

Het therapeutisch werken op een afdeling voor stemmingsproblemen in een psychiatrisch ziekenhuis vanuit een oplossingsgericht perspectief

Eindwerk aangeboden ter afronding van de opleiding Oplossingsgerichte Cognitieve Systeemtherapie (2019-2023)

Emilie Keusters & Tina Van Herzeele

1.	Inleiding	3
1.1.	Waarom hebben we voor dit onderwerp gekozen?	3
1.2.	Hoe worden stemmingsstoornissen gedefinieerd?	3
1.3.	Hoe werkt een behandelafdeling in een psychiatrisch ziekenhuis?	5
	Teamleden	5
	Dagschema voor de patiënten	6
	Overlegmomenten voor de teamleden	7
2.	Overzicht van de beschikbare literatuur	8
3.	Onze oplossingsgerichte kijk op stemmingsproblemen	9
3.1.	Depressieve klachten als probleem of beperking	9
3.2.	Nut van diagnose	10
3.3.	Biologie en erfelijkheid	10
3.4.	Gewoonte van depressie	11
3.5.	Uitdagingen voor ons in de behandeling	11
4.	Oplossingsgericht werken op een afdeling: een voorstel voor een tijdlijn	14
4.1.	Intake op de afdeling	14
4.2.	Teamvergadering	16
4.3.	Therapieën	16
	Groepstherapieën	16
	Individuele opvolggesprekken (psychiater, psycholoog, verpleegkundige)	17
4.4.	Biologische behandelingen	19
4.5.	Betrekken van het systeem bij de behandeling	20
4.6.	Ontslagplanning	21
4.7.	Succeservaringen uit de praktijk	21
5.	Besluit	24
	Literatuurlijst	25

1. Inleiding

1.1. Waarom hebben we voor dit onderwerp gekozen?

Het afgelopen jaar werkten we beiden als psychiater in opleiding op een afdeling voor stemmingsproblemen. Emilie werkte in dagtherapeutische setting met patiënten met een bipolaire kwetsbaarheid, Tina binnen een opnamedienst voor patiënten met (uni- of bipolaire) depressie.

Beiden vonden we dit een verrijkend jaar waarin we veel hebben bijgeleerd. We hadden beiden echter ook het gevoel in ons dagelijks werk een aantal zaken tegen te komen die we als uitdagend ervaarden vanuit onze 'oplossingsgerichte inborst'. Intussen nadert het einde van onze opleiding tot psychiater en krijgen we steeds meer zicht op waar we vast gaan werken en hoe we dit willen vormgeven. Daarom leek het ons interessant om in ons eindwerk onze oplossingsgerichte, therapeutische kijk toe te passen op de werking binnen een psychiatrische afdeling. Enerzijds willen we kijken wat we hebben bijgeleerd over de pathologieën en de werking van een afdeling dat bijdraagt aan herstel, anderzijds is het een kans om na te denken over hoe wij het eventueel anders zouden willen/kunnen aanpakken; als het ware het overlopen van een OASE-model waar we enerzijds appreciëren en anderzijds suggereren.

Als 'best hopes' voor dit eindwerk zouden we de volgende willen formuleren; enerzijds voor onszelf: een overzicht krijgen hoe we het oplossingsgerichte gedachtegoed in ons dagelijks werk met patiënten met stemmingsproblemen reeds implementeren en waar en hoe we dit kunnen verbeteren; anderzijds voor collega's: inspiratie bieden hoe met deze patiëntenpopulatie op een oplossingsgerichte manier aan de slag te gaan

We gebruiken in dit eindwerk de term 'patiënt', vanuit onze achtergrond als arts; uiteraard kan dit even goed gelezen worden als 'cliënt'. We schrijven dit eindwerk vanuit onze visie als arts én psychotherapeut in opleiding. We zullen vooral gebruik maken van oplossingsgerichte taal (vb. 'stemmingsproblemen'), echter bij beschrijven van definities (vanuit vooral medische achtergrond) gebruiken we de gangbare medische termen (vb. 'stemmingsstoornissen').

We beginnen ons eindwerk met wat inleidende algemene achtergrondinformatie rond stemmingsproblemen en de werking op een afdeling. Daarna volgt een nazicht van de literatuur. We delen vervolgens graag onze oplossingsgerichte kijk op stemmingsproblemen en uitdagingen hierin. We sluiten af met onze suggestie voor een tijdlijn van oplossingsgerichte aanpak van een opname.

We gaan ervan uit dat de lezers van dit eindwerk vertrouwd zijn met de basisconcepten van het Brugs Model van Oplossingsgerichte Cognitieve Systeemtherapie.

1.2. Hoe worden stemmingsstoornissen gedefinieerd?

In de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM), waarvan op heden de 5e editie gebruikt wordt, worden alle beschreven psychische stoornissen gedefinieerd.

Stemmingsstoornissen zijn stoornissen die gekenmerkt worden door een significante verandering in de stemming gedurende een minimale periode en hierdoor een duidelijke beperking in het sociale of beroepsmatige functioneren veroorzaken. Alvorens te kunnen spreken van een stemmingsstoornis in engere zin, dient te worden uitgesloten dat er gebruik van middelen of een lichamelijke problematiek aan de oorzaak ligt.

Voor de diagnose van een **depressieve stoornis** moeten volgens de DSM-5 5 of meer van de onderstaande 9 symptomen aanwezig zijn binnen dezelfde periode van twee weken en moet er een afwijking zijn van het eerdere functioneren; minstens één van de symptomen is ofwel een sombere stemming, ofwel verlies van interesse of plezier. Ieder symptoom dient 'bijna elke dag' voor te komen.

1. Sombere stemming.
2. Duidelijk verminderde interesse of plezier in (bijna) alle activiteiten.
3. Significants gewichtsverlies zonder een dieet, of een gewichtstoename, of een afgenomen of toegenomen eetlust.
4. Insomnie (slapeloosheid) of hypersomnie (overmatig slapen).
5. Psychomotorische agitatie of vertraging. Deze is waarneembaar door anderen en niet alleen subjectief waarneembaar.
6. Vermoeidheid of verlies van energie.
7. Gevoelens van waardeloosheid of excessieve of onterechte schuldgevoelens, die het karakter van een waan kunnen hebben.
8. Verminderd vermogen tot nadenken of concentreren, of besluiteloosheid.
9. Recidiverende gedachten aan de dood, recidiverende suïcidegedachten (met of zonder concreet plan) of een suïcidepoging.

Depressieve stoornissen kunnen in verschillende gradaties van ernst voorkomen. De meer ernstige vormen presenteren zich met psychomotore symptomen (vb. motorische onrust, vertraging van beweging of spraak, ...). Een syndroom dat kan optreden tgv. depressie (en ook manie) is katatonie. Katatonie is een syndroom dat zich kenmerkt door extreme psychomotore retardatie of agitatie en gepaard gaat met verschillende symptomen (vb. mutisme = afwezigheid van verbale respons, het aannemen van rare houdingen, ...). De behandeling van dit syndroom is per definitie biologisch, met medicatie of elektroconvulsietherapie (ECT). Een psychotherapeutische behandeling is pas zinvol in tweede tijd, als de ernstigste symptomen biologisch behandeld zijn.

De life-time prevalentie van unipolaire depressie is 12%; ze wordt door de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) gezien als de 11e grootste oorzaak voor lijden en mortaliteit.

Een depressieve episode kan op zichzelf voorkomen, dan noemen we dit een *unipolaire depressie*. Wanneer een patiënt in zijn leven ook een manische of hypomane fase doormaakt, is er per definitie sprake van respectievelijk een **bipolaire I** of **bipolaire II stoornis**. De criteria voor een *bipolaire depressie* zijn hetzelfde als die van de unipolaire.

De DSM-5 definieert een **manische episode** als een duidelijk herkenbare periode met een abnormaal en persisterend verhoogde, expansieve of prikkelbare stemming en een abnormaal en persisterend verhoogde doelgerichte activiteit of energie, gedurende minstens één week en het grootste deel van

de dag, bijna elke dag aanwezig. Tijdens deze periode zijn er ook minstens 3 van de volgende symptomen aanwezig, die afwijken van het normale gedrag:

1. Opgeblazen gevoel van eigenwaarde, of grandiositeit.
2. Verminderde slaapbehoefte.
3. Spraakzamer zijn dan gebruikelijk of spreekdrang.
4. Gedachtevlucht of subjectieve beleving dat de gedachten gejaagd zijn.
5. Verhoogde afleidbaarheid van de aandacht.
6. Toename van doelgerichte activiteit of psychomotorische agitatie.
7. Zich excessief bezighouden met activiteiten waarbij een grote kans bestaat op pijnlijke gevolgen (vb. koopzucht, seksuele onbezonnenheid, onbezonnen zakelijke investeringen).

