

Een reflectieve casestudie over het omgaan met psychotische cliënten

‘Ik ben niet gek hoor!’

In de praktijk van de ggz komt het nogal eens voor: verpleegkundigen die handelingsverlegenheid ervaren, ofwel niet goed weten hoe om te gaan met een bepaalde cliënt. In dit artikel vertelt de auteur hoe ze met behulp van literatuur probeerde haar eigen handelingsverlegenheid in de benadering van een cliënt tijdens een psychose op te lossen. Het artikel leverde haar de Kitty Verbeekprijs 2017 op.

Corine Dekker-Biesheuvel



De heer X. is een zestigjarige Nederlandse man met de diagnose schizofrenie van het paranoïde type. Sinds zijn derde gedwongen opname in het psychiatrisch ziekenhuis woont hij op een beschermd-wonen-afdeling. Hij heeft het daar erg naar zijn zin. Dagbesteding is een vast onderdeel van het aanbod op deze afdeling. Meneer neemt actief deel aan het programma en heeft daarbij een sterke behoefte aan regelmaat. Hij spreekt ook veel over zijn arbeidsverleden.

De heer X. gebruikt de volgende medicijnen: Lormetazepam 2mg 1x dd (rustgevend); Promethazine 25mg (slaapmiddel); Sotalol 80mg (bloeddrukverlager) en 1 x per 4 weken Xepliondepot 150 mg (antipsychoticum).

Hij volgt een programma met psycho-educatie en heeft jaarlijks een consult met de psychiater. Ook wordt hem hersteltraining aangeboden.

De heer X. heeft geen besef van zijn ziekte. Hij heeft regelmatig contact met zijn zus en zwager, maar in psychotische episodes wijst hij het contact met zijn familie af; met name zijn zus is dan onderdeel van zijn waansysteem.

Waandenkbeelden

Samen met mijn collega zit ik op kantoor, het is zondagmorgen tien uur, onze dagdienst is een uur geleden begonnen. De zon schijnt door de ramen. Wij kijken onze mail na als meneer X. binnenstapt. Hij begint direct te vertellen dat hij het zo niet langer vol kan houden, zijn zwager is deze nacht weer geweest en heeft hem middelen toegediend. Hij heeft zijn zwager en zus de hele nacht gehoord, ze zaten boven het plafond. Ik zeg tegen hem: ‘Was de rotzak er weer?’. Tegelijk denk ik: oh, wat zeg ik nou, dit is vast niet professioneel, straks denkt hij dat ik het ook hoor. Meneer doet een stap dicht naar mij toe en herhaalt nog een keer dat hij zijn zwager de hele nacht net boven zijn hoofd heeft gehoord.

Mijn collega zegt tegen hem: ‘Dat kan toch niet, dat is toch de kamer van G.?’ De heer X. wordt boos en zegt het zelf toch beter te weten: hij heeft ze toch gehoord. Hij zegt: ‘Ik ben niet gek hoor. Jullie denken allemaal dat ik gek ben, maar ik ben niet gek hoor’.

Ik vind de situatie lastig: ik praat met meneer mee, mijn collega spreekt hem

tegen. Ik weet niet goed wat ik ermee moet. Ik geef de heer X. zijn medicatie en probeer hem af te leiden door te vragen wat hij vandaag gaat doen. Hij draait op zijn voeten heen en weer en vervolgt zijn verhaal. ‘Mijn zus en zwager wil ik nooit meer zien en mijn neefje ook niet. Ze willen mijn geld hebben, maar dat zal niet gebeuren.’ Ik vraag waarom ze op zijn geld uit zijn. Hij vertelt dat zijn neefje een eigen bedrijfje heeft waar het niet goed mee gaat en dat hij hem al eerder geld heeft gegeven. Dit klopt: de heer X. heeft zijn neef geld geleend, het was een idee van zijn zus en hij deed dit geheel tegen zijn zin. Ik zie dat meneer werkelijk gelooft dat zijn zwager in de nacht is geweest en dat mijn afleidend praatje geen zin heeft. Ik kijk hem aan en glimlach naar hem, hij glimlacht terug en loopt weg. Ik blijf achter met een gevoel van onvrede. Wat is nu een goede reactie op psychotische uitingen?

