

LONELINESS

THEMAVAKBLAD VOOR DE SPV

MAART 2023

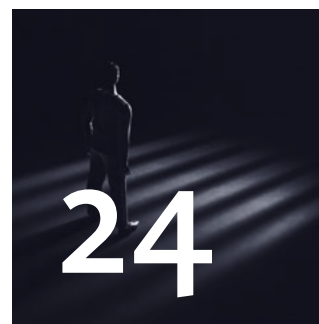




44



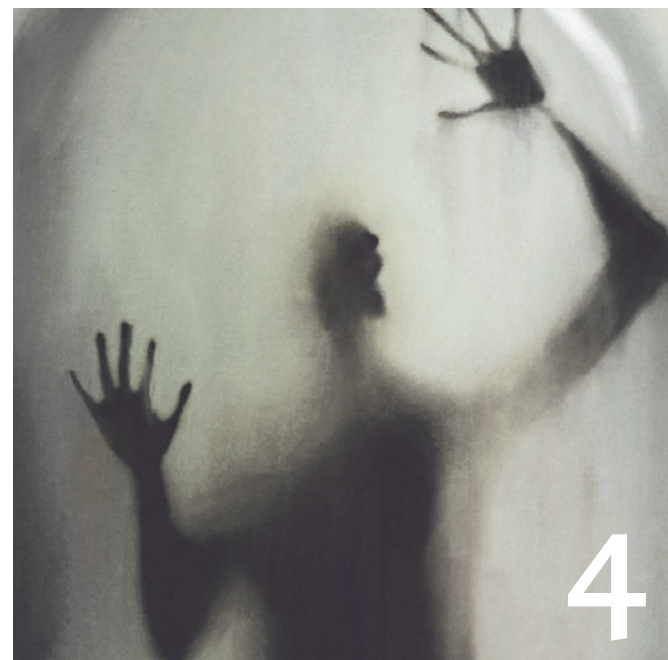
14



24



68



4



50



32



60

THEMA EENZAAMHEID

Eenzaamheid en schaamte bij verslaving 4

Kom jij op bezoek? 24
Eenzaamheid in detentie

De eenzame moeder 44
De mythe van de roze wolk bij een postpartum depressie

Leefomgeving 50
Een kans voor eenzaamheid?

ARTIKELEN

'Het is te laat, hij is al dood' 14
De impact van zelfdoding op nabestaanden

Ongepast of ongemak? 32
Lichaamsgericht werken als SPV

Onmisbaar bij detentie 60
De SPV als bruggenbouwer in de gevangenis

Verbinden en ontschotten in de verslavingszorg 68
Valt het doek voor de tweedeling cure en care?

BOEKRECENSIES

The Anatomy of Loneliness 12
Teal Swan

De eenzame stad 20
Olivia Laing

Eenzaamheid 30
Manfred Spitzer

Goed leven 40
Dirk de Wachter en Manu Keirse

Mag een mens eenzaam zijn? 58
Ton Jorna e.a.

De eenzaamheidsparadox 66
Jeanette Rijks

Onmetelijke eenzaamheid 78
Ton Jorna en Willem Voois

'Onze maatschappij lijkt door te schieten, denk ik, in ikkig-heid'

Ook dit jaar wordt er weer vanuit de politiek in Nederland de week van de eenzaamheid georganiseerd. Met als slogan: 'Elk klein gebaar kan het verschil maken.' Dit roept bij mij nogal veel cynisme op, want diezelfde politiek heeft ervoor gekozen om van onze mooie verzorgingsstaat een participatiesamenleving te maken. En die werd in 2015 van links tot rechts door de politiek omarmd. Waarom? Omdat het begrip voldoende ruimte biedt om naar eigen politieke kleur in te vullen. De participatiesamenleving zou de vrijheid van burgers bevorderen, het maatschappelijk middenveld versterken en mensen meer naar elkaar doen omzien. Het zou burgers prikkelen om meer verantwoordelijkheid te nemen voor de behoeften en benodigdheden om hen heen.

Helaas zien wij hier op dit moment weinig van terug. Sterker nog, ik durf te zeggen dat we een nog meer individualistische samenleving hebben gekregen. Hoogleraar psychiatrie Dirk de Wachter heeft hier mooie woorden voor: 'Onze maatschappij lijkt door te schieten, denk ik, in ikkig-heid. In een overgewaardeerd denken van autonomie.' En mijn idee is dat dit nu ook gebeurt in Nederland. Dat maakt dat wij een bepaalde categorie burgers over het hoofd zien. Omdat we vooral met onszelf bezig zijn. Gelukkig bestaan er ook nog hulpverleners.

Hulpverlening is een breed begrip. Daarom sla ik hier direct de brug naar de sociale psychiatrie, en in het bijzonder het werk van de Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige (SPV). Dit is een discipline die kan werken binnen een verzorgingsstaat, maar zeker ook in de participatiesamenleving. Waar mensen nu nog teveel met zichzelf bezig zijn, zorgen de SPV'ers voor die verbinding. Zij werken vanuit de context, zoeken mensen op die bijvoorbeeld eenzaam zijn en kijken waar hulp geboden kan worden en hoe.

In dit vakblad nemen we u mee in een klein stukje van het werkgebied van de SPV. Mee naar de huidige leefomgeving van onze maatschappij. Wat zien wij daar als SPV? Wat heeft bijvoorbeeld corona gedaan met de eenzaamheid binnen onze samenleving? Maar we besteden ook aandacht aan specifiekere doelgroepen zoals zwangere vrouwen met een postpartum depressie, cliënten met een verslavingsachtergrond en cliënten binnen een penitentiair psychiatrisch centrum. Allemaal om te laten zien hoe breed het spectrum is waarbinnen de SPV werkzaam is en wat zij hierin doet rond eenzaamheid.

Terugkomend op onze participatiesamenleving, hoop ik dat onze samenleving de komende jaren vooral de s van SPV overneemt. Dat we minder gaan polariseren en meer tot elkaar komen. Het sociale hervinden in onze maatschappij, dat moeten we de komende jaren gaan doen. Dan kunnen we hopelijk de eenzaamheid terugdringen, maar ook gezamenlijk onze zorg verbeteren.

Veel plezier bij het lezen van ons vakblad!



Berend de Groot
SPV i.o. bij PI Zwolle

EENZAAMHEID EN SCHAAMTE BIJ VERSLAVING

‘Ik wil graag stoppen met mijn middelengebruik. Kunt u mij helpen?’

Een veelvoorkomende openingszin. Voor de mensen die hulp zoeken in de verslavingszorg, begint het veelal bij deze inkopper. Maar middelenafhankelijkheid en een daaraan gekoppelde hulpvraag blijken in de praktijk slechts de oppervlakte van een meervoudig probleem. Want bijna iedereen die in onze caseload wordt behandeld, noemt twee aspecten die hand in hand gaan met hun verslaving: eenzaamheid en schaamte. Is er aandacht genoeg voor deze driehoeksverhouding?



Anne Romijn-van Eikenhorst
SPV i.o. bij Dimence
Verslavingspsychiatrie



Mariëtte van Temmen
SPV i.o. bij Tactus verslavingszorg
regio Apeldoorn



NEEM KAREL. HIJ IS EEN ALLEENSTAANDE MAN VAN 45 jaar. Momenteel zit hij in de ziektewet, maar tot een jaar geleden werkte hij als medewerker van een installatiebedrijf. Karel heeft een moeilijke en onveilige jeugd gehad die diepe sporen bij hem heeft achtergelaten.

Karel is al twintig jaar verslaafd aan cannabis en alcohol. Hij is in behandeling binnen de verslavingszorg om zijn problemen aan te pakken, waaronder zijn middelengebruik. Karel regelmatig dat hij zich alleen voelt en ook bij regelmaat alleen thuis is. Hij is naarstig op zoek naar steunende mensen om zich heen, zodat hij leuke dingen kan doen met anderen en weer voelt dat hij meedoet in de maatschappij. Het opbouwen van een sociaal netwerk gaat echter niet gemakkelijk. Hij ervaart allerlei drempels om aan sociale activiteiten mee te doen of mensen op te zoeken, waarbij vooral schaamte om zijn middelengebruik in de weg zit. Door die schaamte en eenzaamheidsgevoelens zoekt hij zijn heil weer in het middelengebruik. Waardoor vervolgens de drempels om sociaal contact te vinden alleen maar verder opgetrokken worden. Tot groot verdriet van Karel lukt het hem niet om deze vicieuze cirkel te doorbreken.

De relatie tussen deze drie ingrijpende problemen lijkt wel een bermudadriehoek waaruit moeilijk te ontsnappen valt. Eenzaamheid en gevoelens van schaamte die leiden tot het zoeken van troost en verdoving in middelengebruik, dat enkel tot nog meer eenzaamheid en verslaving leidt en op haar beurt...

De stigma's vanuit de maatschappij zijn rauw, de veroordelingen en het onbegrip hard. Cliënten trekken zich terug uit het sociale leven, verdwijnen veelal met hun gevoelens van schaamte steeds verder achter hun eigen voordeur om die uiteindelijk nauwelijks nog te openen voor anderen. Wanneer je in die situatie zit is de kans om naar de middelen te grijpen uiterst groot.

HOE BIEDEN WIJ SPV-ERS TEGENWICHT AAN DIT COMPLEXE WEB VAN PIJN?

Onder verpleegkundigen bestaat er een grote handelingsverlegenheid als het gaat om de aanpak van eenzaamheid. Ze trappen snel in de val van de praktische oplossingen. Dit is niet altijd geschikt. Er is immers geen *quick fix* om eenzaamheid en schaamte te doorbreken. Het vergt tijd, inzet, inzicht, motivatie en bovenal maatwerk om het leed te kunnen verzachten (Zilverentant & Bouwman 2021).

HOOFDVRAGEN

In dit artikel duiken we in de theorie en doen praktijkonderzoek naar de fenomenen eenzaamheid, schaamte en verslaving en het verband tussen die drie. We proberen antwoord te krijgen op twee hoofdvragen:

Hoe leiden gevoelens van schaamte en eenzaamheid tot meer middelengebruik en vice versa?

Welke rol is voor de SPV weggelegd om cliënten te helpen dit tricyclische patroon te doorbreken?

WAT IS EENZAAMHEID?

Het gevoel van eenzaamheid gaat over het missen van verbinding met anderen. De definitie spreekt van een discrepantie tussen wat iemand wenst en dat wat de werkelijke kwaliteit van sociale relaties is (Masi et al 2011, Holt-Lunstand & Smith 2016). Sociale relaties behelzen de fysieke aanwezigheid van anderen, maar ook van belang zijn wederkerig vertrouwen, corresponderende waarden, gelijkwaardige samenwerking en communicatie (Cacioppo et al 2015a).

De oorzaak van eenzaamheid is niet eenduidig. Ze kan ontstaan door een samenloop van verlieservaringen, lichamelijke en/of psychiatrische kwetsbaarheid, verhuizing, ontslag of financiële problemen (Mind korrelatie 2022).



‘Ik had soms wel mensen om mij heen, maar voelde me toch vaak eenzaam. Ook doordat ik door de middelen mezelf helemaal kwijt was. Ik voelde mezelf niet meer, wist niet meer waar of wie ik was, en was eenzaam in mijn eigen lijf.’

— EEN CLIËNT —

DRIE SOORTEN EENZAAMHEID

Eenzaamheid valt uiteen in meerdere categorieën. Elk daarvan heeft net weer een andere nuance. De meest voorkomende drie soorten zijn emotionele, sociale en existentiële eenzaamheid.

Bij *emotionele eenzaamheid* ervaren mensen gevoelens van verdriet en leegte omdat ze een emotionele verbinding missen met dierbaren. Het betekent dat ze hun verhaal niet kwijt kunnen bij



hun partner, vrienden of collega's. Ze vinden het lastig om zichzelf te zijn als ze bij hen in de buurt zijn, dus zelfs met anderen om zich heen voelen ze zich eenzaam.

Bij *sociale eenzaamheid* missen mensen verbinding met anderen waarmee ze zich identificeren. Ze hebben het gevoel dat het hen ontbreekt aan vrienden. Of ze ervaren zichzelf als anders dan de meeste anderen. Ze hebben daardoor de neiging om zich sociaal terug te trekken, waardoor ze steeds minder met anderen in contact staan.

Existentiële eenzaamheid tot slot gaat over zingeving. Mensen voelen zich verloren, missen een gevoel van bestemming en weten niet goed waarom hun leven ertoe doet. Existentieel eenzame mensen ervaren een gebrek aan houvast en zijn op zoek naar de betekenis van het leven, of hun rol daarin.

RATTENPARK

Dat sociale eenzaamheid kan leiden tot verslavingsproblemen, lijkt voor de hand te liggen. Niettemin is dit causale verband pas in de jaren zestig aangetoond, door een baanbrekend onderzoek van de Canadese psycholoog Bruce Alexander: 'Rat Park'.

Alexander wilde de correlatie tussen de leefomgeving en het ontstaan van verslaving onderzoeken. Ratten lijken in veel opzichten op mensen, o.a. omdat het een bijzonder sociale diersoort is. Ratten zijn bovendien actieve dieren, die zoeken naar plezier (Gage & Sumnall 2019).

Zijn onderzoek was een reactie op eerder, vergelijkbaar onderzoek. Daarin werd een rat in een kooi gezet met een flesje water en een flesje verdunde morfine. De ratten bleken de voorkeur te geven aan morfine en raakten zeer snel verslaafd. Ze gebruikten meer en meer, tot de dood erop volgde. Om deze reden concludeerde men dat er iets in drugs moet zitten dat op

zichzelf tot verslaving leidt. Die gedachte vormde de aanleiding voor de Amerikaanse war on drugs en het wereldwijd verbieden van verdoovende middelen.

Alexander besepte echter dat dit onderzoek iets fundamenteel over het hoofd zag. In de kooien was de sociale context voor de rat vrij duister: niets van hun natuurlijke habitat was er in vertegenwoordigd. Geen andere ratten, geen spelmateriaal. Alexander pakte het anders aan: hij herhaalde het experiment, maar nu in een kooi vol ratten, met alle componenten die een rat van nature behoeft. Soortgenoten van verschillende sekse, speelgelegenheden, eten en drinken, verstopplekken, etc. Niet één rat raakte verslaafd. Conclusie van dat onderzoek: het zijn niet de middelen zélf die verslaafd maken, maar de situatie waarin men zich bevindt. Hij noemt dit fenomeen 'dislocation theory of addiction'.

VERSLAVING ALS COPING-MECHANISME

In navolging van Alexander beschrijven ook andere onderzoeken dat eenzaamheid kan leiden tot het gebruik van meer middelen. Vooral wanneer eenzaamheid tot negatieve emoties leidt en vervolgens verslavende middelen en strategieën ingezet worden als coping (Holt-Lunstad 2017); Denk aan drinken, roken, beeldschermen, eten, gamen, drugs en medicatie gebruiken, gokken, koopzucht, afleiding buiten de deur zoeken, slapen en ongezonde afleiding zoeken (Rijks, 2021). Omgekeerd kan middelengebruik ook weer leiden tot meer eenzaamheid (Masi et al 2011).

In de praktijk wordt het meest opgemerkt dat iemand zijn sociaal netwerk kwijtraakt door middelengebruik. Dit kan enerzijds door schuld- en schaamtegevoelens komen van de mens met de verslavingsproblemen; iemand houdt afstand van zijn of haar sociaal netwerk en trekt zich geleidelijk aan steeds verder terug. Ook zien we in de praktijk vaak dat de verslaving maakt dat iemand moeite heeft om afspraken na te komen en dat het middelengebruik zelf de cliënt ook een prominente daginvulling bezorgt. Anderzijds kan het sociaal netwerk onbegrip hebben voor de verslaving en daarom meer en meer afstand nemen.

Je kunt eenzaamheid zien als een maatschappelijk probleem, wanneer ongewenst gedrag, verwaarlozing en verslaving hieruit voortvloeit. Op eenzaamheid rust nog steeds taboe. Zolang het andersmans eenzaamheid betreft willen we ons wel openstellen en het probleem op de maatschappelijke agenda zetten, maar zodra het je eigen eenzaamheid is, wordt het moeilijker (Rijks 2021). Het blijft daarom ook deels een verborgen probleem omdat mensen hun worsteling op deze gebieden niet snel toegeven aan anderen (Fokkema & Dykstra 2007).

SCHAAMTE

Gevoelens en gedachten van schaamte zijn voor bijna iedereen herkenbaar. Schaamte is een zeer krachtige en universele emotie. Het raakt ons bijna allemaal. Brené Brown is Amerikaans onderzoekster op het vlak van schaamte en ons allen waarschijnlijk inmiddels meer dan bekend (en dat zegt iets over de universaliteit van schaamte). Volgens Brown (2007) legt schaamte ons het zwijgen over ons zelf op, uit angst de verbondenheid die we hebben, kwijt te raken. De scherpe toon van schaamte is gezet. Psycholoog én ervaringsdeskundige Dr. Alie Weerman, wijst er in haar artikel over schaamte op, dat er meerdere onderzoekers zijn geweest die schaamte als fenomeen hebben beschreven (Banke 2009; Blum 2008; Weerman 2021). De grote gemene deler binnen deze definities is volgens haar als volgt te omschrijven: 'schaamte is een bewuste en pijnlijke emotie, die samengaat met een gevoel van inferioriteit met betrekking tot je zijn, je persoon. Schaamte onthult iets van jezelf, wat je eigenlijk níet wilt zijn.' Weerman omschrijft vervolgens een nog diepere laag van schaamte: 'De schaamte voor de schaamte. Wanneer hier sprake van is, wordt de schaamte niet meer bewust ervaren, naar het onderbewuste geduwd, en stapt de persoon uit het contact met het gevoel op dit vlak.'



‘41 jaar en net weer een opleiding begonnen om een diploma te halen. De helft van de tijd weet ik niet waar ze het over hebben. Dan zit ik maar wat als een halvegare te knikken. Ik voel me onecht, alsof ik niet slim genoeg ben om daar te zijn. Als het gevoel over me heen komt zou ik er het liefst tussenuit willen knijpen..gewoon mijn tas pakken, ‘m smeren en nooit meer terug komen.’

— 'GELUKKIG BEN IK NIET DE ENIGE', BRENÉ BROWN —

Schaamte roept het gevoel op te willen verdwijnen. Onderzoek wijst volgens Brown uit, dat niet onze neocortex domineert in de omgang met schaamte, maar ons reptielenbrein; de meest primaire mechanismen doen hun werk: Vechten vluchten of verstijven, en ons denken laat het afweten; 'verslaving doet met schaamte wat zout water met dorst doet' (Terrance Real).

SCHAAMTE EN VERSLAVING

Mensen die veel schaamte ervaren, hebben een grotere kans op het ontwikkelen van een verslaving. Middelengebruik neemt omgekeerd vaak toe om gevoelens van schaamte te onderdrukken in de vorm van zelfmedicatie, omdat dat even voor opluchting kan zorgen bij deze pijnlijke emoties (Treeby & Bruno 2012).

ZWARE LAST

Volgens Corrigan, Watson en Miller (2006) is van alle psychiatrische stoornissen een verslaving het meest stigmatiserend. Dat gaat op voor de mensen met de verslaving zelf, alsook voor de omgeving, die veelal heen en weer pendelt tussen compassie en verwijt. Bij een verslaving faalt men op zóveel vlakken, dat schaamte onlosmakelijk verbonden is, zo geeft Weerman aan.

Daar komt nog bij dat die schaamte veelal chronisch van aard is. Wanneer de schaamte langdurig aanhoudt, leidt schaamte tot diverse vormen van bijkomende psychopathologie (waaronder somberheid en depressie) en de schaamte voor de schaamte (bypassed shame) gaat een eigen leven leiden (Weerman, 2014). Daarnaast dient de schaamte die mensen met een verslaving ervaren, zich aan in diverse soorten: zijnschaamte (die rammelt aan je bestaansrecht), faalschaamte en relationele schaamte.

Schaamte kan soms verward worden met schuldgevoel. Het grote verschil is dat schuldgevoel vooral gaat over minder blijven de negatieve gevoelens ten gevolge van specifiek eigen gedrag, waarbij schaamte meer gaat over een integraal negatief gevoel (Lewis, 1971). Schuld zou je volgens verslavings-onderzoekster Ronda Dearing, verbonden aan de State University of New York onder andere, kunnen zien als het gezonde alternatief voor schaamte. Het onderscheid is belangrijk, omdat schaamte ingrijpend en diep geworteld is en dit andere interventies vereist dan schuld.



‘Ik hield contacten af, ook heel belangrijke. Omdat ik had andere prioriteiten had met mijn gebruik, maar misschien had het ook wel met schaamte te maken. Misschien moet ik jou anders uitleggen waarom ik mezelf wil verdoven, en ik weet niet of ik dat kan.’

— EEN CLIËNT —

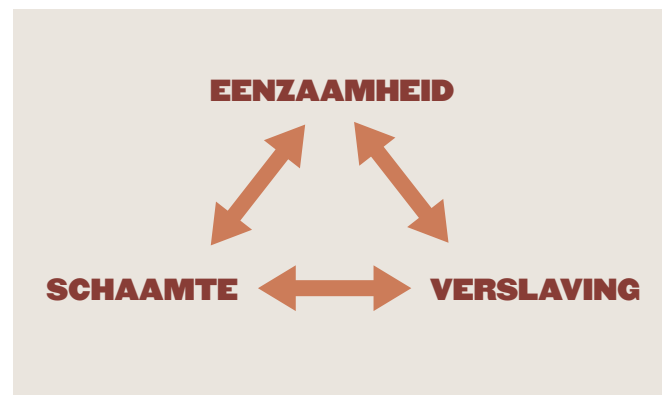
Gek genoeg staat schaamte nog niet zo vaak op de agenda binnen de verslavingszorg als gespreksonderwerp met onze cliënten. Genoemd wordt het, zeker, maar de speciale aandacht ervoor blijft veelal nog uit terwijl de impact volgens de theorie vrij groot is: Je faalt als verslaafde ten opzichte van je eigen levensverwachtingen en standaarden en je bent onbetrouwbaar voor anderen, omdat je lichaam het heft in handen heeft genomen op een manier die je niet wilt (Weerman, 2014).

KEERZIJDJE VAN DE DONKERE MEDAILLE

De andere kant van schaamte is dat ze wijst op het vermogen tot zelfreflectie. Ook wanneer de persoon zelf niet goed in contact staat met het gevoel. Dan nog, kan het lichaam er nog contact mee hebben. In die zin is schaamte weliswaar pijnlijk maar kan ook functioneel zijn en verbinden. Laten zien dat je je schaamt bijvoorbeeld, kan helend zijn voor beschadigd contact. Volgens Schout en de Jong (Weerman, 2014) zouden interventies binnen de verslavingszorg hier meer op gericht moeten zijn

DRIEHOEKSVERHOUDING

Zowel verslaving als eenzaamheid werken het gevoel van schaamte in de hand. Zowel verslaving als eenzaamheid hebben een sterk stigmatiserend effect. Problematisch alcohol- of drugsgebruik is tevens sterk verbonden met schaamte zoals we hebben gezien, waardoor er een dubbel negatieve spiraal en/of vicieuze cirkel kan ontstaan (Flanagan, 2013). Wij illustreren die zelf graag als volgt:



Verslaving, eenzaamheid en schaamte hebben de gemene deler dat zij allen inwerken op onze angst van niet-verbonden zijn. Ze klappen dicht, doen je stilzwijgen en geheim houden. Verbinding hebben wij van oudsher nodig om te overleven en geeft nog altijd de zin aan ons leven. In het moment zelf, kan middelengebruik een hulpmiddel zijn om in contact te komen met anderen. De mexicaans-amerikaanse psychiater Dr. Nora Volkov noemt alcohol een ‘sociaal glijmiddel’, maar dat zou voor meerdere middelen kunnen opgaan. En als ze niet fungeren als glijmiddel, dan is het wel prima verdoving. In het moment.

PRAKTIJKERVARINGEN

Vanuit de gesprekken die wij voerden met cliënten en ervaringsdeskundigen van Korak herstellplein te Apeldoorn, concludeerden wij dat zowel eenzaamheid als schaamte altijd diep gevoeld

DE PRAKTIJK: ALFRED

Alfred (52) is anderhalf jaar in herstel van zijn jarenlange verslaving aan verschillende middelen. Hij omschrijft zijn eenzaamheid als een gevoel dat komt en gaat, waarbij hij dieptepunten in eenzaamheid alsook perioden van sociale isolatie omschrijft. Alfred vertelt dat zijn worsteling tweeledig is; enerzijds komt hij onder de mensen en wil hij anderen toelaten, anderzijds zet hij anderen op afstand door naar huis te gaan of door ruzie te maken, wanneer ze te dichtbij lijken te komen. Dit is een automatisme en een onbewust proces dat eenzaamheid-versterkend werkt. De schaamte omtrent zijn eenzaamheid voelt regelmatig ondragelijk, wat vervolgens leidt tot onverschilligheid (schaamte voor de schaamte) en dit heeft afgelopen weekend geleid tot een terugval in het roken van cannabis. Hij voelt momenteel dat zijn herstel wordt tegengewerkt door zijn eenzaamheid, wat pleit voor de prioritering van de onderwerpen eenzaamheid & schaamte in de behandeling. Alfred denkt veel na over de eenzaamheidsgevoelens en heeft geconcludeerd dat het niet toelaten van anderen te maken heeft met het missen van eigenwaarde, vertrouwen in zichzelf en anderen. Alfred geeft terug dat het in de eerste plaats belangrijk is dat de SPV zonder oordeel het gesprek aangaat met degene die zich eenzaam voelt en schaamte ervaart. Door erover te praten, komt er al meer lucht. Vervolgens is het belangrijk om naar de blokkades te kijken van de eenzaamheid, waarbij bij het voor Alfred van belang is dat er aan het vergroten van eigenwaarde en vertrouwen wordt gewerkt.

wordt, wanneer iemand met een verslaving kampt. De schaamte voor de schaamte is de moeilijkste in zijn soort omdat deze de afstand tot anderen ingrijpend vergroot, en daarmee de eenzaamheid. Je hier als hulpverlener bewust van zijn, en de tijd nemen voor de pijn daar onder, die gehoord en gezien wil worden, lijkt de belangrijkste boodschap vanuit de ervaringsdeskundigen. Hierbij wordt vooral ook aangegeven, dat er veel kracht zit in herkenbaarheid, en samen kwetsbaar durven zijn. Gedeelde smart wordt dragelijker. Oplossingen lijken daarbij van ondergeschikt belang, met name in de beginfase, maar aangegeven wordt dat het terugvinden van vertrouwen in eigen kunnen en het zoeken naar zingeving belangrijk is.

OMBUIGEN VAN EEN NEERWAARTSE SPIRAAL

Rijks doet een pleidooi voor de idee dat ‘iedereen kwetsbaar is’, en eenzaamheid pas een probleem is als de ander aangeeft dat het een probleem is. Dit vraagt om open houding van ‘not knowing’, oprechte interesse, waarvoor vanuit de narratieve hoek alsook de presentiemethodiek vele handvatten worden geboden.

Diezelfde narratieve benadering kan helpend zijn in de aanpak van schaamte: Weerman geeft aan dat via deze weg een schametevol verhaal kan worden omgezet in een betekenisvolle, die kan leiden tot meer zelfacceptatie en zelf-vergeving.

Brown geeft aan dat we niet alleen het gevoel achter de schaamte van de ander moeten proberen te begrijpen maar ook waarom en hoe we anderen tot schaamte brengen, en hoe we aan ‘schaamte-veerkracht’ kunnen bouwen voor de ander. Daarmee is de weg uit de cirkel breed-systemisch en deze gedachte nodigt uit tot het samenwerken mét systemen. Brown nodigt ook uit tot maatschappijkritisch kijken.

ROL VAN DE SPV

SPV-ers denken en werken methodisch vanuit een individu-omgevingsmodel. Zij werken met de praktische tools aangereikt vanuit presentie, de niet wetende, vragende opstelling vanuit de narratieve hoek, passend krachtwerk, positieve psychologie en andere methodieken die mooi aansluiten bij de conclusies gesteld door onze genoemde onderzoekers. Zij werken mét systemen en zijn hierin getraind meezijdig partijdig. En zijn zeer sterk gericht op het terugdringen van stigmatiserende fenomenen en het tegengaan van uitsluiting en marginalisering. Dit alles met een zeer praktische slagvaardigheid. Het maakt de diversiteit in de bagage van de SPV uitermate geschikt om mensen te helpen zoeken naar de uitweg uit deze verlamdende cirkel, die, gelijk een crisis, ook kansen biedt tot groei.

EXPLORATIE IN GESPREK

Allereerst is het, met inachtneming van de aandachtspunten die onder meer Rijks en Brown ons bieden, van belang om ter exploratie eerst de aansluiting te vinden. Dat doe je via empathie en verbinding, die door Brown antidota worden genoemd in de strijd tegen eenzaamheid en schaamte. Presentie biedt ook hier de juiste attitude.

Als je meteen overgaat op de inzet van praktische tips in de aanpak tegen eenzaamheid en schaamte, zal dit veelal te vroeg zijn en onvoldoende aansluiten bij de specifieke behoeften van de persoon die voor je zit. Dit is een belangrijk punt, dat de ervaringsdeskundigen met klem ondersteunen.

Onderzoek, bijvoorbeeld volgens de gevalideerde eenzaamheidsschaal opgesteld door de Jong Gierveld et al (2018) of er de cliënt eenzaamheid ervaart, zonder expliciet naar eenzaamheid te vragen. Dit kan te confronterend kan zijn. Passender is het om eerst door te informeren naar de signalen van eenzaamheid die jij meent te zien:

- ▶ Wat doet u zoal op een gewone dag?
- ▶ Bent u tevreden over uw contacten?
- ▶ Heeft u mensen die u om hulp kunt vragen?
- ▶ Mist u mensen om u heen?
- ▶ Ervaart u belemmeringen om (sociale) activiteiten te doen?
- ▶ Met wie spreekt u zoal? Kinderen, kennissen, pastor/predikant, hulpverleners?

Na het doorvragen op eenzaamheid is het aan te bevelen om de volgende gespreksonderwerpen aan te snijden:

Is er sprake van schuld-, of schaamtegevoelens? Vraag hierbij door met een niet-wetende stijl, zonder invullen, want deze emoties zijn zeer individueel verschillend. Ook hierbij kan het helpen niet op een directe manier naar schuld te vragen maar indirect. Bijvoorbeeld: weet je hoe je familie aankijkt tegen je gebruik/jou? Wat doet dat met je? (Wolf, 2012)

Verken betekenis en behoeften uitvoerig, ook door middel van de insteek van waardenonderzoek (binnen het krachtgericht werken) toe te passen. Meerdere onderzoekers, of het nu op het gebied van eenzaamheid is of het gebied van schaamte, onderstrepen het belang te zoeken naar wat de eenzaamheid en de schaamte zeggen. Welke pijn voelt zich niet gehoord en wat is de behoefte die er achter ligt voor deze specifieke persoon? Geef ruimte aan al het gevoel dat er is, en neem vooral de tijd. Betrek systemen waar mogelijk en wees meerzijdig partijdig.

We onderstrepen hierbij het belang, om speciale aandacht te hebben voor destigmatiserend werken en in het gesprek te benadrukken hoe universeel gevoelens als eenzaamheid en schaamte zijn en dat het gebruik van middelen een manier van coping is. Alleen al dit laatste brengt de schaamte mogelijk al terug naar

schuld om gedrag. Wees met vertrouwen je eigen voorbeeld en zet je eigen ervaringen niet meer en niet minder dan helpend voor de cliënt, functioneel in.

Voorts kun je diverse interventies worden inzetten die gericht zijn op de aandachtspunten die Rijks noemt, zich kenmerkend door een intentie die gericht is op het verhogen van veerkracht en verbinding (Brown 2008) op gebied van eenzaamheid en schaamte. Wij gebruiken Rijks' aandachtspunten graag als kapstok voor de aanbreng van een methodiek in de begeleiding van mensen die met deze complexe tricycles te maken hebben (eenzaamheid.info):

STAP 1 | STRESSREDUCTIE EN HERSENACTIVATIE

We richten ons nu in de eerste plaats op de stressreductie en hersenactivatie waarbij we kunnen putten uit de mogelijkheden van lichaamsgericht werk (waaronder: wandelen, sport en mindfulness, muziek maken al naar gelang de voorkeuren van de mens tegenover je), creativiteit aanspreken,

STAP 2 | SOCIALE COGNITIE AANPASSEN

Schaamte-veerkracht begint volgens Aukje Nauta, psycholoog en schaamte-onderzoekster bij het besef dat schaamte unipolair is. We denken dat wanneer we ons schamen, we niet trots kunnen zijn. Een blij mens kan niet verdrietig zijn. Enzovoorts. Maar die bipolariteit is een absolute denkfout. En dat is goed nieuws. Voor iedereen die niet als slachtoffer wil worden gezien. Dan ontstaat er ruimte om schaamte als een krachtbron te gebruiken zo stelt zij. Het betekent dat je niet schaamteloos hoeft te worden maar schamtevrij is een mooi doel om aan te werken. Schaamtevrij, wil zeggen, trots en schaamte bestaan tegelijkertijd, je laat de schaamte vrij. Je geeft het ruimte, je laat het bestaan en je kan het in de ogen zien, en met name, het verlangen er achter. Nauta richt zich daarna op het onderzoeken van dát verlangen. Ook wordt er gesteld dat behandeling van schaamte erop gericht zou moeten zijn, de gevoelens van schaamte terug te brengen naar gevoelens van schuld (Brown, 2007). De aandacht verschuift dan naar het gedrag, versus de persoon, wat weer leidt tot schaamtereductie.

De verlamdende werking van schaamte door verslaving kan men onder andere mogelijk verlichten, door een stap van het 12 stappenmodel van Minnesota in te zetten, namelijk het schrijven van een brief aan je omgeving. Dit wordt ook onderstreept door het CRAFT (Community Reinforcement and Family Treatment), waarin staat beschreven hoe de omgeving betrokken kan worden in het herstelproces (solutions-center.nl; Meyers & Smith 2014). Dit geeft aan beide kanten ruimte aan de pijn. Maar kan ook recht doen aan het reduceren van schaamte naar schuld, wanneer er in termen van gedrag wordt geschreven.

In het verlengde daarvan, zijn er methodieken afkomstig uit de ACT (Acceptance and Commitment) bewezen effectief gebleken: Die richt zich op het aanpakken van de vermijding, de

schaamte voor de schaamte zo je wilt en doorbreekt de cognitieve fusie met het stigma 'de Verslaafde': 'Defusie'; een term die veel ruimte krijgt binnen de ACT (Weerman, 2014).

'Zingeving, zo zei Machteld Huber, grondlegster van de positieve gezondheid al, is de sterkst gezondmakende factor'. Waarde-onderzoek, onderzoek naar drijfveren, is van betekenis volgens Brown, Rijks, én Nauta. Je zou kunnen zeggen dat het universeel wordt gedragen door de onderzoekers die aan de basis liggen van dit artikel. Simpele tools zoals die van een waarde sorteertaak, geboden vanuit de motiverende gespreksvoering en ACT, komen hier zeker van pas.

Tot slot, kunnen we ons richten op het vergroten van het zelfvertrouwen en zelfcompassie door middel van krachtgericht werken en het doen van een krachteninventarisatie (Wolf, 2016) en het aansluitend in kaart brengen van sociale hulpbronnen middels het opstellen van een VIP kaart (Wolf, 2012).

STAP 3 LIFE SKILLS

Pas in stap drie is er ruimte voor inzet van het trainen in sociale vaardigheid en inzet van sociale activiteiten die passend zijn voor de persoon die je voor je hebt. Het is hierbij heel belangrijk dat het passend is en daarvoor moeten de stappen die onderzoeken wat eenzaamheid en schaamte betekenen voor de ander, niet te snel doorlopen worden.

Dit onderdeel gaat overigens over herstelgericht werken en de cliënt in zijn kracht zetten, wat bij uitstek de kans is voor de SPV om de cliënt zo volwaardig mogelijk te kunnen laten deelnemen aan de maatschappij. Ten slotte kan de SPV een brug slaan om de cliënt uit zijn alleenzijn te halen, dit door het inzetten van praktische interventies. Ga met de cliënt mee naar de herstelacademie of zet het sociaal wijkteam in om bijvoorbeeld in contact te komen met lotgenoten, het maatjesproject of andere lokale- of wijkgerichte initiatieven. Koppeling aan een ervaringsdeskundige kan enorm krachtig werken en biedt hoop.

SAMENVATTEND

De samenhang tussen verslaving, eenzaamheid en schaamte is evident: Meerdere gezaghebbende onderzoekers beamen het maatschappelijk en persoonlijk belang van de aanpak van deze driehoeksverhouding. Ook vanuit persoonlijke verhalen wordt pijnlijk duidelijk hoe iemand vast kan zitten in de neerwaartse spiraal.

Om de handelingsverlegenheid rondom eenzaamheid en schaamte te doorbreken, is het belangrijk om bovenal in gesprek te gaan met de cliënt over deze thema's. Neem tijd. Heb aandacht. De aandachtspunten van Rijks geven de SPV richting om delicate gevoelens rondom eenzaamheid en schaamte aan de oppervlakte te brengen. Dat biedt de kans de cliënt verder te helpen op weg naar kracht en zelfwaardering.

LITERATUUR

- Baneke, J. (2009). *Waarom vrouwen zich meer schamen dan mannen*. Amsterdam: Bert Bakker.
- Blum, A. (2008). Shame and guilt, misconceptions and controversies: a critical review of the literature. *Traumatology*, 14, 91-102.
- Brown, B (2007). *Gelukkig ben ik niet de enige*. Utrecht: Bruna Uitgevers
- Cacioppo, S. & Grippo, A. & London, S. & Goossens, L. & Cacioppo, J. (2015). Loneliness: Clinical import & interventions. *Perspectives on psychological science*, 10, 238-245.
- Cacioppo, J.T. & Cacioppo, S. & Capitanio, J. & Cole. S. (2015). The neuroendocrinology of social isolation. *Annual review of psychology*, 66, 733-767.
- Flanagan O. (2013). *The shame of addiction*. Department of Philosophy, Durham, USA: Duke University
- Fokkema T., P Dykstra (2007). *De aanpak van eenzaamheid. Feiten en misverstanden*. Den Haag: Demos.
- Gage S. & Sumnall, H. (2019), *Rat Park: How a rat paradise changed the narrative of addiction*. Liverpool: Addiction.
- Holt-Lunstad J. & Smith, T. (2016). Loneliness and social isolation as risk factors for CVD: implications for evidence-based patient care and scientific inquiry. *Heart Journal*, 102(13).
- Holt-Lunstad J. (2017). The potential public health relevance of social isolation and loneliness: prevalence, epidemiology and risk factors. *Public policy & aging report*, 27(4), 127-130.
- Jong-Gierveld, J. de & Tilburg, T van (1999). *Manual of the loneliness scale*. Amsterdam: Vrije Universiteit, department of social research methodology.
- Jong-Gierveld, J. de & T. van Tilburg, T. G., & Dykstra, P. A. (2018). New ways of theorizing and conducting research in the field of loneliness and social isolation. In: A. L. Vangelisti, & D. Perlman (Eds.), *The Cambridge handbook of personal relationships* (2 ed., pp. 391-404). Cambridge: Cambridge University Press
- Masi C.M., H. Chen, L. Hawkey, J. Cacioppo (2011). A meta-analysis of interventions to reduce loneliness. *Personality and social psychology review*, 15-3, 219-266.
- Meyers R.J. & J.E. Smith (2014). *Handboek voor de behandeling van alcoholverslaving: de community reinforcement approach*. Houten: Bohn, Stafleu en van Loghum.
- Mind korrelatie. Eenzaamheid. <https://mindkorrelatie.nl/onderwerpen/eenzaamheid>.
- Nauta, A (2021). *Nooit meer doen alsof*. Amsterdam: Maven Publishing.
- Rijks, J. (2014) *Eenzaamheidstest*. <https://faktor5.nl>.
- Spitzer M. (2018). *Eenzaamheid: de impact van sociaal isolement*. Dld: Droemer Knauer. Solutions. *Twaalf Stappen Minnesota Model*. <https://solutions-center.nl/behandeling/twaalf-stappen-minnesota-model>.
- Steptoe A. & Kivimaki, M. (2013). Stress and cardiovascular disease: an update on current knowledge. *Annual review of public health*, 34, 337-354.
- Treeby M. & Raimundo, B. (2012) Shame and guilt-proneness: Divergent implications for problematic alcohol use and drinking to cope with anxiety and depression symptomatology. *Personality and individual differences*, 53, 613-17.
- Trimbos Instituut (2022). *Alcohol en eenzaamheid*. <https://www.trimbos.nl/kennis/alcohol-en-psychische-gezondheid/alcohol-en-eenzaamheid/>
- Weerman, A. (2014). Schaamte en verslaving: De moed om gestigmatiseerd 'te zijn' uit *Psyche en geloof*, 14.
- Wolf, J (2016). *Krachtwerk, methodisch werken aan participatie en zelfregie*. Bussum: Coutinho.
- Zilvertrand M. & Bouwman, T. (2021). Je bent de enige die ik spreek vandaag: Wat we (niet) kunnen doen tegen eenzaamheid. *Nursing*, 2021 september.

