

Sociale psychiatrie

Vakblad sociaal psychiatrische verpleegkunde

Oktober 2024

SP

148

- ⇒ **Contextueel werken** met zedendelinquentie
Een narratieve ontdekkingsreis · *Marije Melsert Van Mulligen*
- ⇒ **Paniekaanval**, hoe leer ik er mee omgaan? · *Peter Oud*
- ⇒ **Vrouwen in de overgang**: diagnostiek, behandeling en begeleiding
Ingelien Warmerdam
- ⇒ **e-learning** 'Stemmen horen begrijpelijk maken' · *Peter Oud*
- ⇒ Lost het gebruik van **antidepressiva** wel wat op · *Peter Oud*

Redactioneel	3
Artikelen	5
Contextueel werken met zedendelinquentie <i>Een narratieve ontdekkingsreis</i> <i>Marije Melsert Van Mulligen</i>	5
Paniek aanval, hoe leer ik er mee omgaan? <i>Peter Oud</i>	17
Vrouwen in de overgang: diagnostiek, behandeling en begeleiding <i>Ingelien Warmerdam</i>	25
Mediaan	35
Lost het gebruik van antidepressiva wel wat op? <i>Peter Oud</i>	35
Uit den lande	39
De e-learning 'Stemmen horen begrijpelijk maken' is beschikbaar <i>Peter Oud</i>	39
Literatuur	41
Klinische Hypnose; Exploratie en inspiratie <i>Frans van der Lem</i>	41
Drieluik recensie: mentaliseren-zelfregulatie-problematische gehechtheid <i>Ingelien Warmerdam</i>	43
Dichterbij	46
Groen van Angst <i>Gerard Lohuis</i>	46
Ik bel je wel als dat nodig is <i>Gerard Lohuis</i>	47

Colofon

Sociale Psychiatrie is een uitgave van de V&VN - Afdeling Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundigen. Jaargang 43

Redactie Sociale Psychiatrie

Dhr. G. Lohuis, eindredactie

Dhr. F. van Vugt

Mw. G.B.M. van Zijl

Dhr. F. van der Lem

Mw. I. Warmerdam

Mw. S. van Erp

Mw. R. Beliën

Contact opnemen met redactie leden, onder vermelding van naam: redactie@venvn-spv.nl

Technische uitvoering

Ontwerp en opmaak: ik-ook.nl

Coördinatie: Frans van Vugt

Druk: Skrid Media

ISSN nummer: 1386-3541

Opplage: 2100

Dit tijdschrift wordt geïndexeerd in INVERT

Abonnement Sociale Psychiatrie

Kosten € 31,00 ex 9% BTW per jaar (2024)

Distributie Sociale Psychiatrie

Hosingenhof 5, 5625 NJ Eindhoven

Telefoon (040) 29 26 044

E-mail: redactie@venvn-spv.nl

Informatie V&VN-SPV

De vereniging kent leden afdeling SPV.

Zij ontvangen alle stukken van de vereniging, het blad Sociale Psychiatrie en hebben gratis toegang tot de ALV en (regionale)studiemiddagen van de afdeling SPV. Aantal leden V&VN-SPV: 1950

Bestuur

Mw. M. Zuiderveld, voorzitter

Dhr. H.J. van Essen, vice-voorzitter

Mw. L. De Vries, lid

Mw. G. Pelupessy

Mw. S. Nijen Twilhaar

Vacature

Vacature

Email bestuur: postbus@venvn-spv.nl

Website: www.venvn-spv.nl

www.archief-spv.nl

Richtlijnen voor het insturen van artikelen

Algemeen:

Het vakblad Sociale psychiatrie is een driemaandelijks tijdschrift van sociaal psychiatrisch verpleegkundigen. Doel van dit tijdschrift om elkaar en andere geïnteresseerden op de hoogte te houden van belangrijke ontwikkelingen op het gebied van de sociaal psychiatrische verpleegkunde en de GGZ in het algemeen. Bij inzendingen wordt vooral gekeken naar de relatie met de praktijk van de sociaal psychiatrische verpleegkunde. Dat wil niet zeggen dat artikelen die een andere strekking hebben, niet geplaatst worden.

Werkwijze:

Artikelen kunnen aangeboden worden, mits zij volgens de richtlijnen voor het schrijven van artikelen zijn opgesteld, dus goed beargumenteerd, en vanuit de theorie onderbouwd, met duidelijke literatuurverwijzingen. Plaatsing is niet gegarandeerd. Iedere inzending wordt beoordeeld door de redactieraad, die vier keer per jaar bijeenkomt. Na inzending (per e-mail) krijgt u bericht van ontvangst, en de datum van de eerst volgende redactievergadering door. Binnen twee weken na de redactievergadering, ontvangt u een reactie op uw inzending. Indien gewenst kunt u ook vooraf redactieleden benaderen, over het onderwerp, de opzet en eventuele begeleiding bij het schrijven.

De tekst moet overzichtelijk zijn opgebouwd met een inleiding, kopjes voor de uitwerking van het thema, een samenvatting of conclusies tot besluit. Vervolgens een -volgens de richtlijnen- opgestelde lijst met bronvermelding. Maak zo min mogelijk gebruik van puntsgewijze opsommingen, dit gaat ten koste van de leesbaarheid. Vermijd zoveel als mogelijk is vakjargon en buitenlandse termen.

Leidraad voor de lengte van hoofdartikelen bedraagt 8 A4 (4000 woorden). Voor kortere artikelen in een van de rubrieken (Mediaan en Uit den Lande) is een lengte 2000 woorden gewenst en voor de rubriek Dichterbij en Literatuurbesprekingen wordt van circa 1200 woorden uitgegaan.

Kopij per e-mail aanleveren, liefst in DOC-formaat, naar de redactieleden (zie colofon). Geef duidelijk aan wat uw naam, functie en werkplek is en eventuele andere gegevens die u belangrijk vindt om te vermelden in geval van plaatsing.

Copyright

We verwachten van door auteurs aangeboden artikelen dat deze niet op andere plaatsen gepubliceerd worden voordat plaatsing in SP heeft plaatsgevonden of is afgewezen.

Onlangs vroegen twee studenten die bezig zijn met de opleiding voor SPV hoe het komt dat de SPV nog steeds weinig bekendheid geniet en niet beter gewaardeerd wordt. Dat ze in het maatschappelijk veld weinig bekendheid genieten. Vertel op een feestje maar eens dat je SPV bent. Grote kans dat ze vragen wat je doet. Het veroorzaakte een lichte herbeleving en als het klopt dat trauma's ergens in het lichaam opgeslagen worden, dan is het antwoord bij zo'n vraag: in het gehele lijf. Van blozen, hartkloppingen, verkramping tot een wee gevoel in de maag. Deze vraag roept oud zeer op. Allerlei beelden over de door de overheid gewenste Bachelor/ Master-structuur komen bovendien omdat de SPV-opleiding destijds moeilijk te plaatsen was in deze structuur. De SPV moest ergens in het opleidingsveld gekaderd worden. Het zette de samenwerking tussen opleidingen, werkveld en overheid behoorlijk onder druk. In de onderhandelingen met de overheid en commissie die ging over de toekenning van de titels, bleek de opleiding te weinig wetenschappelijke erkenning te genieten. Vanuit het bestuur en beroepsgroep waren we indertijd onvoldoende in staat om de positie van de SPV tot die van de specialist in de sociale psychiatrie erkend te krijgen. Gelukkig hebben de meeste SPV-en een bescheiden inborst en dat is de achilleshiel in het hele verhaal. We zouden wat meer narcisme in ons beroepsprofiel moeten ontwikkelen. We zijn te bescheiden om de kennis, kunde en vaardigheden voor het voetlicht te brengen. Veel geven en weinig vragen!

Hierdoor is ons bestuur nog steeds bezig om de positie van de SPV 'te repareren' en het lijkt dat daar wel enig schot in begint te komen. Iets van erkenning door een titel als Coördinerend Specialist. Dat vanaf 2014 het DSM assenstelsel aangepast is waarna de vierde as, **de klinisch relevante psychosociale en omgevingsproblemen** niet meer leek te bestaan, heeft ook niet geholpen voor de positionering van de SPV. Want dat is bij uitstek het domein waar de SPV de specialist is. De slogan die door banken bij inleggen van geld voor aandelen wordt gehanteerd, kan in aangepaste vorm op onze eigen ontwikkeling worden geplakt. **In het verleden niet behaalde rendementen, bieden geen garantie voor de toekomst.** Het helpt in ieder geval dat we blijven schrijven en publiceren zodat we onszelf, en naar de buitenwereld, duidelijk profileren. De SPV is de bruggenbouwer, die werelden met elkaar verbindt. Met oog voor de context waarin problemen ontstaan en de wisselwerking tussen mens en sociaal systeem. En de gevolgen ervan op het individu. Onmisbaar in de praktijk en van grote waarde om de psychiatrie te normaliseren. Op de website kunt u daar in de blogs van alles over lezen. Een uitnodiging voor degene die daar nog niet heeft gekeken: op de website staan podcast en blogs over het werk van de SPV. Gewoon even inloggen op: www.venvn-spv.nl en dan naar onderen scrollen, waar u de blogs aantreft.

Daarmee is de overstap naar dit nieuwe nummer van Sociale Psychiatrie gemaakt. De SPV is werkzaam binnen de sociale psychiatrie en laat nu de Nieuwe GGZ daar helemaal over gaan!

Marije Melsert van Mulligen neemt ons in een storytelling *Contextueel werken met zedendelinquentie* mee naar haar werk met zedendelinquenten. Het is een narratieve vertelling waarin het werk van de SPV in al haar facetten voorbij komt. Beeldend, treffend en prachtig verwoord. Maar ook de worsteling met de buitenwereld, de invloed van de context en morele dilemma's die het met zich meebrengt. Ons eigen redactielid **Ingelien Warmerdam** pakt de draad van haar vorig artikel op en in *Vrouwen in de overgang: diagnostiek, behandeling en begeleiding* laat ze zien welke kennis er nodig is om passende interventies te plaatsen bij vrouwen die door de overgang in de problemen komen. Ze geeft aan wat er nodige is om tot goede diagnostiek te kunnen komen en welke interventies passend zijn voor een behandeling.

Peter Oud meldt zich drie keer in deze SP. Zijn eerste bijdrage is het artikel *Paniek aanval, hoe leer ik er mee omgaan?* De onderliggende slogan waar hij het artikel mee beëindigt, laat aan duidelijkheid niets te wensen over: *“Laat je angst je beste vriend zijn, een signaal dat je aan de bak moet”*. In zijn artikel zet hij de behandeling voor paniekaanvallen uiteen, waarbij de do's en dont's nog eens duidelijk op een rij worden gezet. Met prachtige illustraties van **Ron Verbrugge**.

In de rubriek Mediaan vraagt **Peter Oud** zich af wat het nut en effect van anti-depressiva zijn. Zijn bijdrage *Lost het gebruik van anti-depressiva wel wat op?* is een kritische betoog over het inzetten van anti-depressiva. Het is algemeen bekend dat het veel wordt voorgeschreven en dat bij de meesten met name het placebo-effect sterker is dan de farmacologische werking. Oud heeft een duidelijke visie over het gebruik en waarom je het vooral niet zou moeten doen.

In de rubriek Uit den Lande sluit **Peter Oud** zijn drieluik af met *Stemmen horen, begrijpelijk maken*. Hij meldt dat vanaf februari dit jaar deze e-learning module gratis beschikbaar is en dat het een nuttig instrument kan zijn dat samen met de stemmenhoorder kan worden uitgevoerd. Praktisch en een nieuw tool voor de behandelaar.

Frans van der Lem heeft in de boekenrubriek voor u het boek *“Klinische Hypnose; Exploratie en inspiratie”* van Dr. Nicole Ruyschaert gelezen. In dit boek wordt de waarde van hypnose beschreven en hoe dit in de praktijk ondersteuning kan bieden bij de behandeling.

Ingelien Warmerdam heeft eveneens een drieluik voltooid. In haar *“Drieluik recensie: mentaliseren-zelfregulatie-problematische gehechtheid”* neemt ze drie boeken onder de loep. *“De kracht van mentaliseren”* door Joost Hutsebaut, Liesbet Nijssens en Miriam Van Vessem, *“Zelfregulatie: Grip op heftige emoties, negatieve gedachten en impulsief gedrag”* door Erwin van Meekeren en Jaap Spaans en als derde *“Behandeling van problematische gehechtheid: Met aandacht voor het brein”* door Anniek Thoomes-Vreugdenhil, Kees Vreugdenhil en Krista Schaeffer-van Leeuwen. Hechting en de gevolgen wanneer dit niet goed verloopt, is van onmiskenbare invloed op het ontstaan van mentale problemen. Ingelien praat u aan de hand van de recensies bij over de laatste stand van (kennis) zaken.

In de rubriek Dichterbij twee bijdragen van **Gerard Lohuis**. In *“Groen van Angst”* en *“Ik bel je wel als dat nodig is”* wordt er weer een inkijkje gegeven in het werk van de SPV van alledag.

Ingelien Warmerdam
Gerard Lohuis

Contextueel werken met zedendelinquentie

Een narratieve ontdekkingsreis

*Marije Melsert
Van Mulligen*

Ik neem je mee op een reis door contextueel werken, waarbij storytelling een cruciale rol speelt. Deze combinatie van contextueel werken en storytelling is essentieel omdat het de mogelijkheid biedt om op een genuanceerde en betekenisvolle manier complexe onderwerpen over te brengen. Zedendelinquentie en de nazorg ervan vormen een van de thema's die ik in mijn verhaal onderzoek. Echter, het is belangrijk op te merken dat dit slechts één aspect is van mijn werkzaamheden en interessegebieden binnen contextueel werken.

Het werken met zedendelinquenten is bijzonder geschikt voor contextueel werken vanwege de gevoeligheid van de delicten. Hierdoor wordt het toevoegen van context cruciaal bij het begrijpen van de mens achter de daad. Door storytelling kan ik deze menselijke dimensie belichten, waardoor we niet alleen de feitelijke aspecten van zedendelinquentie kunnen begrijpen, maar ook de diepere emotionele impact ervan kunnen voelen. Zedendelinquentie dient hierbij als een illustratief voorbeeld van de complexiteit die contextueel werken kan ontrafelen en de menselijkheid die het kan herstellen, maar het is slechts één facet van mijn veelzijdige interessegebieden binnen dit vakgebied.

Nog een reden waarom ik graag werk met verhalen, is mijn vaders invloed. Als journalist bracht hij mij de kracht van het geschreven woord bij. Zijn passie voor storytelling inspireerde mij en het schrijven is dan ook iets wat ik met plezier doe.



Laten wij onze reis beginnen.

Diep in het hart van het donkere bos, waar de schaduwen fluisteren en de wind de verhalen van vergeten zielen draagt, staat een figuur, gehuld in het licht van kennis en begrip. Dit is de Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige (SPV), geoefend in het ontrafelen van de complexe weefsels van menselijk lijden. De SPV begrijpt dat de weg naar herstel bezaaid is met obstakels van sociaal-maatschappelijke fenomenen: uitsluiting, marginalisering, sociaal isolement en stigma. Ze ziet hoe deze krachten de klachten en problemen van haar cliënt-

systemen voeden en in stand houden. Maar ze is niet ontmoedigd; integendeel, ze ziet het als haar roeping om deze barrières te doorbreken. Met een scherp oog voor maatschappijkritische theorieën plaatst de SPV de klachten en problemen van haar cliënten in een contextueel kader. Ze begrijpt dat elk individu een verhaal heeft, geweven in de complexiteit van normen en waarden. En zo gaat ze, gewapend met een normaliserende, herstelgerichte benadering, op zoek naar de rechtvaardigheidsgronden die haar professioneel handelen rechtvaardigen.

