

De Pitstop

Kliniek de Pitstop is er voor patiënten, van binnen of buiten Altrecht, die elders ambulantly in behandeling zijn en een crisis doormaken. Deze kliniek biedt kortdurende klinische crisisbehandeling, waarna de patiënt meteen weer teruggaat naar de verwijzende behandelaar. Het meest inzichtgevende therapieonderdeel hiervan is Gewoontepatroon. Twee voorbeelden geven een inkijkje.

Door Akke van der Ploeg

De Pitstop is een open opname-afdeling, die een kortdurend en klinisch psychotherapeutisch behandelprogramma in een groep biedt voor volwassenen. Het therapieprogramma bestaat uit non-verbale onderdelen en verbale onderdelen, die patiënten gedurende twee weken doorlopen. Non-verbale therapieën zijn beeldende therapie, psychomotore therapie en tuintherapie. De groep wandelt daarnaast driemaal in de week met verpleegkundigen in de bosrijke omgeving. Verbale therapieën zijn de dagopening en -sluiting, gewoontepatroon, CPAP-groep (aandacht voor het zogenoemde crisispreventie-actieplan), mindfulness, sociotherapie, huiskamerverleg, medicatiespreekuur en psycho-educatie. De doelgroep bestaat uit patiënten die elders ambulantly in behandeling zijn en een crisis doormaken, en vaardigheden tekortkomen om met die crisis om te gaan. Patiënten kunnen binnen of buiten Altrecht en binnen of buiten de regio in behandeling zijn, waarbij de Pitstop tijdelijk een ambulante behandeling intensiveert middels kortdurende klinische crisisbehandeling. Na de crisisbehandeling gaat de regie over de behandeling meteen terug naar de verwijzende ambulante behandelaar. Motto van de Pitstop is: 'crisis is een kans'. In plaats van suïcidaal en destructief gedrag te beheersen, is behandeling op de Pitstop erop gericht het gedrag te onderzoeken en te begrijpen, en de gereedschapskist aan crisisvaardig-

heden en adequate coping uit te breiden. Onder coping verstaan we het volledige patroon van denken, voelen en doen waarmee iemand gewend is te reageren op stressvolle prikkels. We onderzoeken in de groepstherapieën de functie achter de coping en helpen zoeken naar adequatere coping.

Op de Pitstop wordt een sterke nadruk gelegd op behoud en versterking van de autonomie van de patiënt. Dat is een van de voornaamste redenen dat de Pitstop in het weekend gesloten is: patiënten hebben zelf en thuis te oefenen met nieuwe coping. Indicaties wat betreft de doelgroep zijn niet stoornisspecifiek, dus we zien uiteenlopende problematiek, met name persoonlijkheidsstoornissen, (chronische) PTSS, DIS, angst- en stemmingsklachten en ontwikkelingsstoornissen. Contra-indicaties voor de Pitstop hangen samen met ontbrekende bereidheid of onvermogen om klachten en coping in het contact in te kunnen brengen. Denk aan psychotische of manische ontregeling of een verslaving op de voorgrond.

Doel groepstherapie

Als een patiënt bij de Pitstop aangemeld wordt, is het algemene behandeldoel meer zicht en grip te krijgen op de eigen crisis en coping. De behandeling start met een intake, die gedaan wordt door een gz-psycholoog, AIOS of psychiater. Bij de intake worden er tussen patiënt en intaker concrete, persoonlijke doelen bedacht, die als iemands rode draad door alle groepstherapieën zal lopen. De doelen moeten concreet en haalbaar zijn, rekening houdend met de korte duur van de behandeling. De persoonlijke opnamedoelen hangen samen met iemands copingpatroon,

dat een crisis heeft doen ontstaan of in stand houdt. De actuele coping wordt in de intake dan ook zorgvuldig uitgevraagd, zodat opnamedoelen gebaseerd worden op wat de patiënt wel en niet kan helpen om disfunctionele patronen te doorbreken. Op de Pitstop, juist in de groep, kan een begin gemaakt worden met het doorbreken van vertrouwde coping, zodat de patiënt ervaart dat angsten niet uitkomen of bewust ervaart wat daadwerkelijk wel en niet helpt om met emoties om te gaan. Denk hierbij aan