Een praktische aanpak voor eenzaamheid



The Anatomy of Loneliness
Teal Swan
2018
Watkins, Londen
256 pagina's
Prijs € 14,49
ISBN 978 17 8678 168 0

BEOORDELING
7,5/10

In het kader van het thema 'eenzaamheid', wordt dit boek vrij snel gevonden via het internet. De titel en ondertitel zijn pakkend, omdat ze de indruk wekken dat er duidelijk uitgelegd wordt hoe eenzaamheid in elkaar steekt en hoe iemand weer connectie kan vinden met zijn omgeving. Het is een actueel boek, dat in de samenvatting laat weten praktisch te zijn door de vele oefeningen. Het is wenselijk om praktische oefeningen te verkrijgen die in de dagelijkse praktijk als SPV'er ingezet kan worden. Volgens de beoordeling op diverse sites werden de wensen van de recensent bevestigd. Waardoor ervoor gekozen is om dit boek te lezen en kritisch te kijken naar de inhoud en de toepasbaarheid.

Eenzaamheid is een hardnekkig probleem in onze maatschappij. Dat heeft zijn weerslag op de verhoogde suïcidecijfers en toenemende mentale ziektes. Juist in deze tijd moeten we weer een weg vinden om te kunnen verbinden met de ander. Je kunt eenzaamheid zien als een gevoel van separatie of isolatie en het is niet per se hetzelfde als daadwerkelijk alleen zijn. Het boek is voor mensen geschreven die lijden aan eenzaamheid, het soort dat niet makkelijk opgelost kan worden door in de buurt te zijn van anderen. Deze eenzaamheid kun je zien als een diep ingebed patroon dat zowel negatief als pijnlijk is en dat wordt versterkt door trauma, verlieservaringen, verslavingsproblemen, rouw, laag zelfbeeld en onzekerheid. In het boek 'Anatomy of Loneliness' beschrijft Teal drie pilaren die fundamenteel zijn voor eenzaamheid: afzondering, schaamte en angst. Daarbij beschrijft ze een techniek die zij zelf het 'connectie proces' noemt. Dat leidt de lezer door een serie oefeningen, die hem of haar helpt de eigen angsten aan te gaan. Het doel is om onvoorwaardelijke liefde en acceptatie te bereiken.

PLUS- EN MINPUNTEN

PLUSPUNTEN

- ▶ Veel praktische oefeningen
- ▶ Ondanks Engels, goed leesbaar
- ▶ Duidelijke boodschap
- ▶ Toegankelijk boek
- ▶ Begrijpelijke analogieën en voorbeelden
- ▶ Open en directe manier van schrijven

MINPUNTEN

- ▶ Soms wat langdradig, schrijfster gebruikt veel woorden om iets helder te maken.

- ▶ Regelmatig tref je lange zinnen, waar wat vaker een komma tussen mag staan om het goed te kunnen volgen.
- ▶ Tegen het 'zweverige' aan; Teal heeft het regelmatig over God als 'de Bron'.

BESCHOUWING

Ik sta eerst stil bij het genre 'zelfhulpboek'. Een zelfhulpboek stelt op toegankelijke wijze een thema centraal, zodat iemand er zelf mee aan de slag kan gaan. Daarbij is het lezen van een zelfhulpboek een manier om te investeren in je ontwikkeling. Waarbij de vraag rijst vanuit welk perspectief de schrijver een zelfhulpboek schrijft. De inleiding maakt duidelijk dat de schrijfster is verwaarloosd en misbruikt en dat dit veel effect heeft op haar. Ze schrijft vanuit haar eigen ervaringen, aangezien ze door haar moeilijke jeugd psychische klachten heeft ontwikkeld en daaruit voortvloeiend eenzaamheid heeft ervaren. In de inleiding lezen we verder dat de Teal zich omschrijft als helderziende en paragnost. Dit wekt de indruk dat het boek een 'zweverige' inslag zou kunnen hebben. Dit punt kan ik meteen ontkrachten, aangezien de schrijfster het boek op een 'down-to-earth'-manier heeft geschreven. In het begin benoemt ze een aantal keer 'de Bron' op een godsdienstige wijze, wat ze hier precies mee bedoelt is niet geheel duidelijk.

De sceptici onder ons kunnen zich afvragen of de schrijver van een 'zelfhulpboek' de ander zou willen overtuigen van zijn of haar waarheid op een thema. Helaas kan dit punt niet geheel weggenomen worden. Teal is geneigd om haar visie en kijk op het thema 'eenzaamheid' vanuit haar standpunt te beschrijven als de waarheid, terwijl haar manier van omgaan met eenzaamheid niet per se voor iedereen toepasbaar is.. Het is begrijpelijk dat je als schrijver je optiek



Teal Swan is een Amerikaanse auteur uit New-Mexico. In Amerika staat ze bekend als een internationale spreker en 'Bestselling' auteur. Ze is open over het meevoudig misbruik dat zij als kind heeft meegemaakt. Uit deze ervaringen put zij ideeën om anderen te inspireren.

etaleert. Je wilt immers je boek verkopen. Maar ondanks haar gekleurde visie op het thema eenzaamheid, maakt ze wel degelijk een punt.

Teals kijk op eenzaamheid is verhelderend en de praktische voorbeelden en oefeningen zijn goed te volgen. Ze ziet de thema's angst, afzondering en schaamte als pilaren van de eenzaamheid. Ze behandelt elk thema uitgebreid en beschrijft hoe zo'n thema tot stand komt. Dit legt ze op een goed navolgbare manier uit. Wel is het van belang om je goed te blijven concentreren tijdens het lezen, om te blijven begrijpen wat er wordt uitgelegd. Het is een boek dat je in alle rust moet kunnen lezen. Enerzijds omdat het in het Engels is geschreven en anderzijds omdat Teal veel tekst nodig heeft om een punt duidelijk te maken.

Het is opvallend dat de schrijfster gedachtegoed leent (of er is toevallig overlap) van onder andere de psychoanalyse en traumatheorie. Dit terwijl ze de indruk wekt dat ze alles zelf heeft bedacht. Ze

'I used to think that because of my differences, I was the only one who felt this way. Like I said, loneliness by its very nature convinces you that you are the only one that feels it. But then I started traveling the world. It shocked me. It did not matter what continent I landed on, what culture people came from, what age they were, whether they were female or male. Everyone I met described the same feeling of loneliness to varying degrees. It became obvious to me that loneliness is in fact an epidemic problem in the world today. And then I saw something deeper... Loneliness isn't just an epidemic problem on the level of each individual. It is an epidemic on a societal and a world level as well.'

gebruikt namelijk geen bronnen of literatuuronderbouwing. Dit kun je toch wel discutabel noemen. Het lastige is dat hier moeilijk de vinger op valt te leggen.

Ondanks mijn twijfels voor het lezen van dit zelfhulpboek, biedt het toch nieuwe inzichten. Het mooie is dat het extra bevestigt om aandacht te hebben voor het thema eenzaamheid. Eenzaamheid is een ingewikkelde cyclus, die door inzicht en passende acties doorbroken kan worden. Door omstandigheden van verschillende kwetsbaarheden, is het verklaarbaar dat eenzaamheid ontstaat. Het boek geeft naast inzichten ook een aantal tools die ingezet kunnen worden om weer connectie te krijgen met de omgeving en de zelfliefde te laten groeien. Wat uiteindelijk voor veel mensen – eenzaam of niet – van toepassing kan zijn.

TOEPASBAARHEID PRAKTIJK

De vraag is wat de overeenkomst is tussen de praktijk waarin de SPV'er werkzaam is en de inhoud van het boek. Zoals

omschreven, biedt het boek veel praktische tips om de eenzaamheid te doorbreken. Deze tips en oefeningen kun je als SPV'er in de praktijk uitvoeren. Er zijn praktische oefeningen om connectie met mensen zowel te krijgen als te behouden.

Naast het praktische gedeelte kun je een link leggen tussen de inhoud van dit boek en literatuur over psychiatrie, verpleegmodellen en theorieën die de SPV'er als leidraad hanteert. Teal omschrijft in wezen het stress-coping model dat volgens het Neuman System Models wordt beschreven. Wanneer de DSM-5 er naast wordt gehouden, zie je ook dat ze omschrijft hoe bijvoorbeeld iemand met een narcistische persoonlijkheidsstoornis zich gedraagt en hoe dit kan leiden tot eenzaamheid. Ook de traumatheorie en de intergenerationele theorie valt te herleiden vanuit het boek om eenzaamheid te verklaren.

Teal omschrijft dat iedereen een 'inner twin' heeft. Dit ziet ze als een versplinterde persoonlijke wereld. Bij versplintering zie je onder andere eenzaamheid. Om de 'inner twins' op gelijkwaardig niveau te krijgen, dien je te onderzoeken wat de versplintering betekent, om vervolgens de lijm te kunnen vinden. Hierin kun je een link leggen tussen de 'inner twins' en de 'Transactionele analyse', waarin je gaat onderzoeken hoe de onderdelen van de modi 'kritische ouder', 'volwassene' en 'kind deel' zich tot elkaar verhouden en hoe hierin gebalanceerd kan worden.

CONCLUSIE EN AANBEVELING

Ik kan het boek aanbevelen om te leren begrijpen hoe eenzaamheid werkt en hoe je haar kunt doorbreken. De praktische oefeningen zijn inzetbaar door zowel de hulpverlener in de praktijk als degene die het boek leest en met eenzaamheid kampt. Waarschijnlijk zal dit bijdragen aan het leren begrijpen en ombuigen van eenzaamheid. Het is wel nodig dat je goed begrijpend Engels kan lezen.

Anne Romijn

SPV i.o bij Dimence



DE IMPACT VAN ZELFDODING OP NABESTAANDEN

‘HET IS TE LAAT, HIJ IS AL DOOD’

DE WOORDEN DIE NET ZIJN UITGESPROKEN, ECHOËN NA EN LATEN MIJ NIET MEER LOS: ‘HET IS TE LAAT, HIJ IS AL DOOD’. ZE VERSTOMMEN MIJN GEDACHTEN EN EEN ALLESOVERHEERSENDE STILTE NEEMT HET OVER. DE WOORDEN ZIJN NET UITGESPROKEN DOOR EEN MOEDER VAN EEN JONGE MAN DIE ZOJUIST EEN EINDE AAN ZIJN LEVEN HEEFT GEMAAKT.



Lizanne Schouwink
SPV i.o. bij
GGZ Drenthe



Sylvia van Gelder
SPV i.o. bij
Dimence

DE SOCIAAL PSYCHIATRICH VERPLEEGKUNDIGE (SPV) kan tijdens het werk geconfronteerd worden met cliënten die denken aan en/of plannen hebben voor zelfdoding. Ondanks alle inzet in de behandeling om zelfdoding te verminderen, krijgen hulpverleners te maken met cliënten die komen te overlijden door zelfdoding.

De gevolgen daarvan zijn groot voor nabestaanden. In dit artikel beschrijven we wat de gevolgen zijn van zelfdoding en staan we stil bij de vraag of er een rol is weggelegd voor de SPV richting nabestaanden die een dierbare verliezen aan zelfdoding.

OVER ZELFDODING

Onder In Nederland worden er verschillende termen gebruikt voor het zelf beëindigen van het leven. Er wordt gesproken over zelfmoord, suïcide of zelfdoding. Zelfdoding betreft een vrijwillige en zelfdestructieve handeling die de dood tot gevolg heeft (Demyttenaere, 2006).

De term suïcide wordt veel gebruikt als jargon. Voor nabestaanden is de term zelfmoord pijnlijker, omdat die een harde klank heeft en het woord moord suggereert dat er sprake is geweest van voorbedachte rade, dan wel misdaad (Vermaat, 2019).

Tot ver in de achttiende eeuw werd in christelijk Europa zelfmoord juridisch als moord gezien. Het leven werd gezien als een geschenk van God en met het zelf beëindigen van het leven bespote je die gave. Met als gevolg dat er recht gesproken moest worden over de daad. Het recht op een christelijke begrafenis werd ontnomen en bezittingen werden afgenomen. Had de overledene een gezin, dan verviel deze door het afnemen van de bezittingen in diepe armoede. Dit was een stimulans voor nabestaanden om de daad onder de tafel te veegen (Buiting, 2022).

Het moreel construct verklaart zelfdoding als gevolg van een morele misstap of zonde. Hierdoor kijken mensen met schaamte naar de zelfdoding. Het is een oud model, maar het leeft nog steeds voort binnen bepaalde contexten. Het moreel construct wordt gezien als pathologiserend en schuld indicerend met sociale uitstoting tot gevolg (de Wachter & Keirse, 2020).

WIE ZIJN DE NABESTAANDEN?

Het CBS geeft aan dat de zelfdodingscijfers sinds 2019 constant zijn, met 10,6 zelfdodingen per 100.000 inwoners in 2021 (Roizing, 2022). Dat komt neer op 1.823 zelfdodingen in 2021, een gemiddelde van 5 per dag in Nederland. De inspectie Gezondheidszorg en Jeugd stelt dat 40% van de mensen die aan zelfdoding zijn overleden in behandeling waren bij een instelling voor specialis-tische GGZ.

'Als we ervan uitgaan dat iedere overledene vier direct betrokkenen achterlaat, worden er in Nederland ruim zeventuizend mensen per jaar nabestaande van zelfdoding.' (de Keijser & de Groot, 2005). In figuur 1 is te zien wat de relatie van de nabestaande is ten opzichte van de overledene.

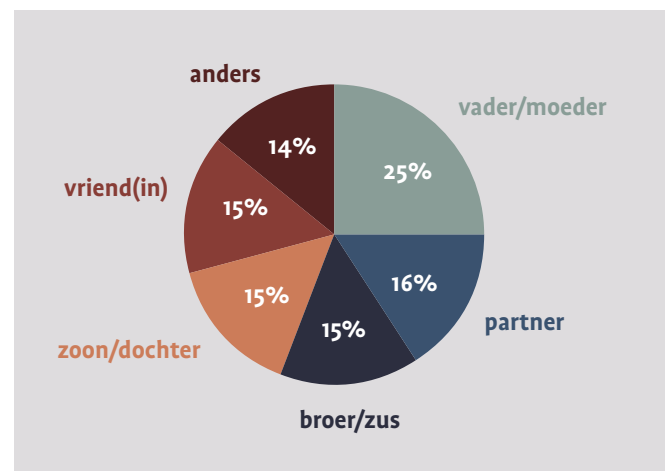


Fig. 1: 'Behoeften van nabestaanden van een suïcide in Nederland' (113, 2022)

Wat opvalt is dat 71% van de relaties familiebanden betreft. De groep 'andere' wordt ingevuld door o.a. werkgevers, burens, sportverenigingen en de professionele dienstverlening (politie, gemeente en hulpverleners binnen de ggz).

Jaarlijks komen ruim zeventuizend mensen in aanraking met een zelfdoding en ervaren daar de gevolgen van. Die gevolgen variëren qua impact van klein naar groot.

GEVOLGEN VAN EEN ZELFDODING

Een zelfdoding komt meestal onverwachts. Er worden vaak geweldadige methoden gebruikt. Zelfdoding wordt theoretisch beschreven als een incidenteel verlies (Mönnink, 2020). Dit verlies wordt omschreven als een ingrijpende gebeurtenis vanwege het feit dat ze vaak onvoorspelbaar en onverwachts gebeuren. Om deze redenen zijn ze ingrijpend in iemands leven en kunnen worden omschreven als een 'life event'.

De Keijser en de Groot stellen in 2016 dat de gevolgen van een zelfdoding groot zijn voor nabestaanden en dat de rouwverwerking gecompliceerd kan verlopen (de Keijser & de Groot, *Opvang van nabestaanden na een suïcide*, 2016).

Het overlijden van een dierbare wordt gezien als een van de meest stressvolle levensgebeurtenis (*The science of health*, 2015). Het begrip stress wordt vaak gebruikt in de samenleving en ook binnen de verpleegkundige discipline. Het verpleegkundig beroep bestaat al jaren en voor de professionalisering van de beroepsgroep is een theoretisch kader nodig om je handelen professioneel te kunnen verantwoorden.

Theoretische onderbouwing voor dit artikel halen we mede uit het Neuman Systems Model (Merks & Verberk, *Het Neuman Systems Model: vertaling en bewerking*, 2021a). De reden hiervoor is dat het is ontwikkeld ten behoeve van de verpleegkundige en theoretische fundamenteen haalt uit de systeemtheorie, stress-coping en preventie. 'Het Neuman Systems Model ziet de mens als een cliëntstelsel dat voortdurend in interactie is met de omgeving. Neuman spreekt over 'cliëntstelsel' wat de cliënt als individu omvat maar ook kan worden beschreven als groep mensen, zoals een gezin, een behandel- of leefgemeenschap. Deze omgeving bestaat uit alle factoren en stressoren die het cliëntstelsel omgeven.' (Merks & Verberk, *Inleiding*, 2021b).

Het model werkt het concept mens uit in vijf variabelen:

- ▶ FYSIOLOGISCHE VARIABELE — de lichaamsstructuren en het functioneren van de lichaamsstructuren;
- ▶ PSYCHOLOGISCHE VARIABELE — het mentale en geestelijke functioneren van de mens als individu;
- ▶ SOCIAAL-CULTURELE VARIABELE — het sociale functioneren en de culturele achtergrond met eigen specifieke kenmerken en gedragseigenschappen;
- ▶ ONTWIKKELINGSGERICHTE VARIABELE — het doorlopen van verschillende levensfasen en de ervaringen die zijn opgedaan;
- ▶ SPIRITUELE VARIABELE — aandacht voor levensbeschouwing en zingeving.

De vijf variabelen en de stress-coping kunnen teruggevonden worden in rouw en verwerking.

ROUW

'Het is te laat, hij is al dood.' Het zijn de woorden van een moeder, een nabestaande, in rouw. Rouw is een normale reactie op het verlies van een dierbare met de daarbij horende gevoelens, gedachten en gedrag. Bij het rouwproces gaat het om een verandering in de relatie met de overledene. Er wordt gezocht naar een andere invulling van de relatie nu de fysieke relatie doorbroken is. De fysiologische impact (volgens de vijf variabelen van

Rouw is een normale reactie op het verlies van een dierbare, met daarbij horende gevoelens, gedachten en gedrag.

Neuman) die men ziet bij rouw, zijn onder andere verminderde concentratie, vermoeidheidsklachten, verminderde eetlust en energie, spierspanning, lichamelijke onrust en hoofdpijn. De psychologische impact kan bestaan uit schuldgevoelens en het continu stellen van de 'waarom-vraag'. (O'Connor, 2019)

Keirse omschrijft vier verschillende rouwtaken bij het verwerken van verlies (Keirse, 2002). Als eerste gaat het om het aanvaarden van de realiteit van het verlies. Men kan een nabestaande daarbij helpen door te luisteren, informatie te geven en nabestaanden de ruimte te geven om keer op keer hun verhaal te vertellen, zodat de realiteit kan doordringen.

'Je kunt geen verlies overleven zonder pijn te ervaren' — dit is de tweede taak waar een nabestaande voor komt te staan. Alles wat een nabestaande doet om de pijn te vermijden zorgt voor een verlenging van het rouwproces (Keirse, 2002). Pijn kan zich uiten in verschillende emoties, zoals boosheid en verdriet.

De derde taak is aanpassen aan het leven zonder de dierbare, waarbij het gaat om de eigen structuren en rituelen opnieuw vorm te geven; leren leven zonder de dierbare omdat die een lege plek achterlaat. Hierin kan helpend zijn om te luisteren naar het verhaal van de nabestaande vanuit een narratieve benadering (Bohlmeijer, Mies, & Westerhof, 2006). De narratieve methode gaat ervan uit dat door het vertellen van je levensverhaal je betekenis geeft aan wat er om je heen gebeurt. Door het vertellen komen nabestaanden tot nieuwe verhalen in hun leven.

Als vierde en laatste kom je bij de taak om gebeurtenissen emotioneel een plaats te geven en opnieuw leren genieten van het leven en de herinneringen aan de dierbare levend te houden.

Het doorlopen van de taken heeft tijd nodig en verloopt niet in een chronologische volgorde, het zijn taken die door elkaar heen kunnen lopen.

Het blijkt dat in tien procent van de gevallen rouw kan overslaan in een persisterende complexe rouwstoornis (PCSR), die is opgenomen in de DSM-5. De criteria bij PCSR zijn als volgt omschreven; (American Psychiatric Association, 2014):

- ▶ Mensen hebben minimaal twaalf maanden geleden de dood van een dierbare meegemaakt;
- ▶ Ze ervaren diverse symptomen van separatiestress, waaronder een kwellend verlangen naar de overledene;

- ▶ Ze ervaren diverse symptomen in de categorie reactief lijden na de dood van een dierbaar persoon;
- ▶ Ze hebben diverse symptomen in de categorie 'Ontwrichting van het sociale leven en de identiteit';
- ▶ Ze lijden ernstig onder deze symptomen en ervaren dat deze hun alledaagse functioneren hinderen.

Deze rouwstoornis treedt vaker op door verlies, door niet natuurlijk overlijden of zelfs een traumatisch verlies zoals zelfdoding, moord of verliezen ten gevolge van rampen of daden.

Uit onderzoek (de Keijser & de Groot, *Opvang van nabestaanden na een suïcide*, 2016) is gebleken dat een nazorgtraject na een zelfdoding niet voor iedereen per definitie even zinvol is. Het contact met hulpverlener werd wel als prettig en fijn ervaren. De meeste mensen zijn uit zichzelf veerkrachtig genoeg om het verlies zonder hulpverlening te verwerken, zij doorlopen de rouwtaken zoals hierboven is omschreven.

Een kleine groep, met name de kwetsbare groep waarbij er sprake is van familiale belasting met psychische problematiek, hebben wel baat bij hulpverlening om te voorkomen (preventie vanuit het Neuman Systems Model) dat rouw zich ontwikkelt tot een PCRS of een verergering van de klachten passend bij de psychische kwetsbaarheid.

RICHTLIJNEN

Na een geslaagde zelfdoding worden regiebehandelaar, teamleider en geneesheer-directeur ingelicht. Zij openen het handboek/protocol dat in hun ggz-instelling voorhanden is. Als familie of nabestaanden nog niet op de hoogte zijn, worden zij ingelicht door de regiebehandelaar. De hulpverlener kan echter ook door de familie ingelicht worden, zoals het praktijkvoorbeeld schetst.

Het protocol *Calamiteitenmeldingsprocedure GGZ (Drenthe)/ inclusief suïcide (poging)* (GGZ Drenthe, 2021) omschrijft dat er onmiddellijk contact opgenomen moet worden met de nabestaande, idealiter door de regiebehandelaar en het aanbieden van nazorg. Is er sprake van een zelfdoding buiten kantooruren dan wordt door de dienstdoende psychiater contact gelegd met de nabestaanden. Contact opnemen met nabestaanden moet worden herhaald binnen drie dagen. Hierbij wordt aangegeven dat in goed overleg de regiebehandelaar taken kan delegeren aan bijvoorbeeld een medebehandelaar. Binnen drie weken worden nabestaanden actief benaderd door de geneesheer-directeur voor een bijdrage aan het onderzoek dat is ingesteld na een geslaagde zelfdoding. Binnen deze tijd wordt er ook nazorg geboden aan nabestaanden door een regiebehandelaar. De toevoeging dat ook andere zorgverleners hier een rol in kunnen hebben, wordt verder in het protocol niet omschreven. Richtlijnen voor nazorg staan niet beschreven. Dit betekent dat de nazorg volledig op eigen invulling aangeboden kan worden.

Vanuit het landelijk kwaliteitsstatuut (Zorginstituut Nederland, 2021) wordt de SPV gezien als coördinerend regiebehandelaar en werkt de SPV vanuit de sociale context en zal vanuit dit oogpunt altijd het systeem betrekken.

Daarnaast is de SPV BIG-geregistreerd (CIBG, 2022) en heeft als plicht passende nazorg te bieden aan nabestaanden wat bevestigd wordt door een berisping vanuit het regionaal tuchtcollege voor de gezondheidszorg (Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg, 2022). In deze uitspraak wordt aangegeven dat het een therapeutische plicht is voor een BIG-geregistreerde om nazorg te bieden na een zelfdoding. Dit is echter niet terug te vinden in het protocol, dat beschrijft dat er voornamelijk een rol is weggelegd voor de regiebehandelaar. In het protocol lijkt er geen duidelijke rol te zijn weggelegd voor de SPV.

DE SOCIAAL PSYCHIATRISCH VERPLEEGKUNDIGE AAN ZET

‘Het is te laat, hij is al dood.’ Het zijn woorden van een moeder in rouw die een verlamme werking kunnen hebben. Het eerste contact over een zelfdoding zal door nabestaande vaak gelegd worden met een SPV, omdat zij nauw betrokken zijn bij de cliënt en diens systeem.

Wat betekent het calamiteitenprotocol, het onderzoek van Keijser en de Groot en de uitspraak van het regionaal tuchtcollege voor de gezondheidszorg, nu in de praktijk? Ligt er een rol voor de sociaal psychiatrisch verpleegkundige om in deze spaagaat te manoeuvreren?

De sociale psychiatrie richt zich op situaties die niet eenduidig zijn en klachten worden vertaald in de sociale context louter dan alleen de klachten als individueel gedrag te beschouwen. Het SPV gedachtengoed gaat ervan uit dat het nooit om de zorgvrager alleen draait, maar altijd om de zorgvragen in zijn maatschappelijke en sociaal-culturele context (Bos & Groot, 2021)

De SPV stelt zich op als bruggenbouwer door op zoek te gaan naar de aansluiting en het maken van contact. De SPV werkt vanuit een systemische benadering en probeert uitstoting en marginalisering te voorkomen (Derks, 2014). Vanuit het theoretisch kader van de sociale psychiatrie en de identiteit van de SPV kan er gesteld worden dat er een rol weggelegd is voor de opvang van nabestaanden.

DE OPVANG VAN NABESTAANDEN EN DE ROL VAN DE SPV

In het calamiteitenprotocol wordt niet beschreven hoe de opvang van nabestaanden eruit kan zien. Gezien er wel gesteld kan worden dat er een rol voor de SPV is weggelegd in de nazorg is het goed om te kijken hoe deze vormgegeven kan worden.

De Federatie Medisch Specialisten heeft een drie fasenmodel voor opvang beschreven van informeren, reconstrueren en consolideren (Federatie Medisch Specialisten, 2012). Dit fasenmodel kan handvatten geven voor het positioneren van de SPV in het bieden van nazorg.

“

Zelfdoding is een tragedie die iedereen overkomt, zo ook de hulpverleners in de GGZ, ook zij zijn nabestaande geworden.

— JOS DE KEIJZER & MARIEKE DE GROOT (SPV) —

FASE INFORMEREN

Wees bewust dat elke reactie een rouwreactie is. Deze reactie worden gekleurd door boosheid, verdriet en onbegrip. Er gebeurt immers iets dat je niet wilt.

Verdraag wat de ander op je afvuurt. Dit betekent concreet dat je niet overal op hoeft te reageren. Laat de reactie bestaan, zonder dat je er iets mee doet. Ga niet uit contact, maar in contact met de nabestaanden. Stel de vraag wat de nabestaanden nodig hebben. Maak een vervolgspraak wanneer je weer contact opneemt en op welke manier die moet plaatsvinden. Let hierbij op timing, aangezien de nabestaanden veel te regelen hebben rond het afscheid nemen en de uitvaart. Zoek afstemming in je team om emoties te delen en taken te verdelen.

Een gesprek met Marieke de Groot (Sociaal psychiatrisch verpleegkundige) maakt duidelijk dat je als behandelaar alert moet zijn op tegenoverdracht en verantwoordelijkheidsgevoel: ‘Een zelfdoding is een team-aangelegenheid, je hebt een gezamenlijke verantwoordelijkheid.’

FASE RECONSTRUEREN

Deze fase vindt plaats in de eerste weken na de zelfdoding. Indien de nabestaanden behoefte hebben aan contact betekent dit dat je de taakverdeling in het team bespreekt. Stem met de regiebehandelaar en teamleider af wie wat doet in het contact met nabestaanden. Het is goed om te weten wat de vrijheid van spreken is vanuit het oogpunt van het medisch beroepsgeheim en de privacy van de overledene (KNMG, 2022). Daarnaast is afstemming nodig om te voorkomen dat er tegenstrijdige berichten naar nabestaanden geuit worden. Ga altijd met twee teamleden in gesprek met de nabestaanden dit ter ondersteuning van elkaar. Maak in het contact kenbaar dat je er voor de nabestaanden wil zijn.

Nabestaanden blijven vaak achter met de waarom-vraag, er ligt een grote behoefte om deze vraag beantwoord te krijgen. Kennis van rouw en zelfdoding is belangrijk om nabestaanden van informatie te voorzien. De rol van SPV ligt tevens op het delen van machteloosheid in contact met de nabestaanden. Het is

gericht op verbinding en betrokkenheid. De menselijke maat als professional inzetten. De nadruk ligt op luisteren en aansluiten, zodat de nabestaande de realiteit van het verlies kan aanvaarden. In de fase reconstrueren wordt de stress-coping en de impact die dit heeft op de vijf variabelen van het Neuman Systems model zichtbaar, als de psychologische en sociaal-culturele variabele. Door aan te sluiten bij de waarom vraag, eenzaamheid en stigma vanuit de narratieve benadering help je de nabestaanden met het geven van betekenis aan de ontstaande situatie.

Bespreek bij de afronding of er nog behoefte is aan verder contact en op welke manier dit moet plaatsvinden.

FASE CONSOLIDEREN

Deze fase heeft een verloop van een aantal weken tot maanden na de zelfdoding. In deze fase is het van belang dat de SPV op de hoogte is rouw een zingevingsprobleem is (spirituele variabele volgens het Neuman Systems Model) en om deze reden zou de focus niet moeten liggen op stressoren, immers veel s zijn mogelijk binnen het rouwproces. In deze fase is het van belang dat nabestaanden voor eventuele vragen nog terecht kunnen en dat de SPV informeert op welke plekken informatie te halen is. Denk hierbij aan lotgenoten contact; in groepen, individueel of via internet. (Ontwikkelingsgerichte variabele volgens het Neuman Systems Model)

ONZE BEVINDINGEN

De belangrijkste vraag is wat de SPV kan betekenen in contact richting nabestaanden na zelfdoding. Vanuit het theoretisch kader kunnen we stellen dat er zeker een rol weggelegd is voor de SPV in de opvang van de nabestaanden. Voor nabestaanden is betekenisgeving immers van groot belang. Juist de kracht van de SPV ligt in het onbevooroordeeld luisteren naar het verhaal. Een narratieve benadering zoals omschreven staat in de drie fasen (Informeren, reconstrueren en consolideren) kan een bijdrage leveren aan de helende en rouwtaken van de nabestaanden (Havinga, Bruinsma, & Lycklama á Nijeholt, 2006).

LITERATUUR

113. (2022, 05 03). *Behoeft van nabestaanden van een zelfdoding Nederland*. www.113.nl/actueel/behoefte-van-nabestaanden-van-een-zelfdoding-nederland
- APS. (2014). *DSM-5 beknopt overzicht van de criteria*. A'dam: Boom.
- Bohlmeijer, E., Mies, L., & Westerhof, G. (2006). *De betekenis van levensverhalen. theoretische beschouwingen en toepassingen in onderzoek en praktijk*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Bos, M., & Groot, R. (2021). *Als het leven niet meer leefbaar is en je alles geprobeerd hebt... mag je dan de keuze maken om te stoppen*. SP, 50-56.
- Buiting, J. (2022, 11 30). *Gestraft voor zelfmoord*. www.isgeschiedenis.nl/https://isgeschiedenis.nl/nieuws/gestraft-voor-zelfmoord

- Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg. (2022, 08 29). zaak nummer C2021/1143 en C2021/1178. tuchtrecht.overheid.nl/zoeken/resultaat/uitspraak/2022/ECLI_NL_TGZCTG_2022_151
- CIBG. (2022, 09 21). *BIG register*. www.bigregister.nl
- Demyttenaere, B. (2006). *Met de dood voor ogen*. Manteau.
- Federatie medisch specialisten. (2012, 01 01). *Suïcidaal gedrag; het driefasenmodel voor de opvang*. richtlijndatabase.nl/richtlijn/suïcidaal_gedrag/professioneel_handelen_na_een_suicide/opvang_van_nabestaanden_suïcidaal_gedrag/het_driefasenmodel_voor_de_opvang_suicide.html
- GGZ Drenthe. (2021). *Calamiteitenmeldingprocedure; 3. suïcide of suïcidepoging met ernstig letsel: procedure*. Assen: GGZ Drenthe.
- Havinga, B., Bruinsma, T., & Lycklama á Nijeholt, C. (2006). *Narratieve perspectieven in de sociale psychiatrie*. SP, 10.
- J. Derks, I. v. (2014, april). *Expertise gebied sociaal psychiatrisch verpleegkundige*. www.venvn-spv.nl/pdfs/publicatiespdf/spv-expertisegebied2014.pdf
- Keirse, M. (2002). *Helpen bij verlies en verdriet- een gids voor het gezin en hulpverlener*. België: Lannoo.
- Keijser, J. de, & Groot, M. de (2005). *Verlies door suïcide, werkboek voor nabestaanden*. Baarn: Ten Have.
- Keijser, J. de, & Groot, M. de (2016). *Opvang van nabestaanden na een suïcide*. In W. Beek, *Behandeling van suïcidaal gedrag in de praktijk van de GGZ* (p. 56). Houten: Bohn, Stafleu van Loghum.
- KNMG. (2022, 09 21). *Mag ik nabestaanden inzage geven in het medisch dossier van een overleden naaste?* knmg.nl/advies-richtlijnen/praktijkdilemmas-1/praktijkdilemma/mag-ik-nabestaanden-inzage-geven-in-het-medisch-dossier-van-een-overleden-naaste.htm
- Merks, A., & Verberk, F. (2021a). *Het Neuman systems Model: vertaling en bewerking*. In A. Merks, & F. Verberk, *Verpleegkunde volgens het Neuman Systems Model* (pp. 27-31). Assen: Koninklijke Van Gorcum.
- Merks, A., & Verberk, F. (2021b). *Inleiding*. In A. Merks, & F. Verberk, *Verpleegkunde volgens het Neuman Systems Model*. Assen: Uitgeverij Koninklijke Van Gorcum.
- Mönnink, H. d. (2020, 07 02). *Omgaan met crisis en verlies*. nu.nl.
- O'Connor, M.-F. (2019). *Grief: A brief history of research on how body, mind and brain adapt*. *Psychosomatic medicine*.
- Rozing, D. (2022, 04 26). *Zelfdoding in 2021*. cbs.nl/nl-nl/nieuws/2022/17/1-859-zelfdodingen-in-2021-36-meer-dan-in-2020
- The science of health. (2015, 07 02). *The top 5 most stressful life events and how to handle them*. uhs hospitals.org/blog/articles/2015/07top-5-most-stressful-life-events.
- Vermaat, A. (2019, 02 15). *De krant kwetst mensen met de term zelfmoord. 'Zelfdoding is humaner'*. Trouw. [Opgeroepen op 11 2022](https://opgeroepen).
- Wachter, D. de, & Keirse, M. (2020). *Goed leven*. Lannoo Campus.
- Zorginstituut Nederland. (2021, 12 10). *GGZ Landelijk kwaliteitsstatuut zorginzicht.nl/kwaliteitsinstrumenten/ggz-landelijk-kwaliteitsstatuut*

VERWIJZINGEN

- josdekeijser.nl (rouw en opvang van nabestaanden)
- vonnevandenstichting.nl (lotgenoten stichting)
- levennazelfdoding.nl (lotgenoten)
- verliesdoorsuicide.nl (lotgenoten)
- ggzfriensland.nl (collegiale opvang na suïcide)

Eenzame kunstenaars



De eenzame stad, over de kunst van het alleen-zijn
 Olivia Laing
 2016
 De Bezige Bij
 349 pagina's
 Prijs € 26,99
 ISBN 978 90 2349 458 4

BEOORDELING
8,7/10

Een boek waar je even in moet komen, waar je mee gaat worstelen, maar dat absoluut de moeite waard is om te gaan lezen.

In het boek *De eenzame stad* onderzoekt schrijfster Olivia Laing wat het betekent om eenzaam te zijn. Brengt technologie ons dichterbij elkaar, hoe gaan we verbindingen aan met andere mensen en hoe vormen we deze verbindingen? Daarnaast onderzoekt ze de relatie tussen creativiteit en eenzaamheid. Ze schrijft over haar eigen ervaringen met eenzaamheid, nadat ze in New York ging wonen voor de liefde, maar de liefde geen standhield. Ze verhuist in de stad van mistroostige plek naar mistroostige plek. Door dit mee te maken, onderzoekt ze wat uitsluiting betekent, welke gevoelens schaamte creëren en welke betekenis de verbinding met de ander kan hebben. Deze en haar eigen gevoelens onderzoekt ze en verklaart ze door de werken van voornamelijk vier kunstenaars en het verhaal achter de kunstenaar te onderzoeken en daar eigen verbindingen in te leggen. Ze focust zich vooral op Edward Hopper, Andy Warhol, David Wojnarowicz en Henry Darger.

KERN

Olivia omschrijft eenzaamheid aan het begin van het boek als volgt: 'Eenzaamheid voelt als honger: alsof jij honger hebt en iedereen om je heen lekker gaat smikkelen. Het voelt gênant en alarmerend, en na verloop van tijd gaat de eenzame mens zulke gevoelens ook uitstralen, waardoor zijn isolement en zijn vervreemding alleen maar verergeren'. Dit gevoel neemt ze mee per kunstenaar en koppelt het aan de werken die ze gemaakt hebben. Ze onderzoekt wat de reden zou kunnen zijn waarom bepaalde kunst is gemaakt en welke verschillende betekenissen eraan gekoppeld kunnen worden.

EDWARD HOPPER

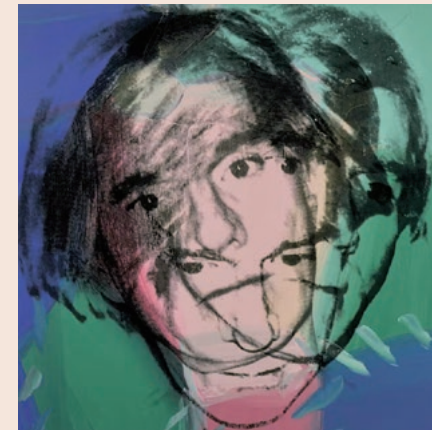
Ze begint in haar boek met Edward Hopper. In zijn schilderijen worden vaak individuele personen afgebeeld. Ze hebben iets treurigs, je voelt een beschamende eenzaamheid. Je voelt bij de schilderijen dat mensen gezien, opgenomen en geaccepteerd willen worden. Laing beschrijft zijn leven en werk als volgt: 'Hoe eenzamer je wordt, hoe minder behendig je de stromingen van het sociale verkeer bevat, waardoor



Edward Hopper, zelfportret (1925-1930)

je hypergevoelig, kwetsbaar en anoniem wordt.' Als je de schilderijen van Hopper bekijkt zie je een soort heimwee naar andere tijden, een wereld die een andere is geworden en waar menselijke relaties te lijken zijn uitgewist. Daarnaast wekken ze een gevoel op van isolatie. Dit zie je onder andere terug door het gevoel van: 'samen maar toch alleen', in de schilderijen wordt er bijna nooit contact gelegd tussen de verschillende afgebeelde personen. Ook opvallend aan zijn werken is dat de personen vaak voor of achter een raam geplaatst worden, er is wel een buitenwereld maar daar maakt de persoon geen onderdeel van. Dit wekt een gevoel van uitsluiting op, het niet onderdeel zijn van.

Als spv'er wil je uitsluiting voorkomen en juist aansluiting vinden bij de ander. Je wilt dat iemand zich niet alleen voelt, niet uitgesloten, geïsoleerd, gemarginaliseerd en alleengelaten wordt. De presentietheorie doet dat op een heel letterlijke manier. Je bent present, nabij iemand. Door de presentietheorie te onderzoeken en in te zetten zorg je voor aansluiting bij de ander, waardoor gevoelens van uitsluiting



Andy Warhol, Zelfportret (1978).

en isolatie af kunnen nemen. De schilderijen wekken het gevoel op van er echt present voor de ander willen zijn.

