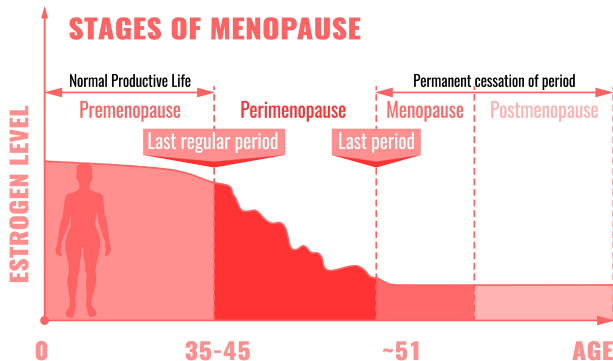


---

# Omgaan met de perimenopauze

---



*Als je je vergelijkt met je jongere zelf, is er vooral afscheid en rouw. Als je anders leert kijken, zie je wat je wint door het ouder worden.*

*(Hoes & Schuurman, 2016)*

Tineke de Gans

SPV GGZ Rivierduinen

---

## Inleiding

Persoonlijk verlies kent vele gezichten. Rouw als gevolg van persoonlijk verlies kunnen bij mensen die belast zijn met ernstig psychiatrische aandoeningen, gecompliceerde rouwreacties oproepen. Het treedt niet enkel op als een reactie op verlies door overlijden. Andere ingrijpende verlieservaringen (van gezondheid, van partner na scheiding, van werk, land, dromen en doelen) kunnen ook rouw initiëren (Maes & Modderman, 2014).

Het is van belang dat de sociaal psychiatrisch verpleegkundige (SPV) de reactie op persoonlijk verlies herkent en erkent. Pas dan kan een specifieke interventie ingezet worden om de zorg te optimaliseren (Lont et al, 2018, Derks, Padt, & Boon, 2014).

Dit artikel richt zich op het onderzoek over persoonlijke verliezen met betrekking tot specifieke levensfaseproblematiek, de overgang van vrouwen naar de menopauze, de perimenopauze genoemd. Endocrinologische en biologische veranderingen die invloed hebben op lichamelijk, individueel, sociaal en maatschappelijk functioneren wijzen op het in aantocht zijn van de menopauze voor vele vrouwen (Vliet, Knoppert-van der Klein, Kölling, & Sleeboom-van Raaij, 2006).

De perimenopauze is een fase waarbij 20% van de vrouwen veel last heeft van symptomen. Er is een grotere prevalentie van psychiatrische symptomen aangetoond bij vrouwen met symptomatische perimenopauze, waar onder depressie, angst en slaapstoornissen. Er is nog geen duidelijke correlatie tussen symptomatische perimenopauze en psychiatrische stoornissen vastgesteld.

In onze samenleving is de menopauze een thema dat steeds meer van zich laat horen. Dit thema is altijd onderbelicht gebleven. Dit is onbegrijpelijk omdat de menopauze een levensfase is waarin veel veranderingen optreden op alle gebieden.

De perimenopauze kent verlies zoals het afsluiten van een vruchtbare periode waarin een kinderwens vervuld kan worden. In deze levensfase kan de ouderlijke rol veranderen als de kinderen zelfstandig gaan wonen of als kinderen gaan puberen. Risico op overlijden van eigen ouders wordt groter of ouders kunnen zorgafhankelijk worden van de kinderen. Het aantal stressfactoren kan toenemen. Er vinden hormonale veranderingen plaats die zijn weerslag kent op somatische, psychische en sociale facetten waarin eveneens verlies kan optreden (Hoes & Schuurman, 2016).

De focus in dit artikel is gericht op perimenopauzale vrouwen met EPA vanuit verpleegkundig perspectief. Het doel is om te komen tot aanbevelingen die iets zeggen over op welke wijze SPV 'n deze problematiek kunnen (her) kennen zodat zij onderscheid kunnen maken tussen de symptomen van de perimenopauze en die van psychiatrische problematiek. De hypothese is dat kennis op dit gebied de kwaliteit van leven voor deze vrouwen zal vergroten. Vrouwen met een ernstig psychiatrische aandoening hebben over het algemeen veel verlieservaringen te verwerken of te verwerken gehad. Voor vrouwen met een psychiatrische kwetsbaarheid kan het moeilijker zijn om te leren omgaan met veranderingen die de perimenopauze bewerkstelligt als kennis achterwege blijft. Het kan hierdoor lastig zijn om de verschijnselen van een psychiatrische ziekte te onderscheiden met die van de perimenopauze (Maes & Modderman, 2014).