Met elke stap die ze zet, brengt de SPV niet alleen hoop, maar ook een hernieuwd begrip van diversiteit. Ze leert haar cliënten en medeburgers niet alleen om te overleven, maar om te gedijen te midden van de uitdagingen van het leven. Want in haar ogen is echte genezing meer dan alleen het verlichten van de symptomen; het is het herstellen van de verbindingen die ons menselijk maken.

In het hart van dit verhaal staat Noa Verhelder, de SPV die haar diepgaande inzicht in menselijk lijden en maatschappelijke dynamieken inzet voor een bijzondere missie. Deze missie, gedreven door verbondenheid, begrip en actieve betrokkenheid, is gewijd aan een groep die vaak gemarginaliseerd en vergeten is: zedendelinquenten. Noa's verhaal begint niet met abstracte concepten, maar met echte mensen zoals Ben, wiens reis door het labyrint van schizofrenie, een lichte verstandelijke beperking en de gevolgen van zijn delict vele uitdagingen met zich meebracht. Als SPV vervulde Noa een rol die verder ging dan alleen behandeling; ze zocht begrip, bood ondersteuning en bracht hoop.

In het hart van Bens verhaal stond een man gevangen in een web van psychische aandoeningen en maatschappelijke stigma's, waarbij zijn delict, seksueel grensoverschrijdend gedrag jegens zijn eigen nichtje, hem in een oog van de storm van veroordeling en afwijzing plaatste. Maar achter deze daden schuilde een mens, een ziel die snakte naar begrip, acceptatie en een pad naar herstel. Noa begreep dat de weg naar herstel begint met begrip, niet alleen van de diagnose, maar van de mens erachter.

Door deze menselijke benadering kon ze een empathische band met Ben opbouwen, gebaseerd op respect, mededogen en vertrouwen. Actieve betrokkenheid van alle betrokkenen was cruciaal voor het succes van Bens reis naar herstel. Zijn familie bleef ondanks pijn en verwarring vastberaden om hem te steunen, terwijl ze samen werkten aan het vinden van oplossingen en het bouwen aan een nieuwe toekomst. Misschien nog belangrijker was Noa's vermogen om hoop te bieden. Hoop op een betere toekomst, op genezing, op een nieuw begin. Door te geloven in Bens potentieel en veerkracht, kon ze hem inspireren om door te gaan, zelfs in de donkerste dagen.

Het verhaal van Ben is er een van strijd, pijn en hoop. Het getuigt van menselijkheid, veerkracht en de kracht van verbondenheid. Als SPV was Noa bevoorrecht om deel uit te maken van deze reis, om getuige te zijn van transformatie en herstel, zelfs in de moeilijkste tijden. Dit hoofdstuk eert niet alleen het verhaal van Ben, maar belicht ook Noa's toewijding aan het bieden van compassie, begrip en herstel aan zedendelinquenten, waarbij ze een licht werpt op de weg naar genezing en hoop voor hen die vaak aan de rand van de samenleving worden achtergelaten.

Inzicht in sociaal-maatschappelijke fenomenen: De Missie van Noa Verhelder

Noa Verhelder, die als SPV een diepgaand begrip van de complexe weefsels van menselijk lijden en de sociale krachten die deze weefsels vormen, belichaamt de kern van haar beroep. Ze is niet alleen een zorgverlener; ze is een pleitbezorger voor verandering in de samenleving die individuele psychische problemen voedt en onderhoudt, zelfs onder de meest gemarginaliseerde groepen, zoals zedendelinquenten.

Noa begrijpt dat zedendelinquenten vaak het slachtoffer zijn van diepgewortelde stigma's en sociaal isolement, wat hun psychische gezondheid en welzijn ernstig kan beïnvloeden. Ze erkent de complexiteit van hun situatie en ziet het als haar missie om niet alleen voor hun individuele behoeften te zorgen, maar ook om de bredere sociale en maatschappelijke structuren aan te pakken die bijdragen aan hun problemen.

Met haar scherp oog voor maatschappijkritische theorieën plaatst Noa de ervaringen van zedendelinquenten in een bredere context. Ze begrijpt dat elk individu, inclusief zedendelinquenten, een verhaal heeft dat gewoven is in de complexiteit van normen en waarden, en dat dit begrip cruciaal is voor effectieve zorgverlening.

Noa begrijpt dat de weg naar herstel bezaaid is met obstakels van sociaal-maatschappelijke fenomenen. Zo heeft ze gezien hoe de uitsluiting van zedendelinquenten uit de samenleving hun gevoel van isolement vergroot, waardoor ze vaak geen toegang hebben tot de steunsystemen die essentieel zijn voor hun herstel. De samenleving marginaliseert deze groep en voorziet hen niet van de nodige middelen en kansen om een gezonde en productieve toekomst op te bouwen.

Noa ziet ook hoe het stigma rond zedendelinquentie hun psychische gezondheid beïnvloedt. Deze individuen worden vaak gezien als ongeneeslijk en gevaarlijk, wat hun zelfbeeld ernstig kan schaden en hun motivatie om aan hun herstel te werken kan ondermijnen. Het stigma beperkt ook hun toegang tot werk, huisvesting en onderwijs, wat hun kansen op een succesvolle reïntegratie in de samenleving verder belemmert.

Ondanks deze uitdagingen is Noa niet ontmoedigd; integendeel, ze ziet het als haar roeping om deze barrières te doorbreken door haar diepgaande begrip van de samenleving en haar impact op individueel welzijn. Ze erkent dat het aanpakken van deze sociaal-maatschappelijke problemen essentieel is voor het bevorderen van het herstel en de rehabilitatie van zedendelinquenten. Daarom zet ze zich in voor verandering, zowel op individueel niveau door haar cliënten te ondersteunen, als op maatschappelijk niveau door te pleiten voor meer inclusieve en ondersteunende beleidsmaatregelen.

Inclusieve en ondersteunende beleidsmaatregelen zijn ontworpen om gelijkheid, inclusie en ondersteuning te bevorderen voor alle leden van de samenleving, inclusief degenen die te maken hebben met sociaal-maatschappelijke uitdagingen zoals zedendelinquenten. Voorbeelden van dergelijke beleidsmaatregelen zijn onder andere rehabilitatieprogramma's, toegang tot zorg, bescherming tegen discriminatie, onderwijs en training, community support en stigma-vermindercampagnes. Deze beleidsmaatregelen zijn bedoeld om een inclusieve en ondersteunende omgeving te creëren waarin zedendelinquenten de kans krijgen om verantwoordelijkheid te nemen voor hun daden, te werken aan hun herstel en een positieve bijdrage te leveren aan de samenleving.

Verheldering door Kennis: Noa's Reis door Maatschappijkritische Theorieën

Noa Verhelder, de Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige, benutte haar diepgaande kennis van maatschappijkritische theorieën om een holistische benadering van zorg te hanteren. Ze begreep dat de weg naar herstel niet alleen draait om het verlichten van symptomen, maar ook om het aanpakken van de dieperliggende oorzaken van de problemen van haar cliënten. Door haar expertise te gebruiken, werkte ze samen met haar cliënten om niet alleen individuele klachten te verlichten, maar ook om de bredere maatschappelijke factoren aan te pakken die hun welzijn beïnvloedden.

Noa creëerde een ondersteunende omgeving waarin cliënten zich veilig voelden om hun ervaringen te delen en samen te werken aan hun herstel. Ze moedigde empowerment en zelfredzaamheid aan, zodat cliënten een actieve rol konden spelen in hun eigen zorgproces. Daarnaast bood ze praktische ondersteuning bij het navigeren door complexe sociale systemen en pleitte ze voor structurele veranderingen op maatschappelijk niveau. Door deze benadering kon Noa een verschil maken in het leven van zedendelinquenten, waarbij ze niet alleen keek naar individuele symptomen, maar ook naar de bredere context waarbinnen deze symptomen zich ontwikkelden. Haar verhaal illustreert de kracht van contextueel werken in het bevorderen van een inclusieve, ondersteunende en empowerment-gerichte benadering van geestelijke gezondheidszorg.

Noa's kennis van maatschappijkritische theorieën stelde haar in staat om een impact te hebben die verder reikte dan alleen individuele behandelingen. Ze werd niet alleen een effectieve zorgverlener, maar ook een pleitbezorger voor verandering, zowel op individueel niveau door haar cliënten te ondersteunen, als op maatschappelijk niveau door te pleiten voor meer inclusieve en ondersteunende beleidsmaatregelen.

Noa zette zich actief in voor verandering, waarbij ze niet alleen keek naar het behandelen van symptomen, maar ook naar bredere structurele barrières die het herstelproces van haar cliënten belemmerden. Haar rol als pleitbezorger blijkt uit haar inspanningen om structurele veranderingen op maatschappelijk niveau te bevorderen, met als doel de kwaliteit van leven van haar cliënten en andere kwetsbare groepen te verbeteren.

Deze pleitbezorging wordt ondersteund door Noa's diepgaande kennis van maatschappelijke kritische theorieën. Deze kennis stelt haar in staat om de bredere maatschappelijke structuren te analyseren die van invloed zijn op het welzijn van haar cliënten en om effectieve strategieën te ontwikkelen om deze structuren te veranderen. Haar pleidooi voor meer inclusieve en ondersteunende beleidsmaatregelen wordt daarmee versterkt door haar begrip van de sociale determinanten van gezondheid en haar vermogen om deze concepten toe te passen in haar praktijk.

Door deze integratie van kennis en praktijk toont Noa niet alleen haar bekwaamheid als zorgverlener, maar ook haar betrokkenheid bij het bevorderen van bredere veranderingen die het welzijn van haar cliënten en de samenleving als geheel ten goede komen.

Dankzij haar diepgaande kennis en toewijding kon Noa een belangrijke behoefte vervullen voor zedendelinquenten: de behoefte aan hoop, herstel en een nieuw begin. Door haar holistische en empowerment-gerichte benadering van geestelijke gezondheidszorg kon Noa hen helpen om deze behoeften te vervullen.

Normaliseren en Contextueel Kaderen: Noa's Holistische Benadering

Noa was een meester in het verbinden met haar cliënten en het begrijpen van hun complexe situaties. Ze dook diep in hun levensverhalen, luisterde naar hun ervaringen en analyseerde zorgvuldig hoe de uitdagingen die ze tegenkwamen het gevolg waren van een complex samenspel van sociale en systeemfactoren. Of het nu ging om de impact van sociaaleconomische omstandigheden, culturele achtergrond, of de invloed van institutionele barrières, Noa zag de samenhang en begreep de onderliggende dynamiek.

Door haar diepgaande inzicht in maatschappijkritische theorieën kon Noa de verbinding leggen tussen de zorgvragen van haar cliënten en de bredere context waarin zij leefden. Ze analyseerde hoe de problemen van haar cliënten het resultaat waren van een complex samenspel tussen hun persoonlijke omstandigheden en de structurele factoren in de samenleving. Dit stelde haar in staat om effectief te interveniëren en haar cliënten te ondersteunen bij het aanpakken van hun uitdagingen.

Noa was zich ook bewust van de impact van haar werkrelatie en de complexiteit van de situaties waarmee ze werd geconfronteerd. Ze nam de tijd om te reflecteren op haar werk, de aard van de problemen waarmee haar cliënten te maken hadden, en de mechanismen van uitsluiting die hun welzijn bedreigden. Ze stelde zichzelf voortdurend vragen: Was ze echt in staat om een veilige ruimte te creëren voor haar cliënten om hun verhaal te delen? Begreep ze de diepte van hun ervaringen en de impact van structurele ongelijkheden? En nog belangrijker, wat kon ze doen om deze obstakels te overwinnen en echte verandering teweeg te brengen?

Haar reflecties gingen verder dan alleen haar werkrelatie met cliënten. Ze keek ook naar de bredere context waarin ze opereerde en identificeerde kansen om haar inzichten op team- en beleidsniveau in te brengen. Noa was vastbesloten om haar stem te laten horen en bij te dragen aan een meer inclusieve en ondersteunende zorgomgeving. Ze deelde haar observaties tijdens teamvergaderingen, nam deel aan beleidsdebatten en werkte samen met collega's aan projecten die structurele veranderingen beoogden.

In haar werk integreerde Noa zowel de verworven als de oorspronkelijke context van de situaties waarin ze zich bevond. Ze begreep dat de oorspronkelijke context, zoals de gezinsdynamiek en de persoonlijke geschiedenis van de betrokkenen, van invloed was op de ontstane problemen. Tegelijkertijd erkende ze ook de verworven context, zoals de huidige omstandigheden en de wensen van haar cliënten. Ze paste haar aanpak aan om beide contexten te integreren in haar analyse en benadering, waardoor ze een meer holistisch begrip van de situatie kon ontwikkelen en effectiever kon interveniëren.

Noa was bedreven in het leggen van verbindingen binnen het cliëntensysteem en het analyseren van de complexe wisselwerking tussen de systeem- en leefwereld. Ze nam de tijd om diepgaand te reflecteren op haar werkrelatie met cliënten, waarbij ze de aard van de complexiteit en de mechanismen van uitsluiting zorgvuldig overwoog. Toch merkte ze tijdens haar reflectie op dat er ruimte was voor verbetering in haar benadering. Noa realiseerde zich dat ze haar cliënten nog actiever kon betrekken bij het besluitvormingsproces en de ontwikkeling van interventiestrategieën.

*Herstelgerichte
Benadering*



Ze besloot haar aanpak aan te scherpen door meer nadruk te leggen op empowerment en samenwerking met haar cliënten. Dit betekende dat ze hen actiever zou betrekken bij het identificeren van hun behoeften, het stellen van doelen en het ontwikkelen van strategieën voor verandering. Noa begreep dat door cliënten als gelijkwaardige partners te beschouwen, ze hun autonomie kon vergroten en hun gevoel van eigenwaarde kon versterken.

Met dit in gedachten zette Noa zich in om een meer collaboratieve benadering te hanteren in haar zorgverlening. Ze geloofde dat dit niet alleen zou leiden tot effectievere ondersteuning, maar ook tot een grotere kans op duurzame verbetering van het welzijn van haar cliënten.

Herstelgerichte Benadering: Noa's Inzicht en Beleidsmatige Inzet

Noa was vastberaden om een herstelgerichte benadering te integreren in haar werk, zelfs bij de gevoelige kwesties rondom zedenzaken. Ze begreep dat herstelgericht werken in deze context van cruciaal belang was voor zowel de slachtoffers als de daders. Als SPV nam ze de leiding in het begeleiden van cliënten en hun families naar positieve veranderingen en keerpunten in hun leven, ondanks de complexiteit van de situatie.

Een voorbeeld van herstelgericht werken in een zedenzaak was toen Noa samenwerkte met een cliënt die schuldig was bevonden aan seksueel misbruik. Ze bood hem een veilige ruimte waarin hij zijn verantwoordelijkheid kon erkennen, zijn gedrag kon begrijpen en zich kon inzetten voor herstel. Tegelijkertijd zorgde ze ervoor dat het slachtoffer de nodige ondersteuning kreeg en werd gehoord in het proces van heling.

Als SPV zorgde Noa ook voor een gestructureerde fasering van het hulpverleningsproces. Ze bracht duidelijkheid in de stappen die genomen moesten worden, van het eerste contact met de cliënt tot aan de nazorg. Door deze gestructureerde aanpak kon ze de cliënten effectief begeleiden en ondersteunen bij het doorlopen van het proces van herstel en rehabilitatie.