ANDY WARHOL

De tweede kunstenaar is Andy Warhol. Kunst werd lange tijd verbonden met schoonheid en uniek zijn. Warhol maakte daarentegen vooral kunstwerken van 'lelijke', ongewenste en alledaagse dingen, met als doel te laten zien dat alle dingen hetzelfde en goed zijn. Met zijn zeefdrukken wilde hij de leegheid van het materialisme laten zien. Hij omschrijft daarbij dat als je het alledaagse-zijn-goed-gevoel niet kunt bereiken, je misschien maar beter een machine kunt zijn: 'Ik vind dat iedereen een machine moet zijn. Ik vind dat iedereen iedereen leuk moet vinden.' Door deze uitspraken en door kunst te maken van alledaagse dingen en daar de schoonheid in te zien, voel je dat Warhol ergens bij wil horen, acceptatie zoekt, ergens onderdeel van wil zijn.

Uit interviews en gesprekken komt Warhols extreem lage zelfbeeld naar voren. Hij wil erbij horen, wil goed gevonden worden. Maar ook wil hij gezien worden en tegelijkertijd onzichtbaar zijn. Warhol lijkt door zijn lage zelfbeeld bevestiging te zoeken vanuit de ander, lijkt niet te hebben geleerd om zichzelf te troosten.

Als spv'er voel je tijdens het lezen over hem in het boek dat hij als kind wellicht niet genoeg is vervuld in de emotionele basisbehoeftes. Als je hoort over zijn wensen, zijn manier van aanpassen en zijn

coping denk je al snel aan de 'gekwetste kind modi' uit de Schematherapie. In de rol van de spv'er zou je willen dat hij zou leren om de gezonde volwassene in zichzelf te versterken.

DAVID WOJNAROWICZ

De derde kunstenaar is David Wojnarowicz. Wojnarowicz werd geboren als zoon van een gewelddadige vader. Na de scheiding van zijn ouders liep hij weg. Hij ondersteunde zichzelf, onder andere door zijn lijf te verkopen, seks te hebben met mannen tegen betaling. In deze periode woonde en leefde hij op straat. Tussen het einde van de jaren '70 en het begin van de jaren '80 beleefde het centrum van New York, waar Wojnarowicz toen woonde, een periode van radicale artistieke experimenten. Hij leefde in ellende en experimenteerde met drugs. In deze periode leerde hij zichzelf schilderen. Later ontwikkelde hij zich in het maken van foto's, films, schilderijen en installaties. Veel van zijn werk laat het lijfelijke zien, omschreven als een protest tegen de heteroseksuele burgermaatschappij. Dit protest werd alleen maar sterker tijdens het aids-tijdperk. Wojnarowicz ageerde tegen de (pijnlijke) structuren van de samenleving. Hij was activist en gebruikt provocatieve



David Wojnarowicz, zelfportret (1983-84).

beelden om zaken duidelijk te maken. Op 38-jarige leeftijd overlijdt hij, net als veel van zijn vrienden, aan de gevolgen van aids. Hoewel hij protesteerde tegen de ongewenste maatschappij, vocht hij ook vooral voor schoonheid: 'We zijn boos en klagen omdat het moet, maar waar we heen willen is terug naar de schoonheid. Als je dat idee loslaat, kunnen we nergens heen.'

Wojnarowicz zet zich tijdens zijn leven in voor minderheden en wil mensen de ogen laten openen. Door de omschrijving van het gevoel van anders zijn te hebben en het moeten vechten voor jezelf en je bestaansrecht, voel je de eenzaamheid door hierover te lezen.

Door de werken van Wojnarowicz te bekijken en te lezen over zijn leven, word je als spv'er nieuwsgierig naar het complete verhaal. Zijn levensgeschiedenis met daarbij de vele meervoudige schokkende gebeurtenissen, staat centraal in zijn werk en in wie hij is. zou je in de huidige periode met de Narrative Exposure Therapie (NET) bijna willen onderzoeken welke betekenis hij gegeven heeft aan wat hij heeft meegemaakt. Daarnaast kan het ook leiden tot (meer) erkenning en begrip in de omgeving, wat weer invloed zou kunnen hebben op het versterken van zijn bestaansrecht en het gezien worden.

HENRY DARGER

De laatste kunstenaar die wordt besproken in het boek is Henry Darger. Darger verloor zijn moeder op vierjarige leeftijd en zijn vader moest hem afstaan toen hij acht jaar oud was. Hij heeft in verschillende tehuizen gewoond, en moest onder andere naar een weeshuis voor zwakbegaafde kinderen. Daar zou gezegd zijn dat hij zijn hart niet op de goede plek had zitten. Op zijn zestiende is hij ontsnapt en heeft te voet Amerika doorkruist. Hij onderhield weinig contact met andere mensen en was erg op zichzelf. Uit verhalen over Darger komt naar voren dat hij zou verlangen naar een huis, een troostende en hartverwarmende plek. Dit 'geluksingrediënt' is ook meteen het grootste obsta-

kel. Er is geen thuis voor een wees zonder enige familie. Zijn schilderijen en boekwerken werden pas ontdekt toen hij naar het bejaardentehuis ging, een aantal dagen voor zijn overlijden. Ze vonden in zijn woning schilderijen en manuscripten die zich vooral afspelen in een fantasiewereld. In zijn boeken ging het over meisjes die een Christelijke oorlog voeren tegen de boze antichristelijke oude mannen. Al zijn schilderwerken stonden in dienst van deze manuscripten.

Het lijkt alsof hij in zijn werk een manier vond om even te ontsnappen aan de werkelijkheid en de eenzaamheid. Pas na zijn overlijden is zijn werk bekend geworden. Daarvoor leefde hij geïsoleerd, had weinig contact met andere mensen en lijkt een toevlucht gezocht te hebben naar een maakbare wereld.

Bij Darger ontstaat het vermoeden van vroegkinderlijk trauma. De jeugd van Darger wordt bijvoorbeeld als volgt omschreven in het boek: 'Deze temporele instabiliteit is het gevolg van te vaak van plaats moeten veranderen en daar te weinig uitleg over krijgen, en er is ook een verband met de afwezigheid van een toegewijde ouder die het kind helpt zijn geheugen te ordenen door het zijn verhaal opnieuw te vertellen en het een evaluatie te bieden van de eigen chronologie, de eigen plek.' In het boek sluit de theorie van John Bowlby en Mary Ainsworth (1992) hierbij aan.

SAMENVATTING

Alle werken die besproken worden in het boek kunnen een gevoel van eenzaamheid opwekken en Laing gaat op zoek naar de betekenis ervan. Eigenlijk nog meer naar de betekenis van de levens achter de werken. Dit maakt dat het boek ook erg interessant is voor de sociaal psychiatisch verpleegkundige. Door de omschrijvingen over de kindertijd en de weg naar volwassenheid komt naar voren dat bij de vier meest beschreven kunstenaars sprake lijkt te zijn van vroegkinderlijk trauma. Een groot verschil is alleen dat in de tijd waarin de kunstenaars opgroeiden alle beroepsgroepen in de gezondheidszorg



Henry Darger, Spangled Blengins.

nog van mening waren dat opgroeiende kinderen niets anders nodig hadden dan voldoende voedsel in een bacterievrije omgeving en er geen aandacht was voor hechting en het belang ervan.

Door juist de kindertijd en de hechtingsproblematiek zo uitgebreid te vertellen in het boek in een andere periode dan de huidige, maakt dat je als lezer de volwassen keuzes en fases van de kunstenaars beter leert begrijpen. Doordat de periode waarin de kunstenaars leven uitgebreid wordt beschreven, voel je ook de ingewikkeldheid, het onbegrip, het gezien en geaccepteerd willen worden in een andere tijd, met andere mogelijkheden.

De mogelijkheden zoals we ze nu in de medische wereld kennen waren er toen nog niet. Er was en is veel sprake van ongelijkheid, discriminatie en tijden van spanningen.

Eenzaamheid is een gevoel dat lastig te grijpen, omschrijven of uit te leggen is als je het niet zelf ervaart. Als sociaal psychiatisch verpleegkundige leer je uit het boek dat het van belang is om niet alleen de medische diagnoses te zien, maar het totaalbeeld. Dit sluit aan bij het Neuman Systems Model, om de mens te zien die voortdurend in interactie is met zijn omgeving, als holistisch geheel. Niet wat zie je zitten, maar wie zie je zitten. Als sociaal psychiatisch verpleegkundige kun je niet de onvermijdelijke littekens van het leven voorkomen, maar je kunt wel de littekens zien en een bijdrage leveren aan een andere toekomst.

CONCLUSIE

De eenzame stad is een prachtig boek als je er de tijd voor neemt. Gun jezelf de tijd om te wennen aan de stijl van de schrijfster en accepteer dat je haar wellicht soms kwijt raakt in het verhaal. Als lezer neemt ze je mee naar onbekende verhalen en werken. Ze laat je zien welke prachtige verhalen er te zien zijn in kunstwerken en welke verdrietige verhalen erachter kunnen zitten. Het boek laat je zien en voelen dat eenzaamheid van alle tijden is en hoe ingewikkeld en onvangbaar dit gevoel kan zijn. *De eenzame stad* laat je letterlijk de eenzaamheid ervaren, het is geen boek om in één avond uit te lezen voor het slapen gaan. Toch geeft het boek je ook hoop, inzicht en vertrouwen. Het boek zou door iedereen gelezen moeten worden, het geeft je namelijk inzicht in jezelf, maar bovenal maak je kennis met alle mooie werken die er zijn gemaakt.

Het worden niet meer alleen plaatjes om naar te kijken op de muur, maar het worden verhalen die door iedereen anders verteld kunnen worden. Je gaat de schilderijen letterlijk voelen. Als sociaal psychiatisch verpleegkundige neemt het je mee naar het gevoel van de ander, maar het laat je ook het belang van het systeem en de sociale omgeving zien en voelen. Daarnaast is het van belang te onthouden dat uitingen van gevoel soms niet met woorden kunnen worden uitgedrukt. Denk dus als sociaal psychiatisch verpleegkundige verder dan alleen in het hebben van gesprekken. Denk bijvoorbeeld aan het maken van muziek, het tekenen van een stamboom, lichamelijke activiteiten bij oplopende spanning, running, schilderen, kleien, mindfulness, acceptance en commitment therapie, de Yucel methode enzovoort. Denk *out of the box* en sluit aan bij de ander, contact maken is meer dan alleen in gesprek zijn. Wees creatief, zodat de ander ook de ruimte krijgt om creatief te zijn!

Lianne Groen

SPV i.o bij BuurtzorgT



NU

Nu moeten wij aan veel meer traagheid wennen, aan liefde die verdween en aan wat nog resteert aan teerheid in wat najaarslucht en geur van dennen en aan hoe-het-kon-zijn-gedachten die je nooit verleert.

Aan bijna-niets, en aan voortdurend 4 dezelfde muren en aan een belsignaal dat nooit weerklinkt, aan twintig keer per dag door ramen naar de verte turen en aan altijd jezelf met wie je 's' avonds drinkt.

En wat ik overhou is niets om weg te geven: wat ik nog ben, ben ik alleen voor mij.

— Herman de Coninck

EENZAAMHEID IN DETENTIE

KOM JIJ OP BEZOEK?

‘Ik voel me opgesloten en de muren komen op mij af..’ Een vaak voorkomende kreet van gedetineerden die wij als hulpverleners te horen krijgen.



Lotte Duerink
SPV i.o.
bij PI Zwolle



Berend de Groot
SPV i.o.
bij PI Zwolle



STEL JE EENS VOOR DAT JOUW GOEDE VRIEND OF familielid opeens in de gevangenis terecht komt. Wat zou jij dan doen? Ga je op bezoek? Houd je contact? Of schaam je je misschien, wil je niet meer met die persoon geassocieerd worden, omdat je het wellicht een slecht beeld vindt geven van jezelf. In dit artikel gaan wij in op oorzaken van eenzaamheid in detentie.

WAT IS EENZAAMHEID?

Iedereen ervaart wel eens het gevoel van eenzaamheid, maar wat is het nu eigenlijk? Eenzaamheid wordt beschreven als je niet verbonden voelen. Het ervaren van een gemis aan een hechte, emotionele band met anderen. Het kan gepaard gaan met negatieve gevoelens van leegte, verdriet, angst, zinloosheid en lichamelijke of psychische klachten. Maar wat betekent het als je in de gevangenis zit? Is die dan hetzelfde of wordt ze ook anders ervaren?

Je kunt je eenzaam voelen en je kunt alleen zijn, maar hier zit wel een wezenlijk verschil in. Eenzaamheid is een emotie die je kunt ervaren en alleen zijn is een situatie waarin je je kunt bevinden. Eenzaamheid heeft een negatieve lading en wordt als onprettig ervaren, terwijl alleen zijn niet altijd vervelend hoeft te zijn. Eenzaamheid gaat samen met het niet voelen van een sociale verbondenheid (Cacioppo, 2003). Dat houdt in dat je je niet gesteund, gezien, gehoord en gekend voelt door de ander.

Als je het hebt over het missen van een hechte, intieme band met één of meerdere personen praat je over *emotionele* eenzaamheid. Wanneer het draait om het hebben van minder contact met andere mensen dan je zou willen, zoals bijvoorbeeld vrienden en kennissen, spreken we over *sociale* eenzaamheid. *Existentiële* eenzaamheid houdt in dat het gevoel van zingeving mist: het verloren voelen of het niet voelen van een plek of rol in het leven, een gevoel van zinloosheid (eenzaamheid.nl, z.d).

DE GEVOLGEN VAN EENZAAMHEID

Eenzaamheid kan gevolgen hebben voor je psyche en daarnaast ook op lichamelijk gebied.

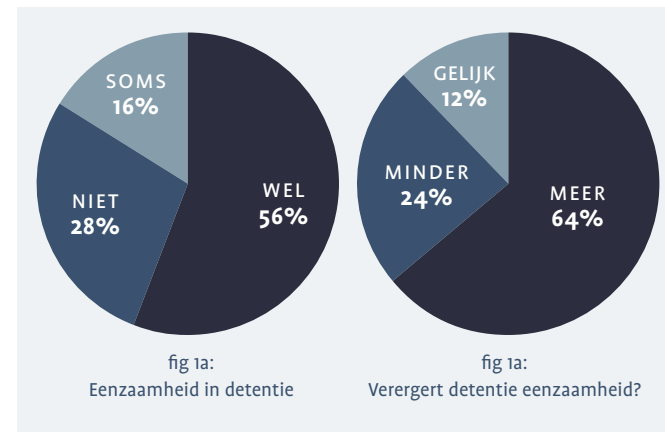
- **PSYCHISCHE EFFECTEN** — Voorbeelden hiervan zijn dat mensen die zich langere tijd eenzaam voelen vaker depressieve klachten hebben dan mensen die dat niet zijn. Naast depressiviteit kunnen ook gevoelens van suïcidaliteit en angst ontstaan. Het risico op vroegtijdig overlijden is aanzienlijk hoger onder mensen die zich eenzaam voelen dan mensen die dit niet ervaren. Uit onderzoek is gebleken dat gebruik van psychofarmaca ook driemaal zo hoog is onder gedetineerden dan bij mensen buiten detentie (Beyens, Dirkzwager, & Korf, 2014).
- **LICHAMELIJKE EFFECTEN** — Eenzaamheid kan een negatieve uitwerking hebben op het immuunsysteem waardoor je vatbaarder bent voor infecties. Ook heb je een verhoogd risico op hartziekten en de ziekte van Alzheimer. Daarnaast kan eenzaamheid, vooral in detentie, een oorzaak zijn van ongezond gedrag als weinig bewegen, minder gezond eten en meer gebruik van verslavende middelen. Dit vergroot het risico op overgewicht, hoge bloeddruk en hart- en vaatziekten (eenzaam.nl, z.d.) schouwing en zingeving.

Eenzaamheid kent verschillende oorzaken. Het kan zijn dat je contacten veranderen, maar ook dat je situatie verandert — waar je zelf niet veel invloed op hebt. Hierbij kun je denken aan een ziekte of echtscheiding, maar ook aan het gedetineerd raken. In 2021 zaten er volgens het Centraal Bureau voor de Statistiek 25.143 gedetineerden in de Nederlandse gevangnissen. Dit betreft zowel mannen als vrouwen (CBS, 2021).

DE WERKELIJKHEID IN GEVANGENISSEN

In het algemeen denkt men dat de gevangnissen in Nederland gelijk staan aan een hotel. Gedetineerden hebben ruime cellen, tv's met Netflix, kunnen sporten, werken en/of leren. Het tegendeel is echter waar. De gemiddelde cel is 10m² en eenpersoonscellen zijn steeds meer verleden tijd. Een gedetineerde zit zo'n zestien uur per dag opgesloten in zijn of haar cel en heeft geen toegang tot het internet. Bellen met het thuisfront kan alleen in de recreatie-uren en vaak staat er dan een rij waardoor je niet lang kunt bellen of onder tijdsdruk staat. Sporten is mogelijk maar vaak niet zo regelmatig als men zou willen. Werken is verplicht en wordt beloond met ongeveer €0,91 per uur (DJI, z.d). Overdag is er een mogelijkheid voor buitenrecreatie, vaak is dit twee keer een half uur of één keer een heel uur per dag. De maaltijden bestaan uit de in justitieland welbekende 'zwarte bakken', waarin geen culinaire hoogstandjes te verwachten zijn. Per week mogen gedetineerden één maal een uur bezoek ontvangen.

In de penitentiaire inrichting (PI) te Zwolle hebben wij onderzoek gedaan naar eenzaamheid onder de gedetineerden op het penitentiair psychiatrisch centrum (PPC). In totaal hebben wij 25 gedetineerden gevraagd naar eenzaamheid tijdens hun detentie.



Uit figuur 1a kunnen we concluderen dat het merendeel van de gevraagde gedetineerden die hebben meegewerkt aan dit onderzoek, zich eenzaam voelen. Onder de 28% die aangeeft zich niet eenzaam te voelen, zijn er ook gedetineerden die aangeven zich juist door detentie minder eenzaam te voelen. Redenen hiervoor zijn het onder de mensen zijn en het hebben van een dagstructuur. Ook zijn er casussen bekend van mensen die ervoor zorgen met de feestdagen binnen te zitten, zodat zij zich dan minder alleen voelen. In dit artikel gaan wij niet in op deze groep.

Daarnaast hebben wij gekeken of deze gevoelens van eenzaamheid verergerden binnen detentie. In figuur 1b kun je zien dat 64% van alle ondervraagden aangeeft dat detentie hun gevoel van eenzaamheid heeft versterkt.

CORONA-EPIDEMIE

De grootste oorzaak van de gevoelens van eenzaamheid kunnen we vinden in het niet hebben van of een verandering in het contact met familie en naasten. Hieraan liggen verschillende oorzaken ten gronde. Als meest voor de hand liggende oorzaak van de afgelopen 2,5 jaar is daar natuurlijk de corona-epidemie.

Die heeft veel gevolgen gehad voor gedetineerden. Hun gevoelens van eenzaamheid werden er in deze periode sterk door beïnvloed. Gedetineerden werd verteld dat zij in eerste instan-

“

'Ineens zaten we vijf dagen lang 22 uur per dag achter de deur'

— COEN, GEDETINEERDE —

tie geen enkel bezoek meer konden ontvangen. Dit betekende ook geen ouder en kind-dagen, geen bezoek zonder toezicht en geen bezoek in de systeemkamer. Later werd dit iets versoepeld en werden er grote glazen wanden geplaatst in de bezoekeruimte. Aanraken was echter streng verboden en werd onmogelijk gemaakt. De term 'huidhonger' kwam hierna meerdere malen voorbij. Dit alles om het virus maar buiten de muren te houden. Naast de beperkingen in het bezoek was er ook minder mogelijk op de afdelingen zelf. De deuren gingen vaker op slot en activiteiten als sport namen sterk af. Als iemand toch positief getest werd, moest de gehele afdeling in quarantaine, maar ook als iemand werd opgenomen van buitenaf ging deze persoon vijf dagen preventief in quarantaine. Het gevolg was sterk toenemende gevoelens van eenzaamheid (Megens, 2021).

SCHAAMTE

Behalve corona zijn er natuurlijk veel meer oorzaken aan te wijzen binnen een detentie. Juist op die andere oorzaken willen wij iets dieper ingaan in dit artikel. Wat zien vaak dat er nog steeds een stigma bestaat over gedetineerd zijn. Dit kan zijn vanuit de naasten zelf, maar ook vanuit de gedetineerde.

Het komt veelvuldig voor dat een gedetineerde zijn naasten op afstand houdt omdat hij zich schaamt en geen extra last wil zijn voor zijn familie door ze naar de gevangenis te laten komen. Andersom is dit ook het geval. Naasten willen niet gezien worden in een gevangenis en schamen zich ervoor dat ze een kind hebben dat gedetineerd zit. Ook is het bezoeken van een gevangenis nog wel eens spannend en duurt het lang voordat zij de moed hebben om op bezoek te komen. Dit is vaak het geval wanneer er kinderen in het spel zijn.

We zien ook dat dit cultureel gebonden is. Zo zie je in de Afrikaanse en Arabische culturen dat schaamte vaak de hoofdoorzaak is dat naasten niet in contact blijven. Dit geldt voor beide kanten, de gedetineerde is vaak niet eerlijk over waar hij is en zegt bijvoorbeeld dat hij in het buitenland is voor werk. In de Latijns-Amerikaanse cultuur is dit juist andersom en zien wij dat familie juist veel in contact is en de gedetineerde blijft steunen.

Een andere reden voor het niet op bezoek komen is dat familie soms erg ver weg woont en bijvoorbeeld geen vervoer heeft. Zij zijn dan afhankelijk van het erg prijzige openbaar vervoer en hebben daar niet de middelen voor. Zich door anderen laten brengen is ook niet altijd haalbaar, aangezien de bezoektijden erg beperkt zijn. Zoals eerder genoemd mogen gevangenen één keer per week een uur bezoek ontvangen. Dit gaat per afdeling, dus dit betekent dat er ook afdelingen zijn die hun bezoektijd door de week hebben. Ook dit maakt het lastig voor naasten om dit wekelijks voor elkaar te krijgen. Soms is het onmogelijk om op bezoek te komen omdat een gedetineerde in volledige beperking verkeert. Dit betekent dat hij geen contact mag hebben met

de buitenwereld behalve met zijn advocaat. In deze situatie is de gerechtsgang de oorzaak van het ontbreken van contact. Een ander voorbeeld vanuit de gerechtsgang is wanneer het delict bijvoorbeeld op een familielid is gepleegd en er nog geen contactherstel mogelijk is, omdat hiermee de gerechtsgang belemmerd kan worden.

LANGGESTRAFTEN

Bij langgestraften zien wij dat er meestal in het begin nog wel contacten worden onderhouden, maar dat dit naarmate de jaren verstrijken toch aanmerkelijk minder wordt. De belasting om elke week maar weer naar de gevangenis te komen wordt op den duur te groot, waardoor bezoek steeds minder regelmatig kan worden. Dit is een voorbeeld van hoe eenzaamheid kan verergeren door detentie, zoals te zien is in figuur 1b.

Op het PPC zitten lang- en kortgestraften bij elkaar op een afdeling. In ons onderzoek vernamen we dat de mensen die langgestraft zitten vaak het contact met kortgestrafte medegedetineerden moeilijk vinden, omdat dit contact altijd weer verbroken wordt doordat de ander met ontslag gaat. Dit verergert het gevoel van eenzaamheid. We kregen van hen vooral de vraag waarom er niet een afdeling is specifiek voor de doelgroep langgestraften zodat dit minder impact heeft op hun gevoelens van eenzaamheid (Liem, 2019).

GEBREK AAN AUTONOMIE

Daarnaast gaven een aantal gedetineerden aan dat zij meer last hadden van eenzaamheid door het gebrek aan autonomie en het afhankelijk zijn van anderen. Het niet kunnen beslissen over jezelf en alles te moeten vragen tot aan het toilet papier aan toe.

Autonomie houdt in dat je zelfstandig kunt functioneren. Binnen detentie valt dit grotendeels weg. Alles wordt voor je bepaald, de momenten dat je op de groep kunt zijn, naar buiten mag, kan sporten of kunt koken. Als je hier tegenin gaat, wordt dit gezien alsof niet meewerken en je verzetten tegen het systeem. Het verlies van je autonomie of eigen regie kan zorgen voor gevoelens van stress, frustratie en onzekerheid waardoor je je ongelukkig gaat voelen. Hierdoor kun je in een negatieve spiraal terecht komen die de gevoelens van eenzaamheid versterkt (Reinoud, Liberi, 2020).

PSCHIATRISCH ZIEKTEBEELD

Als laatste willen wij ingaan op het uit de weg gaan van contact door naasten doordat er een ernstig psychiatrisch ziektebeeld meespeelt. Naasten hebben vaak veel te verduren gehad met deze persoon en zijn wel even opgelucht dat ze hier niet mee

hoeven te dealen tijdens een detentie. Daarnaast kan het delict zo heftig zijn geweest dat naasten het moeilijk vinden om hiermee om te gaan. Een voorbeeld hiervan zullen wij nader toelichten in de onderstaande casus.

Theo is een jongeman van 29 die onder invloed van een ernstige psychose zijn moeder om het leven heeft gebracht. Hij heeft een afgeronde universitaire opleiding, een steunend netwerk om zich heen en is al jaren in beeld bij de psychiatrische hulpverlening. Theo zit inmiddels meerdere maanden in detentie en zal ook in de toekomst nog voor langere tijd opgenomen zijn voor behandeling. De psychose is nu door middel van medicatie op de achtergrond en Theo is zich bewust van wat hij heeft gedaan. Hij zit in een fase van rouw en heeft veel verdriet. Verdriet om wat hij heeft gedaan maar ook het verlies van zijn moeder die voor hem een steunende factor was. Zijn betrokken familie bestaat uit een vader, een oom en zijn broers. Ook zij zitten in een rouwproces, zij hebben het verlies te verwerken van de moeder van Theo maar ook het verlies van Theo zelf. In deze gevoelens van verdriet speelt eenzaamheid een grote rol, vooral bij Theo. Vanuit zijn schaamtegevoel voor wat hij heeft gedaan, wil hij bijna geen contact met zijn familie. Hij durft hen niet onder ogen te komen, terwijl zij er voor hem willen zijn, maar dit ook moeilijk vinden doordat zij niet weten hoe zij alles een plek kunnen geven. Een moeilijke situatie voor beide kanten dus. Theo denkt veel aan zijn moeder, maar omdat hij ze niet toelaat, kan hij niet in gesprek daarover met zijn familie, wat hij juist zo nodig heeft. Hierdoor voelt hij zich erg eenzaam en versterkt dit zijn negatieve gevoelens, wat invloed kan hebben op zijn herstelproces.

DE ROL VAN DE SPV

In deze casus kan de rol van de SPV van groot belang zijn voor Theo, maar ook voor zijn familie. Hoe kun je dit aanpakken als SPV? De basis ligt hierin bij de presentiebenadering (Beurskens, Linde, & Baart, Praktijkboek presentie, 2020) in eerste instantie wilde Theo helemaal niets van de SPV. Hij is in rouw en straft zichzelf als het ware door het contact met de SPV niet aan te gaan. Door hem zonder oordelend te zijn te blijven opzoeken ontstaat er toch een band. Hierop kan de SPV voortborduren en van daaruit kunnen ook lastige onderwerpen als het herstellen van het netwerk worden besproken. Nadat er een vertrouwensband is ontstaan, kun je met toestemming van Theo contact zoeken met zijn familie, waarna je een brug bent in het herstellen van dit contact. Als SPV ben je de smeerolie in dit herstelproces en kun je het moeilijke thema rondom de moeder bespreekbaar maken. Hierbij zou je kunnen denken aan het gebruik maken van de systeemkamer in de PI Zwolle zodat je dit eerste, waarschijnlijk zeer emotionele contact ook kunt begeleiden en dit niet hoeft plaats te vinden in een overvolle bezoekszaal. De systeemkamer

kan gebruikt worden voor bijvoorbeeld ouder en kind-bezoeken, maar ook wanneer er beladen thema's besproken moeten worden. Ook het verwijzen naar een geestelijk verzorger zou in deze casus helpend kunnen zijn voor Theo. Zij kunnen op individuele basis of in groepen verschillende thema's bespreekbaar maken.

Dit is een casus waar de SPV een grote rol heeft gespeeld, maar wat zou een SPV nog meer kunnen doen rondom het thema eenzaamheid? Vanuit het onderzoek kwam naar voren dat gedetineerden vooral meer behoefte hadden aan contact met geliefden en daarom pleitten voor meer bezoekmomenten met minder beperkingen. Daarnaast vroegen zij om een uitbreiding van het avondprogramma op de afdelingen. Dit is voor nu een onbereikbaar doel wegens personeelstekorten in de gevangenis, maar wel is er een extra mogelijkheid tot videobellen ingezet waar de SPV in eerste instantie voor werd ingezet.

Maar wat zou de rol van de SPV kunnen zijn om het gevoel van eenzaamheid in detentie toch te verminderen? De sociaal psychiatrisch verpleegkundige oftewel de SPV is gericht op het ondersteunen van cliënten die door toedoen van een psychiatrische stoornis in een complexe zorgsituatie verkeren. SPV'ers worden gedefinieerd als hulpverleners die ten alle tijden proberen aan te sluiten bij de behoeften van de cliënt. Juist bij gevoelens van eenzaamheid kan een SPV dus een grote rol spelen (Ekkers & Essen, 2020).

IN CONTACT KOMEN

De eerste functie van de SPV op de afdeling is in contact komen met de cliënt, contact maken vanuit de presentiebenadering. Gewoon er zijn voor de ander en aansluiten bij zijn of haar behoeften, iemand zien en serieus nemen, iemand niet in de steek laten en beschikbaar zijn (Beurskens, Linde, & Baart, 2020).

Als eerste zou de intake van de SPV aangepast kunnen worden, waarin het thema eenzaamheid aan bod komt en er zicht is op hoe iemand netwerk eruit ziet, maar ook hoe steunend dit netwerk voor diegene is. Systemisch werken is een belangrijk onderdeel van de werkzaamheden van de SPV. De SPV heeft hierin een outreachende en coördinerende rol, waarbij op verschillende manieren contact gezocht kan worden met naasten en geliefden (Willemse, 2015). Een cliënt beschikt in detentie niet over een telefoon met daarin een contactenlijst of social media, om deze reden is er een Facebookpagina gecreeërd zodat de SPV toch contacten kunnen opsporen en de cliënt met hen in contact kunnen brengen. Op deze manier kunnen belangrijke contacten hersteld worden die bij kunnen dragen aan het herstelproces van de cliënt.

Soms is het ook moeilijk om dat eerste contact te leggen met een naaste, denk aan eerdergenoemde schaamte- en schuldge-

“Er zit daar een mens!”

— GEVANGENENZORG NL —

voelens die kunnen overheersen. De SPV kan dan ondersteunend zijn in zo'n eerste contact.

De SPV kan het contact met familie ondersteunen door voor hen een aanspreekpunt te zijn. Door middel van bel-, app- en mailcontact kan de SPV op een laagdrempelige manier vragen beantwoorden en de familie van informatie voorzien. Dit wordt vaak als zeer helpend ervaren omdat er ook meer begrip wordt gecreeërd en daardoor meer ruimte is voor bijvoorbeeld contactherstel. Regelmatig is het zelfs het geval dat familie niet weet waar hun naaste is en door de SPV op de hoogte wordt gebracht. De opluchting bij familie is dan groot, omdat zij hun naaste al enige tijd kwijt waren.

Om het thema eenzaamheid in groepsverband meer bespreekbaar te maken zou de SPV themabijeenkomsten kunnen organiseren op de afdelingen. Hierdoor krijgt de SPV meer zicht op het probleem eenzaamheid, maar wordt er ook een vorm van lotgenotencontact gecreeërd waardoor het een minder beladen onderwerp wordt en er ook makkelijker over gesproken wordt.

VERWIJZENDE ROL

Naast de interventies die de SPV zelf kan inzetten, heeft zij ook een verwijzende rol naar bijvoorbeeld geestelijk verzorgers. Deze hebben gesprekken op individuele basis, maar ook in groepsverband. De geestelijk verzorgers hebben vaak een ander contact met de cliënt, omdat er in hun vakgebied geen rapportage of meldingsplicht bestaat. Daardoor voelt de cliënt zich vrijer om zich te uiten. Wekelijks zijn er bezinningsbijeenkomsten waarbij eenzaamheid geregeld het onderwerp van gesprek is.

De SPV kan ook gevangenzorg benaderen. Dit is een kerkelijke vrijwilligersorganisatie die in ruim twintig Nederlandse gevangenissen gevangenen bezoeken. Zij doen dit vooral bij mensen die weinig tot geen eigen netwerk hebben, bieden een luisterend oor en hebben geen oordeel (Gevangenzorg, z.d). Exodus is een vergelijkbare organisatie die zich inzet voor gedetineerden en waarbij vrijwilligers als maatje fungeren en ondersteuning bieden vanuit persoonlijk contact (Exodus, z.d).

CONCLUSIE

We kunnen concluderen dat eenzaamheid binnen detentie duidelijk verergert en dat hier verschillende oorzaken voor kunnen zijn. Als belangrijkste reden wordt het verminderde contact met familie en naasten gegeven die duidelijk werd bemoeilijkt tijdens de corona epidemie. Naast corona spelen ook culturele as-

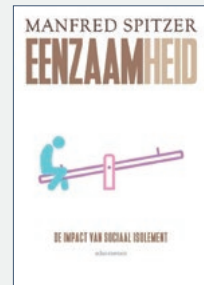
pecten, schaamte- en schuldgevoelens en praktische oorzaken als vervoer, middelen en de rechtsgang een rol. Aan de hand van de casus kunnen we laten zien dat de SPV een grote rol heeft bij het thema eenzaamheid en welke interventies zij kan inzetten om dit gevoel te helpen verbeteren. Voorbeelden hiervan kan het systemische werken zijn, contact met familie wordt door beide partijen vaak erg op prijs gesteld en biedt meer kans op het herstellen van het contact. Het is duidelijk geworden dat het onderwerp nog niet standaard wordt besproken en om die reden lijkt het ons goed om dit thema vast te integreren in de intake die de SPV afneemt. Daarnaast is het belangrijk om het onderwerp bespreekbaar te maken op de afdelingen en zouden themabijeenkomsten hierbij kunnen helpen. Ook om op deze manier het onderwerp minder beladen te laten zijn en door het lotgenotencontact te bevorderen.

Dat het belangrijk is om dit thema prioriteit te geven is duidelijk aangezien de gevolgen van eenzaamheid aanzienlijk groter zijn dan wij in eerste instantie hadden ingeschat. De kracht van de SPV blijft in het contact maken en behouden waardoor je samen op zoek kan gaan naar wat werkt voor die cliënt en waar je hem daarin kunt ondersteunen.

LITERATUUR

- Beurskens, E., Linde, M. v., & Baart, A. (2020). *Praktijkboek presentie*. Bussum: Coutinho.
- Beyens, K., Dirkzwager, A., & Korf, D. (2014). Detentie en gevolgen van detentie. *Tijdschrift voor criminologie*, 29.
- Cacioppo, J. (2003). The Anatomy of Loneliness. *Psychological science*, 71-74.
- CBS. (2021, augustus 3). *Gedetineerden; geslacht, leeftijd en migratieachtergrond*. www.cbs.nl/nl-nl/cijfers/detail/82321NED
- DJI. (z.d). *Arbeid*. dji.nl/justitiabelen/volwassenen-in-detentie/zorg-en-begeleiding/arbeid
- eenzaam.nl. (z.d). *Gevolgen van eenzaamheid*. eenzaam.nl/over-eeenzaamheid/gevolgen-van-eeenzaamheid
- eenzaamheid.nl. (z.d). *Soorten eenzaamheid*. eenzaam.nl/over-eeenzaamheid/soorten-eeenzaamheid
- Ekkers, S., & Essen, H. v. (2020). *Sociaal kapitaal: De identiteit van de sociaal psychiatrisch verpleegkundige*. Eindhoven: V&VN-SPV.
- Exodus. (z.d). *Steun door vrijwilligers tijdens detentie*. exodus.nl/diensten/steun-door-vrijwilligers-tijdens-detentie
- Gevangenzorg. (z.d). *gevangenzorg*. Opgehaald van www.gevangenzorg.nl: <https://gevangenzorg.nl/verhalen>
- Liem, M. (2019, juli). *Over de zin van het leven van een langgestrafte*. *magazines*. dji.nl/djizien/2019/07/column-marieke-liem
- Megens, N. (2021, April 11). *Corona vergroot eenzaamheid in de bajes: 'Gedetineerden hebben huidhonger'*. De Stentor.
- Reinoud. (2020, april 4). *Wanneer autonoom functioneren moeilijk wordt*. liberi.nl/autonoom/
- Wikipedia. (sd). *Eenzaamheid*. wikipedia.org/wiki/Eenzaamheid
- Willemse, J. (2015). *Anders kijken - Theorie en praktijk van de systeembenadering*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

De impact van eenzaamheid



Eenzaamheid

Manfred Spitzer

2019

Atlas Contact

256 pagina's

Prijs € 15,00

ISBN 978 90 4503 657 1

BEOORDELING

8/10

Eenzaamheid kun je omschrijven als een persoonlijke ervaring waarbij je je niet verbonden voelt. Je mist een hechte en emotionele band met anderen en het kan samengaan met gevoelens van verdriet, leegte, angst, zinloosheid en met lichamelijke of psychische klachten. In het boek Eenzaamheid gaat Manfred Spitzer in op de impact van eenzaamheid op mensenlevens.

Eenzaamheid wordt gezien als oorzaak van lichamelijke en psychische ziektes en niet zozeer als symptoom, met zelfs fatale gevolgen. Spitzer trekt in dit boek aan de bel en laat zien dat hij het belangrijk vindt om niet alleen de feiten op papier te zetten, maar daarnaast ook hoe deze feiten in de wereld zijn gekomen. Dit maakt het een behoorlijk wetenschappelijk boek, met vele analyses en details waar in het begin lastig doorheen te komen is. Naarmate het boek vordert, word je meer meegenomen in het probleem eenzaamheid en raak je nieuwsgierig naar de uitkomsten van de vele onderzoeken die beschreven worden.

SAMENVATTING

Volgens Spitzer is de mens onder de zoogdieren de soort die bij uitstek gericht is op leven in een gemeenschap. De meeste mensen zijn liever samen dan alleen. Van hieruit begint Spitzer zijn betoog. Hij zet dit uiteen in tien hoofdstukken waarbij hij start met het begrip eenzaamheid. Dat is volgens hem geen symptoom, maar een oorzaak voor vele lichamelijke en psychische aandoeningen. Maar waar komt die eenzaamheid precies vandaan. Spitzer stelt dat de cultuur in onze samenleving steeds meer de nadruk legt op egocentrisme, egoïsme en materialisme, veel meer dan vroeger het geval was. Dit maakt dat de kans op pro sociaal gedrag kleiner wordt en de kans op eenzaamheid groter. Daarnaast spelen ook andere oorzaken een rol zoals verstedelijking en medialisering, maar ook dat de mens ouder wordt.

Uit onderzoek blijkt dat eenzaamheid en pijn nauw met elkaar verbonden zijn in de hersenen. Zo kun je depressies hierdoor anders bekijken. Mensen met een depressie trekken zich vaak terug en ervaren eenzaamheid, daarnaast ervaren zij vaak ook lichamelijke pijn. Spitzer spreekt over sociale besmetting, eenzaamheid besmettelijk zou zijn. Het zou een oorzaak zijn van sociaal isolement. Een voorbeeld hiervan is dat eenzame mensen door anderen minder vaak als vrienden worden aangewezen en zelf ook minder vaak anderen als vrienden aanduiden.

Duidelijk is dat chronische stress gepaard gaat met een verhoogde kans op ziektes die op langere termijn dodelijk kunnen zijn. In het vierde hoofdstuk van zijn boek legt Spitzer uit wat stress precies is, namelijk een acute reactie op een noodsituatie die ons het leven kan redden maar tegelijkertijd ook bijwerkingen heeft. Bij chronische stress gaat het meer om het gebrek aan controle over ons leven. Stress wordt dus veroorzaakt door het gevoel ergens machteloos aan overgeleverd te zijn. Eenzaamheid is hier dus ook een voorbeeld van. In dit hoofdstuk legt Spitzer de eerste link tussen eenzaamheid – stress – fataliteit.