Hoe te reageren?

Mijn collega's reageren verschillend op de heer X. De ene collega zegt tegen hem dat hij gewoon extra medicatie moet nemen

KITTY VERBEEKPRIJS

Corine Dekker-Biesheuvel won met haar essay *'Ik ben niet gek hoor!'* de Kitty Verbeekprijs 2017. Deze prijs wordt sinds 2007 eens in de twee jaar toegekend aan een (student)verpleegkundige die met een essay anderen weet te interesseren voor het werken in de psychiatrie.

Corine is hbo-verpleegkundige in opleiding bij Hogeschool Rotterdam en werkzaam bij Bavo Europoort. Corine ging vijf jaar geleden in de ggz werken toen ze een vacature zag die haar wel wat leek: 'Ik had totaal geen kaas gegeten van de psychiatrie. Het bleek een goede greep, ik vind het geweldig werk. In 2013 ben ik aan de hbo-v begonnen om mijn kennis te vergroten. Ik blijf graag werkzaam waar ik nu ben, maar misschien zoek ik in de toekomst een combi met thuiszorg of ambulante begeleiding.'

Cecile aan de Stegge, die de prijs uitreikte, lichtte de keuze van de jury toe. 'Haar tekst is rustig van toon; ze claimt geen grote verpleegkundige successen, maar geeft een eerlijk beeld van de onduidelijke werkelijkheid in de psychiatrie. In het verhaal staat haar oprechte wens de cliënt te helpen centraal. Dat zij bij de onthulling van haar identiteit een auteur bleek te zijn die pas op haar

vijfenvertigste voor de psychiatrie gekozen heeft, na een leven met allerlei banen en baantjes in de ouderenzorg en de zorg voor



een eigen gezin, verraste ons niet. De bezonkenheid van haar leeftijd verraadde zich door de tekst heen.'

en dat hij dan niets meer zal horen. De andere collega zegt dat het niet klopt wat meneer hoort en probeert hem te overtuigen van zijn ongelijk. Als student verpleegkunde vind ik dat ik zou moeten weten hoe te reageren, maar ik ben er onzeker over en ik voel me niet prettig over het antwoord dat ik heb gegeven. Ik ben drieënhalve jaar geleden blanco in de psychiatrie gestapt, had nooit eerder met psychiatrische cliënten gewerkt. De afgelopen jaren heb ik steeds gereageerd vanuit mijn gevoel en dat ging tot nog toe meestal goed. Ik krijg vaak te horen dat mensen rustig worden na een gesprek met mij. Ik krijg regelmatig ook te horen dat cliënten het prettig vinden om met

mij in gesprek te gaan. Toch ben ik vaak onzeker over mijn benadering van cliënten. Ik wil graag weten of mijn reactie de juiste is. Wat is de reden van mijn onzekerheid? Heb ik voldoende kennis in huis over psychose? Wat zou helpen om mijn onzekerheid weg te nemen? Is het een kwestie van aanvoelen of van kennis: weten hoe ik mensen met een psychose moet benaderen?

De heer X. ervaart heel veel ziektebelasting, ligt regelmatig wakker door zijn psychotische belevingen. Hij gebruikt medicatie en kan zo nodig extra medicatie innemen, maar wil dat niet. Is er een andere mogelijkheid om de ziektebelasting voor meneer te verlichten? Heb ik wel voldoende

gedaan om te weten te komen wat meneer zelf wil en waarmee hij geholpen zou kunnen zijn? Ik besluit in de literatuur naar antwoorden op mijn vragen te zoeken.

