

Einde en een nieuw begin; sociaal emotionele achtergronden bij psychose

Marius Romme, sociaal psychiater

Artikel op basis van de lezing gehouden op de studiemiddag De praktijk van sociaal psychiatrisch opleiden. V&VN-SPV en de Hogescholen, november 2007.

Inleiding

De opleiding MGZ-GGZ is ten einde en wordt afgesloten met een studiemiddag. Het zou een zeer trieste dag zijn als de opleiding tot sociaal psychiatrisch verpleegkundige zou ophouden te bestaan.

Gelukkig hebben een aantal docenten, aan de nu dan oude opleiding, besloten dit niet te laten gebeuren en gezorgd voor een nieuwe opleidingsorganisatie. Aan vier Hogescholen in Amsterdam, Breda, Nijmegen en Heerlen wordt de opleiding voortgezet en zullen de studenten via hun werkgever deze opleiding zelf moeten betalen ¹⁾. Het opleidingsgebeuren valt dus niet meer binnen het van Rijkswegen gesubsidieerde onderwijs. In een tijdsbestel van privatisering valt dit misschien te begrijpen. Het is echter ook op ander niveau een teken van de tijd. Een politieke uitdrukking van het breder verspreide idee dat gedrag van mensen op groepsniveau valt te controleren door regelgeving. Hierbij lijkt steeds meer de noodzaak ontkend om op individueel niveau de achtergronden van gedrag aandacht te geven, wil dat gedrag veranderen. Aan de hand van een recent voorbeeld wil ik dit toelichten en daarmee het belang van de sociaal psychiatrische opleiding aangeven en vervolgens daarin enige vernieuwing voorstellen.

In het oktober nummer (2007) van Uw vakblad Sociale Psychiatrie schrijft Ivonne van der Padt met de van haar bekende helderheid een congres verslag. Zij schrijft: "In de Schouwburg in Hoorn kwamen rond de 190 medewerkers van heel veel verschillende organisaties samen om met elkaar te brainstormen over een Regionaal Plan van Aanpak". Het gaat om het resultaat van een enquête van de GGD West-Friesland. Jongeren tussen de 12 en 19 blijken veelvuldig en steeds jonger deelgenoot van twee West-Friesche tradities: overmatig veel alcohol en drugsgebruik en suïcide.

Ad Kerkhof, uitgenodigd vanwege zijn expertise op het gebied van suïcide, vertelt dat:

- suïcide al 150 jaar in West Friesland vaker voorkomt dan in de rest van Nederland;
- suïcide niet alleen plaats vindt als gevolg van groepsdruk om alcohol en drugs te gebruiken, maar ook omdat zij te kampen hebben met stress en emotionele problemen. Onder andere echtscheiding van ouders;
- sociale cohesie ontbreekt.

Ik denk dat U vertrouwd ben met deze kennis vanuit uw opleiding en ervaring. Men maakt zich in Noord Holland terecht zorgen. Op het congres wil men gezamenlijk tot een aanpak komen. Er worden maatregelen voorgesteld ten behoeve van suïcidepreventie.

Maatregelen zoals:

- Verbod op vuurwapens;
- Het verstrekken van medicijnen in doordrukstrips;
- Verandering van de gas samenstelling;
- Ontoegankelijk maken van hoge gebouwen.

En verder nog tal van maatregelen die de samenwerking van de diverse hulpverleningsinstanties betreffen, maar ook investeringen in buurt en wijk om de sociale cohesie te bevorderen. Verbetering van de werkgelegenheid voor jongeren staat er ook bij.

Opvallend is dat het vooral over maatregelen op groepsniveau gaat. Men lijkt ook te denken dat dit zal helpen. En daar ligt mijn twijfel, want ik denk, gesteund door veel onderzoek over suicides, dat suicides gedaan worden door mensen die emotioneel in de knoop zitten. En dat wordt door groepgerichte maatregelen niet opgelost.

De achtergronden van gedrag

Waarom vertel ik u dit voorbeeld? Om de actualiteit ervan, maar vooral omdat het weer eens laat zien dat oplossingen worden aangereikt die niet werken. In de politiek en helaas ook in de hulpverlening houdt men zich graag bezig met het treffen van maatregelen en organiseren van acties gericht op gedrag dat ons niet bevalt. Veel te weinig helaas, wordt er gepraat en ingegaan op de achtergronden van dat gedrag.

Ik denk dat de toekomst van de GGZ, wil zij effectief zijn, ligt bij de erkenning en herkenning, dat problemen in gedrag vooral voortkomen uit emotionele problemen in sociale relaties en ander sociale problemen. Dat tijd en deskundigheid van belang zijn om het individu te helpen met de omgang met zijn / haar emoties die in de knoop geraakt zij door onverdraagbare sociale relaties en onmacht daar verandering in te brengen. Aandacht voor personen in hun eigen context en niet vooral aandacht voor gedrag van groepen. Niet alleen aandacht voor het gedrag maar juist voor de achtergrond van dat gedrag. Niet alleen in de politiek maar ook in het soort hulpverlening die vooral wil controleren, wordt het individu van zichzelf vervreemd wanneer de aandacht voor zijn gedrag in de plaats komt van aandacht voor de redenen voor dat gedrag en de context waarin dat gedrag ontstaat.

