



# S T I G M A

GGZtotaal



A

# Inhoudsopgave

## 'Oneindig'

Een gedicht van Gisele Vranckx

[Naar gedicht](#)

## Stigma

De GGZTotaal van mei  
[Naar artikel](#)

## Naar een wetenschappelijk verantwoorde indeling van diagnoses

Is HiTOP een alternatief voor de DSM-5?  
[Naar artikel](#)

## Virtuele omgeving en beweging brengen patiënt bij zijn herinnering terug

Koosje de Beer interviewt Marieke van Gelderen over 3MDR  
[Naar artikel](#)

## De GGZ is dood, leve de GGZ!

Column, Willem Gotink  
[Naar artikel](#)

## Op de stoel van de Maatschappelijk werker

Gerda van der Veen, Maatschappelijk werker bij Lentis.  
[Naar artikel](#)

## GGZTotaal in de komende maanden

De bijlage XL; de zomermaanden en de jaarlijkse columnwedstrijd  
[Naar artikel](#)

## Contactadvertentie

Een column van Niki Stoker

[Naar column](#)

Marieke van Meijeren: Een hemel zonder schroeven  
Recensie Johan Atsma

[Naar recensie](#)

DE NIEUWE BIJLAGE: XL

Mei: Stigma

XL

## Stigma's maken het leiden van een 'normaal' leven een stuk ingewikkelder

I.s.m. Samen Sterk Zonder Stigma  
[Naar artikel](#)

## "De omgeving ziet niet de schuldgevoelens, de schaamte"

Ahmet Türkmén en Arina de Groot over stigma en verslaving  
[Naar artikel](#)

## "Ik heb er alle begrip voor als mensen het niet vertellen"

Psychiater Menno Oosterhoff en psychotherapeut Clara Koek over hun psychische aandoening  
[Naar artikel](#)

## Kenniscentrum Phrenos werkt aan destigmatisering en sociale inclusie

[Naar advertorial](#)



We kondigden het vorige maand al aan: GGZTotaal gaat uitbreiden. Vanaf nu gaat elk magazine vergezeld van een bijlage: XL. De reden: soms willen we over een onderwerp meer vertellen dan één artikel toelaat, zonder er meteen een thema-magazine van te maken. Dan is een thema-bijlage dé oplossing.

XL nummer één (collectors item!) staat in het teken van Stigma. Een lastig te bestrijden fenomeen, zo blijkt. Het is meer dan enkel vooroordelen, meer dan alleen maar discriminatie, meer dan gebrek aan kennis. Het is een diepgewortelde angst of afkeer van alles dat anders is dan gebruikelijk. Dat we 'dat andere' ook nog eens niet begrijpen maakt het alleen maar erger. Het stigma op psychiatrische problemen zorgt er wel voor dat veel mensen waar het om gaat er veel erger aan toe zijn dan op basis van hun klachten logisch is. Want uitsluiting is soms kwalijker dan het probleem op zich.

Met dank aan de Stichting 'Samen Sterk zonder Stigma' leggen we het fenomeen op de onderzoekstafel. Twee ervaringsdeskundigen vertellen over hún ervaringen met Stigma. Twee behandelaars die sinds tweeënehalf jaar open zijn over hun psychiatrische aandoeningen, vertellen onder andere waarom ze zo lang hebben gewacht met 'uit de kast te komen'.

Een bijlage. Het woord zegt het al: we hebben ook een 'gewoon' magazine.

De kritiek op de DSM is fors. En het lijkt of met elke volgende versie de kritiek aanzwelt. Een groep wetenschappers heeft in Amerika een nieuwe opzet gemaakt voor de categorisering van psychische stoornissen. "Het is vooralsnog 'work in progress'", zegt hoofdauteur Roman Kotov, "maar als andere systemen zoals de DSM of de ICD ons voorbeeld zouden volgen om het systeem op wetenschappelijke feiten te bouwen, zouden we compleet tevreden zijn."

In Amsterdam ontwikkeld Centrum '45 een variant op de EMDR, de 3MDR, bedoeld voor ernstige en vastzittende trauma's. Koosje de Boer interviewt Marieke van Gelderen, die aan de ontwikkeling van de 3MDR werkt.

En uiteraard onze vaste rubrieken: een gedicht van Gisele Vranckx, Johan Atsma recenseert een boek met de wat raadselachtige titel 'Een hemel zonder schroeven', van Marieke van Meijeren, Niki Stoker schrijft deze maand geen column, maar een contactadvertentie. Hoofdredacteur Willem Gotink schrijft in 'De GGZ is dood, leve de GGZ' over misplaatste kritiek op de GGZ. Gerda van der Veen, tenslotte, vertelt in 'Op de stoel van...' over haar taken als Maatschappelijk werker bij Lentis. ●

# DSM-5 HiTOP

## EEN STAP VOORUIT IN DE INDELING VAN DIAGNOSES

### Is HiTOP een alternatief voor de DSM-5?

Jeannet Appelo

De DSM ligt al langere tijd onder vuur. Slecht bruikbaar voor de dagelijkse praktijk, is de algehele teneur. "Het is Byzantijns", zei Robert Krueger, hoogleraar aan de Universiteit van Minnesota in een interview met PsyPost. "Het is als de belastinggids van de Verenigde Staten. Je verdwaalt in de complexiteit van de inhoud en vindt dan nog steeds geen nuttig concept voor de behandeling van je patiënt".

Krueger is één van de 39 psychologen en psychiaters uit de hele wereld die een voorstel deden voor een nieuwe indeling: The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP). Het voorstel werd onlangs gepubliceerd in The Journal of Abnormal Psychology.

*"De betrouwbaarheid en validiteit van de traditionele indelingen wordt beperkt door willekeurige grenzen tussen psychopathologie en normaal, onduidelijke grenzen tussen stoornissen, regelmatig gelijktijdig voorkomende ziektebeelden, heterogeniteit binnen aandoeningen en diagnostische instabiliteit. Voor de structuur van deze indelingen is weinig wetenschappelijke basis, ze kwamen tot stand op grond van toevallige gebeurtenissen. Daardoor zijn deze indelingen onbetrouwbaar."*

Het artikel is van start, de toon is gezet. In vijftwintig pagina's, waarvan er bijna tien bestaan uit referenties, zet de groep uiteen wat er mis is met de huidige indeling van psychiatrische ziektebeelden (lees: de DSM en de ICD-10) en vooral, hoe het beter zou kunnen. Want dat een zinnige indeling nodig is, daar lijkt iedereen het over eens.

#### DE KRITIEK OP DE DSM-5 EN ICD-10

De auteurs starten hoffelijk met de voordelen die de DSM en tegenhanger ICD (International Classification of Diseases) hebben gebracht. Door de beide indelingen is er een gemeenschappelijke taal gekomen in het veld, het diagnostisch proces is verbeterd en nationale schattingen over hoe vaak een ziektebeeld vóórkomt zijn op dezelfde definities gebaseerd. Populair gezegd: behandelaars en onderzoekers in de VS bedoelen hetzelfde als hun Europese collega's als ze het, bijvoorbeeld, over een depressie hebben. Dat komt behandelingen en onderzoek ten goede. De HiTOP is dan ook zeker niet bedoeld als kritiek op diagnostiek an sich, wel op de manier waarop daar momenteel vorm aan wordt gegeven.

Die kritiek op de traditionele indelingen is niet mals. "Allereerst veronderstellen de traditionele systemen dat alle psychische stoornissen categorieën zijn", schrijven de auteurs, "terwijl ondertussen bewezen is, dat psychopathologie bestaat op een continuüm. Je bent niet óf wel óf niet depressief, zoals het huidige systeem zegt. Tussen 'normaal' en 'ernstig depressief' liggen eindeloze variaties die verschillen in ernst. En dat geldt voor alle psychische aandoeningen. Door die categorische indeling gaat veel informatie verloren."

De tamelijk absolute indelingen van de DSM en de ICD hebben nóg een nadeel: beperkte betrouwbaarheid: dezelfde patiënt krijgt bij verschillende behandelaars verschillende diagnoses. Dat is niet vreemd als je dimensionale fenomenen in vastomlijnde categorieën dwingt, denken de auteurs.

Een derde nadeel van de DSM en de ICD, is de heterogeniteit van de diagnoses, die vaak meerdere pathologische processen omvatten. Dat lossen die indelingen op door subtypes in te voeren, maar die subtypes zijn arbitrair en zelden gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek. Indelingen die gebaseerd zijn op wetenschappelijk onderzoek zou tot veel homogener subgroepen leiden.

Vervolgens, zo gaat de onderzoeksgroep verder, komt comorbiditeit wel erg veel voor. Dat is een probleem voor onderzoek en behandelingen. Je moet je afvragen, als comorbiditeit zó vaak voorkomt, of het dan niet noodzakelijk is om de grenzen tussen de stoornissen te herdefiniëren.

Tot slot zien de auteurs dat veel mensen wel lijdensdruk ervaren, maar geen behandeling krijgen, omdat ze niet aan de criteria voor een stoornis voldoen. De DSM-5 lost dat probleem welswaar op door de toevoeging van 'Niet Anderszins Omschreven' (NAO), maar de auteurs zien dat als een weinigzeggende diagnose, die in feite een tekortkoming van het systeem blootlegt.

Waar het op neerkomt, schrijven de auteurs, is dat de grondleggers van de DSM en de ICD verder zijn gegaan dan het beschikbare bewijsmateriaal voor de structuur van de psychopathologie toeliet. Die structuur is gevormd door allerlei andere overwegingen dan wetenschappelijk bewijs. Sterker nog, het trage tempo waarin de psychiatrie zich ontwikkelt, is voor een deel te wijten aan de beperkte geldigheid en bepaalde willekeur van de traditionele diagnoses.

