



OPLOSSINGSGERICHT THERAPEUTISCH AAN DE SLAG MET CLIËNTEN DIE EEN PSYCHOSE DOORMAKEN

THESIS OPLOSSINGSGERICHTE COGNITIEVE SYSTEEMTHERAPIE KORZYBSKI
2020-2024

OLIVIA JENNEN
PSYCHIATER IN OPLEIDING



INHOUDSOPGAVE

INLEIDING	2
WAAROM DIT ONDERWERP	2
PSYCHOSE ONDER DE LOEP	3
WAT IS EEN PSYCHOSE?	3
NEUROBIOLOGISCHE ASPECTEN EN BIOPSYCHOSOCIALE BEÏNVLOEDENDE FACTOREN	5
<i>Dopamine</i>	5
<i>Biopsychosociale beïnvloedende factoren</i>	5
NUTTIGE HYPOTHESEN M.B.T. HET ONTSTAAN VAN EEN PSYCHOSE UIT DE SOLUTION-FOCUSED LITERATUUR.....	6
<i>Vulnerability-stress model</i>	6
<i>Double-bind</i>	6
<i>Clënten in het breed autistisch spectrum</i>	6
DIAGNOSTIEK VAN PSYCHOTISCHE STOORNISSEN	7
<i>Categoriaal</i>	7
<i>Dimensioneel</i>	10
BEHANDELING VAN EEN PSYCHOSE	11
<i>Psycho-educatie</i>	11
<i>Biologische behandelingen</i>	11
<i>Psychotherapie</i>	11
OPLOSSINGSGERICHT THERAPEUTISCH AAN DE SLAG	12
DE THERAPEUTISCHE RELATIE EN VERBINDING	12
PROBLEEM VS. BEPERKING BEKEKEN DOOR DE BRIL VAN EEN PSYCHOSE	15
ERKENNING EN VERKENNING.....	16
KEUZES	16
<i>Wat met dwang?</i>	17
GEWOONTES	18
BETREKKEN VAN HET SYSTEEM	20
BESLUIT	21
REFERENTIES	22

INLEIDING

WAAROM DIT ONDERWERP

Ik koos ervoor om mijn eindwerk te schrijven over oplossingsgericht aan de slag gaan met cliënten die een psychose doormaken, omdat ik momenteel als laatstejaars psychiater in opleiding werkzaam ben in een psychiatrisch ziekenhuis, een psychosociaal centrum om meer specifiek te zijn, waar we uitsluitend werken met mensen met een psychotische kwetsbaarheid.

Het is een centrum met verschillende vormen van begeleiding: nachthospitalisatie, daghospitalisatie, psychiatrische thuisbegeleiding en ambulante begeleiding. Daarnaast zijn er ook twee projecten van beschut wonen verbonden aan het centrum.

Het doel van dit eindwerk is om aan te tonen hoe oplossingsgerichte therapie een waardevolle aanpak kan zijn bij cliënten met een psychose. We zullen nagaan hoe hoop en veerkracht bevorderd kunnen worden door ons te richten op de krachten en de hulpbronnen van onze cliënten.

Ik schreef dit eindwerk vanuit mijn achtergrond als arts én therapeut in opleiding. Ik trachtte dit eindwerk zoveel mogelijk in oplossingsgerichte taal te schrijven, maar onvermijdelijk zullen termen zoals 'patiënt', die ook gelezen kan worden als 'cliënt', en termen zoals 'kwetsbaarheid', 'symptomen' en 'stoornis' aan bod komen, voornamelijk voortkomend vanuit mijn medisch-psychiatrische achtergrond.

PSYCHOSE ONDER DE LOEP

Ik start dit eindwerk met een verdieping in wat een psychose is. We zullen ingaan op de symptomen van een psychose, de onderliggende mechanismen, de diagnostiek en de behandeling. Dit is helpend voor ons als therapeut om het functioneren van onze cliënt beter te begrijpen en om op die manier onze cliënt zo goed mogelijk bij te staan in diens therapeutisch proces. Deze uitleg kan ook ondersteunend zijn bij het geven van psycho-educatie over psychose.

WAT IS EEN PSYCHOSE?

Een psychose kenmerkt zich door onderstaande symptoomgroepen.¹⁻³

Positieve symptomen

Een probleem in de realiteitstoetsing staat centraal bij een psychose. Mensen met een psychose ervaren de realiteit anders dan anderen in hun omgeving. De realiteit wordt ervaren door een samenspel van hetgeen we waarnemen met onze zintuigen en de interpretatie die onze hersenen er nadien aan geven.

Onderstaande symptomen kunnen geklasseerd worden onder de 'positieve symptomen':

- Wanen zijn onombuigbare overtuigingen die niet overeen komen met de realiteit. Mensen kunnen verschillende soorten wanen ervaren: achtervolgingswanen, grootheidswanen, betrekkingswanen, jaloersheidswanen,...
- Hallucinaties zijn waarnemingen die als echt ervaren worden, maar waar er geen externe prikkel voor is. Deze waarnemingen kunnen voortkomen uit onze vijf zintuigen: auditief (horen), visueel (zien), gustatoir (proeven), olfactorisch (ruiken) en tactiel (tastzin).
- Veranderingen in de samenhang en het tempo van het denken.
- Gedesorganiseerde spraak die onsamenhangend en moeilijk te begrijpen is voor anderen. Dit houdt verband met het denken dat sneller en meer associatief kan zijn dan gewoonlijk.
- Gedesorganiseerd gedrag.

Negatieve symptomen

Initiatiefverlies, verminderde motivatie, verminderde energie, gedachtearmoede, spraakarmoede (alogie), verminderde emotionele expressie,...

Cognitieve symptomen

Cognitieve problemen bij een psychose kenmerken zich door moeilijkheden op onderstaande domeinen:

- Geheugen- en concentratie
Problemen in snelheid van informatieverwerking, aandacht en concentratie, leren (verbaal en visueel), werkgeheugen en probleemoplossend vermogen. Geheugen- en concentratieproblemen doen zich voornamelijk voor tijdens en in de periode na de psychose. De mate van herstel nadien varieert van persoon tot persoon.
- Sociale cognitie
Moeilijkheden in het herkennen van de toon van het gesprek en van gelaatsuitdrukkingen. Communicatie verloopt via het gesproken woord (10%), de toon waarop iets gezegd wordt (35%) en de lichaamstaal (55%), waarbij vooral mimiek van belang is. Doordat mensen met een psychose problemen ervaren in het herkennen van de toon van het gesprek en gelaatsuitdrukkingen, naast de problemen die ze ervaren m.b.t. betekenisgeving en waarneming, is het voor deze mensen niet eenvoudig om communicatie en de boodschap die hierin vervat zit in te schatten.
- Mentale flexibiliteit
Problemen in het snel schakelen van de ene situatie naar de andere.
- Filteren van informatie
Alle informatie komt even hard binnen, er zit geen filter meer op. Dit zorgt vaak voor een gevoel van overspanning.