Dit artikel heeft als doel de zorg voor vrouwen met ernstig psychiatrische aandoeningen te verbeteren als aanvulling op de praktijk van de SPV-en met betrekking tot deze doelgroep.

## Methodes

Er is gebruik gemaakt van literatuurverkenning via databanken en een enquête, gericht op het expertisegebied van de SPV (Padt, Derks, & Boon, 2017).

De volgende databanken zijn geraadpleegd: PubMed, Springer link, Google Scholar.

Selectie vond plaats op abstract, inhoud en op titel, bij onderzoeken die niet ouder zijn dan vijf jaar. De zoekopdracht bevatte verder nog een aantal boeken die betrekking hebben op vrouwen in de perimenopauze.

Er werd een praktijkonderzoek gehouden in de vorm van een enquête onder sociaal psychiatrisch verpleegkundigen. De enquête is digitaal verstuurd per e-mail met behulp van Google Forms, en gestuurd naar SPV 'n in verschillende teams van de volgende vier instellingen: Dimence, Altrecht, Rivierduinen en GGZ Noord-Holland Noord. 250 SPV-en zijn benaderd om mee te doen. 100 SPV-en (N=100) hebben de enquête geretourneerd en respons gegeven.

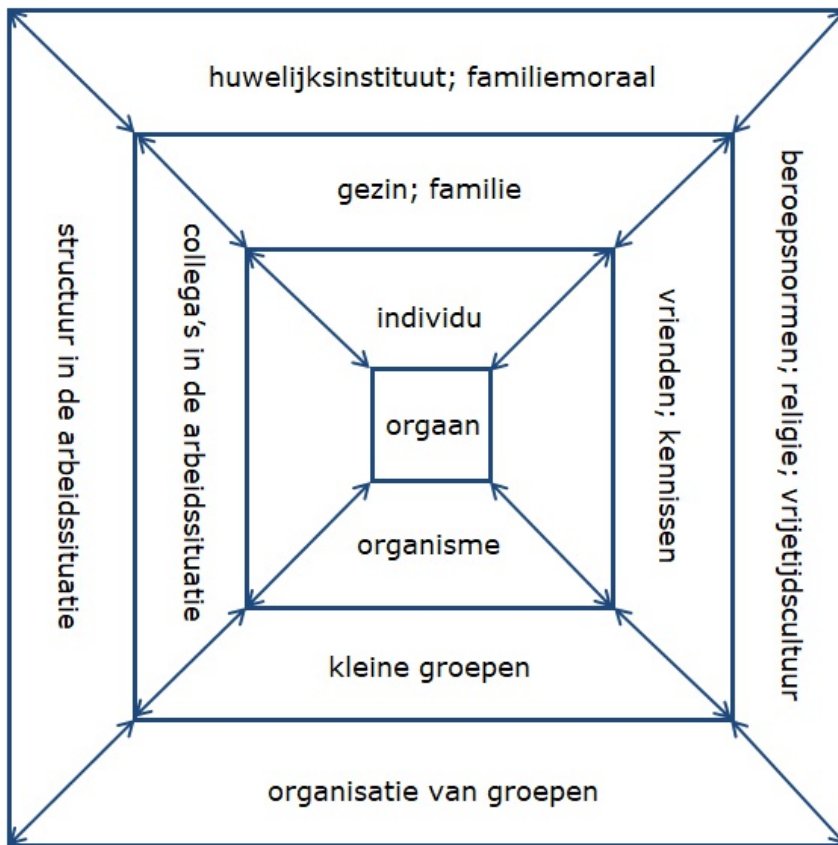
Het model Romme is gebruikt om ordening aan te brengen in het contextueel werken als hulpmiddel om de problematiek volledig te onderzoeken. Op ieder niveau laat het probleem zich anders definiëren en beïnvloeden (Romme et al., 1981).

