

# HET PERRON

België-Belgique  
P.B. - P.P.  
8000 BRUGGE 1 - 2  
3/5298

Afgiftekantoor 8000 Brugge 1 - 2e afdeling  
Tweemaandelijks tijdschrift  
22e jaargang nr.6, november-december 2006  
Koning Albert I-laan 8, 8200 Brugge (Afzendadres)  
Erkenningsnummer: P509268



**tijdschrift van het**

**PSYCHIATRISCH ZIEKENHUIS  
ONZE-LIEVE-VROUW BRUGGE**

**en het**

**PSYCHOTHERAPEUTISCH CENTRUM  
RUSTENBURG BRUGGE**

## Colofon

---

**HET PERRON** is het tweemaandelijks tijdschrift van het Psychiatrisch Ziekenhuis Onze-Lieve-Vrouw en het Psychotherapeutisch Centrum Rustenburg. Het is bestemd voor de West-Vlaamse huisartsen en de psychiaters en GGZ-voorzieningen in Vlaanderen.

### Oplage

Het Perron wordt verspreid op 2200 exemplaren

### Redactieraad

Dr. Marc Franchoo, psychiater (hoofdredacteur)

Dr. Chris Bervoets, psychiater

Jacques Dutrie, psycholoog-psychotherapeut

Ludo Goderis, stafmedewerker patiëntenzorg

Marc Simoens, stafmedewerker patiëntenzorg

Ingrid Vandaele, stafmedewerker patiëntenzorg

### Verantwoordelijk uitgever

Zr. M. Kemel, Koning Albert I-laan 8, 8200 Brugge

### Vormgeving en druk

Geert Daelman

### Gedrukt in PZ Onze-Lieve-Vrouw

### Ontwerp omslag

Ludo Goderis

### Technische afwerking

Creatief Werkcentrum PZ Onze-Lieve-Vrouw

### Correspondentie



### PZ Onze-Lieve-Vrouw

Koning Albert I-laan 8

8200 Brugge

info@olv.gzbj.be

www.pzol.vb

tel. 050-30 18 00

fax 050-30 18 01



### PTC Rustenburg

Oude Oostendesteenweg 43

8000 Brugge

rustenburg@rb.gzbj.be

www.ptcrustenburg.be

tel. 050-31 81 65

fax 050-31 08 99

# WAT NA DE CRISIS?

## KORTE OPLOSSINGSGERICHTE INTERVENTIES ALS HULPMIDDEL BIJ DE OPVANG.

*Dr. Gunther Degraeve  
psychiater assistent  
PZ Onze-Lieve-Vrouw*

### **Inleiding**

Elke hulpverlener wordt in de omgang met zijn of haar patiënten geconfronteerd met grote en kleine crisissen. Steunend op de therapeutische relatie kunnen 'kleine' ingrepen vaak al een grote impact hebben op het verdere verloop en de uitkomst van de crisis. Zo is het ontlatende effect van humor algemeen erkend. In dit artikel wordt een praktisch bruikbaar crisismodel voorgesteld met een aanzet voor patiënt-specifieke interventies na het hoogtepunt van de crisis.

### **Crisis!**

Als huisarts wordt je op huisbezoek door de echtgenote aangesproken om 'iets' te doen aan het, volgens hem onbestaande, alcoholprobleem van haar man. In de therapieessie komt een gekende borderline patiënte melden dat ze terug meer aan zelfverwondend gedrag denkt. Als nachtverpleegkundige krijg je telefoon van een gekende schizofrene patiënt die ondanks

medicatierouw nu terug stemmen hoort en een opname vraagt.