Elke zondagavond start de helft van de groep en keert de andere helft terug van weekendverlof

opnamedoelen die gericht zijn op tegengesteld handelen: tegen de angst voor afwijzing of afkeur oefenen met zich in contact uitspreken. Of aan een doel als onderzoeken wat helpt om gedoseerd te kunnen voelen wat er is, tegengesteld aan gevoelsvermijding en daarmee onderdrukte emoties opstapelen. Soms zijn opnamedoelen minder specifiek, zoals een crisispreventie-actieplan (CPAP) starten om meer zicht en grip te krijgen op hoe spanning oploopt. Er wordt gestimuleerd om tijdens de opname alvast te oefenen met alternatieve coping, die vanuit de groep aangereikt wordt. Soms is de kracht van de groep en winst van de behandeling alleen al, dat iemand zich niet gek voelt, of minder eenzaam: 'Ik ben niet de enige die hiermee worstelt!'

De therapiegroep heeft een grootte van

maximaal twaalf personen en is een deels open groep. Elke zondagavond starten de opnames op de Pitstop, waarbij de helft van de groep hun eerste opnameweek start en de andere helft terugkeert van weekendverlof en hun tweede opnameweek start. Een groepstherapie is steunend, inzichtgevend en structurerend en kan soms openlegendend zijn. Dit laatste bijvoorbeeld bij het onderdeel Gewoontepatroon. Door de intensiteit van het therapieprogramma en door het feit dat therapie klinisch en in de groep plaatsvindt, zijn de patiënten snel zichtbaar met hun coping; vermijding is door deze therapievorm immers vaak niet makkelijk vol te houden. Ondanks (of misschien juist door) de korte duur van de behandeling en de snelle wisselingen in de groep, worden groepsrollen en rolpatronen ook redelijk snel zichtbaar. En wat zichtbaar is in de groep, probeert de groepstherapeut te koppelen aan iemands persoonlijke opnamedoelen, middels transparant spiegelen bijvoorbeeld. Het kan in de groep expliciet gaan over groepsrollen en groepsnormen die op dat moment heersen. De groepstherapie die volgens patiënten vaak het meeste inzicht in patronen en coping geeft, is Gewoontepatroon, een therapie-onderdeel dat elementen uit de cognitieve gedragstherapie, Mentalization Based Therapy en de schematherapie gebruikt.

Gewoontepatroon

Het therapie-onderdeel Gewoontepatroon staat driemaal per week in het groepsprogramma gepland en wordt geleid door de gz-psycholoog of psychiater. Een op dat moment dienstdoende verpleegkundige

is telkens de co-therapeut. Alle patiënten worden aan het begin van hun opname op een van de drie momenten van Gewoontepatroon ingedeeld en de lijst met deze planning hangt op het mededelingenbord in de wandelgang van de afdeling, zodat elke patiënt zelf in de gaten kan houden wanneer hij of zij aan de beurt is.

De patiënt die centraal staat, hoeft slechts één onderwerp voor te bereiden; er moet een recente situatie of een momentopname worden teruggehaald, waarvan hij of zij achteraf denkt: 'toen stapte ik weer in mijn vertrouwde valkuil van omgaan met een trigger of mijn emoties'. In de groepsessie laat de therapeut de hele groep meedenken en vragen stellen en durven spiegelen wat qua gedrag zichtbaar is in de groep, zodat we met de hele groep hardop onderzoekend op de ingebrachte situatie van deze patiënt inzoomen en de situatie ontrafelen. Wat gebeurde er feitelijk (gebeurtenis)? Wat waren de automatische associaties en interpretaties van de situatie (gedachten)? Wat voelde de patiënt qua emoties en lichamelijke signalen (gevoel)? Wat was de reactie (tegenmaatregelen)? Hoe helpt of beschermt de coping de betreffende patiënt en welke averechtse gevolgen kan deze coping tegelijk hebben (gevolgen)? De therapeut schrijft op een flap-over deze ontrafeling mee.