Zoektermen	Databanken	Gevonden	Gebruikt
Perimenopauze and mental illness	Pubmed	65	1
Treating schizophrenia and menopause	Pubmed	3	1
Treatment menopause and mental illness	Pubmed	162	
Menopause	Springer Link	280	1
Menopauze en psychiatrische kwetsbaarheid	Springer Link	27	1
Intensify symptoms mental illness and menopause	Pubmed	7	
Schizophrenia and menopause	Pubmed	16	2

## Resultaten

De resultaten van de literatuurverkenning en de enquête zijn beschreven aan de hand van het model van Romme ( Romme, Kraan, en Rotteveel, 1981). Gezondheidsproblemen kunnen per situatie verschillen en problemen en klachten zijn doorgaans meervoudig van aard.

Meervoudige gezondheidsproblemen wordt in de sociale psychiatrische verpleegkunde vertaald naar een systematische ordening in vier niveaus. Romme beschrijft deze vier niveaus van functioneren: de niveaus op lichamelijk, individueel, sociaal en maatschappelijk vlak (Padt, Derks, & Boon, 2017).



*Schema van Romme (Padt, Derks, & Boon, 2017).*

### **Lichamelijk niveau**

Het lichamelijk niveau geeft alle aspecten weer die uitdrukking geven aan de lichamelijke constitutie en gesteldheid op een bepaald moment (van der Padt, 2017).

Bij 95% van de vrouwen treedt de menopauze op tussen het veertigste en zestigste levensjaar. De benaming is afgeleid van *menos* = maand en *pausis* = onderbreking. Een jaar na het uitblijven van laatste menstruatie is de menopauze een feit. De periode voorafgaand aan de menopauze heet de perimenopauze en treedt zo'n zes jaar voor de menopauze op. Op een bepaald moment zal er onvoldoende vrouwelijk hormoon aanwezig zijn om een normale menstruatiecyclus op gang te brengen. De perimenopauze is ingezet. Dit is een belangrijke periode vanwege de transitie die de vrouw doormaakt op zowel het somatische, psychische als psychosociale vlak. Na de menopauze is het vrouwelijk hormoon progesteron verdwenen en de concentratie aan oestrogenen fors gedaald. De androgenen of mannelijke geslachtshormonen winnen aan belang. Deze fase heet de postmenopauze (Moffaert & Finoulst, 2001).

Vrouwen in de perimenopauze zoeken vooral hulp bij een aantal klachten en symptomen zoals opvliegers en transpiratieaanvallen, menstratiestoornissen, lichamelijke problemen (zoals slapeloosheid, hoofdpijn, duizeligheid, hartkloppingen, spierpijnen, gewrichtsklachten, vaginale droogheid en mictieproblemen) en psychiatrische problemen (angst en paniek, depressie, libidoverlies, concentratiestoornissen en geheugenproblemen (Hoes & Schuurman, 2016).

In de literatuur is terug te vinden dat de perimenopauze samenhangt met een groter risico op angst, depressie en psychose. Niet de waarden van het vrouwelijke geslachtshormoon maar de fluctuaties hierin lijken van groot belang.

Andere factoren die van belang zijn, zijn een voorgeschiedenis van stemmings- of angstklachten, eerdere klachten van een premenstrueel syndroom, stressvolle gebeurtenissen, weinig sociale steun en wonen in een niet stedelijk gebied (Soares & Warren, 2009).

Vrouwelijke geslachtshormonen zoals oestrogenen zijn voor het brein erg belangrijk. In veel hersengebieden bevinden zich oestrogeenreceptoren, in de hippocampus, de hypothalamus en de amygdala. Alle gebieden zijn betrokken bij emoties, cognitie en endocriene functies (Soares & Warren, 2009).

Vanuit het zorgverlenerschap is het actief luisteren en klachten serieus nemen van groot belang omdat de premenopauze een groot effect kan hebben op de kwaliteit van leven. Vervolgens kan er geïnventariseerd worden welke belemmerende factoren een rol kunnen spelen. Benadrukken dat opvliegers bij de overgang horen en heel storend zijn is helpend voor het erkennen van deze klachten (Droes, 2008).

