

Meanderen doorheen humane psychiatrische zorg

Evi Verbeke

“Kom ik ergens binnen, dan denk ik:
ze houden mij voor een idioot,
maar ik heb toch heus wel wat in mijn mars,
al hebben ze daar geen vermoeden van.”

F. Dostojewski

Inleiding

In deze verhandeling beschrijven we het proces dat de afdeling De Meander van het psychiatrisch centrum Caritas, onderging in haar weg naar een ethiek van zorg op maat. De afdeling bestaat uit drie leefgroepen: een groep voor jongeren met een mentale beperking, een groep voor volwassenen met een mentale beperking en een groep voor mensen met een hersenletsel (NAH). Allen in combinatie met een psychiatrische problematiek. De Meander biedt opnames die meestal tussen de 2 à 10 maanden duren.

Visie

Een psychiatrisch humane zorg dient gesteund te zijn op een stevige visie die als fundament dient om van daaruit de interventies te formuleren en toe te passen. Werken in de psychiatrie betekent in de eerste plaats werken vanuit een bepaalde ethiek, de daarmee verbonden theorie en techniek zijn secundair. De Meander probeert haar visie te doen steunen op de rehabilitatiebeweging, institutionele psychotherapie, psychoanalyse en de vernieuwde visie in de gehandicaptenzorg waarbij waarden als inclusie, empowerment en emancipatie centraal staan. In een notendop bespreken wij een aantal punten hiervan.

Een humane psychiatrische zorg betekent respect hebben voor het individu. De patiënt is in de eerste plaats een mens en een volwaardige medeburger die ernstig moet worden genomen en waarmee een dialoog kan ontstaan (Petry, 2011). De persoon mag niet zomaar gezien worden als een ‘gek’ of een ‘gehandicapte’ en onze interventies mogen in de eerste plaats niet van daaruit vertrekken. De primaire focus ligt op de patiënt als mens die gelijkwaardig is aan de hulpverlener. Ook mensen met een beperking hebben een verhaal, een levensgeschiedenis, een context,... waarover zij kunnen spreken (via taal of via gedrag). Het is deze dynamiek die centraal komt te staan in plaats van een te enge focus op ‘wat zij niet kunnen’¹. We zijn geen representanten van de samenleving die het ‘gestoorde’ gedrag van de patiënt wegwerken, maar partners van de patiënt die zich aan ons adresseert. We geven hun geen beeld waarmee zij zich schijnbaar moeten identificeren, maar gaan hen beluisteren en hun een weg helpen zoeken naar een oplossing voor het ondragelijke lijden dat zij ervaren.

Wanneer de hulpverlener zich positioneert als een meester die het weten in pacht heeft over de patiënt, dan wordt deze gereduceerd tot een object. Bovendien mag niet vergeten worden dat dit weten zeer relatief is. Geen enkele hulpverlener bezit het weten, hoezeer deze zich ook in de wetenschap heeft verdiept. Er zal steeds een tekort zijn in de kennis, omdat de mens inherent complex is en niet te vatten is in een theorie of een protocol (Verhaeghe, 2002). Het aandachtig blijven voor dit inherente tekort is daarom van cruciaal belang. Er is geen eenduidige werkwijze die kan worden toegepast op ‘De’ patiënt. Het radicale verschil tussen mensen wordt gerespecteerd en we gaan op zoek naar een steeds singuliere manier van werken voor deze unieke patiënt. Het is de hulpverlener die zich in dit proces aandient als object en niet de patiënt.

Dit betekent dat we niet werken vanuit de vraag ‘wie zijn wij?’ Deze houdt in dat men iets oplegt aan patiënten, werkt vanuit een eigen ideaal en zo een positie inneemt waarbij de patiënt slechts twee dingen kan doen: zich ermee identificeren of zich er tegen afzetten. De vraag moet veranderen naar ‘wie zijn zij?’ (Zenoni, 2009). Dit betekent een klinische preoccupatie, waarbij wordt nagegaan wat voor deze patiënt werkt en hoe wij ons daarin kunnen positioneren. De vraag, het specifieke lijden en levensgeschiedenis van de patiënt zijn het uitgangspunt en niet het eigen therapeutisch ideaal en arsenaal.

