
MOTIVERENDE GESPREKSVOERING BIJ MENSEN MET EEN PSYCHOSE

Mark Poons, senior verpleegkundige, **Martin Voerman**, nurse practitioner en **Jules Tielens**, psychiater.
Allen werkzaam bij MoleMann en Tielens, centrum voor psychosen en aanverwante stoornissen

Inleiding

In de zorg voor mensen met psychosen was in de afgelopen decennia de zogeheten steunend- structurerende behandeling de behandeling van keuze. Het hield vooral in dat er niet te veel ingezet moest worden op verandering en dat de patiënt zich vooral had neer te leggen bij zijn vreselijke lot. Er was veel aandacht voor rouwverwerking want het was toch wel een ervaringsfeit dat bij vele patiënten de gewone doelen van ieder mens niet gehaald zouden worden. Er was zelden een mooi huis, een mooie baan, een mooie partner of een mooie carrière te verwachten.

In de poliklinische gesprekken nam je de afgelopen weken door en vroeg je wat de patiënt van plan was de komende weken.

Medicijnen kwamen natuurlijk ook aan bod en je adviseerde vooral driftig om deze niet te staken. Nee, vooral niet afbouwen want dan zou het allemaal maar weer misgaan. Je leerde niet om over medicijnen te praten maar je leerde om medicijnen *erin* te praten.

Eigenlijk was de zorg voornamelijk gericht op het voorkomen van terugval / decompensatie en het behouden van de status quo.

Het blijkt echter dat er veel meer mogelijk is! Maar het is een lastig speelveld. Een psychose is een unieke stoornis in de zin dat de wereld van de patiënt anders is dan die van ons. Iemand met een psychose gedraagt zich in het contact tussen de hulpverlener en hem heel anders. Dit betekent dat een patiënt nogal eens als weigerachtig, moeilijk of zelfs agressief wordt ervaren. Nogal eens wordt dit wat cryptisch weggezet door ons als: *incompliance*. Anders gezegd *de patiënt* wil niet meewerken.

Maar klopt dit wel? Het werk met mensen met een psychose is spannend en uitdagend. En wij hebben niet de ervaring dat klanten niet betrokken zijn bij hun behandeling of niet komen opdagen. Het aantal no-shows is niet anders dan bij andere doelgroepen en wanneer men niet kan neemt men meestal zelfs de moeite af te bellen met deze boodschap.

Maar je moet er wel wat voor doen. Allereerst zal je goed doordacht moeten hebben wat een psychose nu eigenlijk is en hoe het voelt voor de klant. Je zult uitgebreide technieken moeten beheersen om met de patiënt in contact te komen. Je zult moeten leren onderhandelen in plaats van direct te willen behandelen. Als je de vaardigheden hebt eigen gemaakt zal je merken dat je in een zeer indrukwekkende en nimmer vervelende wereld binnenstapt. En dat het behandelen van psychotische mensen leuk en zeer bevredigend is. En nog tot mooie resultaten leidt ook!

Over de bekwaamheid die daar voor nodig is gaat het in dit artikel

Motiveren: wat is dat?

Motiveren betekent letterlijk: het duidelijk krijgen van het motief waarom iemand iets doet. Het is erg belangrijk om deze definitie goed tot je te laten doordringen. Het betekent dus nadrukkelijk niet ompraten tot ander gedrag. Het betekent niet het opdringen van een andere visie. Dit wordt namelijk in de gewone taal nog wel eens gedacht.