Onder gehouden enquête van SPV' n herkent 58% van de SPV-en soms perimenopauzale problematiek binnen de eigen cliëntengroep en 25% van de SPV-en herkent deze problematiek vaak. 54% zegt dat erkenning van perimenopauzale problematiek van invloed is op de sociaal psychiatrische begeleiding.

### **Individueel niveau**

Het individuele niveau geeft alle aspecten weer die uitdrukking geven aan de mentale processen en ontwikkelingen van een persoon (Padt, Derks, & Boon, 2017).

De premenopauze kan een verlies van fysieke aantrekkelijkheid gaan betekenen door uiterlijke veranderingen. Tekorten aan micronutriënten als jodium, zink en selenium lijken hiervan de oorzaak. Een ander verlies heeft betrekking op ontwikkelingstaken die horen bij het ouder worden. Als ouder wordende mens is het goed als je het verleden onder ogen ziet en kunt verwerken. Alle pijnlijke gevoelens uit het verleden die onderdrukt zijn kunnen in deze levensfase, weer in zicht komen (Hoes & Schuurman, 2016).

Een prospectief, longitudinaal onderzoek van Freeman en collega's (2004) toont aan dat er in de perimenopauze een toename is van depressieve klachten. Vooral vrouwen met veel vasomotorische verschijnselen oftewel vaataandoeningen, hebben meer depressieve klachten. Freeman concludeert dat juist de sterk wisselende hormoonspiegels bijdragen aan de stemmingsproblemen in de perimenopauze. Onderzoek naar het effect van behandeling met hormonen van de depressie bij perimenopauzale vrouwen geeft tegenstrijdige resultaten, de uitkomsten zijn niet eenduidig (Vliet, Knoppert-van der Klein, Kölling, & Sleeboom-van Raaij, 2006).

Meer dan de helft van de vrouwen heeft last van wat in de volksmond opvliegers heet, eerder vasomotorische verschijnselen genoemd. Dit is een plotselinge opwelling van warmte in de borstkas die uitstraalt naar nek en het gelaat en gepaard gaat met vlekkerige roodheid op de huid, met als gevolg plotseling heftig transpireren, hartkloppingen en angst soms met paniek. Het mechanisme van de opvlieger is nog onbekend (Moffaert & Finoulst, 2001).

Door de nachtelijke opvliegers staan slaapproblemen op de voorgrond. Door afname van het hormoon oestrogeen kunnen veranderingen ontstaan in gedrag, emoties en cognitie (Hoes & Schuurman, 2016). Slaapproblematiek neemt toe naarmate de perimenopauze plaatsvindt. Voor sommige vrouwen is deze problematiek ernstig en heeft invloed op het functioneren overdag en op de kwaliteit van leven.

Op langere termijn heeft dit invloed op de mentale en fysieke gezondheid. Slaapstoornissen door nachtelijke opvliegers kunnen leiden tot verhoogde negatieve stemmingsverandering met als resultaat terugval in depressie en manie (Perich et al, 2017).

Het is van cruciaal belang om symptomen van slapeloosheid in de context van de menopauze te beoordelen, evenals de fysieke en mentale gezondheid en de aanwezigheid van stressvolle levensgebeurtenissen. Gezien de aanwezigheid van wisselende hormoonspiegels met effect op deze slaapproblematiek, is het sterk aan te bevelen om een behandeling op maat af te stemmen om het slaappatroon te verbeteren. De individuele zorgvragen geven de behandeling inhoudt (Baker, De Zambotti, Colrach, & Bei, 2018). Concluderend kan symptomatische perimenopauze een risicofactor zijn voor bipolaire-, depressieve-, angst- en slaapproblemen (Hu L, et al., 2016).

### **Sociaal niveau**

Het sociale niveau geeft alle aspecten weer die uitdrukking geven aan een sociaal netwerk en steun ( Padt, Derks, & Boon, 2017).

