
INTERPERSOONLIJKE SOCIAAL- PSYCHIATRISCHE BEGELEIDING (ISPB) BIJ ERNSTIGE EN LANGDURIGE PROBLEMATIEK

Dr. B. Koekkoek, Verpleegkundig Specialist en opleider Pro Persona
lector Hogeschool van Arnhem en Nijmegen

Inleiding

Van de ruim 600.000 cliënten in de ambulante GGZ is ongeveer driekwart na een jaar weer uit zorg. Een kwart ontvangt dus langer dan een jaar zorg, terwijl we van langdurige zorg vaak pas spreken bij een behandelduur van meer dan twee jaar. Van die groep heeft ruim de helft (50%-70%) een niet-psychotische stoornis, zo blijkt uit Nederlandse (o.a. Dieperink e.a., 2006) en internationale cijfers (Koekkoek, 2011). Hieronder verstaan we alle stoornissen behalve organische stoornissen (zoals dementie of niet-aangeboren hersenletsel), psychotische stoornissen en bipolaire stoornissen. Bij niet-psychotische stoornissen - waarvan stemmings-, angst-, persoonlijkheids- en verslavingsstoornissen de grootste groepen vormen - gaan we ervan uit dat de realiteitstoetsing intact is. Mensen kunnen, populair gezegd, verschil zien tussen waan en werkelijkheid. Tielen en Verster (2010) maken bijvoorbeeld onderscheid tussen oordeelsbekwame en oordeelsonbekwame mensen. In dit artikel beschrijven we een methode voor de groep mensen met langdurige niet-psychotische problematiek, omdat die zorg vaak gefragmenteerder, minder goed ontwikkeld en minder goed wetenschappelijk onderbouwd is dan voor mensen met (langdurige) psychotische problematiek.

Lastige zorg?

Kwalitatief goede langdurige zorg voor mensen met niet-psychotische problematiek is geen vanzelfsprekendheid en wordt soms moeilijk gevonden door professionals. Voorbeelden van vragen en kwesties zijn: als iemand niet opknapt van een depressie, dan zit het probleem toch in de persoonlijkheid van de patiënt? Of: verslaving is toch geen ziekte maar een vorm van gedrag? Of: misschien is het beter om mensen met As-II problematiek naar een ander team over te plaatsen want daar kunnen we niet veel mee. Door de aard van de problematiek is sociaal-psychiatrische begeleiding vaak langdurig, al snel enkele tot vele jaren. In de praktijk en uit onderzoek blijkt dat langdurige sociaal-psychiatrische begeleiding nogal eens doel, richting en structuur mist (Hellebrand e.a., 2007; Koekkoek, 2004). Het contact tussen patiënt en professional is voor beide partijen een vanzelfsprekendheid geworden, die niet meer ter discussie staat. Als we het hebben over langdurige begeleiding, dan houden we hier een periode van minimaal twee jaar aan. Begeleiding heeft in potentie uitsluitend voordelen: goed geschoolde professionals helpen psychiatrische cliënten die zich moeilijk zelf kunnen redden. Langdurige hulp draagt echter ook risico's in zich. Het grootste risico is dat vanzelfsprekendheid en gewoonte gaan overheersen. Vanwege het vaak niet-stoornisspecifieke karakter van begeleidingscontacten (Koekkoek, 2004) en de lange duur ervan, wordt de werkrelatie tussen cliënt en hulpverlener belangrijker. De wijze waarop patiënt en professional met elkaar de relatie definiëren, is van groot belang. Langdurige problemen zijn moeilijk te verdragen, zowel voor degene die eraan lijdt, als voor degene die geacht wordt te helpen.

Het gebrek aan vooruitgang kan frustrerend zijn en een sterke weerslag hebben op de werkrelatie. Hoewel zeker niet per definitie het geval, kan samenwerking gemakkelijk ontaarden in te veel saamhorigheid, maar ook in strijd. Cliënt en hulpverlener kunnen het langdurige contact tot een exclusieve aangelegenheid maken: de cliënt is ervan overtuigd dat alleen deze hulpverlener kan helpen en de hulpverlener is ervan overtuigd dat alleen hij of zij deze cliënt kan bijstaan. Inmenging van buitenaf (systeemleden of collega's) wordt moeilijker verdragen en soms zelfs gesaboteerd. Argument is vaak de bijzonderheid van de relatie, die geschaad zou worden door derden, wat onverdraaglijk voor het tweetal zou zijn. Er bestaat dus een zeker risico dat in langdurige begeleidingscontacten de hulpverleningsrelatie belangrijker wordt dan de toestand, wensen en noden van de cliënt. Tegelijkertijd is dit een grote kans: de therapeutische relatie bepaalt immers een groot deel van de effectiviteit van hulpverlening (Lambert, 2004). Dit gaat echter vooral op wanneer het contact, naast een relationele component, ook een inhoudelijke component heeft (Frank & Frank 1991): een geloofwaardige rationale, die zowel de problemen verklaart als er een logische oplossing voor heeft. In alle bestaande therapeutische modellen is zo'n rationale waarneembaar, al is het maar in de meest basale vorm. Begeleidingscontacten ontbreekt het helaas vaak aan een rationale; zij worden gestuurd door de 'hier en nu'-situatie. Gaat het goed met de cliënt dan is dat mooi, gaat het niet goed dan wordt er ingegaan op het probleem van dat moment. Door enerzijds het gebrek aan een duidelijke rode lijn en anderzijds het type cliënt dat voor begeleiding in aanmerking komt (meestal mensen met veel complexe problemen en weinig regelmaat en ritme), lukt het vaak niet om meer structureel te werk te gaan. Daardoor zit er weinig inhoudelijke lijn in begeleidingsgesprekken en kan de werkrelatie steeds centraler komen te staan. Bij het ontbreken van een duidelijke koers, zowel wat betreft de inhoud van de hulpverlening als de duur en intensiteit ervan, ligt gewoontegedrag op de loer. Bij cliënt en hulpverlener kan het idee ontstaan dat het contact ongelimiteerd is: overal kan over gesproken worden, op elke manier en op elk moment. Ook kunnen beiden gaan geloven dat het contact niet meer beëindigd of afgebouwd zal worden. Er kunnen zich immers steeds weer thema's voordoen die van belang lijken om te bespreken.