In het specifieke geval van een cliënt die door de gemeente maar niet werd opgepakt en op het punt stond vrijgelaten te worden na detentie, nam Noa een andere benadering aan. Dankzij heldere afspraken en een duidelijke verdeling van verantwoordelijkheden, was het nu anders dan voorheen. Noa en haar systeem, inclusief haar collega's binnen detentie, legden de verantwoordelijkheid nu waar hij hoort. Voordien waren vele overleggen en waarschuwingen nodig in het kader van de levensloopaanpak, omdat het leek alsof niemand verantwoordelijkheid wilde nemen voor de huisvesting na detentie, gezien de ernst van het delict. Echter, gezien de urgente situatie, voornamelijk vanwege de slechte somatische gezondheid van de betrokkene, en Noa's overtuiging dat passende zorg en opvang al lang geregeld hadden moeten zijn, nam ze het initiatief om actie te ondernemen. Met de duidelijke afspraken en verdeling van verantwoordelijkheden kon Noa nu direct handelen, en dit leidde ertoe dat de cliënt niet aan zijn lot werd overgelaten en toch de ondersteuning kreeg die hij nodig had.

Op de dag van zijn vrijlating regelde Noa een taxi en liet hem voor de deur van de GGD afzetten, wetende dat de nazorg van de gemeente daar zat. Halverwege de taxirit besloot de nazorg van de gemeente eindelijk snel een hotel te regelen voor de cliënt, zodat hij ergens naartoe kon. Deze actie van Noa benadrukt de nalatigheid van de gemeente, die weliswaar op de hoogte was van de situatie en verantwoordelijk was voor de nazorg en opvang, maar desondanks geen enkele actie ondernam. De cliënt stond letterlijk met een vuilniszak in zijn

hand buiten de gevangenis te wachten, zonder enig vermogen om zelf iets te regelen. Het was duidelijk dat de gemeente aan zet was, maar zij lieten alles bij elkaar over de schutting vallen, zonder daadwerkelijk tot actie over te gaan. Gelukkig zorgde Noa's vastberadenheid en directe actie ervoor dat de cliënt niet aan zijn lot werd overgelaten en toch de ondersteuning kreeg die hij nodig had

Zoals Noa's vastberadenheid en directe actie hebben laten zien, stopte ze niet bij het regelen van praktische zaken zoals vervoer en onderdak voor haar cliënt. Haar inzet voor het welzijn van mensen ging verder dan alleen de directe zorg. Ze koos ervoor om moreel beraad te gebruiken in plaats van beleidsdebatten om gevoelige kwesties rondom zeden te bespreken. Noa begreep dat deze kwesties zeer gevoelig waren voor collega's en dat het cruciaal was om een veilige en respectvolle ruimte te creëren voor open en eerlijke discussies. Als SPV bracht ze haar expertisegebied naar voren en benadrukte ze de noodzaak om ook het sociale aspect van de zorg voor cliënten te omvatten. Ze pleitte ervoor om de stem van de zedendelinquent te laten horen tijdens teamvergaderingen en benadrukte het belang van het centraal stellen van de zorg voor deze mensen, met als doel herstel en re-integratie in de samenleving. Dit alles weerspiegelde Noa's toewijding aan een holistische benadering van zorg, waarbij ze niet alleen keek naar praktische behoeften, maar ook naar de emotionele en sociale aspecten van herstel en rehabilitatie.



Vergroten van diversiteit: Noa's Brug naar Culturele Sensitiviteit en Reflectief Bewustzijn

Als sociaal psychiatrisch verpleegkundige (SPV) was Noa doordrenkt van een diepgaand begrip van culturele en religieuze noties. Ze beseftte dat deze aspecten een cruciale rol speelden in het leven van haar cliënten en dat het essentieel was om hier sensitief mee om te gaan. Noa nam de tijd om het cliëntensysteem te onderzoeken en te begrijpen in hoeverre zij de taal en het vocabulaire bezaten om hun behoeften en uitdagingen te verwoorden. Ze was zich bewust van de complexiteit van culturele achtergronden en religieuze overtuigingen en zorgde ervoor dat ze deze aspecten respecteerde en integreerde in haar benadering.

Een van de belangrijkste aspecten van Noa's werk was haar vermogen om taboesfeer te doorbreken. Ze beseftte dat bepaalde onderwerpen binnen bepaalde culturele contexten als gevoelig of ontoegankelijk werden beschouwd. Noa nam het initiatief om deze taboes aan te kaarten en een open dialoog te creëren waarin haar cliënten zich veilig voelden om hun gedachten en gevoelens te delen. Door deze barrières te doorbreken, kon Noa dieper ingaan op de behoeften van haar cliënten en effectievere ondersteuning bieden.

Noa bouwde ook een professioneel netwerk op van cultuurspecifieke voorzieningen. Ze begreep dat het essentieel was om samen te werken met organisaties en instellingen die gespecialiseerd waren in het bieden van zorg en ondersteuning aan diverse gemeenschappen. Door deze samenwerking kon Noa haar cliënten doorverwijzen naar passende diensten en ervoor zorgen dat hun culturele en religieuze behoeften werden erkend en vervuld.

Een ander belangrijk aspect van Noa's werk was haar vermogen om haar eigen vooroordelen te reflecteren en bespreekbaar te maken. Hoewel ze zich bewust was van haar vooroordelen, erkende ze dat er altijd ruimte was voor groei. Noa nam regelmatig de tijd voor zelfreflectie en stond open voor feedback van collega's en cliënten, waardoor ze kon blijven groeien en zich ontwikkelen als een inclusieve en respectvolle zorgverlener.

Noa's persoonlijke context speelde ook een rol in haar professionele ontwikkeling. Het moment waarop ze net moeder was geworden, bracht een nieuw perspectief in haar werk. Plotseling zag ze alles door de lens van haar eigen kindje, wat haar ertoe bracht om haar eigen context kritisch te onderzoeken. Het kostte veel praten en contextueel kaderen om hier weer uit te kunnen stappen, maar uiteindelijk maakte dit proces haar sensitiever voor de diverse achtergronden van haar cliënten en verrijkte het haar vermogen om hen effectief te ondersteunen.

Noa erkende ook de uitdagingen die voortkomen uit de culturele diversiteit binnen haar caseload. Ze begreep dat er culturen zijn waarin zeden anders worden gezien dan in de hare. Bijvoorbeeld, bij asielzoekers uit landen waar kindhuwelijken normaal zijn, kan het moeilijk zijn om het concept van zedelijkheid te begrijpen zoals het in Nederland wordt gezien. Noa wist dat het belangrijk was om oog te hebben voor deze culturele verschillen en durfde deze taboes bespreekbaar te maken. Door deze openheid kon ze effectiever omgaan met cliënten die uit verschillende culturele achtergronden kwamen en hen beter ondersteunen bij hun herstel. Kortom, Noa's vermogen om culturele sensitiviteit te tonen en taboes te doorbreken, verrijkte haar werk als SPV en stelde haar in staat om een brug te slaan naar diversiteit en inclusie in haar zorgpraktijk. Echter, ze blijft streven naar verdere groei door haar begrip van diverse culturen te verdiepen, haar communicatievaardigheden verder te ontwikkelen, haar professionele netwerk uit te breiden, en haar reflectie op eigen vooroordelen voort te zetten.

Moreel Beraad: Noa's Roep om zorg.

Noa, stapte haar werk binnen met een zwaar gemoed. Ze was op weg naar de afdeling waar ze regelmatig zorg verleende aan gedetineerden met psychische problemen. Haar gedachten werden beheerst door een recente ontmoeting met een jonge gevangene, Chris, die haar had laten twijfelen aan de gangbare overtuigingen binnen de gevangensmuren.

Chris was een jonge man die veroordeeld was voor een zedendelict. Noa herinnerde zich nog de blik in zijn ogen toen hij haar voor het eerst ontmoette - een mengeling van schaamte, spijt en iets anders, iets dat ze niet meteen kon plaatsen. Terwijl ze met Chris sprak tijdens haar bezoeken aan de afdeling, begon Noa vermoedens te krijgen dat hij zelf slachtoffer was geworden binnen de muren van de gevangenis. Zijn teruggetrokkenheid, de blauwe plekken die hij probeerde te verbergen, en de angst in zijn stem leken te wijzen op iets meer dan alleen de last van zijn eigen daden.

Noa deelde haar bezorgdheid met enkele van haar collega's, in de hoop op steun en advies. Maar tot haar verbazing ontving ze in plaats daarvan weinig begrip en empathie. De reactie van haar collega's was lauw, met opmerkingen als "Hij heeft het verdiend" en "Hij moet gewoon de consequenties dragen van zijn daden." Het idee dat een veroordeelde zedendelinquent ook slachtoffer kon zijn, leek voor hen moeilijk te bevatten.

Die avond, terwijl Noa nadacht over de situatie, besepte ze dat ze een moreel dilemma had. Aan de ene kant was er haar professionele verantwoordelijkheid om de veiligheid en het welzijn van haar cliënten te waarborgen, zelfs als die cliënten veroordeelde criminelen waren. Aan de andere kant was er de druk van haar collega's en de heersende opvattingen binnen de instelling, die haar ervan weerhielden om actie te ondernemen.

De volgende dag besloot Noa haar zorgen te delen tijdens een interdisciplinair overleg, waarbij ze een moreel beraad initieerde. Ze beschreef de situatie van Chris, haar vermoedens over zijn mogelijk slachtofferschap en haar worsteling met de reactie van haar collega's. Samen met haar teamgenoten, waaronder psychologen, verpleegkundigen, artsen, psychiaters en juridisch adviseurs, begon ze de complexiteit van het dilemma te verkennen.

Tijdens het morele beraad werden verschillende perspectieven belicht en ethische principes afgewogen. Er werden vragen gesteld over de plicht tot zorg, het recht op veiligheid en het belang van gerechtigheid. Langzaam begonnen Noa's collega's de nuance van de situatie in te zien en de noodzaak om te handelen in het belang van Chris, ongeacht zijn verleden. Uiteindelijk kwam het morele beraad tot een consensus dat het essentieel was om de zorgen over Chris serieus te nemen en een grondig onderzoek in te stellen naar mogelijk misbruik binnen de gevangenis. Er werden stappen ondernomen om Chris te beschermen en de vermoedens van Noa te onderzoeken, met inachtneming van zowel zijn rechten als zijn welzijn.

Voor Noa betekende deze ervaring niet alleen het aansnijden van een gevoelig onderwerp binnen de gevangensmuren, maar ook het illustreren van haar vermogen om op methodische en systematische wijze een moreel beraad te initiëren en te leiden. Haar vastberadenheid om op te komen voor het welzijn van haar cliënten, zelfs onder moeilijke omstandigheden, toonde aan dat ze de vaardigheden bezat om ethische dilemma's binnen haar vakgebied aan te pakken.



Nawoord

In de loop van dit verhaal hebben we Noa Verhelder gevolgd op haar ontdekkingsreis door het ingewikkelde domein van zedendelinquentie en de contextuele aanpak van geestelijke gezondheidszorg. Noa belichaamt de kern van contextueel werken met haar diepgaande inzicht in maatschappelijke fenomenen, haar holistische benadering van zorg, haar herstelgerichte aanpak en haar inzet voor diversiteit en inclusie.

Het belang van contextueel werken in dit specifieke veld wordt treffend geïllustreerd door Noa's verhaal. Dankzij haar benadering kunnen zedendelinquenten niet alleen de oorzaken van hun gedrag begrijpen, maar ook werken aan herstel en verandering. Noa's compassie, begrip en verbondenheid laten zien hoe krachtig deze benadering is in het bevorderen van welzijn en het creëren van een ondersteunende samenleving.

Het nawoord herinnert ons aan de essentiële vaardigheden van de SPV, zoals het vermogen om klachten en problemen op een methodische en systematische manier in een contextueel kader te plaatsen. Door gebruik te maken van maatschappijkritische theorieën en rekening te houden met diverse normen en waarden, kan de SPV een normaliserende, herstelgerichte benadering toepassen die gericht is op het vergroten van diversiteit.

Terwijl we Noa's reis door het duistere bos volgen, worden we eraan herinnerd hoe belangrijk contextueel werken is en welke impact het kan hebben op het leven van kwetsbare individuen. Moge Noa's verhaal ons inspireren om deze benadering verder te verspreiden en te blijven streven naar een wereld waarin iedereen de steun krijgt die hij nodig heeft om te gedijen en te bloeien.

Literatuurlijst

- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. (2022). *Impactvolle determinanten van gezondheid*. In *Impactvolle Determinanten Van Gezondheid*. https://www.rivm.nl/sites/default/files/2022-10/014204_Impactvolle_determinanten_van_gezondheid_TG.pdf
- Romunde, F. (2023, June 21). *Effecten van sociale determinanten op mentale gezondheid*. Trimbos-instituut. <https://www.trimbos.nl/kennis/mentale-gezondheid-preventie/expertise-centrum-mentale-gezondheid/sociale-determinanten/effecten-op-mentale-gezondheid>
- Van De Weijer, S., Eichelsheim, V., Blokland, A., Hendriks, J., & Nederlands Studiecentrum Criminaliteit en Rechtshandhaving. (2023). *Typologieën van plegers van zedendelicten: Een umbrella review*. Nederlands Studiecentrum Criminaliteit en Rechtshandhaving (NSCR), Amsterdam. <https://repository.wodc.nl/bitstream/handle/20.500.12832/3290/3394%20-typologieen-van-plegers-van-zedendelicten-volledige-tekst.pdf?sequence=>
- Van Ieperen-Schelhaas, K. (2020). *Contextuele hulpverlening*. Bohn Stafleu Van Loghum.
- *Veilige re-integratie van plegers van een zedendelict* | VNG. (n.d.). VNG. <https://vng.nl/artikelen/veilige-re-integratie-van-plegers-van-een-zedendelict>

Paniek aanval, hoe leer ik er mee omgaan?

Peter Oud, SPV

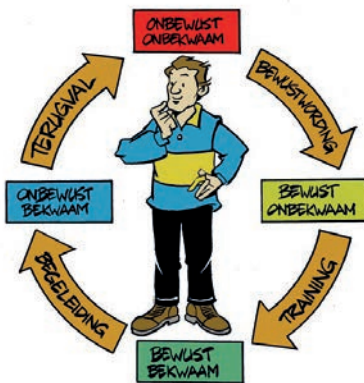
Een paniekaanval, ongeacht wat eraan vooraf ging, kan overweldigend zijn. Je kan ervaren dat je verstijfd raakt of wil vluchten. Je kan je extreem onveilig voelen en denken dat je geen vat op die situatie hebt. Je lichaam slaat op tilt. Laten we vooropstellen dat het omgaan met een paniekaanval, een leerproces is om er steeds beter mee om te gaan. Mits je tenminste weet wat je moet doen en dit ook toepast. Als paniekaanvallen al wat zijn uitgebreid of in hevigheid toegenomen, gelden dezelfde principes maar moet je weten waar te beginnen. Met dat weten komt de oplossing binnen handbereik. Door met een paniekaanval om te leren gaan, kan je deze ook leren voorkomen.