Bij therapeutisch motiveren dienen we ons te verdiepen in de beweegredenen, de opvattingen en de ideeën van de patiënt. Om allereerst inzicht te hebben in wat de feiten zijn en vervolgens inzicht te krijgen wat de interpretaties van die feiten door die patiënt zijn, zonder daarover een waardeoordeel te uiten of richting te geven aan een bepaalde oplossing. Met name bij psychotische mensen gaat dit naar ons idee nogal eens mis. Ten eerste omdat het lang niet altijd moeilijk is om vast te stellen dat iemand een psychose heeft. Vaak zie je aan de buitenkant al hoe laat het is, doordat iemand zich minder goed verzorgd, moeite heeft met adequaat contact maken. Ten tweede omdat de omgeving vaak aandringt op het nemen van snelle stappen, er moet dringend iets gebeuren. Gevolg is al gauw dat wij, tevreden dat we zo snel hebben kunnen vaststellen wat er aan de hand is, dit zo snel mogelijk met de patiënt bespreken. En dan beginnen de problemen: de patiënt herkent zich totaal niet in dit beeld en verklaart jou eigenlijk voor gek. Voordat we het gaan hebben over specifieke gesprekstechnieken bij mensen met psychotische klachten, zullen we eerst moeten stilstaan bij welke attitude het beste bij de situatie past.

Er zijn volgens ons 3 attitudes in de psychiatrie.

1. De houding van **adviseur**. In de langdurige psychiatrie betekent dit dat je opstelt in de trant van: 'U bent welkom om over een psychiatrische problemen met mij te spreken. Ik ga u niet achter de broek aan lopen maar doe wel mijn best voor U'. Bij een problematische of tegenhangende patiënt is de aanpak volgens het Socratisch Motiveren van Martin Appelo zeker aan te bevelen. Of overweeg om überhaupt geen aanbod te doen. Motivationale Interviewen zoals bedoeld in dit artikel is hier niet van toepassing of zinvol.
2. De houding van **verleider**: indien iemand oordeelsonbekwaam is gaan we alles op alles zetten om hem aan ons te binden. Wel interessant is het volgende: je begint bij verleiden eerst met de patiënt. Mocht deze echter toch niet gaan meewerken dan is het zaak om niet op te houden maar met het systeem aan de gang te gaan om vervolgens weer bij de patiënt terug te komen.
3. De andere bemoeizorg-variant is **ingrijpen**. De toon is dan directief. Wanneer iemand oordeelsonbekwaam is en een gevaar in de zin van de (BOPZ) wet veroorzaakt dan heb je als hulpverlener de verantwoordelijkheid en de plicht om in te grijpen. Er is in dit soort situaties dus weinig ruimte voor onderhandelingen.

Het is erg belangrijk om een keuze te maken tussen één van deze strategieën. Behoed je ervoor ze door elkaar te gebruiken, dit komt niet duidelijk over naar de klant. Het verschil tussen adviseren enerzijds en verleiden en ingrijpen anderzijds ligt in de oordeelsbekwaamheid. Het gaat in dit geval over de bekwaamheid om te beoordelen of men eigenlijk wel een ziekte heeft.

Bij mensen met schizofrenie is er toenemend bewijs dat er bij een grote groep sprake is van **anosognosie** (Amador). Deze term uit de neurologie betekent dat mensen hun ziekte of handicap niet kunnen zien ondanks dat deze glashelder aanwezig is. We kennen dit bijvoorbeeld bij bepaalde herseninfarcten met verlammingen als gevolg. Het is belangrijk om de reikwijdte van dit inzicht goed te doordenken. Te vaak laten wij als hulpverleners ons gedeeltelijk of zelfs geheel leiden door de gedachte dat de patiënt moeilijk doet, niet wil meewerken en daarbij vaak ook nog onaardig kan zijn.

Dit kan oppervlakkig zeker zo aanvoelen. Maar in het besef dat een neurologisch gebrek hier aan ten grondslag ligt wordt het veel makkelijker voor ons om ons over de begrijpelijke irritatie naar de patiënt heen te zetten. Bedenk nog een ding: mensen met anosognosie hebben vaak niets ingeboet in hun intellectuele en analytische capaciteiten. Ze kunnen nog even goed denken. Vaak is hun denkproces nog versneld. Dit maakt het probleem, zoals te begrijpen, alleen nog maar groter. Daar waar sprake is van anosognosie is de oordeelsbekwaamheid per definitie in het geding.

Motivationeel interviewen is geïndiceerd bij oordeelsbekwaamheid en anosognosie.