Affectieve symptomen

Angst, somberheid, manie,...

DOPAMINE

Hieronder volgt een beknopte uitleg over de rol van dopamine in het ontstaan van een psychose, gebaseerd op een mooi geschreven hoofdstuk hierover in het boek 'In gesprek met psychose' van Jules Tielens.²

Onze hersenen bestaan uit een complex netwerk van talrijke zenuwcellen die met elkaar verbonden zijn en elektrische signalen aan elkaar doorgeven door middel van neurotransmitters. De belangrijkste neurotransmitters zijn serotonine, noradrenaline, dopamine en acetylcholine.

Dopamine is van belang bij de verwerking van informatie van buitenaf en van binnenuit. Deze 'verwerking' omvat enerzijds controle over de intensiteit van het signaal, maar anderzijds ook over de mate van betekenisverlening. Dopamine speelt om deze reden o.a. ook een rol in aandacht, concentratie en leren.

Bij een psychose zien we twee veranderingen op het niveau van dopamine in de hersenen:

- In de **frontale hersenen** zien we een **tekort aan dopamine**. De frontale hersenen spelen een belangrijke rol in redeneren, abstract denken, emoties, leren,...
Een tekort aan dopamine in deze hersenregio wordt gelinkt aan motivatieproblemen en cognitieve problemen.
- In de **centrale hersenen** zien we een **teveel aan dopamine**. De centrale hersenen spelen een belangrijke rol in de 'distributie' van prikkels van binnen- en buitenaf. Deze 'distributie' houdt in dat onze hersenen een onderscheid maken tussen wat wel en niet belangrijk is. Dopamine zorgt ervoor dat hetgeen belangrijk is 'gemarkeerd' wordt en onthouden kan worden. Door een teveel aan dopamine in deze hersenregio komt alle informatie even hard binnen, krijgt alles 'een bijzondere lading' en worden de hersenen overbelast en overprikkeld. Een teveel aan dopamine in deze hersenregio wordt gelinkt aan de positieve symptomen van een psychose.

BIOPSYCHOSOCIALE BEÏNVLOEDENDE FACTOREN

Psychosegevoeligheid kan beïnvloed worden door verschillende biopsychosociale factoren¹:

- Genetische gevoeligheid
- Omgevingsfactoren
- Psychosociale factoren (migratie, bevolkingsdichtheid,...)
- Psychotrauma
- Drugs
- Hormonaal (postpartum psychose)
- ...

De uiteindelijke gevoeligheid voor psychose wordt bepaald door iemands kwetsbaarheid en weerbaarheid in combinatie met beschermende en belastende factoren.

NUTTIGE HYPOTHESEN M.B.T. HET ONTSTAAN VAN EEN PSYCHOSE UIT DE SOLUTION-FOCUSED LITERATUUR

De onderstaande uitleg is gebaseerd op het boek 'De therapeutische alliantie. Het Brugs model van oplossingsgerichte cognitieve systeemtherapie.' van Luc Isebaert en Geert Lefevere.⁴

VULNERABILITY-STRESS MODEL

Dit model van Goldberg en Huxley (1991) gaat ervan uit dat er bij cliënten met schizofrenie voor het uitbreken van de ziekte reeds een zekere biologische kwetsbaarheid bestaat (vulnerability). Indien er belastende externe factoren bijkomen (stress) kan dit leiden tot de ziekte.⁴

VULNERABILITEITSFACTOREN⁴

- Verminderde informatieverwerkingssnelheid.
- Extreme reactie op prikkels.
- Contactstoornissen en beperkte sociale vaardigheden.

STRESSFACTOREN (EXTERN)⁴

- Familiale omgeving die sterk stimuleert (vb. hoge eisen stellen).
- Belastende ervaringen in het heden of het verleden.
- Expressed emotion (geneigdheid om gevoelens sterk tot uitdrukking te brengen).
 - o Overwegend negatieve kritiek.
 - o Hoog emotioneel engagement.
 - o Vijandige/afwijzende houding en/of grote tot extreme zorgzaamheid.

DOUBLE-BIND

In de vroege jaren '50 werd in de systeemtherapie de pathologische 'double bind' als een mogelijke etiologie van schizofrenie geïntroduceerd. Deze hypothese stelt dat schizofrene pathologie ontstaat als een reactie op een gestoord communicatiepatroon. De hypothese werd later door de bedenkers ontkracht. Een afgeleide ervan bestaat echter voort als de hypothese van de 'geïdentificeerde cliënt'. Hierdoor wordt de pathologie gesitueerd in het systeem en niet in de cliënt zelf. In de aanpak ervan is het bijgevolg van belang om het communicatiepatroon te herkennen en te corrigeren.⁴

CLIËNTEN IN HET BREED AUTISTISCH SPECTRUM

Deze hypothese is gestoeld op het idee dat veiligheid en zekerheid in het gedrang komen, vooral in sociale relaties, maar ook in de relatie met zichzelf in de wereld.

