
MEDIAAN

Maikel

Ralph Koper, momenteel werkzaam bij PACV-Noord (Parnassia Ambulant Centrum Volwassenen) te Den Haag



Ik had nog niet de kennis die ik later op de spv-opleiding heb opgedaan. Ook ontbrak nog de kennis zoals ik die op de verpleegkundige opleiding meegekregen heb. Praktische kennis en ervaring had ik nog niet. Ik was nog helemaal onbevungen als een maagdelijke hulpverlener, en sinds kort als tweedejaars leerling-verpleegkundige werkzaam op een opname afdeling op een klassiek psychiatrisch ziekenhuis terrein in de provincie toen ik een bijzondere jongen ontmoette. Deze jongeman was middels een ibs opgenomen op de afdeling en was het er duidelijk niet mee eens!

Maikel was een intelligente jongen. Iemand die niet helemaal op z'n plek leek tussen de andere cliënten. Zijn motoriek was soepel, zijn houding was nonchalant maar oprecht, zijn opmerkzaamheid was scherp en er was met geen speld tussen zijn doordachte redematies te komen. Verpleegkundigen met hun praatjes over ziektes en pillen...hij lulde ze er allemaal uit.

Ja, natuurlijk blowde hij weleens... gespeeld hulpeloos keek hij dan in het rond, 'wie niet?!'

En de verpleegkundigen bleven in hun kantoor...keken elkaar aan, "krijg het maar aan z'n verstand dat hij pillen nodig heeft, dat hij gek is..."

Maikel was van mijn leeftijd. We scheelden een maand ofzo... Het was net alsof ik hem goed kende zelfs. Misschien had hij dat gevoel ook bij mij. We hadden geen strijd over ziekten of pillen. We zaten in de huiskamer van de afdeling en deden een spelletje. We hadden het over muziek, over filosofie...dat ging een paar diensten zo...en daar was opeens zijn verhaal, zijn beleving van God, hoe hij het licht zag, God tot hem sprak, en wist wat hij moest doen om in te grijpen! De duivel was op aarde, en hij was een engel. De engel Maikel...die ingegeven had gekregen dat hij een plaatselijk honk van de Hells Angels in de fik moest steken! (Het heeft in de regionale kranten gestaan.) En ja, het was geen paranoia...de Hells Angels zaten inderdaad achter hem aan. En klaar was zijn verhaal.

Maikel was een eenzame jongen.

Een paar jaar terug waren beiden ouders omgekomen tijdens een verkeersongeval. Zijn oma heeft op afstand even voor hem en zijn twee jongere broers gezorgd maar verloor al snel haar greep op de drie tieners. Ze woonden met z'n drieën nog in het ouderlijk huis...maar er was iets gebeurd tussen Maikel en zijn broertjes. Hij had gedreigd met een keukenmes na een ruzie over downloaden van internetporno, een raar verhaal, Maikel had geen zin om het helemaal te vertellen...maar het zag er naar uit dat hij daar niet naar terug ging. Dat gaf niets, hij was klaar met zijn broertjes...

Wij mochten de pillen opeten! De ibs werd niet bekrachtigd en Maikel vertrok met een ontspannen lach op zijn gezicht samen met een pittig meisje die ook met ontslag ging naar haar kraakpand in een kleine stad ...Nooit meer psychiatrie! weg van het muffe ziekenhuisterrein!

Maikel was een lieve jongen, dat pittige meisje was ook lief trouwens en ondanks alle verwachtingen bleven ze zeker twee jaar op een liefdevolle manier samen. Eind goed al goed? Nee, helaas...want ondanks een aantal persoonlijke kwaliteiten ging het met Maikel niet goed. Ondanks dat hij erg lastig te 'vangen' was bleef het niet bij die ene ibs...ongeveer eens in het jaar werd hij opgenomen. Bijvoorbeeld omdat hij op zondagochtend vroeg stenen gooide naar een pastoor en hem openlijk beschuldigde van kindermisbruik (doorgekregen via God). Hij vroeg dan naar de afdeling waar ik werkzaam was, en daar werd hij geplaatst. We hadden vertrouwen in elkaar, en dat was de plaatsingsfunctionaris destijds ook niet ontgaan. Op een andere afdeling was er vaak meer strijd rondom Maikel. Zijn strijd tegen de IBS en RM
Het stigma bleef.

Maikel was ook niet meer zo onbevangen...bij een opname was hij vervuild, vermagerd en vol van ideeën over zonde en boete, naar anderen en zichzelf. Bij een gedwongen opname richtte hij deze frustratie tegen de psychiatrie.. Ik bereikte hem met gesprekken over zijn geloof, maar ook met een houding van "je bent opgenomen, maak van de nood een deugd, verzorg jezelf, eet, drink, regel het een en ander en ga daarna weer." Medicijnen zijn geprobeerd, maar bereikten niet het gewenste effect. Maikel wilde ook niet anders leven en vocht tegen alles wat zijn wanen ook maar een beetje deden verbleken. Bij elke opname zag hij zijn kans schoon en liep weg.
Hij zwierf rond in kraakpanden, junkpanden en verlaten pakhuizen.
Ik had twee jaar niets meer van Maikel gehoord toen opeens de telefoon ging.
...Een schouwarts uit een grotere stad ergens in het Land. Hij had een jongeman op zijn tafel liggen. Niemand kende hem, en het laatste officiële contact was met onze afdeling geweest. Maikel had zichzelf van het leven beroofd.

Vergroting van zelfredzaamheid (rehabilitatie en herstel)

Mijns inziens maakte de discussie over ziekte en pillen eerder een verwijdering dan een toenadering. Dit terwijl Maikel van oorsprong een benaderbare jongen was. Hij wilde begrepen en gehoord worden. De discussie over wel of niet psychiatrie was niet zijn discussie. Dat betekend niet dat hij geen aanknopingspunten bood!

Rehabilitatie en herstel begint bij acceptatie. Dat was hier nog lang niet (eerder boosheid/ontkenning). Niet bij Maikel, maar ook niet bij de hulpverlening. Vaak staat de hulpverlening klaar met allerlei interventies en weet men precies wat er te doen staat, maar ook ontbreekt vaak de acceptatie voor de visie van de cliënt op zijn eigen toestand. Dat is geen manier om in dialoog te gaan natuurlijk!
Allereerst rust. Weg uit de discussie. Ik denk aan presentiebenadering* (het spelletje in de huiskamer). Vanzelf kwamen dan uitdagende gesprekken, humor, levensvisies. Laat Maikel het antwoord formuleren op zijn vragen.

Laten we contact houden als hij weer op straat is...om te schaken desnoods.
Natuurlijk had Maikel graag een vertrouwd gezicht gezien. Iemand die even naast hem in het leven komt staan zonder al teveel interventies meteen. Liever dat dit niet een persoon zou zijn, maar een (deel van een) team. De problematiek beperkte zich niet tot werktijd of agenda van een hulpverlener maar was vaak acuut ook zonder dat er direct IBS-criteria waren. Het multidisciplinaire team zou het eens moeten worden over de wijze van benadering en klaarstaan bij een eventuele hulpvraag (als er vertrouwen is, en Maikel komt zover) vanuit Maikel.

Het hulpaanbod zou niet toe moeten spitsen op een specifiek probleem zoals apart inzetten op maatschappelijk werk, psychotische stoornis of cannabis afhankelijkheid om maar wat te noemen, nee, het gaat om het toepassen van een gezamenlijk zorgaanbod op het niveau van individuele casuïstiek (ACT, Mulder & Kroon 2005).

De functie van de kliniek zou wat Maikel betreft van tijd tot tijd een voordeel kunnen bieden.

De hulpverlening zou deze functie aan Maikel aan kunnen bieden eerder als veilige haven voor korte duur, dan als repressief middel (omdat dat men het 'buiten' niet meer weet en de overtuiging heerst dat medicatie de eerste stap is). Ik kan mij voorstellen dat Maikel op den duur om even op adem te komen zich toe zou laten leiden naar de kliniek voor een paar dagen vrijwillige opname. "Ga op zoek naar het lijden van de patiënt" (bemoeizorg, eenvoudige tips voor moeilijke zorg, Jules Tielens 2010)

Maikel zou meer vertrouwen hebben kunnen ontwikkelen in deze situatie, en niet in de laatste plaats ook de hulpverlening. Dit zouden mijns inziens in deze casus de eerste stappen kunnen zijn op weg naar rehabilitatie en herstel.