De stoornis is voldoende ernstig om duidelijke beperkingen in het functioneren te veroorzaken, opname in het ziekenhuis noodzakelijk te maken om schade te voorkomen of er zijn psychotische kenmerken. Ook hier dient uitgesloten te worden dat de episode uitgelokt is door de effecten van een middel of lichamelijke aandoening.

Een **hypomane episode** wordt in de DSM-5 beschreven als een soort 'light'-versie van de manische episode, met dezelfde symptomen maar waarbij de duurtijd minder lang is (minstens 4 opeenvolgende dagen) en de symptomen minder ernstig, dwz. geen duidelijke beperkingen in het functioneren veroorzaken, geen ziekenhuisopname noodzakelijk of psychotische kenmerken inhouden.

De behandeling van stemmingsstoornissen gebeurt meestal op verschillende fronten, met een combinatie van psychotherapie en biologische behandelingen (medicatie, ECT). Voor dit eindwerk hebben we ervoor gekozen om voornamelijk te focussen op het therapeutisch behandelen van depressieve klachten, gezien we hier meer therapeutische mogelijkheden in zien dan bij manische episodes, dewelke in eerste instantie vooral medicamenteus behandeld dienen te worden.

1.3. Hoe werkt een behandelafdeling in een psychiatrisch ziekenhuis?

Teneinde verder in de paper onze ideeën voor oplossingsgericht werken op een behandelafdeling voor stemmingsproblemen te kunnen uitschrijven, schetsen we hierbij graag een algemeen beeld van de werking van een opnameafdeling en haar multidisciplinair team. Uiteraard zijn er afdelings- en ziekenhuisgebonden verschillen.

Teamleden

Een team is altijd multidisciplinair samengesteld, dit wil zeggen dat collega's uit verschillende disciplines (oa. medisch, paramedisch, ...) samenwerken in de zorg voor de patiënt.

Aan het hoofd van een afdeling staat een psychiater, vaak bijgestaan door een arts-specialist in opleiding tot psychiater (ASO). Zij staan in voor de algemene coördinatie van de behandeling, individuele gesprekken met patiënten, therapeutische en medicamenteuze ondersteuning. De

medische equipe wordt idealiter versterkt door een aan het ziekenhuis verbonden huisarts, die de lichamelijke problemen van de patiënten mee opvolgt tijdens de hospitalisatie. Aangezien patiënten vaak verschillende maanden in opname zijn kan hun eigen huisarts eventuele klachten immers niet behandelen.

Op iedere afdeling werken ook psychologen. Zij verzorgen individuele psychotherapeutische opvolging van de patiënten en betrekken het systeem in familiegesprekken (vaak multidisciplinair bijgestaan door arts, verpleegkundige, maatschappelijk werker). Eventueel kan psychodiagnostiek voorzien worden onder de vorm van neuropsychologische testing. Daarnaast worden er ook therapeutische groepsessies georganiseerd onder leiding van de psychologen.

De therapeutische equipe wordt naast de psychologen versterkt door ergotherapeuten (evt. beeldende therapeuten, muziektherapeuten) en psychomotorisch therapeuten. De observaties die tijdens de therapieën gemaakt worden zijn vaak helpend in de diagnostiek en opstellen van een behandelplan; daarnaast worden patiënten in therapie geactiveerd en gestimuleerd. In psychomotorische therapie wordt beweging aangeboden ovv. sport, wandelen, relaxatie, yoga, ...

De dagelijkse, meest laagdrempelige patiëntenzorg wordt vooral verricht door de verpleegkundigen. Zij zijn het directe aanspreekpunt voor de patiënten, zorgen voor medicatiebedeling, de eventueel nodige lichamelijke zorgen en ook individuele gespreksbegeleiding van enkele aan hen toegewezen patiënten. Er is 24/7 verpleegkundige permanentie voorzien op een opnameafdeling. De verpleegkundige equipe wordt geleid door de hoofdverpleegkundige, die een leidinggevende en coördinerende functie (vb. planning van de opnames) op zich neemt.

Een laatste belangrijke schakel binnen het team is de maatschappelijk werker. Deze persoon behandelt vooral sociale zaken in de patiëntenzorg, rond oa. werk, financiën, ziekte-uitkering, verzekeringszaken, ... Bij de planning naar heroriëntatie naar huis zorgen zij ook vaak voor advies rond daginvulling: evt. vrijwilligerswerk of terugkeer naar de werkvloer. Zo nodig organiseren ze een doorverwijzing naar andere zorgpartners.

Alle teamleden staan verder in voor het geven van psycho-educatie omtrent hun vakgebied als deel van de aangeboden therapiesessies.

Dagschema voor de patiënten

Een dag op een afdeling verloopt meestal volgens een vrij vaste structuur.

's Ochtends rond 7u30 worden patiënten gewekt door de verpleegkundigen en wordt er ontbijt aangeboden. Om 9u worden patiënten verwacht op het ochtendmoment voor de dagopening, waar er overlopen wordt welke therapieën er die dag op de planning staan en of patiënten individuele afspraken hebben bij de artsen, psychologen, therapeuten, ...

Gedurende de voor- en namiddag staan er tussen 9u30-12u en 13u30-16u30 verschillende momenten van therapie en/of individuele afspraken op de planning. Om 12u wordt een middagmaal aangeboden en om 18u een avondmaal. Bepaalde taken op de afdeling (vb. afwas, tafel dekken, ...) worden

wekelijks aan een aantal patiënten toegewezen teneinde een bepaalde verantwoordelijkheid bij de patiënten zelf te leggen.

Van 16u30-20u en op woensdag van 13u30-20u is er mogelijkheid om bezoek te ontvangen op de afdeling en voor patiënten die hiertoe in staat zijn om de afdeling te verlaten, al dan niet onder begeleiding van mensen uit hun netwerk.

In het weekend is er verpleegkundige permanentie, geen therapieën of gesprekken met arts of psycholoog. Patiënten kunnen één of twee dagen uitgang nemen, al dan niet met overnachting thuis, vooral ter voorbereiding van het moment van ontslag.

Bovenstaande geldt voor een residentiële opnamesetting waarbij patiënten in het ziekenhuis overnachten. Tijdens een dagtherapeutisch traject worden patiënten enkel op weekdays overdag tussen ongeveer 9u-16u in het ziekenhuis verwacht en is er buiten deze uren ook geen verpleegkundige permanentie voorzien; afgezien hiervan is de werking gelijkaardig.

Overlegmomenten voor de teamleden

Tijdens iedere opname zijn er voor de teamleden verschillende overlegmomenten, waarin de toestand en evolutie van patiënten wordt besproken.

Dagelijks start de dag met een briefing, waarbij de verantwoordelijke verpleegkundige aan de andere aanwezige teamleden de belangrijkste informatie van de afgelopen 24 uur doorgeeft omtrent de situatie van de patiënten en ook eventuele vragen kunnen stellen.

Wekelijks worden alle patiënten besproken tijdens de teamvergadering, hier zijn alle betrokken teamleden aanwezig en wordt uitgebreid stilgestaan bij de toestand en evolutie van de patiënten, worden indrukken vanuit de verschillende teamleden gedeeld, wordt nagedacht over geschikte behandelplanning aan de hand van de door de patiënt zelf vooropgestelde doelen.

2. Overzicht van de beschikbare literatuur

Vanuit onze medische opleiding zijn we het gewend om het schrijven van een eindwerk, paper of presentatie steeds te beginnen met een nazicht van de beschikbare literatuur. Hierbij raadplegen we de bestaande databanken. Voor dit eindwerk maakten we gebruik van PubMed. We gebruikten de termen 'solution-focused therapy' en 'mood disorders'. Het doel was om een overzicht te krijgen van de bestaande literatuur rond de efficiëntie van oplossingsgerichte therapie voor stemmingsstoornissen in een opnamecontext.

De bestaande literatuur hierover blijkt echter beperkt. Het enige beschikbare artikel dat we vonden is *'The effectiveness of strength-based, SFBT in medical settings: a systematic review and meta-analysis of RCT'* geschreven door Zhang A. et al.

Deze review includeert 9 studies en overloopt de bewijskracht die bestaat voor efficiëntie van oplossingsgericht werken in een opnamesetting. Deze opnamesettings zijn echter in geen enkel van de studies gericht op psychiatrische problematieken, maar voornamelijk obesitasklinieken, orthopedische revalidatie-afdelingen, gastro-enterologie afdelingen. Hier wordt wel opgemerkt dat het oplossingsgericht werken op deze afdelingen een positieve invloed heeft op zowel psychosociaal als gedragsmatig vlak.

We hebben geen studies gevonden die specifiek onderzoek doen naar de werking van oplossingsgerichte therapie in een psychiatrische opnamesetting. Uiteraard is het nut van oplossingsgerichte interventies 'as such' reeds aangetoond (cfr. literatuurlijst).