Jay Haley merkte op dat de eerste psychotische episode meestal optreedt tijdens de periode wanneer adolescenten of jongvolwassenen het gezin verlaten, bijvoorbeeld om te gaan studeren. Tijdens die

overgangperiode is de cliënt opeens op zichzelf aangewezen, omdat de vertrouwenspersonen, die de basale sociale en emotionele onzekerheid van het breedspectrum-autisme kunnen compenseren, plots wegvallen. Ten gevolge daarvan gaat de cliënt zijn angsten geruststellen (vb. stemmen die goede raad geven) of externaliseren (vb. beschuldigende stemmen). Realistische existentiële wensen en keuzes worden verdrongen en vervangen door wanen.⁴

DIAGNOSTIEK VAN PSYCHOTISCHE STOORNISSEN

CATEGORIAAL

Categoriale diagnostiek van psychotische stoornissen vinden we terug in de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.⁵

Hieronder een opsomming van de verschillende psychotische stoornissen volgens de DSM-5 classificatie⁵:

Waanstoornis

- A. De aanwezigheid van een (of meer) wanen, met een duur van één maand of langer.
- B. Aan criterium A voor schizofrenie is nooit voldaan.
NB Hallucinaties, indien aanwezig, zijn niet prominent aanwezig en hangen samen met het waanthema (bijvoorbeeld de tactiele sensatie van insecten in de huid bij een parasietenwaan).
- C. Afgezien van de invloed van de waan (wanen) of de consequenties daarvan is het functioneren niet duidelijk beperkt en is het gedrag niet onmiskenbaar bizar of vreemd.
- D. Als er manische of depressieve episodes zijn opgetreden, zijn die vergeleken met de duur van de waanperioden relatief kortdurende geweest.
- E. De stoornis kan niet worden toegeschreven aan de fysiologische effecten van een middel of een somatische aandoening en kan niet beter worden verklaard door een andere psychische stoornis.

Kortdurende psychotische stoornis

- A. Aanwezigheid van een (of meer) van de volgende symptomen. Minstens één daarvan moet (1), (2) of (3) zijn:
 - (1) Wanen.
 - (2) Hallucinaties.
 - (3) Gedesorganiseerd spreken (bijvoorbeeld frequente ontsporing of incoherentie).
 - (4) Ernstig gedesorganiseerd of katatoon gedrag.
- N.B.: Sluit een symptoom uit indien het een in de cultuur van de betrokkene aanvaarde reactie is.

- B. De duur van een episode van de stoornis is ten minste één dag, maar korter dan één maand, met uiteindelijk een volledige terugkeer naar het premorbide niveau van functioneren.
- C. De stoornis kan niet beter verklaard worden door een depressieve- of bipolaire stemmingsstoornis met psychotische kenmerken of een andere psychotische stoornis zoals schizofrenie of katatonie, en kan niet worden toegeschreven aan de fysiologische effecten van een middel (zoals een drug of medicatie) of een somatische aandoening.

Schizofreniforme stoornis

- A. Twee (of meer) van de volgende kenmerken, waarvan elk een significant deel van de tijd gedurende een periode van één maand aanwezig is (of minder indien succesvol behandeld). Minstens één daarvan moet (1), (2) of (3) zijn:
 - (1) Wanen.
 - (2) Hallucinaties.
 - (3) Gedesorganiseerd spreken.
 - (4) Ernstig gedesorganiseerd of katatoon gedrag.
 - (5) Negatieve symptomen.
- B. Een episode van de stoornis duurt minstens één maand maar korter dan zes maanden. Wanneer de classificatie moet worden toegekend zonder op herstel te wachten, dient deze te worden aangemerkt als 'voorlopig'.
- C. Een schizoaffectieve stoornis en een depressieve- of bipolaire stemmingsstoornis met psychotische kenmerken zijn uitgesloten, omdat ofwel (1) er zich geen depressieve of manische episoden tegelijk met de actieve-fasesymptomen hebben voorgedaan, ofwel (2), als er wel stemmingsepisoden zijn geweest tegelijk met de actieve-fasesymptomen, deze minder dan de helft van de totale periode van de actieve en restfase van de ziekte aanwezig waren.
- D. De stoornis kan niet worden toegeschreven aan de fysiologische effecten van een middel (zoals een drug of medicatie) of een somatische aandoening.

Schizofrenie

- A. Twee (of meer) van de volgende kenmerken, waarvan elk in een periode van één maand een significant deel van de tijd aanwezig is (of minder indien succesvol behandeld). Minstens één van deze moet (1), (2) of (3) zijn:
 - (1) Wanen.
 - (2) Hallucinaties.
 - (3) Gedesorganiseerd spreken.
 - (4) Ernstig gedesorganiseerd of katatoon gedrag.
 - (5) Negatieve symptomen.

- B. Het niveau van functioneren ligt op een of meer belangrijke levensgebieden, zoals werk, interpersoonlijke relaties of zelfverzorging duidelijk onder het niveau van voor het begin van de stoornis.
- C. Symptomen van de stoornis zijn gedurende minstens zes maanden ononderbroken aanwezig. In deze periode van zes maanden moet er minstens één maand (of korter indien succesvol behandeld) sprake zijn van symptomen die voldoen aan criterium A (ofwel de actieve-fasesymptomen) en mogelijk ook van prodromale of restsymptomen. Tijdens deze prodromale of restfase kunnen de symptomen van de stoornis bestaan uit alleen negatieve symptomen of uit een afgezwakte vorm van twee of meer van de in criterium A genoemde symptomen.
- D. Een schizoaffectieve stoornis en een stemmingsstoornis met psychotische kenmerken zijn uitgesloten.
- E. De stoornis kan niet worden toegeschreven aan de fysiologische effecten van een middel of aan een somatische aandoening.
- F. Als er een voorgeschiedenis is van een autismespectrumstoornis of een communicatiestoornis met begin tijdens de kindertijd, wordt de aanvullende classificatie schizofrenie alleen toegekend indien er gedurende minstens één maand (of korter indien met succes behandeld) prominente wanen of hallucinaties zijn.

Schizoaffectieve stoornis

- A. Een ononderbroken ziekteperiode waarin een depressieve of manische stemmingsepisode aanwezig is gelijktijdig met kenmerken uit criterium A voor schizofrenie.
N.B. De depressieve episode moet voldoen aan criterium A1: sombere stemming.
- B. Gedurende twee of meer weken binnen de gehele duur van de ziekte moet er sprake zijn van wanen of hallucinaties in afwezigheid een depressieve of manische stemmingsstoornis.
- C. De symptomen die voldoen aan de criteria van de stemmingsepisode zijn het grootste deel van de actieve en restfase van de ziekte aanwezig.
- D. De stoornis kan niet worden toegeschreven aan de effecten van een middel (zoals een drug of medicatie) of aan een somatische aandoening.

Psychotische stoornis door een middel/medicatie

- A. Aanwezigheid van een van de of beide volgende symptomen:
 - 1. Wanen.
 - 2. Hallucinaties.
- B. Er zijn aanwijzingen vanuit anamnese, lichamelijk onderzoek of laboratoriumuitslagen voor zowel (1) als (2):
 - 1. De in criterium A genoemde symptomen zijn ontstaan tijdens of kort na de intoxicatie door of onttrekking van een middel, of na blootstelling aan een geneesmiddel.
 - 2. Van het betreffende (genees)middel is bekend dat het de symptomen in criterium A kan veroorzaken.