Een flink deel van dit verhaal leunt op het werk van Xavier Amador. Deze heeft specifiek voor mensen met psychose en ontbrekend ziektebesef een motiverende gespreksmethode ontwikkeld, genaamd LEAP. Deze methode is onder andere geënt op cognitieve gedragstherapie bij psychotische mensen, het werk van Carl Rodgers en tenslotte de Motiverende Gesprekstechnieken van Miller en Rollnick.

Informatie vooraf:

Motivationeel Interviewen heeft veel strategie in zich. Omdat de klant lang niet altijd op ons zit te wachten, is het erg belangrijk dat we een perfecte start proberen te maken.

Eis van jezelf en van de omgeving (of verwijzer) dat zoveel mogelijk informatie vooraf bekend is. Dit is essentieel voor het inschatten van eventueel gevaar, de eerste diagnostiek, aanwijzingen of je wel of niet aan de klus moet beginnen, hoe je de klant gaat benaderen, waar je de klant vindt, wie er als eerste op af gaat, enzovoorts. Hoe meer je te weten komt, hoe beter je beslissingen kunt nemen. Maar... hoe zeer je ook probeert alles te weten te komen, op een gegeven moment moet je aan de slag. Doe dat vooral, ook al heb je halve en incomplete informatie. De klant mag immers niet de dupe worden van het feit dat informatie op zich laat wachten. En veel informatie zul je ook tijdens het contact bij elkaar vergaren.

Het gesprek:

Amador onderscheidt in zijn LEAP methode 4 fasen: Listen, Empathise, Agree en Partner.

We moeten ons heel goed realiseren dat er vaak een groot verschil is, zeker in het begin, van wat *de patiënt* wil en wat anderen of *jij* wilt. Dit heeft nu eenmaal alles te maken met de andere betekenisgeving die iemand met een psychose heeft. Dit betekent dat het gewone medisch model niet werkt. We moeten onze gesprekstechnieken dus aanpassen. Maar misschien is het juist om te zeggen dat we onze gesprekstechnieken, anders dan bij de gemiddelde patiënt, heel precies moeten verfijnen. Allereerst moeten we uitgebreid de tijd nemen om tot een vertrouwd contact te komen en dat begint met het uitgebreid **uitvragen van de feiten**. Vraag net zolang uit totdat je het hele verhaal je als een film kunt voorstellen.

Patiënten vinden dit over het algemeen prettig. Leg eventueel uit dat je ook niet precies weet hoe dingen in elkaar steken, maar dat je in ieder geval je uiterste best doet om vast te stellen wat er aan de hand is. Zorgvuldigheid en precisie worden altijd zeer gewaardeerd, ook door mensen met een psychose. Zorg er uitdrukkelijk voor om in dit proces nog geen interpretaties te geven. Je wilt namelijk eerst weten hoe de feiten precies zijn. En daarnaast wil je ook dat de patiënt het gevoel krijgt dat je alle feiten ook goed kent. Veel patiënten hebben namelijk, vaak terecht, de mening dat hulpverleners elkaars rapporten overschrijven en zeker bij langdurige problematiek niet meer echt uitvragen wat er nou aan de hand is of was. In deze valkuil moet je niet stappen.

Tijdens het verzamelen van deze feiten blijven we niet passief. Integendeel in deze fase doen wij aan, wat Amador noemt: 'reflectief luisteren'. Dit is een actief proces waarbij wij goed luisteren natuurlijk, maar ook met enige regelmaat verduidelijkende vragen stellen. Als bijvoorbeeld patiënt moeilijk te begrijpen feiten verteld gaan we daar natuurlijk op in. 'Nu moet u mij dit toch even precies uitleggen, want nu begrijp ik het niet meer' zou een zin hierbij kunnen zijn. Ook kan verbazing gebruikt worden: 'Maar dat is toch absurd?!'. 'Is dat echt gebeurd?'. Let hierbij goed op de zakelijke en neutrale toon. Jij bent bezig om een zeer bijzondere zaak, namelijk die van de patiënt, verhelderd te krijgen. Jij wil de onderste steen boven hebben. Toon nadrukkelijk een grote *eagerness to know*. Ondertussen is het van belang om **empathie** voor de patiënt op te brengen. Vaak hoor je dramatische verhalen waarin de patiënt groot onheil overkomt of aan gedaan wordt. Het is volstrekt niet verkeerd om op een zakelijk empathische wijze dit met de patiënt te delen. Sommige behandelaars menen dat distantie en nuchtere zakelijkheid de enige attitude van de psychiater/hulpverlener is. Dit mag in veel gevallen zo zijn echter deze distantie heeft bij psychotische mensen vaak een averechtse uitwerking. Vergeet niet dat iemand met een psychose al moeite heeft om de ander in te schatten dus je zit al gauw in de verkeerde hoek.

