

---

# SOCIAAL PSYCHIATRISCH VERPLEEGKUNDIGE: GENERALIST IN EEN SPECIALISTISCHE OMGEVING

**Bert de Kort, SPV**

## **Inleiding**

Als Sociaal Psychiatische Verpleegkundige (SPV) i.o. werk ik in een multidisciplinair team dat cliënten behandelt met persoonlijkheidsstoornissen. Het team volgt de richtlijnen van de Multidisciplinaire Richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen (MDR PS). Die richtlijn schrijft voor dat psychotherapie eerste keus behandeling is en dat als deze niet geïndiceerd is er een verwijzing volgt naar een SPV. De SPV-en richten zich vooral op het veranderen van gedrag, waarbij zij gebruik maken oplossingsgerichte methodieken en deeltechnieken van de Cognitieve Gedrags Therapie. De MDR PS zegt dat deze vormen van behandeling werken. Het helpt cliënten hun klachten te reduceren of er anders mee te leren om gaan.

In dit artikel vraag ik mij af waarin de SPV zich onderscheid van een psychotherapeut en wat de sociaal psychiatische methode van werken kenmerkt. Tevens formuleer ik criteria voor verwijzing naar een SPV. Voor het schrijven van dit artikel heb ik onder andere literatuur bestudeerd en verwerk ik informatie die ik heb verkregen uit interviews met mijn SPV collega's.

## **Wat zijn persoonlijkheidsstoornissen, moeilijke of boeiende mensen?**

Persoonlijkheidsstoornissen komen voor bij 13,5% van de gehele bevolking in Nederland. Bij de in behandeling zijnde psychiatische cliënten is 60,4% en bij behandelde verslaafden is 56,5% met minimaal één persoonlijkheidsstoornis, gediagnosticeerd (MDR PS 2008). In de interviews met SPV-en van het team persoonlijkheidsstoornissen en bij bestudering van de literatuur kom ik hierbij aansluitende omschrijvingen tegen van cliënten, die verwezen zijn naar een SPV. In termen van de DSM-IV-TR gaat het over complexe cliënten met een persoonlijkheidsstoornis, zoals blijkt uit een hoge co-morbiditeit van klinische syndromen (co-morbide as I stoornissen; vooral misbruik en afhankelijkheid van middelen en psychotische stoornis NAO) en/of een hoge co-morbiditeit van persoonlijkheidsstoornissen en/of co-morbide somatische aandoeningen, meerdere psychosociale stressoren en een lage GAF-score (gemiddeld < 50). Vaak betreft het ernstig getraumatiseerde cliënten. Een classificatie volgens de DSM-IV-TR is echter te weinig specifiek om te kunnen differentiëren tussen een indicatie voor psychotherapeutische behandeling en sociaalpsychiatische begeleiding.

Vanuit het gezichtspunt van het verloop van het behandelproces kenmerkt deze groep zich door frequente drop out uit behandeling en/of door een overmatige en/of niet effectieve zorgconsumptie.

## **De onderscheidende methodiek van de SPV**

De sociaal psychiatische methodiek van Venneman (Van der Padt & Venneman, 2010) is een onderscheidende methodiek die past binnen het beroepsprofiel van de SPV (Beroepsdeelprofiel Sociaal Psychiatisch Verpleegkundige, 2004). Deze sociaal psychiatische methodiek bevat theoretische elementen, een attitude en een fase gerichte aanpak.

### ***De theoretische elementen***

Deze laten zich omschrijven als een inhoudelijk element, relationeel element en methodisch element (Van der Padt & Venneman, 2010). De drie elementen hebben een onderlinge samenhang, waarin een denkwijze wordt opgebouwd waardoor de sociaal psychiatrisch methodiek herkenbaar is.

### ***De attitude***

Deze vormt het ruggenmerg van de sociaal psychiatrische methodiek. Het laat zich omschrijven, als het contact maken met de ander, waarbij het startpunt is: het zichzelf blootstellen aan de ander. Exposure noemt Baart (2002) dit. De attitude vraagt een actieve opstelling. Het vraagt om bescheidenheid, om ruimte geven aan de ander, maar ook om ruimte te geven aan verhalen (narratieven) van die ander.

