PINMFz Pakket Interactie met Naasten op Maat Forensische zorg

Een methodiek om de samenwerking met en ondersteuning van naasten van de cliënt in de forensische ggz te bevorderen

iThinks Learning

MIND

Inhoudsopgave

Voorwoord 3

Hoofdstuk 1: Inleiding 4

Hoofdstuk 2: Theoretische achtergrond 9

Hoofdstuk 3: PINMFz, een werkwijze in vijf stappen 18

Bijlagen: Hulpmiddelen en oefeningen 33

Bijlage 1: Topiclijst 34
Bijlage 2: Session Rating Scale (SRS), het evaluatieformulier voor de gesprekken 41
Bijlage 3: Beschrijving van vier typen naasten met doelen voor ondersteuning 42
Bijlage 4: Topiclijst ten bate van de Themamethode 50
Bijlage 5: Het Sociogram 53
Bijlage 6: Oefening rolverandering 55
Bijlage 7: Cirkels territorium 57

Literatuur 58

Voorwoord

De methodiek PINMFz (Pakket Interactie met Naasten op Maat Forensische zorg) is geschreven voor en door hulpverleners in de forensische ggz, die willen werken aan een betere samenwerking met naasten van mensen die forensische zorg ontvangen. Om dat te bewerkstelligen is het belangrijk dat cliënten, naasten en hulpverleners vanuit gelijkwaardigheid samenwerken. Oprechte nieuwsgierigheid en de wil om inzet en begrip naar elkaar te tonen zijn daarbij belangrijke voorwaarden.

Kaders voor de samenwerking worden geboden door het kwaliteitskader Forensische Zorg dat in 2022 van kracht is geworden en door de kwaliteitsstandaard Naasten van Akwa GGZ. In het kwaliteitskader is een duidelijke rol weggelegd voor het sociale netwerk rond de cliënt in de behandeling. De genoemde kwaliteitsstandaard is de richtlijn die in de ggz wordt gebruikt.

Het is belangrijk dat professionals in de zorg zich realiseren dat een naaste van iemand met een psychische aandoening altijd een keuze moet hebben om wel of niet betrokken te zijn bij de behandeling, maar die naaste moet zich wel bewust zijn van die keuze. De meeste naasten zijn zo betrokken bij de patiënt, dat ze niet meer zien dat ze zelf ook ondersteuning nodig kunnen hebben en een keuze hebben. Gevoelens van onmacht of boosheid komen vaak voor, maar daarachter zit vaak veel verdriet. Over het delict dat is gepleegd, maar ook over de impact die het delict heeft op hun eigen leven. Het herkennen en erkennen hiervan in gesprek met de hulpverlener kan een eerste stap zijn voor de naaste om zich bewust te worden van wat het met hén doet, zoals het ervaren van schuld, schaamte, wanhoop en gevoelens van verlies.

De tweede stap is het bieden van ondersteuning aan de naaste zelf. Afhankelijk van de situatie en de behoefte van de naaste kan dit bestaan uit het voeren van een paar gesprekken met de hulpverlener of een collega; een goede verwijzing naar een familie-ervaringsdeskundige en/of naar een naastenorganisatie als MIND Ypsilon, MIND Naasten Centraal, Het Zwarte Gat of Help! Mijn dierbare is verslaafd. Of eventueel naar een meer systeem-therapeutische setting.

De PINMFz is een methodiek voor hulpverleners om naasten te helpen de gevolgen van de psychische aandoening in het eigen leven beter te kunnen dragen. Naast deze reader is er een korte en bondige training voor hulpverleners, om te leren hoe je het beste de PINMFz kunt gebruiken en direct in de praktijk toe kunt passen. Dit ondersteunt het uiteindelijke doel van de behandeling in de forensische zorg: een betere re-integratie in de samenleving en het voorkomen van recidive met behulp van een steunend sociaal netwerk waar een cliënt op terug kan vallen.