En nu komen we bij de derde fase. Vaak hebben we al één of twee, maar soms zelfs veel meer, gesprekken gehad. We gaan nu bepalen of, en zo ja welke, klachten er zijn waar de klant misschien wel voor behandeld wil worden. Om maar met de deur in huis te vallen: het is meestal niet de psychose! We moeten dus eerst **overeenstemming** gaan krijgen met de klant waarvoor hij eventueel behandeld zou willen worden. Nu doet bij mensen met een psychose vooral het wonderlijke feit zich voor dat je als hulpverlener hier naartoe moet werken. Het simpele vragen: 'Wat is er aan de hand' of 'Waar hebt u last van' levert zelden een werkbaar antwoord op. Het is opvallend dat mensen met een psychose zelfs geheel verwaarloosd en verloederd kunnen zijn en toch bij de vraag of ze er hulp kunnen gebruiken opgewekt zeggen dat het volstrekt niet nodig is! Een ander bekend fenomeen is dat mensen met psychoses of hallucinaties niet altijd ervan af geholpen willen worden. De stemmen kunnen een belangrijke rol voor hen spelen. Of een grootheidswaan kan zeer aangenaam en levensvervullend zijn geworden. Het wegnemen ervan zou die mensen in een groot gat kunnen laten vallen. Socrates had hier een mooi verhaal over. Hij vertelde dat zijn moeder vroedvrouw was. En dat zijn werk als filosoof ongeveer hetzelfde was. Hij hielp met het verlossen van waarachtige kennis. Socrates haalde dus naar buiten wat er al in zat. Hij voegde niets toe.

Hoe pakken we dit aan? Je zou kunnen zeggen dat wij het lijden van iemand proberen te verlichten. Dit is een algemeen aanvaard en helder doel van iedere hulpverlener. Daar zal ook iemand met een psychose het zelden mee oneens zijn. Wat wel een probleem is dat mensen met een psychoses vaak hun eigen lijden moeilijk in communicatie brengen. We zullen daarom op zoek moeten gaan naar **het lijden** van de patiënt. Zoek net zolang door totdat je zijn lijden gevonden hebt en bied aan hem hiervoor te behandelen.

Wat voor lijden kan dat zijn?

Mensen met een psychose hebben nogal eens last van:

- een teveel aan gedachtes en associaties
- slaapproblemen of nachtmerries
- problemen met concentratie, leren en geheugen
- overmatige spanningen of stress
- mislukte carrières
- eenzaamheid en verlies van vrienden

Dus nadat wij ons over zijn situatie hebben gebogen zoals in de eerste twee fases is het niet verkeerd om aan deze vragen aandacht te besteden.

Zelfs als de klant geen enkele klacht heeft dan staat het je als hulpverlener niet slecht om te vragen hoe het met het slapen gaat, of er teveel stress is en of het denken en de concentratie naar wens is. Het gaat ons immers om het optimaliseren van iemands leven, nietwaar? Het bespreken van de carrière en eenzaamheid zijn onderwerpen die bij een wat verder gevorderde vertrouwensband ter sprake kunnen komen.

In ieder geval moet centraal staan dat het ons gaat om het lijden van de patiënt. Dit moet nog maar eens benadrukt worden omdat wij soms ook geneigd zijn om te beginnen met het lijden van de omgeving of zelfs met het lijden van de hulpverleners. Deze kunnen het niet hebben dat het, in hun ogen, maar niet goed wil gaan met de patiënt. Juist dan krijg je van die opmerkingen als: 'ik maak mij zorgen dat als jij je pillen niet neemt je weer in de war raakt'. Hier moeten we van af! Dan stellen we namelijk onze eigen problematiek centraal als reden waarom de patiënt iets aan zijn gedrag moet veranderen. U zou ook niet zomaar aan een behandeling beginnen simpelweg omdat de een of andere hulpverlener zich zorgen maakt.