### **Het scenario van een crisis**

Een crisis verloopt via een vast patroon (Degraeve e.a. 2006). Vanuit normaal gedrag (fase 0) groeit er een gevaar voor controleverlies (fase 1). Dit gaat gepaard met een vernauwing van het realiteitsbesef. Er is dan een verlies van controle en realiteitsbesef (fase 2) wat resulteert in acting out en een chaotische situatie (fase 3). Daarna komt een periode van ontspanning (fase 4) leidend tot normaal gedrag (fase 0). (Figuur1)

#### Figuur 1: Crisismodel

Fase 0: Normaal gedrag  
Fase 1: Dreigend controleverlies  
Fase 2: Controleverlies  
Fase 3: Acting out  
Fase 4: Ontspanning

De uitlokkende, bijdragende en onderhoudende factoren zijn in elke crisis anders. De duur van de crisis

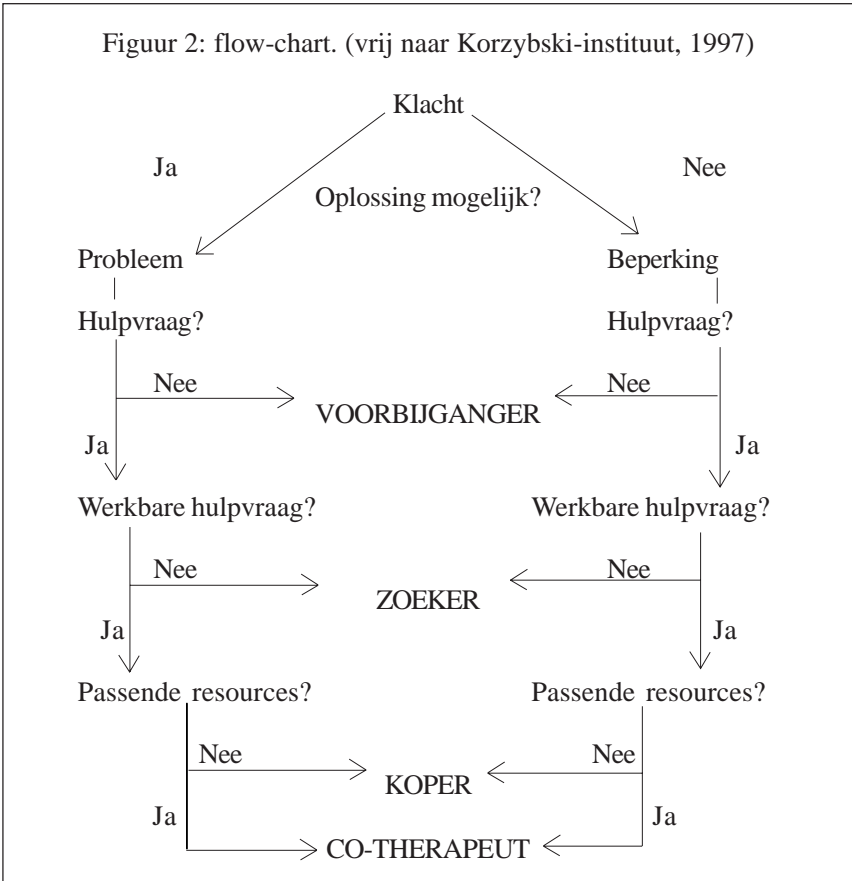
wordt door deze factoren bepaald. Een crisissituatie kan dan ook “gemakkelijk” gecoupeerd worden door, rekening houdend met de fase waarin de crisissituatie zich bevindt, op deze factoren (de context) in te spelen en tegelijk oog te hebben voor de persoon die in crisis is. Dit impliceert interventies gericht op de patiënt op het niveau van de aanwezige psychopathologie (met aandacht voor

gedrag, denken en emoties) gebaseerd op de (therapeutische) band die bestaat met de patiënt.

