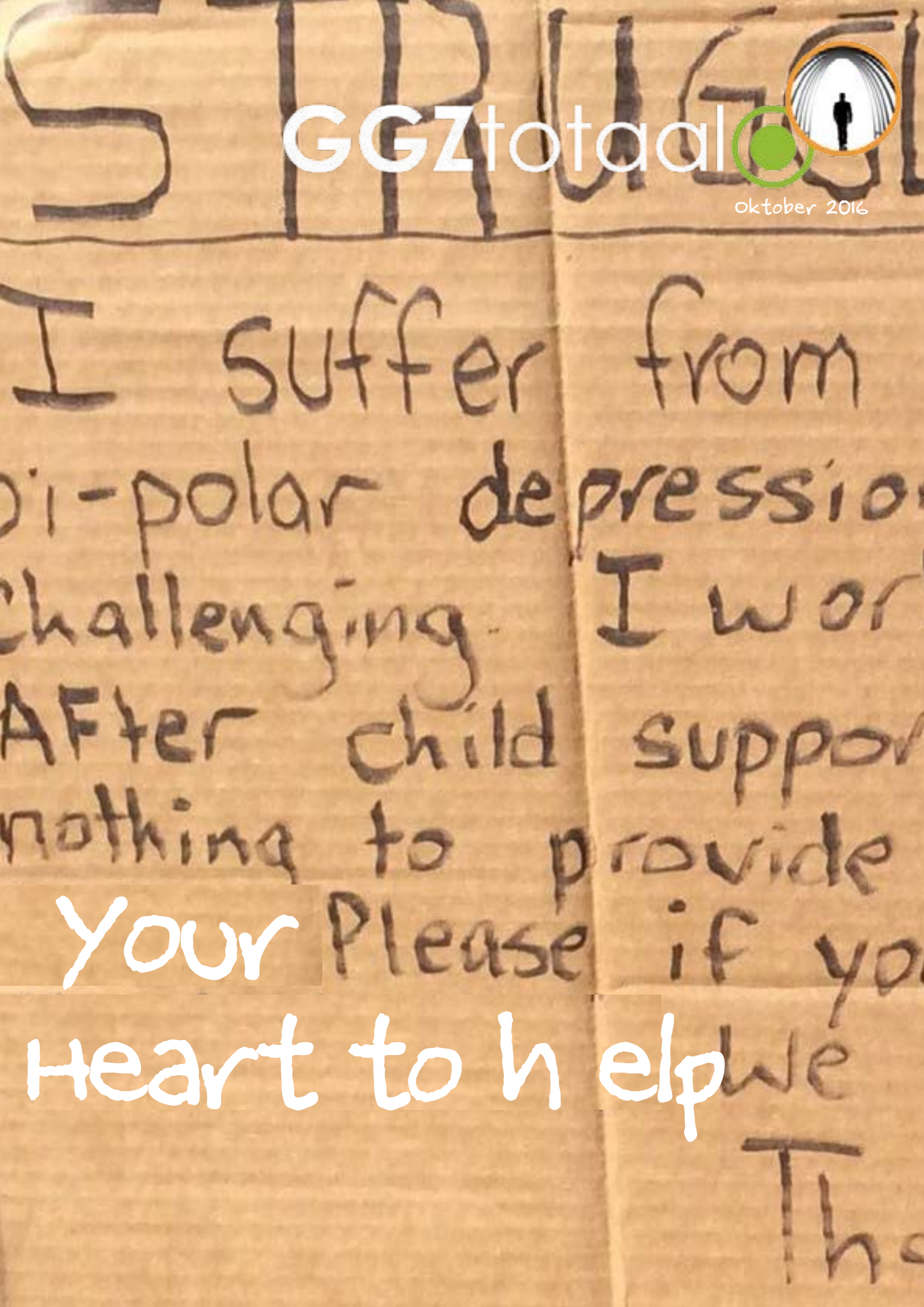


GGZtotaal

oktober 2016

Your Heart to help

Inhoudsopgave *Oktober 2016*

Your heart to help
De GGZTotaal van oktober

Naar artikel➤

Het emotie–anticipatie project.
Hoe mensen met autisme emoties van anderen kunnen leren herkennen

Naar artikel➤

‘The American Dream!’
Een studiereis naar de GGZ van Chicago

Naar artikel➤

Oude kranten: vijftig jaar geleden in de media
De kranten van oktober 1966

Naar artikel➤

‘Schrijven doet iets met je’
Vijf mensen met psychische problemen over hun ervaring met schrijven

Naar artikel➤

Terugkeer naar werk
De reactie van UWV op ons eerdere artikel

Naar artikel➤

Tussen leven en dood hangt er mist
Een gedicht van ©Gisele Vranckx

Naar gedicht➤

Enkeltje geluk
Een column van Niki Stoker

Naar column➤

De intuitie van de psychiater
Boekrecensie door Johan Atsma

Naar recensie➤

"Your heart to help"

Er zijn onderzoekers die beweren dat therapie maar voor 15% afhankelijk is van bewezen werkzame interventies. De rest, maar liefst 85%, is suggestie, de ‘klik’ met de therapeut, betrokkenheid en intuïtie. En niet te vergeten de motivatie van de cliënt. Ons oktobermagazine gaat, min of meer toevallig, grotendeels over deze 85%. ‘Your heart to help’, zoals een bedelaar in Chicago het op zijn karton heeft geschreven. Overigens willen we gaan afbreuk aan zaken als vakkennis, protocollen en evidence based behandeling. Maar iets méér aandacht voor het niet-wetenschappelijke gedeelte van therapie, dat nota bene de meeste invloed heeft, zou wel op zijn plaats zijn.

Pascale Bekkering kijkt tijdens een studiereis vol verbazing naar de GGZ in de Verenigde Staten. Bewondering om de bevlogenheid en de trots waarmee de verpleegkundigen daar met hun vak bezig zijn, wordt afgewisseld met verbazing over hoe veel goeds teniet gedaan wordt. Vanwege de protocollen die op hun beurt worden gestuurd door de zorgverzekeringen. Geen geld? Dan ook geen behandeling, althans niet volwaardig. Daar kan bevlogenheid maar een klein beetje tegenwicht aan bieden.
‘Schrijven doet iets met je’, concludeert Corrie Gramser in haar gelijknamige artikel. Onbewezen, maar de vijf geïnterviewden zeggen veel aan hun schrijfwerk te hebben gehad. Overigens is schrijven voor diverse vormen van therapie al een vast onderdeel.
Ook de titel van het boek ‘de intuïtie van de psychiater’ lijkt in de richting te gaan van fingerspitzen en onbewezen interventies. Niets is minder waar: de schrijvers doen een intrigerende poging om intuïtie wetenschappelijk te verklaren. Onze recensent Johan Atsma kon de poging wel waarderen, maar was desondanks niet onder de indruk van het boek.
Ruud van Nimwegen zoekt in zijn ‘emotie-anticipatie project’ naar manieren om mensen met autisme te leren emoties van anderen te herkennen. Hij beschrijft diverse manieren die gebruikt worden, maar komt ook tot een ontnuchterende constatering: vanuit hulpverleners is er weinig aandacht voor, terwijl mensen met autisme er wel behoefte aan hebben. Sommigen hebben het zichzelf geleerd, met behulp van hun ouders. Soms gebruikten ze ook hulpmiddelen, maar opvallend genoeg niet de hulpmiddelen die hulpverleners noemen.
Daar sta je dan, met je evidence based behandelprotocollen.

In een vorig magazine lieten wij drie personen aan het woord, die problemen hadden met instanties als UWV en DWI. Het lukte ons destijds niet om een reactie te krijgen van de juiste mensen binnen die instanties. Wat ons niet lukte, lukte UWV wel: contact! We zijn erg blij met hun reactie op het artikel.

Tot slot: dit is waarschijnlijk de laatste keer dat Niki Stoker een column voor de GGZTotaal schrijft. Niki heeft andere plannen, en zal zich meer richten op schrijven over die plannen. U leest daarover alles in haar - helaas - laatste column voor ons. Maar wellicht kunt u haar benaderen voor een column in een ander blad.

Reageer

Bron foto

Het emotie-anticipatie project. Een nieuwe invalshoek om mensen met autisme emoties van anderen te leren herkennen

Ruud van Nimwegen

Bijna ieder mens vindt het fijn om prettige sociale contacten met anderen te hebben. Je maakt vrienden en vriendinnen, je wilt samen genieten van vrolijke dingen maar ook anderen kunnen steunen of zelf gesteund worden in wat mindere tijden.
Een deel van de mensen met autisme heeft echter moeite met sociale contacten. Eén van de oorzaken hiervan is dat het moeilijk is om de emoties van anderen te herkennen en hierop te anticiperen. Dit kan leiden tot misverstanden, frustraties en onbegrip in sociale situaties.
De vraag is:

- **Kan het herkennen van emoties bij anderen en het anticiperen hierop, door iedereen geleerd worden?**
- **Hoe leren mensen met autisme deze vaardigheden op dit moment?**
- **Wat zijn de resultaten hiervan?**
- **En.....is dit überhaupt wel nodig?**

Het antwoord op deze vragen blijkt een hele zoektocht. Dit artikel gaat over de vraag wat er met die zoektocht wordt gedaan, bij mensen thuis, in een behandelsetting en op digitaal gebied.