Zoals bij zoveel lastig te bespreken problemen in de psychiatrie (vergelijk bij voorbeeld het bespreken van seksuele problemen) is **normalisatie** een goede techniek. Hierbij maken we duidelijk dat het hebben van psychotische gedachten, zoals achterdocht of grootheid op zich niet abnormaal is. Ieder mens heeft deze gedachten. Het gaat alleen mis wanneer deze gedachten te veel en te vaak voorkomen. Een psychose is dus een kwantitatief probleem en niet kwalitatief. Als ieder mens het een beetje heeft is het dus een heel ander stigma dan wanneer je een ernstige ziekte hebt die je anders maakt dan de rest van de wereld. Overigens is dit meer dimensionele denken veel moderner dan het categorale denken in ziektes. Zoals wij zullen gaan zien in DSM-V. Met deze aanpak bent U dus zeer modern bezig!

Een belangrijke tip blijft toch: don't push too much. Het is immers een begrijpelijke actie bij zulk een ernstige stoornis die zoveel tegenstribbelt. Maar het helpt niet!! Ben bereid de lange weg te bewandelen en op het slappe koord te dansen.

'Op een beweeglijk standpunt sta je het sterkst' (Deelder).

Het gesprek: wat bespreken we niet?

We hebben al het een en ander behandeld over wat zinvol en werkzaam zou kunnen zijn bij mensen met een psychose. Je kan ook verkeerd inzetten. Hieronder enkele onderwerpen die in de praktijk meestal *contraproductief* zijn.

- In een behandeling blijkt het in het begin weinig zin te hebben om over de *inhoud* van de psychose te spreken. Dit ontardt meestal in welles/nietes. Je krijgt vooral ruzie met de patiënt, die al zo vaak te horen heeft gekregen dat zijn ideeën op hersenspinsels berusten. We schoppen dan eigenlijk tegen het zere been waar al heel vaak tegen geschopt is. Dat moeten we dus *niet* doen. Ga dus bij voorbeeld niet zeggen dat ze Jezus helemaal niet kunnen zijn of dat hun achtervolgingsverhaal wel heel erg ongeloofwaardig is! Pas als er een goed contact is, kun je soms over de inhoud beginnen. Bedenk daarbij wel dat het veel voorzichtigheid vergt omdat de patiënt snel denkt dat je hem niet gelooft. Vooral jonge en onervaren hulpverleners willen deze fout nog wel eens maken. Wanneer je op inhoudelijk niveau zit is het socratisch uitvragen zoals in het 'Gedachten uitpluizen' van Mark van der Gaag een geschikte methodiek.
- Een andere opmerking die bij een psychotisch iemand bijna altijd verkeerd valt is: '*U bent in de war*'. Dit is begrijpelijk omdat ze dat namelijk meestal niet zijn! Sterker nog: ze denken zeer intensief en vaak wel coherent. Maar ze trekken voortdurend foutieve, psychotische, *conclusies*! *En door die foute conclusies komen ze nog wel eens vreemd op ons over.*

Maar de patiënt voelt zich vaak niet in de war. Hij is boos of angstig, vol met stress en vele gedachten. Heb het daar dus over en wees voorzichtig in je woordkeus.

- En nog maar een: vraag niet naar *stemmen horen* maar naar 'vreemde of bijzondere ervaringen' of dat 'er veel over u gepraat wordt'. Alleen patiënten met ziekte-inzicht snappen wat jij bedoelt met 'stemmen'. 'Hooft u stemmen?' betekent namelijk eigenlijk: 'U bent gek, hè?'. En dat is niet zo'n sterke binnenkomer.