Casus: mw. Benziza

Cliënte wordt door de huisarts opnieuw aangemeld voor 2e lijns psychiatrische zorg, vanwege somberheid en problemen in de interactie met haar omgeving. De directe aanleiding zijn de zorgen van de huisarts over de opvoedingssituatie van de dochter van cliënte. Enkele jaren eerder werden al een persoonlijkheidsstoornis en een depressie vastgesteld. Ze heeft al verschillende malen eerder begeleiding gehad, en heeft ook een cursus voor het omgaan met emoties gevolgd. De cursus heeft ze echter niet afgemaakt en bij de gesprekken met de verpleegkundige is ze op zeker moment niet meer gekomen. Vanwege het beperkte inzicht in haar problemen, en haar eigen aandeel daarin, en de nogal heftige emoties die haar vaak in beslag nemen, is eerder besloten dat cliënte voor psychotherapie niet in aanmerking komt.

Commentaar: Dit is een redelijk typerende cliënte voor sociaal-psychiatrische begeleiding. De problematiek is langdurig en behoorlijk invloedrijk in haar dagelijks leven. Voor de huisarts is de problematiek zwaar, voor psychotherapie is cliënte niet geschikt bevonden, maar toch moet er iets gebeuren. Het is verleidelijk om, op basis van de eerdere hulpverlening, wat moedeloos te worden over de mogelijkheden van deze cliënte.

Het doel van sociaal-psychiatrische begeleiding:

- richt zich op zowel het oplossen van praktische problemen, het voorkomen van achteruitgang, als het veranderen van niet-effectieve gedragingen;
- houdt zich bezig met het leren omgaan met beperkingen en het benutten van mogelijkheden;
- heeft herstel, integratie en participatie als doelen.

Blijkbaar is het niet gemakkelijk om eenduidig een doel van begeleiding te formuleren. Dit heeft alles te maken met het (psycho)sociale aangrijpingspunt van begeleiding. Het gaat immers niet om het verminderen van klachten en symptomen, maar om een toename van de mogelijkheden ermee om te gaan ('coping'). Dit omgaan met beperkingen en het benutten van mogelijkheden kan leiden tot een verbeterd of gestabiliseerd sociaal functioneren en een betere kwaliteit van leven (iets dat 'herstel' genoemd kan worden, al heeft dit woord ook nog veel andere betekenissen). Op nog weer wat abstracter niveau resulteert dat in meer maatschappelijke integratie en participatie. Deze uitkomsten of doelen liggen duidelijk op verschillende niveaus en soms in elkaars verlengde. De genoemde elementen combinerend komen we tot de volgende globale doelstelling van sociaal-psychiatrische begeleiding: effectievere omgang met beperkingen ten gevolge van psychiatrische problematiek, en benutting van eigen mogelijkheden, resulterend in een verbeterd interpersoonlijk en sociaal functioneren.

De vier elementen van Interpersoonlijke Sociaal Psychiatrische Begeleiding (ISPB)

ISPB bestaat uit vier elementen: (1) aandacht voor het sociaal systeem, (2) fasering, (3) structurele elementen en (4) specifieke gespreksmethoden.

1) Sociaal systeem

Eén van de uitgangspunten van sociaal-psychiatrische begeleiding is dat de sociale situatie waarin de problematiek zich voordoet, vaak een belangrijke rol speelt in het ontstaan maar ook in het verminderen van de problemen. De sociale situatie bestaat uit enkele verschillende elementen: de sociale context, het sociaal systeem en de sociale structuur. Voor dit artikel voert dit te ver, een en ander is echter toegelicht in het Praktijkboek sociaal psychiatrische begeleiding (Koekkoek, 2011).

2) Fasering

Tabel 1. Fasen van sociaal-psychiatrische begeleiding.

	Contactfase	Doelenfase	Werkfase
Doel	optimalisering van de werkrelatie	formuleren van doelen	kiezen en uitvoeren van interventies
Gespreksmethode	relatiemanagement, motiverende gespreksvoering	motiverende gespreksvoering, oplossingsgerichte gespreksvoering	casemanagement, gedragsanalyse
Tempo	Laag	Gemiddeld	hoog

In tabel 1 staat de fasering van ISPB beschreven. Deze fasering geeft zowel de patiënt als de professional de ruimte om differentiatie aan te brengen. Zo kunnen sommige fasen sneller of intensiever verlopen en andere trager of vrijblijvender zijn. In ISPB kiezen we voor een fasering die dicht aansluit bij een aantal problemen dat zich kan voordoen in het contact met patiënten met ernstige en langdurige psychiatrische problematiek. Deze problemen hebben we in eigen onderzoek beschreven (Koekkoek, 2011).

In tegenstelling tot wat veel professionals denken, zijn cliënten - ook al vragen ze hulp - niet altijd bereid of in staat grote veranderingen in hun leven door te voeren. Het is dus als professional belangrijk om het handelen af te stemmen op de positie van de cliënt. Deze is vaak ambivalent over verandering, wil soms 'wel kijken maar nog niet kopen' of is nog aan het overwegen wat precies te doen. In het hier gepresenteerde model werken we met drie fasen: contactfase, doelenfase en werkfase. Hierna worden deze fasen verder toegelicht.

a. Contactfase

In de eerste fase richt de professional zijn of haar aandacht, en die van de patiënt, op de werkrelatie tussen beiden. Contact maken lukt vaak wel, maar een goede werkrelatie ontwikkelen vraagt om meer dan alleen een aardig contact. In deze fase moeten patiënt en professional overleggen over de manier waarop ze met elkaar willen omgaan, ofwel over de vorm van de sociaal-psychiatrische begeleiding. Juist doordat de patiënt vaak nog niet zover (of veranderingsbereid) is als de professional, lopen er regelmatig dingen mis. Verwachtingen kunnen erg verschillen en als deze niet uitgesproken worden, kunnen later problemen ontstaan. Het doel van deze fase is dus te komen tot een positieve werkrelatie. De gespreksmethoden sluiten hier dicht bij aan, evenals bij de ambivalentie die in deze fase speelt: relatiemanagement en motiverende gespreksvoering.

