

## 5. Geweld woont in woorden

*'Don't you know there ain't no devil, there's just god when he's drunk.'*<sup>1</sup>

TOM WAITS

Dwang is altijd een vorm van geweld en dat zorgt voor bevreemding bij hulpverleners, want geweld valt moeilijk te rijmen met de meest voorkomende motivatie om in de gezondheidszorg te staan, namelijk: mensen helpen. Hulpverleners kunnen soms onbewust vastlopen in systemen die macht in stand houden. Eenmaal ze daarin functioneren, bestaat de kans dat ze geweld gebruiken, maar zich niet langer persoonlijk betrokken voelen in dat geweld. Ze doen het omdat het moet, omdat ze geen alternatieven kennen of omdat de teamafspraken zo luidt. Ze leven in de illusie dat ze zelf buiten de dwang staan die ze toepassen.

Het is nog niet heel duidelijk *hoe* dat gebeurt. Dat wil ik in dit hoofdstuk uitwerken. Daarvoor onderscheid ik twee vormen van geweld: geïmpliceerd geweld, waar je jezelf in betrokken voelt, en niet-geïmpliceerd geweld, dat ervoor zorgt dat iemand geweld pleegt zonder zich erin geëngaged te voelen. Vooral die tweede vorm is gevaarlijk.<sup>2</sup>

### 5.1. Twee vormen van geweld

#### Geïmpliceerd geweld

Geïmpliceerd geweld gaat om zaken als plotse woedeaanvallen, broers en zussen die elkaar in de haren vliegen, een adolescent die vecht op school, enzovoort. Maar evengoed kunnen we denken aan de verpleger die uitvliegt tegen een patiënt of hem naar de isolatie sleept na een gevecht. Deze daden kunnen plots ontstaan, waarbij de persoon in kwestie verbouwereerd is door zijn eigen agressie. Ze kunnen zich keer op keer her-

halen, ook al snapt iemand zelf niet waarom hij dit doet. In die agressie opent het onbewuste zich want het gaat om geweld dat de persoon in kwestie zelf niet begrijpt, of een voorval dat hem zo raakt waardoor hij alle grip op zichzelf verliest.<sup>3</sup> Geweld kan daarom enigszins aanvoelen voor diegene die het pleegt. Patiënten vertellen soms dat agressie hén overmeestert in plaats van dat zij die agressie controleren, en hulpverleners begrijpen soms zelf niet waarom ze bijvoorbeeld riepen tegen een patiënt. In de dwang die hulpverleners uitoefenen, sluipt soms iets van hun eigen drift, ook dat kan vreemd aanvoelen. In een interviewstudie<sup>4</sup> vertelden sommige verpleegkundigen dat ze niet bang waren, maar een andere sensatie voelden. Zo zei iemand: ‘Tijdens een afzondering stroomt er adrenaline door je hoofd, een spanning die soms positief voelt. Ik weet dat het niet mag, maar op iemand zitten die neerligt, bezorgt je een fantastisch controlegevoel.’ Of hulpverleners vertellen dat ze plots beginnen te lachen als ze iemand fixeren, of dat ze soms lichamelijk genot ervaren bij een afzondering, ook al vinden ze dat bij zichzelf wansmakelijk. Deze emoties voelen vies en vreemd voor heel wat hulpverleners. Mensen herkennen zich hier niet steeds in.

Maar hoe enigszins ook, toch hebben mensen bij deze vorm van geweld het gevoel dat ze zelf betrokken zijn in hun gedrag. Ze geven toe dat ze geweld pleegden en dat dit voor anderen – en meestal ook voor henzelf – niet oké voelde. De agressie heeft impact op henzelf. Een verpleegkundige die een patiënt fixeert, voelt zich bijvoorbeeld schuldig over wat hij deed. Iemand die zich niet meer herinnert dat hij een voorbijganger sloeg, kan niettemin verantwoordelijkheid nemen voor zijn gedrag, waardoor het incident impact heeft op zijn zelfwaarde. Mensen voelen zich geïmpliceerd in het geweld dat ze plegen, en net daardoor kan geweld heel enigszins aanvoelen.

Agressie probeert al te vaak een ondraaglijke spanning in het lijf tegen te gaan, of ontstaat wanneer mensen zich in het nauw gedreven voelen, of functioneert als een symptoom dat een onderliggende angst maskeert.<sup>5</sup> Bij dwang kunnen dezelfde dynamieken spelen. Daar kan een goede samenwerking tot uiting komen. Als een hulpverlener plots dwang gebruikt, ontstaat er best ruimte om daarover te reflecteren en dat bin-

nen de onderliggende angst en onmacht te plaatsen. Een veilig team, met ruimte om te spreken en te reflecteren over casussen, laat dat in principe toe. Het gevaar ontstaat vooral wanneer dat team die angst niet kan lezen, waardoor het geweld snakt naar verantwoording. Dan komen we bij niet-geïmpliceerd geweld.

## Niet-geïmpliceerd geweld

Deze vorm van geweld gaat niet zozeer om iemand die bruut geweld pleegt, maar om geweld dat een groep mensen samen delen. Het geweld gebeurt niet plots, maar zit gesystemiseerd in een vertoog. We merken het bijvoorbeeld op wanneer een afdeling standaard kwade patiënten fixeert, of wanneer ze elke persoon ongeacht de klacht tot hetzelfde therapieprogramma verplicht. Dwang gebeurt dan niet plots, maar wel systematisch. Mensen voelen zich bij deze vormen van geweld niet bevreemd of verdeeld door wat ze doen. Ze doen het omdat het nu eenmaal zo hoort.