#### WAT WIL DE HiTOP?

De oplossing van de HiTOP-groep voor deze problemen ligt op meerdere gebieden.

In de eerste plaats willen de ontwerpers syndromen construeren die gebaseerd zijn op een samenhang van symptomen waar wetenschappelijk bewijs voor is. Die syndromen moeten in de plaats komen van de huidige samenhang tussen diagnoses die afhankelijk zijn van niet- of slecht onderzochte vooronderstellingen. Verder gaat de groep uit van spectra die meerdere niveaus van hiërarchie kennen: het brede onderliggende niveau benoemt de grote spectra en de specifieke niveaus wijst op de preciezere daarbinnen. Die opzet staat artsen en onderzoekers toe te focussen



brede spectrum “internalisering” dat een totaal van dergelijke problemen beslaat.

### HEEFT HiTOP TOEKOMST?

Roman Kotov is hoogleraar van de Stony Brook University en één van de hoofdauteurs van het artikel. Per mail schrijft hij: “Onze ambitie is dat het HiTOP-systeem veranderingen in de psychiatrische diagnostiek versnelt, dus hoe patiënten gediagnosticeerd worden in wetenschappelijk onderzoek en de klinische praktijk. Daarvoor is het nodig dat we de HiTOP dóór-ontwikkelen tot het punt waarop het nét zo gedetailleerd en specifiek is als de DSM en de ICD. Op het ogenblik is de HiTOP nog onvoldoende breed en gedetailleerd om een handleiding te zijn voor alle GGZ-problematiek. Sommige aspecten van psychische stoornissen zijn goed omschreven, terwijl anderen nog ‘work in progress’ zijn. Maar als andere systemen (de DSM, de ICD, of nog anderen), uit zouden gaan van de principes van de HiTOP, zodat er een zorgvuldig werk ontstaat over psychische aandoeningen, dat gebaseerd is op de meest up-to-date kennis, dan zouden wij volmaakt tevreden zijn.”

### HOE REAGEREN DE VAKGENOTEN?

Kotov: “De reacties die we tot nu toe hebben gekregen van andere onderzoekers zijn tamelijk positief geweest. Veel wetenschappers in het veld onderschrijven dat de DSM-5 en de ICD-10 niet overeenkomen met de werkelijkheid en hebben de indruk dat HiTOP een stap vooruit kan zijn. In de maand nadat het eerste artikel werd gepubliceerd kregen we evenveel aanvragen om aan het gezelschap deel te nemen als het hele jaar ervoor! Uiteraard kan ik alleen spreken voor het wetenschappelijke netwerk waar ikzelf deel van uitmaak. Ik ben er van overtuigd dat er critici zijn, maar wij hebben ze nog niet ontmoet.” ●

Lees [hier](#) de hele publicatie

Voor meer informatie over het HiTOP-project, [klik hier](#)

Oneindig

Er zijn van die momenten die kronkelend een weg banen door de draden van je hoofd overwoekerd met het onverwerkte verdriet, meer is er niet

Er zijn van die dagen dat het lijkt alsof elke emmer vanzelf volstroomt ook al regent het niet je je ogen dicht wil houden om niets te zien

Er zijn van die tijden dat niets je troosten kan al wil je leven weer op de rails voortrazen opgeslokt door de drukte van't bestaan

Er zijn van die jaren die vlogen met jouw vleugels over de wolken heen alsof jij niet lopen kon er geen aarde genoeg was om te groeien

Zo ben ik er ook, jagend op mijn dromen verstomt als de donder bliksemt volledig stilstaand om van daaruit

weer een nieuwe moment in te gaan



(c) Gisele Vranckx

# Virtuele omgeving en beweging brengen patiënt bij zijn herinnering terug

van Koosje de Beer

3MDR is een nieuwe therapie, waarin veteranen al lopend hun trauma onder ogen zien in een virtuele omgeving. De afleidende taak, bekend van EMDR, speelt ook een rol in de 3MDR-sessies. Maar daar houdt de vergelijking op volgens psycholoog en onderzoeker Marieke van Gelderen. “Doordat de oud-militair op de loopband de foto steeds dichterbij ziet komen, is de impact groter”, zegt zij. “Ze komen gemakkelijker bij de herinnering die ze in andere therapieën wegstoppen.”

Engagement, betrokkenheid van de patiënt bij zijn herinnering, daar draait het om bij 3MDR, stelt Van Gelderen. “In mijn onderzoek bij Centrum ’45 werk ik alleen met veteranen met een chronische PTSS, die al eerder zonder succes zijn behandeld met een andere trauma-gerichte therapie. Mijn hypothese is dat 3MDR bij hen wel kan werken omdat de therapie wat wij ‘vermijding’ noemen, ofwel het niet bij de herinnering van de gebeurtenis kunnen komen, kan doorbreken. Een trauma is tenslotte voor een groot deel angst voor herinneringen.”

## Loopband

In tegenstelling tot EMDR zit de patiënt bij een 3MDR-sessie niet in een stoel, maar wandelt hij op een loopband. Per sessie wordt al snel drie kilometer afgelegd. Juist die beweging in combinatie met de virtuele omgeving, zorgt ervoor dat de veteraan niet afgeleid wordt, meent Van Gelderen. “Uit ander onderzoek weten we al dat beweging het geheugenproces ondersteunt en het associatief denken bevordert. Als onze theorie klopt, zal het lopen het opnieuw opslaan van de herinnering op een goede manier moeten vergemakkelijken.” De resultaten van een eerdere kleine pilotstudie zijn veelbelovend aldus de onderzoekster. “Van de twaalf mensen die meededen, hadden zes mensen baat bij de therapie. Voor deze groep vinden we deze score van 50% een zeer goed resultaat.”

3MDR staat voor Multi-modular Motion-assisted Memory Desensitization and Reconsolidation. Hierbij worden onder blootstelling aan zelf gekozen trauma-gerelateerde beelden enkele afleidende taken uitgevoerd. De behandeling heeft overeenkomsten met EMDR, alleen worden bij 3MDR visuele, auditieve en fysieke elementen toegevoegd. Zo wordt het imaginaire beeld vervangen door een visueel beeld en luistert de patiënt naar gerelateerde muziek. Ook loopt de patiënt gedurende de sessie op een loopband. Tijdens een sessie wordt ongeveer drie kilometer wandelend afgelegd. Zien hoe 3MDR in de praktijk werkt?

Bekijk het fragment van het programma [Sophie in de mentale kreukels](#).

## Virtuele omgeving

3MDR is in Nederland ontwikkeld door psychiater Eric Vermetten en arts Agali Mert in het Militair Revalidatie Centrum in Doorn. “Het revalidatiecentrum van Defensie maakt gebruik van de modernste middelen, zoals CAREN”, legt Van Gelderen uit. “Met dit systeem kunnen patiënten revalideren in een virtuele omgeving. Vermetten en Mert hebben deze techniek als uitgangspunt genomen voor het ontwikkelen van 3MDR.”

In de behandelingen is er bewust voor gekozen om ‘echte beelden’ te gebruiken die de veteranen in overleg met Van Gelderen uitzoeken. “Dat kunnen oude foto’s zijn, maar ook oorlogsbeelden uit de krant of van internet. Ook zijn er mensen die een brief die ze tijdens hun missie hebben geschreven, willen zien. Alles wat te maken heeft met het trauma is goed.” Aan het begin van de sessie stapt de oud-militair op de loopband. Van Gelderen: “We starten dan met een liedje dat de veteraan zelf heeft uitgezocht uit de tijd dat hij in het oorlogsgebied was. Uit onderzoek blijkt dat muziek mensen snel naar de herinnering toebrengt.” Na een tijdje wandelen verschijnt de eerste foto, levensgroot in een gezichtsveld van 180 graden. Eerst ziet de veteraan deze vaag alsof het gebeurde in de verte ligt, maar het beeld komt steeds dichterbij. Een intense ervaring, volgens de onderzoeker. “Tijdens het lopen coach ik de patiënt door te vragen naar zijn herinnering en de emoties die deze oproept. Daarna flitst als afleidende stimulus een bal met een nummer over het scherm dat de veteraan moet opnoemen.” In één sessie van ongeveer een uur ziet een patiënt zeven beelden. Samen met het voor- en nagesprek duurt een sessie 90 minuten. Volgens de psychologe gaat de therapie niemand in de koude kleren zitten, maar ervaren de veteranen 3MDR wel als een prettige manier om hun herinneringen te verwerken. “Ze geven aan dat vooral het lopen het gemakkelijker maakt om bij de herinnering te komen.”

## Vervolgstudies

Van Gelderen is nu anderhalf jaar bezig met een vervolgonderzoek bij Centrum '45, waarin zij de eerdere kleine pilot uitbreidt met twee groepen veteranen die zij 16 weken volgt. "Een groep geef ik direct zes sessies 3MDR, de andere veteranen zijn mijn controle groep. Deze mensen krijgen eerst 16 weken een andere behandeling, zoals

groepstherapie, medicatie of ondersteunende gesprekken. Pas daarna beginnen zij met de 3MDR-sessies. Van iedereen houd ik gegevens bij over het klachteniveau en het fysiologisch en neuropsychologisch functioneren, zodat ik daar mijn conclusies uit kan trekken." Inmiddels is er ook contact gelegd met GGZ Drenthe om in samenwerking een vergelijkbaar onderzoek met geüniformeerden uit te voeren. Dat kunnen veteranen zijn, maar bijvoorbeeld ook politieagenten. "Er is wel een groot verschil met de eerder genoemde studie", benadrukt ze. "Voor dit onderzoek gaan we de 3MDR-therapie proberen bij mensen die nog geen traumatherapie hebben gehad, maar wel last hebben van gebeurtenissen uit het verleden. Op die manier kunnen we de behandeling uitproberen onder verschillende condities." Ook internationaal staat 3MDR op de kaart. Zo is er een consortium opgericht waarin wetenschappers uit Groot-Brittannië, Canada, de VS en Israël participeren. De bedoeling is om de gezamenlijke onderzoeksdata uit te wisselen.

