

inhoud

- Consult** 166 Wat zijn belangrijke aandachtspunten bij psychotherapie voor mensen met een verstandelijke handicap?
- Forum** 172 Tussen afwijzing en houdgreep: over het verplegen van borderline-cliënten op een gesloten opnameafdeling
Een reactie en het laatste woord
- 175 Hoe is suïcide te voorkomen?
Het laatste woord
- Herontdekt** 177 Ambulante dwangbehandeling: tussen droom en daad
- Artikelen** 181 Zelfverwendend gedrag: een overzicht van de varianten en verschillende betekenissen
- 188 Hulpverlening aan kinderen van ouders met alcoholproblemen
- Herijking** 193 Emogrammen: een inspirerend therapeutisch instrument
- Voorlichting** 202 Stappenplan voor het oplossen van problemen
- Select** 206 Signalementen van aanbevolen literatuur

consult

Hans Peters

Wat zijn belangrijke aandachtspunten bij psychotherapie voor mensen met een verstandelijke beperking?

In deze bijdrage wil ik een aantal persoonlijke ervaringen weergeven met psychotherapie bij verstandelijk gehandicapte mensen. Ik ben me bewust dat veel hiervan ook herkenbaar is voor degenen die andere problematiek behandelen, bijvoorbeeld mensen met een borderline- of posttraumatische stress-stoornis. Ik heb gekozen voor verstandelijk gehandicapten, omdat er relatief weinig (Nederlandstalige) literatuur over deze groep cliënten beschikbaar is. Daarbij beperk ik me bovendien voornamelijk tot de cliëntgerichte benadering.

Aandachtspunten bij psychotherapie met verstandelijk gehandicapten

Vanaf de laatste decennia van de vorige eeuw verschijnen steeds meer publicaties, die aantonen dat psychotherapie bij verstandelijk gehandicapten wel degelijk mogelijk is.¹ Mijn ervaringen op dit terrein bespreek ik aan de hand van een aantal aandachtspunten:

1. Therapiedoel

Aanmelding voor psychotherapie bij verstandelijk gehandicapten gebeurt meestal door de directe verzorgers/sters, soms zijn dit de ouders, of de begeleidende gedragskundige. Door hun vraagstelling bepalen zij

daarmee vaak in hoge mate het doel van de psychotherapeutische behandeling. Hellendoorn² meent dat de grenzen van kindertherapie door de ouders worden bepaald en dat daarom ook de ouders nauw bij de behandeling betrokken moeten worden. Dit geldt in feite ook voor de behandeling van verstandelijk gehandicapten, zeker in de intramurale zorg. Het zelf bepalen van het therapiedoel door verstandelijk gehandicapte cliënten wordt beperkt door hun tekort aan intellectuele vermogens. Natuurlijk kan er een besef zijn van zich ellendig voelen, van zich verstoten weten, van zeer angstig zijn, van intens verdriet door het overlijden van een ouder, enzovoorts. Er kan de behoefte zijn hierover te praten, gevoelens te willen uitschreeuwen, zich geborgen te willen voelen, tot rust te willen komen, en dergelijke, waarbij de cliënt ervaart dat dit tijdens de therapiesessies kan en mag. Ofschoon dit ook voor veel andere cliënten opgaat, geldt in versterkte mate voor de verstan-

Drs. H. Peters is gezondheidszorgpsycholoog, client-centered therapeut en gedragstherapeut. Tot aan zijn VUT was hij Hoofd Sector Intensieve Behandeling van Stichting Vizier te Gennep. Adres: Bredeweg 30, 6595 AT Ottersum (hanspeters01@home.nl).

delijk gehandicapte cliënt dat hij niet onderkent dat dit een onderdeel is van een verder liggend therapiedoel, bijvoorbeeld de behandeling van een depressie, zelfs als er gepoogd is dit op zijn niveau bespreekbaar te maken. Evenals psychotherapie bij niet-verstandelijk gehandicapten, is datgene wat zich in een sessie afspeelt een sterk momentaan gebeuren. Maar daar waar dit bij 'normaal begaafden' in een aantal gevallen nog een plaats kan krijgen in het totale therapeutische proces, is dit bij verstandelijk gehandicapten niet of nauwelijks mogelijk. Het lijkt me belangrijk dit te onderkennen. Wanneer het doel van een psychotherapie voor een cliënt duidelijk is, dan kan dit namelijk de motivering verhogen om in therapie te gaan of haar voort te zetten. Bij verstandelijk gehandicapten, zeker beneden een IQ van 60, zal het therapiedoel veel sterker betrekking hebben op het directe, concrete gevoelen en op directe, concrete wensen, bijvoorbeeld het kunnen spuien van angst, woede, het niet meer gepest willen worden. Niet-verstandelijk gehandicapten willen bijvoorbeeld minder dwangmatig leren leven, een betere relatie met de partner of andere mensen uit hun omgeving krijgen, enzovoorts, waarmee een verder liggend doel gediend wordt. Bij de verstandelijk gehandicapte cliënt zal het doorgaans niet verder gaan dan dit concrete probleem. Zeker wanneer meerdere soorten behandelingen binnen één therapieplan naast elkaar voorkomen, ontbreekt meestal dit inzicht in het totale behandelgebeuren. Ik herinner me de behandeling van een jonge vrouw met een zeer sterke angst voor honden en die daarvoor een gedragstherapeutische behandeling met systematische desensitisatie kreeg. Daarnaast had ik haar in gesprekstherapie voor rouwverwerking vanwege het overlijden van haar moeder al meer dan tien jaar geleden. Tijdens één van de sessies zei ze terloops dat moeder ooit eens door een hond gebeten was.

Deze en andere uitingen gaven mij de indruk dat haar angst voor honden op zijn minst mede hierdoor ontstaan is. Voor haar stonden de twee behandelingen naast elkaar, elk met een beperkt doel. Enerzijds leren niet meer bang te zijn voor honden, anderzijds over moeder mogen praten in de hoop dat ze dan niet meer steeds aan haar hoefde te denken (een door haar reëel beleefd probleem).

Hoe kunnen we een (psycho)therapeutische behandeling voor deze categorie cliënten inzichtelijk maken?

Immers weten waarom iets gebeurt, kan sterk motiveerend werken. Belangrijk is dat een therapieplan goed met de directe verzorgers/sters wordt doorgesproken. Zij zijn vaak de eerst aangewezenen om het doel van een therapeutische behandeling aan de verstandelijk gehandicapte cliënt duidelijk te maken. Dit hoeft niet beperkt te blijven tot een eenmalige uitleg, maar kan zonodig regelmatig gebeuren.

2. Eerste sessies

Zoals ik stelde, is er in feite sprake van een opgelegd contact, waarbij binnen enkele sessies moet blijken of dit contact door de cliënt gewenst dan wel op zijn minst geaccepteerd wordt. Het begrijpen van het therapiedoel kan hierop positief uitwerken evenals de wijze waarop een cliënt het contact met een therapeut ervaart. Juist bij dit opgelegde contact is het belangrijk dat in de eerste sessies nagenoeg alle energie gestoken wordt in het opbouwen van een goede werkrelatie. Nu suggereert dit een krachtdadig handelen, maar vrijwel altijd is het tegenovergestelde het geval. Dat wil zeggen dat zeker in het begin van een behandeling eerder een receptieve dan een initiatiefnemende opstelling van de therapeut vereist is. Uitdrukkelijk kenbaar maken dat de cliënt mag komen en over alles mag praten, maar dat niets moet, blijkt erg belangrijk om weerstand respectievelijk angst te verminderen. Zo mogelijk laat men de cliënt verwoorden waarom hij gekomen is of wat hij als probleem ziet.

Zelf ben ik zeer terughoudend om in een eerste sessie de cliënt te confronteren met wat ik over zijn probleem van anderen gehoord heb. Ik kan bijvoorbeeld zeggen:

Zelf ben ik zeer terughoudend om in een eerste sessie de cliënt te confronteren met wat ik over zijn probleem van anderen gehoord heb.

'Ik heb gehoord dat je erg boos bent geweest, klopt dat?' Bij bevestiging vraag ik dan: 'Wil je er iets over vertellen?' Ik ben zo terughoudend omdat ik zoveel mogelijk het te bespreken thema door de cliënt wil laten bepalen en niet het risico wil lopen dat de cliënt mijn gesuggereerd thema overneemt. Als ik zou aangeven 'dat ik van groepsleiding gehoord heb dat...', dan is de kans op achterdocht groot. Dergelijke interventies zijn soms wel mogelijk als er eenmaal een vertrouwensband is.

Erg belangrijk in het begin kunnen zijn: empathische opmerkingen (zoals: 'best wel moeilijk om hier te zijn hè'; 'ik heb de indruk dat je je meer op je gemak begint te voelen'), opmerkingen waaruit acceptatie blijkt (zoals: 'je mag hier over alles wat je wilt praten, maar niets moet hier'; 'gewoon hier samen zijn is ook prima') en congruente opmerkingen (zoals: 'ik vind het fijn dat je gekomen bent' 'ik vind je een fijne jongen'). Ook non-verbale handelingen als het vastpakken van de handen bij erge gespannenheid, een aai over de bol of een schouderklopje bij slecht verbaliserende cliënten kunnen sommigen als zeer positief beleven. Daarnaast zijn er cliënten die een duidelijkere structuur nodig hebben, maar dan moet wel helder zijn wat we hieronder verstaan. Vaste tijden, de duur van de sessies en de plaats waar de behandeling plaatsvindt, zijn structuurkenmerken. Deze zijn echter van een totaal andere orde dan bijvoorbeeld:

- de cliënt die van de hak op de tak springt, telkens weer bij zijn thema terugbrengen;
- rustig blijven als de cliënt dreigt te decompenseren en deze daarmee een stuk zekerheid bieden;
- soms intense verwijten van de cliënt weten te incasieren, maar zo nodig ook grenzen kunnen aangeven.

3. Positie van de direct bij de cliënt betrokkenen

Ook tijdens het verloop van een therapie kan het noodzakelijk zijn de groepsleiding in het therapeutische proces te betrekken om de volgende redenen:

a. *Slecht verstaan.* Misschien kun je de cliënt zeer slecht verstaan, terwijl dit wel van groot belang lijkt voor het verdere verloop van de therapie. Ik heb dan wel (delen van) een gesprek via een bandopname met de groepsleiding doorgenomen. Dit kan zeer verhelderend werken en heeft ook nog het voordeel, dat je je eigen handelen ter discussie stelt. Deze houding kan op gespannen voet staan met de te betrachten privacy. Vandaar dat ik dit, als het enigszins kan, van te voren met de cliënt bespreek. Anders ga ik selectief te werk bij het kiezen van welk deel van de band ik de groepsleiding voorleg. Voorop staat het belang van de cliënt. Telkens zal dus goed moeten worden afgewogen of de voordelen groter zijn dan de nadelen. Een dergelijke aanpak kan namelijk achterdocht bij de cliënt oproepen, de cliënt gaat zich heel belangrijk voelen, hij gaat bij de groepsleiding meer aandacht voor zijn problemen opeisen, enzovoorts.

b. *Bespreekbaar maken.* De problemen van een cliënt kunnen ook te maken hebben met wat zich in de leefgroep afspeelt, maar wat hij niet zelf op een adequate manier bespreekbaar kan maken. De cliënt adviseren

om dit met de betrokken personen door te spreken werkt zelden of nooit. Ik bereid de cliënt er dan ook op voor, bijvoorbeeld door met hem te oefenen wat hij de ander zou willen vertellen, om samen met hem dit met de groepsleiding te gaan bespreken. Stemt de cliënt hiermee in, dan gaan we naar de betreffende persoon of nodigen hem/haar in de sessie uit. Ik laat dan de cliënt, zo mogelijk, zelf het gesprek beginnen, neem het over zodra hij vastloopt totdat de cliënt weer zelf verder gaat.

c. *De context.* Ervaringen in de ene situatie worden niet vanzelfsprekend getransformeerd naar andere situaties, zeker niet bij verstandelijk gehandicapten. Daarom kan het erg belangrijk zijn dat de groepsleiding enigermate op de hoogte is van het verloop van een therapie, zodat zij daarop kunnen inspelen. Een (psycho)therapeut in een intramuraal setting voor verstandelijk gehandicapten deelt mijns inziens de professionele verantwoordelijkheid met anderen die direct met de cliënt werken. Zeker bij mediatietherapie³ draagt hij - in ieder geval wat de uitvoering betreft - een deel van die verantwoordelijkheid over aan anderen. Belangrijk is wel dat de groepsregels helder zijn en de groepsleiding cliënten zo nodig hierop aanspreekt, en dat de therapeut niet door cliënten als een verlengstuk van de leefgroep gezien gaat worden. Ook hierover is overleg met de groepsleiding noodzakelijk. Bij ouders ligt die professionele verantwoordelijkheid wat anders. Bij een vorm van mediatietherapie gaat het bovenstaande in hoge mate ook voor hen op. Maar bij begeleiding van ouders in hun problemen met hun kind dient de rol van de behandelende therapeut gescheiden te zijn van die van de ouderbegeleider. De therapeut die de verstandelijk gehandicapte cliënt behandelt moet er eenduidig primair voor hem zijn. Er mag geen rolverwarring optreden door ook de behandelaar van de ouders te zijn. Bovendien is ouderbegeleiding een zelfstandige discipline, die specifieke deskundigheid vereist en die in sommige gevallen zelfs psychotherapeutische hulp voorkomt.⁴

d. *Mediatietherapie.* In de intramuraal zorg kunnen de groepsleiding en/of psychologische en pedagogische assistenten binnen het kader van een mediatietherapie als co-therapeut optreden. Dit is niet alleen mogelijk in gedragstherapieën, maar ook in gesprekstherapieën.⁵

4. Contactbehoefte - contactafweer

Een specifiek probleem bij de behandeling van verstandelijk gehandicapten is de soms ongebreidelde behoefte aan of juist extreme afweer van contact. Wat het eerste betreft, is het belangrijk een onderscheid te maken tussen het op spontane, vaak ook lieflijke wijze contact

leggen door een cliënt en de contactbehoefte vanuit de problematiek van een cliënt (bijvoorbeeld bij zich jarenlang afgewezen voelen of bij problemen voortkomend uit (seksueel) misbruik). In het laatste geval kan er sprake zijn van een zeer sterke ambivalentie. Die kan vooral bij vrouwelijke cliënten zo sterk zijn, dat zij zich heel afhankelijk opstellen, zich tegen je aan willen vleien, op schoot willen zitten, enzovoorts. Dit kan op een zeer eisende manier gebeuren en is dan als het ware een toetssteen voor haar onzekerheid of je haar wel mag en accepteert, en of ze zich veilig bij je kan voelen. Nadien kunnen zij beschuldigingen uiten over ongeoorloofde contacten en aanrakingen.

In alle gevallen is het belangrijk rust uit te stralen. Als je je overvallen voelt door de wijze van contact leggen, schiet dan niet in een impulsieve afweeractie, maar accepteer het

contact 10 à 15 seconden en buig het dan om, bijvoorbeeld door samen iets te gaan doen. Een onmiddellijke afwijzing van het contact kan tot grote onzekerheid bij cliënte leiden en een gevoel van afwijzing oproepen. Het is de primaire taak van de therapeut om grenzen aan te geven, maar wel zo dat dit op een voor de cliënt 'vanzelfsprekende', niet-angstoproepende wijze gebeurt. Het gaat in feite om het verschil tussen de onvoorwaardelijke acceptatie van de *belevingen* (alles wat er in de cliënt aan gevoelens, gedachten en wensen leeft) door de therapeut en het *gedrag* (namelijk de feitelijke acties in de realiteit).⁶ In het accepteren van belevingen kun je tolerant zijn, in de gedragsuitingen ontkom je er niet aan grenzen te stellen.

Bij vrouwelijke cliënten met een verleden van seksueel misbruik dienen de implicaties van de behandeling door een mannelijke therapeut goed overwogen te worden. In het verleden heb ik in een dergelijke situatie gedurende de eerste sessies de vrouwelijke huisarts van cliënte de gesprekken laten meemaken. Enerzijds om cliënte vertrouwen te geven, anderzijds om feedback op mijn handelen mogelijk te maken.⁷

5. Plaats en duur van de sessies

Bij de cliënt kan een enorme behoefte aan structuur bestaan. Daarom is een steeds wisselende therapieplaats sterk te ontraden en verdient het aanbeveling zo veel mogelijk een vaste ruimte en vaste tijd af te spreken. Het gaat namelijk niet om 'social calls', maar om een specifieke 'werkrelatie'. Wel kan het goed zijn om als

tegenwicht van meer informele settings gebruik te maken.⁸ Omwille van de vertrouwdeheid van de situatie voor de cliënt kunnen psychotherapeutische gesprekken op diens kamer plaatsvinden. Bij gedragstherapeutische behandelingen waarbij een in-vivo-training nodig was, maakte ik - zeker aanvankelijk - zoveel mogelijk gebruik van dezelfde routes en situaties als de cliënt. Bijvoorbeeld bij het afleren van straatangst maakte ik gebruik van de woonwijk van een cliënte en de route die ze naar school moest afleggen. De therapieessies moeten zo gepland zijn, dat ze niet gekleurd worden door activiteiten na afloop van de therapie. Plan, bij

Een specifiek probleem bij de behandeling van verstandelijk gehandicapten is de soms ongebreidelde behoefte aan of juist extreme afweer van contact.

voorbeeld, een sessie niet vlak voordat een cliënt naar huis gaat of naar een club. Bij gesprekstherapieën is een vaste zitplaats voor zowel cliënt als therapeut belangrijk, met enige afstand tussen beiden; bijvoorbeeld de stoelen op een meter afstand of een tafel tussen beiden. In sommige gevallen kan, zeker in het begin van een therapie - wanneer het vis-à-vis-contact erg bedreigend is - een gesprek tijdens een wandeling of het bezig zijn met spel materiaal zinvol zijn.

De duur van een sessie moet aanmerkelijk korter zijn dan bij niet-verstandelijk gehandicapten: 20 à 30 minuten is vaak al lang te noemen. De therapeut dient zo nodig een eind aan een sessie te maken, ook als het voor cliënt lang niet altijd duidelijk is waarom hij dit doet. Dit niet alleen uit een soort zelfbescherming voor de therapeut, maar tevens om structuur aan de cliënt te geven. Vooral bij sterk claimende cliënten is dit noodzakelijk. Indien een cliënt regelmatig te laat komt, kijk ik in eerste instantie of het tijdstip van de sessies wel gelukkig gekozen is of dat er iets anders is dat niet met de structuur van zijn leefwereld overeenkomt. Lijkt het drempelvrees of zelfs vermijdingsgedrag te zijn, dan wordt dat bespreekbaar gemaakt. Overigens zal ik bij gesprekstherapieën met cliënten die dit kunnen begrijpen, het initiatief voor een volgende sessie altijd bij de cliënt laten, door hem te vragen of hij nu een nieuwe afspraak wil maken of dat hij mij te zijner tijd opbelt. Met name in de loop van de behandeling is het belangrijk dat de cliënt ervaart hoe lang en in welke mate hij zonder hulp verder kan.

6. Wijzen van communiceren

Bij verstandelijk gehandicapten, zeker bij de lagere niveaus, zijn het spreken en het taalbegrip (ernstig) beperkt, wat hoge eisen stelt aan het empathische inlevingsvermogen van de therapeut. Daarom moet de therapeut een zeer beperkte woordenschat gebruiken, die is afgestemd op het idioom van de cliënt. Dit betekent dat parafraseren zeer weinig of helemaal niet ge-

enzovoorts. Hem heb ik gedurende ongeveer tien maanden in het kader van een rouwverwerking in gesprekstherapie gehad. In de eerste sessies wist hij zich geen raad met periodes van zwijgen. Het maakt hem zeer onrustig. Dit is te voorkomen door hem te vertellen dat hij over alles wat hij wil mag praten, te zeggen dat je hem lief of aardig vindt of te benoemen wat je aan hem ziet zijn mogelijkheden. Terwijl het hem toch in hoge

mate de ruimte geeft om de inhoud en het tempo van het gesprek te bepalen.

Daarnaast zullen we ons steeds moeten realiseren dat gedrag dat inadequaat is voor niet-verstandelijk gehandicapten, zeer adequaat kan zijn voor

verstandelijk gehandicapte cliënten. Ernstig teruggetrokken gedrag van een kind kan evenzeer een uiting van ernstige problemen zijn als ernstig agressief gedrag.

We moeten ons realiseren dat juist bij verstandelijk gehandicapten de vooruitgang in de behandeling zeer langzaam kan gaan en dat het daarom noodzakelijk kan zijn om dit in geschreven verslagen te kunnen volgen.

hanteerd moet worden. De kans is anders groot dat de cliënt je niet begrijpt. Vragen zul je erg concreet moeten formuleren. Waarom-vragen zijn vaak niet te beantwoorden en werken dan belemmerend op het uiten van gevoelens en moeten dus zo min mogelijk gesteld worden. Verstandelijk gehandicapten moeten het gevoel krijgen, dat zij niet op alles een antwoord hoeven te hebben of dat er zo nodig gepraat moet worden. Non-verbale gedragingen en steminto-naties spelen een zeer belangrijke rol in het laten blijken van je empathie voor de cliënt. Bij ernstig contactgestoorde cliënten is pretherapie een uitstekende methodiek om het elementaire contact tot stand te brengen.⁹ Drama-, spel- en lichaamsgerichte therapieën kunnen zowel voor de diagnostiek als de behandeling een waardevolle aanvulling zijn op andere therapievormen. Ze dienen wel steeds in een totaal behandelplan ingebed te zijn en bijgevolg een totaaldoel te dienen. Dit betekent dat er één eindverantwoordelijke voor de behandeling moet zijn.