In het vijfde hoofdstuk legt Spitzer vooral de link tussen het internet en eenzaamheid. Met name het intensieve gebruik van social media is voor veel mensen verbonden met de hoop dat gevoelens van eenzaamheid verdwijnen. Echt contact moet in de realiteit plaatsvinden en contact via een medium als een computer zou een illusie zijn. Uit onderzoek is gebleken dat het gebruik van social media tot minder tevredenheid over het leven leidt waarbij het wederzijdse vertrouwen afneemt, depressies talrijker worden en eenzaamheid toeneemt.

Eenzaamheid brengt dus gezondheidsrisico's met zich mee. Het kan leiden tot een hogere bloeddruk, stofwisselingsstoornissen, hart- en vaatziekten, slaapstoornissen, depressie, longziekten en infectieziekten. Spitzer ziet zo'n sterk verband dat hij zelf een verkoudheid kan koppelen aan eenzaamheid. Maar voor mensen die aan een psychische stoornis lijden is eenzaamheid een grote bijkomstigheid. Vaak vormen psychische stoornissen en eenzaamheid een vicieuze cirkel waarbij de een de ander versterkt. Aan de ene kant veroorzaakt de stoornis gevoelens van eenzaamheid, en aan de andere kant kan het ervaren van eenzaamheid de stoornis veroorzaken of verergeren.

Uit onderzoek blijkt dat iemand die in hoge mate sociaal geïsoleerd leeft, een twee tot drie keer zo hoog overlijdensrisico heeft dan iemand die vele en goede sociale contacten heeft.

Vanaf hoofdstuk negen gaat Spitzer in op de interventies tegen eenzaamheid. Hij noemt voorlichting

de eerste stap. Vervolgens is er veel onderzoek gedaan naar de meest effectieve therapie en hierin liet de cognitieve gedragstherapie het grootste effect zien. Ook sociale ondersteuning blijkt een verlagend effect te hebben op eenzaamheid. Spitzer noemt ook dat alle handelingen die ons als mens dichterbij elkaar brengen, werken tegen eenzaamheid. Voorbeelden hiervan zijn iets geven aan een behoeftig persoon, helpen of samen dansen of muziek maken. Tot slot wijdt hij een hoofdstuk aan de natuur. Hij stelt dat wanneer we de natuur ingaan en die daadwerkelijk beleven, onze stemming verbetert, we onze emoties beter in de hand hebben, ons beter kunnen concentreren, we ons minder gestrest voelen en nauwer verbonden zijn met anderen. Wie zich verbonden voelt aan de natuur, kan zich beter in anderen verplaatsen en gedraagt zich welwillender, er is meer empathie en we zijn vrijgevinger.

RECENSIE

Een boek waarin de auteur zijn eigen bevindingen loslaat op de lezer. Hij maakt hierbij veelvuldig gebruik van wetenschappelijke onderzoek met daarbij veel en uitgebreide voorbeelden die bij tijde wel heel erg ver en diep gaan. Het boek heeft een mooie opbouw van oorzaak, gevolg en behandeling waarbij hij ook zijn eigen mening laat horen. Hij gaat dieper in op eenzaamheid en de psychiatrie wat in ons vak als SPV veelvuldig aan de orde is. Het is mooi om door dit boek geconfronteerd te worden met de daadwerkelijke gevolgen van eenzaamheid en brengt daardoor ook nieuwe perspectieven voor ons als SPV. Het roept op om hier nog meer de nadruk op te leggen in het contact met de cliënt in ons dagelijks werk. Hoe kunnen wij als SPV die vicieuze cirkel proberen te doorbreken? Door toch de sociale participatie en het stimuleren van gemeenschapszin ons doel te maken van psychiatrische preventie en behandeling.

Ook al geeft Spitzer regelmatig zijn eigen mening over de onderwerpen die aan bod komen, hij geeft ook aan dat zijn doel



Manfred Spitzer (1958)
Duits psychiater,
filosoof en auteur.

is om meer te willen wijzen op inzichten die richtinggevend zijn. Hij wilde met dit boek bewerkstelligen wat ons, de mens, als gezelschapswezen typeert en hoe diep het sociale aspect in ons geworteld is en naar mijn mening is hem dat gelukt.

SPV

Als je kijkt naar de rol die de SPV in dit geheel zou kunnen spelen is die heel groot. Het gaat dan met name om preventie en behandeling waarbij het present zijn van Andries Baart een hele mooie aansluiting zou zijn. De presentiebenadering bevoordert dat de ander tevoorschijn kan komen en wenst daarbij niemand af te schrijven. Vooral wanneer het gaat om eenzaamheid is het 'er zijn' een zeer belangrijk onderdeel. Het aansluiten bij de ander en het daarbij werken naar de doelen van die ander. Het draait daarbij niet alleen om de relatie maar om doen wat er gedaan kan worden, buiten de box denken. Om eenzaamheid te verminderen is het belangrijk om creatief te kunnen kijken naar wat er mogelijk is maar ook om dit in het tempo van de cliënt te doen (Baart, sd). Vanuit het Neuman Systems model kan er gekeken worden naar de preventie van eenzaamheid, het gaat hier om primaire, secundaire en tertiaire preventie. Bij de primaire preventie gaat het volgens Caplan om het opsporen van de schadelijke invloeden van eenzaamheid. Bij secundaire preventie draait het om het beperken van de gevolgen van eenzaamheid en bij tertiaire preventie wordt er getracht om het disfunctioneren ten gevolge van eenzaamheid te beperken.

Naast de preventie van Neuman kan ook de stress coping theorie meegenomen worden. Hoe wordt er omgegaan met stress, een zeer belangrijk gevolg van

eenzaamheid, maar ook hoe de omgeving van de cliënt hierin wordt meegenomen. Wat hierin belangrijk wordt gevonden is wat de eigen visie van die persoon zelf is. De wijze waarop iemand zelf zijn omgeving en zijn situatie ervaart, bepalend is voor het al dan niet ervaren van stress. Daarbij stelt de stress coping theorie de wijze van coping bepaald wordt door de wijze waarop iemand zelf de eigen mogelijkheden inschat.

Als SPV is het belangrijk om in het contact met de ander de narratieve theorie te gebruiken. Wat is iemands levensverhaal, dit vormt de basis voor hoe men zich gedraagt en wie men is. Aan de hand van iemands levensverhaal en ervaringen kan het narratief aangepast worden. Zo ook bij iemand die eenzaamheid ervaart, waar komt dit vandaan en hoe kun je je narratief aanpassen om dit gevoel te verminderen zodat je niet stagneert in het probleem. Narratieve begeleiding biedt mogelijkheden om probleemverhalen over het eigen leven om te buigen.

BEOORDELING

Ik beoordeel dit boek met het cijfer 8. Het is in eerste instantie een boek waar je even doorheen moet maar geeft daarnaast wel heel veel nieuwe inzichten over een onderwerp waar je denkt iets vanaf te weten maar tot de conclusie moet komen dat hier nog veel meer over te leren valt. De vele wetenschappelijke onderzoeken zouden wat mij betreft iets minder uitgebreid mogen. Het geeft echter ook wel weer een heel compleet beeld over het onderwerp eenzaamheid. Mijn conclusie is dat het een interessant boek is voor diegene die te maken heeft met eenzaamheid en hier meer verdieping over zoekt. In ons vak als SPV zou ik het zeker aanbevelen om te lezen als is het alleen maar om geïnspireerd te raken om ons nog meer in te zetten tegen eenzaamheid en alle gevolgen van dien.

Lotte Duerink

SPV i.o bij PI Zwolle

ONGEPAST OF ONGEMAK?

LICHAAMSGERICHT WERKEN ALS SOCIAAL
PSYCHIATRISCH VERPLEEGKUNDIGE

Lichamelijk contact in de hulpverlening. Er wordt veel over gedacht, gezegd en geschreven. Wel of niet een arm om iemand heen slaan bij verdriet, wel of niet een knuffel geven ter steun, wel of niet een schouderklopje geven wanneer je trots bent op iemand. Na al het beeldbellen tijdens de corona-pandemie ontstond er 'huidhonger', er was behoefte aan echt, lijfelijk contact. Na de #metoo-beweging ontstond er angst om aan te raken; was het nog wel toegestaan en waar ligt de grens van aanraken?



Agnes Bel
SPV i.o. bij
Dimence



Lianne Groen
SPV i.o. bij
BuurtzorgT

ACHTERGROND

De manier waarop we denken over ons lichaam en fysieke aanrakingen, wordt beïnvloed door de cultuur waarin we leven. In de huidige westerse maatschappij staan we steeds minder in contact met ons lichaam. Zo verrichten we steeds minder lichamelijke arbeid, waardoor de functie van ons lichaam in onze beleving verandert. Het lichaam wordt gezien als een project, een hulpmiddel. En dat terwijl het bewijs groeit dat het lichaam een cruciale rol speelt bij psychologische gezondheid. Hoofd en lichaam zijn veel meer met elkaar verbonden dan in de standaard geestelijke gezondheid wordt geaccepteerd (Van Noort, 2021).

Het lichaam draagt alle bewuste en onbewuste ervaringen die het opdoet met zich mee. Bessel van der Kolk is hierover duidelijk in zijn boek *Traumasporen*. Hij geeft aan dat trauma's letterlijk veranderingen aanbrengen in zowel de hersenen als in het lichaam. Het is van belang om 'te weten wat je weet en te voelen wat je voelt' (Van der Kolk, 1994).

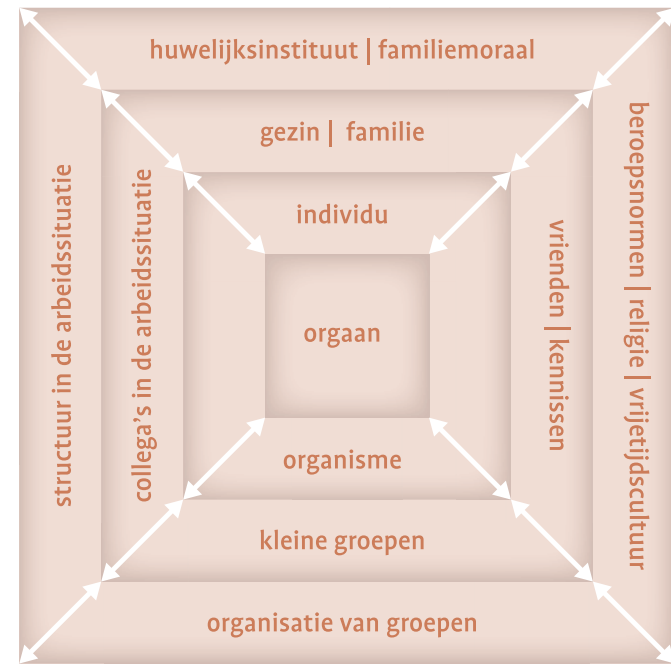
Door middel van non-verbale therapie wordt door vaktherapeuten al veelvuldig ingezet op het aandacht hebben voor het doen, voelen en ervaren van het lichaam. Zo valt te denken aan sport en spel, rollenspellen, muziek, neurofeedback, dans en vele andere vormen van hulpverlening waarbij het lichaam het uitgangspunt is. Maar hoe kan de SPV lichaamsgericht werken? Wat kan de SPV zelf doen in een behandeling en wat is hiervoor nodig? Ofwel: wat is er nodig om als SPV lichaamsgericht te werken? In dit artikel ligt de focus op de competenties, kennis en vaardigheden van de SPV en lichaamsgericht werken.

COMPETENTIES SPV

De algemene rol van de SPV wordt in het beroepsprofiel beschreven aan de hand van zeven rollen op zeven competentiegebieden. Namelijk de SPV als zorgverlener, communicator, samenwerkingspartner, reflectieve professional, gezondheidsbevorderaar, organisator en als kwaliteitsbevorderaar. Van de SPV wordt verwacht dat je gebruik maakt van wetenschappelijke kennis, vaardigheden en een professionele attitude om in de sociale psychiatrie systeemgerichte cliëntenzorg te verlenen (Derks, van der Padt en Boon, 2014).

De SPV is gericht op het oplossen van gezondheids- en sociale problemen, het versterken van vaardigheden en het verbeteren van het sociaal, maatschappelijk functioneren. Daarbij onderzoekt de SPV de leefwereld van cliënten en de systemen en stelt de behoefte aan zorg vast door middel van klinisch redeneren aan de hand van vier niveaus van het functioneren van Romme (figuur 1). De vier niveaus zijn het lichamelijke, het individuele, het sociale en het maatschappelijke niveau. Bij het exploreren

van de problematiek is het van belang dat de SPV zich richt op deze vier niveaus en de wisselwerking die er tussen de niveaus plaatsvindt (Derks, van der Padt en Boon, 2014). Hieruit wordt duidelijk dat er vanuit het beroepsprofiel van de SPV verwacht wordt naar alle vier niveaus te kunnen kijken en daarin door middel van klinisch redeneren verbindingen te maken.



figuur 1: Romme's vier niveaus van functioneren.

Daarbij wordt gesteld dat mensen met geestelijke gezondheidsproblemen hun klachten vaak presenteren op één niveau, terwijl de mogelijkheden voor het inzetten van een interventie juist op een ander niveau zou kunnen of moeten liggen. Kenmerkend voor de SPV is het consequent kunnen hanteren van de systemische analyse op vier niveaus, het onderkennen van onderlinge beïnvloeding en het duidelijk onderscheid dat aanwezig is. Hieruit komt naar voren dat vanuit de competenties van de SPV verwacht wordt het lichamelijke niveau niet los te zien van de andere niveaus. Het lichamelijke is geïntegreerd en heeft wisselwerking met de andere niveaus en invloed op de mens als geheel.

Een belangrijke competentie van de SPV is gezondheidsbevordering, leefstijl, zelfmanagement en samenredzaamheid. Dit stelt de SPV voor de opgave om een bijdrage te leveren aan het bevorderen van gezondheid en welzijn van cliënten en hun omgeving (Derks, van der Padt en Boon, 2014). Dat houdt in dat de SPV aandacht moet hebben voor lichamelijke sensaties en verbindingen tussen lichaam en geest. De SPV gaat verbanden leggen tussen klacht, omstandigheden, persoonlijk functioneren en bronnen van kracht.

Want als iemand vastloopt kan het leven als een last voelen. Alle energie gaat zitten in het overeind blijven staan en in het bezig zijn met het probleem, met dat wat er dwars zit. Er is iets

vastgelopen en je gaat niet meer vanzelf vooruit. Dit vastzitten is vaak ook letterlijk voelbaar in het lichaam in de vorm van verkrampte spieren, pijn en zwaarte (Pesso, 2009). Uitgangspunt van de systeemtheorie is dat al het gedrag communicatie is, dus wat vertelt het lichaam? Welk signaal geeft het lichaam en hoe kun je hier naar luisteren? Door hier aandacht voor te hebben als SPV kun je bijdragen in het bevorderen van de gezondheid en de redzaamheid.

Bij mensen met psychische problematiek is vaak het lichaamsbewustzijn en lichaamsattitude verstoord of negatief. In een artikel in het tijdschrift voor vaktherapie schrijven Scheffers en Aerts (2019) over lichaamsattitude als transdiagnostische factor, hieronder nader beschreven vanuit lichaamsbewustzijn.

LICHAAMSBEWUSTZIJN

De beleving van het lichaam als 'mijn lichaam' en een positieve houding ten opzichte van het eigen lichaam worden in een vroeg stadium van de ontwikkeling verworven, op grond van lichamelijke ervaringen en duidelijk gedefinieerde grenzen tussen zelf en de ander. De ontwikkeling tot subjectief individu is gebaseerd op de lichamelijke ervaringen in het contact met ouders en/of verzorgers (Shai en Fonagy, 2014). Onze bevindingen ten aanzien van een verstoord lichaamsattitude als gemeenschappelijke factor bij verschillende diagnoses, kunnen vanuit dit ontwikkelingsperspectief worden begrepen. Traumatische ervaringen op jonge leeftijd, zoals seksuele, fysieke of emotionele mishandeling en fysieke en emotionele verwaarlozing, worden in verband gebracht met diverse psychische stoornissen bij volwassenen (Carr, Martins, Stingel, Lemgruber en Juruena, 2013; Kessler et al., 2010). Het is dan ook belangrijk om te kijken naar de rol van een verstoord of beschadigde lichaamsbeleving als gevolg van dergelijke ervaringen.

Een verstoord lichaamsattitude kan worden beschouwd als een transdiagnostische factor, een factor die een rol speelt bij verschillende diagnostische categorieën (Van Heycop ten Ham, Hulsbergen en Bohlmeijer, 2014). Lichaams- en bewegingsgerichte interventies die tot doel hebben de lichaamsbeleving te verbeteren kunnen dus belangrijk zijn in de behandeling van een brede groep (ernstige) psychische stoornissen.

LICHAAMSGERICHT MENTALISEREN

Zoals Spaans (2020) uitlegt in het boek lichaamsgericht mentaliseren wordt bij lichaamsgericht behandelen uitgegaan van de eenheid van lichaam en geest, en sta je stil bij en richt je je aandacht op lichaam en geest. Lichaamsmentalatie is het vermogen om verbinding te ervaren tussen lichamelijke signalen

en innerlijke ervaringen zoals emoties en gedachten. Door het benoemen, herkennen en beredeneren (bij zichzelf of bij anderen) van fysieke toestanden en innerlijke reacties sta je stil bij lichaam en geest. Om te kunnen mentaliseren is het een vereiste dat mensen aandacht kunnen geven aan wat zij in hun lichaam voelen. Mentalisatie kan gezien worden als een multidimensionaal concept met onder meer affectieve, interpersoonlijke en fysieke aspecten (Nicolai, 2017).

Bij behandeling met lichaams- en bewegingsgerichte interventies is het belangrijk om de instandhoudende werking van gebrekkige lichaamsmentalatie te begrijpen. Waarbij er samenhang bestaat met de gehechtheidsstijl en stressreactie met als gevolg aanhoudende lichamelijke klachten (Kooiman & Koelen, 2012). De samenhang wordt in het figuur 2 inzichtelijk gemaakt (Spaans, 2020).



figuur 2: Samenhang lichaamsmentalatie en klachten.

Interventies richten zich op huidige en recente ervaringen, waarbij het gesprekstema verbonden wordt met het lichaamsgericht mentaliseren. Een non-verbale aanpak waarbij interactie plaatsvindt op basis van een veilige relationele context en de professional moet kunnen inspelen op de gehechtheidsstijl en rekening houdt met de tolerantiezone van de cliënt. Als jij er niet 'echt' bent als professional, kan de ander zich niet met jou verbinden. Hoe meer je jezelf kent, hoe beter en echter de verbinding met de ander wordt. Voordat de therapeut de aandacht van de cliënt richt op complexere innerlijke toestanden, zoals innerlijke conflicten, is het belangrijk lang en intensief stil te staan bij een veilige therapeutische relatie, voorlichting en aandacht richten op lichaam en geest.

Spaans, Koelen en Bühring (2010) schrijven in een artikel over mentaliseren bij ernstige onverklaarbare lichamelijke klachten het volgende; eigen en anderen lichaamssignalen en innerlijke toestanden worden vooral ervaren op momenten van echt contact ('moments of meeting': Stern en anderen, 1998). Dit vraagt van therapeuten dat zij zich bewust zijn van de mate van

contact die zij ervaren met cliënten. Een veelvoorkomende valkuil is dat therapeuten het vermogen van cliënten om lichaamssignalen te mentaliseren overschatten of zij houden pseudo-mentaliseren voor echt mentaliseren.

Bij pseudo-mentaliseren praat de cliënt over gedachten en gevoelens zonder dat er een verband is tussen gedachten en affect, waardoor het verhaal als onecht aanvoelt (Bateman & Fonagy, 2006). Hierdoor kunnen eigen overtuigingen sterk bekrachtigd worden en denkt de cliënt te weten wat een ander voelt, zonder ervan bewust te zijn dat je dit nooit zeker kunt weten.

DE VIER DIMENSIES VAN LICHAAMSMENTALISEREN VOLGENS SPAANS, KOELEN EN BÜHRING (2010)

De eerste dimensie wordt beschreven als *gecontroleerd (expliciet) versus automatisch (impliciet) reageren*. Zoals bijvoorbeeld ademen. Impliciet is het onbewust ademen, expliciet is een ademhalingsoefening. *Zelf versus de ander* is een tweede dimensie waarbij het vermogen tot lichaamsmentaliseren over zichzelf sterk afhankelijk is van of je instaat bent tot lichaamsmentaliseren met betrekking tot anderen. Welke aandacht geef je de ander en jezelf in een groep? Een derde dimensie is *cognitief versus affectief*; het lichaamsmentaliseren kan zich richten op emoties van zichzelf of de ander (empathie) en cognitief (benoemen, herkennen en beredeneren). Als laatste wordt *intern versus extern* als dimensie genoemd; is iemand naar binnen of buiten gericht bij het lichaamsmentaliseren? Dit bepaalt welke aandacht je geeft aan het ontwikkelen van interne of externe gerichtheid (Fonagy en Luyten, 2009).

CASUS TER ILLUSTRATIE VAN DE VIER DIMENSIES

Lieke is een vrouw van 31 jaar, samenwonend en moeder van twee dochters van vier jaar en vijf maanden oud. Vorig jaar heeft Lieke de diagnose autisme gekregen. Ze zoekt uit wat dit voor haar en haar gezin betekent. Bewustwording en acceptatie staan in de behandeling centraal.

Rond het einde van haar verlof, na de geboorte van haar tweede dochter, bouwt de spanning zich bij haar op. Het idee om weer te gaan werken benaauwt haar. Weer een verandering van het nieuwe evenwicht in haar gezin, het evenwicht dat nog zo pril is na de geboorte van haar dochter. Ze merkt dat ze in de aanloop naar het weer gaan werken meer onrust begint te ervaren in haar lijf. Haar chronische rugklachten nemen toe en is ze rond zes uur 's morgens wakker en ligt dan te piekeren in bed.

Maar ze gaat door, wat kan ze anders? Alle moeders moeten weer aan het werk na het zwangerschapsverlof is het idee

in haar hoofd. En alle ouders met kinderen vinden het druk en zwaar door de slapeloze nachten. Haar partner moet ook werken en zij blijft als vanzelfsprekend er 's nachts uit gaan om hem een goede nachtrust te gunnen. Ze is gewend om altijd door te gaan en voor de ander te zorgen, te ontlasten. In haar gezin van herkomst is ze er veel voor de ander geweest, zelf noemt ze dit later grenzeloos gedrag.

Dan komt ze op het punt dat het niet meer gaat. Haar dochter van vier jaar gaat voor het eerst naar school en dat betekent iedere dag vroeg eruit, in de kleren, ontbijten en de deur uit. Slapen gaat nog steeds wisselend en het huis op orde houden gaat niet naar haar wens. Ze ervaart onvoldoende tijd in haar dag en kan moeilijk de lat lager leggen. Het weer gaan werken komt dichterbij en ineens ervaart ze angst- en panieklachten en lukt het haar niet meer om zonder te huilen aan haar dag te beginnen en voor haar kinderen zorgen. Emoties overvallen haar gedurende de dag en ze is zo moe dat het haar nauwelijks lukt om van de bank af komen. Voor haar gezin en het huishouden krijgt ze ondersteuning van haar moeder en schoonmoeder, maar haar energie blijft laag en gevoelens van paniek blijven komen. Ze voelt niet aan wanneer ze over haar grens gaat en eindigt de dag doodmoe en machteloos. Erbij gaan werken voelt momenteel als een te grote belasting.

GECONTROLEERD VERSUS AUTOMATISCH

Vanuit de eerste dimensie bezien is bij Lieke door verhoogde stress het impliciete, onbewuste lichaamsmentaliseren sterk aanwezig. Ze ervaart sensaties in haar lichaam, pijnklachten en paniek. Haar lichaam en gedachten reageren vanuit haar onbewuste op aan- of afwezigheid, gedrag of verhaal van de ander.

Het goed en minder goed gecontroleerd lichaamsgericht mentaliseren hangt vaak af van de situatie. Door met haar stil te staan bij zowel situaties in het hier en nu en bij situaties waar het lichaamsgericht mentaliseren goed en minder goed gaan stimuleer je het bewust lichaamsgericht mentaliseren. Belangrijk is dat je als SPV aandacht hebt voor het mentaliserend vermogen in de context. Lukt het Lieke terugkijkend op de situatie alsnog om lichaamsgericht mentaliseren? De SPV kan aandacht geven aan specifieke situaties met fysieke inspanning of juist rust, met veel en weinig lichamelijke klachten, met heftige of weinig emoties en stress, met aan- of afwezigheid van een vertrouwd persoon. Als bij het bespreken en ervaren van een situatie door Lieke de verbinding tussen het denken en voelen, door heftige emoties of sterke rationele benadering vermindert, helpt het haar als de SPV een 'stop en sta stil' of 'stop en ga terug' interventie toe. Je onderbreekt het moment om bewust stil te staan bij het minder of niet lichaamsgericht mentaliseren. Het onderbreken kan ongemak geven bij zowel de SPV als cliënt. Door hierover afspraken te maken stem je samen af, bijvoorbeeld de SPV kan een hand op steken en vragen of ze de cliënt mag onderbreken. Voorbeelden van vragen die je als SPV kunt stellen zijn: Wat merk

Een ademhalingsoefening stimuleert het bewuste, expliciet lichaamsgericht mentaliseren.

je op in je lichaam nu je zo moe bent? Welke gedachten heb je als je pijn voelt in je lijf, zoals je rugpijn? Welke emotie ervaar je als je zo moe voelt? Welke emoties neem je waar als je onrust voelt in je lijf bij het alleen thuis zijn? Het toepassen van interventie als een ademhalingsoefening stimuleert het bewuste, expliciet lichaamsgericht mentaliseren.

ZELF VERSUS DE ANDER

Om inzicht te krijgen in de tweede dimensie tot het vermogen tot lichaamsmentaliseren is het van belang om in te schatten of ze in staat is tot lichaamsmentaliseren met betrekking tot anderen. Welke aandacht geeft zij zichzelf en de ander in haar gezin, familie en vriendengroep? Hoe is haar gehechtheidsrelatie?

Lieke blijkt zeer begaan te zijn met de ander. Van jongs af aan voelt zij zich, door de zorgen die er thuis waren om haar zusje en de relatieproblemen van haar ouders, al verantwoordelijk om voor zichzelf en haar ouders te zorgen. Ze is zorgzaam en gaat hierbij over haar eigen grenzen. Ze heeft weinig aandacht voor haar eigen fysieke ervaringen en mentale toestand gehad en de aandacht vooral op de ander gericht. Maar vanuit de behoefte van voorspelbaarheid en structuur richt ze zich ook op zichzelf en houdt controle door regie te pakken wat maakt dat er minder aandacht gaat naar de gedachten en gevoelens van de ander.

De wederkerige invloed die mensen hebben op elkaar lijkt bij haar verstoord. Om affectieve betrokkenheid bij elkaar te ervaren is het nodig om onderscheid te maken tussen lichamelijke signalen en innerlijke ervaringen van zichzelf en van de ander. Door als SPV met Lieke een mindfulness oefening te doen oefen ik met haar om de aandacht te richten op zichzelf en de ander. Aandacht voor haar eigen en andermans lichaamssignalen, gedrag, gedachten, gevoelens. Wat voel je nu in je lichaam? Wat merk je nu aan je lichaamshouding? Welke gedachten heb je? Welk verlangen hoort er bij de boosheid die je voelt?

Wederkerigheid gaat ook over de invloed die je samen hebt op de relatie. Lieke en haar partner gaan daarvoor, naast de individuele behandeling van Lieke, starten met systeemtherapie.

COGNITIEF VERSUS AFFECTIEF

Een derde dimensie van het lichaamsmentaliseren zijn de cognitieve versus affectieve ervaringen. Het richt zich op emoties van zichzelf of de ander en het benoemen, herkennen en aan-

vaarden. Door aan Lieke te vragen hoe zij denkt over een situatie en daarbij te vragen om van perspectief te wisselen doe je een beroep op de cognitieve kant. Bij het richten op emoties heb je aandacht voor het aanvoelen van haar eigen en andermans emoties en hoe zij er begrip voor op kan brengen. Door als SPV de aandacht op de lichamelijke expressie van Lieke te richten kun je aandacht geven aan het spiegelen van emoties. Bijvoorbeeld door naar haar te benoemen dat ze gebogen en klein op de bank zit en door deze houding zelf uit te beelden, spiegel je haar. Hierbij kan ik de vragen stellen als 'Ik vraag me af welke emotie je ervaart?' en 'Kan het je machteloosheid zijn?' Belangrijk blijft het om ruimte te houden voor het nog niet weten. Tussen het onbewuste en bewuste in. Dit vraagt van de SPV een onderzoekende houding; luisteren, open vragen stellen en doorvragen. Probeer niet te duiden. Hiermee stimuleer je de cliënt om eigen woorden te kunnen vinden voor het niet weten. Met valideren en benoemen van het nog niet weten verplaats je je in de cliënt en bied je erkenning.

INTERN VERSUS EXTERN

Als laatste dimensie wordt intern versus extern als dimensie genoemd. Is iemand naar binnen of buiten gericht bij het lichaamsmentaliseren? Dit bepaalt welke aandacht je geeft aan het ontwikkelen van interne of externe gerichtheid.

Lieke haar overvraging lijkt te ontstaan door externe gerichtheid. Ze vult in wat anderen van haar verwachten en ze sluiten aan bij wat anderen belangrijke normen en waarden vinden. Bij vermoeidheid verandert dit en laat ze zien meer intern gericht te zijn. Ze kan dan moeilijk van perspectief wisselen, lichamelijke klachten en emoties overspoelen haar en ze verlies het overzicht. Door hier bewust van te zijn kun je als SPV samen met Lieke haar signaleringsplan gericht vormgeven door te beschrijven wat er lichamenlijk gebeurt en welke gedachten en emoties ze herkent. Als SPV kun je bij het terugblikken op situaties Lieke ondersteunen door haar aandacht meer te laten richten op zichzelf en gevoelens of op het contact met de ander en welke gedachten hierbij meespelen. Wat laat het lichaam voelen bij bepaalde gedachtes en emoties?

BEHANDELVORMEN EN INTERVENTIES

Om de juiste behandelvorm of interventies bij lichaamsgericht mentaliseren te kiezen is het naast motivatie van de cliënt ook belangrijk om als professional stil te staan bij de invloed van omstandigheden die een te hoge mate van ontregeling of stress met zich meebrengen zoals een somatische of psychiatrische crisis of forse psychosociale stress (juridische procedures, echtscheiding, huiselijk geweld). Ook beperkte vermogens van cliënten op gebied van taal en intelligentie bemoeilijken de interactie

tussen cliënt en professional, zoals het door de cliënt begrijpen en benoemen van wat hij voelt. Hierbij valt te denken aan onvoldoende taalbeheersing en een te laag intelligentieniveau. Als SPV moet je aansluiten bij het niveau van de ander.

Als laatste wordt genoemd het gebruik van te veel of te hoge doseringen van middelen die de ontwikkeling van het lichaamsgericht mentaliseren tegen kunnen werken: drugsgebruik, overmatig alcoholgebruik of verdovende, dempende middelen zoals o.a. benzodiazepinen (Spaans, 2020).

VERBAAL EN NON-VERBAAL GERICHTE BASISINTERVENTIES

Een aantal verbaal gerichte basisinterventies van lichaamsgericht mentaliseren zijn:

- ▶ Herkennen van de modus bij de cliënt: Is er een overeenkomst tussen verbale en non-verbale expressie van cliënt? En hoe kun je zien dat een cliënt lichaamsgericht mentaliseert (Huismans, 2017)?
- ▶ Exploreren van lichaamssignalen en innerlijke belevingen van de cliënt;
- ▶ Nagaan van eigen lichaamssignalen en innerlijke ervaringen van SPV hier transparant over zijn;
- ▶ Stimuleren van uitwisseling.

Naast verbale zijn de non-verbale interventies belangrijk voor de balans in een behandeling. Het gaat om een tussenweg vinden met cliënten, een tussenweg tussen zich verliezen in emoties en zich verliezen in denken (Spaans, 2020).

Voor de SPV zijn er diverse non-verbale interventies denkbaar ter ondersteuning aan de lichaamsgerichte behandeling. Te denken valt aan: mindfulness oefeningen, ontspanningsoefeningen eventueel met behulp van een VR-bril, samen springen bij spanning/paniek, wandelen, ademhalingsoefeningen, slaan in een kussen, lopen door waterplassen, sporten, schreeuwen in een bos, knuffel geven, contact maken met dieren, focussen op sensaties in je lichaam, lichaamstaal bespreken, grenzen bepalen (afstand-nabijheid) en nog vele andere.

Binnen de psychomotorische therapie wordt veelal een onderscheid gemaakt tussen interventies gericht op bewegen en op interventies waarbij het accent ligt op lichaamsbeleving. Bij de bewegingsgerichte benadering gaat het meer om de uitkomsten van het bewegen, op plezier en vaardigheid, terwijl bij de lichaamsgerichte aanpak de ervaring van het eigen lichaam, sensitiviteit en regulering van beweging meer centraal staan (Van Busschbach, 2013). Door één van de, voor de huidige psychomotorische therapie opleiding nog steeds belangrijke, grondleggers van de PMT, bewegingsdocent en pedagoog C.C.F. Gordijn wordt

dit onderscheid niet gemaakt. In zijn visie eigent de mens zich de wereld toe door te bewegen (Heij 2006). Als SPV hoeft je dus niet te bedenken onder welke therapievorm de interventie valt, maar bepaal je de interventie op basis van het behandeldoel en sluit je aan bij vraag van de cliënt. Soms moet je daarbij van de gebaande paden afwijken. De behandelkamer verlaten en naar buiten gaan, of een knuffelbeer meenemen op huisbezoek, naar paarden toegaan of samen een kickboksles nemen. Interventies breed inzetten en daarbij cognitie en lichaam verbinden.

VAARDIGHEDEN SPV

Zoals bij competenties beschreven staat, leert de SPV om naar de mens als geheel te kijken, creëert een holistische blik. Alle facetten van de cliënt worden meegenomen in een behandeling. Waarmee de SPV laat zien dat deze kan signaleren, reflecteren en behandelen met behulp van het lichaam.

In gesprek brengen gebaren, geuren, houding en stemintonatie de belangrijkste boodschappen over, niet de woorden (Van Attekum, 2009). Wanneer ik mij als SPV hiervan bewust ben, helpt het om niet alleen maar te luisteren maar ook om naar de lichaamstaal te kijken en wordt ervaren dat lichaamstaal soms hele andere verhalen vertelt dan de woorden die gevormd worden. Door hier aandacht voor te hebben kan de SPV ook een heel ander gesprek gaan voeren. Mariëlle Leenders, psychomotorisch therapeut bij BuurtzorgT, beaamt dit. Zij geeft aan dat lichaamsgericht werken al te maken kan hebben met waar ga je zitten in de ruimte ten opzichte van de ander, hoe positioneer jij je en welke houding neem je aan. Als SPV is het belangrijk om bewust te zijn van je eigen lichaamstaal en wat dit met de ander doet. Bijvoorbeeld: ga je wel of niet op dezelfde bank zitten als de ander of bewaar je juist afstand. De keuze die je hierin maakt lees je vaak af van de lichaamstaal van de ander en wat je hierbij voelt. Dan gaat het niet over wat er gezegd wordt.

De SPV kan lichaamstaal observeren bij de ander en hier betekenis aan geven. Belangrijk volgens Mariëlle is wel om de waarneming altijd te checken. 'Klopt het wat je denkt te zien aan de buitenkant en welke betekenis geeft de ander hieraan? Zo kun je benoemen dat iemand bozig op jou overkomt, omdat de armen over elkaar zijn geslagen en iemand een frons toont. Door deze zintuiglijke waarnemingen te toetsen kun je in gesprek gaan over wat iemand uitstraalt met het lichaam en of dit klopt met hoe iemand zich voelt. Ook kun je dan spiegelen over wat het met jou doet, welk gevoel krijg je door de houding van de ander'.

Een tip die Mariëlle mee wil geven en die makkelijk inzetbaar is, is om te gaan wandelen. Beweging en buiten zijn kunnen therapeutisch al heel erg helpend zijn, dit omdat buiten zijn stressverlagend werkt. Maar de houding tijdens het wandelen heeft ook een eigen verhaal. Namelijk wat is de afstand tussen hulpverlenende en de cliënt? Lopen ze voor/achter of juist naast elkaar,

“
‘Veel van wat je meemaakt,
wordt zichtbaar in je lichaam
en je beweging.’

— RENATE HOENSELAAR —

raken ze elkaar aan of vermijden ze dit juist, kijkt iemand naar de grond of juist stug vooruit. Zonder elkaar aan te kijken stemt de lichaamstaal zich op elkaar af. Door te wandelen kunnen letterlijk lichamelijke uitingen ervaren worden.

Daarnaast geeft Renate Hoenselaar, danstherapeut en ook werkend vanuit de sensomotorische psychotherapie, aan dat het belangrijk is dat de SPV kan zien en beschrijven van wat er in het lichaam en met de beweging van iemand gebeurt. 'Veel van wat je meemaakt wordt zichtbaar in je lichaam en je beweging. Oefeningen die je hiervoor in kunt zetten zijn: hoe zit je op je stoel, gebruik je de rugleuning, zit je op je zitbotten? Waar voel je spanning in je lichaam en waar zit je ademhaling?' aldus Renate.

CONCLUSIE

Door als SPV bewust te zijn van de competenties, kennis en vaardigheden kan deze lichaamsgericht werken inzetten met een toegevoegde waarde in de behandeling.

De SPV kan bijdragen aan een zo optimaal mogelijk therapeutische omgeving door de integratie van lichamelijke, psychische en sociale factoren in de behandeling mee te nemen en hierbij oog te hebben voor verbale en non-verbale taal. Hierdoor wordt de cliënt met verbale en non-verbale interventies gestimuleerd tot lichaamsgericht mentaliseren in het dagelijks leven: met zorg voor zichzelf, het omgaan met stress, het om hulp vragen, zingeving en waardevolle dagelijkse activiteiten.

De cliënt als geheel zien, lichaam en geest verbinden, blijken essentieel te zijn voor een effectieve behandeling en daarbij zeker een taak voor de SPV.

LITERATUUR

- Aerts, L., Scheffers, M.O. (2019). Lichaamsattitude bij mensen met psychische problematiek; evidentie voor een transdiagnostische factor, *Tijdschrift voor vaktherapie* 58(4)
- Boon, J., Derks, J., Padt, van der I., (2014). *Expertisegebied van de Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige, V&VN*
- Carr, C.P., Martins, C.M.S., Stingel, A.M., Lemgruber, V.B., Juruena, M.F. (2013). The role of early life stress in adult psychiatric disorders: a systematic review according to childhood trauma subtypes. *The Journal of nervous and mental disease*, 201(12), 1007-1020

- Derks, J., Van der Padt, I., Boon, J. (2014). *Expertisegebied sociaal psychiatrisch verpleegkundige. V&VN-SPV. Geraadpleegd op 1 oktober 2022.*
- Huismans, S. (2017). *A Taxonomy of the components of body-oriented mentalization in somatic-symptom and related disorders as perceived by experienced clinicians: a concept-mapping study*, Utrecht: University Utrecht.
- Fonagy, P., Luyten, P. (2009). A developmental, mentalization-based approach to the understanding and treatment of borderline personality disorder. *Development and Psychopathology* 21(4).
- Kamper, S.J., Apeldoorn, A.T., Chiarotto, A., Smeets, R.J., Ostelo, R.W., Guzman, J. & van Tulder, M.W. (2014). Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low back pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. doi:10.1002/14651858.CD000963.pub3.
- Kramers, M., Baljon, M. (2008). Beeldende werkvormen in supervisie. *Tijdschrift Supervisie en coaching* 25 (4)
- Kessler R.C., McLaughlin, K.A., Green, J.G., Gruber, M.J., Sampson, N.A., Zaslavsky, A.M., et al (2010). Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys. *The British Journal of Psychiatry*, 197, 378-385.
- Kooiman, C.G. & Koelen, J.A. (2012). Gehechtheid en somatisatie. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 38(4)
- Nicolai, N., (2017). *Emotieregulatie als basis van het menselijk bestaan: de kunst van het evenwicht*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Nicolai, N. (2020). *In levende lijve: Het lichaam in de psychotherapie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Shai D, Fonagy P. (2014). Beyond words: Parental embodied mentalizing and the parent-infant dance. *Mechanisms of social connection: From brain to group*. 185-203, Washington, DC
- Spaans, J., (2020). *Lichaamsgericht mentaliseren, gids voor de klinische praktijk*. Amsterdam: LannooCampus.
- Spaans, A., Koelen, J.A., Bühring, M.E.F. (2010). Mentaliseren bij ernstige onverklaarde lichamelijke klachten. *Tijdschrift voor psychotherapie* 36(01)
- Van Attekum, M. (2009). *Aan den lijve - lichaamsgerichte psychotherapie volgens Pessio*. Pearson.
- Van Busschbach, J.T. (2013). Bewegen en bewogen worden. Over interventies en onderzoek in de psychomotorische therapie. *Windsheimreeks Kennis en onderzoek*. nr. 47
- Van Heycop ten Ham, B., Hulsbergen, M., Bohlmeijer, E. (2014). *Trans-diagnostische factoren: theorie & praktijk*. Amsterdam: Boom.
- Van der Kolk, B. A. (1994). The body keeps the score: Memory and the evolving psychobiology of posttraumatic stress. *Harvard review of psychiatry*, 1(5).
- Van der Kolk, B., (2014). *The body keeps the score: Mind, brain and body in the transformation of trauma*, London: Penguin UK.
- Van Noort, W. (2021). *Een onaangeraakt lichaam is een ongelukkig lichaam*. NRC. andreadeckers.nl/een-onaangeraakt-lichaam-is-een-ongelukkig-lichaam/
- Van der Peet, E. (2022). *Mentaliseren*. Direct Psycholoog. Geraadpleegd op 12 oktober 2022, van: direct-psycholoog.nl/blog/2014/07/22/mentaliseren/

SOTTO VOCE

Zoveel soorten van verdriet
ik noem ze niet.
Maar één, het afstand doen en scheiden.
En niet het snijden doet zo'n pijn,
maar het afgesneden zijn.