Margriet Paalvast
Projectcoördinator MIND

1. Inleiding

Kwaliteitskader Forensische Zorg en de ondersteuning van naasten

De behandeling en begeleiding in de forensische zorg is gericht op recidive-vermindering in combinatie met persoonsgerichte zorg. Bij de forensische zorg gaat het om behandeling en begeleiding van complexe problematiek, waarbij het gedrag voorkomen moet worden wat grote gevolgen kan hebben voor de maatschappij. In het nieuwe kwaliteitskader van de forensische zorg[1] wordt de balans tussen veiligheid en persoonsgerichte zorg uitgewerkt. Aandacht voor zowel de cliënt, de directe naasten en de (zorg)professional is belangrijk voor re-integratie en herstel.

Binnen het nieuwe kwaliteitskader wordt gestreefd naar het hoogst haalbare in het betrekken van naasten, waarbij er respect is voor de wensen van zowel de cliënt als de naasten. De meerwaarde van de aandacht voor de naasten is dat zij gezien kunnen worden als een potentiële beschermende factor die (in)direct kan bijdragen aan maatschappelijk herstel van de cliënt. Betrokkenheid van familie en naasten leidt namelijk tot afname van het risico op een terugval[2,3]. Wanneer cliënt en naasten het beide willen kan de naaste de cliënt praktisch en emotioneel ondersteunen. Wanneer naasten goed op de hoogte zijn van de risicofactoren voor terugval kunnen zij ook bijdragen in het voorkomen daarvan. Ondersteuning van familie of naasten en de aanwezigheid van een pro-sociaal netwerk zijn onder het item Netwerk opgenomen in de Saprof, een instrument dat de aanwezigheid van beschermende factoren voor gewelddadig gedrag beoordeelt.[4]

Goed uitgewerkte interventies of methodieken die de hulpverlener in de forensische zorg kan gebruiken in het contact met naasten ontbreken echter nog. In deze reader wordt een, voor de forensische zorg aangepaste, erkende sggz-interventie genaamd PINM (voorheen PIMM) beschreven. In een door Koers en Kansen gefinancierd project[5] is ervaring opgedaan met de methode en ook hebben de deelnemende professionals belangrijke input geleverd om de PINM door te kunnen ontwikkelen voor de forensische zorg. In de periode 2020-2022 zijn in meerdere teams in de klinisch forensische zorg PINM-trainers opgeleid. Deze PINM-trainers hebben hun collega's getraind in het gebruik van de een forensische PINM met de naam Pakket Interactie met Naasten op Maat. Deze PINMFz kan de professional helpen in de samenwerking en ondersteuning van naasten en zo bijdragen aan de opbouw van een prosociaal netwerk voor de cliënt.

Wie is de naaste?

Veel naasten zijn partner, vader of moeder, broer of zus of een (volwassen) kind. Ook vrienden en kennissen van cliënten behoren volgens de cliënt vaak tot de eigen kring. Veel naasten beschouwen hun onbetaalde steun als vanzelfsprekend, passend binnen de (traditionele) rol die zij vervullen in hun relatie met de cliënt. Familie en directe naasten denken ook vaak dat deze ondersteunende rol van hen verwacht wordt. Gek genoeg zijn deze naasten, ondanks hun