Er wordt bij Gewoontepatroon met de groep het meest ingezoomd op de reactie op een situatie (die we op de Pitstop tegenmaatregelen noemen), die op de flap-over wordt onderverdeeld in denken en doen. Onder doen wordt daadwerkelijk gedrag beschreven; onder denken krijgen we een achterliggend inkijkje welke overwegingen er ondertussen door het hoofd spoken, waar iemand wel of

niet naar handelt. Elke reactie heeft een functie, wordt door de therapeut uitgelegd, en elke functie heeft weer een ontstaansgeschiedenis, waardoor coping logisch te begrijpen is. Welke functies heeft de coping van deze persoon? Soms komen we er in de groep aan toe om iets meer over de ontstaansgeschiedenis te horen. Soms is de groep of de persoon die centraal staat hier echter te kwetsbaar voor. De therapeut peilt bij Gewoontepatroon ter plekke de groepsdynamiek om een afweging te maken: ontregelt het teveel of helpt het, als we iets meer ontstaansgeschiedenis bij het patroon betrekken?

Tot slot wordt er in de groep meegedacht over alternatieve coping: wat zou de patiënt zoal kunnen helpen om het patroon te doorbreken? De flappen waarop het Gewoontepatroon staan uitgewerkt, worden meegegeven aan de patiënt die centraal staat. Zodat nieuwe inzichten, vanuit de groep aangereikte alternatieven en wat aan de patiënt gespiegeld is, in de rest van het therapieprogramma terug kunnen komen.

De verantwoordelijkheid om er daadwerkelijk iets mee te doen, laten we uitdrukkelijk bij de patiënt

Zo kunnen geboden alternatieven verwerkt worden in iemands crisispreventie-actieplan: wat helpt persoonlijk en concreet om met oplopende spanningen om te gaan? En wat tijdens Gewoontepatroon gezien en transparant gespiegeld is, wordt voor de rest van

de groep zichtbaarder in andere therapieën, zodat betreffende patiënt door de groep vaker stilgezet kan worden bij vertrouwde neigingen en ter plekke stilgezet kan worden bij de mogelijkheid om helpende reacties uit te proberen. Vaak snappen we door het uitgebreide inkijkje in iemands gewoontepatroon beter waarom het inzetten van nieuwe coping zo lastig is voor de patiënt. Therapeuten en groepsleden kunnen de patiënt dan ook helpen herinneren aan wat als patroon besproken is. Maar de verantwoordelijkheid om daadwerkelijk iets met een Gewoontepatroon te doen, laten we op de Pitstop uitdrukkelijk bij de patiënt.

Woedende lading

Arend, 55 jaar, had een jeugd met forse affectieve verwaarlozing en lichamelijke mishandeling, en daarnaast ingeprente normen, bijvoorbeeld dat een man geen kwetsbaarheid mag tonen. Als Arend angst of verdriet voelt, vreest hij dan ook meteen de afkeurende of afwijzende aanvallen en straf die hij van vroeger gewend is. Om dat gevaar af te wenden, stuwt hij razendsnel zijn kwetsbare spanning op tot woedende lading. Waar hij eigenlijk steun of troost nodig heeft, reageert zijn omgeving met angst en afstand op deze boze lading. Op korte termijn werkt dit stuwen van boosheid beschermend: kwetsbare emoties worden voor de ander verstopt en Arend gedraagt zich machtig in plaats van – in zijn eigen ogen – zwak, waar anderen vervolgens angstig op reageren of voor vluchten, waarmee het risico op straf of een aanval wordt afgewend. Herkenbaar voor de groepstherapeute en de patiëntengroep,

