

## Elke overtuiging staat of valt met de onwrikbaarheid waarmee ze beleden wordt. (Jane Adams)

Reactie op *Het einde van de SPV, leve de sociaal psychiatrische verpleegkunde*, van M. de Leeuw in SP 56, maart 2000, door Ivonne van der Padt, met medewerking van Ben Venneman en Marjon Arends.

Ongeloof en verbazing waren de meest overheersende gevoelens die mij bevingen toen ik Marianne de Leeuw tijdens het lustrumcongres in november 1999 hoorde spreken. Die gevoelens waren niet afgenomen toen ik haar lezing nog eens overlas in het laatste nummer van SP.

Mijn ongeloof en verbazing hebben vooral te maken met het feit dat een collega 'wapenfeiten' aanvoert voor situaties die eerder wenselijk dan reëel lijken te zijn. De woordkeuze doet vermoeden dat zij ten strijde trekt, als ging zij op oorlogspad, tegen collegae verpleegkundigen. In haar pleidooi de krachten van de GGZ verpleegkundigen te bundelen lijkt Marianne de Leeuw een volgend soort overtuiging over te willen brengen: Ik draag een jas, de jas past in de tas, dus pas ik in de tas. Wij zijn psychiatrisch verpleegkundigen, alle psychiatrische verpleegkunde is sociaal, alle psychiatrisch verpleegkundigen zijn sociaal psychiatrisch verpleegkundigen.

### De enige 'sociale' beroepsgroep in de gezondheidszorg?

In de inleiding geeft De Leeuw een voorstelling van zaken die niet overeenkomt met de werkelijkheid. Het zouden alleen GGZ verpleegkundigen zijn die 'sociaal' aan hun titel hebben toegevoegd. In advertenties valt te lezen, dat verschillende instellingen op zoek zijn naar sociaal psychiaters en sociaal verpleegkundigen (AGZ) ook zijn er sociaal geneeskundigen (AGZ) en sociaal psychologen. De NVvP kende tot voor kort een aparte sectie sociale psychiatrie.

In haar lezing beweert De Leeuw dat GGZ verpleegkundigen (opgetekend in *Van oppasser naar verpleegkundige*, De Leeuw e.a. 1997) van oudsher een attitude hebben gehad die aansluit bij sociaal psychiatrische uitgangspunten: de context van de cliënt, en de invloed van de omgeving op klachten als uitgangspunt nemen. De invloed van de omgeving op het ontstaan en voortduren van de klachten van cliënten die in klinieken verblijven, gaat voornamelijk over de invloed die uitgaat van het instituut. De 'natuurlijke' of maatschappelijke omgeving van de cliënt is niet aanwezig in de kliniek. Anno 2000 mogen verpleegkundigen zich nog steeds maar mondjes maat met die omgeving van die cliënt bemoeien. Talloze artikelen van GGZ-verpleegkundigen, die afstuderen aan de MGZ-GGZ opleidingen, beschrijven de huidige praktijk waarin de afstand tussen kliniek en leefomgeving van de cliënt nog erg groot is. Ik ben bang dat de wens van mevrouw De Leeuw hier de vader van de gedachte is.

### Het 'sociale' gehalte van GGZ verpleegkundigen

Uit verschillende publicaties blijkt dat het werken in de ambulante GGZ, bijvoorbeeld in de Pit of SPITS projecten, speciale bij- en nascholing vereist (Gassman 1998). Kennis en attitude over crisisinterventie, de systeembenadering, systematisch werken, rehabilitatie onderhandelingsvaardigheden en sociale netwerkvorming zijn niet aanwezig bij de GGZ verpleegkundigen. Kennis en attitude die noodzakelijk zijn om vanuit het

sociaal psychiatrisch gedachtegoed te werken. Ook uit een ander onderzoek, waaraan mevrouw De Leeuw heeft deelgenomen via een expertpanel en een expertmeeting (Swildens e.a. 1999), kwam naar voren dat verpleegkundigen te weinig zijn opgeleid om een bijdrage te kunnen leveren aan 'sociale verandering', een belangrijk onderdeel van de individuele rehabilitatiebenadering. De vaardigheid om te kunnen onderhandelen met maatschappelijke instellingen ontbreekt. In het onderzoek werd bekeken of (integrerende) verpleegkunde en rehabilitatie wel samen gaan. Naar voren kwam dat de integrerende verpleegkunde niet ingaat op centrale GGZ-thema's en het aan handvatten ontbreekt om cliënten in een meer ambulante georiënteerde GGZ te begeleiden. Zowel het beroepsprofiel van verpleegkundigen (1999) als de Contourennota (De Leeuw e.a. 1998) gaan uit van een gewenste situatie en niet van de huidige praktijk. De Leeuw geeft in haar lezing echter de indruk dat deze wens al lang breed tot de praktijk van alledag behoort.

Voor GGZ verpleegkundigen die hun intramurale werkplek inruilen voor een plek in de transmurale of ambulante psychiatrie blijkt dat extra scholing nodig is om de werkzaamheden goed uit te kunnen voeren. De vraag of er ook vanuit het sociaal psychiatrisch gedachtegoed wordt gewerkt is dan niet eens gesteld. Want het kan niet vaak genoeg herhaald worden: de setting alleen is niet voldoende om te kunnen stellen of beroepsbeoefenaren vanuit de sociale psychiatrie werken. De algemene uitgangspunten die Marianne de Leeuw noemt gelden voor veel hulpverleners in de GGZ. Nergens wordt verduidelijkt wat nu de uitgangspunten van de sociale psychiatrie zijn, en op welke wijze deze de sociaal psychiatrische verpleegkunde kleurt en inhoud geven. Op deze wijze past alles in de tas!

De sociale psychiatrie heeft een kennis en handelingsdomein waarbij de volgende uitgangspunten van belang zijn. In de sociale psychiatrie gaat het nooit om individuele cliënten maar altijd om de cliënt in zijn of haar maatschappelijke en sociaal-culturele context. Er wordt altijd gekeken naar behoeften van cliënten en diens directe omgeving; familie, sociale netwerk, professioneel netwerk. Er wordt uitgegaan van een actieve houding van de hulpverleners (bemoeizorg) naar allerlei risicogroepen. Dat zijn mensen in de thuissituatie met een scala aan psychiatrische stoornissen. Ook heeft men aandacht voor de sociaal-culturele context waarin psychiatrische problematiek zich ontwikkelt en voordoet en dient men de maatschappelijke uitstoting en marginalisering van bepaalde groepen tegen te gaan (daklozen, chronische patiënten en verslaafden). Sociale psychiatrie onderscheidt zich door een kritische houding van andere vormen van psychiatrie, het ziektemodel staat niet voorop. Ook beschouwt men het tot taak van de sociale psychiatrie, de maatschappij 'bewust' te maken van de maatschappelijke invloed van problemen. Sociaal psychiatrische hulpverlening kenmerkt zich door samenwerking met maatschappelijke voorzieningen en de klinische psychiatrie, en is niet beperkt tot een bepaalde behandelsetting. Het flexibel georganiseerde hulp-aanbod; waar nodig outreachend, langdurige hulp met een wisselende intensiteit, crisisinterventie, psycho-educatie en rehabilitatie, vergt flexibele hulpverleners die creatief en praktisch ingesteld zijn. De focus van de sociale psychiatrie ligt bij praktische problemen. Niet alleen de draagkracht van het sociale systeem wordt beoordeeld maar er is ook oog voor de materiële omstandigheden van cliënten. Belangrijk is vooral de inbreng, medezeggenschap en keuzevrijheid van hun cliënten (Onderwater, De Leeuw en Van der Padt 1999).

Betreibenswaardig is dat er sociaal psychiatrisch verpleegkundigen zijn die deze uitgangspunten niet hanteren in hun werkwijze naar de cliënt, de familie en de organisaties waar zij in en mee werken. Ook hier geldt in bepaald opzicht dat de wens de vader van de gedachte is. Dat betekent echter wel dat als er psychiatrisch verpleegkundigen zijn die volgens de uitgangspunten van de sociale psychiatrie willen werken, zij meer dan welkom zijn. Het werkterrein is groot en de werkdruk van de SPV-en is hoog. Noodzakelijk is dan dat hiervoor specifieke scholing wordt gevolgd, net zoals dat geldt voor GGZ verpleegkundigen die transmuraal willen werken.

