
LITERATUURBESPREKING

Religie in de psychiatrie

*T.H. Zock & G. Glas (Red.)
Deel 2-59 Tweede serie Geestelijke
Volksgezondheid.
Katholiek Studiecentrum voor
Geestelijke Volksgezondheid (KSGV)
ISBN 90 75886 18 7*

Vorig jaar verscheen een publicatie bij het Katholiek Studiecentrum voor Geestelijke Volksgezondheid (KSGV) die op de verhouding tussen religie en psychiatrie ingaat. Uit de diverse bijdragen spreekt het oprechte verlangen om op een professionele wijze om te gaan met religie en psychiatrie, de eigen levensbeschouwelijke achtergrond van de hulpverlener en verdere scholing in deze materie. In de inleiding en de bijdrage van H. Zock, theoloog en godsdienstpsychologe, wordt vermeld dat religie niet langer taboe is in de GGZ. Het pleidooi voor meer aandacht is de laatste jaren omgezet naar concrete professionele kennis en handswijzen in de praktijk. Zij concludeert dat er nog geen sprake is van een geïntegreerde plek van religie en levensbeschouwing in de behandeling, ondanks de wederzijdse beïnvloeding van psychische problemen en zingevingproblemen. Zij doet een oproep voor een betere communicatie tussen geestelijk verzorgers en behandelaars. Als vanouds hebben medewerkers in de GGZ weinig binding met religie en geloof. Er wordt een soort beroepsmatige reserve in acht genomen. Dat betekent dat er in ons land vaak een heldere taakafbakening bestaat en religie en psychiatrie van elkaar worden gescheiden. Dit, in tegenstelling tot bijvoorbeeld de VS. of Duits sprekende landen, waar men een stuk soepeler omgaat met deze grens. De verschillende bijdragen zijn divers,

sommige al eerder gepubliceerd, en variëren van autobiografisch tot een presentatie van een probleemgestuurde onderwijsmodule klinische godsdienstpsychologie.

De psychiaters H. van Praag en F. van Ree blikken terug op hun carrière. Eerstgenoemde beschrijft wat de invloed is van zijn jood-zijn op zijn werk als psychiater. Hij is van mening dat er in de psychiatrische behandeling een functionele rol is weggelegd voor religie. Van Ree noemt zichzelf een agnost en humanist en verdiept zich in zijn bijdrage in de term levensbeschouwing, de beschouwing van het leven, het wereldbeeld en het mensbeeld. Hij is van mening dat het ontkennen van de belangrijke plaats van levensbeschouwing in de psychiatrie, is als het negeren van de betekenis van de bloedsomloop.

Voor sociaal psychiatrisch verpleegkundigen zijn de bijdragen van de psychiaters G. Glas en P. Verhagen nog het meest interessant. Glas beschrijft het belang om te komen tot een religieuze anamnese en reikt daartoe een model aan. Verhagen gaat in op de wijze waarop de religieuze achtergrond van de hulpvrager in de aanmeldingsfase bespreekbaar kan worden gemaakt. Daarnaast geeft hij een handreiking voor het diagnostisch label van religieuze problematiek in de DSM IV. Hij is meer realistisch met het oog op de tijdsdruk die er is tijdens een aanmeldingsgesprek. Beide auteurs vinden de vraag, of religieuze overtuigingen een rol spelen in de aanmeldingsklachten, niet afdoende. Er wordt gesproken over indicatiecriteria voor een religieuze anamnese. Maar criteria of niet, juist van intakers mag je verwachten dat zij deskundig genoeg zijn om aandacht te geven aan religieuze problemen als die een

evidente rol spelen. Sociaal psychiatrisch verpleegkundigen zijn immers opgeleid om bij de hulpvraag en de doelstelling voor de behandeling, de wisselwerking tussen de patiënt en zijn omgeving voorop te zetten. De laatste bijdrage is van R. van Uden en J. Pieper, docenten godsdienstpsychologie. Aan de orde komt de groeiende behoefte aan bijscholing van hulpverleners in de GGZ op het gebied van levensbeschouwing en religie. De cursus ziet er doortimmert uit, er is echter nog geen onderzoek naar effect geweest. Op de literatuurlijst van de cursus zou het boek "Levensbeschouwing en psychiatrie", waar de eerder genoemde Van Ree zich in zijn bijdrage voor verantwoordt, naar mijn idee niet misstaan en ik neig er naar om het bij lezing van dat boek te

houden.