De kern: het expliciteren van verwachtingen

Na de eerste kennismaking staat in ieder geval het uitspreken van de wederzijdse verwachtingen op de agenda. Uit het dossier en het antwoord op de vraag wat de patiënt hier brengt, weet de SPV al iets over de mogelijke inhoud van de gesprekken. Maar de professional weet nog niets van de verwachtingen van de cliënt, terwijl die erg belangrijk zijn om het contact goed vorm te geven. Daarbij hoort bijvoorbeeld de vraag of de patiënt wil dat er systeemleden bij betrokken worden; hoe eerder en concreter dat besproken wordt, des te groter de kans dat er ook echt iemand meekomt. Ook praktische zaken - zoals afzeggen, wat te doen bij ziekte van de SPV, enzovoort - kunnen al meteen besproken worden. Andere dingen liggen vaak wat gevoeliger. De SPV zal bijvoorbeeld duidelijk moeten maken dat de cliënt altijd moet komen, tenzij er zwaarwegende redenen zijn om af te zeggen. Soms krijgt de cliënt zelfs een boete wanneer hij of zij niet komt zonder af te bellen. Deze gang van zaken moet ook zo snel mogelijk benoemd worden (in ieder geval in het tweede gesprek). Welke verwachtingen moeten nu precies besproken worden om compleet te zijn? En welke afspraken moeten in ieder geval gemaakt worden of welke regels meegedeeld? Deze vragen zijn niet zomaar voor iedere situatie te beantwoorden.

Casuïstiek: mw Benzazi

Op de eerste afspraak na de kennismaking komt cliënte 20 minuten te laat binnen. Dat is enerzijds begrijpelijk, ze stond in een onverwachte file, maar ook lastig want de verpleegkundige heeft nog maar 25 van de oorspronkelijk 45 minuten over voor dit gesprek. Het gesprek neemt echter toch een aanvang en op zeker moment ontstaat de gelegenheid om te bespreken hoe cliënt en SPV met de afspraken om gaan.

SPV: 'Hoe vindt je dat we om moeten gaan met als iemand niet komt of veel te laat komt?'

C: 'Je bedoelt zoals vandaag? Dat zal nooit meer gebeuren, dat verzeker ik je!'

SPV: 'Dat is een mooi voornemen maar er kan altijd iets tussen komen, ook bij mij omdat ik bijvoorbeeld een crisisgesprek heb dat uitloopt. Wat moeten we daar nu mee?'

C: 'Tja, gewoon even bellen denk ik. En als het echt te laat wordt een andere afspraak maken of zo.'

SPV: 'Dus jij vindt het belangrijk om iets te laten horen, of van mij te horen als het echt later wordt of niet gaat lukken?'

C: 'Ja tuurlijk ja. Trouwens sorry nog hoor, ik wist niet dat je het zo'n punt vond dat ik niet op tijd was'.

SPV: 'Nou ja, het gaat niet alleen om mij, of ik het een punt vind. Ik ben blij dat je het zelf ook belangrijk vindt om de beperkte tijd zo goed mogelijk te benutten...'

C: 'Uh-huh' (instemmend)

b. Doelenfase

In de tweede fase gaat het over wat patiënt en professional samen gaan doen, ofwel over de inhoud van de sociaal-psychiatrische begeleiding. Die inhoud ontstaat door het formuleren van doelen. Ook bij het formuleren van doelen speelt vaak mee dat de cliënt (nog) niet precies weet waar hij of zij heen wil, wat haalbaar is en wat er nodig is om doelen te bereiken. De professional moet dus ook in deze fase actief rekening houden met ambivalentie van de cliënt en zijn of haar handelen daarbij aanpassen. Het doel van deze fase is om te komen tot een aantal goed doordachte, gezamenlijk overeengekomen doelstellingen voor de begeleiding. De hier gebruikte gespreksmethoden sluiten zowel aan bij de ambivalentie (hoewel minder dan in de contactfase), als bij het samenwerken om te komen tot doelen: motiverende gespreksvoering en oplossingsgerichte gespreksvoering.

De kern: tot doelen komen zonder de problemen te negeren

Veel cliënten in langdurige zorg, vooral die met niet-psychotische problematiek, zien veel problemen. Dat is niet ten onrechte; er zijn vaak ook veel problemen. Echter, praten over problemen helpt doorgaans weinig, zo zeggen ook veel cliënten zelf (Koekkoeck e.a., 2010). De kunst is dus om aan problemen te werken en er niet alleen maar over te praten. Praten over problemen die niet of nauwelijks oplosbaar zijn, werkt demotiverend en demoraliserend voor zowel cliënten als professionals. Beiden zien na een tijdje geen perspectief op verbetering meer. Deze negatieve perceptie van toekomstmogelijkheden kan een zelfvervullende prophecy worden (o.a. Koekkoeck e.a., 2011).

Doelen hoeven niet per se het omgekeerde van problemen te zijn, maar kunnen op zichzelf staan. Het belangrijkste in het contact met cliënten in sociaal-psychiatrische begeleiding is om hen op het spoor van toekomstperspectief te brengen. Vaak zijn ze somber of moedeloos of wordt hun leven bepaald door steeds terugkerende crises. Om hoop te krijgen is het dan belangrijk om te focussen op mogelijkheden en kansen op langere termijn. Het helpt om de problemen in het hier en nu (bijvoorbeeld geldgebrek) te benoemen als een belemmering om een doel te bereiken, en niet als een probleem dat alles voor altijd onmogelijk maakt. In tabel 2 staan de stappen naar werkbare doelstellingen beschreven.

Tabel 2. In vijf stappen van probleem naar doel.

