

Systemisch perspectief in de psychiatrie

een visie op gezinsondersteuning vanuit de hulpverlening

Interview met Dr. Dirk De Wachter, psychiater en diensthoofd gezinstherapie UZ Leuven, Campus Kortenberg, en bestuurder Similes vzw.

Psychiatrische problemen en ook menselijke problemen moeten we bekijken in een systemische context. Dit betekent dat wij ervan uitgaan dat een mens maar bestaat in relatie tot anderen. Dit is ook mijn rotsvast overtuiging en als we dit doortrekken naar de psychiatrie dan sluit dit naadloos aan bij een familieperspectief. Dan kun je als psychiater niet anders dan met de familie rekening houden en ernaar luisteren. De oplossing voor alle problemen op het vlak van gezinsondersteuning is heel eenvoudig: een systemisch perspectief in de psychiatrie.

Gaat het familieperspectief dan verloren wanneer de patiënt niets met zijn familie te maken wil hebben?

Voor mij bestaan mensen in functie van hun relaties en hun context, dat is geen strategische positie of een truc. En familie is daar het belangrijkste in. Zo werk ik, zo kijk ik naar de wereld, zo kijk ik naar mijn patiënten en ook naar mezelf. Zo vind ik dat je als psychiater ook niet helemaal alleen in de wereld staat, maar in een context van een heel team. Ook ik sta daar niet alleen.

Soms zijn er onomkeerbare breuken, dat is nu éénmaal psychiatrie. Maar het is de taak van de psychiater om bruggen te slaan. Mij wordt bijvoorbeeld gevraagd om ouders te zien, waarvan de zoon is opgenomen op

een gesloten afdeling. Hij zegt (vanuit zijn problematiek): Ik wil mijn ouders nooit meer zien. Die zoon is dan in behandeling bij een collega en ik zie die ouders en zeg: Dat moet voor jullie niet gemakkelijk zijn en ik laat hen hun

verhaal doen. Ik overleg dan met mijn collega, die voor die zoon zorgt, en dan proberen we toch op die manier een brug te maken, een passerelle tussen twee gebroken werelden. Ik ben ervan overtuigd dat dit op lange termijn ook de genezing van die persoon ten goede komt.

Dit een heel belangrijk thema voor mij. Ik ben geen jurist en ik zal de conflicten niet ten top drijven. Ik ga de patiënt gewoon uitleggen dat dit voor mij wel lastig wordt, omdat de familie

heel essentieel is om hem/haar te verstaan, en dat we dus met een grote handicap zitten. Nu goed, als de patiënt daarbij blijft, dan is dat maar zo.

Dus familie als therapie?

Dit is een tweede overtuiging van mij: dat ernstige psychiatrische ziekten op lange termijn ziekten van eenzaamheid zijn en dat families de beste, de krachtigste, de meest natuurlijke en interessante methode zijn om dat tegen te gaan. En, dat je daar vroeg moet bij zijn. Het is makkelijker om een breuk voor te zijn dan om die te herstellen. Dus ik pleit ervoor om op opnameafdelingen, spoedgevallen, epsi- en crisisafdelingen, familie noodzakelijkerwijs te zien.

Als je binnenkomt op een spoedafdeling met retrosternale pijn, dan is er geen enkele dokter in de westerse wereld die geen cardiogram zal nemen. Het is een onwaarschijnlijke medische fout van dat niet te doen. Als er

iemand binnen komt met een psychose of één of andere psychiatrische crisis, is het een even grote fout om de familie niet te spreken en hen niet te vragen wat er allemaal gebeurd is. Dus bij crisis helemaal in het begin! Dat voorkomt dat het daarna fout loopt en dat je na enkele weken er niet meer aan kunt. Zoals bij een hartinfarct: de weefselbeschadiging is geschied en dan kun je geen bypass meer steken. Familie moet je zien en liefst zo vlug mogelijk.

Familie moet je zien
en liefst zo vlug mogelijk.



En dan ook therapie voor familie?