veelal door schade en schande opgedane ervaringskennis in de omgang met de cliënt toch ook een soort 'leek' gebleven. Daarbij kunnen naasten vaak moeilijk op een zakelijke manier met de problematiek van de cliënt omgaan. Dat komt omdat zij 'er middenin' zitten en daarbij is hun relatie met de cliënt gebaseerd op een sociale relatie met de daarmee samenhangende, emotionele band. Betrokken familie en naasten hebben vaak al langere tijd ondersteuning gegeven die qua duur en intensiteit de normale gang van zaken fors overstijgt. Familie en naasten kunnen door hun doen en laten ook bedoeld of onbedoeld het risico op terugval in stand houden. Daarom is het ook in de zorg voor personen met een psychiatrische aandoening die een delict hebben gepleegd belangrijk om vanaf de start van de behandeling zicht te krijgen op die personen die deel uitmaken van het netwerk. Wie zijn er belangrijk voor de cliënt? Wie zijn er tot dan toe betrokken geweest? Zo krijg je een beeld van de mogelijkheden en kansen voor een steunend (pro)sociaal netwerk. Met PINMFz kan je deze naasten ondersteuning bieden door aandacht te hebben voor niet alleen de praktische zaken, maar ook te praten over de emotionele gevolgen voor de naaste. Zo help je het welbevinden te vergroten en draag je bij aan het verbeteren van kwaliteit van de interpersoonlijke relatie van de naaste met de cliënt. Het blijkt juist dat vooral de emotionele gevolgen belastend zijn. Veerkracht en emotionele fitheid zijn echter zeer belangrijk om de steun te kunnen blijven geven. In navolging van de kwaliteitsstandaard naasten[6] wordt in deze reader het woord 'naaste(n)' gebruikt.

Een betrokken naaste helpt

Het betrekken van naasten is voor de cliënt om meerdere redenen belangrijk. Vaak zijn naasten in goede en in slechte tijden een continu vertrouwde persoon voor de cliënt. De naaste is een bron van informatie, omdat die veel weet over de cliënt en over de symptomen en problemen in zijn of haar dagelijks leven. Naasten signaleren vaak eerder dan de cliënt symptomen van ontregeling. Zij hebben vaker 'risicovol gedrag' meegemaakt. Daardoor weten zij, onbewust, veel over vroege signalen en over wat wel of niet helpt bij een op handen zijnde terugval[7 8,9]. Naasten hebben de cliënt vaak bescherming en ondersteuning geboden om zo een crisis te helpen voorkomen. Zo hebben zij in de rol van crisismanager geprobeerd de situatie in goede banen te leiden. Het verkrijgen van deze informatie is dan ook zeer waardevol voor de behandeling. Betrokkenheid van naasten bij de behandeling leidt ook tot betere resultaten van psychologische therapie, farmacologische behandelingen en een betere kwaliteit van leven van cliënten[10,11,12]. Door hun praktische en emotionele steun kunnen naasten een constructieve rol vervullen in het behalen van de behandeldoelen[13,14,15]. Ook in vastgelopen situaties kan het betrekken van naasten een doorbraak betekenen in de behandeling. Kortom, het betrekken en ondersteunen van naasten kan een belangrijke factor zijn in het succes van de behandeling[16.17].

Het ter beschikking stellen van hun kennis en ervaring over (vroege) symptomen van ontregeling aan de hulpverlening is voor de naaste niet altijd gemakkelijk. Soms voelt het als klikken, zeker als de cliënt de naaste de opdracht geeft om niets los te laten. Daarbij hebben naasten niet altijd vertrouwen in de hulpverlening. Zeker als men ziet dat de cliënt ondanks de behandeling nog steeds verkeerde keuzes kan maken. Zonder uitleg over de behandeling is dat ook moeilijk in te schatten voor een naaste, zeker als ook de cliënt deze informatie moeilijk vindt om uit te leggen aan de naaste. Ook het verschil van inzicht tussen de naaste en de professional (over wat goede zorg is voor de cliënt) kan maken dat naasten niet als vanzelf informatie willen prijsgeven aan de hulpverlening.

Met oog op de toekomst

Forensische behandelingen beslaan (doorgaans) slechts een beperkt deel van het leven van de cliënt. Op een dag is de cliënt weer terug in de maatschappij en zal daar in contact zijn met naasten en een netwerk. In de forensische zorg zal het vaker voor kunnen komen dat de naasten meer op afstand zijn (gaan staan). Dat kan zijn omdat zij doel van het delict waren of omdat de cliënt het op eigen kracht wil proberen en/of de naasten niet wil belasten. Naasten kunnen er ook zelf voor kiezen zich af te keren van degene met problemen, bijvoorbeeld in geval van eigen handelingsverlegenheid of door agressie en/of verslavingsproblematiek van de cliënt. De dagelijkse praktijk maakt echter duidelijk dat de cliënt gedurende de levensloop meerdere malen terug zal vallen op naasten. Dan is werken aan de opbouw of het juist instandhouden van een ondersteunend netwerk een van de belangrijkste doelen in de behandeling[6,7,14].