Zwijgen moet in een therapeutisch gesprek een functie hebben voor de verwerking van de cliënt. Het is dan een verantwoorde handelwijze, afgestemd op wat je empathisch aan de cliënt beleeft. Het is een non-verbale dialoog met de cliënt. Het 'methodische' zwijgen door de therapeut, omdat deze vindt dat alle initiatief van de cliënt moet uitgaan, zonder er rekening mee te houden of de cliënt dit wel aan kan, is het centraal stellen van de methode in plaats van de cliënt. In eerdere publicaties¹⁰ heb ik het voorbeeld gegeven van een jonge man van relatief laag niveau, die in een omgeving was opgegroeid, waarin hij vaak te horen kreeg wat er wel en niet moest gebeuren, wat wel en niet goed was,

7. Verslaglegging

Als laatste zou ik nog willen wijzen op een goede verslaglegging van de therapeutische gesprekken casu quo gedragsbehandelingen. Daarbij maak ik een onderscheid tussen een kort verslag na afloop van elke sessie en een overzichtsverslag over het verloop van de behandeling gedurende bijvoorbeeld een half jaar of jaar. Het eerste beschouw ik gewoonlijk als werkaantekeningen. Het tweede wordt in het dossier van de cliënt opgeborgen. Doorgaans is het bij gedragstherapeutische behandelingen vanzelfsprekend dat resultaten gescoord worden en van een toelichting worden voorzien. Met name bij gesprekstherapieën lijkt niet iedereen overtuigd van de noodzaak van sessieverslagen. We moeten ons echter realiseren dat juist bij verstandelijk gehandicapten de vooruitgang in de behandeling zeer langzaam kan gaan en dat het daarom noodzakelijk kan zijn om dit in geschreven verslagen te kunnen volgen. Bovendien zie je op de lange duur toch vaak een bepaald patroon ontstaan *hoe* het therapieproces verloopt en is het ook een vorm van zelfreflectie doordat je kunt nagaan welke wijzen van interveniëren voor een cliënt het meest zinvol zijn. Daarnaast denk ik dat bij sommige cliënten het steeds maar weer accepteren luisteren een vorm van desensibiliseren is om met problemen waar men eigenlijk mee zit, voor de dag te durven komen. Al weet ik ook dat anderen juist een meer gerichte interventie nodig hebben om tot spreken en beleven te komen. Hoe het

ook zij, een dergelijke beslissing is soms alleen te nemen als de therapeut de cliënt langer kent.

Slot

Het vorenstaande wekt misschien de indruk dat voor mij psychotherapie bij verstandelijk gehandicapten hoofdzakelijk uit gesprekstherapie bestaat. Dit is zeker niet het geval. Geen enkele therapievorm is een panacee voor alle problemen voor alle cliënten. De vragen en mogelijkheden van cliënten dienen uitgangspunt te zijn voor de wijzen waarop zij geholpen dienen te worden. Alleen dit is klantvriendelijk en klantgericht werken.

Noten

- 1 De tekst in deze bijdrage is gebaseerd op hoofdstuk 3 uit mijn boek *Kun je mij begrijpen? Omgaan met verstandelijk gehandicapten in psychotherapie*. Leuven/Leusden: Acco, 2002

Zie bijvoorbeeld: Došen A (1990) *Psychische en gedragsstoornissen bij zwakzinnigen*. Meppel: Boom; Došen A (1999) *Psychische en gedragsstoornissen bij mensen met verstandelijke handicap. Nieuwe ontwikkelingen binnen psychiatrisch onderzoek, diagnostiek en behandeling*. Nijmegen: Post-academisch Onderwijs Geneeskunde, Katholieke Universiteit; Hennicke K ea (1993) *Psychotherapie und geistige Behinderung*. Dortmund: Verlag Modernes Lernen; Waitman A ea (1992). *Psychotherapy and mental handicap*. London: Sage; Windemuller S ea (1998) *Psychotherapie bij licht-verstandelijk gehandicapte kinderen en jongeren*. Assen: Van Gorcum
- 2 Hellendoorn J (1997) Betrokkenheid van ouders in kinderpsychotherapie. *Nederlands tijdschrift voor opvoeding, vorming en onderwijs* 1: 53-62
- 3 Dat wil zeggen: 'de behandelvorm, waarbij iemand na een training door een deskundige, het probleemgedrag van een ander of anderen probeert te beïnvloeden'. Zie Klijn WJ (1978) Mediatie therapie. *Tijdschrift voor orthopedagogiek* 17: 71-83
- 4 Peters H (1998) Verslag van het congres 'Schouders onder de ouders. Hulpverlening aan ouders nader bekeken'. *Tijdschrift cliëntgerichte psychotherapie* 36: 211-216
- 5 Peters H (1986) Client-centered benaderingswijzen in de zwakzinnigenzorg. In R van Balen ea (red) *Droom en werkelijkheid in client-centered therapie*. Leuven/Amersfoort: Acco; Peters H (1992). *Psychotherapie bij geestelijk gehandicapten*. Lisse: Swets & Zeitlinger; Peters H (1995) Enkele vormen van psychotherapie bij geestelijk gehandicapte mensen. In H Kars (red) *Ernstig probleemgedrag bij zwakzinnige mensen. Een systematische benadering van ernstig probleemgedrag in de zwakzinnigenzorg* (p 168-188). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum; Peters H (2002) *Kun je mij begrijpen? Omgaan met verstandelijk gehandicapten in psychotherapie*. Leuven/Leusden: Acco
- 6 Lietaer G (1980) Onvoorwaardelijke aanvaarding: een omstreden grondhouding in client-centered therapie. In JR Nuttin *Gedrag, dynamische relatie en betekeniswereld. Liber amicorum prof. dr. J.R. Nuttin* (p 145-160). Leuven: Universitaire Pers
- 7 Zie Peters (2002), noot 5
- 8 Zie Caine A & Hatton C (1999) Working with people with mental health problems. In E Emerson ea (eds) *Clinical psychology and people with intellectual disabilities* (p 210-231). Chichester/New York: John Wiley
- 9 Zie Peters H (1992), noot 5 en Peters H (2003) Is psychotherapie mogelijk bij ernstig contactgestoorde cliënten? *PsychoPraxis* 5: 228-231
- 10 Zie noot 5



forum

In het vorige nummer van *PsychoPraxis* besprak Bauke Koekkoek een model dat de interactie tussen BPS-cliënten en verpleegkundigen beschrijft. Hier volgt een reactie van Ad Kaasenbrood en krijgt Bauke het laatste woord.

Tussen afwijzing en houdgreep: over het verplegen van border- line- cliënten op een gesloten opnameafdeling

Een reactie en het laatste woord

Een breder teamperspectief nodig

In zijn betoog over de begeleiding van patiënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis (BPS) op een opnameafdeling analyseert Koekkoek de structuur van de communicatie tussen verpleegkundige en patiënt en komt tot een aanbeveling over hoe deze het meest gepast is in te richten. Hij wijst daarbij met name op het belang van een adequaat evenwicht in het streven naar autonomie en het bieden van houvast of holding. Strategisch manoeuvreren in die communicatie voorkomt – aldus Koekkoek – dat de interactie leidt tot afwijzing of houdgreep, de twee te vermijden overtreffende trappen van autonomie bevorderen en houvast bieden. De aanbevelingen zullen, mits goed uitgevoerd (en dat zal op zich al niet meevallen), zeker leiden tot verlichting van het probleem dat BPS-patiënten voor zichzelf en anderen opleveren op een opnameafdeling.

Dr. A. Kaasenbrood is psychiater en A-opleider bij de Gelderse Roos, Wolfheze 2, 6874 BE Wolfheze.

B. Koekkoek is sociaal-psychiatrisch verpleegkundige en verpleegkundig specialist i.o en werkzaam bij het RPC Zeist, Altrecht (b.koekkoek@altrecht.nl).

Toch meen ik dat Koekkoek zijn perspectief te smal kiest. Hij gaat er naar mijn idee iets teveel van uit dat deze communicatie tussen de verpleegkundige en de patiënt in het luchtledige plaatsvindt. De dagelijkse praktijk is anders.

Het verlenen van patiëntenzorg op een opnameafdeling is teamwerk en dus is er voor het uitvoeren van een consistente begeleiding van patiënten onderlinge afstemming nodig. Als die afstemming rond de zorg voor een patiënt met een ernstige BPS uitblijft, blijkt telkens weer hoe verschillend teamleden denken over zoiets schijnbaar eenduidigs als het evenwicht tussen autonomie en houvast bieden en hoe hoog discussies hierover in een concrete situatie die om een oplossing vraagt kunnen oplopen. Overigens zijn er tal van onderwerpen waarover in een behandelteam impliciete verschillen van mening kunnen bestaan en dus tal van aanleidingen voor verhitte debatten of zelfs conflicten in een team. Laat ik er drie noemen.

In de eerste plaats zijn er in ieder team dus verschillen van mening over waar het streven naar autonomie begint en waar de holding eindigt. Deze meningsverschillen zijn in de meeste gevallen overbrugbaar omdat de gemiddelde psychiatrische patiënt hier 'niet veel

druk op zet'. De BPS-patiënt is echter – getuige ook Koekkoeks beschrijving – veel met dit evenwicht in de weer en zet daarmee de discussie hierover in het team op scherp. Wat in de dagelijkse begeleiding voor verpleegkundige A bij patiënt X een redelijk evenwichtspunt is, is dat voor verpleegkundige B bij X niet. Dat kan leiden tot hoog oplopende discussies tot aan conflicten in het team toe, bijvoorbeeld over de vraag of een patiënt die zich bij herhaling suïcidaal uit, de afdeling mag verlaten. Overigens is de persoonlijke opvatting over dit evenwichtspunt redelijk onafhankelijk van de disciplines: artsen zowel als verpleegkundigen kunnen toegeeflijk dan wel inperkend zijn.

Dan de tweede kloof. Patiënten met een BPS hebben, zoals ieder van ons, persoonlijke voorkeuren en antipathieën. In tegenstelling echter tot de meeste mensen leven ze dit openlijk en vaak in extreme mate

uit. Dat doen ze door bij verpleegkundige A gemakkelijker tot overeenstemming te komen, over bijvoorbeeld wat geoorloofd is en wat niet, dan met verpleegkundige B. In kenmerkende gevallen belijdt de patiënt dan als 'toetje' een openlijke voorkeur voor verpleegkundige A boven B; ook op persoonskenmerken. Verpleegkundige B voelt zich daardoor minder competent en minder aardig, gaat soms bij zichzelf te rade en daarna ook bij A om na te gaan hoe ook hij in de ogen van de patiënt succesrijk kan zijn. In een minder vriendelijk scenario leidt dit tot bittere verwijten van B aan het adres van A, bijvoorbeeld over diens te grote meegaandheid en behoefte aan bevestiging. Ook hier dreigt dus weer een hoog oplopende discussie, ditmaal over de vraag: waarom jij wel en ik niet?

De derde kloof loopt tussen de disciplines door. Een verpleegkundige maakt deel uit van een team waarin – naast collega verpleegkundigen – ook psychiaters, artsen, psychologen, maatschappelijk werkers, vaktherapeuten enzovoort zijn vertegenwoordigd. De positie van de verpleegkundige in het team is echter een heel andere dan van die andere disciplines. Verpleegkundigen 'staan de hele dag met hun voeten in het water'. Ze dragen mede verantwoordelijkheid voor de uitvoering van de behandeling, ze begeleiden de patiënt in de dagelijkse functies (zelfzorg, schoonhouden kamer enzovoort), spreken patiënten aan op eventueel grensoverschrijdend, gevaarlijk of overlast opleverend gedrag enzovoort. Kortom: verpleegkundigen gaan over de dagelijkse gang

van zaken en interageren de hele dag met patiënten die complexe boodschappen uitzenden. Dat doen ze bij voorkeur op voet van onderhandeling, wat een zekere mate van gelijkheid in communicatie impliceert.

Uit onderzoek¹ blijkt die taakstelling ertoe te leiden, dat verpleegkundigen gedrag van patiënten – mede door die onderhandelingsbasis en de daarmee verbonden basis van gelijkheid – anders interpreteren dan bijvoorbeeld een afdelingspsychiater of een psycholoog. Met name zijn ze eerder geneigd om gedrag van patiënten te interpreteren als doelgericht en overwogen, en dus om deze patiënten voor de gevolgen verantwoordelijk te houden. Psychiaters en psychologen relateren gedrag

Psychiaters en psychologen relateren gedrag eerder aan ziekte en houden patiënten dus minder snel verantwoordelijk voor hun acties.

eerder aan ziekte en houden patiënten dus minder snel verantwoordelijk voor hun acties. Ook dit hoeft op zich niet zo'n groot probleem te zijn, zij het dat ook hier deze patiëntengroep de discussie die hieruit voortkomt gelijk op de rand van de tafel plaatst. Wat te denken bijvoorbeeld van de patiënt die met zijn of haar automutilatie het behandelmilieu van de afdeling dreigt te ontwrichten.²

Er zijn meer kloven in teams te bedenken, die bij patiënten met een BPS de neiging vertonen om onoverbrugbaar te worden. Al die kloven hebben echter met elkaar gemeen dat ze eerst gedempt waren, maar dat patiënten ze met hun gedrag weer openleggen. Let wel: ik beweer hier dus niet dat patiënten met een BPS schuld hebben aan de bovengenoemde discussies en soms ook conflicten in de staf van een opnameafdeling, maar wel dat ze oneraardse breukvlakken aan het daglicht blootstellen. Splitting heeft pas kans van slagen als er wat te splitten valt en daar zijn altijd twee partijen oorzakelijk bij betrokken.³

Mijn aanvulling op de aanbeveling van Koekkoek zou dan ook zijn om niet alleen te investeren in vaardigheden van verpleegkundigen maar ook in cohesie van de teams waar ze in opereren. Dat kan in de vorm van intervisie of werkafspraken en afhankelijk van de populatie op een opnameafdeling moet dat intensiever of minder intensief.⁴ En wanneer het gedrag van de patiënt bij familie, buurt en politie veel onrust en verontwaardiging heeft gewekt, kan het verstandig zijn om

het perspectief nog verder te verbreden. Het is met name van belang om die intervisie of werkbepreking te gebruiken om verschillen van inzicht op voorhand op te sporen en te komen tot een gemeenschappelijk standpunt in de vorm van werkafspraken of uit de hand gelopen discussies tot verschillen van mening terug te brengen en ook daar tot overeenstemming te komen. Dit is, zeker in teams met beperkte interne samenhang, niet simpel maar wel noodzakelijk om 'herrie in de hut' en de gevolgen daarvan voor hulpverleners, familie en buurt – en indirect dus ook voor de patiënt – te voorkomen.

Ad Kaasenbrood

Noten

- 1 Fongler C & T Fongler (1980) *Alltag in der Anstalt. Wenn Sozialpsychiatrie praktisch wird. Eine ethnomethodologische Untersuchung*. Rehbürg-Loecum: Psychiatrie-Verlag
- 2 Lelliot P & A Quirk (2004) What is life like on acute psychiatric wards? *Current opinion in psychiatry* 17: 297-301
- 3 Gabbard GO (1989) Splitting in the hospital treatment. *American journal of psychiatry* 46: 444-451
- 4 Kaasenbrood A ea (2002) Ervaringen van behandelaars met patiënten die lijden aan een ernstige borderline persoonlijkheidsstoornis. *PsychoPraxis* 4:184-190

Verpleegkundigen zijn tot een validerende houding best in staat

Ad Kaasenbrood maakt in zijn reactie terecht onderscheid tussen verpleegkundigen en behandelaars. Psychiatrisch verpleegkundigen bevinden zich verschillende keren per week acht uur per dag dicht bij de cliënt, klinische en ambulante behandelaars zien de cliënt hooguit één of twee uur per week. Vervolgens echter maakt Kaasenbrood een denkfout door te stellen dat verpleegkundigen door deze nabijheid niet meer met voldoende distantie zouden kunnen reageren. Een argwanend lezer zou hier zelfs kunnen denken dat hij niet wil dat verpleegkundigen op een andere manier over interactie met borderline-clienten nadenken. Terwijl dat nu juist zo nodig is: een zekere afstandelijke blik vergroot de kans op een geslaagde begeleiding/behandeling.¹ Verpleegkundigen blijken helaas snel geneigd het als lastig ervaren gedrag toe te schrijven aan de kwaadwillendheid van de cliënt.² in plaats van aan diens leed of stoornis. Juist daarom is een verklarend model en een validerende houding nodig. Verpleegkundigen zijn tot dat laatste best in staat maar dan moet kennis hen wel bereiken: hopelijk draagt dit stuk daar iets aan bij.

Bauke Koekkoek

Noten

- 1 Hinshelwood R.D. (1999) The difficult patient. The role of 'scientific psychiatry' in understanding patients with chronic schizophrenia or severe personality disorder. *British journal of psychiatry* 174: 187-190
- 2 Markham D & Trower P (2003) The effects of the psychiatric label 'borderline personality disorder' on nursing staff's perceptions and causal attributions for challenging behaviours. *British journal of clinical psychology* 42(Pt 3): 243-256

In het vorige nummer van *PsychoPraxis* uitte Giel Hutschemaekers zijn twijfels bij een *Nationaal Actieplan Suïcidepreventie* dat Age Niels Holstein en Hans van de Ven eerder (*PsychoPraxis* 2004, p. 42-46) bepleitten. Deze beide auteurs geven we hier gelegenheid tot een weerwoord.

Hoe is suïcide te voorkomen?

Het laatste woord

Bezin en begin!

PsychoPraxis heeft in een eerder nummer het Kaderdocument voor een Nationaal Actieplan Suïcidepreventie gepubliceerd. Giel Hutschemaekers, directeur van het Gelderse Roos Instituut voor Professionalisering en bijzonder hoogleraar professionalisering van GGZ aan de Radboud Universiteit Nijmegen, reageert. Zijn commentaar richt zich op drie punten: het plan is vaag, er zijn al veel preventieprogramma's zonder onderlinge afstemming en er is een gevaar dat de negatieve onvoorziene effecten van het preventieprogramma in de praktijk groter kunnen zijn dan de positieve. Als auteurs van het Kaderdocument maken wij de volgende opmerkingen.

Ten eerste is het belangrijk om vast te stellen dat wat wij geproduceerd hebben slechts een kader schetst voor een suïcidepreventieprogramma. Er is nog geen operationeel actieplan. Het kaderdocument is onder andere het resultaat van uitvoerige gesprekken die we in een initiatiefgroep hebben gevoerd met wetenschappers, hulpverleners, beleidsmedewerkers en nabestaanden. Ons doel is de overheid ervan te overtuigen dat een suïcidepreventiebeleid niet exclusief een taak moet zijn van de GGZ - zoals nu het geval is - maar een breder draagvlak moet hebben. Uit reacties op ons initiatief blijkt dat hiervoor inmiddels veel steun bestaat in de gezondheidszorg en ook breder in de maatschappij, gezien ook het grote aantal publieke en persoonlijke reacties die wij hebben ontvangen. Wij vinden dat de overheid een organisatie in het leven moet roepen met vertegenwoordiging van alle betrokkenen, om een gedetailleerd, praktisch en haalbaar preventieplan uit te werken. Hutschemaekers' kritiek dat het plan vaag is lijkt misplaatst. Zijn roep om meer specifieke acties klinkt in ieder geval te vroeg. Hij lijkt ons nu al af te rekenen op de resultaten van een plan dat er nog helemaal niet is. Wij hebben opgeroepen tot een plan en schetsen alvast

een kader! Kern van het actieplan moet nu juist zijn dat die acties ondernomen worden, die draagvlak hebben. Nog belangrijker misschien: acties die meetbare positieve effecten hebben. Het gaat er ons natuurlijk niet om het zoveelste preventieprogramma in de steigers te zetten om de nu al vermoeide burgers op te zadelen met een nieuwe burgerplicht.

Hutschemaekers maakt zich zorgen over de mogelijke ongewenste bij-effecten van het preventieprogramma zelf. Hij geeft een aantal voorbeelden uit de praktijk van het preventiebeleid voor Aids en baarmoederhalskanker. Zijn kritiek zou krachtiger geweest zijn, als hij zich had uitgesproken over de maatregelen die het Kaderdocument zelf voorstelt. Of een vergelijkbaar effect bij suïcidepreventie optreedt als bij Aids-preventiebeleid is maar zeer de vraag. Hier zou Hutschemaekers uit de sfeer van algemeenheden moeten treden!

