

Sociale psychiatrie

Vakblad sociaal psychiatrische verpleegkunde

Februari 2025



- ➔ **Van polarisatie naar verbinding** Zelfreflectie op het euthanasiedebat
Marrit de Jong en Maura van der Ploeg
- ➔ **Hechting en herstel van eigenwaarde op latere leeftijd**
Jacqueline Zacharias
- ➔ **Kan de sociaal psychiatrisch verpleegkundige in de rol van behandelaar alternatieve therapie inzetten?** · *Lesley Roosien en José de Boer*
- ➔ **De kracht van eigen kracht** · *Nienke Hoving en Judith Wolting*

... en nog veel meer

Redactioneel	3
Artikelen	5
Van polarisatie naar verbinding. Zelfreflectie op het euthanasiedebat <i>Marrit de Jong, SPV i.o. en Maura van der Ploeg, SPV i.o.</i>	5
Hechting en herstel van eigenwaarde op latere leeftijd <i>Jacqueline Zacharias, SPV i.o.</i>	13
Kan de sociaal psychiatrisch verpleegkundige in de rol van behandelaar alternatieve therapie inzetten? <i>Lesley Roosien en José de Boer, SPV i.o. beiden werkzaam binnen GGZ Drenthe.</i>	23
De kracht van eigen kracht <i>Door Nienke Hoving, SPV i.o. en Judith Wolting, SPV i.o.</i>	29
Bouwen aan innerlijke kracht <i>Janita Haaijer, SPV i.o. en Petra Heller, SPV i.o., beiden werkzaam bij GGZ Drenthe</i>	37
Stemmen zien als hulpbronnen <i>Peter Oud SPV, werkzaam op de Stemmenpoli in Alkmaar, BuurtzorgT Dijk en Waard en voorzitter van Stichting Weerklank</i>	43
Blog	47
Mijn zoon, <i>Petra Heller</i>	47
Congres	54
Bemoeizorgcongres RINO Groep, <i>Gerard Lohuis</i>	54
Interview	57
Een positief zelfbeeld, <i>Simone van Erp</i>	57
Literatuur	62
Baken of Labyrinth, <i>Pim Rodenburg</i>	62
De mentale schijf van vijf, <i>Ingelien Warmerdam</i>	66
Komt een land bij de dokter, <i>Gerard Lohuis</i>	68
Dichterbij	70
Farah, <i>Gerard Lohuis</i>	70
Regie over eigen leven, <i>Gerard Lohuis</i>	71

Colofon

Sociale Psychiatrie is een uitgave van de V&VN - Afdeling Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundigen. Jaargang 44

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, eindredactie
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 € 33,00 ex 9% BTW per jaar (2025)

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, lid-pauze
Mw. S. Nijen Twilhaar, lid
Dhr. W. Slobbe, aspirant-lid
Dhr. T. Borremans, aspirant-lid

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.

De wereld is onrustig. Verschillende hulpvragers die ik bezoek of die langskomen, hebben moeite om de huidige maatschappelijke ontwikkelingen te volgen zonder daarbij wantrouwend of angstig te worden. Het gaat daarbij met name over de overheid. Na de belastingtoeslagen-affaire kwam er een bericht vanuit het UWV over uitkeringen die niet op juiste gronden waren verstrekt. Ook al kwam er meteen de mededeling achteraan dat mensen niets terug hoefden te betalen als ze te veel hadden ontvangen, het kwaad was als geschied. Vanuit de sociale psychiatrie weten we dat de context behoorlijk van invloed kan zijn op ons geestelijk welbevinden. Als de overheid onbetrouwbaar wordt, dan hebben we echt een groot probleem. Nu hebben twee auteurs enkele zinnige dingen gezegd over deze overheid. **Rob Wijnberg** beschrijft in zijn boek *Voor ieder wat waars* dat er ook heel veel goed gaat. Dat het goede nieuws eigenlijk te weinig wordt gehoord omdat het geen nieuws is voor de media. We staan er niet bij stil hoeveel er eigenlijk goed is geregeld. Dat je bij een dokter terecht kunt als je ziek bent, dat je geld met een pasje uit de muur kunt halen, dat er een inenting tegen griep mogelijk is als je dat wilt, en zo kan deze lijst zonder moeite met honderden voorbeelden aangevuld worden. We moeten dus meer en vaker vertellen wat er wel goed gaat, aldus Wijnberg. De mediakanalen zijn daar niet van. Die berichten alleen over zaken die niet goed gaan, want positief nieuws verkoopt niet. Tegelijkertijd laat **Michelle van Tongerloo** in haar boek *Komt een land bij de dokter* zien dat we ook wel erg graag naar de overheid kijken om problemen op te lossen. Als straatdokter in Rotterdam weet ze als geen ander dat problemen oplossen in een geïnstitutionaliseerde samenleving soms onmogelijk is of erg veel tijd kost. Zij moedigt aan om meer burgerlijk initiatief te tonen om zelf aan de slag te gaan. Zij is daarvan het levende bewijs. Beide auteurs geven de burger moed en verdienen dan ook aandacht in ons blad.

Deze keer in SP een keur aan artikelen uit en over de praktijk van alledag. **Marrit de Jong** en Maura van der Ploeg onderzoeken in *“Van polarisatie naar verbinding”* de gelaagdheid in de discussie over euthanasie en wat deze voor de SPV betekent. En zoals van de SPV verwacht mag worden, is het een genuanceerd verhaal waarin de verbinding tussen verschillende opvattingen wordt gezocht. **Jacqueline Zacharias** is in de literatuur gedoken om de onderzoeken in hoeverre veranderen mogelijk is om anderen te vertrouwen. Hoe de presentiebenadering kan helpen om aan te sluiten om de oudere mens te helpen het zelfbeeld en zelfvertrouwen te verbeteren. En als dat niet lukt, zal de SPV zeker iemand bijstaan om ermee te leren omgaan. Het is te lezen in haar artikel onder de titel *“Hechting en herstel van eigenwaarde op latere leeftijd”*. In de vorige edities van SP is aandacht besteed aan alternatieve benaderingswijzen. **Lesley Roosien** en **José de Boer** vragen zich in hun bijdrage *“Kan de SPV in de rol van behandelbaar alternatieve therapie inzetten?”* af wat de rol van de SPV hierbij kan zijn. Zij concluderen dat wij als SPV, met name vernieuwing in de GGZ tot stand kunnen brengen. Ze roepen de zorgverzekeraars op om meer te kijken naar de behoeften van de cliënt en breken een lans voor alternatieve behandelwijzen als aanvullend op de reguliere behandeling. **Nienke Hoving** en **Judith Wolting** hebben de Eigen Kracht Conferentie nog eens tegen het licht gehouden. In hun artikel *“De kracht van eigen kracht”* wordt de conferentie gezien als een mogelijkheid om de potentie van het netwerk in te zetten om de cliënt te ondersteunen, maar wordt ook aangegeven dat er het nodige voor moet gebeuren, wil zo’n conferentie kans van slagen hebben. In *“Bouwen aan innerlijke kracht”* gaan **Petra Heller** en **Janita Haaijer** in

op de innerlijke kracht van mensen die wordt beïnvloed door het onderliggende zelfbeeld dat iemand van zichzelf heeft. Zij beschrijven hoe de COMET hierbij cliënten van dienst kan zijn om dat zelfbeeld op een positieve wijze te beïnvloeden. **Peter Oud**, bijgestaan door illustrator **Ron Verbrugge**, beschrijft de behandeling van Sofie. Zij hoort stemmen en nadat eerdere behandelingen geen succes opleverden, laat Oud zien hoe hij via het Maastrichtse Interview de achterliggende betekenis en onderliggende emoties van de stemmen achterhaalt en bewerkt.

In deze editie is er voor het eerst een blog opgenomen. Het zijn de ervaringen van **Petra Heller**, SPV i.o., die een doolweg bewandelt om uiteindelijk de juiste hulp voor haar zoon te vinden. In *Mijn zoon* beschrijft ze op aangrijpende wijze haar ervaringen en hoe dankzij haar ouderlijke doorzettingsvermogen en kennis van de GGZ-wereld haar zoon uiteindelijk krijgt wat hij nodig heeft. **Gerard Lohuis** woonde het *congres Bemoeizorg* bij dat georganiseerd werd door de RINO Groep Utrecht. Het is ruim 25 jaar geleden dat bemoeizorg in Nederland van start ging. Nog steeds wordt het in allerlei varianten als methode ingezet om mensen te bereiken die niet op eigen initiatief om hulp vragen, maar die deze hulp wel nodig hebben. **Simone van Erp** heeft in haar interview met verpleegkundig specialist Wilma van Langen en SPV Rinke Giesen van VGGNet, gekeken naar hun werkwijze om binnen het expertisecentrum voor psychiatrie en licht verstandelijke beperking, mensen te behandelen voor hun negatieve zelfbeeld. Ze publiceerden er recent een boek over wat hun methode ook voor anderen toepasbaar maakt.

In de rubriek Boekrecensies deze keer een recensie van **Pim Rodenburg** over het boek *Baken of Labyrint- Reflecties bij zorgstandaard Zingeving in de psychische hulpverlening* van **Arjan Braam** en **Hanneke Schaap-Jonker (red.)**. **Ingelien Warmerdam** schreef een recensie over het boek van **Esther van Fenema**: *De mentale schijf van vijf: een handleiding voor je hoofd* en **Gerard Lohuis** deed hetzelfde over het boek *Komt een land bij de dokter* van **Michelle van Tongerloo**.

Zoals gebruikelijk sluiten we de SP af met twee verhalen uit de dagelijkse praktijk in de rubriek Dichterbij van **Gerard Lohuis**. Deze keer: *Farah* en *Regie over eigen leven*.

Simone van Erp
Gerard Lohuis

Van polarisatie naar verbinding

Zelfreflectie op het euthanasiedebat

*Marrit de Jong,
SPV i.o. en Maura
van der Ploeg,
SPV i.o.*

Sinds 2002 is in Nederland de wet ‘toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding’ van kracht. Dit maakt euthanasie en hulp bij zelfdoding onder bepaalde voorwaarden mogelijk. Pas in 2010 werd er voor het eerst melding gemaakt van euthanasie bij psychisch leiden. Door toegenomen media-aandacht lijkt het in de eerste plaats alsof er fors meer euthanasieverzoeken worden uitgevoerd. De cijfers van de regionale toetsingscommissie laten zien dat in het afgelopen jaar 138 keer euthanasie is uitgevoerd op grond van psychisch lijden: een stijging van twintigprocent ten opzichte van 2022. Dit betreft 1,5 procent van het totale aantal aan keren dat euthanasie werd verleend in 2023 (NVvP, 2024).

In de tweede plaats wordt door de recentelijk toegenomen media aandacht, het publieke debat over dit onderwerp volop gevoerd. In een aantal recent verschenen artikelen van verschillende kranten, lijken er in deze discussie alleen voor- of tegenstanders te zijn. De discussie wordt feller, polariseert en lijkt ervoor te zorgen dat er barrières tussen hulpverleners ontstaan waar niet meer overheen gekeken wordt.

In dit artikel willen wij de SPV handvatten geven om bij te dragen aan het intercollegiale en maatschappelijke debat en daarnaast in het ondersteunen van cliënt en zijn systeem om te komen tot een beslissing. Je kunt als SPV en mens niet een beetje voor of een beetje tegen euthanasie zijn. Waarschijnlijk herken je wel dat je het gevoel hebt te moeten kiezen tussen deze twee uitersten. Wat gebeurt er in jouw morele kompas als het over het onderwerp euthanasie gaat?

Interview

We spreken dit dilemma met twee psychiaters: Boukje Martha Mollema en Kit Vanmechelen. Zij hebben beiden een andere visie op het onderwerp euthanasie. Ondanks deze verschillen in opvatting werkten zij samen tijdens de behandeling van een cliënt. Middels het interview belichten we de verschillende meningen over euthanasie. Dat helpt bij het vormen van een eigen visie of bij het bijstellen hiervan. Wat heeft de SPV nodig om wenselijk te kunnen handelen in een multidisciplinair overleg wanneer meningen verschillen en polarisatie op de loer ligt?

Omdat wij het belangrijk vinden om recht te doen aan beide standpunten hebben we ervoor gekozen om het interview zorgvuldig weer te geven en het daarna samen te vatten.



Mollema nam contact op met Vanmechelen tijdens de behandeling van een cliënte om haar mee te laten denken bij een euthanasieverzoek.

Mollema: “Het was een ingewikkelde spagaat waarin ik terecht kwam. De cliënte had te kennen gegeven dat ze niet meer verder wilde leven. De vraag was of een second opinion brief van het UCP met allerlei behandelopties wel verstuurd moest worden als mevrouw niet gemotiveerd meer was voor behandeling. En toen heb ik dus overleg met jou gehad.”

Vanmechelen: “Ja, om mee te denken, zo herinner ik het mij. Je zei: hier zit ik mee en jij hebt hier vaker mee te dealen gehad. En jij was toen ook al heel duidelijk: als het ooit zo ver zou komen, zal ik het niet doen, dan wil ik het niet doen.”

Kunnen jullie je visie op euthanasie toelichten?

Mollema: “Ik vind het insteken op wat iemand nog wel kan, namelijk persoonlijk herstel, heel belangrijk. Zeker bij mensen met complexe aandoeningen. Wat kan je nog wel van het leven maken, wat kan de kwaliteit van leven verhogen en al dat

soort dingen. Ik ben van mening dat ieder mensenleven van waarde is en dat behandeling gericht moet zijn op het optimaliseren van de kwaliteit van leven. En waar nodig leren leven met de beperkingen en kijken of ik daar toch iets van perspectief kan bieden, een stukje hoop en betekenisgeving wat denk ik heel belangrijk is. Ik vind het belangrijk om mensen ertoe te motiveren om uiteindelijk toch te kijken of ze een soort doorstart kunnen maken, een stuk acceptatie van het lijden dat ze hebben. Maar ook de meerwaarde gaan zien van het leven in de context met anderen.”

“Als ik dan ook euthanasie aanbied, voelt dat voor mij alsof ik onbetrouwbaar ben als dokter. Mensen moeten weten dat ze bij mij komen voor herstel. Ik denk dat het van mij gevraagd mag worden dat ik het uiterste doe om de kwaliteit van leven van mensen te behouden of verbeteren als het kan. Maar ook: hen te leren omgaan met een beperking. Ik zie namelijk meerdere mensen die ernstig lijden, waarvan anderen zouden zeggen dat dit uitzichtloos is, maar die nog van ontzettende waarde zijn voor hun omgeving. Moet ik dan degene zijn die een onomkeerbare beslissing moet nemen? Terwijl mensen ook veranderlijk zijn, zeker in de psychiatrie.”

Vanmechelen: *"Ik hoor je dus zeggen dat de beschermwaardigheid van het leven voor jou een heel belangrijk principe is. Dat is het ook. Het is voor mij wel een dilemma. Weegt dat zwaarder dan het principe barmhartigheid, om mensen ook te helpen van hun lijden af te komen? Voor mij zijn dat geen tegenstrijdigheden, maar wel twee principes waarbij je probeert te kijken naar wat het meeste doorslaat. Ik denk wel dat we daarin verschillend in de wedstrijd zitten."*

Mollema: *"Ik kijk dus naar hoe ik iemand met al zijn beperkingen toch kan verleiden om zingeving, hoop en perspectief te vinden. Dat mogen mensen eindeloos aan mij vragen. Maar mij vragen om te helpen bij het beëindigen van levens, dat is voor mij een stap te ver, een grens."*

Vanmechelen: *"Want dat is onomkeerbaar."*

Mollema: *"Precies."*

Vanmechelen: *"Het is absoluut geen plicht, maar een mogelijkheid. Daarnaast geeft de wet sinds twintig jaar mensen de mogelijkheid op een humane manier iets sneller hun leven te beëindigen dan dat op natuurlijke manier zou gaan. Ik vind dat een mooie wet en daar sta ik voor open. In de somatiek vindt men het al gewoner om iemand die sowieso in afzienbare tijd zal overlijden, dat laatste stukje niet te laten lijden en dat te stoppen. Maar hoe zit dat in de psychiatrie? Want natuurlijk is het veel ingewikkelder en gebeuren er ook wel eens wonderen dat iemand toch tegen beter weten in ineens een weg vindt of toch van symptomen afkomt. Maar ik denk dat ik het heel belangrijk vind dat mensen met psychisch lijden voor zover dat kan en verstandig is, dezelfde mogelijkheden krijgen die de wet toestaat en ik vind dat psychiatrische patiënten daarin vaak te kort komen. Het gesprek moet dan gaan over het lijden dat zo groot is dat het leven niet meer leefbaar is, dat dat óók kan*

gebeuren. In de psychiatrie kan een doodswens een symptoom van een ziekte zijn. Het stigma op en het lijden aan psychische aandoeningen is altijd al iets waar mensen maatschappelijk erg eenzaam mee zijn."

Mollema: *"We hebben meerdere keren overleg gehad en ik heb ruimte gevoeld en genomen om de behandelopties met mevrouw door te nemen. Het andere traject, de euthanasie, dat was er ook. Dit vond ik ook wel ingewikkeld."*

Mollema wilde niet haar eigen hoop op verbetering met nog weer nieuwe medicatie opleggen aan de cliënt, als dat gepaard ging met meer bijwerkingen bij de cliënt. Ze handelde voorbij haar eigen grenzen.

"Maar dat betekende dus ook dat we naar de volgende stap gingen. Het was op een gegeven moment ook duidelijk dat als alle stappen doorlopen waren, dat wel het stuk van Kit aan de orde kwam voor mevrouw, omdat het echt haar nadrukkelijke wens was. Voor het alternatief gericht op herstel was bij haar geen ingang."

Vanmechelen: *"Boukje Martha heeft mij gebeld en eigenlijk was vanaf het eerste moment duidelijk; wij staan hier verschillend in. Dat maakt al dat het gewoon simpel is. We hoeven elkaar niet te overtuigen. Van beide kanten hebben we die neiging niet gehad. Ook noemen ze beiden de ruimte te voelen, juist doordat ze beide een duidelijk standpunt innamen. "Ik vond het super mooi dat Boukje Martha zei: ik kan zien dat dat de wens is van de cliënte. In het voortraject moet er nog veel gebeuren, waar ik me mee bezig ga houden, maar ik ga niet het hele traject mee in. Boukje Martha had een second opinion voor de behandelmogelijkheden voor deze cliënte aangevraagd, maar toen kwam de euthanasiewens naar voren."*

Vanmechelen heeft wel altijd gevoeld dat Mollema wilde aansluiten bij de wens van de

cliënte, ondanks dat zij niet de euthanasie wilde verlenen. Zij hield wel oog voor deze wens. *“Ik kan niet samenwerken met iemand die zegt dat die hulpvraag niet bespreekbaar is, maar dat was niet aan de orde”,* stelt Vanmechelen.

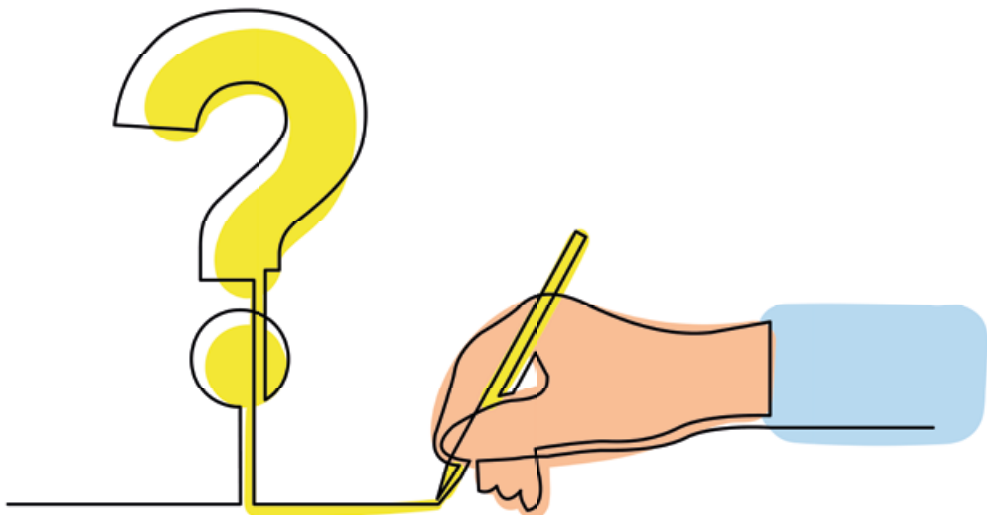
Mollema: *“Met alle vragen over het leven moet iedereen bij je terecht kunnen om dat te exploreren.”*

Vanmechelen: *“En de cliënt moet een duidelijk antwoord krijgen over hoe een hulpverlener daar in staat. Die kan verschuiven in zijn mening, maar ook blijven vasthouden aan zijn of haar principes. Ik hoor toch ook wel regelmatig verhalen dat het hebben van een euthanasiewens in veel organisaties een contra- indicatie is om behandeling te krijgen. Ze moeten dan hun wens intrekken. Ze dienen bijvoorbeeld kun aanmelding bij Expertise Centrum Euthanasie, terug te trekken. Er zijn er ook die zeggen dat er niet in de behandelkamer over wordt gepraat. Dan vind ik het moeilijk samenwerken. Dat is in ons contact niet aan de orde. We konden elkaar respecteren in onze verschillen, omdat we straight zijn en we wel vinden dat we moeten aansluiten bij de hulpvraag van de cliënt.”*

Wat vinden jullie van de media-aandacht die er momenteel is voor euthanasie bij psychische problemen?

Vanmechelen: *“Mijn standpunt is: als we de mensen die er om vragen en voldoen aan de wet gemakkelijker euthanasie zouden bieden, we honderden suicides kunnen voorkomen en die cijfers dus ook naar beneden gaan. Waarbij ik echt wil zeggen dat zoveel mogelijk mensen euthanasie moeten krijgen, nee alles behalve, want als ik zo geframed wordt, dan word ik heel boos. Maar dan moet je achter euthanasie bij psychisch lijden staan en bereid zijn om dat te geven. En jij hebt goede argumenten om dat niet te doen, dat is ook goed. Het zou voor mij winst en succes zijn dat de suïdecijfers gaan dalen.”*

Mollema: *“Ik las in een artikel van het NRC dat de psychiater bang zou zijn om euthanasie te plegen. De titel suggereert dat ik bang zou zijn, maar het gaat mij niet over bang, maar over niet willen. Het gaat om andere dingen vinden. Je zou je onterecht schuldig kunnen voelen naar psychiaters die wel bereid zijn om de procedure uit te voeren.” (De Psychiater, 2024).*



Vanmechelen: *“De media aandacht is booming en is niet altijd goed. Het gaat over een precair onderwerp waarbij het moeilijk is de nuance te houden. Ik word geframed als fanatiekeling en fervent voorstander. Anderen worden geframed als fervente tegenstanders. Het is een onderwerp dat tot polarisatie leidt en dat moeten we vooral niet hebben. Dat vind ik moeilijk aan de media aandacht. Dat gaat dus af en toe niet goed. Ik vind dat je af en toe de journalisten moet remmen daarin. Een ander deel is dat de cliënten de weg naar de media gevonden hebben en dat vind ik heel goed. Ik ben heel erg voor het cliëntenperspectief, alleen niet de uitersten daarin, maar alle facetten van het onderwerp.”*

Mollema: *“Therapie of leren omgaan met beperkingen is niet makkelijk. Het lijkt soms aan de buitenkant wel een relatief makkelijke optie. Sommige mensen willen al niet eens meer met een SSRI beginnen.”*

Vanmechelen: *“Maar dan krijgen ze ook geen euthanasie hoor. Een euthanasie procedure is ook heel hard werken. Maar ik weet zeker dat mensen daar te licht over denken. Het is het ultieme, het aller áller laatste.”*

Is euthanasie een behandeloptie of een harde grens?

Vanmechelen: *“Het is niet een behandeloptie zoals alle andere, hoewel het soms zo lijkt. Tot nu toe denk ik dat degenen die daar hard over nadenken, nog te terughoudend zijn om het uit te voeren. Met behandelingen bedoelen we niet helpen bij overlijden. Heel voorzichtig zeg ik dat het in ons denken ooit de laatste optie zou kunnen zijn, maar dan meer gevoelsmatig. Maar nu wordt daar zo niet naar gekeken. We bieden veel dingen aan als behandeling, ook heftige dingen als ETC en drugs. Je moet het niet zien als een van de dingen die je aanbiedt. Dat is uit den boze.”*

Mollema: *“Nee, ik zie het niet als een behandeloptie. Voor mij is het een té buitengewone medische handeling en een brug te ver.”*



Samenvattend

Dit interview laat zien hoe gevoelig en gelaagd de discussies rond euthanasie zijn, vooral in de psychiatrie. Terwijl Mollema zich richt op herstel en het verbeteren van de levenskwaliteit, pleit Vanmechelen voor de erkenning van euthanasie als een mogelijke optie voor diegenen die ondraaglijk lijden. De professionele relatie tussen hen laat zien dat zelfs met fundamentele meningsverschillen, er ruimte is voor respect en samenwerking ten behoeve van de patiënt.

De basis van deze samenwerking lijkt te zijn: “We konden elkaar respecteren in onze verschillen, omdat we straight zijn en we wel vinden dat we moeten aansluiten bij de hulpvraag van de cliënt.” Er was sprake van een open en eerlijke dialoog met respect voor elkaar. Voor de SPV is hierin een rol weggelegd.

Zelf visie vormen

De SPV is bij uitstek degene die verschillende visies moet kunnen hanteren op basis van meerzijdige partijdigheid.

In het expertisegebied van de SPV staat beschreven dat de SPV erop gericht is bij te dragen aan het bijeenhouden van wat het leven van een mens waardevol maakt. De nadruk ligt op herstel en het weer volwaardig meedoen in de maatschappij.

Het expertisegebied beschrijft ook het volgende: “Bovendien heeft de SPV aandacht voor het ontroostbare, het persoonlijke en de innerlijke ervaringen. Voor persoonlijk leed is lang niet altijd een oplossing en dit leed kan snel ondergesneeuwd raken in een maatschappij waarin verwacht wordt dat mensen sterk zijn en zich inzetten voor elkaar en de ander” (V&VN, 2023).

In het artikel ‘Hulpvraag: ik wil euthanasie’ van de SPV-en Roberto Murillo, Cépeda Casandra Koelewijn en Yvonne Scheltes (Sociale Psychiatrie juni 2020 - 37-44) wordt ingegaan op de rol van de SPV rondom euthanasie. Daarin wordt als eerste genoemd dat het thema vraagt om zelfreflectie. Het is belangrijk na te gaan welke persoonlijke en professionele factoren een rol spelen in je eigen visie hierop. De SPV moet zich afvragen of zij vanuit zijn of haar geweten kan ingaan op het verzoek van de cliënt om euthanasie of hulp bij zelfdoding (De Vocht & De Jong, 1999). Belangrijk is daarbij onderscheid te maken tussen persoonlijke en professionele grenzen. Kun je deze zo strikt scheiden? Reflectie en bewust zijn van eigen grenzen zijn van essentieel belang. Deze bewustwording zorgt voor visie van de SPV als professional. Hij of zij vindt het een uitdaging om met mensen te werken, toont respect en oprechte interesse, heeft aandacht voor het unieke van ieder mens. Zowel voor cliënt als interprofessioneel.

Kennis over dit onderwerp is nodig om jezelf vrij te voelen om het contact aan te kunnen gaan met cliënten en hun naasten over hun euthanasiewensen. Als SPV sta je vaak het dichtst bij de cliënt en zijn/haar netwerk. Het systemisch werken is een speerpunt van de SPV. De SPV is in staat te verbinden met de belangrijke anderen in het leven van de cliënt. Vanuit meerzijdige partijdigheid kan er ruimte ontstaan voor alle meningen over een euthanasiewens binnen de context van de cliënt. De SPV is van grote waarde in verkennende gesprekken rondom een euthanasiewens of in een euthanasietraject dat is opgestart.