#### **Met 'wapenfeiten' op oorlogspad**

Tot slot haalt De Leeuw het CONO-advies (2000) aangaande de beroepsstructuur aan. In het advies over de verpleegkundigen dat is geschreven door De Leeuw en Raben (2000) wordt gesproken over het behoud van sociale psychiatrie als gedachtegoed en niet als gedifferentieerde beroepsgroep. Dit advies is niet onderschreven door alle COOV-leden (de Kamer van verpleegkundigen in het CONO) en is ook niet als zodanig overgenomen door het CONO in het advies naar minister Borst. In het advies staat de SPV met naam en toenaam genoemd als gedifferentieerd GGZ verpleegkundige. In haar conclusie stelt De Leeuw dat het sociaal psychiatrisch gedachtegoed al 70 jaar aansluit bij het gedachtegoed van verpleegkundigen in de GGZ. Dat zal dan mogelijk zo zijn, maar hoe dit door verpleegkundigen tot uitdrukking wordt gebracht in de bejegening van cliënten, en hoe het dan kan dat kennis en vaardigheden die zij nodig hebben om dit gedachtegoed gestalte te geven nog immer ontbreken, blijft voor mij een groot vraagteken.

Dat vraagteken wordt niet weggenomen door de wapenfeiten die De Leeuw

aanvoert. Het verpleegkundig gehalte van SPV-en is, onder andere door kennis en gebruik van de DSM IV, volgens haar ver te zoeken. In een reactie op het onderzoek van Hutschemaekers en Neijmeijer (1998) liet De Leeuw (Onderwater, De Leeuw en Van der Padt 1998) weten dat GGZ verpleegkundigen 'gemiddeld 15,9 procent van de totale werktijd besteden aan werkzaamheden die voorheen tot het takenpakket van de medicus gerekend werden'. Zo verwijt de pot de ketel dat hij zwart ziet. Zoals bleek uit het eerder genoemde onderzoek van Swildens e.a. (1999) biedt het gebruik van integrale verpleegkunde geen garanties voor een vraaggerichte zorg. De zoektocht naar bruikbare methodieken om cliënten optimaal te kunnen begeleiden komt niet alleen uit de verpleegkunde. Andere disciplines hebben bruikbare methoden ontwikkeld, het is dus zeker zinvol om eclectische te werk te gaan zoals het onderzoek van Swildens e.a. aantoonde. De vele ongelijksoortige vragen die gesteld worden in een vermaatschappelijke GGZ geven de noodzaak aan tot een flexibel heen en weer bewegen van de ene methodiek naar de andere, al naar gelang de situatie en de vragen van de cliënt (Van der Padt 1999).

Als verpleegkundige, SPV en docent aan de MGZ-GGZ opleiding van de Hogeschool van Amsterdam ben ik het oneens met de conclusie van De Leeuw dat het einde van de SPV in zicht is. Het zijn vooral SPV-en die sturing en coördinatie geven aan zorg voor cliënten in de ambulante GGZ en de sociale psychiatrie, maar het zijn ook voortrekkers in werkgroepen en landelijke besturen (COOV, de Federatie i.o. bestuur GGZ-VS). De GGZ verpleegkunde lijkt eerder iets te verliezen dan te winnen als deze beroepsgroep verdwijnt. We moeten

nog zoveel overwinnen als totale beroepsgroep en met de bovenbeschreven 'wapenfeiten' een beroepsgroep

weg schrijven, kan volgens mij alleen maar leiden tot verlies.

## Literatuur

Gassman, P. (1998)

*Psychiatrisch thuiszorgwerker. Kwalificatie-eisen van een Psychiatrische Thuiszorgwerker.*

In: Sociale Psychiatrie, 17 e jaargang, nr. 51: pagina 7-12, juli 1998.

Hutschemaekers, G. en L. Neijmeijer (1998) *Beroepen in beweging. Professionalisering en grenzen van een multidisciplinaire GGZ*, Houten, Bohn Stafleu Van Loghum, Utrecht, Trimbosinstituut.

Leeuw, M. de, e.a. (1998) *Contourennota. Verpleegkundige beroepsuitoefening en deskundigheidsbevordering in de GGZ.*

Utrecht, COOV.

Onderwater, K. e.a. (1999)

*Verpleegkundigen, verantwoordelijke partners in de GGZ.*

MGV-1999-4, pagina 369-375.

Padt, van der I. (1999)

*Hoopvol bezorgd. Sociaal psychiatrische verpleegkunde van de 20<sup>e</sup> naar de 21<sup>e</sup> eeuw.* NVSPV, Eindhoven.

Swildens, W. en A. van Keijzerswaard (1999) *Verpleegkunde en rehabilitatie.* Rümkegroep, Utrecht, 1999.

## Maatschappelijke integratie van vluchtelingen en asielzoekers en de rol van de sociale psychiatrie

### Inleiding

Een grote toestroom van vluchtelingen en asielzoekers naar de geestelijke gezondheidszorg is te verwachten. Per 1 januari 2000 is de verantwoordelijkheid voor de zorg voor asielzoekers overgedragen van het Centraal orgaan Opvang Asielzoekers naar de Gemeenschappelijke Gezondheidsdiensten. Asielzoekers zullen moeten aankloppen bij reguliere hulpverleners. Sommige RIAGG's bereiden zich voor op de nieuwe doelgroep, anderen maken zich grote zorgen. Bezorgde geluiden werden ook vertolkt in het artikel *'Malen in molenland'* in het Volkskrantmagazine van 11 maart 2000. Hierin werd gesproken over de 'bonte lappendeken' van migranten, vluchtelingen en asielzoekers die zich melden voor hulp bij de geestelijke

gezondheidszorg. Instellingen in de GGZ zouden dreigen te bezwijken. De geestelijke gezondheidszorg is absoluut niet ingesteld op de nieuwe doelgroep van mensen uit de hele wereld met psychische problemen, zo meent J. de Jong, hoogleraar transculturele psychiatrie aan de Vrije Universiteit. Graag wil ik behoren tot de groep die zich voorbereid op de toename van hulpvragen door asielzoekers en vluchtelingen, waarbij ik zeker onderken dat de druk op de geestelijke gezondheidszorg kan toenemen. Ik ben echter van mening dat een optimale samenwerking met maatschappelijke instanties en medewerkers uit andere instellingen de druk kan verlagen en dat dit bovendien bevorderlijk is voor het proces van integratie. Met een voorbeeld uit de praktijk wil ik de positie van de vluchteling in onze maatschappij

verhelderen en wil ik onderbouwen waarom juist in de sociale psychiatrie aanknopingspunten gevonden kunnen worden voor deze doelgroep. Hierbij wil ik ook expliciet in gaan op de rol van de sociaal psychiatrisch verpleegkundige.

### **De vluchteling als patiënt en zijn positie in de maatschappij**

Het psychiatrisch centrum waar ik werkzaam ben, richt zich op de behandeling van oorlogs- en geweldsgetroffenen. Ook bij ons is een toename te zien in de aanmeldingen van vluchtelingen en asielzoekers. Het uitgangspunt in de behandeling bij deze doelgroep moet zijn dat er zowel aandacht is voor de traumatische ervaringen van patiënten, als voor de acculturatieproblemen hier in Nederland. De vluchtelingen leven niet alleen in een isolement vanwege PTSS-klachten, maar ook vanwege hun geïsoleerde positie in de Nederlandse maatschappij (van Emmerik & van den Heuvel, 1999).

Door het lange wachten op een status, beperkte financiële mogelijkheden en geen vooruitzicht hebben op werk of studie, worden vluchtelingen naar de rand van de samenleving gedreven. Het nietsdoen en afwachten breekt op. Er wordt wel gesproken van marginalisatie als 'tweede' traumatisering omdat de periode van gedwongen ledigheid de natuurlijke copingmechanismen van hard aanpakken en het opbouwen van een sociaal netwerk aantast (Rohlf, 1999). In het land van herkomst hebben zij vaak belangrijke posities bekleed en moeten nu bij wijze van spreken weer 'onder aan de ladder' beginnen.