Het individu vervreemd van zich zelf wanneer natuurlijke verbanden tussen gedrag, emotie en context worden verbroken. Hebben jongeren in West Friesland - een streek waar men kennelijk niet gemakkelijk zijn emoties uit en veel alcohol nodig heeft - de mogelijkheid iemand te treffen die in ze geïnteresseerd is als persoon en ze wil helpen met hun emoties op persoonlijk vlak en daar samen met hen de familie in betreft? Of blijven de instanties ze vanwege hun gedrag isoleren en nemen we maatregelen tegen dat gedrag? Zouden in de traditie in West Friesland, de emoties in de poldergrond gestopt zijn en gaan de instanties zoals politie, gemeente besturen, provinciale ambtenaren onderwijzend personeel, hulpverleners en vrijwilligers organisaties, die daar in Hoorn bij elkaar waren dat nu, na 150 jaar, met maatregelen bevestigen?

De opleiding sociaal psychiatrisch verpleegkundigen is daartegen een hoogst noodzakelijk tegenwicht.

Ik heb mijn hele leven lang met sociaal psychiatrisch verpleegkundige samen gewerkt en het bijzondere van die mensen en hun opleiding was en is nog altijd dat ze niet zijn vergeten dat:

- het belangrijkste in de hulpverlening nog altijd de persoonlijke relatie met de klant/patiënt is;

- symptomen niet het resultaat zijn van ziekte maar ziekte als disfunctie het resultaat is van de symptomen, die signalen zijn van emotionele problemen in een sociale context en het onvermogen daarmee om te gaan.

Het is daarom van het grootste belang dat de opleiding voortgezet wordt, hetgeen niet betekent dat er geen vernieuwing nodig is.

Het nieuwe dat ik zou willen dat in uw onderwijs meer aandacht gaat krijgen is dat deze regels ook gelden voor mensen met een zogenoemde psychose. Dus bij wanen, hallucinaties etc. Over wanen en hallucinaties is nog niet zolang bekend dat ze niet het resultaat zijn van een ziekteproces maar dat ze signalen zijn van bestaande emotionele problemen, als gevolg van meegemaakte en nog doorwerkende sociale interacties. Het probleem in de hulpverlening is vooralsnog dat hulpverleners er niet aan gewend zijn er zo over te denken en dat ze geen instrumenten gebruiken om over die ervaringen met de patiënt te praten. Die instrumenten zijn er tegenwoordig wel maar worden helaas nog weinig gebruikt.

De achtergrond van stemmen horen

U weet misschien dat ik mij samen met Sandra Escher en Stichting Weerklank, al 20 jaar bezig houdt met mensen die stemmen horen. Ons onderzoek is gebaseerd op hun ervaring en niet op wat wij over hen denken, zoals in het meeste schizofrenie onderzoek. Inmiddels is deze activiteit uitgebreid tot ver buiten onze grenzen en zijn er in twintig landen netwerken en support groepen. In Nederland is deze ontwikkeling achtergebleven bij die in Engeland, Finland en Denemarken, om er enkele te noemen.

Door uit te gaan van een bepaald geestelijk gezondheidsprobleem, zoals stemmen horen, bevrijden we onszelf van het keurslijf in ziekte eenheden te moeten denken zoals de DSM voorschrijft. Het maakt de hulpverlener ook vrij om zich, ondanks de psychose, te interesseren in de hele persoon met alles wat hij/zij heeft meegemaakt in zijn omgeving en ontwikkeling. Gelukkig is dat normaal in de sociale psychiatrie, als dat ten minste niet verloren gaat. Het is alleen geen gebruik om zo naar "stemmen horen" en "wanen" te kijken, want dat wordt hulpverleners in de meeste opleidingen afgeleerd. Het gedrag en beleven wordt ingekaderd in ziekte denken en het te leren zien als psychotisch symptoom. Toen wij met ons onderzoek begonnen leerden we ineens heel ander dingen over deze werkelijkheid voor mensen. Kort gezegd leerden we de volgende belangrijke dingen (Romme en Escher 1989; 1993; 1999; 2005); Penning et al., 1996; Honig et al., 1998):

- Het bleek dat stemmen horen veel voorkwam bij mensen die nooit patiënt werden omdat ze er goed mee overweg konden en ze voor hen zelfs een positief doel hadden, nl. hen te helpen bij hun problemen.
- Ook bleek dat de meeste mensen die patiënt worden met stemmen horen, hun stemmen een reactie waren op meegemaakte trauma's waar ze emotioneel in verstrikt waren geraakt.
- Tot slot bleek dat als je ze wilt helpen, je niet alleen op de stemmen maar ook op de achterliggende problemen en emoties moest richten en ze moest helpen keuzes te maken. Dat ze dan konden herstellen en hun eigen leven weer konden leiden en niet het leven van hun stemmen.

Uit deze resultaten kwam naar voren dat het stemmen horen zelf geen psychopathologisch verschijnsel of symptoom van een ziekte is, maar mensen ziek worden omdat ze er geen raad mee weten, noch met het signaal, noch met de achterliggende problemen. Dat was dus heel anders dan ik als psychiater lange tijd geleerd had. Stemmen waren dus net als veel andere problemen, die mensen geestelijke gezondheid problemen noemen, ook gewoon een reactie op emotionele en sociale problemen die ze niet aankonden. Maar waarom dachten we dan in de psychiatrie dat het stemmen horen bijvoorbeeld een symptoom van schizofrenie was?