Stap	Actie
1 Creëer toekomstperspectief	Formuleer gezamenlijk een langetermijnbegeleidsdoel voor de toekomst
2 Formuleer voorlopige werkdoelen	Vertaal het grote begeleidsdoel naar enkele voorlopige werkdoelen
3 Inventariseer huidige zorgbehoeften	Vul de CANSAS* in (zowel cliënt als professional)
4 Onderhandel over zorgbehoeften en werkdoelen	Bespreek de noodzaak en prioriteit van zorgbehoeften in relatie tot het grote begeleidsdoel
5 Formuleer werkdoelen	Concretiseer de werkdoelen en formuleer ze SMARTIE

**de CANSAS is een veelgebruikte lijst om zorgbehoeften mee in kaart te brengen (Phelan e.a., 1995)*

Casus vervolg: stap 1- creëer toekomstperspectief

In een volgend gesprek steekt mw. Benziza van wal over haar onbetrouwbare partner, zijn agressieve gedrag naar anderen waardoor hij mogelijk de gevangenis in moet, een conflict met haar zussen en de woning die te klein is voor de baby die eraan komt. In korte tijd ontvouwt zich een kluwen van problemen, door cliënte in hoog tempo en zonder onderbrekingen verteld. Het kost de SPV moeite om er tussen te komen. Als hij niets doet zal het gesprek snel afgelopen zijn, zonder dat hij iets heeft kunnen zeggen.

SPV: 'Sorry dat ik je onderbreek, maar zouden we heel even kunnen kijken naar wat we hier met elkaar gaan doen in deze gesprekken?'

C (opgewekt): 'Prima. Laat maar horen.'

SPV (lachend): 'Nou, ik ga dat niet aan jou vertellen. Ik zou graag samen kijken of we iets kunnen bedenken.'

C: 'Prima.'

SPV: 'Stel dat je een jaar verder bent dan nu, en je een aantal van de problemen van nu hebt aangepakt, hoe zou je leven er dan uitzien?'

C: 'Nou, dan zou ik lekker gelukkig met mijn kindje in een mooi huis wonen.'

SPV: 'En wat nog meer?'

C: 'Dan zou ik geen problemen meer hebben.'

SPV: 'Oké. En hoe ziet je leven er zonder problemen uit? Wat doe je dan? En met wie heb je contact?'

C: 'Nou gewoon, met iedereen. En ik ben lekker moeder. En misschien een baantje erbij.'

Het is gelukt om cliënte een beetje richting toekomst te laten kijken, maar ze lijkt nog steeds te popelen om de acute problemen van nu weer op tafel te leggen. Dat is begrijpelijk: dromen over de toekomst is mooi, maar als het nu ellendig is, vraagt het heden veel meer aandacht. Ook legt cliënte nog geen verband tussen de mogelijk veranderingen en dat wat ze daar zelf aan kan doen. Maar dat hoeft op dit moment ook nog niet. Sterker, als de SPV daar nu al mee komt, haakt ze mogelijk af.

Casus (vervolg) Stap 2: formuleer voorlopige werkdoelen

SPV: 'Dus je hebt contact met iedereen en je bent vooral moeder met misschien een kleine baan erbij. Laten we daar even over door praten. Wie is iedereen?'

C: 'Nou gewoon, met iedereen. Mijn moeder, mijn zussen, mijn vriend.'

SPV: 'Maar niet met iedereen loopt het nu lekker. Hoe gaat het als het wel lekker loopt, bijvoorbeeld met je zussen?'

C: 'Mijn zussen zijn niet echt het probleem, hoor. Ze vinden mijn vriend gewoon niet goed genoeg voor mij en daar ben ik kwaad over. Dus hebben we ruzie. Misschien is hij wel niet goed voor mij, maar dat kan ik toch zelf wel bepalen? Of niet soms?'

SPV: 'Ja, dat is aan jou om te bepalen. Maar als je daarmee je zussen kwijtraakt ...'

C: 'Ik raak ze niet kwijt, hoor. Mijn zussen raak ik nooit kwijt. Ze moeten alleen een beetje dimmen.'

SPV: 'Dus het zou beter tussen jou en hen gaan als ze zich minder met jou zouden bemoeien?'

C: 'Zeker, dan zou het stukken beter gaan.'

SPV: 'En als ze zich minder met je bemoeien, hoe ziet het er dan uit, dat contact met hun?'

C: 'Pff ... Tja, dat weet ik zo niet, hoor. Ik denk ... we zien elkaar gewoon af en toe en praten wat over van alles. Maar niet de hele tijd dat gezeur over wat ik allemaal niet goed doe.'

SPV: 'Dus je zou je zussen bijvoorbeeld eenmaal per week zien? En dan zou je gewoon over van alles praten, als gelijkwaardige zussen, vrouwen of moeders. Zoiets?'

C: 'Ja, ja, gelijkwaardig. En over de kinderen natuurlijk ook praten, ja. Of gewoon gaan winkelen en niet te veel ouwehoeren en zo.'

Clïente krijgt langzaamaan iets duidelijker wat ze wil met haar zussen. De SPV heeft het heel bewust niet over wat er moet gebeuren om dat te bereiken, of over wat zij zelf kan doen. Dat is allemaal van later orde. Eerst moet echt duidelijk zijn waar cliënte heen wil: in de volgende stappen gaat het over de haalbaarheid van haar wensen.

Casus vervolg: Stap 3 - vul de CANSAS in

SPV: 'Mooi, we hebben allebei de CANSAS ingevuld. Lukte dat een beetje?'

C: 'Ja, hoor. Gewoon een paar rondjes en kruisjes zetten.'

SPV: 'En zoals je de lijst nu hebt ingevuld, klopt dat een beetje met je dagelijks leven?'

C: 'Ik denk het wel, hoor. Alleen de vragen over seksualiteit heb ik niet ingevuld. Daar hebben jullie niks mee te maken.'

SPV: 'Oké, prima. Mocht dat ooit veranderen, dan hoor ik het wel. Voor nu is het dan geen gespreksonderwerp. (...) Ik heb de lijst ook ingevuld, dus laten we ze eens naast elkaar leggen.'