Conclusie

In dit artikel wordt de rol van de SPV belicht in het kader van euthanasie in de psychiatrie. Framing speelt een cruciale rol, omdat het invloed kan hebben op hoe situaties en keuzes worden gepresenteerd en geïnterpreteerd. Dit kan op zijn beurt leiden tot uitsluiting van bepaalde perspectieven, wat het belang van een bruggen bouwende rol van de SPV benadrukt.

De SPV heeft de taak om te reflecteren op de verschillende standpunten en om de dialoog aan te gaan met alle betrokkenen. Dit vereist een goed begrip van de moreel-ethische context waarin zorg verleend wordt. De SPV moet zich bewust zijn van het eigen morele kompas en de invloed daarvan op de zorgverlening. Dit houdt in dat de SPV zorgvuldig afweegt hoe de behandelingen zich verhouden tot de kwaliteit van leven van de cliënt.

Geen enkele casus is hetzelfde. Dit vraagt van de SPV om continu te reflecteren, te luisteren en een weloverwogen standpunt in te nemen. Het proces van reflectie en het bepalen van een standpunt is dynamisch en moet steeds opnieuw gebeuren, afhankelijk van de unieke omstandigheden van elke casus.

Een belangrijke boodschap is dat iedere mening geldig is en dat het doel niet is om elkaar te overtuigen, maar om naar elkaar te luisteren. Dit is van groot belang in de discussie rondom moeilijke onderwerpen zoals euthanasie, waar polariserende standpunten gemakkelijk kunnen ontstaan. Door een open en respectvolle dialoog te bevorderen, kan de SPV bijdragen aan een breder begrip van de complexiteit van de situatie en zo polarisatie helpen te voorkomen. De SPV speelt een essentiële rol in het ondersteunen van een reflectieve en ethisch verantwoorde benadering van euthanasie in de psychiatrie, en kan als bruggenbouwer fungeren in een omgeving waar verschillende opvattingen en gevoelens samenkomen.

Aanbeveling

Om de rol van de SPV als bruggenbouwer te positioneren, pleit de richtlijn 'levensbeëindiging op verzoek bij patiënten met een psychische stoornis', voor het ontwikkelen van beleid binnen GGZ-organisaties rondom verzoeken tot levensbeëindiging op psychiatrische grondslag (NVvP, 2018). Verscheidene organisaties hebben hiervoor stappen gezet. Zo zijn er binnen verschillende organisaties werkgroepen, consultatieteams of expertisenetwerken opgezet om binnen GGZ-instellingen elkaar te steunen bij het bespreekbaar maken of behandelen van een euthanasieverzoek (NVvP, z.d.). Daarnaast benadrukt de eerder genoemde richtlijn een multidisciplinaire samenwerking, wat het belang van de betrokkenheid van de SPV onderschrijft. Voldoende kennis kan de SPV helpen richting te geven aan het gesprek met een cliënt wanneer euthanasie ter sprake komt. Hierover van gedachten wisselen met collega's kan helpen in het vormen van een visie, maar ook een moreel beraad kan bijdragen aan het gesprek hierover (Tijdschrift voor Psychiatrie 58(2016)3, 207-214). De conclusie van dit artikel is dat systematische reflectie op ethische dilemma's zowel de kwaliteit van de zorg als ook de arbeidssatisfactie van de medewerkers ten goede komt.

Ten slotte onderstrepen we hiermee nogmaals het belang van de SPV als bruggenbouwer om verbinding te creëren om polarisatie tegen te gaan.

Bronnen

- De Psychiater (2024, juni). *De last is oneerlijk verdeeld*. Geraadpleegd op 15 september 2024, van <https://depsychiater.nl/artikelen/2024/juni/2024-4/de-last-is-oneerlijk-verdeeld>
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP). (2018). *Richtlijn levensbeëindiging op verzoek bij patiënten met een psychische stoornis*. Utrecht.
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, NVvP, (2024, 4 april). *Euthanasie vanwege psychisch lijden: toename en breder opgepakt*. Geraadpleegd op 10 augustus 2024, van <https://www.nvvp.net/website/nieuws/2024/euthanasie-vanwege-psychisch-lijden-toename-en-breder-opgepakt>.
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie NVvP., (2024) *Nieuwe ontwikkelingen en praktijken binnen de ggz rond euthanasie op psychische grondslag (2024)*. Geraadpleegd op 8 september 2024, van <https://www.nvvp.net/website/diversen/nieuwe-ontwikkelingen-en-praktijken-binnen-de-ggz-rond-euthanasie-op-psychische-grondslag-2024>
- Vellinga, A., Melle-Baaijens, van, E.A.H., (2016). *Moreel beraad: tijd voor ethische reflectie in de dagelijkse praktijk van de ggz*. Geraadpleegd op 5 september 2024, van <https://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/media/4/58-2016-3-artikel-vellinga.pdf>
- V&VN (2023), *Expertisegebied sociaal psychiatrisch verpleegkundige*. Geraadpleegd op 10 augustus 2024, van https://www.archief-spv.nl/pdfs/publicatiespdf/Expertisegebied_SPV_2023.pdf.
- V&VN (2020), *Hulpvraag: ik wil euthanasie* Sociale Psychiatrie juni 2020. Geraadpleegd op 5 september 2024 van <https://www.archief-spv.nl/pdfs/vakblad/sp132/SP132-hoofd05.pdf>



Hechting en herstel van eigenwaarde op latere leeftijd

Jacqueline
Zacharias,
SPV i.o.

Samenvatting

In dit artikel wordt het onderwerp hechting in relatie tot eigenwaarde besproken, met bijzondere aandacht voor hechting op latere leeftijd. Na presentatie van de onderzoeksvraag, wordt eerst ingegaan op de hechtingstheorie en de manier waarop een veilige hechting tot stand komt. Daarna worden de verschillende hechtingsstijlen en de drie verschillende vormen van onveilige hechting beschreven. Ook wordt stilgestaan bij hoe hechtingsstijlen de relaties beïnvloeden en hoe deze van betekenis zijn voor het gevoel van eigenwaarde. Tot slot wordt onderzocht of hechting op latere leeftijd te herstellen is en op welke manieren de betrokkenheid van de sociaal psychiatrisch verpleegkundige hierbij een rol kan spelen. De uitkomst is dat inzet van de presentiebenadering veelbelovende perspectieven biedt voor het herstel van eigenwaarde op latere leeftijd.

Type onderzoek en centrale onderzoeksvraag

Het onderzoek heeft de vorm van een literatuuronderzoek.

De centrale onderzoeksvraag is: In hoeverre kan de SPV de presentiebenadering kansrijk inzetten voor het herstel van eigenwaarde bij volwassenen die een onveilige hechtingsstijl hebben ontwikkeld?

Wat wordt bedoeld met de term ‘hechting’?

Hechting is een duurzame affectie tussen een kind en de verzorgers waardoor het kind zich veilig voelt. Op basis van een interactie tussen het kind en de verzorger komt de gehechtheid tot stand in de eerste levensjaren: de ander reageert op het huilen en lachen van het kind, geeft het kind te eten, doet het in bad, troost of kalmeert het bij onrust en verdriet, verschoont de luier en speelt met het kind waardoor het kind het gevoel van veiligheid krijgt (Asadi, 2023; Hechtingstheorie, z.d.).

Het idee van ‘hechtingsstijlen’ is ontwikkeld door de Britse psycholoog John Bowlby; deze stijlen reflecteren op de verschillende manieren waarop mensen met elkaar omgaan, hoe ze zich hechten; ze hebben invloed op hoe ze hun relaties bekijken en interpreteren en kunnen beïnvloeden (McLeod, 2024). Volgens de psycholoog Mary Ainsworth zijn er vier primaire hechtingsstijlen waarvan zij de eerste drie definieert als ‘veilige, angstige en vermijdende hechtingsstijl’. De laatste, de ‘gedesorganiseerde hechtingsstijl’, wordt nader omschreven door M. Main en J. Solomon, onderzoekers aan de Universiteit van Berkeley in Californië (USA) (Gould, 2024).

Veilige hechting

Kinderen zijn veilig gehecht wanneer zij consistente zorg, emotionele beschikbaarheid, fysieke nabijheid, positieve interacties, ondersteuning, bemoediging en effectieve communicatie van hun verzorgers ontvangen. Ouders die zich aanpassen aan de behoeften van het kind, zorgen ervoor dat kinderen direct contact zoeken, zich laten geruststellen en durven te onderzoeken en te ontdekken. Deze factoren helpen een kind zich veilig, geliefd en gewaardeerd te voelen. Dit vormt de basis voor een gezonde emotionele en sociale ontwikkeling (Nederland Jeugdinstituut, z.d.).

Onveilig-vermijdende hechting

Vermijdende hechting is een vorm van een onveilige hechtingsstijl waarbij kinderen emotionele nabijheid en steun vermijden. Dit gebeurt als een kind herhaaldelijk wordt afgewezen door de verzorgers, wanneer het getroost wil worden of hulp nodig heeft. Deze kinderen vertonen weinig emotie wanneer ze van streek zijn en gedragen zich vaak onafhankelijk. In stressvolle situaties vermijden ze hun verzorgers en proberen ze zichzelf te kalmeren in plaats van troost te zoeken (Nederlands Jeugdinstituut, z.d.).

Volwassenen die als kind een onveilig-vermijdende hechting hebben ontwikkeld, kunnen in hun intieme relaties problemen ervaren bij vertrouwenskwesties en situaties van emotionele afhankelijkheid. Zelf hebben ze een sterke behoefte aan onafhankelijkheid. Ze hebben vaak een succesvolle carrière en veel vrienden en kennissen, maar in hun contact zijn ze meestal oppervlakkig en hebben ze zelden emotionele steun van anderen nodig (Attachment Project, z.d.).

Onveilig-ambivalente hechting

Bij een onveilig-ambivalente of angstige hechtingsstijl, ook wel als gepreoccupeerde stijl aangeduid, moeten kinderen veel moeite doen om de juiste aandacht, steun en troost

van hun verzorgers te krijgen (Huang, 2024). De verzorgers hebben hun eigen emoties niet onder controle, waardoor ze zich niet goed kunnen inleven in het kind. Dit kan bijdragen aan een negatief zelfbeeld bij de kinderen, waardoor ze zich onzeker voelen, waarbij hun eigenwaarde kan worden aangetaast. Ook zijn deze kinderen vaak angstig om alleen te zijn en zoeken regelmatig nabijheid. Ze reageren onvoorspelbaar, bijvoorbeeld door boos te worden bij afwijzing. In stressvolle situaties hebben ze moeite met het reguleren van hun emoties en raken snel overstuur. Ook vinden ze het lastig om zichzelf te kalmeren, wat kan leiden tot emotionele uitbarstingen, teruggetrokken gedrag, depressie, angststoornissen en andere psychische gezondheidsproblemen. Deze kinderen zijn afhankelijk en hebben moeite met het verkennen van nieuwe situaties en zelfstandig functioneren. Als gevolg van hun onveilige hechting kunnen ze problemen hebben met het aangaan en onderhouden van gezonde relaties; ze kunnen niet goed omgaan met het vertrouwen van anderen of ze stellen zich juist heel afhankelijk op om steun en bevestiging te krijgen (Vinke & Juffer (2023).

Volwassenen met een onveilig-ambivalente hechtingsstijl vertonen vaak een aanhangelijk gedrag in hun relaties en ervaren sterke stemmingswisselingen. Ze verlangen naar emotionele intimiteit met hun partners, maar zijn tegelijkertijd bang om verlaten te worden. Door hun lage zelfbeeld vinden ze het moeilijk te accepteren dat hun partners van hen houden en ervaren ze snel gevoelens van afwijzing bij kleine tekenen van afstandelijkheid. Bovendien hebben ze moeite om hun behoeften en gevoelens op een gezonde manier te uiten en kunnen ze passief-agressief gedrag vertonen (Guy-Evans, 2024).

Gedesorganiseerde hechting

Gedesorganiseerde hechting vind je in een hechtingsstijl die voorkomt bij kinderen die opgroeien in situaties van misbruik, ver-

slavingsproblematiek, verwaarlozing of met verzorgers die inconsistent gedrag vertonen. Deze verzorgers bieden soms troost maar reageren op andere momenten agressief, waardoor het kind de verzorgers als bron van zowel veiligheid als van angst ervaart (Van Zutphen, 2023).

Kinderen met gedesorganiseerde hechting kunnen zowel passief als hyperactief gedrag vertonen en hebben moeite met het geven van voorspelbare reacties op de zorg en nabijheid van anderen. Ze hebben ook moeite om met stress om te gaan (Van Zutphen, 2023). Volwassenen met een gedesorganiseerde hechting kunnen tegen verschillende problemen aanlopen zoals: het hebben van een negatief zelfbeeld, het vertrouwen ontvangen van anderen, het behoefte hebben aan nabijheid, angststoornissen en het aangaan en onderhouden van stabiele relaties (Van Zutphen, 2023; Verken je geest, 2021).

Hechtingstrauma

Wat door Bowlby 'onveilige hechting' wordt genoemd, heet in de theorie van Ruppert 'hechtingstrauma'. Als verzorgers zelf getraumatiseerd zijn, neemt het kind volgens Ruppert via de hechting het trauma van de verzorgers in zich op (Galenkamp & Schut, z.d.). Dit inzicht is van belang bij het toepassen van Familie opstellingen als therapie, waarop we hierna nog terugkomen.

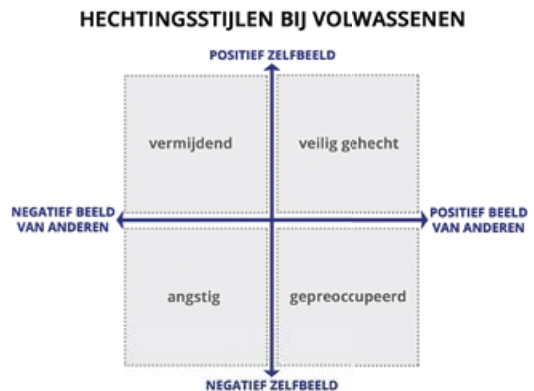
Tussenbalans: Effect op het gevoel van eigenwaarde

Uit de geraadpleegde literatuur komt naar voren dat de drie besproken onveilige hechtingsstijlen een negatieve invloed hebben op het gevoel van eigenwaarde.

Volgens Van Zutphen (2024) verwijst het idee van 'eigenwaarde' naar "de overtuiging en waardering die we voor onszelf hebben". Het is het gevoel van intrinsieke waarde, zelfrespect en geloof in onze kwaliteiten als mens. Het gaat over (...) een gezonde erkenning van onze eigen waarde, los van externe

omstandigheden of de mening van anderen". Bij het ontwikkelen van onveilige hechtingsstijlen blijkt het dan niet eens zozeer te gaan om 'uitgesproken meningen', maar meer over 'onuitgesproken meningen' die zich aan het opgroeiende kind opdringen door de houding en het gedrag van verzorgers.

In bijna alle gevallen blijkt het gemankeerde gevoel van eigenwaarde samen te hangen met diepe gevoelens van onzekerheid en van het niet weten waar men aan toe is met belangrijke anderen.



Bron: Piekerpoli (z.d.)

Hechting op latere leeftijd

Er bestaan verschillende theorieën voor het begrijpen en behandelen van de hechtingsproblematiek in de kindertijd én op latere leeftijd. John Bowlby is de grondlegger van de hechtingstheorie. Hij beweert dat hechting een blijvende en diepe emotionele band is die een kind met zijn verzorger ontwikkelt. Vroege interacties tussen het kind en de primaire verzorgers spelen volgens Bowlby een cruciale rol in de vorming van de emotionele en mentale basis van het kind, wat invloed heeft op de latere relaties. Zoals hierboven beschreven heeft Mary Ainsworth, een leerling van Bowlby, diens werk uitgebreid in het "Strange Situation" onderzoek, waarbij zij een vierde hechtingsstijl bij kinderen heeft vastgesteld (Hein, e.a., 2020).

De vraag is of een onveilige hechting op latere leeftijd is te herstellen. Hechting die op een onveilige manier tot stand is gekomen, lijkt op latere leeftijd zeker te kunnen worden hersteld. Vroemen (2024) benoemt in haar artikel 'Verworven veilige hechting: hoe herstel je onveilige hechting' vijf stappen om op latere leeftijd alsnog veilig te leren hechten. Deze stappen zijn kort samengevat:

1. *Je ervaringen van toen gaan begrijpen*, dat wil zeggen: dat de relatie met jezelf belangrijk is. Hierbij hoort een proces van inventariseren van je vroegere emoties, daarop reflecteren en ze alsnog verwerken.
2. *Emotionele steun*, dat wil zeggen: dat je jezelf leert om anderen toe te staan je emotioneel te steunen. Je gaat nieuwe ervaringen opdoen met anderen waardoor je leert je oude overtuigingen te herzien.
3. *Zelfbeeld herzien*, dat wil zeggen: dat je leert contact te maken met je authentieke kern en teruggaat naar wie je werkelijk bent.
4. *Patronen onderzoeken*, dat wil zeggen: het bewust worden en ontdekken van oude patronen wanneer je deze inzet vanuit oude overlevingsstrategieën. Dit kan je helpen om deze patronen los te laten en nieuwe patronen stap voor stap aan te leren.
5. *Zelfvertrouwen opbouwen*, dat wil zeggen: dat je nu als volwassene niet meer afhankelijk bent van anderen, waardoor je zelfstandig nieuwe ervaring kunt opdoen door buiten je comfortzone te treden en kleine risico's te nemen.

Deze stappen kun je leren zetten door je bewust in te spannen en therapie te volgen. Om op latere leeftijd te leren een veilige hechtingsrelatie aan te gaan, zijn er verschillende ondersteunende therapieën. We noemen hieronder eerst kort de EFT en de

Basistherapie. Afzonderlijke aandacht wordt ten slotte gegeven aan familieopstellingen en enkele andere benaderingen.

EFT en Basistherapie

EFT staat voor *Emotionally Focused Therapy*. Dit is een evidence based relatietherapie. In deze therapie staat de hechtingsrelatie tussen echtparen centraal. Cognitieve gedragstherapie, mogelijk toegespitst en verdiept met behulp van schematherapie, kan de gevolgen van het hechtingsprobleem doen verminderen (Spaan, z.d.; Hechtingstheorie, z.d.). Als professionele zorgverlener kan de SPV vanuit een eclectische benadering naast andere vormen van behandeling ook elementen uit de EFT toepassen in het contact met de zorgvrager. Daarbij is het natuurlijk wel van belang dat de SPV hiervoor aanvullende opleidingen zal volgen. Bij onderzoek naar bronnen bleek dat heel wat BIG-geregistreerde SPV-en EFT in hun behandelaanbod hebben. De SPV kan met behulp van elementen uit de EFT helpen om de focus te leggen op de patronen van een cliëntsysteem, waarbij emoties rustig, begripvol en laagdrempelig bespreekbaar kunnen worden gemaakt (EFT.nl, z.d.).

Basistherapie is een therapievorm die onder meer gericht is op volwassenen met klachten rondom gehechtheid. De oorzaak van hechtingsproblemen ligt vaak in het verleden, waarbij de klachten in het heden naar voren kunnen komen. Via inzicht gevende uitleg, gesprekken, oefeningen en het bewerken van de voorliggende ervaringen wordt er geprobeerd de afstemming met jezelf te versterken. Dit wordt gedaan door te voelen wat er gebeurt, opnieuw zelfvertrouwen te leren krijgen, vertrouwen in de ander te vinden en te leren hoe om te gaan met nare gevoelens. Basistherapie maakt gebruik van verschillende inzichten en andere gehechtheidstheorieën zoals ervaringsgerichte psychotherapie, EMDR, psychotherapie en cognitieve gedragstherapie (Thoomes, z.d.; Thoomes-Vreugdenhil, e.a., 2023).

Familieopstelling

Het systeem (gezin of familie) waarbinnen ieder haar of zijn eigen plek kent en inneemt werkt normaal gesproken het beste. Maar door omstandigheden kan het zijn dat iemand zijn eigen plek niet goed kent of niet meer inneemt. Dit kan zijn doordat iemand overlijdt, ziek wordt of besluit weg te gaan. Hierdoor raakt het systeem uit balans en dit kan invloed hebben op iemands leven.

Bij een familieopstelling worden systemische problemen inzichtelijk gemaakt en kan een aanzet worden gegeven tot de oplossing hiervan. Degene die zijn probleem systemisch wil onderzoeken doet dit als volgt: hij of zij geeft personen die mensen of thema's uit zijn of haar systeem representeren een eigen plek in de ruimte. Met deze opstelling brengt hij of zij in beeld hoe hij of zij tegen het probleem aankijkt. Bij zo'n opstelling ontstaan er dynamieken tussen de opgestelde figuren (representanten). Daardoor kunnen de belemmeringen en eventuele verstrikkingen zichtbaar worden gemaakt. Ook biedt dit kansen om duidelijk te maken wat er nodig is om weer in beweging te komen en de blokkades die ontstaan zijn op te heffen.

De hierboven al genoemde Ruppert heeft ontdekt dat de familieopstelling behulpzaam kan zijn bij allerlei soorten trauma's, waaronder ook hechtingstrauma's. In deze familieopstelling wordt het nodig geacht om het eigen traumadeel in het gezicht te zien en te omarmen, of het overgenomen traumadeel van de verzorgers bij de verzorgers te laten of het weer aan hen terug te geven. Het effect van deze therapie wordt in veel gevallen door zorgvragers ervaren als een wezenlijke transformatie die zij ondergaan. Daarbij kan het lijken dat de wereld op z'n kop staat en oude overtuigingen niet meer kloppen. Dit kan leiden tot het ontwikkelen van een veel positiever zelfbeeld waarbij het lijkt dat oude belemmeringen en angsten zijn verdwenen (Galenkamp & Schut, z.d.; vgl. Hoogland, 2022).



Met behulp van familieopstellingen kunnen op individueel niveau bepaalde, onbewuste patronen binnen het systeem van herkomst worden onderzocht en zichtbaar gemaakt. Daarbij gaat het om patronen die het dagelijks leven van de zorgvrager (bewust of onbewust) negatief beïnvloeden (Familieopstelling, 2023). Natuurlijk zal de SPV voor het inzetten van deze werkvorm zich moeten laten opleiden. Bij gebrek aan expertise op dit punt kan de SPV in ieder geval een schakelfunctie vervullen tussen de zorgvrager en een systeemtherapeut of andere therapeuten.

Er is ook vrij fundamentele kritiek op het idee van familieopstellingen. Deze gaat veel verder dan mogelijke vraagtekens bij de andere therapieën die in dit artikel worden benoemd, vandaar dat we dit toch even apart willen aangeven. Allereerst worden door critici vraagtekens gezet bij de dominante ('almachtige') rol van de coach. Deze kan zich in navolging van Hellinger zelf soms stevige oordelen aanmeten, en aannames inbrengen waarvoor hij geen verantwoording hoeft af te leggen. Ook worden twijfels geuit over de suggestie dat elke denkbare psychisch te duiden aandoening of probleem in verband kan worden gebracht met familiedynamieken (Nanninga, 2004). In het algemeen is er kritiek op het ontbreken van een transparante, eenduidige wetenschappelijke onderbouwing van de benadering, iets wat volgens Hellinger zelf ook onmogelijk is (Van Lawick, 2005).

Andere benaderingen

Zelfzorgactiviteiten en mindfulness kunnen helpen emotionele reacties te reguleren en in het moment te blijven. Dit kan bijdragen aan de ontwikkeling en instandhouding van gezonde relaties en een positief zelfbeeld. Leren en het lezen van bronnen en boeken over relaties en hechting kunnen praktische tips bieden en inzicht geven.

De rol van de SPV in de context van hechting en eigenwaarde

Het katern *Expertisegebied Sociaal Psychiatrische Verpleegkundige* (V&VN-SPV, 2023) geeft in algemene termen weer wat de rollen zijn die horen bij het werk van de SPV. Bij deze weergave wordt hierna aangegeven welke rol betrekking heeft op situaties van hechtingsproblemen in verband met het verliezen en hervinden van eigenwaarde. Daarbij staan de uitgangspunten en de inzet van de 'presentiebenadering' centraal (vgl. Movisie 2016).

De presentiebenadering wordt in een samenvattend artikel van Doortje Kal omschreven als een benadering van "een soort voorzichtige traagheid die ruimte geeft aan wat zich niet laat afdwingen" (Kal, z.d.). Daarbij verwijst zij uitvoerig naar het grondleggende werk van Andries Baart, waarop we hierna zullen terugkomen.

Volgens Kal verloopt het werken aan (het herstel van) eigenwaarde als volgt: "De hulpverlener is er zich van bewust dat het behoud van eer(gevoel) van wezenlijke betekenis is voor zijn cliënt, voor zijn zelfgevoel en daarmee voor zijn identiteit. Elk contact in de hulpverlening zou erop gericht moeten zijn de eigenwaarde en het zelfbeeld van de cliënt te versterken. (Je zou kunnen zeggen: het contact moet bijdragen aan empowerment, het moet mensen bij hun macht, bij hun kracht brengen.)"

De rol van de sociaal psychiatrisch verpleegkundige (SPV) bij het werken aan hechtingsproblemen in relatie tot eigenwaarde zit vooral in het investeren in het contact met de zorgvrager en zijn naasten. De SPV ziet de wisselwerking tussen wat er in de maatschappij gebeurt waar-

door mensen uit balans raken enerzijds en het ontwikkelen van geestelijke gezondheidsproblemen anderzijds. Voor de SPV zal de focus vooral liggen op het werken aan herstel waarbij zij er zorg voor draagt dat de zorgvrager (weer) gaat meedoen in de maatschappij. De SPV blijft open staan voor nieuwe factoren en invloeden die ervoor kunnen zorgen dat de zorgvrager opnieuw uit balans raakt (Lemmens e.a., 2017:10).

Hechtingsproblematiek uit zich vaak in directe, nabije relaties, maar heeft ook een impact op het functioneren in de samenleving als geheel. Binnen deze samenleving is de SPV kritisch reflecterende deelnemer. Zij is ook een vertegenwoordiger van deze samenleving. De SPV kan voor zorgvragers met hechtingsproblemen daarom een voorname rol spelen. Daarbij horen - volgens de presentiebenadering - een consistente en betrouwbare opstelling van de kant van de SPV: ruimte scheppen, de tijd nemen, ervoor zorgen dat zij en de zorgvrager elkaar regelmatig zien, afspraken nakomen, doen wat je zegt en zeggen wat je doet.

Bij dit alles stelt de SPV zich dus *relationeel* op en is daarbij gericht op het behouden van de factoren die het leven van de zorgvrager waardevol maken. Dit mag normatief uitgewerkt worden, omdat de normen en waarden van zowel de zorgvrager als die van de SPV in de hulpverlening een eigen plaats hebben. De ethische basis van de presentiebenadering biedt hiervoor de ruimte (Movisie, 2016).

De SPV is bovendien *reflectief*, omdat protocollen, kwaliteitsstandaarden, behandelmethodieken en interventies ingezet worden die geschikt zijn voor bepaalde situaties of personen. Verder is de SPV gericht op een duurzaam effect; dit betekent dat de zorgvrager na de behandeling in principe op eigen kracht verder kan. De SPV gaat er ook van uit dat het gedrag nooit alleen te herleiden is naar één enkele individuele factor, omdat het gedrag altijd in een context bestaat; daarom werkt de SPV systeemgericht. De SPV zet haar kennis van sociaal-maatschappelijke verschijnselen in, die invloed hebben op het ontstaan en het blijven bestaan van gezondheidsproblemen. Door een contextuele benaderingswijze is de SPV meervoudig partijdig en houdt zij rekening met de belangen van iedereen die bij de zorgvrager betrokken is. Ook werkt de SPV aan het creëren van bewustwording en maakt patronen bespreekbaar. De presentiebenadering biedt handvatten aan de SPV om, als dat nodig is in het contact met zorgvragers die een laag zelfbeeld hebben als gevolg van onveilige hechting, zich – samen met de zorgvrager – ook buiten de platgetreden paden te bewegen. Als protocollen, kwaliteitsstandaarden, behandelmethodieken en interventies ‘volgens het boekje’ onvoldoende aansluiten bij de blootgelegde problematiek, geeft de presentiebenadering ruimte voor *out of the box* denken en handelen. Het “met gevoel voor subtiliteit, vakmanschap, praktische wijsheid en liefdevolle trouw aanwezig zijn in de alledaagse dingen”, zoals Baart volgens het artikel ‘Wat is presentie?’ (Presentie, z.d.) dat benoemt, kan een belangrijke bijdrage leveren om vertrouwen te winnen. Vandaaruit kan dan gewerkt worden aan herstel van zelfvertrouwen en gevoel voor eigenwaarde.