** (Van sommige mensen is het leven kapot en wil het niet meer lukken. Ze zijn vaak geïsoleerd, verward, verscheurd en voelen zich verlaten - sociaal zijn ze overbodig. Anderen kijken hen met de nek aan, hebben hen opgegeven, of komen misschien plichtmatig een keertje kijken. Zorg, hulpverlening, verpleging en onderwijs hebben dikwijls de grootst mogelijke moeite hen te bereiken en hun een zinvol aanbod te doen. Allereerst ten behoeve van deze mensen zijn de presentiebenadering en de presentietheorie ontwikkeld: om hen draait het allemaal. Presentie is de trouwe en competente poging bij deze 'sociaal overbodigen' te blijven, hun met hoogwaardige steun, hulp en zorg van dienst te zijn en zo bij te dragen aan een goed leven waarbij deze mensen gezien, gehoord en in tel zijn.) Bron: Presentie.nl, website*

Deelname aan arbeid en opleidingen

Bij Maikel zijn arbeid en opleiding niet aan de orde in deze toestand. Toch, als het anders had uitgepakt, zou hij genoeg mogelijkheden hebben. Hij was scherp in het redeneren en kon nieuwe informatie goed verwerken. Mogelijk was er sprake van een motivatieprobleem. In zijn gedachten over goed en kwaad zag hij op het laatst nog weinig 'goeds' op aarde wat de moeite waard was. Mocht Maikel gemotiveerd zijn geweest dan zou een jobcoach een goede toeleider naar werk zijn geweest. Maikel was geen jongen voor een sociale werkplaats. Het zou niet ondenkbaar zijn dat hij een goede voorman zou zijn in een bloembollenbedrijf...of als heftruckchauffeur. Allereerst zou Maikel zijn toestand moeten accepteren. Toch: "bepaal niet voor je patiënt of hij iets aankan" en "kijk naar opvallende eigenschappen, hobby's of toekomstplannen". (bemoeizorg, eenvoudige tips voor moeilijke zorg, Jules Tielens 2010)

Sociaal netwerk

Omdat Maikel heel erg het idee had (en daar in bevestigd werd) dat zijn omgeving hem niet geloofde en niet serieus nam verloor de van nature sociale jongen het contact met vrienden en familie. Zijn vriendinnetje hield het nog twee jaar vol, maar toen haakte ook zij af. Maikel raakte meer verbitterd en cynisch over mensen. Hij velde al snel een negatief oordeel en omgekeerd deden andere mensen dit op basis van het contact ook. De passanten in de kraak- en junkpanden bleven passanten...of beter gezegd: Maikel bleef de passant. Hij ging geen hechte relaties meer aan. Er was altijd (ook omdat Maikel wat 'verkundigingsdrang' had) de discussie die leidde tot ongeloof, onbegrip, frustratie en uitsluiting.

Hulpverleners zijn niet echt een droomvoorbeeld van een sociaal netwerk. Helaas in sommige situaties wel het belangrijkste sociale netwerk. "enerzijds moet je je vrij sterk persoonlijk verbinden met iemand om het zeer noodzakelijke contact te maken. Anderzijds moet je een zekere afstand tot de meningen van de patiënt houden" (bemoeizorg, eenvoudige tips voor moeilijke zorg, Jules Tielens 2010)

In dit geval zouden hulpverleners met de juiste (presentie) aanpak het intermenselijke contact kunnen normaliseren waardoor Maikel minder het gevoel van uitsluiting zou beleven en vanuit een iets meer opengewerkt gevoel weer tot mensen kunnen treden. Misschien zag hij er de humor wel van in om zich aan te sluiten bij een schaakclub als hij weer opnieuw had leren zien dat er naast de goed/kwaad discussie ook gewoon geschaakt kon worden.

Familierelaties

Hierin was natuurlijk veel schade ontstaan. De samenhang in de familie was met het plotselinge overlijden van beide ouders al behoorlijk geweld aan gedaan. Een oma op afstand en drie opgroeiende pubers...daar is geen psychiatrische bijkomstigheid voor nodig om de boel uit elkaar te laten spatten. Toch, Maikel heeft al snel nadat hij behoorlijke last van ziekteverschijnselen begon te krijgen huis en haard verlaten. Dit betekent misschien ook dat de schade in de familierelaties beperkt is gebleven. Misschien zou Maikel zonder al te veel gezichtsverlies het contact met z'n broertjes hebben kunnen herstellen...als hij genoeg ruimte had in zijn motivatie en het contact aan zou kunnen gaan vanuit een minder heftig uitgangspunt als de veroordelingsthema's. Bovendien is het aandragen van alternatieve sociale contacten en mogelijkheden daartoe in het geval van Maikel ook belangrijk om bij stil te staan.

"Als de familie wegvalt, zoals bij oudere(chronische) patiënten, dan is een aanvulling op het sociale netwerk nodig. Het is belangrijk dat de hulpverlener hier aandacht voor heeft en alternatieven aandraagt voor verbreding van het sociale netwerk. Lotgenoten kunnen bijvoorbeeld een belangrijke rol gaan spelen in het netwerk van de patiënt."

(Bron: Multidisciplinaire richtlijn Schizofrenie)

Vermindering van Stigmatisering

Maikel kon zichzelf redelijk goed presenteren als assertieve en bijdehante jongen, zonder meteen 'gek' of verward over te komen. Maar het leek erop dat dit juist leidde tot meer stigmatisering en uitsluiting. In zijn beleving was het 'aardse' ook steeds meer 'verdorven' en zelf sloot hij zich af van de maatschappij en de omgeving. Omdat het leek alsof hij niet in zeven sloten tegelijk liep, ontstond vaak bij anderen de gedachte: 'o.k., zoek het dan maar uit' of, als hij weer iets had uitgehaald, 'deze jongen moet opgesloten worden of met dwang behandeld worden.' Maikel vond op deze manier weinig aansluiting en raakte meer en meer verbitterd (wat de nihilistische waan deed toenemen).

De hulpverlening zou voor Maikel van belang kunnen zijn in het doorbreken van dit proces door een benadering die ik in de bovenstaande stukjes al enigszins besproken heb.

Allereerst presentie. Aansluiten bij Maikel zonder te veroordelen en zonder meteen te willen sturen. Schaken bijvoorbeeld. Als Maikel zijn werkelijkheidsbeleving uitspreekt zou een integere en oprecht geïnteresseerde houding een grondbeginsel zijn. Van daaruit in gesprek de thema's van Maikel waarin hij (zich) afsluit of veroordeelt, proberen open te werken door alternatieven te benoemen en te herkaderen zonder dit op te leggen, maar door het naast zijn werkelijkheidsbeleving te laten bestaan. Dit biedt misschien een ingang om Maikel te laten zien dat er verschillende werkelijkheden naast elkaar bestaan zonder andere uit te sluiten. Dit zou een hefboom kunnen zijn in Maikels contact naar anderen (niet-hulpverleners) toe.

*Patiënten (en belangrijke naasten) hebben vaak last van een negatieve beeldvorming over psychotische stoornissen en schizofrenie. Schizofrenie heeft de betekenis van een stigmatiserende en negatieve eigenschap van gespletenheid. Sommige patiënten vinden dat de naam 'schizofrenie' moet veranderen en geven de voorkeur aan de term 'anoiksis' dat staat voor 'een open geest'. Hulpverleners dienen zich te realiseren dat de doorsnee bevolking bijvoorbeeld het idee heeft dat mensen met schizofrenie gevaarlijk en crimineel zijn; ter relativering: de 'doorsnee' bevolking pleegt gemiddeld meer misdaden dan iemand met schizofrenie (zie 'sociaal functioneren'). Hulpverleners zouden de patiënten moeten helpen door samen met hen vast te stellen wat er aan de hand is en wat dat voor het dagelijks leven betekent. Veel mensen met schizofrenie hebben het gevoel niet te kunnen voldoen aan de verwachtingen van belangrijke naasten en aan de verwachtingen van de maatschappij. Mensen met schizofrenie voelen zich vaak slecht begrepen. Het is voor anderen erg moeilijk zich in te leven in de problematiek (Franx & Zeldenrust, 2002).
Bron: multidisciplinaire richtlijn Schizofrenie)*

Tot besluit noem ik een kritische noot op de richtlijn: In de richtlijn staat bij behandeldoelen als een van de doelen het volgende: *"het leven zonder psychoses door verantwoord medicijngebruik"*

Ik vind dat daar niet zonder meer vanuit gegaan mag worden. Men gaat voorbij aan de levensmotivatie van de cliënt, welke niet zelden is gekleurd door wat wij 'psychose' noemen.

Eigenlijk precies zoals ieder mens vanuit zijn of haar eigen(aardig)heid zin geeft aan het bestaan en dit op eigen wijze ordent en betekenis ziet. Het is niet altijd het ontnemen van deze individuele waarheid wat tot herstel helpt. Wel kan men er baat bij hebben te begrijpen dat er meerdere werkelijkheden naast elkaar kunnen en mogen bestaan. Dit besef ontbrak soms bij Maikel...maar misschien nog meer bij hulpverlening en maatschappij.