¹ Dat dit niet evident is blijkt uit het gegeven dat er nog altijd psychologen en artsen zijn die hun wenkbrauwen fronsen bij het idee dat psychotherapie überhaupt mogelijk is bij mensen met een beperking.

Hierbij staat het vraagstuk van macht centraal. Foucault heeft er op gewezen dat psychiatrie en diagnoses werkzaam kunnen zijn als ultieme machtsmiddelen over de 'gekken' en zo ook de grens aangeven voor de 'normalen'. Het is een dynamisch gegeven dat nooit volledig weg te denken valt uit de klinische praktijk, al is het maar omdat iedereen die er werkt ten volle beïnvloed is door de cultuur waarin hij leeft. Uit onze eigen cultuur stappen is al even onmogelijk als uit ons eigen lichaam stappen.

Toch moet de psychiatrie zichzelf steeds in vraag stellen over het machtseffect. Het werken in een multidisciplinair team met een grote collegialiteit is daar een goed middel voor. Dit team kan vragen rond visie, interventies, theorie en soms onbewuste vooroordelen opvangen en kritisch bevragen. Niet enkel de patiënt moet dus verzorgd worden, ook de instelling moeten durven verzorgd worden en toelaten zichzelf te veranderen (Albe, 1992).

Het kunnen loslaten van macht houdt in dat wordt afgestapt van een positie van betutteling en normalisering. Er wordt overgeschakeld naar het toelaten van verantwoordelijkheid bij patiënten om hun eigen keuzes te laten maken. Hierbij wordt geduld belangrijker dan alles snel over te nemen (Petry, 2011). Bij mensen met een beperking is dit moeilijk. Ze zijn gewoon hun verantwoordelijkheid af te geven. Het is onze taak om hen te helpen die verantwoordelijkheid terug te vinden en hun de plaats die ook zij verdienen in de samenleving mee te helpen zoeken (Mannoni, 1999).

Initiatieven

Een visie moet tot leven kunnen komen op een werkplaats en meer zijn dan een geschreven tekst die wordt uitgedragen maar niet wordt toegepast. Op De Meander proberen wij ons vanuit deze ethiek te oriënteren. Omdat dit niet evident is wordt deze stap voor stap in de praktijk gebracht. Wij bespreken hier een aantal concrete initiatieven die werden ondernomen.

Afdelingsregels

Een belangrijke stap die werd gezet was het afschaffen van de afdelingsregels. De Meander had vele regels die het leven op de afdeling structureerden. Regels als 'men mag geen pet dragen op de afdeling', 'men mag slechts één soort beleg op de boterham leggen',... Of bestraffende regels als 'indien men niet aansluit in een therapie of voortijdig terugkomt moet men het volledige therapiemoment op een stoel blijven zitten'. Met behulp van iemand die niet op de afdeling werkt, werden deze opgeschreven en geschrapt. Dit werd gedaan om verschillende redenen. Vooreerst zorgen regels en controle voor meer agressie bij patiënten (Voskens, Theunissen & Wilddershoven, 2011). De persoon die beknot wordt in zijn vrijheid en de woorden niet heeft om deze frustratie te uiten, kent enkel nog de uitweg van de daad en de agressie. Ten tweede functioneren regels als een normalisatie waarbij patiënten zich moeten conformeren aan de waarden en normen van hulpverleners. Hierdoor komen we op het punt van de onuitgesproken macht. Ten derde blokkeren regels de mogelijkheid om een plaats voor ont-moeting te scheppen. De 'regel voor de regel' met een absoluut karakter bergt het risico in zich om een wreedheid te (her)introduceren ten aanzien van de patiënt, wat zo geen plaats meer laat voor de individualiteit van de persoonlijke defensie (Zenoni, 2009). Denken we aan Geert, een man van Roemeense afkomst die geen Nederlands spreekt. Hij heeft last van hallucinaties. Op een dag brengt Geert een mp-3 mee waarmee hij blij rondanst en zingt. Het is een van de eerste keren dat wij Geert niet zien wegzakken in een stoel en hem op een veilige manier contact zien zoeken met anderen. Samen luisteren naar muziek, samen dansen,... Dit effect was nooit gelukt, waren de regels niet afgeschaft. Een oude regel luidde 'mensen mogen geen mp-3 hebben op de afdeling'. Door deze regel te laten vallen kon Geert een eigen oplossing ontdekken, om het in zijn woorden te zeggen: 'muziek, dat is goed tegen de hallucinaties'.