**Het principe van de flow-chart**

Een eenvoudige manier om de band die met de patiënt bestaat weer te geven, is door gebruik te maken van de flow-chart (Figuur 2). Elk niveau komt overeen met een hulpvraag en doelstelling. (Degraeve e.a., in druk)

Figuur 2: flow-chart. (vrij naar Korzybski-instituut, 1997)



In een vrijblijvende relatie (patiënt erkent het probleem, doch heeft geen hulpvraag) is de doelstelling: de deur open te laten voor toekomstige contacten waaruit dan wel een hulpvraag en een therapeutische relatie kan gevormd worden. Hiervoor is een aanpak met actief respectvol luisteren en gepast complimenteren (het 'joinen' van S. Minuchin en de 'empathische houding' van C. Rodgers) aangewezen. Deze patiënten presenteren zich vaak met een externe motivatie of onder druk van derden. Bij het voorbeeld van de patiënt waarbij de echtgenote de hulpverlener contacteert zal in eerste instantie dergelijke relatie aanwezig zijn.

In een volgend stadium is er sprake van een zoekende relatie (Er is een hulpvraag, doch deze is vaag en niet werkbaar, bijvoorbeeld "Ik drink teveel maar ik kan niet stoppen", "Ik wil terug gelukkig worden"....). Hier is de doelstelling een werkbare hulpvraag met duidelijke doelstellingen te introduceren. Een werkbare hulpvraag is concreet (dit wil zeggen in gedragsmatige termen te omschrijven), klein (of toch in kleinere gemakkelijk uitvoerbare onderdelen op te splitsen door de patiënt), door de patiënt zelf gekozen en niet door de therapeut geïnduceerd en positief (de patiënt wint iets in plaats van iets

te verliezen). Naast het uitwerken van de hulpvraag is het in dit stadium ook belangrijk om de patiënt gepast te complimenteren, hem te feliciteren met de gedane keuzes en uitzonderingen op te sporen met behulp van copingvragen ("Hoe deed je dat?"). Bij het voorbeeld van de borderline patiënte met automutilatiedrang lijkt er sprake van een zoekende relatie.

In een kopende relatie is de patiënt een "Doe-er", hij of zij ziet zichzelf als deel van de oplossing en werkt actief mee maar met wisselend succes. "Ik drink teveel en ik weet wat ik kan doen om te minderen of te stoppen maar ik luk er nog regelmatig niet in." In dit stadium zijn patiënt en therapeut bezig met een 'trial and error' verschillende strategieën en hulpmiddelen te gebruiken. Op dit niveau is het nodig om de uitzonderingen en resources te inventariseren en te gebruiken. Dit kan onder andere via registratieopdrachten en door het opzetten van gedragsexperimenten zoals gebruikelijk binnen de gedragstherapie.

Het laatste stadium is de co-experten relatie. Hier is de hulpvraag ingevuld, weet de patiënt welke efficiënte strategieën zijn en hoe met terugval en tegenslagen moet worden omgegaan: er is stabilisatie maar nog geen volledige consolidatie. Het voorkomen van herval in de vroegere maladaptieve coping of de inadequate

gedrag patronen kan door expliciete lange en korte termijn doelen (andere dan de initiële hulpvraag) te formuleren en het nut van de gedragsverandering te onderstrepen. Het voorbeeld van de recidiverende psychoticus zou hier kunnen passen.

### **Is dit nuttig?**

Deze beknopte aanzet is geen uitgebreide handleiding met concrete verbale en non-verbale maatregelen (zie daarvoor Otte & Van Belle 2006), noch een handleiding voor medicamenteuze interventie (zie Allen e.a. 2003) of een uitgewerkt agressieprotocol (zie Audenaert e.a. 2001) bruikbaar in fases 1 tot en met 3 van het hoger geschetste crisismodel. Wel wordt een kader geschetst waarbij de naweeën van de crisis in goede banen kan geleid worden en de kans op een herval in of terugvoorkomen van de crisis verminderd wordt. Dit kader is een toepassing van principes uit de Korte Oplossingsgerichte Systeemtherapie zoals ontwikkeld door het Korzybski Instituut (Cabié & Isebaert 1997, Le Fevere de Ten Hove 2004). Het is tegelijk de weergave van een meta-model dat (hertaalt) in de meeste psychotherapeutische scholen gebruikt wordt.

