
Mediaan

Zingevingsgesprek als onderdeel binnen een behandeling in de GGZ

Carla Timmerhuis

Seks in het Alzheimer-café

Téo Visser

Borderline de baas

Josefine Calma

Zingevingsgesprek als onderdeel binnen een behandeling in de GGZ

Carla Timmerhuis

*Zingeving draait om bezieling, verlangen en de kunst iets van het leven te maken ondanks de breuklijnen en scherven op onze weg.
(Krikilion, 2012)*

Inleiding

In de dagelijkse praktijk van de GGZ hulpverleners wordt er veel gesproken over agendavulling, invullen van meetlijsten, protocollair werken en het stroomlijnen van het zorgproces. Tijdens vergaderingen zijn die zaken al jaren het onderwerp van gesprek. De werkgever wil de activiteiten van de werknemers gedeclareerd krijgen bij de zorgverzekeraars die er op hun beurt verschillende voorwaarden aan verbinden. Aandacht voor zingeving in het therapeutisch contact, staat hierdoor onder druk. In het kader van mijn opleiding voor verpleegkundig specialist, werkzaam bij de Basis GGZ, heb ik me verdiept in zingeving en het belang hiervan voor het therapeutisch contact. Ik beschrijf eerst het begrip van zingeving op basis van informatie uit diverse bronnen in de vorm van literatuur met zingeving en GGZ in de titel, internet en op Pubmed (zoektermen: religion, mental health, intervention). Vervolgens beschrijf ik voor en tegenargumenten om daarna te komen tot discussie en conclusie.

Zingeving

Zingeving als onderdeel van (psycho)therapie komt niet altijd voor in de besprekingen van behandelplannen, besprekingen van patiënt casussen of tijdens het intakegesprek. Algemeen kan gesteld worden dat praten over zingeving in context van patiëntenzorg taboe is binnen de psychiatrie. Citaat: ...expliciete benoeming van het religieuze terrein - vaak evenzeer taboe als seks -... (Krikilion, 2012, p. 121).

De behoefte tot zingeving is inherent aan het menselijke bestaan (Praag, 2010). In dit essay beschrijft de psychiater H.M. van Praag dat de zin, die mensen aan het leven weten te geven, een belangrijke krachtbron is. Zingeving noemt hij betekenisgeving waarbij dat een drijfveer genoemd wordt in het leven van een mens.

Ik citeer: "Betekenis krijgt een leven als er doelen worden gesteld en er op wordt ingezet deze te bereiken." (Praag, 2010)

Er zijn duidelijke tendensen waar te nemen dat de behoefte groeit om zingeving als onderdeel van therapie terug te plaatsen binnen de behandeling in de GGZ. Studiedagen die georganiseerd worden over dit onderwerp worden druk bezocht. Er wordt internationaal veel onderzoek gedaan naar religie en spiritualiteit in relatie tot behandeling binnen de GGZ.

Een tendens die ook gezien wordt is de toegenomen aandacht voor integrale patiënten zorg. Dit betreft het oog hebben voor mensen in de veelkleurigheid van al zijn dimensies. Een van die dimensies is zingeving.

De laatste jaren is er veel aandacht uitgegaan naar transparantie van aanbod en behandeling, verantwoording afleggen rondom financiering van de zorg. Veel energie is ingezet op kwaliteitsbeheersingssystemen. Dat is noodzakelijk om kosten te kunnen verantwoorden en te beheersen. Verder biedt het zicht op kwaliteit een meetbare manier waardoor er gestuurd kan worden op verbeteren van zorg. Deze inzet van controle systemen, die vaak dwingend worden opgelegd, heeft thema's als zorg op maat, menslievende zorg, in de kantlijn gezet.

Er zal binnen de GGZ een nieuw evenwicht moeten komen tussen de objectiviteit en zorg op maat. De objectiviteit door middel van kwaliteitssystemen en protocollen. Zorg op maat met oog voor het unieke van elke patiënt en ruimte voor intuïtie en kwaliteitsvol ervaren interpersoonlijke interactie. (Krikilion, 2012).

Argumenten rondom zingeving

Argumenten voor

De behoefte tot zingeving is inherent aan het menselijke bestaan. Zingeving speelt een belangrijke rol in psychische gezondheid. Een Weense psychiater, de heer Viktor Frankl (Frankl, 1946) beschouwde de wil tot betekenis als meest kenmerkend voor de mens. Relaties worden beleefd als belangrijkste bron van zingeving. Daarnaast zijn succes in persoonlijke ontwikkeling of in het realiseren van levensdoelen sterk zingevende factoren. Als verpleegkundige en behandelaren in de GGZ komen we op veel manieren in contact met zingeving en zinverlies. Vaak is psychisch lijden niet pathologisch, meer de onvermijdelijke keerzijde van zingeving. Het zingevingsproces is een irrationeel, niet maakbaar en kwetsbaar proces. Verstoringen van dat proces kunnen daarom wel leiden tot psychisch lijden dat pathologische vormen kan aannemen. Zo kan depressie, suïcidaliteit gezien worden als een stagnatie van zingeving. Zingeving wordt zinloosheid. Als het gaat om de (on) mogelijkheid om zich te hechten van mens tot mens gaat het om risico op verlies te kunnen verdragen. Als daar te veel angst is, is er ook een relatie met angst voor zinverlies. Dat kan ten grondslag liggen aan niet opstarten van zingevingsproces. Ik citeer: "Wie zin ervaart heeft iets te verliezen" (Vandenberghe, 2007). Bij verslavingen en bepaalde persoonlijkheidsstoornissen kun je een gehechtheid aan betekenisbronnen zien die weinig levensvoldoening geven. Daarnaast de neiging om onbereikbare zingevingsbronnen te kiezen en gebrek aan flexibiliteit om met verschillende bronnen om te gaan.

Aandacht voor existentiële thema's komt de behandelrelatie en behandel-effect ten goede.

Uit een systematische review (Concalves, Lucchetti, Menezes, & Vallada, 2015) bleek dat gebruik maken van religie en spiritualiteit als onderdeel van interventie in GGZ een additioneel effect heeft op reductie van klinische symptomen. De meta-analyse liet een significante reductie zien op angstklachten en een verbetering van depressie.