Wij hielden uiteindelijk nog twee regels over (naast algemene ziekenhuisregels zoals 'er mogen geen drugs in het ziekenhuis worden genomen') zijnde: "Fysiek geweld kan niet: dit is wanneer de integriteit van anderen of het leefklimaat beschadigd wordt" en "patiënten die onder invloed zijn blijven op hun kamer tot ze nuchter zijn". Hiervan kan niet worden afgeweken. Daarnaast zijn er een aantal afdelingsafspraken, een structuur van de afdeling om het dagelijkse verloop te regelen. Deze structuur wordt gehanteerd maar hier kan te allen tijde van worden afgeweken. Zo zegt deze dat iedereen samen zijn middagmaal eet in de eetruimte. Maar wanneer bijvoorbeeld Walter het niet aankan om bekeken te worden kan hij elders alleen zijn eten opeten. Of denken we aan Jonathan wiens lichaam een vat vol energie is dat in beweging moet blijven. Hij hoeft geen halfuur aan tafel te blijven maar kan tijdens het middagmaal helpen met eten opdienen, tafels opruimen, andere patiënten helpen,...

Agressie

Agressie is een vaak voorkomend fenomeen in de psychiatrie. De Meander wenst op zoek te gaan naar een wijze die agressie kan verminderen op een humane manier. De psychiatrie moet niet de plaats innemen van de hoeders van de

orde van de samenleving. Wij helpen in de eerste plaats de patiënten met deze ondragelijke agressie. Toch kan fysiek geweld niet zomaar getolereerd worden.

Hoe gaan wij hiermee om? In de eerste plaats proberen wij patiënten de ruimte te geven om boos en gefrustreerd te mogen zijn. Door zelf rustig te blijven en niet in strijd te gaan met de patiënten, maar hun een rustig ankerpunt te geven. Als de frustraties te hoog oplopen kunnen patiënten een eigen manier zoeken om dit te kanaliseren door bijvoorbeeld even te gaan fietsen, naar hun kamer te gaan,... Dit bleek een sterk effect te hebben. De agressiecijfers op De Meander zijn gereduceerd van 53 incidenten (januari 2011 – september 2011) naar 30 (januari 2012 – september 2012).

Het separeren binnen een afzonderingskamer proberen wij tot een minimum te beperken. Afzondering kan in principe enkel in het hoogdringende geval worden toegepast en voor een zo kort mogelijke tijdsduur. Wordt niet vanuit dit principe gewerkt dan dreigt het een instrument te zijn voor het uitoefenen van macht. Bovendien mag niet vergeten worden hoe traumatiserend afzonderingen kunnen werken voor patiënten. De agressieve patiënt bevindt zich in een situatie waar alles voor hem te veel is geworden, kan niet meer om met de wereld rond zich of met zichzelf en wordt agressief.