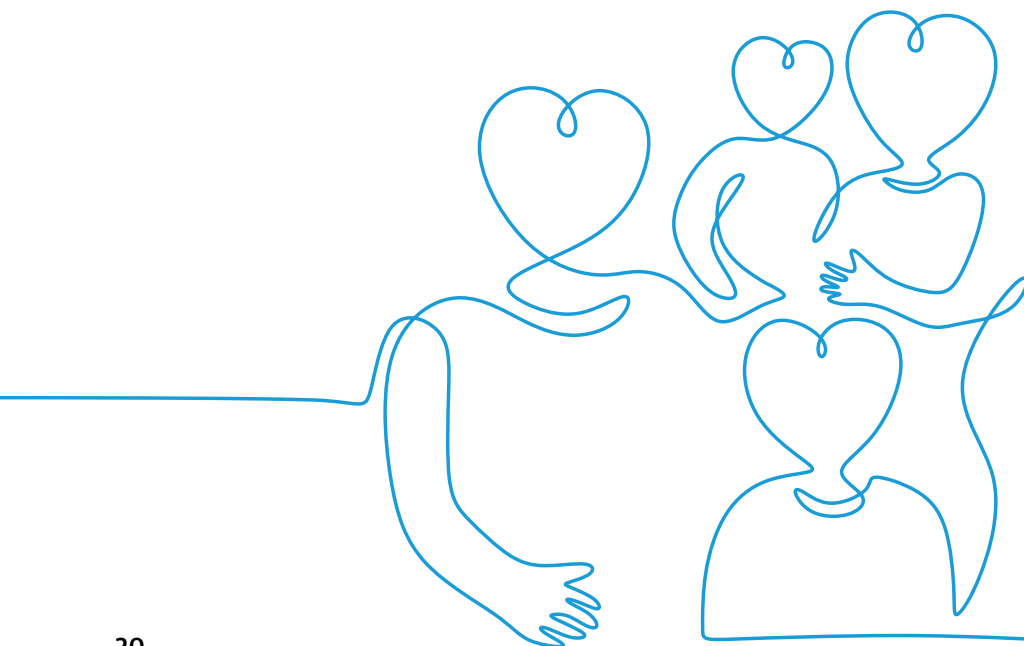
De SPV biedt op tijd laagdrempelige behandeling en begeleiding op alle levensgebieden, zodat verergering van mentale problemen en co-morbiditeit wordt voorkomen of verminderd. Ook biedt de SPV hulp bij het opheffen van problemen, of, wanneer deze niet kunnen worden opgeheven, helpt zij bij het anders leren omgaan met de belemmeringen. Via de presentiebenadering kan dit voor de zorgvrager met hechtingsproblemen concreet gemaakt worden: door in alle rust samen met de zorgvrager te onderzoeken wat voor haar of hem daarbij behulpzaam kan zijn in het leven van elke dag. Deze benadering schept voorwaarden om de

zorgvrager proefondervindelijk te laten ontdekken dat de SPV er onvoorwaardelijk is, dat wil zeggen zonder dat haar hartelijkheid en aandacht door de zorgvrager 'verdiend' moeten worden (Baart, 2004).

Volgens V&VN-SPV (2023:17) hebben zorgvragers met psychische kwetsbaarheden of fysieke beperkingen op verschillende vlakken te maken met discriminatie, stigmatisering en uitstoting. De SPV streeft ernaar om dit tegen te gaan. Zij ondersteunt de zorgvrager om als volwaardig burger aan de samenleving deel te nemen. Daarbij is het streven dat de zorgvragers om kunnen gaan met hun psychische gezondheidsproblemen en de regie over hun eigen leven in hun eigen omgeving weer terug nemen. Het gaat erom dat het zelfregulerend vermogen van de zorgvrager wordt versterkt en dat hij of zij een volwaardige plaats in de samenleving heeft. De SPV heeft aandacht voor persoonlijke en de innerlijke ervaringen, het ontroostbare en persoonlijke leed. Er is niet altijd een oplossing voor het persoonlijk leed, waardoor dit leed snel ondergesneeuwd kan raken. Dit omdat de maatschappij verwacht dat mensen zich inzetten voor de ander en voor elkaar en daarbij sterk moeten zijn. Ook hier geldt weer dat de onvoorwaardelijke aandacht en hartelijkheid van de kant van de SPV de zorgvrager kan helpen om los te komen van het idee dat hij of zij waardering moet verdienen.

Conclusie

Wanneer de SPV volgens de presentiebenadering oog blijft houden voor de zorgvrager en diens naasten, dan zou dit goede voorwaarden kunnen scheppen om de zorgvrager ook op latere leeftijd te leren hechten en op anderen te vertrouwen. Dit kan het zelfbeeld en de eigenwaarde op een positieve manier ten goede komen. De andere kant van de medaille is dat bij sommige zorgvragers de behandeling – in welke vorm dan ook – niet het gewenste resultaat zal opleveren. Is dat laatste het geval, dan hoort het bij de taak van de SPV om de zorgvrager anders te leren omgaan met blijvende belemmeringen.



Geraadpleegde literatuur

- Asadi, H. (2023, 12 mei). *De psychodynamiek van angstig vermijdende gehechtheid. Ga niet, maar kom ook niet te dichtbij*. Geraadpleegd op 20 mei 2024 van: <https://www.psychologytoday.com/us/blog/manners-of-relating/202305/the-psychodynamics-of-fearful-avoidant-attachment>
- Attachment Project (z.d.). *Avoidant Attachment in Relationships*. The Complete Guide. Geraadpleegd op 20 mei 2024, van: <https://www.attachmentproject.com/avoidant-attachment-relationships/>
- Baart, Andries (2004). *Introductie in de presentietheorie*. Geraadpleegd op 25 juni 2024, van: https://www.presentie.nl/wp-content/uploads/2021/01/Presentiefilosofie_in_mal.pdf
- EFT.nl (z.d.). *Op zoek naar therapie*. Geraadpleegd op 1 augustus 2024, van: <https://www.eft.nl/op-zoek-naar-therapie/>
- Familieopstelling (2023). *Familieopstelling*. Geraadpleegd op 1 augustus 2024, van: <https://www.psynd.nl/familieopstelling/>
- Galenkamp, Henk & Jeannette Schut (z.d.). *Opstelling als weg naar gezonde hechting*. Geraadpleegd op 26 juni 2024, van: https://www.galenkampschut.nl/public/files/Documenten/Opstelling_als_weg_naar_gezonde_hechting.pdf
- Gould, Wendy Rose (2024). *What Avoidant Attachment Looks Like in a Relationship - When you want intimacy so badly but don't know how to handle it*. Geraadpleegd op 18 mei 2024, van: <https://www.verywellmind.com/what-is-avoidant-attachment-in-relationships-8600201>
- Guy-Evans, Olivia (2024, January 23). *Anxious Preoccupied Attachment Style: How It Develops & How To Cope*. Geraadpleegd op 24 mei 2024, van: <https://www.simplypsychology.org/anxious-preoccupied-attachment.html>
- Hechtingsproblematiek (2023, 28 november). *Hechtingsproblematiek*. Geraadpleegd op 19 mei 2024, van <https://www.psynd.nl/hechtingsproblematiek/>
- Hechtingstheorie (z.d.). *Hechtingstheorie*. Geraadpleegd op 15 juni 2024, van: <https://hoofdpersoon.nl/home/kennisbank/relaties/hechtingstheorie/>
- Hein, e.a. (2020) Hein, Irma Manon, C.H. van Dal en Ramón J.L. Lindauer (2020) Problematische gehechtheid. Signalen oppikken bij jeugdigen. In: *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*. Geraadpleegd 20 mei 2024, van: <https://www.ntvg.nl/artikelen/problematische-gehechtheid>
- Hoogland, Margje (2022). Ben je onveilig gehecht? *Zó kun je als volwassene je hechtingsstijl herstellen*. Geraadpleegd op 15 juni 2024, van: <https://www.bedrock.nl/onveilige-hechting-volwassenen-herstellen/>
- Huang, Stephanie (2024, January). *Attachment Styles And How They Affect Adult Relationships*. Geraadpleegd op 21 mei 2024, van: <https://www.simplypsychology.org/attachment-styles.html>
- Kal, Doortje (z.d.). *Betekenis presentiebenadering voor de sociale psychiatrie*. Geraadpleegd op 26 juni 2024, van: <https://www.gerdierx.nl/wp-content/uploads/2013/02/betekenis-prese>
- Laolu nyc (z.d.). Láolu Senbáño Yèyè (2021). Geraadpleegd op 26 juni 2024, van: <https://laolu.nyc/>
- Lemmens, Dr. Karin Lemmens, Marijke Bos, MSc, Prof. Dr. Jaap van Weeghel, Dr. mr. Mirjam Siesling, Drs. Karina Kuperus (2017). *De Wet langdurige zorg in de geestelijke gezondheidszorg. Ervaringen uit de praktijk*. Den Haag: KPMG Plexus Tranzo. https://pure.uvt.nl/ws/portalfiles/portal/17168379/De_Wet_langdurige_zorg_in_de_geestelijke_gezondheidszorg.pdf
- Main M., & Solomon J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. In: *Greenberg M. T., Cicchetti D., & Cummings E. M. (Eds.), Attachment in the preschool years* (pp. 121–160). Chicago, IL: University of Chicago Press.
- McLeod, S. (2024, 17 januari). *Hechtingstheorie in de Psychologie*. Geraadpleegd op 20 mei 2024, van <https://www.simplypsychology.org/attachment.html>
- Movisie (2016, 22 december). *De presentiebenadering als basis voor goede zorg*. Geraadpleegd, 24 juni 2024, van: <https://www.movisie.nl/praktijkvoorbeeld/presentiebenadering-basis-goede-zorg>
- Nanninga, Rob (2004). Ordnung muss sein. De familieopstellingen van Bert Hellinger, in: *Skepter* 17.4 (2004). Geraadpleegd op 10 augustus 2024, van: <https://skepsis.nl/berthellinger/>

- Nederlands Jeugdinstituut (z.d.). *Hechting en hechtingsproblemen*. Geraadpleegd op 8 juni 2024, van: <https://www.nji.nl/hechting-en-hechtingsproblemen/>
- Piekerpoli (z.d.). Category: *Hechtingsproblematiek*. Geraadpleegd op 29 juni 2024, van: <https://piekerpoli.nl/category/hechtingsproblematiek-volwassenen/>
- Presentie (z.d.). *Wat is presentie?* Geraadpleegd op 25 juni 2024, van: <https://www.presentie.nl/algemeen/wat-is-presentie/>
- Spaan, z.d. Dr. Pauline Spaan. *Cognitieve Gedragstherapie (CGT) en Schematherapie*. Geraadpleegd op 10 januari 2025, van: <https://paulinespaan.com/behandelaanbod/behandelmethoden/cgt-schematherapie/>
- Thoomes (z.d.). Thoomes, Daan. *Problematische gehechtheid*. Geraadpleegd op 10 januari 2025, van: <https://www.hechtingsproblemen.nl/nl/behandelvormen/basistherapie>
- Thoomes-Vreugdenhil, e.a. (2023) Thoomes-Vreugdenhil, Anniek, Kees Vreugdenhil & Krista Schaeffer-van Leeuwen, *Behandeling van problematische gehechtheid - Met aandacht voor het brein*. Bohn, Stafleu en Van Lochem. Houten. 2023.
- Van Lawick, Justine (2005). 'Bloemen plukken in het wetende veld' Bert Hellinger: hoop of wanhoop? in: *Tijdschrift voor Psychotherapie* (januari 2005) 31:240-246.
- V&VN-SPV (2023). *Expertisegebied Sociaal Psychiatrische Verpleegkundige*. Utrecht: V&VN-SPV.
- Verken je geest (2021, 4 september). *5 Consequenties van gedesorganiseerde hechting*. Geraadpleegd op 20 mei 2024, van: <https://verkenjegeest.com/5-consequenties-van-gedesorganiseerde-hechting/>
- Vinke, A., & F. Juffer (2023, 22 maart). *Onveilig-vermijdende gehechtheid*. Geraadpleegd op 20 mei 2024, van: <https://www.pleegzorg.nl/bibliotheek/24-gehechtheid/394-onveilig-vermijdende-gehechtheid>
- Vroemen, Suzanne (2024, 18 juni). *Verworven veilige hechting: hoe herstel je onveilige hechting*. Geraadpleegd op 8 juli 2024, van: <https://www.susanvroemen.nl/verworven-veilige-hechting/>
- Wagenaar, Karin (2023, 18 januari). *Artikel 'Hechting en Gehechtheid'*. Geraadpleegd op 18 mei 2024, van: <https://www.eft.nl/nieuws/artikel-over-hechting-en-gehechtheid>
- Zutphen, Marjolein van (2023, 25 juli). *Gedesorganiseerde hechtingsstijl: een strategie ontbreekt*. Geraadpleegd op 8 juni 2024, van: <https://psycholoog.nl/blogs/gedesorganiseerde-hechtingsstijl-een-strategie-ontbreekt/>
- Zutphen, Marjolein van (2024, 21 maart). *Het belang van eigenwaarde en zelfrespect: de kern van persoonlijke groei*. Geraadpleegd op 28 juni 2024, van: <https://psycholoog.nl/blogs/het-belang-van-eigenwaarde-en-zelfrespect-de-kern-van-persoonlijke-groei/>

Kan de sociaal psychiatrisch verpleegkundige in de rol van behandelaar alternatieve therapie inzetten?

*Lesley Roosien
en José de Boer,
SPV i.o. beiden
werkzaam binnen
GGZ Drenthe.*

In de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) zijn alternatieve therapieën behandelmethoden die niet behoren tot de reguliere psychologische of psychiatrische behandelingen, zoals cognitieve gedragstherapie (CGT), medicatie of psychotherapie. Er wordt nog weinig gebruik gemaakt van alternatieve therapieën binnen de GGZ. Als er alternatieve therapieën in de GGZ worden ingezet is dit vaak als aanvulling op de gangbare zorg, of in sommige gevallen als alternatief, hoewel ze doorgaans niet wetenschappelijk onderbouwd zijn zoals bij reguliere behandelingen (GGZtotaal, 2018).

Alternatieve therapieën in de GGZ worden vaak gebruikt door mensen die op zoek zijn naar een meer holistische, natuurlijke benadering, of die onvoldoende baat ervaren bij traditionele methoden. Het is belangrijk dat deze therapieën goed worden afgestemd met de reguliere behandeling, omdat sommige therapieën interacties kunnen hebben met medicatie of op de effectiviteit van andere behandelmethoden (igi, z.d).

In dit artikel willen we laten zien hoe er een brug geslagen kan worden tussen de reguliere GGZ en alternatieve therapieën? Is de sociaal psychiatrisch verpleegkundige (SPV) in de rol van behandelaar hier de juiste persoon voor?

Wat kan alternatieve therapie voor een patiënt binnen de GGZ betekenen?

Veel alternatieve therapieën gaan ervaringsgericht te werk. Bij ervaringsgericht werken ligt de nadruk op het leren door te doen en ervaren. De cliënt wordt uitgenodigd om actief betrokken te zijn bij activiteiten en oefeningen die gericht zijn op het verkennen van zijn innerlijke wereld (GGZ Standaarden, 2021). Wetende dat het cognitieve vermogen van mensen met psychiatrische problematiek verminderd is, zou het daarom logisch zijn om nog meer ervaringsgericht te gaan behandelen (GGZ Standaarden, 2021). Aangetoond is dat een gemiddeld persoon 20% onthoudt van wat hij hoort en maar liefst 90% onthoudt van de ervaringen die hij meemaakt (Zorginstituut Nederland, 2015).

Veertig procent van de mensen met psychische stoornissen die een reguliere behandeling volgt, zoekt aanvullende hulp in het alternatieve circuit. Het is om die reden belangrijk om met cliënten over alternatieve behandelwijzen in gesprek te gaan. Momenteel gebeurt dit nog te weinig en voelen cliënten een drempel om dit onderwerp bespreekbaar te maken.

Wanneer de cliënt hierover in gesprek kan gaan met zijn behandelaar kunnen de positieve en negatieve interacties tussen de reguliere zorg en alternatieve zorg besproken worden (GGZtotaal, 2018).

Het effect van de behandeling is afhankelijk van de kracht van de therapeutische relatie tussen cliënt en behandelaar. Het is daarbij van groot belang om de cliënt te erkennen in zijn wens om alternatieve therapie te gebruiken. Wanneer dit niet wordt gedaan bestaat de kans dat de behandelaar het contact met de cliënt verliest en zo het risico loopt om ook het effect van de behandeling te verliezen (medisch contact, 2009).

“Het effect van iedere behandeling is ingebed in de therapeutische relatie tussen de cliënt en zijn behandelaar”

Machteld Huber legt in de benadering van positieve gezondheid de focus niet op de ziekte van de cliënt, maar juist op het centraal stellen van een betekenisvol leven. Het accent wordt gelegd op de veerkracht van de cliënt en wat het leven betekenis geeft waarbij de cliënt zoveel mogelijk eigen regie voert (Institute for Positive Health, z.d.). Wanneer voor de cliënt alternatieve therapie belangrijk is moet je hier als SPV bij aan kunnen sluiten. Het kan voordelen hebben voor de therapeutische relatie dat de SPV openstaat voor alternatieve therapie.

Belemmerende factoren

Er zijn belemmerende factoren die het inzetten van alternatieve therapie tegenwerken. Één daarvan is de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Momenteel is de zorg in Nederland zo ingericht dat de zorgverzekeraars en de NZa bepalen welke zorg in aanmerking komt voor een vergoeding. De NZa geeft aan dat de kaders, waarin bepaalt wordt welke zorg in aanmerking komt voor een vergoeding, noodzakelijk zijn om toezicht te houden op de geleverde zorg. Veel alternatieve therapieën vallen niet onder deze vergoedingen omdat ze niet als bewezen effectief worden gezien (Zorginstituut Nederland, 2015).

Omdat veel alternatieve therapieën zoals Equithérapie, Emotion Focused Therapy, acupunctuur en gongtherapie niet onder de basis vergoeding vallen, kunnen cliënten om financiële redenen vaak geen gebruik maken van deze therapieën. Kijkend naar het opleidings- en dan beroepsniveau blijkt uit alle onderzoeken dat de hogere opleidings- en beroepsgroepen sterk zijn vertegenwoordigd wanneer het gaat om gebruik van alternatieve therapie. Dit komt doordat mensen met een hoger inkomen vaker aanvullend verzekerd zijn en zodoende een vergoeding kunnen krijgen voor alternatieve geneeswijzen (Van Dijk, 2021).

Een kanttekening bij de belemmering is dat de SPV wel gebruik kan maken van deze alternatieve therapieën wanneer ze aangeboden worden als onderdeel van de multidisciplinaire

behandeling van cliënten met een psychische stoornis (Zorginstituut Nederland, 2015) en de behandeling wordt gegeven door een ggz-professional die ook zodanig geregistreerd staat (Nagtegaal, 2022). Wij denken dat het een voordeel voor de cliënt kan zijn wanneer de SPV ook getraind/geschoold is in alternatieve behandelingen en deze kan aanbieden aan de cliënt.

Omdat de alternatieve behandelingen een aanvulling kunnen zijn op het bestaande behandel-aanbod waarbij de alternatieve behandeling een holistische benadering biedt. Het is gezondheidsgericht en kan een vermindering van de klachten geven, het richt zich vooral op het bevorderen van ontspanning en comfort (V&VN, z.d.).

“Tegenwoordig lijkt de Culture-Based Medicine ons sterk te beïnvloeden in de gekozen behandeling en therapie”

In de psychiatrie zijn in diverse periodes verschillende stromingen zichtbaar geweest. Dit was aanvankelijk de psychoanalyse volgens Freud, vervolgens kwam de antipsychiatrie en daarop het biologisch substraat. Met het biologische substraat werd met een meer medische blik naar de psychiatrische aandoening gekeken (Leufkens, 1997).

Tegenwoordig lijkt de Culture-Based Medicine, werken vanuit een cultuur gebonden visie, ons sterk te beïnvloeden in de gekozen behandeling en therapie. Zo heeft het jaren geduurd voordat medische tijdschriften publiceerden over mindfulness. Toch lukt het sommige nieuwe, onvoldoende bewezen methoden wel om in een korte tijd een belangrijke positie in te nemen in de GGZ zoals Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR). Om veranderingen aan te brengen in de cultuur gebonden visie van de GGZ moet er voldoende draagvlak zijn (medisch contact, 2009). Is de SPV de juiste persoon om deze verandering in gang te zetten?

Waarom specifiek de SPV inzetten voor alternatieve therapie?

De SPV werkt vanuit een holistische visie. Een holistische visie sluit goed aan bij alternatieve therapieën omdat ze er vanuit gaan dat lichaam, geest en ziel onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn (V&VN, 2023).

Zoals eerder genoemd vinden cliënten die gebruik maken van alternatieve therapie het contact met hun behandelaar belangrijk. De SPV werkt relationeel en probeert vanuit het contact zo goed mogelijk aan te sluiten bij de cliënt. Waardoor de cliënt zich begrepen en gehoord voelt. Dit is een essentieel onderdeel van het herstelproces van de cliënt. De SPV biedt daarnaast praktische begeleiding en sociale ondersteuning. Hierin gaan zij creatief en flexibel te werk. Het takenpakket van een SPV is erop gericht om nauw aan te sluiten bij de wensen van de hulpvrager (Expertise gebied sociaal psychiatrische verpleegkundige, 2023). De SPV is laagdrempelig benaderbaar waardoor de cliënt zich vrij kan voelen om de wens voor alternatieve

therapie te bespreken. Wanneer een cliënt behoefte heeft aan alternatieve therapieën naast reguliere zorg en de alternatieve therapie zal een aanvulling zijn op de ingezette behandeling, dan zal de SPV dit ondersteunen en zich dus actief inzetten om hierop in te spelen.

“Als de cliënt niet gebaat is bij de gebruikelijke vaktherapieën, zal de SPV ook denken aan alternatieve vaktherapieën”

Een voorbeeld hiervan is equithérapie (paardentherapie). In Nederland wordt dit nog niet breed gedragen als vaktherapie. Daarom valt equithérapie niet onder de basisvergoeding. Equithérapie wordt nog niet gezien als een evidence-based behandeling en equithérapeuten vallen (nog) onder een vrij beroep. Om die reden wordt de inzet van paarden door zorgverzekeraars en gemeentebesturen in veel gevallen niet vergoed. Terwijl equithérapie in andere landen, zoals Duitsland, wel vergoed wordt. Een kanttekening hierbij is dat de behandeling door een ggz-professional, indien als zodanig geregistreerd, wel erkend en vergoed wordt. De ggz-professional kan het paard dan inzetten als middel om op een doelgerichte, systematische en methodische wijze therapeutische doelstellingen te bereiken. Het paard wordt daarbij geïntegreerd in de behandeling waarbij het dan niet gefactureerd wordt als equithérapie maar als een reguliere behandeling (Nagtegaal, 2022).



Conclusie

Kaders zijn noodzakelijk om toezicht te houden op de geleverde zorg. De huidige kaders werken echter nadelig voor de SPV omdat deze kaders de SPV beperken in zijn werkzaamheden. De vraag naar alternatieve therapieën is de afgelopen jaren toegenomen, maar dit wordt onvoldoende weerspiegeld in de basispakketten van zorgverzekeraars (Kloosterman, 2019). Alternatieve geneeswijzen worden hierdoor onvoldoende op waarde geschat. Momenteel hebben vooral hoger opgeleide mensen toegang tot deze behandelvormen, omdat zij vaak aanvullend verzekerd zijn (Van Dijk, 2021).

De NZa en zorgverzekeraars zouden behandelaren binnen de gespecialiseerde GGZ meer ruimte moeten geven om zelfstandig te bepalen welke therapieën het beste aanslui-

ten bij de behoeften van de cliënt. Een ruimer behandelaanbod stelt de SPV in staat om beter in te spelen op de wensen van de cliënt. Totdat deze flexibiliteit wordt geboden, ligt het aan de SPV om creatief binnen en buiten de bestaande kaders te denken en mogelijkheden te verkennen die buiten de gebruikelijke trajecten vallen. Ook in de toekomst zal de SPV moeten blijven opkomen voor de belangen van zijn cliënten.

In antwoord op de vraag: hoe kan er een brug geslagen worden tussen de reguliere GGZ en alternatieve therapieën? De SPV stimuleert vernieuwende initiatieven in de ggz en zou om deze reden het aanbieden van alternatieve therapieën kunnen stimuleren.

Op de vraag: kan de Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige in de rol van behandelaar alternatieve therapieën inzetten? Ja, de SPV is, gezien zijn expertise, uitstekend geschikt om alternatieve therapieën toe te passen. De SPV speelt een cruciale rol in het verbeteren van de zorg, en daarom is het van belang dat de SPV opkomt voor de wensen van de cliënt.

Bronnen

- De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (z.d.) *Alternatieve behandelaars*. Geraadpleegd op 26 augustus 2024, van www.igi.nl > <https://trimli.co/nqMp39>
- Leufkens, H. G. M., & van Winzum, C. (1997). *Het biologisch substraat in de psychiatrie*. Pharmaceutisch Weekblad, 132, 615-619.
- GGZ Standaarden. (2021) *Generieke module Vaktherapie*. Geraadpleegd op 10 december 2024, van www.ggzstandaarden.nl > <https://trimli.co/8ZGs2W>
- GGZtotaal. (17-01-2018) *Alternatieve (of complementaire) zorg moet in GGZ bespreekbaar zijn*, geraadpleegd op 1 oktober 2024 van https://www.ggz totaal.nl/nw-29166-7-3679411/nieuws/alternatieve_of_complementaire_zorg_moet_in_ggz_bespreekbaar_zijn.html?page=0
- Institute for Positive Health. (z.d.) *Een bredere kijk op gezondheid, die meer oplevert*. Geraadpleegd op 2 oktober 2024, van <https://www.iph.nl/positieve-gezondheid/wat-is-het/>
- Kloosterman, R. (2019) *Statistische Trends Alternatieve geneeswijzen: contact en opvattingen*. Uitgever: Centraal Bureau voor de Statistiek. Geraadpleegd op 28 augustus 2024, van file:///C:/Users/zandb/Downloads/2019St15%20Alternatieve%20geneeswijzen_WEB.pdf
- Medisch contact. (22 september 2009) *Alternatief genezen in de psychiatrie*. Geraadpleegd op 2 oktober 2024, van <https://www.medischcontact.nl/actueel/laatste-nieuws/artikel/alternatief-genezen-in-de-psychiatrie>
- Nagtegaal, C. (2022) *De kracht van het paard als co-therapeut*. GGZ Vaktijdschrift. Geraadpleegd op 7 juni 2024, van <https://ggz.nl/GGZV/nummer8/De-kracht-van-het-paard-als-co-therapeut-GGZ.pdf>
- Van Dijk, P. (2021) *Jaarboek Integratie Geneeskunde 2005 – 2006 Voeding, Licht, Leven en Gezondheid*. Tijdschrift voor Integratie Geneeskunde Jaargang 21, 22. Geraadpleegd op 26 augustus 2024, van bookd.google.nl > <https://trimli.co/JLTfY>
- V&VN. (z.d.) *Complementaire zorg*. Geraadpleegd op 11 december 2024, van <https://www.venvn.nl/media/gvtnprzf/wat-is-complementaire-zorg.pdf>
- V&VN. (2023) *Expertise gebied sociaal psychiatrisch verpleegkundige*. Geraadpleegd op 26 aug. 2024, van https://www.archief-spv.nl/pdfs/publicatiespdf/Expertisegebied_SPV_2023.pdf
- Zorginstituut Nederland. (2015, 29 oktober) *Standpunt vaktherapie en dagbesteding in de geneeskundige GGZ*. Geraadpleegd op 6 mei 2024, van zorginstituutnederland.nl > <https://trimli.co/y7NcJI>



De kracht van eigen kracht

*Door Nienke
Hoving, SPV i.o.
en Judith Wolting,
SPV i.o.*

“Eigenlijk is het heel eenvoudig: je vraagt iedereen om bij elkaar te komen en als ze samen zijn, maken ze een plan dat bij hen past,” zegt een Eigen Kracht-coördinator (Lieshout, 2004)

Maar is het echt zo simpel? Wat is nu eigenlijk ‘Eigen Kracht’, wat houdt eigen kracht in de zorg in? Hoe draag je daar vanuit de Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige (SPV) visie aan bij en wat dient een SPV allemaal te kunnen om een bijdrage te leveren? Zitten er ook nadelen aan en is het toekomstbestendig? We leggen het graag uit.