Het leren omgaan met angsten is een proces waar we van jongs af aan allemaal mee te maken krijgen. Met angsten hebben wij leren te dealen. In beginsel is dit een onbewust proces, maar als de angst in die mate toeneemt dat de angst overweldigend wordt, worden wij ons bewust van de noodzaak hiervan. Veelal bouwt de angst zich langzaam op door negatieve kernovertuigingen. Overtuigingen bijvoorbeeld, dat de wereld niet veilig is, dat ik niet goed genoeg ben, dat niemand van mij houdt, en dergelijke. Soms zijn aanleidingen tot een paniekaanval ogenschijnlijk kleine trauma's of meer heftige trauma's als oorlog, mishandeling, scheiding (van ouders), overlijden, pesten, seksueel misbruik en dergelijke. Een paniekaanval kan ook plaatsvinden als iemand aan een dergelijk trauma, al of niet bewust herinnerd wordt. Het probleem is dat mensen waarbij de paniekaanvallen aanhouden, deze niet altijd serieus aanpakken. De angst voor de paniekaanval voor hun gevoel nog te overweldigend is. Deze paniekaanval probeert men dan op een of andere manier (mogelijk deels) te vermijden. Men realiseert zich onvoldoende dat men met het vermijden de kans dat paniekaanvallen aanhouden dan wel doet toenemen. En dat diegene er zo uiteindelijk niet goed mee leert omgaan.

Soms is of wordt medicatie ingezet om deze angsten te onderdrukken. De medicatie dempt de angst of kan er voor zorgen dat men wat onverschilliger wordt. Voor even kan dit nuttig zijn, men leert echter niet met deze emotie, de angst, omgaan. Soms voelt men na inname van medicatie dan nog minder de drang om zichzelf helpende vaardigheden aan te leren. Men denkt dan zo het makkelijkst het probleem op te lossen. Er ontstaat dan een vicieuze cirkel van vermijding. Dan kan de angst sluimerend doorwoekeren. De angst dat er weer een nieuwe paniekaanval aan kan komen voedt de vermijding en voorkomt dat je het probleem oplost.

Hoe meer je je door angst laat leiden hoe angstiger men kan worden. Dit kan tot chronische angst leiden.

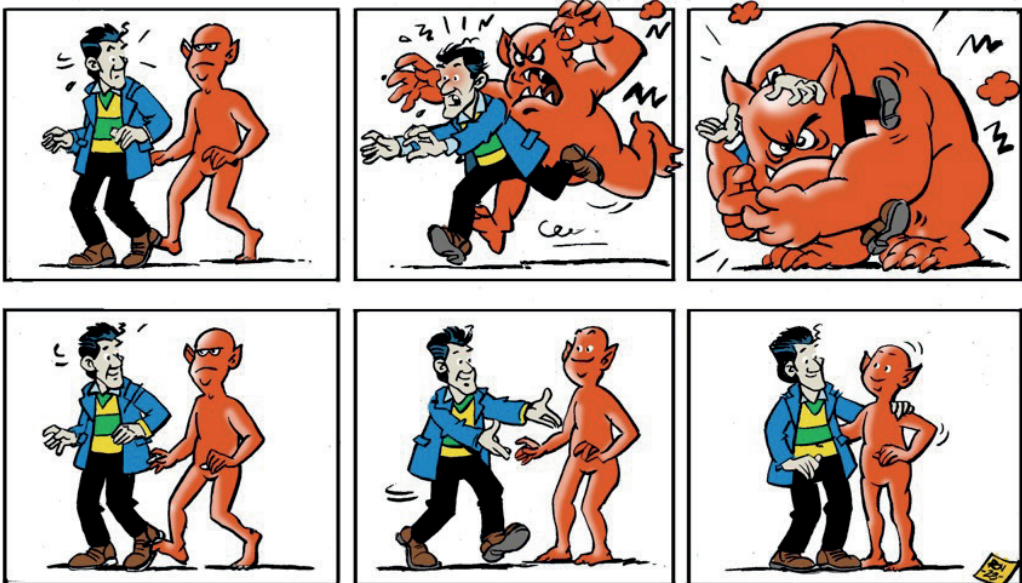




Als je je niet bewust bent van een dergelijk proces noemen we een dergelijke fase 'onbewust-onbekwaam'. Je bent er niet bewust van dat je niet handig met je angsten om kan gaan. Dat kan overgaan in de fase 'bewust-onbekwaam'. Je kan je uiteindelijk 'bewust-bekwamen'. Je kunt hierbij manieren aanleren met je angsten om te gaan. Je kunt je in het omgaan met emoties bekwamen, zodat je reacties hierop een soort automatisme worden, 'onbewust-bekwaam'.

Weet wel: zonder paniekaanvallen leer je niet met paniekaanvallen omgaan. Het is misschien niet fijn, maar hoe meer paniekaanvallen, hoe meer leerervaringen je op kan doen.

Je krijgt ze toch, zo kan je die tijd maar beter gebruiken om er mee te leren omgaan. Zodat de rest van je leven die angst je niet meer blijft achtervolgen. En als je later toch nog een paniekaanval zou krijgen, kun je denken dat je je tussentijds ergens emotioneel verwaarloosd hebt. Dat is vaak dan al voldoende om weer bij de les te blijven.



Naar de angst toe bewegen

De kunst is om naar de angst toe te bewegen. Wetende dat als je de angst probeert te vermijden, deze angst alleen maar toeneemt (zie tekening). Ga je de angst uit de weg, dan gaat deze je alleen maar meer beheersen. Niemand kan door angst tot liefde of rust komen. Uiteindelijk blijft het een doodlopende weg. Genezen is angst laten varen. Daarvoor mag je toch eerst de regie leren pakken om de angst vervolgens los te laten.

Als je blijft doen wat je deed, dan krijg je wat je kreeg. Vandaar hieronder een menukaart, een keuzemenu met gereedschappen om zelf uit te proberen. Om te kijken welke voor jou effectief is. Heb je het eenmaal onder de knie, dan verloor je het niet snel. Het is wel goed om deze stappen te blijven herinneren om niet in oude patronen terug te vallen.

Systematische aanpak, om met paniekaanvallen om te leren gaan.

→ Wat te doen als je een paniekaanval hebt?

Ga zitten op een stevige stoel, zet je voeten vlak op de grond, voel de leuning in je rug en weet dat je bij het zitten, niets kan gebeuren. Je stelt je voor, in je fantasie, dat je in een bootje zit met hele hoge golven (met heftige emoties) die tekeergaan. Behalve de golven, zit je veilig in het bootje, en kan je niets gebeuren. Je kan vervolgens gaan beschrijven wat er gebeurt: je merkt misschien dat je hartslag is versneld, je voelt je mogelijk verstijfd..... , een onrust in je lijf....., een warmte....., let op je ademhaling....., voel je spieren....., wat gebeurt daarmee? Je kan hierbij de focus op je probleem loslaten, even achterover leunen, een nieuwsgierige houding aannemen, met een beschouwende blik, een helikopterview, alsof je van boven kan aanschouwen wat er gebeurt.



Eventueel als je niet al gestart bent, kan je daarnaast de buikademhaling beoefenen, in via de neus en uit via de mond..... In via de neus en uit via de mond.....

Je zult merken (zeker als je van te voeren al wat vaker geoefend hebt) dat na enkele minuten je lichaam en geest weer wat meer tot rust komen.

Realiseer je dat deze paniekaanval niet voor niets komt. Meestal vinden dergelijke aanvallen plaats in een periode dat je te veel zorgen hebt gemaakt, veel hebt lopen piekeren, onvoldoende rust hebt genoten. Dat je al die negatieve gedachten over jezelf of anderen bent gaan geloven, zodat deze zijn gaan woekeren. Je hebt misschien wel eens eerder gehoord, gelezen dat een crisis nuttig kan zijn, je wakker kan schudden. Het is niet fijn om te ervaren, maar zonder crisis, zonder gedoe, leer je niet. Het vraagt slechts een bereidheid er anders mee om te gaan.

Je kan als het vaker voorkomt overwegen een signaleringsplan te gaan maken. Een plan om wat meer bewust te worden van je emoties en je gedrag op zo'n moment, zodat je deze beter en rustiger leert hanteren. Je kan ook gebruik maken van deze menukaart op de volgende pagina.



→ Wat als je een paniekaanval aan voelt komen?

Dat is eigenlijk de makkelijkste fase om mee om te gaan. Het is een kwestie van een mindset. Zie ook de striptekening 'Naar de angst toe bewegen'. Je maakt rigoureuus, op een heldhaftige wijze de beweging naar de angst toe. Je voelt hem aankomen en zonder twijfel, nodig je de angst van harte uit. Alsof het je beste vriend is. Jij wil immers met een paniekaanval om leren gaan, dit is je kans, nu komt er een nieuwe leerervaring, daar ben je natuurlijk hartstikke blij mee. Omhels hem en de paniek verdwijnt als sneeuw voor de zon. Misschien geloof je dat niet, het is een kwestie van uitproberen. Bij enige twijfel, gewoon herhalen. Succes verzekerd.

Daarnaast kan je, vaak als je blijft twijfelen, altijd nog de buikademhaling, tappen op beide knieën, een mindfulness oefening doen of een piekerkwartiertje inlassen. Hieronder uitgelegd. Wees gerust. Gewoon uitproberen.

Oefening met de buikademhaling:

Je kan starten met de buikademhalingsoefening. In de periode dat het nog niet goed met je gaat kan je dit 2 a 3 keer per dag beoefenen, gedurende 10-15 minuten.



Ga zitten of liggen en leg één hand op je borst en één op je buik. Adem in door je neus en laat je buik opbollen. Voel hoe je ademhaling tegen je hand duwt. Adem rustig uit door je mond en voel hoe je buik weer ruimte geeft aan je hand. Let vooral op je buik die op en neer gaat. Leg eventueel een boek op je navel en probeer die bij het inademen met je buik omhoog te duwen.

Als dit lukt, probeer dan wat langer uit dan in te ademen en wacht even voor je weer inademt, alsof je het laatste restje lucht uit je lijf wilt persen. Als je dan in één keer je buikspieren ontspant, vullen je longen zich als vanzelf met nieuwe lucht. Bijvoorbeeld: vier tellen inademen – een tel vasthouden – zes tellen uitademen – een tel vasthouden. Doe deze oefening ongeveer vijf minuten en herhaal ze eventueel een paar keer per dag. In het begin mag je de bewegingen van je buik wat overdrijven, tot je vertrouwd bent met het gevoel en de buikademhaling altijd en overal kunt toepassen.

Later, als je meer beoefend bent, kan je deze oefening, ook bij onrust, een 10-15 minuten leren vol te houden.

Dus ook terwijl je leest, staat te koken of naar de bakker fietst. En zeker in situaties waarin je je onrustig en gespannen voelt, ongeduldig

bent, je stemmen je verwarren, vervelende gedachten hebt of na een vervelend telefoontje. Probeer maar, je zult zien dat het werkt!

Oefening met tappen:

Om spanning te reduceren kan onderstaande tap-oefening helpend zijn.

Vooraf aan het tappen word je gevraagd je te concentreren op een traumatische herinnering terwijl je tijdens het tappen wordt afgeleid met bilaterale stimulatie om beide hersenhelften te stimuleren. Het doel hiermee is je te helpen de traumatische ervaring te verwerken en de symptomen of andere trauma gerelateerde klachten te verminderen.

Voor je de oefening doet, maak je een inschatting van de spanning die je op dat moment voelt, op de schaal van 0-10.



1. Je gaat op een stoel zitten, met je voeten op de grond.
2. Fixeer de ogen op een punt voor je.
3. Focus je op een beeld wat je moeilijk vindt of op een bijbehorend gevoel in je lijf.
4. Als je dit hebt geef jezelf een knik en ga naar 5.
5. Start tappen (om en om linkerhand tikken op linker knie en rechterhand op rechter knie. Je kan ook de linkerhand op rechterschouder en rechterhand op linkerschouder tikken- 'de butterfly'). Gedurende 30-60 seconden.
6. Indien wenselijk je ogen hierbij sluiten.

7. Terug naar 2. Fixeer de ogen op een punt voor je.
8. Wees je nu bewust van wat je nu ervaart (beeld of gevoel) en registreer de lading van het gevoel dat je ervaart of het beeld dat je waarneemt.
9. Bij voldoende afname of uitblijven van meer spanning kun je stoppen. Bij onvoldoende afname tot 3 keer herhalen.

Oefenen met mindfulness:

Met mindfulness oefen je je volledig bewust te zijn van het hier en nu, zonder oordelen.



Een van de mindfulness-oefeningen is een visualisatieoefening. Hoe doe je dit?

- Neem een diepe buikademhaling, in via de neus, uit via de mond. Herhaal dit 2 tot 3 keer. Je mag je ogen openhouden of dicht doen.
- Concentreer je eerst op je voeten en registreer wat je voelt.
- Stel je voor dat je voeten verbonden zijn met een kabel met het binnenste van de aarde. Daar is een enorme onuitputtelijke energiebron en deze energie stroomt via de kabel naar je voeten.
- De energie vult je hele voet. Merk op dat de energie opstijgt naar je enkel, je onderbeen en je knie en zo langzamerhand langs alle delen van lichaam omhoog tot aan je schouders en vingers.
- Stel je nu voor dat er 20 tot 30 centimeter boven je hoofd een zon is van 60 tot 70 cm doorsnee en dat de energie vanuit je vingers opgenomen wordt door de zon.

Daar wordt de energie geneutraliseerd en stroomt hij via een dun kanaaltje je kruin in. Je hoofd wordt gevuld met deze energie, je hals, je nek, je schouders, waar hij samen komt met de aarde energie. Dan stroomt hij via je armen weer naar je vingers en terug naar de zon.

- Zo heb je 2 energiestromen, één vanuit de aarde en één vanuit de zon. Concentreer je even op lichaamsdelen, je voeten, onderbenen, bovenbenen, en laat de energie stromen. Neem hier even de tijd voor.
- Adem dan nog even in, een buikademhaling, in via de neus en uit via de mond. Open je ogen, schud je benen even los en kom er weer bij.

Piekerkwartiertje

Verder kan je denken aan 2-3 vaste piekerkwartiertjes per dag in te lassen. Bij voorkeur vaste tijden. Bijvoorbeeld om 9.15 uur-13.15 uur en 19.15 uur. Je zoekt een rustig plekje uit. Sluit je even af van je mobiel. Je pakt een pen en papier. Al je gepieker kan je gedurende dat kwartiertje opschrijven. Na dat piekerkwartiertje parkeer je alle piekergedachten, tot het volgende piekerkwartiertje. Bijvoorbeeld door tegen jezelf te zeggen: 'Nee, niet nu, maar om 13.15 uur, ben je weer welkom.' Dat betekent ook dat je het piekeren tussendoor vermindert. Hoe standvastiger je hierin bent, hoe beter het resultaat. Doe dit een aantal dagen, weken, tot het piekeren is gestopt. Dit kan je afwisselen met de andere oefeningen.

Verder kan je denken aan:

- Yoga • Tai chi • Gebruik van klankschalen
- Sporten • Ontspanningsoefeningen • Afleiding zoeken, lezen of tv kijken • Wandelen in de natuur, je hond uitlaten • Muziek maken
 - Mandela's kleuren • Tekenen, schilderen, knutselen • Bidden • Iemand opbellen/ naar iemand toegaan • Leuke dingen doen • Dagstructuur aanhouden, elke moment gericht op het loslaten van negatieve gedachten
 - Ontwikkelen van een beter zelfbeeld

- Richten op het aanleren van assertief gedrag
- Gezonde voeding met voldoende variatie
- Toewerken naar zinvolle contacten, activiteiten.



→ Wat kan je doen om een paniekaanval te voorkomen? Preventief.