Door hem dan in een afzonderingskamer te stoppen wordt zijn vraag en de noodkreet verworpen. Om het afzonderen en de agressie te beperken lieten wij ons deels leiden door een onderzoek uit Nederland waar werd gepoogd om dwang te reduceren (Voskes, et al., 2011). Het principe van 'afzonderen als straf' werd afgeschaft, separatie kan niet langer als sanctie gebruikt worden, maar enkel als er geen andere oplossing is. Ook de regel 'een afzondering duurt 24 uur' werd afgeschaft.

Wij laten de afzondering enkel nog duren zolang als nodig is. Verder is het nu ook toegelaten om te spreken met mensen in afzondering en dit wordt aangemoedigd. Op zo'n moment verdienen deze patiënten nog meer dan anders ons luisterend oor. Verder zullen wij op termijn de personen bevragen na de separatie over hoe zij dit ervaren hebben en wat goed liep en wat niet. Op deze manier kunnen wij hierover reflecteren en meer rekening houden met onze patiënten (Voskes et al., 2011).

Deze manier van kijken naar afzonderingen, het respect hebben voor frustraties bij patiënten en het afschaffen van de regels hebben een drastische vermindering van afzonderingen tot gevolg gehad. Van 292 (januari 2011 – september 2011) naar 125 (januari 2012 – september 2012). Om dit verder te kunnen reduceren blijven we kritisch nadenken. Dit doen we onder andere door iedere afzondering op teamvergaderingen te bespreken. Daar wordt nagegaan of de afzondering al dan niet nodig was, hoe in de toekomst hiermee kan worden omgegaan en wat er toe heeft geleid dat de patiënt zo agressief werd. Hierdoor verplicht iedereen zichzelf om kritisch te blijven. Bovendien leren we op deze manier de agressie van de patiënt te beluisteren. Agressie kan veel angst oproepen bij mensen waardoor men soms de neiging heeft er niet verder over na te denken. Door er over te reflecteren proberen we dit toch te beluisteren. Algemeen gesteld kunnen we geweld beschouwen als een poging van iemand om iets uit te drukken dat niet uitgedrukt kan worden in woorden. Het is vaak een moment van 'kortsluiting' na iets dat de persoon in kwestie zodanig heeft getoucheerd dat hij zichzelf als 'subject' verliest. Zo proberen we het geweld niet te zien als iets wat ons vreemd lijkt, het is iedere mens eigen en moet niet als te verwerpen worden beschouwd, het moet vooral worden gelezen (Donckers, 2006).

De luisterende en participatieve houding

Een verdere uitloper van deze ethiek is om ons in het werk niet vast te houden aan vooropgestelde plannen, interventies, structuren,... Wij proberen iedere patiënt op een unieke manier te benaderen en in de eerste plaats naar hen te luisteren. Dit zorgt ervoor dat iedereen meer creatief en gewaagd uit de hoek moet komen. Denken we aan Frank, een man van 46. Op een dag komt Frank zonder verwittigen niet terug naar de afdeling, we zien hem dagen later terug en hij ruikt sterk naar alcohol.

Frank werd niet gestraft omdat hij een weekend niet was komen opdagen, Frank kreeg niet op zijn donder en geen 'lesje' over alcoholgebruik. De reactie van de verpleegkundige die hem terug zag was helemaal anders: ze heeft naar Frank geluisterd. Hierbij bleef zij neutraal en in dit gesprek kwamen heel wat verhalen naar boven die Frank nog nooit eerder had durven vertellen. Hierna kwamen de problemen waar hij op botste steeds meer in het woord en zo kon Frank er afstand van nemen. Het alcoholmisbruik werd bespreekbaar en sindsdien werden daar nog weinig problemen in opgemerkt.

Wij zijn er van overtuigd dat het door deze luisterende, uitnodigende houding is dat dit effect is ontstaan. Het team schepte een ruimte voor ont-moeting bij Frank.