Op termijn ziet Van Gelderen zeker kansen voor 3MDR in de reguliere ggz. "Of de therapie ook hier kosteneffectief kan worden ingezet is één van de aandachtsgebieden, waar het nieuwe onderzoek bij GGZ Drenthe en Centrum '45 zich op richt. De investering van de virtuele omgeving is hoog, maar het kan heel goed zijn dat de kosten zich terugverdienen, omdat de behandelaar minder sessies nodig heeft voor een goed resultaat. Ik zie zeker mogelijkheden, over twee jaar zullen we meer kunnen zeggen over de werkzaamheid van de 3MDR." ●



3MDR in actie

## Meedoen?

Voor haar onderzoek bij Centrum '45 zoekt Marieke van Gelderen nog veteranen die 3MDR willen uitproberen en bij wie andere therapieën geen goed resultaat hebben opgeleverd. Ook voor het onderzoek van Karlijn Schols in samenwerking met GGZ Drenthe zijn nog mensen nodig. Voor deze personen is de voorwaarde juist dat zij nog geen ervaring hebben met traumagerichte therapie.

Voor meer informatie mail naar: [M.van.gelderen@centrum45.nl](mailto:M.van.gelderen@centrum45.nl)



# De GGZ is dood, leve de GGZ!

Willem Gotink

'Het is vreselijk mis in de GGZ', zo lees ik in verschillende media, met verschillende argumenten in verschillende toonaarden. Nou loop ik zelf al zo'n veertig jaren mee en er is inderdaad het nodige op de GGZ aan te merken. Ik heb daar altijd volop aan meegedaan.

De laatste jaren bemerk ik bij mezelf echter een zekere weerzin over al die kritiek. Misschien komt het, omdat ik als parttime hoofdredacteur, het nieuws met meer afstand volg? Of is het gewoon het klimmen der jaren, ben ik moe van gezeur, beginnende burn-out wellicht? Punt is: het gaat al veertig jaar over bezuinigingen, onterecht voorgeschreven psychofarmaca (chemische dwangbuis) en lakse hulpverleners. En het is allemaal maar half waar.

Eerst maar die bezuinigingen. De GGZ krijgt, [al sinds de jaren zeventig, ieder jaar méér geld](#). Niet minder, maar méér. Daarvan gaat een deel naar bureaucratie en dat is jammer. Dat moeten we veranderen. Maar er wordt níet continu op de GGZ gekort.

Dan die medicatie. Dat mag best wat minder. Maar zullen we ons ook realiseren dat vóór de uitvinding van de psychofarmaca mensen op een onwaardige manier opgesloten werden, terwijl veel mensen met dezelfde soort klachten nu redelijk zelfstandig thuis kunnen wonen? Hetzelfde geldt overigens voor wat er tegenwoordig mogelijk is met bijvoorbeeld EMDR, cognitieve gedragstherapie. Ook wat dát betreft zie ik mensen een volwaardig bestaan leiden, waar vroeger een - soms levenslange - opname noodzakelijk werd geacht.

Lakse hulpverleners tenslotte, die ken ik wel. Maar ik ken er veel méér die bevlogen zijn, die met hart en ziel voor het vak gaan, en die je eerder moet afremmen dan vooruitduwen.

Sinds ik hoofdredacteur ben, zie ik ook wat anders. Ik zie dat op positieve ontwikkelingen die wij publiceren (therapieën die goed aanslaan, teams die psychotische jongeren aan het werk helpen) nauwelijks gereageerd wordt. Slechte ontwikkelingen daarentegen kunnen zich verheugen in een overmatige belangstelling.

Vorig jaar werd er een interessant onderzoek uitgevoerd, waaruit bleek dat 66% van de cliënten tevreden was over hun behandeling bij de GGZ. Ergo, 34% was niet tevreden. Met dat onderzoek hebben we een klein experiment gedaan.

Wij twitterden: "Twee derde GGZ-cliënten is tevreden over behandeling." Het bericht werd nauwelijks bekeken. We twitterden óók: "Eén derde GGZ-cliënten is niet tevreden over behandeling." Het bericht werd tientallen keren aangeklikt, even zo vaak getweet. Veel twitteraars herkenden deze 'vreselijk slechte GGZ'. Louis van Gaal zou zeggen: "Ben ik nou zo slim?"

Begrijp me goed, er is het nodige op de GGZ aan te merken, we hoeven niet kritiekloos staan te juichen. Sommige belangenorganisaties doen dat, maar daar zijn het dan ook belangenorganisaties voor. Verder begrijp ik ook heel goed, dat als een negatief bericht over iets gaat wat je net hebt meegemaakt (een krankzinnig lange wachtlijst bijvoorbeeld, of een dolgedraaide ambtelijke molen, of ernstige bijwerkingen), je dat graag even laat horen. Dat is belangrijk: tegenwind doet de vlieger stijgen.

Maar zullen we ons ook realiseren, dat er best veel goed gaat in de GGZ?

Zullen we de GGZ van zijn stigma af helpen? ●



# Een hemel zonder schroeven

Marieke van Meijeren

Het beleven van het overlijden van je partner, de begrafenis, de verwarring die hoort bij het gemis in een leven dat gewoon doorgaat, de relatie met je zoon, geschiedenis die achter je ligt maar nog steeds een grote rol speelt in het heden, het verliezen van grip op de dagelijkse realiteit, psychiatrische problematiek. Met deze gegevens bouwt Marieke van Meijeren in 'Een hemel zonder schroeven' aan een roman die moeilijk grijpbaar is. In een nabije toekomst begraaft de hoofdpersoon tezamen met haar zoon haar man en die gebeurtenis leidt tot een meanderend en soms mysterieus verhaal vol bloemrijke mooie en associatieve overpeinzingen en flashbacks.

*"Haar rechterhand vond de melodie terug, maar ze zag te weinig om de zwarte van de witte toetsen te onderscheiden. Een narrige, blinde weduwe werd ze. Die haar zoon vergat, haar katten sloeg, geen noot meer kon lezen. 'He, niet plassen jij.' Haar schoot werd nat. Spot, die over de toetsen liep, mauwde. Ze kwam van de pianokruk af en schudde de vermeende heiligheid van zich af. Walvende sigaretten, druipende honden op de boulevard, een giertank met mest, een kat die op je piest."*

Vanuit de nabije toekomst kijkt Van Meijeren terug. Dat biedt een mogelijk om met nostalgie naar ons heden te kijken maar je raakt als lezer ook wel eens in de war. Dat is in het geheel van deze roman

ietwat een manco. Het is bij vlagen verwarrend waar en bij wie we zijn. Volgens de flaptekst is er deels sprake van autobiografische flashbacks en dat maakt waarschijnlijk dat het verleden van de hoofdpersoon Maria geschetst is vanuit het heden van de schrijfster. Zodoende klopt ook het tijdsbeeld.

Het boek is ingedeeld in de vier elementen aarde-lucht-water-vuur en eindigt met Ether, het goddelijke. Ook hierin ervaar je de stijl van het boek die in hoge mate associatief is. Een stijl die je als lezer kan aanspreken maar ook in de war brengen.

*"Op de dag dat de perenboom zijn doodsheid vervuilde voor een wit kleed nam Seth haar naar zee."*

In het verhaal wordt gaandeweg duidelijk dat er in het verleden van de hoofdpersoon Maria een psychiatrische opname heeft plaatsgevonden die in het heden van het verhaal tot moeilijk grijpbare herinneringen leidt die naadloos overgaan in de verwarring van een oude vrouw in haar rouwproces en mogelijk ook een onvermogen om nog voor zichzelf te zorgen. In dat proces speelt de zoon een wel heel hedendaagse rol in zijn pogingen om moeder te bewegen naar een verpleeghuis te verhuizen. Het is het minst interessante aspect van het boek met een wat clichématig beeld van de ouderenzorg. Dan zijn ook in het verhaal ons heden en de toekomst in het boek verwarrend dichtbij elkaar.

*Maandelijks bespreekt Johan Atsma een recent uitgegeven boek, dat betrekking heeft op de GGZ.*

*Johan Atsma is docent/coach MBO verpleegkunde.*

Het boek boeit daarentegen door het mooi beschreven rouwproces van Maria na het overlijden van haar man waarin haar heden en het belaste maar ook gelukkige verleden naadloos in elkaar vloeien, tot een voor Maria verwarrend dagelijks bestaan waarin ze de grip op de realiteit aan het verliezen is. Daarin past de associatieve stijl van Van Meijeren heel goed.

Deze roman over "Het verlangen naar thuiskomen. Te mogen zijn op de plek waar je hoort, waar niemand je meer gevangen kan houden." zoals de flaptekst zo mooi stelt wordt gaandeweg duidelijker en in het laatste hoofdstukken helder. Dan ook begrijp je de tot dan raadselachtige titel 'Een hemel zonder schroeven'.

