

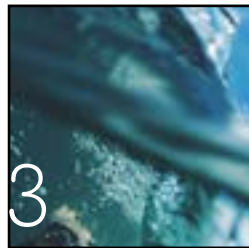
GGZtotaal



Tegen de stroom in

'Tegen de stroom in' De GGZTotaal van juni

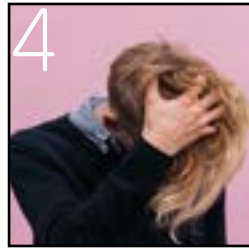
[Naar artikel](#)



Autisme en suïcide

Is Dialectische Gedragstherapie
een oplossing?

[Naar artikel](#)



Psychiatrisch ziekenhuis tussen twee vuren: wie is hier krankzinnig?

De GGZ in de Tweede
Wereldoorlog

[Naar artikel](#)



Terugkeer naar werk

Werken de instanties wel mee?

[Naar artikel](#)



Patricia leed aan anorexia

Hoe een brute roofoverval bij-
droeg aan haar herstel

[Naar artikel](#)



'Eenzaam'

Een gedicht van Gisele Vranckx

[Naar artikel](#)



Marieke Sweens: 'Werken als een gek, dé handleiding voor werken met een psychische aandoening'

Johan Atsma recenseert.

[Naar artikel](#)



Thuis in Beilen

Een column van Rokus Loopik

[Naar artikel](#)



Duizend zwarte spatjes / Tegen de muren

Een column van Niki Stoker

[Naar artikel](#)



Oude kranten: de GGZ na de Tweede Wereldoorlog

[Naar artikel](#)



Hoewel de inhoud van dit juni-magazine tamelijk divers is, is er wel een rode draad te ontdekken: initiatief moet zich nogal eens tegen de stroom in ontplooiën.

In twee artikelen draait het daarbij om geld. In het openingsartikel beschrijft Anne Huntjens de relatie tussen autisme en suïcide. Er bestaat een gefundeerd vermoeden dat Dialectische Gedragstherapie het aantal suïcides bij deze doelgroep kan doen afnemen.

Maar dat moet wel worden onderzocht en daar is geld voor nodig. Geld dat er niet is. Behalve een lezenswaardig artikel in dit magazine levert dat ook de vraag om sponsoring op.

Geld is ook de bottleneck voor documentairemaker Jan Diederens. Diederens raakte geïntrigeerd door een ernstige roofoverval in zijn buurt. Het slachtoffer bleek ten tijde van de overval aan anorexia te lijden. Min of meer dankzij de brute overval en de behandeling voor de lichamelijke en psychische gevolgen ervan, kon het slachtoffer een behandeltraject starten voor haar anorexia. Het leverde een boeiende documentaire op, maar Diederens zag zich ook genoodzaakt een crowdfundingactie te starten. Anders kan hij de documentaire niet afmaken.

Maar gebrek aan geld is niet het enige waar mensen tegen op moeten boksen. In het artikel over werk vertellen drie mensen hoe zij ondanks hun psychische klachten weer aan het werk proberen te komen. De tegenstroom komt uit onverwachte hoek: de regelgeving van de instanties die de uitkeringen verzorgen. Instanties die soms eerder tegen- dan mee

lijken te werken.

Johan Atsma recenseerde 'Werken als een gek'. Ook in dat boek komt werk met psychische klachten aan de orde. Schrijfster Marieke Sweens vertelt over de vooroordelen die zij tegenkomt en beschrijft hoe het haar desondanks lukt om tegen de stroom in te roeien. "Een hart onder de riem voor lotgenoten", schrijft Atsma.

De ultieme keus om met de stroom mee te gaan of je er tegen te verzetten, vinden we in oorlogssituaties. Bart Vuijk ging in Warnsveld op zoek naar het oorlogsverleden aldaar. Het resultaat was een schrijnend verhaal waarin psychiatrische patiënten uit het hele land naar het Groot Graffel werden afgevoerd, om daar min of meer aan hun lot te worden overgeleverd. Machteloosheid, verzet, heldenmoed en plichtsbesef, het komt er allemaal in voor. Voor de redactie was het artikel aanleiding om in de kranten van 1945 te zoeken hoe de rest van de Geestelijke Gezondheidszorg, oftewel de psychiatrische ziekenhuizen, de oorlog was doorgekomen. Daar bleken opmerkelijke verschillen in te bestaan.

Voor het overige prijst de redactie zich gelukkig met de stroom die zij méé heeft: een column van Rokus Loopik, immer tegendraads; het maandelijkse gedicht van Gisele Vranckx, ditmaal getiteld 'Eenzaam' en een 'gouwe ouwe' van Niki Stoker. Van Niki hopen we dat ze in oktober weer kersverse nieuwe columns schrijft.

De redactie

Autisme en suïcide

Is Dialectische Gedragstherapie een oplossing? - Anne Huntjens

Inleiding

Suïcidaliteit bij autisme (ASS) komt vaker voor bij volwassenen dan eerder werd gedacht, maar het is niet bekend welke behandeling hiervoor geschikt is (Kan et al., 2013). Uit één van de weinige recente klinische cohort studies blijkt dat patiënten met ASS en suïcidaliteit significant hoger scoren op suïcidale ideaties of suïcide pogingen dan het populatiegemiddelde en andere psychiatrische stoornissen (Mayes et al, 2015). De studies die bekend zijn over ASS en suïcidaliteit rapporteren hoge prevalentie en benadrukken de noodzaak voor onderzoek en behandeling van suïcidaliteit bij mensen met ASS. (Cassidy et al, 2014; Richa et al, 2014). Landelijke gegevens ontbreken, maar het percentage suïcides in 2013 en 2014 van mensen met ASS ingeschreven bij Dimence GGZ, bedroeg 31% van het totaal.

Er is nog weinig kennis over de prevalentie en de behandeling van suïcidaliteit in deze doelgroep, wat schadelijke gevolgen heeft voor patiënten en hun naasten, wat behandelteams handelingsverlegen maakt, voor maatschappelijke onrust zorgt en hoge kosten met zich meebrengt door onnodige klinische opnames en niet effectieve behandelingen.

Autisme spectrumstoornissen (ASS) zijn neurobiologische ontwikkelingsstoornissen en worden volgens DSM 5 gekenmerkt door beperkingen in de sociale communicatie en interactie en repetitieve gedragspatronen en specifieke interesses. (American Psychiatric Association, 2014). De prevalentie in de algemene populatie wordt momenteel geschat op 1% (Brugha 2011). De symptomen die bij autisme spectrumstoornissen horen moeten vanaf de vroege kinderleeftijd bestaan, maar kunnen lang gemaskeerd worden door aangeleerde strategieën (American Psychiatric Association, 2014). Sommige kenmerken van autisme worden niet genoemd in de classificatiecriteria, zoals problemen met de emotiehuishouding (Hobson, 2005). De diagnose ASS wordt tegenwoordig steeds vaker op volwassen leeftijd gesteld waarbij ook suïcidaliteit en destructief gedrag wordt gezien. Sommige symptomen zijn tijdelijk, andere zijn blijvend en geven ook in de volwassenheid nog duidelijke beperkingen, zoals de beperking in het adequaat afstemmen op de ander in de sociale context. Soms worden de symptomen pas klinisch manifest als reactie op een specifieke ervaring. Omgevingsfactoren en opvoedingsfactoren spelen een belangrijke rol bij het tot uiting komen van de kwetsbare aanleg.



Anne

Over de auteur:

Huntjens is psychotherapeut bij het SARR Expertisecentrum Autisme Den Haag.
Correspondentieadres: annehunt@xs4all.nl ; <http://www.onderzoekautisme.nl/>.