Ik ken mensen, en wellicht gold dit ook voor Maikel, die door medicatie bestaanszin kwijtraakten. De dialoog zal dus altijd scherp moeten worden gehouden over daadwerkelijke behoeften van de cliënt.

Is een schizofreen echt nooit alleen?

Stigmatisering en vooroordelen rondom chronisch psychiatrisch patienten

Dolf Hollands, Eindartikel SPV opleiding SP7.

Samenvatting

Stigmatisering van psychiatrisch patiënten is aan de orde van de dag. Veel patiënten hebben te kampen met negatieve opvattingen. In dit artikel probeer ik antwoord te geven op de vraag wat de hulpverlener kan doen de positie van psychiatrisch patiënten verbeteren. Dit heb ik gedaan door middel van literatuuronderzoek en het afnemen van interviews. Om vanuit cliëntperspectief te kunnen schrijven zijn er twee cliënten aan het woord. Concluderend kan gesteld worden dat het inzetten van collectieve anti-stigmastrategieën niet los gezien kan worden van individuele anti-stigmastrategieën. Gezien, gehoord en gerespecteerd worden door de hulpverlener komt als een van de belangrijkste punten naar voren.

Inleiding

Hoe *open minded* mensen ook denken te zijn, vooroordelen hebben ze allemaal. Zeker mensen met ernstige psychische aandoeningen zijn vaak slachtoffer van negatieve opvattingen en reacties van anderen (Plooy, 2009).

Ze worden al gauw bestempeld als gevaarlijk, onvoorspelbaar en agressief (Peeters, 2010, p.29).

Als aankomend SPV zie ik geregeld dat psychiatrisch patiënten te maken krijgen met vooroordelen. Mensen reageren vaak afwijzend en minderwaardig. Of zoals een patiënt ooit tegen me zei: 'Zodra mensen weten dat je psychiatrisch patiënt bent, mag je hun baby niet meer vasthouden.'

Door dit soort negatieve stereotypen staan veel Nederlanders negatief tegenover contact met psychiatrisch patiënten. Wat op zijn beurt weer een belemmering vormt voor hun integratie in de maatschappij (Onderwater, 2005, p.17); want als mensen geen contact met je willen, kun je ook niet integreren. Bovendien zorgt deze uitsluiting ervoor dat psychiatrisch patiënten worden belemmerd in hun rehabilitatie en herstel.

In het belang van het herstel van de patiënt, is het dus belangrijk dat deze stereotypen worden doorbroken. De hulpverlener kan hier zijn steentje aan bijdragen. Maar dan moet hij wel op de hoogte zijn hoe hij dat kan doen, dus welke sociaal psychiatrische interventies hij kan toepassen om deze stigma's te verminderen. Door deze interventies te beschrijven, en te onderzoeken hoop ik met dit artikel een bijdrage te leveren aan de destigmatisering binnen de psychiatrie.

In verband met de grootte van het onderwerp heb ik besloten mij te richten op interventies op het collectieve niveau binnen het stadsdeel Bos en Lommer, mijn huidige werkplek. Collectieve interventies richten zich vooral op foutieve kennis, onnodige angsten en onrechtvaardige reacties onder burgers.

In dit artikel ga ik eerst in op wat een psychiatrisch stigma precies inhoudt. Vervolgens beschrijf ik welke sociaal psychiatrische interventies er in de literatuur zijn beschreven. Daarnaast heb ik twee cliënten, een ervaringsdeskundige, een SPV en een kwartiermaakster geïnterviewd. Deze interviews hebben mij geholpen om helder te krijgen wat er binnen het stadsdeel Bos en Lommer gedaan wordt om de positie van de psychiatrische patiënt te verbeteren. En bovenal wat cliënten zelf vinden wat de hulpverlener kan doen. Daarna heb ik gekeken wat de opvallende verschillen zijn tussen de dagelijkse praktijk en de literatuur.

Psychiatrisch stigma

Maatschappelijke integratie is een tweezijdig proces: enerzijds moet de doelgroep in staat zijn om te integreren, anderzijds moet de samenleving er voor open staan deze mensen op te nemen. In dit opzicht lijkt er geen reden tot juichen te zijn. Uit onderzoek is gebleken dat de samenleving (nog) niet bereid is om psychiatrische patiënten in haar midden op te nemen. De negatieve houding is onder meer te verklaren uit de vooroordelen die er in onze samenleving bestaan over mensen met een psychiatrische achtergrond. In de Westerse samenleving lijden mensen met een psychiatrische achtergrond onder een hardnekkig stigma (Slebos-Eisenga, M., 2004, p.3). Stigmatisering is de reactie van de samenleving op afwijkend gedrag. Er ontstaat een situatie waarin iemand door de samenleving gestelde normen overtreedt, een negatief geladen etiket krijgt opgedrukt. Aan een dergelijke etikettering wordt kracht bijgezet doordat de samenleving over macht beschikt.

Consequenties hiervan kunnen zijn dat men moeilijk nieuwe sociale contacten kan leggen, oude contacten verloren gaan en dat het moeilijk is een baan te vinden (Manning, 2005, p.8). Stereotypisch denken is funest voor het herstel van psychiatrisch patiënten. Je draagt bovendien bij aan een selffulfilling prophecy, omdat je het gedrag van de psychiatrische patiënt direct of indirect beïnvloedt. Wie verwacht dat een psychiatrisch patiënt agressief is, zal met zijn afwijzende houding juist agressie kunnen uitlokken. En wie denkt dat met een patiënt niet te communiceren valt, zal ook nooit een goed gesprek hebben.

"Bewoner zijn van een beschermde woonvorm betekent bijvoorbeeld een gedwongen onthulling van je identiteit. Je ontkomt er niet aan dat de buurt 'het' van je te weten komt. En soms ontkom je er dan ook niet aan dat je wordt nagejouwd door de jongens in de straat, of dat er vuilnis of hondenpoep wordt gedumpt op de stoep van je huis. Gewoon, omdat anderen jou de identiteit opdringen van gek en dus gevaarlijk en ongewenst" (Boevink 2007,p.173).

Bos en Lommer

Binnen de Langdurige Transmurale Psychiatrie (LTP) van Bos en Lommer zijn ongeveer 130 cliënten met chronisch psychiatrische problematiek onder behandeling. Schizofrenie en bipolaire stoornissen zijn voor het merendeel de psychiatrische hoofddiagnosen bij deze doelgroep. Zestig procent van de cliënten die onder behandeling zijn binnen dit team, is van niet-Nederlandse culturele herkomst (Petiet, 2010,p.12). Bij het kiezen van de interventies moet met deze cijfers zeker rekening worden gehouden. In vele niet-Westerse culturen is er angst voor roddel en wantrouwen binnen de eigen cultuur. Psychisch ziek zijn is een taboe en dus aanleiding tot een roddel. Daarnaast zijn er spanningen in de samenleving waarbij met name migranten uit Marokko gestigmatiseerd worden met als gevolg dat angst en wantrouwen jegens de samenleving toenemen. Het kan leiden tot sociaal isolement (Riemersma,2007,p.26).

Ervaringsdeskundigheid

De nadruk moet niet liggen op de vraag hoe de (ex-)psychiatrisch patiënt omgaat met stigmatisering, betoogt Wilma Boevink¹⁾. Zij is van mening dat de samenleving lang genoeg het recht heeft opgeëist om niet gestoord te worden. Het wordt tijd dat het recht wordt opgeheven en wordt ingeruild voor iets anders. Zij pleit voor een verbod op uitsluiting en de plicht om psychiatrisch patiënten mee te laten doen. In onderstaand ervaringsverhaal komt duidelijk naar voren hoe zij als ervaringsdeskundige haar positie in de maatschappij heeft ervaren.

"Ik vond het afschuwelijk als ik aan de beurt was om boodschappen te doen. Als ik met die debiele boodschappentas op wieltjes de gewone wereld in moest. Want als we de winkel in kwamen, werd het altijd een beetje stil. Iedereen zag aan ons dat we psychiatrisch patiënten waren. Aan de tas op wieltjes, dat ook, maar ook aan hoe we eruit zagen: dik en trillend door de pillen, vaak niet echt netjes of schoon, nicotinevingers. En kopschuw, dat meestal ook. We werden beleefd geholpen, maar het praatje over het weer was er nooit voor ons.

