

STEUN VOOR SANDRA

Hoe 'begeleiden' de passende 'behandeling' kan zijn

PETER VAN LIER, COÖRDINATOR

CENTRUM VOOR CONSULTATIE EN EXPERTISE



leren van
casussen

beschrijf je eigen casus

STEUN VOOR SANDRA

INTRODUCTIE

Mijn naam is Peter van Lier, GZ-psycholoog en werkzaam als coördinator bij het CCE. Het CCE wordt steeds vaker geconsulteerd binnen de GGZ. Het is een boeiend en veelomvattend werkveld. Ondanks de deskundige inzet van professionals kunnen cliënten vastlopen in hun behandeling en herstel. Het gezamenlijk zoeken naar verbetering is telkens een boeiende uitdaging. Zo ook bij Sandra.

PROBLEEMSITUATIE

Het leven van Sandra wordt van jongs af gekenmerkt door grote problemen. Haar moeder had schizofrenie en was verslaafd aan alcohol. Zij was niet in staat om een veilige en stabiele thuissituatie te creëren. Sandra vertoonde als gevolg moeilijk gedrag in haar jeugd en dat maakte haar opvoeders onmachtig.

Meer dan eens heeft zij te maken gehad met fysieke mishandeling. Als moeder naar een Blijf van mijn Lijf huis gaat, scheiden de ouders en blijft Sandra bij moeder. Als de grootouders aan de bel trekken vanwege ernstige verwaarlozing gaat Sandra later weer bij vader wonen.

Vanwege zelfverwonding van Sandra zoekt vader professionele hulp. Moeder houdt wisselend contact en dit leidt bij Sandra tot verwarring en loyaliteitsconflicten. Als moeder alsnog het contact verbreekt, voelt Sandra zich volledig in de steek gelaten.

Later wil moeder weer dat Sandra bij haar komt wonen en beschuldigt zij de vader van mishandeling van Sandra. Sandra gaat weer bij moeder wonen en zorgt voor haar inmiddels geboren broertje.

Op 18-jarige leeftijd loopt Sandra, na haar mavo en opleiding Sociaal Pedagogisch Werk, stage in een instelling voor mensen met een verstandelijke beperking. Als zij daar wordt geconfronteerd met agressie van een cliënt gaat het mis. Ze decompenseert, komt onder behandeling en wordt later opgenomen in een GGZ-instelling. Er volgen meerdere gedwongen opnames, steeds vanwege ontremd, oppositioneel en agressief gedrag, psychotische decompensatie en regressief functioneren. Elke poging tot resocialisatie heeft geen of slechts een kortdurend effect

Diagnostisch ontstaat er onduidelijkheid. Er wordt lang uitgegaan van een schizofrene ontwikkeling, maar er zijn ook vermoedens van een bipolaire stoornis en een persoonlijkheidsstoornis. Medicamenteuze behandeling leidt niet tot blijvend herstel. Meer dan eens geeft Sandra aan met een psycholoog te willen spreken 'om haar verleden te verwerken'. Dit wordt gehoord, maar nooit gerealiseerd.

Op het moment van aanmelding bij het CCE is Sandra 29 jaar en opnieuw opgenomen. Haar agressie leidt tot ontwrichting op de afdeling en steeds vaker tot verblijf in de zogenaamde *comfortroom*, een speciaal ingerichte ruimte waar de cliënt tot rust kan komen.

Er is sprake van onmacht bij de behandelaars. Alles is geprobeerd: van het bieden van structuur tot een kamerprogramma. Inzicht en verantwoordelijkheid voor haar gedrag is er bij Sandra niet, zo ervaart men. De mogelijkheden binnen de GGZ zijn uitgeput en men zoekt een verblijfplaats waar Sandra ook behandeld kan worden. Er is geen perspectief en men vindt het onwenselijk dat een vrouw van nog geen 30 jaar zo veel wordt gesepareerd. Ze heeft tenslotte nog een heel leven voor zich.