3. Onze oplossingsgerichte kijk op stemmingsproblemen

3.1. Depressieve klachten als probleem of beperking

Bij de interpretatie van een klacht moeten we ons altijd eerst de vraag stellen of er voor de moeilijkheid een oplossing bestaat, met andere woorden of het hier om een probleem of een beperking gaat.

Voor de therapeut zal het antwoord bij depressieve klachten vaak voor de hand liggend zijn: er bestaat een oplossing voor deze klachten, dus depressieve klachten kunnen beschouwd worden als probleem. Voor de patiënt kan dit moeilijker zijn. Patiënten met depressieve klachten verliezen namelijk vaak alle hoop dat het ooit nog beter kan gaan. De meeste patiënten kunnen terugkijken op betere tijden in het verleden, maar kunnen zich geen toekomst, waarin ze zich goed voelen, meer voorstellen. In de meest ernstige gevallen, lukt zelfs het positief terugkijken niet meer. Hierdoor kan dit voor de patiënt aanvoelen als een beperking.

Tijdens de eerste gesprekken is het belangrijk om een goede inschatting te maken van de ernst van de depressieve klachten, en in hoeverre de patiënt op dit moment nog hoop koestert op verbetering. Dit doen we aan de hand van het stellen van vragen, het geven van uitleg en psycho-educatie over depressie en de behandeling en te joinen met onze patiënt. Indien we merken in de gesprekken dat dit een impact lijkt te hebben op de patiënt, dat zij proberen aan de slag te gaan met wat er besproken wordt en dat zij zelf enige hoop kunnen uitspreken, kunnen we spreken van een probleem.

Indien we merken dat de patiënt hier op dit moment niet klaar voor is, dat de depressieve klachten te ernstig zijn voor de patiënt om enige hoop op verandering te kunnen koesteren, moeten we ons ritme hier aan aanpassen. Indien we in deze situatie blijven uitleggen aan de patiënt dat verandering mogelijk is en de depressieve klachten zullen overgaan, kan dit leiden tot een 'zich niet gehoord voelen van de patiënt door ons' en een gevoel van afwijzing en onbegrip. Op het moment dat we de depressieve klachten dan gaan kaderen als een beperking (zonder dit per se uit te spreken naar de patiënt), kunnen we proberen streven naar wat voor de patiënt een kwaliteitsvol leven is, ondanks de klachten. We proberen het lijden dat de patiënt ondervindt van zijn depressieve klachten te verminderen door in te zetten op oplossingsgerichte interventies.

Het is mogelijk dat deze patiënten na verloop van tijd door een toevoeging van kwaliteit in leven en verminderde focus op hun klachten, toch terug hoop krijgen op een leven zonder depressieve klachten, waardoor we de depressieve klachten opnieuw als een probleem kunnen beschouwen in plaats van een beperking.

Sommige mensen hebben een hogere kwetsbaarheid voor terugkerende depressieve episodes. Dit beschouwen we als een beperking. We kunnen dan samen met de patiënt preventief werken om te kijken welke interventies zij kunnen toepassen wanneer de depressieve klachten opnieuw opspelen om deze te doen afnemen. De depressieve symptomen zijn dan een beperking in die zin dat we er ons van bewust zijn dat ze steeds terug kunnen komen. Dit kunnen we zien als een terugvallen in oude gewoontes en oude oplossingen die ze hiervoor lang gebruikt hebben, symptomen zijn immers te

beschouwen als de beste oplossing die de patiënt op dat moment heeft gevonden. Het creëren van nieuwe gewoontes heeft veel oefening nodig om even sterke verbindingen te vormen in de hersenen als de oude gewoontes die lang gebruikt zijn. Het is belangrijk om de zwaarte hiervan voor de patiënt voldoende te erkennen en tegelijk te onderstrepen dat ondanks de beperking een zinvol leven mogelijk is.

3.2. Nut van diagnose

Het is belangrijk dat we ons ervan bewust zijn dat een depressie bij iedereen anders tot uiting komt. We moeten dus vermijden te vervallen in een 'hokjesdenken' en iedereen met de diagnose 'depressie' op dezelfde manier te behandelen.

Het verloop, de symptomen die op de voorgrond staan en de onderliggende oorzaken zijn verschillend, daarom dient de behandeling dus ook bij iedereen persoonlijk te worden afgestemd en geëvalueerd. Elke patiënt heeft immers zijn eigen handleiding en eigen resources waar ze uit kunnen putten om met verschillende moeilijkheden om te gaan, onze taak is voornamelijk om hier een goed zicht op te krijgen, zo heeft de behandeling het hoogste kans op slagen.

Onze patiënten hebben de regie over hun eigen behandeling en zijn expert over hun eigen gezondheid. Het benoemen van een diagnose kan dit bevorderen of in de weg staan. Een patiënt kan het gevoel krijgen dat zijn klachten buiten zijn controle liggen en dat hij hier zelf geen vat op heeft. Hierdoor zet hij zichzelf in positie van 'lijdend voorwerp'. Wij willen als therapeut helpen de patiënt ontdekken dat ze in de actor positie staan.

Anderzijds kan een diagnose ook helpend zijn. Een diagnose stellen geeft iets een naam en kan hierdoor ook het idee geven dat er iets aan gedaan kan worden, aangezien aan een bepaalde diagnose ook specifieke behandelopties zijn gekoppeld. Voor veel patiënten is het dan ook een opluchting als zij een diagnose krijgen. Voor anderen is dit dan weer niet nodig, zoals bij alles is het aan de hulpverlener om per patiënt in te schatten waar zij vallen in dit spectrum.

Het is voor ons essentieel om bij het meedelen van een diagnose ook voldoende tijd en ruimte te voorzien om uitleg te geven over de implicaties ervan en voor vragen van de patiënten.

Concluderend kunnen we stellen dat het belangrijk is om een nut te koppelen aan de diagnose. Een diagnose kan namelijk ook gezien worden als een hypothese, hetgeen alleen maar nuttig is als het helpend is voor deze patiënt.

3.3. Biologie en erfelijkheid

Het is bekend dat stemmingsproblemen gepaard gaan met een factor biologie. Verschillende hersenstructuren en -activiteiten spelen hierin een rol. Het zou ons in dit eindwerk te ver leiden om dit uitgebreid te bespreken, maar het is wel relevant om in het achterhoofd te houden. Voor een uitgebreide bespreking van de rol van verschillende hersenstructuren en -activiteiten bij depressie verwijzen we naar het desbetreffende hoofdstuk van Luc Isebaert in zijn boek 'De Therapeutische Alliantie'.

We weten verder ook dat erfelijkheid relevant is binnen psychiatrische aandoeningen, zo ook bij stemmingsproblemen. Een persoon met familieleden die lijden aan een stemmingsprobleem heeft

zelf een verhoogde kans dit ook te ontwikkelen. We vinden het belangrijk hiermee rekening te houden om patiënten -indien ze dit wensen- hierover te informeren, zo mogelijk preventief te werken of sneller te herkennen wat er aan de hand is en patiënten sneller op het spoor naar hulpverlening te zetten. Het opstellen van een oplossingsgericht genogram kan helpend zijn om de familiale kwetsbaarheid ook als hulpbron te gebruiken.

3.4. Gewoonte van depressie

Bij sommige patiënten wordt de depressieve stemming ook een gewoonte. De depressie wordt de leefwereld die ze kennen en waarin ze zich veilig voelen. Milton Erickson benoemde dit als 'een symptoom is de beste oplossing die de cliënt op dit moment heeft'. Een depressie kan ook als hulp, nuttig en beschermend ervaren worden door de patiënt. Opklaren uit de depressie impliceert verandering, en verandering impliceert iets onbekend, wat voor veel mensen beangstigend kan zijn. Het voelt soms veiliger om zich depressief te voelen, dan 'niet depressief' te zijn want men weet niet (meer) wat dit inhoudt. Deze patiënten zijn vaak wel op zoek naar hulp en willen zich beter voelen, maar bij aangeven van opdrachten of dergelijke merken we dat ze dit moeilijk vinden om deze te ondernemen. Dit kan vaak leiden tot frustratie bij de therapeut, en het gevoel geven dat de patiënt 'niet gemotiveerd' is. De therapeut gaat samen met de patiënt op zoek naar hoe ze diezelfde hulp of bescherming van de depressie op een meer comfortabele manier kunnen ervaren.