Op voorhand kunnen wij negatieve effecten van een preventiestrategie niet uitsluiten. Wij zijn ons hiervan bewust. Onze aanpak kenmerkt zich dan ook door een uitvoerige consultatie, actieve steun en, hopelijk, deelname van betrokken instanties en organisaties. In deze werkwijze is bezonnenheid als het ware ingebouwd. Maar aan de andere kant denken wij toch ook dat niet ontkend kan worden, dat van een aantal simpele stappen goede resultaten te verwachten zijn. Een voorbeeld: Diverse psychiatrische ziekenhuizen zijn neergezet buiten de grote steden. In sommige gevallen goed bereik-

H. van de Ven is reader in Modern Chinese History bij de Universiteit van Cambridge in Engeland en Fellow van St Catharine's College, Cambridge. Faculty of Oriental Studies, Sidgwick Ave, Cambridge CB3 9DA, Engeland en voorzitter Ivonne van de Ven Stichting (jv10@cus.cam.ac.uk); A.N. Holstein, Projectleider Stedelijke Vernieuwing, Gemeente Amsterdam, Stadsdeel Geuzenveld-Slotermeer en secretaris Ivonne van de Ven Stichting, Postbus 67018, 1060 JA Amsterdam (a.n.holstein@wanadoo.nl).

baar per openbaar vervoer, maar als gevolg ook letterlijk aan het spoor. Dat heeft geleid tot een aantal suicide-‘hotspots’ op het spoor. Gebleken is dat er een verhoogd risico is dat suïcidale patiënten bij het op verlof gaan of bij de terugkeer daarvan een einde aan hun leven maken op de rails. De beveiliging van de spoorwegen gecombineerd met een actieve zorg dat patiënten veilig de overgang tussen verlof en inrichting maken, hoeft niet al te ingewikkeld te zijn. Een ander voorbeeld: Een belangrijk aantal suïcides vindt plaats in de

kern van onze aanpak is dat suïcidepreventie, net als de zorg voor verkeersveiligheid of brandveiligheid, een taak is waaraan vele instanties en groepen kunnen bijdragen - natuurlijk ieder op passende wijze (en niet op elk moment van de dag, wat Hutschemaekers op karikaturale wijze lijkt te suggereren). Dit is belangrijk omdat juist in Nederland de overtuiging heerst dat suïcide een vrije keuze is, en niet de wanhoopsdaad die het in werkelijkheid meestal is. Natuurlijk moet vermeden worden dat het plan niet veel meer voorstelt dan een

Een kern van onze aanpak is dat suïcidepreventie een taak is waaraan vele instanties en groepen kunnen bijdragen - natuurlijk ieder op passende wijze (en niet op elk moment van de dag, wat Hutschemaekers op karikaturale wijze lijkt te suggereren).

aantal protocollen, een reeks vergaderingen en bijeenkomsten, en fraai klinkende richtlijnen. Daarom is ook ons voorstel om de belangrijkste partners bij het opstellen van het plan te betrekken. Het enthousiasme waarmee een aantal GGD's inmiddels een regionale aanpak probeert vorm

eerste twee weken na het ontslag uit een psychiatrisch ziekenhuis. Betere begeleiding, een betere samenwerking tussen de professionele hulpverleners en familie en vrienden van suïcidale personen, zullen die moeilijke terugkeer makkelijker maken.

Na uitvoerige analyse en evaluatie is in Finland, de Verenigde Staten, en in andere landen aangetoond, dat suïcidepreventieplannen effectief zijn. Diverse preventie-activiteiten zijn in voldoende mate sensitief en specifiek. Het is niet juist de resultaten van deze effectonderzoeken te negeren.

Zoals professor Hutschemaekers schrijft: er is geen gebrek aan actieplannen en protocollen. Daartegenover staat dat suïcide een ernstig probleem is, met een hoger aantal dodelijke slachtoffers dan in het verkeer. Een

te geven (onder andere Rotterdam, Den Haag, en Amsterdam) is bemoedigend en geeft aan dat we op de goede weg zijn.

Het kaderdocument is een oproep tot reflectie over de huidige praktijk van preventieve acties op het gebied van suïcidaliteit in Nederland. Maar het is ook een oproep voor een nieuw begin op basis van wat we de laatste twintig jaar hebben geleerd. Met het oog op de ernst en omvang van suïcide als maatschappelijk probleem - waarbij ook nog het afgelopen jaar een aanzienlijk stijging in de suïdecijfers laat zien - blijven wij ervan overtuigd dat de kanttekeningen van Hutschemaekers er niet toe moeten leiden, dat wij op onze handen blijven zitten en dan maar niets ondernemen.

Hans van de Ven en Age Niels Holstein



herontdekt

Een pleidooi voor ambulante dwangbehandeling

B. de Turck & A. van den Berg (1994)

Maandblad geestelijke volksgezondheid 49: 1067-1083

Ambulante dwangbehandeling: tussen droom en daad

Adger Hondius

Sinds 1 januari 2004 is de Voorwaardelijke Machtiging van kracht. Deze is verwoord in artikel 14 van de wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen (wet BOPZ, 1994). De Machtiging is bedoeld om het gevaar voortkomend uit een geestesstoornis af te wenden zonder dat daar een (gedwongen) opname in een psychiatrisch ziekenhuis voor nodig is. Hiermee zou de mogelijkheid van een ambulante dwangbehandeling wettelijk een feit zijn, maar is dat ook zo? Gaat het hier om een compleet nieuwe gedachte of om oude wijn in nieuwe zakken? En tenslotte: betreft het 'slechts' wensen van behandelaars en familieorganisaties of is het een substantiële verandering?

Om met de tweede vraag te beginnen, is de gedachte van het ambulante dwang behandelen inmiddels alweer tweederde eeuw oud. Sinds Querido er in 1939 al openlijk van 'droomde'¹, is de gedachte daarna door verschillende auteurs verwoord. In 1989 berichtte Legemaate nog over de opkomst van de ambulante dwangbehandeling.² In 1994 schreven De Turck en Van den Berg (destijds respectievelijk directeur van en psychiater/opleider Sociale Psychiatrie bij de toenmalige Riagg Arnhem) er een fel stuk over in het *Maandblad geestelijke volksgezondheid* met als titel 'Een pleidooi voor ambulante dwangbehandeling'. In zekere zin 'oude wijn in nieuwe zakken' dus, maar wellicht heeft hun pleidooi de wetgever op het spoor gezet om tien jaar later een daad te stellen? Aanleiding om hun bijdrage uit 1994 hier als 'herontdekt' in de schijnwerper te zetten.

Het artikel

Startpunt voor De Turck en Van den Berg is de opvatting, dat ambulante dwangbehandeling niet is toege-

staan, tenzij die plaatsvindt in het wettelijk kader van een proefverlof gedurende de looptijd van een Rechterlijke Machtiging (RM). Zij ervaren dat als een tekortkoming in de Wet BOPZ en pleiten voor een aparte regeling, een RM dus voor ambulante dwangbehandeling. De legitimiteit van hun voorstel onderbouwen ze met buitenlandse ervaringen, voornamelijk uit de Verenigde Staten. Die tonen aan dat ambulante dwangbehandeling voor *bepaalde* chronische patiënten een zinvol alternatief biedt voor dwangopname. Uit die ervaringen blijkt het een regeling te zijn die voor alle partijen winst oplevert. De patiënt wordt er niet alleen zelf beter van, maar ook voor familieleden en psychiatrische ziekenhuizen valt er wat te halen.

Voorwaarde is wel dat er voor de patiënt – in de vorm van zelfbinding – wat te kiezen blijft. Daardoor is er differentiatie in de zorg mogelijk. Daarnaast is een nette juridische toetsing noodzakelijk om misbruik of ontoelaatbare beïnvloeding van de patiënt te voorkomen. De auteurs bespreken argumenten voor een ambulante dwangbehandeling en onderzoeken de mogelijkheden om aan ethische bezwaren tegemoet te komen. In de volgende samenvatting licht ik de kernpunten toe.

Waarom een ambulante dwangbehandeling?

Dwangbehandeling heeft in Nederland om een of andere reden een slechte naam. Nu beweren de auteurs niet klakkeloos hiervan voorstander te zijn, maar ze wijzen er wel op dat dwangopname voor bepaalde pati-

Adger Hondius is psychiater en geneesheer-directeur van Spatie, Centrum Geestelijke Gezondheid te Apeldoorn. Hij werkt in de sociale psychiatrie en is plaatsvervangend A-opleider. Adres: Spatie, postbus 928, 7301 BD Apeldoorn (a.hondius@spatie.nl).

ënten(groepen) ingrijpend, traumatiserend en stigmatiserend is. Bovendien heeft de opname in een psychiatrisch ziekenhuis op zich geen therapeutische waarde. Familieleden moeten vaak lijdzaam en machteloos toezien hoe hulpweigerende patiënten in een deplorabele toestand leven en overlast bezorgen. Want ook dat lost een dwangopname niet op: hulpverleners op opnameafdelingen van psychiatrische ziekenhuizen hebben immers bij dwangopname beperkte mogelijkheden tot toepassing van dwangbehandeling. Afgezien van het feit dat zo'n dwangopname in schrijnende gevallen dus vaak voor de patiënt en de familie niets oplost, gaat de aanwezigheid van een ernstig zieke en behandeling weigerende patiënt bovendien ten koste van de bescherming en veiligheid van medepatiënten op de afdeling.

De auteurs vinden ambulante dwangbehandeling voor een beperkte groep patiënten dus minder ingrijpend dan een dwangopname. Dat is op zich geen wereldschokkend nieuws, temeer daar dwangopname alléén natuurlijk een weinig specifiek middel is. Enige maatvoering – zorg aangepast aan de specifieke kenmerken van de patiënt – is hier immers zoek. Daarnaast is het toedienen van psychofarmaca – in concreto gaat het dan natuurlijk om antipsychotica – één van de weinige (effectieve) therapeutische interventies die niet persé motivatie en medewerking van de patiënt vragen.

De auteurs onderbouwen hun argumentatie met literatuur uit onder andere de VS, Australië, Italië en Wales, waar dwangopname en dwangbehandeling niet aan elkaar zijn gekoppeld. De 'involuntary outpatient commitment' (ambulante dwang) blijkt een geschikt behandelmiddel te zijn voor de chronische draaideurpatiënt. Het gaat om mensen die willen leven in de samenleving, de voorwaarden voor ambulante dwangbehandeling

de VS blijkt, dat bij bepaalde groepen patiënten na toepassing van ambulante dwangbehandeling 'het aantal heropnamen en opnamedagen afneemt, de therapietrouw toeneemt en de maatschappelijke participatie groter wordt'.

Als laatste praktisch of empirisch punt voegen ze hier nog aan toe, dat als ambulante dwang niet wettelijk is geregeld, er een grijs circuit dreigt te ontstaan van *extreme ambulante drang*. Daarin zullen hulpverleners grijpen naar middelen als 'list en bedrog' (zoals medicatie in de koffie of verkocht als middel om 'iets beter tegen de dagelijkse problemen opgewassen te zijn') en 'morele of platte chantage' ('doet u het nu voor mij!'; 'als u niet slikt, dan volgt opname') om hun patiënt aan de pillen te krijgen. Dit overigens met alle gevolgen van dien voor de kwaliteit van de behandelrelatie op de wat langere termijn. Ofschoon dit een speculatief argument is, zullen hulpverleners steeds zoeken naar wegen om de toestand van hun patiënten te verbeteren en dus ook naar wegen om onder de wettelijke beperkingen uit te kruipen.

Ethische discussie

Naast deze voornamelijk praktische en empirisch te funderen kwesties, vragen de auteurs zich af waarom in de wet BOPZ de onaantastbaarheid van het lichaam (integriteit) voorrang heeft gekregen boven vrijheidsbeneming. Zij delen die opvatting overduidelijk niet. Medisch paternalisme heeft in de ogen van de auteurs plaatsgemaakt voor juridisch paternalisme. Het als paternalisten verгуizen van hulpverleners die handelden vanuit bestwil leidt – aldus de auteurs – tot oeverloze debatten. 'Zijn de verdedigers van het zelfbeschikkingsrecht niet zelf paternalistisch en gaan zij niet voorbij aan het vermogen van psychotische patiënten om auto-

noom te functioneren?' Ofwel: is de keuze vóór de een en tegen de ander niet per definitie een arbitraire kwestie?

Als tweede ethische kwestie twifelen De Turck en Van den Berg eraan of medicatie weigerende patiënten steeds in staat zijn om hun

vrije wil ten aanzien van behandeling te bepalen. Zo blijkt uit onderzoek dat het weigeren van medicatie niet zelden voortkomt uit 'boosheid, grilligheid, psychotische gedachtegangen en andere voorbijaande facto-

Uit wetenschappelijk onderzoek in de VS blijkt, dat bij bepaalde groepen patiënten na toepassing van ambulante dwangbehandeling 'het aantal heropnamen en opnamedagen afneemt, de therapietrouw toeneemt en de maatschappelijke participatie groter wordt'.

kunnen begrijpen en zich daarin willen schikken, en die niet direct een gevaar vormen. Daarnaast moet in eerdere behandelingen van de betreffende patiënt effectiviteit zijn bewezen. Uit wetenschappelijk onderzoek in

ren'. De auteurs vinden dat het principieel niet uitmaakt of een behandelaar beslist dat iemand hulp nodig heeft of dat een rechter beslist om die hulp te onthouden. 'Beiden beslissen over de patiënt en de discussie heeft alleen opgehelderd wie beslist over dwang.' Voorts ondersteunen zij de stelling, dat het bestwil- en het gevaars criterium zich op een continuüm bevinden en dwangopname ook uit bestwil gebeurt, zeker ingeval van suïcidaliteit. De grens is alleen verlegd.

De auteurs pleiten voor een zorgvuldige afwikkeling van ambulante dwangbehandeling met implementatie van een stappenplan. De eerste stap is dan een inventarisatie van wat voor een patiënt de minst ingrijpende maatregel is met kans op succes (dwangopname of dwangmedicatie). Dat moet dan wel gebeuren op een tijdstip dat de patiënt zo goed mogelijk in staat is om zijn situatie te overzien. Bij voorkeur leggen hulpverlener en patiënt dit vast in een zelfbindingscontract. Een logische vervolgstap is dan – bij noodzaak van dwang – dat de hulpverlener eventueel in samenspraak met anderen (bijvoorbeeld familie) eerst de wils(on)bekwaamheid ten aanzien van de behandeling beoordeelt. Is daar volgens de hulpverlener sprake van en heeft de rechter dat oordeel getoetst (stap drie), dan wordt besloten tot uitvoering van de bepalingen in het zelfbindingscontract (stap vier).

Bedenkingen

Het artikel van De Turck en Van den Berg is geschreven in het jaar dat de wet BOPZ in werking trad. De kern van de twintigjarige discussie voorafgaand aan de BOPZ is terug te vinden in de passages van het artikel over 'zelfbeschikking versus paternalisme' en de vraag naar de 'hiërarchie van ergheid': vrijheidsbeneming of schending van de integriteit van het lichaam? Deze kern is nog steeds actueel.

Het lijkt mij een tijdgebonden en culturele discussie, waarbij centraal staat dat toepassen van dwang altijd politiek bepaald is en geen medische of juridische beslissing is. Voor de uitwerking van die politieke beslissing hebben de medici en juristen elkaar hard nodig; wie van hen het primaat heeft, hangt af van het culturele klimaat in een bepaalde tijdsperiode. Het lijkt erop dat anno 1994 en de afgelopen tien jaar dit de juristen zijn geweest. Dat heeft naar mijn mening geleid tot een

benauwende juridisering en bureaucratisering van de zorg. Echter, recente maatschappelijke ontwikkelingen – zoals ondermeer blijkt uit discussies in de Tweede Kamer van de Staten Generaal – wijzen erop dat in deze discussie het juridische primaat wat getemperd is en de weg van behandeling – ook voor sommigen van hen die dat niet willen – langzamerhand weer meer open komt te staan. Dwang mag ieder jaar een beetje meer.

Het artikel is tien jaar later in mijn ogen nog steeds actueel, al is er wel het een en ander veranderd. Wat de auteurs *avant la lettre* beschrijven heeft in de afgelopen tien jaar een naam gekregen: 'een paraplumachtiging', een voorwaardelijke machtiging en een zelfbindingsmachtiging. Daarnaast hebben zij deels gelijk gekregen in hun kritiek op de situatie dat een eenmaal onder dwang opgenomen patiënt niet onder dwang behandeld kan worden, tenzij hij/zij *ernstig gevaar* oplevert voor

Voor de uitwerking van die politieke beslissing hebben de medici en juristen elkaar hard nodig; wie van hen het primaat heeft, hangt af van het culturele klimaat in een bepaalde tijdsperiode.

zichzelf of anderen. Doordat de wetgever het woordje 'ernstig' heeft geschrapt in art. 38 lid 5 van de BOPZ is het mogelijk om die dwangbehandeling eerder toe te passen (per 1 januari 2004). De voorwaardelijke machtiging (VM) is inmiddels van kracht, de 'paraplumachtiging' niet helemaal opgeheven en de zelfbindingsmachtiging voorlopig uitgesteld omdat deze te complex is en op breed verzet stuit.

Hebben de auteurs nu bereikt wat zij willen? Aan het toepassen van de VM is immers een aantal voorwaarden verbonden die het gebruik ervan in de dagelijkse praktijk beperken. Het gevolg van die beperkingen is dat een belangrijke groep patiënten er niet van kan profiteren. Zo zal een patiënt expliciet akkoord moeten gaan met een behandelplan en met de voorwaarden nodig om niet te worden opgenomen. Patiënten zonder ziekte-inzicht zullen al niet akkoord gaan met de diagnose zoals die in het behandelplan is vermeld, laat staan dat ze zich schikken in de vervolgbeoordelingen over gedwongen ingrijpen als het misgaat. En onder die patiënten zijn leden van de doelgroep voor de VM nu juist extreem oververtegenwoordigd. Voor hen vervalt de VM dus in feite tot een paraplumachtiging en dat was

nu juist voor deze groep zwaar onvoldoende. De auteurs wilden iets extra's, maar kregen in feite hetzelfde. Een tweede punt is dat in de huidige wet alléén dwangbehandeling kan plaatsvinden om gevaar voortkomend uit een geestesstoornis af te wenden. Echter, wanneer gevaar moet worden afgewend bij iemand die een VM heeft, moet hij of zij volgens de wet gedwongen worden opgenomen. Bij opname wordt automatisch de VM omgezet in een gewone RM. Kortom, ambulante dwangbehandeling kan wettelijk (nog) niet.

Het laatste woord is nog lang niet gezegd over het invoeren van het begrip wilsonbekwaamheid, als het gaat om dwangopname en dwangbehandeling. In een recent artikel schetst Van Veldhuizen hoe met een nieuwe 'bijzondere behandelwet' de auteurs wel tevreden zijn te stellen.³ Ik vind het overigens van groot belang dat een rechter blijft toetsen. Niet alleen vanwege de maatschappelijke toets, maar ook omdat het onderscheid tussen een rechter en een behandelaar principieel verschil uitmaakt: een behandelaar is niet onafhankelijk. Voor de rechtsbescherming is de toets van de rechter essentieel.

Conclusie

Het artikel van De Turck en Van den Berg was misschien wel oude wijn in nieuwe zakken, maar heeft nog steeds actualiteitswaarde. Kennelijk weten we in de Nederlandse verhoudingen moeilijk een keuze te bepalen tussen zelfbeschikking en bestwil, wilsbekwaamheid en wilsonbekwaamheid, en tussen integriteit van het lichaam en bewegingsvrijheid. Dat keuzeprobleem houdt de discussie over de vraag, wat we met een beperkt aantal ernstig zieke maar behandeling weigerende psychiatrische patiënten aan moeten, al tweedee eeuw in een wurggreep. Dit ten koste van die patiënten, hun familie en de samenleving. Jammer.

Noten

- 1 Querido A (1939) *krankzinnigenrecht*. Haarlem: Erven F. Bohn
- 2 Legemaate J (1989) De opkomst van de ambulante dwangbehandeling. *Tijdschrift voor gezondheidsrecht* 6: 355-361
- 3 Veldhuizen JR van (2004) Van dwangopname naar dwangbehandeling. *Medisch contact* 59: 766-768

automutilatie, zelfverwondend gedrag, zelfbeschadiging, impulscontrolestoornis

**Laurence Claes, Walter Vandereycken
en Hans Vertommen**

Zelfverwondend gedrag: een overzicht van de varianten en verschillende betekenissen

Wat bedoelen we met automutilatie? Is kettingroken geen vorm van zelfbeschadiging? Wanneer spreken we van zelfverwonding dan wel van een suïcidepoging? Om dit soort vragen te beantwoorden is een duidelijke omschrijving en diagnostische afbakening van zelfverwondend gedrag (ZVG) nodig. In deze bijdrage wordt daarom eerst gepleit voor heldere definities. Verder staan we stil bij de vraag of het hier nu een aparte stoornis betreft en bespreken we de verschillende betekenissen of functies van ZVG.

Definitie en terminologie

We definiëren ZVG als sociaal onaanvaardbaar gedrag waarbij een persoon zichzelf opzettelijk en op een directe manier fysiek letsel toebrengt zonder de intentie om zichzelf van het leven te benemen. We kiezen de term ZVG voor middelmatige verwondingen van de huid, zoals zichzelf snijden, krassen en verbranden. De term automutilatie gebruiken we slechts voor ernstiger vormen van zelfverwonding met een duidelijk vermin-

kend karakter, zoals castratie en amputatie van ledematen (meestal tijdens psychotische episodes). De term ZVG wordt ook verkozen boven de meer algemene term zelfbeschadiging omdat deze met name in de Engelse literatuur ('deliberate self-harm') ook verwijst naar suïcidepogingen ('parasuicide') en indirecte vormen van zelfbeschadiging zoals ongezonde eetgewoontes, overmatig alcohol- en/of druggebruik en rookgedrag. We vermijden ook begrippen zoals auto-agressie, zelfdestructie of zelfhaat omdat zij eerder verklarende dan beschrijvende termen zijn. Ze impliceren een interpretatie van ZVG als 'naar zichzelf gerichte agressie'. Het gebruik van deze verklarende termen houdt het gevaar in dat men niet meer zoekt naar verklaringen voor dit gedrag, aangezien het etiket reeds een interpretatie inhoudt.

Zelfbeschadiging (lichaamsbeschadiging) blijkt het tegenovergestelde gedrag van zelfverzorging (lichaamsverzorging), maar het verschil tussen zorg en beschadiging kan variëren afhankelijk van het gezichtspunt en de betekenis of doelstelling van het gedrag. Een gebrek aan zorg (bijv. zijn eigen gezondheid negeren) kan schadelijk zijn, maar overmatige zorg kan eveneens schadelijk zijn (bijv. frequent handen wassen of tanden poetsen). Anderzijds zijn bepaalde vormen van lichaamsbeschadiging, zoals die onvermijdelijk plaatsvinden bij operaties, noodzakelijk om het eigen lichaam gezond te houden. Om duidelijkheid te scheppen is het dus belangrijk onderscheid te maken tussen normale en abnormale zelfzorg en zelfbeschadiging. Dit onderscheid wordt voornamelijk bepaald door het sociale ge-

Dr. L. C., klinisch psycholoog en gedragstherapeut, onderzoeker aan de K.U. Leuven, Faculteit Psychologie, Onderzoeksgroep Psychodiagnostiek & Psychopathologie. Adres: Tiensestraat 102, 3000 Leuven (Laurence.Claes@psy.kuleuven.ac.be).