C: 'Oké. Nou, ik hoop dat ik het goed gedaan heb.'

SPV: 'Het kan niet goed of fout, gelukkig. Het gaat er vooral om of we dezelfde zorgbehoeften hebben gescoord. En als dat niet zo is, of we het dan eens kunnen worden over de verschillen.'

Patiënten en professionals scoren zelden dezelfde of hetzelfde aantal zorgbehoeften, zo blijkt steeds weer uit onderzoek. Uit enkele eerdere vignetten bleek dit in de praktijk ook vaak een probleem te zijn. Het uiteenlopen van de scoring is weliswaar lastig, maar niet onoverkomelijk: door het gebruik van de CANSAS wordt dit juist duidelijk en ontstaat er een gesprek dat anders niet gevoerd zou zijn.

Casus (vervolg) Stap 4: onderhandel over zorgbehoeften en doelen

Het begeleidingsdoel van mw. Benziza is dus: in een prettig eigen huis wonen met haar kind, goed contact hebben met haar zussen en moeder en mogelijk een baantje. Het voorlopige werkdoel omtrent haar zussen is ze eenmaal per week zien en dan gewoon over van alles praten, als gelijkwaardige zussen. De professional heeft op de CANSAS een onvervulde zorgbehoefte gescoord op item 17 (zorg voor de kinderen), mw. Benziza heeft daar een vervulde zorgbehoefte gescoord. Uit eerdere opmerkingen is al gebleken dat de problemen met haar zussen meestal ontstaan door onenigheid over de opvoeding van hun kinderen. Mw. Benziza vindt haar zussen te laks en te lief, waardoor haar zoontje vaak de dupe is van het 'asociale' gedrag van de neefjes en nichtjes. De professional weet niet zeker of dit het probleem is, hij kent de andere kinderen niet, maar weet wel dat door allerlei stressvolle gebeurtenissen en verhuizingen het zoontje van mw. Benziza mogelijk moeilijke jaren achter de rug heeft. De professional ziet vooral de teruggetrokkenheid en mogelijke angst van het jongetje. Bovendien hoort hij mw. Benziza vaak erg ferm praten over hoe ze hem aanpakt. Er is hier dus een potentieel lastig verschil van inzicht; niets ligt zo gevoelig als praten over de opvoeding van kinderen. Toch lijkt het een belangrijk punt, zowel voor mw. Benziza, haar zoontje, als voor het gezinssysteem van mw. Benziza.

SPV: 'Ik zie dat je bij zorg voor de kinderen een 1 hebt gescoord. Je bedoelt dus dat je hulp nodig hebt, maar die in voldoende mate krijgt?'

C: 'Klopt.'

SPV: 'En wie geeft je die hulp?'

C: 'Jij, natuurlijk. En mijn moeder. En een vriendin.'

SPV: 'Zeggen die allemaal hetzelfde?'

C: 'Vaak wel hoor, maar niet altijd, natuurlijk.'

SPV: 'Wat zegt je moeder bijvoorbeeld?'

C: 'Dat ik niet zo streng moet zijn voor mijn zoon J., dat hij nog maar een kind is.'

SPV: 'En wat zegt je vriendin?'

C (lachend): 'Dat je beter te streng kunt zijn dan niet streng genoeg, want dan nemen je kinderen het huis over!'

SPV: 'Heb je wel eens het idee dat J. het huis overneemt?'

C: 'Nee, nooit eigenlijk. Hij luistert altijd heel goed.'

SPV: 'Dat is mooi. Dat is een mooie verdienste van jou als moeder! Luistert hij ook wel eens te goed?'

C: 'Wat bedoel je ...?!'

SPV: 'Nou, dat hij heel braaf doet wat mensen zeggen, omdat hij misschien bang is om straf te krijgen?'

C: 'Ik sla hem niet, hoor, als je dat bedoelt!'

SPV: 'Nee, dat bedoel ik niet. Al hoop ik wel dat je hem niet slaat ... Ik bedoel dat hij wel eens een beetje gedwee is als volwassenen iets tegen hem zeggen.'

C: 'Nou ja, misschien wel. Dat zegt mijn moeder ook wel eens. Maar kinderen moeten ook gewoon luisteren naar volwassenen!'

Door vragen te stellen over de situatie en daarbij de mening van belangrijke anderen mee te wegen, lukt het om mw. Benziza aan het denken te zetten over haar opvoeding. Zij en de SPV vervolgen het gesprek en bereiken overeenstemming over het minder streng aanpakken van haar zoontje. Of, positiever geformuleerd: hem de ruimte geven om zelf dingen te ontdekken en sterker te worden in contact met anderen. Dit laatste is weer van belang in het contact tussen mw. Benziza en haar zussen. Als zij minder ruzie hebben over de opvoeding, is de kans groot dat ze beter met elkaar omgaan. Het invullen van de CANSAS vestigt de aandacht op dit punt, dat anders misschien vergeten zou zijn. Door het gesprek staat het niet alleen op de agenda van de professional maar ook op die van de patiënt.

Casus (vervolg): Stap 5: formuleer concrete werkdoelen

SPV: *'We zijn begonnen met na te denken over wat je wil met het contact met je zussen. Toen hebben we het gehad over je zoontje, dat je misschien wil nadenken over hoe het met hem gaat en hoe jullie het samen doen. Het contact met je zussen wordt nu vaak lastiger door jullie verschillende ideeën over opvoeding, toch?'*

C: *'Klopt ja.'*

SPV: *'Waar zou je nu aan willen werken?'*

C: *'Tja, dat weet ik zo niet, hoor. Ik ga niet ineens van alles veranderen of zo ...'*

SPV: *'Maar is het iets om met je zussen in gesprek te gaan over hoe jullie kinderen samen spelen en hoe jullie daarmee omgaan?'*