Relationele problemen kunnen voortkomen uit de dubbele zorgfunctie omdat de partnerrelatie hierdoor onder druk komt te staan. Deze dubbele functie betreft zorg voor de kinderen en zorg voor ouder wordende ouders of andere familieleden. Bij vrouwen die hun gevoel van eigenwaarde vooral opgebouwd hebben door de rol van moeder of echtgenote, kan een verlies van eigenwaarde optreden op het moment dat de kinderen zelfstandig gaan wonen. Met steun en betrekken van naasten is het van belang om aandacht te focussen op een nieuwe zingeving. Depressies komen vooral voor bij vrouwen die een negatief zelfbeeld ervaren. Het lege-nest-syndroom dat de achtergebleven moeder ervaart als haar kinderen het huis verlaten, is niet de enige verandering die het risico op depressies verhoogt. Risicofactoren zijn ook zorg voor kleinkinderen of ouder wordende ouders, het weduwschap of echtscheiding, opgebrand zijn door een dubbele zorgfunctie, sociaal isolement, het alleen functioneren moeilijk vinden, financieel beperkt zijn in combinatie met lichamelijke problemen. Allen zijn risico vergrotend om stemmingsklachten te ontwikkelen of in terug te vallen (Moffaert & Finoulst, 2001).

Indien de perimenopauze laat intreedt is het risico groter op verslechteren van stemmingsklachten bij vrouwen met een bipolaire stoornis. Vrouwen met een bipolaire stoornis die vroeg in de menopauze komen vallen eerder terug in manie of depressie (Vliet, Knoppert-van der Klein, Kölling, & Sleeboom-van Raaij, 2006).

Vrouwen die last hebben van een negatief zelfbeeld en die negatieve symptomen verwachten van de premenopauze hebben meer kans om deze negatieve symptomen te ervaren. In culturele contexten waarin meer gemedicaliseerd wordt, treden vaker fysieke en psychische symptomen op tijdens de overgang.

Lichamelijke symptomen van de menopauze hebben effect op de symptomen van een bipolaire stoornis en dragen bij aan verlies van controle op de bipolaire stoornis. De lichamelijke klachten van de perimenopauze zorgen voor meer disbalans in combinatie met symptomen van de bipolaire stoornis. Dit in relatie met levensgebeurtenissen die samenvallen met de menopauze met name op sociaal gebied kan een sneeuwbaaleffect geven van stressoren (Vliet, Knoppert-van der Klein, Kölling, & Sleeboom-van Raaij, 2006).

Onderzoek hoe de symptomen van de perimenopauze vrouwen met EPA beïnvloeden wijst uit dat kennis over de perimenopauze in de vorm van voorlichting een stabiel toestandbeeld op psychiatrische problematiek geeft. De perimenopauze is een belangrijke levensfase voor vrouwen ongeacht de diagnose.

SPV-en nemen een actieve houding aan ten aanzien van ingrijpende levensgebeurtenissen, door nieuwe uitdagingen te zoeken bij veranderingen van de hulpvraagster. Het leven een nieuwe impuls geven, samen oplossingen zoeken. (Moffaert & Finoulst, 2001). Partners, vooral mannelijke, en andere naasten blijken nog minder goed op de hoogte te zijn van problematiek in de perimenopauze. Doorgaans wordt wel opgemerkt dat de vrouw last heeft van transpireren, slaapproblemen en dat ze kampt met een wisselend humeur. Wanneer partner en naasten worden geïnformeerd over de oorzaken van deze klachten kan dit steun en begrip opleveren voor deze vrouw (Moffaert & Finoulst, 2001).

## **Maatschappelijk niveau**

Het maatschappelijk niveau geeft aspecten weer die uitdrukking geven aan de maatschappelijke positie en het maatschappelijk functioneren (Padt, Derks, & Boon, 2017).

