



### **Macht in de psychiatrie: machtsbalans en verbindende taal**

Marleen de Roo

---

*Als de bijna 100 bezoekers net een plek hebben gevonden, vraagt lector Bauke Koekkoek van HAN University of Applied Sciences: "Willen jullie meedoen met een experiment? Mensen op rij 3 en 4: sta op!" Een paar minuten later zitten de bezoekers niet meer verspreid door de collegezaal, maar allemaal op de eerste rijen. "Wie voelt zich nou in de maling genomen?" vraagt Bauke. Een paar handen gaan de lucht in. "Met dit experiment heb ik mijn macht over jullie gebruikt."*

Een duidelijk voorbeeld waarmee de studiemiddag Macht in de psychische hulpverlening begint. De studiemiddag van HAN University of Applied Sciences wordt jaarlijks georganiseerd door het Lectoraat Onbegrepen gedrag, Zorg en Samenleving (OZS), de minor Sociale Psychiatrie en de Post-HBO opleiding Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige (SPV). Elk jaar met een ander thema als verdieping voor studenten, professionals en ervaringsdeskundigen.

#### **Formele en informele macht**

"Macht, dat heeft niet altijd een positieve betekenis. Mensen denken snel aan machtsmisbruik, macht mag er niet altijd zijn," begint HAN-onderzoeker Jessy Berkvens haar verhaal. "Als ik terugdenk aan het werk als hulpverlener zijn het buikpijnmomenten: de momenten dat macht wordt gebruikt, omdat er belangen spelen." Een voorbeeld uit de tijd dat Jessy in gesprek ging met een cliënt van een beschermde woonvorm. "Hij legde mij uit dat het niet eerlijk was dat cliënten die beter uit hun woorden kwamen en sterker waren, meer gedaan kregen van de hulpverleners." Een leerpunt voor alle bezoekers; om macht eerlijk te verdelen, moeten de voorwaarden ook gelijk zijn.

#### **Ultieme vorm van macht: hulpverlener dwingen tot dwang**

Marlieke de Jonge heeft daar wel iets aan toe te voegen: "Als psychiatrisch patiënt heb je ook macht, daar weet ik alles van!" De overlevingskunstenaar en praktiserend patiënt bij het Centrum voor Integrale Psychiatrie en stafmedewerker empowerment bij Lentis, neemt ons mee in haar wereld van patiënt. Al op jonge leeftijd worstelde Marlieke met zelfmoordgedachten en anorexia (dat had toen nog geen naam) en kwam uiteindelijk terecht in een intramurale setting. "Dat vond ik echt een ingreep, de samenleving past niet meer, ik ben uit de maatschappij gegoooid." Maar daar merkte ze al snel dat ze zelf de touwtjes in handen had. "Zwijgen was mijn eerste strategie. Niets zeggen, niets doen. Mijn verhaal is van mij, mijn eigen verhaal. Niemand kan in jouw hoofd kijken. Ik ging in hongerstaking, dreigde met zelfmoord. Geen dag was hetzelfde, saai was ik niet," zegt ze lachend.

Uiteindelijk belandde Marlieke vaak in de isoleercel: "Een hulpverlener dwingen tot dwang, dat was het toppunt van macht!" Maar ze zag haar hulpverlening niet als een machtsstrijd. "De methodes en medicijnen, dat was geen machtsmisbruik. Het was een kat-en-muis-spel. Ik deed mee met het spel," vertelt Marlieke. "Maar uiteindelijk ben ik niet door de middelen of therapie beter geworden, maar door de mensen. Toen ik doorhad dat ze niet weg zouden gaan, dat ze er altijd waren, toen durfde ik te vertrouwen."

### **Verbindende taal**

Wat voor tips heeft Marlieke nog voor de hulpverleners in de zaal? "De systeemtaal werkt niet. Het woord cliënt of verwarde personen, dat zet de hulpverlener op een hoger niveau. Je moet op hetzelfde niveau praten met verbindende taal, dicht bij de werkelijkheid van de patiënt. En doe geen valse beloftes. Maar bovenal, verwonder je over de kracht en creativiteit van de patiënt. Dat hij het ondanks alles toch heeft overleefd."

### **Machtsbalans nodig**

Verbindende taal, dat vindt ook Hans van Eeken, onafhankelijke ervaringswerker met herstelvisie een goed idee. Door de nodige therapie en het begeleiden van zelfhulpgroepen, leerde hij al snel dat in zijn jeugd macht gelijk stond aan machtsmisbruik. "Macht wordt vaak gedomineerd door machtsmisbruik, ook in de hulpverlening. In een heftig conflict schieten personen snel in een rol. Bijvoorbeeld die van almacht. De positie om jezelf groter en beter te maken. Je plaatst jezelf als het ware boven de ander. Anderen schieten juist in de onmacht, de slachtofferrol. Ik ging zelf in conflicten de strijd aan. Machtsbalans is nodig, in elke relatie."