Wederzijds prettige sociale interacties: de uitdaging

Mensen met een autisme spectrum stoornis (ASS) hebben moeite om emoties bij anderen te herkennen, te interpreteren in een context en hierop te anticiperen. 93 % van de communicatie is non-verbaal: 55 procent door gezichtsuitdrukkingen, lichaamstaal en gebaren; 38 procent door intonatie van de stem. Vooral deze non-verbale emoties begrijpt een deel van de mensen met autisme niet of moeilijk.
Uit interviews met een tiental autistische mensen die deze problemen ervaren kwam naar voren dat dit voor hen leidt tot misverstanden, frustraties en onbegrip bij anderen waardoor zij:

- zich sneller afsluiten van sociaal contact
- onzeker zijn over zichzelf in een groep mensen of met een enkeling
- vermoeid (mede door slapeloosheid) zijn door piekeren over gebeurtenissen en door intensiteit van sociale contacten
- somber/depressief kunnen raken door verliezen van vriendschappen, het hebben van een laag zelfbeeld en de dagelijkse confrontatie met de eigen beperking

Het hebben van wederzijds prettige sociale interacties heeft dus zijn uitdagingen.

Hoe werkt dat ‘anticiperen op de emoties van anderen’?

Om emotie van anderen te kunnen herkennen let iemand op de combinatie van: context, lichaamshouding en gezichtsuitdrukking.
Om te kunnen anticiperen op emoties van anderen doorloopt iemand de volgende stappen: kijken, herkennen, interpreteren, context begrijpen, anticiperen. Als deze stappen lastig zijn (omdat herkennen moeilijk gaat) kan gebruik gemaakt worden van verbale communicatie: als je niet ziet wat iemand voelt, kun je het vragen. (Bron)

De zoektocht naar manieren om emotieherkenning bij anderen te leren

Uit interviews met een aantal specialisten komt naar voren dat er weinig tijd gestoken wordt in het leren van vaardigheden om emoties te herkennen bij anderen. Er is wel enige ruimte binnen een begeleiding maar veelal niet als op zichzelf staand doel. De twee redenen die genoemd worden zijn: 1) het kost te veel begeleidingstijd, 2) het levert relatief weinig op.[1] Dit komt omdat het generaliseren van de geoefende vaardigheden naar de praktijk vaak erg moeilijk is: er is veel herhaling nodig (ondersteund door omgeving zoals ouders/leerkracht) en vaak werkt oefenen in de praktijk/setting beter dan op een ambulante poli. Daarnaast is er in het verleden voornamelijk aandacht geweest om sociale vaardigheden te trainen vanuit een breed perspectief. Te denken valt aan:

- luisteren naar anderen,
- een gesprek op gang houden,
- Iemand een compliment geven, etc..

De laatste jaren is er pas aandacht gekomen voor emotie-herkenning bij anderen als zelfstandig thema.

[1] Deze uitspraak is vanuit het perspectief van de behandelaar. We hebben niet bij de cliënten kunnen nagaan of het vanuit hun perspectief weinig oplevert. Cliënten kunnen namelijk al blij zijn met een kleine verandering en deze als positief beschouwen.

Huidige behandelmethoden en hulpmiddelen

Behandelmethoden die nu gebruikt worden zijn:

- het zelf nabootsen van emoties
- het gebruik van plaatjes/foto's van mensen met gevoelens in een context (Feelings platen)
- soms worden er ook filmpjes gebruikt

Maar alle geïnterviewde behandelaren geven aan: eigenlijk hebben we geen goed materiaal hiervoor en helemaal niet iets wat van deze tijd is.

De andere kant van het verhaal is dat de geïnterviewde jongeren en volwassenen met autisme aangeven dat ze veel problemen ondervinden door het niet goed kunnen herkennen van emoties bij anderen. Er is dus wel behoefte aan een oplossing hiervoor.
Sommigen geïnterviewden vertelden dat ze dit zichzelf en met behulp van de ouders hebben geleerd. Opvallend is dat zij hulpmiddelen noemen die niet genoemd worden door de behandelaren bijvoorbeeld:

- spelen van spellen met een digitale dialoog systeem (RPG's en adventure games die onbedoeld het effect van een serious game hebben)
- oefenen met specifieke series/films waarbij voorspeld moet worden hoe de hoofdpersoon (qua emotie) gaat reageren in een bepaalde scene en waarom.

Ook zijn er onderzoeken gedaan naar, en prototypes ontworpen van, digitale hulpmiddelen voor deze emotie-herkenning uitdagingen. Ook hier lijkt het er op dat er weinig bekend is in het werkveld.
Op het gebied van ADHD zijn er bijvoorbeeld wel digitale interventies/hulpmiddelen die bekender zijn in het werkveld en waar onderzoek naar wordt gedaan (maar waarbij deelname of toepassing ook wisselend is vanwege kosten dan wel nog onvoldoende bewezen effectiviteit).

Wat ons opvalt is dat in de onderzoeken, dié we hebben kunnen vinden over deze hulpmiddelen (veelal serious games), geen bewijs is geleverd dat mensen met autisme in de praktijk beter de emoties van anderen hebben leren herkennen. Het is een grote uitdaging voor ontwikkelaars en onderzoekers.
Ook hier het contrast met hetgeen wij vernomen hebben in enkele interviews met jongeren en hun ouders. Die geven aan dat ze er een stuk beter in geworden zijn.
Is het hen, door jarenlang oefenen, op hun eigen manier wel gelukt? Of zou eenzelfde groep jongeren zonder extra oefeningen door levenservaring hetzelfde resultaat geboekt hebben na al die jaren?

Bron foto

Wat voor type hulpmiddelen zijn er

Tijdens ons marktonderzoek zijn we diverse digitale hulpmiddelen tegen gekomen, meestal in de vorm van een prototype die ontwikkeld is in samenwerking met een universiteit. We zijn nog bezig om hier een duidelijk overzicht van de creëren en hierbij antwoord te krijgen op de vraag: 'leer je met deze tool in praktijksituaties beter emoties van anderen te herkennen en kan je erdoor beter anticiperen op de emoties van anderen?'. Met de onderstaande voorbeelden willen we alleen een indruk geven van wat soorten digitale trainingen er zijn. We laten hierbij in het midden of deze ook werkelijk effect hebben.

Specifiek ontwikkeld voor emotie herkenning:

- Emotieherkenningssoftware in combinatie met
  - Een slimme bril (bijv. Google glass)
  - Serious games (bijv. Life is game)
- Robot (bijv. Milo)
- Serious games (bijv. Let's face it)
- Oefeningen (bijv. Pat Crissey, social stories)
- Spelvormen (bijv. die van de universiteit van Victoria)

Oefeningen/hulpmiddelen die mensen zelf gevonden hebben om emotieherkenning bij anderen te leren:

- Series en films analyseren
- Situaties op school, werk, relatie met elkaar bespreken waar emoties van anderen een rol spelen
- Spelen van bestaande (digitale) spellen met daarin verschillende personages (RPG's)
- Communicatieve vaardigheden oefenen om anderen beter uit te kunnen/durven vragen

Dit zijn vele losse ontwikkelingen en oefeningen. Het ontbreekt echter aan overzicht hoe de sterke kanten van elk hulpmiddel geïntegreerd kan worden in een behandelproces of bij een zelfstandige training. Er is behoefte aan overzicht met daarin: welke tool past bij welke leeruitdaging, welke type stoornis, op welk moment in het leerproces. Welke zijn gevalideerd door onderzoek en wat zijn de best-practices hierin.
Onderdeel van de missie van www.emotieanticipatie.nl is om hier antwoorden op te krijgen.

Moet je het wel willen leren?

Bij ons kennisportaal komen ook andere type reacties binnen van mensen met autisme:

- Waarom moeten we dit leren als het zo moeilijk voor ons is? Het kost zoveel energie en levert veel frustraties op.
- Waarom mogen we niet tevreden zijn met hoe we zijn en wat we wel kunnen?
- Moeten we ons altijd conformeren aan wat de 'normale/neurotypische' mens kan?
- Waarom richten jullie je niet op het beter accepteerbaar maken van onze 'beperking' bij anderen?
- Wat zou het fijn zijn als anderen eens echt zeggen wat ze bedoelen/voelen en niet 'liegen' over hun emoties.
- Wat zou het fijn zijn als ik gewoon al mijn fouten mag maken in het bijzijn van anderen zonder dat ik mij daar schuldig over hoef te voelen.

Dit zijn interessante invalshoeken.

Wat we veel terugkrijgen is dat het bewust worden van je eigen beperkingen erg confronterend is. En deze confrontatie vindt niet alleen plaats op het gebied van emotieherkenning bij anderen, maar ook op andere gebieden, en dit dag in, dag uit.

De zoektocht maakt ons bewust dat de oplossing niet ligt in een enkele tool en dat deze niet vanuit één perspectief bekeken moet worden. Wij zetten deze zoektocht voort om antwoorden te vinden op de vraag hoe het makkelijker te maken is om wederzijds prettige sociale interacties te hebben. Hier staat centraal het thema emotieherkenning bij anderen en het anticiperen hierop.●

Ruud van Nimwegen is mede-initiatiefnemer en eHealth projectleider.

Met dankt aan Lisette Klompe en Iris voor het geven van aanvullingen en verbeteringen.

Het emotie-anticipatie project werkt samen met Stichting Klimkoord

Verzamelen van ervaringen, overzicht creëren op wat er is, en dit verbeteren

Het emotie anticipatie project is in het leven geroepen om de beste voorbeelden (best practices) te verzamelen, deze te laten onderzoeken en deze te verbeteren. Door dit te doen wordt het mogelijk gemaakt om het makkelijker leerbaar te maken om wederzijds prettige sociale interacties te hebben. Hierbij wordt de nadruk gelegd op emotieherkenning bij anderen, dit in een context te plaatsen en hierop te anticiperen. Ook kijken we naar onderwerpen die hier sterk aan gerelateerd zijn (zie hierboven).