Mijn derde punt, wat ik onderwijs in de colleges gezinstherapie is: Doe geen therapie! Dit klinkt misschien tegenstrijdig of heel raar uit mijn mond als opleider gezinstherapie. Ontmoet families, doe dat altijd en zoveel als je kunt, maar doe vooral geen therapie. Mensen hebben geen nood aan therapie, hebben daar geen boodschap aan, willen dat niet of voelen zich heel dikwijls beschuldigd.

Ontmoet die mensen en vang ze een beetje op, want die zitten altijd in de miserie en hoor van hen wat hun gedacht is over de zaak, want dit is belangrijke informatie. Als er in bepaalde gevallen therapie nodig is, dan zien we dat daarna wel. In acute psychiatrische omstandigheden moet je sowieso geen therapie te doen. Wel is er een soort therapeutische basishouding noodzakelijk bij alle hulpverleners. Therapie in de enge zin van het woord, namelijk drie kwartier tegenover elkaar zitten en vertellen over je leven, dat is meestal in die eerste fase niet aan de orde. En gezinstherapie dus ook niet.

Het zou wel moeten verplicht worden om families te ontmoeten. De overheid moet een nomenclatuurnummer voorzien om dit te honoreren. Want als dit niet gehonoreerd wordt, zal dit geen prioriteit zijn. Zo zit de wereld nu eenmaal in elkaar. Er moet dus van de overheid een signaal komen dat dit familiecontact zeer belangrijk is en daarvoor moet geld voorzien worden. Dat zal niet eens zo verschrikkelijk veel geld zijn. Maar er moet een erkenning van die prestatie komen, want anders blijft dit altijd afhankelijk van de goede wil van bepaalde therapeuten. Trouwens, de families die ik zie, dat zijn de families die zeer assertief zijn. Maar zij die stilletjes op de achtergrond blijven omdat ze in de miserie zitten, omdat ze niet durven, omdat ze de wereld van de psychiatrie niet kennen, die mensen zien wij niet. Dat is niet eerlijk. Want zij hebben dikwijls de grootste

nood. Ik zie dus de lastige mensen of de VIP's, in de zin dat ze een collega kennen of relaties hebben. De anderen vallen uit de boot. Vandaar dus mijn boodschap aan de overheid, al jaren, dat er een nomenclatuurnummer moet komen.

Familie heeft het recht om betrokken te zijn, waarom?

Ja, inderdaad. Maar ik spreek niet graag in termen van rechten. Ik weet wel dat dit nodig is, en dat was voor de rechten van de patiënt ook zo. Er wordt ook heel veel gesproken over de rechten van de behandelaar, want zij zeggen; Maar waar staan wij dan?

De wereld juridiseert heel erg, alles moet rechten hebben en juridisch gefundeerd zijn, maar van zodra je te veel in gerechtelijke sferen komt, ben je eigenlijk niet goed bezig. Ik spreek niet graag over de rechten van de familie. Ik vind het een soort basisevidentie dat als er een patiënt wordt opgenomen, de familie daarbij

betrokken wordt. Het is bewezen uit heel wat studies dat als de familie mee is, de prognose dan beter is, bijvoorbeeld bij schizofrenie. Dat is dus een wetenschappelijk argument.

Maar los daarvan is er ook een ethisch argument dat families in miserie moeten gezien worden. Ook als dat voor de patiënt niet zou betekenen dat hij vlugger geneest. Een derde argument is existentieel van aard: ik kan alleen maar naar patiënten kijken in functie van hun omgeving. Als ik de familie erbij heb, apart of samen, heb ik veel meer informatie en instrumenten om die mens te helpen. Voor mij gaat het niet anders. Assistenten worden nu opgeleid in een basiskennis van families en systemen. Ik denk dat je in een moderne psychiatrische opleiding niet anders meer kunt. Twintig jaar geleden, als ik begon, was dit allemaal nog nieuw, maar dit begint nu wat te lukken. Men is het er daar tegenwoordig op vele faculteiten over eens.