3.5. Uitdagingen voor ons in de behandeling

Een eerste belangrijke uitdaging waar we regelmatig mee geconfronteerd worden is die van de **verantwoordelijkheid**. Vanuit onze rol als oplossingsgerichte therapeut zijn we gewoon om te handelen vanuit een cliëntgestuurd model. Ook als arts zegt de Wet op de Patiëntenrechten ons in feite dat elke volwassene in staat is om zélf over zijn gezondheidszorg te beslissen, tenzij het tegendeel bewezen is. We informeren de patiënt over de verschillende behandelmogelijkheden en laten hem evalueren welke bij zijn eigen handleiding en resources past teneinde van daaruit een keuze te maken. Dat laatste is een uitdaging waar we vanuit onze rol als arts voor patiënten met stemmingsstoornissen soms mee moeten omgaan, wanneer we een inschatting moeten maken van de **beslissingsbekwaamheid** van onze patiënten. Is een ernstig depressieve patiënt, die impact van zijn ziekte ervaart op zijn cognitief functioneren, altijd in staat om zelf beslissingen te maken over zijn behandeling? Er zijn extreme situaties, vb. ernstig zieke patiënten die te kampen hebben met katatone symptomen en ook in hun mobiliteit en spraak beperkt zijn, waarin het duidelijk is dat er medische interventies nodig zijn zonder dat de patiënt hiervoor zijn expliciete toestemming kan geven en waarin het de verantwoordelijkheid is van de arts om deze interventies (vb. medicatie, ECT) uit te voeren. Uiteraard moeten we er bedacht op zijn van zodra het mogelijk is de patiënt opnieuw bij de beslissingen te betrekken.

Ook bij minder ernstige casussen zitten we vaak in een tegenstrijdigheid tussen enerzijds de patiënten hun eigen keuzes laten maken en anderzijds het belang van activatie. De biologie van de depressie zorgt ervoor dat mensen minder motivatie en energie ervaren en dus vaak tot weinig komen. Binnen

een afdelingscontext zien we dan bijvoorbeeld dat patiënten in bed blijven liggen, er niet in slagen aanwezig te zijn op het ochtendmoment en bijgevolg bij de therapiemomenten. Het is een uitdaging een evenwicht te vinden tussen erkenning geven voor het lijden door de moeilijkheden te aanvaarden en anderzijds patiënten te stimuleren tot activiteiten waarvan we weten dat ze in eerste instantie als lastig ervaren worden maar op termijn wel helpend zullen zijn. Een oplossingsgerichte interventie die we in zulke situaties kunnen gebruiken leerden we van Dr. Luc Isebaert. Als bleek dat ‘stimulatie’ niet werkte, ging hij soms mee in de oplossing van de patiënt en schreef hij ‘immobilisatie’ voor, met absolute rust (in bed blijven, geen boeken/muziek/televisie, eten opgediend krijgen aan bed...). Deze schijnbaar paradoxale aanpak komt neer op het extreem valoriseren van de symptomen van de patiënt en dus zijn beste oplossing op dat moment, hetgeen helemaal oplossingsgericht is en een therapeutische ‘double bind’ installeert ofwel een ‘onontkoombare win-win’. Het blijkt ertoe te leiden dat de patiënt op termijn zelf aandringt om in actie te mogen schieten en hier dan ook toe komt.

Het gaat vaak om mensen letterlijk én figuurlijk in beweging krijgen. Het is een uitdaging om de tunnelvisie waarin patiënten vaak zitten te verbreden, hoop te induceren waar ze deze zelf vaak niet meer zien. We dienen steeds een afweging te maken tussen **directiviteit** en **autonomie**. Een andere bedenking die we hierbij maken is hoe we het evenwicht kunnen houden tussen mensen wijzen op hun eigen krachten en mogelijke oplossingen zonder hen de indruk te geven dat ze hun probleem ook zelf veroorzaakt hebben. Het zou een denkfout zijn om te redeneren ‘ik kan het zelf oplossen, dus ik heb het zelf veroorzaakt’.

Als arts ervaren we dan nog de bijkomende verantwoordelijkheid om ook na te denken over de zin van biologische behandelingen. Zoals geschreven wordt een depressie vaakst behandeld met een combinatie van therapeutische interventies en medicatie of ECT. Ook hierin dient per patiënt een afweging te worden gemaakt, rekening houdend met enerzijds onze professionele inschatting en anderzijds ook de voorkeur van de patiënten zelf.

Moeilijk is het soms wanneer vb. een ernstig depressieve patiënt suïcidale gedachten/plannen uit en hij hierrond geen hulp wil of kan aanvaarden. Dan dienen we ons als arts steeds de vraag te stellen in hoeverre onze patiënt spreekt vanuit zijn eigen verantwoordelijkheid, die we dan ook bij hem kunnen laten; of in hoeverre we zijn toestandsbeeld horen spreken en de verantwoordelijkheid op ons dienen te nemen teneinde gevaarlijke situaties te voorkomen. We dienen een soort van **risicotaxatie** op te maken, om het risico op vb. suïcide in te schatten. Soms zijn we op basis hiervan als arts genooddaakt om een beschermingsmaatregel in te roepen waarbij we de patiënt tijdelijk van een bepaalde vrijheid beroven en om een gedwongen opname vragen bij het parket. Deze maatregel op zich lijkt soms moeilijk te rijmen met onze achtergrond als oplossingsgerichte therapeut waarin we de keuzes bij de patiënt willen laten. Het is echter duidelijk dat therapeutisch werk dan niet aan de orde is, maar dat we veeleer onze (maatschappelijke) verantwoordelijkheid als arts dienen te nemen, hetgeen het enige is ‘wat werkt’ in dergelijke situaties en op die manier dus ook een oplossingsgerichte interventie is. Ook binnen het kader van zo’n maatregel, hetgeen ons dan (tenminste initieel) in een vrijblijvende relatie brengt, kunnen we zodra contact mogelijk is bepaalde oplossingsgerichte interventies doen en zijn deze wenselijk om de moeilijkheden die zo’n maatregel met zich meebrengt te beperken. Vaak leidt dit ons tot een soort van ‘pre-therapie’, met vooral ondersteuning bieden, joinen, inzetten op medicamenteuze behandeling, ...

Ondanks het feit dat we het soms moeten 'overnemen', willen we onze patiënten uiteraard zo snel mogelijk de regie over hun eigen leven teruggeven. We weten dat het gevoel zelf een rol te spelen in herstel een krachtig medicijn is. We dienen voor ogen te houden dat een opname steeds een tijdelijke vorm van begeleiding is en moeten er dus waakzaam voor zijn patiënten niet afhankelijk te maken van deze context.

Een andere uitdaging is het **overbrengen van informatie**. We weten dat patiënten met een depressie vaak ook een impact ervaren op hun cognitieve capaciteiten, zoals aandacht en geheugen. We zijn gewoon om patiënten uitleg te geven rond wat hen overkomt en suggesties te doen rond aanpak en behandeling. Wat blijft er echter hangen van onze adviezen? Soms heb je als hulpverlener het gevoel week na week hetzelfde gesprek te voeren met de patiënten.

Een laatste maar zeer belangrijke uitdaging is om zelf de **hoop** niet te verliezen. Patiënten zijn soms ernstig ziek en behandelingen vorderen vaak traag. Het is soms verleidelijk om als hulpverlener mee te verzanden in het gevoel van machteloosheid. Zoals hieronder beschreven is tijd een belangrijke raadgever en is het helpend om ons hier als hulpverlener ook van bewust te zijn. Daarnaast kunnen we, net zoals we het onze patiënten vragen te doen, aandachtig zijn voor alle 'mini-successen' die er geboekt zijn en die ook succes van het team impliceren.

4. Oplossingsgericht werken op een afdeling: een voorstel voor een tijdlijn

Om onze ideeën rond oplossingsgerichte interventies nu specifiek te maken voor een afdelingswerking, willen we hieronder graag een soort van tijdlijn voorstellen. We zijn ervan overtuigd dat we vanaf de patiënt aankomt op de afdeling tot hij op ontslag vertrekt op verschillende momenten de oplossingsgerichte insteek goed kunnen gebruiken.

4.1. Intake op de afdeling

Het 'intakegesprek' betreft het eerste gesprek dat de patiënt heeft op de afdeling, meestal met de arts. Afhankelijk van de werking van een afdeling gebeurt er soms voorafgaand aan de opname al zo'n gesprek om te bepalen of er vanuit de afdeling voldoende zal kunnen worden tegemoetgekomen aan de hulpvraag van de patiënt.

In het intakegesprek wordt er gepeild naar de klachten van de patiënt, de hulpvraag, de verwachtingen en worden deze afgestemd op het aanbod van de afdeling. Als arts/therapeut evalueren we waar we de patiënt kunnen plaatsen in de flowchart van het Brugs Model en welke interventies dus aangewezen zouden zijn. Er wordt een eerste behandelplan opgesteld. Vanuit een oplossingsgericht perspectief is het wenselijk om met een **onderhandeld behandelplan** te werken. In een onderhandeld behandelplan wordt opgenomen met welke hulpvraag de patiënt naar de afdeling komt, wat hij op korte en lange termijn als doelstelling zou willen hebben en op welke manier hij dit zou willen aanpakken. Er kunnen bepaalde voorkeuren rond behandeling (vb. vooral geïnteresseerd in bewegingstherapie, medicatie die in het verleden heeft gewerkt, de houding van de patiënt tov. betrekken van het systeem, ...) in opgenomen worden. Er wordt dus samen met de patiënt onderhandeld over de planning van behandeling, dit in contrast met het vroegere (en in somatische geneeskunde vaak nog actuele) eerder paternalistische model waarin de arts op basis van zijn kennis de beslissingen nam. Het onderhandeld behandelplan is een vorm van **shared decision-making**, een vorm van gedeelde besluitvorming door arts en patiënt, hetgeen bewezen leidt tot betere behandelresultaten.