Die indeling werd in gebruik genomen toen er nog geen epidemiologisch bevolkingsonderzoek naar de symptomen werd gedaan met een psychiatrisch diagnostisch instrument. Toen dat wel gebeurde (Tien, 1991; Van Os e.a., 2001) bleek dat de symptomen ook voorkwamen bij gezonde mensen zonder kenmerken van een psychiatrische ziekte. Verder bleken deze symptomen ook veel voor te komen bij ander ziektebeelden, zoals de dissociatieve stoornis, de borderline en bij depressies. Verder was inmiddels bekend geworden dat de wetenschappelijke fundering van het denken in ziekte eenheden, zoals het aannemen van het bestaan van een afzonderlijke ziekte schizofrenie, heel zwak was en dat die ziekte wetenschappelijk gesproken helemaal niet echt bestaat (Blom, 2003; Bentall, 1990; Boyle, 1990). Tenslotte had onderzoek ook veel duidelijker de relatie met traumatische ervaringen naar voren gebracht, onder andere in een literatuur studie van 180 onderzoeken (Read et al., 2004). Maar waarom houden we er dan zo sterk aan vast?

Verschillende manieren om te reageren op trauma

Ik denk ten eerste omdat we lange tijd niet hebben geweten hoe het echt zat, we geen redelijk alternatief hadden. Ook de anti psychiatrie bleef over de schizofrenie praten alsof het echt bestond. Ze hadden alleen reden een andere oorzaak te veronderstellen.

Maar nog belangrijker is denk ik, dat hulpverleners die in de psychiatrie werken het sterke gevoel hebben dat ze mensen als schizofreen herkennen. Dat heb ik ook. Dus had ik een dilemma. Ik wist dat het wetenschappelijke onzin was te denken aan schizofrenie als een ziekte eenheid. Aan de ander kant had ik ook de ervaring ze te herkennen aan hun gedrag, dat heeft iets zeer overtuigends. Ik ben nu 45 jaar psychiater en ik weet nog niet zolang dat schizofrenie echt niet bestaat en toch denk ik dat ik mensen met die diagnose herken. En nu weet ik geloof ik wel waar de vergissing in zit. Door naar de ervaring te kijken in plaats van naar de ziekte en door te weten waardoor het ontstaat en ook nog eens te weten dat het helemaal niet alleen bij schizofrenie voorkomt. Toen eindelijk viel het kwartje.

Wat is er namelijk aan de hand? Stemmen horen is een reactie op traumatische ervaringen. Maar niet iedereen en ook niet iedere stemmenhoorder gaat op dezelfde manier om met zijn verstrikte emoties Er zijn heel duidelijk meerdere en in ieder geval vier opvallende manieren waarop mensen reageren op trauma en omgaan met hun emoties. Een opvallende manier is dat mensen zich in zich zelf opsluiten. Met die mensen krijg je moeilijker emotioneel contact als je dat niet door hebt. Dat zijn vaak de mensen die het label schizofrenie krijgen. Dat is ook wat je aan mensen herkent "het zich met hun emoties in zich zelf opsluiten". Een tweede opvallende manier is het wegvlugten voor emoties, afstand scheppen en zo sterk dat ze er niet meer bij zijn en van een afstand het gebeuren gadeslaan om de pijn en de emotie niet te voelen. Dat is de dissociatieve manier om met moeilijke emoties om te gaan en die mensen krijgen het label dissociatieve stoornis. De derde manier is het geen raad te weten met wat je over komen is. Je er hevig voor schamen. Er niet over vertellen maar wel erg omhoog zitten met je onvrede en heel fel opkomen voor je belangen. Heel ontevreden zijn met het steeds weer niet begrepen worden dat is de manier die heel vaak de borderline stoornis wordt genoemd. Ten slotte de vierde manier is niet in staat te zijn je te verweren en je agressie niet naar buiten kwijt te kunnen en de agressie in schaamte en schuldgevoel op je zelf te richten, in plaats van aan je verdriet toe te komen. En dat is de depressieve manier.

Het zou dus wel eens zo kunnen zijn dat wat we benoemen als verschillende ziektebeelden, in feite reactiepatronen zijn op trauma. Of te wel, manieren om met onverwerkte emoties om te gaan.

Willen we mensen helpen, dan moeten wij zelf herstellen van onze manier van denken. Dan moeten we weer leren ons vak te zien als een sociaal emotioneel probleemveld, waar hokjesgeest weinig helpt, maar maatregelen ook niet. We moeten mensen niet in categorieën van gedrag indelen maar met ze nagaan hoe ze met hun problemen en emoties om kunnen gaan op een betere leefbare manier. We moeten de tweedeling tussen ons en hen opgeven.

We moeten te rade gaan bij ons eigen leven, hoe we herstellen van problemen in plaats van mooie theorieën maken over anderen. We moeten weer durven om te gaan met de emoties van anderen en die bij ons zelf ook leren herkennen. We moeten ophouden ons te verstoppen achter ziektebeelden en met daarover te praten als over de kleren van de Keizer.