Wij zoeken mensen die:

- hebben geleerd om:
  - beter emoties van anderen te herkennen
  - deze emoties beter in de situatie (context) te plaatsen
  - beter te anticiperen op emoties van anderen
- willen delen hoe -het herkennen en omgaan met emoties van anderen- wordt ervaren.
- een alternatieve visie hebben op hoe hier mee om te gaan

Stuur een bericht via de website of naar mail@emotieanticipatie.nl en help anderen met jouw ervaring.

We zijn erg benieuwd wat jij (iemand met autisme, naaste, begeleider, behandelaar) precies hebt gebruikt/gedaan en hoe dit heeft geholpen. Wij verzamelen deze ervaringen op ons kennisportaal www.emotieanticpatie.nl en ze worden ook gebruikt om digitale trainingen te ontwikkelen of te verbeteren.

Reageer

'THE AMERICAN DREAM!'

Een studiereis naar de GGZ van Chicago

Pascale Bekkering

In dit artikel beschrijf ik de highlights van mijn ervaring van een 5-daagse studiereis naar Chicago. Deze studiereis was een onderdeel van de opleiding tot verpleegkundig specialist en vond plaats aan het einde van het 1e studiejaar. Doelstelling van deze studiereis was het versterken van het internationale profiel van de opleiding tot verpleegkundig specialist en tevens om op internationaal niveau ervaring op te doen in het uitwisselen van kennis en ervaring in de beroepsuitoefening.

'THE AMERICAN DREAM!'

Op 4 juni 2016 vertrok een gezelschap bestaande uit 5 docenten, circa 30 studenten van de Master of Advanced Nurse Practice GGZ en circa 30 van de Master Advanced Practice AGZ.
Het 5 daagse studie programma was opgedeeld in de volgende onderdelen:

- *Er werden diverse lezingen verzorgd bij het College of Nursing aan de University of Illinois at Chicago waarbij het accent vooral lag op de organisatie van het gezondheidssysteem in de VS en de profilering van het verpleegkundig leiderschap.*
- *Wij bezochten het Franciscan House, één van de oudste en grootste dak- en thuislozen opvangcentra.*
- *Iedere student liep 2 dagen individueel mee met een verpleegkundig specialist. Ik liep mee met een verpleegkundig specialist werkzaam bij University of Illinois at Chicago. Wij hebben daar ervaringen uitgewisseld over onze beroepsuitoefening. Bij die gelegenheid heb ik de werkwijze kunnen observeren bij een psychiatrische opname afdeling voor volwassen en een opname afdeling voor adolescenten.*
- *Bij Linden Oaks at Edward, een kliniek en polikliniek, gelegen in een villawijk nabij Chicago City, was ik aanwezig bij een groepsessie bij een detox-afdeling en kon ik aansluiten bij een Emotional Regulation Groupstherapy sessie.*

Gezondheidszorgsysteem in de VS in vergelijking met het Nederlandse zorgsysteem

Het is lastig om over 'het' gezondheidszorgsysteem in de VS te spreken. Er bestaat geen eenduidig zorgsysteem in de VS. De zorg is marktgestuurd en iedere deelstaat heeft zijn eigen regel- en wetgeving. De wijze waarop een individu is verzekerd bepaald welke zorg wordt vergoed. Wie een goede zorgverzekering heeft ontvangt de juiste en excellente zorg, maar een goede zorgverzekering is naar verhouding met Nederland zeer kostbaar. Patiënt Protection and Affordable Care Act, beter bekend als Obamacare, biedt tegenwoordig een zorgverzekering aan met een lagere premie voor mensen met een laag inkomen. Obamacare dekt niet alle benodigde zorg en de eigen bijdrage is nog steeds enorm.
De consequentie is een beperkte dekking aan zorgkosten voor mensen met een laag inkomen. Alleen acute en de hoogst noodzakelijke zorg wordt vergoed. De VS creëert hiermee een wezenlijke ongelijkheid in de bereikbaarheid en toegankelijkheid van juiste en goede zorg.

Het straatbeeld van Chicago, uitersten.

De geestelijke gezondheidszorg in de VS vergeleken met Nederland

Ook binnen de geestelijke gezondheidszorg bepaalt de zorgverzekering het behandelaanbod. De opnameafdeling biedt alleen acute en noodzakelijke zorg. Therapieën, preventie en nazorg worden niet standaard vergoed en daarom niet aangeboden.
Het gevolg is een eenzijdig medisch behandelmodel: het stellen van een diagnose en het voorschrijven van medicatie. Eerste voorkeursmedicatie wordt in het algemeen niet vergoed. Vaak is er keuze tussen twee middelen waarvan de werking en effect minder gunstig zijn voor de patiënt. Op een opnameafdeling wordt een patiënt gestabiliseerd met medicatie, de opnameduur is gemiddeld tussen de 7 tot 10 dagen. Na stabilisatie gaan patiënten met ontslag, vaak zwaar gedrogeerd.

Dit in, vergelijking met Nederland, onvolledige zorgaanbod brengt voor de psychiatrisch patiënt grote gezondheidsrisico's met zich mee. Ik geef een voorbeeld: een 23 jarige patiënt met schizofrenie werd na het staken van zijn medicatie opgenomen met een recidiverende psychose. Het behandelbeleid was opnieuw instellen van medicatie. Na ontslag ging deze patiënt terug naar huis waar hij woonde met zijn vader, moeder en broertje. Zijn moeder en broertje waren eveneens psychiatrisch patiënt, vader droeg in zijn eentje de zorg voor de familie. Het risico dat deze patiënt na ontslag op korte termijn zijn medicatie weer staakt is groot. Met als gevolg een toenemend psychiatrisch beeld.

Alle lof trouwens voor het behandelend team van deze patiënt; ze behandelden met veel kunde, zorg en respect. Maar deze zorg is slechts gegarandeerd tot aan zijn ontslag. Dit laatste verbaasde mij omdat in de VS voldoende kennis en kunde aanwezig is voor de continuïteit van zorg. Assertive Community Treatment (ACT) en Housingfirst zijn er notabene ontwikkeld. Helaas wordt er weinig gebruik van gemaakt omdat de kosten niet standaard door de zorgverzekering worden vergoed.

De shelter voor dak- en thuislozen is van geheel andere orde. Zij biedt onderdak aan iedere dakloze die zich aanmeldt. Van illegalen tot psychiatrische patiënten: hierin wordt geen onderscheid gemaakt. De shelter wordt voor 10% gefinancierd door de goverment van Chicago en voor 90% uit fondsen. Er is een programma bestaande uit opleiding en diverse health programma's, zoals stoppen met alcohol en drugs. De visie is dat opleiding en training noodzakelijk is om je positie als burger in de VS te verbeteren. Degene die zich aan dit aanbod onttrekt of weigert te participeren, komt niet verder dan brood, bed en bad. Niet als strafmaatregel, wel als heldere en educatieve boodschap dat je moet investeren, leren om op eigen benen te staan, om te behalen wat je wilt. Dit wordt als essentieel gezien in een maatschappij georganiseerd zoals de VS.

De ontwikkeling en functie van verpleegkundig specialist GGZ VS versus Nederland

Verpleegkundig specialisten in de VS zijn hoog gekwalificeerde en gewaardeerde professionals op postdoctoraal niveau. Op de site van American Association of Nurse Practitioners is vermeld dat de eerste opleiding tot verpleegkundig specialist in de VS van start ging in 1965, in Nederland officieel sinds 2009. In 1979 waren er 15.000 nurse practitioners in de VS werkzaam. In 2001, 82.000 en in 2014,192.000.

In de VS bestaat de functie van verpleegkundig specialist uit het hoofdbehandelaarschap, het stellen van diagnoses, het voorschrijven van medicatie, onderzoek en ontwikkeling. Op de vraag waar het accentverschil ligt tussen een arts/psychiater en de verpleegkundig specialist, wijst men op de vaak medische blik (Cure) van de arts versus de holistische blik (Care) van de verpleegkundig specialist. Samenwerking in het werkveld wordt als essentieel ervaren, zodat je kunt leren en gebruik kunt maken van elkaars deskundigheid.

In de praktijk verschilt de reikwijdte van zelfstandigheid in bevoegdheden van de verpleegkundig specialist per deelstaat. In Hawaï heeft een verpleegkundig specialist volledige vrijheid in zijn bevoegdheden. In Texas staat een verpleegkundig specialist meer onder supervisie van een arts. De ervaring leert dat deze supervisienorm per ziekenhuis en per samenwerkingsrelatie tussen arts en verpleegkundig specialist verschilt. Vertrouwen en het vinden van goede samenwerkingsrelaties spelen hierbij een rol. Er zijn in de VS verschillende deelcertificaten waar een verpleegkundig specialist zijn bevoegdheid mee kan uitbouwen. Dit geldt ook voor de bevoegdheden om medicatie voor te schijven. De deelcertificaten moeten om de 2 jaar worden vernieuwd.

Foto: Slogan fire department Chicago.

In tegenstelling tot Nederland wordt de opleiding tot verpleegkundig specialist in de VS niet door de staat vergoed. De kosten van de opleiding bedragen ongeveer $ 80.000. Daarom werken veel studenten naast het volgen van de opleiding. Studies worden soms gedeeltelijk door fondsen betaald; een enkele keer bekostigd een ziekenhuis de opleiding. Een net afgestudeerde verpleegkundig specialist heeft vaak een studieschuld van $ 30.000. Hier staat tegenover dat een afgestudeerde verpleegkundig specialist in de VS zeker 5 job aanbiedingen klaar heeft staan. Het werk wordt gewaardeerd en men krijgt een ruime salariëring van gemiddeld $90.000 - $120.000 per jaar. In Nederland is dit tussen de €30.000- €70.000. De hoogte van deze salariëring in de VS hangt samen met het feit dat er een groot te kort is aan verpleegkundig specialisten. In de staat Illinois met 12,88 miljoen bewoners, zijn slechts 3600 verpleegkundig specialisten werkzaam.