Goed voor jezelf zorgen. Dat is voor de meeste mensen misschien wel de grootste klus. Als je hierin bent vastgelopen, niet goed weet hoe, zoek dan hulp. Het komt uiteindelijk erop neer dat je goed met je emoties leert omgaan. Je een positief zelfbeeld ontwikkelt of beter je grenzen leert aangeven. Meer tijd voor jezelf neemt om met emoties om te leren gaan. Met andere woorden, hier een serieuze zaak van maakt. Doe je dat niet, dan moet je uiteindelijk op de blaren zitten. En dat is voor niemand fijn. Dat gun je toch niemand.

Je kunt je ook bewust bekwamen in het omgaan met angsten. Dat is een continu proces. Er gebeuren doorgaans in ieders leven wel dingen die de stress kunnen verhogen. Dat is normaal. Zie ook op de website van PsychoseNet: het minicollege van Jim van Os m.b.t. wat is psychisch lijden.

Hoe om te gaan met angsten?

Stel je partner, collega uit zich negatief naar je, je voelt je aangevallen, bedreigd. Van nature kun je hier verschillend op reageren. Je kunt proberen de vervelende opmerking van je partner, collega te negeren. Het kan

zijn dat je partner, collega zich rustig houdt, er verder geen punt van maakt. Dat je hierbij het idee krijgt, dat negeren van de negatieve opmerking van partner, collega je even helpt. Als de vervelende opmerking indringend is of blijft aanhouden, helpt het vaak niet om een negatieve opmerking te negeren. Soms zijn negatieve opmerkingen zo intimiderend, dat negeren wel heel lastig is. Als de negatieve opmerking je diep raakt valt het niet mee om deze te negeren. Als je aan de negatieve opmerking blijft denken of de partner, collega het blijft herhalen, wordt het negeren wel wat ingewikkeld.

Wat helpt niet?

- Negeren helpt dus niet structureel, je kan de opmerking wel even parkeren, er later op terug komen.
- De partner, collega aanvallen, schreeuwen tegen hem, haar, gaat ook niet werken. De relatie met deze persoon word daarmee niet beter.
- Je verdedigen tegen deze persoon, dan blijf je ook aan de gang en vaak met een onbevredigend gevoel zitten. Bijvoorbeeld met een gevoel dat je niet goed genoeg bent, of dat de persoon tegenover je, gewoon een eikel is.
- De partner, een collega pleasen, bijvoorbeeld opdrachten opvolgen om maar van degene af te zijn, of omdat je bang voor degene bent, werkt ook averechts. Je angst wordt er doorgaans alleen maar groter mee.
- Vluchten voor je partner, collega, helpt ook niet. Hiermee wordt de relatie met hen ook niet beter. En je komt in een andere baan mogelijk ook mensen tegen die je lijken te willen domineren.

Wat helpt wel?

De Judo-techniek.

Op kritiek of gezeur ben je al gauw geneigd verongelikt of verdedigend te reageren. Maar met de judotechniek – een meegaande beweging waarbij je de ander groot gelijk

geeft, wordt zelfs kritiek ontvangen als een aangename ervaring.



Dat kan door te reageren met bijvoorbeeld:

- Dank je voor de suggestie, ik ga er over nadenken. Ik kom er morgen even op terug.
- Oké, ik begrijp niet helemaal wat je bedoelt, leg eens uit?
- Dank je voor de kritiek. Je overvalt mij hiermee. Ik ga er met ... (bijvoorbeeld mijn behandelaar) over spreken, misschien weet hij wat je bedoelt. Maar bedankt. Ik schrijf het even op.
- Goed idee, maar niet voor mij. Mijn antwoord is nee.
- Leg eens uit wat zijn je goede bedoelingen hiermee?

Het is een kwestie van uitproberen, een proces, je hierin te bekwamen.

Bij angst- en panieklachten: medicatie of behandelen?

Antidepressiva en benzodiazepines dempen de emoties. Je haalt de scherpe kantjes er mee af. Dat kan zeker in het begin bij al die heftige negatieve emoties, fijn zijn. Om de somberheid weg te nemen, is de effectiviteit van antidepressiva een stuk minder. Bij een klein percentage, zo'n 10%, zien we echter wel verbeteringen. In dit geval alleen bij ernstige depressies. Het vervelende is dat antidepressiva bijwerkingen kunnen geven en het lastig kan zijn deze middelen af te

bouwen. Om te zien welke bijwerkingen antidepressiva kunnen geven, zou je de Antidepressiva Keuzetool op de website van PsychoseNet kunnen gebruiken, zo je je hier goed op voor kan bereiden.



Wetenschappelijk gezien, hebben wij geen idee wat een antidepressivum in de hersenen doet. Geen hulpverlener kan het daarom precies uitleggen. Het verklingsmodel is slechts een hypothese. De verklaring die vele van ons ooit geloofden, dat je stemming, je angsten te maken hebben met een tekort aan serotonine is een enorme versimpeling van de werkelijkheid, bedacht door de farmaceutische bedrijven, niet door mensen die je willen helpen.

Bij nader inzien bleek een groot nadeel, dat je met deze middelen niet leert om met je emoties om te gaan. Deze stofjes kunnen je onverschillig maken zoals alcoholgebruik of drugsgebruik dat ook kunnen doen. En ze kunnen mogelijk tegen je werken, waardoor je minder gemotiveerd raakt om noodzakelijke leerprocessen aan te gaan.

Met (zelf)compassie kun leren je emoties de baas te worden. Mocht je ervoor kiezen om deze middelen te nemen, laat je dan goed voorlichten en vergeet niet om daarnaast je te trainen in het omgaan met je angsten. Zo ben je later, bij andere heftige ervaringen ook in staat, je emoties te reguleren.

Daarnaast kan je via behandeling nog onderliggende problemen aanpakken, de oorzaak opzoeken. Er zijn talloze therapievormen die je hierbij zouden kunnen helpen. Zie hiervoor de Website PsychoseNet, het Mini-college: Wat is psychisch lijden -en wat doe je eraan?

Kortom, met antidepressiva, het dempen parkeer je het emotionele probleem. Prima misschien voor effe. Niet voor de langere termijn.

*Laat je angst
je beste vriend zijn,
een signaal dat
je aan de bak moet.*



Peter Oud,

Sociaal psychiatrisch verpleegkundige, werkzaam op de Stemmenpoli in Alkmaar, BuurtzorgT Dijk en Waard en voorzitter van Stichting Weerklank

► **Ron Verbrugge,** *illustraties.*

Vrouwen in de overgang: diagnostiek, behandeling en begeleiding.

*Ingelien
Warmerdam*

In het vorige nummer van Sociale Psychiatrie is een eerste artikel verschenen over vrouwen in de overgang. In dit artikel wordt in een vervolg beschreven welke interventies SPV-en (Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundigen) zouden kunnen inzetten in de behandeling, coaching en ondersteuning aan vrouwen in de overgang. Het betrekken van de hormooncyclus van een vrouw tijdens het klinisch redeneren en bij het uitvoeren van differentiaal diagnostiek kan leiden tot verbetering van de behandeling aan vrouwen.

Dat is zeker het geval wanneer vrouwen in de overgang zijn, maar ook bijvoorbeeld in de periode na een zwangerschap wanneer de hormoonsystemen weer moeten stabiliseren of wanneer er sprake is van premenstruele exacerbatie (toename van symptomen). Premenstruele dysfore stoornis (PMDS) is de enige vrouwelijke hormoon gerelateerde psychiatrische aandoening die in dit artikel uitgebreider beschreven wordt. PMDS wordt (nog) niet snel herkend in de behandeling aan vrouwen met psychische klachten. Waarschijnlijk komt dit doordat de veelheid aan klachten waarmee vrouwen op het spreekuur komen niet goed met elkaar in verband te brengen zijn. Dit kan omdat de klachten fragmentarisch worden gepresenteerd, maar wellicht is de invloed van hormonen op het welzijn van mensen nog te onbekend. Door bij de invloed van hormonen stil te staan kunnen SPV-en wellicht eerder allerlei (vage) klachten met elkaar in verband brengen. Tot slot wordt in dit artikel kort stilgestaan bij vrouwen die vroegtijdig in de overgang zijn en worden er enkele adviezen gegeven bij het zoeken naar verdiepende informatie.

Lichamelijke klachten en mogelijke gezondheidsrisico's

Als SPV is het goed om weet te hebben van alle mogelijke verschijnselen die onderdeel uitmaken van het proces van de overgang. De SPV kan een samenhang aanbrengen in de klachten en vrouwen motiveren en stimuleren om (tijdig) ondersteuning te zoeken. In Nederland is nog veelal de heersende moraal dat 'de overgang er nou eenmaal bij hoort'. Inmiddels is uit onderzoek gebleken dat er wel degelijk risico's voor de gezondheid kunnen ontstaan en veel vrouwen hinder kunnen ervaren van hun klachten en dit de kwaliteit van leven (tijdelijk) kan beïnvloeden (Van Aken et al., 2023). Wanneer vrouwen in de overgang komen ontstaan er door het afnemen van de geslachtshormonen oestrogeen en progesteron naast mentale klachten, vaak lichamelijke klachten. Zoals drogere slijmvliezen, spier- en gewrichtspijnen en de welbekende vasomotore klachten: de opvliegers en overmatig transpireren. Daarnaast kunnen gezondheidsrisico's ontstaan zoals diabetes mellitus, hart- en vaatziekten, osteoporose of



hormoon gerelateerde borstkanker. Verder kunnen er problemen ontstaan in het bekkengebied. Dit kunnen urogenitale problemen zijn zoals verzakkingen, (toename van) urineweginfecties of pijn bij het vrijen of gynaecologische problemen. Hierbij kan het gaan om heviger vloeien tijdens menstruaties tot het ontstaan van vleesbomen (myomen) of poliepen of andere verstoringen in de baarmoeder. Wanneer er tijdens zwangerschappen complicaties zijn geweest is het goed om vrouwen in de overgang te adviseren contact te zoeken met de huisarts. Vrouwen die tijdens de zwangerschap diabetes mellitusklachten hadden of een te hoge bloeddruk, lopen in de overgang opnieuw (en sneller) risico op het ontstaan van deze gezondheidsproblemen. Het is van belang deze tijdig op te sporen en het beloop te monitoren. Vrouwen die risico lopen op ondergewicht of vanuit hun voorgeschiedenis bekend zijn met anorexia nervosa hebben verhoogd risico op osteoporose wanneer zij in de overgang komen. Met betrekking tot de mogelijke gezondheidsrisico's is het vooral van belang dat vrouwen zich tijdig tot de huisarts wenden voor professionele ondersteuning. Bijvoorbeeld middels een jaarlijkse somatische gezondheidsscreening zoals het CVRM-protocol (cardiovasculair risicomanagement) door de praktijkondersteuner somatiek. Gezondheidsrisico's kunnen zich ontwikkelen tot aandoeningen wanneer deze niet tijdig opgespoord en behandeld worden. Dit kan de levensduur verkorten en de kwaliteit van leven nadelig beïnvloeden bij het ouder worden. Wanneer vrouwen weinig klachten van de overgang ervaren kan dit over het algemeen in de eerste lijnszorg voldoende ondersteund worden en is een doorverwijzing naar een specialist zoals gynaecoloog niet noodzakelijk (Rozenbroek en Teunis, 2016; Van Aken et al., 2023).

Psychosociale veranderingen

De periode van de overgang is naast alle lichamelijke en mentale klachten die kunnen ontstaan ook een fase waarin veel vrouwen 'een balans van het leven opmaken'. Zeker wanneer eventuele kinderen in deze levensfase zelfstandiger worden, komt er ruimte voor de vraag wat vrouwen zouden willen voor zichzelf (Hunter en Smith, 2015). Door het afnemen van de geslachtshormonen kunnen vrouwen minder zorgzaam worden. Dit kan in de partnerrelatie tot andere verwachtingen over de zorgtaken en de taakverdeling leiden. Dit kan soms tot onbegrip en spanningen leiden in de partnerrelatie of risico geven dat partners uit elkaar groeien. Daarnaast kan er de behoefte ontstaan om meer tijd voor zichzelf te willen hebben of juist meer aandacht aan een carrière te willen geven en minder aandacht aan sociale verplichtingen te willen besteden. De mentale en lichamelijke klachten kunnen eveneens verstorend zijn bij de seksualiteit en intimiteit waardoor de partnerrelatie onder druk kan komen te staan. Onverwerkte gebeurtenissen die eerder in het leven hebben gespeeld kunnen zich opnieuw manifesteren in de vorm van herinneringen die zich opdringen of een gevoel van onverwerkte emoties geven. Daarnaast kunnen vrouwen een negatiever beeld over zichzelf krijgen door alle veranderingen die ze lichamelijk en mentaal ervaren (Rozenbroek en Teunis, 2016).

Leefstijlfactoren

In de overgang is het belangrijk om aandacht te hebben voor de leefstijl. De SPV kan daar goed op inzetten aangezien het verbeteren van de leefstijl en inzetten op leefstijlfactoren een onderdeel is van het takenpakket van de SPV. De relatie tussen psychische klachten en leefstijl is in diverse onderzoeken al eerder aangetoond (GGZ Standaarden, 2015). Voor de overgang geldt eveneens dat leefstijlfactoren belangrijk zijn voor het biopsychosociaal welbevinden van de vrouw. Hierbij valt te denken aan basale adviezen zoals gezond eten, beweging, slaap en ontspanning en het vermijden van stressvolle situaties, alcohol en roken. Stress (maar ook veel snelle suikers, alcohol en roken) heeft invloed op de vasomotore

klachten, onder invloed van stress kunnen opvliegers verhevigen. Stress heeft daarnaast invloed op het (ontstaan van) mentale klachten zoals stemmingswisselingen en 'een kort lontje' (Rozenbroek en Teunis, 2016; Wittekoek, 2023). Verpleegkundige Overgangsconsulenten zijn ervoor opgeleid om vrouwen uitgebreid te screenen op leefstijlfactoren, gezondheidsrisico's en klachten die behoren bij de overgang. Zij kunnen vrouwen adviseren en voorlichting geven op basis van Evidence Based Practice toepassingen. Vrouwen kunnen zonder een verwijzing bij een Verpleegkundig Overgangsconsulent terecht voor een consult.

HormoonSuppletieTherapie (HST)

HST is de laatste 20 jaar negatief in beeld geweest na een (naar achteraf bleek) foutief geïnterpreteerd onderzoeksresultaat. Door HST zou het risico op borstkanker aanzienlijk toenemen waardoor veel vrouwen geen HST meer wilde gebruiken en voorschrijvers terughoudend werden in het voorschrijven van HST. Inmiddels is er meer kennis opgedaan waaruit blijkt dat het risico vele malen minder groot is dan aanvankelijk werd gedacht (Van Aken et al., 2023). Echter, niet elke vrouw kan in aanmerking komen voor HST. Er zijn een aantal contra-indicaties voor HST, zoals doorgemaakte trombose of stollingsklachten, leverziekten en hormoon gerelateerde borstkanker. Gezondheidsrisico's zijn niet per definitie een contra-indicatie voor HST. In sommige gevallen kan HST zelfs ondersteunend zijn, maar het kan zijn dat een specialist eerst nader onderzoek wil verrichten alvorens HST voor te schrijven. HST kan alleen voorgeschreven worden door een arts of Verpleegkundig Specialist. Huisartsen kunnen HST voorschrijven conform de richtlijnen waarover zij beschikken, een specialist raadplegen of doorverwijzen (Van Aken et al., 2023). Een Verpleegkundig Overgangsconsulent kan een advies geven wat een vrouw met de huisarts kan bespreken en zij kunnen voorlichting geven over HST. Veel vrouwen vinden HST eng en spannend of hebben 'broodje aap' verhalen gehoord over HST. Hierdoor wordt HST nog steeds niet breed toegepast, terwijl vrouwen er baat bij kunnen hebben en zo op een prettigere manier door de overgang heen komen (Van Aken et al., 2023).