De mate waarin de perimenopauze-symptomen zich voordoen is sterk cultureel gebonden. In de westerse samenleving bestaat er een minder positieve attitude ten opzichte van de ouder wordende vrouw. In de Aziatische landen wordt rijpheid van de vrouw gezien als een waarderende factor vanwege haar kennis, wijsheid en ervaring. De perimenopauze brengt hier beduidend minder klachten met zich mee. In onze cultuur wordt ouder worden als onaantrekkelijk aangemerkt. De zienswijze over de perimenopauze is onaantrekkelijk en wordt geassocieerd met verbittering. Deze fase wordt doorgaans gekenmerkt als een negatieve levenservaring (Moffaert & Finoulst, 2001).

Een systematisch review toont aan dat de perimenopauze een levensfase is die op verschillende manieren wordt ervaren. Vooral de veranderingen in persoonlijke rollen binnen het gezin en de samenleving kenmerken de perimenopauze. De positieve of negatieve manier waarop elke vrouw de veranderingen van de perimenopauze benadert, wordt beïnvloed door hun persoonlijke en sociaal-culturele achtergrond. Persoonlijk en op maat gesneden zorgverlening moeten effectieve ondersteuning bieden in deze complexe levensfase (Hoga, Rodolpho, Goncalves, & Quirino, 2015).

## **Discussie**

Het doel van dit artikel is het geven van aanbevelingen die iets zeggen over welke wijze SPV 'n deze problematiek kunnen (her)kennen, zodat zij onderscheid kunnen maken tussen de symptomen van de perimenopauze en die van psychiatrische problematiek. De hypothese is dat kennis op dit gebied, de kwaliteit van leven voor deze vrouwen zal vergroten.

Onderzoek levert echter vrijwel geen resultaten op met uitkomsten met betrekking tot de doelgroep vrouwen met een ernstige psychiatrische aandoening die symptomen ervaren in de perimenopauze.

Vanuit preventie gezien levert het onderzoek de vraag op dat de SPV een bijdrage levert om zorgvragers en hun omgeving voor te lichten over de perimenopauze. Deze preventie past bij de taken die genoemd worden in het expertisegebied van de SPV (V&VN, 2014).

Deze voorlichting is vooral gericht op terugvalpreventie en het verminderen van de consequenties van de psychische/psychiatrische ziekte voor mensen in de directe omgeving. Gezondheid bevorderende activiteiten zoals leefstijlverbetering op het gebied van voeding/beweging aanbieden voor een gezondere levensstijl hoort hier ook bij (Derks, Pادت, & Boon, 2014).

De SPV kan klachten op verschillende niveaus van functioneren herkennen. Deze contextuele werkwijze geeft inzicht dat de perimenopauze een scala aan problematiek kan geven. De SPV kan invoegen en aansluiten bij haar leefwereld. Echter, nu de perimenopauze nog steeds in de taboesfeer ligt, kan voorlichten een brug te ver zijn en kan de contextuele werkwijze vooral in de praktijk worden gebracht door diegenen die aan zelfonthulling doen. In het contact tussen SPV en cliënt is zelfonthulling helpend door het delen van persoonlijke informatie met als doel de therapeutische relatie te verbeteren, om de gevoelens en opvattingen te normaliseren door het creëren van gelijkheid (Hill & Knox, 2001).

Verder kan het gevaar bij voorlichting geven over veel voorkomende klachten tijdens de perimenopauze als gevolg hebben dat de perimenopauze gemedicaliseerd wordt. De perimenopauze is echter een natuurlijk proces dat de kwaliteit van het leven van de ouder wordende vrouw met EPA kan beïnvloeden.

Er zou door SPV-en een nieuw denkkader gecreëerd kunnen worden voor vrouwen in de perimenopauze waarin deze levensfase positiever geladen wordt, waarin levenservaring, wijsheid en kennis worden gevierd. Het gaat hierbij om het herkennen en erkennen van symptomen van de perimenopauze in samenhang met de kracht die van de perimenopauze uitgaat.

De onderzoekster kent zo haar eigen praktische wijsheid, zij is haar sociale hulpbron met haar eigen levenservaring als 54-jarige. Vanuit deze optiek kent zij haar preventieve aanpak door haar signalerende functie op het gebied van de perimenopauze. Verder kan zelfonthulling als interventie toegepast worden om te normaliseren en de werkrelatie te bevorderen.