Nog is het mooi, 't geraamte van een blad,
vlinderlicht rustend op de aarde,
alleen nog maar zijn wezen waard.
Maar tussen de aderen van het lijden
niets meer om u mee te verblijden:
mazen van uw afwezigheid
bijeengehouden door wat pijn
en groter wordend met de tijd.
Arm en beschaamd zo arm te zijn.

— M. Vasalis

De kracht van mensen is het uitgangspunt



Goed leven met kwetsbaarheid en beperking
 Dirk de Wachter en Manu Keirse
 2020
 Lannoo Campus
 219 pagina's
 Prijs € 25,99
 ISBN 978 94 0147 019 3

BEOORDELING
9/10

'Ons menszijn is precies de verbinding met de ander. Wie leeft met een kwetsbaarheid en beperking, heeft meer dan wie dan ook nood aan die verbondenheid, een liefdevolle blik als antwoord op zijn appellerende blik. Als we dat voor elkaar kunnen betekenen, kan leven met een kwetsbaarheid en beperking ook een goed leven worden.'

Deze woorden uit het eerste hoofdstuk van *Goed leven met kwetsbaarheid en beperking* raakten me. Eenzaamheid wordt omschreven als je niet verbonden voelen. Er wordt een hechte, emotionele band met anderen gemist, of er is minder contact met andere mensen dan gewenst. Eenzaamheid is een persoonlijke ervaring en niet hetzelfde als alleen zijn (het kan wel samenvallen).

Professor de Jong Gierveld omschrijft het als volgt: 'Eenzaamheid is een subjectief ervaren van onplezierig of ontoelaatbaar gemis aan (kwaliteit van) bepaalde sociale relaties. Het kan zijn dat het aantal contacten dat men heeft met andere mensen geringer is dan men wenst. Het kan ook dat de kwaliteit van de gerealiseerde relaties achterblijft bij de wensen'.

De schrijvers nodigen in dit boek uit tot verder denken, in de context van het gezin, in de hulpverlening, binnen het kader van een opleiding, voor alle geïnteresseerden. Kijken achter het gordijn van attitudes en stereotypes kan volgens hen bijvoorbeeld leiden tot kostbare, ondersteunende inzichten, die van waarde kunnen zijn in het moeilijke leven van mensen met een kwetsbaarheid en beperking.

Het boek leest prettig, al moet je soms wel even schakelen vanwege het feit dat de zinsopbouw en woorden in het Vlaams zijn geschreven. Het boek omvat geen nieuwe theorieën, maar maakt mijn inziens pijnlijk duidelijk hoe wij als maatschappij omgaan met mensen met een kwetsbaarheid en/of beperking en het gevaar van buitensluiting.

'Wanneer ik terugkijk, is het niet de ziekte zelf die

ik mij herinner als mijn zwaarste strijd, maar het feit dat ik opzij werd geworpen door de 'normaal functionerende wereld' en ik tot een outcast van de maatschappij werd gemaakt. Behandeld worden als minder dan mens vanwege een mentale ziekte, dat is wat mij de diepste depressie in zond.' (Marcia Murphy)

Door de omschrijvende ervaringen van beide schrijvers wordt er een directe koppeling gemaakt tussen de ervaringen die zij hebben opgedaan en waaruit ze het boek schrijven. Welke visie zij hebben op de mens, op zorg en de hulpverlening. Het streven naar vermenschlijking van de zorg op zoveel mogelijk gebieden. Leven met een beperking of onomkeerbare ziekte is een voortdurende zoektocht.

CONFRONTEREND

In dit boek kijken de auteurs naar het leven met kwetsbaarheid en beperking. Dagelijks geconfronteerd worden met de grenzen van wat kan en wat niet (meer) mogelijk is, is confronterend voor alle betrokkenen. Zij omschrijven dat uitgesloten worden helaas een dagelijkse ervaring is in het leven van mensen met een beperking. Zodra de focus gelegd wordt op de kwetsbaarheid en/of de beperking, is er weinig oog voor de competenties en de mogelijkheden van betreffende persoon. De persoon wordt als het ware de beperking.

Meer integratie zal ervoor zorgen dat de verschillen vervagen. Volgens Rhoda Olkin (1999) verdwijnt de beperking naar de achtergrond als mensen langer contact hebben met iemand met een beperking. Het



De persoon als geheel, van wie de beperking slechts een facet is, komt aan de oppervlakte.

Het model is sterk gericht op genezing. Er wordt gestreefd naar een 'aanpassing' van de persoon met een beperking.

Het burgerschapsmodel tenslotte gaat er vanuit dat een beperking geen reden mag zijn om niet deel te mogen nemen aan het maatschappelijke leven. Het is het eerste niet-pathologiserende model, het eerste model die niet naar een beperking kijkt als abnormaliteit of afwijking. Het model strijdt tegen sociale onderdrukking.

SOCIALE ONDERDRUKKING

Vervolgens staat de schrijvers stil bij wat maakt dat er sociale onderdrukking plaatsvindt. Denk hierbij aan stereotypes, stigmatisering en discriminatie. Wat zeggen deze begrippen over de bril waardoor wij kijken? Wat zijn de meest voorkomende reacties naar mensen met een beperking? Hierin wordt duidelijk dat een andere kijk op mensen met beperking kan leiden tot een andere houding jegens hen. De mens is nu eenmaal geneigd tot stereotypering en generalisering en hiermee houden we mensen met een beperking op afstand, wat zorgt voor buitensluiting.

Er komen zeer concrete onderwerpen voorbij. Van slechtnieuwsgesprekken, dementie of euthanasie bij wilsonbekwaamheid, tot omgaan met een verlies

wordt een minder bepalend kenmerk, en de persoon als geheel, van wie de beperking slechts een facet is, komt aan de oppervlakte.

SOCIALE CONSTRUCTEN

Het boek staat stil bij sociale constructen en de effecten hiervan. De Wachter en Keirse beschrijven er drie: het morele construct, het medische model en het burgerschapsmodel. Vervolgens leggen ze uit met welke bril er volgens de modellen gekeken wordt naar kwetsbaarheid en/of een beperking. Zo schetst het morele

model dat een beperking verklaard kan worden als een fout ten gevolge van een morele misstap of zonde. Dit zorgt dat er met schaamte naar de beperking gekeken wordt. Denk hierbij aan een 'straf van God'. Het is het oudste model maar het leeft nog steeds voort in bepaalde contexten (denk bijvoorbeeld aan de *bible belt*). Behalve dat het model patologiserend is, is het bijzonder schuld indicierend.

Het medisch model beschrijft de beperking als pathologie. Het is een afwijking (een medisch probleem) dat zich situeert in een individu, in zijn lichaamssysteem.

dat nooit eindigt. Om vervolgens tot het laatste hoofdstuk te komen. Dat omschrijft herstel. De basis ingrediënten van dat herstel omschrijven ze als volgt:

- ▶ HOOP — Hoop dat je in staat bent een manier te vinden een goed leven te hebben met dat wat blijvend last bezorgt.
- ▶ BETEKENIS, ZIN EN SOCIALE VERBONDENHEID — De mens is een verbonden wezen, verbondenheid is essentieel voor ons zijn. We zijn niet gemaakt om alleen te zijn, we zijn gemaakt om samen met anderen te leven.
- ▶ AUTONOMIE EN ZELFBESCHIKKING — Herstel werkt waar ruimte is voor autonomie en zelfbeschikking. Het gevoel je eigen keuzes te kunnen maken, controle te hebben over eigen leven en niet verlamd te raken door de zwaarte ervan, stelt je in staat je kwetsbaarheid en beperking te overstijgen.
- ▶ EMPOWERMENT EN EMANCIPATIE — Herstel wordt niet bevorderd door behandeling en begeleiding die zich richt op ziektebeelden en beperkingen. Hoe kunnen we uitgaan van competenties/mogelijkheden? De kracht van mensen is het uitgangspunt, niet de beperking.

SPV

In de huidige ggz zijn er kritische geluiden. De ggz zou niet al het psychisch lijden kunnen opvangen en psychische klachten worden teveel gelabeld en gemedicaliseerd. Jim van Os omschrijft het volgende: 'Samen met collega's begon ik de beweging 'Nieuwe ggz'. Daarmee willen we instellingen inspireren om te gaan experimenteren met nieuwe zorg op basis van kleinschaligheid, netwerkamenwerking, werken vanuit relatie, ervaringsdeskundigheid en het belang van weerbaarheidsbevordering bij psychisch lijden – een proces van jezelf opnieuw uitvinden met een nieuw verhaal over wie je bent en nieuwe doelen die voor jou het leven zinvol maken ondanks psychische kwetsbaarheid.'

In je werk als SPV'er help je mijn inziens de cliënt na te denken hoe die wil

Medicatie en behandelingen zijn uiteindelijk slechts opstapjes naar de activatie van iemands zelfherstellend vermogen.

leven. Je gaat samen op onderzoek, welke competenties zijn aanwezig en hoe wil iemand deze inzetten in zijn of haar leven? Termen als eigen regie zijn hierbij van groot belang. Iedereen is immers verantwoordelijk voor zijn of haar leven. Je bent als SPV'er mijns inziens niet verantwoordelijk voor de inhoud, maar wel voor het proces. Dit betekent voor mij dat je samen op onderzoek gaat. Dat je niet inhoudelijk zegt wat mensen moeten doen, maar kritische vragen stelt (onbevangen doorvragen) zodat de ander zijn eigen antwoorden kan gaan vinden. In deze zoektocht is de mate van onbevangenheid van de SPV'er van belang. Bij invullen en aannames wordt je verblind.

De kunst is het dilemma bij de ander neer te leggen en niet sturend zijn. Door het bespreekbaar maken van het dilemma van verandering, creëer je feitelijk samen met de cliënt keuzemogelijkheden. En daarmee schep je een kans de machteloosheid op te heffen die door een kwetsbaarheid en/of beperking kan ontstaan

Dirk de Wachter pleit ervoor dat de mens het lijden in het leven leert accepteren. In dit boek geven hij en Manu Keirse inzicht in een goed leven met kwetsbaarheid en een beperking.

De SPV'er werkt vanuit de sociaal psychiatrische context, staat er bij stil dat niet alleen de psychische kwetsbaarheid/beperking ervoor zorgt dat cliënten vastlopen, maar dat een crisis een ontregeling is in de sociale context. In de gesprekken staat het verhaal (narratief) van de cli-

ent centraal. Het gaat niet alleen over de kwetsbaarheid en beperking maar juist ook over de dingen die van betekenis zijn. Het is goed te realiseren dat narratieven er niet om draaien of feitelijke informatie klopt; het gaat om de betekenisverlening. (beleving van de ander.)

Het uitgangspunt van de SPV zou moeten zijn dat de cliënt gezien wordt, zonder oordeel. Je helpt iemand te begrijpen wat diens psychisch lijden is en wat zijn/haar kwetsbaarheid is. Als SPV'er dien je je bewust te zijn van de sociale constructen en de effecten die de sociale constructen hebben op hoe er gekeken wordt naar een kwetsbaarheid en/of beperking. Werkelijkheid wordt immers gecreëerd in taal. Tekst wordt context. Door deze bewustwording kunnen sociale constructen doorbroken worden. Als de SPV'er uitgaat van competentie en kracht kan er samen met de cliënt gekeken worden naar zelfherstellend vermogen. Dit om vervolgens te kijken hoe iemand zichzelf kan helpen welke inrichting van zijn dagelijks leven voor hem optimaal werkt. Medicatie en behandelingen kunnen belangrijk zijn, maar zijn uiteindelijk opstapjes naar activatie van iemands zelfherstellend vermogen. Ze geven een zetje, creëren hoop en perspectief, maar de mens zelf brengt zijn eigen heling teweeg.

CONCLUSIE

Ik geef het boek het cijfer 9; De reden hiervoor is dat je als lezer aan het nadenken gezet wordt over je blik als mens, gezinslid en hupverlener ten opzichte van mensen met een kwetsbaarheid en beperking. Zodra je door welke omstandigheid dan ook niet kunt meedraaien in de huidige maatschappij is buitensluiting en marginalisering een gevaar met alle gevolgen van dien. Ieder mens heeft behoefte aan verbondenheid met de ander. Dit boek roept op om naar de ander om te kijken, meer zorg te dragen voor elkaar. De eerste stap? Deze begint bij jezelf.

Sylvia van Gelder

SPV i.o bij Dimence

EENZAAMHEID

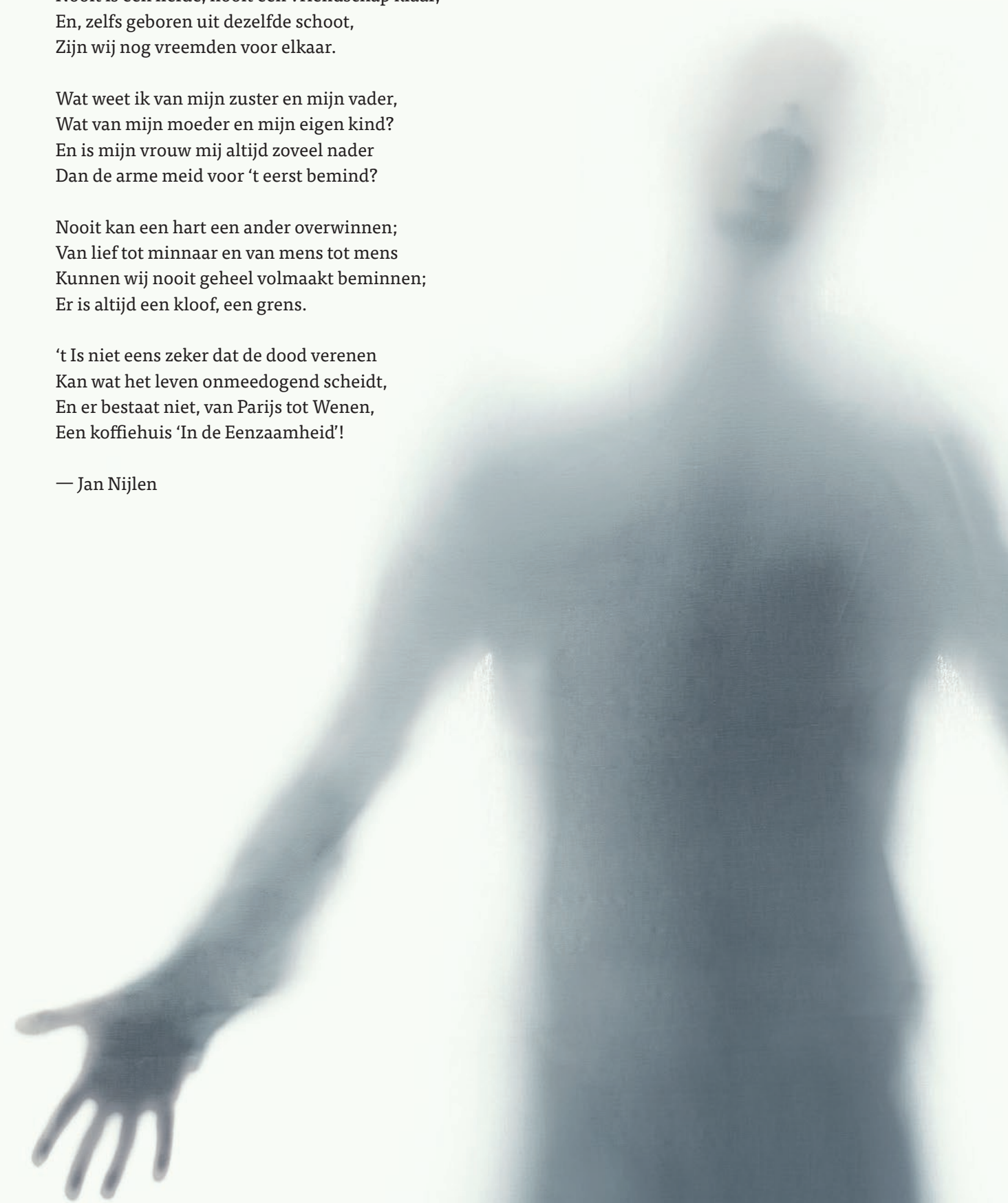
De mens is eenzaam tot en met zijn dood.
Nooit is één liefde, nooit één vriendschap klaar,
En, zelfs geboren uit dezelfde schoot,
Zijn wij nog vreemden voor elkaar.

Wat weet ik van mijn zuster en mijn vader,
Wat van mijn moeder en mijn eigen kind?
En is mijn vrouw mij altijd zoveel nader
Dan de arme meid voor 't eerst bemind?

Nooit kan een hart een ander overwinnen;
Van lief tot minnaar en van mens tot mens
Kunnen wij nooit geheel volmaakt beminnen;
Er is altijd een kloof, een grens.

't Is niet eens zeker dat de dood verenigen
Kan wat het leven onmeedogend scheidt,
En er bestaat niet, van Parijs tot Wenen,
Een koffiehuis 'In de Eenzaamheid'!

— Jan Nijlen



DE EENZAME MOEDER

DE MYTHE VAN DE ROZE WOLK BIJ EEN POSTPARTUM DEPRESSIE



Ik hoor haar huilen. Ik voel de gejaagdheid in mijn lichaam. Zodra het huilen harder wordt, voel ik de paniek groeien. De gedachten *ik kan dit niet* en *ik wil dit niet* klinken steeds luider in mijn hoofd. Ik pak mijn pasgeboren dochter uit de wieg en zet haar in de auto, ze moet naar mijn ouders toe. *Ze moet weg, ze moet weg!*



Lizanne Schouwink
SPV i.o. bij
GGZ Drenthe



Sylvia van Gelder
SPV i.o. bij
Dimence

OP SOCIAL MEDIA WORDEN VAAK DE MOOISTE verhalen en foto's gedeeld van zwangere vrouwen en pas bevallen vrouwen. Het lijkt alsof het de normaalste zaak van de wereld is dat je op een roze wolk komt na de bevalling maar de werkelijkheid is vaak echt anders.

Slapeloosheid, melkvoeding die niet op gang komt of enorme stuwung, het hebben van hechtingen en de kraamtranen. Er zijn vrouwen die na de bevalling in een depressie terechtkomen. De roze wolk is voor hen niet herkenbaar. Zij worden niet overspoeld door geluk na de bevalling.

In dit artikel staan we stil bij wat een postpartum depressie (PPD) inhoudt en wat de mogelijke gevolgen kunnen zijn voor de vrouwen die het overkomt. We hebben niet alleen gebruik gemaakt van (wetenschappelijke) literatuur, maar ook gesproken met Arlette Kloppers, die twee jaar geleden een postpartum depressie heeft meegemaakt.

Daarnaast staan we stil bij de rol van de sociaal psychiatrisch verpleegkundige, gericht op preventie, behandeling en samenwerking met ketenpartners ten behoeve van vrouwen met een postpartum depressie.

WAT IS EEN POSTPARTUM DEPRESSIE?

Depressie wordt in de DSM-5 omschreven als een stemmingsstoornis (American Psychiatric Association Publishing, 2016). De DSM-5 maakt onderscheid tussen de aanvang van de depressie episode; tijdens de zwangerschap (peripartum) en in de eerste weken of maanden na de bevalling (postpartum).

De postpartum depressie komt voor bij ongeveer tien procent van de vrouwen (Woody, Ferrari, Siskind, Whiteford, & Harris, 2017) en vormt daarmee een veel voorkomende complicatie na de bevalling.

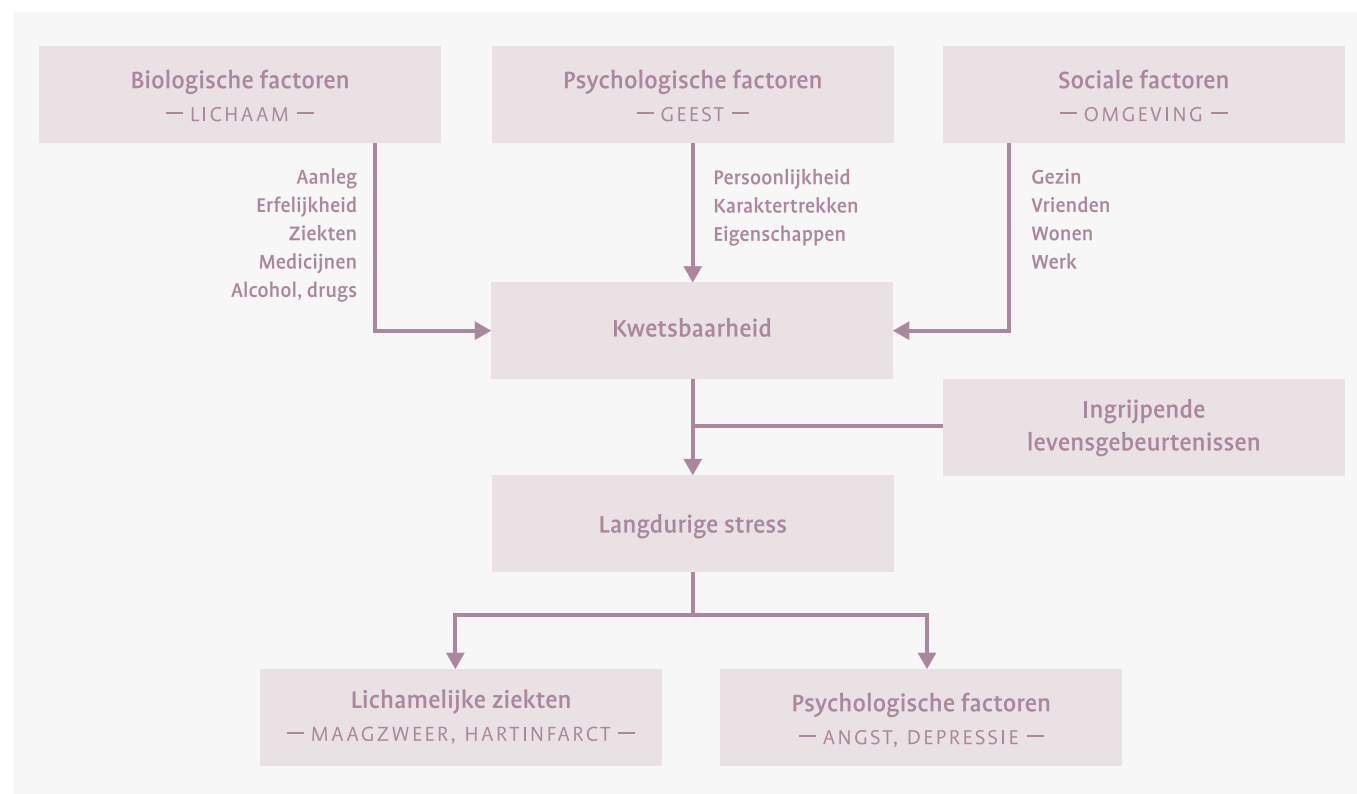
De symptomen van een depressieve episode volgens de DSM-5 kunnen onder andere zijn:

- ▶ depressieve stemming gedurende het grootste deel van de dag;
- ▶ vermindering van interesse of plezier in (bijna) alle activiteiten;
- ▶ moeheid of verlies van energie;
- ▶ verminderde concentratie of besluiteloosheid;
- ▶ gevoelens van waardeloosheid of onterecht schuldgevoelens;
- ▶ slapeloosheid;
- ▶ gejaagdheid of remming;
- ▶ gewichtsverandering;
- ▶ af- of toegenomen eetlust;
- ▶ suïcidale gedachten.

Naast de depressieve symptomen beschreven in de DSM-5, worden er ook andere klachten omschreven. Vanuit een studie onder tweehonderd pas bevallen vrouwen geeft 63% aan zich eenzaam te voelen, 82% denkt niet te voldoen aan de eisen die zij zelf aan het moederschap stelt en 76% piekerde veel (Engels & Haspels, 2003).

BIO-PSYCHO-SOCIAAL MODEL

De risicofactoren op het krijgen van een PPD zijn een ingewikkeld samenspel van factoren op lichamelijk, psychisch en sociaal gebied. Dit wordt ook wel het bio-psycho-sociale model wordt genoemd. De factoren zijn uitgewerkt in figuur 1 (Mindblue, 2022). Het figuur geeft weer dat een PPD kan ontstaan door een combinatie van kwetsbaarheid en belasting. Het moederschap wordt volgens Howerd als ingrijpende levensgebeurtenis beschouwd (Howerd, et al., 2014). Een ingrijpende levensgebeurtenis is een emotionele gebeurtenis die zowel een positieve of negatieve invloed kan hebben. Het vraagt om aanpassingen en kan stress met zich meebrengen.



Figuur 1. Het Bio-Psycho-Sociale model.

Zoals eerder omschreven, ervaart 63% van de moeders met PPD gevoelens van eenzaamheid. Eenzaamheid is je niet verbonden voelen en het gemis van een hechte emotionele band met de ander. Het gaat gepaard met gevoelens van leegte, verdriet, angst en zinloosheid en kan lichamelijke en psychische klachten geven. In 2015 is het verband onderzocht tussen eenzaamheid bij moeders en depressie (Juntilla, et al., 2015). De onderzoekers stelden vast dat moeders die gevoelens van eenzaamheid ervoeren aanzienlijk hoger op depressieve kenmerken scoorden. Andersom blijken depressieve gevoelens ook eenzaamheid tot gevolg te hebben (Luoma, Korhonen, Salmelin, & Tamminen, 2015).

OORZAKEN VAN EENZAAMHEID BIJ MOEDERS MET PPD

Moeders verwachten vaak veel van zichzelf in het vormgeven van hun moederrol. Dit wordt mede vorm gegeven door:

- ▶ de media, denk hierbij bijvoorbeeld aan social media waar vaak alleen het perfecte plaatje wordt afgebeeld;
- ▶ de houding van de samenleving, denk hierbij aan normen die gesteld worden bij het consultatiebureau, borstvoeding is de norm, je hoort gelukkig te zijn, het zijn maar kraamtranen e.d.
- ▶ De invloeden van de mening van ouders. Denk hierbij aan goed bedoelde adviezen en opmerking als: ‘maar als je nou.....!’;
- ▶ De ervaringen die zijn opgedaan in eigen jeugd. De opvoeding die is doorgemaakt heeft invloed op hoe men zich ontwikkelt en hoe men functioneert. (Aiken & Brockington, 2000).

Daarnaast kan het moeder worden ook gezien worden als een verlieservaring. Met de geboorte van de baby verlies je de vrijheid om alleen nog voor jezelf te kiezen/te zorgen. Je verliest een bepaalde mate van onbezorgdheid, je bent ineens niet meer verantwoordelijk voor alleen jezelf, maar ook voor je kind. Je kunt niet meer gaan en staan waar je wilt. Bij verschillende *life events* staan we stil bij de verlieservaring. Bij de geboorte van een kind is dit echter niet het geval. De mythe van de roze wolk zorgt ervoor dat veel vrouwen met torenhoge verwachtingen moeder worden en weinig tijd en ruimte nemen voor wat ze verliezen. Je hoort immers blij te zijn, je hoort dankbaar te zijn en je hoort bovenal een goede moeder te zijn (Meulink, 2015).

STIGMA RONDOM MOEDERSCHAP

Zoals hierboven omschreven hangen er veel aannames en vooroordelen rondom het moederschap, wat tot stigma kan leiden. Woordenboek Van Dale omschrijft stigma als ‘iets dat afbreuk doet aan iemands reputatie’. Het is een sterk negatief label dat

“*‘Ik heb mij eenzaam gevoeld tijdens mij ziekzijn. Ik begreep niets van mijzelf. Vooral de nachten waren het zwaarst en voelde ik mij enorm eenzaam. Iedereen sliep en ik lag wakker, alleen met mijn eigen gedachten. Ik begon op te zien tegen de nachten van slapeloosheid.’*

— ARLETTE KLOPPERS —

“*‘Ik had geen idee dat ik een postpartum depressie had. Ik begreep niet wat er met mij aan de hand was, ik voelde mij niet gelukkig na de geboorte van mijn dochter. Ik ervaarde een enorme gejaagdheid die ik nog nooit eerder had ervaren. Ik smeekte mij partner dat ik bij mijn ouders wilde slapen, ik moest weg, weg uit het huis. Het was ook oké als bezoek mijn dochter mee zouden nemen na de kraamvisite. Zodra mijn partner na vijf weken weer naar zijn werk moest en ik er alleen voor kwam te staan, nam de paniek nog meer toe. In paniek reed ik dan naar mijn vader met de mededeling: ‘help me, neem haar over.’*

— HET MOMENT DAT DE MENSEN RONDOM ARLETTE KLOPPERS ZICH ZORGENBEGONNEN TE MAKEN EN ZE NAAR DE HUISARTS GING —

‘opgeplakt’ wordt en het beïnvloedt de manier waarop we naar elkaar en onszelf kijken en naar elkaar gedragen.

Publiekelijk stigma ontstaat door bijvoorbeeld de aannames dat er een roze wolk moet zijn. Dat iedereen overspoeld wordt door geluk en liefde na het krijgen van een baby. Door het delen van mooiste verhalen en foto’s in contact met anderen en door gebruik van social media. De minder mooie kanten worden weinig tot niet belicht. Onder publiekelijk stigma valt ook de opvattingen over goed moederschap en hoe dit uitgedragen wordt. Zo wordt binnen social media gesproken over de moedermaffia, waarin een groep moeders zich vol overgave stort op opvattingen die bij goed moederschap zouden horen en hierover hun mening uitten. Bijvoorbeeld over het geven van borstvoeding en werken in combinatie met het moederschap.

Zelfstigma kan ontstaan door de aannames vanuit de maatschappij en zichzelf, door de hoge eisen die er worden gesteld aan het moederschap. Of door het krijgen van een diagnose.

Structureel stigma bestaat in bijvoorbeeld wet en regelgeving. Voorbeelden hiervan zijn het verlof na een bevalling bij een moeder en een vader, en het verschil hierin. Het spreken over een ‘papadag’ en niet over een ‘mamadag’, het parttime werken wat

“*‘In gesprek met de huisarts kreeg ik te horen dat de gevoelens die ik ervoer passend waren na een bevalling. Dat het kraamtranen waren in combinatie met de gevolgen van de Covid-maatregelen en de lockdown die net van kracht ging in Nederland. Ik ben naar huis gegaan met het idee dat de professional gelijk had en dat dit het voor nu is en erbij hoorde.’*

— ARLETTE KLOPPERS —

meer onder de vrouwen gebeurt dan onder de vrouwen of de kinderopvangregeling. (Samen sterk zonder stigma, 2022)

Staatssecretaris Paul Blokhuis (juni 2018) zegt: ‘het is zeker zo belangrijk dat net bevallen moeders over hun depressie praten. Want je bent geen slechte moeder als je niet op een roze wolk zit’. (van der Aa, 2018)

De sociale context waarbinnen ouders een kind krijgen, bepaalt de betekenis die zij aan het moederschap toekennen. De betekenisverlening van wat een goede moeder is, is afhankelijk van de sociale context. De sociale context is een van de pijlers binnen het bio-psycho-sociale model. Bevorderlijke sociale omstandigheden kunnen vrouwen beschermen tegen een PPD, niet bevorderlijke sociale omstandigheden maken vrouwen kwetsbaarder voor een PPD (Meulink, 2015). De sociale context heeft ook invloed op het al dan niet bespreekbaar maken van gevoelens door de moeder en het gevoel begrepen en serieus genomen te worden. Als haar gevoelens als negatief bestempeld of worden gebagatelliseerd worden, zoals bijvoorbeeld met de opmerking: ‘het zijn kraamtranen’, dan wordt het gedrag en de gevoelens van de moeder weggezet als afwijkend. In combinatie met het stigma dat rondom moederschap hangt, kan dit ervoor zorgen dat het een moeder weerhoudt om openlijk over gevoelens te praten met het gevolg dat zij in stilte en in eenzaamheid lijdt.

“*‘Na contact met de crisisdienst werd uiteindelijk de diagnose postpartum depressie gesteld. Dit gaf mij en mijn partner antwoorden, we hebben samen zitten huilen. We wisten nu wat er aan de hand was en konden gericht hulp krijgen vanuit de GGZ en hulp vragen aan naasten.’*

Zoals omschreven is de samenloop van omstandigheden de oorzaak dat de balans tussen positieve en negatieve factoren verstoord raakt. Indien men herstel van de balans wil bewerkstelligen, dan moeten men zich richten op zowel de biologische, psychologische als sociale omstandigheden van de moeder.

COMPETENTIES VAN SPV

Mensen met geestelijke gezondheidsproblemen presenteren hun klachten vaak op één niveau, terwijl de mogelijkheden voor het inzetten van een interventie juist op een ander niveau zou kunnen of moeten liggen. Kenmerkend voor de SPV is het consequent hanteren van de systemische analyse op vier niveaus, het onderkennen van de onderlinge beïnvloeding en het duidelijke onderscheid dat aanwezig is (van der Padt, Derks, & Boon, 2014)

LEEFOMGEVING

EEN KANS VOOR EENZAAMHEID?

‘Kijk eens rondom u, denk eens na: wie zijn zo de mensen in de buurt die ik een beetje ken en die ik al een tijdje niet meer gezien heb? Wie sprak ik laatst die geen werk meer had, of van wie een partner gestorven was? Pleeg een telefoontje, bel eens aan. Dat soort kleine engagementen vormen de basis van beschaving. Ik ben voor doodgewonigheid: hoe eenvoudiger, hoe essentiëler.’

— DIRK DE WACHTER (2022) —



Agnes Bel
SPV i.o. bij
Dimence



Lianne Groen
SPV i.o. bij
BuurtzorgT

MENSEN ZIJN SOCIALE WEZENS. WE DANKEN ONS bestaan en ons overleven aan anderen. Daarom hebben we een ingebouwd waarschuwingssysteem, een alarm voor als die verbinding niet in orde is. Dat signaal kennen we als eenzaamheid (Rijks, 2022). Ruim een kwart van de Nederlanders voelt zich enigszins eenzaam. Tijdens de coronacrisis liep dit op tot bijna de helft (47%) van de Nederlandse bevolking (Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen van GGD'en, CBS en RIVM, 2020)

Volgens hoogleraar psychiatrie Jim van Os gaat eenzaamheid over het niet verbonden zijn en dat gaat gepaard met negatieve emoties die ervoor zorgen dat het onverdraaglijk is voor mensen. Natuurlijk ondersteunen medicijnen en psychotherapie daarbij, maar de belangrijkste vraag voor een persoon die met kanker wordt geconfronteerd of die stemmen in zijn hoofd heeft: hoe kan ik mijn leven zinvol leiden en waar gaat het naartoe? Het gaat vaak om existentiële vragen. De kwaliteit van onze relaties is het fundament van ons leven (Van Os, 2022).

Oplossingen voor gezondheidsproblemen worden vaak gezocht in het medische circuit. Daarbij wordt niet genoeg aandacht gegeven aan onderbelichte rol van de omgeving als stimulator van gezond gedrag (Raad Volksgezondheid en Samenleving, 2022).

Een studie van ZorgfocuZ en bureau HHM naar eenzaamheid is gericht op onderbelichte domeinen in relatie tot eenzaamheid, zoals gezondheid, woonomgeving en digitale omgeving. Daaruit blijkt dat als een woonomgeving geen ruimte biedt voor ontmoeting, het best kan zijn dat mensen eenzamer worden en daardoor ook op andere levensgebieden problemen ervaren. Bij de inrichting van de fysieke leefomgeving moet rekening gehouden worden met de 'zachte' kant: maatschappelijke vraagstukken, zoals langer thuis, gezondheid en inclusiviteit (Hulsebosch en Geuzebroek, 2022).

DORPEN EN STEDEN

Jan Willem van de Maat, onderzoeker bij het Kennisinstituut Movisie, houdt zich al veertien jaar bezig met het thema eenzaam. Hij zegt het volgende over de leefomgeving: 'Het tempo van leven is wat langzamer en menselijker op het platteland, maar tegelijkertijd wordt er ook minder over gevoelens gepraat: 'Op het platteland zijn mensen nuchterder en is de sfeer vaker wat relaxter'. In de stad is de individualistische cultuur zichtbaarder en zie je minder verenigingsleven. Volgens Van de Maat gaat ontplooiing en ontwikkeling vaak makkelijker in grote steden. In dorpen zijn mensen wat meer op elkaar gericht. Daardoor kan de wereld soms ook klein zijn.' (Leefbaarheidalliantie Gelderland, z.d.).

En daar vindt de SPV de rol van de spin het web. Omdat de SPV kijkt naar de volledige sociaal-maatschappelijke context, het systeem en alle daarbijhorende domeinen. Dus ook de leefomgeving. De SPV wil sociale uitsluiting voorkomen en zelfredzaamheid bevorderen. Als SPV is het de taak om te onderzoeken welke werkwijze nodig is en wenselijk zijn, ook bij eenzaamheid, dit bij voorkeur samen met de naasten/betrokkenen in de eigen leefomgeving (Derks, van der Padt en Boon, 2014). In dit artikel gaat de SPV op onderzoek naar de samenhang tussen de leefomgeving en eenzaamheid: 'Welke invloed heeft de leefomgeving op eenzaamheid en hoe kan de SPV samen met de cliënt de omgeving betrekken bij het bevorderen van kwaliteit van leven?'

CASUS: WESSEL

Wessel (28) heeft in zijn vroege jeugd bij zijn grootouders gewoond, vanwege problemen in zijn gezin van herkomst. Het lukte zijn ouders de eerste jaren niet om voor hem te zorgen. Wel onderhield hij altijd goed contact met vader. Moeder raakte steeds meer uit beeld, tot er helemaal geen contact meer was. Vanaf zijn tiende had vader zijn leven weer op de rit en kon Wessel bij hem wonen. Door steeds wisselende banen van vader, hebben ze op veel plekken gewoond, variërend van dorp tot stad. Ondanks de vele wisselingen en waar hij ook woonde, maakte hij altijd makkelijk vrienden en kon goed meekomen op school.

Op zijn vijftiende gingen Wessel en zijn vader in België wonen. Door een taalbarrière vond Wessel het lastig contact met anderen te maken en raakte thuis steeds meer geïsoleerd. Na een aantal jaar zijn ze naar een Nederlandse stad verhuisd. Wessel was hier in eerste instantie erg blij mee maar merkte al snel dat hij moeilijk aansluiting vond bij zijn leeftijdsgenoten. Hij was vaak alleen en miste steeds vaker lessen op school. Wel vond hij het bruisende van de stad leuk, was vaak buiten en genoot van de prikkels om hem heen. Het enige (goede) contact wat hij op een gegeven moment nog had was met zijn vader en inmiddels stiefmoeder. De contacten van vroeger waren door de wisselingen en afstanden steeds meer verwaterd.

Vanaf zijn 25e woont Wessel in een klein dorp in Friesland, omdat vader een andere baan kon krijgen. Hij durfde niet zelfstandig te gaan wonen en vond het ook ongezellig om alleen te gaan wonen. Het is een dorp zonder winkel, wel heeft het een kroeg. Er wonen weinig tot geen leeftijdsgenoten. Omdat hij geen rijbewijs heeft en er weinig openbaar vervoer mogelijkheden zijn komt hij niet veel meer in de stad of onder de mensen. Hij voelt zich erg alleen en eenzaam. Sinds een half jaar ervaart hij ernstige paniek en angstklachten en merkt hij dat zijn stemming steeds somberder wordt. Op advies van zijn stiefmoeder gaat hij naar de huisarts, deze meldt Wessel aan voor een dagbehandeling op locatie in de stad. Wessel wordt door het missen van teveel afspraken overgedragen naar een ambulante team.