De vluchteling heeft de controle over zijn bestaan grotendeels verloren en heeft hierdoor meer moeite met het aanbrengen van structuur in zijn leven. Zingevingsvragen en gevoelens van machteloosheid spelen vaak een grote rol door het ontwrichte leven en de traumatische ervaringen.

Een voorbeeld van een vrouw, die ik sinds anderhalf jaar begeleid:

*Irina is zes jaar geleden met haar echtgenoot uit Iran gevlucht. Onderweg werd zij opgepakt door de politie, gevangengezet en verkracht. Toen zij uiteindelijk samen met haar echtgenoot in Nederland kwam, begon de lange en moeizame weg van de asielaanvraag. Na drie jaar wachten in een AZC kreeg het echtpaar een klein, vochtig vakantiehuisje toegewezen in het bos. In die tijd hoorde zij dat haar vader vermoord was. Irina, die de uitputting nabij was, kon dit bericht niet aan en werd met ernstige PTSS-klachten opgenomen in onze kliniek. Een intensieve behandeling van een jaar zou volgen, welke deels in de dagkliniek plaatsvond. In deze tijd kwam er geen helderheid over de asielaanvraag. In de weekenden ging ze naar huis. Zij en haar echtgenoot waren verstoken van contacten. Ieder poging mijnerzijds hun netwerk helpen uit te breiden, werd stelselmatig van de hand gewezen. Irina durfde zich niet aan nieuwe men-sen te binden, zolang er geen zekerheid bestond over hun verblijf. Ook kreeg zij in deze tijd een ernstige leveraandoening, hetgeen levensbedreigend was. Een goede behandeling heeft plaats kunnen vinden maar haar fysieke kwetsbaarheid maakt haar soms nog erg angstig. Eind vorig jaar kreeg het echtpaar te horen dat ze in aanmerking kwamen voor de A-status. Inmiddels bewonen zij een ruime flat in de stad. Ik zie Irina een keer per twee weken voor een poliklinisch gesprek. Zij is begonnen met het inburgeringsprogramma en volgt nu taallessen. Haar echtgenoot, die al tijdens het wachten op een status het staatsexamen voor Nederlands deed, heeft een kleine vrijwilligersbaan gevonden.*

In het gesprek, dat ik vorige week met Irina had, vertelde ze met tranen in haar ogen dat ze zich erg alleen voelt op school. Het niveau van de taallessen

ligt te laag, waardoor ze zich erg gefrustreerd voelt. Ze had gehoopt nu een zinvolle invulling van haar dag te krijgen, maar ervaart het tegenovergestelde. Zij is erg onzeker in het contact met klasgenoten. Ook heeft zij soms last van dissociatieve momenten op school. Als hiervoor aandacht is van de docent of van een medecursist, versterkt dit haar gevoel van uitgezonderd zijn. De school is moeilijk bereikbaar met openbaar vervoer en dus gaat zij met de fiets. Haar fysieke toestand is niet optimaal en vaak kost het haar al veel moeite om op school te komen. Ze heeft veel last van rugklachten en zou hiervoor een orthopedische aanpassing moeten krijgen, echter het ziekenfonds vergoed dit hulpmiddel niet. Het zitten in de schoolbanken kost op deze manier nog eens extra moeite. Soms heeft ze de neiging om maar te stoppen met school.

Irina zou wel eens een klasgenoot uit willen nodigen thuis om te komen theedrinken, maar de inrichting van hun flat laat nog heel wat te wensen over. Ze schaamt zich hiervoor. Ze beschrijft deze vicieuze cirkel, die haar belemmert om uit haar isolement te komen. Irina voelt zich vaak machteloos en denkt na over de dood. Ze wil haar echtgenoot hier niet mee belasten, omdat ze bang is dat hij het dan niet meer aankan. Hierdoor worden haar gevoelens van eenzaamheid versterkt. Tijdens Irina's opname in de kliniek lag de nadruk van de begeleiding op het krijgen van controle over de ernstige klachten die samenhangen met haar traumatische ervaringen. Nu zij daar wat meer grip op heeft gekregen, ligt mijn inziens een sociaal psychiatrische benadering voor de hand. In de volgende paragraaf zal ik daar nader op in gaan.

### **Sociaal psychiatrische benadering bij de problematiek van vluchtelingen en asielzoekers**

*Samenleving, burgerschap en sociale psychiatrie*

Het primaire doel van de geestelijke gezondheidszorg, zoals omschreven is in de nota *Onder Anderen*, is de reïntegratie van cliënten met psychische problemen als volwaardige burgers in de samenleving (WVC, 1993). Het levensgebied waar deze deelname aan de samenleving zich het meest laat voelen in deze tijd is de betaalde arbeid. Een ander belangrijk gebied voor deelname heeft betrekking op de sociale contacten in de directe leefomgeving. De nadruk in onze maatschappij heeft de laatste jaren sterk gelegen op eigen verantwoordelijkheid van de burger en op de individualiteit waardoor sociale burgerrechten kunnen vervagen. Hierdoor dreigt een onderklasse te ontstaan. Deze bestaat uit langdurig werklozen, vluchtelingen, dak- en thuislozen en (ex) psychiatrische patiënten (Polstra, 1998).

Het sociaal isolement waarin deze groep terecht kan komen moet doorbroken worden. In hun eigen omgeving heeft men hulp nodig bij het verhogen van competenties om sociale contacten te hebben en te onderhouden. Bij burgerschap gaat het om daadwerkelijke deelname aan de samenleving. De sociale psychiatrie kan hierin een belangrijke rol vervullen, waarbij het gaat om het helpen organiseren van sociale netwerken en het actief probleemoplossend handelen in de eigen omgeving van burgers uit de voorgenoemde doelgroep. Ik denk hierbij aan hulpverleners, die deze zorg gaan coördineren en tevens de eigen krachten van mensen uit deze doelgroep onderkennen en helpen deze optimaal te gebruiken. Juist vluchtelingen hebben hier mijn inziens hulp nodig. Een vorm van casemanagement bij vluchtelingen en asielzoekers zou ik zeer aan te bevelen vinden. Het zou te ver voeren om daar nu verder op in te gaan.

Eenzaamheid en gebrek aan sociale steun kunnen er voor zorgen dat de vluchteling te weinig informatie krijgt hoe de samenleving in het nieuwe land functioneert. Sinds 30 september 1998

is de Wet Inburgering Nieuwkomers (WIN) van kracht geworden. Dit betekent dat degenen die een volledige verblijfsvergunning krijgen verplicht zijn zich te melden voor een zogenoemd inburgeringsonderzoek en zo nodig het inburgeringsprogramma gaan volgen. Doel hiervan is de nieuwkomers zo goed mogelijk te helpen een bestaan in Nederland op te bouwen en hen als volwaardige burgers van aan deze samenleving deel te laten nemen. Voor de hulpverlener in de sociale psychiatrie is het van groot belang weet te hebben van deze wet en van de uitvoering daarvan. In het kader van dit essay en van een aantal vragen die ik had in de begeleiding van vluchtelingen, heb ik een afspraak gemaakt bij het Bureau voor Nieuwkomers en Vluchtelingenwerk te Amersfoort (NVA), die zorg draagt voor de organisatie en uitvoering van het inburgeringsprogramma.

#### **Samenwerking met het NVA en medewerkers van andere instellingen**

Het NVA heeft een breed aanbod voor de vluchtelingen en asielzoekers als het gaat om integratie in de Nederlandse maatschappij. Een trajectbegeleider en een maatschappelijk begeleider bekijken samen wat de vluchteling nodig heeft om:

1. zich thuis te voelen in de nieuwe omgeving
2. de Nederlandse taal te leren
3. een opleiding te volgen
4. werk te vinden

Iedere nieuwkomer krijgt een eigen contactpersoon aangewezen in dit gehele traject.