Prof. dr. W. Vandereycken, psychiater, buitengewoon hoogleraar aan de Faculteit Psychologie van de K.U. Leuven en hoofd van de afdeling directe therapie van de Psychiatrische Kliniek Broeders Alexianen te Tienen.

Prof. dr. H. Vertommen, gewoon hoogleraar aan de K.U. Leuven, Faculteit Psychologie, Onderzoeksgroep Psychodiagnostiek & Psychopathologie.

Hoe vaak komt het voor?

1

Gezien de verschillen in definities van ZVG en de gebruikte diagnostische methoden, moeten we voorzichtig zijn met het vergelijken van de resultaten uit verschillende studies. We zullen enkel een aantal algemene trends weergeven:

- in de algemene populatie ligt de incidentie van ZVG tussen de 14 en 600 personen per 100.000 per jaar;
- de incidentie van ZVG is veel groter in psychiatrische steekproeven dan in de algemene populatie, variërend van 4,3 tot 20% van opgenomen psychiatrische patiënten;
- vergeleken met opgenomen volwassenen is de incidentie van ZVG groter bij de opgenomen adolescenten, variërende van 40% tot 61%;
- de meeste zelfverwonders zijn vrouwen; de seksratio mannen/vrouwen varieert: 4,8%/95,2%, 15%/85%, 13%/87%; bij mannen wordt ZVG vaak vastgesteld in gevangenis.

zichtspunt en het motief of de functie van bepaald gedrag. Normale zelfzorg omvat gedrag dat sociaal aanvaard of zelfs voorgeschreven wordt om een bepaalde mate van fysieke aantrekkelijkheid en/of gezondheidsnorm te bereiken of te onderhouden. Op deze manier kunnen er dus 'normale' varianten van zelfbeschadigend gedrag bestaan die bedoeld zijn om zichzelf attractiever te maken of om zichzelf te verzorgen, bijvoorbeeld cosmetische operaties, piercings en tatoeages. Abnormaal gedrag wordt beschouwd als sociaal inadequaat en is vaak een manier om met persoonlijke problemen om te gaan. Dit wordt bijvoorbeeld geïllustreerd door het verschil in terminologie voor een persoon die een naald gebruikt om insuline te injecteren ('diabetes-

zelfbeschadiging, zoals parasuicide, nagebootste stoornis, herhaalde/multiple operaties, risiconemend/-zoekend gedrag, eetstoornissen en middelenmisbruik (zie kader 2).

ZVG versus parasuicide

Een suïcidepoging impliceert de intentie om zichzelf van het leven te benemen. Parasuicide verwijst naar het imiteren van een suïcidale handeling zonder die intentie. Daarom is het volgens de meeste auteurs cruciaal om in de definitie van ZVG de afwezigheid van een suïcidale intentie te vermelden. Immers, gedrag dat lijkt op een suïcidale handeling (bijv. overdosis) kan uitgevoerd zijn zonder de intentie zich van het leven te benemen. Anderzijds kunnen personen die zichzelf vaak verwon-

Een gebrek aan zorg kan schadelijk zijn, maar overmatige zorg kan eveneens schadelijk zijn.

patiënt'), of om heroïne in te spuiten ('heroïneverslaafde') of om een giftige stof in te brengen onder de huid ('automutilant'). Cruciaal in het etiketteren van een gedrag als zelfzorg versus zelfbeschadiging is dus de betekenis van het gedrag binnen de sociale context of subcultuur van de betrokkene.

Zelfverwondend gedrag en andere vormen van zelfbeschadiging

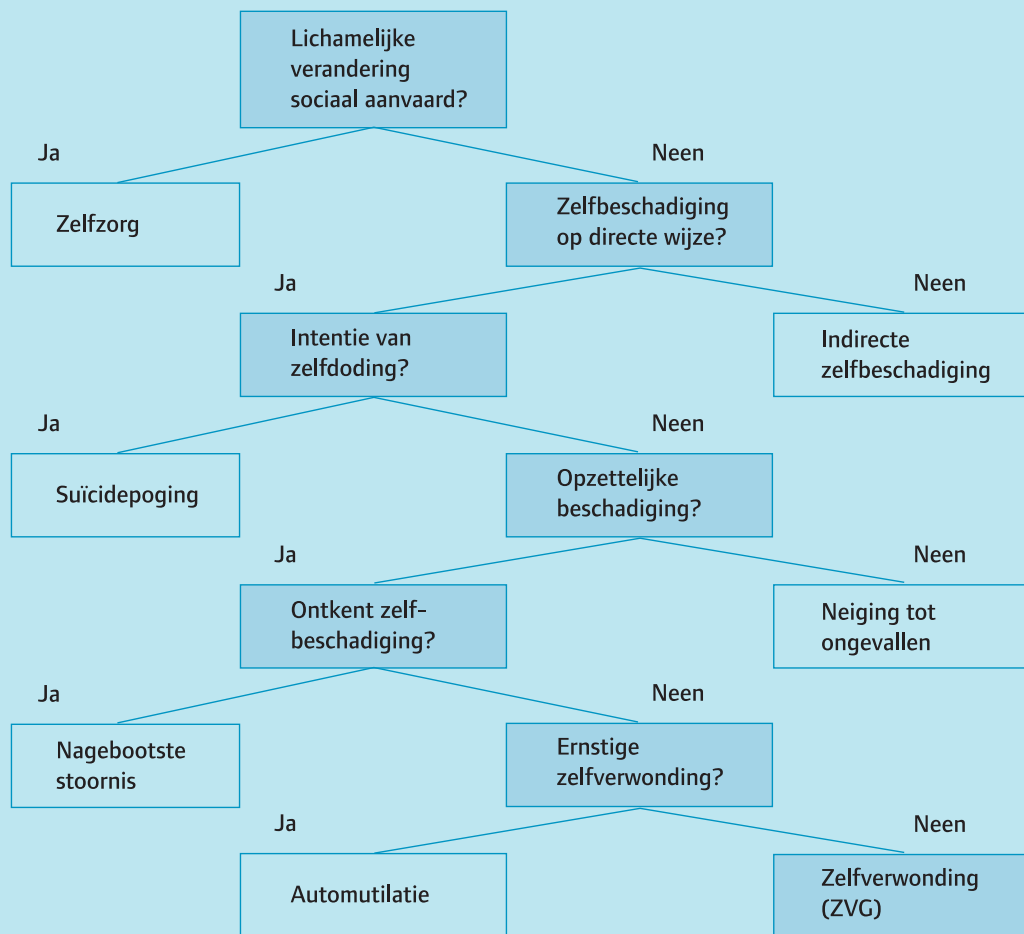
ZVG behoort tot de ruimere categorie van zelfbeschadigend gedrag. Dit is gedrag waardoor men in meer of mindere mate schade aanricht aan het eigen lichaam. Toch kan ZVG onderscheiden worden van andere vormen van

den zonder de intentie om zich van het leven benemen, dat op termijn wel doen met die intentie. Ten slotte zullen we bij de bespreking van de functies van ZVG aangeven dat bepaalde patiënten zichzelf verwonden om suïcide af te wenden.

ZVG versus nagebootste stoornis

Patiënten met een nagebootste stoornis brengen zichzelf verwondingen toe of maken zichzelf ziek om de ziekterol te verwerven en zo medische aandacht te krijgen. De patiënt imiteert een bestaande ziekte en vertelt uitgebreid over zijn/haar geveinsde ziektegeschiedenis en brengt de arts in verwarring. Deze patiënten ontken-

2 Beslisboom om verschillende vormen van zelfbeschadiging te onderscheiden



nen en verbergen het feit dat zij de verwondingen/ziektetekens zelf veroorzaakt hebben. Bovendien weigeren ze vaak om hun gedrag in psychologische termen te verklaren. ZVG daarentegen is vaak een privaat gegeven en wordt meestal niet uitgevoerd om medische aan-

dacht te krijgen. Wanneer het vastgesteld wordt, geven zelfverwonders meestal toe dat zij de verwonding zelf hebben aangebracht en zijn zij zich veelal bewust van de psychologische oorsprong van dit gedrag (bijv. stress leidt tot zelfverwonding).

Wanneer het vastgesteld wordt, geven zelfverwonders meestal toe dat zij de verwonding zelf hebben aangebracht.

ZVG versus indirecte zelfbeschadigende gedragingen

ZVG wordt vaak vergeleken met andere zelfbeschadigende gedragingen zoals eetstoornissen (bijv. gewichtsverlies in anorexia nervosa, purgeergedrag in boulimia nervosa), middelenmisbruik (bijv. alcoholvergiftiging en leverstoornissen bij alcoholisten), seksueel risicogedrag (bijv. onveilige seks met een AIDS-patiënt) of herhaalde plastische chirurgie (bijv. bij patiënten met 'ingebeelde lelijkheid' of lichaamsbeeldstoornis). Deze gedragingen zijn echter allemaal indirecte vormen van zelfbeschadiging: de schade kan niet onmiddellijk vastgesteld worden. De link tussen het gedrag en het gevolg is verder weg in de tijd en niet eenduidig. ZVG daarentegen wordt gekarakteriseerd door directheid en onmiddellijkheid, de associatie tussen het gedrag en het fysieke gevolg (nl. de wond) wordt onmiddellijk vastgesteld en is onbetwistbaar.

Discussies over aard en plaats van ZVG

Vanuit een medisch-klinisch ('structuralistisch') standpunt wordt ZVG beschouwd als een syndroom of als een symptoom van een stoornis of syndroom. Gezocht wordt dan naar 'typische' kenmerken die zelfverwonders gemeenschappelijk hebben en die hen onderscheiden van andere patiënten. Vanuit een psychosociaal ('functioneel') standpunt wordt ZVG beschouwd als een uiting van psychisch lijden (communicatieve functie) of als een manier om hiermee om te gaan (probleemoplossende functie). Daar zoekt men naar de specifieke betekenis van ZVG bij een individuele patiënt. Op beide benaderingen gaan we hier in.

Medisch-klinische benadering

Centraal staat hier de vraag of ZVG te beschouwen is als een aparte pathologische structuur (syndroom) of als een symptoom van een stoornis. Volgens sommige clinici vormen zelfverwondende patiënten een unieke groep met een specifieke stoornis waarvan ZVG – maar niet suïcide – het kernelement vormt. Hiervoor werd een apart begrip voorgesteld, het 'opzettelijk zelfbeschadigingsyndroom'¹, met als psychologische kenmerken:

1. het plotseling en herhaaldelijk ervaren van een impuls om zichzelf te beschadigen en het gevoel dat men niet kan weerstaan aan deze impuls;
2. het gevoel hebben dat men in een ondraaglijke situatie zit die men niet kan oplossen noch controleren;
3. toegenomen angst, agitatie en woede ervaren;
4. beperking van cognitieve en perceptuele processen waardoor men zijn zicht op de situatie en op mogelijke gedragsalternatieven verliest;
5. een opgelucht gevoel na de zelfbeschadiging;
6. een depressieve stemming, echter zonder de uitgesproken aanwezigheid van suïcidale gedachten.

Verder worden drugs- en alcoholmisbruik gerapporteerd als comorbide syndromen evenals een gebrek aan sociale steun. Dit syndroom begint meestal in de late adolescentie en strekt zich uit over meerdere jaren met verschillende opstoten in die periode. Mogelijk hebben personen met dit syndroom een hogere kans op suïcide als de zelfbeschadiging meerdere jaren aansleept.

Voorgesteld werd om het zelfbeschadigingssyndroom als aparte categorie op te nemen in de DSM. Het voldoet namelijk perfect aan de essentiële elementen van 'impulscontrole-stoornis niet anderszins omschreven': (1) gebrek aan weerstand tegenover een impuls, (2) een toegenomen spanning voor de zelfverwonding, en (3) een gevoel van genot, voldoening en ontspanning tijdens de handeling. Stoornissen in deze categorie komen vaak voor zonder een andere psychische stoornis. Argumenten tegen dit voorstel zijn: het zelfbeschadigingssyndroom is een variant van suïcide, of een symptoom van een onderliggende persoonlijkheidsstoornis (bijv. borderline persoonlijkheidsstoornis) of een symptoom van een As I stoornis (bijv. eetstoornis). Het belangrijkste bezwaar is echter een gebrek aan overtuigende onderzoeksbevindingen.

In de gangbare classificatiesystemen wordt ZVG beschouwd als een symptoom van een onderliggende stoornis. In de DSM-IV wordt het (met uitsluiting van suïcide en nagebootste stoornis) slechts eenmaal expliciet vermeld, namelijk als diagnostisch criterium van de borderline persoonlijkheidsstoornis ('recidiverende suïcidale gedragingen, gestes of dreigingen, of automutilatie'). Een variant van ZVG is terug te vinden bij de groep van de impulscontrole stoornissen, namelijk trichotillomanie ('recidiverend uittrekken van de eigen haren, hetgeen leidt tot waarneembaar haarverlies'). Tenslotte wordt in de DSM-IV bij de categorie impulscontrole niet anderszins omschreven 'krabben aan de huid' (skin picking) als voorbeeld vermeld. In de ICD-10 wordt zelfverwondend gedrag vermeld als een symptoom van de stereotype bewegingsstoornissen: 'Stereotyp zelfverwondend gedrag verwijst naar het repetitief hoofdbonken, zichzelf slaan, drukken op de ogen, bijten op handen, lippen en andere lichaamsdelen'. Verder worden zelfverwondende gedragingen als voorbeelden opgenoemd bij de nagebootste stoornis: snijden om zichzelf te straffen, zichzelf krassen om te bloeden, en zichzelf injecteren met toxische stoffen. Volgens andere auteurs behoort ZVG – samen met stoornissen zoals de dwangstoornis, middelenmisbruik, eetstoornissen, kleptomanie, pyromanie en andere – tot de zogenaamde stoornissen van het obsessieve-compulsieve spectrum.²

Psychosociale benadering

ZVG kan los van psychiatrische diagnoses allerlei betekenissen hebben en functies vervullen. Een van de moeilijkste taken is te begrijpen waarom een *specifiek* gedrag (deze vorm van ZVG), op dit *specifiek* moment optreedt bij dit *specifieke* individu. Er zijn immers vele andere gedragingen, zowel functionele als disfunctionele, die de betreffende intrapsychische en/of interpersoonlijke behoeften kunnen vervullen. Waarschijnlijk zal de 'keuze' voor een specifieke copingstrategie (hier ZVG) te maken hebben met het feit dat dit gedrag vele behoeften bevredigt en dus veelvuldige functionele verklaringen kan hebben, zelfs bij eenzelfde individu. Deze complexiteit maakt het soms moeilijk om de verschillende functies van ZVG te onderscheiden. Toch zal een poging daartoe nodig zijn om het gedrag te begrijpen en te bepalen welke specifieke functies voor welke specifieke patiënt van toepassing zijn.

Uiteraard zal een omschrijving van de functies van ZVG

3. Het *seksuele model*: ZVG komt voort uit een conflictueuze houding tegenover seksualiteit en de (eerste) menstruatie; het kan seksuele bevrediging bieden of een straf betekenen voor seksuele gevoelens en acties, een poging zijn om seksuele gevoelens en acties te vermijden, of een poging om seksualiteit en seksuele ontwikkeling te controleren.
4. Het *affectregulatie model*: ZVG komt voort uit de behoefte om kwaadheid, angst en pijn, die niet-verbaal of op een andere wijze kenbaar gemaakt kunnen worden, uit te drukken of te controleren.
5. Het *dissociatiemodel*: ZVG is een manier om dissociatie te beëindigen of om te gaan met de effecten van dissociatie.
6. Het *grensmodel*: ZVG is een poging om een onderscheid te maken tussen zichzelf en anderen; het is een manier om persoonlijke grenzen of een identiteit te creëren c.q. zich te beschermen tegen het verlies van identiteit.

Een van de moeilijkste taken is te begrijpen waarom een specifiek gedrag (deze vorm van ZVG), op dit specifiek moment optreedt bij dit specifieke individu.

verschillen overeenkomstig het gehanteerde referentiekader, bijvoorbeeld een psychodynamisch model tegenover een cognitief-gedragstherapeutisch model. Bij een algemene beschrijving van de functies hoeft men echter geen aanhanger te zijn van een bepaald model om de functieomschrijving te begrijpen en te vertalen naar het eigen model. We geven hier een pragmatisch overzicht van de functies van ZVG in het besef dat er een verband bestaat tussen bepaalde functies en dat meer dan één functie van toepassing kan zijn bij een bepaald individu. In kader 2 is reeds een aantal pogingen beschreven om ZVG te classificeren en we bespreken hier de functies van ZVG bij 'neurotische' patiënten (geen organische stoornis, geen psychose, geen verstandelijke handicap). Op basis van een literatuurstudie worden zes functionele modellen van ZVG beschreven³:

1. Het *omgevingsmodel*: ZVG lokt reacties uit van de omgeving die bekrachtigend werken; ZVG bevredigt bepaalde behoeften van de omgeving door onbespreekbare en bedreigende conflicten uit te drukken en de verantwoordelijkheid ervoor op te nemen.
2. Het *antisuïcide model*: ZVG is een vervanging voor suïcide, een compromis tussen de levens- en doodsdrijf.

Het omgevingsmodel is geworteld in de leertheorie en de systeemtheorie. De driftmodellen (het seksuele- en antisuïcidemodel) zijn geworteld in de psychoanalytische theorie. Het affectregulatie- en dissociatiemodel zijn gebaseerd op de ego- en zelf-psychologie, alhoewel hun fundament zich uitstrekt tot de objectrelatietheorie. Het grensmodel is geënt in de zelf-psychologie en de objectrelatietheorie, met klemtoon op de laatste.

Een alternatieve benadering om ZVG te bestuderen is de *functionele analyse*. In een functionele analyse tracht men zicht te krijgen op (1) de context of situaties die de onaangepaste zelfverwondingshandelingen activeren en op (2) de onderliggende cognitieve en affectieve processen. Het begrijpen van de context of situatie gaat verder dan een algemene beschrijving van de setting waarin de onaangepaste ZVG voorkomen (bijv. thuis) en verwijst naar specifieke situationele kenmerken (stimuli, cues) die een impact hebben op het gedrag. Men noemt deze ook de actieve psychologische kenmerken van de situatie. Voorbeelden: of men alleen is dan wel samen met een of meerdere personen, of men de andere personen kent of niet, enz. Bepaalde situationele stimuli of cues kunnen ook een invloed uitoefenen op ZVG, wanneer ze regelmatig geassocieerd zijn geweest met specifieke

en voorspelbare bekrachtigende gevolgen van ZVG. Daardoor kan ZVG vaker voorkomen in bepaalde situaties, in vergelijking met andere gedragingen uit het repertoire van de patiënt. Op dezelfde manier zullen deze gedragingen minder voorkomen in situaties waarin de bekrachtiging niet is opgetreden of waarin negatieve gevolgen aanwezig waren. ZVG wordt dus specifiek geconditioneerd op voorafgaande stimuli, omdat deze verwijzen naar specifieke gevolgen van dit ZVG in deze contexten. Deze situationele cues die aangeven onder welke condities (tijd, plaats, enz.) bepaalde zelfverwondingshandelingen leiden tot bepaalde gevolgen, worden discriminatieve stimuli genoemd. Deze situationele cues

zijn persoonspecifiek en kunnen het best opgespoord door middel van systematische (zelf-) observatie.

Naast een gedetailleerd assessment van de situationele cues, is ook inzicht nodig in de disfunctionele cognitieve en affectieve processen die ZVG te weeg brengen: encodings (constructen m.b.t. zichzelf, andere mensen en gebeurtenissen), verwachtingen en overtuigingen (over de sociale wereld en over zichzelf), affecten (gevoelstoestanden en emoties), subjectieve waarden en doelen, competenties en zelfregulerende plannen (potentiële gedragingen en plannen of strategieën om gedrag te organiseren en uitkomsten te plannen). De cognitieve en affectieve consequenties van ZVG kunnen

Classificatie van ZVG

3

Vele onderzoekers hebben geprobeerd om zelfbeschadigende gedragingen te classificeren.

Afhankelijk van hun definitie (zelfbeschadiging, zelfverwonding, automutilatie) hebben zij andere dimensies gehanteerd in de constructie van hun classificaties.