Eerder onderzoek legt bloot hoe hulpverleners steeds minder bevreemd raken door de dwang die ze toepassen. In het begin van hun job voelen de meeste begeleiders zich slecht bij dwang. Velen vertellen dat het verschrikkelijk voelt als je voor het eerst iemand isoleert. Maar alles went. Hoe langer begeleiders meedraaien, hoe minder gechoqueerd ze zijn door de dwang die ze uitoefenen en hoe meer ze het rationaliseren met statements als ‘het kan nu eenmaal niet anders’, ‘dwang is een noodzakelijk kwaad’, ‘met psychotische mensen valt niet altijd te praten’.<sup>6</sup>

Dat ontstaat wanneer hulpverleners ongemerkt vastraken in een systeem dat ik niet-geïmpliceerd geweld noem. Dan verantwoorden ze de dwang die ze uitoefenen door bijvoorbeeld te zeggen dat mensen met een psychose een minimum aan prikkels nodig hebben en dat afzondering daarom werkt, of omdat het de therapeutische relatie zou versterken.<sup>7</sup> Of ze zeggen dat je niet mag praten met mensen die zichzelf net sneden omdat je dan ‘slecht gedrag beloont’. Of denk maar aan allerhande ideeën die veronderstellen dat patiënten veiligheid zouden ervaren bij fixatie. Ook al kloppen al deze assumpties niet,<sup>8</sup> toch hanteert men ze om dwang te verantwoorden.

Het is niet zo dat deze uitleg eerst ontstaat en dat die daarna dwang veroorzaakt. De weg loopt vaak omgekeerd: eerst is er geweld en dan verantwoordt men dat door zo'n uitleg. Als een hulpverlener dwang uitoefent, kan dat bevreemdend aanvoelen, het strookt niet met het beeld dat hij van zichzelf heeft. Arendt merkt op dat geweld dan ook altijd verantwoording nodig heeft.<sup>9</sup> De meest klassieke verdediging bestaat er dan in om er achteraf een verhaal over te vertellen, omdat iemand wil begrijpen waarom hij geweld/dwang hanteerde.<sup>10</sup>

We zien vaak een scenario waarbij hulpverleners angst voelen bij de waanzin van patiënten (agressie, zelfdestructie, zelfmoord ...), waarop ze reageren met verschillende vormen van geïmpliceerd geweld zoals patiënten in een isolatiecel plaatsen. Niet alleen werkt dat niet, het voelt ook bevreemdend aan om dit te doen. En dan verantwoordt men dit eigen geweld via allerlei rationales, waardoor geïmpliceerd geweld stilaan verandert in niet-geïmpliceerd geweld.

Bij niet-geïmpliceerd geweld stellen hulpverleners de dwang die ze uitoefenen niet langer in vraag. Ze merken niet dat ze zelf deel vormen van die agressieve dynamieken of dat er ook alternatieven bestaan om met de agressie en paniek van een medemens om te gaan. Men neemt niet langer verantwoordelijkheid voor wat men doet, maar legt de schuld bij pakweg het systeem, de ziekte van de patiënt of de nood aan veiligheid.<sup>11</sup> Dat stopt reflexief denken: wie zich niet geïmpliceerd voelt in wat hij doet, staat niet langer stil bij de ethische consequenties. In een Noorse studie bijvoorbeeld ondervond bijna de helft van de ondervraagde zorgverleners geen morele twijfels bij dwang, ze verwezen enkel naar de noodzaak voor zorg en veiligheid en niet langer naar de ethische twijfels.<sup>12</sup> Waar geïmpliceerd geweld mensen nog beroert en doet twijfelen, zorgt niet-geïmpliceerd geweld ervoor dat dit niet langer gebeurt.

Niet-geïmpliceerd geweld gaat verder dan pure ad-hocverklaringen. In een tweede tijd ontstaat er immers een nieuwe bril om naar de werkelijkheid te kijken. Als isolaties verantwoord worden vanuit de vermeende onveiligheid van patiënten, zal men sneller gevaar zien. Niet de brute plotse dwang is gevaarlijk, wel de systemische machtspraktijken die dwang in stand houden. Of nog: zolang iemand bevreemd is over

de dwang die hij uitoefent, kan hij daarmee aan de slag en zijn gedrag veranderen. Valt die verdeeldheid weg en kadert hij de dwang rationeel, dan is er pas een probleem. Toch is niet-geïmpliceerd geweld een illusie, want het voelt aan alsof iemand niets te maken heeft met de dwang die hij toepast. Dat klopt echter niet: een mens is altijd geïmpliceerd in wat hij doet, ook al beseft hij dat niet.

Niet-geïmpliceerd geweld komt niet uitsluitend in de psychiatrie voor. Denk aan het debat over vluchtelingen. Een rapport van Dokters van de Wereld in 2018 wees erop dat vluchtelingen te maken krijgen met buitensporig fysiek geweld door de Belgische politie. Mensen krijgen soms vijftien uur lang geen eten na een arrestatie, worden geslagen en bijna naakt in koude cellen opgesloten.<sup>13</sup> Ook in de publieke ruimte circuleren giftige woorden over vluchtelingen. Dat geweld verantwoordt sommigen achteraf met allerlei uitspraken als ‘allemaal spijtig, maar Europa kan niet voor iedereen verantwoordelijkheid nemen’ of ‘ze komen op eigen risico’. Het geweld raakt gerationaliseerd en de publieke verontwaardiging vermindert. Hierdoor stelt het Westen zich steeds minder vragen bij de agressie tegen vluchtelingen, wat uitsluiting verder in de hand werkt.

## De banaliteit van het kwade

Niet-geïmpliceerd geweld zorgt er dus voor dat hulpverleners zichzelf en ethische reflectie uitschakelen. Ooit woonde ik een bespreking bij over de isolatie van een patiënt. Een verpleegkundige merkte terloops op: ‘Ik diende hem drie keer een pijnprikkel toe terwijl we hem vastbonden.’ Ik geloofde niet wat ik hoorde. Waarom zou je iemand opzettelijk pijn doen als je hem vastbindt? De verpleegkundige antwoordde nogal verbolgen ‘Dat staat zo in het protocol, de patiënt moet reageren. Ik deed niets mis, dat is de richtlijn.’ Dat is de richtlijn ...