**Marieke van Meijeren: 'Een hemel zonder schroeven'.  
Uitgeverij Mozaiek; 155 Pagina's; € 17,99;  
ISBN 978 90 239 9695 8**



# Contactadvertentie

van Niki Stoker

Graag wil ik iets over mezelf vertellen voordat je reageert. Ik ben een vrouw van middelbare leeftijd, maar meestal voel ik me al behoorlijk bejaard. Niet alleen mijn lijf is al flink aan het verleppe, ik heb meestal ook geen energie om op te staan maar ik moet, omdat ik twee valse en decibellen producerende hondjes heb waar ik drie keer per dag mee probeer te wandelen. Vaak poepen en piesen ze in de achtertuin, omdat het me niet lukt me aan te kleden.

Ik zie er aangekleed en opgetut nog best wel leuk uit. Elke dag smeer ik dure crème op mijn gezicht waardoor mijn fijne lijntjes verdwijnen, je ziet nu alleen de diepe groeven nog en mijn kledingkasten hangen vol met Claudia Sräter en Anna van Toor spul. Nu niet blij opspringen omdat je denkt dat ik geld heb, schat, ik hād geld maar dat is me op zeer slinkse wijze door een heel foute meneer afhandig gemaakt waardoor ik nu geen enkel vertrouwen meer heb in wie dan ook, mezelf inclusief. Lees toch nog even verder, je bent al een eind op weg.

Er zijn een aantal dingen waar ik extreem goed in ben. Roken bijvoorbeeld! Na jarenlange ervaring word ik er zelfs steeds beter in. Ik heb kuddes mensen zien stoppen maar echt, ik ben een doorzetter! Denken kan ik ook geweldig. Ik kan zo nadenken dat de hele wereld om mij heen niet meer tot me door kan dringen, weken of zelfs maanden lang. Verder kan ik ook heel goed neuspeuteren, scheten laten, boeren, in het openbaar mijn tanden stoken, stront uit de tuin ruimen, bloemschikken en navelstaren.

Nou niet allemaal tegelijk, want ik heb heus ook mijn minpunten en eerlijk is eerlijk, daar heb je ook recht op. Ik ben dus heel eerlijk en als jij dat niet bent heb ik je meteen door. Je kan voor mij niets verborgen houden want ik blijf net zo lang peuren tot ik je geheimen boven tafel heb. In veel van de gevallen leidt dat er toe dat ik je de laan uit stuur. Ik ben lief, té lief zeggen velen. Je kan dansen op mijn grenzen, ik dans dan vrolijk met je mee. Totdat ik kook en dan breekt over het algemeen de pleuris uit. Dan wil ik praten tot het je neus uit zal komen. O, en afspraken mag je afzeggen, dat doe ik ook altijd!

Kortom, ik ben een vrouw uit duizenden! Zo vind je er niet veel. De meeste mannen willen me niet eens vinden en ruiken op een afstand dat ze met een boog om me heen moeten. En ik dan? Ik wil toch ook gewaardeerd en geknuffeld worden? Samen in een deuk tot er buikpijn op volgt? Ik heb in ieder geval alvast in mijn up de grootste lol gehad tijdens het schrijven van dit rare verhaaltje. Ja, jongens, ik ben mij er één!

Heb jij veel lef, incasseringsvermogen, zelfvertrouwen en humor? Ben je bloedmooi, lang met een atletisch figuur? Heb je al je voorgaande relaties tot op het bot verwerkt, geen kinderen en veel geld zodat je me dat indoor 25 meter zwembad kunt geven waar ik al zo lang naar verlang? Reageer dan snel als je niet op mijn wachtlijst terecht wilt komen. Ik hoop je binnenkort in mijn armen te sluiten en nog lang en extreem gelukkig met je te leven.

*Mail adres bekend bij de redactie.*

Wie de columns van Niki Stoker regelmatig leest, weet dat haar leven soms bizarre wendingen neemt. Niet in de laatste plaats door haar bipolaire stoornis.

Documentairemaker Bart Grimbergen wil haar verhaal in een videodocumentaire vastleggen. Deze videodocumentaire zal de kijker ontroeren, laten lachen, verdrietig maken, maar vooral ook iets leren over mensen met een bipolaire stoornis.

Om deze documentaire te kunnen realiseren is er een klein bedrag nodig om de kosten te dekken voor montage en camerawerk. Binnenkort start daarvoor een crowdfunding actie.

Wie wil bijdragen kan contact opnemen met Bart Grimbergen: 06-20409912 of mail [bartgrimbergen@outlook.com](mailto:bartgrimbergen@outlook.com)



Op de stoel van de

# DE MAATSCHAPPELIJK WERKER

"Het gaat om concrete, praktische en tastbare hulp"

Mijn functie van Maatschappelijk Werker bij het Centrum Neuropsychiatrie van Lentis, een afdeling voor mensen met Niet-Aangeboren Hersenletsel. Denk aan CVA, Korsakov, Frontaal Temporale Dementie in samenhang met psychiatrie. Mijn rol is vooral belangrijk bij opname en ontslag, zogezegd de voor- en achterdeur.

Samen met de hoofdbehandelaar doe ik na de aanmelding een intakegesprek, mijn rol is daar vooral onderzoek op het sociale gebied. Het is belangrijk dat er niet alleen medisch gekeken wordt, maar ook naar leefomstandigheden, de financiën, de familie. Toen ik hier begon met werken, ontbraken die gegevens vaak. Terwijl het voor het traject richting ontslag wel belangrijk is.

In dat traject moet er heel veel gebeuren. Als iemand na ontslag nog hulp nodig heeft, of naar een verpleeghuis of begeleide woonvorm gaat, zorg ik voor een indicatie die past bij de zorgzwaarte. Als hij weer naar huis gaat, moet hij zich bepaalde taken eigen maken, zoals het regelen van de financiën, de administratie, het huishouden. Dat zijn dingen die ik met mensen train, of ik zorg er voor dat iemand anders dat doet. De familie moet er ook 'klaar voor zijn', ze moeten zich voorbereiden op een partner die niet alles meer kan, waar rekening mee moet worden gehouden. Daar begeleid ik ze in, individueel of in een gespreksgroep. Vaak heb ik daarvoor de hele familie op mijn kamer. Want de patiënt gaat wel naar huis, maar de familie neemt de zorg over, zij moeten er mee verder.

In de 10 jaar dat ik hier werk heb ik een aantal cursussen en modules opgezet, ook voor familieleden. Die cursussen en modules heb ik zelf ontworpen of aangepast aan de mensen die hier in behandeling zijn. Het gaat vaak om het oefenen van of praten over dingen uit het dagelijks leven, de problemen die ze tegen komen.

Het multidisciplinaire team heeft in die tien jaar veel expertise opgedaan. Helaas zal deze mooie afdeling opgeheven worden.

Ik vind het contact met deze doelgroep heel bijzonder. Patiënten zijn soms heel lastig. Ontremd bijvoorbeeld, of agressief. Ik vind het bevredigend als het lukt mensen ervan te overtuigen dat het zin heeft om diagnostiek en behandeling aan te gaan. Ook het 'aansluiten', klaarstaan voor mensen, meedenken, zorgen dat mensen zich gehoord voelen, ze helpen met in hun beleving heel concrete, praktische en tastbare dingen, zoals financiële problemen, of het contact herstellen met familie.

Ik ben begonnen als ziekenverzorger, heb later de opleiding voor sociotherapie gedaan, toen het Maatschappelijk Werk en nog later de opleiding voor systeemtherapie. Op het ogenblik volg ik de opleiding voor WMO-consulent.

*Gerda van der Veen is Maatschappelijk-systeemgericht werker bij het Centrum voor Neuropsychiatrie van Lentis.*

*Per 1 mei is ze boventallig.*

De GGZTotaal van februari portretteerde 18 beroepen in de GGZ. Margot Spelbrink voegde daar de systeemtherapeut aan toe, letje de Groot vorige maand met de casemanager dementie. Is jouw beroep nog onbesproken in de GGZTotaal? Stond jouw beroep er ook niet bij? Lees [hier](#) de voorwaarden waaraan een stuk moet voldoen.

## De bijlage XL

Hopelijk hebben onze lezers waardering voor de nieuwe bijlage XL, die deze maand het thema 'Stigma' had. Voortaan zullen wij maandelijks een XL aan het magazine toevoegen. Voor de komende maanden zijn de thema's 'Bipolaire stoornis' (juni) en 'De POH-GGZ' (juli) gepland. Overigens verschijnt ons juli-magazine vanwege de aankomende zomervakantie de eerste maandag van juli, een week eerder dan normaal.

## De zomerperiode

Het magazine van 3 juli markeert ongeveer het ingaan van onze zomervakantie: vijf werkdagen later stoppen wij met het dagelijkse nieuws, om daar pas vanaf 4 september weer verder mee te gaan. Alleen bij calamiteiten zullen wij de draad tijdelijk oppakken.

De nieuwsrubriek staat in die periode open voor vragen van lezers aan lezers: u kunt uw vragen aan ons sturen, wij plaatsten ze op de site, medelezers kunnen direct antwoorden, u kunt zelf checken of er reacties zijn. Er zijn een paar voorwaarden (zoals een verbod op sluikreclame), die staan binnenkort op de site.

Uw vragen kunt u mailen aan [info@ggztotaal.nl](mailto:info@ggztotaal.nl), vanaf 10 juli zijn ze op de site te vinden.

4 september starten wij dan weer met het dagelijkse nieuws, nog een week later verschijnt het magazine van september.