Het zou misschien ook goed zijn als de Vereniging van sociaal psychiatrisch verpleegkundigen een werkgroep politiek instelde om meer weerwoord te geven tegen de politiek die alsmaar maatregelen wil nemen en wil controleren, waar dat niet helpt en geen effect heeft.

Noot van de redactie

¹⁾ Ook op andere hogescholen wordt de opleiding voor sociaal psychiatrisch verpleegkundige voortgezet via een bredere instroom. De stelling van Romme dat het alleen om vier genoemde plaatsen gaat, is inmiddels achterhaald.

Present

Een casus uit de ouderen-bemoeizorg gezien vanuit de presentiebenadering

Emmie van Esveld, SPV in de ambulante ouderenzorg van De Grote Rivieren.

In dit artikel komen een drietal onderwerpen die mij raken samen. Het eerste onderwerp betreft de bemoeizorg in de ouderenzorg. In 2001 kwam ik vanuit mijn werk binnen de ouderenzorg in aanraking met Grijs Genoegen, een onderdeel van het Leger des Heils, waaraan ik consultatie en ondersteuning ging geven. Bij Grijs Genoegen verleent men zorg aan thuiswonende, geïsoleerde en verwaarloosde ouderen. Het is een bemoeizorg project. De benadering van de medewerkers van Grijs Genoegen omvat het actief aanbieden van hulp in de eigen leefomgeving van de cliënten, waarbij hun positieve krachten centraal staan. De medewerkers beogen een integrale aanpak van de problemen. Zij nemen de aanpak van al dan niet acute, praktische problemen als startpunt (Bransen e.a., 2003). De medewerkers bieden naar eigen zeggen vooral emotionele steun en een luisterend oor. Ik raakte enthousiast over de werkwijze van Grijs Genoegen, omdat ik merkte dat de medewerkers er vaak in slaagden op een ontspannen manier contact te maken met deze moeilijke doelgroep door goed in te voegen bij het leven van de oudere. Het tweede onderwerp betreft de presentiebenadering. Naar mijn idee heeft de presentiebenadering veel overeenkomsten met de werkwijze van Grijs Genoegen. Na bestudering van literatuur (Koekkoek, 2004) en op basis van eigen ervaring, concludeerde ik dat SPV-en over het algemeen weinig methodisch te werk gaan. SPV-en zijn in staat om de problematiek van de cliënt in een maatschappelijke context te plaatsen en zij nemen dit mee in de behandeling maar er is geen eenduidige manier van werken. Hierdoor is het moeilijk te bepalen wat er wel of niet goed werkt in een behandeling en is het teveel afhankelijk van de individuele SPV zelf.

Een methodiek geeft de mogelijkheid tot reflectie op het handelen. Dit is het derde onderwerp. De presentiebenadering kan uitstekend reflectiemiddel toegepast worden, men kan naderhand evalueren in hoeverre de presentiebenadering aan het ontstaan van een hulpverleningsrelatie bijgedragen heeft, tevens geeft het mogelijkheden om de zorg tijdig bij te sturen. In dit artikel bespreek ik een casus aan de hand van de presentiebenadering.

De 80-jarige mevrouw Klein woonde samen met haar verstandelijk gehandicapte dochter Marijke (56) op de eerste etage van een woning in de binnenstad. Moeder en dochter leefden geïsoleerd. De casus werd bij ons aangemeld door een ouderenadviseur. Zij hield zich bezig met praktische en juridische zaken. Behalve de huisarts en deze ouderenadviseur waren er geen contacten met anderen, ook niet met familieleden. De curator van Marijke hield zich alleen bezig met haar financiële belangen. Er was verder geen contact. Mevrouw Klein was van Duitse afkomst en is vlak na de oorlog in Nederland komen wonen nadat ze met een Nederlandse man trouwde. Mevrouw Klein vertelde mij dat zij veel geld meegenomen had waarmee zij en haar man een aantal panden kochten en winkels startten. Vervolgens zou haar schoonfamilie door bedrog en oneerlijkheid veel geld hebben ingepikt. Vanaf dan volgt een lang, warrig verhaal over notarissen en advocaten, die allemaal oneerlijk gehandeld zouden hebben. Het resultaat was dat de zaak niet werd opgelost en mevrouw Klein de notarissen en advocaten als tegenstanders ging zien die ook in het complot zaten. De zaken waar mevrouw Klein over praatte, waren al jaren verjaard en er was geen notaris of advocaat meer die haar wilde helpen, mede door de manier waarop ze zich opstelde.

Het geld was belangrijk omdat zij hier een doel mee had. Ze voelde dat ze ouder werd en het werd noodzakelijk om de zorg rondom haar dochter Marijke te regelen, voor het geval dat haar iets zou overkomen of als zij zou komen te overlijden. Mevrouw Klein had het idee dat haar dochter in het huis kon blijven wonen en dat de nodige zorg kon worden ingekocht als er maar genoeg geld was. Want ze was er vast van overtuigd dat het voor haar dochter onmogelijk was het huis te verlaten. Haar dochter kon steeds slechter lopen en kon panisch reageren als er veranderingen plaats vonden. Mevrouw Klein was zo geobsedeerd van dit alles, dat zij geen oog meer had voor andere dingen. Het lukte haar ook niet meer om praktische zaken te regelen. Zo zat ze bijvoorbeeld zonder centrale verwarming. Tevens zorgde zij niet meer voor haar eigen gezondheid.