We kregen de woorden die we nodig hadden om de boodschappen te doen. Beleefdheid van de middenstand die de kassa hoort rinkelen. De hartelijkheid was er voor de gewone klanten. Na mijn ontslag uit het ziekenhuis kreeg ik er nog enige tijd die korting: totdat ze door hadden dat ik er nooit meer twaalf broden per dag kwam halen. Toen ik die korting niet meer kreeg deed ik er de boodschappen ook niet meer. Onlangs kwam ik er toevallig weer eens. Het was er gezellig druk met kletspraatjes en zo. Tot de deur openging en twee nieuwe klanten binnenkwamen. Ik herkende de wieltjestas meteen. Het gesprek verstomde en de mensen weken een beetje uiteen. Iedereen keek en er werden veel betekende blikken uitgewisseld, soms een lachje. En ik zag aan het naar de grond staren en het zenuwachtige gefrummel van de psychiatrisch patiënten dat ze dat voelden. Net zoals ik dat destijds had gedaan" (Boevink,2006,p.32).

Sociaal psychiatrische interventies

Sociaal psychiatrische interventies zijn handelingen die gericht zijn op vijf uitgangspunten van de sociale psychiatrie. Deze uitgangspunten staan beschreven in Onderwater,2005,p.23. Het voornaamste uitgangspunt met de betrekking tot dit artikel is, dat wordt voorkomen dat bepaalde groepen cliënten worden gemarginaliseerd en uitgestoten.

In de literatuur ben ik op zoek gegaan naar sociaal psychiatrisch interventies om de positie van psychiatrisch patiënten te verbeteren. Hier wordt voornamelijk gesproken over antistigma strategieën die de hulpverlener in kan zetten om uitstoting te voorkomen en de positie van psychiatrisch patiënten te verbeteren. De literatuur geeft een keurige opsomming van verschillende strategieën die ingezet kunnen worden om stigmatisering aan te pakken. Zo komen onderstaande collectieve en individuele antistigmastrategieën uitgebreid aan bod. Ook wordt er gepleit dat hulpverleners naar hun eigen aandeel blijven kijken. Zo beschrijft Stehouwer-Tuenter(2005) ook dat het van groot belang blijft dat de hulpverlener naar zichzelf kijkt met betrekking tot dynamiek rondom stigmatisering. Stigmabestrijding moet in de psychiatrie beginnen: hulpverleners moeten zich bewust zijn van hun eventuele eigen stigmatiserende opvattingen(www.kenniscentrumphrenos.nl)

Het zou ook wenselijk zijn als stigmabestrijding een vanzelfsprekend onderdeel wordt van zorg- en rehabilitatieprogramma's (Goei de, 2006,p.34).Maar ondanks dat de literatuur ervoor pleit is dit tot op heden niet het geval. Wauters(2010) deed begin dit jaar onderzoek aan de Erasmus Universiteit in Rotterdam naar de kritische criteria voor antistigma activiteiten in Nederland. Zij concludeerde dat er nationaal weinig activiteiten zijn vastgesteld. Of hierin de komende tijd verandering lijkt te komen is onzeker. Meerdere partijen, bv Pandora zijn actief ten aanzien van dit onderwerp, maar financiële middelen zijn gestopt en het kabinet lijkt destigmatisering niet hoog op het prioriteitenlijstje te hebben staan.

Collectieve anti-stigmastrategieën richten zich vooral op foutieve kennis, onnodige angsten en onrechtvaardige reacties onder burgers. Terwijl individuele strategieën zich richten op gevoelens van schaamte, een laag zelfbeeld, onzekerheid over de toekomst, verlies van controle op het eigen leven en de persoonlijke pijn die stigmatisering en discriminatie veroorzaken (Goei de L., 2006,p.15). Zoals ik ook al in mijn inleiding beschreef heb ik mij in eerste instantie op het collectieve niveau gericht.

Corrigan en Penn (1999) hanteren gericht op dit niveau een driedeling in antisigma-strategieën: voorlichting, protest en contact:

Voorlichtingsstrategieën zijn gericht op het doorprikken van emotioneel beladen mythes. Voorbeeld hiervan is: eens een gek, altijd een gek (de mythe). Onderzoek wijst uit dat veel mensen met ernstige aandoeningen zoals schizofrenie aanmerkelijk kunnen herstellen en in staat zijn om een zinvol en vruchtbaar leven te leiden (de feiten).Onderzoek laat zien dat voorlichtingsprogramma's vaak leiden tot acceptatie van de overgedragen kennis. Daarmee resulteren ze echter nog niet in een minder stigmatiserende houding tegenover mensen met psychische handicaps. Onderzoekers pleiten daarom voor gerichte voorlichting, met specifieke informatie voor verschillende doelgroepen (Goei de,2006,p.15).

Dhr. W.Kannekens was jarenlang werkzaam als SPV in A'dam West. Hij vertelt dat hij binnen zijn werk voornamelijk rondom de cliënt voorlichting geeft, bijvoorbeeld door burens in te lichten over de situatie. Veel vooroordelen zijn volgens hem ontstaan uit bezorgdheid en zijn op te heffen door de betrokkenen enerzijds voor te lichten en anderzijds ook verantwoordelijkheid te geven. Hij vroeg bijvoorbeeld aan de burens om hem te bellen als zijn cliënt een winterjas droeg in de zomer. Dit deden zij dan ook. Doordat de burens steeds meer betrokken raakten, gedroegen zij zich steeds minder afwijzend richting zijn cliënt. Het geven van gerichte voorlichting binnen de wijk gebeurt volgens twee geïnterviewden wel, maar niet frequent.

Proteststrategieën leggen de nadruk op de onrechtvaardigheid van stigmatisering en doen een moreel beroep op burgers om mensen met psychische beperkingen niet langer negatief te bejegenen. Deze strategieën brengen geen positieve attitudeverandering teweeg (Weeghel van, 2005, p.379). Protest tegen kwetsende beelden en discriminerend gedrag kan op veel verschillende manieren plaatsvinden. Zo vond bijvoorbeeld de hoofdredacteur van NRC Handelsblad dat zijn redactie de term 'schizofreen' ook kan gebruiken om aan te geven dat het gaat om een absurde of verwarrende situatie. Van Dale geeft voor 'schizofreen' als bijvoeglijk naamwoord inderdaad twee betekenissen: 1) lijdend aan schizofrenie en 2) absurd, verwarrend. Daarmee is voor het NRC de kous af. Miriam Braun van Anoiksisz, de patiëntenvereniging van mensen met schizofrenie, vindt van niet. Schizofreen verwijst naar een ernstige hersenziekte. Daarom moet het beperkt worden tot het omschrijven van de ziekte. Braun noemt het onnodig grievend en kwetsend om schizofrenie te gebruiken voor algemenere situaties (Klooster van 't, M., 2005, p.32).

Dhr. W. Kannekens (SPV) is binnen Bos en Lommer niet bekend met deze vorm van anti-stigmabestrijding. Volgens hem zit de kracht ook in het leiden van een zo normaal mogelijk leven en werken vanuit eigen kracht van cliënt en zijn systeem. Eigen kracht door het rondom betrokkenen bij elkaar te halen (hoe marginaal ook), en te werken aan een plan. Niets over te nemen maar samen met iemand te zoeken naar wat iemand kan en wil door middel van eigen krachtconferenties²). "Veel psychiatrisch patiënten kunnen niet mee in het competitieve van de hedendaagse maatschappij" voegt dhr Kannekens nog toe. Sociale firma's noemt hij hierbij een goed initiatief. Deze zijn er volgens hem tot op heden in Bos & Lommer nog niet. Restaurant Freud en Beeldend gesproken noemt hij binnen A'dam als voorbeeld. "Hier mogen mensen zijn zoals ze zijn en ook nog eens een keertje afbellen zonder directe consequenties. Acceptatie dat sommigen mensen langzamer zijn werkt bevorderend, zodat zij uiteindelijk toch trots kunnen zijn op wat ze doen".

Beide voorbeelden zijn leer-werkbedrijven waar mensen met een psychiatrische achtergrond werkervaring opdoen en hun talenten benutten. Door te participeren in de organisatie, verantwoordelijk te zijn voor een goed product, en succesvol te zijn, doen ze weer mee in de maatschappij.

Contactstrategieën richten zich op het bevorderen van communicatie over en weer tussen mensen met een psychische handicap en andere burgers. De strategie is gebaseerd op de wetenschap dat iemand die vertrouwd is met mensen met een psychische handicap minder geneigd is tot afwijzen of negeren (Goei de, 2006, p.19).

Boon (2004) heeft onderzoek gedaan naar cognitieve en emotionele determinanten van stigmatisering van psychiatrische patiënten. Hij pleit in een van zijn aanbevelingen voor contact tussen buurtbewoners en psychiatrische cliënten om stigmatisering in de wijk tegen te gaan.

Binnen Bos en Lommer wordt er veel gedaan met betrekking tot contactstrategieën. Het contact tussen buurtbewoners en psychiatrisch patiënten wordt bevorderd, waardoor de kans op stigmatisering afneemt en de positie verbeterd kan worden.