Cognitieve Gedragstherapie (CGT) bij overgangsklachten

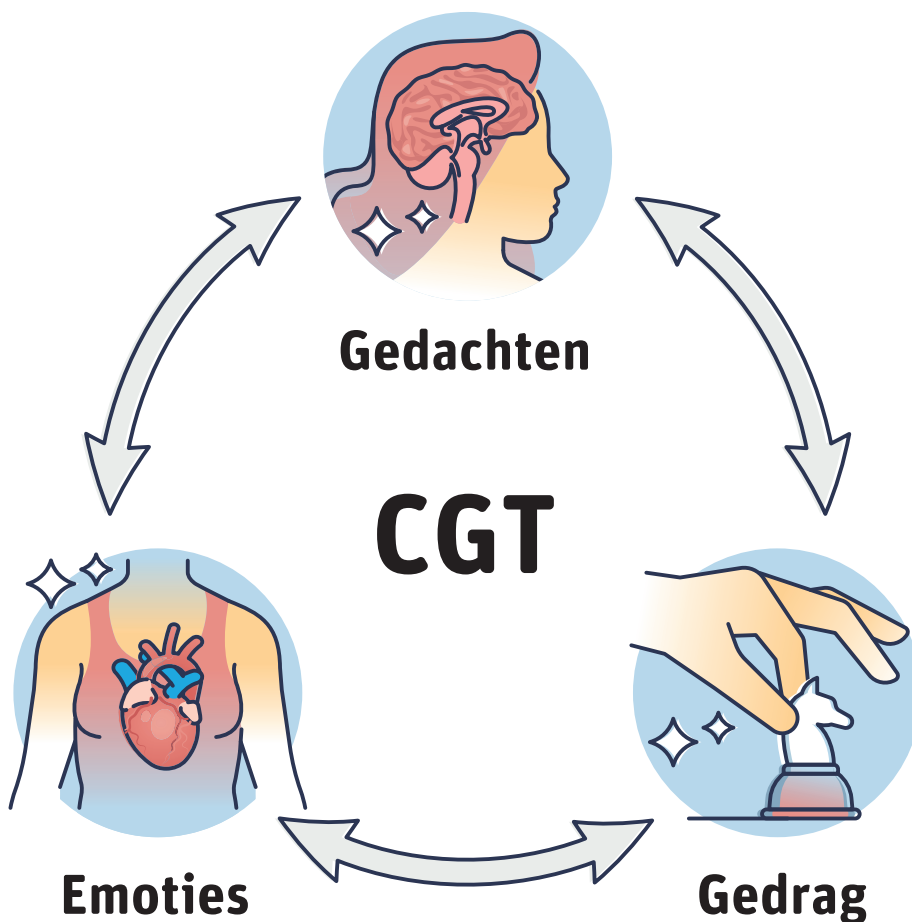
Om op een prettigere manier door de overgang heen te komen kan de SPV vrouwen ondersteunen door het inzetten van Cognitieve Gedragstherapeutische vaardigheden. CGT heeft betrekking op het denken over een bepaalde situatie en dat heeft weer invloed op hoe mensen zich vervolgens voelen en hoe met een bepaalde situatie wordt omgegaan. Hoe de overgang en alles wat daarmee samenhangt wordt benaderd heeft effect op hoe de klachten worden ervaren en hoe ermee omgegaan wordt. Daardoor zullen de opvliegers niet verdwijnen of zal het slapen niet direct verbeteren, maar kan de overgang als milder worden ervaren. Daarnaast lijkt er een lichte afname van klachten te zijn wanneer CGT-vaardigheden consequent ingezet worden (Hunter en Smith, 2015).

Hier zijn enkele manieren waarop cognitieve gedragstraining nuttig kan zijn voor vrouwen in de overgang:

- **Stemmingswisselingen en emotionele gezondheid:** CGT kan vrouwen helpen om te gaan met stemmingswisselingen en emotionele veranderingen door hen te leren hoe ze negatieve gedachten kunnen herkennen en vervangen door meer evenwichtige en positieve gedachten.
- **Slaapproblemen:** Veel vrouwen ervaren slaapproblemen tijdens de overgang. CGT kan helpen bij het aanpakken van slaapproblemen door het identificeren van gedachten en gewoonten die de slaap beïnvloeden, en het aanleren van ontspanningstechnieken.

- Zelfbeeld en lichaamsbeeld: De overgang kan ook invloed hebben op het zelfbeeld en het lichaamsbeeld van vrouwen. CGT kan vrouwen ondersteunen bij het ontwikkelen van een positiever zelfbeeld en het accepteren van de veranderingen die zich voordoen.
- Stressmanagement: CGT biedt tools en technieken voor stressmanagement, wat vooral belangrijk kan zijn tijdens de overgangperiode wanneer vrouwen vaak meerdere uitdagingen tegelijkertijd ervaren.
- Communicatie: Relaties kunnen beïnvloed worden tijdens de overgang. CGT kan vrouwen helpen effectiever te communiceren met hun partners, familie en vrienden over hun behoeften en ervaringen (ChatGPT, 2024).

SPV-en kunnen vrouwen ondersteunen om hun gedachten uit te dagen, aangezien een gedachte niet feitelijk waar hoeft te zijn, het is slechts een manier (een van de vele) om naar een bepaalde situatie te kijken. Daarnaast kan de SPV vrouwen ondersteunen bij het inzetten van helpende gedachten, wellicht met wat humor, om zichzelf te managen in deze periode in hun leven.





PMS (premenstrueel syndroom) en PMDS (premenstruele dysfore stoornis)

PMDS is de enige vrouwelijke hormoon gerelateerde psychiatrische aandoening. Ondanks dat PMDS opgenomen is in de DSM-V is er nog geen richtlijn hoe dit behandeld kan worden. Er is wel een gynaecologische richtlijn voor PMS om beleid op te baseren. Bij PMS en PMDS is het om een diagnose te kunnen stellen noodzakelijk dat over een periode van tenminste twee maanden/2 menstruatiecycli dagelijks een klachtendagboek bijgehouden moet worden. De PMS-kalendertest en de Daily Record of Severity of Problems (DRSP) zijn hierbij gevalideerde vragenlijsten. In deze cycli dienen klachtenvrije perioden voor te komen. Als deze niet zijn vastgesteld zal aan een andere oorzaak voor de klachten gedacht moeten worden. Bij PMS en PMDS is het niet zinvol om middels endocrinologisch onderzoek te proberen dit aantoonbaar te maken omdat hormoonwaarden van dag tot dag verschillend kunnen zijn (NVOG, 2023; Terwisscha van Scheltinga & Terwisscha van Scheltinga, 2023; Van Aken et al., 2023). Een proefbehandeling met GnRH-analogen (synthetische analoga van het natuurlijke gonadoreline) kan gebruikt worden om PMS-diagnose te bevestigen wanneer er twijfel bestaat (NVOG, 2023).

Na het stellen van een diagnose is het van belang om te starten met het geven van voorlichting en adviezen aangaande leefstijl en daarbij de klachten te erkennen. Het is met name van belang om voorlichting te geven over de invloed van stress op de klachten en waarom het belangrijk is dit te voorkomen. Bijvoorbeeld door aanpassingen te doen in het leefritme in de luteale fase; de periode tussen de eisprong en de eerste dag van de menstruatie (Montoya, 2024). Daarnaast kan het effectief zijn om te starten met een éénfase orale anticonceptiva (OAC), bij voorkeur een drospirenon houdende OAC. Dit kan helpend zijn om de hormoon-schommelingen te stabiliseren, met name door continue gebruik. Alle éénfase OAC lijken even effectief waardoor het de voorkeur heeft een OAC in te zetten met het laagste risico op trombose, zoals Microgynon 30. De verhouding vrouwen die hier baat bij heeft ongeveer even groot is als de hoeveelheid vrouwen die hier geen baat bij hebben. Er zijn vrouwen die juist stemmingsklachten ervaren als bijwerking van een OAC. Een hormoonspiraal zoals Mirena of Kylenea verdient niet de voorkeur omdat deze niet altijd de ovulatie onderdrukken. Er is geen onderzoek beschikbaar van alleen toediening van progesteron en dit wordt daarom vanuit de richtlijnen niet aanbevolen.

Daarnaast blijkt uit gerandomiseerde placebogecontroleerde studies en een Cochranereview een gunstig effect van een lage dosering SSRI's (met inname in de luteale fase) op klachten van PMS en PMDS door directe serotonineverhoging. Een SSRI innemen in de luteale fase geeft binnen een aantal uren tot dagen direct verlichting van de klachten. Bij ongeveer 70% van de vrouwen werd er een positief effect gezien, alleen maken de bijwerkingen van SSRI's het lastig voor vrouwen om deze therapie vol te houden. Er werden weinig verschillen gezien tussen het gebruik van een SSRI in de luteale fase en bij continue gebruik. Bij continue gebruik nemen bijwerkingen na verloop van tijd af waardoor de therapie mogelijk beter vol te houden is (NVOG, 2023; Terwisscha van Scheltinga & Terwisscha van Scheltinga, 2023; Van Aken et al., 2023).

Aanvullende behandelopties

Aanvullende behandelopties die genoemd worden zijn suppletie van progesteron en vitamine B6 of D3, calcium en magnesium of supplementen zoals monnikspeper (Agnus Castus) en aanvullende (alternatieve) therapieën zoals yoga, mindfulness en meditatie. Deze lijken vooral een placebo effect te hebben op PMS klachten, hoewel vrouwen er wel baat bij kunnen hebben

om daarmee emoties beter te kunnen reguleren. PMS wordt gerekend onder chronische aandoeningen, omdat vrouwen er jarenlang klachten van kunnen hebben. Vrouwen kunnen dan baat hebben bij cognitieve gedragstherapie om patronen in hun denken en overtuigingen te doorbreken (Van Aken et al., 2023; Montoya, 2024). Daarnaast is bekend dat vrouwen met PMDS een hoger risico lopen op het ontwikkelen van suïcidaliteit waardoor het goed is daarover in gesprek te blijven zodat dit vroegtijdig gesignaleerd kan worden (Ducasse et al., 2016).

POI (Prematuur Ovariële Insufficiëntie); vervroegde overgang

Er is sprake van een vervroegde overgang wanneer vrouwen voor hun veertigste levensjaar geen menstruatiecycclus meer hebben gedurende minimaal vier maanden. Dit overkomt jaarlijks ongeveer 1 op de 100 vrouwen. Bij 1 op de 1000 vrouwen kan dit op nog jongere leeftijd al plaatsvinden, al voor het dertigste levensjaar. Bij ongeveer 70% van deze vrouwen is het onduidelijk waardoor zij vroegtijdig in de overgang terecht komen. Aanwijsbare redenen voor een vervroegde overgang zijn bijvoorbeeld beschadigingen of verwijdering van de eierstokken, erfelijke afwijkingen of een auto-immuunziekte. In tegenstelling tot een natuurlijke overgang is het bij een vervroegde overgang wel mogelijk (en raadzaam) om dit middels bloedonderzoek aan te tonen. Wanneer vrouwen vervroegd in de overgang raken hebben zij doorgaans een verhoogde FSH-waarde (Follikel Stimulerend Hormoon). Een vervroegde overgang geeft een hoog risico op het ontstaan van gezondheidsproblemen en moet goed behandeld worden om deze zoveel als mogelijk te voorkomen. Wanneer er sprake is van POI is een verwijzing naar een (in POI gespecialiseerde) gynaecoloog zeer aan te bevelen omdat instellen op HST dan geadviseerd wordt.

POI geeft een verhoogd risico op mentale en psychosociale klachten. Zeker wanneer vrouwen (nog) een kinderwens hebben kan het verlies van vruchtbaarheid diep doordringen in alle levensgebieden en is aandacht voor een rouwproces noodzakelijk (Montoya, 2024). POI kan eveneens spanningen geven in de partnerrelatie. Doordat lichamelijke en mentale klachten seksualiteit en intimiteit kunnen belemmeren. Vrouwen kunnen zich onaantrekkelijk voelen of pijnklachten bij het vrijen ervaren. Het kan voor de partner van invloed zijn dat hij/zij geconfronteerd wordt met ongewenste kinderloosheid, wat van invloed kan zijn op de relatie. Het contact met vrienden en collega's kan lastig worden omdat deze nog bezig zijn met het vormen van een gezin, een andere behoefte aan sociale interacties hebben of het niet kunnen begrijpen waar een vrouw met POI in terechtgekomen is (Van Aken et al., 2023).

Informatiebronnen

Een SPV kan in het proces van klinische redeneren en differentiaal diagnostiek denken aan de rol van hormonen op het psychisch welbevinden en daar informatie over opzoeken. Op internet zijn verschillende (betrouwbare) informatiebronnen te raadplegen. Hierbij valt te denken aan informatiesites zoals www.thuisarts.nl. Dit betreft informatie voor patiënten en is voornamelijk gebaseerd op geregistreerde richtlijnen van de diverse beroepsgroepen en daardoor voor SPV eveneens goed bruikbaar. Voor professionals kan het eveneens lonend zijn om NHG-richtlijnen (Nederlands Huisartsen Genootschap) te raadplegen. Daarnaast kunnen richtlijnen opgezocht worden zoals via de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG). Veel ziekenhuizen hebben op hun website specifieke en betrouwbare informatie gepubliceerd dat als bron gebruikt kan worden. Via de website van de VVOC (Vereniging Verpleegkundige Overgang Consulanten) kan informatie opgezocht worden over de overgang en hoe een verpleegkundig overgangsconsulent geraadpleegd kan worden.

Voor specifieke klachten zoals PMS/PMDS of POI kan het helpend zijn informatie op te zoeken via de website van Stichting PMDD Nederland of het lotgenotenplatform 'Leven met POI'. Het is zeer aan te bevelen om deze websites te adviseren aan vrouwen. Zeker wanneer vrouwen met POI nog een kinderwens hebben kan ondersteuning nodig zijn, bijvoorbeeld bij het rouwproces.

Tot slot

In dit vervolgartikel over vrouwen in de overgang is stilgestaan bij de somatische en psychosociale factoren. Daarnaast zijn twee vrouwspecifieke aandoeningen beschreven waarbij het snijvlak tussen somatiek en psychiatrie belicht is. In dit artikel wordt de SPV handvatten aangereikt om in het proces van klinische redeneren en differentiaal diagnostiek te denken aan de rol van hormonen op het psychisch welbevinden. Tevens wordt beschreven welke behandel- en begeleidingsmogelijkheden er zijn om vrouwen te ondersteunen in deze fase van hun leven. Dit zal de zorg aan vrouwen in de overgang ten goede komen.

Ingelien Warmerdam,

SPV, POH-GGZ en verpleegkundig overgangsconsulente i.o.