Om informatie te kunnen en willen delen is vertrouwen in de hulpverlening nodig[18]. Dit vertrouwen kan ontstaan door in een vroege fase van de behandeling te starten met het opbouwen van een contact tussen naasten, cliënt en hulpverlener. Natuurlijk kan de naaste daar zelf om vragen, maar in de praktijk ligt het initiatief en de uitnodiging voor een vorm van samenwerking bij de hulpverlening. Deze hulpverlening zal effort willen steken in een voor alle partijen belangrijke open en veilige communicatie. Juist omdat naasten een belangrijke rol kunnen spelen in het herstel van de cliënt hebben zij ondersteuning nodig bij het maken van keuzes over de wijze waarop zij betrokken willen en kunnen zijn en over welke steun zij mogelijk zelf nodig hebben om dit ook te willen en kunnen bieden aan de cliënt.

Samenwerking van cliënt, naaste en hulpverlener

PINMFz werkt vanuit een systemische visie. Binnen deze visie wordt een systeem gezien als een samenhang van mensen en betrekkingen tussen deze mensen. Het systeem functioneert, juist door de onderlinge afhankelijkheid, als geheel. Voorbeelden van een systeem zijn een gezin, een vriendengroep of een groep collega's die hetzelfde werk doen. De kerngedachte van een systeembenadering is dan ook de veronderstelling dat ieder individu een onderdeel is van een groep met wie men altijd in verbinding staat. Het systeem vervult daarbij bepaalde functies die voor alle betrokkenen belangrijk zijn. Binnen een systeem is ieder individu in interactie met de andere individuen binnen het systeem. Door betrekkingen van de leden van het systeem en door het patroon in deze betrekkingen wordt het systeem een verbinding van elementen. Er is dus altijd sprake van wederzijds beïnvloedend gedrag tussen personen in een systeem. Gedrag bestaat in een context en is nooit helemaal te herleiden naar een individuele factor of persoon. De onderlinge relaties zijn het hart van het systeem. Ook als je een psychiatrische aandoening hebt, behoud je een relatie met belangrijke anderen uit het systeem, of het nu positief of negatief is.

Gezien dit gegeven zul je als professional in de forensische zorg ook te maken (willen) hebben met cliënt en leden van zijn of haar, mogelijk verstoorde of overbelaste, netwerk. In de samenwerking met cliënt en naaste zal je naast de aandacht voor de wederkerigheid in de relaties binnen dit netwerk ook aandacht hebben voor de structuur van het netwerk, de omvang, de gevarieerdheid en de onderlinge betrekkingen. Op een dag is de cliënt immers weer terug in de maatschappij en zal daar in contact zijn met naasten en een netwerk.
De diverse onderdelen van PINMFz zullen behulpzaam kunnen zijn in dit proces. Het is immers belangrijk dat naasten leren welke risicofactoren er zijn bij de kwetsbaarheid van de cliënt. Vaak hebben naasten kennis en informatie nodig over de problematiek van de cliënt en over

bijvoorbeeld beschermende factoren en vroege symptomen. Het helpt hen om de cliënt te kunnen ondersteunen en mee te kunnen denken in voorkomen van terugval[6].

Door PINMFz toe te passen help je de naasten om het welbevinden te verbeteren en bied je hen steun bij het leren omgaan met 'situaties' in de interpersoonlijke relatie, waardoor deze zo optimaal mogelijk blijft en naasten zich zo min mogelijk belast voelen. Zo kan betrokkenheid en ondersteuning van naasten bijdragen aan een duurzame terugkeer naar de maatschappij van de cliënt. Het is daarbij ook noodzakelijk dat cliënt en naaste duidelijkheid hebben over wat zij mogen verwachten van de geboden forensische zorg.