De diverse bijdragen zijn te verschillend om een samenvattende conclusie over het boek te geven. Al met al een lezenswaardige publicatie, vooral waardevol voor hen die zich verder in dit onderwerp willen verdiepen en bekwamen. De doelstelling bij het samenstellen van de bundel was een bijdrage te leveren aan de professionele omgang met religie in de psychiatrie - mijns inziens een terechte doelstelling - deze doelstelling is in ieder geval behaald en zal zeker een vervolg moeten krijgen in breder verband. Want ik kan mij niet aan de indruk onttrekken dat het risico van blijven preken voor eigen parochie groot is. Dat zou jammer zijn.

Onno Kastelein

Locatie Leros

Kamminga, F. (2000) Locatie Leros, Verslag van een internationaal hulpverleningsproject. Assen: Van Gorcum & Comp. B.V. ISBN: 90 901 4064 6

Wart Artemis, de godin van de jacht, nog altijd rond op Leros?

Europa wordt steeds groter en daarmee ook de context van waaruit gekeken wordt naar het ontstaan of in stand houden van psychiatrische problemen. Oog hebben voor de wisselwerking tussen individu en omgeving kan vanuit allerlei invalshoeken bekeken worden. De Griekse omgeving roept misschien het beeld op van ruïnes, resten uit een rijk en ver verleden, of van vakantieherinneringen van zonovergoten stranden. Voor een kleine groep Nederlandse hulpverleners heeft het eiland Leros vooral een professionele betekenis gekregen. De ruïne van een 'eiland der verdoemden', de verblijfplaats van honderden Griekse psychiatrische en verstandelijk gehandicapte patiënten, werd bezocht

en opgeruimd. Het project startte in 1989 met een werkbezoek en werd in 1995 afgerond. In het verslag van Kamminga wordt uit de doeken gedaan hoe internationalisering van de hulpverlening, via een Europees project gestalte heeft gekregen.

Europese landen komen steeds dichterbij en het is niet ondenkbaar dat er meer 'Poorten naar de hel', zullen opdoemen in de krantenkoppen, zoals bij Leros het geval was. In dat geval is het nuttig kennis te nemen van de ervaringen die beschreven worden in het bovengenoemde verslag. In drie delen wordt uiteengezet hoe een internationaal project van de grond kwam. De structurele voorwaarden komen uitvoerig aan bod. Veel van de correspondentie is bewaard gebleven en gedeeltelijk afgedrukt. Lezing hiervan bevestigt het vermoeden dat idealisme, doorzettingsvermogen en kennis van zaken belangrijke voorwaarden zijn om een dergelijk project van de grond te trekken, en te

implementeren. De omstandigheden waren erbarmelijk zoals op de foto's is te zien. Te lezen valt dat zich op het eiland 1200 patiënten bevonden, twee psychiaters, drie gediplomeerd verpleegkundigen en drie maatschappelijk werkers. Bovendien had de helft van de 1000 personeelsleden alleen lagere school genoten. De meest elementaire voorzieningen waren niet aanwezig. Een faxbericht -een handgeschreven dagboekantekening- van een Nederlandse verpleegkundige geeft dat treffend weer:

"ma 5-2-1990: Alle 6 personeelsleden vandaag aanwezig om voorbereidingen te treffen voor de verhuizing van morgen. Bij gebrek aan toiletartikelen en uit angst dat de 'massale werkwijze' (allen met 1 kam, 1 stuk zeep, 1 handdoek moeten doen) hier ook zal intreden, besluiten we voor elk van de dames een toiletas + benodigheden te kopen. Ondanks protesten krijgen we het wsch. wel vergoed. Het aantal personeelsleden is te weinig omdat er, behalve 's nachts, minimaal 2 personeelsleden per dienst nodig zijn. We besluiten morgen toch te starten en proberen zo snel mogelijk nieuwe collegae te vinden. Wij zullen om beurten de eerste nacht meedraaien met diegene die moeite hebben met de nachtdienst." (Kamminga 2000: 65).