Vertraging in diagnostiek

Ondanks dat autisme een ontwikkelingsstoornis is en de symptomen aanhouden gedurende het hele leven, wordt autisme pas laat ontdekt. Kinderen en volwassenen met autisme met een normale intelligentie en relatief goede verbale vaardigheden komen pas in beeld wanneer andere klachten op de voorgrond treden (Ghaziuddin, 2013). Bovendien zijn sommige zeer goed in staat om met een grote inspanning en een uitgebreid arsenaal aan strategieën (waaronder het kopiëren van gedrag van anderen) hun beperkingen onzichtbaar te houden. Uit het rapport “vanuit autisme bekeken, 2014” waarbij 814 dossiers in twee GGZ instellingen werden onderzocht van aanmelding tot diagnose, bleek dat volwassen patiënten gemiddeld 8 jaar na het begin van klachten de diagnose autisme kregen (Van Deurzen, Verhoeven & Staal, 2014).

Autisme wordt vaak over het hoofd gezien of er wordt een verkeerde diagnose gesteld bij volwassen patiënten, vooral wanneer er sprake is van comorbiditeit. Er zijn verschillende redenen voor deze vertraagde diagnose te noemen, waaronder onvoldoende ervaring en kennis bij hulpverleners in het stellen van een autisme diagnose, een gebrek aan een volledige en nauwkeurige ontwikkelingsgeschiedenis van een patiënt, en de aanwezigheid van milde atypische autistische trekken in tegenstelling tot de prominente symptomen van een andere psychiatrische stoornis. Schizofrenie, psychotische stoornis, bipolaire stoornis, depressieve stoornis en persoonlijkheidsstoornissen worden specifiek genoemd als psychiatrische ziekten of comorbiditeit die verantwoordelijk zijn voor het niet herkennen van autisme, wat ook wel diagnostic overshadowing wordt genoemd (Engström et al, 2003).

Suïcidaliteit en autisme

Suicide (zelfdoding) en het proces dat tot suicide kan leiden worden tezamen suicidaliteit genoemd. Aspecten van suicidaliteit zijn suicidegedachten of suicide-ideatie, suicideplannen, zelfbeschadiging (automutilatie) en suicidepogingen (ook wel parasuicide genoemd). Automutilatie en een suicidepoging zijn niet altijd gericht op het bewerkstelligen van de eigen dood, maar hebben wel als doel gewenste veranderingen aan te brengen voor de ervaren problemen (De Leo et al., 2006). Cassidy en collega’s rapporteren een hoge prevalentie van zelfmoordgedachten, zelfmoordplannen of pogingen bij volwassenen met het Asperger -syndroom in vergelijking met patiënten met een psychotische stoornis in andere studies (Radomsky et al 1999). Desondanks is in de wetenschappelijke literatuur weinig aandacht voor autisme en suicidaliteit. Waarschijnlijk wordt dit veroorzaakt door de lage prevalentie van suïcidaal gedrag bij kinderen en adolescenten (Radomsky et al, 1999) en door onderdiagnostiek van autisme op volwassen leeftijd (Engström et al, 2003). In de klinische praktijk worden volwassenen met autisme vaak niet herkend tenzij stemmingswisselingen, psychotische en obsessieve klachten, en of gedragsproblemen worden gerapporteerd als comorbiditeit. Zoals eerder gezegd, door gebrek aan kennis over autisme krijgen deze volwassenen vaak een andere diagnose dan autisme en wordt suicidaliteit daarmee ook niet toegekend aan de dimensie autisme. Daardoor ontstaat er een onjuist beeld en wordt de prevalentie suicidaliteit bij autisme lager aangenomen dan in werkelijkheid is. Nauwkeurige diagnostiek is onontbeerlijk voor afgestemde interventies en behandelingen.



Literatuur

American Psychiatric Association. (2014). Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen DSM-5. Nederlandse vertaling van Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth edition. Amsterdam: Boom.

Brugha, T. S., McManus, S., Bankart, J., Scott, F., Purdon, S., Smith, J., & Meltzer, H.(2011). Epidemiology of autism spectrum disorders in adults in the community in England. Archives of general psychiatry, 68(5), 459-465.

Cassidy, S., Bradley, P., Robinson, J., Allison, C., McHugh, M., & Baron-Cohen, S. (2014). Suicidal ideation and suicide plans or attempts in adults with Asperger's syndrome attending a specialist diagnostic clinic: a clinical cohort study. The Lancet Psychiatry, 1(2), 142-147

Chambless, D.L., Hollon, S.D. (1998). Defining empirically supported therapies. J. Consult. Clin. Psychol, 66, 7–18

De Leo, D., Burgis, S., Bertolote, J. M., Kerkhof, A. J., & Bille-Brahe, U. (2006). Definitions of suicidal behavior: Lessons learned from the WHO/EURO Multicentre Study. Crisis, 27(1), 4-15.

Dissanayake, C., Sigman, M., & Kasari, C. (1996). Long-Term Stability of Individual Differences in the Emotional Responsiveness of Children with Autism. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 37(4), 461-467.

Engström, I, Ekström, L, and Emilsson, B. Psychosocial functioning in a group of Swedish adults with Asperger syndrome or high-functioning autism. Autism. 2003; 7: 99–110

Ghaziuddin, M (2013) Violent behavior in autism spectrum disorder: is it a fact of fiction. Current Psychiatry October;12(10):22-25,30,32.

Hartmann, K., Urbano, M., Manser, K., Kwara, L. (2012). Modified Dialectical Behaviour Therapy to Improve Emotion Regulation in Autism Spectrum Disorders. Autism Spectrum Disorders (pp41-72). Virginia, USA; Nova Science Publishers.

Hobson, R. P., & Meyer, J. A. (2005). Foundations for self and other: A study in autism. Developmental science, 8(6), 481–491.

Kan CC, Geurts HM, Sizoo BB, Verbeeck WJC, Schuurman CH, Forceville EJM, Duin D van. Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van autismespectrumstoornissen bij volwassenen. Utrecht: De Tijdstroom; 2013.

Linehan, M.M. (1993). Cognitive behavioural therapy of borderline personality disorder. New York: Guilford Press

Mayes, S. D., Calhoun, S. L., Baweja, R., & Mahr, F. (2015). Suicide ideation and attempts in children with psychiatric disorders and typical development.Crisis.

Radomsky, E. D., Haas, G. L., Mann, J. J., & Sweeney, J. A. (1999). Suicidal behavior in patients with schizophrenia and other psychotic disorders. American journal of psychiatry.

Richa, S., Fahed, M., Khoury, E., & Mishara, B. (2014). Suicide in autism spectrum disorders. Archives of Suicide Research, 18(4), 327-339.

Spek, A.A., DSM-5 interview autismespectrumstoornis Semi-gestructureerd anamnestic interview ter beoordeling of er sprake is van een autismespectrumstoornis. Geraadpleegd op 5 maart 2016, van www.anneliesspek.nl

Takara, K., Kondo, T., & Kuba, T. (2015). How and Why is Autism Spectrum Disorder Misdiagnosed in Adult Patients?-From Diagnostic Problem to Management for Adjustment. Mental Health in Family Medicine.

Van den Bosch, L.M.C., Sinnaeve, R., & Nijs, M. (2012). Short-term dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder. Tijdschrift voor psychiatrie, 55(3), 165-175.

Van Deurzen P.A.M., Verhoeven E.W.M., Staal W., (2014). Delay of diagnosis in ASD (1e uitgave). Practicum



Onderzoek autisme

Voor dit onderzoek is geld nodig en daarom vragen we uw steun.

Surf naar <http://onderzoekautisme.nl/> en steun ons.

U kunt ook rechtstreeks doneren via bankrekeningnummer NL88TRIO0390268836, T.n.v.: A. Huntjens, onder vermelding van "Onderzoek Autismen".

