

Psychiatrische palliatie

Van de grondlegger van de somatische palliatieve zorgen, Cicely Saunders (1918-2005), kennen we de uitspraak ‘Palliatieve zorg is alles wat nog dient te worden gedaan als je denkt dat er niets meer kan worden gedaan’. En dat blijkt nog heel wat te zijn, zoals pijn bestrijden, het comfort voor de patiënt zoveel mogelijk realiseren, het contact met naastbestaanden cultiveren of proberen te herstellen, het verleden een plaats geven, regelingen treffen voor de toekomst, oog hebben voor de noden en eventueel de angsten van de patiënt, het hervinden van waardigheid en betekenis. Zo zijn somatische palliatieve diensten dikwijls oorden van zeer kwaliteitsvolle en echt holistische zorg.

Net als in de somatische geneeskunde kunnen we in de psychiatrie, ondanks grote en volgehouden inspanningen, botsen op de grenzen van de behandelbaarheid. Het gaat daarbij om mensen met ernstige, persisterende psychiatrische aandoeningen die therapieresistent zijn, ‘uitbehandeld’. Ze lijden veel: ze lijden aan (de symptomen van) hun ziekte (zoals kwellende stemmen, hevige angsten), ze lijden onder (het besef van) hun ziekte (ik heb een ernstige ziekte, ik ben anders dan de anderen, zij kunnen zoveel, ik breng er zo weinig van terecht, waar sta ik?, wat heb ik te verwachten?), ze kunnen lijden onder de collaterale schade door (de behandeling van) hun aandoening (ze worden bijvoorbeeld impotent door de medicatie, ze staan onder financiële bewindvoering, wat voor velen een moeilijke ervaring is).

Wat met deze mensen? Dikwijls wor-

den deze mensen doorverwezen. Ze passen niet in een op evidentie en efficiëntie gebaseerd behandelstelsel, waar mensen liefst op korte termijn weer verder moeten kunnen. Kan palliatieve zorg bij hen een uitzicht bieden? Palliatieve zorg in de psychiatrie is ongetwijfeld anders dan in de somatische geneeskunde. Als palliatieve zorg overwogen wordt bij een patiënt met een ongeneeslijke en onbehandelbare lichamelijke aandoening, dan is het levenseinde binnen korte tijd te verwachten. Dit is ook het geval bij psychiatrische patiënten die in de terminale fase van een somatische aandoening zijn. De situatie is echter helemaal anders bij patiënten die lichamelijk gezond zijn maar een ernstige en ongeneeslijke psychiatrische problematiek hebben: het levenseinde is helemaal niet in zicht en het is veel moeilijker om uit te maken of de psychiatrische aandoening nog voldoende goed behandelbaar is.

Toch geldt ook bij die patiënten het woord van Cicely Saunders dat er nog heel veel werk kan worden gedaan als er niets meer aan te doen is. We denken daarbij aan het zoveel mogelijk toch proberen te bestrijden van kwellende symptomen en angsten (curatieve aspecten hebben een plaats in de palliatieve zorg), het contact met naastbestaanden kansen geven of proberen te herstellen, niet weglopen van die erg lijdende mensen maar bij hen blijven, ontmoeting en verbondenheid creëren, omgaan met hun en onze machteloosheidsgevoelens, het samen met hen dragen en proberen te verdragen, hun vele lijden een plaats zoeken te geven in hun leven, het hervinden

van waardigheid en betekenis, het bewaren van hoop, samen met de patiënt, maar misschien ook bij momenten plaatsvervangend, voor de patiënt, en, ondanks alles, de mens achter de (ernstige) ziekte herontdekken en waarderen. Psychiatrische palliatie staat voor hoog kwaliteitsvolle en holistische zorg waar, nog sterker dan bij de gewone psychiatrische zorg, de kwaliteit van de zorgrelatie van primordiaal belang is. Over dit alles handelt dit themanummer.

Dient psychiatrische palliatieve zorg te gebeuren in een psychiatrisch ziekenhuis? Mogelijk niet, maar misschien (gedeeltelijk) toch wel, ondanks onze collectieve obsessie voor korte ligduren. We moeten ons hoeden voor de contradictie dat psychiatrische ziekenhuizen plaatsen worden waar de minder zieke patiënten welkom zijn en de ziekste mensen geweerd worden. Dit is nu reeds soms een realiteit.

Hoelang moeten we psychiatrische palliatieve zorg geven? In de somatische palliatieve zorg is dit meestal 'self limiting', aangezien het daar meestal gaat om progressieve aandoeningen die op korte termijn tot de dood leiden. Dit is niet het geval bij psychiatrische palliatie. Op palliatie in de psychiatrische zorg staat geen termijn. Soms zien we de paradox van het optreden van groei en ontwikkeling wanneer aanhoudende behandelingpogingen gestopt worden en mensen hoog kwaliteitsvolle en holistische zorg krijgen zoals bij psychiatrische palliatie. Mensen, ook ernstig zieke psychiatrische patiënten, blijken over een belangrijk groepspotentieel te beschikken wanneer ze 'herplant' worden in vruchtbare grond.

Marc Eneman en Axel Liégeois