Uit het citaat komt ook naar voren op welke wijze uitvoering werd gegeven aan de drieslag die de Stichting Leros voor ogen had met dit project: humanisering, individualisering en rehabilitering van grote groepen van de op het eiland aanwezige patiënten. De uitvoering van het project door de Nederlandse verpleegkundigen (en HBO-V studenten), in samenwerking met het personeel op Leros, komt in deel II naar voren. De omstandigheden zijn en blijven lange tijd

allerbelabberdst: met drie handdoeken, 76 vrouwen afdrogen, die vervolgens naakt op de binnenplaats moeten verblijven omdat zij geen kleding hebben. Naast de werkzaamheden in de directe cliëntenzorg: wassen, toiletgang en eten, houden de verpleegkundigen zich bezig met scholing van het aanwezige personeel, en het begeleiden van Nederlandse HBO-V studenten. Er is vooral sprake van een voorbeeldfunctie maar die wordt niet door iedere Griekse werknemer overgenomen. Soms wekt dit de indruk dat het letterlijk 'dweilen met de kraan open is'. Ook hier blijkt echter dat de aanhouder wint. Na verloop van enkele jaren eten bewoners met bestek, zijn zij gewassen en kunnen gebruik maken van de toiletten. Vanuit de samenwerking met Griekse collegae wordt voorzichtig aandacht besteed aan een andere bejegening van de patiënten. Via het mentorschap krijgt individuele aandacht en rehabilitatie vorm, en worden kleinschaliger woonprojecten gerealiseerd.

Het verslag is spannend geschreven en geeft goed weer wat er allemaal voor nodig is om een dergelijk gesubsidieerd project over de grenzen mogelijk te maken. Bovendien wordt aan 'internationalisering' -een aandachtspunt binnen Hogere Beroepsopleidingen- voor studenten een prachtige invulling gegeven. Volgens de overlevering heeft de tempel van Artemis op het eiland Leros gestaan. De godin van de jacht mag tevreden zijn dat dankzij de inspanningen van autochtone en allochtone -voor het merendeel vrouwelijke - hulpverleners, de 'poorten van de hel' gesloten zijn.

Ivonne van der Padt

Met gezond verstand

Aalsvoort, L. van der (2002) Met gezond verstand. Herstel van schizofrenie langs natuurlijke weg. Amsterdam: SWP. ISBN: 90 6665 466 x

De auteur begint zijn boek met een verhaal dat op het eerste gezicht veel weg heeft van een mooi sprookje. De kleine boerenzoon Lung verwonderde zich al op jonge leeftijd over de erbarmelijke omstandigheden van psychiatrische patiënten in zijn omgeving. Op volwassen leeftijd laat Lung zich wijden tot monnik. Op een dag verzoekt de moeder van een schizofrene zoon hem, zich ontfermen over de jongen. Die jongen zit vastgeketend in de kelder uit angst voor brandstichting. Hij is vies en ondervoed en nauwelijks in staat tot communicatie. Behandelingen in inrichtingen hebben geen verbetering gebracht waarna de jongen naar huis werd gestuurd. Lung nam hem onder zijn hoede en verbond de jongen aan hem met een ketting zodat hij niet kon weglopen. Hij leerde hem het land te bewerken en allengs verbeterde de toestand zodanig dat deze jongen zijn eigen leven kon leiden. Toen een volgende moeder zich met hetzelfde verzoek tot Lung richtte, werd deze nieuwe 'patiënt' met een ketting verbonden aan een andere aanwezige 'patiënt'. Dit was het begin van een lange keten van zorg, zelfzorg en lotgenoten zorg voor schizofrene mensen in de Longfatang leefgemeenschap in Taiwan. Tot zover werd ik niet teleurgesteld in mijn verwachtingen, ik houd van sprookjes.