In een andere context spreekt Marjolijn De Witte over een jongeman die een telefoon krijgt van zijn sociaal werker. Hij moet het OCMW 27.000 euro betalen, bestaande uit drie jaar leefloon en terugbetaalde medicatie. De enige motivatie voor die sanctie is een vermoeden dat de

jongeman twee rekeningen heeft en dat mag niet. Wanneer De Witte aan de sociaal werkster aantoonde dat dit niet klopt, reageert die niet met: ‘Oh nee, ik doe er alles aan om dit ongedaan te maken.’ Maar ze zegt erbij dat ze niet weet of de beslissing nog terug te draaien valt. De administratieve molen is immers gestart. Het onderzoek van De Witte legt bloot dat dit soort fouten wel meer gebeurt.<sup>14</sup> De film *I, Daniel Blake* toont magistraal hoe mensen daarin vastraken.

Volgens Arendt passen mensen gemakkelijker geweld toe, als ze stoppen met reflectief denken. Dat noemt ze de banaliteit van het kwade.<sup>15</sup> Niet de daden die iemand stelt zijn banaal – een fixatie is en blijft inderdaad vreselijk – maar wel de intenties. Mensen passen isolaties, regels, labels, enzovoort op een geroutineerde manier toe zonder ethische overwegingen. Gedachteloos geweld plegen en dat niet ondervragen, gedachteloos de regels opvolgen, gedachteloos een ‘pijnprikkel’ toedienen, gedachteloos toestemmen in de visie van een afdeling. Dat is misschien wel de grootste valkuil in de hulpverlening. Nog een stapje verder en bepaalde figuren promoten dat actief. Na een kritisch stukje van Stuart Murray en zijn collega’s over *evidence based medicine*, reageerden twee aangeslagen onderzoekers als volgt:

‘We moeten erop wijzen dat intellectuele losbandigheid geen intellectuele integriteit is en dat wat verwacht wordt van beoefenaars van de geneeskunde is dat ze niet intellectueel maar professioneel integer zijn: het naleven van de professionele discipline in plaats van ad hoc gedreven te zijn door subjectieve uitleg.’<sup>16</sup>

Regels volgen zonder denken dus.

Chris Chapman schreef daarover een mooie getuigenis. Hij werkte als begeleider in een centrum voor Aboriginalkinderen, een heel aantal van hen isoleerde en fixeerde hij. Hij merkte op dat iedereen het probleem van isolatie erkende, maar dat verantwoordde met: ‘We kunnen nu eenmaal niet anders, voor de veiligheid.’ Wat Chapman in een achterafbeweging raakte, was dat hij die logica volgde en niet langer doorhad dat het vaak de begeleiders waren die agressie uitlokten bij kinderen. Hulpverleners

gebruikten geweld alsof ze erbuiten stonden en er niets mee te maken hadden. Ze dachten: ‘Spijtig dat het bij de job hoort, het moest nu eenmaal gebeuren, de schuld van de kinderen met al hun agressie.’ De verantwoordelijkheid die een hulpverlener altijd heeft, verdwijnt omdat hij zijn verantwoordelijkheid voor de dwang die hij toepast niet erkent. Een ex-collega schudde Chapman wakker. Zij deed nachtdiensten en fixeerde nauwelijks. Ze zei hem: ‘Als een kind weent dreigen jullie [dagverpleging] om het op te sluiten. Wij [nachtverpleging] nemen hen bij ons, lezen een verhaaltje voor met een warme chocomelk. Dat is wat je doet met een overstuur kind.’<sup>17</sup> Ik heb zelf lang genoeg in de hulpverlening gestaan om te weten dat het niet altijd zo gemakkelijk is, maar ik heb ook meer dan genoeg gemerkt dat begeleiders zelf niet meer stilstaan bij zo’n eenvoudige en humane oplossing. Iedere hulpverlener heeft daar zijn verantwoordelijkheid te nemen. In hoofdstuk zeven ga ik er dieper op in.

### Terugkeer van het verdrongene

Op een subtiele manier zal niet-geïmpliceerd geweld zowel angst, onmacht als de bevreemding van de dwang die de hulpverlener uitoeft afdekken. Maar dat lukt nooit volledig. Vanuit de psychoanalyse veronderstellen we dat verdrongen inhouden altijd terugkeren en dat het onbewuste zich daardoor plots kan openen, en dat onbewuste werkt niet logisch en rationeel.<sup>18</sup> In dit geval: ook al gebeurt dwang onder de vorm van niet-geïmpliceerd geweld, te midden van die rationele logica zal er zich iets onverwachts en onbegrijpelijk uiten.

Hierdoor raakt de rationele uitleg om dwang te verantwoorden doorspekt met irrationele en vreemde elementen. Hoe sterk de hulpverlening angst en geweld ook probeert te verdringen, toch keren ze op allerhande raadselachtige manieren terug. Het onbewuste zal zich af en toe openen, het spreekt in allerhande barstjes en mislukkingen.<sup>19</sup> Hulpverleners raken bijvoorbeeld overdreven angstig voor onbenulligheden, zoals het juist toepassen van administratieve procedures. Of ze merken de meest evidente dingen niet meer op.<sup>20</sup> Dat is wat ervaringsdeskundigen aanklagen: in dwangmatige contexten zien begeleiders bijvoorbeeld het simpele

feit niet meer dat met iemand spreken een escalerende agressie al kan doen verdwijnen. Of ze merken niet eens op dat als je in een isolatiecel iemands kleren uittrekt, dit een trauma van seksueel misbruik opnieuw activeert. Ook de drift keert terug. Bijvoorbeeld: een hulpverlener die huilt om iets schijnbaar onbenulligs of die buiten proportie kwaad wordt op collega's en niet begrijpt waarom. Hulpverleners vervlakken (bijna) nooit tot machines die dwang enkel toepassen, maar blijven erdoor verdeeld. Ze raken in beroering door wat ze doen, maar weten in geval van niet-geïmpliceerd geweld niet goed waarom.