De eerste keer dat ik hen bezocht was ik samen met de ouderenadviseur. Ik stelde me aan hen voor als collega van de ouderenzorg maar dit bleek niet nodig. Mevrouw deed obsessief haar verhaal, ze wilde dat haar zaken werden geregeld en had hierdoor geen belangstelling voor anderen. Gelukkig viel ik in de smaak en ik mocht nog een keer langskomen. Toen ik die eerste keer de trap op kwam, hoorde ik een aantal harde kreten. Ik kon deze kreten niet thuis brengen, maar ze bleken later van de dochter afkomstig te zijn. In het gesprek dat mevrouw Klein voerde, zij was eigenlijk alleen maar aan het woord, slaakte dochter Marijke er steeds harde kreten doorheen. Hoe fanatieker mevrouw Klein aan het praten was, hoe harder Marijke er door heen ging roepen, waarbij Marijke krampachtig aan de arm van haar moeder hing. De inhoud van het gesprek daar gelaten, was dit beeld erg indrukwekkend. De inhoud van het gesprek ging over de zaak, over een explosie (hiermee bedoelde zij een ruzie die in het verleden in het gezin had plaatsgevonden), over het geld, over al het onrecht dat haar schoonfamilie hen aandeed en van de notarissen en advocaten. Hoewel ik het verhaal later nog vaak aanhoorde, bleef het voor mij ondoordringelijk.

Ongetwijfeld zijn er in het verleden zaken oneerlijk verlopen maar door alle tegenslag die mevrouw Klein in haar leven heeft ervaren, heeft ze er haar eigen verhaal van gemaakt. Er kan dan ook gesproken worden over een waan die zich heeft uitgekristalliseerd. Er is geen speld tussen te krijgen.

Mevrouw Klein had een tumor in haar nek. Hieraan was zij een aantal jaren geleden geopereerd. De tumor was echter terug gekomen. Het heeft lang geduurd voor we mevrouw Klein hebben kunnen overhalen zich nogmaals te laten opereren. De belangrijkste reden om niet behandeld te willen worden, was dat zij Marijke niet alleen kon laten. Marijke zou dan opgenomen moeten worden op een afdeling binnen de verstandelijk gehandicaptenzorg. Gedurende de vorige behandeling was Marijke wel opgenomen geweest en zij kwam toen verslechterd thuis, met meer gedragsproblemen. Het gedrag van Marijke was haar vaak teveel, waarschijnlijk in combinatie met haar verslechterde lichamelijke toestand en de voor haar uitzichtloze situatie met betrekking tot de waanstoornis. Er is particuliere thuiszorg in huis gekomen omdat mevrouw Klein van mening was dat Marijke niet uit huis kon. Tijdens het regelen van deze praktische zaken bleef het beeld ongewijzigd. Een dochter die vele kreten slaakte en een mevrouw die alleen maar met een waterval van woorden mij wilde overtuigen van al het onrecht in haar leven en van het feit dat dit juridisch aangevochten moest worden. De uiteindelijke behandeling van de tumor had een aantal voordelen. Na de ziekenhuisopname werd thuiszorg geïndiceerd omdat mevrouw Klein verzwakt was, tevens stond zij open voor begeleiding door Syndion, een instelling voor zorg voor verstandelijk gehandicapten, voor haar dochter. En er kwam een mantelzorger via de Nederlandse Patiënten Vereniging voor het vervoer naar het ziekenhuis. Maar mevrouw Klein bleef haar financiële strijd voortzetten door er over te praten en iedereen die bij haar thuis kwam probeerde zij over te halen om haar te helpen. Zij had een vaste overtuiging hoe te handelen en was hier heel dwingend in. Daarnaast was dit niet reëel en onmogelijk uit te voeren waardoor er niets van de grond kwam.

Het netwerk was uitgebreid en er werden goede afspraken gemaakt over de samenwerking en signalering van gevaren betreffende het welzijn van zowel mevrouw Klein als haar dochter. Mevrouw Klein selecteerde hierbij wel de personen waarmee zij het liefst van doen had, dat wil zeggen dat er een aantal personen letterlijk de toegang werd geweigerd. Bij Syndion maakte men zich echter in toenemende mate zorgen om Marijke. Ondanks de goedbedoelde zorg van haar moeder, had Marijke zich niet goed ontwikkeld. Moeder had haar altijd klein gehouden. Zo liep zij bijna niet meer, werd gevoerd en betutteld, terwijl zij waarschijnlijk tot veel meer in staat zou zijn. Mevrouw Klein bleef echter aan haar idee vasthouden dat Marijke niet naar buiten kon en dat zij nooit ergens anders zou kunnen wonen dan in de huidige woning. Zij wilde het kapitaal waar ze zoveel strijd om maakte, gebruiken om het huis zo in te richten dat Marijke hier verzorgd zou kunnen blijven wonen.

Presentiebenadering

De laatste tijd is er veel aandacht voor de presentiebenadering. In veel tijdschriften en op symposia wordt de benadering genoemd. Wat houdt deze benadering nu precies in?