Om deze houding te kunnen innemen is het van belang geen positie van straffen en belonen te hanteren. We kunnen niet met mensen werken, hen ontmoeten en beluisteren indien wij hun behandeling structureren op basis van straffen en belonen.² Denken we aan Maarten, een jongen die zeer veel cannabis rookt wat voor moeilijkheden op school zorgt. Wij beslissen om hem niet te straffen als hij heeft gebruikt, maar na te gaan wat het gebruik voor Maarten betekent. We positioneren ons in een luisterende houding en laten hem toe te spreken. Zo krijgt Maarten de mogelijkheid om aan zijn symptoom te werken. Maarten leert ons dat hij zich sterk identificeert met de 'hiphopper', dat is wie hij is en hij krijgt daar geen enkele nuance in. En hiphoppers gebruiken volgens hem drugs en hebben wapens. Deze identificatie willen wij niet afnemen, zonder deze is Maarten niets. We besluiten een hiphopper uit te nodigen op de afdeling om een workshop te geven. Maarten kijkt naar hem op en gaat met hem praten. Hij vertelt over zijn drugsgebruik en deze man zegt hem dat hiphop absoluut niets met drugs en wapens te maken heeft. Hiphop gaat om respect hebben voor je lijf. Het werkt! Maarten neemt steeds minder drugs en komt ons op het einde van de opname vertellen 'eentje af en toe, dat ga ik wel nog doen, maar mij kapot smoren zodat ik niet meer naar school kan, dat nooit meer'.

Empowerment en emancipatie

In onze ethiek zetten we het idee van emancipatie en empowerment centraal. Een minimum van regels kan enkel werken wanneer een maximum aan verantwoordelijkheid wordt gegeven aan de patiënten. Wanneer alles over hun hoofden heen gebeurd is dit een vorm van machtsmisbruik. Om de patiënten meer verantwoordelijkheid te geven installeerden we een patiëntenvergadering. Alle patiënten worden hier vrijblijvend voor uitgenodigd. In deze vergadering krijgen zij een stem. Zij mogen allerhande punten aanbrengen: zaken die niet door de beugel kunnen, zaken die zij willen veranderen, leuke ideeën voor de afdeling,... Dit wordt ernstig genomen en in de mate van het mogelijke proberen wij met hun ideeën aan de slag te gaan. Daarnaast proberen wij patiënten individueel ook in hun behandeling te betrekken. In plaats van op team afspraken te maken rond de toekomst van mensen, luisteren we eerst en vooral naar de mensen zelf en discussiëren we over de mogelijkheden samen met de patiënt. Er werd een aantal keer samen gezeten met een aantal teamleden, met de patiënt erbij rond zijn wensen, behandeling, toekomst, ... Zo voelt de patiënt zich verantwoordelijk over zijn leven en leert hij keuzes maken. Het team wordt een ondersteunende partner van de patiënt in zijn zoektocht naar oplossingen voor de problemen waarmee hij geconfronteerd wordt. Op deze manier creëren we een behandeling voor de patiënt en geen behandeling opgelegd door een team en een samenleving.

Unieke individu vs. de maatschappij

Op De Meander proberen we niet de moraal van de maatschappij na te jagen, maar de unieke problematiek van de patiënt. Dit is niet altijd evident. Bijvoorbeeld bij Tony, een jongen die al een aantal jaar is opgenomen op De Meander. Tony steelt vaak van mensen, hij wil rijk worden want geld betekent voor hem 'iemand' zijn. Als kind moest hij stelen van zijn moeder. Op de afdeling steelt Tony ook veel. Eerst werd daarop gereageerd door Tony te straffen bij iedere diefstal, wat tot hevige discussies leidde en meestal een afzondering tot gevolg had. Het was een moeilijke

² Hier moet de kritische bedenking worden bijgeplaatst dat we geen afdeling kunnen hebben waar nooit een straf wordt gegeven. Zo gooide een van de patiënten met stenen naar een meisje. Hier moet sanctionerend worden opgetreden. Het belangrijke is dat we daar goed over nadenken en een straf nooit zomaar 'een straf' is. De straf is iets kort als het niet anders kan, het werk rond de onderliggende dynamiek is het blijvende.

opgave om onze interventies te veranderen en vanuit Tony te werken en niet vanuit de heersende normen en waarden uit de maatschappij. Dit hebben we proberen doen door hem niet meer te bestraffen na een diefstal.