Door het ontbreken van de scholingssubsidie is het volgen van de opleiding tot verpleegkundig specialist niet voor iedereen haalbaar. Hier komt ook de ongelijkheid in de bereikbaarheid en toegankelijkheid van educatie naar voren. Dit is ook een van de redenen waarom er in de VS momenteel een te kort is aan medisch personeel.

Wat opvalt, is dat er met trots over het vak werd gesproken. Zowel door verpleegkundigen als andere disciplines. Dit maakt ook dat een verpleegkundige niet angstig is om leiding te nemen, innovatie te initiëren en dit voortvarend op te pakken.

Nederlanders hebben, vergeleken met mensen in de VS,

- *29,57 % meer vrije tijd*
- *13,7 % grotere kans werkeloos te worden*
- *89,26 % minder kans in de gevangenis te komen*
- *81,58 % minder kans vermoord te worden*
- *35,5 % minder last van klassenverschillen*
- *40,68 % minder kans te overlijden in hun kindertijd*
- *66,67 minder kans op HIV/aids*
- *19,3 % minder baby's*

Verder,

- *gebruiken ze 43,21 % minder elektriciteit*
- *geven ze 35,5 % minder geld uit aan gezondheidszorg*
- *leven ze 1,56 jaar langer*
- *gebruiken ze 1,18 % meer olie*

(bron: http://www.ifitweremyhome.com/compare/US/NL)

'THE AMERICAN DREAM!'

Take home message

Als ik de geestelijke gezondheidszorg van de VS vergelijk met Nederland dan valt op dat wij in Nederland veel meer maatgerichte zorg bieden. Er is veel diversiteit in ons behandelaanbod (cure én care), indien nodig wordt outreachend of zelfs bemoeizorg ingezet. De zorgcontinuïteit voor een patiënt wordt hiermee in Nederland zo goed als mogelijk gewaarborgd.

Als ik naar het zorgsysteem in de VS kijk, dan is mij vraag en vrees of het mogelijk is dat de zorgverzekeraars in Nederland net zoveel macht krijgen over het uit te voeren behandelbeleid als in de VS?

De andere kant is dat ik onder de indruk ben van de bevlogenheid en trots waarmee de Amerikanen hun werk uitvoeren, ondanks de beperkingen die zij ervaren. Zij kijken vooruit en halen het maximale uit de minimale middelen die zij tot hun beschikking hebben. Ik zou graag iets van deze bevlogenheid en trots mee willen nemen naar Nederland.

Het meest indrukwekkende vond ik de zorgvisie van het dak - en thuislozen centrum: Respect, openheid en een duidelijke, op visie gebaseerde, begrenzing van het geboden zorgaanbod.

Deze bevindingen tezamen roepen de volgende gedachten mij op. In Nederland hebben wij in vergelijking met de VS aanzienlijk meer behandelopties. Hoe effectief en efficiënt zetten wij deze in? Hoe duidelijk is onze (mijn) zorgvisie, in tegenstelling tot die van dak- en thuislozen centrum in Chicago? Hoe duidelijk communiceer ik de zorgvisie van mijn praktijk en van mijzelf met collegae en met patiënten? In welke mate investeert een patiënt in het verbeteren van zijn fysieke en/of geestelijke gezondheid? De patiëntenrol is vaak nog een passieve en afhankelijke rol, in hoeverre houden wij dit in stand? Hoe expliciet komt dit aspect in het behandelcontact naar voren? Hoe is de zelfredzaamheid en verantwoordelijkheid over het beloop van de behandeling bij een patiënt te versterken, ik geloof dat wij hier nog een grote vertaalslag kunnen maken.
Vragen waar ik de komende periode in mijn opleiding tot verpleegkundig specialist GGZ meer aandacht aan wil geven en meer expliciet wil maken in mijn werk.

Pascale Bekkering is Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige en Verpleegkundig Specialist in opleiding bij Arkin. ●

Foto: Slaapplaatsen voor dak - en thuislozen bij Franciscan House, Chicago

Reageer

AMERICAN DREAM!"

Oude kranten: Het nieuws van vijftig jaar geleden: oktober 1966

van onze redactie

Elke maand neemt de redactie de stapel oude kranten op haar bureau door, op zoek naar aanknopingspunten in het verleden die iets zeggen over verschijnselen van vandaag. Zijn er verschillen? Zijn er overeenkomsten? Breek- of startpunten? In de kranten van vijftig jaar geleden - oktober 1966 - vallen drie berichten op.

Als je de storm van eHealth-aanbiedingen een beetje volgt kan je het bijna niet geloven, maar er was een tijd dat computers nog niet in de GGZ aanwezig waren. Én een tijd waarin men zich afvroeg of er niet iets moest gebeuren met deze apparaten. Die vraag werd 50 jaar geleden voor het eerst gesteld. Het nieuwsblad van het Noorden meldt op 10 oktober 1966, precies 50 jaar geleden: "Geneesheer-directeur R.G. Stein te Deventer ziet in computers groot nut voor de psychiatrie. De mogelijkheid is stellig niet uitgesloten dat de Psychiatrische Inrichting 'De Brinkgreven' te Deventer, gecombineerd met de Deventer ziekenhuizen en een aantal psychiatrische inrichtingen in de omtrek van Deventer, in het bezit komen van een computer", aldus geneesheer-directeur Stein, die er aan toevoegt: "In Nederland wordt nog geen gebruik gemaakt van de computer in de psychiatrie. Dit in tegenstelling tot de Verenigde Staten."
"Vanzelfsprekend kan een computer nooit een psychiater vervangen", filosofeert Stein verder, "maar wel zou hij tijd en arbeid kunnen besparen."
We zijn vijftig jaar verder. Heeft Stein gelijk gekregen?

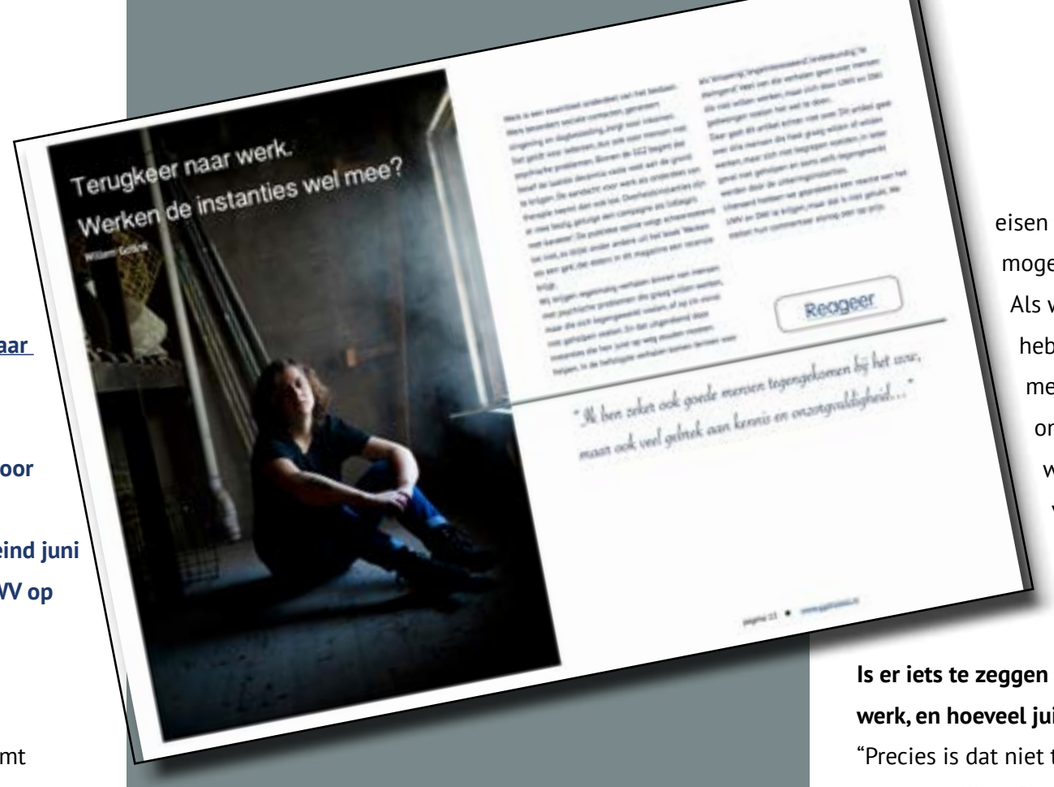
Voor wie zich zorgen maakt over de toename van het aantal psychische problemen bij kinderen is het volgende bericht misschien geruststellend. Het Vrije Volk van 19 oktober 1966 haalt een rapport aan dat bestemd is voor de Amerikaanse Senaat. Dat rapport concludeert dat maar liefst één op de tien kinderen in de VS psychisch gestoord is. Wat 'psychisch gestoord' precies inhoudt, vermeldt het artikel niet, maar het klinkt ernstig. Wel zegt de krant iets over het aantal en de benodigde therapie: "Viereneenhalf miljoen kinderen (in de VS) tussen de vijf en zeventien jaar hebben therapie nodig, variërend van een eenvoudig advies tot een uitgebreide therapie."
'Eenvoudig advies'. Dat klinkt toch anders dan 'psychisch gestoord'.