[Reageer](#)

Behandeling

Hoe suïcidaliteit bij mensen met autisme behandeld moet worden is nauwelijks onderzocht. Het is belangrijk om bij een behandeling rekenschap te geven van de cognitieve en affectieve beperkingen die samengaan met het autisme, om te voorkomen dat een behandeling geen effect heeft. Standaard behandelingen leiden bij mensen met autisme tot overvraging, waarbij zij overspoeld raken door emoties, wat suïcidaal gedrag en automutilatie versterkt. Voor volwassenen met autisme zijn er geen gerichte bewezen effectieve behandelingen beschikbaar toegespitst op emotieregulatie problemen. Studies benadrukken de noodzaak van meer onderzoek naar effectiviteit van preventie strategieën en behandelinterventies bij suïcidaal gedrag van patiënten met autisme, met als doel deze te reduceren (Cassidy et al., 2014; Richa et al., 2014). Voor behandeling van autisme is in afgelopen jaren uitgebreid aandacht geweest voor cognitieve gedragstherapieën, waarbij interventies gericht waren op verandering van gedrag, ontwikkeling, en vergroten van sociale vaardigheden (Chambless & Hollon, 1998). Voor emotieregulatie, - en/of sociale problemen, suïcidaliteit en of een combinatie daarvan echter niet.

‘Hoe suïcidaliteit bij mensen met autisme behandeld moet worden..’

Er is echter wel een aanwijzing dat dialectische gedragstherapie (DGT) effectief is voor volwassenen met autisme en suïcidaliteit. Tussen 2011 en 2013 is de effectiviteit van een kortdurend klinisch DGT programma onderzocht, dat gericht was op snellere reductie van zelfbeschadigend en suïcidaal gedrag (Van den Bosch e.a., 2014). DGT is oorspronkelijk ontwikkeld voor de behandeling van borderline persoonlijkheidsstoornissen (BPS) met suïcidaal gedrag en automutilatie. Tijdens het onderzoek bleek dat patiënten waarbij aanvankelijk een BPS werd vastgesteld, later alsnog autisme werd geconstateerd. Er was sprake van forse automutilatie en suïcidaal gedrag, gedrag dat overeenkomt met de kenmerken van een borderline persoonlijkheidsstoornis (Hartmann et al., 2012). Dialectische gedragstherapie bleek ook voor de groep patiënten met autisme een effectieve behandeling waarbij sprake was van reductie aan zelfbeschadigend en suïcidaal gedrag (van den Bosch e.a. 2012)

Dialectische gedragstherapie

Het onvermogen van mensen met autisme om emoties en gedachten uit te drukken maakt de diagnose van suïcidale gedachten moeilijk en vergt belangrijke aanpassingen aan de traditionele psychotherapeutische interventies. Daarom willen we graag onderzoek doen naar de effectiviteit van dialectische gedragstherapie bij mensen met autisme en suïcidaliteit. Dat doen we in 4 Nederlandse GGZ instellingen waarbij de effectiviteit van DGT onderzocht wordt bij mensen met autisme en suïcidaliteit. We verwachten dat de suïcidaliteit significant zal afnemen en dat dit een duurzaam effect is. ●

Psychiatrisch ziekenhuis tussen twee vuren: **wie is hier krankzinnig?** -Bart Vuijk



April 1945. Kliniek Groot Graffel in Warnsveld



Huidig ziekenhuis in Warnsveld



Ingelijste oorkonde "Wij zijn vrij" van Dr. Ten Raa



Herdekingsteen voor Geneesheer-Directeur Van Bork



Register van begravenen in Warnsveld 1902-1965

BAM! Met donderend geraas ontploft een granaat midden in een ziekenzaal in het psychiatrisch ziekenhuis. Twee patiënten zijn onmiddellijk dood en er zijn nogal wat gewonden. Gegil, paniek. Verpleegsters sturen zo goed en zo kwaad als het kan iedereen naar de achterkant van het pand en dan naar beneden, de kelder. Makkelijk gaat dat niet, want het ziekenhuis is ontzettend overbevolkt en de gevechten gaan inmiddels door. Voortdurend slaan granaten links en rechts van het ziekenhuisgebouw in. Is dit Aleppo in Syrië in 2016? Nee, dit is Nederland: psychiatrische kliniek Groot Graffel in Warnsveld, april 1945.

Wrang genoeg is het niet de vijand, die het hoofdgebouw van de kliniek in puin aan het schieten is. Het zijn de bevrijders, de Canadezen! Rondom het gebouw verdedigen Duitse soldaten verbeten hun loopgraven tegen de geallieerde overmacht. Die loopgraven zijn in de weken daarvoor onder dwang gegraven door verplegers van het ziekenhuis.

De Canadezen zien de kliniek aan voor een Duits hoofdkwartier en hun bevel luidt om het vijandelijke gebouw totaal in de as te leggen. De dik 1200 psychiatrische patiënten horen vanuit de kelder,

waar ze worden ondergebracht, de ene na de andere granaat inslaan in het gebouw. In de donkere kelder zijn de omstandigheden onmenselijk. Water is er al vanaf een uur 's middags niet meer en urenlang leven ruim duizend patiënten en tientallen personeelsleden tussen hoop en vrees. Ze kunnen niet eens zitten door de enorme menigte in de krappe ruimte. Er is maar één wc en die loopt binnen de kortste keren over; wie echt moet, gaat kokhalzend naar binnen en probeert de geweldige stank niet te ruiken. En inmiddels blijven die granaten boven maar inslaan. Delen van het gebouw zijn al aardig verwoest.

Geneesheer-directeur Van Bork van de kliniek neemt rond zes uur een dapper besluit: hij gaat de Canadezen persoonlijk vertellen dat ze moeten ophouden met op het ziekenhuis schieten. Met een witte vlag, het internationale symbool van overgave, hoopt hij dat er niemand op hem zal schieten.

Van Bork gaat eenzaam en alleen met de witte vlag, in zijn witte doktersjas op pad, dwars door de Duitse stellingen heen naar de Canadezen. De vlag wordt gerespecteerd, niemand schiet op hem. In de boerderij waar de Canadezen hun veldhoofdkwartier hebben,

treft hij een officier aan die hij na veel uitleg zo ver weet te krijgen dat de beschietingen op het gebouw worden gestaakt.

Maar na enige tijd gaat het toch weer verder. De avond is gevallen als de vierde granaat op de vrouwen vleugel inslaat. Dan neemt Duin en Bosch-psychiater Marius ten Raa, geholpen door zijn hoofdverpleger Johan Nonnekens, het op zich om nogmaals met een witte vlag dwars door alle vijandelijkheden naar de Canadezen te lopen. Kennelijk is de boodschap van Van Bork niet op alle geallieerde troepen goed overgekomen en de Duitse troepen rondom het gebouw willen van geen wijken weten.

Het is inmiddels donker en Nonnekens licht de witte vlag van Ten Raa bij met een lamp. Met de handen omhoog bereiken ze ongedeerd het hoofdkwartier van de Canadese veldartillerie, die vanaf grote afstand op het gebouw staat te schieten. Weer wordt uitgelegd dat er op een psychiatrisch ziekenhuis wordt geschoten, met meer dan duizend doodsbenauwde patiënten. En weer luidt het commando van de bevrijders: staakt het vuren. Toch gaat het nog even verder; na afloop van een vreselijke dag en een bange nacht bedraagt

het aantal doden onder de patiënten in totaal twaalf. Ook twee personeelsleden zijn door granaatslagen gewond geraakt.

Nadat de artilleriebeschietingen op het gebouw nu echt zijn gestaakt, gaan de man tot man-gevechten tussen Duitsers en Canadezen rondom het gebouw nog urenlang verder. Eindelijk, in de ochtend van 5 april, is het Duitse verzet gebroken, en zijn er alleen nog maar Canadezen te zien. Opgelucht schrijft dokter Ten Raa in zijn dagboek in hoofdletters de woorden: 'WIJ ZIJN VRIJ'. Die woorden zijn in gekalligrafeerde vorm nog altijd op een ingelijste oorkonde te lezen in de hal van het ziekenhuis in Warnsveld.

Is de ellende voor de jarenlang bewust uitgehongerde patiënten daarmee ook voorbij? Helaas niet. Nadat in het laatste jaar van de oorlog bijna wekelijks en later bijna dagelijks wel een begrafenisplechtigheid moest plaatsvinden voor door ontberingen gestorven patiënten, breekt net na de bevrijding een tbc-epidemie uit in het ziekenhuis. Nadat de hongerwinter al 117 levens eiste, gaan nog eens tientallen patiënten hieraan ten onder. Zij worden massaal begraven in ongemarkeerde graven nabij het ziekenhuis.