In de verpleegkunde gaat men uit van een holistische mensvisie. Dat wil zeggen dat je de mens als een totaliteit benaderd waarbij er aandacht is voor somatische, psychische, sociale en spirituele eenheid.

De aandacht voor de spirituele/zingevede kant, is een meer passieve kant. Deze kant van verpleegkundige zorg is wezenlijk voor de relatie, omdat 'er zijn' net zo belangrijk is als het actieve, 'het doen'. In 'er zijn' wordt de verpleegkundige geraakt door de patiënt en omgekeerd.

Argument tegen

Spreken over zingeving, religie en spiritualiteit creëert onzekerheid bij veel hulpverleners. Gesprekken over zingeving, religie, behelzen ingewikkelde thema's zoals moraal, geloof en intolerantie. Hulpverleners kunnen al snel het gevoel hebben dat ze onvoldoende zijn toegerust om in deze porseleinkast binnen te treden (Braam, 2012). Door de onzekerheid die gevoeld wordt om over deze thema's te spreken laten velen het onderwerp liggen. Daarnaast leeft er ook het gevoel dat hierover spreken niet hoort bij een professioneel contact. Het is niet meetbaar, niet vervat in protocollen voor behandeling of diagnostiek. Het gevoel te veel in de intimiteit van patiënten te treden kan daarnaast een rol spelen.

Verwerping tegenargument

Juist in de diagnostische fase is het van belang om te achterhalen in hoeverre aspecten van religiositeit en spiritualiteit zich manifesteren als psychiatrisch symptoom. Daarnaast is spreken over zingeving, religie of spiritualiteit een investering in de therapeutische relatie. De erkenning van dit thema is hierbij voldoende. Om in het eerste contact het onderwerp kort aan te duiden maakt men duidelijk dat het onderwerp in toekomstige contacten niet hoeft te worden vermeden. "Het samen trachten te ontwaren van enige hoop in existentieel opzicht kan gestalte geven aan een 'aspecifieke' therapeutische factor" (Braam, 2012). Tijdens ziekte en lijden is er een verhoogd risico voor een verstoring in zingeving en betekenisgeving. Iemands hele wezen is hiermee vervuld en de verstoring betreft dan ook zijn lichamelijke, psychische en sociale kanten van het bestaan. Aandacht voor zingeving en betekenisgeving kan daarmee een niet te missen interventie zijn om te komen tot herstel.

Verder blijkt dat wanneer de verpleegkundige, behandelaar, aandacht heeft voor zingeving die ook invloed heeft op het welzijn van de verpleegkundige zelf. Verna Benner-Carson en Koenig beschreven een onderzoek (Cuyvers, 2007) uit Amerika waaruit blijkt dat zorginstellingen waar verpleegkundigen een hoog niveau van spiritueel welzijn aangeven, er minder verloop onder het personeel is. Een citaat van Herman De Dijn geeft hierover aan: "Om een levenslange inzet in de zorgverlening vol te houden, dient ook de persoon van de zorgverlener zich in de zorg te kunnen realiseren, met andere woorden dat zijn taak op een levens vervullende, zinvolle manier kan worden beleefd. Dit impliceert dat de zorg niet alleen te maken heeft met een eerder toevallige manier om zijn dagelijks brood te verdienen (waarbij men zich zoveel mogelijk afschermt van de misère en ellende waarmee men in contact komt), maar integendeel, dat de zorgverlener in voeling blijft met 'de ziel van de zorg', met spiritualiteit." (Dijn, 2001).

synthese/discussie

Er is in dit korte betoog besproken dat er voor en nadelen te benoemen zijn rondom het thema zingeving in de GGZ behandeling. De behoefte tot zingeving is inherent aan het menselijke bestaan. Door het stellen van doelen en inzetten op het bereiken daarvan krijgt een leven meer zin. Verder bleek uit een systematische review een duidelijk positief effect als zingeving en religie een onderdeel zijn van de behandeling in de GGZ. Deze bijdrage in de behandeling kan ook een krachtige coping op leveren die het herstel van de patiënt kan bevorderen. Als bezwaar kan genoemd worden dat thema zingeving en religie ingewikkeld gevonden kan worden om te bespreken.

Hulpverleners kunnen zich hierbij onzeker voelen, onvoldoende toegerust en zich te veel begevend in de intimiteit van de patiënt. Echter, juist in de diagnostische fase is het van belang om te achterhalen in hoeverre aspecten van religiositeit en spiritualiteit zich manifesteren als psychiatrisch symptoom. Daarnaast lijkt er ook evidentie te zijn voor minder verloop van verpleegkundigen wanneer deze thema's een plaats hebben binnen het werkveld en uitvoering.

Conclusie

In dit betoog heb ik de stelling beargumenteerd: Aandacht voor zingeving in het leven van een patiënt hoort een vaste plaats te hebben in de behandeling van de GGZ patiënt. Er is beargumenteerd dat praten over zingeving van belang is voor patiënten, de hulpverleners en het effect van de behandeling. Ondanks deze bewijzen, en de kennelijk groeiende belangstelling van de hulpverlening, is er nog onvoldoende plaats voor deze thema's tijdens besprekingen van patiënt en onderling contact tussen hulpverleners. Voor meer effectief behandelen betekent dat er binnen de GGZ een paradigmashift nodig is. De verschillende positieve effecten voor patiënt en hulpverleners kunnen dan ervaren worden. Mijn aanbeveling is om te streven naar een situatie waarbij men tijdens verschillende fasen in behandeling een actieve rol in neemt om te spreken over zingeving.

addendum

Tekst uit een blog van een patiënt, gepubliceerd op de website van Altrecht, januari 2015. (Altrecht, 2015)

Hoe geeft een mens nog zin aan zijn of haar leven als je nog betrekkelijk jong bent en juist de belangrijkste mensen om jou heen vallen weg, sterven? Sterven wat een vrij plotseling gebeuren is. Jouw wereld stort dan in, juist op het moment dat ik al zelf aan het instorten was door té veel stress en druk, zowel privé als op mijn werk. De terugval was net iets té!