1. Een van de eerste dimensies in de classificatie van ZVG is het *type actie* om de zelfverwonding te veroorzaken (bijv. snijden, bijten, schuren etc.). Anderen verdeelden oppervlakkige zelfverwonding in compulsieve en impulsieve vormen, die respectievelijk niet en wel overeenkomen met het verlangen van de patiënt.
2. Een tweede dimensie is de *lokalisatie* van ZVG op het lichaam: in eerder vage termen (bijv. hoofd, bovenlichaam, onderlichaam, handen en voeten) of gedetailleerder (bv. linker bovenarm, rechter onderarm).
3. Een derde dimensie verwijst naar de *frequentie* en/of de *duur* van ZVG gedurende een bepaalde tijdsperiode.
4. De *ernst* van de zelfverwonding vormt eveneens een belangrijke dimensie: aantal verwondingen, type van verwonding (bijv. schaafwonde, rijtwonde, kneuzing) of aan de wondzorg gerelateerde criteria (bijv. behoefte hechting).
5. Ten vijfde wordt ook de *biopsychologische toestand* op het moment van ZVG gehanteerd als classificatiecriterium: ZVG bij verstandelijke handicap of een organisch syndroom, bij psychotische patiënten en bij andere patiënten ('neurotische' patiënten: niet-organisch, niet-psychotisch, niet-mentaal getardeerd).
6. Ten zesde wordt de *functie* van ZVG vaak als classificatiecriterium gebruikt:
 - Bij verstandelijk gehandicapten: om meer aandacht te krijgen van een volwassene, om te ontsnappen aan toegenomen prestatiedruk, om toegang te krijgen tot bepaalde activa, en als fysieke stimulatie. In het algemeen is ZVG bij verstandelijk gehandicapten en autistische personen vaak stereotype gedrag, dat voorkomt uit een behoefte aan stimulatie.
 - Bij psychotische patiënten: gaande van religieuze tot seksuele thema's, zoals boetedoening, straf voor zonden, identificatie met de lijdende Christus, beantwoorden aan hemelse commando's of visioenen, de wens om een vrouw te zijn, angst voor homoseksualiteit en afwijzing van 'vervelende' genitaliën.
 - Bij de overige psychiatrische patiënten (niet-psychotisch, niet organisch gestoord, zonder verstandelijke handicap) zijn vele indelingen volgens motieven of functies mogelijk (in de tekst worden de belangrijkste beschreven).

verschillende leereffecten hebben: (1) positieve gevolgen die direct belonend werken (positieve bekrachtiging), (2) het verwijderen, verminderen of verschuiven van aversieve condities zodat het gedrag indirect beloond wordt (negatieve bekrachtiging) en (3) negatieve gevolgen die aversief werken (straf). Zo is er een functionele schaal van ZVG, gelinkt aan de directe gevolgen ervan op de psychologische toestand van de patiënt, gaande van een sterk belonend effect tot een hoge mate van negatieve impact:⁴

- relaxatie (genieten van pijn en warm bloed; verminderen van spanning door een direct afreageren, afleiden van de aandacht of induceren van dissociatie);
- aandacht (het krijgen van zelfbevestiging, zorg of bescherming);
- stimulatie (om eigen lichaam/identiteit te voelen; om te ontsnappen aan dissociatie);
- straf (wegens schuldgevoelens, gevoel van zwakheid of gebrek aan wilskracht);
- zelfdestructiviteit (onaantrekkelijk worden; parasuïcidale handeling).

Tot slot

Uit het voorgaande blijkt hoe belangrijk het is ZVG nauwkeurig in kaart brengen. Maar het volstaat niet om ZVG diagnostisch te classificeren, er is ook behoefte aan inzicht in de situatie-gedragsprofielen en in de onderliggende voorafgaande ('antecedente') en daaropvolgende ('consequente') cognitieve en affectieve processen. Uiteraard bestaat er geen standaardbehandeling omdat de betekenis en functie zeer uiteenlopend kunnen zijn, zelfs bij dezelfde patiënt. Puur symptomatisch werd het hele gamma van psychofarmaca reeds uitgetest, met wisselend effect. De indicatie voor een bepaald medicijn berust algemeen op de kenmerken van de psychiatrische stoornis waartoe ZVG verondersteld wordt te horen. De functionele benadering toont echter aan dat er voor iedere patiënt persoonlijk een therapeu-

tische aanpak uitgewerkt dient te worden. Wel kunnen enkele richtlijnen voor de globale aanpak voorgesteld worden in geval van ernstige en herhaalde zelfverwonding (zoals eerder in dit tijdschrift beschreven⁵). Van de kant van de therapeut of het team staan in de concrete aanpak twee basisregels centraal: neutrale verzorging en open communicatie. Van de kant van de patiënt houdt het behandelcontract drie elementen in: zelfobservatie, responspreventie en alternatieve vormen van afreageren. Men kan hierbij gebruik maken van een voorlichtingsbrochure over zelfverwonding speciaal geschreven voor patiënten.⁶ Uiteraard zal de therapie meer inhouden dan deze 'symptomatische' aanpak en moet aandacht geschonken worden aan de ruimere psychosociale problemen waarmee deze patiënten te kampen hebben.

Noten

Deze tekst is een bewerking van een hoofdstuk uit Claes L (2004) *Self-injury in eating disorders*. Proefschrift, K.U. Leuven, Faculteit Psychologie.

- 1 Kahan J & Pattison EM (1984) Proposal for a distinctive diagnosis: the deliberate self-harm syndrome. *Suicide and life-threatening behavior* 14: 17-35
- 2 McElroy SL ea (1994) Obsessive compulsive spectrum disorders. *Journal of clinical psychiatry* 55: 33-51
- 3 Suyemoto KL (1998) The functions of self-mutilation. *Clinical psychology review* 18: 531-554
- 4 Vanderlinden J & Vandereycken W (1997) *Trauma, dissociation, and impulse dyscontrol in eating disorders*. Londen: Taylor & Francis. Zie ook noot 5
- 5 Vandereycken W (2001) Aanpak van zelfverwondend gedrag bij psychiatrische patiënten. *PsychoPraxis* 3: 94-97
- 6 Claes H (2001) Zelfverwonding: informatie voor patiënten. *PsychoPraxis* 3: 118-124

alcoholproblemen, kinderen van ouders met alcoholproblemen, psycho-educatie

Claire Coolen-Perednia, Marleen Koninckx en Stan Ansoms

Hulpverlening aan kinderen van ouders met alcoholproblemen

Kinderen van ouders met alcoholproblemen (KOAP) vormen een risicogroep voor het ontwikkelen van zowel afhankelijkheidsproblemen als andere vormen van psychopathologie. Ze worden in hun gezin met meer stresssituaties geconfronteerd en krijgen minder kansen om efficiënte copingvaardigheden te ontwikkelen. Op de afdeling voor afhankelijkheidsproblemen van de Psychiatrische Kliniek Broeders Alexianen in Tienen wordt sinds enkele jaren gewerkt met een speciaal KOAP-programma. Met ondersteuning van de Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen (VAD, Brussel) hebben we een interventieprogramma uitgewerkt met een module voor kinderen, ouders en hulpverleners. We beschrijven hier vooral de kindermodule die beoogt de competentie (inzicht en vaardighe-

den) van kinderen te vergroten, zodat zij beter kunnen omgaan met de moeilijkheden en de problemen die ze ervaren in hun thuissituatie. Een bijkomende doelstelling van het programma is het tijdig opsporen van de meest kwetsbare kinderen, om deze dan te verwijzen naar aangepaste hulpverlening.

Gezinnen onder invloed – invloedrijke gezinnen

In preventieprogramma's voor KOAP zijn vier belangrijke basiscomponenten¹ terug te vinden:

- informatie/educatie over alcohol en afhankelijkheid en de effecten op het gezin;
- aandacht voor sociale steun en sociale vaardigheden;
- copingvaardigheden (omgaan met emotionele problemen) bespreken en aanleren;
- het activeren van (gezonde) alternatieve activiteiten.

De meeste programma's worden in groepsverband gegeven omdat dit vele voordelen biedt voor de kinderen: onder andere het (h)erkennen en delen van ervaringen, gevoelens en gedachten. Kinderen en jongeren tussen 8 en 18 jaar vormen een belangrijke doelgroep omdat ze zelf op een meer actieve manier in aanraking komen met alcohol en andere drugs. Bovendien komt bij adolescenten de relatie met de ouders meer onder druk te staan. Hun autonomieproces komt op gang en zorgt voor de nodige (interne en externe) spanningen.

Op onze afdeling voor afhankelijkheidsproblemen waren we al eind jaren '80 gestart met 'KIM-groepen' (Kinderen uit gezinnen met Middelenmisbruik). Het huidige interventieprogramma hebben we bewust herbenoemd tot 'Gezinnen onder invloed – Invloedrijke ge-

Mevr. C. Coolen-Perednia, psychologe-psychotherapeute, is verbonden aan de afdeling voor afhankelijkheidsproblemen van de Psychiatrische Kliniek broeders Alexianen te Tienen (B) en aan de Divisie Kinderen en Jeugdigen van de Mondriaan Zorggroep te Heerlen (NL). Correspondentie-adres: Liefdestraat 10, 3300 Tienen, België (claire.perednia@fracarita.org).

Mevr. M. Koninckx is klinisch psychologe-psychotherapeute en eveneens verbonden aan de Psychiatrische Kliniek Broeders Alexianen te Tienen (marleen.koninckx@fracarita.org).

Dr. S. Ansoms, psychiater, is medisch directeur en hoofd van de afdeling voor afhankelijkheidsproblemen van de Psychiatrische Kliniek Broeders Alexianen te Tienen (stan.ansoms@fracarita.org).

zinnen' om te benadrukken dat we het welzijn van alle gezinsleden willen ondersteunen. We zijn ervan overtuigd dat het betrekken van ouders bij een aanbod voor kinderen van wezenlijk belang is: voor de ouders zelf, omdat aandacht schenken aan hun ouderrol hun herstelproces bevordert, en voor de kinderen omdat het hun algemene en emotionele ontwikkeling positief beïnvloedt. We hebben een module voor kinderen uitgewerkt, een module voor ouders en een draaiboek voor

hebben. Het effect van een emotioneel significante ervaring – zoals een lange afwezigheid van de vader of een bittere echtscheiding – zal afhangen van hoe het kind deze gebeurtenissen interpreteert. Hoe kinderen het alcoholmisbruik van hun ouder opvatten wordt in grote mate beïnvloed door de zienswijze van de niet-drinkende ouder en van de ruimere omgeving. Hieraan moet dus in de oudermodule bijzondere aandacht worden geschonken.

Hoe kinderen het alcoholmisbruik van hun ouder opvatten wordt in grote mate beïnvloed door de zienswijze van de niet-drinkende ouder en van de ruimere omgeving.

hulpverleners.² De module voor kinderen is onderverdeeld in 'Juniors' (8 tot 12 jaar) en 'Tieners' (12 tot 18 jaar). Voor beide leeftijdsgroepen is een werkboekje gemaakt als leidraad voor de groepssessies. Inhoudelijk bestaat de module uit een psycho-educatief deel en een deel over copingvaardigheden.

Psycho-educatie

Het psycho-educatieve deel handelt over de (objectieve) feiten over alcohol en alcoholafhankelijkheid (en over herstel), over de effecten op het gezin en vooral op de kinderen en over wat kinderen wel/niet kunnen doen in moeilijke situaties. We maken gebruik van vijf stellingen ('feiten') die we samen met de kinderen bespreken:

Feit 1: Alcohol is een scheikundige stof met positieve (in kleine hoeveelheid) en negatieve (in grotere hoeveelheden) eigenschappen.

Feit 2: Alcoholafhankelijkheid is een ernstige ziekte met verschillende kenmerken.

Feit 3: Alcoholmisbruik veroorzaakt veel stress in het gezin.

Feit 4: Alcoholmisbruik heeft een negatieve invloed op de kinderen/de jongeren.

Feit 5: Kinderen/jongeren kunnen leren op verschillende manieren goed voor zichzelf te zorgen.

De eerste stap in het helpen van kinderen bij de verwerking van stressvolle situaties is hen te leren onder woorden te brengen hoe ze tegen deze situaties aankijken en ze interpreteren. Daarna kunnen ze leren hun 'denkfouten' te corrigeren. Kinderen worden immers niet zozeer beïnvloed door het objectieve gedrag, de houding of het ziektebeeld van de ouder, maar wel door de eigen subjectieve indrukken die ze van hun ouder

In de module voor de kinderen willen we duidelijke en begrijpelijke informatie geven over alcoholafhankelijkheid en de invloed ervan op de persoon zelf, op zijn/haar gezin en zeker op de kinderen. Deze voorlichting helpt de kinderen vooral om onjuiste, voor hun zelfbeeld schadelijke interpretaties te voorkomen of te corrigeren. Dergelijke interpretaties nemen de vorm aan van negatieve gedachten, die kunnen ontaarden in piekgedachten, veel emotionele energie opslorpen en bovendien de ouder-kindrelatie negatief beïnvloeden. Een kind denkt dan bijvoorbeeld: 'Mijn moeder houdt niet van me, want anders zou ze wel stoppen met drinken'. Het kind zal zich dan afgewezen en verdrietig voelen. Hierbij kan ook de behoefte een rol spelen om toch enige controle over de situatie te behouden. Zo kan een kind denken dat de ouder minder zal drinken als hij/zij maar beter zijn best doet op school of probeert om altijd braaf te zijn. Zo ontwikkelen zich schuldgevoelens en een negatief gevoel van eigenwaarde.

Juiste informatie helpt de kinderen ook om beter te begrijpen wat er thuis aan de hand is. Vele ouders denken hun kinderen te beschermen door de problemen voor hen te 'verstoppen'. Ze hopen dat de kinderen er niet teveel van merken en praten dus niet openlijk over de alcoholproblemen en de gevolgen ervan. Maar kinderen worden wat dit betreft vaak onderschat. Ze 'voelen' dat er thuis wat aan de hand is, ze vangen die signalen feilloos op. Omdat ze echter niet precies weten wat er loos is, kunnen sommigen hierdoor emotioneel in de war raken. Kinderen hebben dan de neiging alles van buitenaf op zichzelf te betrekken en dit versterkt nogmaals hun schuldgevoelens en hun (mogelijk) negatief zelfbeeld. Bovendien is ontkenning van de alcoholproblemen door de drinkende ouder – en soms ook door de partner – in-

herent aan deze problematiek. Doordat ouders de problemen ontkennen (voor zichzelf, maar ook voor anderen), doen kinderen dat ook. Ontkenning is een negatieve copingstrategie. Met de kinderen op een open en duidelijke manier over problematisch alcoholgebruik praten helpt: ze krijgen een kader aangeboden om de ervaringen in hun gezin (buiten zichzelf) te kunnen plaatsen. Inzicht en informatie zijn belangrijke voorwaarden voor verwerking

Tenslotte is het geven van juiste informatie aan de kinderen een onmisbaar onderdeel van preventie. Uit onderzoeksliteratuur blijkt dat de verwachtingen van KOAP over de effecten van alcohol een belangrijke rol spelen bij de overdracht van alcoholproblemen van de ene generatie naar de andere. Positieve verwachtingen van alcohol (associaties met gezelligheid, stoer zijn), samen met bepaalde (genetische) fysiologische reacties op alcohol, verhogen het risico op overmatig drankgebruik.³ Het is dus belangrijk om via preventie dergelijke misvattingen te corrigeren.

Vaardigheidstraining

Het tweede deel van de kindermodule is een vaardigheidstraining met verschillende onderdelen:

- een cognitieve vaardigheidstraining als basis voor probleemoplossing;
- het leren omgaan met stress en met moeilijke gevoelens (stresshantering, coping);
- het bevorderen van sociale vaardigheden;
- het goed voor zichzelf leren zorgen.

Cognitieve vaardigheidstraining

Dit onderdeel van het programma richt zich op het bewust worden en leren hanteren van verschillende denkstijlen: het leren denken over denken en het verbeteren van de vaardigheid om informatie te verwerken. Het doel is de kinderen een basis te bieden voor probleemoplossings- en sociale vaardigheden. Het is belangrijk dat kinderen verschillende denkstijlen leren herkennen en toepassen. Die bieden we de kinderen aan via de methodiek van de denkhoeden, die gebaseerd is op het werk van De Bono.⁴ Kinderen leren hun denkproces te structureren, zodat ze van denkstijl of van denkperspectief wisselen en niet steeds vanuit één gezichtspunt denken. Naargelang de denkstijl die uit hun woorden

blijkt zetten de kinderen een (denk)hoed op met een andere kleur en geven en krijgen hier reactie op van de groepsleden en de begeleider. We hanteren de volgende hoeden:

- de witte hoed: denken in feiten en cijfers, logisch denken;
- de rode hoed: denken vanuit gevoelens of emoties;
- de zwarte hoed: voorzichtig, kritisch of negatief denken;
- de gele hoed: opbouwend of positief denken, het zoeken naar kansen en mogelijkheden;
- de groene hoed: creatief denken, het bedenken van nieuwe, originele oplossingen;
- de blauwe hoed: sturend denken, het herkennen van de eigen manier van denken, het 'helikopterzicht'.

Kinderen kunnen deze denkstijlen leren toepassen bij het drankprobleem van hun ouder, maar ook in andere situaties in hun leven. In de groepssessies oefenen we deze vaardigheid ook in aan de hand van echte hoeden.

Leren omgaan met stress en moeilijke gevoelens (coping)

We baseren ons voor dit gedeelte op principes uit de cognitieve therapie. Het doel is de kinderen te leren inzien dat onze manier van denken mee bepaalt hoe we ons voelen en wat we doen. Soms hebben we onjuiste, 'irrationele' ideeën die moeilijke gevoelens (en emotionele problemen) meebrengen. Deze gedachten onderzoeken en vervangen door andere gedachten vormt de basis voor het leren omgaan met moeilijke gevoelens (stresshantering). We presenteren de kinderen het G+G = G+G model: Gebeurtenis + Gedachte = Gevoel + Gedrag. Via oefeningen met hun eigen voorbeelden merken de kinderen dat hun gedachten over een bepaalde gebeurtenis, mee bepalen hoe ze zich erbij voelen en wat ze gaan doen. Op die manier geeft men de kinderen een middel om met hun verwarrende en moeilijke gevoelens om te gaan, om er controle over te krijgen via bewuste positieve gedachten. De eerste stap hierbij is dat zij zich bewust worden van hun 'innerlijke stem', van de constante dialoog met zichzelf. Die inwendige boodschappen worden vaak als evidente waarheden beschouwd die niet meer ter discussie gesteld worden. In de groep kunnen de kinderen leren de storende

**De eerste stap is dat zij zich bewust worden van hun 'innerlijke stem',
van de constante dialoog met zichzelf.**

1 Evaluatie van het KOAP-programma

Met ondersteuning van prof.dr. P. Byttebier (Faculteit Psychologie, KU Leuven) hebben we een eerste evaluatie-onderzoek uitgevoerd. Voor de vergelijking van het functioneren voor en na het groepsprogramma beschikken we over zelfrapporteringsgegevens van 26 kinderen (9 jongens, 17 meisjes) met een gemiddelde leeftijd van 13,8 jaar. Bij 19 van hen is vader wegens alcoholproblemen in het ziekenhuis opgenomen, bij de overige 6 moeder. De score voor toestandsangst van kinderen en jongeren is significant afgenomen na het groepsprogramma in vergelijking met ervoor. Dit wijst op een afname van situatiegebonden angst- en stressgevoelens wat erop kan wijzen dat kinderen en jongeren zich na vijf sessies beter op hun gemak voelen in de groep. Het betekent echter niet noodzakelijk dat er ingrijpende emotionele veranderingen plaatsgevonden hebben. De CAST-score (Children of Alcoholics Screening Test) is na het groepsprogramma gestegen. Dit wijst erop dat kinderen na afloop van het programma duidelijker aangeven dat er in hun gezin alcoholproblemen zijn. Dit betekent dat ze zich meer van het probleem bewust geworden zijn, dat ze het beter onder ogen durven te zien of dat ze er minder voor terugschrikken om het openlijk te erkennen.

en niet-helpende cognities los te laten en te vervangen door andere gedachten, die mede aangereikt worden door de begeleiding of de andere groepsleden. Deze nieuwe coping kunnen ze dan toepassen op de alcoholproblemen van de ouder, maar ook op andere situaties. Belangrijk is te werken met voorbeelden die door de kinderen zelf worden aangebracht.

Sociale vaardigheden ontwikkelen

Onderzoek toont aan dat sociale vaardigheidstraining een essentieel element is in programma's om kinderen weerbaarder te maken. Het gaat dan om complimenten geven en krijgen, reageren op vervelende opmerkingen (eventueel op pesten). Via rollenspel in een (veilige) groep kunnen kinderen nieuw of ander gedrag in sociale situaties inoefenen.

Leren goed voor zichzelf zorgen

Kinderen die vaak meer gericht zijn op de problemen van hun drinkende ouder en de gevolgen hiervan voor de andere gezinsleden dan op zichzelf, moeten expliciet aangemoedigd worden om vooral ook goed voor zichzelf te zorgen. Ze moeten leren dat ze door hun aandacht meer op zichzelf te richten, los kunnen komen uit hun 'co-dependente' rol. Ze moeten zichzelf ook leren zien als 'de moeite waard' om goed voor te zorgen. Dat is voor sommige adolescenten moeilijk, zeker als ze in de rol van de rebel of zondebok zitten. Er moet dus in het programma aandacht zijn voor:

- de eigen gezondheid;
- de school, niet als plicht of iets wat men voor de ou-

ders moet doen, maar als kans om actief aan de eigen toekomst te werken;

- vrije tijd als kans om eigen interesses en hobby's te ontwikkelen, als mogelijkheid om zichzelf te ontplooien, als ruimte om echt plezier te maken en onbezorgd bezig te zijn.

Oudermodule

De oudermodule omvat het motiveren, informeren en ondersteunen van de ouders in hun rol als opvoeders. Ouders motiveren om hun kinderen te laten deelnemen aan de kindersessies is een belangrijk aandachtspunt. Een eerste stap hiervoor is reeds gezet bij het sensibiliseren van de ouders door de hulpverleners. De ouders zo volledig mogelijk informeren over de inhoud en het verloop van het programma helpt hen om vertrouwen te hebben. De boekjes voor de juniors en de tieners worden uitgedeeld en samen met de ouders doorgenomen. Er moet veel ruimte zijn voor vragen en opmerkingen hierover. We vinden het belangrijk met de ouders te bespreken dat ons programma in de eerste plaats bedoeld is voor de kinderen zelf. Ze moeten niet komen voor de ouders maar voor zichzelf. Het is ook niet de bedoeling om therapie te geven aan de kinderen maar informatie en ondersteuning.