In dit artikel wordt ingegaan op het thema eigenwaarde en hoe de Eigen Kracht Conferentie daaraan bij kan dragen.

Wat is Eigen Kracht?

Eigen kracht verwijst naar het vermogen van een individu om zijn of haar eigen leven te leiden, problemen op te lossen, doelen te bereiken en tegenslagen te overwinnen door gebruik te maken van interne bronnen en vaardigheden. Het is een vorm van persoonlijke empowerment die gebaseerd is op zelfbewustzijn, zelfvertrouwen en veerkracht. In onze steeds complexere samenleving komen mensen regelmatig in situaties terecht waarin ze behoefte hebben aan hulp en ondersteuning.

De Eigen Kracht Conferentie (EKC) biedt een unieke en effectieve benadering om mensen in staat te stellen zelf oplossingen te vinden voor hun problemen, met de steun van hun eigen netwerk van familie, vrienden en kennissen. Dit artikel belicht wat een Eigen Kracht Conferentie inhoudt, hoe het werkt, en waarom het zo’n waardevol instrument kan zijn voor zowel individuen als gemeenschappen. (Eigen kracht centrale, 2024)

Eigen Kracht in de Zorg

In de zorg wordt met “eigen kracht” verwezen naar het vermogen en de mogelijkheden van een individu om zelfredzaam te zijn en zelfstandig beslissingen te nemen met betrekking tot hun gezondheid en welzijn.

Het begrip benadrukt dat mensen, ondanks eventuele beperkingen, vaak over een aanzienlijke mate van veerkracht, vaardigheden en netwerkondersteuning beschikken die ze kunnen benutten om hun leven vorm te geven en problemen op te lossen. (Beyers, 2013)

Kernaspecten van Eigen Kracht in de Zorg

Beyers (2013) benoemt in haar boek de volgende kernaspecten:

Zelfredzaamheid: Zelfredzaamheid betekent dat individuen in staat zijn om zelf hun dagelijkse activiteiten uit te voeren en voor zichzelf te zorgen. Dit kan variëren van persoonlijke verzorging en huishoudelijke taken tot het beheren van financiën en het nemen van gezondheidsbeslissingen.

Regie over eigen leven: Eigen kracht gaat ook over het voeren van regie over het eigen leven. Dit houdt in dat mensen zelf keuzes maken over hun zorg en behandeling, gebaseerd op hun eigen wensen, behoeften en levensdoelen.

Gebruik van het eigen netwerk: Het benadrukt het belang van het betrekken van familie, vrienden en andere sociale contacten bij het zorgproces. Deze mensen kunnen ondersteuning bieden, praktische hulp verlenen of gewoon een luisterend oor zijn.

Empowerment: Of bekrachtiging, is een belangrijk element van eigen kracht. Het gaat erom dat mensen het vertrouwen en de middelen

krijgen om hun eigen beslissingen te nemen en actie te ondernemen om hun leven te verbeteren.

Het Belang van Eigen Kracht in de Zorg

Verbeterde Kwaliteit van Leven: Door mensen in staat te stellen zelf beslissingen te nemen en hun eigen leven te voeren, kan hun kwaliteit van leven aanzienlijk verbeteren. Ze voelen zich meer in controle en kunnen hun leven leiden op een manier die hen voldoening geeft. Ook dit draagt bij aan de eigenwaarde van de persoon.

Duurzame Zorgoplossingen: Eigen kracht leidt vaak tot duurzamere zorgoplossingen, omdat de geboden ondersteuning beter aansluit bij de behoeften en wensen van de persoon. Onder zorgoplossing worden verstaan: de diensten, producten of technologieën die zijn ontworpen om de kwaliteit van zorg te verbeteren, de efficiëntie van zorgverleners te verhogen en de gezondheidsresultaten van patiënten te optimaliseren.

Efficiënter Gebruik van Hulpbronnen: Door de focus te leggen op wat mensen zelf kunnen doen en welke ondersteuning hun netwerk kan bieden, kan de professionele zorg efficiënter en gericht worden ingezet. (Uitdewilligen & Hermans, 2012)

De Impact van Eigen Kracht

Het term “eigen kracht” speelt een belangrijke rol in de gezondheidszorg en maatschappelijke ondersteuning. Het benadrukt het vermogen van individuen om, met de juiste steun en middelen, zelf de regie te voeren over hun leven en zorg. Hier zijn enkele belangrijke aspecten en impacts van eigen kracht:

Persoonlijke Ontwikkeling: Je groeit en ontwikkelt je continu als individu.

Relaties: Sterkere relaties door zelfverzekerdheid en het vermogen om grenzen te stellen.

Professioneel Succes: Grotere kans op succes in je carrière door zelfvertrouwen en veerkracht

Welzijn: Verbeterd algeheel welzijn door een positieve houding en zelfzorg. (Kenniskbank, 2024)

Eigen Kracht Conferentie

Wat is een Eigen Kracht Conferentie?

Een Eigen Kracht Conferentie is volgens Eigen kracht centrale (2024) een bijeenkomst waarbij een persoon/de cliënt die met een probleem of uitdaging kampt, zijn of haar netwerk samenbrengt om gezamenlijk tot een plan van aanpak te komen. Dit netwerk kan bestaan uit familieleden, vrienden, burens, en andere belangrijke personen in het leven van de betrokkene. Het doel is om de betrokken persoon te ondersteunen bij het vinden van oplossingen die bij hem of haar passen en om te stimuleren dat de persoon en het netwerk zelf de regie nemen zodat professionele hulpverleners niet de leiding nemen over het leven van de persoon in kwestie.



Het Proces van een Eigen Kracht Conferentie

Het proces van een Eigen Kracht Conferentie verloopt doorgaans in drie fasen:

Vorbereiding: Een onafhankelijke coördinator helpt de persoon (de cliënt) om zijn of haar netwerk in kaart te brengen en nodigt de deelnemers uit. De coördinator zorgt ervoor dat iedereen goed geïnformeerd is over het doel van de bijeenkomst en de werkwijze.

De Conferentie:

Informatie delen: De cliënt en de deelnemers bespreken de situatie en delen relevante informatie.

Privétijd: De cliënt en zijn/haar netwerk krijgen de ruimte om zonder de coördinator een plan te maken.

Bespreking en goedkeuring: Het plan wordt gepresenteerd en besproken met de coördinator. Indien nodig, worden aanpassingen gemaakt totdat er een werkbaar plan ligt dat door iedereen wordt gedragen.

Uitvoering en nazorg: Het netwerk voert het plan uit en houdt contact om de voortgang te bewaken. De coördinator kan indien nodig bijsturen en extra ondersteuning bieden.

Voordelen van de Eigen Kracht Conferentie

Een van de belangrijkste voordelen van een Eigen Kracht Conferentie is dat het de autonomie van de hoofdpersoon respecteert en versterkt. Het benadrukt de kracht van de gemeenschap en het netwerk, wat leidt tot meer duurzame en passende oplossingen. Daarnaast kunnen mensen zich meer gesteund en begrepen voelen, omdat de oplossingen komen van mensen die hen goed kennen en die om hen geven. (Pagée, 2003)

Ook voor hulpverleners heeft de EKC voordelen. Het ontlast de professionele hulpverlening door een deel van de zorg en ondersteuning in handen te leggen van het persoonlijke netwerk. Dit kan leiden tot efficiëntere en effectievere hulp, doordat de oplossingen beter aansluiten bij de behoeften en mogelijkheden van de hoofdpersoon. (EigenKrachtCentrale, 2024)

De Rol van de Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige (SPV)

Vorbereiding van de Conferentie

De SPV speelt een belangrijke rol in de voorbereidende fase van de EKC.

Hun taken omvatten:

Identificatie van behoeften: De SPV helpt de cliënt om de problemen en behoeften duidelijk in kaart te brengen. Dit kan variëren van psychische problemen tot praktische zaken zoals huisvesting of werk.

Netwerk in kaart brengen: Samen met de cliënt

brengt de SPV het sociale netwerk in kaart. Dit netwerk kan bestaan uit familieleden, vrienden, burens, en andere belangrijke personen.

Ondersteunen bij uitnodigingen: De SPV ondersteunt de cliënt bij het uitnodigen van netwerkleden en het communiceren van het doel van de conferentie.

Tijdens de Conferentie

Tijdens de EKC zelf heeft de SPV meerdere belangrijke taken:

Informatie verstrekken: De SPV zorgt ervoor dat alle deelnemers goed geïnformeerd zijn over de aard van de problemen en de mogelijke interventies. Dit omvat zowel het verstrekken van medische informatie als het uitleggen van zorgtrajecten en hulpverleningsmogelijkheden.

Observeren en ondersteunen: De SPV observeert de dynamiek binnen de groep en biedt ondersteuning waar nodig. Dit kan variëren van het verduidelijken van informatie tot het kalmeren van spanningen.

Faciliteren van het proces: Hoewel de SPV niet de rol van de coördinator overneemt, helpt zij wel bij het faciliteren van een constructieve dialoog. Dit betekent dat de SPV ervoor zorgt dat iedereen aan het woord komt en dat alle perspectieven worden gehoord, in het kader van meerzijdig perspectief.

Nazorg en Follow-up: Na de conferentie blijft de SPV betrokken bij de uitvoering van het plan:

Monitoren van de voortgang: De SPV volgt de voortgang van het plan en biedt begeleiding waar nodig. Dit omvat het regelmatig checken van de situatie en het aanpassen van het plan indien nodig.

Ondersteuning bieden: De SPV biedt continue ondersteuning aan zowel de cliënt als het netwerk. Dit kan psychologische ondersteuning zijn, maar ook praktische hulp zoals het regelen van afspraken met andere hulpverleners.

Evaluatie: Samen met de cliënt en het netwerk evalueert de SPV het proces en de resultaten van de conferentie. Dit helpt om

te leren van ervaringen en waar nodig verbeteringen aan te brengen. (Boer, 2014)

De Waarde van de SPV binnen de EKC

De aanwezigheid van een SPV binnen een EKC biedt meerdere voordelen. Wanneer het expertisegebied van de SPV wordt geraadpleegd via (V&VN, 2023) wordt het duidelijk wat de SPV als meerwaarde te bieden heeft tijdens de EKC.

Deskundigheid: De SPV brengt specialistische kennis in over psychische problemen en de bijbehorende zorgtrajecten.

Vertrouwen: De SPV kan een vertrouwenspersoon zijn voor de cliënt, wat helpt om openheid en eerlijkheid binnen de conferentie te bevorderen.

Brugfunctie: De SPV kan een brug slaan tussen de cliënt, het netwerk en professionele hulpverleners, waardoor een meer geïntegreerde aanpak mogelijk wordt.



De Impact van de Brugfunctie

De brugfunctie van de SPV heeft meerdere positieve effecten op zowel de cliënt als hun omgeving:

Verbeterde Zorgcontinuïteit: Door de zorg te coördineren en af te stemmen, zorgt de SPV voor een naadloze overgang tussen verschillende zorgfasen en hulpverleners. Dit vermindert de kans op miscommunicatie en gaten in de zorg.

Vergrootte Zelfredzaamheid: Door cliënten te helpen hun netwerk te versterken en hen te

voorzien van de juiste informatie en vaardigheden, bevordert de SPV de zelfredzaamheid en empowerment van de cliënt.

Verminderde Druk op Acute Zorg: Door vroegtijdige interventie en voortdurende ondersteuning kan de SPV helpen voorkomen dat problemen escaleren tot crisissituaties die intensieve en acute zorg vereisen.

Betere Kwaliteit van Leven: De holistische benadering van de SPV, die zowel psychische als sociale aspecten integreert, draagt bij aan een verbeterde algehele kwaliteit van leven voor de cliënt. (V&VN, 2023)

Waarom Gaan Hulpverleners Niet (altijd) van Eigen Kracht Uit?

In de praktijk lijkt het erop dat hulpverleners niet altijd uitgaan van eigen kracht. De perceptie dat hulpverleners niet altijd uitgaan van de eigen kracht van de hulpvrager kan verschillende oorzaken hebben. In de hulpverlening wordt echter steeds meer nadruk gelegd op “eigen kracht” en “zelfredzaamheid,” maar dit is niet altijd vanzelfsprekend in de praktijk. Hier zijn een aantal redenen waarom hulpverleners soms minder nadruk lijken te leggen op de eigen kracht van een cliënt.

Complexiteit van de Problematiek

Sommige situaties zijn zo complex dat het voor hulpverleners moeilijk is om de cliënt volledig op eigen kracht te laten handelen. Bijvoorbeeld, mensen met ernstige psychische of sociale problemen hebben regelmatig meer aan directe interventie(s). Hulpverleners willen voorkomen dat iemand wordt overvraagd of dat er onrealistische verwachtingen worden gesteld, vooral als de cliënt kwetsbaar is.

Professionele Verantwoordelijkheid

Hulpverleners hebben een ethische en professionele verantwoordelijkheid om risico's voor de gezondheid en veiligheid van hun cliënten te voorkomen. In sommige gevallen kan dit betekenen dat ze zelf ingrijpen, zelfs

als dat ten koste gaat van het stimuleren van eigen regie. Het kan voor hulpverleners een dilemma zijn om te balanceren tussen beschermen en loslaten.

Systeemdruk en Protocollen

De manier waarop hulpverlening is georganiseerd (bijvoorbeeld door regels en protocollen binnen instellingen) kan ertoe leiden dat hulpverleners minder flexibel kunnen inspelen op de eigen kracht van de cliënt. Ze moeten vaak binnen de kaders van procedures werken, wat het moeilijker maakt om volledig maatwerk te leveren.

Vertrouwen en Inschatting van Zelfredzaamheid

Niet elke cliënt heeft dezelfde mate van eigen kracht. Soms twijfelen hulpverleners aan de mate waarin iemand zelfstandig kan functioneren. Dit kan voortkomen uit een zorgvuldige inschatting van de situatie, maar ook uit een mogelijk gebrek aan vertrouwen in het proces van loslaten. Hulpverleners willen voorkomen dat cliënten falen en nog verder in de problemen komen, dus spelen ze liever op veilig.

Tijdsdruk en Werkdruk

Door hoge werkdruk hebben hulpverleners soms te weinig tijd om langdurig met cliënten samen te werken aan hun zelfredzaamheid. Het kan eenvoudiger zijn om snel oplossingen aan te bieden in plaats van het langdurige proces aan te gaan waarbij de cliënt zijn of haar eigen kracht ontdekt en ontwikkelt.

Kennis en Vaardigheden van de Hulpverlener

Niet elke hulpverlener is even sterk in het bevorderen van eigen kracht. Er is soms sprake van een traditionelere, meer paternalistische aanpak, waarbij de hulpverlener het probleem “oplost” in plaats van de cliënt te ondersteunen om zelf oplossingen te bedenken. Dit vraagt om bijscholing en een mentaliteitsverandering binnen het werkveld.

Afhankelijkheid van de Cliënt

Sommige cliënten hebben geleerd om afhankelijk te zijn van hulpverlening, en voelen zich oncomfortabel of onzeker bij het idee dat ze zelf dingen moeten oppakken. Dit kan een uitdaging zijn voor de hulpverlener die probeert eigen kracht te stimuleren. De hulpverlener moet dan vaak eerst werken aan het vergroten van het zelfvertrouwen en de vaardigheden van de cliënt.

Kortdurende Trajecten

Veel hulpverleningstrajecten zijn kortdurend van aard, wat betekent dat hulpverleners soms de voorkeur geven aan het snel bereiken van resultaten in plaats van te investeren in langdurige empowerment. Dit kan ten koste gaan van het opbouwen van de eigen kracht van de cliënt, wat vaak tijd en ondersteuning vraagt.

Hoewel veel hulpverleners erkennen hoe belangrijk het is om uit te gaan van de eigen kracht van de cliënt, kunnen verschillende factoren in de praktijk ervoor zorgen dat dit niet altijd gebeurt. Idealiter zou hulpverlening een balans moeten vinden tussen directe steun en het stimuleren van zelfredzaamheid, met oog voor de specifieke omstandigheden van de cliënt.

Kritische Beschouwingen

Zoals eerder is omschreven heeft de eigen kracht conferentie veel voordelen. Echter, er zijn ook nadelen en uitdagingen verbonden aan deze benadering:

Tijdens een eigen kracht conferentie kunnen conflicten en spanningen in families naar voren komen en escaleren. Dit kan ontstaan doordat in sommige families een bepaalde machtsdynamiek bestaat die tijdens de conferentie naar voren komt. Wanneer dominante familieleden de discussie overheersen, kunnen kwetsbare leden buitengesloten worden, wat het doel van een open en veilige dialoog ondermijnt. Familieleden en vrienden kunnen in sommige gevallen goed bedoelde, maar onrealistische oplossingen aandragen,

omdat ze niet over de nodige kennis beschikken om complexe problemen op te lossen. Dit kan leiden tot inefficiëntie en zelfs schade (Pagée, 2003).

Beperkingen bij Complexe Problematiek

Bij complexe problematiek, zoals ernstige psychiatrische stoornissen, verslaving of huiselijk geweld, is het vaak onrealistisch om te verwachten dat een sociaal netwerk zonder hulp van professionals effectieve oplossingen kan bieden. In deze situaties kan een EKC ontoereikend zijn en kan professionele, gespecialiseerde interventie noodzakelijk blijven. Hoewel een EKC in theorie kostenbesparend kan zijn door de inzet van het netwerk in plaats van professionele hulp, kan het proces soms juist veel tijd en middelen vergen. Het organiseren van een conferentie, het samenbrengen van familie en vrienden, en het faciliteren van de gesprekken vraagt vaak meer tijd dan gedacht, wat de hulpverleningstrajecten kan vertragen. Het delen van gevoelige informatie kan privacy zorgen oproepen en leiden tot ongemak, schaamte of stigma.

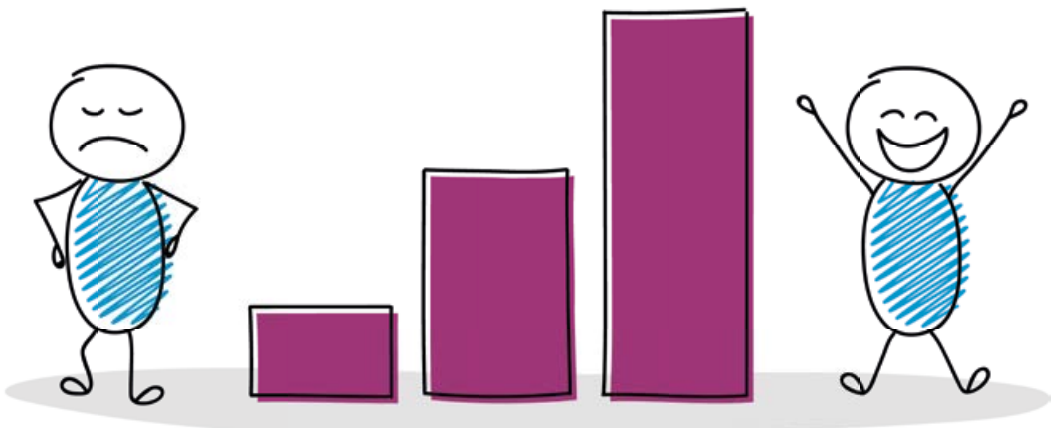
Inzet en Motivatie:

De effectiviteit van een EKC is sterk afhankelijk van de inzet en motivatie van het netwerk. Als deelnemers niet voldoende gemotiveerd zijn om daadwerkelijk te hel-

pen of het proces serieus te nemen, kan de conferentie mislukken. Het succes is dus afhankelijk van factoren buiten de controle van de hulpverlener en cliënt. Zonder adequate opvolging kunnen plannen mislukken. Zorgprofessionals kunnen moeite hebben met het loslaten van controle, wat tot spanning kan leiden. Ook kan er een machtsongelijkheid binnen de groep zijn, waardoor sommige stemmen niet gehoord worden. Er bestaat het risico dat deelnemers aan een EKC zich onder druk gezet voelen door hun familie of vrienden om keuzes te maken die ze zelf niet zouden maken. Vooral in culturen of families waar groepsbelang belangrijker wordt geacht dan het individuele belang, kunnen cliënten gedwongen worden tot oplossingen waar ze niet volledig achter staan. (Pinnock & Pagee, 2018)

Toekomstperspectief

Hoewel eigen kracht conferenties veel potentie hebben, is het belangrijk om deze nadelen in overweging te nemen en strategieën te ontwikkelen om ze aan te pakken. Dit kan bijvoorbeeld door goede voorbereiding, begeleiding door ervaren facilitators, en adequate opvolging van de gemaakte plannen. Desondanks blijft de EKC een waardevol instrument in het palet van hulpverleningsmethoden.



Integratie in zorgsystemen:

In de huidige gezondheidszorg zien we steeds meer een verschuiving richting integrale zorg, waarbij verschillende zorgvormen en disciplines samenwerken. EKC's passen goed in deze beweging, omdat ze de kloof tussen informele zorg (door het sociale netwerk) en formele zorg (door professionals) overbruggen.

Maatwerk en netwerkversterking:

Elk zorgtraject is anders, en maatwerk wordt steeds meer gezien als essentieel voor effectieve zorg. EKC's bieden een flexibele benadering waarbij de specifieke behoeften van de cliënt en hun netwerk centraal staan, in plaats van een one-size-fits-all benadering.



Samengevat

De Eigen Kracht Conferentie is een krachtig middel dat individuen in staat stelt om op eigen kracht, samen met hun netwerk, oplossingen te vinden voor hun problemen. Door de nadruk te leggen op zelfredzaamheid en gemeenschapszin, biedt de EKC een waardevol alternatief voor traditionele hulpverlening, met voordelen voor zowel de hoofdpersoon als de hulpverleners. In een samenleving waar verbinding en samenwerking steeds belangrijker worden, kan de Eigen Kracht Conferentie een cruciale rol spelen in het versterken van deze waarden. (Beek & Muntendam, 2013)

Conclusie En Bevindingen

Er zijn verschillende opvattingen over gezondheid die elkaar beïnvloeden en overlappen. Een breed geaccepteerde opvatting is 'Positieve Gezondheid', waarbij ziekte wordt gezien als een dynamisch concept. Persoonlijke, sociale en maatschappelijke veranderingen kunnen mensen zich ziek laten voelen. Deze benadering benadrukt het vermogen om met deze veranderingen om te gaan en zelf de regie te voeren. Deze definitie past goed bij de visie van de SPV: gezondheid wordt niet alleen beïnvloed door medische zorg, maar ook door sociale en maatschappelijke factoren. Alle niveaus van functioneren (individueel, fysiek, spiritueel, sociaal en maatschappelijk) zijn verbonden en beïnvloeden elkaar. (V&VN, 2023) Dat in ogenschouw nemend kunnen we concluderen dat de rol van de SPV zeker van waarde kan zijn als het gaat de Eigen Kracht Conferenties. Het sluit feilloos aan bij het systemisch werken, de kennis van de sociale kaart, betrekken van netwerk- en ketenpartners en het onderhouden van contact met alle betrokken vanuit het cliëntensysteem. Als SPV stimuleer je vooral de mogelijkheden en bekijk je de zaken vanuit de gehele context.

Daarnaast sluit de uitvoer van de Eigen Kracht Conferentie goed aan bij de visie van de SPV. Het betrekken van het netwerk en systeem, het benadrukken van de eigen kracht en het zelf regie (laten) nemen in het proces.

Terugkomend op het onderwerp eigenwaarde wat als thema centraal staat in dit vakblad, kunnen we met zekerheid stellen dat de Eigen Kracht Conferentie bijdraagt aan het behoud, de stimulering en de ontwikkeling van de eigenwaarde van de cliënt. Niet alleen de cliënt zelf, maar ook het cliëntensysteem wordt in zijn kracht gezet, wat een stimulerend effect kan hebben op de ervaren eigenwaarde. De mogelijkheid om zaken zelfstandig op te pakken en uit te voeren versterkt het gevoel van eigenwaarde aanzienlijk.

Bronnen

- Beek, v. F., & Muntendam, M. (2013). *De Kleine gids Eigen Kracht-conferentie 2013*. Alphen aan de Rijn: Wolters Kluwer Nederland B.V.
- Beyers, M. (2013). *Eigen Kracht-conferenties, burgers aan zet*. Antwerpen: Garant Uitgevers.
- Boer. (2014). *Eigen Kracht begeleide zelfhulp in de geestelijke gezondheidszorg*. Bussum: Coutinho.
- Eigen kracht centrale. (2024, juli 3). *Wat is eigen kracht conferentie*. Opgehaald van [www.eigen-kracht.nl](https://www.eigen-kracht.nl/aanbod-regie-eigen-leven/wat-is-eigen-kracht-conferentie/): <https://www.eigen-kracht.nl/aanbod-regie-eigen-leven/wat-is-eigen-kracht-conferentie/>
- EigenKrachtCentrale. (2024, juli 3). *Voordelen van eigen kracht conferentie*. Opgehaald van [www.eigen-kracht.nl](https://www.eigen-kracht.nl/aanbod-regie-eigen-leven/wat-is-eigen-kracht-conferentie/voordelen-eigen-kracht-conferenties/): <https://www.eigen-kracht.nl/aanbod-regie-eigen-leven/wat-is-eigen-kracht-conferentie/voordelen-eigen-kracht-conferenties/>
- Kennisbank. (2024, mei 15). *Zelfregie, eigen kracht, zelfredzaamheid en eigen verantwoorde-lijkheid*. Opgehaald van [www.Kennisbank.patientenfederatie.nl](https://kennisbank.patientenfederatie.nl/app/answers/detail/a_id/1965/~selfregie%2C-eigen-kracht%2C-zelfredzaamheid-en-eigen-verantwoordelijkheid): https://kennisbank.patientenfederatie.nl/app/answers/detail/a_id/1965/~selfregie%2C-eigen-kracht%2C-zelfredzaamheid-en-eigen-verantwoordelijkheid
- Lieshout, v. H. (2024, mei 10). *Een ommekeer met het netwerk*. Opgehaald van [www.eigen-kracht.nl](https://www.eigen-kracht.nl/categorie/verhalen/een-ommekeer-met-het-netwerk/): <https://www.eigen-kracht.nl/categorie/verhalen/een-ommekeer-met-het-netwerk/>
- Pagée, H. v. (2003). *Eigen kracht: Family Group Conference in Nederland*. Amsterdam-Zuidoost: SWP.
- Pinnock, M., & Pagee, H. v. (2018). *Family Group Conference in Social Work and Social Care Involving Families Decision Making*. Bristol: University Press.
- Uitdewilligen, A., & Hermans, K. (2012). *Eigen Kracht Conferenties in de Praktijk: wanneer zijn ze effectief? Kind en Adolescent Praktijk*, pp. 122-136.
- V&VN. (2023). *Expertise gebied sociaal psychiatrisch verpleegkundige*. Scrid Media B.V.
- Wendy. (2021, juli 2). *Wat is mijn kracht*. Opgehaald van [www.ikbengoudwaard.nl](https://www.ikbengoudwaard.nl/blog-wat-is-mijn-kracht/): <https://www.ikbengoudwaard.nl/blog-wat-is-mijn-kracht/>

Bouwen aan innerlijke kracht

*Janita Haaijer,
SPV i.o. en Petra
Heller, SPV i.o.,
beiden werkzaam
bij GGZ Drenthe*

Willen we allemaal niet de perfecte partner, moeder/vader, dochter/zoon zijn? En dan ook nog eens werken, een huishouden runnen, sporten en gezond leven? We verwachten tegenwoordig veel van onszelf, maar ook de samenleving verwacht veel. We vinden dat we alles moeten kunnen en we willen dit vaak ook, maar hoe houd je balans in je leven en in hoe-verre heeft de buitenwereld invloed op jouw leven? Stel jezelf de vraag; Wie ben ik en wat heb ik nodig om zo goed mogelijk om te gaan hoe ik over mijzelf denk? In dit artikel zal naar voren komen wat zelfbeeld is in relatie tot eigenwaarde en de rol die de Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige (SPV) hierin kan vervullen vanuit Competitive Memory Training, oftewel COMET.