De presentiebenadering houdt in dat de hulpverlening present of aanwezig is voor de cliënt. Baart (2001) noemt het ook wel 'het met en voor mensen er zijn'. Dit blijkt voor mensen uit alle culturen betekenisvol te zijn, waarschijnlijk omdat mensen dan het idee hebben er niet alleen voor te staan. In de presentiebenadering wordt iemand gezien (in de zin van opgemerkt), hij ontvangt bevestiging en doet er toe. Iemand wordt geholpen zijn waardigheid te vinden en te herstellen.

Goedbeschouwd is de presentietheorie even eenvoudig als diepzinnig (Kal, 2002). Baart (2001) noemt twee belangrijke tegenstellingen in het tegemoet treden van cliënten.

- Presentie staat tegenover op afstand staan. Veel hulpverleners verlenen hulp op een bureaucratische manier, ze staan op afstand van de cliënt. De presentiebenadering is een leefwereldbenadering, waarbinnen de afstand tussen professional en cliënt wordt overbrugd.
- Er is een onderscheid tussen een presentiebenadering en een interventiebenadering. In de interventiebenadering wordt getracht zoveel mogelijk probleemoplossend te werken (gericht op actie binnen bepaald tijdspectief), echter veel problemen van de doelgroep laten zich niet zomaar oplossen en zeker niet op een snelle of gemakkelijke manier. In de presentiebenadering wordt gekeken hoe troost kan worden geboden en hoe kan worden omgegaan met onomkeerbaar lijden (gericht op relatie, activiteiten en tijdspectief zijn ondergeschikt hieraan). De presentietheorie van Baart wordt opgevat als een onderzoek naar een alternatieve vorm van professionaliteit.

Daarnaast noemt Baart de benadering niet specialistisch maar generalistisch. Het gaat er volgens de auteur om dat de hulpverlener zichzelf als persoon inzet. De hulpverlener zet zich in om deel te nemen aan alledaagsheid, het gaat vooral om het doen van gewone dingen zoals koffie drinken, mee-eten, voetbal kijken, meegaan naar de sociale dienst, trouw elke dinsdag even langskomen. Het doen van gewone dingen geeft verbondenheid maar is vooral een teken van menselijkheid. Volgens Baart staat deze inzet haaks op het werk wat veel professionals doen. Zij blijven uit het leven van alledag, vaak is hun werken alleen gericht op het oplossen van het probleem of op behandelen van de stoornis. In literatuur over de presentiebenadering komt steeds terug dat de benadering vooral is bedoeld voor de kwetsbare groep mensen in de samenleving. Al jaren zijn begrippen als casemanagement, zorgcoördinatie en bemoeizorg belangrijke onderdelen in het werkveld van de OGGZ. In 2001 is er vanuit de Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (RMO) het advies 'Kwetsbaar in het kwadraat krachtige steun aan kwetsbare mensen' geschreven. Hierin komt nogmaals duidelijk naar voren dat de groep kwetsbare mensen de hulpverlening niet kan bereiken omdat zij de competenties missen om goede hulp te vragen bij de instanties van onze verzorgingsstaat. De groep kwetsbare mensen is een heel diverse groep, naast de dak- en thuislozen, verslaafden en (ex)psychiatrische patiënten, wordt in dit rapport de groep ouderen genoemd die ongewild in een dreigend isolement leeft (of kan geraken). De groep kwetsbare mensen wordt in het advies op de volgende manier getypeerd: 'Mensen die op verschillende terreinen ernstige problemen ondervinden, bijvoorbeeld wonen, dagbesteding, contacten, psychische en fysieke gesteldheid en om redenen samenhangend met de ernst en complexiteit van die problematiek geen gebruik kunnen, mogen, durven of willen maken van voorzieningen die bedoeld zijn om een of meer van deze problemen te verlichten' (RMO, 2001, pag. 58).

Waar de presentiebenadering naar mijn idee geschikt voor is, is de benadering van de problemen die onomkeerbaar zijn. Baart laat in zijn onderzoek zien hoe onze samenleving gericht is op maakbaarheid en genezing. Psychisch lijden zou te genezen zijn met therapie en medicijnen. Hoe meer echter de samenleving gericht is op het 'kunnen', hoe schrijnender datgene wordt ervaren wat we niet kunnen. Juist in de ouderenpsychiatrie is er sprake van problematiek die niet te keren is, zoals lichamelijke en psychische achteruitgang. De zorgwekkende zorgmijdende ouderen zijn hierin nog kwetsbaarder.

Troost door de presentiebenadering lijkt hierdoor meer op zijn plaats dan het oplossen van de problemen.

De casus vanuit de presentiebenadering

De methodiek van de presentiebenadering is als volgt samen te vatten: het aangaan van het contact met een zorgwekkende zorgmijder volgens een bewust ingezette benaderingswijze met als doel een hulpverleningsrelatie tot stand te brengen. Methodische kenmerken van de presentiebenadering zijn volgens Baart de volgende:

1. Beweging, plaats, tijd. De beweging is naar de ander toe in plaats van omgekeerd, de hulpverlener is ongehaast, beweegt vrij in het leefmilieu van betrokkenen en is gemakkelijk bereikbaar. De bezoeken zijn afgestemd op het ritme van leven van de ander. De opgebouwde relaties zijn veelal langdurig.