Een voorbeeld, waarbij ik me afvraag in hoeverre ik moet handelen:

*Irina vertelt mij dat ze vindt dat het niveau van de taallessen van het inburgeringsprogramma te laag ligt. Dit frustriert haar bijzonder. Ze heeft een toets moeten doen om haar niveau te testen en dan is dit het resultaat. Medecursisten vragen voortdurend haar*

*hulp en Irina boekt geen vooruitgang met haar taal.*

*Haar hoop die ze had om zinvol bezig te kunnen zijn, wordt naar haar gevoel de grond ingeboord. Ze wordt er moedeloos van, haar depressieve stemming komt weer meer op de voorgrond en het naar school gaan wordt een opgave.*

Irina komt bij mij met dit verhaal en dus ga ik er op in. Ik vraag na in hoeverre zij zelf al actie heeft ondernomen om dit kenbaar te maken op school. Ze heeft er wel met haar docente over gesproken en ze krijgt nu extra oefeningen maar toch blijft ze het gevoel houden niet veel nieuws te leren. Bovendien bevordert dit de aansluiting met de medecursisten niet en dat is nu juist waar ze zo'n behoefte aan heeft. Ik luister naar haar verhaal waarin gevoelens van moedeloosheid haar overspoelen. We spreken af dat Irina contact op zal nemen met haar contactpersoon bij het NVA en het bovenstaande zal vertellen. De volgende keer dat ik Irina spreek, vertelt ze mij dat ze tussentijdse toetsen gaat doen op school en daarna waarschijnlijk in een andere groep geplaatst kan worden. Verder heeft ze met haar contactpersoon afgesproken dat ze een cursus voor het maken van sieraden gaat volgen.

Ik vind het belangrijk dat Irina zelf stappen onderneemt zodat ze merkt dat ze niet machteloos is in deze situatie. Daarnaast vind ik het niet nodig dat ik contact opneem met de school omdat er bestaande kanalen zijn, waar Irina zelf gebruik van kan maken. Wel zie ik het als mijn taak om Irina te steunen in de stappen die ze moet zetten en oor te hebben voor haar sombere en machteloze gevoelens.

Het spreekt mij aan dat het NVA overwegend met vrijwilligers werkt. Op deze manier vergroten zij het draagvlak voor vluchtelingen en asielzoekers in de maatschappij. Daarnaast zorgt het werken met vrijwilligers voor laagdrempeligheid.

Vluchtelingen en asielzoekers kampen vaak met materiële problemen. Ze komen bij je met allerlei vragen van praktische aard. In eerste instantie kun je dan geneigd zijn dit af te houden omdat je het gevoel hebt dat het regelen van diverse 'klussen' niet bij je eigenlijke takenpakket hoort. Toch kun je er als hulpverlener voor kiezen soms wel te bemiddelen omdat het bijvoorbeeld een ingang kan geven voor verdere behandeling. Wel moet je duidelijk zijn over je eigen professionele grenzen en over het doel van de begeleiding. Het is goed om kritisch te zijn als je te veel regelt. Je kunt je afvragen of dit te maken heeft met de machteloosheid van de vluchteling of met je eigen machteloosheid, waardoor je aan het oplossen gaat (A. Jasperse, 1999). In het voorbeeld van Irina was het goed om te kijken wat ze eerst zelf kon doen om het orthopedische hulpmiddel vergoed te krijgen. Uiteindelijk heeft ze samen met haar echtgenoot de huisarts benaderd en daarna het ziekenfonds. Dit bood echter nog geen oplossing. Ik heb gekeken wat ik daarna zou kunnen doen. Op deze manier kon ze kennismaken met de gang van zaken wat betreft vergoedingen en aanvragen bij het ziekenfonds in de Nederlandse samenleving. De hulpvraag van asielzoekers en vluchtelingen is vaak complex. Vaak zijn verschillende instellingen tegelijk bij hun problematiek betrokken. Om niet 'in elkaars vaarwater te zitten' maar juist gebruik te maken van elkaars deskundigheid, is het erg belangrijk dat er naar samenwerking wordt gezocht. Bovendien bespaart dit de vluchteling veel verwarring en het gevoel te hebben eindeloos zijn verhaal te moeten doen.

Je hebt als hulpverlener in de geestelijke gezondheidszorg ook een consultatieve functie -ad hoc of systematisch- naar werkers in de eerste lijn, medewerkers in je eigen instelling en andere disciplines.

Zo kun je bijvoorbeeld een rol spelen bij de zorg rondom de vluchteling die in het algemeen ziekenhuis is opgenomen. Dit wil ik illustreren met het voorbeeld van Irina, toen zij in het ziekenhuis lag en ik gebeld werd door een verpleegkundige:

*De verpleegkundige vroeg of ik zo snel mogelijk wilde komen. Irina was agressief, had alle spullen door haar kamer gegooid en had gezegd dat ze geen enkele hulp meer wilde. Ze lag op de vijfde verdieping van het ziekenhuis en men was bang dat ze uit het raam zou springen.*

Omdat ik al een vertrouwensband had met Irina, kon ze me duidelijk maken dat ze alle positieve aandacht in het ziekenhuis niet meer verdragen kon. Ze was dit niet gewend en ieder keer zag ze weer andere gezichten. Ook had zij zich moeten uitkleden in de badkamer terwijl de verpleegkundige op de gang stond te wachten. Dit bracht herbelevingen en veel angst met zich mee. Ik kon aan de verpleegkundige uitleggen welke klachten samenhangen met haar traumatische ervaringen en hoe zij Irina meer overzicht en duidelijkheid konden geven. Men besloot haar voor de resterende tijd een vast contactpersoon te geven, wat goed werkte.

In Amersfoort wordt inmiddels aan een preventief programma gewerkt door de RIAGG en partners uit de regio waarbij asielzoekers al direct bij aankomst psychologisch worden bijgestaan. Deze initiatieven juich ik van harte toe. Samenwerking met andere instanties en hulpverleners en het gebruik maken van elkaars mogelijkheden is mijns inziens een krachtige bron om de hulpverlening aan vluchtelingen en asielzoekers te effectueren. Het vermindert de druk op de geestelijke gezondheidszorg en het komt de integratie van de vluchteling in het maatschappelijke leven ten goede.

### **Beroepsdomeinen van de sociaal psychiatrisch verpleegkundige en vluchtelingenproblematiek**

Omdat de hulpvraag van asielzoekers en vluchtelingen vaak op heel praktisch gebied liggen en daarnaast ook om behandeling en coördinatie vragen, lijkt me dat juist de sociaal psychiatrisch verpleegkundige de aangewezen discipline is om met deze doelgroep te werken. De vier beroepsdomeinen van de sociaal psychiatrisch verpleegkundige zijn: directe cliëntenzorg, preventie en consultatie, zorginnovatie en beleid en deskundigheidsbevordering en coaching.

Gezien de complexiteit van de problematiek van asielzoekers en vluchtelingen op diverse levensterreinen zijn er ook veel mogelijkheden om een aangrijpingspunt voor een behandeling te vinden (A. Jasperse, 1999). De sociaal psychiatrisch verpleegkundige kan de vluchteling allereerst helpen een overzicht te krijgen op zijn problemen om hem daarna te helpen weer macht te krijgen over zijn eigen leven. Ook kan de SPV een grote rol spelen bij preventieprojecten en het geven van consultatie. Het is belangrijk om de ontwikkelingen in onze samenleving goed te volgen en deze te kunnen vertalen naar de eigen werkplek om zo factoren te onderkennen die zorginhoudelijke innovaties noodzakelijk maken, zoals het voorbereiden op de grote toename van hulpvragen door vluchtelingen en asielzoekers.

Vooraf ook het verdiepen in andere culturen, andere systemen van zorg en de gevolgen van traumatisering, ontheemding en migratie in het leven van een mens, is een belangrijk

aandachtspunt in het werk van de sociaal psychiatrisch verpleegkundige.