## Onze columnwedstrijd in september:

In ons septembermagazine zullen wij, traditiegetrouw, een podium bieden aan iedereen die iets over de GGZ wil vertellen: trieste verhalen, vrolijke anekdotes, tenenkrommende gebeurtenissen of ontroerende momenten. Inderdaad, onze jaarlijkse columnwedstrijd.

Bekijk [hier de voorwaarden](#) om mee te doen.

Inzenden kan tot 14 augustus!!





# Stigma's maken het leiden van een 'normaal' leven een stuk ingewikkelder

*Met dank aan de stichting Samen Sterk Zonder Stigma*

Ruim 40% van de Nederlanders heeft in zijn leven een kortere of langere tijd last van een psychische aandoening. Dat kunnen er veel verschillende zijn: borderline, depressie, angststoornis, ADHD, autisme, een burn-out en vele anderen. Elk jaar gebruikt meer dan een miljoen mensen kort of langer antidepressiva. Je zou dus denken dat we daar in Nederland makkelijk over praten: grote kans immers dat je gesprekspartner óók een psychische aandoening heeft of heeft gehad?

Helaas. Er rust nog steeds een groot taboe op psychische aandoeningen. Vooroordelen en discriminatie komen in de samenleving veel voor. Overigens ook bij de mensen om wie het gaat.

“Het verschijnsel heet stigmatisering: het proces waarin een groep personen negatief wordt gelabeld, veroordeeld en uitgesloten, op grond van gemeenschappelijke, afwijkende kenmerken en/of gedragingen die angst of afkeer oproepen”, aldus Samen Sterk. In dit geval bestaat die groep dus uit mensen met een psychische aandoening, of verslavingsproblemen.

Volgens Samen Sterk zijn er meerdere vormen van stigma. De meest bekende vorm is het publieke stigma, waarbij de maatschappij een groep mensen meer of minder uitdrukkelijk uitsluit.

Daarnaast is er het zelfstigma, waarbij iemand de vooroordelen over de eigen aandoening voor waar aanneemt. De vooroordelen worden als het ware geïnternaliseerd. Dat begint al in de kindertijd. Een kind creëert negatieve opvattingen over (mensen met) psychische aandoeningen. Krijg hij op enig moment zelf psychische problemen, dan past hij deze aanvankelijk neutrale kennis en 'publieke houding' plotseling toe op zichzelf: hij verwacht afwijzing. Zo kunnen mensen die psychotisch zijn geweest, denken

dat zij nergens meer toe in staat zijn. Iemand die depressief is, kan denken dat het zijn eigen schuld is. Dit zelfstigma leidt tot schaamte en terugtrekken. Het beperkt je doen en laten.

De derde vorm van stigma is structurele stigmatisering: de cultuur, wet- en regelgeving bevestigen en ondersteunen de uitsluiting en de vooroordelen.

Als stigmatisering iets van deze tijd was en het puur een kwestie van onwetendheid zou zijn, dan was het misschien niet zo lastig te bestrijden. Maar het gaat niet alleen maar om onwetendheid, vooroordeel en misvatting. Wij hebben, als mens, al sinds ons bestaan de neiging om alles wat anders, onbekend of onverklaarbaar is, buiten te sluiten. Veiligheid en overlevingsdrang, maar ook status binnen de subgroep en het zelfbeeld van die groep zijn daarbij belangrijke drijfveren. Stigmatisering is dan ook van alle tijden en is geworteld in biologie, (neuro)psychologie en cultuur. Juist die mix maakt stigma's zo hardnekkig.

## **Gevaarlijk en overlastveroorzakers: het is gewoon niet waar!**

Bekende vooroordelen zijn dat psychiatrische patiënten gevaarlijk zijn en overlast veroorzaken. Hoewel dat eerste aantoonbaar onwaar is en het tweede minstens forse nuancering behoeft, blijven de beelden bestaan. Samen Sterk: “Sterke en directe emotionele reacties beïnvloeden stigmatisering. Zo spelen afkeer en boosheid bijvoorbeeld een rol bij het vooroordeel dat patiënten overlast veroorzaken. Bij de stereotypen 'zielig' of 'hebben zorg nodig' kijkt een emotie als medelijden om de hoek. Bovendien neigen emoties tot afstand houden en dus ook tot minder bekendheid met psychische aandoeningen.”

### Samen Sterk zonder Stigma

De stichting Sterk zonder Stigma werkt aan een samenleving waarin psychische problematiek bespreekbaar is. Samen met ambassadeurs, supporters en andere betrokkenen werkt de stichting aan bewustwording van stigma en de impact ervan. Onder andere geeft de stichting handvatten voor een gelijkwaardige, diverse en menselijke samenleving. De tekst van dit artikel is voor een groot deel van Samen Sterk Zonder Stigma afkomstig.

[www.samensterkzonderstigma.nl](http://www.samensterkzonderstigma.nl)

"Als iedereen het zegt,  
dan is het zo!"

Maar het zijn niet alleen onze emoties. De vooroordelen worden bevestigd door de media en schijnbaar door de statistieken. Hoewel er enige verbetering in de media valt te bespeuren, komen er met regelmatig krantenkoppen voorbij waarin een verward persoon iets heeft misdaan. Natuurlijk gebeuren die dingen, maar soms lijkt het of gebeurtenissen waar een 'verward persoon' bij is betrokken, meer aandacht krijgen dan soortgelijke gebeurtenissen in, bijvoorbeeld, het criminele circuit. Minstens zo belangrijk: iemand met psychiatrische problemen die een brand veroorzaakt, is nieuws. Iemand die eenzaam thuis zit, of 'normaal' mee doet, die haalt de krant niet.

Sinds enige jaren registreert de politie de incidenten die met verwarde personen in verband moeten worden gebracht. Daarmee hebben we een getal. Maar dat getal is behoorlijk vervuild. Als 'verward persoon' registreert de politie de dementerende oude vrouw, de overspannen trambestuurder, de drugsgebruiker, de ruziezoekende alcoholist en de psychotische, al dan niet gevaarlijke, man. Voor het publiek wordt het door de combinatie met de media alleen dat laatste.

Niet onbelangrijk: de politie wil - volkomen terecht - van het probleem af dat mensen met een zorgbehoefte in de cel komen te zitten. De registratie is óók bedoeld om dat probleem aan te tonen. De cijfers worden dan ook zo 'gunstig' mogelijk geïnterpreteerd. Sommige 'verwarde personen' komen tientallen keren in de registratie voor. In de media lijkt het dan nog wel eens om 'tientallen verwarde personen' te gaan.

### 'Als iedereen het zegt, dan is het zo!'

Terug naar de hardnekkigheid van die stigma's. Naast de factoren die hierboven staan, speelt ook systeemrechtvaardiging een belangrijke rol. De meeste mensen zijn geneigd de heersende maatschappelijke situatie als juist, legitiem en wenselijk te beschouwen. Want waar rook is, is vuur. 'Het is niet voor niks dat iedereen denkt dat ze gevaarlijk zijn', of: 'Iedereen loopt er met een boog omheen, dus waarom zou ik dat niet doen?'

Als iedereen het zegt, dan is het zo! Volgens die redenatie was de aarde 500 jaar geleden plat. Immers, toen dacht iederéén dat en handelde er ook naar.

### En de GGZ?

Hulpverleners stigmatiseren net zo veel als het algemene publiek. Gelukkig kan de GGz-sector als geheel positief bijdragen aan stigmavermindering. Een goede start is de erkenning van het probleem en dat het zaak is om deel van de oplossing te worden.

In één van de interviews in deze bijlage vertellen psychiater Menno Oosterhoff en psychotherapeut Clara Koek over hún psychiatrische problemen, waarom ze er niet eerder over durfden vertellen en waarom ze dat tegenwoordig wel doen.

Inmiddels staat (de-)stigmatisering hoog op de agenda. De behandeling van mensen met psychiatrische problematiek is gericht op herstel en rehabilitatie. Antistigma-activiteiten richten zich meer op de samenleving. Vooral op het positief beïnvloeden van de publieke opinie en beeldvorming.

### 'Een stigma is erger dan de kwaal zelf.'

Vooroordelen over en de houding naar mensen met een psychische aandoening hebben veel invloed.. Het zorgt er bijvoorbeeld voor dat zij moeilijker vrienden maken, werk of een huis vinden. Het maakt een 'normaal' leven leiden een stuk ingewikkelder. Uit schaamte en om vooroordelen en stigma voor te zijn, anticipeert iemand met een psychische aandoening hierop en trekt zich terug.

Dit persoonlijke lijden veroorzaakt naast onnodig leed, ook onnodige zorg- en maatschappelijke kosten. Mensen zoeken minder snel hulp uit angst voor wat hun vrienden en familie ervan vinden. Dat kan de aandoening verergeren en hun functioneren (nog meer) belemmeren. Herstel duurt vervolgens langer en kost meer. Ziekteverzuim, productieverlies en niet meedoen in de maatschappij kost miljarden. ●

# “DE OMGEVING ZIET NIET DE SCHULDGEVOELEN, DE SCHAAMTE.”

*Niet bespreekbaar maken van verslaving vormt, samen met vooroordelen en zelfstigma, een vicieuze cirkel*

Door Willem Gotink



nis terecht, waar hij zich realiseerde dat hij alles kwijt was. Werkloos, gescheiden, zijn kinderen zag hij niet meer, hij had geen contact meer met zijn familie. En: er was niemand meer die hem nog geloofde als hij zei dat hij wilde stoppen. Alleen zijn zus bleef hem steunen. Het lukte hem, in juni is hij zeven jaar clean.