Psychiatrisch ziekenhuis tussen twee vuren: **wie is hier krankzinnig?** -Bart Vuijk

Reageer



Omgedoopt plantsoen tot De Nonnekes en Ten Raa groenparel



Ton de Groot bij het monument op Groot Graffel



Monument op het terrein van Groot Graffel

Onbelangrijke 'untermenschen' systematisch uitgehongerd

De nazi's verdeelden de mensheid in untermenschen en übermensen. Psychiatrische patiënten vielen volgens die ideologie in de categorie untermenschen.. Al voor de Tweede Wereldoorlog begon, werden zij in Duitsland zelf massaal vermoord, net als verstandelijk gehandicapten. In Nederland gebeurde dat niet; alleen de joodse patiënten werden net als alle andere joden afgevoerd naar vernietigingskampen. De overige psychiatrische patiënten werden consequent uitgehongerd. Hun rantsoenen waren veel kleiner dan die van de 'normale' bevolking.

In mei 2016 is op het terrein van Groot Graffel, onderdeel van GGNet in Warnsveld, een monument onthuld ter nagedachtenis aan de meer dan negenduizend slachtoffers die vielen als gevolg van de onmenselijke omstandigheden waarin de Duitse bezetter de Nederlandse psychiatrische patiënten liet verkommeren en verhongeren.

Het monument is een steen op een sokkel, temidden van een grasveld aan de rand van een begraafplaats. De steen geeft aan waar de slachtoffers uit de

oorlog onder de grond liggen. Van de dik 1245 patiënten die op Groot Graffel vanuit verschillende andere ziekenhuizen waren ingekwartierd, zijn er in het laatste oorlogsjaar 117 omgekomen in de hongerwinter. Na de bevrijding stierven nog tientallen mensen als gevolg van een tbc-epidemie.

Deze oorlogsslachtoffers onder de psychiatrische patiënten liggen veelal in ongemarkeerde graven. Drie lagen diep liggen zij rondom het beeld. Naamloos en grotendeels vergeten. Totdat sommige familieleden in het verleden begonnen te graven, met hulp van historica Cécile aan de Stegge. Zij is al acht jaar bezig om de geschiedenis van de psychiatrie in de Tweede Wereldoorlog aan de vergetelheid te onttrekken.

Groot Graffel was een soort verzamelpunt voor de psychiatrie. Veel patiënten van vier gestichten uit de kuststreek werden naar Warnsveld geëvacueerd. In het Sperrgebiet mocht niemand wonen. De statige klinieken in Castricum (Duin en Bosch), Santpoort, Rosenberg en Halsteren werden in gebruik genomen door de bezetters. Over de psychiatrische patiënten bekommerden de Duitsers zich verder niet. Zij moesten met personeel en al naar Warnsveld, waar

ziekenhuis Groot Graffel de taak kreeg om alle patiënten te huisvesten voor de duur van de oorlog. Deze kliniek, met een capaciteit van 475 patiënten, kreeg zo, na het bombardement op Zutphen, meer dan 1200 patiënten te verstouwen.

Dat ging natuurlijk niet goed. Ondanks welhaast heroïsche inzet van het personeel, was het gesticht veel te vol. Er was gebrek aan alles. Kachels konden niet branden, er was geen zeep om mensen, kleding en beddengoed te wassen, er was consequent onvoldoende voedsel en op het laatst zelfs geen water. Zusters gingen letterlijk in de omgeving van Groot Graffel 'de boer op' om wat extra levensmiddelen te bemachtigen, zodat ze hun hongerende patiënten in leven konden houden.

De Duitsers maakten het de staf evenmin makkelijk. Toen in 1944 de geallieerden steeds dichterbij kwamen, werd het personeel gedwongen om de schop te pakken: er moesten loopgraven komen. Sommige personeelsleden hadden hier totaal geen trek in en besloten te verdwijnen. Maar toch lagen er na verloop van tijd talloze verdedigingswerken op het terrein. De aanblik van het hoofdgebouw van Groot Graffel temidden van al die loopgraven bleek in de laatste dagen van de oorlog fataal, zoals in het artikel 'Psychiatrisch ziekenhuis tussen twee vuren' is te lezen. De Canadese bevrijders zagen het gebouw aan voor een Duits hoofdkwartier en begonnen het met zware artillerie te beschieten, met doden en gewonden als gevolg.

Na de oorlog is de geschiedenis van de psychiatrische patiënten in oorlogstijd grotendeels in de vergetelheid geraakt. Pas de laatste jaren is hier meer

Zoektocht naar twee joodse patiënten

Tijdens de Tweede Wereldoorlog werd in opdracht van de Duitse bezetter, patiënten en personeel van de psychiatrische instelling Duin en Bosch in Castricum geëvacueerd. Zeventig jaar na de evacuatie steekt Castricummer Ton de Groot veel tijd in onderzoek van wat er gebeurd is met de psychiatrische patiënten in de Tweede Wereldoorlog. Op zijn initiatief is er onlangs een herdenkingsmonument in Castricum geplaatst voor deze vergeten slachtoffers. Hij is nog altijd op zoek naar twee joodse patiënten, die volgens de oorlogsdagboeken van psychiater Marius ten Raa in Groot Graffel werden gehuisvest, maar daar na enige tijd werden uitgeschreven. Het ligt voor de hand dat zij in een Duits vernietigingskamp zijn omgekomen, maar absolute zekerheid daarover kan hij niet krijgen. Het gaat vermoedelijk om Sara van Weezel uit Bakkum en Bloeme de Beer afkomstig uit Santpoort. Zijn zoektocht is nog niet afgelopen. Vermoedelijk zijn de vrouwen in Sobibor vermoord. Op transportlijsten heeft Ton de Groot informatie gevonden over het transport van twee 'Geistesranke Frauen aus einem unbekannten Orte', en later is er in dergelijke transportlijsten iets te vinden over een 'schwachsinnige' vrouw aus Zutphen die op dodentransport is gezet. Omdat deze twee patiënten hun naam niet konden zeggen staan ze in de gemeentelijke administratie in 2016 nog steeds als vermist aangegeven. Het personeel van de klinieken maakte in tegenstelling tot de Duitse bezetters geen onderscheid tussen joden en niet-joden. Van het personeel van de kliniek in Santpoort is bekend dat dit tijdens de gedwongen evacuatie van de patiënten in 1942 alle mogelijke moeite deed om de joodse patiënten aan het zicht van de alomtegenwoordige Duitsers te onttrekken. Ze moesten tijdens de verhuizing naar Groot Graffel en andere klinieken grote potplanten dragen, zodat hun gele jodensterren niet te zien waren.

aandacht voor. Met de oprichting van het monument op Groot Graffel wordt geprobeerd daar verandering in te brengen. Ook in Castricum is een onofficieel monument onthuld. Oorlogsonderzoeker Ton de Groot heeft een bord opgehangen waarmee een plantsoen is omgedoopt tot de Nonnekes en Ten Raa Groenparel. Ook vijf omgekomen patiënten uit Castricum worden op het bord geëerd. ●



Terugkeer naar werk. Werken de instanties wel mee?

Willem Gotink

Werk is een essentieel onderdeel van het bestaan. Werk bevordert sociale contacten, genereert zingeving en dagbesteding, zorgt voor inkomen. Dat geldt voor iedereen, dus ook voor mensen met psychische problemen. Binnen de GGZ begint dat besef de laatste decennia vaste voet aan de grond te krijgen. De aandacht voor werk als onderdeel van therapie neemt dan ook toe. Overheidsinstanties zijn er mee bezig, getuige een campagne als 'collega's met karakter'. De publieke opinie volgt schoorvoetend tot niet, zo blijkt onder andere uit het boek 'Werken als een gek', dat elders in dit magazine een recensie krijgt.