Voor iedereen zal zelfbeeld en eigenwaarde een andere betekenis hebben (Universiteit van Amsterdam, 2017). Voor dit artikel is gekeken naar theorie maar ook naar praktijk. We hebben twee SPV-en geïnterviewd: Iris Duinkerken-Kloppenburger, werkzaam als SPV/POH die COMET gebruikt in haar individuele behandelingen en Martha Miedema, werkzaam als SPV en de COMET inzet in groepsverband bij Buurtzorg T.



Zelfbeeld in de levensloop

Het woord “zelfbeeld” kun je ontlenen als “het beeld dat je van jezelf hebt”. Dit is een verzameling van gedachten en overtuigingen hoe je jezelf waardeert en naar jezelf kijkt. Dit beeld van jezelf wordt mede gevormd door sociale relaties en ervaringen die je hebt meegemaakt. De hechtingrelatie met ouders/verzorgers speelt hierin een rol maar ook hoe de omgeving op jou reageert. Stel je voor je vroeger bent gepest of buitengesloten, de kans op het ontwikkelen van een negatief zelfbeeld is dan veel groter (Hoorn, 2022). Voor je 6de levensjaar ben je alleen nog gericht op jezelf; wat vind ik leuk, waar ben ik goed in. Volgens onderzoek van Christina Starmans (2017) blijkt dat kleuters al weten dat ze uniek zijn, hun eigen zelf. Vanaf je 6de tot 12e levensjaar (basisschoolkind) ga je jezelf vergelijken met anderen waardoor je kritischer naar jezelf gaat kijken. De focus verschuift naar schoolprestaties, interesses en talenten, lichamelijke verandering en populariteit. Dit alles heeft invloed op de vorming van je zelfbeeld (Nederlands Jeugdinstituut, z.d.). Elk kind ontwikkelt zijn of haar eigen zelfbeeld.

Hoe dit precies ontstaat wordt nog steeds onderzocht. Wel is duidelijk geworden, uit onderzoek van Brummelman & Thomaes (2017), dat sociale relaties een groot onderdeel zijn van het vormen van iemands zelfbeeld. Daarnaast is het ook bepalend welke feedback men krijgt, sociale vergelijkingen die men maakt en welke culturele normen iemand waarneemt. Een groei-mindset is van belang tijdens de ontwikkeling. Een groei-mindset houdt in dat je als kind motivatie en doorzettingsvermogen ontwikkelt en zin krijgt om te gaan leren (Maaskant, 2024). Hierdoor doe je positieve ervaringen op die van invloed zijn op jouw zelfbeeld. Daarentegen, wanneer je een vaste-mindset hebt, belemmert dit je ontwikkeling doordat je dan minder overtuigd van jezelf bent. Hierdoor worden dingen moeilijker en verlies je je interesses, waardoor je ontwikkeling stagneert. De groei en vaste-mindset hebben invloed in alle levensfasen (Thomas en Charles, z.d.). Tijdens de adolescentiefase, van je 12de tot je 23ste levensjaar, wordt niet alleen de mening vanuit de samenleving belangrijk, maar ook de plek die je zelf in de maatschappij wilt innemen (Meeus, 2019).



De meningen van anderen wegen mee bij de vorming van de eigen mening waardoor verwarring kan ontstaan in het zelfbeeld. Denk hierbij aan sociale media zoals Instagram en TikTok. De jongeren willen voldoen aan de normen en waarden en verwachtingen die ze online tegenkomen. Ze vergelijken zichzelf

steeds met anderen en het oogt alsof ieder een perfect leven heeft. Dit kan leiden tot geestelijke problemen waaronder een laag zelfbeeld (Puberig, 2023). Ook na je 23ste blijft je zelfbeeld zich ontwikkelen. Diverse levensgebeurtenissen, zoals het krijgen van kinderen, verhuizingen, het overlijden van ouders of dierbaren, en pensionering, kunnen hierop van invloed zijn.

Samenspel tussen Zelfbeeld en Eigenwaarde

Zelfbeeld gaat over hoe we naar onszelf kijken en eigenwaarde gaat over onze innerlijke overtuiging van waarde, hoe we onszelf zien. Dit klinkt vrijwel hetzelfde, maar dat is het niet. Zelfbeeld bestaat uit opvattingen en waarnemingen van je eigen 'ik', terwijl eigenwaarde gericht is op je emotionele waardering van je eigen 'ik' (Beentjes, 2020). Bij basisschoolkinderen, die een goede eigenwaarde hebben, is hun zelfbeeld vaak positief ontwikkeld. In de adolescentiefase ontstaat hierbij een verschil tussen jongens en meisjes. In de puberteit zijn meisjes kwetsbaarder en is de eigenwaarde lager. Dit komt veelal doordat meisjes gevoeliger zijn voor andere meningen vanuit hun directe en digitale omgeving. Hierbij kun je denken aan uiterlijk en sociaal succes. Prestatiedruk vanuit sociale media heeft meer invloed op meisjes, hierdoor kunnen ze onzekerder worden (Bouritius, 2022). Niet alleen meningen, maar ook de sociaaleconomische status heeft invloed op eigenwaarde. Waar je bent geboren of waar je huis staat heeft invloed. Een hogere sociaaleconomische status staat in verband met een hogere eigenwaarde (Beentjes, 2020a)

COMET: De kracht van jezelf zien

De SPV kan alle facetten die in de vorige paragraaf zijn genoemd betrekken in de COMET-training, omdat de SPV met name gericht is op psychosociale factoren. COMET is een cognitief-gedragstherapeutische interventie gericht op het verbeteren van

het zelfbeeld. De SPV kan door middel van COMET de cliënt inzichten geven in patronen en gedachten. Wat de cliënt in zijn jaren heeft geleerd, wordt aangepast met behulp van nieuwe gedachten of oude worden afgezwakt. Dit wordt gecorrigeerd door nieuwe leerervaringen op te doen. Om COMET in te zetten, maakt de SPV gebruik van het COMET-protocol, dat bestaat uit zeven verschillende stappen, die in zes tot negen wekelijkse sessies worden doorlopen. Dit kan individueel of in een groep (Korrelboom, 2011).

Stap 1 t/m 4: vaststellen negatief zelfbeeld, uitgangspunt en rationale, en bepalen incompatibel tegenbeeld en illustreren met concrete tegenvoorbeelden. Binnen deze stappen krijgt de cliënt informatie over wat een negatief zelfbeeld is en hoe dit ontstaat. De cliënt brengt zijn negatieve gedachten door middel van zelfevaluatie in kaart. De cliënt wordt aangemoedigd om zijn positieve eigenschappen te identificeren en op te schrijven. Hierin zit een huiswerk opdracht om dagelijks 20 minuten positieve eigenschappen op te schrijven. Naast het opschrijven moeten ze ook situaties visualiseren en deze verhalen opschrijven zodat ze meer bekend en vertrouwd raken met de positieve eigenschappen. Levendigheid en details zijn hierbij belangrijk zodat het vooraan in het geheugen komt te staan.

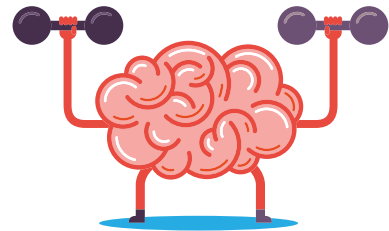
Stap 5a en 5b: emotioneel versterken van tegenvoorbeelden: imaginatie en zelfspraak.
Stap 5c: emotioneel versterken van tegenvoorbeelden: motoriek (lichaamshouding en gelaatsuitdrukking)

Stap 5d: emotioneel versterken van tegenvoorbeelden: muziek. Bij stap 5 gaat de cliënt zich meer richten op de emotionele saillantie. Dit houdt in dat emotie meer op de voorgrond komt te staan dan in stap 4. In stap 4 kan het voorkomen dat de cliënt de emotie er niet bij betreft. De emotionele saillantie gebeurt door herhaling van specifieke oefeningen wat de positieve eigenschappen verder verhoogt.

Stap 6: contraconditionering 1: immuun maken.
Stap 7: contraconditionering 2: coping.

In stap 6 en 7 wordt aandacht besteed aan de negatieve zelfwaardering. Er wordt gekeken wat je er tegenover kan zetten, iets positiefs. Bij bepaalde triggers wordt de cliënt 'immuun' gemaakt om met zijn gedachten (coping) er niet te veel in mee te gaan maar het onder controle te hebben vanuit helpende gedachten.

De theorie is kort beschreven. Voor meer informatie verwijzen we naar het boek van Korrelboom, COMET voor negatief zelfbeeld: Competitive Memory Training bij lage zelfwaardering en negatief zelfbeeld."



COMET in de Praktijk: Zelfbeeldverbetering door SPV

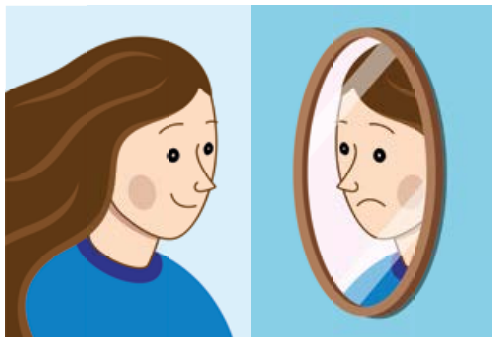
Om een beeld te kunnen vormen hoe COMET in de praktijk werkt zijn Martha en Iris, twee SPV-en, geïnterviewd.

Martha: Ik geef de COMET in groepsverband met een collega aan de hand van de 7 stappen. Onze doelgroep is breed van 18 tot 80 jaar. We hebben geen verdere inclusiecriteria. We zien namelijk dat door een negatief zelfbeeld klachten bij cliënten instant worden gehouden. Als cliënten nog niet toe zijn aan het werken in groepen, door bijvoorbeeld angstklachten, gaan ze eerst individueel bezig met de cliënten. Onze groeps sessie heeft 8-9 bijeenkomsten. COMET in groepsverband geven heeft wel mijn voorkeur. Groepsgenoten kunnen veel aan elkaar hebben, bijvoorbeeld hoe ze huiswerk aanpakken of zaken in het dagelijks leven die worden gedeeld waarin ze

zichzelf herkennen. Ze zoeken het daardoor meer in de kleine dingen die je in het dagelijks leven doet. Andere groepsleden zien vaak meer positieve eigenschappen bij een ander dan bij zichzelf. Dit is een leuke interactie tussen cliënten onderling. In de groep wordt er vooral over de groene gedachten gesproken en de rode gedachten wordt minder aandacht besteed. Groene gedachten zijn helpende/positieve gedachten en rode gedachten zijn niet helpende/negatieve gedachten.

Als een cliënt er niet goed bij zit, wordt dit niet besproken in de groep. De cliënt krijgt de mogelijkheid om dit na de groepssessie individueel te bespreken of er wordt een afspraak met de eigen behandelaar gemaakt. We gebruiken de scorelijst Rosenberg Self Esteem Scale om hun zelfwaardering te meten. Deze nemen we bij de cliënten af voor de eerste en één na laatste bijeenkomst. We bespreken de uitkomsten tijdens de eerste en laatste bijeenkomst. Vaak zie ik dat cliënten wel 5 punten zijn verbeterd ten aanzien van de 10 punten waarop ze kunnen scoren. Dit geeft de cliënten een goed gevoel. De cliënten krijgen, vanaf stap 1, huiswerk mee vanuit het werkboek COMET. Ze moeten een positieve punten dagboek bijhouden. Hierin beschrijven ze elke dag vijf positieve punten over zichzelf. Ze krijgen als huiswerkopdracht om vijf verschillende mensen de volgende vragen te stellen: “Op welke moment ben ik voor jou in je leven betekenisvol geweest en waarom”? Kijkend naar deze vijf verhalen; welke positieve eigenschappen van jezelf hebben bijgedragen aan dat moment? Vanaf bijeenkomst drie moeten de cliënten elke dag zes keer een imaginatie oefening uitvoeren en beschrijven hoe dit verloopt. Een cliënt had eens een leuk idee: Je schrijft op verschillende kleuren papier de positieve verhalen op die je in die week hebt meegemaakt en stopt ze in een pot. Als je tijdens imagineren geen positief verhaal kunt bedenken haal je een

verhaal uit de pot. Daarnaast kun je ook positieve eigenschappen in de pot doen die je erbij kunt pakken zodat je kunt terugkijken wanneer die eigenschap goed tot zijn recht kwam. De ervaring is dat cliënten hierdoor steeds makkelijker een positieve eigenschap of verhaal kunnen beschrijven.



Iris: Ik werkte als SPV met de doelgroep die trauma gerelateerde klachten hadden. In mijn werk zette ik de COMET in groepsverband in. Dit deed ik twee tot drie keer per jaar. Het mooie van het werken met groepen is dat er veel verbinding ontstaat en cliënten veel van elkaar kunnen leren en elkaar kunnen aanvullen bij het zien van positieve eigenschappen. Cliënten begonnen altijd eerst met een intake om te kijken of de COMET passend voor hen was. Zo ja, dan volgden daarna acht groepsbijeenkomsten van 2,5 uur. Tijdens de bijeenkomsten werkte ik vanuit het werkboek van COMET. Als cliënten er niet goed bijzaten, besteedde ik hier wel aandacht aan en verwees ik ze terug naar hun behandelaar. Ik merkte dat sommige cliënten zich niet het vergroten van de positieve eigenschappen eigen konden maken. In de groepen was er ook soms uitval van cliënten. Na de training kreeg ik wel eens te horen dat sommigen terugvielen in hun oude patronen. Ik vond de methodiek zelf niet altijd passend bij de doelgroep waaraan ik het gaf. Nu werk ik als POH GGZ bij een huisarts en zet ik de COMET individueel in. Ik merk dat het bij deze doelgroep

makkelijker is om de omslag te maken naar positieve eigenschappen te vergroten. Als POH GGZ werk ik niet in groepsverband. Als SPV deed ik dit wel, het is ook van belang dat je dan groepen kunt aansturen. Je moet goed kunnen doorvragen en goed op jezelf kunnen reflecteren.

Conclusie

Het COMET-protocol biedt een krachtige methode om het zelfbeeld te transformeren door diepgaande kennis van het zelfbeeld en de werking ervan in ons brein te combineren met praktische technieken zoals 'Rode en groene gedachten' (Marije Kuin, 2020). Door deze technieken toe te passen, kunnen cliënten inzicht krijgen in hun hersenprocessen en leren hoe ze negatieve gedachten kunnen ombuigen naar positieve. Creativiteit en een goede vertaalslag van theorie naar praktijk zijn cruciaal om de effectiviteit van COMET te waarborgen.

Hoewel COMET soms niet direct aansluit bij elke cliënt, zoals Iris heeft ervaren, kan het protocol zowel in groepsverband als individueel worden toegepast, afhankelijk van de complexiteit van de problematiek. Groepssessies bieden steun en herkenning, terwijl individuele sessies het tempo kunnen aanpassen aan de behoeften van de cliënt. Het is essentieel dat SPV-en beschikken over kennis van groepsdynamica en zelfreflectie om effectief te kunnen interveniëren en ongewenst gedrag te signaleren.

Het COMET-protocol kan significant bijdragen aan een positiever zelfbeeld door cliënten te helpen openstaan voor nieuwe perspectieven en hen te leren denken in termen van mogelijkheden in plaats van beperkingen.

Tips voor de SPV:

- Het gebruik van meetinstrumenten zoals de Rosenberg Self-Esteem Scale helpt bij het monitoren van vooruitgang en het motiveren van cliënten.
- Het is belangrijk om concrete doelen te formuleren, zodat je hier goed op kunt evalueren. Wanneer de doelen niet helder genoeg zijn hebben cliënten niet het gevoel dat hun zelfbeeld veel is verbeterd.
- Kijk eens het filmpje van Marije Kuin (2020) op YouTube: Werken aan je zelfbeeld uitleg hersenen.
- Op de website www.degroeipsycholoog.nl is een gratis E-book te vinden over de mindset: Wat is het en hoe ontwikkel ik het.
- Tip van Martha: Aan het begin van de sessie wordt op een flap-over een zinnetje geschreven die cliënten over zichzelf vinden. Bijvoorbeeld 'Ik ben dom'. Aan het eind wordt hier nog een keer naar gekeken om te kijken hoe ze nu naar het zinnetje kijken. Vaak kijken ze nadien liever en positiever naar zichzelf en kunnen ze de oude gedachten meer parkeren, zodat het niet steeds meer belemmert.
- Leuke oefening om te doen is een kruiswoordpuzzel waar positieve punten in staan, zodat cliënten ideeën krijgen voor positief zelfbeeld. Dit zou jezelf kunnen maken op <https://kruiswoordpuzzelfabriek.nl/>.
- Kaartjes eigenwijsje, rebussen en jezelf tekenen als superheld is ook een leuke manier om gesprekken vorm te geven.

Bronnen

- Beentjes, J. (2020, 1 november). *Hoe ontwikkelt het zelfbeeld van een basisschool kind*. Groei-Zelf. Geraadpleegd op 17 juli 2024, van Hoe ontwikkelt het zelfbeeld van een basisschool kind - GroeiZelf
- Beentjes, J. (2020a, november 1). *Wie ben ik en waar hoor ik bij, het zelfbeeld van een adolescent*. GroeiZelf. Geraadpleegd op 24 juli 2024, van <https://groeizelf.nl/kindercoach/wie-ben-ik-en-waar-hoor-ik-bij-het-zelfbeeld-van-een-adolescent>
- Bouritius, J. (2022, 15 april). *Het effect van social media op pubers*. Mentaal Beter. Geraadpleegd op 17 juli 2024, van <https://mentaalbeter.nl/artikelen/het-effect-van-social-media-op-pubers/>
- Brummelman, E., & Thomaes, S. (2017): 'How children construct views of themselves: A social-developmental perspective', in: *Child Development* (advance online publication). <http://doi.org/10.1111/cdev.12961>
- Hoorn, D. (2022, 15 maart). *Hoe kom je van een negatief zelfbeeld af*. Psyned. Geraadpleegd op 17 juli 2024, van <https://www.psyned.nl/zelfbeeld/>
- Korrelboom, K. (2011). *COMET voor negatief zelfbeeld: competitive memory training bij lage zelfwaardering en negatief zelfbeeld*. Bohn Stafleu van Loghum.
- Maaskant, C. (2024, 8 juli). *Groei mindset: Wat is het en hoe ontwikkel ik het?* De Groei Psychooloog. Geraadpleegd op 17 juli 2024, van <https://www.degroeipsycholoog.nl/groei-mindset/>
- Meeus, W. (2019). Wat is adolescentie. In *Vallen en opstaan in de adolescentie* (pp. 1–11). Bohn Stafleu van Loghum. https://doi.org/10.1007/978-90-368-2362-3_1
- Nederlands Jeugdinstituut. (z.d.). *Kind 6-12 jaar. Zelfbeeld: bewuster van verschillen*. NJI. Geraadpleegd op 17 juli 2024, van <https://www.nji.nl/ontwikkeling/zelfbeeld-bewuster-van-verschillen>
- Puberig. (2023, 12 september). De invloed van sociale media op het leven van pubers. *Puberig*. Geraadpleegd op 17 juli 2024, van <https://puberig.nl/invloed-van-sociale-media-pubers/#::-:text=Pubers%20worden%20vaak%20geconfronteerd%20met%20sociale%20druk%20om,gevolgen%20hebben%20voor%20de%20geestelijke%20gezondheid%20van%20pubers.>
- Starmans, C. (2017). Children's theories of the self. *Child Development*, 88(6), 1774–1785. <https://doi.org/10.1111/cdev.12951>
- Thomas en Charles. (z.d.). *Fixed en growth mindset*. Thomasencharles. Geraadpleegd op 17 juli 2024, van <https://www.thomasencharles.nl/kindgesprekken-growthmindset/#::-:text=Fixed%20en%20growth%20mindset,en%20zin%20om%20te%20leren>
- Universiteit van Amsterdam. (2017, 28 september). *Hoe vormen kinderen een zelfbeeld?* Geraadpleegd op 17 juli 2024, van <https://www.uva.nl/content/nieuws/persberichten/2017/09/hoe-vormen-kinderen-een-zelfbeeld.html?cb>
- Marije Kuin. (2020, 19 april). *Werken aan je zelfbeeld uitleg hersenen* [Video]. YouTube. Geraadpleegd op 11 september 2024, van <https://www.youtube.com/watch?v=bathrjdfjk>

Stemmen zien als hulpbronnen

Peter Oud, SPV

Illustraties:

Ron Verbrugge

Een moeder is wanhopig op zoek naar hulp omdat haar dochter stemmen hoort. De stemmen zetten haar dochter aan, zichzelf te suïcideren, te beschadigen of te vluchten. De psychiater van Triversum had aangegeven open te staan voor de Maastrichtse benaderingen en de psychotherapeute van de afdeling is steeds bij de vervolggesprekken aanwezig.

Het betreft een 17-jarig meisje, hier genoemd Sofie, die bijna vier maanden op een gesloten jeugd-afdeling verblijft. Zij hoort stemmen en heeft diverse behandelingen gehad, waaronder cognitieve gedragstherapie. Er wordt een second opinion aangevraagd bij het AMC en later het UMC. De stemmen worden niet minder. De behandeling blijkt gestrand.

Behalve een medicatieadvies waardoor Sofie gedrogeerd over de afdeling loopt, krijgt Sofie te horen dat men verder niet veel voor haar kan doen. Sofie wordt aansluitend middels de Maastrichtse benadering in acht gesprekken behandeld. Het gevolg is dat zij geen stemmen meer hoort.

Eerst maak ik kennis met Sofie en met twee van haar behandelaren. Ik vertel haar iets over de Maastrichtse benadering. Ook dat ik zelf zeventien jaar stemmen heb gehoord. Tevens vertel ik haar, dat ik stemmen niet zie als symptoom van een ziekte, maar beschouw als een menselijke variatie waarmee men kan leren omgaan.

We starten met het Maastrichtse interview, negen kantjes met allerlei vragen over de stemmen. Daarna orden en verwerk ik deze informatie in een rapport om vervolgens twee vragen te kunnen beantwoorden: Wie of wat vertegenwoordigen de stemmen? En voor welk probleem staan ze?

Dit om erachter te komen wat de reden is dat Sofie stemmen is gaan horen. Middels deze werkwijze kan het voor de betrokkenen inzichtelijk worden waarom zij stemmen is gaan horen en kan het aanknopingspunten geven voor de rest van de behandeling. Hierbij heb ik naar Sofie toe benoemd dat stemmen altijd behulpzaam zijn, maar in de manier hoe zij zich bijvoorbeeld dominant

of negatief uiten, dit niet altijd te begrijpen is. Ook benoem ik dat stemmen vaak metaforen gebruiken in datgene wat ze zeggen of in datgene wat beelden laten zien. Deze stemmen zijn vergelijkbaar met een bezorgde ouder die boos op hun kind is, tegen hun kind tekeergaan in de hoop dat het kind luistert en geen onverstandige dingen doet. Uiteindelijk willen deze ouders hun kind beschermen tegen de gevaren van het leven, maar doen dit op een zodanige wijze dat het heel anders geïnterpreteerd kan worden.

Meestal kunnen we het interview in één á drie gesprekken afnemen. Dit lukt bij Sofie niet, omdat ze veel last heeft van dissociaties. Zij heeft tussentijds een suïcidepoging ondernomen en word tijdelijk elders opgenomen. Sofie ervaart de gesprekken vaak als te intensief waardoor we een enkele keer de gesprekken voortijdig afbreken. Ook gaan enkele gesprekken niet door, of worden ze verschoven.

Sofie hoort bij aanvang van het interview negen stemmen. Zij kan niet met de stem-

men praten en is dan ook niet in gesprek met haar stemmen. Als Sofie in trance is en in een soort droomwereld verkeert, zegt Sofie wel met de stemmen te kunnen praten. Tussentijds gaat Sofie wel twintig stemmen horen, maar na het achtste gesprek waren het er nul en hoort zij dus geen stemmen meer. Sofie vertelt mij dat zij bij de stemmen ook beelden zag, waar ik er één uit haal om aan te tonen dat behalve met stemmen, ook met beelden te werken valt.

Sofie geeft aan, elke dag een rode deur te zien in de muur. Zij ziet door het raam de psychiater of een andere hulpverlener staan. Hierbij leg ik haar uit dat ook beelden wat kunnen zeggen en betekenis kunnen hebben. Ook benoem ik dat ik zelf, naast stemmen horen, ook beelden heb gezien. Zo wil ik het voor haar aannemelijk maken dat ik haar serieus neem in het gegeven, dat de stemmen die zij hoort en beelden die zij ziet, betekenis kunnen hebben.

Hierop heb ik vragen gesteld: Waar staat rode deur voor? Kan rood staan voor iets wat verboden is en dat je hierdoorheen kunt gaan? Wat zit er achter die deur? Waar ben je eerder door een rode, 'verboden' deur gegaan en waar je mogelijk de consequenties voor moet dragen? Wat verwacht je achter de rode deur te zien en is dit aantrekkelijk voor je? Waar heb je je verantwoording wel of niet genomen?

Sofie vertelde dat ze proefwerken heeft gestolen en dat zij dit onder druk van medestudenten heeft gedaan. Zij gaf aan dat zij hiermee over haar grenzen is gegaan. Sofie durfde destijds als een gevolg van een laag zelfbeeld geen nee te zeggen. Zij had onvolgende opgebouwde weerbaarheid hiervoor.

Sofie hoopte met het stelen van de proefwerken respect, aanzien en vriendschap met haar medeleerlingen te verkrijgen. Ze werd echter betrappt.



Andere interventies zijn bijvoorbeeld uitleg hoe met emoties, zoals verdriet, boosheid en schuldgevoelens om te gaan. De psychotherapeut en ondergetekende spelen daartoe enkele rollenspelen met Sofie. Tevens doen zij voor, hoe Sofie zou kunnen reageren als stemmen Sofie uitschelden of zich blijven opdringen. Tussentijds geven we Sofie ook huiswerkopdrachten: wij geven haar iets te lezen over stemmen horen, waaronder een brochure en een artikel. En we geven haar oefeningen mee om haar angst aangaande de stemmen te overwinnen, wel of niet met behulp van haar hulpverleners op de afdeling.

Met behulp van het interview, het uitvragen van de karakteristieken en wat de stemmen zeggen, kunnen we een antwoord geven wie de stemmen vertegenwoordigden.

Een deel van de eerste stemmen vertegenwoordigen pesters op school, sommigen zijn anoniem, zij staan mogelijk voor de pesters via de sociale media. Een andere stem staat voor de ballerina, een deel van Sofie wat voor haarzelf staat: haar perfectionisme, zij kritisch naar zichzelf is, vooral de ontevredenheid over zichzelf vertegenwoordigt. Weer andere stemmen vertegenwoordigen vriendinnen en hulpverleners. Dit zijn stemmen die haar steunen, dan wel door wie zij zich afgewezen voelt.