Referenties

- ChatGPT. (2024). *Cognitieve gedragstraining bij vrouwen in de overgang*. Geraadpleegd op 6 februari 2024 via www.chat.openai.com
- GGZ Standaarden. (2015). *Leefstijl bij patiënten met een ernstig psychiatrische aandoening*. Geraadpleegd op 28 augustus 2024 via www.ggzstandaarden.nl
- Ducasse, D., Juassent, I., Olié, E., Guillaume, S., Lopez-Castroman, J., & Courtet, P. (2016). Personality Traits of Suicidality Are Associated with Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder in a Suicidal Women Sample. *PLoS ONE* 11(2): e0148653. doi:10.1371/journal.pone.0148653
- Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) (2023). *Richtlijn Premenstrueel Syndroom*. Geraadpleegd op 01 en 05 juli 2024 van www.richtlijndatabase.nl
- Hunter, M., & Smith, M. (2015). *De menopauze managen: omgaan met opvliegers en nachtzweten*. Amsterdam: Boom
- Montoya, E. (2024). *Hormonen en vrouwen: de invloed van hormonale veranderingen op hersenen, gedrag en emoties*. Amsterdam: De arbeidspers
- Rozenbroek, J., & Teunis, J. (2016). *De overgang: Het no-nonsense handboek* (6e druk). Amsterdam: Atlas Contact.
- Terwisscha van Scheltinga, A. F. & Terwisscha van Scheltinga, J. A. (2023). Het herkennen en behandelen van premenstruele stemmingsklachten. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 2023;65(1). 40-45
- Van Aken, B., Brood- van Zanten, M., Ter Harmsel, B., Oosterhof, H., Overmars, K., & Wibbens, B. (2023). *Menopauze: Gezond ouder worden*. Stichting Menopauzeboek 2017
- Wittekoek, J. (2023). *De hart/hoofd connectie: hoe een leven in balans voor een gezonder hart zorgt*. Hilversum: Lucht



Lost het gebruik van antidepressiva wel wat op?

Peter Oud, SPV

Er zijn door de jaren heen veel te hoge verwachtingen geweest van het gebruik van antidepressiva. Veel van deze verwachtingen bleken slechts aannames. Er werd door artsen te weinig geluisterd naar de ervaringen van gebruikers. De informatie vanuit de farmaceutische industrie was leidend. Antidepressiva kunnen op bepaalde momenten levensreddend zijn maar ze kunnen ook mensen ziek en afhankelijk maken. De bijwerkingen zijn lang gebagatelliseerd. Cliënten werden vaak niet goed geïnformeerd over de voor- en nadelen. Als sociaal psychiatrisch verpleegkundige hecht ik er belang aan om mijn cliënten goed te informeren en hen te helpen om te leren gaan met hun emoties.

Ik heb in samenspraak met drie cliënten en een collega (psychiater) van BuurtzorgT een cliëntenfolder ontwikkeld, het is een soort van coproductie geworden.

Wat werkt voor jou, is maatwerk

Eén op de vier mensen lijdt aan een psychische stoornis.

1,2 miljoen mensen in Nederland gebruiken antidepressiva. Huisartsen schrijven 85 procent daarvan voor wordt voorgeschreven door de huisarts. Dat is inclusief de herhaalrecepten.

Een antidepressivum kan bij een ernstige depressie de scherpe kantjes eraf halen en daarmee voor een vermindering van klachten zorgen. Dat kan in het begin van een behandeling, als er sprake is van een ernstige depressie, soms nuttig zijn. Het duurzame effect is niet goed meetbaar. Helpt het antidepressivum of zijn er andere factoren die voor verbetering zorgen? Die vraag is niet altijd duidelijk te beantwoorden. De effectiviteit van het middel en de bijwerkingen zijn vaak niet goed voorspelbaar.

Bij een ernstige depressie wordt de effectiviteit van een antidepressivum geschat op 50-60%. Daarbij is de schatting tegenwoordig dat het placebo-effect groter is dan de invloed van de stof op de hersenen. Bij lichte en matige depressies is het effect nihil. Omdat het geen onschuldige middelen zijn, wordt het gebruik van antidepressiva bij deze gemoedstoestanden, ontraden.

Het advies is om bij voorkeur niet in het eerste gesprek antidepressiva voor te schrijven.

In het verleden hebben cliënten vaak antidepressiva geslikt, zonder dat er sprake van behandeling was, of men met hun achterliggende problemen aan de slag ging. Dat is spijtig. Er is nu een nieuwe richtlijn waarbij het advies is dat als je bij een depressie antidepressiva slikt, je ook al aan de slag bent met jezelf, je jezelf traint om anders met je emoties om te gaan, of een behandeling aangaat en waarbij je je levensproblemen aan gaat pakken.

“Ik denk dat er binnen de GGZ een andere manier van denken moet komen. Als we immers blijven doen wat we deden, krijgen we wat we kregen.”

Een nadeel van het gebruik van antidepressiva is dat mensen een afwachtende houding kunnen aannemen en dan onvoldoende aanstalten maken om met emoties te leren dealen. Omdat antidepressiva de scherpe kantjes van angstklachten af kunnen helpen, kan dit middel soms ook bij dit soort klachten worden voorgeschreven.

Er zijn middelen zoals Paroxetine en Venlafaxine, die ernstige ontrekkingsverschijnselen kunnen veroorzaken als iemand ermee wil stoppen. Het voorschrijven van deze middelen wordt daarom afgeraden. Bij het starten met een antidepressivum hoort ook altijd een gesprek over wanneer en hoe men ermee kan stoppen.

En sowieso dient er ook altijd gekeken te worden naar andere behandelmethodieken die effectiever en duurzamer kunnen zijn. Daarnaast kunnen gewone tips als regelmatig wandelen in de natuur, een gezond leef en eetpatroon, een goede dag-nachtstructuur, matigen of stoppen met alcohol- en/of drugsgebruik ook helpend zijn.



Kortom, antidepressiva gebruiken als symptoombestrijding kan een keuze zijn, en is soms nodig om die scherpe randjes er af te halen, maar blijkt voor de meeste mensen niet duurzaam. Het structureel onderdrukken van emoties is nooit de oplossing. Wie stopt met deze middelen en tussentijds niet goed geleerd heeft zijn emoties te reguleren, kunnen de klachten weer terugkomen.

Het middel is vergelijkbaar met een pijnstiller waarmee wij pijn slechts onderdrukken. Omdat je hiermee niets aan de oorzaak doet, is het een pleister op een open wond die blijft pussen. Als je een depressie hebt, is het belangrijk om ook naar de oorzaken te kijken die de balans tussen draagkracht en draaglast uit evenwicht heeft gebracht. Door alleen medicijnen voor te schrijven, gebeurt dit niet.

Volgens nieuwere inzichten ligt de oorzaak vaak in wat er in iemands leven gebeurd is, kort of lang geleden. Het kan gaan om psychosociale spanningen, stress op het werk, in de relatie, in het gezin, financiële problemen, woonproblemen en/of diepliggende problemen zoals traumatische ervaringen of emotionele verwaarlozing als kind. De oorzaak van een depressie is een complexe samenstelling van factoren en is zeker niet alleen maar het gevolg van een 'stofje' in de hersenen dat ontbreekt en aangevuld moet worden. Hier is immers geen wetenschappelijk bewijs voor gevonden. Het is belangrijk in de behandeling aandacht te hebben voor al die verschillende factoren en te onderzoeken wat iemand weer weerbaar kan maken, zodat iemand weer de regie kan pakken over zijn leven. Het behandelen van een depressie bestaat in eerste instantie uit praten en kan aangevuld worden met pillen.

Elk medicijn kan bijwerkingen hebben. Bij antidepressiva is dat niet anders. Mensen kunnen in de eerste weken bijwerkingen ervaren, maar ook in de jaren daarna. We weten van tevoren niet wie welke bijwerkingen gaat ervaren. De kans op bijwerkingen ligt tussen de 40-60%. Daarnaast dempen deze middelen niet alleen de negatieve, maar ook de positieve emoties. Afhankelijk van welk middel je gebruikt zijn de bijwerkingen deels voorspelbaar op basis van de specifieke werking van het middel. Hiervoor kun je kijken op PsychoseNet, bij de antidepressiva vergelijkingstool.

<https://www.psychosenet.nl/tool/antidepressiva-keuzetool/>

Wie toch met een antidepressivum wil beginnen kan deze keuzetool gebruiken. Hiermee kun je je goed voorbereiden op het gesprek over antidepressiva en jouw voorkeur met je behandelend psychiater bespreken.

Ook het afbouwen van medicatie vraagt aandacht. Vanwege mogelijke ontrekkingsverschijnselen vraagt ook dit om een zorgvuldig proces. Je kan hierbij denken aan het gebruik van taperingstrips. Ook dit is maatwerk. Ook hier kun je van alles over lezen op PsychoseNet.

Peter Oud,

*Sociaal psychiatrisch verpleegkundige, werkzaam op de Stemmenpoli in Alkmaar,
BuurtzorgT Dijk en Waard en voorzitter van Stichting Weerklank*

► **Ron Verbrugge,** *illustratie.*

De e-learning ‘Stemmen horen begrijpelijk maken’ is beschikbaar

Peter Oud, SPV

Stemmen horen komt bij 10% van de bevolking voor. De meeste stemmenhoorders hebben geen last van hun stemmen of hebben er zelfs baat bij. Binnen de GGZ zie je echter dat het merendeel van de stemmenhoorders hieronder gebukt gaat. Ze blijven bijvoorbeeld bang voor hun stemmen, voelen zich gedwongen uit te voeren wat de stemmen hen opdragen of raken er op z'n minst verward door. Dat kan anders.

Afgelopen jaar hebben Stichting Weerklank en de Stemmenpoli in Alkmaar, in samenwerking met GGZ Ecademy en Inbrain dankzij subsidie van ZonMw hiervoor een e-learning kunnen ontwikkelen. Met deze e-learning hopen wij hulpverleners kennis te laten maken met de Maastrichtse benadering, een herstelgerichte benadering rondom het horen van stemmen. Wij willen immers niets liever dat stemmenhoorders leren omgaan met hun stemmen en dat zij leren niet meer bang te zijn voor de stemmen. Hulpverleners kunnen stemmenhoorders hierbij faciliteren.

Vanaf februari 2024 is deze e-learning voor iedereen gratis beschikbaar. In samenwerking met de Listeracademie hebben wij deze e-learning getest. Wij hebben na het vrijkomen van de 1e versie de e-learning nagekeken. Hiervoor waren 3 dagdelen gepland met 4 hulpverleners (een psychiater van BuurtzorgT, een GZ-psycholoog van Altrecht, een verpleegkundig specialist van de Stemmenpoli van het UMC Utrecht, een pso/ervaringsdeskundige van het Steunpunt Stemmen Horen in Nijmegen) en 4 ervaringsdeskundigen die bekend zijn met de Maastrichtse benadering. De deelnemers waren gedreven en reuze enthousiast. Hierbij kwamen nog enkele verbeterpunten naar voren. Wij zijn ervan overtuigd dat we met zijn allen voor velen een goed product hebben neergezet.

De opzet van deze e-learning is dat je deze alleen of in tweetallen kan doen. Om met de opdrachten tot een verdieping te komen bij voorkeur in tweetallen, samen met een stemmenhoorder.

De behandelaar kan samen met een cliënt deze e-learning in een behandelsetting doen. Deze behandelaar krijgt na de toets ook nog accreditatiepunten. Ook kan een stemmenhoorder samen met een partner aan de e-learning deelnemen. Zo wordt het horen van stemmen binnen een relatie makkelijker bespreekbaar gemaakt.



Ook ervaringsdeskundigen binnen herstelacademies kunnen samen met een stemmenhoorder de e-learning volgen. Deelnemers krijgen hiermee tools in handen om stemmenhoorders te faciliteren. Decennialang hebben stemmenhoorders, naast en hulpverleners geleerd deze stemmen structureel te negeren of deze te dempen met psychofarmaca. Uiteindelijk heeft dit bij velen geleid tot het chronisch worden van het ziektebeeld. Dat is erg triest. De doorsnee hulpverlener heeft anno 2024 nog steeds een handelingsverlegenheid als het op stemmen horen aankomt.

In de Generieke Module Stemmen horen, staat de Maastrichtse benadering vermeld, maar wordt in de praktijk nauwelijks gepraktiseerd. Bij GGZ Ecademy zijn meer dan 90 GGZ-instellingen aangesloten. Deze module geeft een enorm bereik aan de Maastrichtse benadering, zodat hulpverleners, stemmenhoorders en naasten kunnen leren omgaan met stemmen horen.

Gratis account

Vanaf februari 2024 is deze e-learning 'Stemmen horen begrijpelijk maken' voor iedere hulpverlener, stemmenhoorder en naaste kosteloos te volgen. Je kan bij GGZ Ecademy (<https://ggzacademy.nl/>) een gratis account aanvragen. Op deze website kan je terugvinden hoe je dat doet.

De Link naar het leertraject "Stemmen horen begrijpelijk maken": Algemene informatie en ook bijv. hoe mensen toegang krijgen) vind je in de productcatalogus op de website via deze link: [https://www.ggzacademy.nl/StemHo LT_0368.php](https://www.ggzacademy.nl/StemHo_LT_0368.php).

Heb je vragen over deze instructie of loop je tegen problemen aan, stuur dan een e-mail naar support@ggzacademy.nl

Let op: werk of studeer je bij een organisatie die is aangesloten bij GGZ Ecademy? Laat je dan informeren bij je eigen organisatie, hoe je dit product toe kan voegen aan je portaal.

Peter Oud,

Sociaal psychiatrisch verpleegkundige, werkzaam op de Stemmenpoli in Alkmaar, BuurtzorgT Dijk en Waard en voorzitter van Stichting Weerklank

► Ron Verbrugge, illustratie.



Dr Nicole Ruyschaert

“Klinische Hypnose; Exploratie en inspiratie” (2022)

Uitgeverij SATAS nv Brussel

EAN 978 28 729 3258 0

288 pagina's · Prijs € 37,00

Door Frans van der Lem

Klinisch staat voor wetenschappelijk verantwoord. Op basis van uitgebreid onderzoek in de praktijk is de benadering effectief gebleken. Hypnose staat, als bijkomende methode, voor het mobiliseren van creativiteit bij zowel de hulpverlener als de patiënt. Het is een interactief proces. Er wordt rekening gehouden met de beperkingen van het rationele redeneren. Want vanuit die ratio, neigen we ons nogal eens blind te staren op voor de hand liggende oplossingen die in praktijk niet werken.

Hypnose kan gezien worden als een vorm van praktische filosofie. Als aanvulling op ons rationele denken, wordt de beleving geactiveerd. Daarmee verandert onze ervaring van de werkelijkheid.

Vervolgens blijken we veelal beter in staat onszelf en de ons omringende wereld te aanvaarden zonder voorafgaand rationeel verklaringsmodel. Dit inzicht sluit nauw aan bij schrijver-psychiater Frederik Willem van Eeden (1860-1932), een van de oprichters van de ISVW. Samen met voormalig huisarts Albert Willem van Renterghem (1845-1939) heeft Van Eeden een cruciale bijdrage geleverd aan de ontwikkeling en praktische toepassing van hypnose in Nederland.

Ruyschaert (2022) illustreert haar werkwijze met heldere voorbeelden in alledaags taalgebruik, liefst in bewoordingen van de patiënt zelf. Zij sluit daarbij nauw aan bij de ervaringswereld van de patiënt. En stimuleert de patiënt om de beleving te versterken door doelbewust gebruik te maken van alle zintuigen. Patiënten ervaren zich - op een comfortabele manier - doelgericht geholpen.

De beschrijvingen en instructies zijn zo levensecht, dat ook de lezer in trance dreigt te geraken. En genoodzaakt blijkt het boek regelmatig weg te leggen.

De onderlinge samenwerking en het contact tussen hulpverlener en patiënt zijn daarbij uiterst relevant. Onder de noemer 'hypnotische communicatie' legt Ruyschaert uit, hoe aan die 'afstemming' in de praktijk uitvoering kan worden gegeven. Vooral hoe te vermijden, onbedoeld het tegenovergestelde te doen.