We willen dus graag een intakegesprek voeren dat meer is dan de anamnese die we in onze opleiding geneeskunde aangeleerd kregen en die vooral focust op de problemen en klachten, door te vragen naar hoe lang het precies bezig is, wat er mogelijke oorzaken zouden kunnen zijn, wanneer deze problemen nog optraden, ... In onze vraagstelling stellen we voor om inderdaad oa. te peilen naar eerdere episodes, maar dan meteen ook te bevragen hoe de patiënt hiermee omging in het verleden, wat helpend was, wie belangrijke steunfiguren waren, enzovoort. Het bevragen van het huidige klachtenpatroon doen we best in detail en met aandacht voor situaties waarin de patiënt 'actor' is. Door gedetailleerd situaties te bevragen zullen patiënten vaak ook uitzonderingen op hun klachten beschrijven en zo dus ook succes-scenario's. Deze aanpak is enerzijds joinend, omdat we luisteren naar de problemen en deze op die manier au sérieux nemen, en levert ons anderzijds kostbaar therapeutisch materiaal aan op zoek naar de resources van onze patiënten. Zo houden we een niet louter probleem- maar ook oplossingsgericht intakegesprek, hetgeen onmiddellijk hoop kan installeren bij de patiënt.

Een ander belangrijk onderdeel van het intakegesprek is uiteraard een duidelijke uitleg over de werking van de afdeling, in de stijl van hoe we het hierboven beschreven: wie werkt op de afdeling, met welke vragen kan je als patiënt bij wie terecht, hoe ziet de standaard dag- en weekstructuur eruit op de afdeling, welke verwachtingen zijn er naar jou toe en welke afdelingsregels bestaan er (vb. verbod op alcohol- of druggebruik tijdens opname, rijongeschiktheid, ...).

Een ander belangrijk onderdeel van de eerste consultatie vinden we uitleg geven over de pathologie waar iemand mee te kampen heeft, met andere woorden het verschaffen van **psycho-educatie**. Net als de diagnose die gesteld wordt is het voornamelijk belangrijk dat de uitleg die we geven, nuttig is voor de patiënt. Eerst en vooral is het belangrijk dat de uitleg die we geven op het niveau van de patiënt gebeurt. Wij zijn als psychiaters, psychologen en therapeuten gewoon van jargon te gebruiken. Het is dan ook belangrijk dat we ons taalgebruik aanpassen naar de leefwereld van de patiënt. Hiernaast is het van belang dat we de informatie die we geven goed kaderen. We kondigen aan dat we informatie en uitleg gaan geven, dat het normaal is dat ze dit niet allemaal gaan onthouden, dat het normaal is dat eventuele vragen pas later op gaan komen en dat we dus in de toekomstige gesprekken ruimte maken om hier op terug te komen. We moeten een sfeer creëren waarbij de patiënt weet dat hij alles kan vragen wat onduidelijk is, en het is dan ook belangrijk om hier zelf ook ruimte voor te laten. Teneinde te faciliteren dat patiënten zaken onthouden vinden we het zinvol om sommige zaken op te schrijven en mee te geven. Ook het meegeven van artikels of boeken met begrijpbare informatie maakt hier deel van uit.

Vanuit vele jaren onderzoek is er al heel veel geweten over stemmingsproblemen, vele zaken zijn echter ook nog altijd onduidelijk. Bij het geven van uitleg is het belangrijk te duiden dat we generaliseren en dus niet alles van wat we vertellen van toepassing is voor elke patiënt. In sommige zaken zullen ze zichzelf herkennen, in andere niet.

We vinden het belangrijk om tijdens een intakegesprek **hoop te creëren** voor patiënten. Wat we vaak zien gebeuren bij patiënten met depressieve klachten is het verlies van toekomstperspectief en hierbij dan ook het verlies van hoop: hoop op beterschap, hoop op verandering, hoop op zich beter voelen. De bril waarmee depressieve patiënten naar de wereld kijken kan zo donker zijn dat dit ervoor zorgt dat ze vergeten dat het ooit anders was en dat ze ook niet kunnen zien hoe hier ooit terug te geraken. Het is dan ook belangrijk dat wij als therapeut dit overnemen en meermaals expliciet benoemen. Enerzijds normaliseren: *'Het is zeer normaal dat je je zo voelt en hier geen uitweg meer uit ziet'*, anderzijds hoop induceren: *'Wij weten dat dit ook terug voorbij gaat, dat je je terug beter zal voelen, maar dit heeft tijd nodig.'* Patiënten komen naar ons met een bepaalde verwachting van onze kennis en kunde, dus gewoon al het feit dat jouw therapeut of arts tegen jou zegt: *'Het komt in orde, dit gaat beter'*, kan helpen. Ook is het belangrijk dit voldoende te herhalen, bij meerdere sessies.

Een intakegesprek heeft verschillende doelen; enerzijds het afstemmen van zorgnoden/-vragen op zorgaanbod en zo duidelijkheid scheppen rond welke verwachtingen al dan niet zullen in te lossen zijn, daarnaast zeker ook het welkom heten van een patiënt en hoe we het in oplossingsgerichte taal graag verwoorden het eerste **joinen** met onze patiënt.

4.2. Teamvergadering

Zoals hoger beschreven wordt er wekelijks samengezeten met alle teamleden om de patiëntendossiers te overlopen, de evolutie te bespreken en behandelplannen af te stemmen.

Een oplossingsgerichte manier om dit te doen is door bij elke patiënt te starten met het **onderhandeld behandelplan** en te bekijken in hoeverre dit als richtlijn wordt gebruikt in het dagdagelijks werk. Hiervoor is het belangrijk dat dit plan regelmatig wordt bijgewerkt, dit kan eigenlijk in ieder gesprek (met de verpleegkundige, psycholoog, arts, ...) een leidraad zijn.

Soms zijn patiënten ernstig ziek en lijkt een behandeling niet of slechts heel traag te vorderen. Het gebeurt dat er bij onvoldoende vordering soms vanuit een team geconcludeerd wordt dat een patiënt onvoldoende 'gemotiveerd' is of niet 'wil' vooruitgaan. Het is een valkuil waar we ons als hulpverleners van bewust moeten zijn om soms niet te vervallen in uitspraken die gekleurd zijn door negatieve tegenoverdracht. (NB. De concepten overdracht en tegenoverdracht zijn ons geleerd door Sigmund Freud en doelen in een notendop respectievelijk op gevoelens die een patiënt tegenover een therapeut ervaart en omgekeerd gevoelens die een therapeut tegenover een patiënt kan ervaren.) Helpender en oplossingsgerichter is om bij het niet voldoende vorderen in vraag te stellen waar we ons in de **flowchart** bevinden en hoe we onze interventies hier beter op kunnen afstemmen. Dit standaard implementeren in het verloop van een teamvergadering zou hiervoor aangewezen kunnen zijn.

De observaties die door de verschillende teamleden worden gemaakt tijdens het opnameverloop kunnen ons helpen om te spreken vanuit de resources van de patiënten, de krachten en talenten die ons opvallen tijdens vb. de therapieën, de interacties met medepatiënten, de kleine stappen in de gewenste richting, ... Dit helpt om de hoop bij het team wakker te houden.

Los van de teamvergadering, waar enkel professionals aanwezig zijn, is het ook zinvol om af en toe een moment te organiseren waar wordt samengezeten met de patiënt en zijn betrokken hulpverleners. Hier kan de patiënt zelf aangeven hoe hij de opname ervaart, wat goed loopt en wat minder goed, waar meer of minder aandacht aan dient besteed te worden, ...

4.3. Therapieën

Groepstherapieën

Zoals geschreven worden er verschillende therapieën aangeboden waar de patiënten aan kunnen deelnemen.

Deelname aan de therapieën wordt aangeraden en gestimuleerd maar wordt in geen geval 'verplicht'. In sommige behandeltrajecten, waar veeleer met andere problematieken wordt gewerkt, gebeurt dit soms wel en worden er consequenties gegeven aan niet-deelname (vb. afronden van de opname of andere gedragsmatige interventies), maar dat lijkt ons, zeker bij onze patiënten met depressieve stemmingsproblemen, niet wenselijk. Het lijkt ons een beter idee om de patiënt een keuzemogelijkheid aan te bieden en zo in de actor-positie te zetten. We stellen wel voor om hier aandachtig voor te zijn door voor iedere therapie alle patiënten uit te nodigen. Concreet wordt op het

ochtendmoment elke dag overlopen welke therapieën er op de planning staan en op dat moment al gevraagd wie wil meedoen en worden de namen genoteerd. Bij de patiënten die er op dat moment nog niet op ingingen, wordt net voor het therapiemoment langsgegaan en wordt de vraag opnieuw gesteld. Uiteraard kan ook hierop weer een patiëntgerichte uitzondering worden gemaakt, sommige patiënten zijn zo ernstig ziek (vb. katatoon) dat deelname aan bepaalde therapieën niet mogelijk is, dan kan er tijdelijk beslist worden deze mensen niet uit te nodigen teneinde dit niet iedere keer een lastige confrontatie met hun probleem vormt en een nieuwe 'mislukkingsservaring' veroorzaakt.