- C. De stoornis kan niet beter worden verklaard door een psychotische stoornis die niet door een middel/medicatie wordt veroorzaakt.
- D. De stoornis treedt niet uitsluitend op in het beloop van een delirium.
- E. De symptomen veroorzaken klinisch significante lijdensdruk of beperkingen in het sociale of beroepsmatige functioneren of het functioneren op andere belangrijke terreinen.

Psychotische stoornis door een somatische aandoening

- A. Prominent aanwezige hallucinaties of wanen.
- B. Er zijn aanwijzingen vanuit anamnese, lichamelijk onderzoek of laboratoriumuitslagen dat de stoornis het directe pathofysiologische gevolg is van een somatische aandoening.
- C. De stoornis kan niet beter worden verklaard door een andere psychische stoornis.
- D. De stoornis treedt niet uitsluitend op in het beloop van een delirium.
- E. De symptomen veroorzaken klinisch significante lijdensdruk of beperkingen in het sociale of beroepsmatige functioneren of het functioneren op andere belangrijke terreinen.

Naast de bovenvermelde psychotische stoornissen uit de DSM-5, kunnen psychotische symptomen zich ook voordoen binnen andere ziektebeelden, zoals bijvoorbeeld een depressieve of bipolaire stoornis.

DIMENSIONEEL

Een van de nadelen van een categoriale diagnose is dat hetgeen onze cliënten ervaren vaak niet onderverdeeld kan worden in een specifiek 'hokje'. Interindividuele verschillen zorgen ervoor dat het toestandsbeeld van een cliënt vaak aan criteria van verschillende categoriale diagnoses voldoet. Het is daarom belangrijk om ook op een dimensionele manier naar symptomen en toestandsbeelden te kijken. We moeten ernaar streven om voor elk individu zicht krijgen op welke symptomen er in welke intensiteit aanwezig zijn en in welke mate en op welke manier dit het leven van onze cliënten beïnvloedt. Daarnaast dienen we ook per individu zicht te krijgen op hun weerbaarheid en kwetsbaarheid, en dienen we te achterhalen welke biopsychosociale factoren een invloed hadden in het ontstaan van de symptomen. Nadien kunnen we samen op zoek gaan naar hoe deze terug in balans kunnen gebracht worden.

BEHANDELING VAN EEN PSYCHOSE

PSYCHO-EDUCATIE

Een belangrijke pijler in de behandeling van een psychose is psycho-educatie: uitleg over psychose, triggers, levensstijl adviezen en behandeling.

Psycho-educatie is belangrijk ter bevordering van onder andere ziektebesef en zelfwaardering.

BIOLOGISCHE BEHANDELINGEN

MEDICATIE

Een andere belangrijke pijler in de behandeling van een psychose is medicatie. Als arts dienen we dit zo oplossingsgericht mogelijk te bespreken met onze cliënt.

Goede en transparante voorlichting over de werking en nevenwerkingen van de verschillende medicamenteuze therapieën is cruciaal om aan shared decision making te kunnen doen. Vanuit onze medische achtergrond dienen we onze cliënt in te lichten over welke medicamenteuze behandeling het meest aangewezen is voor hun klachtenpatroon. Nadat we onze cliënt voldoende geïnformeerd hebben, is het belangrijk om hen in de actor-positie te zetten en hen mee te laten beslissen over hun medicamenteuze behandeling. Een behandeling waar de cliënt achter staat, vergroot de kans op therapietrouw en werkzaamheid.

In dit eindwerk ga ik niet in detail in op de verschillende medicamenteuze behandelstrategieën, werkingsmechanismen en nevenwerkingen. Een goed naslagwerk, voor de geïnteresseerden, is 'The Maudsley Prescribing Guidelines in Psychiatry'.⁶

ELEKTROCONVULSIETHERAPIE (ECT)

Een andere behandelvorm is elektroconvulsietherapie (ECT). Deze behandelvorm kan aanwezen zijn bij mensen die medicatiereistent zijn.

PSYCHOTHERAPIE

Er bestaan verschillende vormen van psychotherapie die aangewend kunnen worden bij een psychose.

In dit eindwerk zullen we stilstaan bij hoe oplossingsgerichte therapie aangewend kan worden in de behandeling van cliënten die een psychose doormaken.

DE THERAPEUTISCHE RELATIE EN VERBINDING

In therapie is de therapeutische relatie één van onze belangrijkste werkinstrumenten.

De therapeutische relatie is dynamisch en voortdurend in verandering.

Het Brugs stroomschema helpt ons om het niveau van betrokkenheid in de therapeutische alliantie in te schatten. Een goede inschatting zorgt ervoor dat we op dezelfde golflengte zitten als onze cliënt. We laten ons leiden door waar onze cliënt staat, en dit helpt ons om de juiste interventies voor te stellen op het juiste moment. Het doel is dat de cliënt het touw in handen heeft van zijn eigen therapeutisch proces en dat wij niet degene zijn die dit proces sturen.⁴

Tijd nemen om een goede vertrouwensrelatie op te bouwen is cruciaal.

Onze attitude als therapeut speelt een belangrijke rol in het aangaan van een goede therapeutische relatie met onze cliënten. Hieronder enkele belangrijke elementen⁴:

- **Authenticiteit** in het contact met onze cliënt.
- **Interesse, aanvaarding, respect en empathie**

Interesse tonen in het verhaal en de ervaringen van de cliënt is cruciaal. Een open, respectvolle en niet-veroordelende houding is hierbij van belang. Het kan helpend zijn om niet zozeer letterlijk in te gaan op de inhoud van de wanen, maar om eerder in te gaan op wat deze voor onze cliënt betekenen en hoe deze zijn gemoed, gedachten en gedrag beïnvloeden. Interesse tonen in de impact op het leven van onze cliënt zal ervoor zorgen dat het gesprek inhoudelijk evolueert naar de zaken die belangrijk zijn voor onze cliënt en de zaken die hij veranderd zou willen zien.