De reden dat Sofie stemmen hoort, zoals in dit rapport naar voren komt, onderschrijft wat psychologische onderzoeken van andere hulpverlenende instanties al eerder hebben aangegeven: zoals veel andere stemmenhoorders heeft Sofie een zeer laag zelfbeeld ontwikkeld. Zij heeft geleerd zichzelf te zien als niet-goed-genoege.

Sofie heeft zich hier ergens vergist. Als gevolg van eerdere ervaringen, heeft zij zichzelf in haar denken iets wijs gemaakt. Tijdens de middelbareschooltijd heeft Sofie weinig weerbaarheid opgebouwd. Zij heeft grote moeite om op assertieve wijze bij zichzelf te blijven en haar grenzen aan te geven. Dit houdt in dat Sofie in eerste instantie leert respectvol te zijn naar zichzelf en hierdoor ook respectvol naar anderen kan zijn. Sofie heeft echter veelal de neiging sub-assertief te reageren of soms neigt Sofie, als zij zich iets veiliger voelt, tot een agressief-assertieve houding.

Sofie neigt kritiek van anderen, negatief in te kleuren en te zien als afwijzing. Sofie heeft een gevoeligheid ontwikkeld voor wat anderen van haar denken en kan moeilijk onderscheid maken van wat anderen denken en wat zij zelf denkt. In feite zijn het allemaal projecties. Iets wat ze niet altijd bij zichzelf herkent op dat moment, maar uitvergroot ziet in de ander. Zij weet mede hierdoor eigenlijk niet goed wat waar is en waar ze op kan vertrouwen. Sofie heeft op dit moment onvoldoende houvast.

Sofie heeft het afgelopen jaar veel negatieve ervaringen opgebouwd. Het lijkt erop dat Sofie de negatieve emoties die hieruit voortgekomen zijn, nog steeds uit de weg gaat. Mede omdat deze te bedreigend en te overweldigend voor haar zijn. Zij drukt haar emoties weg en kan zo niet met haar emoties in contact komen.

Sofie ervaart dat zij geen vat heeft op haar stemmen. Dit is wel begrijpelijk omdat Sofie de hele dag het gevoel heeft achtervolgt

te worden door de stemmen. Zij ziet geen andere mogelijkheid dan het aannemen van een overlevingshouding.

Het nadeel is dat Sofie zo niet met haar emoties leert omgaan. Het lukt haar niet om in te zien waar haar emoties nuttig zijn of juist disfunctioneel.

Het is niet functioneel om te veel emoties te voelen. Maar te weinig emoties voelen, bijvoorbeeld bij het dissociëren, levert, vooral op langere termijn, ook niet veel zinnigs op. Op een of andere manier dient Sofie te leren dat zij anders leert omgaan met haar emoties, deze beter onder controle leert houden. Er is niets mis mee om zo nu en dan, verdriet of pijn te ervaren. Zonder emoties heeft men niet het idee dat men leeft. Erin blijven hangen, heeft echter ook geen zin.

Sofie heeft het laatste jaar verscheidene stressvolle ervaringen opgedaan zoals: teruglopende schoolprestaties, pesten op school, vervelende gesprekken op school, conflicten thuis, in de afgelopen maanden het online pesten, de separaties, suïcides in directe omgeving en mogelijk andere trauma gerelateerde ervaringen. De toegenomen spanning veroorzaakt mogelijk dat Sofie (meer) stemmen is gaan horen. Het horen van stemmen en daardoor denken van zichzelf dat ze ernstig ziek is, lijkt bij Sofie op zich al een trauma te zijn geweest. Vanwege deze oplopende spanningen blijft Sofie stemmen horen en lijken het aantal stemmen alleen maar toe te nemen. Stemmen horen is daarom geen symptoom van een hersenziekte wat veelal verkondigd wordt, maar zijn reacties op emotioneel belastende ervaringen.

Gezien Sofie de stemmen uit de weg gaat en geen grenzen stelt aan de stemmen, dreigen de stemmen, zolang Sofie niets onderneemt, steeds heftiger te worden.

De stem van de Ballerina voedt Sofie in haar perfectionisme, hierbij ervaart Sofie ook een druk: iets goed willen doen. Vaardigheden

willen leren en hier behendiger in worden is veelal niets mis mee. Leren kan ook genieten zijn. Als de lat voortdurend te hoog gelegd wordt, kan dat genieten overgaan in een gevoel, van 'ik ben niet goed genoeg'. Sofie geeft hiermee ergens de macht voor haar leven, uit handen.

Sofie is met haar gedrag een gevaar voor eigen leven geworden. In het kader van de uitleg dat stemmen alleen maar hulptroepen zijn, dat de stemmen je ergens helpen om met je emoties om te gaan, klinkt het logisch dat de stemmen nu ook zijn toegenomen. Het is bijna een hele legermacht.

Sofie heeft de neiging de verantwoordelijkheid voor haar leven in handen te leggen van haar ouders, de artsen, haar behandelaren en sociotherapeuten. Dat is ook wel voorstelbaar gezien zij het gevoel heeft dat het haar allemaal teveel wordt. Met emoties omgaan is ook een pittige klus. Er is echter maar één kapitein op het schip van Sofie. En dat is Sofie zelf.

Wil zij beter met haar emoties omgaan, beter haar grenzen bewaken en positiever te zijn over zichzelf, zal er iets dienen te veranderen. Het betekent dat zij zal moeten leren anders naar zichzelf te kijken dan zij dit tot op heden gedaan heeft. Sofie heeft genoeg mensen om zich heen verzameld die haar hierbij willen en kunnen ondersteunen.

Na vier maanden heeft Sofie te horen gekregen dat ze naar de open afdeling kan. Hoe komt dat zo plotseling? Sofie hoort geen stemmen meer, dissocieert niet meer en heeft geen enkele neiging meer om zichzelf te beschadigen. Zij ziet wel hoe andere medecliënten op de afdeling zich gedragen en realiseert dat ze zelf vergelijkbaar gedrag vertoonde. Sofie gaat tijdelijk naar de open afdeling en verwacht dan de overstap te maken naar een afdeling elders.



Geen van ons drieën heeft het idee dat ik nog nodig ben. De therapie, met name gericht op omgaan met emoties, kan de psychotherapeute samen met anderen oppakken. Wij komen overeen dat wij afscheid gaan nemen. Mocht Sofie nog een keer een vraag hebben, dan kan zij mij bellen of mailen.

Hierna volgt er een telefonische afstemming met moeder erbij. Samen hebben we het coachingstraject nabesproken. Ook de prettige samenwerking met het behandelteam kwam aan bod en natuurlijk bovenal dat Sofie geen stemmen meer hoorde en dit iedereen tevreden had gestemd.

Peter Oud,

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

► **Ron Verbrugge,** *illustratie.*

Mijn zoon

Petra Heller

Ik schrijf dit op de dag dat onze zoon de uitslag van zijn examen heeft gekregen, en hij geslaagd is voor zijn kaderdiploma. Wat zijn wij trots op het feit dat je in twee jaar je kaderdiploma hebt gehaald. Ja, inderdaad, in twee jaar en niet in vier jaar. Ik neem je mee terug naar de reis die zes jaar geleden begon.

Onze zoon zat in groep vijf en ging op schoolkamp. Hij kwam terug met een bult bij zijn oog. "Het viel wel mee," zeiden de docenten. Je was tijdens het eerste halfuur tegen een doelpaal gedoken. Koud doekje erop en klaar. Zo simpel leek het eerst ook. Tot vijf dagen erna je thuis kwam en zei: "Mama, mijn hoofd doet af en toe zo raar. Ik heb af en toe het gevoel dat ik val en dat de vloer beweegt." Eigenlijk dacht ik direct toch aan een hersenschudding. We zijn naar de huisarts gegaan en je moest twee weken rustig aan doen. Dus geen gym en voetbal. Naar school gaan was prima.

Je bleef wat kwakkelen, maar echt de vinger konden we er niet op leggen. Tot in de zomervakantie. Je lag in bed te schreeuwen: "Mijn hoofd moet ophouden." "Wat is er dan met je hoofd?" "Het moet ophouden. Er zit een liedje in mijn hoofd." Wat hebben wij dat nog vaak van je gehoord in de jaren daarna. We konden ook niet zo goed duidelijk krijgen wat je bedoelde met een liedje in je hoofd. Je lag maar te schreeuwen en riep: "Geef me maar een mes, dan steek ik me neer, dan houdt het wel op." Jeetje, wat een schrik. Wat gaat er dan door je heen als ouders? Zelfs als verpleegkundige kon ik dit niet horen van mijn eigen kind. Je ziet je kind lijden. Toch gingen er ook allerlei radertjes in mijn hoofd draaien. Hij is toch wel jong om stemmen te horen? Nee, dit wil ik niet, ik heb een gewone zoon. Omdat deze avonden zich wel vaker herhaalden en ik niet wilde dat hij stempels op zich gedrukt kreeg, hebben we eerst veel gezocht in het alternatieve circuit.

De klachten bleven aanhouden. We hadden al snel door dat de muziek in zijn hoofd er vooral was als hij het druk had gehad of als we op drukke plekken waren. Na de zomervakantie ging hij naar groep zes. Dit ging nog redelijk goed. Toch bleven de zorgen en zijn we weer naar de huisarts gegaan. De huisarts nam ons erg serieus en vond dat er een scan moest komen. Omdat de wachtlijsten bij het UMCG bij de kinderneuroloog lang waren, adviseerde hij ons om eerst bij een neuroloog langs te gaan voor de MRI-scan. De huisarts dacht dat hij last had van auditieve hallucinaties, het syndroom van Charles Bonnet. De neuroloog lachte ons bijna uit. "Dat kan echt niet, daar is hij te jong voor." Er was niets te zien op de MRI-scan, dus het kon geen restschade van een hersenschudding zijn. We werden doorverwezen naar de ziekenhuispsycholoog. Deze psycholoog werkte er net en had veel ervaring met autisme. Tot deze diagnose kwam ze al snel en we werden verwezen naar een kinder- en jeugdinstelling. Hier kregen we een uitgebreid autismeonderzoek. Bij het adviesgesprek kregen we te horen dat hij wel kenmerken had van autisme, waarschijnlijk ADHD of PDD-NOS. "Wat kunnen jullie dan bieden zodat hij minder angst heeft en weer meer met het sociale leven durft om te gaan?" Eigenlijk hadden ze niks anders dan medicatie. Wij als ouders hadden geen ondersteuning nodig; we deden al wat we konden. We wilden absoluut geen medicatie voor hem. We wilden

behandeling of handvatten zodat hij minder geïsoleerd was. Uiteindelijk, na veel aandringen, kon hij meedoen aan de cursus sociale vaardigheidstraining. Dit was één keer per week, volgens mij zo'n tien keer. Na elke bijeenkomst mochten we als ouders er even bij zijn en werd ons verteld wat ze die keer hadden gedaan. Uiteindelijk heeft het voor onze zoon niet veel geholpen, maar we kregen terug van de begeleiders dat hij zo leuk meedeed en dat hij de andere kinderen veel had geleerd. Ze zagen geen problemen bij zijn sociale vaardigheden. Echter, gingen zijn schoolresultaten wel achteruit. Volgens de leerkracht was er geen reden tot zorgen. Wel werd hij angstiger en werd het naar school gaan lastiger. Hij durfde niet alleen, we moesten vaak meefietsen naar school. Hij ging minder vaak spelen met andere kinderen uit school. Na de zomervakantie was het mis. Hij ging naar groep zeven en had een nieuwe leraar. Deze leraar schreeuwde veel tegen hem en zei dingen die zijn zelfvertrouwen erg schaden. Het bleek dat deze leraar ook tegen andere kinderen schreeuwde en al een waarschuwing voor zijn gedrag had gekregen. Hij heeft ontslag gekregen.



Er kwam een nieuwe docent en we kregen goede hoop dat hij weer gemakkelijker naar school zou gaan. Helaas ging het alleen maar bergafwaarts. Hij liet zich niet meer naar school brengen en fietste niet meer met zijn vrienden naar school. Op sommige momenten konden we hem wel naar school brengen met de afspraak dat wij op school bleven. Zo bleven we soms hele ochtenden in de lerarenkamer zitten. Mijn man en ik werkten allebei onregelmatig en konden onze diensten zo aanpassen dat er altijd iemand bij hem was en we zo min mogelijk oppas hoefden te regelen. Uiteindelijk kwam het zover dat hij niet meer naar school ging. De directrice heeft erg haar best gedaan om mee te denken over hoe hij weer naar school kon gaan, bijvoorbeeld naar een andere school waar zijn vrienden van voetbal op zaten. Maar ook van voetbal isoleerde hij zich steeds meer en stopte hij uiteindelijk.

Op het moment dat hij niet meer naar school ging, kon de school niet anders dan de leerplicht-ambtenaar inlichten. De leerplichtambtenaar was eerst erg kortaf: "Hij moet naar school, anders zorg ik daar wel voor." Uiteindelijk hebben we de ambtenaar kunnen overtuigen dat het naar school gaan zoveel stress voor onze zoon opleverde dat het beter zou zijn dat hij een tijd rust kreeg. Wij bleven met hem zijn schoolwerk doen en de leerplichtambtenaar kreeg door dat wij hem niet bewust van school hielden, waardoor hij veel makkelijker werd. Hij gaf hem toen voorlopige vrijstelling van de leerplicht.

We hadden wel door dat onze zoon hulp nodig had. Ons vertrouwen in de hulpverlening was echter niet groot. Voor ons gevoel hadden ze alleen maar medicatie in de aanbieding en dat was niet wat wij wilden. We zagen niet in dat ritalin de angst zou wegnemen om hem te helpen om weer naar school te gaan. Zo kwamen we terecht bij een gezinscoach die EMDR deed en veel ervaring had met autisme. De EMDR bracht hem rust in zijn hoofd, maar hielp hem niet om weer terug te gaan naar school. Hij bleef als een hoopje ellende op de bank zitten. We zijn teruggegaan naar de huisarts met het verzoek om hem alsnog aan te melden bij de kinder-neuroloog in het UMCG.

In het UMCG gaven ze direct aan dat hij geen restschade kon hebben van een hersenschudding, omdat er niets te zien was op de MRI en EEG. Hij was niet buiten bewustzijn geweest. De

neuroloog wilde een NPO uitvoeren, maar op dat moment lukte dat gewoon niet; hij was bang en wist niet wat hem te wachten stond. Hierdoor konden ze zelf niet veel verder met hem. Hij kreeg wel een tijdje medicatie omdat de neuroloog vond dat hij depressief overkwam. Hij leek hier wel van op te knappen. De angst leek iets op de achtergrond te komen, maar niet genoeg om weer mee te kunnen draaien in de maatschappij.

De gezinscoach die we eerst zelf betaalden, kregen we uiteindelijk na veel aandringen via een PGB betaald. Op dat moment was zij de enige in wie hij vertrouwen had en waar hij rust in zijn hoofd van kreeg door de EMDR (hij kreeg dit alleen via tikjes met een koptelefoon op). Verder had ze veel tips om overprikkeling te voorkomen en hoe te handelen als hij overprikkeld was. Het resulteerde er niet in dat hij weer naar school ging. Omdat hij inmiddels in groep 8 zat, moest hij aangemeld worden bij het voortgezet onderwijs.

We hebben hierop een gesprek aangevraagd bij de teamleider en de orthopedagoog generalist en de situatie uitgelegd. Hij ging toen nog wel op sommige momenten naar school. Ze zagen het wel zitten en zouden hem in een klas plaatsen waar hij iemand kende. Ze hadden een plusklas waar kinderen in zaten die zich daar konden terugtrekken als het in de klas even niet wilde. Dit klonk ons als muziek in de oren en we zagen het wel zitten dat hij naar die school zou gaan.

Op het moment dat hij vrijstelling van de leerplicht had gekregen en wij dit vertelden aan de teamleider, werd hij boos. Boos omdat hij niet op de hoogte was gebracht, en het leek alsof hij het niet meer zag zitten. Toch konden ze hem niet weigeren. Hij begon in de eerste klas op BBL-niveau omdat we hem in alle rust wilden laten wennen en geen stress van huiswerk voor hem wilden. Hij kreeg een mentor die erg betrokken was en regelmatig contact zocht. Hij werd elke dag opgehaald door een vriend uit het dorp. Helaas was hij ook na zes weken weer ontzettend overprikkeld en het lukte hem niet om naar school te gaan. Ook toen hebben we weer van alles geprobeerd om hem naar school te krijgen. Alleen in de plusklas, naschoolse lessen, thuisles door ons als ouders. Niets van dit alles bleek een oplossing te zijn. Op advies van de gezinscoach hebben we een verwijzing gevraagd naar de kinder- en jeugd-GGZ in een andere gemeente en provincie. De casemanager van de gemeente was eigenlijk altijd op onze hand en ging in veel dingen mee die wij vroegen.

Omdat de financiering erg lastig was in een andere gemeente en provincie, hebben we een half jaar gewacht totdat de financiering rond was. Elke dag belde ik naar de gemeente om te informeren hoe het met de financiering zat. Ondertussen zat onze zoon thuis en zat hij in zijn trainingspak in de hoek van de bank, niet te motiveren om iets te gaan doen. Doordat ik veel late diensten draaide, ging ik elke ochtend met hem en de honden het bos in. We probeerden hem onderwijs te geven door het huiswerk met hem te maken.

Toen we eindelijk bij de kinder- en jeugd-GGZ terechtkwamen, werd er direct gesproken over medicijnen en eventueel PMT. Er werd gesproken over het niet naar school gaan. Hierin werd een stappenplan gemaakt om school weer langzaam op te bouwen. Dit lukte een keer, waarbij ik op de parkeerplaats heb gewacht terwijl hij in de les zat. De dag daarna was er paniek op het laatste moment om naar school te gaan. Zijn angst ging van 0 naar 100 en hij was daar niet meer van af te brengen. Het naar school gaan lukte niet meer. En elke keer dat het niet ging, gaf dit een deuk in zijn zelfvertrouwen. Bijna tegelijk kwam via de gemeente jeugdzorg

in beeld. Een aardige jongeman van een autismeteam zou een jaar lang bij ons komen om onze zoon te begeleiden en hem te leren omgaan met prikkels, om ons te ontlasten. Ondanks de inzet van iedereen bleef hij toch thuis. Er werd veel van hem verwacht in die periode. Hij moest weer naar school. Er was bedacht dat hij naar een speciaal klasje voor kinderen met ASS zou gaan, omdat het reguliere onderwijs en in de plusklas niet lukte.

Het speciale klasje bleef moeilijk. Hij was de jongste in de klas, wat hij sowieso altijd al erg lastig vond. Hij vond het lastig om met oudere kinderen om te gaan. In het begin ging hij na de les even naar binnen om met de docent het huiswerk na te bespreken en te kijken welk huiswerk er nog gemaakt moest worden. Op een gegeven moment durfde hij niet meer naar het speciale klasje. Ik ben toen alleen gegaan om het huiswerk op te halen. Er was op dat moment nog een ander meisje binnen. Ze was erg aardig en wilde veel weten over onze zoon. We hebben een tijdje gepraat. Toen ik weer terugkwam in de auto, waar mijn zoon nog altijd zat te wachten, vertelde ik dat ik met het andere meisje had gepraat. Ik vertelde enthousiast over haar begrip en hoe moeilijk zij het in het begin had gehad. Hierdoor durfde hij toch weer naar de klas terug te keren.

Hij ging een paar keer per week naar het speciale klasje. En toen kwam corona. Alle scholen gingen dicht, ook deze klas. Gelukkig mocht deze klas na zes weken in kleinere vorm weer beginnen. De kinderen die school het meeste nodig hadden, mochten elke dag een paar uurtjes komen. Het moest wel op een andere locatie omdat daar de klaslokalen groter waren. Heel bijzonder was dat hij, na zo lang niet naar school te hebben gekund, nu er juist heel graag weer naar toe wilde. Tijdens de corona gingen de lessen anders. Er werd vooral ingezet op sociale vaardigheden, en de focus lag minder op het leren.

De coronaperiode deed veel met de kinderen in deze klas; velen hadden zelfmoordgedachten. Voor onze zoon was dit alles erg onvoorspelbaar en hij wilde er niet meer heen. Weer hadden we hem thuis zitten. Er is nog een tijdje geprobeerd om hem alleen huiswerk te geven, dat hij één keer per week bij een andere docent moest ophalen. Helaas begon ze al verkeerd. Ze had de boeken niet op orde en wist niet goed wat er van haar werd verwacht. Weer was er onduidelijkheid en onzekerheid. Dit kon onze zoon niet overzien en de angst werd weer groter.

Ondertussen hadden we nog steeds gesprekken bij de kinder- en jeugd-GGZ. Er waren verschillende soorten antipsychotica en antidepressiva geprobeerd, naast de Ritalin. Dat hij weer niet naar school ging, bleef een probleem. Uiteindelijk zei de psychiater dat het onze schuld was; we moesten maar zorgen dat hij naar school ging. Lukte dit niet, dan zou hij een OTS aanvragen en hem uit huis laten plaatsen. Dat was voor ons de druppel. Een OTS op grond waarvan? Hoe kon hij een jongen die zo angstig en overprikkeld was in een vreemde omgeving neerzetten? Hij stelde voor om ons aan te melden bij de gezinspsychiatrie. We hebben voor alles bedankt. Dat was direct ons laatste gesprek bij die instelling. Ik heb nog onderzocht om een klacht in te dienen over de manier waarop we werden bejegend. De klachtencommissie bestond echter alleen uit de verpleegkundige bij wie we al waren geweest. Na veel aandringen heb ik de rapportages gekregen. Na het lezen van een aantal rapportages ben ik er maar mee gestopt omdat alles aan ons lag. De moeder was te afhankelijk van de zorg. Hier kwamen we niet verder mee.

We hebben besloten om het te laten rusten en geen stappen te ondernemen naar deze psychiater en zijn organisatie. We wilden onze energie steken in elkaar en in hoe we onze zoon

weer zover konden krijgen om in de maatschappij te functioneren. Het was fijn dat we een buurjongen hadden van zijn leeftijd, met wie hij nog wel voetbalde. Anders had hij buiten zijn broertje om geen sociale contacten met leeftijdgenoten meer gehad.



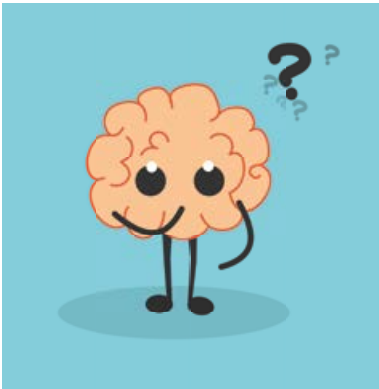
Ondertussen ging hij niet naar school. Hij kreeg nog steeds begeleiding van de jongerencoach. Zij besprak situaties aan de hand van de “Geef me de vijf”-praatpuzzel. Door de praatpuzzel ging onze zoon echter alleen maar meer nadenken over wat er allemaal mis kon gaan, wat zijn angst alleen maar verder in de hand werkte. Eigenlijk wist niemand meer wat we nu moesten doen. Veel pogingen om school weer in te schakelen mislukten, keer op keer. Na één jaar was het project afgelopen en de jongerencoach vertrok weer. Hij had zijn best gedaan, maar uiteindelijk hebben wij als ouders er niet veel aan gehad, omdat we zelf al veel ondernamen. Onze zoon schaamde zich ervoor dat hij begeleiding nodig had en wilde buitenshuis geen activiteiten meer met hem doen. Hierdoor zaten mijn zoon en de jongerencoach nog altijd gewoon bij ons thuis.

Dit was voor onze zoon en voor ons niet goed. Dat hebben we ook tegen de gemeente en de leerplichtambtenaar gezegd: “het is prima wat jullie allemaal willen, maar hoe vaak moet onze zoon laten zien dat het niet gaat? Wanneer wordt het geaccepteerd dat hij nu thuis zit en kan hij gedegen thuisonderwijs krijgen?” Dit was erg ingewikkeld. We zijn op twee paarden gaan wedden. Via mijn contact bij de GGZ hebben we onze zoon aangemeld voor een second opinion bij het Autisme Team Noord-Nederland (ATN). Omdat dit erg lang duurde, zijn we op zoek gegaan naar een organisatie die ook onderwijs bood. We kwamen bij een andere organisatie terecht die onderwijs gaf en jongeren hielp die bij andere organisaties niet geholpen werden, de zogenaamde “moeilijke gevallen.” Onze zoon werd inmiddels ook onder deze categorie geschaard.

Eindelijk werden we gehoord. Onze zoon kreeg twee keer twee uur thuisonderwijs van een geweldige juf met veel geduld en inlevingsvermogen. Ze oordeelde niet over ons of over het thuiszitten van onze zoon. Ze ging in gesprek met de school over de vakken die ze zou geven. Eerst alleen de basisvakken: Engels, Nederlands en wiskunde. Geen andere hulpverleners erbij, eerst alleen de basis. We stonden op de wachtlijst bij ATN en vanuit daar zou er verder gekeken worden welke hulp hij nog nodig had. Er werd besproken dat op deze manier lesgeven niet ideaal was en dat hij, naast onderwijs, ook een achterstand zou oplopen met sociale contacten. Het leek er volgens iedereen op dat hij niet meer zou terugkeren naar het reguliere onderwijs. We moesten dat maar accepteren, en hij moest maar naar een zorgboerderij. Er waren verschillende opties, maar daar was ik erg kritisch over. De casemanager kwam met verschillende voorstellen, waarvan er één ons wel aansprak. Na een paar keer contact te hebben gehad met de eigenaar, vond zij niet dat onze zoon bij hun boerderij paste. Ze was het met ons eens dat onze zoon nog best naar het reguliere onderwijs zou kunnen. Ze was bang dat hij door zijn angststoornis in een groep alleen maar angstiger zou worden.

Zo stonden we weer bij de casemanager. Ons voorstel werd: we gaan door met thuisonderwijs en geven hem nog meer tijd. We wachtten tot we bij ATN zijn geweest. Wachten hun advies af voor dat we weer nieuwe stappen naar school gaan zetten. Hoe vaak moet hij nu laten zien dat het niet lukt. Zijn zelfvertrouwen gaat meer en meer achteruit en hij krijgt alleen nog meer last van angst. Hier ging ze uiteindelijk wel mee akkoord.

Uiteindelijk waren we aan de beurt bij ATN, en opnieuw werd er naar ons geluisterd. Er was geen oordeel en men vond het niet vreemd dat onze zoon thuiszat. We hadden de verwijzing naar ATN aangevraagd voor een nieuwe ASS-beoordeling. Er werd opnieuw diagnostiek uitgevoerd en verschillende onderzoeken volgden. De uitslag was: geen autisme, maar wel een angststoornis. De angststoornis was ondanks het antidepressivum nog aanwezig, evenals restschade van een hersenschudding. Omdat er geen ASS werd vastgesteld, konden we niet in zorg blijven bij ATN. Het advies was om te werken aan de angststoornis en de restschade van de hersenschudding bij een revalidatiecentrum. Voor de angststoornis kon onze zoon bij dezelfde organisatie blijven waar het onderwijs was geregeld. Hij ging daar naar de psycholoog, en er werd gewerkt vanuit het concept van positieve gezondheid.



Ondertussen zaten wij niet stil en zijn we op zoek gegaan naar hulp voor de restschade van de hersenschudding. Bij de reguliere zorg waren er lange wachtlijsten en spraken de opties ons niet aan. Via via kwamen we bij een chiropractiepraktijk die gespecialiseerd is in restschade van hersenschuddingen. Hiervoor moest onze zoon een week intensieve therapie volgen. Na de intake bleek hij in aanmerking te komen. Wel moesten we zijn antidepressivum afbouwen. Omdat de wachtlijsten voor psychiaters overal zo lang zijn, heb ik met een behandelaar van mijn werk overlegd om dit op een verantwoorde manier te kunnen afbouwen.