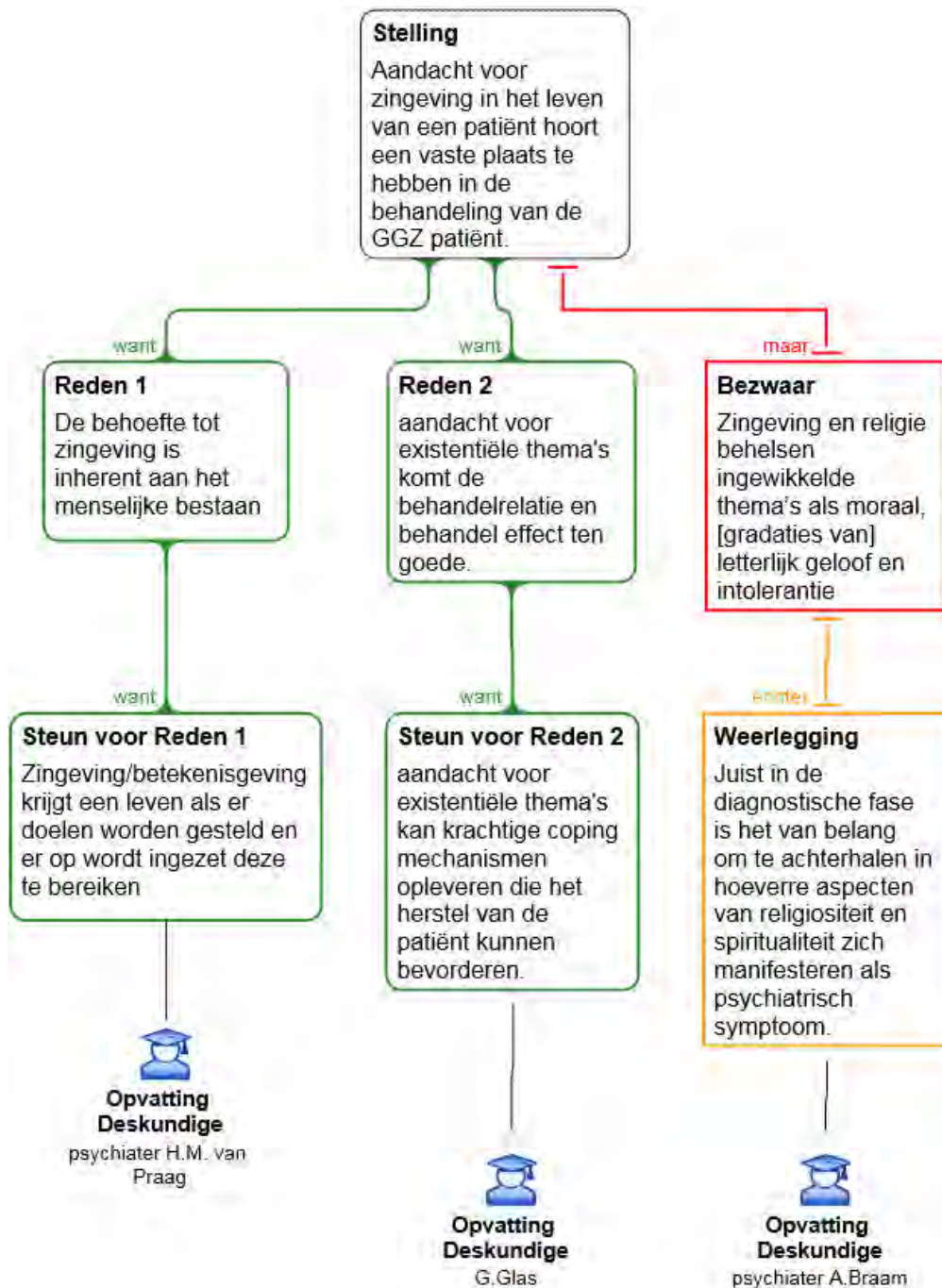
Het blijft een zoeken voor mij, naar die betekenis in én van mijn leven. Zin geven aan jouw leven is iets wat vanuit jezelf moet komen, ergens moet je dat voelen, ervaren, beleven.

Ik merk dat ik, sinds ik weer in de GGZ loop, meer met deze vragen bezig ben dan ooit in mijn leven, toen ik nog werkte. Ging ik mee in een soort van flow. Had in ieder geval dag invulling, meer contact met mensen door het werken, meer sociale contacten buiten mijn werk om. Ook had ik veel meer dingen in de avond te doen en kon ik dat ook allemaal aan. Geen moment te denken: wat is de zin van mijn leven?

Het blijft een zoektocht om zin aan mijn leven te geven. Het is wel een actief proces waar ik mee bezig ben, nu meer dan 30 jaar geleden. Misschien speelt de leeftijd een rol, als je meer na gaat denken over zin geven aan je leven? Of wij er ooit achter komen wat de zin van je leven is? Zolang er al mensen rondlopen op deze aarde, hebben ze nagedacht over zin geven aan.

Ik denk ook nog steeds na:

Heeft zin geven aan mijn leven nog zin én nog belangrijker: hoe doe ik dat? Geen idee, namelijk, ik zet waarschijnlijk toch weer een stap en loop een pad waarvan ik niet het einde kan zien in mijn leven. Zolang ik stappen zet, leef ik!



Literatuurlijst

- Altrecht. (2015, oktober 30). *blog over zingeving*. Opgehaald van altrecht: <http://www.altrecht.nl/64126/Zingeving#VikgedgWt8>
- Braam, A. (2012). *Depressieve stoornissen*. In P. Verhagen, & H. v. Megen, *Psychiatrie, religie en spiritualiteit* (p. 228). Utrecht: De Tijdstroom.
- Concalves, J., Lucchetti, G., Menezes, P., & Vallada, H. (2015). Religious and spiritual interventions in mental health care: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled clinical trials. *Psychological Medicine*, 2937-2949.