De ouders maken zelf ook een moeilijke periode door, als individuen maar ook als partners. De relatie staat onder zware druk of de scheiding is reeds een feit. De aandacht van de ouders voor de kinderen verschilt aanzienlijk van gezin tot gezin. Vaak zijn ze nog niet voldoende gevorderd in hun herstelproces om een klare

kijk te hebben op de effecten van de alcohol- en gezinsproblemen op de kinderen. Ook schuldgevoelens kunnen dit proces bemoeilijken. Bij partnerrelatieproblemen kan de niet-drinkende partner de kinderen willen 'beschermen' door hen ver weg te houden van de verslaafde of opgenomen ouder. Men wil weer even tot rust komen en niet over problemen spreken, ook niet met de kinderen. Vooral tieners willen soms niets meer te maken hebben met de drinkende ouder of de kliniek. Ze zijn boos, teleurgesteld of opgelucht dat er even een adempauze komt. De loyaliteitsgevoelens van de kinderen tegenover hun ouders moeten ook aan bod komen. Aan de ouders wordt uitgelegd wat loyaliteit kan betekenen en dat het respecteren hiervan voor de begeleiders een grote prioriteit heeft. Het is ook wenselijk met de ouders te bespreken dat kinderen op verschillende

Slotbedenking

Ons interventieprogramma vormt een eerste aanzet om meer aandacht te schenken aan KOAP, zowel in de hulpverlening aan volwassenen als in de kinder- en jeugdhulpverlening. Het met de ouders bespreken van de gevolgen van alcoholproblemen voor hun kinderen is volgens ons een essentieel onderdeel van het herstelproces. Het (opnieuw leren) opnemen van de ouderrol draagt bij tot het herstel van hun gevoel van eigenwaarde. De niet-drinkende partner speelt hierbij een zeer belangrijke rol. Ook zij hebben vaak behoefte aan informatie en ondersteuning. Onze benadering heeft als belangrijkste nadeel dat we de grootste groep van deze kinderen niet bereiken. De kinderen van de ouders die bij ons in behandeling zijn en de 'toelating' van hun ouders krijgen om aan het programma deel te nemen, zijn op

Het is ook wenselijk met de ouders te bespreken dat kinderen op verschillende manieren proberen hun ouders te helpen.

manieren proberen hun ouders te helpen. Soms worden kinderen hierin verkeerd begrepen of wordt dit door de ouders niet gezien. We leren ouders hier aandacht voor te hebben, kinderen erkenning te geven voor hun hulp en hierover in gesprek te gaan.

Bij het ondersteunen van de ouders in hun rol als ouders/opvoeders spelen we in op vragen die ouders hebben over het verbeteren van hun interactie met hun kinderen, de opvoeding in het algemeen of vragen in het omgaan met gezinsproblemen. Door de oudermodule in groepsverband te organiseren leren ouders veel van elkaar. In onze ervaring praten vele ouderparen weinig met elkaar over de kinderen vanwege de voortdurende spanningen door de alcoholproblemen. Maar ze spreken ook – om verschillende redenen – weinig met andere ouders of familieleden over de opvoeding van de kinderen. Dit willen we juist stimuleren via de groeps gesprekken. In verband met opvoeding kunnen de volgende vaardigheden aan bod komen: hoe kinderen positief bekrachtigen (belonen en straffen), opbouwende kritiek geven, goed onderhandelen (vooral met pubers), discipline en toezicht houden, enz. We verwijzen hiervoor naar handige boekjes over deze thema's.

zich al een selecte groep. Daarbuiten leven echter heel wat kinderen samen met ouders die in actieve drinkfasen verkeren en (nog) geen hulp krijgen. Daarom trachten we meer bekendheid te geven aan de problematiek via de website www.koap.be. Het is onze bedoeling om KOAP, hun ouders en ook hulpverleners nuttige informatie te bezorgen in het omgaan met deze problematiek.

Noten

- 1 Coolen-Perednia C ea (2002) *Hulpverlening aan kinderen van alcoholisten. Literatuurstudie en evaluatie*. Brussel: Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen (VAD)
- 2 De werkboekjes bij elk van deze modulen zijn te bestellen bij de VAD (www.vad.be). Het draaiboek voor hulpverleners is een praktisch uitgewerkte handleiding voor de toepassing van ons programma in verschillende settings. We hebben getracht om de achtergronden, alle onderdelen van het programma en de methodieken zo helder en praktisch mogelijk uit te werken.
- 3 Bytdebier P ea (2003) *Opgroeien in een gezin met alcoholproblemen: een risicofactor voor de ontwikkeling van psychopathologie? In Hamers P ea (red) Moeilijke kinderen of kinderen die het moeilijk hebben? Evidence-based werken, niet zo evident!* Antwerpen/Apeldoorn: Garant
- 4 De Bono E (1998) *Leer uw kind denken*. Naarden Vesting: Element



herijking

**Joop Verlinden en
Joost de Kort**

Aan St. Marys University in San Antonio, Texas (USA), is een vernieuwend meetinstrument ontwikkeld. Dit instrument, Emogram genoemd, brengt (veranderingen in) emoties van een cliënt in beeld. Dat vergemakkelijkt het bespreken van gevoelens in therapie aanzienlijk en vergroot het inzicht bij de cliënt, maar ook de erkenning of ontlading van diens gevoelens. Wellicht roept dit op het eerste gezicht enige scepsis op. Althans, dat deed het wel bij ons: het leek ons te mooi om waar te zijn. Scepsis kan leiden tot afstand houden of tot kritisch onderzoeken. Wij werden in de gelegenheid gesteld om dat laatste te doen en vertrokken in juni 2003 naar San Antonio om de ontwikkelaars van dit programma te ontmoeten. Door Richard Priesmeyer, Suzy Mudge en Cullen Grinnan¹ werden wij deskundig ingevoerd in de achtergrond en de wijze van toepassing ervan. Onze Emogram-opleiding was op expert-niveau, waardoor wij tevens opleidingsbevoegdheid hebben verworven. Al snel maakte onze scepsis plaats voor bewondering. In de praktijk blijkt Emogram zeer geschikt voor een snelle en pragmatische toepassing. Een van de charmes is dat het niet gebonden is aan een therapeutische stroming en te gebruiken is door een grote groep hulpverleners. In deze bijdrage zullen we het instrument nader aan u voorstellen.

Emogram: een inspirerend therapeutisch instrument

Unieke meetmethode

Voor het gebruik van Emogram is een simpele laptop of computer reeds toereikend en de installatie ervan is eenvoudig. Het draait vanaf Windows 98 zo is onze ervaring, maar ook de Windows-omgeving van een Apple computer levert geen problemen op. Met behulp van dit programma wordt de cliënt een foto gepresenteerd van een persoon met een specifieke gelaatsuitdrukking (zie figuur 1). Op een zes-puntsschaal geeft hij vervolgens aan in welke mate zijn eigen gemoedstoestand overeenkomt met die van de persoon op de foto. Vervolgens volgen nog 32 presentaties van dezelfde persoon met een andere uitdrukking (zie figuur 2). Op deze wijze worden drie varianten (mild, gemiddeld en sterk) van elf basisemoties (zie verderop) gepresenteerd.

Voordeel van deze methode is dat zo min mogelijk een appèl gedaan wordt op cognitieve of verbaliserende

vermogens. Immers de methode sluit direct aan op basale en onbewuste vermogens om gelaatsuitdrukkingen te interpreteren. Gebruik van deze universele menselijke vaardigheid verkleint tevens de invloed van verschillen in cultuur, sekse of ras. Een afname vergt bovendien slechts enkele minuten. Instructie en afname zijn laagdrempelig en cliënten ervaren de methode doorgaans als plezierig. Vanwege de korte afnameduur leent dit instrument zich zelfs voor een extra afname in een en dezelfde zitting. Daarmee kan direct de verandering na een interventie in beeld worden gebracht. Reeds meerdere keren is ons gebleken op welke verbluffende

Drs. J.A.M. Verlinden is directeur-behandelaar van *Perspectief BV*, een eerstelijns/psychotherapiepraktijk te Tilburg (j.verlinden@perspectief.net). J. de Kort is bedrijfsmaatschappelijk werker van de Politie Midden en West Brabant (joost.de.kort@mw-brabant.politie.nl).



Figuur 1



Figuur 2

wijze het therapeutisch effect hiermee versterkt kon worden.

De methode en instructie zijn ook relatief eenvoudig te leren. En daarin schuilt wellicht de valkuil. De effecten op de cliënt kunnen zo ingrijpend zijn, dat ervaring bij de behandelaar geboden is. Men moet het haast zelf aan den lijve ondervonden hebben alvorens te beseffen hoe ingrijpend de herkenning van de emotie op een foto kan zijn wanneer men gefocust is op een ingrijpende levenservaring. Ook de feedback nadien in de vorm van de rapportage kan overdonderend zijn en dient zorgvuldig begeleid te worden. Het is om deze reden dat dit instrument alleen beschikbaar is voor hulpverleners met voldoende opleiding en ervaring. In Amerika beperkt men dit tot gecertificeerde counselors.

Geen psychologische test

Emogram dient niet verward te worden met een gangbare psychologische test. Er wordt geen vergelijking gemaakt met een normgroep en er volgt dan ook geen absolute uitspraak in de zin van hoog, gemiddeld of laag. De eerste meting vormt een individuele baseline. Elke volgende meting wordt vergeleken met de vorige.

Opeenvolgende metingen laten een patroon van emotionele veranderingen zien. De kracht van dit instrument ligt allereerst in de onmiddellijke terugkoppeling. Hierdoor worden emoties meer bewust en daardoor ook beter bespreekbaar tijdens de behandeling. Het faciliteert inzicht bij de cliënt, maar ook erkenning of ontlasting van gevoelens. Er is ook een feedbackmogelijkheid over het gehele patroon van veranderingen gedurende het verloop van de behandeling. Hiervan kan juist weer een sterk bekrachtigend effect uitgaan bij de evaluatie van de voortgang of de afronding van de behandeling. Emogram is een feedbackinstrument over de emotionele gesteldheid op het moment van meting. De cliënt wordt terugkoppeling geboden over elf basisemoties, maar ook over hun onderlinge samenhang. Het spreekt voor zich dat mensen zich nooit geheel bewust zijn van elf emoties tegelijkertijd. Tijdens behandelingen is het daarom een welkome aanvulling als emoties gedifferentieerder in beeld kunnen worden gebracht. Dit instrument blijkt daartoe in staat. Het is echter niet goed te vergelijken met reeds bekende instrumenten. Daarom vereist het wel enige gewenning. En dat geldt eerder voor de behandelaar dan de cliënt, zo is ons gebleken. Het leent zich uitstekend voor inpassing in pragmatische behandelsettings, zoals directieve therapie, cognitieve gedragstherapie en coaching. Het kan zowel toegepast worden in verkennende en ontdekkende therapieën, als ook in protocollaire behandelvormen.

Elf emoties

Happiness, Interest en Surprise vormen de drie emoties met een positieve lading. Happiness is uiteraard ondubbelzinnig een positieve emotie. Interest en Surprise zouden ook kunnen samenhangen met een negatieve lading. Maar deze emoties laten toch met name zien in hoeverre men openstaat voor de omgeving en tot interactie met anderen kan komen.

De resterende emoties hebben een negatieve lading: Contempt, Disgust, Anxiety, Shame, Fear, Anger, Distress en Sadness. Contempt toont onder meer de mate van verwijt en externalisering. Shame vormt hiervan een tegenpool. Disgust en Anger laten uiteraard ook een afwerende emotie zien; de eerste meer passief en de laatste actief. Anxiety en Fear betreffen beide uiteraard angst. Maar de eerste is meer gerelateerd aan cognitie, de laatste meer aan gedragmatige respons. Distress en Sadness tonen de onmachtgevoelens, de eerste meer in termen van hulpeloosheid en afhankelijkheid, de laatste betreft het directe ervaren van verdriet.

Bij de ontwikkeling van het instrument was de uitdaging om een snel toepasbaar en tevens kwantificeerbaar instrument te creëren. Bestaande instrumenten, zoals

1 Facial Action Code System

Onderzoek naar emoties en de wijze waarop deze gemeten kunnen worden voerde de ontwikkelaars van Emogram allereerst terug naar Darwin. Zij hebben zich vervolgens gericht op de werken van anderen Carroll Izard, Paul Ekman en Richard Lazarus. Hun historische onderzoek naar de meest objectieve criteria voor universele gelaatsuitdrukkingen bracht hen tenslotte tot het Facial Action Code System. Dit door Ekman en Friesen ontwikkelde systeem definieert op gedetailleerde wijze de fysieke gelaatskenmerken, die betrokken zijn bij de expressie van emoties. Omdat dit systeem niet gebaseerd is op subjectieve beoordelingen biedt het de meest universele criteria voor de te presenteren gelaatsuitdrukkingen.

Er is vervolgens veel studiewerk nodig geweest om de benodigde elf basisemoties daadwerkelijk in beeld te brengen. Elke emotie moest immers ook nog in drie verschillende gradaties beschikbaar komen. En elke presentatie moest voldoen aan de vooraf gestelde criteria van het Facial Action Code System. Bovendien wilde men meerdere personen beschikbaar hebben in het programma, opdat de respondent een keuzevrijheid geboden kan worden ten aanzien van voorkeur voor sekse of ras. Het programma bevat drie vrouwelijke presentatoren en twee mannelijke. Zowel het blanke ras is vertegenwoordigd als het Afrikaanse en Spaanse ras. Gezien de bevolkingssamenstelling van Texas is dit een voor de hand liggende verdeling. Aanvankelijk dachten wij dat we in ons land de presentatoren moesten vervangen door mensen uit de Nederlandse samenleving. Al vrij snel is ons echter gebleken dat respondenten geen enkele moeite hebben met de beschikbare foto's. Dat komt overeen met de ervaring zoals men die in Griekenland heeft opgedaan.

angst- of depressievragenlijsten bieden uiteraard reeds adequate diagnostische middelen. Ze geven echter geen snapshot van de emotionele gesteldheid, die vervolgens over langere tijd gevolgd kan worden. De keuze van de elf emoties is mede bepaald door de omgeving waarin de praktische toepasbaarheid werd onderzocht. Onderzoeken in het San Antonio Rape Crisis Center, in job stress centers en counselors burnout projecten verwijzen bijna rechtstreeks naar de ontwikkelde Knowledge Bases (zie verderop). Het is denkbaar dat bij andere toepassingen een andere samenstelling van emoties ontwikkeld wordt. Wij hebben echter onderzocht dat de bestaande set reeds zeer geschikt is voor zowel de specifieke (trauma, burnout) als voor de algemene toepassingen.

Knowledge Base

Bij de meting kan de aandacht gericht zijn op een actuele gebeurtenis, maar ook op een vroegere gebeurtenis. Voorafgaande aan de toepassing wordt bepaald voor welk doel Emogram gebruikt wordt. Er kan immers gebruik gemaakt worden van verschillende Knowledge Bases. Beschikbaar zijn een Generic versie, een Traumatic Stress versie, een Counselor Burnout versie en een Workplace Stress versie. Elke Knowledge Base is

specifiek ontwikkeld om gedifferentieerd feedback te kunnen geven in termen van Emotion Constructs (zie kader 3). Bij een trauma-behandeling moeten de uitslagen immers anders gewogen worden dan in de algemene versie. In de Counselors Burnout versie (je kunt er als behandelaar dus ook nog zelf direct nut van hebben) wordt anders gewogen dan bij de meer algemenere Workplace Stress versie.

De beschikbare Knowledge Bases geven al aan dat dit instrument zeer toepasbaar is bij de behandeling van traumata, burnout of zelfreflectie van de behandelaar. Voor de ervaren en creatieve behandelaar is het echter een breed inzetbaar hulpmiddel bij de behandeling van zeer uiteenlopende problematiek.

Feedback met betrekking tot de elf basisemoties

Onmiddellijk na de afname kan een rapport worden geprint. Het rapport levert zowel cijfermatige als inhoudelijke feedback. De rapportage reikt als het ware direct gespreksstof aan. Bovenstaand voorbeeld (kader 2) toont het baseline report bij de aanvang van een traumabehandeling. Naast de score bevat dit eerste rapport een omschrijving van elke emotie. Elke score heeft een waarde van minimaal 1 en maximaal 6. Het wordt niet geïnterpreteerd in termen van goed of slecht, maar in

Baseline report

2

Group: Trauma
 Individual: 1954
 Assessed: 20-1-2004 10:35

EMOTION SCORES: Below are scores and descriptions for the basic emotions measured by Emogram. Each Emotion score has a range of 1 through 6.

HAPPINESS (1.23): This emotion emerges when one feels that reasonable progress is being made toward the realization of a goal. Happiness tends to diminish when any of the unpleasant emotions emerge.

INTEREST (1.29): Interest indicates one's willingness to explore new material. It is one of two emotions which measure "openness." It reflects an attempt to gather information and assess the level of risk or potential benefit in the stimulus. High Interest indicates readiness to investigate new issues. Low Interest may result from being exhausted or overwhelmed.

SURPRISE (1.23): Surprise is the other indicator of "openness." We know it as a "startle" reflex that prepares us to attend to new information. It is unlike Interest in that it is more of a forced, reactive response rather than a deliberate inquiry into new material.

DISGUST (4.47): Disgust is an emotional reaction to a specific substance, image, or idea that is distasteful. Regardless of the nature of the stimulus, this emotion conveys an individual's desire to avoid it. Elevated levels of Disgust can cause one to avoid persons, places, or activities that are associated with the stimulus.

CONTEMPT (4.47): This emotion emerges when one believes that the stimulus deliberately acted in a way so as to cause one to have unpleasant emotions. It communicates some degree of threat and assigns blame and responsibility to the stimulus.

ANGER (4): This emotion communicates aggressiveness and an intent to act. At low levels Anger may simply represent determination and help motivate one to alter current circumstances. At high levels Anger can cause one to act in destructive or irrational ways. Anger can be either outwardly or inwardly directed.

FEAR (1.94): Fear is the desire to retreat from a specific threatening stimulus. The stimulus is perceived and identifiable. It can be either real or cognitive. Helplessness is a characteristic quality of this emotion in that the individual has no belief in an ability to attack or aggressively alter the stimulus.

ANXIETY (4.7): Anxiety is essentially fear of unknown or strictly cognitive stimuli. The stimulus is typically a cognitive pattern of multiple, omnipresent elements that suggest ominous conditions or events. Whether the Anxiety is justified or not, the attention given to such cognitions limits one's ability to engage in normal activities. This definition differs from the clinical diagnosis.

SHAME (5.7): This emotion is the result of a belief that the self is in some way flawed and unworthy. While the stimulus for Shame can be external, it is very often cognitive. Shame is a common emotion that emerges when a person directs blame toward self as a result of perceived failures or shortcomings.

DISTRESS (5.23): This emotion communicates vulnerability and a need for help. The expression solicits sympathy from others thereby encouraging others to provide comfort and support.

SADNESS (3.05): This emotion reflects the recognition (and possible acceptance) that something of personal value has been irretrievably lost. Helplessness is a characteristic quality of Sadness and so the emotion can limit one's ability to engage in normal activities. Because it represents recognition that events are not as desired it constitutes a polar opposite to Happiness.

welke mate de respondent herkent of de hoogte van de uitslag een reële weergave is van diens emotionele gesteldheid.

Feedback aan de hand van de gebruikte Knowledge Base

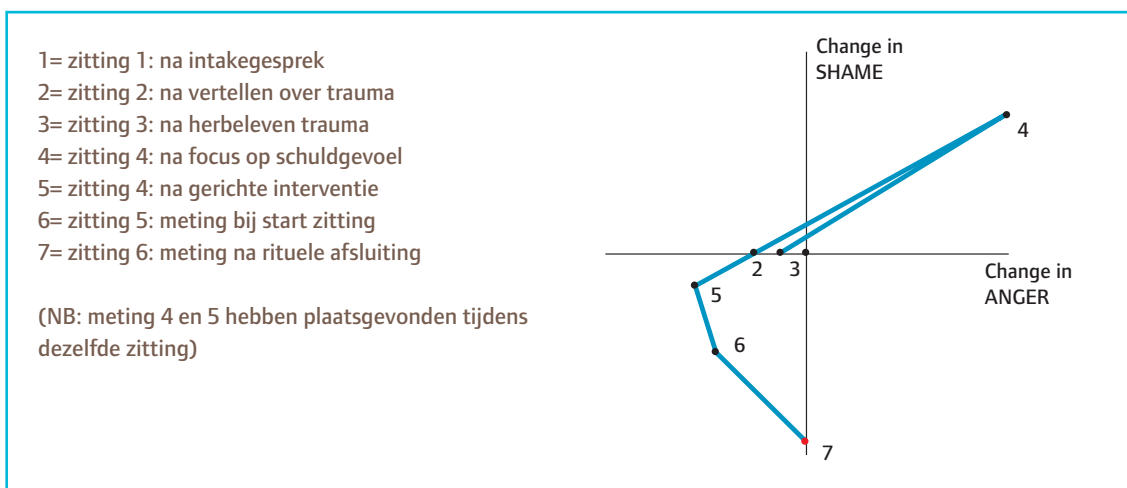
Afhankelijk van de gemaakte keuze voor de te gebruiken Knowledge Base worden de scores gewogen in de interpretatie van de Emotion Constructs. Per construct wordt vermeld welke emoties worden meegewogen. In kader 3 worden de gegevens uit het baselinereport (zie kader 2) geïnterpreteerd door de Trauma specifieke Knowledge Base. Dit soort samengestelde uitslagen levert weer extra informatie, die het bespreken van gevoelens vergemakkelijkt. In deze casus gaf bijvoorbeeld het samengaan van verwijt naar anderen en zelfverwijt een verrassende herkenning (internal en external accountability), maar zeker ook de kracht van de opgekropte lading (impetuousness), waarvan de respondent zich aanvankelijk niet bewust was.

Feedback met betrekking tot phase planes

Het verloop van de behandeling over meerdere zittingen is goed in beeld te brengen door middel van de

zogenaamde phase planes. Hierbij wordt op grafische wijze weergegeven hoe de ontwikkeling van twee emoties ten opzichte van elkaar zijn verlopen. Op een gemakkelijke wijze kan elke gewenste combinatie van emoties in beeld worden gebracht. Feedback over het behandelresultaat wordt door deze visuele ondersteuning extra versterkt.