In multidisciplinair overleg maakt zij de perimenopauze bespreekbaar als blijkt dat er vooral klachten zijn die herkenbaar zijn als mogelijk gerelateerd perimenopauzaal probleem. Op deze wijze wordt de focus gelegd op specifieke levensfaseproblematiek dat ook kan gaan over verdragen van klachten. Door de contextuele bril op te zetten kan er ingezoomd worden op kwesties en problematiek. Dit helpt om anders te kijken naar de veelvoud aan perspectieven, verhalen en opgaven van de kwetsbare vrouw in de kwetsbare fase van de perimenopauze. Om aansluiting en afstemming te vinden kijkt en handelt de SPV vanuit de wereld van de hulpvrager (Padt & Vennenman, 2010).

Naast het taboe dat er op de perimenopauze rust, is het überhaupt ontbreken van kennis over de verschillen en de overeenkomsten tussen de seksen, realiteit. Deze kennis zou de kwaliteit van de verpleegkundige diagnostiek en behandeling van gender gerelateerde problemen kunnen vergroten. Dit komt de kwaliteit in de behandelrelatie ten goede. Genderspecifieke hulpverlening houdt niet alleen rekening met de manier waarop de SPV en de cliënt zijn gevormd door opvoeding, onderwijs en cultuur maar houdt ook rekening met onze eigen stereotype beelden en opvattingen over gezond en ongezond gedrag, om vervolgens deze tegen het licht houden van onze eigen vorming en cultuur (Avendonk & Lagro-Janssen, 2017, Droes, 2008).

### **Conclusie/aanbevelingen**

Concluderend is de perimenopauze een belangrijke levensfase voor vrouwen ongeacht de diagnose. Hoe de perimenopauze wordt ervaren is afhankelijk van persoonlijke, familiale en sociaal-culturele achtergrond.

De resultaten geven aan dat de SPV-en het belang van genderspecifieke hulpverlening, met name de perimenopauze-problematiek, kan erkennen en weet te vertalen als praktische aanvulling in de praktijk. Zo kan de SPV onderscheid maken tussen symptomen van de perimenopauze en die van psychiatrische problematiek.

Verergering van psychiatrische symptomen in de perimenopauze bij vrouwen met EPA kan verband hebben met elkaar. Dit geldt ook voor symptomen van de perimenopauze die tot stress leiden, zoals slaapproblematiek die een onderliggende psychiatrische aandoening kan verergeren. Een duidelijke scheiding van causaliteit in symptomen van de perimenopauze en psychiatrische problematiek is moeilijk te maken. Er is te weinig wetenschappelijk bewijs. Een kwart van de SPV-en die geënquêteerd zijn en respons hebben gegeven herkennen meestal perimenopauzale problematiek. De helft zegt deze soms te herkennen.

Conclusie is dat perimenopauzale problematiek onvoldoende herkend wordt en hier dus onvoldoende op geïntervenieerd wordt.

De helft van de respondenten zegt dat erkenning van perimenopauzale-problematiek van invloed is op haar sociaal psychiatrische begeleiding en geeft hiermee aan dat erkenning inherent is aan een specifieke benadering.

Een belangrijke uitkomst van dit onderzoek is dat het bespreekbaar maken van de symptomen van de perimenopauze, de kwaliteit van leven de EPA cliënt, zal doen verbeteren op fysiek en mentaal gebied. De perimenopauze behoort bij levensfaseproblematiek dat tot op heden weinig aandacht heeft gekregen in de geestelijke gezondheidszorg.

Gezien het symptomatische verloop bij een groot aantal vrouwen in de perimenopauze is het voor de SPV belangrijk om zich bewust te zijn van deze levensfase voor de kwetsbare vrouw met EPA. Op deze wijze kan de SPV beter aansluiting vinden bij de behoefte en wensen van de perimenopauzale vrouw die ernstig psychiatrisch belast is. Dit kan door het bespreekbaar maken van de symptomen, door actief te luisteren en de klachten serieus te nemen. Zelfonthulling door SPV-en die ervaringsdeskundig zijn op dit gebied kan een doorbraak betekenen om het uit de taboesfeer te halen. SPV-en kunnen het verschil gaan maken door perimenopauzale symptomen te (her)kennen en de kwaliteit van leven van deze vrouwen te verbeteren.