CASUS: THEA

Thea is een alleenstaande 78-jarige vrouw en ze woont in de stad. Ze heeft tot haar pensioen altijd met veel plezier gewerkt en had vele sociale contacten. Na haar pensioen moest ze zoeken naar een nieuwe balans. Die vond ze door vrijwilligerswerk en ze sloot zich aan bij een aantal clubjes. Zo ging ze bridgen, sporten en koffiedrinken met anderen in het buurthuis. Ze bleef actief en zocht en onderhield haar sociale contacten. Thea heeft een goede vriendin, met wie ze iedere avond samen eet. Ze gaat vaak samen op vakantie. Op momenten voelt Thea zich wel eens somber door problemen die zich in het verleden hebben voorgedaan, maar ze houdt zichzelf goed staande. De afleiding en fijne sociale contacten helpen haar hierbij.

Tot de coronaperiode aanbreekt. Het vrijwilligerswerk houdt op. Hier heeft ze vrede mee, want lichamelijk lukt het Thea ook niet meer om het vol te houden. Het lopen gaat lastiger en ze heeft meer last van haar diabetes en hoge bloeddruk. Ook de clubjes en buurthuizen sluiten de deuren en de sociale contacten vinden nu vooral telefonisch plaats. Thea's vriendin ziet ze steeds minder vaak. Ze zijn bang om elkaar te besmetten en blijven op afstand. Thea voelt zich steeds meer somber, ze voelt zich eenzaam. Langzaam glijdt ze af in een depressie.

De problemen uit het verleden komen steeds meer naar voren, omdat ze veel tijd heeft om na te denken en nog weinig afleiding in haar dagelijkse leven kent. Ze twijfelt of ze nog wel wil leven, denkt veel na over suïcide. Het slapen gaat slecht, eten smaakt niet meer en ze kan niet meer echt genieten. Na een lange periode gaat Thea naar de huisarts om haar klachten bespreekbaar te maken, deze schrijft antidepressiva voor. Hier reageert Thea heel onrustig op en ze begint 's nachts rond te dwalen. Door toenemende depressieve klachten en klachten door eenzaamheid verwijst de huisarts Thea door voor een GGZ-behandeling.

EENZAAMHEID

Eenzaamheid gaat over het missen van verbintenis met anderen. Vooral het missen van een emotionele en hechte band met de ander. Of iemand ervaart minder contact dan diegene zou wensen. Eenzaamheid heeft onder andere als kenmerk de negatieve gevoelens die de leegte geven, angst, verdriet en kan gepaard gaan met lichamelijke en psychische klachten (Eenzaam.nl).

SOORTEN EENZAAMHEID

Er worden twee soorten eenzaamheid beschreven, namelijk emotionele eenzaamheid en sociale eenzaamheid. Bij emotionele eenzaamheid draait het om het missen van een emotionele band en je niet begrepen voelen door de ander. Sociale eenzaamheid gaat over het tekort ervaren in betekenisvolle relaties, of anders gezegd het missen van een sociaal netwerk (psyned.nl).

De SPV heeft aandacht voor het ontroostbare, het persoonlijke en de innerlijke ervaringen.

Uit onderzoek blijkt dat eenzaamheid vaker voorkomt bij mensen met een psychische kwetsbaarheid. Daarnaast hebben mensen zonder psychische problemen die zich eenzaam voelen, juist een hoger risico om psychische stoornissen te ontwikkelen, zoals depressie, middelengebruik en angststoornis (Nuyen e.a. 2019).

De wetenschappelijke literatuur laat een groot aantal risicofactoren zien die samengaan met eenzaamheid, zoals alleen wonen, armoede, slechte gezondheid, overlijden partner, het wegvallen van zingeving, en psychische eigenschappen zoals een gebrek aan zelfvertrouwen, sociale angst en depressie, een migratie-achtergrond.

In het expertisegebied van de SPV (2014) wordt het volgende geschreven over bovenstaande sociaal-maatschappelijke risico's: de SPV heeft oog voor het risico op uitsluiting, eenzaamheid, (gevoelens van) discriminatie en sociaal isolement bij diversiteitskenmerken als SES (lage sociaal economische status) laaggeletterdheid, culturele achtergrond of genderzorgen (Hortulanus et al, 2003; Kal, 2010).

De interventies door de SPV zijn daarbij gericht op volwaardig burgerschap, samenredzaamheid en een duurzame, inkluderende samenleving. 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. De SPV kiest interventies die vooral gericht zijn op het versterken van het zelfregulerend vermogen van de cliënt, het systeem, de groep en de samenleving. Zij stelt zich proactief op ten aanzien van mensen die een verhoogd risico lopen op stigmatisering, marginalisering en uitstoting en, of ernstige gezondheidsrisico's (V&VN, 2014).

De belangrijkste 'risicofactoren' voor vereenzaming volgens Jan Willem van der Maat (2019) zijn:

- ▶ **PERSOONLIJKE FACTOREN**, zoals introversie, beperkt ervaren eigen regie, beperkte vaardigheden en een laag zelfbeeld;
- ▶ **GEZONDHEIDSPROBLEMEN**, zowel fysiek als psychisch;
- ▶ **INGRIJPENDE LEVENSGEBEURTENISSEN**, zoals in de bijstand terecht komen, migratie, echtscheiding of verhuizing;
- ▶ **CHRONISCHE (OVER-)BELASTING**, bijvoorbeeld door langdurige intensieve mantelzorg.

RISICOFACTOREN WESSEL

Bij Wessel lijkt sprake te zijn van sociale eenzaamheid, hij mist het bruisende van de stad maar durft niet alleen te gaan wonen omdat hij het ongezellig vindt en aangeeft bang is zich dan eenzaam te gaan voelen. Hij mist het hebben van contacten met vrienden en voelt zich alleen in het dorp waar weinig leeftijdsgenoten wonen. Omdat er weinig te doen is zit Wessel vooral binnen, kijkt veel tv en is aan het gamen. Zijn woonomgeving en de beperkingen in mobiliteit lijken zeker invloed te hebben op de psychische gezondheid van Wessel.

Persoonlijke factoren die invloed lijken te hebben op het eenzaam voelen van Wessel zijn o.a. het ervaren van weinig eigen regie. Wessel lijkt zijn hele leven afhankelijk te zijn geweest van anderen en de keuzes van anderen. Hierdoor heeft hij weinig vaardigheden ontwikkeld in het nemen van regie, vader bepaalde en Wessel volgde. Daarnaast heeft Wessel al op vroege leeftijd ingrijpende levensgebeurtenissen meegemaakt; hij kon niet bij zijn ouders wonen, moeder raakte uit beeld, de vele verhuizingen en het verliezen van vrienden lijken risicofactoren te zijn die invloed hebben op het psychische welbevinden en daarbij de eenzaamheid van Wessel.

RISICOFACTOREN THEA

De vele veranderingen en het missen van de sociale contacten hebben ervoor gezorgd dat Thea zich steeds eenzamer is gaan voelen. Door het langdurig missen van het 'echte' contact met anderen is Thea zich somber gaan voelen en ontstonden er steeds meer twijfels over het nog wel willen leven. Omdat Thea weinig mensen zag, werden deze gevoelens pas laat door anderen gesignaleerd. Thea heeft lange tijd alleen met deze gevoelens geworsteld voordat ze naar de huisarts ging. Ook vond ze het lastig om anderen om hulp te vragen. 'Ze had het altijd zelf gedaan, dat zou nu toch ook wel gaan'.

Factoren die bij Thea spelen zijn onder andere de gezondheidsproblemen. Lichamelijk levert ze steeds meer in. Het vrijwilligerswerk hield ze al niet meer vol, maar ook door haar lichamelijke klachten is ze extra bang om Corona te krijgen. Ze is bang om besmet te raken en dan helemaal alleen thuis te zijn terwijl ze zich ziek voelt.

Daarnaast spelen ingrijpende gebeurtenissen een duidelijke rol. Thea was tevreden over haar leven, maar door de maatregelen die volgden in de Corona periode zat Thea steeds meer alleen thuis. Hierdoor voelde ze zich eenzaam; er ontstond veel ruimte om te gaan piekeren en er was weinig afleiding.

EENZAAMHEID EN LEEFOMGEVING

Mensen met een ernstige psychische aandoening (EPA) – 1,3 procent van de Nederlandse bevolking – ervaren door de psychische klachten vaker een lagere kwaliteit van leven en problemen op de arbeids- en woningmarkt. Ze kunnen sociaal en emotioneel geïsoleerd raken (Kruidhof, I., Bruins, J. & Castelein, S., 2017).

Het tijdschrift Huisarts en Wetenschap schrijft over ‘welzijn op recept’ of ‘sociaal recept’ en de samenhang met sociaal-economische oorzaken als de leefomgeving. Het sociaal recept gaat uit van het gegeven dat gezondheid en welzijn niet alleen bepaald worden door lichamelijk en mentaal functioneren, maar ook door het functioneren van de cliënt in de maatschappij.

Gezondheid en ziekte worden voor een belangrijk deel bepaald door sociale factoren. In Nederland heeft naar schatting dertig procent van de huisartsconsulten een sociale achtergrond. Mensen met een lagere sociaal-economische status hebben vaker chronische ziekten zoals diabetes en depressie, en hun levensverwachting is veel lager dan die van mensen in betere omstandigheden. De oplossing voor een groot deel van de sociaal-economische oorzaken van slechte gezondheid (woon-omstandigheden, inkomensverschillen, milieuvontreiniging) ligt bij politiek en overheid (Lucassen, P.L., Rasing, I., Ter Haar, H., Schers, H.J., Olde Hartman, T.C., 2022).

De beroepscode SPV 2020 schrijft dat de SPV de geestelijke gezondheidsproblemen van een cliënt altijd in relatie tot zijn omgeving benadert. De klacht van de cliënt wordt gezien als een symptoom van de verstoring van het evenwicht tussen draaglast en draagkracht op psychisch, somatisch en sociaal gebied, en de samenhang daartussen. Maar wat verstaan we onder (leef)omgeving? Een werknemer uit de weg- en waterbouw zal mogelijk andere associaties hebben bij de term leefomgeving, dan een werknemer uit de thuiszorg.

De literatuur spreekt over een fysieke en sociale leefomgeving. Het RIVM heeft het met name over een gezonde leefomgeving, gericht op zowel de fysieke als sociale leefomgeving. ‘Een gezonde leefomgeving is een leefomgeving die als prettig wordt ervaren, die uitnodigt tot gezond gedrag en waar de druk op de gezondheid zo laag mogelijk is.’ (www.rivm.nl)

ZonMW gebruikt de volgende definitie: ‘Wij spreken van een gezonde leefomgeving als deze bijdraagt aan het fysiek, sociaal en mentaal welbevinden van mensen. Volgens onze definitie draagt een gezonde leefomgeving bij aan de gezondheid van mensen door gezond gedrag te bevorderen (bewegen, voeding, met aandacht voor gezondheidsverschillen) en tegen risico’s te beschermen (klimaateffecten, zoönosen, milieu).’

LEEFOMGEVING

Er is nog weinig bekend over de effecten van de inrichting van de leefomgeving op gezondheid, duurzaam (on)gezond gedrag, en deelname aan de samenleving. Wel wordt er veel over gesproken door beleidsmakers en bestuurders. Een ‘gezonde leefomgeving’ als veelgebruikt paraplubegrip (zie figuur 1).



Fig. 1: De gezonde leefomgeving als paraplubegrip.

Een gezonde leefomgeving is actueel en krijgt landelijke aandacht zoals bij de nieuwe Omgevingswet, welke vanaf juli 2023 van kracht zal zijn. Deze omgevingswet is erop gericht om een veilige en gezonde fysieke leefomgeving en een goede omgevingskwaliteit te bereiken en in stand te houden. Maatschappelijke organisaties, professionals en burgers krijgen hiermee ook meer mogelijkheden om hun visie op een gezonde leefomgeving te geven, en daar invulling aan te geven (www.zonmw.nl).

DE JUISTE ZORG OP DE JUISTE PLEK

Het Nederlandse zorgbeleid kenmerkt zich de afgelopen jaren door een beweging naar meer zorg ‘thuis’, of in ieder geval ‘in de wijk’, dichtbij huis. In de ouderenzorg, de geestelijke gezondheidszorg, de gehandicaptenzorg, het sociaal domein en ook in visies op een meer digitale curatieve en chronische zorg – steeds komt de thuisomgeving naar voren als de meest geschikte plek om kwaliteit van leven te behouden. Een ‘belofte van nabijheid’: het beeld van thuis als een vertrouwde en bekende omgeving met informele hulp en sociale contacten binnen handbereik. Het motto achter deze beweging is het organiseren van de juiste zorg

op de juiste plek. De meeste beleidsinzet richt zich op de eerste helft ervan: het organiseren van de juiste zorg, bijvoorbeeld via nieuwe kaders en samenwerkingsverbanden voor professionele zorgverlening. Er is minder aandacht voor de thuisomgeving als de juiste plek, en dan vooral voor de vraag hoe deze omgeving kwaliteit van leven kan bevorderen (M. Bussemaker, T. 'SJongers, E.J. J. Schot, M.Joosten, 2021).

En daar vind de SPV haar rol als spin in het web. Welke invloed heeft de thuisomgeving op de kwaliteit van leven en hoe kan de SPV samen met de cliënt de omgeving betrekken bij het bevorderen van kwaliteit van leven?

INTERVENTIES

Machteld Huber heeft het spinnenweb van Positieve Gezondheid (2016) ontwikkeld. Daarmee kunnen mensen hun situatie beoordelen voor alle levensdomeinen. Bij eenzaamheid gaat het vaak om de domeinen Zingeving en Meedoen. Werken aan deze domeinen, kan het gevoel van verbonden zijn vergroten. Ook beleidsmakers kunnen het spinnenweb gebruiken bij de aanpak van eenzaamheid. Door beleid te maken om Meedoen en Zingeving te bevorderen en mensen te stimuleren of ondersteunen om zich meer verbonden te voelen. Een zorg-of welzijnsorganisatie kan bijvoorbeeld kunst en cultuur inzetten om bij te dragen aan het verminderen van eenzaamheid. De praatplaat van het Landelijk Kennisinstituut Cultuureducatie en Amateurkunst (LKCA) sluit bijvoorbeeld aan bij het concept van Positieve gezondheid: ook een spinnenweb met zes domeinen: kwaliteit van leven, talenten ontwikkelen, taboe doorbreken, in beweging komen, mee-maken en meedoen, en zingeving ervaren (www.iph.nl).

De richtlijn ‘Eenzaamheid onder ouderen’ (2021) van ZonMW en v&vn schrijft over aanbevelingen rondom verminderen van gevoel van eenzaamheid. Aangeraden wordt om uit te gaan van de wensen en doelen van betrokkene en eventuele adviezen over ondersteuning daarop laten aansluiten. Bij een vermoeden dat de cliënt zich eenzaam voelt, vraagt het van de SPV om hierover altijd in gesprek te gaan met de cliënt, of ervoor zorg te dragen dat een andere persoon, bijvoorbeeld iemand van het wijkteam, het gesprek aangaat.

In de praktijk bestaan er veel en uiteenlopende interventies of vormen van ondersteuning gericht op de aanpak van eenzaamheid onder ouderen. Op basis van de literatuur, en wat daarin als ‘werkzaam element’ wordt gezien, worden acht typen onderscheiden (Bouwman & Van Tilburg, 2018). Deze zijn; het aanbieden van een ontmoetingsmogelijkheid/ het faciliteren van sociale interactie, faciliteren van persoonlijk en betekenisvol contact, aanbieden van praktische (materiële of instrumentele) ondersteuning, verbeteren van interpersoonlijke en/of sociale vaardigheden, aanbieden van bezigheden en/of afleiding (ver-

maak), aanbieden van een sociaal gewaardeerde rol en bijsturen van realistische verwachtingen ten aanzien van relaties. Als achtste en laatste type wordt een combinatie van twee of meer van deze type interventies genoemd. In de praktijk wordt een combinatie van twee of meer van deze type interventies het meest toegepast.

Movisie doet wetenschappelijk onderzoek naar eenzaamheid en de aanpak van eenzaamheid. Vanuit wetenschappelijk onderzoek heeft Movisie onderstaand figuur ontworpen over ‘Wat werkt bij de aanpak van Eenzaamheid?’



fig. 2: Wat werkt bij de aanpak van eenzaamheid? (Op basis van Movisie).

Bij het signaleren en inzetten van interventies rondom eenzaamheid maak je als SPV niet een keuze tussen sociale of voor emotionele eenzaamheid. Het gaat er om dat de SPV samen met de cliënt op zoek gaat naar het antwoorden op de vraag; Waar heeft de cliënt behoefte aan? Het gaat om maatwerk, om wat maakt dat de cliënt zich eenzaam voelt. Welke factoren spelen een rol?

Jeannette Rijks (1953), expert eenzaamheid, beschrijft een methodische aanpak bij eenzaamheid en chronische eenzaamheid (langer dan een half jaar klachten van eenzaamheid), waaraan een aantal succesfactoren ten grondslag liggen. Ongeacht de doelgroep bestaat de aanpak volgens Rijks uit twee elementen: het brein van de cliënt helpen activeren en stress reduceren en de cliënt helpen competenties te verwerven om te leren omgaan met eenzaamheid. Ze noemt vier belangrijke factoren. De aanpak moet:

- ▶ ... passen bij de behoefte van de persoon;
- ▶ ... passen bij de situatie van de persoon;
- ▶ ... gericht zijn op vergroten van de zelfwaardering;
- ▶ ... bestaan uit wederzijds gelijkwaardig en herhaald contact.



‘Het persoonlijk functioneren is niet zozeer ‘fout’ of ‘gestoord’, maar wordt gekenmerkt door ‘teveel van het goede.’

— RIJNDERS EN HEENE —

De SPV kan deze succesfactoren integreren in haar aanpak middels het KOP-model. Het evidencebased KOP-model (2010) biedt de SPV houvast om psychische klachten methodisch aan te pakken. Rijks (1953) noemt hoe stress bij chronische eenzaamheid samenhangt met een verandering in het brein. Ook het KOP-model gaat uit van het stress-kwetsbaarheidsconcept. Onder afwijkende of veranderende omstandigheden kunnen persoonlijke eigenschappen en voordelen van stress doorschieten waardoor je moeilijker binnen je raamwerk van je ‘Window of Tolerance’ blijft. Je blijft bijvoorbeeld piekeren en elke nieuwe of onzekere situatie geeft nog meer zorgen. De balans tussen inspanning en ontspanning, tussen rust en onrust, tussen vertrouwen en angst, raakt uit evenwicht. Hierdoor raak je zowel mentaal als fysiek ontregeld (Rijnders en Heene, 2015).

De formule K (klachten) = O (omstandigheden) x P (persoonlijke stijl) kan de samenhang tussen toegenomen druk in het bestaan, mogelijk te sterk ontwikkelde specifieke eigenschappen en het ontstaan van klachten zichtbaar maken. Het werkt ‘ontschuldigen’ door in een aantal herhaaldelijke contactmomenten de relatie tussen klachten, omstandigheden en persoonlijke eigenschappen uit te leggen. In het algemeen vergroot dit de bereidheid van de persoon om samen te werken in de behandeling en motiveert dit hem tot actief participeren. Volgens deze formule blijken klachten wel degelijk te worden beïnvloed door externe omstandigheden. Het persoonlijk functioneren is niet zozeer ‘fout’ of ‘gestoord’, maar wordt gekenmerkt door ‘te veel van het goede’ (Rijnders en Heene, 2015). Rijks (1953) sluit hierbij aan en benoemt het vergroten van de zelfwaardering van de cliënt en het herhaald wederzijds contact als belangrijke factor bij de aanpak van eenzaamheid.

Als de cliënt gebruikmaakt van hulp en steun uit de omgeving, kunnen de klachten afnemen. Soms is professionele steun nodig, bijvoorbeeld in de vorm van maatschappelijk werk, of een advocaat of geestelijk verzorger bij problemen met huisvesting, scheiding of eenzaamheid. Timemanagement of het structureren van de dag helpt cliënten activiteiten en taken (werk, mantelzorg, thuis) realistischer te plannen, waardoor meer controle en rust ontstaan (Rijnders en Heene, 2015).

INTERVENTIES WESSEL

Door als SPV samen met Wessel aan het KOP-model te werken, kan er inzicht gecreëerd worden. Inzicht in de omstandigheden. Hoe ziet mijn leven er momenteel uit, hoe ziet mijn woonomgeving eruit en hoe ziet mijn dagelijkse invulling eruit. Door daarnaast de persoonlijke stijl te onderzoeken, wat zijn mijn vaardigheden, waar wil ik me in ontwikkelen, waarom ben ik zoals ik ben en wat mis ik hierin kunnen concrete doelen beschreven worden waaraan gewerkt kan worden. Hij krijgt de mogelijkheid om zijn stress-coping te onderzoeken en daarbij krachten en kwaliteiten in beeld te brengen.

Door als SPV niet te vertellen hoe het anders moet maar Wessel hier zelf over na te laten denken stimuleer je de zelfredzaamheid. Door dit te stimuleren gaat de SPV uit van competenties. De SPV heeft daarnaast de taak om met Wessel te onderzoeken of en hoe hij het systeem erbij kan betrekken. Het directe systeem, maar ook mogelijk de gemeente. Gezamenlijk de mogelijkheden op het gebied van werken en wonen onderzoeken. Kan Wessel al op zichzelf wonen of is er een tussenstap nodig? Welke mogelijkheden zijn er qua studie of werk en wat zou Wessel zelf graag willen?

INTERVENTIES THEA

De meeste maatregelen van de coronaperiode zijn weer opgeheven. Voor de coronaperiode voelde Thea zich mentaal goed, de sociale contacten in de buurt boden haar afleiding en plezier. Het contact met haar vriendin kan weer opgebouwd worden en mogelijk kan de SPV samen met iemand van het wijkteam of een welzijnsorganisatie onderzoeken welke mogelijkheden er zijn om nieuwe contacten op te bouwen. Veel clubjes van eerder bestaan niet meer, daarom goed vanuit het netwerk te onderzoeken welke nieuwe mogelijkheden er zijn. Vanuit de signalerende rol van de SPV is het belangrijk om te observeren of de eenzaamheid en depressieve klachten hierdoor afnemen.

Door de twijfels van Thea over haar lichamelijke klachten kan de SPV haar stimuleren om contact te zoeken met de huisarts om deze klachten te bespreken. Door inzicht te creëren in oorzaak-gevolg nemen mogelijk haar angsten hierover af. Ook het gebruik en de effecten van de antidepressiva samen met de psychiater monitoren hoort bij de rol als SPV. De SPV als verbindende factor tussen Thea, huisarts en psychiater.

Thea vraagt niet snel hulp, ze heeft de opvatting het zelf te moeten kunnen. Door als SPV samen met Thea te onderzoeken waar deze dominante opvatting vandaan komt, biedt je haar perspectief om anders met klachten en hulp vragen om te leren gaan.

CONCLUSIE

Uit de wetenschappelijke literatuur komt vaak niet duidelijk naar voren of en welke ondersteuning bijdraagt aan het verminderen van het gevoel van eenzaamheid. Door gebruik te maken van hulp en steun uit de leefomgeving, kunnen klachten afnemen. Soms is professionele steun nodig bij problemen door eenzaamheid, bijvoorbeeld in de vorm van een SPV, maatschappelijk werk, of een advocaat of geestelijk verzorger.

Bij een vermoeden van eenzaamheid, vraagt het van de SPV om hierover altijd in gesprek te gaan met de cliënt, of ervoor zorg te dragen dat een ander betrokken persoon, een geestelijk verzorger of medewerker van het wijkteam, het gesprek aangaat. Een combinatie van interventies op verschillende levensdomeinen, gericht op verminderen van eenzaamheid, lijken in de praktijk het meeste bij te dragen aan het bevorderen van de kwaliteit van leven. Zoals talenten ontwikkelen, taboe eenzaamheid doorbreken, in beweging komen, mee-maken en meedoen, en zingeving ervaren. Dit alles met oog voor de leefomgeving waarin de cliënt zich beweegt. De leefomgeving lijkt namelijk zeker invloed te kunnen hebben op de gevoelens van eenzaamheid, en daarbij op de kwaliteit van leven.

De aanpak van eenzaamheid vraagt van de SPV maatwerk. Alleen door in gesprek te gaan stemt de SPV met de cliënt af welke behoeften er zijn en welke factoren een rol spelen bij het ervaren van eenzaamheid.

LITERATUUR

- Beroepscode Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige (2002). Nederlandse Vereniging van Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundigen. Eindhoven
- Bussemaker, M., 'S Jongers, T., Schot, E. J. J., Joosten, M. (2021). *Ruimte voor ontmoeting, Een zoektocht naar de sociale waarde van de leefomgeving*. TSG Tijdschr Gezondheidswet 2022 100 (Suppl 1):S36-S39
- Derks, J., Van der Padt, I., Boon, J. (2014). *Expertisegebied sociaal psychiatrisch verpleegkundige, V&VN-SPV*. Geraadpleegd op 2 december 2022.
- Eenzaam.nl (z.d.), *Wat is eenzaamheid?* Geraadpleegd op 5 december 2022, van eenzaam.nl/over-eeenzaamheid/wat-is-eeenzaamheid
- Hulsebosch, J., Geuzebroek, E. (2022). *Eenzaamheid in de wijk*. Geraadpleegd op 22 december 2022, van sociaalweb.nl/nieuws/eeenzaamheid-in-de-wijk/
- Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen van GGD'en CBS en RIVM (2020). *Eenzaamheid | Regionaal | Volwassenen*. Geraadpleegd op 24 november 2022, van vzinfo.nl/eeenzaamheid/regionaal/volwassenen
- Kruidhof, I., Bruins, J. & Castelein, S. Resourcegroepen in de ggz hoe benutten we de triade van cliënt, naastbetrokkenen en behandelaren optimaal? *Ned Tijdschr Evid Based Pract* 15, 4-7 (2017).
- Lucassen, P.L., Rasing, I., Ter Haar, H., Schers, H.J., olde Hartman, T.C. *Wat te doen aan de sociale oorzaken van ziekte?* Huisarts Wet 2022;65(11):21-3. DOI:10.1007/s12445-022-1577-9

- Landelijk Kennisinstituut Cultuureducatie en Amateurkunst (LKCA) (2020). *Samenwerken tegen eenzaamheid*. Geraadpleegd op 3 december 2022, van iph.nl/evaluatielijzer/integraal-samenwerken-tegen-eeenzaamheid-met-kunst-en-cultuur/
- Leefbaarheidsalliantie Gelderland (z.d.). *Alleen in de stad en samen op het platteland?* Geraadpleegd op 3 december 2022, van leefbaarheidsalliantie.nl/alleen-in-de-stad-en-samen-op-het-platteland/
- Lips, R. (2022). *Psychiater Jim van Os: Het is onverantwoord dat we mensen laten opgroeien zonder spirituele dimensie*. Geraadpleegd op 24 november 2022, van trouw.nl/religie-filosofie/psychiater-jim-van-os-het-is-onverantwoord-dat-we-mensen-laten-opgroeien-zonder-spirituele-dimensie
- Mindkorrelatie (z.d.). *Eenzaamheid*. Geraadpleegd op 5 december 2022, van mindkorrelatie.nl/onderwerpen/eeenzaamheid
- Nuyen, J., M. Tuithof, R. de Graaf, S. van Dorsselaer, M. Kleinjan, M.T. Have (2019). The bidirectional relationship between loneliness and common mental disorders in adults: findings from a longitudinal population based cohort study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2020 Oct; 55(10):1297-1310
- Psynded (z.d.). *Wat is eenzaamheid?* Geraadpleegd op 5 december 2022, van vanpsynded.nl/eeenzaamheid/wat-is-eeenzaamheid/
- Raad Volksgezondheid en Samenleving (2022). *Gezonde en sociale leefomgeving*. Geraadpleegd op 24 november 2022, van raadrvs.nl/werkagenda/gezonde-en-sociale-leefomgeving
- Rijks, J. (z.d.). *Eenzaamheid, wat is dat?* Geraadpleegd op 24 november 2022, van eeenzaamheid.info/
- Rijks, J. (z.d.). *Succesfactoren voor hulp bij eenzaamheid*. Geraadpleegd op 1 december 2022, van eeenzaamheid.info/hulp/succesfactoren-voor-hulp-bij-eeenzaamheid/
- Rijks, J. (z.d.). *Chronische eenzaamheid*. Geraadpleegd op 1 december 2022, van eeenzaamheid.info/eeenzaamheid/soorten-eeenzaamheid/wat-is-chronische-eeenzaamheid/
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (2019). *Wat verstaan we onder een gezonde leefomgeving?* Geraadpleegd op 5 december 2022, van rivm.nl/gezonde-leefomgeving/wat-verstaan-we-onder-gezonde-leefomgeving
- Solmi M., N. Veronese, D. Galvano, A. Favaro, E.G. Ostinelli, V. Noventae.a. (2020). Factors Associatedwithloneliness: An umbrella review of observational studies. *J. Affect Disord*, 2020; 271: 131-8.
- Starmans R., Rijnders P., Cox M. Methodisch werken met het KOP-model bij psychische klachten, *Huisarts en Wetenschap* 2018; 61(11)
- Van den Bovenkamp, J. (2022). *Volgens psychiater Dirk De Wachter moeten we onze eenzaamheid niet proberen te verdrijven, maar er beter mee leren leven*. Geraadpleegd op 24 november 2022, van reportersonline.nl/volgens-psygiater-dirk-de-wachter-moeten-we-onze-eeenzaamheid-niet-proberen-te-verdrijven-maar-er-beter-mee-leren-leven/
- Wachter de D. (2019) *De kunst van het ongelukkig zijn*. Amsterdam, Leuven: Lannoo Campus.
- ZonMW (z.d.). *Gezonde leefomgeving*. Geraadpleegd op 30 november 2022, van zonmw.nl/gezonde-leefomgeving/wat-is-eeen-gezonde-leefomgeving/

Mag een mens eenzaam zijn?



Mag een mens eenzaam zijn?

Ton Jorna (red.)

Jan Bor, Joeri Calsius,

Joachim Duyndam,

Eric Ettema,

Anne Goossensen en

Anja Machielse.

2015

SWP Amsterdam

166 pagina's

Prijs € 21,00

ISBN 978 90 8850 341 2

BEORDELING

6,5/10

De vraag in de titel is een uitdagende vraag, die je tot nadenken zet en om je mening vraagt. Een vraag die mij aansprak en niet zomaar losliet, omdat ik hem niet kon beantwoorden met een directe 'ja' of 'nee'.

Gezien de negatieve lading die rondom het begrip 'eenzaamheid' hangt, maar ook de emoties en leegte die erbij gevoeld wordt, maken dat ik in eerste instantie zou zeggen dat het goed is om eenzaamheid te bestrijden. De titel suggereert echter dat er ook iets positiefs in eenzaamheid schuilgaat en dit is precies wat mij nieuwsgierig heeft gemaakt en waar ik meer over wilde lezen.

Eenzaamheid is al jaren een actueel thema. Er worden onderzoeken aan gewijd, boeken geschreven, programma's gemaakt en activiteiten opgestart. Het kan in alle lagen van de bevolking voorkomen en treft daarmee verschillende professionals, van onderzoekers, hulpverleners, geestelijke verzorging, filosofen tot aan het ministerie. Zo is er in september 'de week van de eenzaamheid' in het kader van het actieprogramma *Eén tegen eenzaamheid*, georganiseerd door met ministerie van vws. De uitkomsten of drijfveer rondom eenzaamheid heeft meestal een negatieve lading; het moet aangepakt en bestreden worden.

Wordt er voldoende erkenning aan eenzaamheid gegeven als die alleen als sociaal-maatschappelijk probleem wordt benaderd, als iets wat er niet mag zijn en aangepakt moet worden?

Ook in de definitie van professor De Jong Gierveld wordt eenzaamheid omschreven vanuit de sociale context. Het gaat om het ervaren van relaties, over het gemis van relaties of over een gebrek aan kwaliteit van de relaties. Verder terug in de tijd schrijft ook Abraham Maslow dat de mens streeft naar behoeftes en dat er een aantal basisbehoefte van de mens zijn. Beter bekend als de motivatietheorie of de piramide van Maslow, waarin behoefte aan sociale contacten in het midden van de piramide staat.

In de negen hoofdstukken die het boek telt, gaan zeven schrijvers in op de titelvraag, elk met een eigen hoofdstuk waarin ze vanuit de eigen discipline over existentiële eenzaamheid en zingeving schrijven. Het eerste en laatste hoofdstuk wordt gebruikt om het boek te introduceren en samen te vatten, de zeven hoofdstukken daartussen kennen geen chronologische opbouw en kunnen daardoor afzonderlijk gelezen worden.

SAMENVATTING

Het boek gaat in op de titelvraag: 'mag een mens eenzaam zijn'. Het kijkt vooral naar eenzaamheid als mogelijkheid voor innerlijke groei vanuit een existentiële invalshoek over eenzaamheid en zingeving.

Eenzaamheid is een zingevingsprobleem, zingeving is belangrijk in elke levensfase want zonder zin is een leven kleurloos. Eenzaamheid gaat niet alleen over de aan- of afwezigheid van kwalitatieve relaties maar ook om in relatie zijn met jezelf. De vraag is daarom niet alleen 'hoe kom ik (weer) in verbinding met anderen, maar ook 'hoe kom ik (weer) in verbinding met mijzelf.' (blz. 12.)

Waar je identiteit eerder vooral werd gevormd door traditionele instituties (nationale staat, klasse, werk, geloof, familie), wordt er in de laatmoderne samenleving meer van de mens zelf verwacht voor het uitstippelen en realiseren van ambities en doelen. Sturing en aanmoediging is van buitenaf nodig om de koers, richting je doelen, te kunnen bepalen of bij te kunnen stellen. Wat als iemand niet mee kan komen doordat diegene niet de juiste capaciteiten heeft? Dan kan diegene er, door gebrek aan zelfsturing en toetsing, alleen voor komen te staan. Dan wordt, volgens Anja Machielse (auteur van dit boek, filosoof en sociale wetenschapper), je sociale isolement een overlevingsstrategie.

Filosoof John McGraw beschrijft in zijn essay tien soorten eenzaamheid. Existentiële eenzaamheid is erhier één van, waarin het verband tussen existentiële eenzaamheid en de ontwikkeling van authenticiteit wordt beschreven. De indeling is niet bedoeld om te categoriseren of diagnosticeren, het is bedoeld om de verschillen te verduidelijken van eenzaamheidservaringen met dimensies op psychisch, fysiek, emotioneel, cognitief en spiritueel vlak.

Er wordt gecommuniceerd met anderen over inhoud en emoties. De innerlijke kant van emotie is in essentie eenzaam, tenzij de emoties met anderen gedeeld kan worden en anderen met meevoelen. Hierbij gaat het om aansluiting en empathie.

De emotie angst, is een emotie die iedereen in zijn leven ervaart. Ook bij het ervaren van eenzaamheid

wordt angst waargenomen. Bewustwording van angst of eenzaamheid is nodig om een mens tot innerlijke groei te laten komen. 'Existentiële momenten in het leven gaan misschien vaak gepaard met angst, eenzaamheid, vertwijfeling en pijn, maar kunnen minstens zo vaak ook echte keerpunten in het leven zijn: kernervaringen waarop men onverwachte raakvlakken ervaart van binnenuit met alles daarbuiten.' (Joeri Calsius, blz. 95)

De mens zit zo in elkaar dat men weg/af wil van wat niet prettig, akelig, onveilig is. De coping waarop er met deze emoties wordt omgegaan verschilt per individu. Niet voor niets is het thema angst een van de meeste gestelde hulpvragen binnen de ggz in Nederland. Het vergt moed om aandacht te schenken aan wat angst ons zou kunnen zeggen. 'We hebben veelal de bemoediging van een ander nodig om deze angst te doorstaan en daardoor toe te komen aan het verlangen doorheen de angst. Het verlangen, zo blijkt, gaat uit naar liefde en naar bestemming' (Ton Jorna, blz. 124).

SPV

Naast vakkennis vraagt het om een open, relationele en reflectieve houding. Niet alleen gericht op het vergroten van zelfredzaamheid en eigen regie, maar ook opbouwen van een relatie, aandacht en toewijding waarin plaats mag zijn voor vragen over zingeving. Het is belangrijk om met een open blik te kijken naar wat er telt bij de ander en te onderzoeken hoe eenzaamheid voor die ander uitpakt. De onmacht durven aangaan. Contact in én voor het hier-en-nu, en niet met het oog op een daar-en-dan. Die open en nieuwsgierige blik is nodig om verder te kijken dan methodieken en protocollen. Vanuit de presentietheorie kan voorkomen worden dat we in hokjes willen plaatsen.

De sociaal psychiatrische verpleegkundige is opgeleid vanuit de sociale context, waarin uitstoting en marginalisering worden voorkomen. Contact maken en aansluiten, vanuit het narratief en de presentietheorie, is een passend voorbeeld.



CONCLUSIE/MENING

De verschillende auteurs hebben hun eigen schrijfstijl waarin ze hun onderwerp gericht op existentiële eenzaamheid bespreken. Dit maakt dat het ene hoofdstuk prettiger is om te lezen dan het andere. In het boek wordt veel gebruik gemaakt van praktijkvoorbeelden, geschiedenis, rituelen, kunst en zelfs sprookjes om het onderwerp pakkend te maken, te vertalen of te verklaren. Dit maakt het lezen aantrekkelijk en ontstaat er meer beleving in de over het algemeen droog verwoorde theorie. Enige kennis van psychologie is nodig om het lezen te vergemakkelijken. De auteurs proberen de context te kantelen uit het negatief beladen onderwerp, waarin je vooral de filosofie terug ziet komen.

Ik geef het boek een 6,5. Dit cijfer is gebaseerd op de combinatie schrijfstijl en toepasbaarheid in de praktijk van de ggz. In het boek wordt o.a. beschreven dat er dieper dan de angst gegaan moet worden, de angst aanvaard moet worden en het er laten zijn. Pas dan kan iemand komen tot het diepste en tot innerlijke groei.

Ik vraag me echter af of dit voor de doelgroep binnen de specialistische geestelijke gezondheidszorg haalbaar is en wat het van een cliënt vraagt om zo diep te gaan. Dat iemand naast de eenzaamheid ook nog kampt met een psychische

kwetsbaarheid. Met o.a. de EPA doelgroep in mijn achterhoofd, aangezien dit vaak de doelgroep is die te maken heeft met veel verlieservaringen. Verlies op veel levensgebieden, verlies in relaties met anderen maar ook in relatie met zichzelf.

De auteurs schrijven veel over bejegening vanuit het narratief en de presentietheorie, echter wordt er niet verder uitgewijd over bijvoorbeeld de randvoorwaarden.

De gedachtegang die als rode draad door het boek loopt: dat als eenzaamheid uitsluitend als 'min' wordt benaderd er mogelijk niet gezien wordt dat het ook een 'plus' kan blijken. Dat zorgt ervoor dat je blik wordt verbreed en uit het medisch model van de zorg wordt gehaald. Een mooi filmpje waar in het boek naar verwezen wordt is: In my language. (Baggs, 2017), waarin duidelijk wordt dat interpretatie wordt beïnvloed door wat je ziet en hoe snel dit vormgegeven wordt.

Wat het boek doet is dat je op een andere manier naar het, in de maatschappij tot negatief beladen, onderwerp gaat kijken. Waarna je, na het lezen van het boek, de vraag weer aan jezelf kunt stellen of jij vindt dat een mens eenzaam mag zijn.

Lizanne Schouwing

SPV i.o bij GGZ Drenthe

DE SPV ALS BRUGGENBOUWER IN DE GEVANGENIS

ONMISBAAR BIJ DETENTIE

HET BEELD BESTAAT DAT SOCIAAL PSYCHIATRISCH VERPLEEGKUNDIGEN VOORAL IN AMBULANTE EN POLIKLINISCHE OMGEVING WERKEN. IN DIT ARTIKEL TONEN WE AAN DAT DE SPV OOK EEN CRUCIALE ROL SPEELT BINNEN EEN COMPLEXE KLINISCHE SETTING ALS EEN GEVANGENIS.