Zo vinden er een aantal keer per jaar in het buurtcentrum aan het Waterliedplantsoen Multiloog® - bijeenkomsten plaats. In deze bijeenkomsten gaat het om het uitwisselen van ervaringen met (psychische) problemen in het dagelijks leven. Kenmerk van de bijeenkomsten is het loslaten van 'een weten wat met jezelf en de ander aan de hand is'. In het kader van de vermaatschappelijking is het belangrijk dat mensen anders gaan denken over anders zijn.

Het gaat niet alleen om de dialoog cliënt, hulpverlener en familie, maar ook om andere maatschappelijke partijen bij het gesprek te betrekken: van leraar tot pastor, van ambtenaar achter het Wmo-loket tot politieagent, van politicus tot medeburger. Het 'je verplaatsen in een ander gezichtspunt' geldt voor al die partijen (Mölders,2008,p.22).

Een belangrijk ander initiatief dat binnen Bos en Lommer ten aanzien van bevorderen van contact bestaat is Stichting Steunmannen. Een steunman gaat bij een geïsoleerde man uit de eigen cultuur op huisbezoek. Hij luistert naar zijn verhalen, neemt hem mee naar activiteiten in de buurt en zorgt ervoor dat hij andere mensen ontmoet. De steunman weet ook wie hem moet helpen bij problemen. Hij kent de buurt en de mensen in deze buurt(Tas,2010,p.25).

Mw. M. Starreveld is werkzaam als kwartiermaker bij de LTP West, team Westerpark. Zij komt er telkens weer achter dat er veel plekken binnen de wijk zijn die gastvrij zijn. De hulpverlener speelt een belangrijke rol in het zichtbaar en vertrouwd maken van deze gastvrije plekken. Deze plekken lijken tot op heden niet altijd voldoende zichtbaar voor cliënten. Zo vertelt zij over de kracht van de inloop bij buurthuis de Schaffelaer die zij mede heeft opgezet. Dit buurthuis is een van de twee buurthuizen die binnen de wijk aanwezig zijn. Er worden veel verschillende activiteiten georganiseerd en is er ook een crèche in het gebouw gevestigd. Sinds mei 2009 draait er binnen dit buurthuis op maandagmiddag een inloopmiddag - met veel succes. Er zijn drie professionele organisaties bij deze groep mensen betrokken. Het loopt als een trein. Er is een vast clubje mensen ontstaan dat elkaar elke week ziet. Hoe de inloopmiddag wordt ingevuld, is aan de deelnemers zelf. Op het moment dat de inloopmiddag plaatsvindt zijn, is er ook altijd een koor aan het oefenen en drinken er een aantal buurtbewoners een kopje koffie. Ontmoeten en integreren met buurtbewoners heeft vaak een positief effect op het herstelproces van cliënten(Tas,2010,p.31).

"Waar het 'huis' geen zorg krijgt vindt de ontmoeting niet plaats. Het 'huis' moet geschikt worden gemaakt voor de ontvangst, de drempels moeten verwijderd. En dat niet eenmalig, maar telkens weer, omdat er telkens weer uitsluiting dreigt"(Kal, 2001, p.178).

Clientperspectief

Om een antwoord te vinden op de vraag wat er nodig is om de positie van cliënten te verbeteren ben ik verder op zoek gegaan naar de meningen van cliënten zelf. Tijdens de interviews met twee cliënten(Mw. A en Mw. B) die momenteel in behandeling zijn binnen het LTP komt naar voren dat ook zij niet vreemd opkijken van veel uiteenlopende reacties van medeburgers. Opvallend is dat beide cliënten moeite hebben met het uitspreken dat zij bekend zijn met een psychiatrische stoornis. In beide gevallen gaven zij aan dat zij dit beide juist verzwijgen om stigmatiserende reacties te vermijden.

Mw. A is niet actief in de wijk, heeft hier ook weinig behoefte aan en zoekt liever alleen haar vrienden binnen een klein select gezelschap. Mw. B. is daarentegen binnen de wijk een stuk actiever. Zo komt zij veel in buurthuizen en is zij zelf actief binnen de vriendendienst. Opvallend is dat beide dames bij aanvang van het interview aangeven dat gehoord worden een van de belangrijkste aspecten is. De hulpverlener die tijd voor je heeft en maakt. De hulpverlener die je laagdrempelig steunt op de momenten dat je het zo hard nodig hebt. Het helpt als de hulpverlener voornamelijk kijkt naar het menselijke aspect. Het aansluiten bij de wensen en behoeften van de cliënt. "Het medisch denken en het werken vanuit een ziekte en niet vanuit herstel" noemt mw. B als ik haar vraag wat zij als het meest belemmerend ervaart.

Met betrekking tot de collectieve anti-stigmastrategieën is mw. A wel op de hoogte van het bestaan van informatieavonden, maar kent bijvoorbeeld de multiloog-bijeenkomsten niet. Mw. B. heeft één aantal keer een voorlichtingsbijeenkomst binnen het buurtcentrum meegemaakt van stichting Pandora³⁾.

Doorgaan en jezelf blijven laten zien aan de buitenwereld staat voor beide dames als duidelijk uitgangspunt voorop. "Ik zorg ervoor dat ik mij in ieder geval niet door anderen laat afschrikken en dat ik terugkruip in mijn schulpje" zegt mw. A. Mw. B. ziet werken vanuit ervaringsdeskundigheid als een positief punt. Het vermogen voor inleven in elkaar wordt zo alleen maar vergroot. Aan het team van Bos en Lommer is tot op heden geen ervaringsdeskundige verbonden.

Mw. M. Krekel is werkzaam als ervaringsdeskundige binnen team Westerpark. Haar sprak ik ook in het kader van mijn onderzoek. Zij benadrukt ook haar positie binnen het team. "Bij besprekingen kan ik het team telkens wijzen op het cliëntperspectief wat voor hen verhelderend kan werken" vult zij aan.

Conclusies

Terwijl stigmatisering van psychiatrisch patiënten nog steeds aan de orde van de dag is en hun positie hierdoor beïnvloed wordt zijn er nationaal geen activiteiten ten aanzien van antistigma vastgesteld. In mijn zoektocht naar een antwoord op de vraag: Welke sociaal psychiatrische interventies kunnen bijdragen om de positie van de psychiatrisch patiënten te verbeteren wordt door alle geïnterviewden gehoord, gezien en gerespecteerd worden door de hulpverleners als een van de belangrijkste punten genoemd. Als er gekeken wordt naar de mens in plaats van naar de ziekte, werkt dit positief op het zelfbeeld van de cliënt en dus op lange termijn ook op de positie binnen de maatschappij. In de literatuur staan verschillende anti-stigmastrategieën beschreven om de positie van psychiatrisch patiënten te verbeteren. Op collectief niveau zijn dit voorlichting en educatie, protest en contact.

In de dagelijkse praktijk van het LTP Bos en Lommer wordt ten aanzien van de anti-stigmastrategieën op verschillende manieren vorm gegeven. In de interviews met hulpverleners en cliënten komt naar voren dat er de laatste tijd grote stappen zijn gezet. De hulpverlener neemt in tegenstelling tot vroeger steeds meer kennis omtrent dit onderwerp mee in het dagelijks werk van de ambulante psychiatrie. Vooral op het gebied van voorlichting en contact zijn wordt er veel georganiseerd. Zo vinden er bijvoorbeeld multiloogbijeenkomsten plaats en zijn er steunmannen aanwezig. Om de deelname aan deze collectieve activiteiten mogelijk te maken zijn weer individuele strategieën nodig: het tegengaan van zelfstigmatisering en het bevorderen van empowerment en herstel. Het is dus onmogelijk om individuele en collectieve anti-stigmastrategieën los van elkaar te zien en/of in te zetten. Individuele anti-stigmastrategieën en stigmatiserende opmerkingen van de hulpverleners zelf dienen naar mijn idee meer aandacht te krijgen door dit bijvoorbeeld binnen de intervisie onderling te behandelen. In de praktijk van LTP Bos en Lommer blijkt het aanbod voor zowel hulpverlener als cliënt niet geheel overzichtelijk. Een duidelijke lijn lijkt nog te ontbreken en het aanbod lijkt niet altijd de hulpverlener, en dus ook niet de cliënt, op tijd te bereiken. De geïnterviewde cliënten uit deze wijk weten van veel activiteiten niet wanneer en waar deze plaatsvinden. Ook konden zij het achterliggende doel niet benoemen. Deze constatering kan nadelig zijn, want over het algemeen kan worden gezegd: kennismaking helpt! Vanuit de uitkomsten van het onderzoek trek ik de conclusie dat werken vanuit eigen kracht en de presentiebenadering goed werken. Door de tijdsinvestering is voor dit laatste door de marktwerking alleen helaas steeds minder ruimte.