Lung, die na zijn wijding Hieh Kaifeng werd genoemd, ontwikkelde een werkmodel waarmee maximaal herstel wordt nagestreefd van, over het algemeen, schizofrene patiënten. De gemeenschap leeft van de opbrengsten van de boerderij en het later opgerichte naaiatelier, en orkest. Onder de bezielende begeleiding van tien

monniken en nonnen, wonen en werken er rond 1985, tweehonderd schizofrene mannen en vrouwen. De werkwijze doet sterk denken aan de ervaringen van dr. Simon in Gutherslo -Westfalen (Van der Padt 1999: 17). Een verschil is echter dat de ervaringen van dr. Simon zich in de jaren twintig van de vorige eeuw afspeelden, een periode waarin nog geen psychofarmaca voorhanden was. De gemeenschap van de monnik Hieh Kaifeng bestaat vanaf de jaren zeventig in Taiwan, waar de 'moderne psychiatrie' volgens westerse maatstaf de toon aangeeft, aldus de auteur. Het medische overheidsdepartement en de moderne psychiaters keuren de werkwijze van de gemeenschap af omdat het gebruik van psychofarmaca er niet is toegestaan! Familie van de patiënten en bewoners van de plattelandsgemeenschap rond Longfatang, steunen de monnik in deze visie.

De auteur vervolgt zijn boek met een beschrijving van het ziektebeeld en de ervaringen zoals een patiënt of de familie de eerste psychose mogelijk ervaren. De werkwijze van de huidige GGZ instellingen wordt beschreven en hieruit krijg ik de indruk dat de auteur nauwelijks op de hoogte is van de ontwikkelingen in de GGZ. "Op de aard en onderliggende oorzaak van schizofrenie heeft antipsychotische medicatie geen effect, noch levert ze een bijdrage aan rehabilitatie van de gebruiker. (...) Vrijwel uitsluitend leunend op antipsychotische medicatie, richt de hedendaagse psychiatrische behandeling zich op wat de patiënt niet meer kan, of niet meer lijkt te kunnen. Hij krijgt niet of nauwelijks middelen aangereikt om zijn gevoel van zingeving op te bouwen en te versterken. Er wordt hem geen ontwikkelingsperspectief geboden van opbouw van zinvolle, eigen verantwoordelijkheid. In zijn natuurlijke herstelvermogen wordt hij

niet of nauwelijks gestimuleerd en begeleid. Of hij nu binnen of buiten een inrichting leeft, zijn hele verdere leven wordt hij behandeld als een patiënt die aan een ongeneeslijke ziekte lijdt" (Van der Aalsvoort 2002:32). De dominante rol van psychofarmaca in de moderne psychiatrie klopt natuurlijk wel. Maar dat de patiënt verder niets aangeboden krijgt komt niet overeen met de werkelijkheid. Het *leitmotiv* van het boek lijkt te zijn: Behandeling van mensen met schizofrenie *moet* zonder medicatie. In de bestudeerde gemeenschap blijkt dit te werken en daarom worden feiten die niet passen binnen deze zienswijze, ontkend. Er worden geen bronnen gebruikt waardoor moeilijk te toetsen is waar de auteur zijn informatie voor het algemene, beschrijvende deel, vandaan heeft gehaald. Een kritische noot ten aanzien van het gebruik van medicatie is vooral op zijn plaats omdat patiënten last hebben van de bijwerkingen van medicatie. Juist daarom moeten we blijven zoeken naar de juiste dosering, en alternatieve behandelvormen. Daarmee is nog niet gezegd dat medicatie overboord gegooid moet worden.

De behandeling die in het boek wordt voorgestaan gaat uit van herstel: "In plaats van de patiënt teveel verantwoordelijkheid uit handen te nemen, dienen we hem juist zoveel mogelijk naderbij te komen met ons eigen gezond verstand, vertrouwen en vermogen. We dienen voor hem open te staan, en hem een bedding en voedingsbodem te bieden waarin hij kan leren zijn greep op zichzelf te versterken. Hij heeft daarbij begeleiding nodig die op herstel gericht is. Een aangepaste leefomgeving waarin hij zich dieper kan leren verankeren in de werkelijkheid en kan leren zoveel mogelijk verantwoordelijkheid voor zichzelf en zijn omgeving te dragen" (Van Aalsvoort 2002: 36). Op welke wijze wordt in de Longfatang gemeenschap aan herstel gewerkt? De