Margot heeft een belangrijke afspraak buitenshuis. Ze bracht ons daar niet van op de hoogte en vergat het zelf. Als haar externe begeleider de afdeling belt om te vragen waar Margot blijft, antwoordt de verpleegster van dienst: 'Ze heeft ons niets gezegd, het is toch altijd hetzelfde met die junkies.' De externe begeleider is geraakt door die opmerking. Als hij naar ons teamoverleg komt, zegt hij dat ook eerlijk. 'Kijken jullie zo naar mensen met een verslavingsproblematiek?' Deze man heeft heel wat ervaring met patiënten die verslaafd zijn aan een middel. Hij stelt ons voor om een overleg te houden rond middelenmisbruik, een gesprek dat niet over Margot gaat maar ruimer over werken met verslaving. Hij wil horen waarom sommige teamleden zo'n vastgeroeste en negatieve ideeën onderhouden over druggebruikers. De taal van mijn collega's is eerst vrij hard. 'Wij hebben geen ervaring met verslaafden, die passen niet op onze afdeling.' 'Onze andere patiënten zijn zo zwak, potentiële dealers hier binnenbrengen is voor hen gevaarlijk.' De man blijft er rustig onder en vraagt door. De collega's die al langer op de dienst staan, vertellen dat er vroeger enkele jongens in opname zaten die verslaafd waren aan cocaïne. Een van hen reageerde ooit dusdanig agressief, dat de betrokken begeleidster wekenlang niet kon komen werken. De andere verkrachtte een medepatiënte. Dat verleden ettert nog steeds, het beeld van de 'gevaarlijke verslaafde die niet op onze afdeling past', moet dat toedekken. De kracht van deze externe begeleider zit erin dat hij die ideeën beluistert, maar ze kan ont-



krachten door daar andere verhalen tegenover te stellen. Hij spreekt over de angst en psychoses die vaak tot gebruik leiden, over het belang van vertrouwen en volhouden en over de grote diversiteit die onder de noemer 'verslaafden' zit. Hij merkt terloops op dat Margot een nogal atypische gebruiker is en wel ver afstaat van het beeld van de gevaarlijke junk die zich niets van anderen aantrekt. Kijk maar hoe graag ze het opneemt voor jongeren die gepest worden, luister maar eens als ze vertelt over haar schrik om op eigen benen te staan, hoor haar angst als anderen te dicht komen.

## 5.2. Drie regulerende vertogen

Welke vertogen verantwoorden dwang en vormen een vruchtbare bodem voor niet-geïmpliceerd geweld? Met andere woorden: hoe legitimeert de psychiatrie haar machtsgebruik? In dit hoofdstuk komen drie vertogen aan bod die de geestelijke gezondheidszorg op dit moment vaak gebruikt. Ten eerste de nadruk op veiligheid, ten tweede het verantwoordelijkheidsvertoog waar vooral Nikolas Rose de duistere zijdes van in kaart bracht, en ten derde het wetenschappelijk vertoog, waar mensen als Foucault en recenter Pat Bracken aantoonde hoe problematisch psychiatrie daarmee omspringt. Volgens mijn hypothese zijn deze vertogen niet de oorzaak van dwang – zoals meestal de intuïtie is – maar gebruiken hulpverleners ze om eerder geweld te kaderen. Ze geven dus vorm aan manieren van niet-geïmpliceerd geweld, want ze maskeren het oorspronkelijke enigma van dwang en legitimeren op hun beurt nieuw geweld en uitsluiting. Hierdoor ontstaan er woorden die even desastreuze effecten hebben als bruut geweld.

### Veiligheidsvertoog

Als we navragen waarom psychiatrie dwang toepast, zullen de meeste hulpverleners wijzen naar veiligheid. Psychiatrie zou naar geweld mogen teruggrijpen omdat patiënten heel onveilig gedrag stellen naar zichzelf

en anderen toe.<sup>21</sup> Wettelijk gezien is dit zelfs de enige reden in België waarom mensen in isolatie mogen worden geplaatst of tot opname gedwongen worden. Bij een techniek als speciale observatie, waar verpleegkundigen de patiënt constant in de gaten houden, zelfs als ze naar het toilet gaan, verwijzen hulpverleners ook naar het gevaar dat patiënten in zichzelf zouden snijden of zelfmoord plegen.<sup>22</sup> Een aantal mensen krijgt moeilijk toegang tot zorg omdat hun gedrag te onveilig zou zijn op een afdeling.

Allie Slemon en collega's zoomden in op typische manieren waarmee psychiatrie veiligheid probeert te waarborgen, zoals constante observatie, afzondering en gesloten afdelingen. Ze onderzochten de wetenschappelijke basis en komen terug met een koude douche: ze vonden geen enkele grond om te geloven dat deze methoden de veiligheid bevorderen. Wel integendeel: veel van deze interventies werken onveiligheid in de hand en hebben negatieve effecten op de patiënten én de verpleegkundigen. Zo zorgen gesloten deuren er niet voor dat patiënten binnen blijven, ze lopen evenveel weg en tegelijk lokt de geslotenheid agressie uit.<sup>23</sup> Net zoals de verpleegpost – om patiënten te observeren – voor meer dwang zorgt, doordat de nabijheid tussen patiënten en personeel ermeewegvalt.<sup>24</sup>

Die bevindingen hebben verregaande gevolgen. Psychiatrie zegt dwang te mogen toepassen om de veiligheid te vergroten, maar dwang maakt de boel enkel onveiliger! Natuurlijk is het niet de bedoelingen dat patiënten elkaar kapotslaan, noch dat mensen zelfmoord plegen. Maar de overdreven focus op veiligheid werkt niet om de veiligheid te vergroten. Als de focus doorschiet, wordt risicomangement soms belangrijker dan de behandeling zelf.<sup>25</sup> In forensische psychiatrie staat de opname bijvoorbeeld soms zo sterk in het teken van de opsporing van agressierisico's, dat jongeren niet langer ruimte krijgen om over hun angsten en gezinssituatie te spreken. In een aantal forensische units in Vlaanderen sloeg de blik op risico zo hard door, dat ze patiënten afluisterden zonder dat die het wisten, wat een fundamentele schending is van patiëntenrechten.<sup>26</sup>

Jonathan Jacob is misschien wel het meest schrijnende voorbeeld van een verregaand veiligheidsvertoog. Hij verkeerde in een psychose maar

mocht door zijn agressie niet in opname. Hij moest de cel in en kreeg daar een kalmerende spuit en rake klappen van agenten, waardoor hij stierf aan inwendige bloedingen. Achteraf verantwoordde de politie haar gedrag door Jacob als onveilig te bestempelen en dat terwijl hij vooral agressief werd toen ze hem opsloten.