Individuele opvolggesprekken (psychiater, psycholoog, verpleegkundige)

Tijd als raadgever

Het is belangrijk dat we duidelijk maken aan patiënten dat tijd nemen belangrijk is en dat we niet kunnen verwachten dat ze zich ineens terug beter gaan voelen. Het zich beter voelen heeft tijd nodig en gaat geleidelijk aan ontstaan. Net als normale stemming zal dit gepaard gaan met betere dagen en slechtere dagen. Ook hier weer voldoende lang bij stilstaan en voldoende uitleg rond geven is van belang. Anders kan dit zorgen voor paniek wanneer mensen zich een aantal dagen beter voelen en dan ineens een mindere dag doormaken. Als een patiënt niet weet wat hij kan verwachten, weet hij ook niet hoe te reageren als er iets onverwacht gebeurt. Wat hier ook in kan helpen is het stellen van duidelijke doelen, waarbij de focus gaat liggen op iets waar de patiënt vat op heeft. Wat wil de patiënt kunnen doen op een bepaald moment, hoe zal zijn dag eruit zien? Dit verplaatst ook weer de patiënt vanuit het 'lijdende voorwerp' naar de actor positie. Hierbij kunnen we ook weer benadrukken dat het sommige dagen makkelijker gaat zijn om die stappen te zetten dan andere dagen.

Aandachtspunten bij het opstellen van doelen

Bij het opstellen van doelen, is het van belang deze steeds positief te formuleren. Dit kan een uitdaging zijn voor patiënten met depressieve klachten, die het lastig vinden om iets als positief te beschrijven en enkel weten dat ze zich 'niet meer depressief' willen voelen. Het kan helpen om eerst te kijken naar wat er behouden mag blijven, zaken die reeds aanwezig zijn die niet per se moeten veranderen. Hier voldoende lang bij stilstaan en complimenteren is ook van belang. Een voorbeeld hiervan zou een patiënt kunnen zijn met stemmingsproblemen die het toch volhoudt om elke dag met de hond te gaan wandelen. Alle kleine dagelijkse taken die wij als vanzelfsprekend beschouwen zijn immers een zware taak voor deze patiënten. We kunnen hier reeds doelen formuleren voor stabilisatie en behoud, wat impliceert dat ze reeds nieuwe gewoontes aan het oefenen zijn, en ook reeds gebruik maken van de oplossingen die behulpzaam zijn voor hen. Hiernaast kunnen we dit moment aangrijpen om de patiënten te complimenteren en te informeren, in dit voorbeeld over het belang van beweging in herstel. Eventueel kan het ook makkelijker zijn om kleine positieve doelen te koppelen aan zaken die ze reeds ondernemen, bijvoorbeeld tijdens het wandelen met de honden ook nadenken over (een eventueel aangepaste versie van) de drie vragen voor een tevreden leven.

Het beter worden op zich voelt vaak als een onmogelijk doel voor patiënten en kan dus heel ontmoedigend werken. Vaak weten mensen met depressieve klachten niet goed wat dit inhoudt of hoe hier te geraken. Hun voornaamste doel is zich 'niet meer zo depressief' te voelen. Het is aan ons om dit 'ogenschijnlijk onmogelijke doel' op te breken in kleine realistische doelen. Dit doen we aan de

hand van schaalvragen en observatie-opdrachten, waarbij de focus voornamelijk ligt op wat ze reeds doen. Mensen met een depressie kunnen zelf vaak niet meer zien wat ze goed doen. Vanuit hun depressie gaan ze alles in het negatieve zien en gaan ze enkel zien en onthouden wat ze niet hebben gedaan of wat niet gelukt is. Dit zal steeds voor hen op de voorgrond staan. Het is dan ook van belang dat wij hen voldoende wijzen en complimenteren op alles wat ze wel al doen, hoe klein dit ook aanvoelt voor hen. We betrappen onze patiënten op wat ze zelf allemaal reeds ondernemen en hoe dit hen gelukt is, we bestendigen hiermee opnieuw hun actor positie. Ze stellen zelf hun resources vast en reiken deze aan aan de therapeut en geven zichzelf hiermee ook een compliment. Indien het de patiënt niet lukt om een antwoord te geven is dit geen probleem, wij geven als therapeut een onrechtstreeks compliment door te impliceren dat we ervan uitgaan dat ze de vaardigheden bezitten om zichzelf te helpen en expert zijn over hun eigen welzijn.

Bij het opstellen van doelen is het uiteraard steeds van belang dat de patiënt hier keuzes kan maken. Dit kan over zeer kleine zaken gaan; vb. 'ga ik het wandelen met de honden om 10 uur of om 11 uur doen.' Enerzijds doen we dit om de patiënten zoveel mogelijk in de actor positie te zetten en anderzijds om hen te tonen dat zij nog in staat zijn om keuzes te maken. Veel patiënten met depressieve klachten hebben immers het gevoel dit niet meer te kunnen en geen controle meer te ervaren over wat er gebeurt.

Gebruik van vragenlijsten

Het gebruik van vragenlijsten, waarmee symptomen in kaart gebracht worden, kan helpend zijn om de evolutie van de klachten op te volgen. Er bestaan gestandaardiseerde vragenlijsten om vb. depressieve symptomen te scoren. We schatten dit vooral zinvol in om kleine veranderingen duidelijk te maken aan de patiënt en de behandelaar. Het is voor patiënten met een depressie soms moeilijk om te antwoorden op de vraag 'wat gaat er beter?'. Wanneer hun symptomen heel letterlijk bevraagd worden via een vragenlijst lukt dit soms gemakkelijker. We geloven erin dat het frustrerende gevoel dat patiënten (én behandelaars) soms kunnen ervaren rond het gebrek aan vooruitgang, hiermee verminderd wordt.

Patiënten terug in de actor-positie zetten/Keuzemogelijkheden creëren

We achten het belangrijk om patiënten opnieuw zelf keuzes te laten maken en hen zo in een actor-positie te brengen. Het gevoel een keuze te hebben helpt ons om een trapje vooruit te gaan in de flowchart en uit de zoekende relatie, waarbij patiënten het gevoel hebben dat ze er niets aan kunnen doen of verstrikt zijn in hun gebrek aan energie, naar een consulterende relatie te gaan waar ze een duidelijk werkbaar doel hebben, openstaan voor adviezen en deze kunnen uitproberen.

De cognitieve distorties die bij een depressie horen zorgen ervoor dat mensen vaak enkel het negatieve zien en geen idee meer hebben hoe een betere situatie er kan uitzien/ooit heeft uitgezien. De drie vragen voor een gelukkig/tevreden leven kunnen helpen om mensen aandachtig te maken voor zaken waarover ze eventueel wel tevreden kunnen zijn, hoe klein ook. Meer toekomstgericht kunnen we oa. de mirakelvraag introduceren. Het zwart-witdenken doorbreken kunnen we op een klassieke oplossingsgerichte manier aan de hand van schaalvragen.

Tijdens een dag in opname moeten heel wat keuzes gemaakt worden. Het begint al bij het ontwaken, 'ga ik in op de uitnodiging van de verpleegkundigen om op te staan of niet?', 'ga ik ontbijten of niet?', 'ga ik naar het ochtendmoment of niet?', enz. Het lijkt ons een goed idee om patiënten hier ook op te wijzen. Het feit dat ze vb. naar onze afspraak zijn gekomen impliceert dat ze heel wat keuzes hebben gemaakt en dus zelf heel wat in handen namen!

Dit in het achterhoofd houden vinden we ook belangrijk als we bepaalde adviezen geven. Er is heel veel kennis over zaken waarvan we weten dat ze behulpzaam kunnen zijn voor de meeste patiënten met depressieve klachten. Dit moet dan ook zeker verteld worden. Hierbij is het wel belangrijk dat de patiënt steeds vaststelt hier eigen keuzes in te kunnen maken, en te kijken met patiënt wat voor hen goed aanvoelt en wat niet. Het evenwicht houden tussen als therapeut zelf zaken suggereren en samen met patiënten nadenken hoe dit in hun specifieke situatie kan geïmplementeerd worden, is primordiaal.