"Laten we vooral niet vergeten hoe mensen met een psychiatrische stoornis en public worden neergezet. Hoe er aan de borreltafel over ze gesproken wordt. En hoe ook u, en ja, ook ik, misschien wel in het diepst van ons hart over ze denken. Misschien kunnen we dan echt bepalen hoe reëel het is dat ik er eigenlijk al spijt van heb dat u nu weet dat ik iets mankeer"(Plooy,2006,p.915).

Noten

- 1) Wilma Boevink is als ervaringsdeskundige en sociaal wetenschapper werkzaam bij het Trimbos-instituut en de stichting rehabilitatie '92
- 2) Eigen krachtconferenties keert de gangbare werkwijze en machtsverhoudingen in de zorg om. De aanbodgerichte standaardbenadering van de professionele zorg wordt verlaten en maakt plaats voor een grote kring van mensen aan wie om een plan gevraagd wordt. Mensen die voorheen als oorzaak van problemen werden beschouwd, vormen nu het begin van de oplossing. Zij krijgen zeggenschap en regie over hun eigen situatie. Het plan dat de 'eigen kring' maakt, is leidend voor de hulp(Eigenkrachtcentrale, 2010).
- 3) Stichting Pandora zet zich in voor iedereen die psychische problemen heeft of heeft gehad. De ervaringen van mensen zelf zijn de basis voor al haar acties.

Literatuur

- Boevink, W., De tas op wieltjes, Persoonlijke ervaringen met stigmatisering, *SOZIO Vakblad voor sociale en pedagogische beroepen*, oktober, 2006
- Boevink, W., Plooy, A., Rooijen van, R., *Herstel, empowerment en ervaringsdeskundigheid van mensen met psychische aandoeningen*, B.V. Uitgeverij SWP Amsterdam, 2007
- Boon, S., Nugter, A., Dijker, A., Stigmatisering in de wijk, Cognitieve en emotionele determinanten van stigmatisering van psychiatrische patiënten, *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 2004, nr. 59, p. 1006-1017
- Corrigan, P.W., & D.L. Penn, Stigma-busting and stereotype: Lessons from social psychology on discrediting psychiatric stigma, *American Psychologist*, 199, 54, 765-776
- *Eigen Kracht Centrale, Van verzorgingstaat naar participatie*, Zwolle, 2010
- Goei, de L., Plooy, A., Weeghel van, J., *Ben ik goed in beeld? Handreiking voor de bestrijding van stigma en discriminatie wegens een psychische handicap*, Trimbos-instituut, Utrecht, 2006
- Kal, D., *Kwartiermaken, Werken aan ruimte voor mensen met een psychiatrische achtergrond*, Boom, Amsterdam, 2001
- Klooster van 't, M., Stop stigmatiserend taalgebruik, *Tijdschrift Psy over psychiatrie en verslaving*, 2005, nr. 6, p.32-33
- Manning, J., Alle gekheid op een stokje, Het stigma en de psychiatrie, *Afstudeeropdracht*, Hanzehogeschool, Hogeschool van Groningen, september 2005
- Mölders, H., Je verplaatsen in een anders gezichtspunt, Over de betekenis van Multiloog, *Deviant Tijdschrift tussen psychiatrie en maatschappij*, juni, 2008, p. 22-25
- Onderwater, K., Padt van der, I., Romme, M., Venneman, B., Verberk, F., *Sociale psychiatrie, Visie, theorie en methoden van een maatschappelijk georiënteerde psychiatrie*, Uitgeverij Lemma bv, Utrecht, 2005
- Peeters, B., Zwakke groepen zijn vaak de klos, Onderzoek naar geweld tegen psychiatrisch patiënten, *Tijdschrift Psy over psychiatrie en verslaving*, nr. 7, 2010, p.29-30
- Petiet, E., Peen, J., Wijs, A., Dekker, J., *Interne benchmark In- Door- en Uitstroom 2009*, Versie 1.0.,LTP Teams, Arkin, Amsterdam, 6 april, 2010
- Plooy, A., Weeghel van, J., Discriminatie van mensen met de diagnose schizofrenie, Nederlandse bevindingen in een internationale studie, *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 2009, nummer 3, p.133-147
- Plooy, A., Stigmatiseren van mensen met psychische aandoeningen. Ook wij?, *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 2006, nummer 61, p.910-915
- Riemersma, M., Intercultureel werken in de wijk, Aanpak wijk SPV-en blijkt ook goed aan te slaan bij behoeften van migranten, *Vakblad Sociale Psychiatrie*, Maart, 2007, p.23-29
- Slebos-Eisenga, M., Verstand van misverstand, destigmatiserende beelden in de geestelijke gezondheidszorg, *Passage*, 13e jaargang maart 2004, nr.1, p. 3-8
- Stehouwer-Tuenter, A., Kastelein, O., Mediaan, Beeldvorming van de psychiatrie, Destigmatisering en preventie, *Vakblad Sociale Psychiatrie*, januari 2005
- Tas, E., Riemersma, M., *Bouwen aan vertrouwen, naar een maatschappelijk steunsysteem in Bos en Lommer*, Primaveraquint, Amsterdam, 2010

- Wauters, L.M.P., *Critical criteria for anti-stigma activities in the Netherlands*, A grounded theory concerning psychiatric stigma and necessary factors to enact anti-stigma activities, Erasmus University Rotterdam, Institute of health policy and management, Masterthesis health economics policy and law, Maart, 2010
- Weeghel van, J., Maatschappelijke acceptatie van mensen met psychische beperkingen, Wat zijn goede anti-stigma-strategieën?, *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 2005, nummer 60, p. 378-394

Internetsites

- <http://www.beeldendgesproken.nl/home/introductie/uniek>
- <http://www.kenniscentrumphrenos.nl>
- <http://www.restaurantfreud.nl/index.php?12>
- http://www.wikipedia.org/wiki/Bos_en_Lommer

Droomland Bastiaans

Notities uit de praktijk

Leen Joele, Drs. L.J. Joele is gepensioneerd. Hij was zenuwarts, A-opleider psychiatrie en de laatste twintig jaar bestuurder van respectievelijk Psychiatrisch Centrum Bloemendaal en Parnassia. Hij is incidenteel nog werkzaam als docent, adviseur, en als lid van klachtencommissies in de GGZ. E-mail: ljjoele@ziggo.nl

Samenvatting

De auteur blikt terug op zijn opleidingsjaar in de Jelgersmakliniek bij hoogleraar Psychiatrie Jan Bastiaans (1917-1997). Bastiaans was een charismatische en controversiële behandelaar over wie vorig jaar een proefschrift en boek verscheen uit de pen van Bram Enning, *De oorlog van Bastiaans* (2009).

Inleiding

Het artikel van Kees Hoogduin in *Directieve therapie 3* van oktober 2009 over - ook mijn - hoofdopleider Bastiaans, bracht mij onmiddellijk 38 jaar terug in de tijd. Ik ben het met hem eens dat na zoveel jaar de deernis over veel verspild talent de ergernis over evenveel narcistische eigendunk te boven gaat. De periode in het Droomland van de Jelgersmakliniek heeft vooral mijn bewustwording van wat ik niet wilde in de psychiatrie gediend: een sektarische gelovige worden. Na het jaar Jelgersmakliniek was ik vast van plan verder te gaan in de neurologie. Het is te danken aan mijn jaar bij Richard van Dijck op de Jelgersmapolikliniek, en aan mijn lidmaatschap van de zogenaamde directieve club, dat het toch nog goed gekomen is.

Herinneringen

Ik vond de eerste jaren van de medische opleiding ondraaglijk saai. De enige colleges die ik trouw bezocht waren de psychiatriemiddagen bij Bastiaans. Ik was gefascineerd door het prachtige perspectief van een fundamentele en causale aanpak van menselijke problemen. Het ging na jaren turen door een microscoop eindelijk over *Heel De Mens*. Het waren de hoogtijdagen (eind jaren 60, begin jaren 70 van de vorige eeuw) van de psychoanalyse en psychosomatiek. Onwillekeurig kreeg je als student de indruk dat, als je de biografie van een patiënt maar twee generaties uitspitte, en je je nauwkeurig op de hoogte stelde van een al of niet bestaande voorliefde voor het spelen met teddyberen of juist autootjes in de kleuterjaren, de alomvattende en sluitende verklaring voor de narigheid van je patiënt en daardoor de oplossing van zijn problemen vanzelf uit die voorgeschiedenis zou opdoemen.