Ik maakte de beweging naar haar toe, Ik nam het initiatief voor het contact en hield rekening met afspraken met de tijden waarop zij klaar was met de zorg voor zichzelf en haar dochter, de etentijden en de rusttijden en de specifieke wensen die mevrouw Klein had.

2. Openheid, domeinoverschrijding en een brede inzetbaarheid. De hulpverlener is er onvoorwaardelijk, de aandacht hoeft niet verdiend te worden. Vaak werkt een presentiebeoefenaar op organische wijze met grote eenheden. Dit betekent dat deze werkt met families, straatbewoners en/of verhaalvertakkingen en hun zaken, verhalen en sociale structuren zoals ze zich voordoen.

Ik was op zoek naar hoe ik me voor mevrouw Klein kon inzetten. Dit was echter een moeilijk punt, mevrouw Klein wilde het liefst dat ik me mengde in allerlei juridische procedures, hetgeen onmogelijk was aangezien die voortkwamen uit haar waanideeën. Ik probeerde wel op andere manieren haar tot steun te zijn. Mogelijk hielp in ieder geval een luisterend oor. Hoewel ik soms het idee had dat mevrouw Klein wel steeds uit haar dagelijkse doen werd gehaald als ze haar verhaal vertelde. Door mijn bezoeken bewerkstelligde ik dit. Ik probeerde haar verhaal te respecteren en er zonder te oordelen naar te luisteren. Dit was soms moeilijk omdat ik merkte dat ik haar op andere gedachten wilde brengen. Zij was echter zo overtuigd van haar gelijk, dat ik de ervaring kreeg dat dit niet mogelijk was, ik liet haar dus enige tijd haar verhaal doen.

3. Aansluiting. Er wordt aangesloten bij de leefwereld en levensloop van de ander. Voorop staat daarbij het vinden van een meer tevreden verhouding tot het leven. Er worden geen zware hulpverlenende gesprekken gevoerd, maar wel trekken hulpverlener en betrokkene met elkaar op, op een veelal hartelijke en informele manier. Hierbij is trouw zeer belangrijk. Er zijn voor iemand en respect tonen lijkt een minimale activiteit, maar kan het vertrouwen teruggeven waar die totaal verdwenen was.

Ik probeerde aansluiting te vinden bij de leefwereld en levensloop. Dit was echter moeilijk, haar leefwereld en levensloop omvatten voor het belangrijkste deel al het onrecht dat haar was aangedaan. Ze deed hierbij voortdurend een beroep op mij om haar te helpen waar dit niet mogelijk was. Ik probeerde andere onderwerpen aan te kaarten die ook met haar leven te maken hadden, soms lukte het even om hier een ontspannen praatje over te hebben. Mevrouw Klein kwam echter al snel terug op haar eigen 'oude' verhaal.

Op die momenten gaf ik aan dat ik haar niet kon helpen maar dat ik graag bij haar wilde komen om er voor haar te zijn. Zij zei dan dat ze niets aan mijn bezoeken had. Ik verplaatste me wel samen met haar in haar zorgen over de toekomst, hoe het verder met haar en Marijke moest, welke ideeën ze hierover had, zonder haar op andere gedachten te willen brengen.

4. Afstemming en openheid. Vooraf liggen de doelen niet vast, de benadering is open en de hulpverlener is flexibel, makkelijk benaderbaar, maar wel duidelijk over wie hij is en welke verantwoordelijkheden hij heeft.

Vaak vond ik de situatie zo schrijnend dat ik het liefst wilde ingrijpen, in deze casus leek het erop dat we aan het wachten waren op een moment dat we konden ingrijpen. Tot dat moment was er sprake van een doelrichting: door mijn bezoeken probeerde ik een band te onderhouden met mevrouw Klein en probeerde ik haar tot steun te zijn door er voor haar te zijn. Daarnaast hield ik een vinger aan de pols want mogelijk kon er gevaar ontstaan. Over het algemeen was het zo dat mevrouw Klein de structuur van mijn bezoek bepaalde door haar verhaal steeds maar weer te vertellen.

5. Betekenis. De benadering blijkt betekenisvol voor mensen die maatschappelijk uitgestoten en als sociaal overbodig worden gezien. Hulpverleners proberen juist hen, zonder daarbij onderscheid te maken, te vinden, te versterken en op te nemen in een sociaal systeem.

Ik heb steeds contact met mevrouw Klein gehad waaruit ik concludeerde dat ze mijn bezoeken op de een of andere manier op prijs stelde. Hier kom ik later nog op terug.