Speurtocht

Bij Van der Werf, Weijers & Manders (2000) lees ik dat er weinig publicaties zijn over concrete richtlijnen voor het handelen bij een psychose, terwijl het gedrag toch vaak problemen oplevert voor hulpverleners in de dagelijkse praktijk. Wanneer ik op Pubmed zoek vind ik vooral artikelen over therapieën die gericht zijn op omgaan met mensen met een psychose of met de familie van psy-

chotische cliënten. Ook zijn er veel artikelen over benaderingswijzen bij een eerste psychose. Maar ik vind ook een aantal artikelen waarin het belang van een therapeutische relatie naar voren komt (Barr, Ormrod & Dudley, 2015, Goldsmith e.a., 2015). Dit sluit aan bij mijn zoektocht naar hoe ik van dag tot dag met meneer X. kan omgaan. Ik lees in deze artikelen dat het, om iemand echt te kunnen helpen, heel belangrijk is om te investeren in een goede relatie en een persoonlijke benadering. Dan vind ik ook een filmpje op Youtube waarin een sociaal psychiatrisch verpleegkundige en herstelcoach uitlegt wat deze relatie in kan houden. Deze verpleegkundige vertelt dat we af moeten van het dogma ‘afstand en nabijheid’: betrokken zijn maar tegelijkertijd distantie in acht nemen. Hij raadt aan niet altijd de professionele afstand te bewaren, maar

die dat over het hoofd ziet wordt in de praktijk nogal eens geconfronteerd met zeer dreigende situaties, meestal aangeduid met de term ‘opgenomen in het waansysteem van de patiënt’.

Bij het speuren in psychiatrieboeken vind ik *Crisishulpverlening* van Brinkman & Van den Berg (2010). Zij beschrijven hierin een aantal casussen waarvan er één specifiek gaat over de benadering van een psychotische cliënt die zomaar de cliënt uit mijn casus zou kunnen zijn. De adviezen die in het boek gegeven worden zijn bruikbaar bij het oplossen van mijn handelingsverlegenheid. De auteurs zeggen dat het vooral belangrijk is om een ingang te vinden in de belevingswereld van de cliënt en op zoek te gaan naar hulpvragen waaraan tegemoet gekomen kan worden, om zo de lijdensdruk te verminderen. Zij raden af om met de cliënt in

zou moeten gebeuren?’, ‘Welke mogelijkheden zie je?’, ‘Wat zou ik voor je kunnen doen?’. Ze raden aan daarbij eventueel keuzes aan te bieden. Laat de cliënt bijvoorbeeld kiezen of hij één of twee slaappillen wil, of hij één of drie gesprekken per week wil, of de gassen in het weekend of juist doordeweeks iets minder gevaarlijk zijn. Er wordt geadviseerd de cliënt zoveel mogelijk de grenzen te laten bepalen. En ook om gebruik te maken van mensen die het vertrouwen van de cliënt hebben.

Heroverweging

Dit onderzoek heeft mijn onzekerheid weggenomen. Ik heb in de geraadpleegde literatuur ontdekt dat het opbouwen van een goede therapeutische relatie van belang is voor mijn cliënt. Het is vooral belangrijk om een ingang te vinden in de belevingswereld van de cliënt en op zoek te gaan naar hulpvragen waaraan tegemoet gekomen kan worden om op die manier de lijdensdruk te verminderen. Persoonlijk geloof ik daarin en ik ga ook graag voor een goede relatie. Ik merk ook dat vertrouwen vaak veel oplevert. Omdat discussie mogelijk afstand creëert tussen hulpverlener en cliënt wil ik daar niet voor kiezen. Het advies om te zoeken naar discrepanties die de cliënt mogelijk aan het twijfelen brengen over zijn waan is misschien een mogelijkheid. Ik vind het namelijk ook belangrijk dat de cliënt zou kunnen beseffen dat het niet waar is wat hij denkt, dat dan de lijdensdruk af zou kunnen nemen en de cliënt door zou kunnen slapen. Door te weinig slaap neemt het risico op decompenseren namelijk toe. Uit onderzoek blijkt echter ook dat mensen in hun waan blijven geloven, wat anderen er ook van zeggen.