Daarmee maakt Hans de overstap naar de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvggz), waarmee de rechten geregeld worden van mensen die te maken hebben met verplichte zorg vanwege een psychische aandoening. In een driehoek wordt de verplichte zorgvraag bepaald door de rechtelijke macht, de gemeente (en de leefomgeving) én de zorg. "Ik ben voorstander van de Wet, omdat het goed is voor de humanisering van de GGZ." De patiënt houdt zo veel mogelijk de eigen regie, bijvoorbeeld met een eigen plan van aanpak of een zorgkaart. Hulpverleners moeten regelmatig met de patiënt overleggen en de zorg samen evalueren. "Hierdoor ontstaat die gezonde machtsbalans en gelijkwaardigheid waar wij met zijn allen naar streven. De hulpverleners én de patiënten."

### **Onbewust oordeel over macht**

Na deze inspirerende sprekers, keken de studenten en professionals in workshops naar voorbeelden van video's van machtsituaties. Hier gaven hulpverleners aan dat ze onbewust snel oordeelden, voordat ze wisten wat er eigenlijk aan de hand was. Dat wil niet zeggen dat ze dit uiten, maar wel dat er nog veel te leren valt over machtsbalans. Jeanne Derks trainer van de SPV-opleiding legt uit: "Het bewust zijn van deze gedachten en het zien van verschillende perspectieven, dat helpt uiteindelijk bij het beter beoordelen van de machtsituatie. En dan kun je weer die machtsbalans vinden."



## Jezus/Allah in de behandelkamer?!

Naar aanleiding van symposium:  
"God, Geluk en de GGZ" 22 november 2019

M. Vos  
C. De Jong  
*Auteurs zijn SPV i.o.*

### **Inleiding**

Veel mensen stellen zichzelf wel eens de vraag: wat is de zin van mijn bestaan? Zeker als we in het leven te maken krijgen met teleurstelling en tegenslagen. Waarom gebeurt mij dit? Wat heb ik verkeerd gedaan dat mij dit moet overkomen? Belangrijke levensvragen waar niet makkelijk een antwoord op te geven is. Wat geeft het leven zin? Wat maakt dat jij je van waarde voelt? Waarom sta je elke dag op uit je bed? En wat gebeurt er als je geen antwoord meer kunt geven op deze vragen. Binnen de psychiatrie zien we dat patiënten die lijden aan een psychiatrische stoornis vaak geen antwoord kunnen geven op deze vragen. Als dit het geval is, neemt het verlangen naar de dood toe en kunnen patiënten suïcidaal worden. Want hoe geven we aandacht aan zingeving in een tijd waarin we gedwongen worden binnen de GGZ te werken middels de DBC-structuur die ons voorschrijft welke richtlijn te volgen, in welk tijdsbestek en voor hoeveel geld? Bakker (2015) doet ook in zijn boek "geluk uit een potje" het pleidooi om verder te kijken dan alleen de diagnose en de daarbij behorende medicatie. In dit artikel beschrijven we het belang van zingeving bij psychisch lijden en de rol van de SPV hierin naar aanleiding van het bezoeken van het symposium: "God, Geluk en de GGZ". Dit symposium was georganiseerd door het kennisinstituut Christelijke GGZ (KICG).

### **Zingeving en psychisch lijden**

Braam geeft aan dat er veel literatuur is waarin beschreven wordt dat juist de positieve factoren van godsdienst zwaarder wegen bij psychische aandoeningen dan de negatieve factoren (Braam, 2013). Mensen die hun geloof belangrijk vinden, herstellen sneller en kunnen beter tegen allerlei vormen van stress. Mensen die geloven participeren binnen een netwerk vanuit de geloofsgemeenschap. Dit is een positieve factor. Braam maakt zich zorgen over het gebrek aan aandacht voor religie in de GGZ. Als men in de GGZ geen aandacht besteedt aan hoe belangrijk geloof kan zijn voor een cliënt, kun je de problemen die er spelen niet goed in beeld krijgen. Braam is zelf psychiater en rooms katholiek. Hij stelt dat geloofsvragen immens groot kunnen zijn; vragen waarom God hen dit aan doet of zelfs het gevoel in de steek te worden gelaten door God en religieuze wanen. Braam stelt echter dat de positieve factoren van godsdienst zwaarder wegen bij psychiatrische aandoeningen dan de negatieve. Geloof geeft antwoord op zingevingsvragen, geeft mensen steun en kracht. Daarnaast is het zo dat mensen die geloven vaak op het geloof betrokken mensen om zich heen hebben staan (Reformatorisch dagblad, 2013).