Tijdens de colleges psychosomatiek werd gesuggereerd dat het ouderwets was om nog te denken dat een hartinfarct, een hartziekte of kanker een ontregeling van het celdelingproces was. Volgens Alexander, een vader van het gedachtegoed van de psychosomatiek lagen immers specifieke psychologische problemen, te weten intrapsychische conflicten ten grondslag aan functiestoornissen van specifieke organen. Anders gezegd: de indruk werd gewekt dat het duidelijk was dat de oorsprong van hoge bloeddruk, maagzweren, darmproblemen, hartinfarcten en astma in wrakkig opgebouwde karakters lag. Snel zou verder blijken dat alle lichamelijke narigheden, van uitslag tot multipele sclerose, en van suikerziekte tot het falen van de nieren, van eczeem tot kanker, slechts oppervlakkige manifestaties van de echte problemen waren, te weten vroege kneuzing van de kinderlijke psyche. Ook buiten de psychoanalyse kende het optimisme geen grenzen. Vanuit de communicatie- en systeemtheorie werd het concept van de schizofrenogene moeder opgeduikeld: opvoeders zouden door voortdurend verwarrende boodschappen uit te zenden hun kinderen psychotisch maken. Over erfelijkheid hoefde ook niet meer te worden nagedacht: het feit dat de kwaal nogal eens in families leek voor te komen kende een eenvoudige verklaring: soms kostte het perfide opvoeders in een samenzwering door de generaties heen gewoon wat langer om iemand schizofreen te maken.

Bastiaans geloofde niet alleen heilig in een nauwe verbondenheid van lichaam en geest, hij was er ook van overtuigd dat de veronderstelde verbanden direct de klinische praktijk moesten beïnvloeden. Ook vanuit de somatiek waren er krachtige supporters van zijn visie: verbijsterd zagen wij studenten de hoogleraar J.J. Groen - een internist die ook het nieuwe morgenrood had ontwaard - piepend en rochelend tussen de collegebanken strompelen om te demonstreren hoe het inhouden van huilen onontkoombaar tot astma moest leiden. Behandeling was ondanks deze duizelingwekkende inzichten toch wel eens moeilijk, want sommige mensen hadden een heel sterk zogenaamd 'karakterpantser'. Maar geen nood, bij al te sterke karakterpantser bood de toepassing van LSD of andere geestverruimende middelen uitkomst: eerst het pantser doorbreken en dan 'de ingeklemde emoties' aanpakken, zodat de patiënt een nieuw leven kon beginnen. Het was moeilijk om je te distantiëren van zulke enthousiasmerende verhalen. Toch beleefde ik al als student een teleurstellende ervaring. Bastiaans had, samen met Louis van Gasteren, een film gemaakt die in Nederland wereldberoemd was: *'Begrijp je nu waarom ik huil?'* Hij liet zien hoe onder invloed van LSD iemand traumatische ervaringen herbeleefde, en de indruk werd gewekt dat na therapeutische bespreking daarvan iemand beter functioneerde, althans minder last had van herbelevingen en psychosomatische klachten. Tijdens een bijeenkomst waarop deze film door Bastiaans werd toegelicht, bekwam ik een gevoel van gêne. Hoewel ik dat gevoel vanwege mijn ontzag voor Bastiaans niet goed kon analyseren, bleven toch twee indrukken helder: ten eerste vond ik de getoonde emoties onecht en ten tweede voelde ik weerzin tegen de procedure. Ik beleefde het als een respectloze overweldiging om mensen gevoelens waarvoor ze een half leven geen woorden hadden kunnen of durven vinden, met behulp van een chemisch middel, dwars door hun zogenaamde pantser heen, alsnog te laten uitbraken. Ik stelde er met moeite - de zaal lag aan de voeten van de tovenaars - een voorzichtige vraag over. Voor Bastiaans was het een inkoppertje. Zijn misprijzen was duidelijk en hij legde de zaal uit dat ik nog veel te jong was om diepe emoties goed mee te kunnen voelen, en dat het juist dit soort scepsis was die bijdroeg aan het leed van de oorlogsgetroffenen.

Ondanks deze gevoelens wilde ik door in de psychiatrie. Tijdens een mondeling examen viel ik Bastiaans in positieve zin op en hij nodigde me uit om in opleiding te komen. Groot feest, en ik vergat mijn reserve - ook omdat ik eerst nog stages neurologie en gestichtpsychiatrie moest volgen en pas na drie jaar het academisch walhalla mocht betreden.

Het walhalla viel bar tegen. Ik was gewend geraakt aan gezelligheid in teams, veel spanning, ernstige problemen en grote zelfstandigheid en verantwoordelijkheid. De noodzaak van mijn aanwezigheid op de plek waar ik opgeleid werd, was altijd vanzelfsprekend geweest. In de Jelgersmakliniek werd op de vraag waar mijn afdeling en patiënten waren, verbaasd gereageerd: nieuwe assistenten moesten gewoon op hun beurt wachten tot er een patiënt beschikbaar was. De reden hiervoor werd snel duidelijk: er bleken acht assistenten, een chef de Clinique, een hoofd dames, een hoofd heren, de hoogleraar en een psycholoog, nog los van alle bezigheidstherapieën en consultants, beschikbaar te zijn voor zestig patiënten, van wie de meesten meer dan een halfjaar opgenomen bleven. Het duurde drie weken voor ik één patiënt toegewezen kreeg. Tijdens mijn jaar in de kliniek heb ik er nooit meer dan zeven tegelijk gehad.

We hadden niet alleen weinig patiënten, we hoefden er ook niet veel mee. De patiënten hadden recht op tweemaal per week een gesprek met de dokter. Verder deden ze mee aan dagvullingprogramma's met therapeutische pretenties. Ze tekenden, boetseerden, en alles werd verondersteld bij te dragen tot de oplossing van de karakterafwijkingen die wij in het kader van onze opleiding tot medisch specialist mochten ontdekken en beschrijven. Het was niet gebruikelijk om concrete plannen te maken om klachten te bestrijden; in tegendeel, direct werken aan klachten of problemen kon zelfs gevaarlijk zijn. Symptoombestrijding kon immers gemakkelijk leiden tot symptoomverschuiving en zelfs tot de verdere verharding van het zo gevreesde karakterpantser. Pogingen om de patiënten te leren iets beter met hun handicaps om te gaan werden door de hoogleraar minachtend getypeerd als: 'Een beetje ik-versterken.' IJverig en goed bedoeld hoor, maar het echte werk was het niet.

Ook de opleiding eiste niet veel tijd. De assistenten werden eenmaal per week verwacht op een bijeenkomst van een halfuurtje met de hoogleraar, en die afspraak werd meestal door de hoogleraar afgezegd. Soms kwam een buitenlandse coryfee op bezoek, en dan werd die aan ons, en wij aan hem vertoond. Ik herinner me de psychoanalyticus uit Engeland die zijn praatje als volgt opende: *'Now let's introduce five new theoretical concepts.'* We keken elkaar aan: was *five* niet een beetje *many* voor een halfuurtje?

We zochten advies bij elkaar en lieten ook wel eens een gesprek op band horen aan een welwillende psycholoog. Er was zelfs geen begin van een systematische opleiding.

Samengevat

Tijdens mijn eerdere stages werkte ik me overdag te pletter en kwam ik als ik dienst had 's nachts niet tot slapen, in de Jelgersmakliniek deed ik daarentegen iedere dag een verkwikkend dutje op de analytische sofa in mijn spreekkamer. Er gebeurde erg weinig. Kees Hoogduin beschreef tegenover een patiënt eens bondig wat men volgens hem te verwachten had van een opname in de kliniek:

'Ik kan twee dingen garanderen: wanneer u nu niet rookt, zult u dat na een jaar hier wel doen, en wanneer u nu werkt, zal dat na dat jaar niet meer het geval zijn.'

Ondanks het gebrek aan opleiding heb ik in de Jelgersmakliniek veel geleerd, maar vrijwel uitsluitend van collegae en patiënten.

De lotgevallen van twee van mijn patiënten zijn illustratief voor de tijd en het klimaat waarin dit allemaal kon gebeuren.

Mevrouw De Reus

Mevrouw De Reus, 40 jaar, werd opgenomen in verband met een 'typische astmapersoonlijkheid'. (Ik had ook patiënten met een maag-, reuma-, hypertensie- of dikkedarmpersoonlijkheid.) Persoonlijkheden kunnen kennelijk al heel jong niet pluis zijn, want ze leed al vanaf de geboorte aan astma.