Het geld wordt afgenomen en er wordt weinig drama over gemaakt. We gaan niet meer in het verzet maar proberen het stelen van Tony te begrijpen als een oplossing die hij voor zichzelf heeft gecreëerd vanuit zijn levensgeschiedenis. We worden partners van hem en zijn problemen. Hoe moeilijk zaken als agressie, diefstal of middelenmisbruik ook zijn, we moeten opletten dat we niet in de positie van 'disciplinerend' komen, maar de patiënt vooral helpen in de overspoeling die het voor hem teweegbrengt (Zenoni, 2009).

Soms is het ook een kwestie van 'durven' en eens ingaan tegen de normen om tegemoet te komen aan de eigen oplossingen van de patiënten. Denken we aan Patrick, een man met een hersenletsel.

Hij drinkt thuis steeds een Leffe voor het slapen gaan, daar staat hij op. Zonder dit breekt de structuur van Patrick en gaat hij door het lint. Wij besluiten niet mee te gaan in de algemene regel 'geen alcohol op de afdeling' en zo Patrick's eigen, unieke oplossing te schaden. In de plaats daarvan zorgen we dat er in de koelkast steeds een aantal flesjes Leffe staan zodat Patrick er eentje kan drinken voor het slapengaan bij ons op de afdeling.

Wars van hiërarchie

Psychiatrie steunt vaak op hiërarchie en concrete taakverdelingen afhankelijk van de functie. Werken vanuit een horizontale verhouding kan echter sterkere effecten hebben dan vanuit een verticale, zowel tussen teamleden als naar patiënten toe. Wij proberen hierin kleine stappen te zetten. Zo proberen wij ons niet blind te staren op onze posities. Een patiënt moet niet altijd bij die ene specifieke persoon zijn om iets te regelen, er kan circulatie optreden. Ieder teamlid mag openstaan voor de vragen van de patiënten en mag een referentiepunt zijn voor een patiënt. Denken we aan Lesly die zich enkel voor één verpleegkundige openstelt en bij haar wekelijks een gesprek heeft in plaats van bij de psycholoog.

Of denken we aan Jan die zich voornamelijk richt tot de kok op de afdeling. Door regelmatig met hem boodschappen te doen wordt die voor hem de belangrijkste persoon waarbij hij iets van zijn lijden kan leren bewerken en reduceren. Het afstappen van de hiërarchie betekent ook dat we proberen te werken met het therapeutisch potentieel van de patiënten. Niet enkel wij met ons diploma weten wat goed is of kunnen mensen helpen. Ook de patiënten kunnen een belangrijke therapeutische betekenis hebben voor elkaar.

Denken we aan Anouk die graag mensen helpt. Als er een nieuw meisje bij ons komt die steeds maar verdwaalt, helpt Anouk haar de weg te vinden en haar de afdeling te leren kennen. Als iemand begint te schreeuwen kan zij deze persoon rustig krijgen. Wij laten dit toe en bemoedigen haar zelfs. Er ontspint zich intussen een verhaal bij haar waarin ze vertelt dat het haar grote droom is om kinderverzorgster te worden maar ze vreest dit niet te kunnen. Men zou inderdaad snel geneigd zijn te denken dat Anouk dit door haar beperking niet kan. Door haar op de afdeling toe te laten dit te exploreren konden we Anouk samen met haar MPI helpen zoeken naar vrijwilligerswerk bij kinderen.