Bij moslims kan de gedachte bestaan dat iemand met psychische klachten onvoldoende gelooft. Binnen de Islam is men ervan overtuigd dat alles in het leven door Allah aan de mensen gegeven wordt. En in het hiernamaals zal alles beter zijn. Dit is een belangrijke troostrijke gedachte binnen de Islam. Suïcide en suïcidaliteit zijn taboe en het hebben van suïcidale gedachtes zal niet snel besproken worden met de hulpverlener (huisarts-migrant, 2019).

Geloof kan naast het bieden van steun en houvast ook een belemmering vormen in het omgaan met en zelfs leiden tot psychische klachten. Dat kan gebeuren als iemand het geloof als beknellend heeft ervaren of nog ervaart. Met name wanneer schuld en boetedoening een rol hebben gespeeld in de socialisatie van de patiënt. Of een patiënt kan worstelen met geloof en zichzelf vragen stellen als waarom overkomt mij dit of waarom staat God dit toe (Uden, 2007). En wanneer een patiënt met een islamitische achtergrond suïcidale gedachten heeft kan dit tot grote interne conflicten leiden. Wat maakt dan dat er binnen de algemene GGZ zo weinig aandacht is voor religie terwijl de invloed ervan op psychisch welbevinden zo groot lijkt te zijn. Uit cijfers uit 2017 van het CBS blijkt dat er voor het eerst in Nederland minder dan 50% van de bevolking tot een religieuze groep behoort. Ondanks het feit dat er mensen met andere religies naar Nederland komen en we steeds meer een multiculturele samenleving vormen. Sinds 2012 is er sprake van een daling van mensen met een religieuze overtuiging (CBS, 2019).

Is er dan geen aandacht meer nodig voor religie? Er is nog steeds aandacht nodig. Misschien niet alleen voor religie maar voor zingeving. Want ieder mens gelooft ergens in waarbij het niet gaat om de traditionele manier van geloven. Het gaat veel verder dan dat, het gaat over waarden die iemand aanhangt en waarvan iemand gelooft dat het gelukkig maakt (Verhagen, 2017). Machteld Hubert is een voorbeeld wanneer het gaat om wat het leven betekenisvol maakt. Zij vraagt middels de positieve gezondheid aandacht voor deze andere invalshoek. Juist door het accent niet op de ziekte leggen, maar op de mens zelf en op wat het leven betekenisvol maakt. Het Neuman Systems Model (NSM) geeft religie en spiritualiteit een duidelijke plek en rol. Neuman zegt dat de spiritualiteit altijd een rol speelt in het functioneren van de cliënt. Ongeacht of de patiënt die invloed erkent of niet. Het gaat hierbij niet om het oplossen van de problemen, maar over het er zijn. Oprechte aandacht, een luisterend oor en zoeken naar de zin, de bedoeling of het doel wat de cliënt aan het leven geeft (Verberk & Merks, 2016).

### **Existentieel herstel**

Tijdens het congres 'God, Geluk en de GGZ' hebben meerdere sprekers een pleidooi gehouden voor existentieel herstel. Schaap-Jonker geeft aan dat er geen herstel mogelijk is zonder existentieel herstel. Een psychiatrische aandoening is niet in alle gevallen te genezen. Aandacht voor zingevingsvragen en betekenisgeving bevordert het herstel, niet ingaan op deze thema's kan herstel in de weg staan (Schaap-Jonker & de Jong, 2016). Existentieel herstel zo vertelt Hanneke Schaap op het congres gaat over de betekenis van wat ik meemaak voor mijn kijk op mijzelf, de wereld, God en anderen. Dit sluit aan bij het Neuman System Model, de theorie over positieve gezondheid van Machteld Hubert en het pleidooi van Braam. Allen refereren aan het belang van zingeving in het leven. Waarbij zingeving voor de een meer in religie opgesloten ligt en bij de ander in spiritualiteit. Als mens hebben we het gevoel nodig dat ons leven zin heeft. Daarom is het van belang om aandacht te hebben voor zingeving/religie in de behandelkamer. Als ik niet kan genezen van mijn psychiatrische aandoening, wat geeft dan nog wel zin en waarde aan mijn leven? Vragen die essentieel zijn binnen de psychiatrie. Vragen waar een patiënt vaak zelf niet snel een antwoord op weet. Met het existentiële herstel integreer je zingeving/religie in je zorgverlening. Denk hierbij aan psycho-educatie. Schaap-Jonker doet hiervoor een pleidooi in haar presentatie. Geef aandacht en ruimte voor religieuze gedragingen/rituelen/zingevingactiviteiten. En in een tijd waarbij we elkaar nauwelijks nog "echt" zien, kies dan bewust voor stilte, streling en niet-weten. Existentieel herstel gaat over veel meer dan alleen de psychiatrische aandoening en de symptomen. Het gaat bij psychisch lijden over wat het leven zin geeft of zin kan geven.