Visie, kennis en vaardigheden van professionals

In een eerste onderzoek in Nederland naar de concrete uitvoering van het naastenbeleid in de klinische forensische zorg[5] vertellen professionals dat zij vinden dat zij onvoldoende visie, kennis en vaardigheden hebben om naasten goed bij te staan. Dit vakmanschap is wel nodig om het herstel van cliënten verder te bevorderen, de veiligheid in het contact met het netwerk te vergroten en daarmee de kans op terugval te helpen verminderen binnen en straks buiten de kliniek. Hoeveel naasten aankunnen hangt samen met hun ervaren belasting en met de ruimte die zij ervaren om eigen keuzes te maken in de wijze waarop zij betrokken willen en kunnen zijn. Dus hoe beter zij zijn toegerust, hoe groter hun rol kan zijn bij de behandeling en de beslissing over welke rol zij kunnen en willen spelen in de terugvalpreventie[6,7]. Zo draag je als professional bij aan een persoonsgerichte behandeling voor de cliënt.

PINMFz als methodiek

PINMFz is de forensische variant van een erkende sggz-interventie. De PINMFz bestaat uit meerdere met elkaar samenhangende onderdelen. Zo kun je de inhoud van je contacten aanpassen aan de specifieke context en behoefte van de naaste. Dit soort van methodieken blijken effectiever bij complexe problematiek dan een methode die zich richt op één of een beperkt aantal oorzaken van ervaren belasting [19,20,21,22]. De PINMFz biedt enerzijds houvast en tegelijkertijd is er ruimte voor aanpassing van de onderdelen van de methode aan je eigen stijl, vaardigheden en je zelfvertrouwen daarin. Op basis van de ondersteuningsbehoefte van de naaste kan je steun bieden aan de hand van een of meerdere van de in de PINMFz opgenomen thema's:

1. Veranderingen in de (wederkerigheid) van sociale contacten, waardoor eenzaamheid en isolement optreedt;
2. (extra) spanningen in de relatie met de cliënt en anderen in het sociale netwerk;
3. Veranderingen in de eigen rol;
4. Levend verlies en ervaringen met rouw;
5. Het leren omgaan met het gevoel dat je niet kunt ontsnappen.

Psycho-educatie over de aandoening, over de behandeling en over het omgaan met moeilijk gedrag maakt, samen met praktische informatie, ook deel uit van de methode. Overigens hoef je niet alle onderdelen te gebruiken van deze PINMFz-gereedschapskist.

Het hoofddoel van PINMFz

Het hoofddoel is om de betrokken naaste te leren kennen en samen te beslissen wat er nodig is om te kunnen omgaan met de problematiek waarvoor de naaste zich gesteld ziet. Daardoor verbetert het psychosociaal welbevinden van de naaste en dat helpt bij het optimaliseren van diens relatie met de cliënt. Indirect, met name doordat de naaste de situatie beter het hoofd kan bieden, wordt ook verbetering van welbevinden van cliënt beoogd[21, 23].

De training PINMFz; leren door doen

De PINMFz-training is gericht op ontwikkelen van kennis en vaardigheid in het toepassen. Leren door doen helpt je als professional bij het verder ontwikkelen van je eigen visie op het betrekken van naasten. De methode geeft niet alleen een duidelijk theoretisch kader, maar is ook praktisch goed toepasbaar en gericht op de directe ondersteuning van familieleden en naasten. Door te oefenen met twee naasten van twee verschillende cliënten doe je ervaring op, merk je wat je goed afgaat en waar je hulp bij nodig hebt. Die hulp wordt vervolgens geboden in de volgende bijeenkomst waarin theorie en vaardigheid weer afgewisseld worden. Naast de trainers, beide professionals in de ggz, werken we tijdens de dagdelen ook met een ervaringsdeskundige. Nadat de training is afgerond zijn er twee intervisiebijeenkomsten.