Een aanbeveling voor de SPV is een actieve houding aan te nemen ten aanzien van ingrijpende levensgebeurtenissen met betrekking tot deze levensfase van vrouwen door samen nieuwe uitdagingen te zoeken bij veranderingen op dit gebied. Bijvoorbeeld bij het ondersteunen om het leven een nieuwe impuls te geven, samen oplossingen te zoeken met betrekking van het steunsysteem. Effectieve ondersteuning kan geboden worden door persoonlijk en op maat geboden sociaal psychiatrische begeleiding in de perimenopauze van de cliënt.

Het is wenselijk om te onderzoeken hoe de perimenopauze als levensfaseproblematiek ingevoegd kan worden in genderspecifieke hulpverlening. Multidisciplinair maar ook op organisatieniveau. Hier is nog een flinke slag in te maken.

Contact: t.degans@rivierduinen.nl

---

## Literatuur

- Avendonk, L. v., & Lagro-Janssen, T. (2017). Aanhoudende opvliegers. *Huisarts en wetenschap*.
- Baker, T.C., De Zambotti, M., Colrach, I., & Bei, B. (2018, februari). *Sleep problems during the menopause transition*.
- Beelen, A. v. (2017). Sekse specifieke benadering in de psychiatrie. *TVZ nummer 6*.
- Boxmeer, T., Boorder, B., Lont, R., & Losinska, A. (2018, maart). *Rouw in de GGZ*. Utrecht, Nederland.
- Drees, P. E. (2008). Menopauze. *Medisch Farmaceutische mededelingen*.
- Hill, C., & Knox, S. (2001). Self-disclosure. *Psychotherapie: Theory, research, practice, training.*, 38(4) doi; 10.1037/0033-3204.38.4.413.
- Hoes, I., & Schuurman, M. (2016). *Te lijf*. Antwerpen: Veen Bosch & Keuning uitgevers nv.
- Hoga, L., Rodolpho, J., Goncalves, B., & Quirino, B. (2015). Women's experience of menopause: a systematic review of qualitative evidence. *JBI-databasesysteem Rev. Implement Rep.*, 16;13(8):250-337. doi: 10.11124/jbisrir-2015-1948.
- Hu L, Schen CC, Hung JH, Chen PM, Wen CH, Chiang YY, & Lu T. (2016). Risk of psychiatric Disorders following symptomatic menopausal transition: a nationwide population -based retrospective cohort study. *Medicine*, Baltimore.
- Maes, J., & Modderman. (2014). *Handboek Rouw Rouwbegeleiding Rouwtherapie*. Culemborg: Witsand Uitgevers.
- Moffaert, M. v., & Finoulst, M. (2001). *Vrouwen, humeuren en hormonen*. Antwerpen: Houtekiet.
- Padt, I. v., & Vennenman, B. (2010). *Sociale psychiatrie Visie, theorie en methode van een maatschappelijk geörienteerde psychiatrie*. Amsterdam: Boom Lemma Uitgevers.
- Padt, v. d., Derks, J., & Boon, S. (2017). *Psychische kwetsbaarheid*. Amsterdam: Boom uitgevers.
- Romme, M., Kraan, H., & Rotteveel, R. (1981). *Wat is sociale psychiatrie, een inleiding*. Alphen aan den Rijn/Brussel: Samson.
- Sajatovic, M., Friedman, S., Scheurmeyer, J., Safavi, R., & Ignatio, L. (2006). Menopause knowledge and subjective experience among peri-and postmenopausal women with bipolair disorder, schizofrenia and major depression. *The journal of nerveus and mental disease*, 194:173-178.
- Soares, N., & Warren, M. (2009). *The menopausal transition interface between gynecology and psychiatrie*. Basel: Karger.
- V&VN. (2014, april). *Expertisegebied sociaal-psychiatrisch verpleegkundige*.
- Vliet, v. I., Knoppert-van der Klein, E., Kölling, P., & Sleeboom-van Raaij, C. (2006). *Vrouw & leven*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.