Figuur 3 toont het verloop van de score van een cliënt gedurende de succesvolle behandeling van een traumatische ervaring. In deze illustratie is de score op schaamte afgezet tegenover de score op woede. Een phase plane dient als volgt geïnterpreteerd te worden: punt 1 betreft de baseline-meting en bevindt zich per definitie op het kruispunt. Op dit punt liggen de bereikte waarde van schaamte en van woede zoals die bij meting 1 tot stand kwam. Elke volgende meting geeft de verandering aan ten opzichte van de vorige meting. Een toename van schaamte leidt tot een stijging op de verticale lijn; een afname juist tot een daling op deze lijn. Een toename van woede zal leiden tot een verschuiving naar rechts op de horizontale lijn; een afname tot een verschuiving naar links. De interactie van de twee uitslagen bepaalt uiteindelijk het volgende kruispunt van de vervolgmetingen (punt 2, 3 etc.). Middels een juist



Figuur 3 phase plane van shame en anger, bij een traumagerelateerde behandeling

Weergave van de score uit het baseline report, gerelateerd aan de Trauma Knowledge Base

3

EMOTION CONSTRUCTS: Additional measures are created by combining and mathematically transforming the basic emotion scores. These measures and their derivations are described below.

E-QUALITY (Emotional Quality) (-58.88): This index is a global measure of the emotional state in that it incorporates all of the basic emotions. It is computed by subtracting the average of all the unpleasant emotions (Disgust, Contempt, Anger, Fear, Anxiety, Shame, Distress, and Sadness) from the average of the pleasant emotion scores (Happiness, Interest, and Surprise). The difference is then scaled to an index with the range of +100 to -100.

E-DISTANCE (Emotional Distance) Not reported on baseline. This is a measure of the absolute change in all emotions when compared to the previous assessment. It is a precise measure computed as the distance through 11-dimensional space using the Pythagorean equation. The distance traveled (the difference from one state to the next) is then scaled to an index with the range of 0 to 100%. The E-Distance score is provided on all subsequent reports.

OPENNESS (1.26): This is a measure of one's readiness to process new information. This score is computed as the average of Interest and Surprise. It has a range of 1 through 6.

INTERNAL ACCOUNTABILITY (4.29): While Shame is typically used as a measure of self blame, this score broadens the definition of self-accountability to include Fear and Distress. The score is computed as the average of the Fear, Shame, and Distress scores and has a range of 1 through 6.

EXTERNAL ACCOUNTABILITY (4.47): Contempt is typically used as an indicator of blame directed at others. This measure extends the attribution of unpleasant feelings to include Disgust. It is computed as the average of Disgust and Contempt and has a range of 1 through 6.

CONGRUENCE (1.23): Congruence is the extent to which events are believed to be aligned with desires. Congruence is measured by the Happiness score which has a range of 1 through 6.

INCONGRUENCE (4.18): Incongruence is defined as the extent to which events are in conflict with one's desires. Such conflict produces a variety of unpleasant emotions. Here we measure incongruence by averaging the Anger score with the average of the Contempt, Disgust, Shame, Fear, and Distress scores. Anger, therefore, constitutes half of the weight of this measure. The resulting incongruence score has a range of 1 through 6.

RELEVANCE (2.7): This measure indicates the extent to which an individual is emotionally engaged with the target issue. It is computed by averaging the Congruence and Incongruence measures defined above. It has a range of 1 through 6.

IMPETUOUSNESS (31.81): This measure indicates the propensity to act spontaneously (usually in unsafe ways) as a result of having limited Fear while Anger, Shame, and Contempt are elevated. The index is computed as the product of the Anger, Contempt, Shame, and Fear scores (where Fear is reverse scaled). The index has a range of 0 through 100.

This is your Baseline Report. Future reports will provide analyses.
(c) Chaotics International, 2003.

4 Non-lineaire wetenschap

De term non-lineair verwijst naar de wetenschap die zich bezig houdt met de kwantificeerbare interactie van twee of meer elementen. Hiervoor wordt ook wel de term chaos theory gehanteerd. Historisch gezien werden non-lineaire methodes vooral in de astronomie toegepast bij de bestudering van het verloop van sterrenstelsels. Deze statistische benaderingswijze lijkt op voorhand niet aangegeven voor de sociale wetenschap. Toch is de interactie van emoties een buitengewoon complex geheel en in feite dus ook een non-lineair systeem. Dan is daarvoor ook een non-lineaire meetmethode aangewezen. Inzicht in enkele kernbegrippen van de non-lineaire wetenschap draagt bij tot het begrijpen van het nut van deze meetmethode met betrekking tot het kwantificeren van veranderingen in emoties.

1. *Incremental evolution*: elke verandering bouwt voort op een voorgaande positie.

Dat betekent dat als er een verandering in een emotie gemeten wordt ten opzichte van een vorige meting, dan kan er een voorspelling gedaan worden over de richting van de volgende meting. Vergelijk het kijken naar een ster: meerdere metingen zullen bijdragen aan de voorspelling in welke richting en met welke snelheid de ster zich zal verplaatsen. Het verschil met een ster is dat wij er geen invloed op kunnen uitoefenen. In de emotionele gesteldheid van personen kunnen we dat wel, bijvoorbeeld middels therapeutische interventies. Meting van veranderingen geeft aanwijzingen voor de gewenste interventies en illustreert bij vervolgmetingen bovendien het effect van interventies.

2. *Multidimensionality*: meerdere emoties bestaan niet uit losse eenheden. Emoties zijn als een sterrenstelsel; er is sprake van een voortdurende wederkerige causaliteit tussen diverse elementen. Om deze beïnvloeding van emoties in kaart te brengen schiet lineair meten tekort; hiervoor is een non-lineair meetinstrument noodzakelijk.

3. *Trajectories*: opeenvolgende metingen van de emotionele gesteldheid brengen een tijdslijn in beeld. Meerdere momentopnamen na elkaar tonen een interactieve ontwikkeling. Dit is zichtbaar te maken in phase planes, waarbij veranderingen in emoties in de loop der tijd en ten opzichte van elkaar in beeld worden gebracht. Alleen een non-lineair meetinstrument biedt deze mogelijkheid.

Voor ons, die enkel met traditionele meetmethodes zijn opgeleid, waren bovenstaande begrippen aanvankelijk hersenbrekers. Maar nadat wij de praktische toepassingen hebben leren kennen, kwamen zelfs deze abstracte begrippen tot leven.

onderscheid van de kwadranten is gemakkelijk het verloop af te lezen. Het kwadrant rechtsboven toont een toename van beide emoties, vergeleken met de voorafgaande meting. Het kwadrant linksonder toont een afname van beide emoties. Het kwadrant rechtsonder betreft toename van woede, gekoppeld aan een afname van schaamte. Het kwadrant linksboven juist het omgekeerde, dus een afname van woede, gekoppeld aan een toename van schaamte.

Elke meting is een momentopname. Daarom wordt telkens zorgvuldig de situatie aangetekend, waarop de cliënt gericht is tijdens de meting. In bovenstaand praktijkvoorbeeld is goed te zien hoe schaamte en woede afnemen tijdens het verloop van de behandeling. Van deze visualisatie van een behandelingseffect blijkt een bijzonder versterkend effect naar de cliënt uit te gaan.

Naast het subjectieve gevoel van verbetering wordt hiermee immers ook een tastbaar houvast geboden.

Praktijkervaring

Terug in Nederland waren we als praktijkmensen bovenal nieuwsgierig naar de praktische waarde van dit programma voor ons dagelijkse werk. Vanaf het eerste moment bleken onze ervaringen aan te sluiten bij de gewekte verwachtingen. Maar ook onze directe collega's zijn er enthousiast mee aan de slag gegaan, nadat ze door ons waren opgeleid.

Binnen onze eigen werksetting hebben we inmiddels de nodige ervaring opgedaan met Emogram. Gezamenlijk werd intussen al bij zo'n 250 behandelingen Emogram als methode gebruikt. Cliënten ervaren het doorgaan als een prettige en gemakkelijke methode. Reeds in

Een praktijkvoorbeeld

5

Een vrouw gaf aan dat ze haar echtgenoot betrapt had op stiekem gokken. Ze was er zelf achter gekomen en had vervolgens begrip getoond en aangeboden hem te helpen herhaling te voorkomen (!).

Daarop werd ze uitgenodigd weer Emogram te gebruiken, waarbij haar gevraagd werd de aandacht te richten op dit voorval. De rapportage in deze vervolgmeting gaf onder meer deze letterlijke tekst:

APPRAISAL: This section examines the way in which we assign blame for negative emotions. It reflects changes in shame (blaming self) and contempt (blaming others).

You are assigning more blame to self and less to others; the shame score has increased to 5.76 and contempt has decreased to 1.29.

COPING STRATEGY: This section relates to the strategies we employ to cope with our emotions. It addresses the propensity to approach (anger) or retreat (fear) in relation to the target material.

You are more fearful than in the prior assessment. Fear has increased from 2.29 to 3.29 while anger has remained constant at 1. You may attempt to avoid or withdraw from the target material.

Dit fragment uit de rapportage bleek voor haar confronterend genoeg om haar man juist op zijn eigen verantwoordelijkheid te gaan aanspreken, hetgeen een belangrijke wending in de behandeling bracht.

Texas hebben wij ervoor kunnen zorgen dat de zes-puntsschaal van een Nederlandse tekst werd voorzien. De Engelstalige rapportage blijkt in de praktijk minder bezwaarlijk dan wij vooraf hadden ingeschat. Juist omdat de tekst gezamenlijk met de cliënt besproken wordt, bestaat alle gelegenheid om duidelijkheid te verschaffen. Het handhaven van de Engelse taal vergemakkelijkt bovendien de uitwisselbaarheid van gegevens in internationaal verband.

We zijn onder de indruk van de effecten van dit instrument. In zowel de setting van bedrijfsmaatschappelijk werk als van de psychotherapiepraktijk - bij de behandeling van specifieke traumata of burnout - als bij coachende of ontdekkende behandelingen is Emogram bruikbaar gebleken. Zo blijkt dat vroegtijdige toepassing van het instrument bij politiefunctarissen die traumatiserende ervaringen meemaken, sneller leidt tot het uiten en kunnen bespreken van doorgemaakte emoties. In de psychotherapiepraktijk vergemakkelijkt het niet alleen de behandeling van traumatische ervaringen of burnout, maar ook de verkenning van of confrontaties met gevoelens, zoals bij keuzeproblematiek of ambivalentie.

Wetenschappelijk onderzoek

Vernieuwing is inspirerend maar ook lastig. Hoe zorgvuldig men ook te werk is gegaan bij de ontwikkeling van Emogram, voortgezet wetenschappelijk onderzoek blijft lastig. Validatie-onderzoek is op voorhand een moeilijke zaak. Maar hebben we dat niet eerder meeemaakt? De eerste instrumenten om intelligentie, psychi-

sche klachten of persoonlijkheidskenmerken te meten, hebben soortgelijke problemen gekend. Recent promoveerde Suzy Mudge op validatie-onderzoek. Zij toonde een significante correlatie aan tussen de scores op de Anger Scale van Emogram en de State-Trait Anger Expression Inventory-2 (STAXI-2). Men popelt om het validatie-onderzoek uit te breiden, maar betrouwbaar vergelijkingsmateriaal is schaars. Uiteraard is ook doorontwikkeling een belangrijke zaak. Wij hebben de ontwikkelaars leren kennen als non-defensief. Ze moedigen verder wetenschappelijk onderzoek van harte aan. Ze werken al enkele jaren samen met Griekse en nu ook met Nederlandse gebruikers en/of onderzoekers. Dat ze overtuigd zijn van de waarde van hun instrument blijkt onder meer uit hun aankondiging van een eerste internationaal congres over Emogram in juni 2005 in Griekenland.

Vervolg

Wat binnen onze eigen mogelijkheden ligt is het uitbreiden van praktijkervaring. Dat hebben we allereerst gedaan binnen onze eigen setting. Vervolgens hebben we ook onze ervaringen gedeeld met andere belangstellenden. Dat heeft er reeds toe geleid dat in september van dit jaar de eerste Emogram-opleiding in Nederland van start gaat. De gemakkelijke toepasbaarheid van het instrument mag immers niet leiden tot lichtzinnig gebruik ervan, net zo min als bij gangbare psychodiagnostische instrumenten. De wijze van afname dient goed getraind te worden en de gebruikers moeten in staat zijn om de opgeroepen effecten op een juiste wijze te hanteren.

Een verantwoord gebruik vereist een voldoende opleidings- en ervaringsniveau. Daarbij denken wij aan maatschappelijk werkenden, eerstelijnspsychologen, GZ-psychologen en psychotherapeuten, die werkzaam zijn in een coachende of in een therapeutische setting. Wij hopen dat zowel vanuit het werkveld als vanuit de universiteiten dit instrument voldoende aandacht zal krijgen. Bredere praktijkervaring en verder wetenschappelijk onderzoek zal uiteindelijk pas kunnen uitwijzen in welke mate dit instrument een aanwinst voor de psychologie zal zijn.

Meer informatie

Voor meer informatie over Emogram zie: www.emogram.com. Over Emogramopleiding in Nederland zie www.perspectief.net

Noot

- 1 H.R. Priesmeyer, PhD., is werkzaam als Associate Professor aan St.Marys University en is expert in chaos theory. S.D. Mudge, PhD. is onlangs gepromoveerd op onderzoek naar de validering van de Anger Scale van Emogram in vergelijking met de STAXI-2. C.T. Grinnan is gespecialiseerd behandelaar van adolescenten met gedragsstoornissen.



voorlichting

Elk mens wordt in zijn leven geregeld geconfronteerd met moeilijke of spannende situaties. Het aanpakken of oplossen van deze situaties kan lastig zijn, omdat de gevolgen niet altijd te overzien zijn. Daardoor kun je keuzes uitstellen of de verkeerde keuzes maken. De problemen blijven dan onopgelost of kunnen soms versterkt worden. In deze bijdrage bieden we je een stappenplan voor het aanpakken van problemen. Je kunt dit stappenplan alleen uitvoeren, maar het is beter om het samen met een ander te doen. Je kunt dan met elkaar overleggen en je houdt het misschien beter vol. Alle stappen worden in elk geval op papier uitgeschreven. Het beste kun je er een apart schrift voor aanschaffen.

Stappenplan voor het oplossen van problemen

Colin van der Heiden

1. Wat is het probleem dat ik wil aanpakken?

Beschrijf hier het probleem waarmee je zit. Bijvoorbeeld, je vervelend voelen in bepaalde situaties of bezorgd zijn over iets wat staat te gebeuren. Maak het probleem zo concreet mogelijk. Het kan soms helpen je af te vragen, wat je het meeste dwarszit. Doet het probleem zich bij herhaling voor, dan kan het helpen om bij de laatste keer goed na te gaan hoe het probleem eruit zag. In je gedachten kun je bijvoorbeeld nogmaals de situatie doorlopen. Vaker blijkt het probleem te bestaan uit meerdere kleinere problemen. Maak dan een keuze. Wat is het eerste probleem dat je wilt aanpakken? Ook wanneer er meer problemen zijn zul je een keuze moeten maken.

Problemen kunnen niet allemaal tegelijkertijd aangepakt worden. Wees je ervan bewust dat deze eerste stap tegelijkertijd ook de belangrijkste stap is. Het is vaak moeilijk om het probleem concreet en helder te maken. Overhaast je niet. Neem er de tijd voor.

2. Wat zou ik willen bereiken?

Denk na over welk doel je zou willen bereiken. Zorg ervoor dat het doel concreet is. Hoe zou je je willen voelen of hoe zou je je willen gedragen in de toekomst? Probeer het doel zoveel mogelijk in concreet gedrag te beschrijven zoals 'Ik wil niet meer langer dan 10 minuten bellen.' Of 'Ik wil leren niet agressief maar assertief

te reageren als iemand een vervelende opmerking maakt tijdens een vergadering.' Het is ook belangrijk dat je je afvraagt of je doel re-

alistisch is. Niet-haalbare doelen leiden meestal tot latere teleurstelling. Successen, hoe klein ook, geven je weer moed om verder te gaan.

Niet-haalbare doelen leiden meestal tot latere teleurstelling. Successen, hoe klein ook, geven je weer moed om verder te gaan.

Colin van der Heiden, GZ-psycholoog-psychotherapeut, is werkzaam als psychotherapeut bij DeltaBouman, afdeling Gespecialiseerde behandeling te Spijkenisse (colbi@kabelfoon.nl).

3. Welke mogelijkheden heb ik?

Deze stap heet 'alternatieven bedenken'. Het is de bedoeling dat je nu gaat nadenken over mogelijkheden om het probleem aan te pakken en je doel te bereiken. Laat je gedachten in deze fase de vrije loop en noteer iedere aanpak. Alles wat je hierover bedenkt is goed. Soms lijkt een bepaalde aanpak in eerste instantie vreemd, raar of onzinnig. Noteer die aanpak dan toch. Juist zo'n onzinnig idee kan de basis zijn voor een geheel nieuwe oplossing die nooit serieus door jou overwogen werd. Andere manieren om mogelijke oplossingen te verzinnen is je af te vragen wat een ander (bijvoorbeeld iemand die je goed kent) zou doen in

jouw plaats. Weer een andere manier is voorlopig de woorden 'als maar' weg te laten. Mensen denken vaak: 'Ik zou wel dit kunnen doen, als ik maar niet zo onzeker was' of 'als men maar naar mij luisterde'. Probeer de woorden 'als maar' nu eens weg te laten, terwijl je mogelijke oplossingen bedenkt. Alle mogelijke oplossingen worden op papier genoteerd.

4. Wat zouden de gevolgen zijn?

Je bekijkt nu een voor een de oplossingen die je in stap drie genoteerd hebt. Bij iedere oplossing ga je na:

- (1) wat de voordelen ervan zijn;
- (2) wat de nadelen ervan zijn;

1 Een praktijkvoorbeeld

Dhr. Jurgens, een 48-jarige medewerker van een verzekeringsinstelling, is ontevreden over zijn werkgever. Aan de hand van het stappenplan pakt hij zijn problemen samen met een ander aan:

Stap 1: wat is het probleem dat ik wil aanpakken?

Dhr. Jurgens wordt gevraagd in concrete termen te beschrijven wat precies het probleem is; wanneer en in welke situaties doen de moeilijkheden zich voor? Hij beschrijft vervolgens dat zijn baas hem geregeld op de afdeling en in overlegsituaties onvriendelijk of belerend toespreekt. Dhr. Jurgens is hier boos over, maar reageert op die momenten niet of nauwelijks.

Stap 2: wat zou ik willen bereiken?

Dhr. Jurgens geeft aan zich niet meer in het bijzijn van zijn collega's vernederd te willen voelen. Hij wil dat zijn baas hem anders aanspreekt op fouten.

Stap 3: welke mogelijkheden heb ik?

Dhr. Jurgens noteert de volgende oplossingen: mijn baas direct om een gesprek vragen als me iets niet bevalt, mijn baas een klap voor zijn kop verkopen, een andere baan zoeken, overplaatsing aanvragen, mijn beklag bij de directie doen, uit eten gaan met mijn baas om over onze relatie te praten, een gesprek met mijn baas aanvragen om over onze moeilijkheden te praten, en mijn baas negeren.

Stap 4: wat zouden de gevolgen kunnen zijn?

De voordelen van de optie 'mijn baas een klap voor zijn kop verkopen' zijn volgens dhr. Jurgens dat de actie hem zal opluchten: zijn baas weet dan in elk geval hoe hij over hem denkt. De nadelen zijn dat hij zeer waarschijnlijk zijn werk kwijt zal raken, met alle gevolgen van dien: mogelijk wordt een aanklacht wegens mishandeling tegen hem ingediend. Dergelijk agressief gedrag is bovendien eigenlijk niet zijn stijl. Het verwachte resultaat is dan ook dat deze oplossing hem meer nadelen dan voordelen biedt: hij verliest zijn werk en kan misschien daarna nog maar moeilijk aan het werk komen. De voordelen van 'een andere baan zoeken' zijn dat dhr. Jurgens dan van zijn vervelende baas af is en daarmee mogelijk ook van zijn spanningsklachten. De nadelen zijn dat hij dan ook zijn leuke collega's kwijt is, hij zijn werk op zich leuk vindt, hij al ruim 20 jaar bij dit bedrijf werkt, hij zijn zekerheden niet wil opgeven en eigenlijk niet weg wil lopen voor een vervelende baas. De verwachte uitkomst is dat hij spijt zal krijgen als hij deze oplossing kiest. Dhr. Jurgens wil de oplossing achter de hand houden voor later, maar eerst de situatie proberen te verbeteren.

Stap 5: wat ga ik toepassen?

Op basis van de ingeschatte gevolgen kiest dhr. Jurgens ervoor een gesprek op kantoor met zijn baas aan te vragen om over de problemen te praten.

Stap 6: uitvoering

Met dhr. Jurgens wordt doorgesproken wanneer hij met zijn baas gaat praten en wat hij wil zeggen. Dit laatste wordt puntsgewijs genoteerd. Ook wordt doorgenomen hoe zijn baas kan reageren (boos, niet begrijpend, beschuldigend, begripvol) en op welke manier dhr. Jurgens hierop kan reageren. Dit wordt geoefend in rollenspelen. Vervolgens voert de werknemer de oplossing uit.

Stap 7: werkt het?