Eerdere ervaringen met PINMFz

PINMFz wordt binnen diverse ggz-instellingen gebruikt en gebruikers zeggen hierover het volgende:

- de training helpt mij omdat ik beter begrijp wat familie en naasten meemaken;
- door de training weet ik nu zeker dat naasten belangrijke steun kunnen bieden ten bate van een delict vrije toekomst van de cliënt
- de training helpt mij omdat ik het contact met familie of naasten aan durf te gaan;
- de training heeft ertoe geleid dat ik ben gaan reflecteren op mijn eigen gedrag en ik durf nieuw gedrag uit te proberen;
- de werkwijze is vernieuwend en geeft mij tools om met cliënt te werken aan een sociaal netwerk;
- als professional ben ik door de werkwijze in staat om gestructureerd en beargumenteerd te werken.

2. Theoretische achtergrond

Wat kan de impact zijn op het dagelijks leven van de naaste?

Kennis over de psychiatrische aandoening en de mogelijke gevolgen van deze aandoening voor het persoonlijke leven van naasten is noodzakelijk om te kunnen begrijpen tegen welke achtergrond het dagelijks leven van de naasten en de cliënt zich afspeelt. Het leren kennen van de leefwereld en de zienswijze van de naaste is gedurende alle gesprekken belangrijk en helpt tevens bij het gaandeweg opbouwen van een vertrouwensrelatie met de naaste.

Gevolgen van de aandoening

Als mensen geconfronteerd worden met een ernstige psychiatrische aandoening van iemand in hun naaste omgeving, stort hun wereld in eerste instantie vaak in[24,25]. Wanneer de aandoening gepaard gaat met verbale of fysieke agressie in het interpersoonlijk contact en leidt tot crimineel gedrag en contacten met justitie, neemt de impact op het welbevinden meestal fors toe. Deze persoon wordt tijdelijk of blijvend een 'vreemde bekende' en dat is heel verwarrend. Meestal hebben incidenten en delicten meer impact op de naasten en op relatie dan de aandoening zelf. Angst voor herhaling, conflicten, mishandeling, kleptomanie, gebruik van drugs of andere middelen, emotionele chantage maken dat relaties kapot kunnen gaan. Naasten van cliënten in de forensische zorg hebben naast gevoelens van grote zorg ook te maken met schaamte, schuldgevoel, onmacht en woede. Het sociaal netwerk van de cliënt kan uiteenvallen door problemen in de interpersoonlijke relaties tussen bijvoorbeeld familieleden onderling. Wanneer sommige naasten afhaken en ook vrienden en kennissen het contact met naasten van cliënt gaan vermijden leidt dit tot eenzaamheid en sociaal isolement. Vervolgens komt ook de naaste in aanraking met de ondoorzichtige organisatie van de forensische zorg. Deze onbekende wereld met eigen strenge regels en gewoonten is overweldigend en ook beangstigend. Niet alle naasten ervaren dat zij opgevangen worden en/of uitleg krijgen over wat er aan de hand is met de cliënt, over wat een juridische maatregel inhoudt en of bijvoorbeeld de kinderen op bezoek mogen komen.
Daarbij weten veel naasten niet wat zij van de behandeling kunnen verwachten. Een behandeling gericht op herstel en voorkomen van terugval is voor naasten vaak moeilijk voor te stellen. Ondertussen kan de cliënt een appel blijven doen op naasten door tijdens bezoek of in app-contact agressief te zijn, achterdocht te laten zien, woedend, arrogant of passief te zijn. Dit gedrag houdt de angst voor terugval in stand.

Uit wetenschappelijk onderzoek blijkt dat stress en ervaren belasting voor deze naasten het meest veroorzaakt worden door één of meer van de volgende factoren:

- gedrag van de cliënt dat door naasten als moeilijk ervaren wordt;
- zorgtaken, waar men zich niet competent in voelt;
- emotionele consequenties.