## **Auteur**

Gunther Degraeve is arts en psychiater-psychotherapeut in opleiding.

## **Referenties**

Allan M.H., Currier G.W., Hughes D.H., Reyes-Harde M.N., Docherty J.P. (2003) treatment of behavioural emergencies. Expert consensus guideline series. Postgraduate Medicine. McGraw-Hill, New York.

Audenaert K., Meesen D., Jannes C., van Heeringen C. (2001) Voorstel tot een behandelingsprotocol bij agressie in het ziekenhuis. Tijdschrift voor Geneeskunde. 57(23), 1658-1665.

Cabié M-C, Isebaert L. (1997) Pour une thérapie brève. Le libre choix du patient comme éthique en psychothérapie. Erès

Degraeve G., Audenaert K., van Heeringen C. (2006) Agressie op de spoedgevallendienst: risicofactoren en aanbevelingen voor management. Poster gepresenteerd op het GGZ-congres, Brussel

Degraeve G., Heylens G., Audenaert K. (In druk) Complimenteren als basis van de korte oplossingsgerichte therapie. Psychopraxis.

Korzybski-instituut. (1997) Korte therapie – Brugs Model. Niet gepubliceerd.

Le Fevere de Ten Hove M. (2004) Korte therapie. Handleiding bij het ‘Brugse model’ voor psychotherapie met een toepassing op kinderen en jongeren. Garant.

Otte L., Van belle L. (2006) Methodische hulpverlening in crisissituaties. Niet gepubliceerd.



# JONGVOLWASSENEN IN P.T.C. RUSTENBURG: PAVILJOEN 3

## I PAVILJOEN 3

*Dr. Dr. Johan Huybrechts*

*Dr. Marc Franchoo*

*Psychiaters*

*P.T.C. Rustenburg*

—Het ‘Jongerenpaviljoen 3’ in het P.T.C. Rustenburg is een klinische psychiatrische setting voor de behandeling van jongvolwassenen vanaf 18 jaar die zich aanmelden omwille van een psychische problematiek zoals depressie of angst die verband heeft met hun levensfase (de adolescentie als individuatie en separatie van de ouders en de ouderlijke thuis, zorg en zekerheden) en/of een persoonlijkheidsontwikkelingsproblematiek.

Bij het overstappen naar een volwassen positie worden persoonlijkheid en identiteit op de proef gesteld, tezelfdertijd heeft een jongvolwassene afscheid te nemen van de kindertijd, het vroege verhaal met de ouders, en de ouders zelf, en hier een zekere vrede mee te nemen.

In de behandeling ligt de nadruk op ontdekkende psychotherapie in groep. Het doel van de behandeling is om door middel van een psychisch proces mettertijd symptoom en klacht te ontgroeien, en tot een nieuwe eigen positie ten opzichte van interne (psychische) en externe (de wereld, de anderen, de wetten) realiteit te komen.

Dit proces is de psychische groei door mentalisatie, integratie en introspectie, spreken, horen, voelen, herinneren, (onder)vinden, beseffen, (her)denken, proberen en leren; het bewerken van zich herhalende onbewuste inhouden, conflict en drift.

Toename van ego-sterkte, identiteit, evenwicht en het vermogen om eigen keuzes te maken en een

eigen verlangen te ontdekken en te realiseren in de buitenwereld, die (even) wacht, is het doel.

Er wordt een opnameduur van enkele (gem. 3 tot 9) maanden vooropgesteld. De behandeling kan best zo snel als mogelijk (en verantwoord) thuis, op ambulante basis worden verdergezet. Het is met andere woorden niet de bedoeling het therapeutische proces te voleindigen in het paviljoen, wel om dit proces hier op gang te laten komen.

Deze psychotherapie heeft de psychoanalyse als theoretische en praktische basis. Voornaamste referentiepunten na zowat honderd jaar psychoanalytische praktijk zijn fundamentele concepten en werk van S. Freud, M. Klein, D.W. Winnicott, J. Lacan, O. Kernberg, W. Bion en P. Fonagy.

