

■ PRAKTIJK

Onrustwekkende symptomen van hopeloosheid en zelfdestructie.

Contextuele therapie op de crisisafdeling van een dienst kinder- en jeugdpsychiatrie creëert een helende ruimte

De dienst kinder- en jeugdpsychiatrie van het AZ Nikolaas is operationeel sinds midden 2007. Naast een opnameafdeling voor 20 kinderen en jongeren, is er een polikliniek voor ambulante therapie.

De contextuele benadering staat evenwaardig naast andere theoretische invalshoeken en therapeutische stromingen. Hierdoor ontstaat een holistische visie op de problematieken wat de basis vormt voor de klinische diagnostiek en behandeling.

Dit artikel gaat over een jongere die werd opgenomen op de crisis-unit IKO (intensief kortdurende opname), waar plaats is voor 8 adolescenten.

Bij een crisissituatie kan binnen de week een eerste consultatie vastgelegd worden met iemand van het HAKIT-team (hoogdringende ambulante kortdurende intensieve therapie). Als blijkt dat een opname noodzakelijk is, kan dit, door de korte opnameduur (max. 4 weken) ook meestal binnen afzienbare tijd gerealiseerd worden (soms al dezelfde dag, soms een week tot 2 weken later).

Dienke is 15 jaar en wordt aangemeld voor een dringende opname via haar huisarts omwille van aanhoudende suïcidegedachten en "aanvallen" op school waarbij ze zich opsluit en automutileert (krassen en snijden in haar armen). Na een recente suïcidepoging werd ze gecolloqueerd op een psychiatrische afdeling voor volwassenen, waar ze eigenlijk niet de gepaste zorg krijgt. Het hulpverlenend netwerk van CLB, zorgleerkracht, het comité voor bijzonder jeugdzorg en een privé psychotherapeut delen de zorg en ook de machteloosheid. Na de eerste consultatie volgt een bespreking met het inderhaast samengeroepen team en wordt beslist dat ze de volgende dag kan overkomen.

We kunnen in deze situatie, rekening houdend met alle factoren, vrij snel inspelen op de acute hulpvraag. Tegelijk betekent dit dat we soms van start moeten gaan met behoorlijk weinig informatie en dat de verdere taxatie gebeurt tijdens de opname.

Moeder brengt Dienke binnen. Beiden zien er bedrukt uit. Dienke neemt kort en stil afscheid van moeder, die wenend de afdeling verlaat nadat ze Dienke haar kamer wat ingericht heeft. De wanhoop en grote verslagenheid bij het gezinssysteem en de omringende context is duidelijk voelbaar.

Dienke voelt zich erg onwennig en zou het liefst op haar kamer blijven. De leefgroepleiding stimuleert haar echter om zich in de groep te begeven (waar nog 5 andere jongeren aanwezig zijn op dat moment).

Gedurende de volgende dagen zal ze stilaan haar plaats in de groep verwerven. Dit is eerder aan de zijlijn, toekijkend, afwachtend. Ze neemt weinig initiatief en trekt zich geregeld terug op haar kamer. Ze straalt een grote hulpeloosheid uit en komt tot weinig actie om hierin iets te veranderen. Verder observeren we op de afdeling regressieve en lichamelijke symptomen. We vormen hypotheses over wat die zouden kunnen symboliseren: mutisme (monddood gemaakt? Niet durven/kunnen zeggen?), blijven met krukken lopen ook als ze eigenlijk als op haar pijnlijke enkel mag steunen (niet vooruit geraken? zorg en aandacht willen? Achterop hinken vergeleken met anderen?), zich in een bolletje draaien en onder de dekens kruipen (het niet meer (willen) weten? contact vermijden? zich afschermen van de buitenwereld? zich gekoesterd willen voelen? Geen zorg meer willen geven?), krassen en snijden op haar armen (zichzelf kwalijk nemen dat het niet goed genoeg is?) enz

Als psycholoog/psychotherapeut van de groep bieden we de jongere 1 individueel therapiemoment per week aan.

Ik stel vragen in de gesprekken maar werk voornamelijk met wat de jongere zelf aanbrengt. De korte opnameduur (max. 4 weken) geeft een zekere druk omdat aangevoeld wordt dat de tijd kostbaar is. Dit geeft soms meer ruimte en mandaat om snel door te stoten tot de kern van het probleem. Soms is het echter onmogelijk voor jongeren om een goed contact op te bouwen en iets van zichzelf te tonen. Het voelt te onveilig aan, ze kennen deze manier van werken niet, ze zijn niet verbaal genoeg enz. Andere, meer non-verbale therapieën en observaties door de teamleden vormen een volwaardige aanvulling in het proces.

Dienke lijkt zich onwennig te voelen in het eerste contact. Ik probeer het ijs wat te breken door het kader duidelijk te schetsen: bedoeling van de gesprekken, gedeeld beroepsgeheim in het team, hoe we samenwerken met de buitenwereld en vooral ook dat alles mag maar niets moet gezegd worden. Ik nodig haar uit en geef haar de verantwoordelijkheid het aanbod aan te nemen of niet.