Zelfs het gebruik van medicatie is voor mij een familiegebeuren. Ook daar zijn er wetenschappelijke argumenten. Als

Er moet dus van de overheid
een signaal komen dat dit
familiecontact zeer belangrijk is
en daarvoor moet geld voorzien
worden.

familieleden overtuigd zijn van het nut van medicatie en hun familielid daar mee kunnen in steunen, dan zal die medicatie beter genomen worden en zal de prognose ook veel beter zijn. Ook daar is familie zeer cruciaal.

Het gebruik van medicatie zorgt soms voor spanning tussen patiënt en familie.

Ja, natuurlijk. Het is dan aan de psychiater om die mensen samen te zetten en te zeggen: We zitten hier met een probleem. Dat gebeurt jammer genoeg niet zo veel. In die acute diensten heeft men ook zeer weinig tijd. Er zijn allerlei noodsituaties. Men moet al een behoorlijk gemotiveerd familiegericht psychiater zijn om daar aandacht voor te hebben. Maar dat wint terrein. In Campus Kortenberg heeft mijn collega daar nu wel aandacht voor en dat blijkt ook te lukken. Psychotische mensen hebben vanuit hun ziekte meestal weinig ziekte-inzicht. Zij weigeren dus medicatie omdat ze vinden dat ze niet ziek zijn. Dan kunnen wij met de familie als bondgenoot samen zoeken om die patiënt te motiveren. Ik zeg natuurlijk niet dat dit altijd werkt. Maar het zal beter gaan als je de familie mee hebt dan wanneer je ze niet mee hebt. Ik zie geen argumenten om de familie niet te betrekken.

Eerst moet er op korte termijn in familie geïnvesteerd worden.

Gebrek aan tijd en nomenclatuur zijn dus de boosdoeners?

Neen, het voornaamste probleem is visie. Hoe meer psychiaters, psychologen, therapeuten en ook verpleegkundigen opgeleid worden in systemisch denken, hoe minder weerstanden we daartegen gaan hebben. Tijd is een tweede probleem, waarbij ik pleit voor een nomenclatuurnummer en meer personeelsomkadering in de psychiatrie. Neem een acute somatische dienst, een cardiologische dienst bijvoorbeeld, waar mensen worden opgenomen met een acuut infarct. De personeelsomkadering daar is een veelvoud van een acute psychiatrische dienst. Terwijl de ernst van die problematiek hetzelfde is. Ik pleit dus voor veel meer personeel.

Visie en tijd, dat zijn de twee belangrijkste dingen. Het is ook aan de patiënten- en familieverenigingen om dit probleem te signaleren, zowel naar de media als naar de overheid toe. Naar de publieke opinie en naar de ministeries is Similes een heel belangrijke hefboom. Veel belangrijker dan de artsen of de therapeuten. Want de overheid die zegt natuurlijk: Jullie willen altijd meer, maar wij moeten bezuinigen, want het geld van de belastingbetalers moet gaan naar de beleggers die gedupeerd zijn. Wij hebben geen centen meer over. Het is aan Similes en dergelijke organisaties om te zeggen: Dit is zeer cruciaal. Ik zal dat mee ondersteunen, maar het zijn de familieleden zelf die in de huidige politieke context veel meer op de agenda kunnen wegen. Dat zijn veel meer stemmen, veel meer dan van één of andere idealistische arts, die pleit voor één of andere visie. Dat werkt niet. Similes werkt. Ik ben daar echt van overtuigd dat ze zich naar de overheid assertief moeten opstellen.

Is de situatie bij chronische patiënten dezelfde?