Klinische psychotherapie is een onderneming binnen een behandelmilieu en een meervoudig (psychiatrisch, verpleegkundig, psychotherapeutisch) en duidelijk, structurerend, beveiligend, begrenzend en zorgend kader, en de groep van de medepatiënten. In functie van dit therapeutische milieu en deze kaders werd een multidisciplinair team uitgebouwd onder leiding van de afdelingspsychiater.

Verpleegkundige begeleiding en aanwezigheid zijn de nodige ruggesteun tijdens deze “moeilijke weg”, evenals een gerichte minimale toediening, in onderling overleg, van ondersteunende medicatie indien nodig.

Deze psychotherapie kent haar beloop in groepsverband. Een individuele behandeling is uitzonderlijk, en steeds van beperkte duur en in functie van het hernemen van het psychotherapeutische werk in de groep.

Een opname verloopt in drie etappes: verkennings-, behandelings-, en ontslagfase, en wordt gevolgd door een ambulante nazorg in de eigen woonstreek.

Verkennen is in de groep, in het milieu, op verhaal, en dan geleidelijk in de psychotherapie komen. Het is, na het intakegesprek, ook een tijd waarin het team de indicatie voor een verdere behandeling in deze setting volgens deze methode evalueert.

Ernstige gedragsproblemen, ernstige middelen afhankelijkheid, psychopathie en psychose zijn exclusiecriteria. Structureel onvermogen tot integratie of mentalisatie van onbewust-procedureel of pulsioneel- materiaal, inhoud of conflict eveneens.

In 'volle' behandeling worden na het smeden van banden met groepsgenoten en teamleden en het vinden van de nodige veiligheid, persoonlijke en persoonlijkheids-thema's ontdekt door het 'van-zelf spreken'. Ze worden onder woorden gebracht in plaats van in daden omgezet of herhaald, en verder bevraagd en bewerkt in psychotherapeutische momenten.

Creatieve therapie, muziektherapie en bewegingstherapie maken deze moeilijke stap, van daad (neurose, acting out, passage à l'acte) naar het gesproken woord en hiermee bewustwording, mee mogelijk via beeld, toon, stemming, beweging en spel.

In relatie tot de significante anderen (na de eerste 'anderen', de ouders) komt een individu iets te weten over de eigen positie in de liefde en hoe men zich erin herhaalt, uiteraard ook tijdens de opname zelf. Deze herhaling wordt tijdens de opname niet enkel zoals voorheen vaag aan den lijve ondervonden, ze wordt door het spreken gevonden, en hiermee ook losgemaakt en in vraag gesteld. Het is de aanloop tot verandering en een meer eigen' zelfstandige' en realiteitsgebonden positie, die het verlies, het loslaten van een (kinderlijke) belevings- en

droomwereld inhoudt, maar meer kans biedt aan de ontplooiing van het individu in de werkelijkheid temidden de medemensen, en hiermee aan het vinden van een eigen weg naar 'gelukkig-zijn'.

Gezien de adolescentaire levensfase wordt het contact met de omgeving en het gezin, het huidige of dat van oorsprong, niet veronachtzaamd. Op indicatie van het behandelteam kan een gezinstherapie als aanvullend luik aan de behandeling, worden geopend.

In de ontslagfase wordt afscheid genomen en wordt de herintrede in de buitenwereld (woonst, studie en/of werk, tijdsinvulling, sociaal contact...) voorbereid.

Elke overgang van 'fase' in de behandeling gebeurt naar aanleiding van een evaluatie in team, waarover de patiënt ook wordt ingelicht en hij/ zij ook uitleg krijgt en dialogoog mogelijk en gewenst is.

Het verloop van de behandeling wordt niet enkel in teamverband maar ook tesamen met de patiënt in kwestie geëvalueerd en bewaakt.