want dit zagen we ook tijdens zijn eerste opnamedagen op de Pitstop gebeuren. Als Arend in de groep zijn gewoontepatroon inbrengt, gebeurt dit ter plekke in de groep; als we stilstaan bij zijn verdriet, raakt hij vanuit het niets plotseling voelbaar boos geladen, maakt hij dreigend, starend oogcontact met de groepstherapeute en knijpt hij krachtig de stressbal bijna stuk. Hierop reageert de hele groep gespannen en zelfs angstig in de therapieruimte: de een lijkt ver-weg-starend te dissociëren, de ander beweegt onrustig op de stoel en kijkt schichtig van therapeute naar patiënt, weer een ander maakt zich alvast wat groter voor wat komen gaat. Maar Arend zelf bemerkt dit niet, hij heeft geen enkele afstemming met de groep. De groepstherapeute zet hem daarop op directieve wijze stil. Hij wordt gewezen op zijn eigen houding en gedrag van dit moment: kijk, voel. Hij wordt ook gewezen op dit moment van keuzevrijheid: hij zou ervoor kunnen kiezen om ter plekke zijn vertrouwde patroon te doorbreken, en daarmee te durven ervaren wat hiervan het effect is op zijn binnenwereld en op de mensen om hem heen. De groepstherapeute stelt ondertussen de groep gerust: als Arend dit niet lukt, dan wordt hem verzocht de ruimte tijdelijk te verlaten om elders af te koelen, zodat de groep zich weer veilig kan voelen. Gelukkig laat Arend het wel toe om stilgezet te worden in het stuwen van de boosheid, met onmiddellijk effect: de boze lading zakt, hij zoekt voorzichtig peilend oogcontact en verbinding om zich heen en de angst van zijn groepsleden zakt zichtbaar. Arend deelt in de groep iets over zijn kwetsbaarheid en hoe hij nooit heeft geleerd, dat dit er mag zijn. Dan ontstaat er in de groep ruimte voor (wederzijds) begrip

en meeleven en steun. Een contrast met wat hij gewend is, namelijk dat anderen vertrekken of uit zijn buurt blijven, of hem straffen en afkeuren zoals in zijn kindertijd gebeurde.

Aan het einde van het inbrengen van zijn gewoontepatroon krijgt hij vanuit de groep meerdere alternatieven aangereikt om met zijn emoties en spanning om te gaan. Arend onderzoekt tijdens de rest van de opname welke signalen van spanning en emoties hij bij zichzelf bemerkt en welke signalen zijn omgeving opmerkt. De signalen en helpende acties die hij onderzoekend verzamelt tijdens Gewoontepatroon, verwerkt hij in een zogenoemd crisispreventie-actieplan (CPAP). En in de groep blijft hij tijdens de rest van de opname oefenen om de focus op kwetsbare emoties te leggen en hoe deze adequaat te kunnen uiten. Ook oefent hij hoe hij meer in de afstemming met anderen kan blijven.

Arend concludeert bij ontslag dankbaar dat hij veel geleerd heeft en welkome (herstel) ervaringen op heeft gedaan. Door de hele groep wordt hij gecompimenteerd met de welkome rust, oprechte openheid en afstemming waarmee hij zijn klinische crisisbehandeling afrondt. Zijn boze lading bleef de rest van opname weg.