Wij krijgen regelmatig verhalen binnen van mensen met psychische problemen die graag willen werken, maar die zich tegengewerkt voelen, of op z'n minst niet geholpen voelen. En dat uitgerekend door instanties die hen juist op weg zouden moeten helpen. In de heftigste verhalen komen termen voor

als 'stroperig', 'ongeïnteresseerd', 'ondeskundig', 'te dwingend'. Veel van die verhalen gaan over mensen die niet willen werken, maar zich door UWV en DWI gedwongen voelen het wel te doen.

Daar gaat dit artikel echter niet over. Dit artikel gaat over drie mensen die heel graag willen of wilden werken, maar zich niet begrepen voelden, in ieder geval niet geholpen en soms zelfs tegengewerkt werden door de uitkeringsinstanties.

Uiteraard hebben we geprobeerd een reactie van het UWV en DWi te krijgen, maar dat is niet gelukt. We stellen hun commentaar alsnog zeer op prijs.

[Reageer](#)

“Ik ben zeker ook goede mensen tegengekomen bij het uvw, maar ook veel gebrek aan kennis en onzorgvuldigheid...”

Sandra

Sandra raakte in 2011 werkloos na een burn-out. Dat wil zeggen: ze had de baan waar zij gaandeweg klachten van een burn-out begon te vertonen, verwisseld voor een andere. Net op tijd, dacht ze. Maar haar klachten namen in de nieuwe baan niet af, wat voor haar nieuwe werkgever aanleiding was om haar na haar proeftijd niet in vaste dienst te nemen.

Daarmee raakte ze bekneld tussen de regels van het UWV. Officieel was ze werkeloos en moest ze solliciteren, in werkelijkheid was ze ziek en niet in staat om te werken. Reïntegreren door langzaam op te bouwen zou een optie zijn, maar dat lag lastig binnen de regelgeving van de WW. Bovendien had Sandra geen werkgever waar ze dat zou kunnen doen.

Na veel overleg adviseerde het UWV Sandra om zich toch maar ziek te melden, zodat ze kon reïntegreren. Dat was de eerste hobbel. Nu moest er nog een werkgever komen dat haar die mogelijkheid wilde geven. Dat bedrijf werd - geheel door Sandra zelf - gevonden bij de plaatselijke HEMA, waar zij onbetaald aan de slag kon voor één dag per week.

Dat onbetaalde was een puntje van aandacht, want vrijwilligerswerk terwijl je in de ziektewet loopt is niet zondermeer toegestaan. Dat merkte ze toen ze

veel later deel ging nemen aan het project 'Kans op Werk', waar mensen met psychische klachten gaandeweg weer een werkritme proberen op te bouwen. Het project was bij het UWV niet bekend en er zondermeer mee doorgaan zou kunnen betekenen dat haar uitkering werd stopgezet. Dus moest Sandra tijdelijk stoppen tot de toestemming binnen was. Understatement: vanzelf ging dat niet. Tegenwoordig heeft Sandra weer betaald werk, maar ze heeft veel hulp nodig gehad van buiten het UWV, onder andere om toestemming voor haar reïntegratietraject te krijgen. Via het project Kans op Werk vond ze een reïntegratiebureau, die haar hielp bij het opstellen van een reïntegratieplan. Dat bureau had op haar beurt contacten bij het UWV, zodat het plan ook snel kon worden goedgekeurd en Sandra kon starten met de re-integratie.

Sandra: "Ik ben zeker ook goede mensen tegengekomen bij het UWV, maar ook veel gebrek aan kennis en onzorgvuldigheid. Zo keurde de eerste arts mij goed, ondanks mijn klachten. Dat betekende dat ik recht had op WW. Maar hoe ik die WW aan moest vragen, dat wist hij niet.

Een reïntegratie-adviseur belde me thuis, op een moment dat ik er niet was. Hij overlegde met mijn vriend over de reïntegratie. De volgende dag kreeg ik een brief met wat er in dat gesprek besloten was. Ik vind dat niet kunnen."

Om reden van privacy is Sandra's achternaam niet vermeld. De namen van Alfons en Stef zijn gefingeerd)

Volgens het Panel Psychisch Gezien:

- heeft minder dan 20% van de mensen met ernstige psychische aandoeningen betaald werk volgens de CBS definitie.
- wil 54% van degenen die werken, enige verandering ten positieve in het werk, zoals een hoger salaris, of meer uren.
- wil 29% van degenen zonder baan wel graag werken.
- voelt 24% van de leden zich oneerlijk behandeld bij het zoeken naar werk en 1 op 5 ziet af van het zoeken naar werk door verwachte discriminatie.

Alfons

"Geen idee", antwoordde Alfons toen zijn psycholoog vroeg wat ze voor hem kon doen. Hij was gestuurd door het DWI, omdat hij volgens het psychologisch onderzoek van de dienst last had van trauma's, niet in staat was samen te werken en 'een kort lontje' had. Daardoor zou het reïntegratie-traject steeds mislukken en zou hij ook geen baan vinden.

Alfons heeft een andere lezing. Hij is inderdaad een einzelgänger, kan slecht tegen onrecht en heeft 'nare dingen gezien' in Rusland, waarvandaan hij dertig jaar geleden naar Nederland vluchtte. Maar dat is niet de reden dat hij geen werk heeft. Tot tien jaar geleden werkte hij als grafisch vormgever en hij weet niet beter dan dat zijn baas en collega's tevreden over hem waren. Maar het bedrijf ging failliet en binnen zijn vak vond hij geen andere baan. Hij liet zich omscholen tot klusjesman, maar zag zich kansloos op de arbeidsmarkt. Ouder dan vijftig, een pittig accent en geen ervaring in zijn nieuwe vak. Welke werkgever zit daarop te wachten?

De frictie met het DWI begon toen twee werkervaringsplekken stukliepen. "Eén was zó onder mijn niveau, daar kreeg ik slapeloze nachten van, ik werd echt doodongelukkig. En de ander was tussen collega's die exact hetzelfde werk deden als ik, alleen werden zij ervoor betaald en ik niet. Daar kan ik dus niet tegen." Netto resultaat is dat het DWI hem op psychische gronden onbemiddelbaar acht. Ook daar is Alfons het maar half mee eens. "Ik kan vrijwilligerswerk doen in het verzorgingshuis bij mij in de straat. Als klusjesman. Zo kan ik ervaring opdoen om meer kans te hebben bij een sollicitatie. Ze willen me graag hebben. Alleen van het DWI mag dat niet. Ik moet beschikbaar blijven voor de arbeidsmarkt."

Stef, midden veertig, Rotterdams accent, tatoeage in de nek, wil er kort over zijn. Met de nadruk op 'wil', want als hij eenmaal begonnen is komt de boosheid alsnog opzetten en vertelt hij breeduit. "Drie jaar geleden kreeg ik steeds vaker hoofdpijn, sliep slecht, was somber, moe en mijn lontje werd steeds korter. Mijn baas vreesde dat ik zijn klanten weg zou jagen, hij kende me ook niet zo, daarom verzocht hij me dringend om naar de huisarts te gaan. Die constateerde een depressie en stuurde me door naar de psycholoog. Die maakte er een burn-out van. Allebei vonden ze dat ik niet kon werken en de volgende dag begreep ik waarom. Toen ik namelijk mijn baas belde om te zeggen dat ik een tijdje thuisbleef, kreeg ik een daverende huilbui. Dat huilen om niks heeft een paar weken geduurd, het putte me volledig uit. Maar gaandeweg trok dat toch weer bij. Tot ik naar het UWV moest. Ondanks het advies van de huisarts, de psycholoog en ondertussen ook de bedrijfsarts, kreeg ik te horen dat ik de volgende week weer kon beginnen. Met twee dagen per week, dat wel, maar ook dat was toch veel meer dan ik aankon. Met de psycholoog was de afspraak dat ik eens per twee weken koffie ging drinken met de collega's. Twee dagen heb ik dat volgehouden, naar het werk gaan. Toen heeft mijn baas me naar huis gestuurd. Wat hij verder precies gedaan heeft, weet ik niet, maar een week later kreeg ik een brief van het UWV voor een herkeuring. De arts die daar zat was wel van een heel ander type dan de eerste. Hij liet me in ieder geval uitpraten. Hij ging akkoord met het plan van die psycholoog, dus een week later zat ik weer op de koffie bij m'n collega's." Ondertussen ben ik weer een jaar normaal en fulltime aan het werk. De hele periode tussen de eerste ziekmelding en weer fulltime aan de slag heeft zo'n anderhalf jaar geduurd. Ik denk dat ik zonder dat geintje met die keuring vier maanden eerder aan de slag was geweest."