Toen was het zover. Samen met onze zoon gingen we een week op pad, verder het land in, om de therapie te kunnen volgen. Overdag volgde onze zoon de therapie, die bestond uit continue overprikkeling van zijn hersenen met verschillende stimuli, zoals geluid en licht. Bij de intake hadden ze ontdekt dat onze zoon orthostatische hypotensie had. Hieraan werd gewerkt door evenwichtsoefeningen te doen. In die week heeft hij moeilijke momenten gehad en wilde hij soms erg graag stoppen, maar hij heeft doorgezet, met geweldig resultaat. Hij voelde zich weer beter. De eerste dag dat hij weer thuis was, ging hij voetballen met de buurjongens. Een van hen zei: "Jeetje, wat ben je anders. Je staat veel steviger op de grond, ik kan je bijna niet meer omduwen." De duizeligheid was weg en dat was ook voor anderen zichtbaar.

Hierna kwam er een nieuwe uitdaging! Onze zoon wilde weer naar school, het liefst in de klas waarin hij zou zitten als hij niet zoveel was uitgevallen. We hebben gesprekken gehad met de teammanager van het VO. Zij vond dat ze zich niet kon verantwoorden tegenover andere ouders om hem in die klas te plaatsen. Op mijn vraag wat andere ouders daar mee nodig hadden, kreeg ik geen duidelijk antwoord. Ze was niet van plan om toe te geven en wilde dat hij in de eerste klas zou starten. Dit was voor ons geen optie, mede omdat hij dan bij zijn broertje in de klas zou komen. Hoe goed deze twee het ook met elkaar kunnen vinden, dat zou niet werken. Uiteindelijk heb ik contact opgenomen met de leerplichtambtenaar. Hij was heel helder: onze zoon kan naar school, en als dat in de klas moet zijn waar hij zich thuis voelt, dan hoort hij in die klas. Met dit bericht ben ik teruggegaan naar de teammanager, maar zij wilde niet toegeven. Ze vond dat andere kinderen in hun niveau omlaag getrokken zouden worden door onze zoon. Opnieuw ben ik in gesprek gegaan met de leerplichtambtenaar. Hij heeft contact gehad met de teammanager, en binnen een half uur was het geregeld.

Onze zoon had lange tijd niet actief deelgenomen aan de maatschappij. Hoewel hij niet meer overprikkeld raakte, was de angst nog niet over. Daarom hebben we hard gestreden om hem in een voor hem veilige klas te krijgen.

Toen begon het nieuwe schooljaar. Het lukte nog niet om elke dag volledig naar school te gaan; hier werd een planning voor gemaakt. Hij mocht langer blijven wanneer het goed ging. Op de dagen dat het hem wel lukte om langere dagen op school te blijven, kreeg hij echter commentaar van docenten met de vraag waarom hij nog op school was. Docenten leken niet te begrijpen dat deze vragen in de klas zijn angstgevoelens niet ten goede kwamen. Ondertussen kreeg hij nog steeds ondersteuning van de docent die thuis les gaf. Ze hielp hem met zijn huiswerk. Vanuit dezelfde organisatie kreeg hij nog steeds hulp van een psycholoog. Toch bleef de angst onderliggend aanwezig.

Het naar school gaan werd weer lastiger. Omdat hij nog steeds een voorlopige vrijstelling van de leerplicht had, mocht hij ook thuis blijven. De school had echter weinig begrip voor de situatie, wat onze zoon alleen maar onzekerder maakte. We hebben hierover gesprekken gevoerd met de coach van onze zoon. Hoewel hij begrip had voor de situatie, kon hij zijn collega's niet aansturen. Daarom zijn we op zoek gegaan naar een ander VO. Twee andere jongens uit zijn klas zouden ook naar deze school gaan. Het eerste aanmeldingsgesprek verliep al heel anders. Hij werd niet beoordeeld op zijn verleden, dat lag daar en hier zou hij een nieuwe start maken. Wat een opluchting om dit te horen.

Omdat de angst toch aanwezig bleef, kwam ik hierover in gesprek met een collega. Hij gaf het advies om mij eens te verdiepen in GABA, de neurotransmitter die iedereen bij zich draagt en die verantwoordelijk is voor het reguleren van stress en angst. Mijn man en ik hebben ons hierin verdiept en dachten 'baat het niet, dan schaadt het niet'. Zo is onze zoon in de zomervakantie begonnen met GABA. Het was een rustige zomer, zonder stress om naar school te gaan. Mijn man heeft nog een paar keer geoefend met het fietsen naar school en met de bus. Het nieuwe schooljaar brak aan, voor iedereen weer een spannend moment. Gaat dit lukken? Onze zoon fietste elke dag met een klasgenoot naar school. De docenten hielden woord er werd nooit een vervelende opmerking gemaakt over zijn situatie. Onze zoon kwam met enthousiaste verhalen thuis. Hij maakte vrienden en kon goed overweg met de docenten. Soms was er weleens onenigheid met docenten, maar dat ging over gewone dingen, zoals te laat komen of geen huiswerk maken. We merkten dat de GABA hierbij hielp, omdat hij hier minder van zijn stuk door raakte en niet terugviel in zijn angst. We konden hierover in gesprek met hem gaan.

Nieuwe situaties waren nog steeds spannend, zoals met de bus gaan. Het eerste jaar dat hij op de nieuwe VO zat, ging hij met 8 anderen op de fiets. Een jaar later had hij genoeg vertrouwen om toch met de bus te gaan. Zo fijn om die stappen te zien!

Omdat alles goed liep en onze zoon weer volledig naar school ging, werd alle hulp afgesloten. En nu is hij geslaagd en gaat hij naar het MBO. Hoe trots kun je als ouders zijn! Hadden we dit gered als we alleen naar de hulpverlening hadden geluisterd? Nee, dat denk ik niet. In hun ogen was hij een complex geval geworden. En had hij dagbesteding bij een zorgboerderij gehad. Er werd niet gekeken naar zijn kracht, alleen naar de diagnose en wat er niet goed ging.

Bemoeizorgcongres

RINO Groep

Gerard Lohuis

Een congres op een zondag op vertrouwde locatie van de RINO Groep in Utrecht. Het is ruim 25 jaar geleden dat na het tragische overlijden van Minister Els Borst de bemoeizorg van de grond kwam. Als minister had ze er stevig voor gepleit om de mensen die zorg nodig hebben en er niet om vragen, actief door hulpverleners te laten benaderen. Wie hulp wil in dit land moet daar het liefst zelf op gemotiveerde wijze om vragen. Maar er is een behoorlijke groep die hier niet om vraagt, vaak vanwege goede redenen.

Aan het eind van deze dag zal blijken dat er een grote groep bevlogen hulpverleners is die zich het lot van deze mensen aantrekt. Vanuit medemenselijkheid en met een vorm van zachtmoedigheid proberen hulpverleners met deze mensen in contact te komen om de hulp bij hen aan te laten sluiten. Vanuit de RINO Groep hebben Simone van der Lindt en Harry Gras een training Bemoeizorg ontwikkeld om het werk methodisch goed te onderbouwen. Vandaar dat het een vertrouwde plek is om de actuele stand van het outreachende werk van de bemoeizorger van een update te voorzien.

Nadat dagvoorzitter Niels Mulder het congres heeft geopend door zijn wens uit te spreken dat bemoeizorg in de wet opgenomen zou moeten worden om het daarmee te borgen. Singer-songwriter Louis Puggaard-Müller zingt vervolgens *"I'm not just a body around the street"* waarmee hij muzikaal de kern van de bemoeizorg aanstipt. Niels Mulder en Simone van der Lindt blikken hierna terug op 25 jaar bemoeizorg en noemen Diogenes als mogelijk de eerste casus. Hij zat 100 jaar voor Christus in een ton en wilde er niet meer uitkomen, waarna omstanders tevergeefs poogden hem te verleiden om eruit te komen. Via Querido, Amsterdams psychiater die op verzoek van de gemeente Amsterdam mensen actief thuis bezocht om opnames in het ziekenhuis te voorkomen en daarmee als de grondlegger van de sociale psychiatrie wordt beschouwd, komen we aan in de huidige tijd. Via (F)ACT is getracht om de bemoeizorg beter te positioneren en lijken we daar nog steeds niet in geslaagd te zijn. Simone legt uit dat ieder systeem zijn eigen uitvallers creëert en Niels meldt dat we juist moeten voorkomen dat er steeds weer breuken in het contact met cliënten optreden.

Hierna is het de beurt aan onze Belgische collega's, Jochen van den Steen (directeur) en Wim Haeck (wijkwerker) die vanuit Gent zijn gekomen om uit te leggen hoe zij hun 'gemeenschaps-gerichte zorg' hebben vormgegeven. Ze beschikken, verhoudingsgewijs per aantal inwoners in de stad, nog over de meeste psychiatrische bedden in Europa. Het blijkt dat de gepassioneerde directeur Van den Steen geld uit het ziekenhuis ter beschikking stelt aan het nu nog verlies leidende outreachend werken. Gewoon door het bestuur mee het veld in te nemen 'zodat ze vanzelf overtuigd raken dat deze groep mensen recht op zorg heeft'. Wim legt uit dat er nu zeven wijkgerichte werkers zijn die samenwerken met de gemeente waardoor er samenhang

in de zorg ontstaat. Tijdens hun presentatie blijkt hun onderliggende attitude de grote drive achter hun werk. Een vorm van zachtmoedigheid en nederigheid om het contact tot stand te brengen. Zo gaat Wim langs bij kroegen en kappers in de wijk en kunnen klanten daar vrijwillig een dubbele betaling doen, waarmee anderen die het niet kunnen betalen gratis een kop koffie kunnen krijgen of hun haren kunnen laten knippen. Hun aanpak wordt ondersteund door het creëren van een ontmoetingsplek Villa Voortman (herstelgericht en cliënt-gestuurd), een respijthuis waar mensen vijf tot tien dagen op adem kunnen komen, robuuste huizen (Skaeve Huse) en een team “aanklampende zorg” dat uithuisplaatsingen probeert te voorkomen. Daarnaast is er een team assertieve zorg waarin buurtstewards, ziekenhuizen, mobiele teams en straathoekwerkers samenwerken.



Hierna volgen er workshoprondes. Harry Gras en Rokus Loopik, bemoeizorgers van het eerste uur, tonen de kracht van meezingen. Muziek verbindt. En als praten niet de ingang creëert, dan kan muziek en samen spelen of zingen misschien wel de gewenste verbinding tot stand brengen (denk hierbij aan Jules Tielens, straatpsychiater die optrad met cliënten). Wendy Broeren gaf uitleg over haar dagelijkse werk onder de titel “Het bestaan van de straatzuster”. Hoe ze actief mensen op straat benadert waar mensen zich zorgen over maken. De

zogenaamde verwarde mensen die ze, vanuit de presentie-benadering en in samenwerking met verschillende werkers op straat, probeert te verleiden om zorg te accepteren. Presentie is de grondhouding, filosofie en attitude van waaruit de bemoeizorg wordt uitgevoerd. In de sociale psychiatrie is het voorkomen van marginalisering en uitsluiting één van de wezenlijke onderdelen van de visie van waaruit wordt gewerkt. Bij presentie draait het om aansluiten bij de ander om hem in te kunnen sluiten, mee te laten doen. Anneke Sips, POH-GGZ en eigenaar van een eigen praktijk, legt in haar workshop de grondbeginselen van yoga uit. Yoga als vorm van lichaamsgericht werken om mensen te helpen zich bewuster te zijn van hun eigen lichaam, hoe ze stress kunnen reguleren en hoe dat bijdraagt aan fysieke en mentale gezondheid. Ze is gepassioneerd geraakt van de kracht van yoga en laat zien hoe het ook in kleine stapjes mensen kan helpen om beter met hun spanning om te gaan. Dit kan zelfs toegepast worden wanneer mensen in een psychose verkeren. Anneke laat zien hoe dit mogelijk is, onder meer via ademhalingsoefeningen.

Peter Dierinck vertelt in zijn workshop hoe het Kwartiermaken in Vlaanderen wordt vormgegeven. Ze proberen de methodiek die ooit door Doortje Kal in Nederland is ontwikkeld te verfijnen en verder vorm te geven. Het blijkt dat wederom Gent, via de wijkgezondheidscentra, de bakermat in België is van waaruit initiatieven op dit terrein werden ontwikkeld. In het Kwartiermaken wordt gebruik gemaakt van ervaringsgerichte gespreksgroepen waarin elementen vanuit de Open Voice Dialogue in de vorm van Multilogem-groepen worden toegepast. Het komt erop neer om de GGZ meer te vermaatschappelijken. Hierbij moet de stem van iedereen, cliënt of betrokkene, gehoord worden. Ondergetekende gaat in zijn workshop in op de handelingsverlegenheid van professionals. Hij introduceert het begrip ‘ubuntu’ dat bekend is als stroming in Zuid-Afrika. “Je bent mens door jouw medemens” waarbij het belangrijk is om vanuit mede-



menselijkheid voor anderen te zorgen die in de problemen gekomen zijn. Bemoeizorg is in Zuid-Afrika niet bekend omdat het gewoon is om voor anderen te zorgen. Je laat een medemens niet in de steek. Vanuit presentie en het ontlocken van narratieven, betekenisvolle verhalen en ervaringen van mensen, wordt het contact gezocht met mensen die zorg nodig hebben en er zelf niet om vragen. Het gaat hierbij om de kracht van relationele hulpverlening, naast presentie een ander wezenlijk element van de bemoeizorg. Het gaat om betekenisgerichte en belevingsgericht zorg waarbij 'de ander' zich erkent en gezien moet voelen.

Na de workshops volgen nog twee lezingen. Rokus Loopik maakt via een internetverbinding contact met Xavier Amador in Amerika. Amador is klinisch psycholoog en werkzaam als professor in de psychiatrie. Hij heeft een methode ontwikkeld waarmee het gesprek met mensen die psychotisch zijn, gevoerd kan worden: LEAP (staat voor listen, empathize, agree en partnership). Volgens Amador is anosognosie de reden waarom 40 % van de psychotische mensen geen medicatie accepteert. Anosognosie betekent zo veel als 'niet kunnen zien dat je psychotisch bent en dat ook nooit gaat worden'. Hij staat een relationele aanpak voor en legt uit hoe de LEAP-methode in de praktijk werkt.

Hiervoor hebben sociaal-psychiater Roland Hoven en ervaringsdeskundige John Jongejan in hun lezing laten zien hoe hun liefde voor taal wordt ingezet bij het hulpverleners. Hoe het kan werken om mensen te laten zien dat psychiatrie over gewone menselijke zaken gaat. Ze houden een pleidooi om hulpverleners aan te sporen om niet te snel gedrag van cliënten te willen verklaren. "Meer mens en minder hulpverlener" is hun gevleugelde uitdrukking waarbij de hulpverlener wordt aangemoedigd om de verbinding op te zoeken vanuit oprechte interesse. "Blijf duidelijk en draai niet om de hete brij heen" omdat bemoeien een vorm van betrokkenheid is. Daarmee is de link met ubuntu en presentie gelegd. De sprekers laten aan de hand van uitspraken en gedichtjes zien hoe ze woorden geven aan hun ervaringen en hoe taal cliënten daarbij kan helpen. Roland geeft hierbij nog aan dat hij als psychiater heeft moeten leren hoe het mens-zijn een plek kon krijgen in zijn omgang met cliënten.



Aan het eind van het congres wordt Simone van der Lindt door de dagvoorzitter nog eenmaal naar voren gehaald. Ze gaat met pensioen en krijgt terechte dank voor al haar activiteiten op het gebied van de bemoeizorg.

Als onderzoekster van het Trimbos, ondersteuner van pionierende teams om bemoeizorg op te zetten, als schrijver van boeken en als degene die binnen de RINO Groep de training voor bemoeizorg heeft opgezet.

Positief zelfbeeld

Simone van Erp

Illustraties:

Josien Brands

Een cognitief-gedragstherapeutische interventie voor mensen met LVB en een negatief zelfbeeld

Veel negatieve uitspraken over zichzelf doen, pleasend gedrag, kritisch op zichzelf, zich onzichtbaar maken en niet willen opvallen, zichzelf terugtrekken uit angst door de mand te vallen, alles zelf willen doen in plaats van om hulp vragen of over de eigen grenzen heengaan. Dit kunnen signalen zijn die verpleegkundig specialist Wilma van Langen en SPV Rinke Giesen zien bij mensen met een laag verstandelijke beperking (LVB) en een laag zelfbeeld. Beiden zijn werkzaam bij VGGNet, een expertisecentrum voor psychiatrie en licht verstandelijke beperking. Zij misten in hun werk een passende behandeling voor de aanpak van het negatieve zelfbeeld bij deze doelgroep en sloegen daarom de handen ineen. Ze hebben samen met Manja de Neef: gz-psycholoog, gedragstherapeut en psychotherapeut in ruste en auteur van onder andere het hulpboek *Negatief zelfbeeld*¹ haar methode aangepast voor mensen met een verstandelijke beperking. Dit resulteerde vorig jaar in de publicatie van het boek *Een positief zelfbeeld: een cognitief-gedragstherapeutische interventie voor mensen met LVB en een negatief zelfbeeld* (2024). De redactie sprak met Wilma en Rinke over deze interventie. over deze interventie.



SPV Rinke Giesen (links) en Wilma van Langen

Hoe is deze interventie precies tot stand gekomen?

‘Wij liepen er tegenaan dat er geen behandeling voor een negatief zelfbeeld was, passend bij de doelgroep LVB. Je hebt natuurlijk de COMET (Competitive Memory Training, cognitieve gedragstherapeutische interventie)

en Rivierduinen heeft deze CGT-behandeling herschreven voor de doelgroep LVB (Endang Rizzi, 2017, te downloaden via kenniscentrum Phrenos). Wij merkten dat deze methode bij onze doelgroep moeizaam verliep, met name omdat het maken van het huiswerk hierbij essentieel is. Bij COMET moet je namelijk vijf keer per dag oefenen én over imaginatievaardigheden beschikken. Vijf keer per dag huiswerk oefenen is voor onze cliënten te veel gevraagd. Oefenen met imaginatievaardigheden lukt sommige cliënten niet, bijvoorbeeld cliënten met ASS (autisme spectrum stoornis). Daarnaast moet je bij COMET al één positieve eigenschap van jezelf kunnen benoemen én kunnen voelen. Bij mensen met een heel laag zelfbeeld lukt dat niet. Door deze factoren werd de behandeling in sommige gevallen opnieuw een negatieve ervaring, wat het negatieve zelfbeeld nog eens versterkte. Op zoek naar een andere behandeling kwamen wij vier

POSITIEVE PUNTEN

Naam: - voorbeeld -



CREATIEF II

AARDIG I

ZORGZAAM I

GOED KUNNEN LUISTEREN NAAR
ANDEREN I



HANDIG III

GEZELLIG II

HULP DURVEN VRAGEN I

GOED MET COMPUTERS

DIERENVRIEND II



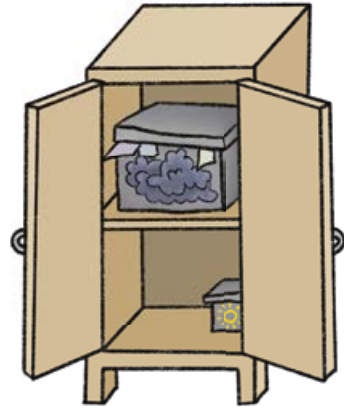
jaar geleden uit bij het boek van Manja de Neef. We hebben haar benaderd en zijn met elkaar aan het schrijven gegaan. Ook hebben we pilotgroepen gedraaid met de aangepaste versie van haar methode.'

Kunnen jullie een tipje van de sluier oplichten, hoe gaan jullie te werk?

'Teksten hebben we vereenvoudigd en abstracte begrippen uitgelegd met illustraties zoals bijvoorbeeld de archiefkast waarin een doos zit met een donkere wolk met alle negatieve informatie over jezelf en een doos met een zonnetje. De doos met het zonnetje staat voor de positieve informatie over jezelf. Die doos met de donkere wolk blijft in de kast staan. De doos met het zonnetje wordt tijdens de training gevuld met positieve informatie over jezelf. Wij gaan echt stapsgewijs te werk beginnend bij het leren zien van kleine positieve gebeurtenissen in het dagelijks leven. Nadat hier flink mee geoefend is, wordt dit uitgewerkt naar het leren zien van positieve eigenschappen van jezelf. Het huiswerk speelt een minder prominente rol. De training is zowel in groepsverband als individueel te geven. We oefenen samen met nieuwe vaardigheden (bijvoorbeeld complimenten ontvangen of kritiek krijgen), maken een plan voor integratie van de geleerde vaardigheden en een plan rondom omgaan met terugval. Een onderdeel is bijvoorbeeld het maken van een collage waarin ze hun positieve eigenschappen in beeld brengen. Cliënten kunnen hun collage ophangen om hun positieve zelfbeeld vast te blijven houden.'

Is de methode nog voor andere doelgroepen met een laag zelfbeeld toepasbaar?

Wilma: 'De interventie is ook geschikt voor cliënten met een ernstig psychiatrische aandoening (EPA) en niet aangeboren hersenletsel (NAH). Ik werkte eerder in een FACT-team met de EPA-doelgroep. Ik heb toen de behandeling van Manja de Neef al vereenvoudigd en merkte dat dit goed werkte. Mensen met



EPA hebben vaak restklachten en een vol hoofd waardoor de vereenvoudigde methode goed aansloeg. We verwachten dat deze compleet herschreven training ook voor hen effectief zal zijn.'

Hoe zijn de resultaten tot nu toe?

'We hebben nu vier pilotgroepen gedraaid en enkele individuele behandelingen geboden. In alle gevallen was een verbetering op het zelfbeeld meetbaar middels een eenvoudige versie van de Rosenberg *Self-esteem Scale*. Doordat cliënten in de training vaardigheden leren zoals het ontvangen van een compliment of hoe om gaan met kritiek, kan het zelfbeeld ook na de training nog doorgroeien. Als mensen hier na de training positieve ervaringen mee blijven opdoen, blijft het zelfbeeld groeien. Dit horen we ook van deelnemers terug.'

Wat kan de rol van de SPV zijn bij inzet van deze interventie?

Wilma: 'De SPV is vaak goed in het geven van groepsbehandelingen en kan deze training goed geven samen met een cognitief gedragswerker of een cognitief gedragstherapeut.'

Rinke: 'We draaien al enkele jaren pilotgroepen. De eerste twee keren dat ik de behandeling in pilot-groepen met Wilma gaf, was ik zelf nog geen cognitief gedragswerker, inmiddels wel. Als SPV kom je vaak bij mensen thuis en kijk je naar de hele context. De SPV kan met uitstekend beoordelen hoe het

zelfbeeld van een cliënt is. Hoe wordt een negatief zelfbeeld in stand gehouden? En de SPV heeft natuurlijk een brede signalerende functie waarbij ook oog voor LVB belangrijk is. Tijdens en na het volgen van de zelfbeeld-behandeling kan de SPV de cliënt ondersteunen. Bij een groeiend zelfbeeld pakt iemand de touwtjes vaak weer terug in eigen handen. De SPV kan de cliënt ondersteunen zelf regie te nemen en te werken aan diens doelen.'

“Verbetering van het zelfbeeld kan een positief effect hebben op de rest van de behandeling”

De cijfers liegen er niet om. Naar schatting van het Sociaal en Cultureel Planbureau zijn er ruim een miljoen mensen in Nederland met een licht verstandelijke beperking²³. Deze mensen, met ofwel een IQ tussen de 50 en 70, ofwel een IQ tussen de 70 en 85 en een lage sociale zelfredzaamheid, lopen drie-tot viermaal zo veel kans om psychische problemen te ontwikkelen dan mensen zonder verstandelijke beperking⁴⁵.



Wat zouden jullie de zorgverlener nog mee willen geven met betrekking tot deze cijfers?

Rinke: 'Houd je ogen open en vraag jezelf af of je te maken hebt met een cliënt met LVB. Is er ook sprake van een negatief zelfbeeld? Als SPV zie je iemand meestal niet alleen op een kantoortje maar in de eigen context, dus juist daar ligt de rol en de uitdaging voor de SPV. Help de persoon zich sterker te voelen, zijn grenzen aan te blijven geven en de regie op zijn leven terug te pakken en vast te houden.'

Wilma: 'Wees je ervan bewust dat het zelfbeeld te verbeteren is, ook bij mensen met LVB. Na het horen van de uitslag van een IQ-test denken mensen vaak dat ze dom zijn. Leg hen uit dat ze niet dom zijn, maar dat ze op een andere manier leren: wat langzamer, door meer herhaling of beeldend. En wij als behandelaars moeten ons tempo en behandeling aanpassen aan de leerwijze van de cliënt!'

Rinke: 'Daar kun je als SPV veel in doen, want vaak zie je ook het systeem. Betrek het systeem bijvoorbeeld bij oefeningen en geef hen psycho-educatie.'

Wilma: 'Het is belangrijk om te beseffen dat verbetering van het zelfbeeld ook een positief effect kan hebben op de rest van de behandeling. Verbeter je het zelfbeeld, dan heeft de behandeling gericht op depressie, autisme of trauma bijvoorbeeld ook meer kans van slagen. Het negatieve zelfbeeld is namelijk onderhoudend aan veel klachten.'

Ondanks die onrustbarende cijfers, blijken zorgverleners nogal eens ernstig over de beperkingen van hun cliënten heen te kijken. Hebben jullie tips hoe de zorgverlener de LVB beter kan herkennen?

'Als de behandeling stagneert, denk dan eens aan een mogelijk lager cognitief niveau. Vooral bij verbaal mondige cliënten wordt dit vaak over het hoofd gezien, waardoor zij overvraagd worden.'

“Als de behandeling stagneert, denk dan eens aan een mogelijk lager cognitief niveau”

Wat signalen kunnen zijn is het verkeerd gebruiken van taal zoals woorden in de verkeerde context gebruiken. Mensen met LVB hebben vaak moeite met abstracte begrippen en abstract denken. Het woord zelfbeeld is bijvoorbeeld al moeilijk.

Vraag naar onderwijs: is iemand meerdere keren blijven zitten of heeft iemand speciaal onderwijs gevolgd kunnen signalen zijn van LVB. Dit soort vragen komen ook terug in de SCIL: een *screening voor intelligentie en licht verstandelijke beperking*. Een tip is dan ook het standaard afnemen hiervan tijdens intake, dat kan helpen bij snel signaleren en voorkomt onnodige faalervaringen en stagnatie in behandeling.’

Referenties

1. Neef, M. de (2022). Negatief zelfbeeld. Boom.
2. Woittiez, I., Eggink, E., & Ras, M. (2019a). *Het aantal mensen met een licht verstandelijke beperking: Een schatting. Notitie ten behoeve van het IBO-LVB*. Sociaal en Cultureel Planbureau.
3. Woittiez, I., Eggink, E., & Ras, M. (2019b). *Achtergronddocument bij ‘Het aantal mensen met een licht verstandelijke beperking: Een schatting’. Verantwoording*. Sociaal en Cultureel Planbureau.
4. Wit, M. de, Moonen, X., & Douma, J. (2003). *Richtlijn effectieve interventies LVB. Aanbevelingen voor het aanpassen, uitvoeren en ontwikkelen van gedragsveranderende interventies voor personen met een licht verstandelijke beperking*. Landelijk Kenniscentrum LVB.
5. Neijmeijer, L., Moerdijk, L., Veneberg, G., & Muusse, C. (2010). *Licht verstandelijke gehandicapten in de GGZ: Een verkennend onderzoek*. Trimbos-instituut.

Het boek: een positief zelfbeeld

‘Een positief zelfbeeld’ bestaat uit de trainershandleiding voor de behandeling van een negatief zelfbeeld en het werkboek voor de cliënt. Het werkboek is tevens gratis te downloaden via **www.boom.nl**.

Meer weten over LVB?

Het Landelijk Kenniscentrum LVB is een netwerkorganisatie die kennis over een licht verstandelijke beperking (LVB) aanjaagt, bundelt en toegankelijk maakt voor professionals in het veld. Zij bieden onder andere een toolkit speciaal voor het herkennen van en werken met mensen met een LVB en gratis geaccrediteerde e-learnings die je helpen bij het herkennen van en aansluiten op de LVB. Zie **www.kenniscentrumlvb.nl**



Arjan Braam en Hanneke Schaap-Jonker (red.)