Afgesplitst

Beate, 22 jaar oud, is twee uitersten gewend qua coping: of uitdrukkelijk niet stilstaan, altijd maar doorgaan, vaak met een brede, oninvoelbaar verbloemende glimlach, of na lange tijd overspoeld raken door de opgespaarde emoties, zo heftig dat ze zich er geen andere raad mee weet dan te willen stoppen met leven. Beate is het ook gewend

om een zeer afgesplitst leven te lijden: haar psychiatrische behandelingen en klachten en destructieve coping houdt zij rigoureus gescheiden van haar partner, werk, opleiding en vriendschappen. De knop gaat

Haar suïcidale plannen zijn het laatste restje controle dat ze nog voelt over haar emoties en over haar leven

als het ware om: op de ene plek loochent ze haar gezonde sociale leven en werkleven en op de andere plek loochent ze al haar kwetsbaarheden en lijdensdruk, zodat de twee werelden gescheiden van elkaar blijven. Er heerst veel ambivalentie rondom het bij elkaar willen brengen van deze twee werelden, alsook ambivalentie rondom openheid bieden en verbinding durven maken met haar binnenwereld. Maar haar therapie kan daar nauwelijks over gaan, omdat forse en acute suïcidaliteit op de voorgrond blijft staan. Beate doet regelmatig (soms ernstige) suïcidepogingen, waarop acute opnames volgen op open en gesloten afdelingen. Tijdens reguliere opnames nemen haar regressieve tendensen toe. Om meer eigen verantwoordelijkheid te leren voelen en pakken rondom haar suïcidaliteit en om haar autonomie te vergroten, wordt ze naar de Pitstop verwezen. Tijdens Gewoontepatroon onderzoeken we de functie achter haar suïcidaliteit. Met het doorgaan, dus niet stilstaan, ervaart ze controle en zo is ze anderen niet tot last, vertelt Beate na doorvragen. Als ze na lang

onderdrukken van haar emoties overspoeld raakt, ervaart ze echter controleverlies en heeft haar omgeving door haar plotselinge en acute suïcidaliteit juist veel zorg om haar. Haar affectvermijding heeft dan ook een averechts effect, oppert de groepstherapeute. Dat herkent Beate wel. En haar suïcidale uitlatingen hebben nog een functie, blijkt bij het ontrafelen van haar coping. Vanuit de Pitstop willen we graag blijven meevoelen en steunen en samen met haar onderzoeken wat ze in het hier-en-nu nodig heeft om met alles wat ze voelt en denkt om te gaan. Aan de ene kant voelt ze oprechtheid in ons inleven en voelt het openhartige, onderzoekende contact erover heel welkom, net als de optie van steun kunnen vragen en krijgen. Aan de andere kant vertelt Beate ook eerlijk dat het zinloos voelt wat behandelaars of groepsleden proberen, omdat ze zich dan dwangmatig bijna nog vaster zet in een suicideplan. Haar suïcidale plannen en gestes zijn het laatste restje controle dat ze nog voelt over haar emoties, en ook over haar leven. Ze durft nauwelijks die controle te laten vieren, want ze is bang dat zodra ze iets van gevoel toelaat, er geen rem meer is en ze overspoeld raakt. En als ze overspoeld raakt door haar emoties, is er juist een grotere kans dat ze impulsieve acties als een suïcidepoging doet. Een complexe spiraal, waarin ze niet alleen zichzelf, maar ook haar behandelaars klem zet. Alternatieven die tijdens Gewoontepatroon aangereikt worden, richten zich op een middengebied tussen haar beide copingstrategieën. Zoals hoe (met hulp) te oefenen met gedoseerd voelen wat er is en daarmee kunnen ervaren dat overspoeld raken kan uitblijven. En oefenen met zich uitspreken

over wat ze denkt en voelt en waar ze zoal in geraakt wordt. Manieren verzamelen en uitproberen om emoties (structureel, dus niet pas als reactie op een crisis) kwijt te raken in plaats van op te sparen. Hoe eigen en autonome ruimte in te mogen nemen door het over haar binnenwereld te laten gaan, zodat ze begrepen wordt, in plaats van de complexe dynamiek en strijd rondom controle en autonomie door haar forse suïcidaliteit als bliksemafleider of dwangmatige focus. En als ze voelt, omdat ze emoties tijdiger toelaat: hoe er dan helpend mee om te gaan? Met alle aangeboden alternatieven zou ze op de Pitstop een start kunnen maken. Dus we gunnen haar, dat ze in ons therapieprogramma weet te blijven aanhaken en de geboden alternatieven aanneemt. Gezien haar hardnekkige ambivalentie is er echter een reële kans dat dit haar niet lukt. Wat we bij haar dan ook blijven benadrukken om de autonomie bij Beate zelf te laten en haar vertrouwde