Ze zou haar gevoelens, met name haar verdriet, voortdurend inhouden en daardoor aanvallen krijgen. Haar voorgeschiedenis was onopmerkelijk. Ze was als kind voorlijk en vond het jammer dat ze niet had mogen doorleren. Ze was gehuwd met een man die haar bewonderde en duidelijk veel minder slim was dan zij. Ze hield wel van hem, maar wilde zo graag eens iets samen met hem doen, naar het toneel bijvoorbeeld of naar het museum. Alleen gaan vond ze moeilijk, dat was in haar kringen ongebruikelijk. Samen met de maatschappelijk werkende lukt het om mevrouw De Reus zo ver te krijgen dat ze haar wensen duidelijk maakte. Haar man bleek de welwillendheid zelve en mevrouw knapte op. Haar humeur verbeterde en de aanvallen namen in aantal af. Op dat moment werd ik gewaarschuwd door mijn supervisor dat deze verbetering in plaats van een reden tot vreugde mogelijk een zogenaamde vlucht in de gezondheid zou zijn: ik had nog veel te weinig 'echt gevoel weten los te weken'.

'Snelle verbetering is bij die rigide karakters erg verraderlijk,' werd mij ernstig voorgehouden. Ik kreeg het advies de druk op te voeren om het karakterpantser te doorbreken. De medicatie voor de astma, die mevrouw al vele jaren gebruikte, diende nu gestaakt te worden. De internist maande nog tot enige voorzichtigheid, maar was het ermee eens. Hoewel ik twijfelde liet ik me overhalen en mevrouw Reus deed wat de dokter zei. In het weekeinde kreeg ze echter een hevige aanval, die bijna fataal afliep.

Ik trok de conclusie dat mevrouw De Reus in ernstige mate aan astma leed en dat ik een bijna dodelijke fout had gemaakt. Mijn supervisor zag zijn vermoeden bevestigd dat het karakterpantser zeer hard was. Mevrouw De Reus knapte echter, nadat de medicatie opnieuw werd ingesteld, koppig verder op. De hoogleraar vond, niet zeer logisch, dat er gezien deze gebleken genezingstendens een laatste poging gedaan zou moeten worden om het pantser te doorbreken. De medicatie kon gehandhaafd worden en hij was bereid om onder die bescherming zelf een LSD-behandeling toe te passen, waarbij ik aanwezig zou mogen zijn. De volgende dag stelde ik mevrouw De Reus op de hoogte van wat er stond te gebeuren - en gaf haar het advies snel de benen te nemen. Zij was het er geheel mee eens: ze voelde zich veel beter en had al bedacht dat acht maanden Jelgersmakliniek wel lang genoeg was. Aan Bastiaans meldde ik dat mevrouw besloten had op te stappen. De hoogleraar zuchtte: 'Zie je nu hoe ongelooflijk hard dat pantser kan zijn? Wanneer je te dichtbij komt, neemt die afweer zo toe.'

Meneer Van Amersfoort

Voor assistenten was het vervaardigen van rapporten een opleidingsverplichting. In de Jelgersmakliniek ging dat uitsluitend over mensen die meenden dat een lichamelijk gebrek en/of een psychisch probleem een laat gevolg was van vreselijke ervaringen tijdens de oorlog en dat zij dientengevolge in aanmerking kwamen voor een uitkering.

Soms leek dat verband erg gezocht: een van mijn patiënten was ervan overtuigd dat zijn nachtelijke angsten, zijn werkeloosheid, zijn gebrek aan carrière in de politiek, alsmede zijn relatieproblemen het directe gevolg waren van het feit dat hij in een jappenkamp was geboren en daar de eerste vier maanden van zijn leven had doorgebracht. Hij had er geen herinneringen aan en zijn moeder vond dat zij relatief goed behandeld was. De patiënt meende dat zijn moeder haar gevoelens verdrong. Opname in de bekende kliniek voor oorlogsslachtoffers legitimeerde dit soort verklaringen zeer, juist in het contact met lotgenoten, en het was taai werk om mensen ervan te overtuigen dat er meer voor de hand liggende verklaringen voor hun problemen denkbaar waren, en minder ingewikkelde methoden dan LSD-analyse voor de oplossing ervan.

Bij andere patiënten was de gruwelijkheid van hun oorlogsverleden onomstreden en was een verband met een minder functioneren in de rest van het leven in ieder geval aannemelijk. Een van hen was de heer Van Amersfoort. Nadat de rapportagefase was afgerond, was hij in de kliniek gebleven om behandeld te worden. Zijn klachten pasten duidelijk in het zogenaamde KZ-syndroom, tegenwoordig late posttraumatische stressstoornis genaamd. Hij had in het verzet gezeten, was opgepakt en op transport gesteld naar een berucht concentratiekamp, waaruit hij na vier jaar gebroken terugkeerde. Hij knapte wonderbaarlijk snel op en ging verwoed aan het werk in de bouw. Zijn vrouw vond hem erg veranderd. Voor de oorlog was de heer Van Amersfoort spraakzaam en gezellig geweest, na zijn terugkeer wilde hij niet alleen met geen woord over de periode van verzet en het kamp spreken, ook verder was hij zeer gesloten geworden. Overigens verliep zijn leven zonder bijzonderheden, al was hij dikwijls ziek en in die perioden somber en redeloos nijdig op vrouw en kinderen. Twee jaar voor zijn opname werd hij erg somber en kreeg last van kwellende dromen en nachtmerries, altijd over de oorlog. Ook ging hij 's nachts zwerven en kwam soms dronken, verward en agressief thuis, voor hem zeer ongewoon gedrag.

De heer Van Amersfoort wilde de dokter graag ter wille zijn, maar niet praten over de oorlog. Maandenlang hebben we minstens tweemaal per week over van alles en nog wat gesproken, meestal met zijn vrouw erbij. Het echtpaar vond de dokter wel een aardige jongen, en de jongen zag twee eerbiedwaardige mensen die zijn ouders hadden kunnen zijn. Door al het praten groeide er vertrouwen. Mijn supervisor zag echter geen vorderingen in het 'losmaken van gevoelens', het karakterpantser zat weer eens in de weg. Tijdens een van onze gesprekken keek meneer Van Amersfoort me opeens doordringend aan: 'Wilt u het echt allemaal weten?'

'Als u het wilt vertellen, lijkt me dat goed voor u,' antwoordde ik hoopvol. Hij bleef urenlang onafgebroken aan het woord, een woeste monoloog vol onvoorstelbare gruwelijkheden. Toen hij zweeg, was ik diep geschokt en meneer Van Amersfoort erg moe, maar opgelucht. Toen ik hem vroeg waarom hij een halfjaar had gewacht met iets te vertellen, zweeg hij lang en zei toen: 'U moet het me maar niet kwalijk nemen, maar ik wou er zeker van zijn dat u te vertrouwen was, en het niet met dat spul, die LSD, uit me zou wringen.'

Na deze gebeurtenis hebben wij nog vele malen over het verschrikkelijke verleden gesproken, maar vooral over wat hij met de rest van zijn leven ging doen. De angstaanvallen en de slapeloosheid verdwenen vrijwel: 'de druk van het leven nam af.' Bij het afscheid overhandigde meneer Van Amersfoort me, 'mede namens mijn vrouw', een fraaie barometer. 'Dan kunt u de druk in de gaten blijven houden,' sprak hij met een knipoog.

Nooit heb ik een overtuigender betoog gehoord tegen het maken van mensen tot een object van de theoretische waan van de dag, en voor respect, geduld en het volgen van het tempo van de patiënt, kortom voor het wezen van de directieve therapie. De ervaring met meneer Van Amersfoort zou me een leven lang bijblijven en later bevestigd worden door wat ik van Watzlawick leerde: elke utopie bergt onderdrukking in zich en elke broodetende profeet verlangt aanbidding en haat twijfel.

Na aansluitend een zeer stimulerend jaar op de Jelgersmapolikliniek bij Richard van Dijck wist ik, ondanks het jaar gesluimer in Droomland, zeker dat ik psychiater wilde worden, maar geen gelovige. Bastiaans had dat kennelijk goed begrepen. Bij mijn afscheid schonk hij mij het boek *Op weg naar een vaderloze maatschappij* van Mitscherlich. Ik vond dat een mooi gebaar van de grote dromer. En ik voelde mij ondanks alles gevleid dat hij nog jaren na de afronding van mijn opleiding patiënten bleef verwijzen met de aanbeveling: 'Het is wel een eigenwijze man, maar ik heb hem zelf opgeleid....'

Abstract

This author looks back on his educational year at the Jelgersma clinic where he was tutored by Dutch psychiatrist Jan Bastiaans (1917-1997). Bastiaans was a charismatic and controversial psychiatrist, who was the subject of a recently published dissertation and book by Bram Enning, *De oorlog van Bastiaans* (2009).

Literatuur

- Hoogduin, K. (2009). Notities uit de praktijk. Het drama Bastiaans. *Directieve therapie*, 29(3), 227-233.