Ik merk dat Dienke aandachtig kijkt en luistert en voel dat ze bereid is het contact met mij aan te gaan. Opvallend is haar mistroostige houding en trieste blik. Ze vertelt echter vlot en beantwoordt gewillig mijn vragen. Toch gelooft ze niet echt in het nut van deze opname en weet ze niet wat ik voor haar kan doen. Een psycholoog die ze vroeger kende had gezegd dat hij niets meer voor haar kon doen dus waarom zou het nu anders zijn?



Ik verken met haar de contouren van haar dagelijkse leven: school, vrienden, vrije tijd, enz. Naderhand vraag ik ook naar haar gezins- en familiale situatie. Onder het vertellen begin ik met het tekenen van een genogram (soms gebruik ik ook duplopopjes) en begin ik gericht vragen te stellen over haar positie in het gezin.

Ik probeer zicht te krijgen op de familie- en eigen levensgeschiedenis, feiten, de verhalen die circuleren, de beleving, de emoties, de relaties en dynamieken. Jongeren hebben doorgaans weinig weerstand om hierover te praten. Een meerzijdig partijdige houding met respect voor ieders positie geeft voldoende veiligheid.

Vader is door een chronische ziekte aan huis gebonden en vertoont ernstige stress- en angstsymptomen die ook gepaard gaan met agressie. Moeder probeert gezin en werk te combineren maar haar draagkracht is op. Heel het gezin staat zwaar onder druk en de drie kinderen reageren elk op hun eigen manier: de oudste zoon is vaak buitenshuis en zoekt wat zijn eigen weg, de jongere zus profileert zich als het vrolijke, zorgeloze kind en Dienke probeert zoveel mogelijk haar moeder te helpen en haar vader te ontzien. Dit vergt veel van haar krachten, té veel.

Jongeren zorgen, vanuit loyaliteit, voor hun omgeving, in de eerste plaats hun ouders. Ik probeer de zorg te ontdekken en hun geparentificeerde rol, met alle bijhorende verdiensten én lasten, bloot te leggen. Het geven zit vaak diep verborgen onder problematisch gedrag en ernstig verstoorde ouder-kindrelaties met veel spanningen en conflicten. Geen wonder dat niemand het gevende aspect nog kan zien. Een geparentificeerd kind zal bovendien, op de vraag “wat is er nodig”, vaker een hulpvraag voor zijn ouders (of andere significante anderen) formuleren dan voor zichzelf.

Op mijn vraag wat ze vindt dat er nodig is of wat er moet veranderen, antwoordt Dienke: “dat mijn vader hulp krijgt, dat mijn moeder minder stress heeft”. Voor zichzelf vraagt ze niets, dat lijkt zinloos, “ik ben toch hopeloos”. De wanhoop sluipt weer binnen.

Voor mij wordt haar rol vrij snel zichtbaar. Ik breng haar investering onder woorden maar moet heel wat moeite doen opdat zij bereid zou zijn om zelfs maar te overwegen dat als een verdienste te zien.

Ik formuleer een hypothese over het symptoom van haar “aanvallen”: het lijkt me dat zij uitgeput geraakt is door zich aan te passen en te geven en dat haar lichaam een signaal geeft door een soort hyperventilatieklacht te ontwikkelen, waardoor ze het gevoel krijgt bijna te ontploffen en weg te moeten lopen. Als een stoompan onder hoge druk. Het automutieren dient om de druk te verminderen, geeft een vreemd soort verluchting.

Ze laat deze hypothese toe en kan dit (h)erkennen bij zichzelf. Ze lijkt niet goed te weten hoe ze zich hierbij moet voelen.

Ik benoem dat een volgende stap inhoudt dat we deze inzichten en hypotheses moeten bespreken met haar ouders en hen aansporen tot erkenning en meer passende zorg voor haar. In eerste instantie roept dit zeer veel angst op bij Dienke. Er lijkt plots een heel klein en bang meisje in de kamer te zitten. Haar schrik voor de consequenties van haar spreken over vaders ziekte, zijn reacties en zijn agressie is massaal. Zelfs in die mate dat ze in het gesprek volledig regresseert, mutistisch wordt en enkel nog via briefjes kan communiceren. Zelfs haar handschrift is anders nu. Ik ben behoorlijk onder de indruk van deze symptomen en slaag er nauwelijks in het gesprek op een voor haar veilige manier af te ronden.

De volgende dagen overleggen we met het team hoe we dit gaan aanpakken en koppelen ons idee terug naar Dienke. Zij is intussen enigszins hersteld na het vorige gesprek en kan instemmen met de volgende stap nl. de ouders uitnodigen.