### **Samenvatting**

De hulpvragen van asielzoekers en vluchtelingen aan de geestelijke gezondheidszorg zullen toenemen. Belangrijk is dat er netwerken ontstaan van verschillende instanties en disciplines, die op deze vragen ingaan. Dit kan voorkomen dat de geestelijke gezondheidszorg overbelast wordt en bovendien hebben deze samenwerkingsverbanden een gunstige invloed op de maatschappelijke integratie van vluchtelingen en asielzoekers. De sociale psychiatrie leent zich bij uitstek voor de hulpvragen van deze doelgroep omdat zij zich ten doel stelt actief te opereren in de sociale omgeving van hun zorgvragers en hen helpt stevige grond onder de voeten te krijgen, zodat ze zoveel mogelijk op eigen kracht en met behulp van familie en of kennissen kunnen verwerken.

De sociaal psychiatrisch verpleegkundige kan hierin een sleutelrol spelen omdat zij een breed takenpakket heeft, waarvan coördinatie een belangrijk aspect is.

### **Met dank aan:**

Mevr. H. de Kievit, hoofd van de afdeling Begeleiding bij het Bureau voor Nieuwkomers en Vluchtelingenwerk te Amersfoort

### **Auteur:**

Andrea Tuentler,  
Essay, Studente MGZ-GGZ  
Hogeschool van Amsterdam  
maart 2000

---

### **literatuur**

F. van Duijn (1999).  
*Asielzoekers worden 'gewone patiënten'*.  
In Psy, 23 december 1999.

E. van Emmerik en D. van den Heuvel  
(1999).  
*Dagbehandeling van getraumatiseerde  
vluchtelingen en asielzoekers*.  
In ICODO-Info 99-1/2.

C. Janssen (2000).

*Malen in molenland.*

In Volkskrant Magazine nummer 28.

A. Jasperse (1999).

*Sociaal - psychiatrische benadering.*

In: Vluchtelingen in de GGZ, handboek voor de hulpverlening.

Redactie: H. Rohlof e.a. Utrecht, Pharos.

Polstra (1998).

*Tussen isolement en integratie.*

Utrecht, SWP. In Module Sociaal Psychiatrische Strategieën, Hogeschool van Amsterdam.

H. Rohlof (1999).

*Diagnostiek en indicatiestelling.*

In: Vluchtelingen in de GGZ, handboek voor de hulpverlening.

Redactie: H. Rohlof e.a. Utrecht, Pharos.

Venneman, B. (1998)

*Profiel Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige.*

NVSPV, Eindhoven.

*Een nieuw bestaan in Nederland, inburgeren voor nieuwkomers.*

Uitgave van Ministeries van Buitenlandse Zaken, OcenW en VWS.

VWS, (1993)

*Onder anderen,*

VWS, Rijswijk.

## Inloop-workshopdans

In de dans en theaterwereld was het eind jaren tachtig, begin jaren negentig mode om een statement te maken door een theaterstuk ten tonele te voeren met 'acteurs' met een handicap. Niet de handicap spelen, maar deze laten zien in het 'echt', 'puur', 'zonder poespas'. Zo werd er een voorstelling gemaakt door de mimegroep Suver Nuver met mensen die lichamelijk gehandicapt waren. De Belg Wim Vanderkeybus maakte een dansvoorstelling met visueel gehandicapten. Andere theater groepen werkten met 'spelers' direct van de straat, en lieten hen al schreeuwend hun levensverhaal op het podium vertellen. Prachtige voorstellingen waren het. Toch hield ik er na afloop altijd een bezwaard gevoel aan over en kon ik de maker, hoe vaak ik het probeerde, niet vrijpleiten van pedanterie. Een paar keer werd me in die tijd gevraagd een stuk met 'gekken' te maken. Ik was tenslotte toch ook sociaal psychiatrisch verpleegkundige - gekscherend werd ik weleens B-beweger genoemd. Ik hield de boot af met de woorden: schizofrene dansbewegingen maken is wel even wat anders dan schizofreen zijn. Vanuit een heel ander perspectief dan

toen, ben ik er nu eind jaren negentig toch aan begonnen, een dansstuk te maken met mensen met een psychiatrische achtergrond. Dat ik van gedachte veranderde werd niet zozeer veroorzaakt door een andere tijdgeest binnen de dans en theaterwereld, maar eerder door de veranderingen de laatste tien jaar binnen de GGZ. met de rehabilitatie en de vermaatschappelijking van de zorg als belangrijkste hoofdstukken. De consumer-run projecten hadden hier mijn grootste aandacht, af en toe dacht ik aan een consumer-run dansgezelschap. De uiteindelijke doorslag om initiatieven te nemen gaf het project Kwartiermaken Haarlem. Zij boden mij de ruimte absoluut pretentieloos te starten. Voordat ik de repetitieruimte betrad, formuleerde ik: Tijdens de repetities nooit therapeutisch denken; En: Het lichaam is een instrument waarmee je een verhaal kan vertellen; En als derde punt, heel concreet: 'Communiceren met het publiek'; Verder formuleerde ik niets, behalve een wervingsfolder, en wilde ik zien wat er komen zou. De workshop bestond uit zes bijeenkomsten, eenmaal in de week, die minimaal twee uur duurden. De vijfde

bijeenkomst was de generale repetitie, en de zesde, de presentatie. Het doen van de workshop was een unieke ervaring, zelden zag ik mensen zo enthousiast en geconcentreerd bezig. Daarnaast vond ik het opmerkelijk hoe de toch wel twijfelachtig geformuleerde uitgangspunten zo goed werkten. Dit leidde ertoe om van de workshop een verslag te schrijven. Enerzijds bruikbaar als document voor het project Kwartiermaken Haarlem. Maar ook met het motief dat anderen, werkzaam in de GGZ, er mogelijk iets van kunnen opsteken, of misschien zelfs uitwerken. Ik koos voor de vorm van het dagboek, omdat ik denk dat je op deze manier het best kan laten zien en mee voelen wat er tijdens een maakproces allemaal gebeurt. Het dagboek is met deze bedoeling te vergelijken met de klas-sieke 'gevalsbespreking'.

### **1<sup>e</sup> Bijeenkomst**

Is hier de dansworkshop, wordt er voorzichtig gevraagd vanuit de deuropening van de gymzaal...?

Ja, zeg ik op m'n vriendelijkst.

Kom gerust verder.

Welkom.

Even later als we onwennig hebben plaats genomen in een kring op kale stoelen, leg ik helder en kort uit wat we de komende zes workshops die minimaal twee uur duren zullen gaan doen...

Als ik wil starten met de warming-up kan ik tot m'n schrik de skiptoets van de cd-speler niet vinden en wordt nerveus.

M'n vingers beginnen te trillen. Ik lach vriendelijk en kijk om me heen en zie roerloze gezichten van vijf vrouwen tussen de dertig en vijfenveertig.

Gelukkig, één van hen lacht terug.

Doordat ik de skiptoets niet vinden kan, is het onmogelijk om de juiste muziek waarop ik de warming-up had gepland af te spelen. De vrouw die daarnet nog vriendelijk naar me lachte, zegt plots stemmen te horen en dat ze die niet langer onder controle kan houden. Ze moet weg. Ik denk, ze bedoelt vast dat ze mijn stunteligheid niet kan aanzien. En gelijk heeft ze. Vreselijk. Zeker

nadat ik met nuchtere hulp ontdekken moet dat de skiptoets, een schijf is, heel handig te bedienen. De deur valt achter de vrouw dicht. Even later klinkt dan eindelijk de muziek. Vier vrouwen en een man staan in een ruimte.