Tot slot een tijdsbeeld. Het Dagblad voor Nederland meldt op 25 oktober dat de Katholieke Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg het "vraagstuk voor seksuele voorlichting aan jeugdigen in studie heeft genomen. Men beraadt zich over de wijze waarop deze voorlichting op de lagere scholen in het onderwijs kan worden opgenomen. Het ligt in de bedoeling hiervoor richtlijnen op te stellen."
Strevenswaardig, uiteraard, maar de vereniging haast zich de verwachtingen enigszins te temperen: "Aan de scholen zelf blijft de beslissing in hoeverre de richtlijnen te volgen. Men denkt niet aan een apart vak." ●

Reageer

Terugkeer naar werk: de reactie van UWV

In de GGZTotaal van juni publiceerden wij een artikel met als kop: "Terugkeer naar werk, werken de instanties wel mee?"
In het artikel vertellen drie ervaringsdeskundigen over hun pogingen weer aan het werk te komen en hoe ze zich niet begrepen, bijna tegengewerkt, voelden door instanties als UWV en DWI.
Het lukte ons destijds niet om een reactie te krijgen van deze instanties, maar eind juni reageerde UWV op een Tweet van een lezer. In dit artikel alsnog de visie van UWV op 'terugkeer naar werk'.



Herkent UWV de problemen die in het artikel naar voren komen?
Herman Kroneman, verzekeringsarts en medisch adviseur van het UWV: "Het komt voor dat de regelgeving niet begrepen wordt. Dat is ook niet verwonderlijk, want de wetgeving is erg complex. Maar het is zeker niet de algemene trend, de meeste klanten gaan tevreden weg. De regelgeving geeft soms inderdaad wat verwarring bij cliënten. De trajecten die wij aanbieden, zijn alleen voor mensen die via ons een uitkering hebben. Als er geen recht op een uitkering is, en dat geldt als iemand voor minder dan 35% afgekeurd wordt, is er geen begeleiding meer bij het verdere solliciteren. Dat vinden mensen soms lastig, zeker als er nog wel beperkingen zijn, zoals niet kunnen werken onder tijdsdruk, of werken in stressvolle situaties. Ik begrijp best dat mensen dat moeilijk vinden.
Zelf heb Ik heb geen ervaring met mensen die in de ziektewet zitten én werkeloos zijn. Je kunt natuurlijk maar van één traject gebruikmaken, ik kan me voorstellen dat het lastig is als je in de ziektewet zit en je geen baan meer hebt om naar terug te keren."

Om hoeveel mensen gaat het?
"Van de totale instroom in de WIA is de oorzaak voor ongeveer een derde psychische klachten, een derde vanwege klachten aan het bewegingsapparaat en een derde restgroep waarin veel cardiologische en neurologische klachten.
Jaarlijks zijn er ruim 9.000 toekenningen van een WIA vanwege psychische aandoeningen, op 1 januari van dit jaar zaten er in totaal 71.718 mensen in de WIA vanwege psychische klachten. Als je naar deze getallen kijkt dan is dat best veel. Maar het betekent ook dat er nog behoorlijk wat arbeidscapaciteit in deze groep zit, mits de eisen van het werk in overeenstemming zijn met de mogelijkheden die cliënten hebben.
Als we een echte inclusieve-maatschappij willen hebben, dan moeten we accepteren dat we mensen met psychische problemen of een handicap naast ons op de werkvloer een normaal verschijnsel wordt en geen uitzondering. Dat vraagt wat van de houding van mensen en cultuur in een organisatie en kan ook vanuit de werkgevers meer worden uitgestraald."

WIA, WGA en IVA
Iedereen die voor een werkgever werkt, ziek wordt en na 2 jaar ziekte ten minste 35% arbeidsongeschikt is, heeft recht op WIA-uitkering. WIA staat voor Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen.
Er zijn 2 WIA-uitkeringen: de WGA-uitkering en de IVA-uitkering.
WGA staat voor: Werkhervatting Gedeeltelijk Arbeidsgeschikten. De WGA is bedoeld voor mensen die langer dan twee jaar ziek zijn en (in de toekomst) weer kunnen werken.
IVA staat voor: Inkomensvoorziening Volledig Arbeidsongeschikten. De IVA is voor mensen die niet of nauwelijks kunnen werken en waarbij er een kleine kans is dat ze herstellen.

Is er iets te zeggen over hoeveel mensen terug willen naar betaald werk, en hoeveel juist definitief besluiten dat niet meer te doen?
"Precies is dat niet te zeggen omdat wij niet registreren wat mensen willen. Op het ogenblik zitten er ongeveer 14.500 mensen vanwege psychische klachten in de IVA (kader). Dat zijn dus mensen die langdurig ziek zijn en duurzaam geen arbeidsmogelijkheden hebben. Van de ruim 71.000 mensen die in de WGA zitten en niet werken is de verwachting dat ze op termijn weer (deels) kunnen werken voor zover dat nu al niet het geval is. Mensen hebben tijd nodig voor herstel en oriëntatie op de toekomst. Als mensen hun baan kwijt zijn na een periode van arbeidsongeschiktheid, wijzigt de mindset. Ze moeten een eigen visie ontwikkelen op hun toekomst met hun aandoening. Sommigen willen meteen ander werk dat past bij de nieuwe situatie, bijvoorbeeld minder technisch, anderen weten het nog niet en denken er nog even over na.

Het komt regelmatig voor dat mensen voor zichzelf willen beginnen. Vaak is dat iets waarmee ze steun kunnen geven aan anderen, die bijvoorbeeld hetzelfde hebben meegemaakt. We staan daar positief tegenover. Aan de andere kant: een groot deel van de mensen die op psychische gronden bij ons terechtkomt, doet dat vanwege depressieve klachten. Die staan niet direct te trappelen om iets nieuws te starten."

"Tijdens die specialisatie komt psychiatrie uitgebreid aan de orde, er zijn richtlijnen en standaarden die in de praktijk worden gebruikt…."

Een klacht die wij regelmatig horen is dat UWV onvoldoende kennis heeft van psychiatrische problemen.
"Verzekeringsartsen zijn artsen met een medische vervolg opleiding van vier jaar als specialisatie. Tijdens die specialisatie komt psychiatrie uitgebreid aan de orde, er zijn richtlijnen en standaarden die in de praktijk worden gebruikt. Bovendien is er verplichte na- en bijscholing in het kader van de (wettelijk verplichte) vijfjaarlijkse herregistratie. Veel artsen kiezen daarbij voor GGZ-gerelateerde thema's. Het lijkt mij dat de benodigde kennis zeker aanwezig is. En daar waar de verzekeringsarts bij complexe problematiek het niet helemaal weet, is er de mogelijkheid om een psychiater te consulteren. Die bevindingen worden dan betrokken bij de beoordeling."

Welke activiteiten ontplooit UWV om mensen te ondersteunen in hun terugkeer naar werk?
"We hebben natuurlijk het convenant met de GGZ. Dat houdt onder andere in dat we IPS (kader) binnenkort beschikbaar stellen bij alle GGZ-instellingen.
IPS is in principe voor ernstige psychiatrische klachten. We overleggen ook met de GGZ wat zij méér kunnen doen voor de zogenaamde Common Mental Disorders, zoals burn-out en lichte depressies.
Daarin kunnen we nog een slag maken. Er bestaat wat dat betreft een schisma. De zorg en de GGZ zijn gericht op klachtenvermindering, vanuit UWV zijn we vooral gericht op het weer kunnen functioneren in de maatschappij. Het is mooi als cliënten klachtenvrij worden, maar vaak lukt dat niet helemaal, en het is ook geen harde voorwaarde om te kunnen functioneren in het arbeidsproces. Bij de behandeldoelstelling zou de GGZ meer aandacht mogen hebben voor werkhervatting. In dat opzicht is er zeker een omslag gaande.

IPS vertrekt vanuit het idee dat iedere cliënt die dat wil, kan werken in een reguliere arbeidsplaats. Langdurige trainingen vooraf ('train then place') blijven daarbij achterwege. Deelnemers worden snel in de gekozen functie geplaatst, en daarna gericht getraind in de benodigde werkvaardigheden ('place then train'). Verder maakt de trajectbegeleider altijd deel uit van een ambulant GGZ-team, omdat de gebruikelijke afstand tussen GGZ-hulp en arbeidsrehabilitatie tot veel afstemmingsproblemen leidt.

Reageer

Verder biedt UWV in het kader van de ziektewet kortdurende interventies aan, die uitgevoerd worden door aparte aanbieders. Voor mensen die voor langere termijn uitvallen worden re-integratie-trajecten ingekocht via het werkbedrijf.

Nederland zal zich hoe dan ook meer moeten richten op preventie. Volgens een rapport van de OECD dat begin vorig jaar uitkwam, moet er meer aandacht komen voor preventie: werkgevers en scholen moeten zich meer inspannen om signalen van mentaal disfunctioneren op te pakken, er moet meer aandacht komen voor een goede overgang van school naar werk."
(Het rapport 'Mental Health and Work: Netherlands' is hier te downloaden)

Het lijkt me lastig om het onderscheid te maken tussen niet kunnen en niet willen werken…
"Belangrijk is dat we de arbeidsrelatie in stand willen houden. Daarvoor is een re-integratie-traject belangrijk. We beoordelen daarom het plan van aanpak, dat volgens de wet verplicht is.
Als iemand na twee jaar overgaat naar de WIA, toetsen we de re-integratie-inspanningen aan de hand van het plan van aanpak. Dat plan van aanpak kent doorgaans verplichtingen voor de werkgever en de werknemer. Als er onvoldoende inspanningen zijn geleverd, kan er een loonsanctie aan de werkgever worden opgelegd, of het recht op de WIA voor de werknemer wordt opgeschort." ●

Schrijven doet iets met je.

De vijf mensen die Corrie Gramser interviewde voor haar artikel hebben allemaal ervaring met psychische problematiek. Ze sprak met hen over een tweede overeenkomst: schrijven. Wat is het dat schrijven voor deze mensen zo waardevol maakt?