- Cuyvers, E. (2007). *Spiritualiteit vanuit psychiatrisch verpleegkundig perspectief. Een plek voor zingeving en spiritualiteit. Actuele ontwikkelingen in de geestelijke gezondheidszorg*, (pp. 5-6).
 - Dijn, h. d. (2001). *De spiritualiteit van de hulpverlener*. Hospitalia, pp. 22-25.
 - Frankl, V. (1946). *Mans's Search for Meaning*. Engeland: Beacon Press.
 - Krikilion, w. (201). *Geestelijke gezondheidszorg in het licht van zingeving en spiritualiteit*. antwerpen - apeldoorn: garant.
 - Lambregts, J., & Grotendorst, A. (2012). *Leren van de toekomst*. houten: Bohn Stafleu van Loghum.
 - Praag, H. v. (2010). zinverlies; een verwaarloosd onderwerp in de psychiatrie. *tijdschrift voor psychiatrie*, 705-714.
 - Vandenbergh, J. (2007). *Psychiatrie tussen zingeving en zinverlies.*, (p. 9).
-

Seks in het Alzheimer-café

Téo Visser, SPV / Systemtherapeut
De Oranjehof - Wezep

In de afgelopen jaren ben ik, samen met mijn collega Carey Woortman, in diverse Alzheimer-Cafés in het land geweest, om met de deelnemers na te denken over de invloed van een chronische ziekte op de intimiteit en seksualiteit in de partner-relatie. Het waren bijzondere avonden, omdat ik als jonge vijftiger zo mijn vooroordelen had over seks en intimiteit op latere leeftijd. Wanneer een ziekte als derde partij in de relatie komt, kan de intimiteit, het seksueel verlangen en de bevrediging daarvan tot het laatst toe stand houden. Seksualiteit bevordert het welbevinden.

Dit verslag beschrijft wat er tijdens deze avonden is besproken, en wordt aangevuld met enkele systeemtheoretische uitgangspunten.

Openheid

Seksualiteit en seksuele energie is van alle mensen, van jong en oud, mannen en vrouwen en in het bijzonder van partners en echtgenoten. Seksualiteit geeft een krachtige verdieping en verbinding in de relatie. Seksualiteit is communicatie op een lichamelijke manier. Het is belangrijk dat je in het leven vrij leert te zijn in het seksueel verlangen en in het verbinden met de ander. De intimiteit neemt toe wanneer je de ander deelgenoot maakt van jouw seksuele gevoelens, gedachten en verlangens. Wanneer dit goed verloopt tussen mensen, wordt hierdoor de levenskracht versterkt. Ter voorbereiding op de thema-avonden in het Alzheimer-Café heb ik samen met mijn collega diverse straatinterviews gehouden, om de gewone oudere man en vrouw op straat naar hun bevindingen te vragen over intimiteit en seksualiteit op latere leeftijd. Veel ouderen, 70 en 80 +, vertelden openlijk over hun liefdes- en seksleven. Het was opvallend hoe open de mensen waren, wanneer ik belangstellend en zonder oordeel open stond voor hun verhaal. De meeste mensen gaven aan dat seksualiteit een normaal en belangrijk onderdeel van de partnerrelatie is. De meesten konden met veel genoegen terug kijken op verschillende ervaringen die ze in de liefde opgedaan hadden. De moeilijkheden die er waren geweest, konden ook worden besproken. De meesten gaven aan dat intimiteit, seksualiteit en het verlangen hierna, niet weggaan wanneer je ouder wordt, maar dat het wel verandert. Het gaat bij het ouder worden meer om intieme verbondenheid en minder om seksuele activiteit. In een onderzoek over seks bij ouderen, las ik dat oudere mensen in de Scandinavische landen - waar de maatschappelijk opvatting over seks van ouderen positiever is - opener spreken over seks op latere leeftijd en dat de ouderen daarom ook meer vorm geven aan hun seksualiteit. In Nederland hangt er een soort taboe over seks bij ouderen.

Iemand wordt al gauw als een "vieze man" gezien en er ontstaat negatieve beeldvorming, waardoor de ouderen mogelijk ook minder seksueel actief zijn. In die zin is het wel goed dat er opener en op een mooie, positievere manier gesproken wordt over seksualiteit als levenskracht en levensenergie in de ouderenzorg.

Achter de geraniums stil zitten?

Het idee dat ouderen stil zitten en achter de geraniums zitten te wachten op wat er komen gaat, klopt gelukkig niet. Gebrek aan bewustwording en openheid lijken wel een rol te spelen als het gaat om seksuele activiteit. Sommige ouderen gaven aan dat het onderwerp seksualiteit weinig tot geen aandacht krijgt in de hulpverlening. Sommigen melden zelfs een negatieve houding vanuit de hulpverleners wanneer het gaat om de seksuele activiteit van ouderen. Gebrek aan ervaring, gebrek aan openheid en inzicht van de hulpverleners, spelen hierin mogelijk een rol. Liefde en seksualiteit zijn niet alleen cognitieve activiteiten, maar worden met name door zintuigelijke waarnemingen beleefd en ervaren. Het ervaren van deze lichamelijke prikkelingen wordt in een ander deel van de hersenen (limbische systeem) beleefd, dan in het cognitieve (cortex) deel. Daarom blijft dit langer in functie en kunnen hulpverleners dat veel langer bespreken binnen de zorg. Denk hierbij aan aanraken en het bevorderen van lichamen contact als vorm van troost. De angst voor een negatieve vorm van seksualisering in de hulpverlening, maakt dat we het kind met het badwater weggooien.

Tijdens de straatinterviews kwam naar voren dat het seksueel verlangen op latere leeftijd blijft bestaan. De frequentie van het seksueel contact wordt wel minder. Eén van de redenen die genoemd worden voor het minder frequent hebben van seksueel contact, was de invloed van ziekte en het fysiek functioneren in het algemeen wanneer iemand ouder wordt. Je moet meer tijd nemen om tot seksuele opwindning te komen. De ouderen die er meer tijd voor vrij maakten, spraken van een grote tevredenheid over de seksuele beleving.

Veel alleenstaande ouderen daten via internet, om zo weer in contact te komen met een nieuwe partner. Velen noemden dat ze in het derde of vierde contact met de potentiële nieuwe partner seksueel contact hadden. De ervaringen met de eerdere partner, die veelal overleden was, werd weer even aangehaald en dat werd door beide partners niet als storend of als jaloezie ervaren. Ouderen lijken in die zin veel evenwichtiger te zijn dan jongeren, als het gaat over spreken over eerdere seksuele ervaringen.