Het gesprek met zijn baas verliep bij dhr. Jurgens naar tevredenheid. Hij kon zijn voorgenomen punten op assertieve wijze naar voren brengen. Zijn baas reageerde redelijk begripvol en nam de ervaren problemen in elk geval serieus. Zijn baas zegde toe dhr. Jurgens in het bijzijn van collega's vriendelijker aan te spreken en kritiek onder vier ogen aan hem mee te delen. Ze spraken verder af de komende drie maanden elke vrijdag om vier uur kort met elkaar te evalueren over de afgelopen week. Hierin zouden ze zowel positieve als negatieve feedback op elkaar geven. Als het gesprek minder goed was verlopen (bijvoorbeeld de baas had zich autoritair opgesteld, of ze hadden ruzie gekregen) dan was er een nieuw probleem ontstaan. Het stappenplan zou dan nogmaals doorgelopen worden, waarbij bijvoorbeeld de optie 'overplaatsing aanvragen' serieus in beeld was gekomen.

(3) wat waarschijnlijk het resultaat zal zijn van je oplossing.

Het kan zinnig zijn je af te vragen wat de voor- of nadelen zijn op korte en op langere termijn. Het kan je wederom helpen om je in gedachten voor te stellen dat je de oplossing in praktijk brengt. Alle punten worden weer netjes op papier genoteerd.

5. Wat ga ik toepassen?

Je leest alle oplossingen door uit stap 3 en alle voor- en nadelen en het te verwachten resultaat uit stap 4. Oplossingen die naar verwachting geen goed resultaat zullen opleveren, worden weggestreept. Oplossingen waarbij de nadelen groter zijn dan de voordelen worden eveneens weggestreept. Hou je een aantal mogelijke oplossingen over, vraag je dan nogmaals af met welke oplossing je de grootste kans van slagen hebt. Vraag je eveneens af welke oplossing het makkelijkst is toe te passen. De oplossing die nu het beste lijkt wordt gekozen. Neem voor deze afweging wat langer de tijd als je die nodig denkt te hebben.

6. Uitvoering.

Je hebt nu een bepaalde oplossing gekozen. Ga nu na hoe je deze het best kunt aanpakken. In sommige gevallen is dat een bepaalde afspraak die je met jezelf maakt of het vastleggen van het moment waarop je jouw voornemen gaat uitvoeren. In veel gevallen is meer planning nodig. Je deelt bijvoorbeeld je aanpak op in een aantal opeenvolgende stappen. Deze stukjes worden in detail beschreven en ieder stukje wordt gepland. Met welke stap begin je? Wat wordt afhankelijk daarvan de tweede stap, wat de derde? Wanneer kun je daarmee het best beginnen? Wanneer volgt dan de tweede stap? Het kan ook zijn dat je met anderen of met je behandelbaar gaat overleggen hoe je de aanpak het best kan uitvoeren. Wanneer alles is voorbereid en overdacht, voer je je aanpak uit.

7. Werkt het?

Je kijkt terug op de oplossing die je hebt uitgevoerd en je gaat na of deze oplossing heeft geleid tot het gestelde doel. Als dat zo is, dan is daarmee het probleem opge-

lost. Ook mogelijk is dat je je doel niet of niet helemaal hebt bereikt. In dat geval is het belangrijk na te gaan waarom dat zo is. De gekozen oplossing en de actie die je

In veel gevallen is meer planning nodig. Je deelt bijvoorbeeld je aanpak op in een aantal opeenvolgende stappen.

hebt ondernomen leiden tot meer informatie over de wijze waarop de oplossing effectiever kan worden gemaakt. Op basis van deze nieuwe informatie kunt je bovenstaande stappen nogmaals doorlopen. Ook kun je alleen stap 5 nog eens doorlopen en beoordelen of een andere oplossing wel tot het gewenste resultaat kan leiden.

Tot slot

Met behulp van dit stappenplan kun je niet alleen een bestaand probleem oplossen. Het biedt je ook een handvat om problemen in de toekomst gericht aan te pakken.

Deze bijdrage is gebaseerd op de volgende literatuur:

D'zurilla TJ & Goldfried MR (1971) Problem solving and behavior modification. *Journal of abnormal psychology* 78: 107-126

Hoogduin CAL (1980) Over het nemen van beslissingen. In K van der Velden (red) *Directieve therapie deel 2*. Deventer: Van Loghum Slaterus

HSK-groep (1997) *Stappenplan voor het oplossen van problemen: cliënteninformatiefolder* (interne publicatie)

Lange A (1994) *Gedragsverandering in gezinnen*. (zesde volledig herziene druk). Groningen: Wolters-Noordhoff

Osborn AF (1963) *Applied imagination principles and procedures of creative problem solving*. New York: Scribner's

select



We presenteren hier een selectie uit de internationale vaktijdschriften, met name themanummers en overzichtsartikelen. We signaleren bijdragen die een bondig overzicht geven van de stand van zaken en nuttige informatie bieden voor de praktijk van de hulpverlening. Bij elk artikel vermelden we het adres (eventueel e-mail) van de auteur aan wie u een kopie van het artikel kunt vragen.

ADHD

Wat is de klinische betekenis van de diagnose ADHD bij volwassenen?

Zwi M & York A

Attention-deficit hyperactivity disorder in adults: validity unknown

Advances in psychiatric treatment 2004, 10: 248-259

M Zwi, Child and Family Consultation Centre, Richmond Royal, Kew Foot Road, Richmond, Surrey TW9 2TE, VK (morris.zwo@swlstg-tr.nhs.uk)

Sobanski E & Alm B

Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Erwachsenen: ein Überblick

Nervenarzt 2004, 75: 697-716

E Sobanski, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, J 5, 68159 Mannheim, Duitsland (sobanski@kv.zi-mannheim.de)

Angststoornissen bij kinderen

Over het effect van cognitief-gedragstherapeutische behandelingen.

Van der Toorn SLM & Ferdinand RF

Angststoornissen bij kinderen: welke psychosociale behandeling is bewezen effectief?

Tijdschrift voor psychiatrie 2004, 46:167-177

SLM van der Toorn, Polikliniek kinder- en jeugdpsychiatrie, postbus 2060, 3000 CB Rotterdam (vandertoorn@erasmusmc.nl)

Anorexia nervosa

Het eerste artikel geeft overzicht van de kennis over erfelijkheid en het tweede bespreekt nieuwe behandelingsideeën.

Gorwood P, Kipman A & Foulon C

The human genetics of anorexia nervosa

European journal of pharmacology 2003, 480: 163-170

P Gorwood, Service de Psychiatrie, Hopital Louis Mourier (AP-HP), 178 rue des Renouillers, 92700, Colombes, Frankrijk (philip.gorwood@lmr.ap-hop-paris-fr)

Sodersten P, Bergh C & Ammar A

Anorexia nervosa: towards a neurobiologically based therapy

European journal of pharmacology 2003, 480: 67-74

P Sodersten, Section of Applied Neuroendocrinology, AB Mando, Center for Eating Disorders, Karolinska Institutet, Novum, S-141 57, Huddinge, Zweden (per.sodersten@neurotec.ki.se)

Boulimia nervosa

Over de reële effectiviteit van psychologische behandelingsmethoden, met name cognitieve gedragstherapie.

Clausen L

Review of studies evaluating psychotherapy in bulimia nervosa: the influence of research methods

Scandinavian journal of psychology 2004, 45: 247-252

L Clausen, Aarhus University, Department of Psychology, Asylvej 4, 8240 Risskov, Denemarken (loa.clausen@post.tele.dk)

Lundgren JD, Danoff-Burg S & Anderson DA

Cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa: an empirical analysis of clinical significance
International journal of eating disorders 2004, 35: 262-274
 JD Lundgren, Department of Psychology, The State University of New York, Albany, NY 12222, VS (jl3799@albany.edu)

Cognitieve disfuncties

Het eerste artikel bespreekt de behandeling van cognitieve disfuncties bij psychosen en depressie; het tweede gaat over cognitieve therapie als aanvulling van farmacotherapie bij schizofrenie.

Medalia A & Lim R

Treatment of cognitive dysfunction in psychiatric disorders
Journal of psychiatric practice 2004, 10: 17-25
 A Medalia, Montefiore Medical Center, Klau-2, 111 East 210 Street, Bronx, NY 10467, VS

Turkington D ea

Cognitive behavioral therapy for schizophrenia: a review
Journal of psychiatric practice 2004, 10: 5-16
 D Turkington, Royal Victoria Infirmary, Department of Psychiatry, Richardson Road, Newcastle-upon-Tyne, NE1 4LP, VK

Dementie

Gebruik van atypische antipsychotica voor behandeling van storend gedrag bij dementie.

Lee PE ea

Atypical antipsychotic drugs in the treatment of behavioural and psychological symptoms of dementia: systematic review
British medical journal 2004, 329: 75-80 (te lezen op internet:
bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/329/7457/75)
 PE Lee, Rotman Research Institute, Baycrest Centre for Geriatric Care, 3560 Bathurst Street, Toronto, Ontario M6A2E1, Canada (pelee@providencehealth.bc.ca)

Depressie

Wat bepaalt het beloop van depressies? En hoe zit het met depressies ten gevolge van inname van medicijnen?

Spijker J, Bijl RV & Nolen WA

Duur van depressieve episoden en determinanten van beloop
Tijdschrift voor psychiatrie 2004, 46: 229-235
 J Spijker, De Gelderse Roos, Willy Brandlaan 20, 6716 RR Ede (j.spijker@degelderseroos.nl)

Patten SB & Barbui C

Drug-induced depression: a systematic review to inform clinical practice
Psychotherapy and psychosomatics 2004, 73: 207-215
 SB Patten, Departments of Community Health Sciences and Psychiatry, 3330 Hospital Drive NW, Calgary, Alberta, Canada (patten@ucalgary.ca)

Depressie: behandeling

Het eerste artikel bespreekt farmacotherapie in geval van therapieresistentie en het tweede gaat in op de combinatie met psychotherapie.

Pridmore S & Turnier-Shea Y

Medication options in the treatment of treatment-resistant depression
Australian and New Zealand journal of psychiatry 2004, 38: 219-225
 S Pridmore, Royal Hobart Hospital, Hobart, Tasmania, Australië (spridmore@iprimus.com.au)

Friedman MA ea

Combined psychotherapy and pharmacotherapy for the treatment of major depressive disorder
Clinical psychology: science & practice 2004, 11: 47-68
 MA Friedman, Department of Psychology, Rutgers University, 152 Frelinghuysen Road, Piscataway, NJ 08854-8020, VS (mikefri@rci.rutgers.edu)

Dwangstoornis

Aan de hand van een casus wordt de aanpak van een dwangstoornis besproken.

Bouvard Ma, Millierey M & Cottraux J

Management of obsessive compulsive disorder
Psychotherapy and psychosomatics 2004, 73: 149-157
 MA Bouvard, Département de Psychologie, Université de Savoie, BP 1104, F-73011 Chambéry, Frankrijk (martine.bouvard@univ.savoie.fr)

Eetstoornissen

Het eerste artikel bespreekt de culturele invloeden op het ontstaan van eetstoornissen. Het tweede artikel geeft een overzicht van kenmerken en behandeling van eetstoornissen bij mannelijke adolescenten.

Markey CN

Culture and the development of eating disorders: a tripartite model

Eating disorders: the journal of treatment & prevention 2004, 12: 139-156.

CN Markey, Department of Psychology, Rutgers University, 311 North 5th Street, Camden, NJ 08102, VS (chmarkey@camden.rutgers.edu)

Rosen DS

Eating disorders in adolescent males

Adolescent medicine state of the art reviews 2003, 14: 677-689

DS Rosen, Department of Pediatrics, University of Michigan Medical School, Ann Arbor, Michigan 48109-0718, VS

Ethiek

Het eerste artikel gaat over het nemen van beslissingen over kinderen. Het tweede bespreekt grensoverschrijdend gedrag en seksueel misbruik van patiënten in de GGZ.

Paul M

Decision-making about children's mental health care: ethical challenges

Advances in psychiatric treatment 2004, 10: 301-311

M Paul, Warwick Medical School, Division of Community Health, Coventry CV4 7AL, VK (moli.paul@warwick.ac.uk)

Sarkar SP

Boundary violation and sexual exploitation in psychiatry and psychotherapy: a review

Advances in psychiatric treatment 2004, 10: 312-320

SP Sarkar, Broadmoor Hospital, Crowthorne, Berkshire RG45 7EG, VK (sameer.sarkar@wlmht.nhs.uk)

Geloof

Betekenis van religie en geloof in omgang met patiënten.

Dein S

Working with patients with religious beliefs

Advances in psychiatric treatment 2004, 10: 287-295

S Dein, Derwent Centre, Hamstel Road, Harlow, Essex CM20 1QX, VK (s.dein@ucl.ac.uk)

Geweld

Het inschatten van (risico van) geweld bij psychiatrische patiënten.

Anderson TR

Assessing psychiatric patients for violence

Community mental health journal 2004, 40: 379-399

TR Anderson, Comprehensive Assessment and Response Training System, 1757 West Roosevelt Road, Room 155, MC 757, Chicago, IL 60608, VS (tanderson@psych.uic.edu).

Onverklaarde hartpijn

Psychologische benadering van onverklaarde pijn in de borststreek.

Esler JL & Bock BC

Psychological treatments for noncardiac chest pain: recommendations for a new approach

Journal of psychosomatic research 2004, 56: 263-269

BC Bock, Centers for Behavioral and Preventive Medicine, Miriam Hospital, Coro Building, Suite 500, 1 Hoppin Street, Providence, RI 02903, VS

Persoonlijkheidsstoornissen

Wat is er bekend over persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen?

Van Alphen SPJ ea

Persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen: een overzicht

Tijdschrift voor psychiatrie 2004, 46: 145-156

SPJ van Alphen, Mondriaan Zorggroep, Divisie Ouderen-ambulant, postbus 4436, 6401 CX Heerlen (spj.vanalphen@wxs.nl)

Posttraumatische stress-stoornis

Hebben psychofarmaca een effect bij PTSS?

Van den Berg MP & Jongedijk RA

Farmacotherapie van de posttraumatische stress-stoornis: een literatuuroverzicht van placebogecontroleerd onderzoek

Tijdschrift voor psychiatrie 2004, 46: 357-368

RA Jongedijk, Centrum 45-De Vonk, Westeinde 94, 2211 XS Noordwijkerhout (r.jongedijk@wanadoo.nl)

Schoenfeld FB ea

Current concepts in pharmacotherapy for posttraumatic stress disorder

Psychiatric services 55: 519-531

FB Schoenfeld, DVA Medical Center (116P), 4150 Clement Street, San Francisco, California 94121, VS (schoen@itsa.ucsf.edu).

Psychosen en seksuele relaties

Relationele en seksuele problemen bij psychotici.

McCann E

Exploring sexual and relationship possibilities for people with psychosis: a review of the literature

Journal of psychiatric & mental health nursing 2003, 10: 640-649

E McCann, St Bartholomew School of Nursing and Midwifery, Philpot Street Whitechapel, London E1 2EA, VK (e.j.p.mccann@city.ac.uk)

Psychosen en verslaving

Het probleem van de 'dubbele diagnose' of de klinische betekenis van middelenafhankelijkheid bij schizofrenie en andere ernstige stoornissen.

Mueser K T

Clinical interventions for severe mental illness and co-occurring substance use disorder

Acta neuropsychiatrica 2004, 16: 26-35

KT Mueser, New Hampshire-Dartmouth Psychiatric Research Center, 105 Pleasant Street, Concord, NH 03301, VS (kim.t.mueser@dartmouth.edu)

Gouzoulis-Mayfrank E

Doppeldiagnose Psychose und Sucht: von den Grundlagen zur Praxis

Nervenarzt 2004, 75: 642-650

E. Gouzoulis-Mayfrank, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Joseph-Stelzmann-Straße 9, 50931 Köln, Duitsland (e.gouzoulis@uni-koeln.de)

Psychotherapeut

Over het lichaam van de psychotherapeut: eerst fenomenologisch beschouwd en daarna vanuit een psychoanalytisch-feministische visie.

Shaw R

The embodied psychotherapist: an exploration of the therapists' somatic phenomena within the therapeutic encounter

Psychotherapy research 2004, 14: 271-288

R Shaw, 41 St. John Street, Ashbourne, Derbyshire, DE6 1GP, VK (rest@psychost.fsnet.co.uk)

Orbach S

What can we learn from the therapist's body?

Attachment & human behavior 2004, 6: 141-150

S Orbach, (adres?) Londen (susieorbach@blueyonder.co.uk)

Psychotherapie

Over het vroegtijdig beëindigen van de therapie door de therapeut.

Wiersma AEJG

'Had u me dat nou niet eerder kunnen vertellen?'

Verwikkelingen rond het vertrek

Tijdschrift voor psychiatrie 2004, 46: 101-107

AEJG Wiersma, Reigerstraat 18, 7481 AE Haaksbergen (aejg.wiersma@planet.nl)

Rehabilitatie

Aandacht gevraagd voor arbeidsbegeleiding en -heroriëntering bij psychiatrische patiënten.

Morris P & Lloyd C

Vocational rehabilitation in psychiatry: a re-evaluation

Australian and New Zealand journal of psychiatry 2004, 38: 490-494

P Morris, Health Sciences, Bond University, PO Box 1570, Burleigh Heads, Queensland 4220, Australië (pmorris@iprimus.com.au)

Schizofrenie en overgewicht

Het eerste artikel bespreekt oorzaken en aanpak van overgewicht bij patiënten met schizofrenie. Het tweede betreft overgewicht als bijwerking van antipsychotica.

Catapano L & Castle D

Obesity in schizophrenia: what can be done about it?
Australasian psychiatry 2004, 12: 23-25

D Castle, Mental Health Research Institute and University of Melbourne,
 15 Oak Street, Parkville, Victoria 3052, Australië (dcastle@mhri.edu.au)

Chue P & Cheung R

The impact of weight gain associated with atypical anti-
 psychotic use in schizophrenia
Acta neuropsychiatrica 2004, 16: 113-123

P Chue, 3rd Floor, 9942-108 Street, Edmonton, Alberta T5K 2J5, Canada
 (pchue@ualberta.ca)

Slapeloosheid

Wat leert de langdurige behandeling van depressies ons
 over de behandeling van chronische slapeloosheid?

Jindal RD, Buysse DJ & Thase ME

Maintenance treatment of insomnia: what can we learn
 from the depression literature?

American journal of psychiatry 2004, 161: 19-24

Jindal, Western Psychiatric Institute and Clinic, 3811 O'Hara Street,
 Pittsburgh, PA 15213, VS (jindalr@msx.upmc.edu)

Sociale angst

Onderzoeken naar het effect van farmacotherapie bij
 sociale angststoornis.

Blanco C ea

Pharmacological treatment of social anxiety disorder:
 a meta-analysis

Depression & anxiety 2003, 18: 29-40

C Blanco, NY State Psychiatric Institute, Box 69, 1051 Riverside Drive,
 New York, NY 10032, VS

Team

Relaties tussen artsen en verpleegkundigen in een
 GGZ-team.

Garelick A & Fagin L

Doctor to doctor: getting on with colleagues
Advances in psychiatric treatment 2004, 10: 225-232.

Fagin L & Garelick A

The doctor-nurse relationship
Advances in psychiatric treatment 2004, 10: 277-286

L Fagin, South Forest Centre, 21 Thorne Close, London E11 4HU, VK
 (leonard.fagin@nelmht.nhs.uk)

Trauma

Hoe ervoor zorgen dat de opvang na een traumatische
 ervaring geen negatieve gevolgen heeft?

Phipps AB & Byrne MK

Brief interventions for secondary trauma: review and
 recommendations

Stress & health 2003, 19: 139-147

MK Byrne, Department of Psychology, Illawarra Institute of Mental Health,
 Wollongong, NSW 2522, Australië

Tuchtrecht

Tuchtrechtspraak en klachten ten aanzien van
 psychiaters.

Hodiamont PPG

De psychiater en het tuchtrecht
Tijdschrift voor psychiatrie 2004, 46: 295-304

PPG Hodiamont, Eekhoornstraat 2, 6531 TB Nijmegen

Verslaving

Overzicht van recente kennis over ontstaan en behan-
 deling van afhankelijkheid van alcohol of drugs.

O'Brien CP

Research advances in the understanding and treatment
 of addiction

American journal of addiction, 2003, 12 (suppl): 36-47

CP O'Brien, VA Medical Center, 3900 Chestnut Street, Philadelphia, PA
 19104-6178, VS

Woody GE

Research findings on psychotherapy of addictive
 disorders

American journal of addiction, 2003, 12 (suppl): 19-26

GE Woody, VA Medical center, 150 South Independence Mall West,
 Philadelphia, PA 19106, VS

Wilsbeschikking in ouderenpsychiatrie

Ouderen leggen vooraf vast wat voor behandeling zij in geval van ziekte of verslechtering wensen.

Williams L & Rigby J

Advance statements in old age psychiatry

Advances in psychiatric treatment 2004, 10: 260-266

L Williams, Hesketh Centre, Merseycare NHS Trust, 50-55 Albert Road, Southport, Merseyside PR9 0LT, VK

Zwangerschap

De eerste twee artikelen handelen over psychiatrische problemen tijdens de zwangerschap en na de bevalling. Het derde artikel gaat over angst voor zwangerschap.

Cott AD & Wisner KL

Psychiatric disorders during pregnancy

International review of psychiatry, 2003, 15: 217-230

AD Cott, Johns Hopkins Hospital, Department of Psychiatry, 600 North Wolfe Street -Meyer 131, Baltimore, MD 21287-7131, VS

Seyfried LS & Marcus SM

Postpartum mood disorders

International review of psychiatry, 2003, 15: 231-242

LS Seyfried, Department of Psychiatry, University of Michigan Medical School, 900 Wall Street, Ann Arbor, MI 49109-0722, VS

Hofberg K & Ward MR

Fear of pregnancy and childbirth

Postgraduate medical journal 2003, 79: 505-510

K Hofberg, Trust HQ, Staffordshire Healthcare, St. George's Hospital, Stafford ST16 3 AG, VK