We illustreren dit graag met een voorbeeld. We weten dat een goed dag-nachtritme zeer belangrijk is voor herstel. We weten ook dat de slaap vaak verstoord is bij een depressie. Mensen slapen teveel of te weinig, slapen slecht in en/of door, hebben de neiging overdag in bed te blijven en hierdoor 's nachts opnieuw minder goed te slapen. Het is belangrijk hierover informatie te geven aan de patiënten én deze af te stemmen op hun individuele situatie. Het is aangewezen samen met de patiënten te onderzoeken hoe hun slaappatroon er uitzag voor ze ziek werden, hoeveel uur slaap ze nodig hadden, wat zij ervoeren als een goede nachtrust. Hoe laat gingen ze slapen, hoe laat stonden ze op? Zien ze het zitten om hier terug naartoe te werken, hoe beginnen we hier dan aan? Is het nodig om hier een periode ondersteunende medicatie voor aan te bieden om hierbij te helpen? Zo laten we de keuze telkens aan de patiënt en blijven zij in de regie staan van hun behandeling, maar geven we tegelijkertijd ook adviezen mee; algemeen advies dat we toepassen op hun persoonlijke behoeften. Door te verwijzen naar een vroeger slaappatroon geven we eveneens het onrechtstreekse compliment dat ze vroeger een goed slaappatroon hadden, hier hebben ze zelf voor gezorgd. We krijgen ook weer meer zicht op de handleiding van de patiënt, de resources en mogelijkheden die ze reeds bezitten.

4.4. Biologische behandelingen

Zoals hoger reeds geschreven hebben we als arts de unieke positie om zowel psychotherapeutische als biologische behandelingen te gebruiken in de behandeling van stemmingsproblemen. We willen echter ook deze biologische behandelingen liefst zo oplossingsgericht mogelijk aanbrengen. Hiermee bedoelen we dat we transparant willen zijn over de mogelijkheden die er bestaan, de implicaties van iedere behandeloptie en laten we de patiënten ook hier een eigen, weliswaar door ons geïnformeerde, keuze maken. Het bleek reeds dat behandelstappen waar patiënten zelf achter staan, beter werken. We stemmen zelf uiteraard vanuit onze kennis de behandelopties af op de symptomen van de patiënten; zo uiten we onze voorkeur voor bepaalde medicamenten boven andere bij vb. iemand met depressieve klachten en slaapproblemen of iemand met depressieve klachten en verminderde eetlust.

4.5. Betrekken van het systeem bij de behandeling

Het in kaart brengen en het betrekken van het systeem van de patiënt hoort een standaard deel uit te maken van de behandeling en werkt vaak bevorderend. De context van de patiënt is vaak reeds maandenlang bezig met het ondersteunen van de patiënten en speelt hier in de thuisomgeving een zeer grote rol in. Op het moment dat er wordt gekozen om in opname te gaan is dit vaak een opluchting voor de context, hiernaast kan dit er ook toe leiden dat zij totaal niet meer weten hoe het gaat met de patiënt, wat de behandeling inhoudt, wat ze elke dag doen.

Een oplossingsgericht genogram opmaken met de patiënt kan helpen om hier een duidelijk zicht op te krijgen. Deze taak kan opgenomen worden door elke hulpverlener die betrokken is bij de behandeling. Na het opmaken van dit genogram kan er dan beslist worden door de patiënt of er iemand betrokken kan worden, wie dit dan zou zijn, en wanneer en hoe deze betrokken mogen worden.

Voor de opname heeft de omgeving van de patiënt vaak zelf al veel van de eigen resources gebruikt om de patiënt zo goed mogelijk te ondersteunen. Het is dus van belang dat zij zo vroeg mogelijk tijdens de opname reeds gecontacteerd worden om hun verhaal te aanhoren en een luisterend oor te bieden, eventueel via een telefonisch contact. Dit kan zeer bevorderlijk werken voor de therapeutische relatie. Hiernaast is het ook van belang dat zij informatie krijgen over de werking van de afdeling, de bezoeken. Hiervoor wordt idealiter een vaste contactpersoon aangeduid. Zo weet de context ook naar wie ze hun vragen moeten richten wanneer ze contact nemen met de afdeling. Vaak zal dit de verantwoordelijke verpleegkundige zijn van de patiënt. Zij kunnen dan ook informatie verschaffen over hoe het gesteld is met de patiënt op de afdeling.

Hiernaast is het ook belangrijk om het systeem actief deel te laten uit te maken van de behandeling aan de hand van een systeemgesprek. Dit gebeurt liefst multidisciplinair, waarbij (minstens) de behandelend arts, de systeemtherapeut en de verantwoordelijk verpleegkundige aansluiten. We gaan ervan uit dat er minstens één systeemgesprek plaatsvindt tijdens de opname, indien nodig en idealiter kunnen dit er meer zijn. Tijdens dit systeemgesprek kan er enerzijds gekeken worden naar de noden van de context, welke bezorgdheden er aanwezig zijn, welke verandering zij reeds hebben opgemerkt bij de patiënt, en welke verandering zij de patiënt nog toewensen. Anderzijds wordt dit natuurlijk ook aan de patiënt zelf gevraagd. Het systeem is mede-actor, dus tijdens het gesprek kan ook bevraagd worden wat het systeem reeds doet dat helpend/ondersteunend is en hoe ze meer daarvan kunnen doen.

Het is belangrijk dat een systeemgesprek goed voorbereid wordt samen met de patiënt. De patiënt heeft immers vaak het gevoel dat hier bepaalde verwachtingen aan verbonden zijn. Er dient op voorhand met de patiënt worden doorgenomen welke onderwerpen zij willen bespreken, welke onderwerpen mogelijks naar boven zullen komen en hoe ze hier dan mee zullen omgaan. Een patiënt die zich depressief voelt ervaart bijna alles als een enorme taak en stress, we kunnen dus niet verwachten dat zij goed kunnen reageren op onverwachte situaties, daarom is het belangrijk dit zoveel mogelijk te vermijden en eventueel op voorhand met de patiënt te bespreken wat ze kunnen doen indien het toch te moeilijk wordt tijdens een systeemgesprek.

Hiernaast kan er tijdens dit gesprek ook nagedacht worden over hoe er wordt gekeken naar een terugkeer naar de thuissituatie van de patiënt en welke ondersteuning en omkadering hier eventueel voor nodig is.

Het al dan niet betrekken van de context is uiteraard een keuze van de patiënt en mag zeker niet zonder hun toestemming of medeweten gebeuren. Vanuit de patiënt kan dit ook worden afgehouden, vanuit het gevoel hun omgeving al genoeg last te hebben bezorgd, schrik dat ze niet betrokken willen worden of schrik van wat de familie zou zeggen in een dergelijk gesprek. Het is aan het team en de afdeling om duidelijk uit te leggen waarom het belangrijk is het systeem te betrekken.

4.6. Ontslagplanning

Vanaf de dag van opname en dus het eerste gesprek met de patiënt dient er gedacht worden aan de ontslagplanning en moet dit onderdeel uitmaken van het behandelplan. Dit kan ook gelinkt worden aan de doelen die de patiënt graag wil bereiken tegen moment van ontslag. Veel afdelingen zijn immers ook verbonden aan een tijdslimiet. De dag van ontslag kan dan ook verweven worden in een mirakelvraag, teneinde de patiënt een scenario te laten omschrijven en te visualiseren. Eerder dan te vragen naar wat ze op de dag van ontslag zouden 'voelen' of 'ervaren', waar men geen vat op heeft, dienen we woorden als 'doen' te gebruiken, om de patiënt in een actor-positie te zetten en hem zo een script te geven in de gewenste richting. *'Je wordt morgen wakker en het is de dag van ontslag, hoe word je dan wakker? Hoe sta je op, wat is het eerste wat je doet? Hoe zie je jezelf terugkeren naar huis en je verdere hersteltraject aanvatten?'* Dit kan ook helpen om de doelen die de patiënt wil bereiken in opname te verduidelijken. Tijdens een systeemgesprek dient de ontslagplanning ook best zo vroeg mogelijk besproken te worden, zodat het systeem zich hier ook goed op kan voorbereiden.

Een ontslag dient ook best geoefend te worden, dit doen we door de patiënt zo vroeg als mogelijk in het traject momenten aan te bieden om voor korte periodes terug naar huis te gaan. Dit begint vaak met een paar uur en wordt stelselmatig uitgebreid tot een weekend met overnachting thuis. De patiënt en zijn systeem kan dan ervaren hoe het is om thuis te zijn, wat goed gaat en waar nog verbetering mogelijk is.

4.7. Succeservaringen uit de praktijk

Graag delen we hierbij nog enkele casussen waarbij we ervaren dat oplossingsgerichte interventies zinvol bleken. De namen* zijn aangepast om het medisch beroepsgeheim te verzekeren.