vaak ex-gedetineerde schizofrene en verstandelijk gehandicapten bewoners moeten elke dag aan het werk. De bewoners, het land en de kippen moeten verzorgd worden. Er wordt vegetarisch gegeten (vanwege de boeddhistische grondslag), roken, alcohol en drugs zijn verboden evenals seksuele 'activiteiten'. Gericht beleid voor herstel is er niet. De bereidheid van elke individuele bewoner is het uitgangspunt, en de gemeenschap biedt daartoe:

- Een normaliserende, gestructureerde leef- en werkomgeving;
- Gericht op maximale reïntegratie en herstel van mogelijkheden;
- Via maximale flexibiliteit en ontwikkelingsmogelijkheden.

De dagelijkse gang van zaken doet denken aan de oude instellingen in Nederland waar orde en discipline heerste:

- tegelijk opstaan
- toiletgang
- wassen en tanden poetsen
- gemeenschappelijk eten 'mondellinge aanwijzingen en fluitsignalen geven het moment aan dat iedereen aan tafel gaat, dat het eten wordt rondgedeeld door de groepsleider, aanvang van eten, afruimen'.
- Om tien uur 's avonds gaan de t.v en de lichten uit.

Hier wordt dit 'de bedding van een rivier' genoemd, 'die voorkomt dat leden passief blijven opgaan in betekenisloze of negatieve gedachtepatronen'. Elke nieuwkomer wordt ter observatie aan een bed geketend en in een latere fase aan een begeleider. Zodra de nieuwe bewoner heeft getoond dat hij zich kan beheersen, zich aan de leefregels kan houden en voor zich zelf kan zorgen, wordt de ketting losgemaakt. De werkzaamheden worden door alle bewoners verricht en daarbij is duidelijk sprake van hiërarchie, met aan het hoofd een groepsleider, non of monnik die gehoorzaamd dient te worden door de gemeenschapsleden. Zodra een bewoner tijdens het werk wat

rondwaalt wordt hij door de non of monnik vastgeketend en krijgt te horen dat deze maatregel genomen wordt om te stabiliseren. Uitstapjes buiten de gemeenschap worden ook gemaakt. Mannen worden hierbij zoveel mogelijk aan vrouwen gekoppeld. "Zo kan een man zich, volgens de abt, oefenen als verantwoordelijk beschermheer en kan de vrouw een gevoel van bescherming ervaren tijdens deze ontmoeting met de buitenwereld. Om te oefenen loopt de lange rij paren door de hal langs de grens van de grote binnenplaats." Om negatief gedrag (zelfzuchtigheid en agressiviteit) te ontmoedigen worden de uitstapjes gebruikt om te straffen of te belonen. Gevaarlijk gedrag wordt soms 'gecorrigeerd' met een draai om de oren. De familie wordt afgeraden om in aanvang contact te hebben om op die manier een 'gezonde afstand' te krijgen. De monnik bepaald wanneer de bewoner en de familie daaraan toe zijn. Veerkracht en inzicht van de familie zijn hiertoe voorwaarden. Hoe dit tot stand

komt en hoe dit getoetst wordt, blijft onbeantwoord. De beschrijving van de familierelaties in het boek, toont aan dat zij overduidelijk, nog geen 'gezonde afstand' hebben tot de situatie.

Naast het werk is er aandacht voor muziek en kungfu. Hoewel het leren van sociale vaardigheden zeker aandacht krijgt doordat bewoners ingezet worden om elkaar te helpen, lijkt het psychodynamische aspect erg onderbelicht. De spirituele bijdrage van het boeddhisme wordt op geen enkele plaats genoemd. Dat is spijtig want de indruk die overblijft, is dat Longfatang vooral oog heeft voor herstel van een arbeidzaam leven van mensen die volledig afgeschreven waren. De 'eigenheid' van de bewoners lijkt ondergeschikt aan de orde, discipline en gehoorzaamheid. Is dit 'natuurlijk' herstel?

Ivonne van der Padt