### ***De fase gerichte aanpak***

Over de fase gerichte aanpak neemt Venneman de sociaal agogische fase van Levin (unfreezing, moving, freezing) als uitgangspunt. Venneman schrijft dat de fasering overal toe te passen is, dus ook in de tweede lijn. De fasen verlopen niet opeenvolgend, maar grillig. Hij beschrijft de volgende fasen: de contactfase; de stabilisatiefase; de heroriëntatiefase; de integratiefase en de beëindigingsfase.

### ***Het sociaal psychiatrisch behandelplan***

Naast deze fasering beschrijft Venneman een handelingsgerichte, planmatige aanpak welke uitmondt in een sociaal psychiatrisch behandelplan, waarin de 4 niveaus (lichamelijk, psychisch, sociaal en maatschappelijk) van functioneren prominent aanwezig zijn.

Door bovenstaande methodiek komt er een duidelijker onderscheid tussen de SPV en de psychotherapeut. Als aparte discipline behandelen ze cliënten of vullen elkaar in de praktijk aan. Ze werken samen of in het verlengde van elkaar. Het kan zijn dat een SPV bij de behandeling wordt ingezet, om een stabiliserend effect te bewerkstelligen bij een cliënt, waar na de behandeling door middel van psychotherapie wordt vervolgd. Andersom is het ook mogelijk: SPV wordt bij de behandeling ingezet, nadat de psychotherapie is beëindigd. Deze wordt dan een manier, om datgene wat geleerd is in psychotherapie, te integreren in het dagelijks leven van de cliënt.

Een psychotherapeut en SPV zijn twee te onderscheiden disciplines in het multidisciplinaire team. Kenmerkend verschil tussen de psychotherapeut en de SPV is het oorzaak - gevolg denken over psychische problemen en de context van behandelen. Psychotherapie is gebaseerd op een lineaire wijze van denken: bepaalde oorzaken hebben ziekte tot gevolg, dit leidt tot sociaal disfunctioneren. Als men die oorzaken niet kan opheffen blijft het sociaal disfunctioneren bestaan en moet de omgeving dus daaraan aangepast worden (Romme, 1981). De wederkerige invloed van de actuele leefsituatie op het psychisch functioneren wordt doorgaans van secundair belang geacht en vormt geen relevant materiaal voor de psychotherapeutische behandeling. SPV-en benaderen problematiek circulair. Uit de circulaire benadering blijkt de noodzaak van een behandelingswijze die niet alleen de symptomen bestrijdt, maar ook aandacht schenkt aan de omgeving, waarin zich dit voordoet. In communicatie speelt zich voortdurend een proces af van wederzijdse beïnvloeding. Zo ook bij extreme gedragsvormen, zgn. symptomen. Een symptoom wordt beschouwd als een manier om in een relatie invloed uit te oefenen. Of zoals van der Padt e.a., (2010), het schrijft: *'De klacht wordt gezien als een uiting van een levensprobleem. In het ziek zijn geven mensen uitdrukking aan hun onvermogen om met hun problemen in de maatschappij te functioneren'*.

## **Aanknopingspunten voor SPV'n om de complexiteit te reconstrueren van cliënten**

De SPV- methodiek helpt de complexiteit van de klachten van cliënten, die het team persoonlijkheidsstoornissen behandelt, te doorgronden. De systeemtheorie (als ordenend principe), de communicatietheorie en de narratieve methodieken helpen de SPV. Sociale psychiatrie betreft de vier niveaus van functioneren (lichamelijk, psychisch, sociaal, maatschappelijk) om de complexiteit van de klachten te doorgronden en bedenkt mogelijkheden om te interveniëren op deze niveaus, wetende dat ze verbonden zijn en onderlinge samenhang vertonen. SPV'n zoeken zodoende samen met cliënten naar een nieuw evenwicht. 'Sociale homeostasis' noemde Querido dit destijds.