Ik ben zeer veel met chronische patiënten bezig. Daar is de personeelsomkadering nog minder goed, diensten worden afgebouwd onder het mom van resocialisering, rehabilitatie en vermaatschappelijking van de zorg, wat ik alleen maar toejuich. Maar diensten worden dus gesloten en de alternatieven worden stiefmoederlijk behandeld. Ik ben eigenlijk blij dat een dienst kan gesloten worden, een klassieke psychiatrische dienst met bedden waar mensen twintig jaar in verblijven. Maar ik vind het niet goed dat de alternatieven goedkoper worden ontwikkeld en eigenlijk een vermorde bezuiniging zijn. Er moet veel meer geld gepompt worden in allerlei structuren van rehabilitatie, beschut wonen, psychiatrische thuiszorg, dagactiviteitencentra, enz. Het probleem is dat ziekenhuizen relatief sterk staan in de dialoog met de overheid, maar dat de andere initiatieven erg verdeeld en versnipperd zijn. Ideologisch gesproken is dat goed. Ik heb graag een dokter die minder aanwezig is als het gaat over chronische patiënten. Ik de-psychiatiseer graag.

Maar ik zie, dat wanneer de arts met zijn autoriteit als geneesheer een stap terug doet, dat het moeilijker wordt voor andere figuren om iets op te zetten. Het is allemaal verspreid over verschillende spelers met verschillende belangen en in België zelfs over verschillende ministeries. Dat raakt heel erg versnipperd en daardoor ook conjunctuurgevoelig. Van zodra het financieel wat minder gaat, worden dergelijke projecten die tijdelijk zijn, afgeschaft. Een bed is veel vaster. Daarom zou ik dan toch pleiten om terug meer bedden te maken voor chronische patiënten. Het is in ieder geval beter dat ze in een bed liggen dan dat ze in een kartonnen doos aan het centraal station moeten liggen. Dat is een tendens in de Verenigde Staten en als het daar regent dan druppelt het hier.

Maar ook daar is familie belangrijk.

Ja, maar dat is toch een ander verhaal. Het is veel moeilijker. Heel dikwijls, en ik spreek hier over mensen die al 20-30 jaar in de psychiatrie zitten, is de familie niet meer aanwezig. De banden zijn verwaterd, verbroken, en daar zitten we met de eenzaamheid van mensen. Vandaar mijn uitspraak: zie de families in het begin en hou ze vast. Na 20-30 jaar zijn we voorbij de familie. Nogal wat patiënten in mijn populatie hebben niet veel familie meer om op terug te vallen. En dan maken wij constructen zoals sociale opvangcentra, beschut wonen en al die dingen om toch systemen te maken, maar die zijn altijd tweede keus. Uiteraard is een geconstrueerd systeem onder patiënten niet hetzelfde als een familiegeschiedenis en bloedverwantschap. Dat kan nooit die kracht hebben. Het is dan dikwijls al te laat. Niet altijd, maar je moet het dan vooral niet forceren. Het is niet goed om na 20 jaar als familietherapeut opeens de familie op te bellen om ze uit te nodigen om op therapie te komen. Dat kun je niet doen. Wat we wel doen en wat op mijn afdeling heel veel gebeurt,



Wat heeft jouw familieperspectief geïnspireerd?

De realiteit van de kliniek, en ik ben ook een gedreven mens. Als assistent zag ik reeds dat dit een tekort was. Ik vond het nogal onbegrijpelijk dat iemand drie weken wordt opgenomen, medicatie krijgt en dan naar huis gaat en dat de familie eigenlijk niet gesproken is. Ik begreep dat niet. Zelfs in de kinderpsychiatrie was dat één generatie geleden ook zo. In mijn stagetijd toen, werden de kinderen gezien door de psychiater. De ouders die lastig deden werden apart gezien door de sociaal werker, die hen eigenlijk een beetje moest weghouden van de belangrijke individuele therapie, die de psychiater met dat kind had. De kinderpsychiatrie is daar echt helemaal in veranderd. Ik geloof dat er bijna geen kinderpsychiatrische diensten meer zijn die zo werken. De volwassenpsychiatrie is wat trager. We hebben wat dat betreft veel geleerd van onze collega's kinderpsychiaters, daar is veel meer een systemische visie. Dat heeft ook een educatief aspect: ouders worden uitgenodigd om informatie te geven, maar ook om informatie te krijgen.

Wij zien de ouders echt als co-therapeut en de gezinstherapeut gaat in de not knowing positie (niet weten positie). De therapeut weet het niet en hij vraagt bijvoorbeeld aan de ouders: Wat is er allemaal gebeurd? Als therapeut weet je dat toch ook niet, dus je vraagt hen om het te vertellen. Ik kan het mij niet anders voorstellen. Zo doe ik het.