Seksualiteit en seksuele energie is een levenskracht, ook als je ziek bent. Het vermindert het gevoel van alleen-zijn en je eenzaam of onveilig voelen. Een fysieke aanraking en een liefdevol woord stimuleert in de neurobiologie de empathie, het gelukshormoon oxytocine wordt er door aangemaakt en het heeft hierdoor een positief effect op het welbevinden. Deze levenskracht versterkt het zelf-herstellende vermogen in mensen en het is daarom goed om zo lang mogelijk vorm te geven aan de stroom van seksuele energie. Zeker wanneer cognitieve functies minder worden of uitvallen, blijven het lichamelijke contact en fysiek functioneren bestaan als een krachtbron van liefde.

Hulpverleners zeggen dat ze uitgaan van competenties en mogelijkheden, maar wanneer het om seksualiteit gaat, zijn verschillende hulpverleners niet vrij om hierover te spreken. Hun eigen angst en overtuigingen belemmeren het seksueel functioneren van de patiënten en hun partner te bespreken. Laat staan dat ze bijvoorbeeld middels diverse contact- oefeningen de seksuele energie en empathie bevorderen.

Liefde en trouw

Tijdens de Alzheimer-Café avonden, waarbij patiënten en hun familie aanwezig zijn, werd het onderwerp liefde en trouw besproken. Veel mensen gaven aan wel trouw te zijn, maar niet meer in een liefdevolle relatie met de ander te kunnen zijn wanneer ziekte toeslaat. Ziekte als "derde partij" in de relatie, kan er voor zorgen dat men de ander als partner en minnaar verliest. Op alle avonden werd door de deelnemers gemeld dat ze het als gemis ervaren dat hulpverleners hier niet over spreken.

In welke context wordt je als partner gezien? Die van man versus vrouw of die van patiënt versus hulpverlener/mantelzorger? De meesten noemden dat ze veel in de zorgcontext actief waren.

De vraag of je partner het verschil nog zou kunnen ervaren of er gekust wordt door een mantelzorger of door de partner, werd door de partners bevestigend beantwoord. De deelnemers konden het zien aan de non-verbale communicatie van de ander. De meeste deelnemers gaven aan de ander meer vanuit de minnaars-context te willen ontmoeten dan vanuit de mantelzorg- of hulpverleningscontext, maar door de ziekte waren ze dit kwijtgeraakt. Het is van belang dat de mensen in de oorspronkelijke contexten worden aangesproken. Diverse ouderen 80+ gaven aan nog steeds seksueel actief te zijn met hun partner die dementie heeft, omdat ze de partner goed kennen en kunnen zien dat hij/zij het prettig vindt, ook al zijn de cognitieve functies fors aangetast.

Verskillende mensen gaven aan dat het hun niet meer lukte om zich als partner en minnaar te geven aan de ander. Ze hadden een nieuwe partner gevonden naast de partner met dementie. Deze nieuwe partner kwam ook op bezoek bij de patiënt (de partner met dementie) en werd in de familie geaccepteerd en opgenomen als de nieuwe partner. Er werd veel steun betuigd door de andere deelnemers aan deze oplossing, omdat ze de last voor de partner zonder dementie erg zwaar vonden.

Hulpmiddelen

Ouderen masturberen meer dan jongeren. Een oudere groep mannen (80 +) protesteerde erg tegen het bespreken van dit onderwerp n.a.v. de stelling "wanneer een chronische ziekte in de relatie komt neemt de soloseks toe". De opwinding nam toe en in het Alzheimer-Café gingen mensen met elkaar in gesprek over dit onderwerp. Er bestond bij sommigen een verbod op zelfbevrediging vanuit het geloof. Meneer pastoor had zich daar vroeger negatief over uitgelaten. Op de vraag of ze daar, toen ze jong waren, aan gehoorzaamden, zeiden de meeste mannen dat ze masturbeerden, want dat hoorde bij een gezonde seksuele ontwikkeling. Op de vraag of ze nu nog steeds masturbeerden op oudere leeftijd, nu hun partner ziek was, erkenden de meeste mannen dit te doen als gezonde ontlading van seksuele spanning.

Enkele vrouwen gaven aan dat ze met behulp van hulpmiddelen (vibrator) zichzelf bevredigden, omdat hun partner met dementie daar niet meer toe in staat was. Hierover ontstond een open gesprek en verschillende ervaringen werden met elkaar uitgewisseld. Voor diverse vrouwen was het openlijk spreken over seksualiteit, op een mooie schone en natuurlijke manier, een openbaring. Er was veel schroom vanuit opvoeding, geloof en gebrek aan ervaring. Velen vroegen om een terugkom-bijeenkomst, waarmee het onderwerp toch actueel lijkt te zijn.

Zo sprak een van de deelnemende mannen die zijn seksuele verlangens kwijt wilde bij een prostituee, geen erectie te kunnen krijgen, omdat hij in zijn hoofd te veel verbonden was bij zijn partner. Liefde is meer dan het bevredigen van seksuele lust. Een andere man die opgenomen was en steeds intiem aan de verzorgsters/hulpverleners zat, zou gesepareerd worden of medicatie krijgen tegen zijn seksuele drang.

Toen hij als competent werd gezien werd - en zijn gedrag als communicatie die iets zei over zijn seksueel verlangen - kon dit met hem besproken worden en samen met hem gekeken worden hoe hij daarin tegemoet kon worden getreden.

Conclusies

In deze bijdrage heb ik enkele schetsen gegeven van de opvattingen rondom seksualiteit zoals deze tijdens de Alzheimer-Café avonden naar voren kwamen. Ik heb hier en daar eigen bevindingen en opvattingen vanuit mijn ervaringen als systeemtherapeut toegevoegd

- De Alzheimer cafés zijn een goed initiatief om in gesprek te zijn met cliënten, hun netwerk en de hulpverleners. Bied je als hulpverlener aan om je expertise met hun te delen.
- Intimiteit en seksualiteit zijn krachtige liefdesbronnen, die je altijd aan kan spreken, zolang je leeft, ook bij het ouder worden. Bied veel fysieke contact oefeningen aan.
- Dementie of een ander ziekte belemmert niet de zintuigelijke waarneming en verbondenheid door warmte, liefde en seksualiteit. Daarom is het goed om seksuele activiteit zo lang mogelijk te stimuleren in de hulpverlening.
- Hulpverleners zijn vaak bang of hebben negatieve opvattingen over seksualiteit, waardoor ze de intimiteit en seksuele energie tussen patiënt en hun partner niet bevorderen, maar eerder verminderen. Bespreek seksualiteit en je eigen belemmeringen in intervisie bijeenkomsten.
- Door het negatief seksualiseren van fysiek contact in de hulpverlening gooien we het kind met het badwater weg en dat zou jammer zijn.