C: *'Nou, dat wordt niks, hoor. Daar praten ze echt niet graag over.'*

SPV: *'En jij zelf?'*

C: *'Mij maakt het niks uit, hoor.'*

SPV: *'Hmm ... Misschien maakt het hun dan ook niet zoveel uit.'*

C: *'Misschien.'*

SPV: *'Stel dat we als doel stellen: af en toe met je zussen praten over de kinderen. Is dat wat?'*

C: *'Als dat helpt om beter met ze om te gaan, dan wel, ja.'*

SPV: *'Nou ja, ik geef geen garanties. Maar het is het proberen waard, toch?'*

C: *'Hmm ...'*

SPV: *'Dus dan wordt het iets als: "Ik bespreek, iedere keer dat er onenigheid is over hoe de kinderen met elkaar omgaan, mijn ideeën met mijn zussen en vraag naar hun ideeën."'*

C: *'Iedere keer?'*

SPV: *'Niet?'*

C: *'Ik kan het proberen, maar ik weet niet of het lukt.'*

SPV: *'Prima, dat hoeft ook niet en ook niet meteen. Wanneer kun je dit doel behaald hebben, denk je?'*

C: *'Weet ik veel? Over een half jaar of zo?'*

SPV: *'Oké, als je denkt dat dit haalbaar is, zetten we het erin. Dan wordt het dus: over een half jaar bespreek ik iedere keer dat er onenigheid is over hoe de kinderen met elkaar omgaan, mijn ideeën met mijn zussen en vraag naar hun ideeën. Kun je daarmee aan de slag?'*

Het werkdoel voldoet aan de criteria en is een stap op weg naar het bereiken van het grotere begeleidingsdoel. Tegelijk word daarin de door de professional gescoorde zorgbehoefte meegenomen.

Het SMARTIE formuleren van doelen blijkt vaak lastig te zijn in de praktijk. Vijf vragen kunnen helpen om de vijf belangrijkste (SMART-)elementen in een doel te krijgen (Tiemens e.a., 2011). Dat hierbij de SMART-volgorde wordt doorbroken is ondergeschikt aan het formuleren van een scherp doel.

- Hoe zou de cliënt merken dat het doel bereikt is? (M)
- Om welke specifieke gedragingen, personen, activiteiten, enzovoort, gaat het dit bij dit doel? (S)
- Wat draagt dit doel bij aan het bereiken van het begeleidingsdoel? (R)
- Hoeveel tijd of gesprekken heeft de cliënt nodig om dit doel te bereiken en wanneer begint of eindigt het werken aan het doel? (T)
- Hoe vaak, wanneer, hoeveel of hoe is de cliënt in staat om binnen de gestelde periode aan dit doel te werken? (A)

c. Werkfase

Wanneer cliënt en professional in de derde fase zijn aangekomen, mogen we ervan uitgaan dat ze in actie kunnen komen. Hoewel ambivalentie zich ook zeker nog in deze fase kan voordoen, zal die minder groot zijn dan eerder.

Mocht er toch onduidelijkheid of onenigheid ontstaan over de doelen of de relatie, dan moeten patiënt en professional een stap terug doen naar de tweede of eerste fase. Doel van deze derde fase is het gezamenlijk kiezen en uitvoeren van interventies die aansluiten bij de in de tweede fase geformuleerde doelen. De methoden die passen bij deze fase zijn casemanagement (om praktische sociale problemen aan te pakken) en een cognitief-gedragstherapeutische benadering (voor interactionele problemen). Ook in deze fase is de oplossingsgerichte benadering zeer bruikbaar als basis.

Doorlopen van de fasen

In dit model gaan we uit van een lineair proces, waarbij het wél mogelijk is om een fase terug te gaan maar niet om fasen over te slaan. De gedachte hierachter is dat als patiënt en professional niet van elkaar weten hoe ze met elkaar zullen omgaan en wat ze van elkaar mogen verwachten (fase 1), er geen effectieve begeleiding tot stand komt. Hetzelfde geldt wanneer er geen gezamenlijke doelen zijn opgesteld; de begeleiding is dan richtingloos (als er geen doelen zijn) of patiënt en professional gaan verschillende kanten op (als ze het niet eens zijn).

De professional moet de patiënt informeren over de fasen, zodat de patiënt weet wat het idee achter de begeleiding is, en zich medeverantwoordelijk kan maken voor het beloop. Het is aan patiënt en professional om te bepalen in welke fase ze zich bevinden, daarbij geholpen door de volgende ankerpunten:

- fase 1 kan worden afgerond als er overeenstemming is over een aantal elementen en antwoord op een aantal vragen;
- fase 2 kan worden afgerond als er overeenstemming is over een aantal doelen;
- fase 3 kan worden afgerond als de gestelde doelen bereikt zijn of als er een andere situatie is die afronding mogelijk of noodzakelijk maakt.

3) Structuur in het contact

Naast een fasering bestaat sociaal-psychiatrische begeleiding ook uit steeds terugkerende elementen, die de structuur van afzonderlijke gesprekken en de begeleiding als geheel bepalen. Omdat sociaal-psychiatrische begeleiding geen strak geprotocolleerde hulpvorm is, bestaat het risico dat ieder gesprek en iedere afspraak een andere kant op gaat dan de voorgaande keer. Tenzij de professional er een bepaalde richting aan geeft, door een rode draad vast te houden en de continuïteit voor zowel patiënt als professional te waarborgen (zie ook Koekkoek, 2004). In interpersoonlijke sociaal-psychiatrische begeleiding is een aantal elementen zeer nuttig gebleken om die lijn vast te houden (in tabel 3 staan deze elementen uitgebreider beschreven, *zie volgende pagina*).

4) Gespreksmethoden

In sociaal-psychiatrische begeleiding gebruiken we gespreksmethoden die de cliënt in staat stellen om zelf problemen op te lossen. Daarmee staat de wijze van gespreksvoering dus in dienst van het motiveren en faciliteren van de eigen mogelijkheden van de cliënt. De professional neemt niet de positie in van de expert die weet hoe dingen in elkaar zitten, maar probeert de cliënt zelf op het spoor te zetten van dingen die anders kunnen. Het is daarvoor vaak nodig om zowel congruente als incongruente gesprekstechnieken te gebruiken. Bij incongruente technieken gaat de verpleegkundige in plaats van rechtstreeks op het doel af, via een omweg om bij de patiënt aan te sluiten (incongruentie). Tabel 4 geeft een overzicht van een aantal meer en minder congruente technieken. *Zie tabel verderop.*

Tabel 3: Structurele elementen, doel en uitwerking in sociaal-psychiatrische begeleiding.