In m'n hoofd mekkert gezeur over weinig deelnemers. Het wordt niets hier, en ondertussen ga ik veel te vlug door de warming-up oefeningen. Hoog, laag, links, rechts en strekken. Op de gezichten van de vier vrouwen kan ik niet lezen of ze het wel of niet leuk vinden. Meestal verschijnen na tien minuten blosjes op de wangen van de spelers. Nu niet. Aantal deelnemers? Wat een onzin! Wat een gemekker. Een choreograaf maakt solo's, duetten, trio's, kwartetten. En kent geen commernis over deelnemersaantallen. Waarop ik me krachtig voorneem een stuk te maken voor vier vrouwen. En misschien wel voor vijf, tenminste als ik de Mevr. die wegging, na afloop nog tegen kom in de bar van Het Keerpunt, en mij excuseer over mijn gestuntel en zij alsnog kan besluiten mee te doen. Als sneeuw voor de zon verdwijnt de druk van het geringe deelnemers aantal en ook de wankele verzekering van succes. En hierdoor ben ik beter in staat na te denken over waar we hier uiteindelijk voor bij elkaar zijn, een choreografie maken.

Dan schiet me een dansstapje te binnen. Ik doe het voor, heel eenvoudig, een, twee, drie, vier enz. De dames moeten lachen omdat ze zich steeds vergissen in het linker been. Er lijkt een logische aanzet in het stapje te zitten van links op rechts maar dat is niet zo. Het is drie keer rechts front, en dan ball-change wederom rechts naar achteren en dan pas links naar opzij. De eerste blosjes verschijnen op de wangen. Bij de korte inleiding vertelde ik, dat de choreografie zich afspeelt in een café... Ook vertelde ik over de improvisatieopdracht, doen alsof je kleren aantrekt. Trek een broek aan, trek een jurk over je heen, doe handschoenen aan, knoop een bloes dicht, doe een strikje om,

strijk langs de rand van een grote hoed enz. Het doen alsof je kleren aantrekt levert bewegingen op, vertel ik. Maak er vier, en zet deze achter elkaar. Door ze achter elkaar te zetten op muziek zal er als vanzelf een bewegingslijn ontstaan. De vrouwen knikken aandachtig, en gaan onwennig aan de slag. Ik help ze ieder bij het ontwikkelen van een bewegingslijn. Als de lijn een beetje 'loopt' en 'staat', is het moment daar om de lijn, sequence, te laten zien aan elkaar en er wat over te zeggen. Het duurt even voor het zover is. Lena, Sandra, Angela en Rianne werken hard en staan in de ruimte alsof ze dit al jaren doen. Om de vijf minuten zet ik een ander stuk muziek op. Nina Simone, D'eus, Underworld, Hans Dulfer. Na een twintigtal minuten is het wel zover. Het resultaat is verbluffend. Armen gaan langs benen en slaan in de lucht om vervolgens om het hoofd driftig een cirkel te draaien. Vingers frunniken zenuwachtig in de hals, dan plots aan de voeten. Billen schokken. Een hand strijkt langs een heup, voeten schuiven en stampen. Een persoonlijk verhaal ontstaat er zo, een verhaal van en over de mogelijkheden van het lichaam als instrument om mee te vertellen.

### **2° Bijeenkomst**

Sandra heeft zich afgemeld. Zij moest naar de pedicure. Lena is er ook niet. Jammer. Nina is speciaal voor haar gekomen. Ze kennen elkaar niet. Maar Nina had gehoord dat Lena ook uit Kroatië komt en wilde haar graag ontmoeten. Job is ook nieuw en wil wel mee doen maar hij zegt met veel bravoure dat hij niet kan dansen en persifleert al bewegend door de ruimte een klassiek danseresje. De manier waarop hij dit doet, heel driftig en energiek, ziet er spannend en dreigend uit. Ik vraag hem het nog een keer te doen. Het lukt hem zo ongeveer hetzelfde nog een keer te doen. Iedereen moet hartelijk lachen, Sonja het hardst. Zij is ook nieuw en wil graag meedoen maar eerst het gedeelte voor de pauze effe aanzien. Ook Nina die

zich ondertussen heeft teruggetrokken op een stoel, wil het eerst allemaal aankijken. Angela en Rianne vormen de vast kern tot nu toe. Iedereen, behalve Nina, dus ook Job doet mee aan de warming up. Job heeft inmiddels zijn gespierd bovenlichaam ontbloot. Hij zweet heel erg. Hij zegt, ik ben de laatste tijd zwaar geworden en wijst op zijn zwembandjes. Komt door de pillen. Hij vindt het benauwd in de zaal, wat klopt want buiten is het 27 graden. Na tien minuten, tegen het einde van de warming-up zegt hij het niet meer te kunnen volhouden, die hitte! En verlaat de zaal met de woorden, denk niet dat ik het niet leuk vind maar ik moet gewoon gaan. Ik zeg, ik vond het heel fijn om met je kennis te maken en je persiflage vond ik geweldig. Mocht je volgende week willen komen, dan gaan we kijken of we jouw klassieke danseres een plaatsje op het podium kunnen geven. Hij lacht en verdwijnt. We laten aan Sonja en Nina die ineengedoken, erg verlegen zo lijkt het nog altijd op de kale stoel zit, zien wat we vorige week gedaan hebben. Ze vinden het wel wat. Vooral Sonja vindt de muziek erg mooi, een ambiënt stuk van Moby. Plotseling zegt Nina, ambiënt is dat, eh, ambiënt ja..., dat vind ik mooi. Ze lacht voorzichtig. Ik laat haar nog een andere ambiënt, afgewisseld met housebeat, cd horen, van Underworld. Ze vindt het mooie muziek. Ik houd ervan, zegt ze kort. We nemen pauze. Angela en Rianne zweten. Ria die ons ondersteunt brengt frisdrank. Ik vraag vanuit het niets, welke dansvoorstelling men laatst heeft gezien? Vragen vanuit het niets zijn meestal verschrikkelijke maar ik realiseer het me te laat. In de danswereld praat je in de pauzes van repetities o.a. over de laatste voorstelling die je hebt gezien, van William Fortsytgh, Hans van Manen, Christina de Chatel, Anna Therese de Keersemaaker enz. Naar een dansvoorstelling gaan, roept Sonja, hoe kom je er bij? Ik zou wel willen ja, naar de stopera, Assepoester lijkt me geweldig. Maar dat kost vijftig gulden en dan

moet je de trein nog betalen, dat is dan zestig gulden. Van zestig gulden kun je een week eten. Nee, een bezoekje aan de schouwburg kan echt niet van ons budget. En als ik geld over hou van m'n uitkering, en dat komt echt niet vaak voor, dan leg ik dat opzij om naar m'n familie in Duitsland te kunnen reizen. Beschaamd over m'n pedante en niet realistische vraag, kronkelt in m'n hoofd de gedachte, werkelijke rehabilitatie zou zijn, de sociale dienst uitkering met 1000,- per maand verhogen.

De spieren mogen niet koud worden. Nina heeft besloten mee te doen en Sonja ook en zo bestaat de groep weer uit vier.

Ik stel voor dat we evenals vorige week aan de improvisatie opdracht gaan werken. Voor Sonja en Nina leg ik de opdracht uit. Ze pikken het snel op. Ik laat de vrouwen voor zichzelf werken. Tot m'n verbazing zie ik aan Nina, de manier waarop ze beweegt, dat zij dans-training heeft gehad. Haar bewegingen zijn groot en ze maakt ze heel gemak-kelijk af en een draai om de as kost haar geen moeite. Ik zie haar spotten. Hoe is het mogelijk, denk ik. Zo even zat ze nog ineengedoken, verlegen en schuchter, op een stoel te twifelen of ze wel of niet zou deelnemen aan de workshop. Ik kan m'n ogen niet geloven. Als we aandachtig en geconcentreerd naar elkaars bewegingsfrases kijken en Alex aan de beurt is, is het duidelijk, maar ze laat merken door met haar handen voor haar mond te zwaaien niets over haar door mij veronderstelde dansachtergrond kwijt te willen. Ze heeft een prachtige bewegingslijn gemaakt met een soepele draai om de as erin en onderwijl doet ze alsof ze een gesp om haar middel snoert waardoor de draai ogenschijnlijk iets meer snelheid krijgt. Dan maakt ze een stop, strekt haar armen wijdt uit en duikt dan ineem om 'haar broekspijpen op te stropen'.