De zogenaamde 'chronische' patiënten

Een verdere uitdaging op de afdeling blijkt het werken met een aantal patiënten die al een aantal jaar bij ons verblijven en waarbij niet meteen perspectieven zijn op ontslag. Dit komt voornamelijk door de zeer lange wachtlijsten in de gehandicaptensector. Sommige van deze patiënten raken verankerd in de psychiatrie. Ze hebben nog weinig leven buiten de muren van de instelling en soms geen plaats meer in de gewone maatschappij. We proberen hen terug een volwaardig bestaan als medeburger te geven in de samenleving met het recht om anders te zijn (Mannoni, 1999). Dit doen we op verschillende manieren. We gaan er met hen eens op uit, vaak op een spontane manier. Zo gaan we eens iets drinken met hen, niet in de cafetaria van het ziekenhuis, maar op een plaats in het dorp waar

veel mensen komen. Door het personeel bewegingsruimte te geven binnen en buiten het instituut kan een punt achter de eentonigheid worden gezet van deze 'chronische patiënten' (Petry, 2011). Verder proberen wij voor hen vrijwilligers te zoeken die wekelijks met één patiënt op stap gaan. Een vrijwilliger wordt steeds gekoppeld aan één patiënt. Zo krijgt de patiënt de mogelijkheid om terug in het gewone leven iets te doen, iets dat niet gekleurd is vanuit een psychiatrische diagnose of een hulpverleningsstatuut. Ze kunnen terug burgers worden in de samenleving. Het werken met vrijwilligers kan ook ruimer positieve effecten sorteren. De vrijwilliger leert de patiënt kennen als een normaal mens en draagt dit ook uit in zijn omgeving en vriendenkring. Door dit proces wordt het stigma van 'krankzinnigheid' in de samenleving langzaam afgebouwd (Petry, 2011).

Besluit

In deze verhandelingen beschreven wij hoe De Meander vanuit een visie probeert te werken die de unieke mens centraal stelt. Onze visie is een eigen, unieke manier van werken binnen dit specifieke ziekenhuis, met zijn specifieke geschiedenis, met deze specifieke patiënten. Het is daarom niet zomaar te generaliseren naar andere instituten. Evenmin proberen wij zomaar onze visie op één theorie te laten steunen. Wij putten inspiratie vanuit verschillende perspectieven. Centraal blijft steeds opnieuw deze ene unieke persoon staan.

De Meander is een 'work in progress' en wij hopen dat altijd te kunnen blijven. Enkel door onszelf continu in vraag te stellen kunnen wij blijven werken vanuit een psychiatrisch humane zorg. We beschreven een aantal projecten die we hebben geïnstalleerd. Maar wij blijven ons een weg zoeken, we blijven de lijnen van deze visie uitzoeken en toepassen. De toekomst zal uitwijzen hoe en waarheen onze afdeling zal blijven meanderen.

Bibliografie

Albe (1992). *Institutionele psychotherapie*. Ongepubliceerd manuscript.

Donckers, J. (2006). De taal van het geweld. *Psychoanalytische perspectieven*, 24(2), 151-166.

Mannoni, M. (1999). Words of greeting: Psychoanalysis and handicap. In J. De Groef & E. Heinemann (Eds.), *Psychoanalysis and mental handicap* (pp. 1-6). London: Free Association Books.

Petry, D. (2011). *Uitbehandeld, maar niet opgegeven. Het persoonlijk verhaal van een psychiater over zijn patiënten*. Amsterdam: Ambo.

Verhaeghe, P. (2002). *Over normaliteit en andere afwijkingen*. Leuven/Voorburg: Acco.

Voskens, Y., Theunissen, J. & Widdershoven, G. (2011). *Best practices. Randon dwangreductie in de geestelijke gezondheidszorg*. Utrecht: Zuidam Uithof Drukkerijen.

Zenoni, A. (2009). *L'autre pratique clinique. Psychanalyse et institution thérapeutique*. Toulouse: Editions érès.