Element	Doelen	Uitwerking
Agenda maken	Gezamenlijk verantwoordelijkheid nemen voor de richting van het gesprek.	'Welke punten wil jij in elk geval bespreken vandaag?'
	Vaststellen welke zaken aan de orde moeten komen.	'Hoe belangrijk is dat punt, vergeleken met de andere punten?'
	Een neutrale start van het gesprek mogelijk maken.	'Hoeveel tijd hebben we daarvoor nodig denk je?'
	De cliënt uitnodigen om prioriteiten aan te geven.	'Ik wil in ieder geval de volgende dingen bespreken. En jij?'
Terugkijken op periode tussen huidige en vorige gesprek	Gezamenlijk focussen op de continuïteit van de begeleiding.	'Welke dingen hadden we nog staan van ons vorige gesprek?'
	Ruimte bieden aan belangrijke dingen die besproken moeten worden, voordat de agendapunten aan bod komen.	'Hoe is het gegaan sinds de laatste keer dat we elkaar spraken?'
	De focus verplaatsen van het hier en nu naar de afgelopen periode.	
Gespreksonderwerpen of agendapunten relateren aan de doelen	De rode draad van de begeleiding laten terugkomen in iedere bijeenkomst.	'Hebben deze punten ook te maken met een van de doelen van deze begeleiding?'
		'Op welke manier heeft het bezig zijn met deze thema's te maken met de doelen die we samen hebben opgesteld?'
Terugkijken op het gesprek	Het proceskarakter (begin, midden, eind) van het contact benadrukken.	'Hoe vond je dit gesprek?'
	Beiden de gelegenheid geven te reflecteren op de vorm en inhoud van het gesprek.	'Hebben we besproken wat we moesten bespreken?'
	Afstand nemen van het concrete besprokene en stilstaan bij het proces van de afzonderlijke contacten en de begeleiding als geheel.	
Invullen vragenlijstje over gesprek (SRS)	Samenwerking en overeenstemming monitoren.	'Zullen we allebei even dit vragenlijstje invullen?'
	Metten van het beloop van de contacten en het resultaat.	'Wil je nog iets zeggen over je score?'
		'Wil je nog iets zeggen over het verschil tussen jouw en mijn score?'

Tabel 4. Gesprekstechnieken bij congruentie en incongruentie.

Congruente professional	Incongruente professional
is actief	is afwachtend
zoekt verdieping	blijft aan de oppervlakte
zoekt een verklaring voor levensproblemen	zoekt verklaring voor communicatieproblemen
is doelgericht	is procesgericht
geeft adviezen	onthoudt zich van adviezen en suggesties
probeert te overtuigen	doet een vrijblijvende suggestie
geeft huiswerk mee	suggereert over iets na te denken
bepaalt (of verhoogt) het tempo	volgt het tempo van de cliënt of remt iets af
schrijft alvast een conceptbehandelplan	wacht tot de cliënt met ideeën komt

Basishouding: validatie

Validatie, de door ons voorgestelde basishouding in sociaal-psychiatrische begeleiding, is niet in tabel X te vinden. Dat komt omdat deze houding soms congruent is en soms als incongruent ervaren kan worden. Validatie als attitude komt terug in talloze therapieën, maar wordt onzes inziens het meest actief en bewust ingezet in de dialectische gedragstherapie van Linehan (1993). Hoewel in deze behandeling verschillende niveaus van validatie worden beschreven (Van den Bosch, 2009), volstaan we hier met drie vormen van validatie:

- de professional neemt oordeelvrij waar wat er gebeurt en wat een cliënt vertelt of doet, zonder daarbij andere informatiebronnen te betrekken;
- de professional reflecteert accuraat en drukt daarmee uit dat hij of zij zich wil verdiepen in de cliënt en wil begrijpen wat hem of haar tot bepaalde acties brengt;
- de professional benoemt het gedrag als begrijpelijk in de situatie van dat moment.

Casus: mw. Benzazi

In het 3e gesprek heeft cliënte onverwacht haar partner meegenomen. Ze zegt dat hij er weinig zin in had maar dat hij toevallig vandaag vrij was en dus van haar 'maar mee moest'.

Partner (P): 'Nou, ik zal hier wel weer te horen krijgen wat ik allemaal verkeerd doe. Dat krijg ik thuis altijd al, en die hulpverleners vinden ook altijd dat ik beter moet luisteren, me in moet leven in haar en al die onzin. Ik heb hier dus absoluut geen zin in.'

SPV: 'Tja, het is natuurlijk verleidelijk om je ongemotiveerd te vinden, of een slechte luisteraar, of niet geïnteresseerd in het wel en wee van je vriendin. Maar ik ga ervan uit dat je er goede redenen voor hebt om weinig zin te hebben om hierheen te komen. Ondanks dat ben je toch meegekomen. Dat geeft aan dat je wel degelijk geeft om je vriendin en haar wel en wee: fijn dat je er bent dus. Laten we eerst eens bespreken hoe we dit gesprek zo zinvol mogelijk kunnen maken voor iedereen, akkoord?'

Commentaar

De SPV valideert de komst van cliënte's partner en vermijdt mee te gaan in zijn (of haar?) omschrijving van een slecht luisterende man en zet het probleem van geen zin hebben in het gesprek wel meteen op de agenda.