‘Ga niet met de cliënt in discussie over de waangedachten’

ook antwoord te durven geven op meer persoonlijke vragen die de cliënt aan de hulpverlener stelt. De erkenning die hiermee gepaard gaat is heel fijn en helpend voor de cliënt. Het is van belang niet alleen vanuit kennis maar ook vanuit het hart te werken. Ook moedigt hij de inzet van ervaringsdeskundigheid aan.

Daarnaast vind ik via www.ggz.academy ook een verslag van een discussie op het internet van een aantal psychologen die een andere mening uiten. Hierin wordt gezegd dat het vooral met paranoïde patiënten een veelgemaakte fout is dat de therapeut een vertrouwensrelatie met de cliënt wil opbouwen. Immers, het gebrek aan vertrouwen in de ander is nou precies de achilleshiel van de cliënt. De therapeut

discussie te gaan over de waangedachten. Wel zou er gesproken kunnen worden over tegenstrijdigheden in de waan, waardoor de cliënt mogelijk aan het twijfelen gebracht kan worden. Brinkman & Van den Berg geven aan dat door discussies over de inhoud van de waan de afstand tussen de cliënt en de hulpverlener alleen maar groter kan worden. De cliënt ziet zijn isolement versterkt en rangschikt de hulpverlener alsnog onder de grote groep ‘onbetrouwbaren’. Zij adviseren om op wanen te reageren met een tweeledige boodschap: aanvaard wat de cliënt zegt, maar maak ook kenbaar dat je het zelf anders ziet. De auteurs stellen dat ook aan paranoïde cliënten vragen kunnen worden gesteld als: ‘Wat vind je dat er



Foto: Fotolia

Daar zou je uit kunnen concluderen dat het geen zin heeft naar discrepanties te zoeken. Toch zou ik het wel willen proberen omdat er misschien een kans is dat het lukt.

Door mijn speurtocht ben ik beter te weten gekomen hoe ik mijn cliënt het beste kan benaderen. Ik wilde vooral bereiken dat zijn ziektelast minder zou worden, maar op de vraag of dit mogelijk is heb ik geen duidelijk antwoord kunnen vinden. De wijze van benadering hoeft namelijk niet altijd rechtstreeks vermindering van de ziektelast tot gevolg te hebben. Wel geloof ik dat door een juiste houding en juiste benadering escalatie kan worden voorkomen. De handvatten

die ik heb gekregen door het literatuuronderzoek maken dat ik me zekerder voel in mijn handelen.

Achteraf bezien en met de kennis die ik heb opgedaan door de literatuurstudie had ik tegen de heer X. willen zeggen dat ik zie hoe hij lijdt en hem dan zijn verhaal laten vertellen. Ook al weet ik dat het niet waar is wat hij zegt, ik zou willen dat hij het gevoel heeft serieus genomen te worden, want voor hem is het waar. ■

Referenties

Barr, K., Ormrod, J., & Dudley, R. (2015). An exploration of what service users value about early intervention in psychosis services.

Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 88(4), 468-480.

Brinkman, F., & Van den Berg, R. (2010). Crisishulpverlening in de praktijk. In *Crisishulpverlening* (pp. 159-223). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Goldsmith, L. P., Lewis, S. W., Dunn, G., & Bentall, R. P. (2015). Psychological treatments for early psychosis can be beneficial or harmful, depending on the therapeutic alliance: an instrumental variable analysis. *Psychological medicine*, 45(11), 2365-2373.

Van der Werf, B., Weijers, R., & Manders, R. (2000). Richtlijnen voor de omgang met mensen met een paranoïde psychose. *Psychopraxis*, 2(4), 73-76.