Behandeling en toekomstperspectief

Elke medische, of in dit geval psychiatrische, behandeling heeft voor een patiënt een flink aantal nadelen: wanneer hij medicatie moet innemen wordt hij dagelijks eraan herinnerd dat zijn brein niet goed functioneert en hij heeft nogal eens last van de bijwerkingen. Iedere dag moet hij een of meerdere malen ze niet vergeten in te nemen. Het veelvuldig praten over problemen, het regelmatig op afspraken moeten komen: het zijn geen prettige bezigheden. Het verbaast ons dan ook helemaal niet dat de mensen zo slecht hun medicatie innemen of hun afspraken met enige regelmaat 'vergeten'.

De meest essentiële vraag van de klant moet dus zijn: 'Waarom zal ik de moeite doen om de hele behandeling en al die medicatie te ondergaan?' en wij moeten als hulpverlener ervoor zorgen dat deze vraag op een goede manier gesteld gaat worden en eventueel beantwoord.

We gaan hierbij dus terug naar de reden van de behandeling. Hierin moeten we het toekomstperspectief van de klant meenemen. Waartoe moet de behandeling/medicatie leiden? We komen dus al snel bij de toekomstverwachting -of vaak het ontbreken hiervan- terecht. Het is namelijk deze hoop op een betere toekomst die de patiënt er toe moet zetten om die pillen met die nare bijwerkingen toch te nemen. Hierbij zetten we dus de te verwachten voordelen van de medicatie af tegen de nadelen. Pas als vóórdelen van medicatie in de beleving van de patiënt zwaarder wegen, kunnen we hopen op daadwerkelijke therapietrouw! Hetzelfde geldt voor het ondergaan van therapieën.

Een erg werkbare manier om te informeren naar zijn perspectief door te informeren naar welke toekomstplannen de patiënt had in de tijd vóóordat hij psychotisch werd. Toen hij nog dezelfde toekomst aan het bedenken was als wij allemaal. In de trant van: huisje, boompje beestje. Vragen hierbij zijn: 'Wat deed u ook al weer voor opleiding vroeger?', 'Wat wilde je later worden?', 'Wilde je nog een gezin stichten?' Of in het heden: 'Hoe wil je eigenlijk oud worden?' en 'Welke ambities of passies wil je nog verwezenlijken?'. We stappen hierbij dus even uit de patiëntrol en staan uitgebreid stil bij de wensen van de patiënt en zijn nog aanwezige gezonde vaardigheden. Het is opmerkelijk hoe weinig wij deze toch vrij normale onderwerpen bespreken bij chronische patiënten. En reken maar dat die er wel degelijk over nadenken!

Vergeet vooral niet de omgeving (de familie, de vrienden, de partner, de begeleiders van het Sociaal Pension of RIBW en iedereen die er verder toe doet.) mee te krijgen in de behandeling. Als dat niet het geval is, nodig ze dan uit om hun visie op herstel te geven. Vraag naar eerdere ervaringen met behandelingen, behandelingen en medicijnen. De familie kent de patiënt vele malen beter dan jij. En heeft sowieso vaak meer invloed op de patiënt dan jij. Geef uitleg over de oorzaken van een psychose, zodat je in elk geval het misverstand wegneemt dat opvoeders een psychose kunnen veroorzaken. Nodig de familie uit om jou te bestoken met alle ideeën en voorstellen om de patiënt beter te maken.

Besteed aandacht aan de ellende die de familie al heeft moeten doorstaan in het verleden.

Adviseer tenslotte familieleden van mensen met een psychose om lid te worden van Ypsilon of een andere relevante familieorganisatie.

Beknopte literatuurlijst

- Amador, X. (2007): *I am not sick, I don't need help! How to help someone with mental illness accept treatment*. New York: Vida Press. ISBN 978-0-9677189-2-9
- Appelo, M. (2007): *Socratisch motiveren*. Amsterdam: Boom. ISBN: 978-90-8506-444-2
- Tielens, J. en Verster, M. (2010): *Bemoezorg*. Utrecht: De Tijdstroom. ISBN 978-90-5898-169-1
- Van der Gaag, M., Valmaggia, L., Van Meer, C.R., & Slooff, C.J. (2005) *Gedachten uitpluizen: Handboek theorie*. Oegstgeest: Stichting Cognitie en Psychose, www.gedachtenuitpluizen.nl.