In dat opzicht kan elke gezondheidswerker baat hebben bij dit boek. Maar voor de Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige (SPV) biedt 'hypnotische communicatie' extra meerwaarde. Het voortdurende 'aansluiten en invoegen' bij de ander komt sterk overeen met theoretisch instructies vanuit de Presentiebenadering. Inmiddels een hoofdstroming binnen de Sociale Psychiatrie. De adviezen van Ruyschaert bieden concrete handvatten hoe dat 'aansluiten' daadwerkelijk vorm te geven.

De beschrijving van de 'exploratie' is inspirerend en illustratief. Ruyschaert waarschuwt daarbij terecht voor het risico van verdere ontregeling bij toepassing van hypnose bij patiënten die het contact met de werkelijkheid al deels zijn kwijtgeraakt. Met name dat zijn de patiënten van de SPV. Zij hebben juist meer structuur nodig om te voorkomen om onbedoeld te dissociëren.

Het 'finetunen' volgens de Ericksoniaanse principes biedt daarbij uiterst waardevolle aanvullingen. Die bieden zowel structuur, voegen in, blijven concreet bij de beleving en zijn oplossingsgericht.



Joost Hutsebaut, Liesbet Nijssens en Miriam Van Vessem

“De kracht van mentaliseren” (2021)

Uitgeverij Boom Amsterdam

ISBN 978 90 244 3617 0

186 pagina's · Prijs € 25,75



Erwin van Meekeren en Jaap Spaans

“Zelfregulatie: Grip op heftige emoties, negatieve gedachten en impulsief gedrag.” (2024)

Uitgeverij Boom Amsterdam

ISBN 978 90 244 6340 4

195 pagina's · Prijs € 24,95



Aniek Thoomes-Vreugdenhil, Kees Vreugdenhil en Krista Schaeffer van Leeuwen

“Behandeling van problematische gehechtheid: Met aandacht voor het brein.” (2023).

Uitgeverij Bohn Stafleu van Loghum Houten.

ISBN: 978 90-368 2860-4 · 268 pagina's · Prijs € 42,00

Drieluik recensie: mentaliseren-zelfregulatie-problematische gehechtheid

Door Ingelien Warmerdam

De wijze waarop mensen op jonge leeftijd zich hebben kunnen hechten aan belangrijke anderen is bepalend voor de rest van het leven. Deze visie krijgt steeds meer voet aan de grond en blijkt eveneens uit de drie boeken die in deze recensie aan bod komen. Er is al veel geschreven over hechting. Vanuit pedagogisch oogpunt of in liefdesrelaties, zoals door Sue Johnson in de bestseller “Houd me vast: zeven gesprekken voor een hechte(re) en veilige relatie”. Daarin stelt Johnson dat op latere leeftijd alsnog een gezonde hechting kan plaatsvinden aan bijvoorbeeld een liefdespartner of collega’s wanneer in de vroege jeugd de hechting niet goed verlopen is. Een niet goed verlopen hechting blijft echter altijd een kwetsbaarheid in stand houden en kan soms grote gevolgen hebben.

Zo is hechting van invloed op leren mentaliseren en het mentaliseren in contact met anderen te kunnen toepassen. Mentaliseren is volgens de auteurs: “Je eigen gedrag en het gedrag van anderen begrijpen vanuit onderliggende gevoelens, gedachten, bedoelingen en verlangens.” Wanneer je niet kan mentaliseren, wordt het gedrag van anderen onvoorspelbaar en beangstigend. In “De kracht van mentaliseren” wordt als allereerst beschreven wat mentaliseren is. De relatie tussen de verschillende hechtingsstijlen en het ontwikkelen van effectief en ineffectief mentaliseren worden nader toegelicht. Tot slot worden tips gegeven om effectief mentaliseren te herstellen en hoe er kan worden toegewerkt naar een mentaliserende omgeving. Als bonus is er nog een hoofdstuk gewijd aan pubers, de levensfase waarin mentaliseren misschien wel het allerlastigste is. Mede door alle veranderingen in zichzelf, om hen heen en het aangaan van hechtingsrelaties buiten het (veilige) gezin, wordt er op de vaardigheid om te kunnen mentaliseren en nog groter beroep gedaan.

Van Meekeren en Spaans beschrijven in hun boek over zelfregulatie hoe je controle kan krijgen over emoties, gedachten en gedrag. Zelfregulatie gaat over meer dan alleen emoties (leren) reguleren. Het gaat ook over wat de gevolgen van emoties en gedrag voor anderen kunnen zijn, wat aansluit bij het eerder beschreven mentaliseren. Kinderen leren binnen een veilige hechting met behulp van hun ouders zichzelf te reguleren en kunnen oefenen met het leren toepassen van zelfregulatie vaardigheden. Wanneer de hechting niet goed verloopt, levert dat problemen op in de emotieregulatie. In dit boek worden praktische tips en adviezen gegeven hoe om te gaan met heftige emoties (van jezelf en van anderen), moeilijke gebeurtenissen, niet-helpende gedachten, impulsief gedrag en contact met anderen. Als bonus is er een paragraaf gewijd aan Borderline Persoonlijkheidsstoornissen, aangezien mensen die zich in de kenmerken van deze stoornis herkennen, bij uitstek moeite hebben met zelfregulatie. Door te leren jezelf te reguleren, kan het makkelijker worden om contacten met anderen aan te gaan en alsnog hechte(re) en veilige relaties te ontwikkelen.

Wanneer de hechting op jonge leeftijd dusdanig onveilig verlopen is, omdat er bijvoorbeeld sprake was van grensoverschrijdende gedragingen die tot trauma’s hebben geleid, is behandeling van de gehechtheidsproblemen wellicht noodzakelijk. In “Behandeling van problematische gehechtheid: met aandacht voor het brein” worden drie behandelmethoden beschreven. Dit betreft de differentiëtherapie (voor kinderen die niet of nauwelijks ervaring hebben met een gehechtheidsrelatie), Fasetherapie (leren omgaan met nabijheid en zelfwaardering)

en Basistherapie (voor volwassenen waar naast de problematische gehechtheid comorbiditeit is ontstaan). Het boek is een herziene uitgave van het eerder verschenen boek uit 2016. Dat een onveilige hechting fysieke invloed heeft op de ontwikkeling van het brein en het zenuwstelsel is voor de auteurs een gegeven. Dit gegeven komt terug in de vele hoofdstukken waarin de rol van hechting wordt beschreven. Waar dit relevant is, worden vanuit onderzoeken uitkomsten beschreven om dit te onderbouwen. Dit neemt grofweg de eerste helft van het boek in beslag. In de tweede helft worden de drie behandelmethoden nader toegelicht.

Conclusie

Deze drie boeken kunnen goed afzonderlijk van elkaar gelezen worden, maar tezamen vormen ze een logisch geheel waarbij diverse raakvlakken gedeeld worden. In alle boeken wordt de theorie ondersteund met casuïstiek waardoor het prettig is om te lezen, levendig en herkenbaar wordt en zo in eigen praktijk toegepast kan worden. Het boek over mentaliseren leest prettig maar de neigt naar langdradigheid omdat hoofdstukken elkaar lijken te herhalen. Het boek over zelfregulatie is zeer prettig leesbaar, heel herkenbaar en praktisch opgezet. Het is geschreven als een zelfhulpboek, maar als hulpverlener kan je goed afzonderlijke technieken en interventies gebruiken binnen het contact met cliënten. Bijvoorbeeld door cliënten opdrachten mee te geven om te gaan oefenen tussen de afspraken door. Het biedt meer dan alleen handvatten voor zelfregulatie, het sluit vooral aan bij het ontwikkelen van zelfmanagement.

Het kan helpend zijn om beter weerbaar te worden, een beter zelfbeeld te krijgen en zelfvertrouwen op te doen. Het zou verplichte kost voor elke hulpverlener moeten zijn. Ieder mens staat in relatie met de wereld om zich heen alleen is die wereld soms lastig te doorgronden. Zeker wanneer vanuit het ontbreken van een veilige hechting weinig zelfvertrouwen en eigenheid ontwikkeld kon worden, is zelfregulatie soms lastig. Dit boek geeft hierbij goede handvatten, zelfs wanneer er sprake is van (terugkerende) crisis of suïcidaliteit, zonder ergens zwaar op de hand te worden. Het laatste boek, over de behandeling van problematische gehechtheid, is qua inhoud zeer interessant en waardevol. Het leest echter niet erg makkelijk ondanks ondersteunende casuïstiek. Het betreft een gedetailleerde kennisoverdracht en de pagina's zijn zeer compact ingedeeld met tekst. Er wordt hier en daar gebruik gemaakt van ondersteunende illustraties, maar het ontbreekt aan een luchtige lay-out.

Deze drie boeken zijn waardevol voor Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundigen (SPV) om mensen te begrijpen en helpen die moeite hebben met sociale interacties ten gevolge van een verstoorde hechting in de vroege jeugd. Het is goed om als SPV kennis te hebben van hechting, aangezien deze kennis helpt bij het duiden van psychische klachten. De gevolgen van een verstoorde hechting zijn leeftijdsonafhankelijk aangezien op latere leeftijd mensen met die gevolgen kunnen worstelen. Voor SPV die werken met jongeren of ouders van jonge kinderen is het relevant om kennis over hechting mee te nemen in het contact, omdat in de hechting de basis voor de rest van het leven wordt gelegd.

Groen van angst

Ze is de koningin voor wie geld en aanzien bouwstenen zijn waarmee ze een wereld aan drijvende ijsschotsen om zich heen heeft gecreëerd. Ieder moment kan iemand van de ijsplaat glijden en in het diepe verdwijnen zonder dat zij zich daar om zal bekommeren. Iedereen valt stil wanneer ze op haar werk verschijnt. Ze geniet van de stilte en de angst die ze met zich meebrengt. Ze ziet hoe iedereen de blik van haar afwendt in de hoop dat ze met rust gelaten worden. Haar eigen vader heeft het zakenimperium opgebouwd dat zij na zijn plotselinge overlijden overgenomen heeft. Van hem heeft ze geleerd dat tegenspraak het vuurtje opstookt. Dat er maar één de baas kan zijn. En dat inspraak een nodeloos tijdverdrijf is. Ondergeschikten zijn dat niet voor niets en voor empathie was er bij de tot slaafgemaakten bij haar verre voorouders geen ruimte.

Op de plantage waar haar voorvaders jaren uitgebuit werden, is het zaad van kwaad gezaaid dat generaties lang aan het volgende geslacht overgedragen zou worden. Vrijheid is voor haar het verdrijven van angst dat in de genen van de familie opgeslagen is. Om de angst niet te hoeven voelen, zorgt ze er voor dat niemand haar iets in de weg kan leggen. Zelfs haar eigen kinderen heeft ze opgevoed alsof ze haar ondergeschikten zijn. De zoon is in de watten gelegd want zij heeft hem voorbestemd om de culinaire keten van haar over te nemen zodra ze het rustiger aan wil doen. De twee dochters hebben in haar ogen nooit voldaan. Ze kan niet verdragen dat deze dochters, in tegenstelling tot haar zoon, een succesvol bestaan hebben opgebouwd. Juist door gebrek aan aandacht van hun moeder en omdat ze het in haar ogen toch nooit goed konden doen, hebben ze zich omhoog gevochten. Haar zoon is niet in staat om met tegenslag om te gaan. Ze heeft hem te veel bij alles geholpen waardoor hij zelf niet heeft geleerd. Hij slikt medicijnen om zijn angst te bezweren die zij in hem heeft geplant. Door alles van hem over te nemen, is hij nooit volwassen geworden en drijft hij ook op een ijsschots. Bang om te vallen en te verzuipen omdat hij niet heeft geleerd om zich in sociaal opzicht te ontwikkelen.

De huisarts heeft hem verwezen vanwege agressieproblemen. Hij is impulsief en kan zonder aanleiding iemand uitkafferen. Het is het eerste gesprek en het kost hem nu al moeite om zich in te houden. Hij voelt zich voortdurend tekort gedaan en kan niet uitstaan dat zijn zussen het beter dan hem hebben. Ik vraag hem of hij denkt dat het gras bij anderen altijd groener is. Even zie ik paniek in zijn ogen. Meteen begint hij te schreeuwen zodat hij zijn eigen opkomende angst kan onderdrukken. Hij wil weten of ik wel in staat ben om hem te helpen. In gedachten zie ik hem als het slachtoffer van een al vele generaties bestaand probleem. Hij is onbedoeld door zijn moeder tot angst veroordeeld.

Gerard Lohuis

Ik bel je wel als het nodig is

Eén van de voorwaarden voor een gelukkig bestaan is het ervaren van autonomie. Dat is een rekbaar begrip want het hangt van de persoonlijke ervaring af hoe iemand dat beleeft. We worden voortdurend beïnvloed door allerlei maatschappelijke processen die ons bewust beïnvloeden. Vaak zijn we er niet eens van doordrongen dat onze gedachten en emoties aangejaagd worden vanuit de (social) media en het feit dat we vooral consumenten zijn. Wanneer mensen gevraagd worden of ze zelf beslissingen nemen, hebben ze vaak niet door dat de reclame of de invloed van een social influencer, onbewust hun eigen mening 'kaapt'. Zo ook bij Jacqueline.

Jacqueline is een vrouw van negentien. Ze is dit jaar gestart met een universitaire studie. Sinds drie weken lukt het haar niet om naar de colleges te gaan. Ze ligt veel op de bank, ervaart het leven als zinloos en is de regie over haar leven kwijtgeraakt. Ze woont nog bij haar ouders thuis. Deze hebben gisteren bij de huisarts aan de bel getrokken omdat Jacqueline heeft aangegeven dat ze niet langer wil leven. Paniek alom en de huisarts heeft haar met spoed verwezen. Hij heeft vastgesteld dat ze alle symptomen van een depressie heeft. Ze komt met hangende schouders en een treurig gezicht de spreekkamer binnen. Ze steekt meteen van wal. *“Volgens mij ben ik niet te helpen en de huisarts denkt dat ik zwaar depressief ben”*. Ze knikt wanneer ik vraag of ze er over nadenkt om haar leven te beëindigen. Zachtjes rollen de tranen over haar gezicht. Ze is duidelijk de greep op haar leven kwijtgeraakt en ik ben benieuwd welke gedachten daarbij een rol spelen. Ze vertelt dat ze altijd op topniveau hockey speelt, dat ze altijd goede resultaten in haar studie heeft, dat ze alles perfect wil doen, een leuke vriend heeft, actief is op social media en dat ze naast de studie een baan-tje heeft zodat ze binnenkort op kamers kan. Ze eindigt met de conclusie dat ze alles heeft en toch niet gelukkig is.

Jacqueline is verstrengeld geraakt in een kluwen van emoties en gedachten die op zoek zijn naar een gelukkig leven. Helaas is het leven onvoorspelbaar en verloopt het soms grillig. Je bent nu eenmaal niet elke dag gelukkig en het is maar de vraag of het enig nut heeft om dat na te streven. Helaas doet social media ons geloven dat je 'geluk' zelf kunt bepalen en geeft het vaak een eenzijdig positief beeld van het leven.

“Je bent volgens mij niet depressief maar lijdt wel aan het leven en de eisen die je jezelf oplegt. Je hoeft geen depressiebehandeling” en beschrijf haar wat er sociaal gezien met haar gebeurt. Ze knikt en is opgelucht dat ze niet ziek is. Ze gaat steun zoeken bij de studietoecoördinator en wil enkele vriendinnen vragen haar de komende tijd te helpen. En met hen in gesprek gaan om te leren haar eigen eisen naar beneden bij te stellen. *“Ik bel je wel als ik er niet uitkom”*. Ik zie een voorzichtige glimlach tevoorschijn komen.

Gerard Lohuis