Stand van zaken in de casus

Er is voortdurend contact geweest met de verschillende netwerkleden, vooral om met elkaar te beoordelen of de situatie nog verantwoord was. Mevrouw Klein was niet op de hoogte van dit contact omdat we dan waarschijnlijk niet meer welkom waren. Vanuit Syndion is op een moment contact gezocht met de curator van Marijke omdat de medewerkers van mening waren dat Marijke steeds slechtere zorg kreeg van haar moeder. Zij maakten zich steeds meer zorgen over haar gezondheid. Ondanks vele pogingen, was het niet mogelijk om dit met moeder te bespreken. Hierna is door medewerkers van Syndion, samen met de curator en de huisarts actie ondernomen om de dochter uit huis te plaatsen naar een geschikte woonvorm. Toen deze was gevonden hebben wij met elkaar een plan gemaakt om de uithuisplaatsing zo goed mogelijk te laten verlopen. Met Marijke gaat het goed binnen de woonvorm waar ze nu woont. Met mevrouw Klein verliep het heel anders. Na de uithuisplaatsing van Marijke, werd zij opgenomen met een In Bewaring Stelling (IBS) op onze ouderenafdeling. Gedurende de uithuisplaatsing werd onze crisisdienst ingeschakeld. Mevrouw Klein maakte zo'n wanhopige indruk dat de crisisdienst het niet vertrouwde haar alleen achter te laten. De IBS werd echter niet bekrachtigd. In die tijd heb ik steeds contact met haar gehouden en heb haar waar mogelijk gesteund. Ondanks het feit dat mevrouw Klein wist dat ik bij dezelfde instantie werkte als de instantie waardoor zij werd opgenomen, heeft ze me altijd toegelaten, vermoedelijk vanwege onze persoonlijke band. Voor haar was er een belangrijke nieuwe strijd bijgekomen, het terughalen van haar dochter naar huis! Het onrecht dat haar was aangedaan, moest worden aangevochten. Ook nu kon ik niet anders dan naar haar luisteren, hoewel ze natuurlijk aan mij vroeg of ik er voor kon zorgen dat haar dochter terug kon komen.

Ik heb weleens gedacht dat mevrouw Klein de strijd nodig had om te overleven en dat we ons pas echt zorgen over haar zouden moeten maken als ze niet meer zou strijden. Dit bleek ook het geval. In oktober heb ik mevrouw Klein begeleid bij een bezoek aan haar dochter, hierna heeft ze zich erbij neergelegd dat Marijke in een woonvorm van de verstandelijk gehandicapten zorg woont. Drie dagen later werd mevrouw Klein opgenomen in het ziekenhuis, het was haar allemaal teveel geworden. Gelukkig knapte ze snel weer op en..... hierna heb ik nog een lange tijd goed contact met haar gehad en nog lang geluisterd naar haar verhalen..

Tot slot

Het aangaan van het contact met een zorgwekkende zorgmijder volgens een bewust ingezette benaderingswijze, met als doel een hulpverleningsrelatie tot stand te brengen wordt gespiegeld aan de presentiebenadering. Wanneer een hulpverleningsrelatie moet worden opgebouwd met een zorgwekkende zorgmijder, staat vooral het belang van het leggen van contact (relatie) centraal. Men krijgt met de presentiebenadering instrumenten in handen om de anderen onvoorwaardelijk te nemen zoals zij zijn. De normen en waarden van de ander dienen leidend te zijn in het contact. Door de methodiek goed eigen te maken, wordt het toepassen van de presentiebenadering iets eigens in de manier van werken. De hulpverlener gebruikt zichzelf als instrument naar de (kwetsbare) cliënt. Methodisch werken vergroot de mogelijkheden tot analyse op de geboden zorg via multidisciplinaire teambesprekingen, intervisies en ethische reflectie. Op deze wijze krijgt men de mogelijkheid om de zorg tijdig bij te sturen. De casus van mevrouw Klein heb ik gereflecteerd aan de presentiebenadering. Ik wil uitdrukkelijk stellen dat hulpverlening meer is dan alleen een relatie aangaan. Rekening houdend met de dimensie tijd dienen ook doelen gesteld te worden. Ik heb echter niets kunnen doen aan de directe hulpvragen van mevrouw Klein. Sterker nog, we hebben uiteindelijk tegen haar wil moeten ingrijpen via uit huis plaatsen van de dochter en het aanvragen van een In Bewaringstelling Stelling voor haar. Toch is mijn aanwezigheid, mijn presentie en het feit dat zij de regie had in ons contact, belangrijk geweest voor het in stand houden van onze relatie.

(In verband met privacy heb ik de namen van moeder en dochter in de casus veranderd.)

Literatuurlijst

- Baart A. (2001). *Een theorie van presentie*. 2e herziene druk. Lemma BV, Utrecht.
- Bransen, E. e.a. (2003) *Zorg voor de eigen leefomgeving voor mensen in de marge*, Passage, 12e jaargang nr.4
- Esveld. E.W. van (2006), *Via presentie in contact met zorgwekkende zorgmijdende ouderen*, afstudeeropdracht opleiding MGZ-GGZ, Avans hoge school.
- Heijst A. van. *De zorgsector voegt leed toe*, de volkskrant 1 april 2006.
- Kal, D. (2002), *Radicale aansluiting, over presentiebenadering en de geestelijke gezondheidszorg*, Actioma, 's Hertogenbosch.
- Koekoek, B. (2004), *Steun vanaf een wankele basis Over het werk van sociaal psychiatrisch verpleegkundigen op een ambulante behandelafdeling*, Maandblad Geestelijke volksgezondheid, 59 pag. 214-226.
- RMO (2001), *Kwetsbaar in het kwadraat; krachtige steun aan kwetsbare mensen*, VWS, RMO-advies 16, Den Haag.