Het laatste decennium verbreedde de definitie van veiligheid naar zowat alles wat te maken heeft met hygiëne. Vanuit kwaliteitscontroles en inspecties merken we dat psychiatrie steeds meer neigt om veiligheid te definiëren als het wegnemen van risico's op ziekte en besmetting.<sup>27</sup> Een evolutie die al lang voor de coronapandemie begon. Ik geef maar enkele voorbeelden van regels uit zo'n kwaliteitscontrole: groenten uit eigen moestuin eten mag niet, want daar staat geen houdbaarheidsdatum op; boterhammen moeten met een tang uit de zak worden gehaald, blijf er vooral met je handen af; patiënten mogen niet in de keuken komen; eenmaal voedsel uit de verpakking is en niet werd opgegeten, moet het meteen in de vuilnisemmer, ook al blijft het nog een paar dagen goed.

Het opmerkelijkste van heel de zaak is dat de overheid die zinloze hygiëneregeltjes nauwelijks oplegt. Die regels komen van externe organisaties, die de kwaliteit van instellingen beoordelen. Vergeet *Big Brother*, dit is wettelijk niet verplicht, instellingen kiezen zelf om zich aan die externe kwaliteitscontroles te onderwerpen. Ze betalen daar zelfs graf geld voor, een grote instelling betaalt bij de start vlotjes 120.000 euro, een kleine instelling 70.000 euro. Daarna kost het ieder jaar nog eens 18.000 tot 37.000 euro.<sup>28</sup> Bovendien is de inspectie van de overheid gratis en minder streng.

Dit is zelfdisciplineren ten top: controleer jezelf, een machthebber is daarvoor niet nodig. De controle komt niet van bovenaf, maar moet van binnenuit komen, wat volgens Nikolas Rose de moderne machtsrelaties typeert.<sup>29</sup> Algauw ontstaat zo geforceerde vrijheid, aldus Rose. Die ene psychiatrie die geen externe kwaliteitscontrole doet, vindt iedereen al snel verdacht, want wat zou ze te verbergen hebben? Daarom hameren kwaliteitscontroles zo op aanvaarding en begrip van de regels. Een van de maatregelen houdt in dat begeleiders hun patiënten te allen tijde moe-

ten kunnen identificeren, wat leidt tot absurde maatregelen zoals verplichte polsbandjes (voor patiënten, niet voor personeel). Het idee leeft dat dit niet zo erg is, zolang we de patiënten maar uitleggen waarom dit nodig is. Als we ze maar genoeg ‘intern motiveren’. Maar het is niet omdat mensen zeggen ‘prima, geef mij maar een bandje met mijn gegevens op’, dat het systeem ook ethisch correct is.

De overdreven focus op hygiëne en somatische veiligheid is niet per se de schuld van die kwaliteitscontroles. Dat instellingen zich daar zo gemakkelijk naar plooiën komt omdat die ideeën al langere tijd diep ingegroeft zitten in onze samenleving, die een gezond en zo perfect mogelijk lichaam als belangrijke waarde meedraagt.<sup>30</sup> Die ideeën komen ook in de psychiatrie binnen, maar op een overdreven manier. Zo lieten audiofragmenten van medewerkers in forensische klinieken zien dat hulpverleners de neiging hebben om vrouwen die zichzelf niet goed verzorgen (bijvoorbeeld minder mooie kledij aantrekken, overgewicht hebben) als minder verantwoordelijk te beschouwen, waardoor ze minder rekening houden met hun keuzes.<sup>31</sup> Patiënten moeten soms verplicht op dieet en psychiatrie kan onder dwang somatische zorg opleggen. Joyce van der Heijden stelt dat er binnen instellingen gevaren ontstaan die daarbuiten niet voorkomen. Ze zegt dat haar kat thuis bij haar in bed slaapt, ze soep van de vorige dag eet en haar keuken er soms chaotisch bijligt. Daarmee neemt ze geen gezondheidsrisico’s, hoewel die zaken strikt verboden zijn op haar werk.<sup>32</sup> Stef Joos en Werner Peinen merken op hoe cruciaal het nochtans is voor patiënten en hulpverleners dat ze risico’s mogen nemen en regels loslaten. Buiten de lijnen kleuren door met een kwade patiënt een boswandeling te maken of ’s nachts mosselen maken om de verzuurde sfeer te keren (ook al is dat onveilig en is het gezonder om te slapen) kan net heilzaam werken.<sup>33</sup>

## Verantwoordelijkheidsvertoog

Een andere manier waarmee psychiatrie dwang motiveert, is door te verwijzen naar zogenaamde ‘verantwoordelijkheid’. Zo gaat hulpverlening er soms vanuit dat ze de autonomie van mensen mag inperken, omdat die door hun ziekte niet langer verantwoordelijk zijn voor hun eigen gedrag.

Maar naast het beeld van de ‘patiënt die te gek is om nog zelf te beslissen’, blijft er een ander hardnekkig beeld bestaan. Dat van de patiënt die een zelfstandig en verantwoordelijk iemand moet zijn, die zelf in staat is om keuzes te maken zonder inmenging van anderen. Op papier klinkt dat mooi, in de realiteit heeft het enkele nare gevolgen. In onze studie gaven verschillende deelnemers aan dat psychiatrie vanuit het idee ‘je moet autonoom zijn’ patiënten vaak aan hun lot overlaat, waardoor ze op hun eentje tegen hun ergste demonen moeten strijden. Zo zei een vrouw:

‘Men overschat en onderschat patiënten vaak omdat er veel te weinig contact is. Als er meer met het individu gewerkt zou worden, zou die inschatting juist zijn, waardoor er niet onnodig vrijheid ingeperkt zou moeten worden en er aan de andere kant voldoende veiligheid wordt geboden als dat wel nodig is’.