Borderline de baas

Aanpak en behandelvisie van twee psychologen Basis GGZ

Josefine Calma
Indigo

Inleiding

Een persoonlijkheidsstoornis als borderline heeft grote impact op de patiënt én het leven van naasten. Verlatingsangst, stemmingswisselingen en identiteitsvervreemding. Gedragsuitingen waar maar moeilijk mee te leven is. Twee psychologen uit de Basis GGZ van Indigo vertellen over hun aanpak. 'Het doel is dat de cliënt zelf weer controle krijgt over zijn of haar leven. Zelf de regie terugpakken, daar draait het om.'

'Ik heb moeite met mezelf en mijn relatie. Tussen mijn vriend en mij gaat het constant aan en uit. Ik ben bang dat mijn vriend bij mij weg wil. Dat maakt mij enorm onzeker, en daardoor ben ik heel onredelijk tegen hem. Ik ben zijn liefde vast niet waard.'
Typische uitspraken van een cliënt met borderline problematiek (symptomen).

Gerlach Zeegers Janssen is GZ-psycholoog bij Indigo. In zijn werk krijgt hij veel te maken met cliënten met kenmerken van borderline. Over de aanpak van borderlineproblematiek zegt hij allereerst op zoek te gaan naar de vraag waarom de cliënt juist nú door deze problemen wordt overmeesterd. 'Als mensen bij ons komen met symptomen van borderline, gaan we daar op in. Want waarom heeft deze persoon in de voorliggende jaren wel zelf alles in het leven kunnen bolwerken. Wat is de reden dat hij nu hulp zoekt?'

'Ik zie persoonlijkheidsstoornissen als borderline liefst zo lang als mogelijk als een "eigen(en)aardigheid" van een cliënt', aldus Prof. Dr. Giel Hutschemaekers, tevens GZ-psycholoog bij Indigo en Hoofd zorgprogramma Basis GGZ. 'Als je kijkt naar de symptomen van borderline, zoals stemmingswisselingen, een gevoel van leegte, verlatingsangst, dan denk je misschien: "Dat herken ik in meer of mindere mate bij mezelf ook". Wanneer die kenmerken belastend voor je worden, de omgeving van jouw eigenaardigheden last ondervindt en ze bovenal jón onrustig maken, dan is het raadzaam om hulp in te schakelen. Wanneer een cliënt hulp gaat zoeken, wordt hij via de huisarts veelal doorverwezen naar de Basis GGZ. In dit stadium krijg ik de cliënt te zien. Ik wil het dan nog niet eens borderline noemen. De hulp die ik de cliënt kan bieden, is om te leren omgaan met deze eigenaardigheden.'

Duiveltjes en engeltjes

In die eigen(en)aardigheid van iemand ziet Hutschemaekers niet per definitie iets verkeerd. Integendeel, hij verdedigt de stelling dat hetgeen wat moeilijk is in jezelf, ook vaak jouw kracht is. 'Ik neem in mijn colleges soms het voorbeeld van de Duitse dichter Rilke uit de vorige eeuw. Hij leefde een rijk leven, had overal vriendinnen. Als hij bij ze wegging, werd hij overvallen door melancholie, waarna hij de mooiste gedichten schreef. Een keer bleef hij langer bij zijn Parijse vriendin, en prompt ging het helemaal mis. Hij kreeg ruzie, voelde zich schuldig en kwam niet meer aan dichten toe. Dat werd zo heftig dat hij in therapie ging bij de beroemde psychoanalyticus Sandor Ferenczi. Na vijf gesprekken concludeerden de twee te stoppen, met de mededeling "mijn duiveltje blijkt ook mijn engeltje te zijn. Dood ik de een, dan dood ik ook de ander." Met andere woorden: iemands zwakte is vaak ook iemands kracht en iets om erg trots op te zijn. Dat zie je vaak bij deze cliëntengroep. Ze blinken ergens in uit, zijn kunstzinnig, maar gaan in hun emotie heftig op en neer. Neen, deze cliënten zijn daarom zelden saai. Loopt het uit de hand, ga dan niet voor het vermoorden van het duiveltje, maar voor het hanteerbaar maken van dat duiveltje. Daar kan ik als psycholoog bij helpen.'

KOP-model

Om de aanleiding voor het bezoek aan de psycholoog goed in kaart te brengen, gebruiken Zeegers Janssen en Hutschemaekers het KOP-model van Paul Rijnders. Zeegers Janssen: 'KOP staat voor Klachten, Omgeving en Persoonlijke Stijl. Op die drie vlakken kan er namelijk iets aan de hand zijn, wat ervoor zorgt dat de klachten (borderlinesymptomen) als problematisch worden ervaren. Als we weten wat het concrete probleem is, bepalen we welke behandeling we daarvoor inzetten. Als een bepaalde *klacht* overheerst, is een symptoomgerichte behandeling op zijn plaats. Denk bijvoorbeeld aan een paniekstoornis, die ervoor zorgt dat iemand nauwelijks nog naar buiten durft. Daarvoor zetten we dan een heel gerichte therapie in. Veranderingen in de *omgeving* van de persoon met borderline kunnen ook een aanleiding vormen voor problemen. Bijvoorbeeld als er problemen zijn in het gezin, of als er een dierbare komt te overlijden. Of als er op het gebied van werk iets verandert, bijvoorbeeld werkloos worden. Soms kun je werken aan het verbeteren van de omstandigheden, bijvoorbeeld door het zoeken naar een andere baan, maar dat is niet altijd mogelijk. Vaak gaat het dan om het leren omgaan met de omstandigheden. Bij *persoonlijkheid* draait het vaak om problemen die te maken hebben met de persoonlijke stijl van een persoon, ook wel *coping* genoemd. Een voorbeeld van zo'n stijl is die van de "vermijdende borderliner". Deze persoon vermijdt omstandigheden waarvan hij weet dat ze voor problemen zorgen. Zo'n vast patroon kan ervoor zorgen dat iemand zichzelf jarenlang staande weet te houden. Maar deze stijl heeft ook nadelen, die er op een bepaald moment voor kunnen zorgen dat het niet mogelijk is om de persoonlijke stijl te handhaven. Op dat moment ontstaan er problemen in het dagelijks leven.'