## Drie generaties verslaving

Als een rode draad loopt verslaving ook door het leven van Arina de Groot. Niet bij haarzelf, maar bij familieleden. Haar moeder dronk stiekem en hoewel het een zorgzame moeder was, waren er weinig regels en grenzen. Arina: “Ik heb best een fijne jeugd gehad, ik had veel vrijheid. Maar ik merkte ook, dat als mijn vader thuis was, de situatie veranderde. Hij probeerde het gezin weer strak in het gareel te krijgen. Daarbij zette mijn vader mij regelmatig in als tussenpersoon bij conflicten met mijn moeder. Bijvoorbeeld door opmerkingen als: ‘vraag jij eens aan je moeder of ze haar oog niet wil laten rechtzetten.’”

Ze trouwde op haar 18-de. Het lot is grillig: ook haar man bleek alcoholist. “Door mijn opvoeding had ik de reddersrol, ik had geleerd te pleasen, te zorgen dat er geen ruzie kwam, conflicten in een vroeg stadium te sussen. Ik wist hoe ik mensen te vriend moest houden. Als kind al, als ik moest oppassen, dan was mijn grootste zorg ‘als ik maar weer terug mag komen.’”

Na zes jaar met veel huiselijk geweld ging ze met twee kleine kinderen weg bij haar man. Zo'n vijftien

Ahmet Turkmen komt uit een arbeidersgezin. Zijn vader kwam uit Turkije naar Duitsland, eerst alleen, met de bedoeling een jaar te blijven. Ahmet kwam met zijn moeder na dat jaar ook, één jaar werden er drie. Toen kwamen zijn broer en zus ook. Het gezin vestigde zich definitief in Duitsland. Er was veel onenigheid tussen de ouders, onder andere over geld. Ahmet, hoog-gevoelig, merkte dat er over veel dingen niet gesproken werd. Hij wilde een normale familie, probeerde te sussen, wat slecht lukte. Toen kwam hij in aanraking met vrienden die hem begrepen, maar die ook middelen gebruikten. Zo raakte hij op zijn 17-de verslaafd. Hij trouwde, kreeg twee kinderen, had een goede baan. Maar de verslaving veroorzaakte problemen. Op zijn 34-ste kwam hij, ondertussen naar Nederland verhuisd, in de gevange-

jaar later bleek ook haar dochter een afhankelijkheid van cannabis te hebben ontwikkeld. Na behandeling in een buitenlandse kliniek is dat grotendeels onder controle. Arina: “Maar het blijft voor de rest van haar leven een hardnekkig gevecht. Blijkbaar is het ook een familiekwestie.”

## De (on)bespreekbaarheid van verslaving

Het onderwerp verslaving blijkt een groot taboe. Arina: “Bij ons thuis werd er niet over gesproken, niet in het gezin en niet binnen de familie en de kennissenkring. Terwijl het niet anders kan dat mensen er van geweten hebben. Het waren de jaren zestig, het taboe was toen nóg groter dan nu. Maar ook toen mijn man en ik uit elkaar gingen, werd de oorzaak vooral gezocht in de drukte op zijn werk, in overspannenheid. De alcohol, de verslaving, dat werd niet opgepikt.” Ahmet: “Met mijn kinderen maak ik het bespreekbaar. Met mijn broer, zus en (stief-) moeder bespreek ik het ook wel. Met mijn vader is dat moeilijker. ‘Het is geweest’, zegt hij. Hoe hij er over denkt, zal altijd wel een vraagteken voor me blijven.”

*Een lastig dilemma rond de stigmabestrijding komt naar voren in de discussie die ik achteraf met Arina voer als zij het artikel voor akkoord naleest. Moet je de woorden ‘verslaving’ en ‘afkicken’ vermijden omdat het zoveel negatieve associaties oproept? Of moet je die woorden juist wél gebruiken en duidelijk maken dat die associaties onterecht zijn? Het blijkt een ingewikkeld dilemma. Uiteindelijk kiezen we voor een compromis: in het artikel gebruiken we soms verslaving, soms afhankelijkheid. Soms afkicken, soms behandeling.*



Ahmet Turkman en Arina de Groot zijn beiden ambassadeur van de Stichting Samen Zonder Stigma. De stichting zet zich in voor een samenleving waarin psychische problematiek bespreekbaar is. Ahmet en Arina geven daarbij extra aandacht aan verslaving.

Ahmet werkt tegenwoordig in de verslavingszorg, als coach en ervaringsdeskundige bij Intact, Herstel en Zelfhulp en Tactus verslavingszorg. Het is sinds zes jaar een vaste en betaalde baan. Daarnaast heeft hij zijn eigen bedrijf, Tanis Benimle (Turks voor ‘Leer mij kennen!’) Arina is eigenaar van Ik-Fullness. Met deze organisatie organiseert zij workshops en seminars rond verslavingsproblematiek.

80,8% van de Nederlandse bevolking van 18 jaar en ouder heeft in het afgelopen jaar wel eens alcohol gedronken. Een op de tien volwassenen voldoet aan de definitie 'zware drinker' en/of 'overmatig drinker'.

Naar schatting heeft 21,1% van de Nederlanders van 18 jaar en ouder ooit cannabis gebruikt. Voor cocaïne is dat 4,3%; Xtc 7%; Amfetamine 4%; GHB 1,6 en heroïne 0,5%.

Bijna 30.000 mensen zochten in 2015 hulp voor alcoholverslaving. Voor opiaten waren dat er ruim 9.000. Verder zochten mensen hulp voor afhankelijkheid van cannabis (bijna 11.000); cocaïne (ruim 7.000); amfetamine, XTC en GHB (samen ongeveer 2.600)

(Bron: Trimbos, Nationale Drugsmonitor 2016)

De oorzaak van verslaving ligt volgens de Nederlandse Vereniging van Psychiatrie in:

- **Biologische factoren:** aanleg en verandering van de hersenen gedurende de periode van gebruik.
- **Psychische factoren:** psychische aandoeningen kunnen verslaving bevorderen. De verslaving kan, op zijn beurt, de psychische klachten verergeren.
- **Sociale factoren:** de beschikbaarheid van een middel, gebruik in de peer-groep en het hebben van verslaafde ouders, zijn onder andere factoren die tot gebruik van een middel kunnen leiden.

### 'Je wordt als opgegeven beschouwd'

Wat merken beiden van de vooroordelen die rond verslaving spelen? "Veel", zo beamen beiden. Arina ziet over het algemeen óf reacties die de problemen bagatelliseren, óf mensen die een stap achteruit doen. Het is ook een kwestie van onwetendheid, vermoedt ze. Mensen vinden het een 'vieze ziekte'. Bij verslaving speelt, veel meer dan bij andere psychische aandoeningen, ook het oordeel van eigen schuld.

Een verslaving, 'daar kun je zelf wat aan doen'. Veel andere psychische aandoeningen 'mogen' wel voor behandeling in aanmerking komen.

Arina: "Als ik op een voorlichtingsavond vertel dat ik een verslaafde dochter heb, zeggen mensen: 'Heeft u een verslaafde dochter? Dat zou je ook niet zeggen!' Alsof dat aan je uiterlijk af te leiden is! Mensen hebben het vooroordeel dat verslavingsproblematiek alleen in lage milieus voorkomt. Dat is een groot misverstand. In de rijkere milieus is namelijk veel meer geld om de middelen te betalen."

Ahmet is iets positiever: "In het begin reageren mensen afwijzend. Maar tegenwoordig voornamelijk positief. Waarschijnlijk krijg ik de negatieve reacties ook niet altijd te horen. Het zijn veel meer mijn eigen oordelen die me dwars zitten."

Minder positief is hij over professionals. "In de forensische zorg, in gevangnissen en in de GGZ zie je de vooroordelen terug. Een opmerking als: 'Die is zó vaak opgenomen, dat komt nooit meer goed.' Als iemand na een ziekenhuisbezoek drie weken clean is geweest, kan daar bagatelliserend over worden gesproken. Bijvoorbeeld door op een smalende toon te zeggen: 'Zóho, wel drie weken? Tsjonge-jonge!'. Mensen worden gestigmatiseerd, successen worden gebagatelliseerd, je wordt als opgegeven beschouwd."

## 'Heeft u een verslaafde dochter? ...

*Dat zou je ook niet zeggen!*

De kritiek van Ahmet gaat ook richting de pers. "Dan lees ik in de krant dat mensen 'op moeten passen voor junkies'. Ik word daar boos over. 'Weet je wel over wie je het hebt?' vraag ik dan. 'Junk' betekent afval. Ik ben vader, student, buurman. Geen junk, geen afval. Door dat soort krantenberichten wordt mijn zelfbeeld heel klein. Tegenwoordig sta ik er boven, maar ik reageer wel, nodig mensen uit om er over te praten. Maar op mijn uitnodiging aan de pers is niet ingegaan."

### Terugwinnen van vertrouwen

De vooroordelen, het stigma, het maakt het moeilijker om te stoppen met de alcohol of drugs. Ahmet daarover: "In de 17 jaar dat ik verslaafd was, ben ik een aantal keren in Turkije geweest. Daar lukte het me om te stoppen. Steeds als ik in Nederland terugkwam, viel ik terug. Dat kwam voor een groot deel omdat de omgeving me nog steeds zag als een verslaafde. De omgeving verliest ook het vertrouwen. In mijn geval, waren de eerste pogingen om te stoppen niet echt serieus. Ik deed het omdat mijn familie het wilde. Toen ik uiteindelijk zelf écht wilde stoppen, geloofde niemand me meer. Je ziet het ook als mensen uit de kliniek komen. De omgeving ziet niet de schuldgevoelens, de schaamte. Zij hebben tijdens de opname even rust gehad. Zodra ze weten dat iemand weer naar huis gaat komen, krijgen ze weer stress en angst voor terugval. Voor mij was het, zeker in het begin, heel moeilijk om het vertrouwen weer terug te winnen. Ik moest er voor vechten, zeggen dat ik wilde stoppen, wilde veranderen, uitleggen dat het onmacht was. Het was een continu gevecht."