Vanaf het moment dat ik naast mijn werk in de psychiatrie het schrijven serieuzer op ging pakken, begon ik meteen aan een boek. Het was niet de makkelijkste weg om de kunst van het schrijven te leren. Toch heeft het veel positiefs opgeleverd. De momenten van reflectie en de mildere blik die het me gaf op mijn moeder waren misschien grotere beloningen dan de uiteindelijk gepubliceerde roman.
Schrijven is waardevol, ook of misschien juist voor mensen die het niet altijd even makkelijk hebben gehad. Reden voor mij om naar het effect van schrijven te vragen bij mensen die de nodige strubbelingen in hun leven kennen.

Schrijven lucht op en werkt verhelderend

‘Op het moment dat je gaat zitten om te schrijven, dan schrijf je ook een heleboel dingen van je af,’zegt Ed. Hij noemt het een vorm van communicatie met jezelf. ‘Alleen al het feit dat je het opschrijft, dwingt je ertoe om na te denken over wat er nu eigenlijk aan de hand is’, zegt hij, ‘dat is al een hele belangrijke stap in het zoekproces naar de oplossing van je problemen.’ Los van elkaar noemen bijna alle geïnterviewden deze combinatie van opluchting door van je af te schrijven en het verhelderende ervan. Paula vertelt dat ze veel behoefte had om te schrijven over de verwarring die ze voelde door de houding van haar man. Ze heeft er zowel tijdens haar huwelijk als na de scheiding over geschreven.
‘Ik wilde ook eerlijk naar mezelf kijken, hoe ik op hem reageerde, of het aan mij lag en wát er dan aan mij lag.’ Haar man zei soms dat haar toontje hem niet aanstond en daar schreef ze dan bijvoorbeeld over. Als direct effect noemt ze dat ze haar onzekerheid kwijt kon, dat ze die ergens aan toe kon vertrouwen. Zonder er met iedereen over te gaan praten, iets wat ze niet integer vond. ‘Met schrijven mag je alles zeggen, dat is het voordeel.’

Zomaar van je af schrijven is niet voor alle mensen weggelegd. Je kunt er ook van in de war raken. Zo heeft Anna behoefte aan meer structuur en richt zich op het schrijven van artikelen, bijvoorbeeld over het effect van visolie of EMDR. Om een artikel te kunnen schrijven, leest ze heel veel over het onderwerp. Zo heeft ze meer dan honderd wetenschappelijke artikelen gelezen over coprolalie, het dwangmatig vloeken en schelden. Om er uiteindelijk achter te komen dat er maar weinig aan te doen is: je kunt wat pillen proberen en je kunt proberen het te onderdrukken, wat zij zelf gelukkig goed kan. Het schrijven helpt haar om woorden te vinden voor wat er met haar aan de hand is en het effect is dat ze er meer vrede mee heeft.

Gedachtes en overtuigingen herkennen

Catharina legt uit hoe de stress, veroorzaakt door ernstige en niet aangepakte psychosociale arbeidsbelasting, haar denken vertroebelde. Ze kon niet meer helder tegen zaken aankijken. De feiten werden volledig overspoeld door emoties. Het schrijven hielp haar om zicht te krijgen op verkeerde overtuigingen.
‘Wat er is gebeurd probeer ik steeds meer als een soort metgezel te zien,’zegt ze. ‘Als hij echt lastig wordt dan zeg ik: ‘Kom maar, ga maar zitten, wat heb je nu weer te zeuren?’’ Door veel te schrijven is het haar gelukt om weer een stukje controle over de situatie te krijgen. ‘Als je je emotioneel over iets voelt, dan moet je daar soms van een afstand naar kunnen kijken. Schrijven werkt als een soort reflectie.’
Ook bij Savannah draait het vaak om gedachten. Als ze die gelooft, dan reageert haar hele lijf erop. Door het schrijven kan ze er met een ‘helikopterview’ naar kijken en ontdekt dan regelmatig dat haar gedachtes niet kloppen. Ze gunt zichzelf naar haar zin niet vaak genoeg de tijd om te schrijven. De momenten dat ze het wel doet, dan moet het ook echt, dan ‘spat ze bijna uit elkaar’. Schrijven is dan ‘de weg’. Dan schrijft ze letterlijk wat er in haar omgaat, voor niemand leesbaar, soms voor zichzelf niet eens meer. Al schrijvend komt ze tot de ontdekking wat er in haar leeft, aan wensen, verlangens. Soms schrikt ze van wat ze opschrijft, maar kan het dan al schrijvend meteen onderzoeken. Dan is ze verbaasd over haar eigen ontdekkingen, daar kan ze heel blij van worden. Ze weet dat als ze die schrijfmomenten vaker zou pakken het haar veel meer rust zou brengen.

Ontwarren en de rode draad ontdekken

‘Af en toe komt er een moment waarop ik alles wil samenvatten, wil ordenen, kijken wie die vrouw is die hier door mij beschreven wordt,’ zegt Paula. Dan leest ze het achter elkaar door. Dan ziet ze wat ze vaker herhaald, dat ze dingen die haar dwarszitten vaker opschrijft. Ook Catharina leest het af en toe weer terug. Ze zegt zichzelf beter te leren kennen als ze in eerste instantie zonder criticus alles op mag schrijven. Bij het teruglezen ziet ze, doordat ze er dan niet meer middenin zit, beter wat er speelt. Dan ziet ze verbanden, ook met situaties uit haar jeugd en lukt het haar de knoop van emoties te ontwarren. Zo krijgt ze de kans om zichzelf uit het ‘slachtofferschap’ van dat moment te halen en zich weer de wereld in te trekken.
Savannah heeft een eigen manier gevonden om de kluwen van gedachtes uit elkaar te halen.
‘Soms geef ik alle ‘ikjes’ (voice dialoog) tijdens het schrijven een ander kleurtje, zoals de innerlijke criticus,’ zegt Savannah. ‘Dan ontstaat er een soort conversatie in mezelf.’ Het helpt haar om duidelijk te krijgen wat de ‘echte ik’ wil.

schrijven doet iets met je.

Alle aandacht voor jouw verhaal

In een doorsnee gesprek gebeurt het dat de ander je onderbreekt, vragen stelt of reacties geeft. Dat lokt reacties van jou uit, waardoor je in zo'n gesprek misschien niet tot het punt komt dat je had willen maken. Als je het opschrijft, krijg je een afgerond verhaal. Je kunt zelf bepalen wanneer het klaar is en als je wilt kun je het anderen laten lezen, maar dat hoeft niet. Bij Ed zijn op deze wijze onderwerpen die min of meer taboe waren bespreekbaar geworden. Zijn vader, oud-leraar Nederlandse literatuur, heeft zijn roman mede geredigeerd. Het leidde tot wederzijds begrip over een aantal autobiografische thema's die Ed in een andere context dan de werkelijkheid had geplaatst.

'Je geeft jezelf bloot met schrijven,' zegt Ed, 'je geeft de lezer een enorme blik in je ziel. Daar waar het in een gesprek niet altijd lukt om volledig open te zijn, kan dat via het schrijven wel.'

In een gesprek gaat een deel van de aandacht naar de ander. Ben je bijvoorbeeld aan het vertellen over je vakantie, dan gaat het soms al snel over de vakantie van de ander.

'Als ik schrijf dan kan ik het hebben over 'mijn vakantie' of 'mijn gevoel',' zegt Paula. Dan hoeft ze zich niet te verdiepen in wat anderen beleven en kan ze stilstaan bij haar eigen diepere gevoelens.

Schrijven om het schrijven

Door de activiteiten die Ed is gaan oppakken om de technische kant van het schrijven onder de knie te krijgen, merkte hij hoe ontzettend leuk hij het schrijven vond. Dat op zichzelf was al bijna therapeutisch. Als je iets doet wat je leuk vindt en waar je ook goed in bent, dan geeft dat veel energie. Het schrijven zelf heeft hem een stukje zingeving gegeven. Het boek is voor hem ook nooit een doel op zichzelf geweest. Het is zijn manier om mensen via een spannende roman te confronteren met het leven dat ze zelf leiden, ze uit te nodigen om naar zichzelf te kijken, uit te dagen om los te laten wat blokkeert en het lef te hebben om uiteindelijk te kiezen het leven te leiden waarvoor ze hier zijn.

'Ik voelde me weer meer mens worden door het schrijven.' Catharina is diverse trainingen in creatief schrijven gaan volgen. Het heeft ervoor gezorgd dat ze haar blik weer op andere dingen kon richten. Anna zegt letterlijk: 'Ik word niet gelukkig van het schrijven over psychiatrie omdat het over psychiatrie gaat, maar ik word gelukkig van het schrijven zelf.' Nu ze voor haar huidige vrijwilligerswerk stukjes aan het schrijven is over onderwerpen waar haar hart ligt, merkt ze dat ze daarvan opknapt. Lekker haar creativiteit en haar hersens weer gebruiken, een uitdaging hebben. 'Want als patiënt wordt je wereld zo verschrikkelijk voorspelbaar en klein,' zegt Anna. Ze weet dat ze met het schrijven ook op moet passen. Het is een talent dat sterker op de voorgrond komt als ze hypomaan is. Schrijven is soms zelfs juist een trigger waardoor ze hypomaan wordt. Inmiddels heeft het schrijven voor haarzelf en haar familie een signaleringsfunctie gekregen. Iets wat begint met een helder plan voor een boek of een blogtekst, kan opeens extreem vlot en makkelijk gaan. Vol inspiratie zit ze dan, tot ze weer bij zinnen is en het niet meer vloeit. Het uitwerken van alle ideeën lukt pas weer als ze stabiel is.

Corrie heeft gesproken met...

Ed Snijders (48 jaar) heeft eind 2013 een bijna auto-ongeluk gehad door een black-out. Hij meldde zich ziek en bleek een pittige burn-out te hebben. Inmiddels is hij intuïtief coach en heeft een roman geschreven waarmee hij anderen uitlokt naar hun eigen leven te kijken.