Onze sterkte: samen met mensen praten over het feit dat het niet gemakkelijk is.

René Kahn beschrijft in zijn laatste boek hoe nuttig het is om familie te zien en te horen.

Als hij als sterk biologisch georiënteerde psychiater en hoogleraar het al zegt, dan moet het toch echt zo zijn.

Maar hij beschrijft ook hoe moeilijk dat soms is, bijvoorbeeld met een alcoholverslaafde man die zich tegen verdere behandeling verzet.

Dat gaat soms ook zo. Het is niet altijd gemakkelijk. Het is niet door de familie te zien dat je alles oplost natuurlijk. Maar het is wel door de familie te zien dat je meer informatie krijgt, meer instrumenten in handen krijgt en ook als het allemaal niet werkt, de familie het gevoel geeft die mens heeft zijn best gedaan, wat ook belangrijk is. Het systeemdenken kan niet alle leed uit de wereld bannen. Maar als je families ziet en ook zegt dat het moeilijk gaat als het zo is: Uw broer wil u niet zien. Ik zit hier met een probleem, dan zullen die mensen toch zien dat ik het goed voor heb en blij zijn dat zij ook hun verhaal kwijt kunnen. Ik zie dus geen nadelen.

Maar jij bent de psychiater, jij moet dat oplossen.

Natuurlijk. Maar als je de familie ziet, kun je hen misschien ook duidelijk maken dat je het niet altijd kunt en dat we samen in die hulpeloze, machteloze positie zitten. Als je daar samen in zit, lijkt mij dat beter dan wanneer je daar alleen in zit, zowel voor de familie als voor de therapeut. Het is voor de therapeut

dat zijn allerlei vrijetijdsinitiatieven zoals een rommelmarkt, een pannekoekennamiddag, waar familie met nadruk op uitgenodigd wordt, maar niet onder het mom van therapie of gesprek. Op deze zeer laagdrempelige manier met patiënten, verpleging en familie onderling, kan er terug wat contact hersteld worden. Maar therapeutische bemoeienissen werken in dit geval meestal contraproductief. Er is teveel gebeurd en mensen willen gerust gelaten worden. En dat wil ik dan ook respecteren. Patiënten zelf willen dat ook niet meer. Dat is dus een heel ander verhaal en daar moet je veel omzichtiger mee omspringen. Maar in de acute fase pleit ik voor active outreach: de familie zelf opbellen. Als ze niet komen, nog eens bellen. Als je ze 2-3 keer belt zullen ze wel komen. Ik pleit voor een actieve familiepolitiek.

Toch blijft het gebrek aan tijd.

Op lange termijn zul je tijd winnen. Daar ben ik zeker van. Als je de familie mee hebt en ze worden een partner in het hele gebeuren, dan win je. Je zult een minder lange opnametijd hebben, minder medicatie nodig hebben, een vluggere resocialisatie, enz. Dit zijn allerlei dingen die op lange termijn zeer bezuinigend zullen zijn. Maar eerst moet er op korte termijn in familie geïnvesteerd worden, bijvoorbeeld door een nomenclatuurnummer te voorzien voor familiewerking bij opname. Het zou zelfs verplicht moeten zijn!

Het systeemdenken krijgt toegang in de opleiding van psychiaters, hoopvol voor de toekomst?

Ja! Het moeten niet allemaal gezinstherapeuten zijn, maar ze zouden toch op zijn minst die visie moeten delen. Als er op een PAAZ-dienst 2 tot 3 psychiaters zijn, zou er toch één een familievisie moeten hebben. We zijn nog niet zo ver, maar dat komt wel.

ook niet gemakkelijk om een niet gemotiveerde alcoholist over de vloer te krijgen die hem uitscheldt. Dat is niet zo leuk, maar dat is nog maar een fractie van wat die familie meemaakt. Als je dat samen een beetje kunt delen, dan ben je weer een stapje vooruit. Ik zie dus weer geen tegenindicaties. Tenzij de ethische grenzen zwaar worden overschreden, als het gaat over mishandeling of misbruik, maar dan zitten we in juridische kwesties. Dan eindigt therapie, dan zijn we voorbij therapie en moeten we de juridische diensten verwittigen. Vroeger mocht dat niet omwille van het beroepsgeheim, tegenwoordig moet dat.