Begrijp me goed, ik begrijp dat mensen zo reageren. Maar ik wel moet oppassen dat ik met het begrip voor anderen niet mezelf wegcijfer."

### Zelfstigma

Minstens zo beschadigend als de vooroordelen die anderen hebben over verslaving en verslaafden, is het stigma dat mensen zichzelf opleggen. Ahmet: "Ik heb nu het vertrouwen in mezelf terug. Als alles goed loopt, dan gaat het prima. Maar als ik me niet lekker voel, dan denk ik: 'zie je wel, je kan het niet, je bent een slecht mens.' Ik ben aan het ontwikkelen, ik sta er voor open."

Er is ook schuldgevoel. Er zijn dingen die niet meer goed te maken zijn. Er stonden bijvoorbeeld foto's van mijn kinderen op mijn computer. Die computer heb ik verkocht, om aan drugs te komen. Die foto's ben ik definitief kwijt. Ook als ik mijn lichaam zie bij een lichamelijk onderzoek. Dan denk ik: 'je hebt het verknald'."

Dat schuldgevoel ziet Arina ook bij haar dochter. "Ze begrijpt dat de keus niet handig was, maar realiseerde zich in die tijd niet dat er ook sprake was van een genetische kwestie. Ze is nu vijftien jaar verder, en beseft wat de verslaving haar gekost heeft. Als moeder voel ik me ook verantwoordelijk. Als ik toen had geweten over verslaving wat ik nu weet, had ik misschien anders gehandeld."

# "Bespreekbaar maken is een groot deel van de oplossing..."



## 'Het is niet iets waar je mee te koop gaat lopen'

De vooroordelen, het zelfstigma, het taboe, het werkt als een vicieuze cirkel en daar is maar lastig uit te komen. Bespreekbaar maken is een groot deel van de oplossing en dat is waarom beiden ambassadeur zijn van de stichting Samen Sterk Zonder Stigma. Want het probleem bespreekbaar maken gaat niet vanzelf. Maar, zegt Arina: "Mijn dochter kreeg het advies er open over te zijn, mensen te zoeken die ze vertrouwde. Ze was bang dat dat mis zou lopen. Ze durft er niet met haar baas en haar burens over te praten, ze is bang dat ze dan op straat staat, of met de nek wordt aangekeken. Het is niet iets waar je mee te koop gaat lopen. Niet voor niets zijn er anonieme organisaties ontstaan als 'Anonieme Alcoholisten' of 'Al-Anon', waar mensen bij elkaar steun kunnen vinden. Hoewel er vooruitgang te bespeuren is dankzij organisaties als De Moedige Moeders in Volendam, 'Verslaafd aan jou' en natuurlijk Samen Sterk Zonder Stigma." Ahmet: "Ik vertel het als het een functie heeft. Ik voel dat, geloof ik, vrij snel aan, door dat hoog sensitieve wat ik heb. Als ik denk dat het geen functie heeft, of averechts werkt, dan denk ik: 'Aan een dood paard kun je niet trekken'." In de afgelopen 7 jaar heb ik ook gemerkt dat mensen open staan, ze vinden het bijzonder dat mensen er zo open over durven praten. Zelf zouden ze het niet durven. Ze zijn positiever." ●

*Aan het eind van de interviews vragen zowel Arina als Ahmet wat ik er van vind, hoe ik er zelf tegen aankijk. Ik merk dat ik me geneer. Ik ben zelf hulpverlener en werk al een aantal decennia in de Geestelijke Gezondheidszorg. Niet in de verslavingszorg, maar ik heb genoeg mensen met verslavingsproblematiek gezien, er genoeg over gelezen. In die zin zijn de feiten niet nieuw voor me. Waarom dan die gêne? Omdat ik merk dat de feiten die in mijn hoofd zitten, niet stroken met mijn Intuïtie, mijn impliciete gedachten, mijn... laten we het ronduit zeggen, mijn vooroordelen. Ik herken de opmerkingen die mensen kansloos maken, ik bemerk het vooroordeel van 'eigen schuld, dikke bult'. Nogmaals: theoretisch is het niet nieuw, maar een stigma is blijkbaar hardnekkiger dan de theorie.*

## Kenniscentrum Phrenos werkt aan destigmatisering en sociale inclusie

In maart 2017 is de **generieke module Destigmatisering** gepubliceerd. Deze module kwam tot stand door wetenschappelijke en ervaringskennis te bundelen en doet een aantal concrete aanbevelingen voor de toepassing van effectieve interventies. [Lees meer](#)



De **Wegwijzer Stigmabestrijding in de GGz**. Gids naar praktijken die werken. Lessen, praktijken en voorbeelden kunt u downloaden op onze website.

Het **Kennisconcordium destigmatisering** werkt aan een kennisagenda, interventie-ontwikkeling en -onderzoek.


**Conceal or Reveal (CORAL)**, een beslisthulp die mensen kan ondersteunen bij vragen rondom openheid over hun psychische gezondheidsproblemen op het werk, wordt momenteel toegankelijker gemaakt door Phrenos, Samen Sterk zonder Stigma en Tranzo. Meer over werk verkrijgen en behouden met psychische gezondheidsproblemen vindt u op [www.werkenmetIPS.nl](http://www.werkenmetIPS.nl).

De **Werkplaats Herstelondersteuning** staat pal voor eigen regie, sociale inclusie, gebruikmaken van ervaringskennis en goede zorg.

Handboek  
destigmatisering  
bij psychische  
aandoeningen

### Nieuwsgierig?

Bezoek onze website  
[www.kenniscentrumphrenos.nl](http://www.kenniscentrumphrenos.nl)

 @PhrenosKC



# "Ik heb er alle begrip voor als mensen het niet vertellen"

Psychiater Menno Oosterhoff en psychotherapeut Clara Koek over hun eigen psychische problematiek.

Als één op de vier Nederlanders kampt met psychische problemen, dan is het waarschijnlijk dat dat ook geldt voor één op de vier therapeuten. Toch horen we daar niet veel over. Waar bekende Nederlanders, vaak uit de kunst- of amusementswereld, met enige regelmaat 'uit de kast komen', is dat voor behandelaars nog uitzonderlijk. Piet Kuipers was in de GGZ in 1988 één van de weinige uitzonderingen met zijn boek 'Ver heen'. Psychiater Menno Oosterhoff en psychotherapeut Clara Koek zijn sinds een paar jaar wél open over hun psychische aandoening. Waarom deden ze dat niet veel eerder? Wat trok hen over de streep? En wat vonden hun collega's en cliënten er van?

## Twee maanden in de separeer

*Clara Koek, psychotherapeut:* "In 1985 kreeg ik een ernstige depressie. Na aanvankelijke ambulante behandeling volgde een aantal PAAZ-opnames. Ik kreeg antidepressiva en tranquilizers, maar dat hielp allemaal niet. Tijdens de depressie werd ik ook nog psychotisch. Ik dacht dat ik kon vliegen en wilde dat ook uitproberen. Dat was de reden dat ik met een IBS opgenomen werd in Vijverdal in Maastricht, waar ik twee maanden in de separeer zat. De IBS werd wel verlengd, maar niet omgezet naar een RM. Toen de IBS afgelopen was, ging ik binnen een week tegen advies met ontslag. Daarna was ik minstens nog een jaar behoorlijk ontregeld. Ik ging terug naar Leiden, stopte de Haldol van de ene op de andere dag, waarna de psychose zonder medicatie

langzaam uitdoofde. Dat komt overigens vaker voor, weet ik nu. Na dat jaar was ik weer mijn oude zelf. Maar ik was goed van het padje af geweest.

Mijn 'persoonlijke Fact-team' was een vriendengroepje die zich al die tijd over me ontfermde. Ik was, zeker de eerste maanden, behoorlijk ontremd. Ik danste in cafe's op tafel (hoorde ik achteraf), begon met iedereen een discussie en was behoorlijk onhebbelijk. In die tijd ben ik ook veel mensen kwijtgeraakt, die kwamen gewoon niet meer langs. Dat vriendengroepje had wel door dat er iets niet goed zat, dat ik niet de oude was."

## Internet appelleert aan de dwang

*Menno Oosterhoff, psychiater:* "Sinds mijn 17-de heb ik een dwangstoornis, ik wil perfectionistisch en volledig zijn. Als dingen weg zijn, word ik heel onrustig, ook als het om kleinigheidjes als een plakbandje gaat. Hetzelfde als ik niet op een woord kan komen. In de beginjaren ervoer ik een gevoel van onvolledigheid, ik moest de hele wereld omvatten. Ik hield een dagboek bij, maar als ik één ding was vergeten, werd ik helemaal akelig en beroerd..

In die tijd gold een dwangstoornis als een angststoornis. Bij mij was er meer sprake van perfectionisme. Pas de laatste 10 jaar komt de dwangstoornis als een aparte aandoening in de bekendheid. In de DSM-5 is het in een aparte groep opgenomen, waarin ook aangegeven kan worden of er tics zijn geweest. Bij die vorm van dwang is er vaak sprake van ordenen.





Clara Koek is psychotherapeut bij een Fact-team van GGZ-NHN. Ze blogt regelmatig op psychosenet.nl. Ze is ambassadeur van de stichting Samen Sterk Zonder Stigma.