Effectief valideren is niet eenvoudig: vaak zit het eigen (voor)oordeel van de professional een validerende reactie in de weg. Ook wordt een als validerend bedoelde opmerking niet altijd zo geïnterpreteerd. Toch beschouwen we validatie als de noodzakelijke basis die een effectieve sociaal-psychiatrische begeleiding mogelijk maakt. Op die basis kunnen andere gespreksmethoden worden gezet, zoals relatiemanagement en motiverende gespreksvoering. Voor dit artikel voert het te ver om deze methoden helemaal uit te werken, daarvoor verwijzen we naar het Praktijkboek sociaal psychiatrische begeleiding (Koekkoek, 2011)..

Monitoren, evalueren en afsluiten

In ieder begeleidingscontact moet regelmatig de vraag aan de orde komen of en hoe het verder gaat. Hoewel cliënten dit soms zelf zal doen - in sommige gevallen doen zij dit zelfs constant - is het de primaire verantwoordelijkheid van de professional om de voortgang te bewaken. Kijken we naar de drie fasen (contact, doelen en interventie) dan kan de vraag 'hoe staan we ervoor' in iedere fase aan de orde komen. In ideale situaties zijn patiënt en professional in fase 3 beland, zijn ze het eens over het succes van de begeleiding en besluiten ze samen om het contact te beëindigen. Lang niet altijd gaat dat echter zo soepel; in het verlengde van het vaak gesignaleerde gebrek aan overeenstemming tussen patiënt en professional over zorgbehoeften, ligt vaak een gebrek aan overeenstemming over het beëindigen van de begeleiding. Er is echter wel een aantal strategieën beschikbaar om al te langdurige contacten te vermijden en tot een goede afsluiting te komen:

- Denk vroegtijdig na over afsluiting en vervolg
- Gebruik metacommunicatie
- Plan evaluatiemomenten
- Maak afspraken met elkaar
- Formuleer doelen en houd elkaar eraan
- Bewaak afstand en nabijheid zorgvuldig

Conclusies

In dit artikel zijn de hoofdlijnen geschetst van een methodische benadering van niet-psychotische chronische problematiek. Om ISPB goed te kunnen uitvoeren is natuurlijk meer nodig dan het lezen van een artikel, daarom verwijzen we graag naar het Praktijkboek sociaal-psychiatrische begeleiding (Koekkoek, 2011) waarin de methode veel uitgebreider beschreven staat. Verder is er een DVD met voorbeeldscènes beschikbaar bij dit boek en wordt op de website (www.han.nl/ispb) en in een iPhone-app (via de Apple Store gratis verkrijgbaar) een beknopt overzicht van de methode ter naslag aangeboden. ISPB is ontwikkeld door middel van een combinatie van onderzoek onder patiënten, experts in de sociale psychiatrie, sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen en literatuurstudie. De methode is geïmplementeerd en getoetst in een pilot-studie en vooral effectief gebleken in het zich tevredener vaardiger voelen van SPV-en in de begeleiding, en het verminderen van zorgconsumptie en uitbreiden van sociale contacten van cliënten buiten de begeleiding. Momenteel wordt een grotere wetenschappelijke studie voorbereid om de effecten opnieuw te meten onder strengere omstandigheden.

Referenties

- Bosch, L.M.C. (2009). Dialectische gedragstherapie. In E.H.M. Eurelings-Bontekoe, R. Verheul & W.M. Snellen (red.), *Handboek persoonlijkheidspathologie* (pp. 319-330). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Dieperink, C.J., Pijl, Y.J. & Driessen, G.A.M. (2006). Langdurig zorgafhankelijken in de GGZ. Een landelijke verkenning. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 61, 228-238.
- Frank, J.D., & Frank, J.B. (1991). *Persuasion and healing. A comparative study of psychotherapy*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Koekkoek, B. (2004). Steun vanaf een wankelende basis. Over het werk van sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen op een ambulante behandelafdeling. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 59, 214-226.
- Koekkoek, B. (2011). *Ambivalent connections. Improving community mental health care for patients with non-psychotic chronic disorders perceived as 'difficult'*. Nijmegen: Radboud Universiteit.
- Koekkoek, B. (2011). *Praktijkboek sociaal-psychiatrische begeleiding. Methodisch werken met ernstige en langdurige problematiek*. Houten: BSL
- Lambert, M.J. (red.) (2004). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behaviour change* (5th ed.). New York: Wiley.
- Linehan, M.M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Phelan, M., Slade, M., Thornicroft, G., Dunn, G., Holloway, F., Wykes, T., e.a. (1995). The Camberwell Assessment of Need: The validity and reliability of an instrument to assess the needs of people with severe mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 167, 589-595.
- Tielens, J., & Verster, M. (2010). *Bemoezorg. Eenvoudige tips voor moeilijke zorg. Voor iedereen die werkt met mensen met een chronische psychiatrische stoornis*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Tiemens, B., Reijls, M., Sonsbeek, M. van, & Hutschemaekers, G. (2010). Het doel heiligt het middel. Een hulpmiddel bij het stellen van evalueerbare behandeldoelen. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 65, 785-797.

Aanbevolen literatuur over gespreksmethoden in ISPB:

- Berg, I.K., & Dolan, Y. (2002). *De praktijk van oplossingen*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Dawson, D., & MacMillan, H.L. (1993). *Relationship management of the borderline patient: From understanding to treatment*. New York: Brunner/Mazel.
- Jong, P. de, & Berg, I.K. (2004). *De kracht van oplossingen. Handwijzer voor oplossingsgerichte gesprekstherapie*. Amsterdam: Harcourt.
- Kanter, J. (1989). Clinical casemanagement: Definition, principles, components. *Hospital and Community Psychiatry*, 40, 361-368.
- Rollnick S., Butler, C.C., Kinnnersley, P., Gregory, J., & Mash, B. (2010). Motivational interviewing. *BMJ*, 340, c1900.
- Schippers, G.M., & Jonge, J. de (2002). Motiverende gespreksvoering. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 57, 250-265.
- Tielemans L.I.G., & Jong, C.A.J. de (2007). Richtlijn voor casemanagers in de verslavingszorg. <http://www.ggznederland.nl/scrivo/asset.php?id=297721>, geraadpleegd op 23 augustus 2011. Utrecht: GGZ Nederland.