Ik vraag aan Angela of ze direct van haar beginpositie plaats wil nemen op de stoel 'in het café' en zittend haar bewegingslijn wil doen om te kijken wat dit oplevert. Tot mijn grote verbazing is haar uitstra-

ling zittend op de stoel veel sterker dan staand. Ze maakt de ene arabesque na de andere. Al zittende heb je natuurlijk meer controle over je balans. En als je controle hebt, voel je vrijer, wat heel mooi is, iemand die zich ongehinderd voelt op het podium te zien. Ik vraag haar, hoe het voelt voor haar om haar bewegingen op de stoel te doen. Ze vind het fijn. En ze vraagt of ze ook op de tafel mag kruipen. Tuurlijk, zeg ik, uitproberen.

### **3<sup>e</sup> Bijeenkomst**

Sandra vraagt me of ik vorige week het bericht ontvangen heb dat ze naar de pedicure moest? Ja, zeg ik. Ze knikt tevreden en zegt zachtjes, ja, terug. Lena is er ook weer maar kan de laatste twee keer niet, want ze gaat met vakantie, naar familie in Kroatië. Ze vertelt in Dubrovnik te zijn geboren. Maar dat haar familie in een plaatsje ten noorden van Dubrovnik woont. Ik zeg haar dat ik het jammer vind en dat ik haar bijdrage heel inspirerend vond maar ja vakantie naar familie is belangrijker. Lena maakt kennis met Nina die op gedempte toon zegt: ik heb ook familie in Dubrovnik wonen. We starten de warming-up. Voeten parallel, en iets uit elkaar zodat we niet meteen omgeduwd kunnen worden en armen langs het lichaam alsof ze heel zwaar wegen. Ook het hoofd weegt heel zwaar en langzaam buigen we, wervel voor wervel tot we niet meer verder kunnen. Het hoofd bungelt nu en ook de armen zijn los, alsof ze slechts aan draadjes hangen. Lekker ontspannen. Kleine plijee, lichtjes door de knieën en rusten hier even, dan gaan we verder. En brengen onze billen tot aan de hielen. We plaatsen onze handen voor ons op de grond en wiegen nu op de bal van de voet heen en weer, en spelen wat met het evenwicht. Vervolgens leggen we de handen op de hakken en sturen de billen richting plafond en strekken zo de spieren die aan de achterkant van onze benen lopen. Hier rusten we even. En dan gaan we weer in plijee, en komen wervel voor wervel omhoog. En herhalen alles nog twee keer. Sonja doet niet mee. Ze voelt zich niet

zo lekker. Ze doet niet mee aan de stapjes instuderen. Ze houdt niet van tellen en in de maat, dat past niet bij haar karakter. Ik zeg haar, dat de ene persoon om een onduidelijke reden van cijfers en tellen houdt en inderdaad de ander niet, die houdt van improviseren. Ik vraag haar of ze tijdens het telgedeelte lekker op de bank wil blijven zitten en dat ze wanneer we na de pauze gaan improviseren en echt zin heeft gewoon kan aansluiten. Sonja gaat akkoord en neemt plaats op de bank en trekt met een diepe zucht haar knieën tot haar kin.

In de danswereld heb je twee tegen-gestelde karakters. De teller die alles van te voren wil weten alvorens er een stap op de vloer gedaan wordt, ook de muziek wil kennen. En de improvisator die niets wil weten maar iedere keer vanaf nul start. Improviseren kun je leren maar jammerlijk genoeg tellen niet.

De tellers werken hard. Het is moeilijk de stappen onder de knie te krijgen. En ik zie aan de bedrukte gezichten dat men het niet volgen kan en daarbij komt dat de muziek snel is. Nina lukt het als enige wel. Bij Sandra lopen links en rechts, voor, achter en draai door elkaar. Ik stel voor de passen te vertragen met twee tellen, dus niet op iedere tel een beweging maar op iedere twee tellen. Dit blijkt geen goede ingreep want nu is er tijd over waardoor de bewegingslijn die we unisono moeten uitvoeren vertraagt en vervolgens gaat trekken. Er wordt nog altijd gesteund en gezocht. Nieuw voorstel: Tel de eerste acht stappen dubbel en tel de daaropvolgende kniebewegingen enkel, dan door de linker knie in twee tellen, en het rechterbeen in vier tellen 'binnenhalen' en direct door gaan op een, als de benen sluiten op zeven en acht. Het lukt niet. Er klopt iets niet, maar we weten niet wat.

Nina vertelt dat ze vanaf haar veertiende tot haar zestiende jaar aan volksdans heeft gedaan. Nee, een moderne dans opleiding heeft ze niet gehad. Ze zegt verlegen, de souplesse heb ik van

mezelf. Zo ben ik gebouwd. Angela merkt tussendoor op dat ze het prettig vind om te merken dat haar conditie haar niet teleurstelt. Ze voelt zich niet moe de andere dag en heeft dan ook geen last van spierpijn.

Het oppikken van de zelfgemaakte bewegingslijnen die we de eerdere bijeenkomsten maakten, lukt niet. Men staat er een beetje beteuterd bij. Niemand kan zich meer herinneren wat men de vorige keer en de keer daarvoor heeft gemaakt. Lena begint te huilen als ze zich echt niets meer herinnert en haar spieren blokkeren. Ze gaat naar buiten en op de brandtrap een sigaret roken. The spirit is gone.

Als we in de bar van Het Keerpunt colaligh drinken zegt Nina terwijl ze verlegen langs me heen kijkt dat ze het deze keer een stuk minder leuk vond dan de vorige keer. Ik schrik als ze het woord saai noemt. - Hoe vaak heb ik het nu niet meegemaakt. De eerste weken zijn de dansers altijd razend enthousiast, omdat dan alles nieuw en fris is en alle mogelijkheden nog open liggen.

Langzaam na een hoogtepunt van enthousiasme wordt het allemaal minder totdat de bodem wordt bereikt en de waterput droog valt. Ofschoon ik weet dat dit bij een creatief proces hoor, zie ik niet zo snel in dat dit proces hier niet anders is, in niets verschilt, ook al is men geen professioneel dansgezelschap.

#### **4<sup>e</sup> Bijeenkomst**

Met vijf spelers zijn we nu, Sonja, Sandra, Nina, Rianne en Angela. We hebben bezoek vandaag van een dans en bewegingstherapeute. Ze had me een week geleden opgebeld en gevraagd of ze mocht komen kijken. Na de warming-up proberen we tot heldere keus te komen over het unisono dansstuk. De muziek is duidelijk: nummer 5 van Underworld. Nu de stappen nog. We bespreken en proberen drie mogelijkheden uit: 1. Dubbele tel plus loopje van 8 tellen en front upstage; 2. Zoals 1. toegevoegd na loopje van 8 tellen zwaai en draai uit 16 tellen en ook

front upstage; 3. Zoals 1. Maar zonder loopje en zwaai en draai maar dan steeds wissel front, wat betekent dat je de danspassen eerst met het gezicht en dan met de rug naar het publiek doet. We kiezen voor optie 3. De vrouwen vinden het moeilijk om de juiste afstand ten opzichte van elkaar te houden. En als men de bewegingen naar achter gericht moet doen dan raakt men de oriëntatie kwijt. We bepalen met verschillende kleuren krijt op de grond de posities, en zoeken uit en bepalen ook de richting van kijken. Wanneer kijken we naar de grond en wanneer kijken we naar de muur en wanneer kijken we richting publiek zonder te focussen maar met een wide-angel. Na drie kwartier achter elkaar heel geconcentreerd oefenen lukt het de bewegingsfrases redelijk uit te voeren. In ieder geval het hoofd weet het. Nu de spieren nog. We besluiten dat Nina aangeeft wanneer het unisono gedeelte te beginnen. Het teken om te beginnen zit in de muziek, dat is na de eerste stilte. Nina is muzikaal en kan goed luisteren. We zetten haar vooraan zodat de rest haar kan volgen, indien nodig. Na de pauze die steeds korter wordt nemen we de impro's door. Ik ga weer iedereen langs om de bewegingen die men gemaakt heeft te bekijken en daar waar nodig danstechnische oplossingen te bieden. Ik merk op dat het gelukkig allemaal weer makkelijker gaat. In de trein ben ik opgetogen doordat de spirit er in de groep weer is en praat met de dans en bewegingstherapeute: Het was de vierde keer dat we bij elkaar kwamen. Nee, ik weet niets van de mensen, behalve dat men regelmatig zowel het buurthuis als het dac bezoekt. Voordat wij samen een gesprek aangingen had jij toen de behoefte te weten wanneer ik voor het laatst de huisarts bezocht heb? Stel je toch eens voor, wat een onzin. De workshop wil een ontmoetings 'ruimte' in de tijd zijn tussen mensen, zonder dat er van te voren technische eisen worden gesteld. De mensen doen er aan mee omdat ze het graag willen.