Zelf de regie terugpakken

Tijdens de intakegesprekken focussen de psychologen zich heel concreet op wat het probleem nu precies is. 'Is iemand niet assertief genoeg? Dan is een assertiviteitstraining of individuele therapie op dit gebied wellicht zinvol', legt Zeegers Janssen uit. 'Is er sprake van impulsproblematiek? Dan moeten we aan de slag met emotieregulatie. Stelt iemand te hoge eisen, of zijn de verwachtingen die men heeft van de omgeving te hoog? Dan stellen we dat centraal in de therapie. Heeft de cliënt een vermijdende persoonlijkheidsstijl? Dan gaan we werken aan een pro-actievere houding; dus wél steun en hulp vragen als dat nodig is. Kortom, we gaan heel gericht aan de slag met de problemen. Het doel is dat de cliënt zelf weer controle krijg over zijn of haar leven. Zelf de regie terugpakken, daar draait het om.'

Vaardigheden meegeven

In het algemeen kun je zeggen dat de borderlineproblemen zijn ontstaan door een bepaalde kwetsbaarheid die mensen hebben. 'Psychotrauma's liggen vaak ten grondslag aan borderline', zegt Hutschemaekers. 'Denk aan een trauma opgelopen door seksueel geweld. Dit gebeurt vaker bij vrouwen en niet voor niets zie je onder de borderliners veel vrouwen. Ook partners of ouders met een drank- of drugsprobleem kunnen een trigger zijn om de symptomen van borderline aan te wakkeren. Het is dus belangrijk om deze mensen weerbaarder te maken. Men moet weten wat de eigen kracht is, zodat ze daar uit kunnen putten.'

'Het doel is om mensen een rugzakje met vaardigheden en bewustzijn mee te geven, zodat zij daar uit kunnen putten als het nodig is', gaat Zeegers Janssen verder. 'Een voorbeeld: iemand wil altijd aardig en sympathiek gevonden worden. De valkuil is dan dat deze persoon stelselmatig over zijn grenzen heen gaat. Het is dan beter om af en toe grenzen aan te geven. Opletten hierbij dat het niet doorslaat naar een agressieve houding. Zo heeft iedereen bepaalde reactiepatronen, die bij mensen met borderlineproblematiek voor problemen kunnen zorgen.'

De omgeving

Zeegers Janssen: 'Het is voor mensen met een "borderliner" in de omgeving lastig om met hen om te gaan. Het is belangrijk dat zij kunnen begrijpen waarom iemand reageert zoals hij of zij reageert. Dat is iets anders dan het gedrag goedkeuren. Het is belangrijk dat de cliënt zélf inzicht krijgt in zijn gedrag en de gevolgen daarvan. Dat is dus iets heel anders dan tegen iemand zeggen dat hij of zij iets moet doen of laten.' In de behandeling wordt geleerd dat ieder mens zijn eigen emoties heeft en dat het belangrijk is om elkaar te begrijpen en respecteren. 'In plaats van "je moet" kun je zeggen: "Ik zie dit gebeuren en daar heb ik dit gevoel bij. Ik merk dat dit mij pijn doet. Is dat jouw bedoeling ook?" Of: "Ik maak me zorgen om je." Zo hou je het bij jezelf, en erken je dat de ander een uniek persoon is met een eigen gevoelswereld. Met een verwijtende ondertoon bereik je niks.'

Hutschemaekers heeft een aantal tips voor naasten om 'te dealen' met de heftigheid van een borderliner:

- Bedenk dat wanneer er frictie ontstaat de schuld niet per se bij jou ligt. Het kan ook het onvermogen van de cliënt zijn om met zijn emoties om te gaan. Dit geeft jou ruimte en dat kan helpen om afstand te houden.
- Laat je niet verleiden om mee te gaan in de heftigheid van de borderliner. Dit gaat vaak gepaard met verdriet en verwijten. Blijf rustig.
- Bespreek het heftige gedrag op een rustig moment. Haal het wel terug! Ga het niet uit de weg, maar tel tot tien voordat je ermee aan de slag gaat. Op die manier is de kans op escalatie het kleinst.

Wanneer?

Borderline vaststellen op een jonge leeftijd is lastig. Bepaald gedrag dat veel voorkomt bij borderlinepatiënten hoort ook bij de gezonde ontwikkeling van pubers en jongvolwassenen. 'Anderzijds is het wel goed om er bewust van te zijn. Dan kun je bepaalde bagage meegeven, waardoor zij beter toegerust zijn om te dealen met borderlineproblematiek. Bij ons kloppen mensen over het algemeen op wat latere leeftijd aan. Ze hebben zich lange tijd gered, maar lopen nu toch tegen bepaalde problemen aan', aldus Zeegers Janssen.

Borderline: vuistregels in de aanpak van Indigo

1. Zelfregie staat voorop
2. We blijven naast de cliënt staan > samen aan de slag met de problemen
3. We bieden doelgericht en specifiek hulp (kijkend naar Klachten, Omgeving, Persoonlijke stijl)
4. De cliënt maakt deel uit van een bepaalde omgeving; dus we betrekken de sociale omgeving bij het oplossen van de problemen
5. We gaan uit van de kracht van mensen. Ook 'borderliners' hebben positieve eigenschappen, ons doel is om die zoveel mogelijk te benutten

Cursus Borderline de baas

Niet alleen borderlinepatiënten, maar ook hun naasten kunnen ondersteuning gebruiken om met deze stoornis om te leren gaan. Indigo voorziet in deze behoefte. 'De cursus Borderline de baas' is eigenlijk psycho-educatie. Het is een cursus voor naasten van borderlinepatiënten. Het is geen must, maar het kan handig zijn om naasten mee te nemen in de belevingswereld van de borderliner. Overigens kan dat ook in individuele sessies - het is altijd mogelijk om een familielid, vriend of partner mee te nemen naar een gesprek. De omgeving betrekken is altijd verstandig', aldus Zeegers Janssen.