Lotte Duerink
SPV i.o.
bij PI Zwolle



Berend de Groot
SPV i.o.
bij PI Zwolle

IN DE AFGELOPEN JAREN HEEFT DE POSITIONERING VAN de SPV enigszins stilgestaan, doordat het beroep onder vuur heeft gelegen. Het heeft hierdoor enige tijd ontbroken aan ontwikkeling en verdere professionalisering (Lohuis, 2022). Inmiddels is dit door de beroepsvereniging opgepakt en verschijnt er over enige tijd een nieuw functieprofiel. Het boek Sociaal Kapitaal (Ekkers & van Essen) heeft hier een stevige impuls aan gegeven.

Het wordt duidelijk dat de SPV onmisbaar is en een brugfunctie heeft om de verbinding te leggen tussen behandeling die de context betreft en oog heeft voor de maatschappelijke gevolgen. De SPV kan behandelingen uitvoeren bij complexe problematiek waarbij je een meervoudig perspectief nodig hebt (Lohuis, 2022). Het beeld bestaat nog steeds dat de SPV vooral in ambulante en poliklinische omgeving werkt. In dit artikel tonen wij aan, als SPV in opleiding, dat de SPV juist binnen complexe klinische settingen zoals de gevangenis, een cruciale en specialistische rol heeft als ggz-professional in de behandeling van een cliënt.

Binnen het gevangeniswezen beschikt Nederland over vier penitentiaire psychiatrische centra, ofwel PPC's. Het PPC staat voor verantwoorde forensische zorgverlening aan gedetineerden met ernstige en complexe psychische problematiek en psychiatrische stoornissen die op reguliere regimes binnen detentie onvoldoende behandeld kunnen worden (DJI, Penitentiar Psychiatrisch Centrum). De begeleiding en behandeling wordt vormgegeven door een multidisciplinair team waaronder ook de sociaal psychiatrisch verpleegkundige valt. De begeleiding is op maat, individueel van aard, waar mogelijk groepsgericht, supportief en autonomie bevorderend. Binnen het PPC staan individuele behandelplannen en persoonlijke begeleiding centraal. De behandeling is erop gericht de risicofactoren te verkleinen en beschermende factoren te vergroten, om zo de kans op een nieuw delict te verminderen. Het uiteindelijke doel is dat de gedetineerde veilige en verantwoorde terugkeert in de maatschappij en dat daar de benodigde zorg gecontinueerd wordt (DJI, Kwaliteitsstatuut Penitentiar Psychiatrisch Centrum, 2020).

De SPV in detentie behandelt, begeleidt en coördineert in samenwerking met het multidisciplinaire team de zorg rondom een PPC-cliënt. De SPV kijkt vanuit verschillende perspectieven (somatisch, psychologisch, sociaal en maatschappelijk) hoe iemand in staat kan zijn om weer in zijn eigen kracht te komen. Door dit in kaart te brengen als SPV en dit in te brengen in het multidisciplinaire team positioneert de SPV zichzelf in de rol van behandelaar.

Vaak staan cliënten binnen het PPC aan de voordeur van een lange weg binnen de psychiatrie en de SPV sluit aan bij de behoeften van de cliënt om hem hierin verder te helpen. De SPV maakt gebruik van een intake om informatie en behoeften te verzamelen en probeert contact te maken met de cliënt door gebruik te maken van de presentiebenadering. Ook bemoeizorg komt regelmatig aan bod doordat er veel cliënten binnen detentie zorg mijndend zijn. Daarnaast hebben zij een natuurlijk wantrouwen tegenover justitie waardoor zij niets met de hulpverleners te maken willen hebben. Juist omdat deze mensen vaak niet de juiste inschattingen hebben kunnen maken met betrekking tot de hulp die zij nodig hebben, komen zij regelmatig terecht in detentie en is het een taak van de SPV om toch in contact te komen en te motiveren tot behandeling (Feltz-Cornelis & Mulder, 2014).

Motiverende gespreksvoering, het geven van psycho-educatie en specifieke therapieën zoals cognitieve gedragstherapie om gedragsverandering te bewerkstelligen, horen bij de taken van de SPV die werkzaam is binnen de detentie.

Hierbij is het zeer belangrijk om nauw samen te werken met de cliënt, zijn systeem binnen en buiten detentie maar ook met ketenpartners zoals bijvoorbeeld reclassering, ggz-instellingen, Jeugdzorg en Veilig Thuis (Hoeven, 2011). Daarnaast heeft de SPV een belangrijke rol in de nazorg van de cliënt. Hierbij wordt onder meer samengewerkt met de behandelcoördinator, reclassering en de casemanager om een geschikte plek te vinden. Daarnaast kan de SPV een warme overdracht verzorgen naar een vervolgplek en in sommige gevallen de cliënt hiernaar toe te begeleiden.

DE PRAKTIJK

Cliënten worden verwezen naar de SPV vanuit het wekelijkse multidisciplinaire overleg maar doordat de SPV'ers verbonden zijn aan afdelingen kan het afdelingspersoneel zelf ook hun vraag over een gedetineerde bij de SPV neerleggen. Aan de hand van de volgende casus wordt de rol van de SPV geschetst.



Casus: Claire

Claire is een vrouw van 38 jaar. Ze is getrouwd met Peter en ze hebben drie kinderen. In het gezin is Claire de kostwinner. Zij heeft een eigen bedrijf, haar man heeft een parttime kantoorbaan. Het is een leuk gezin met op het oog weinig problemen. Gedurende de coronaperiode lag het bedrijf van Claire stil en kon zij haar werk niet uitvoeren door de opgelegde maatregelen. Aangezien zij de kostwinner is, bracht deze periode veel onzekerheid en stress met zich mee. Claire kon steeds minder goed met deze stress omgaan en greep hierbij naar middelen. In eerste instantie kon zij dit goed verbloemen maar door de toenemende stress raakte zij steeds meer verward wat zich uiteindelijk in een psychose ontpopte gerelateerd aan middelengebruik. Dit heeft geleid tot waanbeelden en uiteindelijk tot een levensdelict.

CRISISFASE

Claire werd opgenomen op de crisisafdeling binnen het PPC van de penitentiaire inrichting. Zij was op dat moment zeer psychotisch en had gedurende het incident zelf een forse wond opgelopen. Bij binnenkomst was er weinig over haar bekend, mede door een beperkte overdracht van andere collega's. De officier van justitie heeft hierbij bepaald dat ze in een volledige beperking komt. Dit houdt in dat zij alleen maar contact mag hebben met haar advocaat. Zij heeft geen contact met de buitenwereld door middel van de tv, radio en krant maar ook niet met haar man en kinderen. Op de afdeling mag zij niet deelnemen aan de groep en mag zij alleen individueel onder begeleiding van personeel naar buiten voor één uur per dag.

In de crisisfase werd er direct na binnenkomst een inschatting gemaakt door de SPV, de psychiater en de medische dienst. Dit met betrekking tot haar psychotische toestandsbeeld en haar lichamelijke verwonding. Belangrijk was het om Claire te stabiliseren. Er werd antipsychotica voorgeschreven. Daarnaast werd er wondverzorging ingezet en werd Claire onder camera-toezicht geplaatst zodat zij goed gemonitord kon worden. Doordat Claire in beperkingen zat mocht de SPV op dat moment nog geen contact zoeken met haar familie. Na twee weken werd dit opgeheven en op dat moment heeft de SPV contact gezocht met Peter. De gezinsleden van Claire waren ook in crisis en hadden eveneens een traumatische gebeurtenis meegemaakt. Voor hen

was het belangrijk om contact te hebben en vragen te kunnen stellen over wat er ging gebeuren en tegelijkertijd konden zij meer inzicht geven in wat er was gebeurd en wie Claire is, wat haar zou kunnen helpen.

Allereerst wordt Peter ingelicht dat Claire is opgenomen en wordt er gelegenheid gegeven om te kunnen vertellen wat er allemaal is gebeurd. Daarnaast wordt er algemene informatie gegeven over de regels en afspraken binnen de PI, bijvoorbeeld over het bezoeken van Claire. Claire heeft nog geen toestemming gegeven om informatie te delen met haar man. Wel is er oog voor hoe het met de gezinsleden gaat en hoe zij de hele gang van zaken ervaren hebben. Peter en de kinderen zijn erg emotioneel over wat er allemaal is gebeurd en ze zijn enorm geschrokken. Wel kan hij informatie geven over Claire en haar middelengebruik, eventuele psychiatrische en somatische problematiek, medicatiegebruik en eventuele stressoren van de afgelopen tijd. De SPV verstrekt de contactgegevens zodat Peter in de PI de SPV kan bereiken. De volgende dag wordt er contact gezocht met Peter om te kijken of hij vragen heeft over het gesprek van gisteren en worden er afspraken gemaakt omtrent het contact met Claire. Communicatiemogelijkheden zijn beperkt dus het is handig om uit te leggen dat de SPV contactpersoon kan zijn.

STABILISATIE

In de stabilisatiefase komt Claire langzaam uit haar psychose en begint zij te beseffen wat er is gebeurd en wat zij heeft gedaan. Zij gaat een rouwfase in en heeft hier begeleidende gesprekken met de SPV over. Later wordt dit in de vorm van CGT gedaan. Daarnaast heeft de SPV als taak om het systeemcontact te organiseren en begeleiden. Er zal contactherstel moeten plaatsvinden tussen Claire en haar man, maar ook met haar kinderen. In eerste instantie wordt dit gedaan in de vorm van een beeldbelcontact. Hieruit blijkt dat er toch veel behoefte is om elkaar fysiek te zien. In de casus van Claire is het een contra-indicatie om het eerste bezoek te laten verlopen in de algemene bezoekszaal. Hier zitten namelijk meerdere gedetineerden met hun bezoek bij elkaar en de verwachting is dat het een emotioneel weerzien zal zijn, waarbij begeleiding van de SPV gewenst is vanwege het psychische en emotionele toestandsbeeld van Claire. Daarom vindt dit bezoek plaats in de systeemkamer van de SPV. Peter wordt tijdens dit eerste bezoek geadviseerd over mogelijkheden voor professionele ondersteuning voor hem en de kinderen in verband met eventuele opgelopen trauma's. Claire heeft inmiddels toestemming gegeven om informatie over haar te delen met haar man en er worden afspraken gemaakt tussen de SPV en Peter hoe dit contact zal verlopen.

Het duurde lang voordat Claire gestabiliseerd was. In deze periode heeft de SPV veel gesprekken met Claire gehad over de medicatie en eventuele bijwerkingen die zij ervoer. Hierin had de SPV een monitorende functie en kon zij bevindingen bespreken met de psychiater waarop de medicatie kon worden aangepast.

Nadat Claire enigszins gestabiliseerd was kon er weer een begin worden gemaakt met het herstel van het contact met de kinderen. Dit werd voornamelijk gedaan door middel van videobellen en later door fysieke bezoeken. Binnen het PPC is alles gericht op veiligheid en dit werkt beperkend in het contact met het systeem. Bij het bezoek mag er bijna niets mee naar binnen, geen cadeaus, geen eten, geen telefoons en ook geen foto's. Iedereen moet door de metaaldetector, ook de kinderen. Medewerkers lopen in uniform en men wordt aangesproken vanachter glas. Een warm welkom is anders. De SPV heeft hier een belangrijke rol in door de kinderen van Claire hierop voor te bereiden door uit te leggen wat hen te wachten staat.

Het gemis van haar kinderen en man belemmerde zichtbaar haar herstelproces. Het herstelproces verbeterde doordat er nu meer contact tussen Claire en haar gezinsleden mogelijk was. Claire was erg zoekend naar haar rol als moeder en partner. Hier heeft zij veel gesprekken over gehad met de SPV. Zij had het nodig te weten dat zij er nog toe deed en het is een ingrijpend proces geweest om haar rol als partner en moeder weer te kunnen herpakken. De erkenning vanuit haar gezin, de onvoorwaardelijke liefde die zij heeft gevoeld, zijn hierin erg belangrijk geweest.

BEHANDELFASE

In de behandel fase had de SPV naast de medicamenteuze behandeling van de psychiater, een belangrijke rol. De SPV heeft veel kunnen bereiken met Claire door het geven van psycho-educatie over psychose, depressie, fasen van rouw en omgaan met verslaving. Daarnaast heeft de SPV samen met Claire een uitgebreid signaleringsplan opgesteld waarbij ook haar partner betrokken werd om zo in de toekomst eerder te kunnen ingrijpen en psychoses mogelijk voor te zijn. De SPV is een belangrijke spil geweest in het systeemcontact in deze casus en had naast een begeleidende en coördinerende rol, de rol van mediator in de relatie tussen Claire en haar man. Haar rol als moeder werd uitgebreid besproken en hoe zij hier invulling aan kon geven binnen de muren van een gevangenis. De SPV had een activerende rol in het deelnemen aan het aangeboden programma en in het multidisciplinaire overleg heeft de SPV geadviseerd om op te starten met psychomotore- en muziektherapie.

DOORSTROOMFASE

De doorstroomfase ging in toen Claire via de rechtbank te horen kreeg dat zij haar verdere behandeling in een psychiatrische kliniek mocht afmaken. De SPV heeft haar en haar man begeleid in het proces naar de rechtszitting en de uitspraak. De SPV had veel contact met de reclassering over plaatsing in de kliniek waarbij de nadruk vooral lag op welke behandeling noodzakelijk zou zijn. De SPV is meegegaan bij de overplaatsing om een warme overdracht te geven. Nadat Claire een week in de kliniek zat is er nog een afsluitend gesprek geweest tussen Claire, haar man Peter en SPV om de afgelopen periode te evalueren.

Claire's casus maakt zichtbaar wat de rol van de SPV kan zijn. Het wordt duidelijk hoe breed het vakgebied is en hoe er gewerkt wordt vanuit de context van de PI. Het betreft specialistische zorg. Want naast de complexe doelgroep, speelt ook de rechtsgang en het strafrechtelijk proces mee. In alle fasen van de zorg, zijn dit factoren die ontwrichtend kunnen werken in iemands behandel- en herstelproces. Claire is een cliënt die samenwerkt en gemotiveerd is om een behandeling te ondergaan en te werken aan haar problematiek. Meestal betreft het complexere problematiek waarbij meerdere psychiatrische diagnoses in combinatie met somatische en maatschappelijke problematiek een rol spelen. Er is regelmatig een tekort aan ziekte-inzicht, onvoorspelbaar, ongewenst of onaangepast gedrag en onvoldoende coping-vaardigheden (Psychiatrische zorg in en aansluitend aan detentie, 2009).

SYSTEEM

In de casus van Claire is haar gezin erg belangrijk waardoor de SPV vanuit systemisch oogpunt gezien, een waardevolle rol kan vervullen. Allereerst zal de SPV een systeemanalyse maken om de rollen in het gezin duidelijk te krijgen en te onderzoeken wat eenieder in het gezin nodig heeft. Door de partner en de kinderen van Claire bij de behandeling te betrekken krijgt de SPV ook een beeld van Claire en hoe hun relatie was voordat zij ziek werd. Het helpt de SPV om een beeld te krijgen over het contact tussen Claire en haar kinderen maar ook hoe men elkaar tot steun is in dit gezin. Het is goed om duidelijk te krijgen wat hun verwachtingen zijn en welke rol zij willen hebben in het behandelproces van Claire (Klaassen, 2014). De kinderen van Claire zijn in de leeftijd tussen de 5 en de 10 jaar oud dus zullen ze op een andere manier betrokken moeten worden in het proces. Dit zal vooral bestaan uit contact met Claire door middel van bezoek en videobellen. Maar ook hebben zij uitleg nodig over waar zij is. Om partner hierbij te ondersteunen kan de SPV hem helpen door hem een ondersteunend boek te geven. Daarnaast kan de SPV hun wijzen op de ouder/kind dagen en kan Claire een opname maken van een voorleesboek waardoor haar kinderen thuis wel voorgelezen kunnen worden door hun moeder.

De rollen in het gezin van Claire veranderen aangezien Claire de kostwinner was met een eigen bedrijf. Partner Peter moet dit nu zien te overbruggen. De SPV kan niets veranderen aan de situatie maar kan hierin wel een adviserende rol hebben en het bespreekbaar maken. Eventueel kan de SPV mogelijkheden aandragen qua hulpverlening. Door dit bespreekbaar te maken, kan onnodige onrust bij Claire voorkomen worden. Deze zorgen helpen niet bij haar behandel- en herstelproces waardoor zij zich minder kan richten op zichzelf. In het systeem hangt alles met elkaar samen, wanneer er iets veranderd in het systeem, komt het hele systeem

Binnen detentie zal de SPV meer moeite moeten doen om contact te hebben met het systeem, waar dit buiten heel standaard is. De muren zijn dan letterlijk en figuurlijk hoger en familie of naasten vaak moeilijker te bereiken.

in beweging (Willemse, 2015). De SPV kan hierop inspelen door systeemgesprekken te voeren met Claire en Peter en mocht dit nodig zijn kan dit uitmonden in systeemtherapie.

In de inleiding werd er gesproken over de rol van de SPV in de ambulante en poliklinische zorg. In deze casus is aangetoond dat de SPV een belangrijke rol kan hebben binnen een gesloten penitentiaire setting. Uiteindelijk komt het werk inhoudelijk op hetzelfde neer. Het doel van de SPV blijft hetzelfde maar de context is verschillend. Wat wij wel kunnen aanwijzen als verschil zit hem in de behandeling. In detentie kan een behandeling soms niet opgestart worden vanwege gebrek aan tijd. Dit kan bijvoorbeeld spelen bij traumatherapie. Daarnaast wordt er in de ambulante of poliklinische zorg nog wel eens doorverwezen naar specialistische zorg, binnen de PI hebben wij deze mogelijkheid niet en wordt alle problematiek meegenomen in de behandeling (Zwolle, 2022). Het justitiële kader maakt het verschil in behandeling omdat er rekening moet worden gehouden met de justitiële kant van de zaak. Het kan voorkomen dat iemand waarmee een behandeling is opgestart, onverwachts in directe vrijheid wordt gesteld waardoor de behandeling wordt afgebroken.

CONCLUSIE

Terugkijkend op de afgelopen elf jaar is de functie van de SPV, en dan vooral die in de PI te Zwolle, duidelijk gewijzigd en beter gepositioneerd. Juist de context vanuit de detentie, de complexiteit van de rechtsgang die erbij komt kijken en de complexe doelgroep maken dat een SPV onmisbaar is in het kader van continuïteit en kwaliteit van zorg binnen detentie. Ook het betrekken van het systeem als naasten en familie in de behandeling en de nauwe afstemming met de ketenpartners om zo te komen tot een zorgvuldige overgang naar de maatschappij, verkleinen het risico op recidive. Verschillen tussen de ambulante zorg en de

zorg binnen detentie zit niet zozeer in de inhoud maar veel meer in de kaders hieromheen. De functie SPV in detentie vergt creativiteit en buiten de gestelde kaders kunnen en durven denken. Wat frustrerend kan zijn is het laveren binnen de rechtsgang. Soms is het werk door de SPV ondergeschikt aan het juridische deel. Hier moet de SPV tegen bestand zijn.

Buiten de muren van de gevangenis is de functie van de SPV veel duidelijker (Zwolle, 2022). Binnen de muren zal je je nog meer moeten positioneren, met aandacht voor regievoering aangezien het takenpakket minder duidelijk beschreven staat. Bijkomende belemmering voor de SPV is de onbekendheid binnen detentie met de rol van SPV. PI Zwolle is de enige PI waar er zoveel SPV'n werkzaam zijn en waar er zo volop wordt geïnvesteerd in de sociale psychiatrische zorg.

Binnen detentie zal de SPV meer moeite moeten doen om contact te hebben met het systeem waar dit buiten heel standaard is. De muren zijn dan letterlijk en figuurlijk hoger en familie of naasten vaak moeilijker te bereiken.

Wij begonnen dit artikel met het doel om aan te tonen dat de SPV binnen de gevangenis een cruciale en specialistische rol heeft als ggz-professional binnen de behandeling van een gedetineerde cliënt. Wij hopen dat wij door middel van dit artikel hebben aangetoond dat de SPV een belangrijke rol heeft binnen detentie.

LITERATUUR

- DJI. (2020, September). *Kwaliteitsstatuut Penitentiar Psychiatrisch Centrum*. Opgehaald van dji.nl/binaries/dji/documenten/publicaties/2020/10/27/kwaliteitsstatuut-penitentiar-psychiatrisch-centrum/Kwaliteitsstatuut_Spreads.pdf
- DJI. (sd). *Penitentiar Psychiatrisch Centrum*. Opgehaald van dji.nl/justitiabelen/volwassenen-in-detentie/zorg-en-begeleiding/penitentiar-psychiatrisch-centrum
- Ekkers, S. & Essen H.V. *Sociaal Kapitaal* Eindhoven: VenVN-SPV ISSN 1386-3541
- Feltz-Cornelis, C. v., & Mulder, N. (2014). *Handboek sociale psychiatrie*. In C. v. Feltz-Cornelis, & N. Mulder, *Handboek Sociale psychiatrie* (pp. 307-318). Utrecht: De Tijdstroom.
- Hoeven, E. v. (2011). *De Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige achter tralies*. Opgehaald van archieef-spv.nl/pdfs/studiemiddagen/regio-verslagen/20120315-de-spv-achter-tralies.pdf
- Klaassen, H. (2014). *Bondgenoten*. Amsterdam: Boom.
- Lohuis, G. (2022, november 30). *Positionering van de SPV*. (L. D. B. de Groot, Interviewer)
- Willemse, J. (2015). *Anders kijken*. In J. Willemse, *Anders kijken*. Houten: Bohn Stafleu van loghum.
- Zwemstra, J. *Psychiatrische zorg in en aansluitend aan detentie*. Nijmegen: Wolf Legal Publishers.
- Zwolle, C. S. (2022, december 6). *De SPV in detentie*. (B. d. Groot, & L. Duerink, Interviewers)



IK BEN HET ZUIVERSTE DIER OP AARDE

ik ben het zuiverste dier op aarde
ik slaap met de nacht als met mijn lichaam
en de nacht wordt groter in mijn hart

in het donkere weefgetouw van je vingers
borduur ik een nacht van eenzaamheid
veelkleurig veeleisend veranderlijk

ik ken alle tranen van de eenzaamheid
sla mij maak mij open
ik ben een roos van vrolijkheid

kom hier vertrouw mij
ik gooi de wind vol sterren

als een boot van overvloed
in de spaarzaamheid van de zee

nu ben je niet gekomen
en zachtjes ga ik dicht.

— Hans Lodeizen

Juffrouw mier schrijft onmisbaar naslagwerk



De eenzaamheidsparadox
 Jeanette Rijks
 2020
 Gompel & Svacina
 208 pagina's
 Prijs € 30,50
 ISBN 978 94 6371 238 5

BEOORDELING
 7,5/10

Met haar omvangrijk en gedegen onderzoek naar eenzaamheid brengt Jeanette Rijks een informatief naslagwerk van grote waarde voor een zeer brede doelgroep. Hoewel de breedte van die doelgroep ambitieus te noemen is, misschien wel iets té ambitieus, kan niettemin gesteld worden dat 'de eenzaamheidsparadox' aanzet tot omdenken rondom het onderwerp. Een aanwinst voor menig boekenkast.

Verbinding draait om de zin van ons bestaan, en daarom raakt eenzaamheid – het tekort daaraan – diep in de harten van mensen. Net als verbinding is eenzaamheid onder ons, van dag tot dag. Altijd al geweest. Vroeg of laat, vaak of minder vaak, intens of mild, je gaat het meemaken. Want je bent mens. Het feit dat we een tekort aan verbinding allemaal meemaken, is verbindend op zich: 'We are all walking each other home' (Ram Dass).

In een vak als dat van de SPV, waar eenzaamheid veelal hard toeslaat onder onze doelgroepen, is het een belangrijk thema. Al is het alleen al om de gevolgen van stigmatisering. De keuze om de eenzaamheidsparadox van Jeanette Rijks te gaan lezen, ligt daarom voor de hand. Al in de samenvatting op de achterflap belooft het antwoord te geven op de vele vragen over eenzaamheid. Via de weg van de wetenschap en opgedane ervaring uit dagelijkse praktijk, biedt 'de eenzaamheidsparadox' toekomstperspectief voor iedereen die met eenzaamheid kampt, ook wanneer die chronisch is. Mooier kan niet.

MEANDEREN

Getriggerd door de persoonlijke ervaring van Jeanette Rijks zelf (zij werd geconfronteerd met de eenzaamheid van haar tante), begon zij in 2000 aan een lange weg van onderzoek naar het onderwerp eenzaamheid. Het doel? Enerzijds mensen gedegen informeren over hoe ze zélf in beweging kunnen komen in de aanpak van hun eigen eenzaamheid. Anderzijds om de mensen die hulp willen bieden aan anderen, hetzij om persoonlijke, hetzij om professionele redenen, zodanig te informeren dat die geboden hulp ook écht helpend is.

Het boek bestaat uit drie delen, waarvan het eerste deel, 'wat je moet weten', het meest omvangrijk is. Het onderzoek van mevrouw Rijks is grondig, geboren vanuit de overtuiging dat wanneer je mensen goed wilt helpen en geen schade wil toebrengen (want dat kan gemakkelijk in geval van eenzaamheid, zo beweert ze), je moet weten waar je het over hebt. In haar eigen woorden, 'meandert' Rijks ons door de stof heen en en kiest er bewust voor van het ene naar het andere onderwerp te schieten. Naar ze schrijft, omdat ze de bedoeling heeft wat meer lucht te geven aan een beladen onderwerp en een ongetwijfeld voor de leek wat omvangrijk gedeelte. Niettemin bespreekt ze álles. Van de vraag wat eenzaamheid eigenlijk is, varen we langs prevalentie, door de invloed van sociale media, om de kolk van de gevolgen voor je brein heen, naar het effect op je afweer, golvend langs de invloed van trauma, en passeren alle oevers en havens die ertussen liggen.

BARRE TOCHT

Rijks schrijft goed gedocumenteerd, wat dit boek op zijn minst een prachtig naslagwerk maakt, mocht u een eigen kruistocht in de strijd tegen eenzaamheid willen beginnen. Me inlevend in de mensen die vastlopen in eenzaamheid, voelt het eerste deel echter wel aan als een barre tocht door de Mekong delta, al doet Rijks haar best het lucht te geven door elk hoofdstuk met een bijpassende muziektip te beginnen en de schrijfstijl simpel te houden. Ook gebruikt ze humor, die nog het meest doet denken aan het karakter van juffrouw Mier, mocht u haar nog kennen. Daardoor kan het in eerste instantie wat moeite kan kosten er doorheen te komen.



KOERSVERANDERING

Dan volgt de koersverandering; als Rijks een eigen definitie formuleert op basis van haar meer dan zorgvuldige onderzoek: 'Eenzaamheid is het fysiek ervaren tekort in (patronen van) verbondenheid met andere mensen'. Daarna gaat ze in op het levensbelang van patronen van verbinding die wij mensen plegen te maken. Daarmee ziet ze eenzaamheid als een fenomeen dat ons bijelkaar houdt. Als een waarschuwingssignaal waarop je normaliter acteert. Zoals hongergevoel een signaal is voor je noodzaak tot inname van voedingsstoffen. Ze gaat ook uitgebreid in op de consequenties, als dat signaal niet de aandacht krijgt die het vraagt.

Meer dan passend legt Rijks uit hoe persoonlijk patronen van verbinding zijn en hoe individueel de ervaring van de eenzaamheid op zich daardoor is. Dat illustreert ze goed aan de hand van casussen waarbij ze de lezer laat raden of de betreffende beschreven persoon nu eenzaam is of niet. En is het probleem van

chronische aard of niet? Want dat maakt, zo blijkt later, verschil in de manier hoe je met eenzaamheid omgaat.

DE PARADOX VAN EENZAAMHEID

We vervolgen onze reis met mevrouw Rijks in deel twee: weten wat je voor jezelf kunt doen. Ze beschrijft haar eigen ervaringen met eenzaamheid, waarmee ze feitelijk wederom aangeeft hoe menselijk en van iedereen eenzaamheid is. In dit hoofdstuk zet ze ook uiteen welke basis je moet hebben om überhaupt te kunnen gaan werken aan 'hersensensitivatie' en het opbouwen van 'life skills', die de eenzaamheid het hoofd moeten gaan bieden. Hier komt voor het eerst de paradox van eenzaamheid aan bod: hoewel de oplossing voor eenzaamheid zit in het aangaan van verbinding met anderen, maakt eenzaamheid juist dat je die verbindingen niet kunt of wilt aangaan. Mensen die zich eenzaam voelen in een willekeurig sociale omgeving zetten, zonder het voorwerk te hebben verricht, brengt eerder schade

'Het is ons lot mens te zijn in verbondenheid met andere mensen. Gaat er iets mis in die verbinding, is het normale patroon verbroken, dan voelt dat niet goed. Dat is wat we ervaren als eenzaamheid.'

— JEANETTE RIJKS

dan goeds. Een rits aan praktische tips of stappenplannen volgt niet, maar wat wel volgt is een helder verhaal over waar je focus moet liggen als je je eenzaamheid te lijf wilt gaan.

In het laatste deel tot slot ('wat je kunt doen voor een ander'), lift Rijks, naast haar aanbevelingen voor waar de focus op moet komen te liggen, een tip van de sluier rondom de theorieën, die aan de basis liggen voor de hulp die zij geschikt acht. Zij put uit herstelgericht werk, positieve psychologie en oplossingsgericht coachen. Speciale aandacht is er voor de schade die stigmatisering met zich meebrengt en ze vermijdt daarom consequent termen als 'eenzame mensen'. Ook voor de professional geeft het laatste hoofdstuk stof tot nadenken en nieuw inzicht.

CONCLUSIE

PLUSPUNTEN: Begrijpelijke taal, goede documentatie van gedegen onderzoek, alle facetten van het onderwerp worden besproken.

MINPUNTEN: Langdradige feiten-opsommingen voor een deel van de doelgroep. Veel vragen achter elkaar om een punt kracht bij te zetten terwijl het punt al is gemaakt.

Mariëtte van Temmen

SPV i.o bij Tactus Verslavingszorg



VERBINDEN EN ONTSCHOTTEN IN DE VERSLAVINGSZORG

VALT HET DOEK VOOR DE TWEEDELING CURE EN CARE?

Corinne drinkt sinds tien jaar problematische veel alcohol. Sinds zeven jaar kampt zij met een verslaving en sinds de lockdown in 2020 is haar gebruik toegenomen naar dagelijks drie liter wijn per dag. Dit doet ze om haar hoofd stil te zetten omdat ze last heeft van piekeren, angsten, trauma's en dwanggedachten. Het systeem van Corinne trekt aan de bel nadat ze haar baan niet langer kan uitoefenen door de lockdown en ze afglijdt in toenemend gebruik. Corinne stagneert in haar functioneren. Ze komt in behandeling bij het dubbeldiagnose-team, ofwel de verslavingspsychiatrie, die zich richt op abstinentie en de behandeling van de psychische klachten. Om dat te bereiken, besluit de hulpverlening in overleg met Corinne tot een opname, maar één opname brengt niet het gewenste resultaat en meer opnames volgen. Na elke opname worden Corinne's terugvallen in middelengebruik en haar psychische klachten ernstiger. Op meerdere levensgebieden treedt verval op. Haar verslaving wordt chronisch van karakter, gezien het frequente alcoholgebruik en het verlies van grip op haar suïcidale gedachten, haar zelfzorg, sociaal netwerk, veiligheid en emoties. De verslaving grijpt in op vele facetten van Corinne's leven. Een poliklinische behandeling of risicovolle opname is niet meer passend, door het herhaaldelijk terugvallen in alcoholgebruik en de somatische risico's. Corinne krijgt een indicatie voor outreachende verslavingsbehandeling, gericht op 'harm reduction'. Ze wordt doorverwezen naar een F-ACT team binnen de verslavingszorg.



Anne Romijn-van Eikenhorst
SPV i.o. bij Dimence
Verslavingspsychiatrie



Mariëtte van Temmen
SPV i.o. bij Tactus verslavingszorg
regio Apeldoorn

DIT ARTIKEL GAAT OVER EEN SCHEIDSLIJN DIE IN de verslavingszorg nog steeds gemaakt wordt en van grote invloed is op onze eigen praktijk: *cure* (behandelen) en *Care* (begeleiden). Die twee velden hebben uiteenlopende manieren van werken. Het lijkt erop dat Corinne zowel onder de categorie *cure* als *care* valt. Haar situatie is voer voor dagelijkse discussie tussen de verschillende werkvelden. Tussen de werkvelden zijn er uiteenlopende en per regio verschillende, heldere en minder heldere schotten opgetrokken. Corinne's situatie staat niet op zichzelf, verre van.

Wij bekijken de casus vanuit onze eigen werkvelden; zowel vanuit de kant van *care* als *cure*. Corinne's verhaal roept allerlei vragen op. Waar eindigt behandelen en begint begeleiden? Wat heeft Corinne zelf aan het onderscheid tussen die twee? Is er wel

een echt onderscheid? We vatten deze discussiepunten samen onder de overkoepelende vragen:

Is het onderscheid tussen care en cure in de verslavingszorg nuttig? En is er een speciale rol voor ons als SPV weggelegd in het antwoord op het vraagstuk?

Om antwoord te krijgen op de onderzoeksvraag, worden zowel de theorie als de praktijk besproken. Voor het praktijkonderzoek zijn in totaal tien interviews afgenomen bij diverse disciplines die werkzaam zijn in de verslavingszorg binnen de *care* en *cure*. We betrokken directe zorgverleners en behandelaren, alsook medewerkers met een actieve rol met betrekking tot beleidsontwikkeling.

WAT IS VERSLAVING?

Om onze vragen te kunnen beantwoorden, is het goed om stil te staan bij wat verslaving nu eigenlijk is. Waarom is dit een probleem? Wat is de kans op herstel? Wat mogen we daaronder verstaan als het om verslavingsproblematiek gaat?

De DSM-5 beschrijft dat een middelen gerelateerde stoornis en/of verslaving gaat over het gebruik van middelen zoals alcohol, cannabis, amfetaminen en opioïden. Daarbij wordt in de DSM-5 beschreven dat alle middelen die overmatig gebruikt worden, met elkaar gemeen hebben dat zij een directe uitwerking hebben op het beloningssysteem in de hersenen; een systeem dat een rol speelt bij het bekrachtigen van gedrag en het vormen van herinneringen (APA 2014).

Volgens de ggz zorgstandaard alcohol (2017) betreft een verslaving alle gradaties van alcoholproblematiek: zowel beginnen de verslaving tot aan een chronische verslaving. Er is sprake van een verslaving wanneer het gebruik van een middel gaat leiden tot problemen op het gebied van somatiek of op psychisch en sociaal terrein en wanneer er beperkingen of lijdensdruk optreedt. De hoeveelheid alcohol is niet de belangrijkste graadmeter, maar de grip die de verslaafde op zijn leven verliest, zoals op gebied van werken en gezondheid.

Werken aan herstel omvat meer dan een geslaagde ambulante of klinische behandeling. Het gaat ook om functioneel, maatschappelijk en persoonlijk herstel.

VISIES OP HERSTEL

Behandeling van een verslaving richt zich op *herstel* in de breedste zin van het woord. Dat begrip doet zijn intrede in de jaren zeventig van de vorige eeuw. De term komt voort uit een tegenbeweging op de visie die cliënten identificeert met hun stoornis en daarmee afhankelijk maakt van de hulpverlening. Dit tegenwoordig was afkomstig uit de antipsychiatrie Hunsche 2008).

Vervolgens ontstond er in de jaren negentig in Amerika de rehabilitatiebeweging, die zich afzette tegen de gebruikelijke psychiatrische denkbeelden. Er was geen sprake van een antipsychiatrische beweging, maar er werd wel een nieuwe context gecreëerd rond de vereiste ondersteuning van de psychiatrisch hulpbehoevenden (Van der Padt 2010; Brouns 2010).

De bewegingen legden zo de basis voor onze huidige visie op herstel. Werken aan herstel omvat méér dan een geslaagde ambulante of klinische behandeling. Het gaat ook om functioneel, maatschappelijk en persoonlijk herstel (SAMSHA 2012). De vier belangrijke onderdelen van herstel zijn:

- ▶ Gezondheid (het terugdringen van of kunnen omgaan met ziektes of symptomen, zoals in het geval van verslaving staken van het gebruik van alcohol en drugs);
- ▶ Een thuis (veilig en stabiel onderkomen);
- ▶ Een doel (betekenisvolle werkzaamheden en onafhankelijkheid, het inkomen en de mogelijkheden om deel te nemen aan de samenleving);
- ▶ Een gemeenschap (relaties en een sociaal netwerk die ondersteuning, vriendschap, liefde en hoop bieden).

Deze onderdelen komen vanuit de praktijk bezien, terug binnen zowel *cure* als *care*. In die zin zijn beide werkvelden herstelgericht. Maar wat houdt dat herstel op zichzelf nu in? Wanneer is een cliënt 'hersteld'? Twee visies kunnen antwoord brengen op deze vraag.

NEUMAN SYSTEMS MODEL

De herstelvisie vanuit het verpleegmodel van het Neuman Systems Model (NSM) werpt extra licht op de vraag of alleen behandeling valt onder 'herstelwerk'. Neuman stelt dat bij het herstel van een psychiatrische ziekte, het vooral van belang is om een nieuw evenwicht te vinden na een ziekteperiode en om te leren gaan met de ziekte of de gevolgen. De interventies die ingezet kunnen worden in het kader van herstel worden door het NSM onderverdeeld in drie preventiestadia, die duidelijk overlappen in de uitvoering van de verslavingszorg (Merks en Verberk 2021):

- ▶ **PRIMAIRE PREVENTIE** gaat over over het versterken van de weerbaarheid en het verminderen van de risicofactoren. In de praktijk betekent dit dat de eerstelijns hulpverlening (o.a. de huisarts en POH-GGZ) een signalerende functie hebben bij het tijdig herkennen van de symptomen van problematisch middelengebruik en uitval op andere levensgebieden. In dit stadium gaat het over het vroeg herkennen van het probleem (GGZ Nederland 2013);
- ▶ **SECUNDAIRE PREVENTIE** betreft de ondersteuning op alle levensgebieden en is gericht op het herstellen van de stabiliteit en herstel van gezondheid (Merks en Verberk 2021). Deze zorg wordt voornamelijk geleverd door verslavingsinstellingen en behandelcentra.
- ▶ **TERTIAIRE PREVENTIE** omvat de zorg waarbij als doel wordt gesteld om stabiliteit te behouden en zo mogelijk de gezondheid te verbeteren.

WAT ZEGT DE PRAKTIJK?

Cure is als zodanig niet zo duidelijk omschreven als care, maar binnen Tactus is care één zorgpad. Alle andere zorgpaden vallen onder cure.

ELVIRA

Manager Tactus locaties Apeldoorn en Zutphen ambulant, team Cure én Care

Ik werk voor care, maar ik zou mijn cliënten best graag een aanzet willen geven die meer in de richting van behandeling gaat, als ik denk dat ze daar klaar voor zijn. Zo zou ik een inzet van toch weer behandeling, kunnen helpen vergemakkelijken.

DAAN

Casemanager Tactus team Care ambulant, maatschappelijk werker

Ik vind het een onzinnig onderscheid. De problematiek is hetzelfde. Enige verschil: de één voldoet aan minimale voorwaarden om maximaal te kunnen profiteren van de zorg/hulpverlening, terwijl de andere hierin een achterstand heeft.

JOHN

Casemanager Tactus team Care en deels Cure, maatschappelijk werker

Voor mij valt veel in grijs gebied. Een hard criterium voor mij is dat de mensen van cure therapietrouw moeten zijn, dus ik maak een afspraak met je en je komt. Als je dat niet kan, en er is geen begeleider die je daarbij helpt, is dat een indicatie voor Casemanagement en dus care. Poolshoogte nemen, meenemen aan de hand etc. In die gevallen is CM aan het werk maar zijn we binnen cure ook nog met cliënt aan het bouwen.

HARMEN

Klinisch psycholoog voor team Cure bij Tactus.

Bij cure richten we ons op behandeling en bij care op begeleiding. In sommige casussen werken cure en care samen.

LINDA

SPV voor Cure in Enschede

Cure behelst naar mijn idee kortere trajecten, waarbij er een einddoel vaststaat. Abstinentie is veelal het behandelgoal, of controle krijgen over het gebruik. Care zie ik als een cliëntenpopulatie, waarbij er zeker ook sprake kan zijn van behandeling, maar zijn langer, intensiever, outreachend, werken met ketenpartners, behelzen meer maatschappelijke problemen, meerdere inschrijvingen, ambivalentie en harm reduction is ook mogelijk. Het doel kan zijn contact houden, aanspreekpunt zijn, gebruik in beeld krijgen en dit stabiliseren. Het doel is niet direct gericht op abstinentie, tenzij de cliënt dit wenst. Stabilisatie staat vaak voorop.