Nagy, de bekende Hongaarse systeemtherapeut, zegt dat de oorsprong van je eigen bestaan opgesloten zit in de loyaliteit tussen ouders en kinderen. Hij spreekt van existentiële loyaliteit. Wanneer je als mens onrecht is aangedaan heeft dit gevolgen voor je zijn, je existentie (van den Eerenbeemt & van Heusden, 2019)

### **Geloof in de Psychiatrie**

Voor hulpverleners kan het lastig zijn om de religieuze achtergrond van de patiënt goed te begrijpen en te ontwarren welke rol deze achtergrond speelt bij het ontstaan van psychiatrische problematiek. Het gaat hierbij om het begrijpen welke rol religie speelt in het verhaal van de patiënt en hoe de hulpverlener moet reageren wanneer religie en/of spiritualiteit ter sprake komt (Krikilion, 2008). Wanneer duidt je dit in het kader van een psychiatrische stoornis en wanneer als deel van het verhaal van de patiënt? En is dit onderscheid eigenlijk wel te maken? Dit speelt bijvoorbeeld een rol wanneer er sprake is van religieus getinte wanen of hallucinaties die de sociaal-psychiatrisch verpleegkundige (SPV) nogal eens tegenkomt in de dagelijkse praktijk.

Religie geldt als beschermende factor bij suicidaliteit. Patiënten die een kerk bezoeken plegen minder vaak suicide. Om deze reden is in de Multidisciplinaire Richtlijn (MDR) van suïcidaal gedrag specifiek een aspect opgenomen waarin gevraagd wordt naar religieuze beleving of het behoren bij een geloofsgemeenschap (van den Brink, van der Velde, & Jongkind, 2016).

Dirk de Wachter noemde op het congres 'God, Geluk en de GGZ' nog een andere invalshoek. In een tijd waarin er sprake is van hoog technologische zorg en waarin bijna alles mogelijk en maakbaar is, lijken we alles onder controle te kunnen houden. Echter in de GGZ worden we regelmatig geconfronteerd met leed en verlies die we niet instant kunnen oplossen. Hiermee kunnen we slechts wat "foefelen" zegt de Wachter. Dat leidt tot machteloosheid en zelfs burn-out bij hulpverleners en patiënten. Dit plaatst ons voor vragen rondom zingeving in een GGZ-wereld die ontmenselijkt door de hang naar efficiëntie en perfectie. We moeten weer zoeken zegt de Wachter naar woorden voorbij de woorden. De Wachter zegt hierover dat we moeten durven kijken naar verdriet en verlies en ons moeten realiseren dat dit bij het leven hoort. Kijk elkaar dan in de ogen en vertel elkaar hoe het echt met je gaat. Dirk de Wachter geeft tijdens zijn presentatie aan zelf niet religieus te zijn. Toch is hij van mening dat zingeving van essentieel belang is in ons leven. In een leven wat niet maakbaar en perfect is gaat het erom wat ons leven van waarde maakt. Als hulpverlener vraagt dit om "echt" contact te maken. Niet wetend zijn, oprecht nieuwsgierig, zonder oordeel luisteren. Aandacht hebben voor het verhaal, voor zingeving.