In een onderzoek bij verpleegkundigen staat een andere opvallende getuigenis. Enkele begeleiders gingen ervan uit dat als een patiënt bewust weet dat hij iets ‘mis’ doet, dat een vrijgeleide vormt om iemand hardhandig aan te pakken. Zo zei een verpleegkundige:

‘Jij bent je er helemaal van bewust dat je gedrag antisociaal is. Voor mij is dat een reden om jou op een onaangename manier te isoleren. Ik zal je niet opzettelijk pijn doen, maar ik zal je pols in klem houden en zodra je nog maar probeert iemand te schoppen, zal ik je doen huilen van pijn.’<sup>34</sup>

Er heerst soms een naïef idee, dat patiënten ofwel gek en wilsonbekwaam zijn, ofwel bewust slecht gedrag stellen en daar de consequenties voor mogen dragen. Het probleem is niet dat hulpverlening mensen benadert als autonome mensen die zelf beslissingen kunnen maken. Het probleem ontstaat wanneer die autonomie verward wordt met bewust kiezen voor de eigen symptomen. En dat terwijl mensen vaak zelf overspoeld worden door hun problematiek en daar niet zomaar rationeel beslissingen over kunnen nemen.

Verantwoordelijkheid aan de kant van de hulpverlening, vormt soms ook een broeihaard voor dwang. Zo zijn artsen soms bang om zelf verantwoordelijk te worden gesteld als er iets misloopt.<sup>35</sup> Daardoor brengen ze patiënten bij een gedwongen opname soms standaard naar de afzondering, omdat de arts de patiënt nog niet kent en geen verantwoordelijkheid wil dragen bij suïcide. Of wanneer we in vraag stellen waarom sommige mensen geen hulp krijgen, komt al gauw het antwoord: ‘Niet alles is onze verantwoordelijkheid!’ Alsof dit voldoet als verklaring. De *catch* is natuurlijk dat wanneer iedere afdeling dit zegt, er een hele groep patiënten nergens hulp vindt. Hulpverlening ontslaat zich soms ook van haar eigen verantwoordelijkheid door te werken met patiëntencontracten. Steeds meer afdelingen laten patiënten bij een opname een contract tekenen. Daar kunnen zaken instaan zoals dat de patiënt belooft beleefd te zullen zijn, geen agressie te zullen tonen, de therapieën te volgen, of de belofte uit om geen zelfmoord te plegen. In een andere studie getuigen ouders zelfs dat ze schriftelijk toestemming moesten geven dat verplegers hun kinderen mogen afzonderen en fixeren als ze gevaarlijk gedrag stellen.<sup>36</sup> Die contracten geven een schijn van eigen keuze, maar dat is nonsens. Wie het niet tekent, krijgt geen hulp. Gedwongen vrijheid! En dat terwijl grootschalige studies tonen dat deze contracten niet werken, dat ze integendeel zelfs kwaad kunnen aanrichten omdat ze een slechte impact hebben op de therapeutische band en omdat ze het principe van onvoorwaardelijke hulp veranderen naar een machtsrelatie. Want wie niet doet wat het contract (en dus de instelling) zegt, vliegt buiten.<sup>37</sup>

Een pijnlijk voorbeeld van de paradoxale gevolgen van het verantwoordelijkheidsvertoog vinden we in de ‘vermaatschappelijking van zorg’. Deze beweging streeft ernaar om patiënten zoveel mogelijk in de samenleving te brengen, in plaats van hen weg te bergen achter instellingsmuren. Een schitterend uitgangspunt, met mooie initiatieven zoals kwartiermaken<sup>38</sup> in Vlaanderen en Nederland of *community care* in Italië.<sup>39</sup> Deze projecten zorgen ervoor dat buurten meer openstaan voor mensen met psychisch lijden en dat werkt zeer goed. Elders raakte vermaatschappelijking echter soms verbonden met politieke ideeën en werd ze afgesneden van enige theoretische en klinische basis. Daardoor kregen

steeds meer mensen te horen dat ze niet in opname mochten en op hun eigen netwerk moesten terugvallen. In dit verband stellen Cis Dewaele en anderen dat gewoon fysiek in de samenleving vertoeven niet genoeg is om ook echt deel uit te maken van die samenleving.<sup>40</sup> Als de politiek niet wil investeren in meer zorg in de gemeenschap, wordt vermaatschappelijking een manier om mensen aan hun lot over te laten onder de noemer ‘je bent zelf verantwoordelijk voor je leven’.

Het verantwoordelijkheidsvertoog leidt dus niet altijd tot *empowerment*, maar soms tot regelrechte afwijzing. We kunnen dit beter begrijpen via de analyse van Nikolas Rose. Hij legt het algemene streven bloot waarbij mensen goed geïnformeerde burgers moeten zijn die vooral zelf verantwoordelijkheid dragen voor geluk en gezondheid. Deze vrijheid kan omslaan in een ‘verplichte vrijheid’ met een verpletterende individuele verantwoordelijkheid. Mensen *moeten* het beste van hun leven maken.<sup>41</sup> Een artikel over piekeren besluit bijvoorbeeld: ‘Het goede nieuws: je kunt je brein trainen om minder te piekeren. Hoe vroeger in de piekerketting hoe beter.’<sup>42</sup> De christelijke mutualiteit stelt in een campagne op haar website dat geluk voor vijftig procent genetisch bepaald is en je veertig procent ervan zelf in handen hebt. Geluk kan je volgens de mutualiteit ‘leren’ en ze voorziet in een vragenlijst met bijhorende tips om gelukkiger te leven.<sup>43</sup>