HILDE

SPV F-ACT-team Tactus Zwolle, team Care, en SPV voor jeugd, team Cure

POSITIEVE GEZONDHEID

Machteld Huber introduceerde met haar positieve gezondheid een nieuwe definitie over 'gezondheid' (Adriaansen 2017). Gezondheid is niet meer zozeer de aan- of afwezigheid van ziekte of stoornis, maar meer het vermogen van mensen om met fysieke, emotionele en sociale uitdagingen om te gaan. Deze verandering van focus brengt ons een andere kijk op herstel, die veel meer gericht is op het versterken van vermogens van mensen zelf om hun 'ding te kunnen doen'. Denken in kansen en krachten, in potentie, brengt ons iets anders dan denken in beperkingen en het werken aan het wegnemen van die beperkingen.

In het verlengde hiervan stelt Jim van Os, psychiater en oprichter van de nieuwe GGZ, dat we psychische gezondheid veel meer bekijken door de bril van die eerder genoemde positieve gezondheid. De hulpverlener doet er goed aan twee talen te spreken, die van diagnostisch interventionist maar vooral ook die van coach: 'Loods de mens door de kwetsbare processen, op zoek naar weerbaarheid' (van Os 2018). De centrale vraag binnen

zijn gedachtengoed luidt: *Welke doelen maken het leven zinvol voor jou?* Door deze vraag te stellen, zal dit automatisch meer vertrouwen in de relatie opleveren en kan het werken vanuit evidence based practice vergemakkelijkt worden.

TWEEDELING IN DE VERSLAVINGSZORG

De verslavingszorg valt onder de specialistische ggz. In de generieke module Landelijke samenwerkingsafspraken ggz (2019) staat de organisatie van de verslavingszorg beschreven. Opvallend is dat in dit document niet wordt gesproken over de tweedeling die in de praktijk van de verslavingszorg wel aanwezig is, namelijk: de verslavingsbehandeling gericht op *cure* en de verslavingsbehandeling gericht op *care* (waaronder ook de sociale verslavingszorg valt). In verschillende settingen wordt er verschillend omgaan met de definiëring van de begrippen *care* en *cure*.

Het onderscheid tussen *cure* en *care* ontstond in de jaren zeventig van de vorige eeuw binnen de somatische zorg. *Cure* werd omschreven als het richten op herstel en genezing. Een behandeling omvatte kortdurende (medische) interventies. Het tijdsbestek van de behandeling diende kort te zijn en de plaats van de behandeling was het ziekenhuis. *Care* daarentegen had als doel de nadelen van ziekten, beperkingen en stoornissen zoveel mogelijk te beperken. Het tijdsbestek van de behandeling was langdurig en chronisch en was vaak gericht op liefdevolle verpleging en verzorging (Keet 2008).

We hebben echter inmiddels gezien dat de huidige definitie van herstel niet per se gaat over het verdwijnen van klachten, waardoor overlap tussen *cure* en *care* een gegeven is gebleken. Verslaving wordt gezien als een chronische ziekte, omdat de dopamine-receptoren gevoelig blijven voor substanties. Wanneer er sprake is van een verslaving in remissie, zou dit onder *cure* kunnen vallen, want er komt ruimte voor behandeling na het behalen van abstinentie en de daaropvolgende stabiliteit. Ook dit pleit voor de stelling dat de termen verslaving en chronische verslaving niet gepast zijn.

Cure is veelal gericht op abstinentie en de insteek is volledig herstel.

PIJLERS VAN CURE AND CARE

Welke insteek van behandeling kiezen *care* en *cure* in de tegenwoordige tijd? Een kijkje in onze keukens:

CURE

- ▶ *Cure* is veelal gericht op het behalen van abstinentie (detox door ambulante en/of klinische behandeling) en de insteek is volledig herstel. *Cure* probeert het chronisch karakter van de verslaving te voorkomen en onderliggende psychiatrische klachten, waaronder een depressie, een angststoornis en PTSS, geïntegreerd te behandelen
- ▶ Sommige plekken hanteren inclusiecriteria die met de duur van de verslavingsproblemen samenhangen. Andere plekken hanteren meer een indeling aan de hand van de vraag of sociaal-maatschappelijk zaken op orde zijn. Een ander criterium is de mate van motivatie voor het behalen van behandoelen.
- ▶ *Cure* is veelal gericht op de primaire en secundaire preventie als genoemd door Neuman.
- ▶ De behandeling binnen *cure* is nagenoeg poliklinisch. Dit vraagt van de cliënt dat die ten allen tijden bereid en in staat is om zelf op de behandellocatie te komen voor afspraken.

Care is grotendeels gericht op symptoomverlichting, persoonlijk herstel en bevordering van participatie.

CARE

- ▶ *Care* kiest veelal een F-ACT benadering (Veldhuizen e.a. 2015), al dan niet in combinatie met krachtgericht werken (Wolf & Jonker 2021) en de presentiemethodiek (Baart 2004).
- ▶ *Care* spitst zich in de praktijk veelal toe op de zorg voor mensen met een ernstig psychiatrische aandoening (EPA) en daarbij chronische verslavingsproblematiek, hoewel de criteria daarvoor verschillen per zorgverlenende instantie.
- ▶ *Care* vindt zijn oorsprong in de sociale verslavingszorg (bijvoorbeeld methadonpost en dak- en thuislozen), wat op sommige plekken nog altijd een belangrijk onderdeel van het werkgebied van *care* is. Ook bemoeizorg (valt onder de oggz, wat vanuit de gemeente wordt gefinancierd), valt vaak onder het aanbod. Maar ook hierin zijn verschillen per instelling en zelfs binnen één instelling waarneembaar.
- ▶ *Care* is grotendeels gericht op tertiaire preventie en daarom gericht op symptoomverlichting, persoonlijk herstel en bevorderen van arbeids- en maatschappelijke participatie. De zorg wordt veelal outreachend vormgegeven, waarbij de behandeling en begeleiding veelvuldig plaatsvindt bij de cliënt thuis.

WANNEER CARE EN WANNEER CURE?

De vraag is wanneer er in de praktijk wordt gekozen voor *care* danwel *cure*. 'Verslavingszorg was van oorsprong meer sociale verslavingszorg', zegt Harmen Koomans van den Dries, klinisch psycholoog voor team *Cure* bij Tactus Verslavingszorg. 'Later pas drong de psychiatrie door in de verslavingszorg. Psychologen en psychiaters voegden hun eigen expertise toe, maar die mensen zitten vooral bij *cure*. Vergelijkbare problemen kunnen daardoor anders benaderd worden, afhankelijk van of je binnen *care* of *cure* valt. Ook was niet meer zo helder wat we nu eigenlijk behandelen. Bij sommige mensen was zelfs het hele verslavingsprobleem niet meer terug te vinden in het zorgplan. Nu zijn we hier door bezuinigingen en financieel beleid in de loop der tijd strenger op geworden. Mede doordat we in hetzelfde pand zitten, verwijzen we sneller door naar team *care* als behandeling niet meer op de voorgrond staat. Ik vind het ook belangrijk dat mensen binnen *care* niet worden afgeschreven. Behandeling moet altijd mogelijk blijven'.

	BETEKENIS	VARIABELE	BETEKENIS
T	Verslaving	To Tis T1 T2 T3	asymptotisch + risicofactoren (begin gebruik jonge leeftijd) frequent <i>binge</i> -gebruik, maar voldoet niet aan diagnose misbruik misbruik met patroon overmatig/ongepast gebruik middelen afhankelijkheid met hunkering en (vaak) tolerantie/onthouding verslaving met compulsief gebruik en verlies positieve belevingen
N	Comorbiditeit	No N1 N2 N3 N4	geen bijkomende of psychiatrische of somatische comorbiditeit lichte psychiatrische (depressie) of somatische problemen (bijv. soa's) matige psychiatrische (ADHD) of somatische problemen (hiv-infectie) ernstige psychiatrische (psychose) of somatische problemen (cirrose) zeer ernstige psychiatrische (dementie)/terminale somatische ziekte
M	Sociaal disfunctioneren	Mo M1	geen of lichte sociale beperkingen matige of ernstige sociale beperkingen
S	Stadium	0 I II III IV	To N>0 Mo: behandeling risicofactor/stoornis Tis-1 No Mo: internet of eerstelijns interventie T1-2 N1-2 Mo: kort ambulant (met/zonder medicatie) T3 N2-3 Mo: langer ambulant (met medicatie) T3 N2-3 M1: lang(er) klinisch of lang intensief ambulant

Wellicht zouden we in plaats van over een TMN-systeem beter kunnen spreken over een VCS-systeem, waarbij V staat voor verslaving, C staat voor de ernst van de aanwezige comorbiditeit en S voor de ernst van van het sociale disfunctioneren. Men dient zich bij dit alles te realiseren dat het hier slechts een analogie betreft, bedoeld om van te leren en geen voorstel voor een formele classificatie.

Tabel 1: Voorstel voor aangepast TNM-systeem voor gebruik in de verslavingszorg. (Van den Brink & Schippers 2001)

In de dagelijkse praktijk van de verslavingszorg zien we dat er duidelijk visieverschillen bestaan binnen *care* en *cure*. Alleen is het niet altijd duidelijk wanneer er sprake is van het één en wanneer van het ander. Hoe wordt dit bepaald?

Sommige verslavingszorginstellingen gebruiken een staging- en profileringsinstrument. Aan de hand van het meetinstrument TMN (zie tabel 1) kan de hulpverlener definiëren hoe ernstig de verslaving, co-morbiditeit, sociaal functioneren en de behandelprognose is. Het instrument is afkomstig uit de oncologie en helpt daar de ernst van een tumor te bepalen en of er sprake is van een prognose waarin iemand volledig kan herstellen/genezen. Dit instrument is vertaald naar de verslavingszorg.

Bij een verwijzing en/of intakegesprek wordt aan de hand van het instrument gekeken hoe de cliënt scoort op de aangegeven deelgebieden. Een hoge score op verslaving, comorbiditeit en sociaal functioneren betekent dat er ingestoken moet worden op een langere klinische of intensieve behandeling ambulant. In dat geval zou verslavingszorg vanuit *care* geïndiceerd zijn.

Het huidige systeem dat binnen de verslavingszorg wordt aangehouden is het meetinstrument 'Measurements in the Ad-

ditions for Triage and Evaluation' (MATE). Dat meet de aard en de ernst van de verslaving, psychiatrie, beperkingen in het sociaal functioneren en de somatische problematiek. Op basis van de uitkomsten kan een stadium toegekend worden, met een advies voor toewijzing zorg (Schippers e.a. 2010). Dit instrument sluit echter niet aan bij het inventariseren van de risicosituaties en creëert geen toegespitste behandeladviezen (bijvoorbeeld of er medicamenteuze interventie moet worden ingezet). Om precieze diagnostiek uit te kunnen voeren en maatwerk te kunnen leveren, pleit dit voor een staging- en profilerings-systeem als het TNM-systeem (Brink & Schippers 2012).

Voor cliënten als Corinne uit de casus waarmee dit artikel opent, valt op zeker moment het besluit dat abstinentie nastreven onhaalbaar is, vanwege de hoge scores binnen het TNM-systeem. In de praktijk blijft het een moeilijke discussie over waar de scheidslijn is, terwijl er een behoefte aan duidelijkheid wordt aangegeven, wat ook blijkt uit de opzet en implementatie van meetinstrumenten voor het bepalen van de zorgzwaarte. Daarbij valt tot slot op dat mensen wel vaak overgaan van *cure*- naar *care*-teams, maar veel minder vaak andersom.

CARE EN CURE: OVER DE DATUM?

Al in 2001 beschrijft de Raad voor de Volksgezondheid dat de indeling van *care* en *cure* kunstmatig en ongewenst is vanuit cliëntperspectief. De Raad stelt dat aan allebei de kanten de schoen wringt. *Cure* is toegespitst op het blijvend elimineren van de oorzaak waardoor genezing optreedt en dat is eerder uitzondering dan regel binnen de curatieve sector, alsook niet meer passend in de huidige visie op herstel en gezondheid. In de praktijk blijkt *cure* vaak niet geheel kortdurend en vindt dan ook vaak plaats buiten de instelling. Omgekeerd wordt er in de *care* sector veel meer gedaan dan alleen liefdevolle verpleging en verzorging, *care* richt zich ook vaak op behandeling, bezien vanuit de huidige visies op herstel en gezondheid. Binnen de ambulante tak van *care* zou je zelfs kunnen stellen dat verpleging en verzorging minimaal aangeboden wordt, maar begeleiding des te meer.

Het onderzoek van Choudhury & Nortjé (2020) beschrijft dat het aanhouden van de termen *care* en *cure* de focus op ziekte onderstreept en zorgt voor een duidelijke tweedeling. Terwijl juist herstelgerichte benadering als gemene deler en een optimale samenwerking tussen *cure* en *care* van vitaal belang is om de zorg goed aan te laten sluiten op de cliënt. Daarbij bestaat er ook nog een niemandsland van formaat tussen *cure* en *care*: het land van de rehabilitatie of revalidatie. Die richt zich op het trainen van vaardigheden en het compenseren van de beperkingen.

Vanuit cliëntenperspectief is de samenhang van de zorg fundamenteel, want een cliënt die bijvoorbeeld herstelt van een operatie kan tijdelijk thuiszorg nodig hebben. Om cohesie in het zorgaanbod te creëren, is het van belang dat *cure* en *care* nauw verbonden zijn. Je kunt stellen: geen *cure* zonder *care*. Deze belangrijke zienswijze werd twintig jaar geleden al beschreven door de overheid. Schrikbarend is dat de terminologie al lang achterhaald blijkt te zijn, maar vandaag de dag nog steeds aangehouden wordt.

DE ROL VAN DE SPV

In de praktijk zien we duidelijk verschillen, maar ook overeenkomsten in het takenpakket van de SPV'ers die zich binnen *cure* en *care* bewegen binnen de verslavingszorg. Zo zijn, om een aantal verschillen te noemen, SPV'ers binnen *cure* veel meer gericht op volledige abstinentie en vindt het contact veelal poliklinisch plaats, in tegenstelling tot de SPV'ers binnen *care*, waarbinnen het bieden van outreachende zorg gericht op stabiliseren en harm reduction centraal staat. Echter, de SPV'ers werken beiden systemisch en zijn gericht op de relatie als basis voor de samenwerking met cliënten, vanuit het presentie-gedachtengoed.

Dit gegeven ondersteunt alles waar de SPV voor staat, namelijk: de inzetbaarheid van een SPV is breed, en de doelgroepen divers: jongeren, volwassenen en ouderen met diverse problemen



‘Onnodig wisselen van hulpverlener is denk ik altijd onprettig voor de cliënt. Nu er enkele collega’s op beide afdelingen werken, zie ik wel dat de behandeling breder ingezet kan worden. De psycholoog en systeemtherapeut werken op beide locaties, waardoor de cliëntenpopulatie in sommige trajecten wat door elkaar gaat lopen. Dit vind ik een goede ontwikkeling. Het uitgangspunt moet zijn dat er zorg op maat wordt gegeven die aansluit bij de hulpvraag van de cliënt. Op welke locatie dat is of in welk team zou geen vraag moeten zijn.’

HILDE ZOER

SPV FACT team Tactus Zwolle, team Care

en klachten in de eerste, tweede en derde lijn van de ggz, maar ook de forensische- verslavings- en verstandelijk gehandicaptenzorg. Diverse leeftijdscategorieën en doelgroepen komen in aanmerking voor SPV-zorg, behandeling, preventie of dienstverlening. De SPV gaat bij uitstek over het aangaan van de relatie die, afhankelijk van de omstandigheden en de zorgvraag, acuut, kortdurend of langdurend van aard kan zijn, maar die de basis vormt voor elke vorm van behandeling en begeleiding. De SPV stemt zorgvuldig af met de leefwereld van de cliënt. Hetzelfde geldt voor de samenwerking met professionals werkzaam in de genoemde instellingen (Derks et al 2014).

DISCUSSIE

De geestelijke gezondheidszorg denkt nog te veel in hokjes. De verdeling tussen *cure* en *care* lijkt voornamelijk voort te komen uit financiële overwegingen en een behoefte aan kaders, maar wekt de indruk dat de twee werelden elkaars tegenpolen zijn terwijl er in de praktijk veel overlap en samenwerking is.

De vraag is hoe de financiële ontschotting kan worden werkstelligd. Sinds januari 2022 is het vernieuwde bekostigingssysteem binnen de GGZ ingegaan, bekend als het zorgprestatie model (ZPM). Een van de pijlers van het ZPM gaat over ontschotting (Nza 2019). Dit betekent dat voor de Basis-ggz, verslavingszorg en overige ggz dezelfde bekostiging geldt. Wat de financiën betreft is het hierin mogelijk om een behandeling te volgen bij *care* en *cure* tegelijk.

Als je de zorg bekijkt vanuit cliëntenperspectief, ontstaat een heel ander beeld van wat er nodig is. Wie kan de cliënt het beste helpen bij zijn of haar vragen? Tijdens interviews binnen het werkveld, kwamen de nodige discussies op gang. Dat doet beseffen dat dit onderwerp iedereen aan het hart gaat. Hierdoor kunnen we concluderend stellen dat er behoefte is aan samenwerking die de cliënt het beste dient in de hulpvragen, zonder

voorbij te lopen aan een bepaalde mate van duidelijkheid over het wie doet wat, en welke zorg past het best bij welke zorgvragen.

De al aanwezige meetinstrumenten om de zorgzwaarte te categoriseren en de zorgprogramma's die een indicatie geven van het passende aanbod kunnen hierin zeker helpend blijven.

Werken met een verdeling van aanbod onder de overkoepelende noemers *cure* en *care* wekt op zijn minst de suggestie van genezen versus leren omgaan met. Die suggestie alleen al werkt naar ons idee stigmatiserend voor cliënten. Niet voor niets kiezen veel medewerkers er in de praktijk voor, de termen als zodanig niet te gebruiken naar cliënten toe. Voorts, er bestaat geen zorgprogramma met de titel *cure*. *Cure* is de onbeschreven overkoepelende titel voor het totale behandelaanbod.

DISCUSSIE

We keren terug bij onze oorspronkelijke vraag: 'Is het onderscheid tussen *care* en *cure* in de verslavingszorg nuttig?'. Het antwoord is een volmondig 'nee'. *Cure/care* is een verouderde en oorspronkelijk vooral financieel gestuurde tweedeling binnen de zorg. Hoewel er vanuit het werkveld een behoefte aan duidelijkheid over het aanbod wordt aangegeven, die we erkennen en herkennen, creëren de termen *cure* en *care* de indruk dat beiden een tegengesteld aanbod hebben. De tweedeling doet geen recht aan de overlap tussen beiden, noch aan de nieuwe visie op gezondheid en herstel. Naar ons idee kan *care* worden geboden vanuit een helder omschreven zorgprogramma, naast de zorgprogramma's die een expliciete kortdurende behandeling met een kop en staart behelzen. De deuren tussen die beide werelden moeten altijd open staan, voor de zorgverleners alsook de cliënten. Bij voorkeur is de fysieke afstand tot beide werelden zo kort als mogelijk.

We trekken in dit verband graag de vergelijking met het GEM-concept (Ecosysteem mentale gezondheid), geleid door Jim van Os. Hij maakt zich hard om onder andere de werelden van *cure* en *care* samen te smelten tot een divers aanbod, een ecosysteem zo je wilt, van behandeling en begeleiding, ingedeeld in de al bestaande zorgprogramma's (van Os 2018). Besluitvorming gebeurt samen met de cliënt, in gezamenlijkheid, en deze vraag staat centraal: 'welke zorgprogramma's dragen uiteindelijk bij aan de antwoorden die cliënt zoekt op zijn of haar vragen? Welke dragen bij aan het recht van cliënt 'zijn ding te kunnen en mogen doen?' welke dragen uiteindelijk bij aan de veerkracht, die hem of haar bestand maakt tegen de uitdagingen van het leven?'

De overkoepelende term *cure* zou bij voorkeur komen te vervallen of wordt vervangen voor een term die bijdraagt aan de verbinding met het zorgprogramma *care* en die recht doet aan de relativiteit van begrippen als 'genezing' en 'herstel'. Vul zelf maar in wat bij je past. Voor de zorgverlener geldt: wie onderdeel

De SPV fungeert bij uitstek als verbinder om te komen tot een ecosysteem binnen de verslavingszorg, waarin de mensen achter behandelzorgprogramma's en de mensen achter Care-zorgprogramma's elkaar weten te vinden.

is van je team, is per cliënt verschillend en volledig afhankelijk van het met cliënt samengestelde pakket. Bij de bepaling van dat pakket tijdens de intakefase, is idealiter een expert uit het behandelaanbod betrokken en iemand vanuit het zorgprogramma *care*. Zo krijgt de cliënt het beste beeld van het totaalaanbod.

De SPV fungeert tot slot bij uitstek als verbinder, om te komen tot een ecosysteem binnen de verslavingszorg, waarin de mensen achter behandelzorgprogramma's en de mensen achter *care*-zorgprogramma's elkaar weten te vinden. Immers, de SPV is al een behandelaar en begeleider in één, en weet al te tappen uit beide. Een SPV doet er goed aan zich goed op de hoogte te stellen van het totaalaanbod binnen de setting waarin hij of zij werkt.

TERUG NAAR CORINNE

Corinne gaat in gesprek met haar regiebehandelaar, overige betrokken hulpverleners en haar naasten. Er wordt in kaart gebracht wat zij nodig heeft om haar ding te kunnen doen. Welke spijzen op de menukaart passen daar goed bij? Welke eerder afgesproken modules moeten er misschien uit, of even 'on hold' worden gezet? Ze komt tot een pakket dat past bij de fase waarin zij verkeert. In dit model is er geen enkele noodzaak om te wisselen van regiebehandelaar of eerste verantwoordelijke die al een tijd naast haar loopt. Wat Karin zoekt is hierin leidend maar zij kan op gedegen advies rekenen van diverse zorgprogramma-experts, die gezamenlijk een klein team vormen, van mensen die vanuit de relatie, die ze met Corinne hebben, zoeken naar de sleutels tot 'haar ding'.

Eerdere projecten zijn ons voorgegaan in het zoeken naar deze sleutels, het Tilburgse project Loket Z (Kremers 2020) laat meerdere sociale instellingen de handen ineenslaan om hulp op

De grens tussen de twee werelden van de verslavingszorg mag minder hard zijn.

maat te bieden in de wijk. Die samenwerking begon met een gedachten-switch. De gedachte 'ik ben van dit team en doe alleen dit werk', maakt plaats voor 'dit is ons team en wij doen samen dit werk'. Het gaat er om dat er geen onderscheid meer wordt gemaakt, maar verbinding, en men houdt elkaar op de hoogte.

AANBEVELING

We stellen dat de grens tussen de twee werelden van de verslavingszorg minder hard mag zijn. Het is de uitgelezen kans voor de SPV'er om zich op de kaart te zetten, door een prominente functie in te nemen als bruggenbouwer tussen de twee werelden. We adviseren je als SPV'er om vanuit je al aanwezige brede inzetbaarheid met je team te kijken naar de hulpvragen van de persoon voor je en vooral bezig te zijn met wat je kunt betekenen voor de ander.

Krachtgericht werken is een mooi vertrekpunt voor de SPV, waarin de competenties van de SPV én die van de cliënt, alsook die van het team, podium krijgen. Een belangrijke vraag die we onszelf kunnen stellen is: hoe kan de samenwerking worden verbeterd om de kloof te dichten?

Het gedachtegoed van Jim van Os kan worden meegenomen als leidraad, door binnen de verslavingszorg een nieuw eco-systeem te creëren waarbij alle experts maar ook de zorgverzekeraars, gemeenten en ervaringsdeskundigheid de handen ineen slaan om cliënten te helpen.

MET DANK AAN: ELVIRA NIJMAN, Manager Tactus de Linie Apeldoorn • DAAN DE KONING, Casemanager/ Maatschappelijk werker Tactus Care Apeldoorn • JOHN KATABALUBUN, Casemanager/maatschappelijk werker Tactus team Care/Cure • MICHIEL STRIJBIS, GZ-en Klinisch Psycholoog en psychotherapeut Tactus de Linie Apeldoorn (tevens duaalpartner) • HILDE ZOER, SPV F-ACT-team Tactus Zwolle, team Care, en SPV voor jeugd, team Cure • LINDA WOLSINK, SPV voor Cure in Enschede • HARMEN KOOMANS VAN DEN DRIES, Klinisch psycholoog voor team Cure Tactus Team Cure • DANIELLE PEER, teamleider team casemanagement Care, Tactus Enschede en de Projectleider van het zorgprogramma Care binnen Tactus. Tot slot bedanken we collega's vanuit Dimence en VNN die liever anoniem blijven vanuit Dimence en VNN die meegedacht hebben. *Dank voor jullie tijd, ervaring en kennis. Dat ons praktijkonderzoek van de informatie voorzag die we hard nodig hadden voor onze conclusies.*

LITERATUUR

- Adriaansen M. (2017) Positieve gezondheid. *Tijdschrift verpleegkundige experts* 127, 3.
- APA (2014). *DSM-5*. Boom uitgevers, Amsterdam.
- Baart A. (2004). *Een theorie van de presentie*. Den Haag: Boom Lemma uitgevers.
- Brink van den W. en G.M. Schippers (2012). *Stagering en profilering bij verslaving*, Tijdschrift voor Psychiatrie, opgehaald van tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/nl/artikelen/article/50-9606_Stagering-en-profilering-bij-verslaving
- Brouns, G. (2010). *Sociaal-psychiatrische verpleegkunde. De ontwikkeling van een verpleegkundig specialisme in het domein van de Nederlandse sociale psychiatrie*. Proefschrift, Universiteit van Maastricht.
- Choudhury D. & N. Nortjé (2020) The hidden curriculum and integrating cure- and care-based approaches to medicine. *HEC Forum* 34(1):41-53
- Derks J., I. van der Padt, en drs. J. Boon (2014). *Expertisegebied Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige, V&VN*.
- GGZ generieke module Landelijke samenwerkingsafspraken (2019). *Landelijke samenwerkingsafspraken tussen huisarts, generalistische basis GGZ en gespecialiseerde GGZ (LGA)*.
- GGZ Nederland (2013). *Een visie op verslaving en verslavingszorg: focus op preventie en herstel*. Amersfoort.
- GGZ Nederland (2017). *Alcohol: problematisch alcoholgebruik en alcoholverslaving*. Opgehaald van ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden
- Graaf, R. de, Ten Have, M., Tuithof, M., van Dorsselaer, S. (2012). *Incidentie van psychische aandoeningen. Opzet en eerste resultaten van de tweede meting van de studie NEMESIS-2*. Amsterdam: Trimbos Instituut.
- GGZ Nederland (2013) *Een visie op verslaving en verslavingszorg: focus op preventie en herstel*. Amersfoort
- Hunsche P. (2008). *De strijdbare cliënt. Van gekkenbeweging tot cliënten bewustzijn. Portretten 1970-2000*. Haarlem: het Dolhuys.
- Keet I.P.M. (2008). Ernstige psychiatrische ziekten: Cure en Care? *Tijdschrift voor psychiatrie* 50 (2008) 9.
- Kremers M. (2020). In vijf jaar zijn we heel goed op elkaar ingespeeld. *Vakblad sociaal werk* #2.
- Merks M., F. Verberk (2020). *Neuman Systems Model*. Assen: Koninklijke van Gorcum.
- NZa (2019) *Zorgprestatie model GGZ&FZ*. Plan van aanpak (definitief)
- Os van J. (2018) *De DSM-5 voorbij!* Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Padt, van der I & B. Venneman (red) (2010) *Sociale Psychiatrie, Visie, theorie en methoden van een maatschappij georiënteerde psychiatrie*. Den Haag: Boom Lemma
- Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (2001) *Advies Care en Cure*.
- Schippers G.N., T.G. Broekman, A. Buchholz, M.W. Koeter W. van den Brink (2010) Measures in the Addictions for Triage and Evaluation: an instrument based on the WHO family of international classifications. *Addiction* 2010; 105:862-71.
- Services Administration Substance Abuse and Mental Health (2012) *SAMSHA's working definition of recovery, 10 guiding principles of recovery*. Rockville.
- Veldhuizen R. van, D. Polhuis, M. Bähler, N. Mulder, H. Kroon (2015). *Handboek (Flexibele) ACT. Herstelondersteunende zorg en behandeling in de eigen omgeving voor mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen*. Amsterdam: Boom uitgevers
- Wolf J., I. Jonker (2021) *Krachtwerk. Methodisch werken aan participatie en zelfregie*. Impuls - Onderzoekscentrum maatschappelijke zorg, Radboudumc Nijmegen.



ZONDAG

Geen plaats ter wereld is zo godverlaten en zo fatsoenlijk als het Scheldeplein, bij avond als het regent en de straten langer en glimmender en leger zijn.

Dit is een stad met veel te weinig moorden. Het regent gluisperig in het plantsoen. De tramrails wijzen koppig naar het noorden en dat is dan ook alles wat zij doen.

Die man zou het waarschijnlijk niet begrijpen, die man daar op de hoek, wat ik bedoel, wanneer ik plotseling zijn hand zou grijpen en zeggen zou, hoe eenzaam ik me voel.

Ik ga naar huis. Daar wachten me twee ramen, een beddensprei (gehaakt), en aan de muur een plaatje van een veel te mooie dame. En dan de wekker nog. Op zeven uur.

— Annie M.G. Schmidt

Eenzaamheid als mogelijkheid



Onmetelijke eenzaamheid,
eenzaamheid als
mogelijkheid tot
zelfwording en zinvinding
Ton Jorna & Willem Voois
2015
Eburon
136 pagina's
Prijs € 19,95
ISBN 978 90 5972 908 7

BEOORDELING
6,5/10

De titelbeschrijving van het boek geeft in één zin weer waar het boek over gaat. En ook het omslag trekt de aandacht. Onmetelijk. Zinvinding. Hoe beleeft een ieder eenzaamheid en het lijden? Mijn eigen ervaringen kwamen gelijk boven en ik vroeg me af; hoe gaan we als professional met eenzaamheid om?

Ik heb ervoor gekozen om te lezen vanuit het thema van ons vakblad: 'Eenzaamheid'. Een thema waarvan wij, studenten SPV, vinden dat het nog steeds een onderbelicht onderwerp is binnen de hulpverlening. De opdracht die we ons hebben gegeven is het beschrijven van eenzaamheid vanuit verschillende invalshoeken met ondersteuning vanuit meerdere theorieën. Op deze manier willen wij de SPV meer kennis en kunde bieden die rondom dit thema spelen. Dit boek sluit daar perfect op aan.

Eenzaamheid wordt door ieder mens anders ervaren. Behalve dat eenzaamheid gezien wordt als een maatschappelijk probleem, als een gemis aan relaties en aan kwaliteit in relaties, gaf de vlinder op het omslag mij gelijk het gevoel van hoop en ontplooiing. Herkenning ook vanuit de ervaring dat eenzaamheid en zielenpijn naast de zwaarte ook een kans kan bieden op het inslaan van de ongebaande paden en zelfverwording, mits je de kracht hebt of krijgt om dit aan te gaan. De auteur vertaalt de vlinder als een verwijzing naar de ziel; beide ongrijpbaar en beide in staat tot ontwikkeling. In de Griekse oudheid het symbool van de ziel.

In het kader van eenzaamheid als maatschappelijk probleem worden allerlei eenzaamheidsprogramma's uitgevoerd. Maar bieden deze wel soelaas? En zo ja, hoe lang duurt dat dan? *Onmetelijke eenzaamheid* benadert eenzaamheid vanuit een ander perspectief. als een realiteit die verband houdt met het menselijk bestaan, ontstaan vanuit een aaneenschakeling van momenten in het leven. Wat doet het bestaan met mensen en wat is de betekenis van deze eenzaamheid in hun bestaan? Eenzaamheid is dan een innerlijke ervaring die, als je hem serieus neemt, aanzet kan geven tot het proces van zelfwording en zinvinding. Het behoort tot de inhoud van en diepte in ieders bestaan en is daarmee 'onmetelijk', 'groots en niet meetbaar op een eenzaamheidsschaal'.

De auteurs benaderen eenzaamheid vanuit ver-

schillende perspectieven waardoor je aan het denken wordt gezet. Aan de hand van biografische voorbeelden, maatschappelijke ervaringen en de wetenschappelijke benadering komen zij tot wat volgens hen de essentie is in het benaderen van eenzaamheid.

SAMENVATTING/KERN

Het boek start met een beschouwing van onderzoeken naar eenzaamheid vanuit de sociale benadering en de *evidence based medicine*. Het laat zien dat de benadering van eenzaamheid veel meer vraagt en kan brengen dan louter die van het bestrijden ervan. Het één sluit het ander niet uit, maar het vraagt naast medische en psychische modellen ook aandacht voor de zorg voor de ziel. Het is goed dat de maatschappij zich het lot aantrekt van mensen die eenzaam zijn en dat er beleid wordt gemaakt, maar het mag niet de bedoeling zijn dat er niet meer gekeken wordt naar wat eenzaamheid nog meer kan inhouden dan louter het gebrek aan en in relaties.

Het vraagt de nodige inspanning om de schrijvers te volgen in hun beschouwing en betoog. De hoofdstukken kenmerken zich door filosofische uitspraken gecombineerd met wetenschappelijke artikelen, andere auteurs van het onderwerp eenzaamheid en biografische voorbeelden. Het is geen boek waarvan je af en toe even een paar bladzijden leest. Bij het langer doorlezen ontstond er samenhang en inzicht over hoe kwetsbaar en verdiepend eenzaamheid tegelijkertijd kan zijn. Om niet je eigen maatstaven toe te passen bij het zien van de ander en het andere vraagt waakzaamheid (Voois, 2003). Jezelf bewust blijven van mogelijke (tegen)overdracht waarover ook gesproken wordt in de psychodynamische psychiatrie. Wat voel je en wat denk je in het contact met de ander en wat vertelt dat over jou en over de ander?

Het gaat de auteurs om de mens achter de eenzaamheid en dit vraagt dat een naaste (familie, vriend, geestelijk verzorger of professional) open-

staat voor het verhaal van de ander, dat het weten van het niet weten niet benaderd wordt met mogelijke oplossingen en interventies, maar dat het juist de tussenruimte is waar je elkaar ontmoet en er ruimte is voor het verhaal van de ander en ontplooiing.

Niet bestrijden, maar betreden. De gevoelens en het verhaal van de ander passen niet in een concept of model, het gaat om betekenisvol zijn. Het vraagt het gedrag van de ander anders te zien, niet als probleem maar als zoektocht naar zingeving en zelfverwording.

Vanuit tal van biografische voorbeelden maken de auteurs duidelijk hoe uniek de weg is die veel mensen vanuit eenzaamheid zijn gegaan. Er is geen standaard of model voor te maken, maar wel dat bij velen begeleiding bij het proces tot zelfverwording heel welkom of zelfs nodig is. Innerlijke groei blijft uniek en het boek geeft veel voorbeelden van eenzaamheid als transformatie. Het ervaren van de breukervaring, het diep eenzaam voelen, waarbij het aangaan van de diepte, het ongewisse bij het existentieel lijden altijd een mogelijkheid is. Maar wat gepaard gaat met weerstand en tegenwerking door onbegrip, schaamte om te voorschijn te komen en angst om ergens doorheen te gaan en nog geen vertrouwen hebben dat je door er doorheen te gaan je ergens anders uit kunt komen (blz.66). Ofwel 'De ondraaglijke lichtheid van het bestaan'(Kundera, 1984).

KOPPELING NAAR DE SPV

'Die woestijn ontvlucht ik. Ik ben er als de dood voor. Ik kan de kille aanblik van haar kaalheid niet verdragen. De spiegel waarmee ze mij aan mijzelf toont, boezemt mij angst in. Ze toont mij dingen die ik liever niet zie. Ik ervaar haar als afschuwelijk eenzaam niemandland, en daar bedank ik liever voor.' (uit de Smaak van de stilte', Vandekerckhove, 2010)

En juist die woestijn moet je durven te betreden, schrijven de auteurs. Een onmetelijke vlakte waar geen wegen zijn en water al evenmin. Het uithouden met

jezelf. De verworven stilte, het dode punt, waar je twijfel, je gezwoeg, geworstel en verlamming bovenkomen, maar waar je ook tot het wezenlijke in jezelf komt, je levensvervulling, die je alleen kunt ervaren door zelf de weg te gaan.

De cliënt ondersteunen bij het durven betreden van de woestijn, zie ik vanuit onze rol als SPV als belangrijkste competentie in behandeling. Vanuit de presentietheorie oprecht en nieuwsgierig blijven naar de ander. Vanuit vertrouwen en tijd hebben voor de ander, ruimte maken voor moed en kwetsbaarheid. Zoals Anne Goossensen, hoogleraar Zorgethische aspecten van informele zorg, ook noemt: presentie als sleutel in plaats van allerlei sociale interventies. De ander zien staan, met een open blik benaderen en tot je door laten dringen wie de ander is en hoe hij of zij zijn of haar ziekte beleeft. Inclusief waar de pijnpunten liggen en welke betekenis dat heeft. 'Zijn is gezien worden.'(Goossensen, 2011). Haar pleidooi gaat over het onvermijdelijke gevolg van het toepassen van eigen en maatschappelijke maatstaven bij het oordelen en zien van de ander, en het in het algemene normaal moeten passen waardoor bij eenzaamheid het opheffen van klachten centraal komt te staan en niet de ander helpen tevoorschijn te komen.

Een pleidooi dat podium geeft voor de narratieve benadering en het intergeneratieve perspectief. Waarbij ieders verhaal en levenspad uniek is en we door in de behandeling aandacht te geven aan het verhaal en onderlinge samenhang van gebeurtenissen, de cliënt ondersteunen bij het inzicht krijgen in wat was, wat is en geworden is.

Dit vraagt van de SPV in behandeling aandacht voor introspectie en mentaliseren bij de cliënt. Het deed me terugdenken aan eev filmpje, tijdens een college van de SPV-opleiding: 'It's NOT about the nail' van Jason Headly (2013). Waarbij duidelijk uitgebeeld wordt dat het om de ander zijn proces gaat, de ander volgen en de tijd laten nemen om zelf te zien en begrijpen en niet alleen wat jij ziet en toelicht.

Van Asperen(1993) schrijft hierover dat je alleen maar een visie kunt hebben als jezelf iets ziet, niet doordat iemand anders je vertelt dat er iets te zien zou zijn. Je kan hierbij begeleid worden door een betekenisvolle ander, maar het inzien blijft een eigen innerlijk gebeuren.

Mentaliseren als belangrijke vaardigheid. Wat bij cliënten met EPA en/of LVB soms een stap te ver is en het belang van een betekenisvolle relatie gelijk weer naar voren komt; je kunt iemand laten zijn door hem te zien.

CONCLUSIE

Al is het misschien wat doorworstelen aan het begin van het boek, door de tijd te nemen en te begrijpen waar de schrijvers naar toe willen, ontstaat er ruimte om het te boek te omarmen. Het laat je raken door de filosofische metaforen en persoonlijke verhalen en het benaderen vanuit verschillende perspectieven. De publicaties van andere (ervarings)deskundigen waren treffend en passend bij het onderwerp. Waardoor een waardering met een 9 voor het boek.

Door de manier van schrijven; zinsopbouw en woordkeuze is het boek lastig te lezen voor een grote groep mensen. Wat jammer is voor een thema als eenzaamheid met mooie metaforen, inzichten en persoonlijke verhalen die voor een ieder toegankelijk zouden moeten zijn. Hierdoor een waarfdering voor de schrijfstijl met een 6,5.

Schrijver Ton Jorna sluit zijn boek af met een alles zeggende persoonlijke ervaring over zijn verschrikkelijke ervaringen in zijn jeugd, die hem diep eenzaam hebben gemaakt en wat de rol als SPV sterkt om naast medische modellen, wetenschappelijk onderzoek en maatschappelijke initiatieven ook bewust te zijn van eigen houding en daarbij vooral het mens-zijn, intuïtie en het onderbuik gevoel er te laten zijn, ook als je daarvoor de gebaande paden moet verlaten;

Agnes Bel

SPV i.o bi Dimence



Loneliness is als eenmalige uitgave het afstudeerproject van de opleiding tot Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige, leergang 2021-2023, aan de Hanze Hogeschool te Groningen.

HOOFDREDACTIE

Berend de Groot

REDACTIE

Agnes Bel, Lotte Duerink, Sylvia van Gelder, Lianne Groen, Anne Romijn, Lizanne Schouwink en Mariëtte van Temmen

VORMGEVING

Bart van der Griendt, m.m.v. Mariëtte van Temmen

AAN DIT NUMMER WERKTE MEE:

Teo Visser, docent HanzeHogeschool Groningen