

Mythes in de ggz

De ggz laat zich nauwelijks beïnvloeden door uitkomstdata, in de sector gaat veel geld om en verschillende inzichten over hoe de ggz zou moeten functioneren, spreken elkaar tegen. Dit alles vormt een ideaal klimaat waarin de waan van de dag kan heersen, waarin allerlei mythes kunnen ontstaan en waarin probleemversterkende oplossingen worden uitgevonden.

Dat de ggz voor elk emotioneel probleem een oplossing zou moeten bieden is één zo'n mythe. Grofweg bestaan er twee soorten emotionele pijn. De eerste is onderdeel van het leven zelf: geliefden gaan dood, ziekte en werkeloosheid vallen iemand ten deel, oplichting en bedrog kruisen je pad. Dat doet pijn en om die pijn te kunnen hanteren, hebben mensen troost, steun en soms praktische hulp nodig. Die steun moet allereerst worden gezocht bij de medemens - of desgewenst in een religie, hobby of bij een huisdier -, maar niet in de ggz. Hulpverleners kunnen weliswaar ook troost en steun bieden en sommige hulpverleners lijken dat zelfs te beschouwen als hun core business, maar dat is het niet; het aangaan van betekenisvolle persoonlijke relaties is niet de taak van de ggz en dat zou het ook niet moeten zijn, zeker niet binnen de curatieve zorg.

De curatieve deskundigheid betreft het behandelen van een andere emotionele pijn die we niet primair als pech en een fact of life kunnen beschouwen, maar die vooral verband houdt met ontregelde, disfunctionele informatieverwerkende processen. Het identificeren en corrigeren van zulke processen behoort wél tot de core business van de professionele curatieve ggz. Voor de duidelijkheid: mensen die lijden onder facts of life zijn geen aanstellers of aandachttrekkers. Hun pijn is reëel. Het gaat hier om de vraag naar de oplossing van dergelijke pijn; als die al zou moeten worden geïstitutionaliseerd, dan toch niet binnen de (curatieve) ggz.

Het hierboven benoemde onderscheid wordt onderkend, maar is niet opgenomen in de indicatiestaven. Nogal wat patiënten worden geïndiceerd terwijl zij vooral behoefte hebben aan steunende en verhelderende gesprekken. Zulke patiënten blijven dikwijls lang in zorg. Wie eenmaal betekenisvolle persoonlijke relaties in de therapiekamer heeft gevonden, hoeft deze niet meer in het dagelijks leven te zoeken. Therapeuten hebben vaak moeite om zo'n behandeling af te sluiten zolang de patiënt die steun wil ontvangen; zelfs als zij zelf ook wel beseffen dat steunverlening niet hun core business is; en óók vanuit het besef dat de wachtlijsten vol blijven lopen met patiënten die wél op hun plaats zijn in de curatieve ggz.

KEES KORRELBOOM

Emeritus prof. dr. Kees Korrelboom, klinisch psycholoog en psychotherapeut, werkte tot voor kort als behandelaar en onderzoeker bij PsyQ Angststoornissen. Hij is bijzonder hoogleraar bij Tilburg University, opleider, directeur van Westland Workshops en erelid van de VGCT.



**'SOMMIGE
HULPVERLENERS
BESCHOUWEN HET
BIEDEN VAN TROOST
ALS HUN CORE
BUSINESS'**