Andere zaken die verbindend kunnen werken in het therapeutisch aan de slag gaan met mensen die lijden aan een psychose zijn²:

- **Bereikbaarheid** voor de cliënt, maar ook voor diens omgeving.
Goede afspraken rond wanneer en op welke manier we bereikbaar/beschikbaar zijn.
Gemaakte afspraken nakomen.
- De **drempel** om problemen te bespreken zo **laag** mogelijk houden. Zoals hierboven gezegd, niet veroordelend zijn in het contact.
- Indien de cliënt gehospitaliseerd is, is regelmatige **aanwezigheid** (en **laagdrempelig aanspreekbaar** zijn) van de hulpverlener ook verbindend. Ook contacten buiten de consultatieruimte, die niet strictu sensu therapeutisch zijn, kunnen de vertrouwensrelatie versterken.

In de therapeutische relatie met cliënten die een psychose doormaken zijn er een aantal aandachtspunten waar we rekening mee dienen te houden in het opbouwen van onze therapeutische relatie:

De psychose an sich

We dienen steeds rekening te houden met hoe onze cliënt de realiteit percipieert. Zowel in de acute fase van de psychose, als in de fase nadien, kunnen er wanen en hallucinaties optreden. In de acute fase staan deze meestal duidelijk op de voorgrond. In de fase nadien kan het dat deze symptomen (deels) aanwezig blijven, maar dan bijvoorbeeld iets minder intens zijn dan in de acute fase. Hoe dan ook moeten we steeds rekening houden met het feit dat achterdocht, angst, etc. de client zijn/haar perceptie van ons en onze intenties zou kunnen kleuren.

Ziekte-inzicht

Het ziekte-inzicht van onze cliënt kan een rol spelen in hoe die zijn eigen toestand inschat. Dit kan bijgevolg ook diens inschatting over het al dan niet nodig hebben van hulp beïnvloeden.

Er bestaan verschillende visies op het concept 'ziekte-inzicht':

Hieronder een samenvatting van hoe men in het boek 'In gesprek met psychose'² uitlegt hoe we een gebrek aan ziekte-inzicht bij mensen die lijden aan een psychose beter kunnen begrijpen:

Een gebrekkig ziekte-inzicht kan aanvoelen als verzet of weerstand. Als hulpverlener en als naaste kan dit lastig en frustrerend zijn. Een beter begrip hebben van hoe het gebrekkig ziekte-inzicht verklaard kan worden, kan hulpverleners en naasten helpen om hiermee om te gaan.

Een ontbrekend ziekte-inzicht zou verklaard kunnen worden door een neurologisch defect: anosognosie. In het Grieks betekent dit het volgende: 'de ziekte niet kennen'. Anosognosie wordt gekenmerkt door:

- Ziekteverschijnselen niet zien.
- Aan deze overtuiging vasthouden, ondanks duidelijk bewijs van het tegendeel.
- Regelmatige aanwezigheid van confabulaties.

Bovenstaande visie zou ons kunnen helpen om een gebrekkig ziekte-inzicht niet te zien als verzet of weerstand, maar als een onderdeel van de aandoening.

In de solution focused visie is het symptoom de beste oplossing die de cliënt NU heeft (Milton Erickson). Belangrijke vragen die we ons moeten stellen zijn: 'Waarvoor is het symptoom een oplossing?', 'Hoe kan diezelfde oplossing op een meer comfortabele manier verwezenlijkt worden?'.

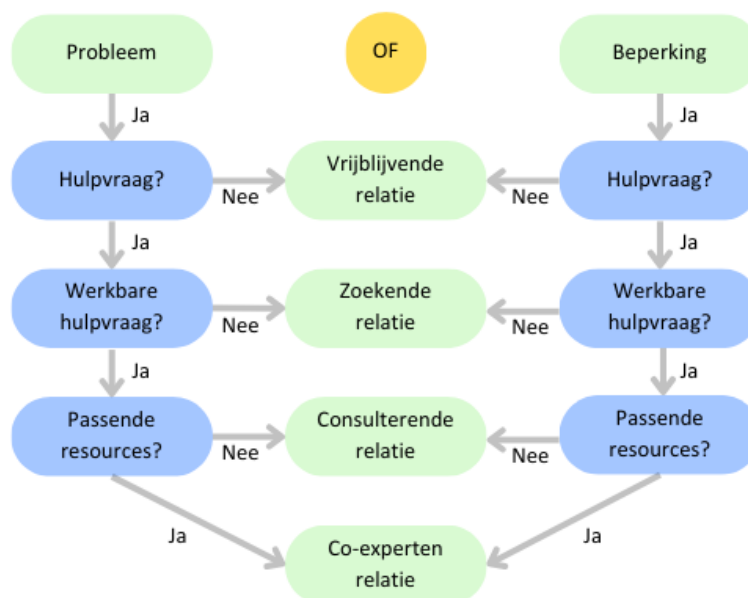
Deze visie geeft een totaal ander 'ziekte-inzicht': van een 'falend' systeem naar een 'werkzaam' systeem; van een 'falende' handleiding naar een 'nuttige' handleiding.

Deze visie bepaalt 40% van het therapeutisch succes (Barry Duncan).

In het oplossingsgerichte model is een van de centrale elementen dat de cliënt expert is van zijn eigen therapeutisch proces. Onze cliënt, met zijn 'eigen' of 'ander' ziekte-inzicht, heeft tijdens een acute psychotische episode misschien niet per sé vraag naar een concrete medicamenteuze of therapeutische behandeling, maar hoogstwaarschijnlijk heeft onze cliënt wel andere wensen en verlangens. Het zal dus een eerste stap zijn om een vertrouwensrelatie op te bouwen en de wensen en verlangens van onze cliënt te exploreren. We stellen ons op als een soort 'algemene belangenbehartiger' voor onze cliënt. Eens er een goede vertrouwensrelatie tot stand gekomen is, kunnen we onze cliënt hopelijk op een bepaald moment tot iets specifiekere psychosezorg verleiden, zoals bijvoorbeeld een medicamenteuze behandeling.

Eens de acute fase van de psychose voorbij is, bijvoorbeeld met behulp van een medicamenteuze interventie, creëert dit nieuwe mogelijkheden. Zo kan het vertrouwen in hulpverlening verder toenemen, kan het ziekte-inzicht eventueel veranderen, kunnen er nieuwe hulpvragen naar boven komen, kunnen resources beter geëxploreerd worden, etc.

Zo kan de positie in de flowchart én de interventies die we daaraan kunnen koppelen geleidelijk aan veranderen doorheen het therapeutisch proces.