Een opname is aldus een passage doorheen een psychiatrisch afgebakend psychotherapeutisch milieu met als doel een menselijke

crisis (nood) dan toch echt tot een crisis (Grieks: verandering) te laten worden, die een (ander) perspectief op de toekomst kan openen. In deze toekomst blijft een individu gekneld tussen een zich opdringende interne en externe realiteit, die echter beter bewust gekend zijn. Doel van deze

passage is het hervinden van levendigheid en echtheid, het ontplooiën van eigen mogelijkheden ook om zich te uiten en zo anderen te ontmoeten, en te verschuiven van een ‘depressieve’ naar een ‘tragische’ positie.

## II

# PAVILJOEN 3.1 EN 3.2, OVER HET SUBTIELE VERSCHIL VAN 2 GELLIJKE OF DE SUBTIELE GELLIKENISSEN VAN 2 VERSCHILLENDE

—In het PTC Rustenburg vormen paviljoen 3.1 en 3.2 ruimtelijk elk een helft van één open schelp. Er is één hoofdverpleegkundige en er zijn twee teams. De twee helften zijn elkaars spiegelbeeld en dan ook weer niet.

Elk team zorgt en behandelt (maar is dat niet vaak een ander woord voor hetzelfde?) 16 personen opgesplitst in twee leefgroepen met eigen eet-, leef- en woonplaatsen. De beide paviljoenen hebben een discreet verschillend therapieprogramma.

Beide paviljoenen verschillen zoals een twee-eiige tweeling.

Over de jaren heen is steeds weer gebleken dat paviljoen 3.1 ‘andere’ jonge mensen behuisde dan paviljoen 3.2. Hoe dat komt ligt niet aan de jongeren maar aan de verschillende identiteit van elk team.

Jarenlang (tot een drietal jaar terug) werd een verschillende “intakefilter” gehanteerd voor de 2 paviljoenen, wat resulteerde in een

verschillende “populatie” en hiermee afdelingscultuur, die uiteraard ook een afspiegeling was en is van de cultuur van het afdelingsteam. Zo bood paviljoen 3.2 pogingen tot antwoord aan jongeren met borderline stoornissen met vaak floriede acting out, en schizoïed-paranoïede positionering terwijl paviljoen 3.1 een publiek had dat een stuk meer opgeschoten is met zijn persoonlijkheidsontwikkeling. Ze werken meer aan de ‘depressieve positie’ en het ‘verwoorden’ ligt eerder dan het ‘doen’ in hun bereik.

De laatste jaren zijn de intakecriteria voor beide paviljoenen gelijkgeschakeld, wat resulteert in een uitvlakking van het verschil in de populatie, doch niet direct van het verschil in de wijze waarop met mensen en hun pathologie wordt omgegaan.

Ongetwijfeld maken de persoonlijkheidsstructuren (zeg maar de persoonlijkheidsstoornissen) van de behandelaars, van psychiater tot therapeut tot verpleegkundige dit subtiele verschil.

De 2 paviljoenen hebben een verschillende geschiedenis, hanteren een verschillend psychoanalytisch denk- en werkkader, en ze hebben verschillen in visie en beleid. Heden trachten beide een (weliswaar

verschillend) antwoord te bieden voor mensen met zowel pre-oedipale (duele) als oedipale (triangulaire) persoonlijkheidsproblematiek, hoewel de oude ‘voorkeur’ (of spiegel) en ‘plooi’ blijven meespelen. Een gezond vermogen tot mentalisatie bij de patiënt en een gezond vermogen tot containment, gesymboliseerde cohesie, en ... psychoanalyse bij het team bepalen of dit particuliere samengaan tussen behandelde, behandelaars en behandeling kan lukken.

Beide tweelingen evolueren doorheen de jaren, ze groeien en functioneren autonoom in elkaars nabijheid binnen de lijnen van ons centrum.

Hun verschillend karakter betekent contrast en is een rijkdom; de een zet de ander aan het denken, en als repèrepunt helpen beide elkaar onderweg.