### **Attitude**

Wanneer de SPV met deze thema's wordt geconfronteerd kan deze niet om zijn/haar eigen levensovertuiging en/of eigen antwoorden op existentiële vragen heen. De hulpverlener kan aanlopen tegen eigen barrières en zelfs tegenoverdracht. Het vraagt om reflectie op de eigen houding ten aanzien van existentiële en religieuze vragen. De vraag waar geloof jezelf in en hoe verhoudt je je als SPV ten opzichte van jouw patiënten die kracht en troost putten uit hun geloof in God of Allah? Dit vraagt om een gezonde dosis zelfreflectie. Uit onderzoek van het Sociaal Cultureel Planbureau blijkt bijvoorbeeld dat de opvattingen van autochtone Nederlanders over de islam niet zo positief is, veel mensen zijn bang voor de islam of denken dat de opvattingen van de islam niet samengaan met de Westerse samenleving (Acherrat-Sittou, 2009). Goed om als SPV na te gaan hoe dit eigenlijk bij jou zit om tegenoverdracht en wantrouwen in de therapeutische relatie te voorkomen. Dit is nodig om open en onbevooroordeeld te kunnen luisteren naar de ander en de klachten die de patiënt beschrijft te kunnen duiden in het levensverhaal van de patiënt (Uden, 2007). Hanneke Schaap noemt als aanvulling hierop dat het belangrijk is om uit te vragen wat de rol van religie is.

"*Religion that heals, religion that harms*" Focus als hulpverlener op de betekenis die religie voor de cliënt heeft. Een Rogeriaanse basishouding waarbij de hulpverlener een open en nieuwsgierige houding heeft. Maar dan gecombineerd met goed zicht op je eigen visie op existentiële vragen en religie (Uden, 2007).

### **Het congres en de SPV**

Het congres bood een invalshoek die niet zo vaak en zo nadrukkelijk wordt besproken in de psychiatrie namelijk de invloed van religie op geluk en welbevinden. De verschillende invalshoeken en juist ook de ruimte voor Dirk de Wachter die niet in een God gelooft, maakten dit congres veelzijdig en prikkelend. Binnen een Christelijke organisatie als Eleos is aandacht voor het onderwerp religie en zingeving vanzelfsprekend en logisch. Zingeving speelt altijd een rol wanneer er sprake is van psychische klachten. Aan de SPV de taak de vraag achter de vraag te kunnen verstaan. Woorden voorbij de woorden. Want in lijn met het competentieprofiel van de SPV heeft deze oog voor het ontroostbare en de innerlijke ervaringen (Derks, van der Padt, & Boon, 2014). Gericht zijn op het voorkomen van marginalisering en uitsluiting stuit op zingevingsvragen. Heb je wanneer je psychische problemen hebt nog het gevoel dat je meedoet? Dat je van waarde bent? Een inkluderende samenleving vraagt van de SPV het durven stellen van deze vragen. En het antwoord op deze vragen echt verstaan. Het verder kijken dan alleen het directe systeem (gezin) maar ook daar waar mogelijk samenwerken met systemen die voor de patiënt van belang zijn bij zingeving. Te denken valt aan dominees, pastorale medewerkers, gemeentekringen.

---

### **Literatuurlijst**

- Acherrat-Sittou, Z. (2009). Islam en psychiatrie in Nederland, een verkenning. *Psyche&Geloof*, 110-118.
- Braam, A., (2013), "Mensen die geloven herstellen sneller", Reformatorisch dagblad, Erdee mediagroep, Apeldoorn.
- Bakker, B., *Geluk uit een potje*, 2015, Uitgeverij Podium, Amsterdam.
- CBS. (2019, December 16). CBS. Opgehaald van CBS nieuws: <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2018/43/meer-dan-de-helpt-nederlanders-niet-religieus>
- Huisarts-migrant. (2019, december 28). Islam en gezondheid. Opgehaald van [www.huisarts-migrant.nl](http://www.huisarts-migrant.nl): <https://www.huisarts-migrant.nl/islam-en-gezondheid-algemeen/>
- Krikilion, W. (2008). Religie en spiritualiteit als uitdaging in de GGZ: handvatten voor de praktijk. *Psychopraxis*, 252-256.
- Schaap-Jonker, H., & de Jong, E. (2016). Herstelgeoriënteerde zorg binnen de christelijke GGZ: een inleiding. *Psyche & geloof*, 197-205.
- Uden, R. v. (2007). Zelfkennis en zingeving. *Maatwerk*, 229-232.
- Van den Brink, B., van der Velde, N., & Jongkind, M. (2016). Geloof & suicidaliteit: op stap naar synergie tussen onderzoek en klinische praktijk. *Psyche&geloof*, 60-62.
- Verberk, F., & Merks, A. (2016). Het Neuman Systems Model: nader uitgewerkt. In F. Verberk, & A. Merks, *Verpleegkunde volgens het Neuman Systems Model* (pp. 121-145). Assen: Koninklijke van Gorcum.
- Verhagen, P. (2017). Geloof in de psychiatrie. In J. Swinkels, D. Molenaar, & E. van Gorsel, *Psychiaters zijn niet gek* (pp. 57-70). Leusden: Diagnosis uitgevers.