Figuur 1: Brugs stroomschema van de therapeutische relatie

PROBLEEM VS. BEPERKING BEKEKEN DOOR DE BRIL VAN EEN PSYCHOSE

Problemen zijn moeilijkheden waarvoor er een oplossing kan gevonden worden. Een beperking is een moeilijkheid waarvoor er geen haalbare oplossing mogelijk is. Voor beperkingen is het van belang om een manier te zoeken om hiermee te leren leven. Vaak presenteren cliënten zich met complexe moeilijkheden die deels uit problemen en deels uit beperkingen bestaan.⁴

Onder de beperkingen bestaan er subcategorieën: biologisch (leeftijd, lichamelijk gebrek, chronische aandoening,...), sociaal/cultureel (tijdperk, omgeving waar we wonen, opvoeding, culturele achtergrond,...), trauma's en keuzes/beslissingen (partnerkeuze, aantal kinderen, beroep,...).⁴

Als we een psychose onder de loep nemen en dit proberen in te delen in problemen of beperkingen kunnen we daarover het volgende zeggen:

Wanneer men in de acute fase van een psychose wanen en/of hallucinaties ervaart, is men er op dat moment van overtuigd dat deze de realiteit zijn. Dit gaat meestal gepaard met een 'ander' ziekte-inzicht. Op dat moment is het vanuit een therapeutisch perspectief interessant om dit veranderd realiteitsbesef als een beperking te beschouwen. De cliënt ziet tijdens de acute fase van de psychose niet in dat zijn idee over de werkelijkheid vervormd is, en ziet bijgevolg ook vaak niet in dat hij hulp nodig heeft. Tijdens deze fase heeft het weinig zin om de cliënt van het tegengestelde te proberen overtuigen. Het heeft wél zin om een vertrouwensrelatie op te bouwen en vanuit deze relatie op zoek te gaan naar problemen waar de cliënt rond aan de slag wenst te gaan/hulp bij wenst. Zolang we samen op zoek gaan, zullen er altijd kleine werkbare doelstellingen terug te vinden zijn.

Op termijn kan de beperking terug evolueren naar een probleem, waar wel een oplossing voor bestaat. Indien cliënten bijvoorbeeld goed reageren op een behandeling met antipsychotica (dit geldt jammer genoeg niet voor iedereen) kan dit de wanen en hallucinaties doen afnemen en in het beste geval doen verdwijnen. Wanneer de wanen en/of hallucinaties afnemen of verdwijnen, neemt het realiteitsbesef van de cliënt terug toe en biedt dit een mogelijkheid om verder te exploreren naar hulpvragen en resources.

Andere elementen die beperkingen kunnen zijn bij mensen die lijden aan een psychotische problematiek.

- Een onderliggende gevoeligheid/kwetsbaarheid. Bijvoorbeeld genetische voorbeschikkende factoren.
- Bij een deel van de mensen blijven er chronisch wanen en/of hallucinaties aanwezig. Meestal in mindere mate dan tijdens de acute fase van de psychose, maar desalniettemin aanwezig én met een impact op het dagelijks functioneren.
- Naast de positieve symptomen, mogen we de negatieve, cognitieve en affectieve symptomen niet vergeten (cf. p. 4). Ook deze kunnen in meer of mindere mate een impact hebben op het functioneren.

Bovenstaande zaken zouden we kunnen onderverdelen onder 'biologische beperkingen'. Het zijn zaken waar geen concrete oplossing voor bestaat.

Cliënten dienen manieren te vinden om dit te aanvaarden en zich hieraan aan te passen. Begeleiding hierbij is een belangrijke component van de psychosezorg. Het betreft zowel therapeutische als sociaal-maatschappelijke begeleiding.

Ondanks de aanwezigheid van verschillende beperkingen en het leren aanvaarden hiervan, mogen we niet vergeten dat onze cliënten met een psychotische kwetsbaarheid ook veel kwaliteiten hebben, die we samen dienen te exploreren. Het is de kunst om samen met hen op zoek te gaan hoe ze hun sterktes en kwaliteiten zoveel als mogelijk naar boven kunnen laten kunnen komen, ondanks de aanwezigheid van bepaalde beperkingen.

ERKENNING EN VERKENNING

Afhankelijk van waar we ons in het Brugs stroomschema bevinden (figuur 1), is het belangrijk om een evenwicht te zoeken tussen erkenning en verkenning. Hoe hoger we ons in het stroomschema bevinden, hoe belangrijker de erkenning. Hoe lager we ons bevinden, hoe meer ruimte er komt voor de verkenning.

Bij cliënten met chronische psychotische aandoeningen dienen we er alert op te blijven dat we voldoende blijven verkennen en niet te veel doorwegen naar de erkenning.

We moeten blijvend aandacht hebben voor de mogelijkheden van onze cliënten en niet enkel focussen op het erkennen en aanvaarden van bepaalde beperkingen die inherent zijn aan de aandoening. Het exploreren en benutten van mogelijkheden/resources biedt hoop.

KEUZES

Symptomen zijn gedachten, gevoelens en gedragingen die zich ongewild aandienen. Ze worden vaak gezien als een manier om een evenwicht te bewaren binnen een systeem. Ze hebben als het ware een 'functie', maar hebben tegelijk ook veel 'ongewenste nevenwerkingen', waar de cliënt uiteindelijk hulp voor gaat zoeken.⁴

Bij pathologie, moeilijkheden en symptomen bevinden cliënten zich in een situatie waarin er een verlies is aan semantische keuzes (betekenisverlening) en pragmatische keuzes (welke handeling zal ondernomen worden o.b.v. de semantische keuze).⁴

Het doel van therapie is om de keuzevrijheid van de cliënt te bevorderen, zodat die de gewenste situaties kan bereiken die aansluiten bij diens existentiële keuzes. De existentiële keuze is datgene dat we onszelf voorhouden dat we willen zijn.⁴

Tijdens een acute psychotische episode, waar wanen en hallucinaties op de voorgrond staan, wordt de semantische keuze sterk beïnvloed. De realiteit wordt anders waargenomen en de betekenisverlening

wordt hierdoor beïnvloed. Een ontregeling in de neurotransmitter dopamine speelt hier een belangrijke rol in. Dopamine is van belang bij de verwerking van informatie van buitenaf en van binnenuit. Deze 'verwerking' behelst enerzijds controle over de intensiteit van het signaal, maar anderzijds ook over de mate van betekenisverlening (cf. p. 5).

Aangezien een ontregeling in dopamine de semantische keuze kan beïnvloeden, kunnen we stellen dat medicatie een belangrijk onderdeel kan zijn in het creëren van een context waarin er terug meer keuzemogelijkheden zijn.