Jonge vrouw overwint anorexia na brute roofoverval

Patricia lijdt aan een ernstige vorm van anorexia en is een gepassioneerd hardlooperster die regelmatig een marathon loopt. Op oudejaarsavond 2009 wordt zij in een tunneltje vlak bij het Amstelhotel in Amsterdam overvallen en beroofd. Ze overleeft de overval ternauwernood en ligt enige dagen in coma.

De ochtend van 1 januari 2010 hoort documentairemaker Jan Diederik dit nieuws op de radio. Het bericht grijpt hem aan. Wanneer hij weer eens door het tunneltje fietst vraagt hij zich af hoe het met haar gaat. Op een dag besluit hij de politie te benaderen met het verzoek hem in contact te brengen met de vrouw. Als filmmaker vraagt hij zich ook af of het een interessant verhaal voor een documentaire kan zijn. Bij de politie kan men zich de gebeurtenis nog goed herinneren en ze zijn hem direct ter wille. Zo ontmoet hij Patricia.

Patricia vertelt hem nauwgezet hoe het haar sinds de roofoverval vergaan is en dat ze net als vóór de overval bij een bank werkt. Tijdens het gesprek vertelt ze, eerst schoorvoetend, ook over haar anorexia. Ze weegt dan 41 kilo. Patricia: "Ik was toen zo zwak dat ik op de avond van de overval nauwelijks vooruit kon komen op mijn fiets. Mijn toenmalige vriend kon niet eens zo langzaam fietsen". Dat geeft het verhaal de extra dimensie die Diederik doet besluiten er een documentaire over te maken.

Wegens de gevolgen van de overval begint Patricia aan een revalidatieproces. Het valt een psychologe van revalidatiecentrum Amsterdam op hoe mager Patricia is en dat dat misschien wel het meest urgente

probleem is. Tijdens een sessie traumaverwerking dringt diezelfde psychologe er bij Patricia heel serieus, bijna dwingend, op aan om ter plekke contact op te nemen met een centrum voor eetstoornissen. Patricia is verontwaardigd en ziet geen probleem ondanks het feit dat als gevolg van haar eetstoornis regelmatig ernstige lichamelijke klachten opspelen. Haar ijzeren wil pleegt verzet.

In de documentaire wordt duidelijk dat de eetstoornis al twee jaar vóór de overval aangewakkerd wordt door een terloopse opmerking van een kennis. Patricia beschrijft in de film op uiterst gedetailleerde en fascinerende wijze hoe ze vervolgens met eten omgaat. Ze legt uit waarom ze haar lage gewicht aanvankelijk als iets positiefs ziet. De aanvankelijke ontkenning van haar probleem is gelegen in het feit dat ze een verband legt tussen een laag gewicht en het neerzetten van goede tijden in bijvoorbeeld een marathon. De complimenten die ze daarmee oogst geven haar een gevoel van eigenwaarde. Het gevoel dat ze uniek is. Haar werk bij de bank vindt ze maar gewoontjes. Aangezet door het revalidatieproces dat op de roofoverval volgt overwint Patricia langzaam maar zeker haar eetstoornis. Nu staat ze vol in het leven.

Het productieproces van de documentaire die het bijzondere verhaal van Patricia vertelt, draait op volle toeren. Omdat de makers zonder budget aan de productie zijn begonnen is een crowdfundingactie gestart, zodat de documentaire ook afgemaakt kan worden. Ook bijdragen? Ga dan naar www.cinecrowd.com/patricia

[Reageer](#)



Eenzaam

Ik kijk door een half gordijn
zonder de wereld te zien
zie bekvechtende vogels
ik wou dat ik hen was
niet zo alleen

Ik hoor hoe de auto's racen
gehaast om ergens,
wellicht thuis, te zijn
ik wou dat ik hen was
niet zo alleen

Ik voel hoe mijn keel
zichzelf dicht smooit
bang voor gevoelens
ik wou dat hij vrij was
niet zo alleen

een vogel zingt dan
zijn mooiste lied
ik wou dat ik hem was
zonder verdriet
en nooit meer alleen

© Gisele Vranckx

[Reageer](#)



Werken als een gek

dé handleiding voor werken met een psychische aandoening
van Marieke Sweens



“Ik geloof er niks van dat jij borderline hebt. Mijn schoonmoeder, die heeft pas borderline!” Aldus een collega van Marieke Sweens die wordt geciteerd in haar boek ‘Werken als een gek’. Het citaat schetst slechts één aspect van de moeilijkheden waar je tegenaan loopt als je je met een psychische aandoening probeert staande te houden in een werkomgeving die daar geen of weinig oog voor heeft.

Nadat in de inleiding een aantal bekende namen het boek aanprijzen, wil Sweens in de eerste helft van het boek duidelijkheid geven over hoe het is om te werken met een psychische aandoening. Soms ligt de focus op degene met een psychische aandoening, soms wordt er vanuit de leidinggevende gekeken.

Daar waar het relevant is vind je heldere tips vanuit beide invalshoeken.

“Werkgevers hebben het idee dat mensen met een psychische aandoening zich veelvuldig ziek melden en dat ze niet in teamverband kunnen werken, omdat ze zomaar agressief kunnen worden. Werknemers met psychische aandoeningen zijn werknemers met beperkingen die moeilijkheden geven en waarvan je last hebt.” Vanuit die vooronderstelling gaat Smeets aan de slag, natuurlijk met de bedoeling om ruimte te maken voor het beweren van het tegendeel.

Daarnaast levert het boek een hart onder de riem voor lotgenoten. Sweens doet in het tweede deel van haar boek verslag van haar leven met een zich ontwikkelende psychische aandoening, haar gang door de hulpverlening en haar vallen en weer opstaan als werkneemster in verschillende settings. Sweens toont haar gang op weg naar een gediagnostiseerde problematiek, haar pogingen om aan het werk te blijven en de keuzes die ze daar noodgedwongen soms in maakt. Ze werkt mooi toe naar het belang en de logica van openheid over je aandoening naar leidinggevenden/werkgevers. Ook schetst ze duidelijk dat dat niet wil zeggen dat je dan ook meteen begrepen wordt en alle deuren open gaan.

Maandelijks bespreekt Johan Atsma een recent uitgegeven boek, dat betrekking heeft op de GGZ.

Johan Atsma is docent/coach MBO verpleegkunde.

[Reageer](#)

Dat roept natuurlijk wel de vraag op wat dan bedoeld wordt met een psychische aandoening. Waar hebben we het eigenlijk over? Het palet van psychische aandoeningen is minstens zo groot als het palet van somatische aandoeningen. En is er een grens aan de mate van ernst van de aandoening om te participeren in het reguliere arbeidsproces? Die discussie wordt hier niet gevoerd. Het imago van psychische aandoeningen is in ieder geval vaak gebaseerd op een grote mate van onbegrip en onwetendheid. Sweens maakt duidelijk dat op dat gebied winst valt te behalen. Niet in de laatste plaats door openheid te bepleiten over je aandoening. Want waarom vertel je wel dat je naar de huisarts gaat omdat je een griep voelt aankomen maar zeg je niet dat je naar de huisarts gaat voor een nieuw recept voor de medicatie die je gebruikt in verband met je bipolaire stoornis. “Die ruimte voor openheid is niet alleen voor werknemers met een psychische aandoening een kans om te focussen op hun talenten in plaats van op hun beperkingen. Iedereen profiteert van een werksfeer waarin collega’s van elkaar weten wat ieders sterke en minder sterke kanten zijn. Het leidt op de werkvloer tot meer vertrouwen, betrokkenheid, zelfstandigheid en productiviteit.” De openheid die zo word bepleit vraagt vaardigheden bij zowel de werknemer als de werkgever. Het boek biedt voldoende gereedschap om daar in te leren.