Dat klinkt mooi, maar als iedereen zelf verantwoordelijk is voor het slagen, dan geldt dat ook voor het falen van geluk. Wie de tips en tricks van experts niet overneemt, kiest zelf zijn falen en verdient geen hulp of moet gedwongen worden tot de ‘juiste’ hulp.<sup>44</sup> Kristien Hens merkt een gelijkaardige logica bij genetische screening op autisme en hoogbegaafdheid. Ligt de verantwoordelijkheid voor ‘normale, intelligente kinderen’ dan bij de toekomstige ouders? Zorgen de mama’s en papa’s die niet screenen voor onnodige kosten en problemen in onze maatschappij? Verantwoordelijkheid gaat dus niet zomaar om het individu, maar om maatschappelijke ethische debatten want, zoals Hens stelt, wie zegt dat autisme slecht is en wie zegt dat hoogbegaafde kinderen geen emotionele problemen kunnen ervaren?<sup>45</sup>

Natuurlijk mag hulpverlening patiënten helpen streven naar autonomie en hen wijzen op hun eigen verantwoordelijkheid, maar daarin mag ze niet vergeten dat mensen enkel bestaan in verhouding tot anderen. Elkeen leeft in relatie tot de wetten, verlangens en driften van andere mensen. Hoe je daar tegenover staat, daar hebben mensen wel bewegingsruimte in, daar zit verantwoordelijkheid. Dat probeert psychoanalyse te viseren. Wat doet iemand met het kader waarin hij leeft, hoe kan hij meer doen dan louter dat kader ondergaan? Maar de onbewuste psychische dynamieken die daarin een rol spelen, herbergen een complexiteit die niet te herleiden valt tot een simpele ‘bewuste verantwoordelijkheid over de eigen daden’.

### Wetenschappelijk vertoog

Psychiatrie verantwoordt haar dwang ook door te verwijzen naar ‘de’ wetenschap. Een recente studie merkte bijvoorbeeld op dat hulpverleners in een Canadese instelling hun autoritaire aanpak bij jonge kinderen – met strikte regels, een rigide dagstructuur en straffen/beloningen – verdedigen door te stellen dat dit *evidence-based* is, want gegrond op conditioneringsprocessen. De kinderen zelf hadden het beter door en vertelden dat beloningen krijgen betekende: ‘Doe wat de volwassene zegt wat moet.’<sup>46</sup> Anderen menen dat ze zich op neurocognitief onderzoek kunnen beroepen dat zou aantonen dat mensen met een psychose geen beslissingen kunnen nemen door een gebrek aan inzicht.<sup>47</sup> Sommige hulpverleners weigeren patiënten een opname omdat het hen aan de ‘juiste expertise’ ontbreekt om te helpen.

Laat me duidelijk zijn, het is absoluut geen probleem dat psychiatrie wetenschap gebruikt, dat lijkt me zelfs noodzakelijk, die moet zeker niet op de schop.<sup>48</sup> Het probleem is dat deze ‘wetenschappelijke verantwoording’ simpelweg niet strookt met wetenschappelijk onderzoek. Er is bijvoorbeeld geen enkel bewijs dat isolatie werkt, net zoals geen enkele studie hard kan maken dat een gedragsmatige aanpak goede effecten heeft.<sup>49</sup> Er bestaat geen enkele biologische basis om te stellen dat mensen met psychose minder inzicht zouden tonen, dus kan dit dwang niet legitime-



ren.<sup>50</sup> De Hoge Gezondheidsraad raadt de DSM af omdat er te weinig wetenschappelijk bewijs voor bestaat,<sup>51</sup> en toch gebruiken afdelingen die diagnoses om mensen zorg te ontzeggen. Tegelijk halen onderzoekers en medici aan dat veel hulpverleners de belangrijkste wetenschappelijke bevindingen systematisch negeren, namelijk dat vooral de therapeutische relatie goede effecten sorteert en dwang kan verminderen.<sup>52</sup>

Hoe kan het dat psychiatrie dwang en uitsluiting legitimeert met wetenschap maar tegelijk wetenschappelijke bevindingen aan de kant schuift? Waarom doet men zo onwetenschappelijk aan wetenschap? Volgens Foucault was deze positie al aanwezig in de begindagen van de psychiatrie. Hij vindt het opmerkelijk dat instellingen zo nodig een arts moesten hebben, want er was geen eenduidige medische kennis om de waanzin mee te behandelen. Hij veronderstelt dat psychiatrie kennis veeleer gebruikte om haar macht te ondersteunen en vat dat samen als: ‘Wij weten iets over je lijden en kunnen het een stoornis noemen. Dit zorgt ervoor dat jij een patiënt bent en ik een hulpverlener die jou moet genezen.’<sup>53</sup>

Het achterliggende kernidee houdt in dat de moderne samenleving veel macht verleent aan de wetenschap. Wetenschap is wet in onze moderne samenleving.<sup>54</sup> Toch denk ik dat dit de laatste jaren kantelde. Het geloof dat de wetenschapper altijd gelijk heeft, is voorbijgestreefd. Milgram die mensen tot vreselijke dingen aanzette omdat hij als universitair optrad, behoort tot het verleden. Momenteel lezen we op allerlei fora kwade mensen die zeggen dat ‘die van in de ivoren toren’ ons niet de les moeten spellen. De coronacrisis dreef dat op de spits. Academics raken het onderling niet eens over wat nu als een wetenschappelijk feit kwalificeert en wat niet, en individuen kiezen afhankelijk van hun eigen intuïtie welke expert ze volgen en welke ze negeren. Wetenschappelijke kennis en waarheid verwateren tot *post truth*: elkeen plukt uit de kennisboom, afhankelijk van wat ze die dag nodig hebben. De waarheid die niet past noemt men dan maar *fake news*, en hoeveel *fact checks* er ook zijn, die tonen veel meer het preciaire statuut van de waarheid aan dan dat ze de waarheid restaureren. Het is alsof velen niet willen erkennen dat er in de wetenschap zélf een tekort bestaat en dat onderzoek altijd bouwt

op twijfels, onzekerheden en herzien van eerdere hypothesen. Door dat niet te erkennen schreeuwt elkeen zijn grote gelijk uit en vergroot de polarisering.