De kracht van de SPV - methodiek in de tweede lijn zit in het dynamisch relationele element, waar in hij taak- en klachtgericht kan werken. Het relationele element wordt als vertrekpunt genomen voor de sociaal psychiatrisch methodiek. In deze contactaanneem brengt de SPV het systemische denken en handelen in. Alles heeft met alles te maken en is onderling verbonden. Behalve het relationele element heeft de SPV in de tweede lijn tal van verschillende sociaal psychiatrische interventies tot zijn beschikking. De interventies kunnen gericht zijn op het individu, het systeem of op sociale strategieën (waarbij de beïnvloeding van de omgeving centraal staat) (Derks, Hermanides- Willenborg, Morsman & Venneman, 2004). *'Zij neemt niet op voorhand de psychiatrische stoornis als vertrekpunt voor het aanbieden van zorg, maar gaat uit van de beleving van de zorgvrager'* (Beroepsdeelprofiel SPV, 2004). Voorbeelden van sociaal psychiatrische interventies zijn: stress-coping, sociale netwerk strategieën, rehabilitatie benadering of Herstel Empowerment en Ervaringsdeskundigheid (HEE) in al hun variaties.

Vaak bestaat sociaal psychiatrische begeleiding uit case-management of soortgelijke zorg, niet zelden aangevuld met ad-hoc crisisinterventie (MGV, 2009.4, blz. 286-297). De MDR PS beschrijft deze zorg. Ze is echter onvoldoende bewezen effectief gevonden. In de praktijk wordt aan crisisinterventie gedaan door te werken met intensivering van zorg, en deelttechnieken uit Individuele Supportieve Psychotherapie (ISP), Dialectische Gedrags Therapie (DGT), groepstraining of werken met crisisprotocollen. Naast de sociaal psychiatrische interventie methodieken is de SPV ook geschoold in het toepassen van psychotherapeutische deelttechnieken. Deze zijn CGT georiënteerd en op gedragsniveau inzetbaar. Het helpt de cliënten hun zelfregulerende en intrapersoonlijke vaardigheden te versterken. Uit bovenstaande blijkt de SPV eclectisch hulp te verlenen, maar zich toch te onderscheiden. Door dit onderscheid zijn er criteria te formuleren om cliënten met persoonlijkheidsstoornissen naar SPV-en te verwijzen. Hier gaat het volgende item over.

### **Indicaties voor behandeling door de SPV**

Zijn cliënten toegelaten tot de tweede lijn dan worden behandelingen vanuit zorgprogramma's en zorglijnen aangeboden. Zorgprogramma's kennen een opbouw volgens de principes van de 'stepped-care' en hebben elementen van 'matched-care'. Dit betekent dat zowel kortdurend, als langdurend en/of intensief behandeld kan worden (MDR PS, 2008).

De MDR PS schrijft psychotherapie voor als eerste keus behandeling. Als cliënten niet geïndiceerd zijn voor psychotherapie, dan volgt automatisch zorgtoewijzing naar de SPV die met cliënten een behandelingsovereenkomst aangaan. In deze constellatie lijkt de zorglijn SPV alles te omvatten, wat niet geïndiceerd is voor psychotherapie. Contra indicatie voor psychotherapeutische behandeling (ook al worden ze niet empirisch onderbouwd) worden zo indicatie voor een SPV behandeling.

Of zoals Bauke Koekoek (2011) het omschrijft, *'indicaties voor sociaal psychiatrische begeleiding worden alleen gesteld als iets anders (zoals psychotherapie) niet mogelijk is, zeker bij mensen met niet psychotische problematiek. Hiermee wordt sociaal psychiatrische begeleiding tekort gedaan, want psychotherapie is niet in alle situaties en voor alle mensen de beste benadering'*.

Behalve de keuzevolgorde in behandeling worden er in de MDR PS en de ZPP geen indicatiecriteria gegeven voor psychotherapie en behandeling door de SPV.