Mijn stille hoop is dat we met elkaar een klimaat kunnen creëren waarin een gezelschap kan ontstaan, ondersteund door een klein productieapparaat dat de voorstelling verkoopt in het land. Een consumerrun dansgezelschap, lijkt me mogelijk. We moeten maar zien.

### **De Generale**

Sandra is er niet. Ik zag haar bij de bushalte staan, zegt Angela. Ze zei dat ze vandaag niet komt omdat het veel te warm is (30 graden, begin hitte golf). Sonja heeft ook erg veel last van de hitte. De warming-up doet ze wel mee maar daarna is ze de gymzaal uit. Een beetje bedremmeld staan we daar, Angela, Nina, Rianne en ik. We oefenen de stapjes en nemen het laatste gedeelte door, en eindigen met het oefenen van het in ontvangst nemen van applaus. Daar is Sonja weer. Ze biedt haar excuses aan en zegt: ik kan het echt niet, ik heb zo'n last van de hitte, m'n lichaam wil niet meer. Sonja, zeg ik, ik wil even kijken naar je beginpositie in rust. O nee, zucht ze, zelfs dat kan ik niet of je moet een stoel en een ventilator daar neer zetten. Dat is een goed idee, zeg ik enthousiast, dat kan. Ik zet een stoel neer op haar beginpositie en Ria haalt een ventilator. Sonja kijkt verbaasd en gaat op de stoel zitten en even later raast naast haar een ventilator. Ze lacht hartelijk en zegt, heerlijk koel. Ik zeg tegen haar dat ik veronderstel dat de positie op de stoel en de ventilator naast haar dramaturgisch gezien zullen werken. Laten we het uitproberen. Sonja gaat akkoord. We oefenen het laatste deel met Sonja op de stoel. - Sonja hielp mij doordat ze mijn voorstel wilde uitproberen, met het uitbreiden van het decor met een realistisch element wat ik een goede aanvulling vond op de stoel, de tafel en de staande kapstok die er al stonden. En ik hielp haar zo veronderstel ik door haar te laten ervaren dat weigeren van iets doen niet per definitie een conflict hoeft op te leveren.

We nemen het hele stuk dat acht minu-

ten duurt nog een keert door met honderd procent energie. Met het volste vertrouwen kijken we uit naar morgen, de presentatie voor publiek.

### **De Presentatie**

De zaal loopt langzaam vol. Alle stoelen zijn bezet. De spelers staan gereed. De muziek klinkt. Rianne steekt resoluut het podium over en begint op de met groene tape gemarkeerde positie haar improvisatie. Ze straalt. Dan na ongeveer een minuut als de muziek een kleine verandering laat horen komt Angela op en neemt plaats op haar stoel en start na een kort pauze haar impro. Het stuk is nu van de spelers. Zij bepalen nu de gang van zaken. De choreograaf staat buitenspel.

Nina telt een ronde te vlug. Later vertelt ze me verlegen dat ze het vervelend vindt dat ze zich vergist heeft. Is ook heel vervelend, zeker als anderen je moeten volgen. Maar de anderen laten zich rustig leiden en vangen de telfout van Nina goed op. Sonja doet niet mee, maar ze zit wel op het toneel. Ze is een zuil van rust tussen alle dansdrukte op het podium. Zoals ze daar zit heeft ze iets geheimzinnigs, sfinxachtig, omdat ze uiteindelijk niets doet en het antwoord uitblijft.

Doordat Sandra er gister niet was, ze durfde niet te komen, raakt ze plotseling de draad kwijt. Dan doet ze Nina na maar vergeet in haar rode gebied te blijven. Als ze maar niet botsen met elkaar. Het is ongelooflijk om te zien. Uniek. Ik voel tranen in m'n ogen van ontroering. Ik hoop niet dat ze zich vervelend voelt. Ik ben even bang dat het publiek haar zielig vindt. Zoals Sandra daar Nina imiteert, denk ik, is echolalie. Echolalie, een psychiatrisch verschijnsel uit een professor Kuypergrijs verleden op het danspodium. Sandra gebruikt hier de stoornis als een manier van een probleem oplossen. Want doordat ze Nina's bewegingen nadoet 'als een echo' valt het niet op dat ze zich haar eigen bewegingen niet meer herinnert, en ontstaat er een

samenspel, een dominoduet. Gisteren durfde ze niet. Vandaag wel. Ze voelde zich verantwoordelijk.

Het publiek applaudisseert enthousiast en de spelers krijgen prachtige zonnebloemen uitgereikt.

De gezichten van de spelers zijn bezweet en ontspannen. We drinken samen cola-light op de gang en zijn trots op elkaar.

Tussen het met complimenten strooien de publiek bevindt zich ook de Mevr die de eerste keer was weggegaan omdat ze zo'n last had van stemmen na mijn gestuntel. Ze vertelt opgetogen dat ze de dans heel mooi vond, en de volgende keer wil ze echt meedoen.

### **Buiten het dagboek**

Een belangrijk en in het oog springend kenmerk voor de workshop is dat er tijdens het maakproces geen aandacht hoeft te zijn voor het persoonlijke. Ik bedoel, de inhoud, de stof, het dansmateriaal staat veraf van bijvoorbeeld de problemen die men tegenkomt bij het wonen in een R.I.B.W., op het levens-gebied van sociale contacten of werk. De workshop heeft hier niets mee van doen. Het deelnemen aan de workshop is een toestand van 'bewustzijnsvernauwing', zou je kunnen zeggen. Heel geconcentreerd is men bezig met het 'materiaal', een beweging onder de knie krijgen. De rest van de wereld telt op zo'n moment niet. Je verdwijnt in de bezigheid, in de rol in het spel op het podium.

Het eerste uitgangspunt voor de workshop is: 'communiceren met publiek'. Het tweede uitgangspunt: Het lichaam is een instrument waarmee je een verhaal kan vertellen -verhaal zou je hier ook kunnen vervangen door het woord compositie. Al tijdens de eerste bijeenkomst kwam daarbij: Dansmateriaal aanbieden waarbij het gevoel optreedt dat er een probleem overwonnen wordt, dat men iets kan leren. Een gevoel dat we allemaal kennen van toen we fietsen, schaatsen of een goocheltrucje leerden. Heel

eenvoudig. De uitgangspunten werkten heel goed en bleken helder te zijn voor iedereen. Duidelijk werd en dat geldt voor ieder creatief proces, dat er geen druk aanwezig moet zijn. De makers moeten zich veilig voelen en dat deden ze ook; 'onder druk wordt het best gepresteerd', is volgens mij een mythe, maar dit terzijde. Als we ons hadden laten hinderen door zoiets onbenulligs als een deelnemersaantal, dan hadden we alles wel kunnen vergeten. Of wanneer Sonja gedwongen was aan de unisono mee te doen, iets wat niet bij haar past, dan was ze zeker niet de sfinx op de stoel voor een ventilator geworden.

De spelers namen de vrijheid om in de

inloop-workshop iets aan te leren, samen aan een choreografie van in totaal 8 minuten te werken. In plaats van op nuttig, was hier de spot gericht op werkplezier en dat werd toen ik de bezwete gezichten op de gang zag en de concentratie tijdens de repetities intens beleefd.

Wim Kannekens  
augustus 1999 Amsterdam.

*Het voordeel van een dagboek is, dat je er niet iedere dag in hoeft te schrijven,*

Cees Buddingh