Eén van de uitgangspunten in de psychiatrie is om mensen, patiënten, beter te maken. Men is gericht op behandeling. Daarbij is het belangrijk wat de cliënt zelf wil, het is immers zijn of haar leven. De focus ligt dus ook op de autonomie van een patiënt.

De psychotische symptomen van Sandra waren ernstig. Herhaaldelijk is Sandra totaal verward en naakt door de stad lopend door de politie bij de crisisafdeling afgeleverd. Vanuit de uitgangspunten is men na de psychotische decompensatie Sandra gaan behandelen.

Hoewel met crisisinterventie en medicamenteuze behandeling wel enige verbetering in haar functioneren werd bereikt, gaat het daarna toch steeds weer mis en verblijft Sandra ontredderd in de *comfortroom*. Om dit te begrijpen, kijken we naar wat er gebeurt voorafgaand aan en ná zo'n decompensatie.

Op de momenten van decompensatie en ontreddeering zorgen haar begeleiders op liefdevolle wijze voor Sandra en worden er minimale eisen aan haar gedrag gesteld. Men is met haar begaan. De decompensatie en regressie zijn evident.

Na verloop van tijd krabbelt Sandra op en lukt het haar weer beetje bij beetje grip op de realiteit te krijgen en vaardigheden te benutten. Er is sprake van gedeeltelijk herstel. Stap voor stap, op geleide van haar functioneren, wordt het leven op de afdeling, inclusief de dagbesteding, hervat.

Begeleiders zien dat ze met minder steun toe lijkt te kunnen en gaan stap voor stap weer meer eisen, uitgaande van de autonomie van Sandra. Na enige tijd ziet men dan de stress en het *acting-out* gedrag weer toenemen. Op de dagbesteding kan men dat niet hanteren en verdragen en stuurt men haar op die momenten terug naar de afdeling. Ook op de afdeling nemen de incidenten weer toe. Dit is de aanloop naar een nieuwe periode van ontreddeering en decompensatie. En dit lijkt steeds sneller op te treden.

Ook haar mentor, een oud-vriendin van Sandra's moeder, laat haar invloed gelden. Zij heeft een wat 'alternatieve visie en benadering' (zo schrijft zij Sandra helderziende gaven toe). Ze uit veelvuldig kritiek op het beleid van de GGZ en hoopt dat Sandra zo snel mogelijk verlost zal worden van de GGZ en weer in haar appartement kan gaan wonen. Extra verwarrend is dat de mentor in haar boodschappen wisselend is. De druk die uit dit alles voortvloeit is groot en destabiliserend voor zowel Sandra als de begeleiders.

De behandelaars nemen kennis van de belaste voorgeschiedenis en vragen zich af wat dit betekent voor de behandeling. Vanuit de voorgeschiedenis worden de patronen rond Sandra begrijpelijk.

De onmacht en wisselingen van opvoeders die Sandra heeft meegemaakt, hebben geleid tot hechtingsproblematiek. Zij heeft onvoldoende ervaren dat de hechtingsfiguur of de belangrijke ander er altijd en onvoorwaardelijk voor haar is. Vooral haar moeder was door haar *eigen* ziekte niet stabiel en betrouwbaar.

Een veilige hechting is een voorwaarde voor een gezonde en stabiele sociale en emotionele ontwikkeling. Sandra heeft echter altijd op haar hoede moeten zijn en heeft zich in emotioneel opzicht al op hele jonge leeftijd zelf moeten redden. Haar emotionele ontwikkeling is daardoor gestagneerd. Net als jonge kinderen heeft zij veel nabijheid en liefdevolle ondersteuning nodig. Alleen met zeer extreem gedrag, zoals gillen en zelfverwonding kreeg zij die.

De belaste geschiedenis heeft bij Sandra tot trauma geleid. Hoe is dit ontstaan? Dit is vanuit haar ontwikkeling te begrijpen.