Je neemt dus niet het standpunt in van de wonderdokter die alles kan oplossen?

Neen. Niets zo verschrikkelijk als wonderdokters, of politici die de oplossing voor de wereld beloven. Dat is ook het standpunt van Levinas, een filosoof die mij dikwijls inspireert. Mensen die denken dat ze de wereld gaan verbeteren, in de politiek dan, die hebben in de loop van de geschiedenis de grootste ellende veroorzaakt. Daartegenover stelt Levinas de kleine goedheid. Het op dat moment in die casus proberen zo goed mogelijk te doen met hele kleine dingen.

Dat is toch niet zo gemakkelijk te verdedigen in deze tijd?

Inderdaad, we leven in een tijd van heroïek. Het zijn onze collega's de plastische chirurgen die tegenwoordig het succes maken van de geneeskunde. Psychiaters zijn eigenlijk de kneusjes van de stiel. Zij kunnen eigenlijk niet zo veel. Zij spreken met de mensen, maar ze genezen niet altijd. Laten we van die zwakke positie juist onze sterkte maken en samen met mensen praten over het feit dat het niet gemakkelijk is. Ik denk dat we erg bescheiden moeten zijn en dat de psychiatrie niet alles kan oplossen, dat heel veel problemen moeilijk te dragen zijn zowel voor patiënten als voor familieleden en dat we daar als psychiater mee op tocht moeten gaan en mee zoeken naar hulpmiddelen en verbeteringen. We moeten beseffen dat dit een tocht is met vallen en opstaan en dat wonderen niet bestaan op deze aarde.

Dat is een heel ander standpunt dan dat van Kahn.

Ik ben altijd een beetje jaloers op mensen die het zo krachtig en overtuigend kunnen verwoorden en ook zo veel impact hebben. Ik pleit altijd voor de twijfel. Er zijn geen zekerheden. Ik merk dat die boodschap in kleine kring toch wel aanslaat, zeker bij ervaringsdeskundigen. Ik pleit dus voor twijfel, voor kleine stappen, voor altijd opnieuw zoeken, voor niet weten. De therapeut weet het ook niet en gaat samen met de familie op zoek. Het proces is belangrijker dan het resultaat. Van zodra we samen aan het zoeken zijn,

vinden we mekaar. We zien dan wel waar we uitkomen. Het gaat om de werkrelatie, en als het goed zit, kun je samen op éénzelfde lijn komen. Dit kan dus, we moeten ons niet altijd focussen op de conflicten en de breuken. Ik zie in mijn praktijk zeer veel gezinnen die samen met de patiënt zoeken naar een beter leven. In de meerderheid van de gevallen is dat zo. Er zijn echt wel mensen die tevreden zijn en jarenlang niet

hervallen. We moeten dus ook niet te pessimistisch zijn.

Er zijn heel veel studies vanuit de farmacologie die aantonen dat medicatie belangrijk is bij psychotische stoornissen. Ik deel die mening, maar daarnaast zijn er heel wat studies die aantonen dat familie belangrijk is. En voor mij zelfs zeker zo belangrijk omdat voor mij niet alleen genezing

en symptoomverbetering belangrijk is, maar ook het ethische. De noden en de vragen van de familie hebben ook recht op aandacht en zorg en het is mijn taak om dat te benadrukken. En dat krijgt natuurlijk minder aandacht. Ja, achter die medicatie zit een zeer grote lobby van de industrie en het is hen gegund. Maar achter de familie zit alleen maar Similes, die toch wat subassertiever zijn dan pharma.be.