Het dilemma blijft bestaan en is reëel: werk betekent voor de werkgever iets anders als voor de werknemer. Er is per definitie een belangentegenstelling. Voor de werkgever is arbeid een product waarvoor je betaald, voor de werknemer “... een voorwaarde om ‘erbij te horen’ en ‘mee te kunnen doen’ in de samenleving.”

In het boek wordt daar enigszins aan voorbij gegaan en natuurlijk kiest Smeets voor de kant van de werknemer. Ze biedt daarbij voldoende munitie om aannemelijk te maken dat het taboe rondom werknemers met een psychische aandoening geslecht dient te worden. Sterker nog, het kan heel vanzelfsprekend zijn te ‘werken als een gek’. Want Sweens maakt zeker duidelijk dat de kwaliteit van de geboden arbeid er niet onder hoeft te leiden.

Marieke Sweens: Werken als een gek, dé handleiding voor werken met een psychische aandoening.

Uitgeverij Lucht, 348 pagina's; prijs 16,95

Zie ook: www.tikkeltjegek.nl

Studiereizen is mijn ding. Je kunt mij er op zondagochtend voor wakker maken: op reis gaan met een groep mensen. Je overtuigingen overboord gooien gaat nu eenmaal makkelijker in den vreemde. Nederland niet uitgesloten. Jaarlijks sleep ik hulpverleners, managers, directeuren en mensen met ‘lived experience’ mee voor een werkbezoek naar Duurzaam Verblijf in Beilen. Ik ben het aan u verplicht te vertellen dat ik ruim achttien jaar in de goten van Amsterdam gewerkt heb, op zoek naar dak- en thuisloze mensen met een veelvoud aan uitdagingen. Met uitdagingen doel ik erop dat die mensen gebukt gingen onder psychiatrische- en/of verslavingsproblematiek. In die groep was een groep van mensen aan te wijzen die niet of nauwelijks reageerden op de creatieve en oeverloos aangeboden hulp die wij die mensen opdrongen. Die mensen bleven in zeven sloten tegelijk lopen. Voor deze mensen is Beilen uiteindelijk in het leven geroepen. Ik was destijds een fervent tegenstander. De verbanning naar een van God en de ANWB verlaten oord was wat mij betreft bijzonder onkies en bovenal inhumain.

Terug naar de studiereizen. De eerste keer dat ik Beilen bezocht was ik getroffen door de op het terrein aanwezige voorzieningen, allemaal bedoeld om actief aan het herstel van de bewoners te werken. Er is daarin niets aan het toeval overgelaten. Zij beschikken zelfs over een heuse supermarkt. Ik ontmoette er therapeuten die creatief nadachten over hoe zij bewoners konden verleiden tot contact en deelname. En daar kwam geen drang en dwang aan te pas. De woningen hadden een eigen huisnummer en waren ruimtelijk ingedeeld. Menig Amsterdams student zou er een moord voor doen. Verschillende mensen lieten ons vol trots hun naar eigen smaak ingerichte woning zien. Ik was er in het geheel niet op voorbereid, mijn focus ligt bij zo’n bezoek vooral op het welbevinden van mijn gasten en de omgeving, maar het bezoek had ook een viertal verrassingen voor mij in petto. Ik ontmoette er geheel onverwacht vier oud-cliënten met wie het weerzien voor hun en voor mij een emotionele gebeurtenis was. It was like meeting long lost friends. Niet één van die mensen toonde zich in ernstige mate ontevreden met zijn verblijf in Beilen. Twee van hen waren zelfs érg tevreden en stelden dat zij ‘nog wel een jaartje’ nodig hadden om te herstellen van het stadse leven.

Tijdens de bezoeken voel ik geen enkele urgentie om het complex te verlaten. Ik wilde eigenlijk nog wel een paar dagen blijven. De ontvangst in Beilen is altijd meer dan open en vriendelijk. Het zet de toon voor een onvergetelijke dag.

Natuurlijk, dit instituut is door hekken en gesloten poorten en deuren omgeven, maar verder kan het de vergelijking met een luxe vakantiedorp glansrijk doorstaan. Alleen al op basis van het uiterlijk van deze instelling kan er gesproken worden van een heuse ‘healing environment’. Na een heldere en krachtige Engelstalige presentatie van de bevlogen directeur Tjil Huygen of Annemarie Grube, psychiater, krijg je een lunch en een concert van de huisband voor de kiezen. De Band wordt geleid door Woody, een al even bevlogen hulpverlener op cowboylaarzen.

Na de broodjes kroket van Dobbe volgt een rondleiding op het terrein. Ik weet niet zeker of de directeur speciaal voor deze gelegenheden een blik gepassioneerde hulpverleners opentrekt, waarbij vermeld dat het weer typisch Nederlandsch is om zoiets te vermoeden, maar ik ontmoet er immer en enkel bijzonder betrokken en vriendelijke medewerkers. Allemaal hulpverleners die met liefde spreken over de bewoners en hun werk. Zij beschikken over een goed ontwikkeld gevoel voor decorum, wat is af te lezen aan hun wil om vooral de regels inzake de privacy van bewoners in acht te nemen. Iedereen wordt er met respect behandeld.

In mijn hoofd bestaat geen waarheid, stel ik eenmaal thuisgekomen en verheugd. Wat vandaag waar is, is morgen sterk verouderd of misschien toch waar of misschien zelfs verwerpelijk en wie weet, misschien wel weer heel modern. Het lijkt mijn Apple Store wel. In Beilen staat men open voor een bezoek. Die compassievolle mensen hebben behalve hun wil om de beste zorg te verlenen, niets te verbergen, ondanks dat grote, groene toegangshek. Zij tonen zich zeer bescheiden over hun werk en de positieve resultaten. En het staat ze meer dan netjes.

Voor meer over Rokus Loopik zie www.rokusloopik.com

Reageer

Duizenden zwarte spatjes / Tegen de muren – Niki Stoker

Het druilt als ik 's avonds in het donker met mijn hondjes buiten loop. Opgetrokken schouders in een natte, neppe bontkraag. Ik kijk niet verder dan een meter voor me uit en denk, tussen al mijn gedachten door, de stoeptegels te herkennen. Als ik schuw mijn blik iets verhoog op het moment dat ik denk mijn huis te naderen zie ik mijn auto niet voor de deur staan. Die is knalrood, dus dat ligt niet aan mij. Enkele seconden later realiseer ik me dat ik niet eens in mijn eigen straat ben. Ergens heb ik een afslag gemist. Compleet gedesilluseerd tuur ik in de rondte en herken helemaal niets. Een dikke druppel regen valt vanuit een boom precies in mijn nek en baant zich een weggetje mijn trui in. 'Vervrouw je, Stoker', praat ik mezelf moed in. Ik draai me terug dat straatje in en verdomd na zo'n honderd meter begin ik mijn omgeving weer als herkenbaar te ervaren. Ik voel me zoals mensen die de top van de Mount Everest bereiken zich ongeveer moeten voelen. Heel kort maar toch even lekker mee genomen.

Als ik de sleutel in het slot van mijn nieuwe woning - vandaar ja - steek, komen haar muren al op me af. Er is helemaal niets mis met die muren, het is zelfs het mooiste, prettigste, prachtigste huis dat ik ooit had. Ik kocht het nadat ik anderhalf jaar op een bungalowpark woonde. Daar had ik een schattig klein bungalowtje en kwam ik er achter dat er heel veel meer óver elkaar, dan mét elkaar gepraat werd. Ik had er een 'vriendin' waarbij ik regelmatig in vertrouwen mijn hart uitstortte. Ik vond het zo raar dat mensen zo vreemd naar me keken. Een enkeling vroeg hoe het nou toch met me ging na mijn manie in Afrika. Huw?