Een patiënte waarbij oplossingsgerichte interventies zeer nuttig bleken is Anne*. Anne is een vrouw van 55 jaar gekend met een bipolaire kwetsbaarheid. Zij kwam in behandeling in het dagtherapeutisch centrum omwille van blijvende invaliderende stemmingswisselingen. Wanneer haar depressieve klachten op de voorgrond kwamen ervaaarde patiënte het als zeer moeilijk om nog dagelijks naar therapie te komen en bleef ze veel in bed liggen. De eerste periode dat dit gebeurde belden wij patiënte meermaals op en begeleidden haar bijna continu tot ze uiteindelijk in de auto ging zitten om te komen. Dit leidde tot meerdere telefoons per dag, veel frustratie bij het behandelend team omdat

ze dit moesten doen en ook frustraties bij Anne omdat ze ondanks deze intensieve ondersteuning toch vaak niet op de afdeling geraakte.

Bij een tweede periode van ontstaan van depressieve klachten hebben we dan ook een andere aanpak geprobeerd. De dagen dat Anne tot op de afdeling geraakte hebben we haar heel vaak gecompimenteerd door te vragen hoe dit lukte, door het introduceren van keuzemogelijkheden en haar te wijzen op de positieve keuze die ze gemaakt had om die dag toch te komen naar de afdeling. We gaven opnieuw veel psycho-educatie rond het belang van structuur. Hiernaast toonden we ook nog steeds veel begrip voor de zwaarte van de depressieve klachten en hoe moeilijk het dus ook moest zijn voor haar om toch te komen, waardoor we haar complimenteerden op de kracht die ze toonde door te komen naar de afdeling. We maakten de afspraak dat we eenmaal telefonisch contact zouden maken met haar en dan de verwachting zouden stellen dat ze naar de afdeling kwam. We overliepen met haar hoe ze dit zou doen en wat ze hiervoor nodig zou hebben, waardoor we opnieuw keuzemogelijkheden introduceerden. Bij deze begeleiding is het gelukt voor Anne om bijna dagelijks te komen naar de afdeling, en heeft dit ook voorkomen dat ze verder afgleed in haar depressieve klachten, wat de vorige keer niet gelukt was. Patiënte ervaarde dit dan ook veel meer als een persoonlijk succes, ze had zelf de keuze gemaakt om te proberen te komen naar de afdeling met veel minder begeleiding. Dit zorgde dan weer voor een verhogen van het zelfvertrouwen.

Een andere casus waarin op verschillende niveaus oplossingsgerichte interventies zinvol bleken, was die van Birgit*, een vrouw van 50 jaar, met een gekende bipolaire kwetsbaarheid. De patiënte werd in ernstig katatonie toestand opgenomen, verwezen vanuit een perifeer psychiatrisch ziekenhuis. Bij opname kon patiënte niet stappen, niet eten of drinken en amper spreken. Al snel was duidelijk dat dringende behandeling met ECT aan de orde was. In de mate van het mogelijke werd patiënte hierover geïnformeerd, zij was echter zelf niet in staat hiervoor expliciete toestemming te verlenen. Reeds na enkele sessies ECT was er merkelijke verbetering van het toestandsbeeld, werd patiënte alerter, beter aanspreekbaar en verbeterde haar motoriek. Er was nu wel communicatie mogelijk en patiënte werd geïnformeerd over hetgeen haar overkwam, er werd uitgebreid uitgelegd welke behandeling er werd opgestart in kader van welke pathologie. Patiënte was akkoord met verderzetting van de ECT-behandeling en verbeterde verder. De psychomotore, uitwendig zichtbare, symptomen verbeterden zienderogen; voor patiënte zelf bleek het echter naarmate de tijd vorderde heel moeilijk om deze positieve evolutie te zien. We zien wel vaker dat de psychomotore symptomen eerst opklaren en de stemming pas in tweede tijd volgt. Door afname van vragenlijsten waarbij de scores duidelijk daalden (en de ernst van symptomen dus afnam) konden we aan patiënte duidelijk maken dat er wel degelijk beterschap was. We toonden haar filmpjes die we maakten toen ze net werd opgenomen, waarna ze de ernst van de situatie bij opname beter kon inzien. We gaven haar de 'drie vragen voor een tevreden leven' van Dr. Luc Isebaert mee en raadden aan deze elke dag op te lossen; waar dit in eerste instantie als een moeilijke opdracht werd bevonden, kreeg patiënte dit op termijn in de vingers en hielp het haar meer aandachtig te zijn voor zaken die positief verliepen.

Patiënte was alleenstaand, had twee kinderen van 17 jaar. Het voorstel werd gedaan de kinderen op gesprek te zien, waarmee ze akkoord ging. We vonden het belangrijk het systeem te betrekken.

Vanuit het opgestelde onderhandeld behandelplan was het doel op lange termijn van patiënte steeds 'terugkeer naar huis'. Wekelijks werden door en met patiënte concrete, haalbare doelen opgesteld, vb. deelname aan bewegingstherapie, gaan wandelen, eens opnieuw zelfstandig de bus nemen naar de naburige stad, eens naar huis gaan, ... Bij het halen van elk doel werd ze hier uitgebreid positief

over bekrachtigd. De fonkel in de ogen van patiënte toen ze kon vertellen dat een ijsje haar opnieuw smaakte na maanden van afgevlaktheid, ook op vlak van smaak, was goud waard!

In tweede tijd werd psychodiagnostiek georganiseerd, vooral op vraag van patiënte zelf, die het gevoel had dat er meer aan de hand was dan haar eerder gediagnosticeerde bipolaire kwetsbaarheid. Alvorens de testing werd gestart werd uitgebreid met patiënte besproken welke meerwaarde ze hierin zag, wat ze wenste te bereiken met de testing, het feit dat een diagnose niet per se een concrete oplossing zou bieden, ... Gezien haar blijvende vraag werd doorgezet. De resultaten wezen op aanwezigheid van een autismespectrumstoornis. Patiënte bracht dan de vraag hierrond specifieke hulpverlening te krijgen, hetgeen werd georganiseerd samen met de maatschappelijk werker en psycholoog.

De doelstelling van terugkeer naar huis werd steeds voor ogen gehouden en uiteindelijk kon patiënte na 6 maand opname het ziekenhuis verlaten en terugkeren naar huis. Er werd de nodige ondersteuning voorzien onder de vorm van ambulante hulpverlening.

5. Besluit

Zoals we in ons eindwerk beschreven is het soms een uitdaging om de rol van arts en therapeut te combineren. Door dit werk te schrijven werd het ons duidelijk dat we dit doorheen de opleiding meer en meer zijn gaan doen. Er werd ons op de allereerste lesdag in het eerste jaar door Geert voorspeld dat we er niet aan zouden ontsnappen geïnfecteerd te worden door het oplossingsgerichte virus en zo blijkt inderdaad! We hopen ook na het afronden van de opleiding ons verder te ontwikkelen op beide fronten en als oplossingsgerichte psychiaters door het werklevens te gaan.

Literatuurlijst

- Isebaert, Luc; Lefevere, Geert. (2022). *De Therapeutische Alliantie: Het Brugs Model Van Oplossingsgerichte Cognitieve Systeemtherapie*. Academia Press.
- Cursusmateriaal Geert Lefevere rond Angst & Depressie
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.).
- www.uptodate.com over Unipolaire Depressie
- Kandola A, Ashdown-Franks G, Hendrikse J, Sabiston CM, Stubbs B. Physical activity and depression: *Towards understanding the antidepressant mechanisms of physical activity*. *Neurosci Biobehav Rev*. 2019 Dec;107:525-539. doi: 10.1016/j.neubiorev.2019.09.040. Epub 2019 Oct 2. PMID: 31586447.
- El-Alti L. *Shared Decision Making in Psychiatry: Dissolving the Responsibility Problem*. *Health Care Anal*. 2022 Dec 3. doi: 10.1007/s10728-022-00451-7. Epub ahead of print. PMID: 36462103.
- Wet betreffende de rechten van de patiënt, 22/08/2002
- www.zorgkwaliteit.be rond Onderhandeld Behandelplan
- Zhang A, Franklin C, Currin-McCulloch J, Park S, Kim J. *The effectiveness of strength-based, solution-focused brief therapy in medical settings: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials*. *J Behav Med*. 2018 Apr;41(2):139-151. doi: 10.1007/s10865-017-9888-1. Epub 2017 Oct 3. PMID: 28975531.
- Franklin C, Zhang A, Froerer A, Johnson S. *Solution Focused Brief Therapy: A Systematic Review and Meta-Summary of Process Research*. *J Marital Fam Ther*. 2017 Jan;43(1):16-30. doi: 10.1111/jmft.12193. Epub 2016 Oct 19. PMID: 27757976.
- Gingerich WJ, Eisengart S. *Solution-focused brief therapy: a review of the outcome research*. *Fam Process*. 2000 Winter;39(4):477-98. doi: 10.1111/j.1545-5300.2000.39408.x. PMID: 11143600.