Diederik Thuyt
Redactiemedewerker

systemisch

Systemisch betekent dat verschijnselen gezien worden binnen de context waarin ze zich tonen en in relatie tot de geschiedenis waarmee ze samenhangen. Het houdt zich bezig met wederzijdse beïnvloedingen en niet met rechtlijnig oorzaak-gevolg denken. Er wordt dus niet naar geïsoleerde personen met hun eigenschappen en hun gedrag gekeken, maar naar interacties binnen het systeem.

retrosternale pijn

pijn op uw borst

conjunctuurgevoelig

gevoelig voor het geheel van bewegingen die het economisch leven bepalen

PAAZ

psychiatrische afdeling algemeen ziekenhuis

René Kahn

auteur van het boek *In de spreekkamer van de psychiater*, besproken in dit tijdschrift

Aanvullend op zijn visie op het familieperspectief in de hulpverlening, pleit Dr Dirk De Wachter op het familiecongres voor het begrip *herstel* in plaats van *genezing*.

Herstel betekent dan

- Een zinvol en betekenisvol leven leiden. Wat dat inhoudt wordt door de betrokkene (patiënt) zelf bepaald en dit betekent niet dat er geen symptomen of problemen meer zouden zijn.
- De focus van aandacht wordt gericht op het bevorderen van gezondheid, kracht en welbevinden in plaats van op pathologie, ziekte en symptomen.
- Hoop staat centraal en die wordt versterkt door meer actieve controle over het eigen leven.
- Zelfmanagement wordt aangemoedigd en bevorderd. Dit is een zeer individueel verschillend proces. Er zijn geen algemene sjablonen.
- Hulpverleners evolueren van experts naar medestanders.
- Herstel is een sociaal proces. Men herstelt niet in isolement.
- Herstel gaat over het (her)ontdekken van het zelfgevoel en de *niet-ziekte-identiteit*.
- Taal is hier cruciaal. Herstel vertaalt zich in een verbonden, constructieve taal in plaats van een chronifiërende en stigmatiserende.
- De persoonlijke kwaliteiten en betrokkenheid van de hulpverlener zijn even belangrijk als de hiërarchische positie.
- Familie en andere netwerken zijn dikwijls cruciaal. Ook lotgenotencontact is zeer belangrijk.

Obstakels en weerstanden tegenover deze visie

- Herstel is oude wijn in nieuwe zakken. *We kennen dit allemaal al.*
- Herstel betekent bijkomende taken, druk, stress voor personeel. *Nog meer zorg!*
- Herstel is geen genezing. *Ze zijn nog altijd ziek.*
- Herstel is zeldzaam in chronische psychiatrie. *Dat gaat maar bij enkelen.*
- Herstel is een modieuze holle term. *Weer een voorbijgaande hype.*
- Herstel kan alleen met ziekte-inzicht. *Ze verstaan het niet.*
- Herstel vraagt meer personeel en geld. *Dat kost teveel.*
- Herstel is niet evidence-based. *Het gaat alleen om subjectieve doelen.*
- Herstel devalueert de lange opleiding van psychiaters. *Heb ik daarvoor 12 jaar gestudeerd.*
- Herstel neemt risico's. *Wat als het misloopt?*

Dr. De Wachter pleit hierbij voor eenvoud en nuchterheid bij de hulpverleners en het durven nemen van risico's.

Tenslotte nog zijn aanbevelingen voor familieleden

- Volg opleidingen over psychische ziektebeelden, gezin en genezing. Maar pas op met het internet.
- Zie ziekte als een bio-psycho-sociaal gegeven.
- Neem ook tijd voor jezelf en wat dit allemaal bij jou teweeg brengt en betekent. Neem daar tijd voor.
- Vorm een collaboratief netwerk met familie, vrienden en professionelen. Je kan dit niet alleen aan.
- Leer van anderen en andere gezinnen.
- Zorg ook goed voor jezelf en je eigen netwerk.
- Lees boeken, kijk films, ga op reis en kijk rond in de wereld.
- Sluit je aan bij Similes zodat wij meer kunnen wegen op het beleid.