Psychotherapie als eerste keuze behandeling is gebaseerd op basis van evidence based onderzoek. Uit de interviews met de SPV collega's blijkt de praktijk genuanceerder te zijn. Bij de indicatiestelling voor psychotherapie worden de algemeen geldende criteria voor psychotherapie meegenomen.

Indien deze niet geldend zijn wordt de vervolgkeuze behandeling door de SPV gemaakt, maar niet verder onderbouwd of toegelicht. In de interviews met de SPV-en werd de vraag gesteld of de SPV-en achteraf indicatiecriteria konden benoemen voor een behandeling door de SPV. Zij benoemen indicatiecriteria, die overeenkomen met wat Bauke Koekoek (2011) formuleerde, nadat hij een klein onderzoek had gedaan op een grote ambulante afdeling waar vooral cliënten met niet-psychotische problematiek worden behandeld. De indicatiecriteria die collega's en Koekoek formuleren komen voort uit de contra-indicaties van psychotherapie en doen onvoldoende recht aan het sociaal psychiatrisch kader.

In de sociale psychiatrie is er altijd sprake van interactie tussen psychische problemen en de verschillende niveaus van functioneren (circulaire causaliteit). In de indicatie voor een behandeling door de SPV wordt dit tot uitdrukking gebracht. Onderstaande criteria zijn een aanzet om dit te doen. Cliënten komen in aanmerking voor een behandeling door de SPV als er van ontregeling door multiple oorzaken sprake is waardoor er problemen ontstaan op meerdere niveaus van functioneren, die op hun beurt weer de ontregeling negatief beïnvloeden. Het zijn problemen op het gebied van het dagelijks functioneren. Op minstens 2 niveaus van functioneren is er sprake van ontregeling, waarbij in ieder geval 1 niveau bestaat uit psychiatrische problematiek. Bijvoorbeeld:

- Problemen met de psychische gezondheid die het sociaal functioneren ernstig beïnvloeden: angst, en stemmingsstoornissen, verslaving, mini psychotische episoden, acting-out gedrag en/of suïcidale dreiging, impulsproblematiek of emotie-regulatiestoornissen. Er bestaat gevoeligheid voor een psychiatrische crisis;
- Een onvermogen om zelfstandig tot adequate oplossingen te komen. Dit kan samenhangen met beperkingen van de coping, maar ook met de complexiteit van de problematiek.
- Moeite met het verwoorden van de hulpvraag, wat veroorzaakt wordt door de complexiteit van de problemen. Ze kunnen moeilijk prioriteiten aanbrengen in de oplossingsrichting;
- Problemen die een duidelijk negatief effect hebben op het functioneren in relaties zoals van het gezin en/of de andere gezinsleden e/o belangrijke derden gevolg is intolerantie en afnemen van solidariteit van het sociale systeem;
- Problemen in het vermogen zich aan te passen aan de omgeving (sociale adaptatie) en hierdoor niet kunnen voldoen aan het gedrag en verwachtingen zoals die in allerlei situaties gelden;
- Geen passend antwoord door de cliënt en zijn sociaal systeem op de ontregeling en de bijbehorende stressbronnen.

Deze indicatiecriteria geven een richting en een kader aan, waarbinnen een SPV behandeling plaatsvindt.

De complexiteit en circulaire dynamiek van problemen waar cliënten mee te maken hebben, wordt erkend. De criteria bieden handvatten om een behandeling succesvol in te zetten.

### **Samenvattende conclusies**

De SPV-en worden in de huidige situatie ingeschakeld als psychotherapeuten geen antwoord hebben op de meervoudige complexe psychiatrische persoonlijkheidsproblematiek. Binnen het team persoonlijkheidsstoornissen van Reinier van Arkel wordt op deze manier de SPV bij behandeling veelvuldig ingezet. Een gerichte verwijzing op basis van de criteria in de vorige paragraaf gebeurd zelden, maar is daarentegen in de praktijk goed mogelijk. De criteria doen recht aan de problematiek van cliënten en biedt handvatten om een behandeling succesvol in te zetten.