Cognitief heeft Sandra zich redelijk kunnen ontwikkelen, gegeven haar

opleidingsniveau van MAVO en SPW. Zij is cognitief sterker ontwikkeld dan sociaal-emotioneel. Haar ontwikkelingsprofiel is dus disharmonisch. De omgeving spreekt haar aan op haar cognitieve niveau en verwacht overeenkomstige zelfstandigheid. Zij kan dit echter niet aan en reageert met gedrags- en aanpassingsproblemen. Deze leiden weer tot pedagogische onmacht van haar opvoeders. Uiteindelijk heeft naar alle waarschijnlijkheid mishandeling plaatsgevonden, of in ieder geval een fysieke aanpak die Sandra als mishandeling en als traumatisch heeft ervaren.

Dit betekent dat het functioneren van Sandra blijvend wordt bepaald door een gevoel van basale onveiligheid.

Ook heeft ze onvoldoende geleerd om op een adequate manier relaties aan te gaan en te onderhouden en een beroep te doen op steun vanuit deze relaties. Anderen blijven voor Sandra in principe onbetrouwbaar, bedreigend en niet de moeite waard om een relatie mee aan te gaan. Dit zien we bijvoorbeeld terug in haar ambivalente relatie met haar mentor.

Op momenten van stress is dit zo overweldigend dat het haar niet lukt om haar 'gezonde verstand' te gebruiken. Ze heeft vooral geleerd om te overleven. Opvoeders hebben haar het voorbeeld gegeven dat problemen met agressie en geweld worden opgelost. Voor Sandra lijkt de aanval de beste verdediging. Wanneer die aanval niet toereikend blijkt, gaat ze extreem gedrag vertonen en trekt ze zich uiteindelijk terug en ontvlucht sociale situaties. Hiermee reduceert ze de stress en maakt het leven weer dragelijk. Ze heeft dus grote moeite om zich op passende wijze staande te houden.

Dit complex van factoren is te duiden als een permanente kwetsbaarheid en op te vatten als een psychosociale handicap. Indien haar leven niet wordt ingericht op compensatie van deze handicap, is en blijft het dagelijks leven

voor Sandra een sterk overvragend karakter houden en wordt haar draagkracht voortdurend overschreden.

Waar bij Sandra aanvankelijk werd gesproken over stress die leidt tot decompensatie, werd steeds duidelijker dat het hier vooral ging om stress als gevolg van overvraging van haar psychosociale mogelijkheden. Die overvraging leidt bij Sandra tot decompensatie, waardoor de stressvolle situatie wordt vermeden.

Zonder effectieve alternatieve manieren om deze overvraging te vermijden, zal het patroon van decompensatie en beperkt herstel blijven bestaan.

INTERVENTIES

OMSLAG IN VISIE: ONDERSTEUNENDE AUTONOMIE

Op basis van de beeldvorming raakte het begeleidend team er van overtuigd dat de huidige afdeling een passende plek voor Sandra zou moeten worden. Dit illustreert de verschuiving van het uitgangspunt 'focus op autonomie' naar 'ondersteunen bij leven met een psychosociale handicap'. De verpleegkundig specialist en de manager waren belangrijke ambassadeurs hiervan. In de kern kwam het er op neer dat naar Sandra duidelijk gemaakt werd dat zij er mag zijn en op de afdeling mag blijven, met al haar kwetsbaarheden. Het kwam er op neer dat niet langer gesepareerd zou worden. Spanningen worden zo mogelijk voorkomen en als het toch moeilijk wordt, worden de problemen in de situatie zelf, samen opgelost. Het lukte niet direct altijd en ze is dan ook met behulp van de coach diverse malen uit de *comfortroom* gehaald.

Men bracht een werkbezoek aan een instelling waar een vergelijkbare ontwikkeling plaatsvond. Het uitwisselen van vragen en twijfels met collega's die voor hetzelfde hadden gestaan, werkte stimulerend en motiverend in het stapsgewijze en langdurige proces van verandering.

OMSLAG IN VISIE: HET GEWONE LEVEN

Hoewel Sandra ook behandeld werd, werd duidelijk dat het dagelijks leven als uitgangspunt en houvast genomen moest worden van de begeleiding en ondersteuning. Het bereiden en verzorgen van maaltijden en het uitvoeren van huishoudelijke activiteiten werden samen met cliënten opgepakt. Koken op de afdeling, maar ook het met elkaar aanleggen en onderhouden van een moestuin waren hier voorbeelden van.