Contact verliezen

De impulsiviteit, stemmingswisselingen en identiteitsvervreemding zijn moeilijk om mee om te gaan. Gedragingen van iemand met borderline richten zich vooral op mensen in de directe omgeving. Mensen die van je houden, en voor wie het daarom nog moeilijker is om grenzen te stellen. Zoals bij Marjolein. Zij was bang het contact met haar dochter te verliezen. 'Wanneer jouw dochter gediagnostiseerd borderliner is, heeft dit een grote impact op haar leven en dat van haar naasten. Dit heb ik ook zo ervaren. Ontmoetingen liepen vaak uit de hand, we hadden vaak ruzies. Je zit in een tweestrijd. Ik wilde graag het contact met haar blijven houden. De komst van haar zoontje, onze eerste kleinzoon, versterkte deze behoefte. Je wilt je dochter helpen, maar cijfert daardoor jezelf weg. Verschrikkelijk, maar ik zag geen uitkomst.'

Consequent zijn en grenzen aangeven

'Toch zijn er manieren om het leven van de borderliner en de familie beter te maken', benadrukt Zeegers Janssen. 'Het is moeilijk, maar het kan.' Marjolein ervaarde dat tijdens de cursus Borderline de baas, die gericht is op het omgaan met het gedrag van de persoon met borderline en als doel heeft het evenwicht in het gezin te herstellen. Marjolein kwam via, via in aanraking met Indigo. 'Vrij snel werd ik uitgenodigd voor een intakegesprek. In het najaar 2014 hebben mijn man en ik deelgenomen aan de cursus, acht avonden om de veertien dagen en na de achtste avond een terugkomavond, ongeveer acht weken later. Het belangrijkste wat ik heb geleerd is dat medelijden, liefde en hulp niet altijd goed zijn. Consequent zijn en grenzen aangeven, op een liefdevolle manier, helpen mijn dochter veel beter. En mij daardoor ook.'

'Tijdens de cursus worden verhalen ingebracht van de deelnemers zelf. De begeleiders reiken handvatten aan hoe ik met mijn dochter om moest gaan. Doordat je met anderen over je probleem praat, ontstaat er veel erkenning. Je kan bij elkaar terecht, iets wat niet bij iedereen kan. Anderen weten niet wat jij meemaakt, geloven je ook niet altijd. Ze zien niet wat er achter gesloten deuren afspeelt. De aanwezigen bij de cursus kennen dezelfde problemen. Dat neemt een stukje eenzaamheid weg.'

Meer spiegelen, minder sponzen

Naast hebben de neiging om op twee soorten manieren met borderline om te gaan. Door te spiegelen of te sponzen. Marjolein kwam erachter dat zij zich gedraagt als een 'spons'. 'Net als veel aanwezigen bij de cursus', valt Marjolein op. 'Ons werd verteld dat iemand die sponst diegene wil redden, behoeden voor problemen. Je laat je leiden door angst, medelijden en schuldgevoelens. Erg herkenbaar, maar geen manier om beter contact te hebben met mijn dochter.'

Wat dan wel de juiste manier is om met haar dochter om te gaan, is Marjolein inmiddels duidelijker geworden: 'Ik moet haar het gevoel geven dat ik haar vertrouwen en respecteer. Liefdevol grenzen aangeven. Dit is gezonder voor mijn dochter en voor mij zelf.'

Meer spiegelen, en dus minder sponzen. Praktische tips uit de cursus:

- Stop met discussiëren.
- Praat vanuit jezelf. Dat doe je door kritische en aanvallende 'jij-boodschappen' te vermijden.
- Geef duidelijke grenzen aan en wees daarin consequent.
- Sta als ouders op één lijn.
- Houd de persoon en het gedrag uit elkaar. Een hekel hebben aan een bepaalde eigenschap van iemand mag niet betekenen dat je een hekel krijgt voor die persoon. Wees kritisch wat iemand zegt en doet, niet op wie iemand is;
- Geef niet te veel adviezen. Zorg dat de persoon met borderline zelf gaat nadenken. Prikkel diegene om met een eigen oplossing te komen.
- Ga niet mee in de emoties, zelfs als uitspraken hard zijn. Realiseer je dat dit niet persoonlijk is, het hoort bij de stoornis.

Herkenbare situaties

Met een goed gevoel kijkt Marjolein terug op de bijeenkomsten: 'Ik zou willen dat ik dit eerder had geweten. Mijn dochter is er niet door genezen, en je denkt altijd na over wat je zegt en doet, maar er is zo veel verbetering. Het was fijn om met anderen rond de tafel te zitten die ook een kind of partner hebben, en bekend zijn met deze problematiek. De cursus is dan ook gericht op praktijksituaties die ieder van de deelnemers meemaakt. Op basis van de ingebrachte verhalen, reikten de begeleiders handvatten aan, hoe een volgende keer misschien beter of anders op de situatie te reageren. Deze handvatten hebben mij leren ontdekken welke valkuilen er zijn in de omgang tussen mijn dochter en mij; dat de waarheid van haar en van mij niet dezelfde hoeven zijn, dat het belangrijk is te ervaren waar een gesprek tussen beiden uit de hand kan lopen en hoe je het ten goede kan keren. Door de cursus kan ik zeggen dat de discussies tussen mijn dochter en mij zijn afgenomen. Ik realiseer mij nu alleen nog maar meer dat zij een jonge vrouw is met borderline. Ik ben in staat om dingen meer bij haar te laten, waardoor ik ruimte ervaar om meer voor mijzelf te kiezen.'

Borderline, feiten en cijfers

- Er zijn in Nederland 150.000 tot 200.000 mensen met borderline.
- Borderline komt vaker voor bij vrouwen dan bij mannen.
- De eerste problemen ontstaan meestal als iemand tussen 17 en 25 jaar oud is, een levensfase met grote veranderingen op het gebied van relaties, werk en leefomgeving.
- Bij mensen die zijn opgenomen in een instelling komt borderline vaak voor.