Moeder, die alleen naar het gesprek komt, schrikt van onze hypothesen en inzichten rond de geparentificeerde rol van haar dochter. Ze wordt erg emotioneel bij het beseft dat Dienkes lijden voortkomt uit haar positie als gevend kind en bij hun falen, als ouders, om dit te zien. Ondanks het verdriet slaagt moeder er toch in het nieuwe inzicht te laten bestaan. Deze erkenning is veel sterker en helender dan de erkenning door een buitenstaander.

Na afloop zien we moeder plots stevig in haar ouderrol gaan staan. Ze neemt Dienke ferm bij de arm en zegt “kom, we gaan nu eerst gezellig iets drinken en dan zien we wel verder, het komt wel goed”. Er straalt plots een grote kracht uit van moeder, wat een groot contrast vormt met haar houding van hopeloosheid en angst die we bij de opname observeerden.

Een contextuele herkadering kan een nieuw perspectief op symptomen bieden. Bij Dienke symboliseren ze o.a. een emotionele blokkade door een ernstige verstoorde balans van geven en ontvangen. Door haar als persoon te plaatsen in haar context wordt de focus weggehaald van het “probleemkind”. Dat biedt letterlijk ruimte, lucht en dus opluchting, herademing. Klachten of symptomen kunnen een (andere) betekenis krijgen. De verantwoordelijkheid voor de zorg in de relaties tussen ouders en kind (zelfs in vorige generaties) wordt gelegd waar hij moet liggen. Dit opent een ander, meer rechtvaardig en billijk perspectief. Het kan een verschuiving geven van schuld en schuldgevoel en ook appelleren op meer passende zorg.

Tegelijk kan deze verruiming confronteren met een harde realiteit: van feiten die onomkeerbaar zijn, relaties die niet meer te herstellen zijn, fases die voorbij zijn en niet meer in te halen zijn. Dit kan veel pijn en verdriet meebrengen. Dienke geeft op verschillende momenten aan dat ze veel te snel groot is moeten worden. Ze voelt zich soms “als een bomma”. Er is verdriet om haar verloren kindertijd. Verdere therapeutische ondersteuning zal aangewezen zijn om dit rouwproces te helpen dragen.

In het verhaal van Dienke werd pijnlijk duidelijk dat als binnen de context niet de passende wederkerige zorg geboden wordt, een gezonde ontwikkeling doorkruist kan worden. Als dit chronisch wordt, kunnen ernstige ontwikkelingsproblemen of -stoornissen ontstaan.

De contextuele interventies creëerden een ander perspectief op de klachten. De nog aanwezige krachten werden zichtbaar en konden aangeboord worden.

Door in dialoog te gaan met de ouders kwam er erkenning voor de last en de kracht van Dienke en ontstaat de mogelijkheid om zich te herpositioneren en op zoek te gaan naar meer passende zorg.

Door de erkenning kan Dienke aanspraak maken op meer vrijheid en autonomie. Hopelijk stelt dat haar in staat om meer gezonde stukken van zichzelf aan te spreken en zich wat losser te maken van het gezin en haar ouders. De destructieve parentificatie bemlemde immers het separatie- en individuatieproces.

Uiteraard kon binnen dit artikel maar een fractie weergegeven worden van het proces dat tijdens deze korte opname werd doorlopen door Dienke en haar gezin. Het proces dat het team gelijk-tijdig doormaakte werd hier niet verder uitgewerkt maar speelde uiteraard ook zijn rol al beïnvloedende factor voor, tijdens en na de behandeling.

Els Seynaeve

Psycholoog/contextueel therapeut
Dienst Kinder-en Jeugdpsychiatrie
AZ Nikolaas, Sint-Niklaas

Voorheen 16 jaar actief in de bijzondere jeugdzorg (Hof Ter Welle Beveren) en een aantal jaren supervisor bij Balans binnen de contextuele hulpverlening en begeleiding.

NIEUW INITIATIEF

Ben jij ook (terug) in Balans?

Op **dinsdag 27 april 2010 van 18u tot 20u** nodigen we je graag uit op onze derde thema-avond!

Voor wie: deelnemers/docenten die nu en in het verleden vorming en opleiding volg(d)en bij Balans, samen met nieuwe geïnteresseerden.

Waar: in Balans/VSPW, Edgard Tinelstraat 92 te 9040 Sint-Amandsberg (zie reiswijzer op website)

Thema: Van chaos- naar kantelteam. Ontwikkelen van innovatieve teams.

Spreeker: Dhr. Geert Stroobant, directeur van 'De Heide', een voorziening voor personen met een handicap en auteur van het boek 'management van verbondenheid-ontwikkelen van teams die werken met boeiende doelgroepen'.

Opzet: hoe een integraal teamontwikkelingsmodel ten dienste kan staan van een concreet veranderingsproces, gedachtenwisseling en ontmoeting.

Prijs: € 5, broodje en drank inbegrepen.

Inschrijving: aanmelden via geert.vanvooren@vspw.be

Documentatie: methodiekartikel tijdschrift voor agogisch werk, nr. 16, november 2009, info-stand in de bibliotheek van de VSPW en uitgebreide info op www.balansgent.be