verwarring kan een trouwring veiligheid bieden. Helaas liep ook dit bij Laura De Houwer heel anders.

Angst op afstand houden

Deze systemen ontstaan niet doelbewust, maar onbedoeld. Ze ontwikkelen zich doorheen de jaren op allerlei subtiële manieren. Het zijn systemen die de angst en onmacht die hulpverleners ervaren, op afstand houden.

‘In de kern gaat dat altijd om hetzelfde: diepgaande menselijke relaties uit de weg gaan.’

In de kern gaat dat altijd om hetzelfde: diepgaande menselijke relaties uit de weg gaan. Hulpverleners verstoppen zich achter een muur van protocollen en regels, ook al werken ze niet. Menselijk contact komt zo in het gedrang.

Laura De Houwer geeft scherp aan wat het ergste was: het gebrek aan verbinding en nabijheid. Iedere patiënt met wie ik sprak, zei hetzelfde. Het is sterk en hoopgevend dat ook psychiater Wim Simons die boodschap centraal zet in zijn bijdrage: ‘Als we mensen minder willen vastbinden, moeten we ons meer met hen verbinden’.

Eenvoudig en moeilijk

Dwang wegwerken is tegelijkertijd eenvoudig en aartsmoeilijk. De rode draad doorheen elke analyse en getuigenis: als je dwang wil verminderen, begin dan met te investeren in de therapeutische band.

Dat klinkt eenvoudig omdat dwangreductie in essentie gaat om de andere als gelijkwaardig te benaderen, ook al kan je die op dat moment niet begrijpen.

Het is zo moeilijk omdat contact zich niet helemaal laat reguleren. Dat contact uit de weg gaan is een veilige, maar foute, manier om de eigen angst en onmacht weg te duwen.

Tijd voor een cultuuromslag

Willen we dwang echt aanpakken, dan moeten we een cultuurverandering ambiëren.

Psychisch lijden kan best overweldigend aanvoelen, maar dat beantwoorden met de zekerheden van regels en systematische dwang helpt niemand vooruit. Willen we dwang er echt uit, dan moeten onzekerheid en twijfel nieuwe vertrekpunten worden. Dan moeten we ervoor zorgen dat ondanks alle miserie, angst en onmacht, menselijk contact overeind blijft.

‘Willen we dwang er echt uit, dan moeten onzekerheid en twijfel nieuwe vertrekpunten worden.’

Er moet een ethisch kader komen dat onzekerheid en de therapeutische band als centraal vertrekpunt neemt en alle beslissingen van daaruit probeert te denken. Dwang afschaffen en nieuwe technieken invoeren zoals ‘[open dialogue](#)’, ‘[seclusion area's](#)’ of ‘[rooming in](#)’, kunnen alleen een meerwaarde zijn binnen zo’n bredere cultuuromslag.

In het hart

Deze paradigmashift vraagt een andere omgang met de angst en onmacht die hulpverleners ervaren. In plaats van ze weg te duwen als onprofessioneel, moeten we erkennen dat ze in het hart van het klinisch werk schuilen.

Dat wil niet zeggen dat hulpverleners hun kwetsbaarheid moeten vertellen aan patiënten. Dat wil ook niet zeggen dat patiënten die angst ‘uitlokken’ bij een team. Zo’n ideeën gaan ervan uit dat het probleem bij de patiënt ligt, terwijl elke hulpverlener moet erkennen dat ook hij kwetsbaar is en die individuele geraaktheid impact kan hebben op zijn werk.

Herstel van de hulpverlener

Dit vereist een herstel van de hulpverlener. Hij moet een weg vinden in het omgaan met eigen angsten, driften en onzekerheden. Dan hoeft hij de patiënten er niet mee lastig te vallen of zich te verschuilen achter regels en protocollen. Alleen door ons niet te verstoppen, kunnen we onvoorwaardelijk hulp bieden.

Iedere hulpverlener heeft hier een verantwoordelijkheid. Hij moet neen durven zeggen tegen dwang, erover waken zijn eigen angst niet te verdoezelen via dwang.

Hoort hier niet thuis: de superprofessional die denkt geen fouten te maken. Hebben we heel hard nodig: de hulpverlener die ook vanuit de eigen kwetsbaarheid werkt aan persoonlijk en zinvol herstel om de therapeutische band telkens opnieuw te dragen en verdragen.

Lees ook



Brenda Froyen: 'Wie bepaalt wie normaal is?'



Blijf op de hoogte met onze nieuwsbrief

[Blijf op de hoogte](#)



OP DE HOOGTE BLIJVEN?

[Schrijf je in voor de nieuwsbrief](#)

ZELF SCHRIJVEN?

[Redactionele richtlijnen](#)