Naast medicatie zal ook het opbouwen van een vertrouwensrelatie een belangrijke rol spelen hierin. In deze relatie kunnen thema's besproken worden die op dat moment belangrijk zijn voor de cliënt en doelen die hij op dat moment wil bereiken. Dit zorgt voor circulatie van nieuwe informatie en op die manier ook voor een toename van keuzemogelijkheden.

Daarnaast dienen we ook stil te staan bij de functie van de symptomen. We kunnen stilstaan bij de functie van de psychose (inhoud, moment van ontstaan,...), maar ook bij de functies van de biopsychosociale factoren die de psychose getriggerd hebben (cf. p. 5). Denk maar aan cannabisgebruik, stress, slaapgebrek,... Stel dat een cliënt een cannabis-geïnduceerde psychose doormaakt, dan is het ook belangrijk om de functie van het cannabisgebruik te proberen achterhalen: waarom gebruikt onze cliënt, op welke manier helpt het hem, in welke situaties gebruikt hij,....

Stilstaan bij zowel de functie van de psychose als van de triggerende biopsychosociale factoren zal uiteindelijk keuzemogelijkheden creëren.

Samengevat creëren we als therapeut een context waarin de cliënt in staat zal zijn om te kiezen om te veranderen/behouden wat die wil veranderen/behouden. Dit doen we m.b.v. verschillende elementen: het opbouwen van een vertrouwensrelatie, medicatie, nadenken over de functies van symptomen en dit implementeren in de begeleiding, bespreken van doelstellingen, resources, vaardigheden,...

WAT MET DWANG?

We trachten zoveel als mogelijk de keuzevrijheid van de cliënt te bevorderen. Hier moeten echter enkele belangrijke kanttekeningen bij gemaakt worden:

De bescherming van de cliënt voor zichzelf en zijn omgeving heeft voorrang boven de therapeutische relatie.

Soms doen er zich situaties voor waar we o.w.v. veiligheidsredenen **bepaalde beslissingen** moeten **overnemen** van onze cliënt. In die situaties blijft het belangrijk om de cliënt toch nog zijn eigen keuzes te laten maken, of hem ten minste de illusie van keuzemogelijkheid te bieden. Wanneer we als arts bijvoorbeeld inschatten dat het absoluut noodzakelijk is dat de cliënt medicatie toegediend krijgt, kunnen we hier op verschillende manieren keuzemogelijkheden bieden:

- We kunnen navragen waarop de cliënt goed reageerde in het verleden en bevragen of hij akkoord is om opnieuw met hetzelfde product behandeld te worden.
- We kunnen de keuze aanbieden tussen verschillende equivalente producten, waarbij de cliënt mag kiezen welk product hij wenst in te nemen.
- We kunnen de keuze aanbieden tussen orale inname van medicatie of toediening via een injectie.

In bepaalde omstandigheden dienen we over te gaan tot een **gedwongen opname**. Dit is een juridische beschermingsmaatregel die kan toegepast worden wanneer volgende criteria aanwezig zijn⁷:

- Iemand heeft een geestesziekte.
- Iemand is een gevaar voor zichzelf of derden.
- Er is geen andere geschikte behandeling mogelijk.

Op dat moment nemen we jammer genoeg de keuzevrijheid van onze cliënt af, omdat bescherming op dat moment prioritair is.

Zaken die in zo'n situatie helpend kunnen zijn voor onze cliënt én onze vertrouwensrelatie:

- Uitgebreid uitleggen waarom we doen wat we doen, voor, tijdens én na de gedwongen opname.
- Samen op zoek gaan naar hoe de gedwongen opname toch zinvol zou kunnen zijn voor de cliënt.
- Eens er terug meer realiteitsbesef is, kan dit ervoor zorgen dat de cliënt meer zicht krijgt op de negatieve gevolgen, gevaren,... die het symptoom (lees: 'de huidige oplossing') veroorzaakt heeft. Eens de cliënt dit inziet, kunnen we samen op zoek gaan naar hoe diezelfde oplossing op een meer comfortabele manier verwezenlijkt kan worden. Daarnaast zullen we ook meer zicht krijgen op welke factoren helpend kunnen zijn om dergelijke situaties in de toekomst te voorkomen.

GEWOONTES

Gewoontes krijgen een belangrijke plaats binnen het oplossingsgericht model.

Gewoontes zijn patronen die een soort van automatisme worden doorheen ons leven. Ze helpen ons om niet alles wat we doen 'bewust' te moeten beslissen. Hierdoor komt er ruimte vrij in ons hoofd om onze aandacht te kunnen richten op zaken die belangrijk zijn.⁴

Gewoontes kunnen geanalyseerd worden vanuit verschillende invalshoeken: een triade van logos (cognitie), pathos (gevoel) en ethos (gedrag) binnen een bepaalde oikos (context). Als mens zijn we bijgevolg het geheel van wat we denken, voelen en doen in de context waarin we leven. Deze triade doet zich op het bewuste, onbewuste en interactionele niveau voor.⁴

Iedereen heeft gewenste en ongewenste gewoontes. De gewenste gewoontes zijn compatibel met onze existentiële keuzes, de ongewenste niet. De existentiële keuze is datgene dat we onszelf voorhouden dat we willen zijn.⁴

Gewoontes zijn pathologisch wanneer ze het alledaags functioneren belemmeren en bijgevolg de existentiële keuze in de weg staan.

Als therapeut gaan we samen met onze cliënt aan de slag om gewoontes te veranderen, of beter nog, om nieuwe gewoontes te ontwikkelen of om eerdere, meer gewenste gewoontes, nieuw leven in te blazen. Daarnaast is het ook van belang om de gewenste gewoontes te behouden (behoudsopdracht), omdat gewenste gewoontes immers rust creëren. Als therapeut helpen we onze cliënt om een context te creëren waarbinnen hij terug keuzemogelijkheid heeft tussen verschillende gewoontes. Helpend hierbij zijn een analyse van de gewenste toestand en observatie-opdrachten om de gewoonte in al zijn facetten te kunnen bekijken. Op die manier kunnen we op zoek gaan naar een invalshoek om de gewoonte te veranderen of om een meer gewenste gewoonte te leren.