Daar situeert zich de moeilijke verhouding tot wetenschap van de hedendaagse psychiatrie. In plaats van een gefundeerd paradigma voor de geesteswetenschappen uit te bouwen en dat in dialectiek te brengen met de werking in de kliniek, graait men in de grabbelton naar de kennis die het beste past. Zoals: ‘Als ik isoleer, leg ik alle tegenbewijs naast me neer en stop die separatie alsnog in een wetenschappelijk jasje.’ Wetenschap als inpakpapier. Dat verklaart de dubbele standaard van onze overheid ten aanzien van wetenschap. In 2017 wilde het kabinet voor Volksgezondheid in België therapeuten verplichten om kortdurende interventies toe te passen omdat die tot een betere uitkomst zouden leiden (een aanname die niet klopt)<sup>55</sup> en tegelijk werden de subsidies aan Farmaka stopgezet, een firma die huisartsen ondersteunt om *evidence based* te werken, onafhankelijk van de farmaceutische bedrijven, zodat artsen toegang hebben tot neutrale informatie. De overheid verantwoordde dus één besparing onterecht op basis van wetenschap en legt op hetzelfde moment de middelen droog van een instelling die wetenschappelijke kennis net promoot.

### 5.3. Besluit

Veel mensen merken op dat er van alles hapert aan deze vertogen en dat psychiatrie haar macht op een wankele grond legitimeert. Maar daarin sluipt volgens mij een denkfout. Velen merken dat er iets schort aan de verantwoording en besluiten daaruit dat de vertogen zelf op de schop moeten door te zeggen dat het de fout van de wetenschap is, of de schuld van het kapitalisme. Dat geloof ik niet. Het gaat niet om schuldige vertogen of slechte waarden. Alleen maar de fouten in deze vertogen ontsluiten zal niet tot een authentieke psychiatrie leiden. Psychiatrie hoeft wel degelijk in te zetten op veiligheid (het is echt niet de bedoeling dat verpleegkundigen rondlopen met de angst om een pak slaag te krijgen),

hulpverleners en patiënten mogen streven naar autonomie, en onderzoek naar hoe de psychiatrie werkt is zeer belangrijk.

Het gevaar ontstaat pas als psychiatrie deze vertogen gebruikt om haar eigen geweld te verantwoorden en om nieuwe vormen van geweld in het leven te roepen. Met andere woorden: wanneer dit geweld een vorm van niet-geïmpliceerd geweld wordt. Dan verzanden woorden in clichés, wat volgens Arendt een gevaar inhoudt, omdat clichés ons denken stoppen.<sup>56</sup> ‘We beschermen je, voor je eigen veiligheid’, ‘Niet alles is onze verantwoordelijkheid’, ‘We moeten *evidence based* werken’. Die uitspraken zijn hol. Nietzsche zou dat ‘erbij-leugenaars’ noemen, wat betekent dat je geen grond hebt voor je gedrag en je er een fundament bij verzint.<sup>57</sup> Met die nuance dat dit proces onbewust verloopt en (bijna) niemand opzettelijk liegt. Ook George Orwell waarschuwt dat clichés het denken kunnen bederven.<sup>58</sup> Taal is geen instrument dat mensen gebruiken om een realiteit die daarbuiten ligt te vatten. Taal doet ons als subject bestaan. Taal is niet onschuldig.<sup>59</sup>

Woorden hebben echte effecten, op echte mensen. Noem personen transmigranten of gelukszoekers en plots valt de context van oorlog en klimaatverstoring weg en choqueert het niet meer als mensen verdrinken in de oceaan. Clichés zorgen ervoor dat we in een tweede tijd meer geweld gebruiken. Zeggen dat ‘de veiligheid primeert opdat de psychische toestand kan stabiliseren’ is een – niet bewezen – cliché dat ervoor kan zorgen dat mensen urenlang in een isolatiekamer verblijven. Een onderzoek bij bijna zeshonderd sociale werkers in 89 OCMW’s toonde aan dat algemene opinies over de welvaartsstaat in verregaande mate het handelen van sociaal werkers bepalen. Wie gelooft dat uitkeringen te vaak naar mensen gaan die ze niet verdienen, zal cliënten sneller sanctioneren.<sup>60</sup> De vertogen functioneren als doodlopende straatjes waarin patiënten vastzitten en waar desubjectivering vrij spel krijgt. Met Karen Barad kunnen we dat begrijpen als een vorm van intra-actie.<sup>61</sup> Het is niet zo dat woorden en geweld twee aparte dingen vormen die met elkaar in interactie gaan. Woorden en geweld zijn verstrengeld in één fenomeen.

Deze psychiatrische clichés vormen de schuilplaats bij uitstek tegen angst en onmacht in de kliniek. McMullan en zijn collega’s merken

ook op dat een fenomeen als hallucinaties in eerste instantie angst en bevreesing opwekt. Door zo'n symptoom te begrijpen binnen het biomedische model, vermindert de angst. Of dat biomedisch model wetenschappelijke grond kent of niet, is dan plots minder van belang.<sup>62</sup> De functie van zo'n ideeën is niet om de waarheid te zoeken, maar wel om de angst hanteerbaar te maken. En vooral om het enigma van het eigen gepleegde geweld verdoezelen.

De vraag kan niet zijn hoe we geweld er helemaal uit krijgen. Zowel aan de kant van de patiënt als aan de kant van de hulpverlener zal dat blijven bestaan. Freud stelt dat iedere mens vredelievend is en tegelijk altijd met agressieve driften kampt.<sup>63</sup> Destructie en agressie zullen binnenkomen in de psychiatrie. Hoe raakt dit niet gesystematiseerd en leidt dit niet tot dwangsystemen? Hoe kan geweld steeds opnieuw bevraagd worden? Hoe kan iemand verantwoordelijkheid opnemen binnen zo'n systeem? Daarvoor hebben we nood aan ethiek. Daar zal het volgende hoofdstuk over gaan.