De groepsdynamiek wisselt snel, veel en onvoorspelbaar

gevoel van falen en mislukken te verminderen: als het vandaag of in de eerste week of tijdens deze opname niet lukt, dan blijft ze van harte welkom om het later nog eens te proberen.

Reflectie

De groepsdynamiek op de Pitstop wisselt snel, veel en onvoorspelbaar. De behandel-

duur is kort, de doorstroom aan groepsgenoten is snel, de variëteit aan klachten en coping van de doelgroep is breed, de persoonlijkheidsproblematiek vaak complex en over het algemeen zijn patiënten prikkelgevoelig en dus snel ontregeld doordat ze in crisis zijn als ze binnenkomen. Zo'n groepsdynamiek vraagt van het multidisciplinaire behandelteam een nauwe samenwerking, met dagelijks meerdere overdrachtsmomenten en reflectie op het eigen en op elkaars handelen. Maar er is ook humor en lucht nodig, bijvoorbeeld even tijd nemen om van elkaar te horen hoe het gaat. Deze groepsdynamiek vraagt daarnaast van elke groepstherapeut crisisbestendigheid, een zekere flexibiliteit om ter plekke te kunnen blijven intunen op wat als interventie wel en niet helpt. Wat helpt op dat ene moment als bejegening om een inzicht te bieden aan de een, rekening houdend met de dynamiek van de groep? Kun je nu openhartig onderzoeken, de diepgang zoeken of misschien beter extra structuur en holding bieden? Hoe niet teveel verantwoordelijkheid over te nemen van de ander, maar wel hulp aan te reiken? Je moet hierin snel kunnen schakelen. En wat voelbaar is, bij jezelf en de ander, moet je transparant bespreekbaar durven en kunnen maken in het contact met de patiënten. Want alles wat zichtbaar en voelbaar is in de groep of in het team, is bruikbaar materiaal voor de therapieën. En transparantie helpt je omgaan met alle (tegen)overdracht.

Deze intensieve manier van werken met deze doelgroep geeft me over het algemeen energie. We zien patiënten in korte tijd mooie stappen of kernachtige bewegingen maken, waarmee ze in hun ambulante, langer durende behandelproces verder

kunnen komen. Of we zien patiënten waardevolle herstelervaringen opdoen rondom bijvoorbeeld vertrouwen of autonomiegevoel of zich gezien en begrepen voelen. Maar het kost ook energie, en soms verlies ik daardoor aan vitaliteit. Door alert intunen op andermans binnenwereld en steeds zo openstaan voor andermans voelen, is het onvermijdelijk dat je als therapeut ook zelf regelmatig geraakt wordt. En dat constante mee- en doorvoelen te midden van frequente emotionele ontregeling in de groep kost energie. Het blijft voor mij een belangrijk ontwikkelingspunt om ondertussen eigen grenzen, balans met gezinsleven thuis en zelfcompassie te bewaken.

Het kost ook energie omdat we met een relatief klein team een dynamische groep patiënten met complexe problematiek intensieve behandeling bieden onder hoge werkdruk; denk aan een nijpend drukkende wachtlijst en moeten voldoen aan toenemende productie-eisen. Dat is een pittige combinatie, die standaard is, omdat deze intensieve crisisbehandeling altijd door moet gaan.

Persoonlijk voel ik me als een vis in het water op de Pitstop. Ik zou op geen andere werkplek psychotherapie willen geven.

Akke van der Ploeg is gz-psycholoog en werkt bij kliniek de Pitstop van Altrecht.