Hieronder enkele oplossingsgerichte invalshoeken en interventies die nuttig kunnen zijn in de behandeling van cliënten die lijden aan een psychose⁴:

- Ongewenste gevoelsuitingen kunnen als interactionele gewoontes geduid worden. In een socratisch dialoog kan besproken worden dat ongewenste, niet-werkzame gewoontes beter vervangen worden door iets anders, ook al komen ze normaal en gerechtvaardigd over. Hierbij is het natuurlijk van belang dat het nut van deze interactionele gewoontes geëxploreerd wordt. Ze zijn immers de beste oplossing die onze cliënt op dat moment heeft. Deze stap mogen we niet overslaan, omdat we anders het risico lopen dat we de 'handleiding' van de cliënt diskwalificeren.
- Hallucinaties kunnen ook geïnterpreteerd worden als interactionele gewoontes. Op dat moment is de vraag hoe de cliënt met die stemmen omgaat en kunnen cliënt en therapeut daar samen rond aan de slag gaan.
- Het kan helpend zijn voor de therapeut om erg afwijkende gedragingen te zien als gedragingen waar de cliënt rationele gronden voor heeft. Dat maakt het toegankelijker om samen met de cliënt na te gaan of de resultaten die hij met dit gedrag bereikt niet op andere, meer 'normale' manieren kunnen bereikt worden. Indien de cliënt hiervoor open staat uiteraard.
- Zwart-witdenken kan aan de hand van schaalvragen genuanceerd worden. Appreciatie van kleine veranderingen kan nieuwe hoop doen ontstaan.
- Wanneer het lukt om nieuwe gewoontes aan te nemen, mogen we niet vergeten dat oude gewoontes ter beschikking blijven. Vroeg of laat kunnen ze terug de kop op steken. In dat opzicht vormt het psychotisch proces op zichzelf een beperking. Een tijdelijke terugkeer naar oude gewoontes, de vroegere 'oplossing' met haar moeilijke kantjes, is altijd mogelijk. Het is aan ons om samen met de cliënt op zoek te gaan naar hoe hij dit kan aanvaarden. Dit wil niet zeggen dat de cliënt zich hierdoor moet laten ontmoedigen. In tegendeel, dit is een uitnodiging om de meer comfortabele gewoontes terug op te frissen.

BETREKKEN VAN HET SYSTEEM

Mits akkoord van de cliënt, heeft het een enorme meerwaarde om het systeem bij de therapie te betrekken.

Systemisch bekeken speelt de familie en het bredere systeem een belangrijke rol. Elk systeem heeft zelfsturende mechanismen die zorgen voor homeostase. De 'psychotische reactie' kan gezien worden als een reactie op de interacties in het systeem. Een beetje als 'de kanarie in de koolmijn'. Vanuit deze visie heeft de 'psychotische reactie' en het gedrag van de cliënt een andere 'functie'. De cliënt is als het ware een 'klokkenluider'. Hij werpt aandacht op de pathologie die zich situeert in het systeem en niet in de cliënt zelf. Deze visie geeft zicht op extra resources.

Het opstellen van een oplossingsgericht genogram kan ook een nuttig hulpmiddel zijn om extra resources op te sporen.

Het is zinvol om met de cliënt en zijn naasten stil te staan bij hun communicatiepatronen. We weten immers dat een familiale omgeving die sterk stimuleert en waar er 'high expressed emotions' zijn (hoog emotioneel engagement, overwegend negatieve kritiek, afwijzende houding, extreme zorgzaamheid,...) kan zorgen voor stress bij de cliënt.⁴ Dit kan een negatieve impact hebben op diens symptomen. Het is bijgevolg interessant om hier uitleg over te geven en samen op zoek te gaan naar een helpende communicatiestijl.

Daarnaast is het belangrijk dat naasten van cliënten die een psychose doormaken zich voldoende ondersteund, betrokken en gehoord voelen. Ze hebben vaak al heel wat meegemaakt en speelden hoogstwaarschijnlijk een belangrijke ondersteunende rol alvorens de cliënt in het hulpverlenerscircuit terecht kwam.

Het is ook van groot belang dat het systeem psycho-educatie krijgt over wat een psychose is, de uitlokkende factoren, de behandelmogelijkheden, etc.

Naasten van cliënten die een psychose doormaken worden vaak geconfronteerd met heel wat uiteenlopende gevoelens: angst, verdriet, kwaadheid, frustratie, onmacht,... Psycho-educatie kan helpend zijn om de psychose die de cliënt doormaakt beter te kunnen kaderen.

BESLUIT

Dit eindwerk beoogt een informatieve en praktische gids te bieden voor het begeleiden van cliënten die een psychose doormaken. Ik heb ervoor gekozen om de topics te belichten, die ik persoonlijk cruciaal acht in mijn dagelijks werk. Ik hoop dat dit eindwerk ook een hulpmiddel kan zijn voor andere therapeuten (in opleiding).

Het oplossingsgerichte therapeutische gedachtengoed heeft mij persoonlijk enorm geholpen in mijn dagelijkse praktijk. Ik merk dat het zowel bij mezelf als bij mijn cliënten hoop teweegbrengt. Het is een manier van werken die ons toelaat om op zoek te gaan naar de golflengte waarop onze cliënt zich bevindt. De analogie met golven spreekt me aan, omdat therapie, net zoals een golfbeweging, ups en downs kent. Van oude gewoontes naar nieuwe en soms weer terug. Van enkele stappen vooruit, naar een stap achteruit, en dan weer vooruit. Van het ene niveau in de Brugse flowchart naar het andere en terug. Het belangrijkste is dat we samen op deze golf blijven surfen, waarbij we hoop en vertrouwen putten uit de verbintenis die we met elkaar aangaan.

REFERENTIES

- 1 Hengeveld MW vBA, van Heeringen C, Sabbe BGC. Leerboek psychiatrie. Utrecht: De Tijdstroom uitgeverij; 2016.
- 2 Tielens J. In gesprek met psychose. Amsterdam: Boom uitgevers; 2012.
- 3 Psychosenet [Available from: <https://www.psychosenet.be>.
- 4 Luc Isebaert GL. De therapeutische alliantie. Het Brugs model van oplossingsgerichte cognitieve systeemtherapie.: Academia Press; 2022.
- 5 Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed.2013.
- 6 Taylor DM BT, Young AH. The Maudsley prescribing guidelines in psychiatry. 13th ed.: John Wiley & Sons; 2018.
- 7 Gedwongen opname of collocatie [Available from: <https://www.vlaanderen.be/gedwongen-opname-of-collocatie>.