Clara Koek

Bij mij 'concurrerde' het moeten van studeren met het moeten van dwang. Dat was een voordeel, het dagelijks functioneren kwam niet in gevaar. Soms kan de dwang zelfs positief werken, dan ontstaat er een soort van gedrevenheid. Het minste last heb ik als ik met patiënten werk, ik concentreer me dan op iets anders, en bovendien op iets wat ik graag doe. Maar de helft van mensen met een dwangstoornis heeft geen baan.

Aan televisie kijken kom ik niet toe. Internet appelleert aan de dwang, omdat er geen einde komt aan de informatiestroom. Ik heb een 'fear of missing out': mis ik niet iets belangrijks, mis ik niet de leukste hobby. Ik heb duizenden plannen die ik nooit kan uitvoeren, maar ook niet kan loslaten, ik ben een mentale hoarder.

**Het is niet gebruikelijk dat therapeuten open zijn over hun psychiatrische problemen. Ook jullie hebben het lang voor je gehouden. Wat hield jullie tegen?**

*Menno Oosterhoff:* "Bij mijn specialisatie tot psychiater dacht ik: 'Dat ga ik niet vertellen'. Ik wist toen ook nog niet precies hoe het allemaal bij me zat. Open zijn maakt je kwetsbaar. Het was schaamte, maar ook angst dat ik dan niet geschikt zou worden gevonden. Ik vroeg me ook af of ik er wel voldoende boven stond om er over te vertellen. Later werd ik iets opener, wat ik van mezelf ook wel ben. Ik ging er over schrijven, met het idee: later kan je er anderen mee helpen."

*Clara Koek:* "Toen ik mijn psychologiestudie weer oppakte, was de teneur dat een psychose gelijkstond aan helemaal gek. En zeker mijn diagnose, een schizo-affectieve stoornis, stond garant voor onbegrip, angst en afstand houden. Er werd heel pessimistisch over gesproken. 'Dan kan je niks meer', dat soort dingen. Dus ik dacht: 'Als ik hier ga zeggen dat ik psychotisch ben geweest, dan kan ik het verder wel schudden.' Dus nee, over dat verwarde verleden begon ik liever niet.

Door die algehele teneur dacht ik zelf ook vaak dat ik iets niet kon. Al wist ik ergens ook dat het niet klopte wat ze zeiden. En ik was bang. Dat gat in mijn CV was in die tijd vrij normaal, maar wat als ik tegen een psychiater aan zou lopen die mij nog kende uit Vijverdal?

Op een gegeven moment ben ik de opleiding voor psychotherapeut gaan doen. Dan is één van de vragen: "Ben jij zelf wel eens uit balans geweest?" Ik dacht: "Als ik dat ga zeggen, kom ik er niet in. En ik denk dat ik dat goed heb ingeschat."

Later in de opleiding moest je leertherapie doen, een verplicht onderdeel van de opleiding. Ik heb er toen voor gekozen om het wél te zeggen. Je zag de gezichten betrekken. Ik ben drie maal afgewezen. 'Dat vind ik toch een te groot avontuur', was het antwoord. Pas bij de vierde werd ik toegelaten. Die had meer iets van: "Je bent al vier jaar succesvol aan het werk, blijktbaar is het over."

**En dan opeens besluit je om er wél open over te zijn...**

*Menno Oosterhoff:* "In 2013 startte ik een website over de dwangstoornis. Toen voelde het gewoon onwaarachtig om er niet open over te zijn, dat ik die ook kende vanuit eigen ervaring. Vanaf dat moment ben ik er steeds vaker over gaan bloggen en praten.

Ik wilde met mijn openheid het verhaal van de dwang vertellen en daarnaast meer begrip vragen voor psychische aandoeningen. Psychische klachten worden toch vaak gezien als aanstellerij. Er zijn veel vooroordelen over.

De rol van therapeut is ook veranderd. Vroeger werd de therapeut geacht een 'blank screen' te zijn, niets van zichzelf te laten zien. Dat ligt tegenwoordig genuanceerder. Desondanks heb ik het tijdens behandelcontacten zelden nodig gevonden om te vertellen dat ik zelf ook OCD heb, maar ook daar treedt een verschuiving in op. Maar ik ben er nog steeds terughoudend in, de openheid moet wel een functie hebben."



Menno Oosterhoff

Menno Oosterhoff is (kinder- en jeugd) psychiater. Tevens is hij initiatiefnemer van OCD Netwerk.

In dezelfde week dat dit artikel verschijnt, verschijnt ook zijn boek 'Vals alarm, leven met een dwangstoornis'.

*Clara Koek:* "De omslag kwam een paar jaar geleden bij GGZ-NHN, met de komst van de ervaringsdeskundigen. Ik vond dat aan de ene kant geweldig, aan de andere kant heel pijnlijk. Zij werden aangenomen om zich kwetsbaar op te stellen en ik verzweeg het. Ik vond dat raar. Het begon bij mij te leven. Openlijk er over zijn dorst ik nog niet.

Toch ging dat steeds meer tegenstaan. Tot tweeënehalf jaar terug, toen de directeur behandelzaken een studiedag opende. Hij vertelde over de psychoses van zijn zus en over zijn eigen depressies. Hij brak een lans voor openheid.

Daarna kwam er een documentaire van Kim Helmus, over allerlei anti-stigma-projecten. 'Wat doe jij?' heette die documentaire. Toen dacht ik: 'Als ik wil, kan ik een wandelend anti-stigma-project zijn.' En: 'Ik wil dit niet, zwijgen. Waarom doen we er zo moeilijk over? Het klopt niet met de boodschap die we hebben.'

Toen heb ik besloten er iets mee te doen. Allereerst een blog op de site 'Schizofrenie bestaat niet'. Ik heb het wel eerst tegen mijn directeur verteld, met de gedachte: 'hij gaat dit niet leuk vinden'. Maar die angst bleek niet gerechtvaardigd.

Daarna ben ik gaan experimenteren. Wanneer vertel je het wel, wanneer niet. Klanten vinden het heel bijzonder als blijkt dat de therapeut ook ervaringsdeskundige is.



*Menno Oosterhoff:* “De vraag of je er open over moet zijn, vind ik best ingewikkeld. Ik ben zelf aan het einde van een succesvolle carrière, ik heb het voldoende geïntegreerd en ben ondertussen niet meer zo kwetsbaar. Bovendien, ook als het misloopt, is het nog steeds geen ramp voor me. Daarentegen kan ik niet zomaar Twitteren dat ik een off-day heb, want mijn cliënten lezen dat ook. Als ik me excuseer dat ik ergens niet aan toegekomen ben, kan iemand zomaar zeggen; ‘Ja, maar gisteren nog wel druk aan het Twitteren, hé?’

Ik heb er alle begrip voor als mensen het niet vertellen. Alles wat afwijkt van de norm, bekijken we met argwaan. Ik zou een arts-assistent dan ook niet zondermeer adviseren om iets over zijn OCD te vertellen bij een sollicitatie. Of een psycholoog over zijn stemmingsstoornissen. De wereld bestaat nou eenmaal niet louter uit welwillendheid. Over het algemeen geldt toch ‘Erst das fressen, dann das moral’. Vóór je het vertelt, moet je je afvragen of het nut heeft dat je het vertelt én wat de consequenties zijn van een mogelijke negatieve reactie. En of je dat aankan.”

#### **Heeft het voordelen, als een behandelaar zelf psychische klachten heeft of heeft gehad?**

*Clara Koek:* “Ik merk dat ik anders kijk naar een psychose dan sommige van mijn collega’s zonder die ervaring. Ook toen ik er nog niet open over was zeiden cliënten wel eens: ‘Goh, u weet er wel erg veel van.’ En ik ben natuurlijk het levende bewijs dat het leven niet voorbij hoeft te zijn als je psychotisch bent geweest.”

*Menno Oosterhoff:* “Het zelf hebben ervaren, zelf de problematiek zijn tegengekomen, het houd je ook wel bescheiden. Het maakt ook dat je niet te snel oordeelt: dat je géén psychiatrisch probleem hebt, dat is ook gewoon een kwestie van geluk hebben.

En ja, mensen voelen zich gesteund als ik vertel dat ik er ook nog steeds mee worstel.”

#### **Hoe zijn de reacties, van collega’s en cliënten?**

*Menno Oosterhoff:* “Toen ik mijn eerste blog schreef, vonden sommigen dat ik het niet moest doen, die openheid. Ik zelf vond van wel en ik moet zeggen dat ik nooit vervelende reacties heb gehad. Mensen lezen het in de krant, vinden het ook wel fijn als de psychiater dezelfde klachten heeft. Het is ook wel een bijzondere rol, de combinatie van hulpverlener en lotgenoot.”

*Clara Koek:* “In het team is het nooit een issue geweest, hoogstens een positief issue. Zelfonthulling is sowieso meer een item geworden. In mijn instelling zijn de meningen verdeeld, zeker over kwetsbaarheid. In mijn eigen beroepsgroep zijn sommigen overdreven kritisch. ‘Beschadig je mensen daar niet mee, raken ze niet in de war?’ Bij een paar heb ik de indruk dat ze anders naar me zijn gaan kijken. Ik heb het nooit van ze gehoord, maar ik meen het te voelen.”

*Menno Oosterhoff:* “Laatst vroeg een cliënte, een meisje, aan me: ‘U heeft ook dwang, toch?’ En toen ik dat bevestigde: ‘Vet!’

Ze wilde ook hulpverleenster worden en dankzij mijn verhaal begreep ze dat dat dus kon.” ●