Voor Sandra hield het ook in dat ze proactief werd ondersteund in haar zelfzorg, maar ook in haar dagelijkse interacties met anderen. Dit alles afgestemd op haar draagkracht van het moment.

Daginvulling was dus niet langer beperkt tot dagbesteding. Bezigheden geven houvast, omdat deze oriënteren op de realiteit en helpen om verlies van grip hierop te voorkomen. Gewenst en noodzakelijk gedrag staat hierdoor op de voorgrond in plaats van 'het stoppen met' ongewenst of probleemgedrag.

Het probleemgedrag van Sandra was niet langer een reden om het programma te onderbreken, maar er juist mee door te gaan met ondersteuning en zodanig het programma als houvast te blijven benutten.

Ook op de dagbesteding was de onrust van Sandra niet langer een reden om haar terug te sturen naar de afdeling. De ondersteuning werd hiermee onvoorwaardelijk. Sandra werd niet langer verantwoordelijk gehouden voor haar eigen gedrag en vervolgstappen waren er niet langer van afhankelijk. Vanzelfsprekend was het bieden van de juiste ondersteuning niet altijd eenvoudig, maar een ingewikkeld veranderingsproces. Teamleden hebben met elkaar en met hulp van de verpleegkundig specialist en een coach op de werkvloer, telkens opnieuw gezocht naar de concrete antwoorden op hulpvragen van Sandra.

BEHANDELING

Vanuit afstemming op de psychosociale handicap van Sandra heeft ook de behandeling een ander karakter gekregen.

In het kader van psycho-educatie heeft de consulent haar analyse en advies beknopt en vereenvoudigd beschreven en samen met de verpleegkundig specialist besproken met Sandra. In dit gesprek is de belaste voorgeschiedenis en invloed daarvan op het huidige functioneren verduidelijkt naar Sandra. Het heeft als bijkomend doel ont-schuldiging naar Sandra zelf te realiseren, door aan te geven: 'het is niet vreemd dat het leven ingewikkeld voor je is, als je zo'n geschiedenis hebt'. En ook ont-schuldiging van Sandra's beleving van haar ouders in de zin van: "ze hebben hun best gedaan, maar het lukte hen niet goed voor jou te zorgen".

Hiermee werd groei in vertrouwen in eigen mogelijkheden beoogd.

Traumabehandeling is herstart. Daarbij hoefde Sandra niet langer naar het behandelcentrum, maar kwam de therapeut naar de afdeling en accepteerde zij het als het Sandra op dat moment niet lukte. Na een gezamenlijk kopje thee sprak de therapeut af weer snel terug te komen. Waar eerder het afhaken van Sandra werd gezien als 'onvoldoende gemotiveerd zijn' en de behandeling daardoor werd gestaakt, werd nu gezocht naar wat zij nodig heeft om de confrontatie met haar verleden aan te kunnen.

Het medicatiebeleid is op grond van de nieuwe beeldvorming en vanwege forse bijwerkingen herzien. Psychotisch functioneren is niet langer het uitgangspunt voor de medicamenteuze behandeling.

ROL MENTOR

In gesprekken met de mentor is het beeld van Sandra, samen met Sandra, besproken. Doel van deze gesprekken was het verminderen van de ervaren

druk en verwarring bij Sandra en het op één lijn komen qua beleid en perspectief. Uiteindelijk lukte het niet hierin blijvende verandering te realiseren en is het mentorschap ontbonden.

RESULTATEN

TOEGENOMEN STABILITEIT EN DRAAGKRACHT

Het geschetste traject heeft twee jaar geduurd en ging gepaard met vallen en opstaan. De combinatie van interventies heeft geleid tot verbetering en meer stabiliteit in het functioneren van Sandra. Haar draagkracht is toegenomen.

Verzekerd van de steun van begeleiders en behandelaars was niet elk probleem of elke tegenslag een reden om de situatie te vermijden. Stapje voor stapje kon Sandra deze copingstrategie loslaten. Separaties zijn uiteindelijk nog slechts sporadisch voorgekomen.