*Baken of Labyrinth? - Reflecties bij zorgstandaard
"Zingeving in de psychische hulpverlening" (2024)*

Uitgeverij KSGV

ISBN 978-90-75886-67-2

150 pagina's · Prijs € 21,50

Door Pim Rodenburg

"De meeste patiënten en naasten vinden aandacht voor zingeving in de behandeling van hun psychische klachten belangrijk. Aandacht voor zingeving in diagnostiek en behandeling sluit volledig aan bij een herstelgerichte benadering. Daarmee raak je aan wat wezenlijk is voor de patiënt en draag je bij aan zijn herstel. Vertrekpunt bij die gesprekken is hoe de patiënt (en diens naaste) zingeving opvat. Hoewel een gesprek over zingeving misschien niet altijd even makkelijk is, is dat geen redenen om het onderwerp te vermijden. Een gesprek over zingeving kan op zichzelf een zingevende ervaring zijn voor alle gesprekspartners. In dit onderling contact van mens tot mens kunnen energie en inspiratie ontstaan die zowel voor de patiënt, naaste als professional waardevol zijn. Het hoeft ook niet altijd meer tijd te kosten; soms maakt een kleine opmerking al het verschil."

Met de bovenstaande tekst begint de samenvatting van de zorgstandaard Zingeving in de psychische hulpverlening (AKWA GGZ 2023). V&VN heeft de standaard mede geautoriseerd. Op het moment van het verschijnen van het vorige nummer van SP verscheen ook het boekje 'BAKEN OF LABYRINT? Reflecties bij de zorgstandaard zingeving in de psychische hulpverlening'. Hieronder volgt een bespreking van dit boekje.

Van vrijblijvend naar vanzelfsprekend

Zo luidt de titel van de inleiding. Het boekje is recent uitgebracht naar aanleiding van de studiedag van het KSGV in 2023. De inleiders wijzen op diverse empirische onderzoeken die het belang benadrukken van aandacht voor de existentiële dimensie. Ook verwijzen ze naar onderzoek waaruit blijkt dat integreren van aandacht voor zingeving even effectief of effectiever is dan standaard-behandelingen. Wanneer de behoefte aan aandacht voor existentiële vragen onvervuld blijft, heeft dit een negatief effect op de werkrelatie. Omdat veel behandelaars zich handelingsverlegen voelen betreffende het omgaan met deze vragen, is de zorgstandaard zingeving geschreven.



Labyrint, Waalkade Nijmegen

Onderzoeksvragen

Arjen Braam, psychiater bij Altrecht en hoogleraar aan de Universiteit voor Humanistiek (UVA), beschrijft de geschiedenis van de totstandkoming van de standaard *Zingeving in de psychische hulpverlening*. Een multidisciplinaire werkgroep ging vanaf 2018 aan de slag met voorbereidingen. Enerzijds formuleerde ze kernpunten als ‘voor alle disciplines’ en ‘voor alle fasen in de GGZ’. Anderzijds werd draagvlak gezocht. In 2020 was steun van Vereniging Geestelijke Verzorging in de Zorg (VGVZ), Mind, NVVP en V&VN voldoende om alle geledingen van AKWA te doen instemmen met het opstellen van de zorgstandaard. Door zijn verhaal heen formuleert Braam een twaalfstal vervolgonderzoeksvragen. Ook andere artikelen leiden tot verdere onderzoeksvragen.

Leren praten over zingeving

Janneke Hengeveld-Sloëttjes, VS bij Dimence, begint haar artikel met de kanttekening dat het bij zingeving niet alleen gaat om taal. Ook andere uitingvormen zoals muziek, beeldende kunst, creativiteit en rituelen zijn manieren om zingeving vorm te geven (en dus ook mogelijkheden voor andere disciplines). Kunnen praten over zingeving gaat om de houding van de hulpverlener ten opzichte van zingeving en de communicatie hierover met de patiënt. Daarnaast gaat het om het methodische zorgproces van ondersteuning, begeleiding, plannen en verwijzen van zorg rond zingeving. En er is het niveau van beleidsontwikkeling, professionalisering en kwaliteitsverbetering in zorginstellingen.

Ze vraagt de lezer om stil te staan bij de vraag: “Hoe heb jij leren praten over zingeving? Welke rol had en heeft zingeving? Wat versta je zelf onder zingeving?”

Door te reflecteren op je socialisatie en je verdere ontwikkeling zul je eigen krachten en kwetsbaarheden zien, heelheid en gebrokenheid. Vanuit zelfinzicht en een professionele mate van zelfonthulling kun je met je cliënt komen tot herkenning en verbinding.

Belangrijk is om zelf heldere morele overtuigingen te hebben, in staat te zijn goed en fout te onderscheiden. Het gaat dan om gebieden als integriteit, verantwoordelijkheid, compassie

en vergeving. De schrijver haalt een onderzoek aan waarbij een training met acht sessies over zingevingcompetenties al tot duidelijke verbeteringen leidt. In het kader van 'zingeving en verpleegkunde' is er een EPICC-tool ontwikkeld, een zelfbeoordelingsinstrument welke studenten inzicht geeft in de eigen ontwikkeling op het gebied van zingeving. Tevens wordt binnen de opleiding verpleegkunde gebruik gemaakt van een 'diamantmodel' met aandacht voor afscheid, lijden, autonomie, schuld en hoop. Daarbij gaat het om spanningsvelden als vasthouden-loslaten, doen-laten, ikzelf-de ander, herinneren-vergeten en geloven-weten. Tot slot maakt ze kritische opmerkingen betreffende het leren van zingevingcompetenties. Het gaat om andersoortige competenties dan andere vaardigheden, het begint met bewogenheid, aandacht, open staan. Ook is er het risico dat het voldoen aan de zorgstandaard zelf doel wordt, in plaats van het herstel van de mens met psychische klachten. Daarnaast wijst ze erop dat maakbaarheids-gedachten het toevallige en de spontaniteit van het moment onder spanning kunnen zetten.

Samenwerking met de geestelijke verzorging

In het artikel van Marijn Gilhuis, geestelijk verzorger bij Antes, vertelt hij herkenbaar over hoe in de praktijk verwijzing naar hem te vaak van toevallige factoren afhangt. Een verpleegkundige op de afdeling spreekt hem aan 'ik heb iemand voor je'. Een arts stuurt een mail 'praat eens met ...'. Een cliënt spreekt hem aan naar aanleiding van gesprek met een andere cliënt. Als gevolg van een groepsgesprek vraagt een cliënt om een individueel gesprek. Hij pleit ervoor om (conform de zorgstandaard) bij intake en bij start behandeling – net zoals bij de kindcheck – te vragen naar zingeving. Ook noemt hij een afdeling waar bij de inventarisatie van de zorgbehoefte ook de vraag naar behoefte aan een gesprek met de geestelijk verzorger wordt meegenomen. Hij pleit ook voor de mogelijkheid van inzage in het dossier en mogelijkheid van rapportage (met ook een besloten deel). Dit om goed aan te sluiten bij de behandeling en tijdig te weten van afsluiten of doorverwijzing. Bijvoorbeeld om de hulpverleners in staat te stellen om aan te sluiten bij hetgeen door hem besprokene is. Ook speelt daarbij zijn eigen beperkte beschikbaarheid een rol.

Welke benadering van zingeving?

Marieke van Eijkelen, ervaringsdeskundige, linkt aandacht voor zingeving nadrukkelijk aan herstel. Ze beschrijft dat veel hulpverleners vaak zelf ervaring met psychische problemen hebben gehad en ze doet een beroep om dit meer te onthullen. In dat kader schrijft ze over 'de gewonde genezer'. De sporen van de eigen levenservaring maken gevoelig voor het geraakt worden door de cliënt en leidt tot verbondenheid en een gelijkwaardige relatie. Zelfinzicht is hierbij voor de hulpverlener onontbeerlijk bijvoorbeeld door inter- of supervisie.

Piet Verhagen, psychiater bij GGZ Centraal en hoogleraar in Leuven, staat in zijn bijdrage stil bij het eigene van zingeving. Zingeving is nauw verbonden met het psychische, maar valt er niet mee samen. Het gaat om het levensverhaal en daarin samenhang, identiteit, verbondenheid, doel en betekenis. Hij verwijst naar de filosoof Charles Taylor, die beschrijft hoe 'menselijke worstelingen' van het gebied van moraal en spiritualiteit verschoven zijn naar een kader van ziekte. De zorgstandaard zingeving ziet Verhagen als een bijdrage aan correctie op dit ziekte-denken. Problematisch is volgens hem te bepalen wat er gebeurt in het zingevingproces. Wat gebeurt er in een viering, in een ritueel, bij het stellen van 'trage vragen'. Trage vragen gaat niet om prestatie-tijd, maar om betekenis-tijd. Om te onderzoeken wat er gebeurt in een ontmoeting waar trage vragen ruimte krijgen pleit Verhagen voor participierend (etnografisch) onderzoek.

Spirit is een in de VS ontwikkeld groepsprogramma om te werken met zingeving. Joke van Nieuw Amerongen-Meeuse (arts) en Bart van den Brink (psychiater) beschrijven in hun bijdrage het oorspronkelijke model en hoe ze dit vertaald hebben naar de Nederlandse context. De werkwijze start met groepssessies waaraan cliënten één of meer keren kunnen deelnemen. Het eerste deel van de sessie gaat over hoe spiritualiteit een rol speelt bij elkaars mentale gezondheid. Respect voor ieders eigen levensovertuiging is hierbij voorwaarde. Vanuit een onderlinge uitwisseling wordt duidelijk of de eigen levensbeschouwing, spiritualiteit of zingeving heilzaam is of belastend. Verder of symptomen een spirituele of religieuze inhoud hebben. In hoeverre religie en spiritualiteit relevant zijn. Vervolgens worden hand-outs naar keuze uitgedeeld. Deze hand-outs bevatten handvatten voor het benutten van zingevingbronnen. Onderwerpen – steeds gerelateerd aan zingeving zijn onder meer: omdenken, coping, worstelingen, mediteren, inspirerende teksten, gebed, vergeving. Een hand-out bevat een inleidende beschrijving van de thematiek en vervolgens een aantal korte teksten uit diverse (ook niet religieuze) tradities. De hand-outs blijken heel helpend voor verdere gesprekken. Bij een evaluatie waren veel cliënten waardierend over dit aanbod. Er wordt nu onderzocht hoe dit instrument verder te ontwikkelen valt en te implementeren.

Conclusie

Baken of labyrint is een interessant boekje. Een labyrint is geen doolhof met doodlopende wegen, maar een labyrint leidt via omwegen naar het doel. Het boekje maakt duidelijk dat met de zorgstandaard een belangrijke stap gezet is om zingeving deel te laten worden van de hulpverlening in de GGZ. Maar ook dat er nog veel werk (implementatie en onderzoek) te doen is. Voor de SPV die redelijk vertrouwd is met de thematiek is het een leerzaam verdiepend boekje. Voor de SPV die zich begint te verdiepen in het gebied van zingeving, raad ik aan de samenvatting van de zorgstandaard en de gelinkte site van thuisarts eerst tot zich te nemen en van daaruit verder te zoeken.

BAKEN OF LABYRINT?

<https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/zingeving-in-de-psychische-hulpverlening>

<https://www.thuisarts.nl/nadenken-over-je-leven>



Esther van Fenema

“De mentale schijf van vijf: een handleiding voor je hoofd.”

(2024) · Uitgeverij Prometheus Amsterdam

ISBN 978 90 44656 61 9

240 pagina's · Prijs € 21,99

Door Ingelien Warmerdam

Bij het streven naar een gezondere leefstijl denkt men over het algemeen vooral aan gezonder eten, meer bewegen, minder alcohol en op tijd naar bed. Dat is waar en zeker belangrijk. Echter gaan deze factoren vooral over het lichamelijk welzijn. Het is daarnaast minstens zo belangrijk om factoren aan de leefstijl toe te voegen die gaan over het mentale welzijn. Want een mens kan nog zo gezond eten en nog zo fanatiek sporten, wanneer de dagen gevuld zijn met stressvolle deadlines en er geen ontspannende activiteiten worden ingepland, kunnen evengoed (gevaarlijke) gezondheidsrisico's ontstaan. Voortdurend onder stress staan is misschien wel gevaarlijker voor het hart dan net even te vaak een stukje kaas bij een glaasje wijn.

Psychiater Esther van Fenema beschrijft net als in een schijf van vijf voor onze dagelijkse voedselinname een schijf van vijf voor ons dagelijkse mentale welzijn. Zeker in de tijd waarin we nu leven komt er veel op ons af, bijvoorbeeld door het gebruik van onze smartphones. Daarnaast ook alle psychosociale veranderingen, zoals onze maatschappij die veel individualistischer is geworden. In deze mentale schijf van vijf komen elementen aan bod zoals investeren in sociale contacten, rust nemen en het eerdergenoemde telefoongebruik. Fenema onderbouwt deze schijf van vijf met verschillende bronnen, maar ook haar eigen ervaringen als psychiater. De hoofdstukken zijn volgens een vaste structuur opgebouwd. Het begint met achtergrondinformatie, veelal vanuit wetenschappelijk onderzoek, met speciaal aandacht voor jongeren. Daarnaast zijn er voorbeelden uit de praktijk in het boek opgenomen en worden er tips en tricks gedeeld.

Het boek is geschreven voor jong en oud aangezien het overkoepelende thema's zijn die wel in elke levensfase een ander accent kennen. Ouderen zullen bijvoorbeeld minder stress kunnen ervaren van hun smartphone, maar kunnen wel stress ervaren doordat mensen om hen heen wegvallen en ze in een isolement terecht kunnen komen. Jongeren zijn wel een doelgroep die er wat meer uitgelicht worden. Het leest prettig en veel is herkenbaar aangezien het maatschappelijke thema's zijn. Thema's waarvoor middels bijvoorbeeld reclamespotjes van belangenverenigingen eveneens aandacht wordt gevraagd. De overkoepelende boodschap is vooral om

meer bewust te worden van de hoeveelheid stress die we als mensen elke dag hebben en hoe dit te voorkomen. Vooral stress waar we ons niet direct bewust van zijn. Omdat we ons niet gestrest voelen, maar wat wel ons systeem belast. Met name het hoofdstuk over het gebruik van een smartphone is interessant om te lezen. Vooral voor de Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundigen (SPV) die jongeren begeleiden. Heel vernieuwend is deze mentale schijf van vijf niet. Echter het idee van de mentale schijf van vijf, op deze wijze mentale factoren als onderdeel van leefstijl te kunnen bundelen en te kunnen benoemen, is goed bedacht. Daardoor is de boodschap om aandacht te hebben voor mentale factoren bij het streven naar een gezonde leefstijl goed over te brengen. Voor SPV is dit boek een aanvulling op de al bestaande kennis en kan interessant zijn om deze kennis op te frissen of aan te vullen. Deze 'handleiding' aan cliënten adviseren kan een goede interventie zijn omdat op deze wijze cliënten gemotiveerd kunnen worden zelf regie te nemen voor hun mentale welzijn.





Michelle van Tongerloo

"Komt een land bij de dokter" (2024)

Uitgeverij De Correspondent

ISBN 978 94 93254 52 7

291 pagina's · Prijs € 23,00



Door Gerard Lohuis

De theorie van Van Tongerloo draait om bestaanszekerheid. In de praktijk draait het om beschikbaarheid en doen wat nodig is. In de kern komt het boek van Michelle van Tongerloo hier op neer. Het begint bij verbazing bij deze straatdokter, het krijgt een vervolg via boosheid en om uiteindelijk moedeloosheid te voorkomen, gaat ze af van begaanbare paden om het probleem aan te pakken. Het is zo eenvoudig en vanzelfsprekend dat je jezelf afvraagt waarom het niet mogelijk is om het op deze wijze aan te pakken. Welkom in een land, waarin de zorg dermate geïnstitutionaliseerd is dat het zich als de denkbeeldige slang in haar eigen staart bijt. De auteur is een van de opvolgers van een praktijk waarin Marcel Slockers (Rotterdam) en Igor van Laere (Amsterdam) jaren geleden al het voortouw namen. Ze bekommerden zich om de dak- en thuislozen op straat. Mensen zwierven op straat met de meest ernstige lichamelijke problemen zonder dat ze hulp kregen. Soms omdat ze er geen recht op hadden vanwege het ontbreken van een zorgverzekering en vaak vanwege het gebrek aan vertrouwen in hulpverlening. Voortgedreven vanuit een stuwmeer aan financiële problemen, vanuit een sociaal isolement en vaak met mentale en verslavingsproblemen. Ze hebben nu hun krachten gebundeld in de Nederlandse Straatdokersgroep van wie onlangs een handreiking is verschenen onder de titel "Sociaal Medische Zorg aan Dakloze mensen".

In "Komt een land bij de dokter" zien we de ongedocumenteerden, de arbeidsmigranten die hun baan verloren zijn en de mensen met verslavingsproblemen of psychiatrische problematiek weer terugkeren. Michelle van Tongerloo werkt als straatdokter in de Pauluskerk waar ze spreekuur houdt voor de hierboven genoemde groep. In het begin van het boek laat ze zien waar haar gedrevenheid vandaan komt en hoe ze haar non-conformistische denkwijze heeft ontwikkeld. Voor wie daar meer over wil weten is er een podcast van de Correspondent: <https://ap.lc/hPPgG> of gebruik de QR-code.

Wat vooral opvalt aan haar werkwijze is dat ze als straatdokter het hart op de goede plek heeft zitten. Wanneer ze een ernstige zieke man wil insturen naar de spoed en deze wordt afgewezen omdat ze voelt dat de internist er geen zin in heeft, trekt ze alles uit de kast om de opname

te bewerkstelligen. Ze weet dat er bij ongedocumenteerden allerlei papierwerk moet worden ingevuld om de financiering geregeld te krijgen, maar dat iemand niet geweigerd mag worden. Ze vraagt zich oprecht af waarom de arts niet doet waarvoor hij is opgeleid. Ze beschrijft het vanuit een aantal praktijksituaties. Waar een man bijna komt te overlijden aan iets wat binnen een consult van tien minuten opgelost had kunnen worden. In haar boek neemt ze de lezer mee in haar praktijk en beschrijft aan de hand van talloze voorbeelden dat we de zorg in Nederland erg ingewikkeld georganiseerd hebben. Het lijkt erop dat de problemen soms niet meer opgelost kunnen worden omdat de zorg een verdienmodel is geworden waarin we redenen zoeken om iemand niet te helpen. De Amerikaans socioloog Richard Sennett riep ooit in wanhoop: “Iemand roept help, dan ga je toch kijken wat je kunt doen als je daarvoor opgeleid bent”?

Van Tongerloo houdt het niet alleen bij het beschrijven van haar dagelijkse werk maar heeft zich ook verdiept in de redenen waarom het helpen van deze groep zo problematisch verloopt. Ze laat zien hoe ons systeem ongedocumenteerden uitbuit, hoe arbeidsmigranten op straat worden gezet (en tegelijkertijd hun huisvesting kwijtraken), hoe gebrek aan woningen er aan bijdraagt dat mensen na een scheiding op straat kunnen belanden, hoe zorginstellingen via verdienmodellen hun organisatie en werkwijze vormgeven, dat zorg voor deze groep onvoldoende op elkaar is afgestemd en dat we het bovenal soms erg ingewikkeld maken. Deze problemen hebben haar aangezet om te denken dat we het niet van de overheid moeten hebben om deze problemen op te lossen. Wat dan wel?

Allereerst laat ze zien, en dat kennen we vanuit de bemoeizorg, dat cliënten het directe telefoonnummer hebben. Het gaat om contact maken en onderhouden. Dat complexe problemen vragen om het winnen van vertrouwen van deze mensen die zich als ongezien, betekenisloos en afgeschreven en in de steek gelaten voelen. Hier dient zich iets gelijksoortigs aan wat Tim 'S Jongers in zijn boek “Armoede uitgelegd aan mensen met geld” (ook al uitgegeven door de Correspondent) ook beschrijft: als de buitenwereld zo met je omgaat verlies je alle vertrouwen in jezelf en heb je niet meer het gevoel dat je nog van betekenis bent. Dat je er niet toe doet. Michelle van Tongerloo besteedt daarom extra tijd wanneer ze dat denkt nodig te hebben. Cliënten gaan dat ongetwijfeld ervaren als “hé er is iemand die echt aandacht voor me heeft”. Van hieruit spreekt ze mensen aan, wordt boos op ze, is met ze verontwaardigd wanneer ze weer eens tegen een institutionele muur oplopen en blijft bovenal oprecht betrokken. Iets wat we terugzien in de benadering vanuit de presentie. Ze schroomt ook niet om non-conformistische maatregelen te treffen. Wanneer iemand geen geld heeft voor de huur, en geen urgentie kan aanvragen omdat hij geen geld heeft, daar trekt zij de beurs en betaalt achterstallige huur zodat er urgentie geregeld kan worden. Veel problemen komen voort uit gebrek aan geld (geen eten, slechte gezondheid, geen huur kunnen betalen of door de verslaving geen zorgverzekering hebt en daardoor geen recht op basale gezondheidszorg). Ze heeft via crowdfunding en social media een eigen financieringsbron gerealiseerd zodat ze de eerste basale behoeften kan regelen zonder maanden te hoeven wachten voordat de reguliere zorg het geregeld heeft.

Ze vertelt een verhaal dat zo logisch is dat je jezelf afvraagt waarom we het niet zo doen. Hulpverleners vanuit medemenselijkheid. Van Tongerloo is een parel die schijnt in een troosteloze wereld. Maar begint niet alles vanuit eenvoud en goede wil? Van Tongerloo heeft het ons laten zien.

Farah

Farah kan niet stoppen met huilen. Ze verontschuldigt zich voor haar emoties die zo heftig zijn dat ze er geen controle over heeft. Nog voordat ze een volgende zin kan uitspreken, raakt ze in paniek. Het duurt een kwartier, vijftientig verontschuldiging en een briesende emotionele storm voordat ze zichzelf enigszins weet te herpakken. Ze is één jaar geleden vanuit Doha, Qatar, naar Nederland gevlucht. Niet in de letterlijke zin want haar steenrijke ouders hebben haar onderkomen en universitaire studie Internationale Betrekkingen voor haar betaald. Toch is ze niet vrijwillig en vanuit eigen keuze hier. Voor haar was er geen bestaan meer in het strenge land.

Ze vertelt dat haar vader haar vanuit zijn ideeën over opvoeden zo streng heeft behandeld, dat ze zich mishandeld en getraumatiseerd voelt. Daarbij komt dat ze moest leven naar de regels van het geloof van haar ouders, die beide moslim zijn. Moeder heeft nooit ingegrepen wanneer ze fysiek mishandeld werd. Ze twijfelt nu of ze mogelijk ook misbruikt is door haar vader omdat ze van haar oudere zus heeft gehoord dat vader zich meerdere keren aan hen heeft vergrepen. Farah weet het niet. Ze mist haar moeder die ze intelligent vindt en vanwege haar geloof zichzelf niet mag ontwikkelen. Voor Farah was het een gruwel om in Qatar op te groeien. Ze heeft zich al op jonge leeftijd aan de macht van haar ouders proberen te onttrekken door stiekem relaties met jongens aan te gaan. Met een van hen, Daoud, heeft ze tegen alle regels in, zowel van het geloof als de culturele, seks gehad. Ze heeft haar ouders gesmeekt om haar te laten gaan. Een jaar zichzelf uithongeren leverde haar uiteindelijk een ticket richting Groningen op. Vol onbegrip bij haar ouders.

De studie kost haar geen moeite. Ze beheerst de Engelse taal en heeft veel meer moeite om zich in het Nederlands uit te drukken. Ze vindt enige aansluiting bij haar studiegenoten maar het lukt haar niet om zich tussen hen thuis te voelen. Ze belt regelmatig met haar ouders en voelt dat zij het haar kwalijk nemen dat ze de familie-eer te schande heeft gemaakt. Na haar vertrek hebben zij van vrienden van Farah gehoord over het losbandige leven en dat ze zowel seks heeft gehad als drugs heeft gebruikt. In haar cultuur zijn beide godslastering en ze voelt hoe haar ouders haar dit verwijten. Voor haar was het een manier om zich overeind te houden en door zich af te zetten had ze het gevoel van eigenheid. Rebel with a cause, noemt ze het zelf.

Het levert haar nu veel verlies op. Ze zoekt nog af en toe contact met haar zus die in Qatar al langere tijd depressief thuis zit. Ze heeft geprobeerd zich aan te passen en betaalt nu met een geestelijke ziekte volgens Farah. Als ik haar vraag hoe het voor haar is om te leven tussen twee culturen waarbinnen ze zich in geen van beide thuis voelt, komen wederom de tranen. Wat valt er te kiezen mister Lohuis als je je nergens thuis voelt?

Gerard Lohuis

Regie over eigen leven

Kees komt op 72-jarige leeftijd voor het eerst in aanraking met de GGZ. Het is niet zijn keuze geweest dat hij nu tegenover me zit. Hij is op z'n hoede. Volgens de aanmelding van de huisarts is Kees drie jaar geleden in de problemen geraakt nadat zijn vrouw aan de gevolgen van kanker is overleden. Hij heeft lange tijd met z'n ziel onder de arm rondgelopen en de eerste maanden na het overlijden hebben met name zijn zoon en dochter er voor gezorgd dat hij bleef eten en zichzelf verzorgde. Zijn zoon heeft aan de bel getrokken omdat hij merkt dat zijn vader is vastgelopen. De woningbouwvereniging heeft de woning van Kees geïnspecteerd en aangegeven dat hij de overvolle woning binnen drie weken veilig en leefbaar moet maken en dat er anders ingegrepen wordt. Het huis staat overvol met boeken, kranten en dozen met allerlei archiefmateriaal. Kees slaapt van alles de woning in omdat het relevante informatie bevat die hij nog wel eens nodig kan hebben. De huisarts heeft het vermoeden heeft dat er sprake is van gestagneerde rouw en verzamelwoede.

Kees vertelt dat hij altijd zelfstandig gefunctioneerd heeft en niet van plan is zich door zijn kinderen of een woningbouwvereniging de les te laten lezen. Zonder dat hij het doorheeft, vertelt hij over de aanleiding van zijn komst, de overvolle woning en de lastige woningbouwvereniging. Voordat ik hem daar iets over mag vragen, wil hij me eerst uitleggen waarom zijn vrouw niet de juiste behandeling heeft gekregen. Hij begint vervolgens als een docent les te geven over de laatste wetenschappelijke inzichten van de behandeling van kanker en wat de doktoren in het ziekenhuis niet goed hebben aangepakt. Hij vertelt gepassioneerd en laat zich niet onderbreken. Ik spreek af dat ik vijftien minuten 'onderwijs' wil volgen en dat hij me erna 30 minuten moet geven om mijn vragen te stellen.

Hij heeft jarenlang als wetenschappelijk onderzoeker bij een nationaal onderzoeksbureau gewerkt. "Na mijn pensionering heb ik mijn werk thuis voortgezet, een eigen bureau opgezet. Ik doe nog steeds onderzoek en wordt her en der gevraagd om lezingen te geven". Ik spreek mijn waardering uit voor zijn gepassioneerde inzet en merk dat hem dat goed doet. Hierna spreek ik hem vaker waarbij we een behandelingsritueel inbouwen. Hij mag vijftien minuten praten over zijn kennis en erna heb ik een half uur om met hem te spreken over zijn huidige problemen. Het gaat er dan met name om dat hij toelaat dat spullen uit zijn woning worden gehaald zodat hij veilig kan wonen. Gelukkig erkent hij deels het probleem en wil zelf met iemand de spullen uit zijn woning halen. Ik regel iemand die hem daarbij gaat helpen.

Ondertussen blijven wij ons behandelritueel voortzetten en door veel over zijn vrouw te praten, komt de rouwverwerking op gang. Klaas gaat beter voor zichzelf zorgen. En voor zijn spullen, die hij allemaal in een container box heeft opgeslagen. Niemand vertelt hem hoe hij zijn problemen moet oplossen. Hij blijft wel de baas over zijn eigen leven.

Gerard Lohuis