Catharina van den Brandt* (56 jaar) is sluipenderwijs slachtoffer geworden van de beroepsziekte PTTS (post traumatische stressstoornis) veroorzaakt door langdurige en niet aangepakte PSA(psychosociale arbeidsbelasting) / interne agressie en intimidatie op de werkvloer. In haar strijd om erkenning, die niet eenvoudig is, wordt zij al een aantal jaar ondersteund door haar vakbond.

Paula de Vries* (65 jaar) is acht jaar geleden gescheiden van haar man met wie ze 33 jaar gehuwd geweest is, waarvan de laatste tien jaar erg moeizaam waren. Ze vermoedt dat haar man mogelijk een persoonlijkheidsstoornis had.

Anna van Arkel* (43 jaar) heeft Gilles de la Tourette en is manisch depressief. Ze is vaak hypomaan en noemt zich wat dat betreft een geluksvogel. De depressies vindt ze een hel. Ze heeft artikelen geschreven voor zowel de Stichting Gilles de la Tourette als voor de Vereniging voor Manisch Depressieven en Betrokkenen.

Savannah Engelenberg (44 jaar) heeft sinds haar 18de veelvuldig te kampen gehad met zware depressies, angst en paniek. Inmiddels gaat het goed met haar en voelt ze zich steeds krachtiger. Angst en paniek steken nog wel eens de kop op, maar daar laat ze zich niet meer door leiden. Op haar website schrijft ze over hoe ze haar leven vorm geeft vanuit kracht.

* Enkele namen zijn om privacyredenen gefingeerd.

Wat zou je adviseren?

Ed is ervan overtuigd dat de activiteit schrijven voor bijna iedereen therapeutisch zal werken. Op het moment dat je je gedachten aan het papier hebt toevertrouwd, is er al een hele lading aan emoties vanaf.

'Een roman schrijven is leuk, maar niet voor iedereen goed om mee te beginnen,'zegt hij. Hij geeft de tip om lekker op te schrijven wat je voelt, wat je dwars zit. Je juist even niet druk te gaan maken over structuur en opbouw, maar gewoon los te gaan.

Aan iedereen vroeg ik wat ze andere mensen met tegenslagen in hun leven zouden adviseren. Hier een kleine greep uit hun reacties:

1. Koop een leuk schrijfboekje en vertrouw aan het papier toe wat je bezighoudt. Kies een moment van de dag om tien minuten of een kwartiertje te schrijven wat er in je opkomt, het hoeft niets met elkaar te maken te hebben.
2. Geef jezelf de ruimte om helemaal vrij te schrijven, zonder dat je je van tevoren beperkingen oplegt of het gaat becommentariëren.
3. Hou je bij het schrijven niet in. Je hoeft een ander niet te beschermen of bang te zijn dat je een ander pijn doet.
4. Schrijf regelmatig en lees je teksten na een tijdje nog eens terug. Vaak zie je dan heel helder een verband in wat je bezighoudt.
5. Begin een dankbaarheidsdagsboek waar je alle mooie dingen in opschrijft waar je dankbaar voor bent. In moeilijke periodes is het bewust benoemen van die kleine dingen erg belangrijk.
6. Weet je niet goed waar je over zou kunnen schrijven, volg dan eens ergens in jouw buurt de cursus 'Luisteren naar je pen'.
7. Schrijven, schrijven, schrijven...

Het leuke van schrijven is dat je het zelf kunt doen. Net als bij ademen heb je er niemand voor nodig. Een pen, een notitieblokje en je kunt aan de gang. Als schrijfster heb ik uiteraard een grote voorkeur voor schrijven. Het belangrijkste is echter om in actie te komen, dat kan ook door andere talenten in te zetten. Ga schilderen, maak muziek, doe iets. Denk je dat schrijven iets voor je kan zijn, probeer het dan gewoon een tijdje uit. Mijn ervaring is: je denkt na over wat je schrijft en dat doet iets met je.●

Corrie Gramser **beweegt zich graag op het vlak waar haar huidige werk als schrijfster en haar oude vak als ergotherapeut in de psychiatrie elkaar raken. Schrijven is een krachtig middel.**
Meer informatie is te vinden op de website van haar bedrijf Zinexprez.

Tussen leven en dood hangt er mist

Voor altijd verbonden, verzegeld met elkaar
zo zal ik je dragen, de dag dat je gaat

Voor altijd een plekje zo groot in mijn hart
zo zal ik je gedenken, de dag dat je gaat

Voor altijd mijn liefste, mijn grootste vriendin
nooit zal ik vergeten wat jij voor mij deed

Voor altijd beloof ik je mijn grootste trouw
Jij hebt al die jaren in mij steeds geloofd

Voor altijd beloof ik, ik kom later weer
dan blijf ik, want afscheid, bestaat dan niet meer

© Gisele Vranckx

Enkeltje geluk

Ik zit hier in rust en voel mijn hart bonken in mijn lijf. Ik tel. 124 hartslagen per minuut. Angst giert door mijn lichaam. Omdat ik heel erg probeer realistisch te zijn dwingt me dat toe te geven dat ik op deze vroege ochtend al vijf bakken koffie op heb ongeveer acht sigaretten heb gerookt en de temperatuur al boven de 30 graden is.

Ik voer een doorlopend gevecht tegen mijn groeiende paranoia. Ladingen medicijnen moeten mijn bipolariteit, borderline persoonlijkheidsstoornis en CPTSS uit me zien te drijven. Binnen een week. Geen verbetering is terug naar huis. Ik neem nog maar een extra pammetje.

De huwelijksdag was als een middelmatig toneelstuk waarin ik als enige blanke een rol had. Op de heenreis naar Banjul zat ik samen met mijn getuige en twee kinderen in mijn witte, Afrikaanse trouwjurk tegen mijn portier geplakt. Wegens ruimtegebrek en overmatig zweten. Voorin reed mijn aanstaande en praatte onafgebroken in zijn voor mij onverstaanbare taal tegen zijn getuige, die hij lang niet gezien had. Op de achterbank waren we al snel uitgepraat. Dan is een rit van anderhalf uur erg lang.

De trouwplechtigheid stelde niet veel voor. Toen wij, de twee getuigen en zijn twee kinderen het trouwzaaltje betraden leek het in niets op een plechtige ruimte. We waren gelukkig op tijd maar moesten wachten. Als wachten hier niet je tweede natuur is word het je dood nog eens. Af en toe opende een deur en slofte er iemand naar een andere deur. De schoonmaakster? Langs de muren stonden wat stoelen en iets over de helft stond een langwerpige, afgebladderde tafel. Eén van de twee ventilatoren maakte slome slagen. Onvoldoende voor ook maar enige verkoeling. Na zo'n twintig minuten rondhangen kwam er wat beweging in de tent. Een vrouw ontvouwde een tafelkleed waardoor het geheel als bij toverslag meer aanzien kreeg. Een ander plaatste de twee grootste stoelen voor de tafel en vier andere plastic stoelen daarachter. Verdomd, het leek ergens op.

Niki Fadera Stoker

Ik heb 'ja' gezegd naar aanleiding van een voorgelezen papiertje waarvan ik de helft niet verstond. Ik vermoedde iets te vernemen over de Islam en vertrouwde op mijn atheïsme De man die het voorlas keek té serieus, maakte leesfouten en keek ons amper aan. Was het misschien zijn eerste keer? Van de straat geplukt omdat de echte ambtenaar plots ziek geworden was?. Mijn 'yes' kwam er iets te zacht uit maar niemand die dat merkte want ik lachte er mijn liefste lach bij. Iets later werd er een kleedje neer gelegd voor mijn kersverse, prachtige echtgenoot en terwijl hij de ring om mijn vinger schoof beloofde hij me de meest trotse vrouw op de aardbol te maken. Heel even dacht ik nog: 'ja, dat zeggen ze allemaal', maar dieper van binnen wist ik dat hij de waarheid sprak.

Wat volgde was de grootste strijd in mij ooit. Alle diagnosen die ik ooit kreeg tijdens mijn leven draaide overuren. Alle angsten namen buitenproportionele vormen aan. Allemaal. Mijn paranoia nam het over. Ik 'realiseerde' me de meest vreselijke dingen en zag daarvoor zelfs bewijzen geleverd worden. Nou had ik het geluk de allerbeste psychiater van de wereld (ja ja, een Gambiaan!) als vriend te hebben. Mijn man's hele family heeft me gesteund met hun niet aflaatbare liefde voor mij. Samen met iedereen en een extreme dosering Seroquel heb ik uiteindelijk alles doorleefd, begrepen en bij het grofvuil gezet.

Op dit moment ben ik in Nederland om mijn vertrek hier goed te regelen. Mijn enkeltje naar Afrika ligt al klaar. Ik ben er thuis gekomen zoals ik nooit eerder een plek had. Natuurlijk vragen mensen me bezorgd of ik misschien niet een tikkie manisch ben en ik moet toegeven dat ik die angst met ze deel. Het cliché: de tijd zal het leren, is hierop van toepassing. Hoe dan ook is mijn hart tot rust gekomen en stap ik binnenkort als vrije, blije vrouw op het vliegtuig naar mijn Afrikaanse thuis. De meest trotse dame van de wereld.

Dit is voorlopig de laatste column die Niki Stoker schreef voor GGZTotaal. Zij zal zich met haar columns richten op andere onderwerpen, bijvoorbeeld het vervolg van haar leven in Afrika.
Wie daarvoor belangstelling heeft, kan contact met haar opnemen via nikistoker@gmail.com

Reageer

★★☆☆☆

De intuitie van de psychiater, een pleidooi voor stille signalen in therapie

Kristiaan Plasmans, Geert van Asten

Maandelijks bespreekt GGZTotaal een recent uitgegeven boek, dat betrekking heeft op de GGZ. Onderstaande recensie is van Johan Atsma, docent/coach MBO verpleegkunde.