Vanuit de ontstane veiligheid, rust en draagkracht werd ook het perspectief weer bespreekbaar. Met een duidelijk beeld voor ogen over wat Sandra nodig heeft om zich staande te houden, werd gezocht naar een vervolgvoorziening voor zowel wonen als dagbesteding.

Inmiddels woont Sandra in een begeleid-wonen voorziening en gaat het haar goed.

GELEERDE LESSEN

De belangrijkste geleerde lessen hebben in deze casus te maken met de verschuiving binnen de uitgangspunten: van focus op behandeling en autonomie naar focus op begeleiding bij herstel van het gewone leven. Daarnaast wil ik graag enkele andere zaken noemen:

Gedrag heeft een andere betekenis en beleving gekregen.

Veel van het gedrag dat als probleem werd ervaren en benoemd, is blijven bestaan. De betekenis die hieraan gegeven wordt – een signaal van afglijden naar een nieuwe ontsporing en regressieve periode – is echter veranderd. Meer en meer zien begeleiders haar gedrag als een signaal van toenemende spanning en stress en als signaal dat zij zelf de dagelijkse begeleiding en ondersteuning wellicht te veel hebben losgelaten. Ook de beleving van het gedrag verandert van ‘machteloos moeten toezien’ hoe ze opnieuw afglijdt, naar het gevoel dit te kunnen voorkomen.

Begeleiding wordt meer proactief. Niet langer gaat de omgeving ‘samen met haar onderuit’, maar blijft de omgeving stabiel steunend de boodschap uitzenden: samen redden we het wel; het komt goed. Als het moeilijk is, maar ook als het goed gaat zijn we er voor je.

Het vieren van haar verjaardag is daar een goed voorbeeld van. De aanloop naar de viering leverde zoveel stress op dat Sandra opnieuw in de separeer belandde. Op haar verjaardag is zij echter met intensieve begeleiding uit de separeer gehaald en is alsnog haar verjaardag gevierd. Voor Sandra is het feit dat ondanks haar kwetsbaarheid haar verjaardag toch is gevierd een belangrijk moment geweest.

Een andere les is dat herstel niet het doel is.

Stel ‘herstel’ niet als voorwaarde of doel, maar laat ‘herstel’ ontstaan door onvoorwaardelijk te zijn in de ondersteuning. Behandel niet alleen de ‘waarneembare stoornis’, maar sluit ook aan op, en ondersteun de onderliggende kwetsbaarheid van de persoon. Laat probleemgedrag in de dagelijkse begeleiding niet langer de voorwaarde zijn voor het honoreren van de hulpvraag.

Een andere les is focus op wat goed gaat

Zoek samen met de cliënt naar de juiste ‘aansturing’ die nodig is om het

goed te laten gaan in plaats van 'bijsturing' te bieden op het moment dat het fout gaat. Leren van successen is prettiger dan leren van fouten.

De coach vanuit het CCE kon steeds bijspringen en meedenken bij dit ingewikkelde proces. De ondersteuning die het team hierdoor kreeg, bleek van essentieel belang.

AFSLUITING

Dit was de casus: Steun voor Sandra.

Reacties en of vragen zijn uiteraard welkom. Die kunnen online, via de website worden geplaatst. Bijlagen kunnen worden geopend door op het paperclipje te klikken. Bedankt voor het luisteren.

Bezoek de website van leren van casussen: <http://lerenvancasussen.cce.nl>

Bezoek de website van het CCE: <http://www.cce.nl>

Er werd uitgegaan van een psychiatrische stoornis waarbij Sandra werd benaderd als een volwassen autonome vrouw met eigen verantwoordelijkheid en regie over haar eigen leven. Waar deze insteek doorgaans leidt tot succesvol herstel was hiervan bij Sandra geen sprake. De verwachting dat zij de draad van haar leven weer kon oppakken bleek te hoog gegrepen waardoor een zich herhalend patroon ontstond in het gedrag van Sandra maar ook in de diagnostiek en opname, behandeling en ontslag.