Mijn nieuwe huis past mij als een oude jas en vanaf de eerste seconde voelde ik me er thuis. Twee dagen na de verhuizing, die overdreven soepel verlopen was, terwijl zo'n actie in de top 5 stressvolle gebeurtenissen staat, omdat ik op dat moment nogal hypomaan was, waren alle dozen uitgepakt en straalde de gezelligheid van diezelfde muren.

In het kleine, witte halletje schudden de honden zich uit terwijl ik de handdoek om ze te drogen pak. Ik zie overal duizenden zwarte spatjes. Omdat ik werkelijk alles vergeet en stijf sta van de medicatie loop ik direct door naar mijn To Do lijst en schrijf op 'Duizenden spatjes', als geheugensteun voor het schoonmaken ervan.

Daar zit ik dan weer. Ja hoor, via de muren vlieg ik tegen het plafond. Vroeger was ik regelmatig bang dat ik helemaal alleen over zou blijven. Oud en alleen zijn, dat beangstigde me. Altijd heb ik voldoende en lieve mensen om me heen gehad. Ik had een man, en nog één, vriendinnen en vrienden. Tijdens mijn laatste en hoogste manie heb ik na de crematie van mijn man veel vijanden gemaakt door vier dagen erna te vertrekken naar mijn Afrikaanse grote liefde met de bedoeling nooit meer terug te komen.

Natuurlijk kwam ik wél terug en niet zo'n klein beetje depressief ook. Ik vloog nog wat heen en weer maar zat uiteindelijk al best oud en heel erg alleen te zijn.

Ik had of kreeg ruzie met iedereen, zelfs mijn liefste en beste vriendin, die ik al bijna dertig jaar ken zie ik niet meer. Bijna nog erger is dat haar dochter, waar ik een soort tweede moeder voor was mij mijdt als de pest. Drieëntwintig jaar geleden had ik haar voelen bewegen met mijn hand op haar moeders buik. Mijn ouders waren boos en heel verdrietig enzovoort. Ik heb gekwetst! Ik heb mensen vreselijk veel pijn gedaan en ze bezorgd gemaakt. Ja, tijdens mijn manie ging ik over lijken. Nu sorry zeggen is het zelfde als een bom op een stad gooien en daarna zeggen dat het niet de bedoeling was burgerslachtoffers te maken. De

grond voor hun voeten kussen is weer wat overdreven. Zoals zo vaak weet ik ook hier geen middenweg te vinden. Een aantal belangrijke contacten zijn inmiddels hersteld maar de meeste niet.

Mijn grootste angst was werkelijkheid geworden. Ik was helemaal alleen. Het is die angst die ik uiteindelijk heb uitgedaagd om me recht in mijn ogen te kijken. Ik heb geschreeuwd: 'Wie is er hier godverdomme de baas?'. Ja, mijn nieuwe burens begonnen ook een beetje raar naar me te kijken maar dat heb ik getackeld door ze op oliebollen en Glühwein te trakteren en zo normaal mogelijk te doen. Al met al ben ik inmiddels minder alleen en heb ik zelfs een aantal nieuwe mensen ontmoet. Maar toch nog te vaak loop ik tegen de muren te kletsen en vertel ik ze dat ik zo bang ben om knettergek te worden, wat dat dan ook mag zijn. Ik voel me een stuk sterker en minder bang, dat wel.

Als ik in mijn manische, knalrode autootje door de stad rij, zéker zomers met het dak er af door het centrum van Amsterdam met Nina Simone's Mr. Bojangles net iets te hard uit de speakers, gaat er een soort trots door me heen. Niet vanwege de Cabrio maar omdat ik er überhaupt nog ben., alles overleefd heb. Als ik maar niet word aangehouden door de politie want bijna alle doosjes van de pilletjes die ik slik om het allemaal een beetje te kunnen behappen hebben een geel stickertje. Tot nu toe heb ik geluk.

Vanmorgen keek ik op mijn To Do lijst en zag staan 'duizenden spatjes' en begreep bij god niet waar dat op sloeg. Vond het wel een mooie titel.

Reageer



[Reageer](#)

Oude kranten: de psychiatrische ziekenhuizen na de bevrijding

van onze redactie

Elke maand neemt de redactie de stapel oude kranten op haar bureau door, op zoek naar aanknopingspunten in het verleden die iets zeggen over verschijnselen van vandaag. Zijn er verschillen? Zijn er overeenkomsten? Breek- of startpunten?

In het artikel over het Gelderse Groot Graffel tijdens de oorlog vertelt Bart Vuijk hoe de uit (onder andere) Castricum afkomstige psychiatrische patiënten worden verwaarloosd en later door, nota bene, de Canadese bevrijders onder vuur worden genomen. Het maakte de redactie nieuwsgierig hoe de Nederlandse Geestelijke Gezondheidszorg er aan toe was na de bevrijding.

Laten we beginnen met het positieve nieuws. In het Nieuwsblad van het Zuiden van 9 november 1944 staat een kort berichtje. “De directeur van de Psychiatrische Inrichting Coudewater te Vught deelt mede, dat door de krijgsverrichtingen de inrichting alleen schade leed aan de gebouwen. Onder de patiënten en het personeel, tesamen 1000 man, zijn geen slachtoffers.” Overigens meldt een ander dagblad dat het gaat om “1200 verpleegden”, maar dat is bijzaak.

Ook de Psychiatrische Inrichting Brinkgreve meldt in Herrijzend Nederland soortgelijk nieuws, bij monde van Geneesheer-Directeur Piebenga. Hij verklaart dat “geen der patiënten noch het personeel enig letsel heeft bekomen”.

Was de situatie in het Groot Graffel dan een uitzondering? Nee, bepaald niet. De Victorie van 2 mei 1945 vertelt dat het gehele complex Bloemendaal, bij Den Haag, een ruïne is. “Maar de patiënten moesten er uit,” moppert de krant. “De Duitsers moesten hier, vanuit de lucht aan het oog onttrokken door het

dichte lommer, hun V-projectielen afschieten. En nu is het hele complex een ruïne. Geen gebouw bleef er onbeschadigd. Ontijdig gesprongen projectielen lieten geen ruit heel, sloegen muren kapot en havenden het kerkgebouw.”

Heel erg schokkend is het allemaal niet, het is misschien zelfs wat sterk aangezet. De Psychiatrische Inrichtingen hebben de oorlog redelijk doorstaan, zo lijkt het.

Lijkt. Want waar veel Psychiatrische Ziekenhuizen redelijk ongeschonden door de oorlog kwamen, gold dat niet voor de Joodse Instellingen. Psychiatrische patiënten waren in de ogen van de Duitsers immers ‘Untenmenschen’. Psychiatrische patiënten van Joodse komaf waren minder dan dat, niets. Dus werden de bewoners en het personeel van onder andere ‘Het Apeldoornse bos’, bijna 1200 man, begin 1943 gedeporteerd en direct na aankomst in Auschwitz vermoord.

Hetzelfde lot ondergingen de 43 bewoners van het Wertheimhuis op de Plantage Parklaan in Amsterdam. Zowel het Wertheimhuis als het Apeldoornse Bosch waren van het Centraal Israëlitisch Krankzinnigengesticht, het CIK.

Nadat de bewoners van het Wertheimhuis in 1943 gedeporteerd en vermoord waren, werd het pand in de hongerwinter voor het brandhout geplunderd. Na de oorlog stonden alleen de muren nog overeind en werd het gesloopt.

Het CIK opende in 1962 het Sinaï Centrum in Amersfoort, maar niet op het terrein van het Apeldoornse Bosch. Dat werd verkocht aan wat tegenwoordig de ‘s Heeren Loo zorggroep is. ●