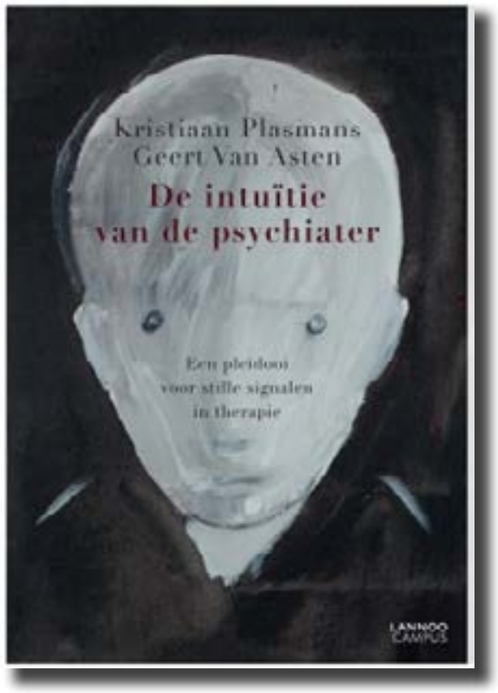
Reageer

Een poging het onverklaarbare te verklaren, zo zou ik "de intuïtie van de psychiater" van Plasmans en van Asten willen kenschetsen. Een beredeneerd pleidooi voor therapie als een creatieve ontmoeting ten dienste van de cliënt.

"Met dit boek heb ik getracht de meerwaarde van psychotherapie wetenschappelijk te onderbouwen".

Dat gebeurd door middel van vier hoofdstukken: Intuïtie, Inlevende lijven, Emoties en De teugels in handen. Plasmans en van Asten laten een fictieve psychiater/psychotherapeut het woord doen die ontstaan is uit hun onderlinge dialoog. In 'Tot Slot' kijken de schrijvers terug op hun boek en leggen ze verantwoording af voor dat wat ze geprobeerd hebben te poneren.

Plasmans en van Asten stellen zich ten doel om therapie, dat volgens hen een creatief proces is, onder andere stevig te onderbouwen met hedendaagse neurowetenschappelijke informatie over de werking van de hersenen. Spiegelneuronen spelen een belangrijke rol in hun argumenten om Intuïtie een wetenschappelijke basis te geven, er wordt uitgebreid op de werking en de effecten van die spiegelneuronen ingegaan. Ook wordt in het hoofdstuk ' De teugels in handen' uitgebreid ingegaan op de kindertijd, de hechtingstheorie van Bowlby passeert de revue en



ook op andere wijzen wordt de ontwikkeling van het autobiografische zelf en identiteitsvorming geschetst.

"Het autobiografische Zelf situeert zich tussen zijn en worden, tussen iets wat is en tegelijkertijd ervan wegglijdt. In het nu-moment zijn we één met de ervaring en wordt een geschiedenis geconstitueerd."

Intuïtie is "...een spontaan gevoelde ,emotionele uitwisseling op interpersoonlijk niveau (is). Het gaat over de intonatie van het gesproken woord, over subtiele lichaamstaal, over de nuances van de gelaatsuitdrukking." De uitspraak stelt me teleur, ik had wat meer verwacht. Overigens is de uitspraak op zich natuurlijk een relevante bewering. Er zijn vaker dergelijke ter zake doende opmerkingen die het hoofd nauwelijks boven water houden in een zoektocht naar wetenschappelijke relevantie met onnavolgbare redenaties doorspekt met vaktaal en Engelstalige terminologie.

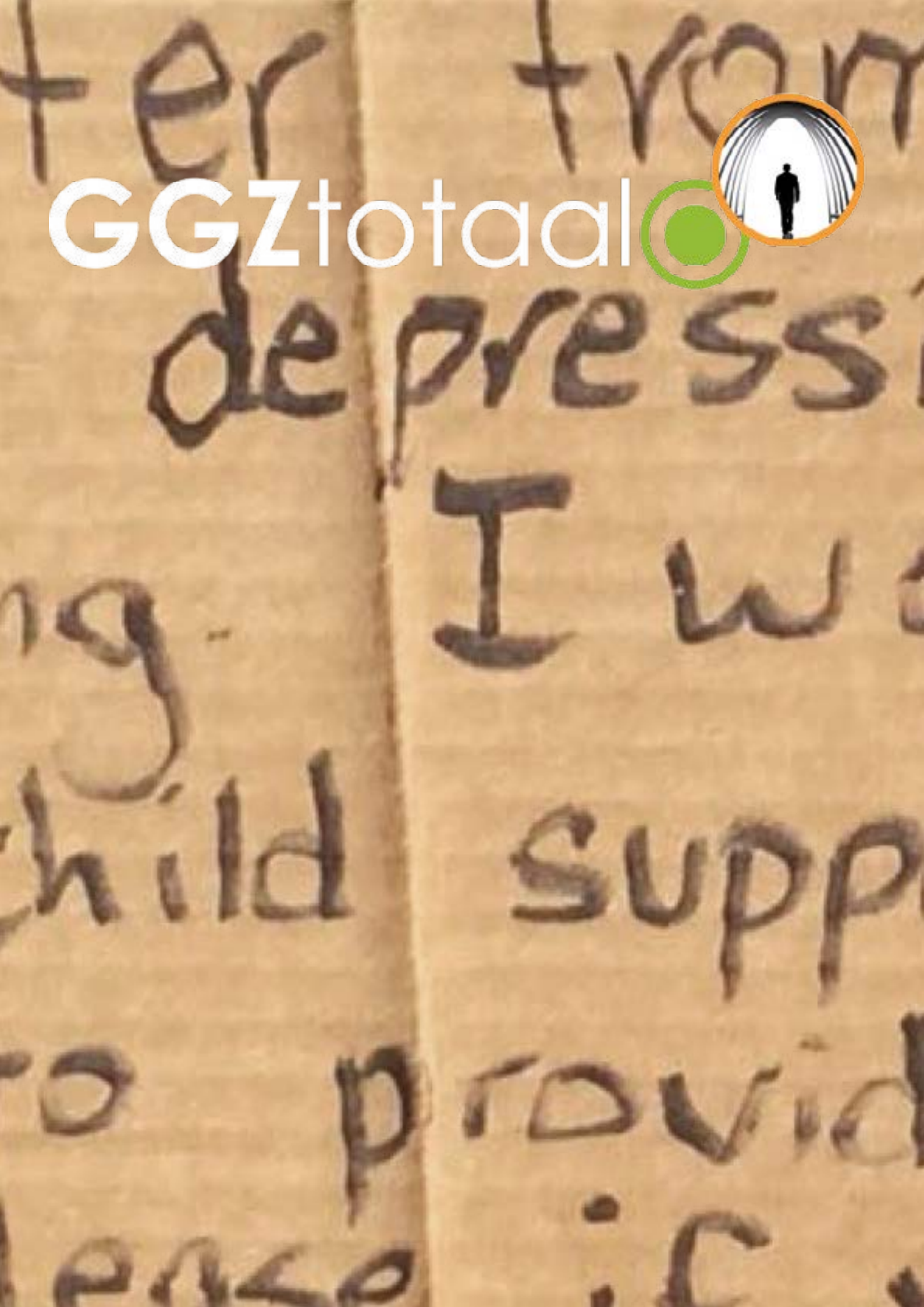
Ook ga ik aan Dick Swaab denken als ik lees:
"...het afstemmen en inschatten van wat er (sic) in de gesprekspartner omgaat, verloopt direct, automatisch en onbewust. Er is geen ontkomen aan. Spiegelneuronen, in de premotorische hersenschors, zijn hersencellen met een heel bijzondere eigenschap. Ze coderen namelijk het gedrag van een ander persoon wanneer ik hem observeer. Hierdoor ben ik in staat om heel snel en automatisch andermans gedrag te interpreteren. Op die manier neemt de mens een voorsprong op het rationele denken dat nauwkeuriger is, maar ook meer tijdrovend."

Ik weet niet of deze redenatie dienend is in een pleidooi voor Intuïtie en inlevend vermogen. De hersenen krijgen hier een onafhankelijke rol. Het hoofdstuk 'Inlevende lijven' gaat verder in de neurowetenschappelijke hoek om Intuïtie en inleven van een degelijk fundament te voorzien maar ik raak ook hier regelmatig in de war van vele complexe, weinig heldere zinnen en vaktaal en hier en daar een open deur. Dat is jammer want de boodschap die Plasmans en van Asten proberen over te brengen verdient aandacht en onderbouwing.

"...daar waar het biologisch-deterministisch denken domineert, voelt de menswetenschappelijke discipline zich terecht buitengesloten. Komt het de geestelijke gezondheid niet juist ten goede wanneer beide perspectieven naast elkaar mogen bestaan en tot dialoog komen."

Wat mij betreft een zeer lovenswaardig streven. Maar waarom dan die abstracte, gewichtige, biologisch deterministische redenaties om te pleiten voor Intuïtie en inleving en als tegenwicht tegen de hedendaagse diagnosedwang die elke patiënt over dezelfde kam wil scheren? Uiteindelijk blijkt de inhoud van het boek bijzonder rationeel en regelmatig onnavolgbaar in zijn redenaties, in ieder geval voor mij. Er zou wat meer ruimte gemaakt kunnen worden voor het onverklaarbare.

De intuitie van de psychiater, een pleidooi voor stille signalen in therapie. Kristiaan Plasmans, Geert van Asten.
Uitgeverij Lannoo Campus, 163 pagina's; prijs: 24,99;
ISBN 9789401436120


GGZtotaal
ter
from
depressi
I w
ng.
child
supp
ro
provid
lease