In het eerder aangehaalde interview met SPV collega's is een van de vragen of zij als SPV sociaal psychiatrische methoden of interventies toepassen. Uit de antwoorden wordt niet duidelijk of zij SPV methodiek toepassen. Duidelijk is dat de nadruk van behandelen ligt op het individuele contact, waarmee het 'relationele element' wordt bedoeld. De communicatietheorie en de narratieve/verhalende manier van hulpverleners die de sociale psychiatrie kenmerken, krijgen hier ruimte. De collega's stemmen hun hulpaanbod af op de hulpvraag. Daarbij zeggen ze dat zij eclecticisch werken. Ze passen veelvuldig het systeemdenken in de probleemanalyse en behandeling van cliënten toe. Hiermee wordt bedoeld dat ze het systeem (de direct betrokkenen) meer of minder bij de behandeling betrekken.

De SPV-en zeggen CGT deelttechnieken toe te passen, zoals impulscontrole training, Vaardigheden Emotie Regulatie Stoornis (VERS) training, Mentaliserende Bevorderende Therapie (MBT) en Inter -Persoonlijke Psychotherapie (ITP). Een aantal SPV-en zijn geschoold als co-therapeut voor de Dialectische Gedrags Therapie(DGT) of passen geprotocolleerde behandelingen toe om cliënten te leren omgaan met angst en paniekstoornissen of trauma's. Ook worden case management en crisisprotocollen ingezet bij crisisgevoelige cliënten of als er sprake is van gezinnen met jonge kinderen.

Collega's benoemden dat ze Rehabilitatie en HEE technieken gebruiken bij cliënten, die langdurig in behandeling zijn. Deze behandeling heeft een meer supportief karakter.

Sociaal psychiatrische interventies op het niveau van de sociale maatschappelijk context, dienen plaats te vinden daar waar cliënten wonen en bij goede hulpverlening behoort de hulpverlener te investeren in sociale netwerken van cliënten en in de ketenzorg. Sociale interventies zoals Movisie deze beschrijft op haar site (practice based), zijn niet bekend bij collega's. Voorbeelden hiervan zijn: de 'Eigen kracht conferenties', 'de Triadekaart', werken met 'Maastrichtse Sociale Netwerk Analyse' (MSNA) enz. Collega's verwijzen zelden of niet naar cursussen zoals 'Herstellen doe jezelf' of 'werken met de crisiskaart' die door ervaringsdeskundigen gegeven worden. De geïnterviewde collega's zeggen geen tijd en ruimte te hebben voor deze vormen van sociale interventies. Blijkbaar is er geen ruimte om deze interventies toe te passen binnen de 2-de lijns GGZ terwijl de effectiviteit van de interventies zich in de praktijk bewezen hebben.

## Literatuur

- Romme, M.A.J., Kraan, H. , Rotteveel, R., *Wat is sociale psychiatrie, een inleiding*, Samsom, Alpen aan de Rijn, 1981.
- Path, van der, Y, Venneman, Ben, *Sociale psychiatrie*, Boom Lemma, Den Haag, 2010.
- Koekoek, Bauke, *Praktijkboek sociaalpsychiatrische begeleiding*, Bohn, Stafleu, van Loghum, Houten, 2011.
- *Beroepsdeelprofiel Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige*, AVVV, Utrecht, 2004
- *Multidisciplinaire Richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen*, Landelijke stuurgroep Trimbos instituut, 2008.
- Baart, A., *Aanzetten tot de theorie van de Derde Partij met behulp van de presentietheorie*, MO/Samenlevingsopbouw, MO/XTRA, Actioma en LCO, Den Bosch, 2002.
- *Maandblad voor GGZ en Verslavingszorg*, Erwin van meekeren, De multidisciplinaire richtlijn persoonlijkheidsstoornissen, een kritische beschouwing, April 2009, Trimbos-Instituut, Utrecht.
- Derks, J., Hermanides-Willenborg, L., Morsman, M. & Venneman, B., *Sociaal Psychiatrisch verpleegkundige*, AVVV, Utrecht, 2004