De beleving van 'moeilijk' gedrag

Veranderingen in gedrag door de psychiatrische aandoening kan zich op meerdere manieren uiten. Bij moeilijk gedrag gaat het om gedrag dat door naasten niet begrepen wordt. Moeilijk gedrag is een belangrijke voorspeller voor overbelasting van de naaste. Er wordt onderscheid gemaakt in twee typen: het passieve gedrag en gedrag dat juist meer in het oog springt. Bij passief gedrag kan het gaan om sociale terugtrekking, apathie, traagheid, hulpeloosheid, hopeloosheid, verminderde cognitie en besluitvorming. Deze uitingen van gedrag worden vaak ervaren als een gebrek aan motivatie of als een teken van niet-coöperatief willen zijn in plaats van een mogelijk gevolg van de psychiatrische aandoening. Bij gedrag dat dat juist onontkoombaar is omdat het meer in het oog springt kan het gaan om gradaties van verbale agitatie, verbale of fysieke agressie, achterdocht, impulsiviteit, je niet kunnen houden aan normen en waarden, hallucinaties en wanen. Deze voorbeelden worden door personen in de nabije omgeving vaak als vreemd, bizar, grensoverschrijdend of beangstigend ervaren. Wanneer, zoals eerder beschreven, er ook sprake is van delinquent gedrag nemen de belasting en emotionele druk enorm toe, wat vervolgens de relatie verder op scherp zou kunnen zetten. Omdat het voor naasten vaak zo groot en ongrijpbaar is kunnen zij het nauwelijks bevatten.

De beleving van zorg en de taken

Cliënten met een psychiatrische aandoening worden vaak in beslag genomen door hun (bijzondere) gedachten waardoor zij minder geïnteresseerd kunnen zijn in contact met andere mensen en zaken die het dagelijks leven aangaan. Naasten voelen zich regelmatig opgeroepen om zorg en taken over te gaan nemen om zo verdere problemen te voorkomen. Het zal dan mogelijk niet altijd gaan om aansporing of hulp bij lichamelijke verzorging, maar wel wordt support gegeven bij opruimen van huizen, het mede bewaken van financiële uitgaven (of rol mentor/bewindvoerder) of het motiveren om behandeling te (blijven) volgen. Naasten ervaren vaak een interne strijd over het wel/niet overnemen van taken en/of verantwoordelijkheden.
In de praktijk koken naasten regelmatig, regelen de financiën en rijden de cliënt naar zijn of haar afspraken. Ook meedenken in de medicatie-inname en medicijnvoorraad komen vaak voor. Zeker als men de vroege symptomen van ontregeling ziet aankomen en bijvoorbeeld agressie, vervuiling, diefstal of schulden toenemen. Zij vervullen ook vaak een maatschappelijke functie. Ze plegen telefoontjes, proberen instanties te vinden en zijn soms mede-coördinator van betrokken partijen.
In alle gevallen kan dit leiden tot pijnlijke confrontaties en conflicten tussen naasten en cliënten. Wanneer zij ook samen in één huis wonen of wanneer cliënt onderdak geboden wordt bij proefverlof wordt het nog moeilijker voor de naaste om zich te kunnen onttrekken aan de het geven van hulp. In geval van proefverlof kan de cliënt ook afhankelijk zijn van de door de naaste geboden mogelijkheid voor proefverlof. Een deel van de naasten heeft, bij proefverlof, te maken met onveiligheid in de eigen woning. Onveiligheid bij proefverlof wordt door naasten nog niet altijd gemeld.

Emotionele consequenties

De emotionele consequenties voor de naasten kunnen heel groot zijn. Naast eenzaamheid, verwarring, woede, schaamte, schuldgevoel, frustratie en verdriet kunnen veel naasten een gevoel van verlies ervaren wanneer een geliefd persoon een psychiatrische aandoening blijkt te hebben. De omgeving begrijpt vaak niet dat de naaste nog betrokken wil blijven. Daardoor kunnen zij zich terugtrekken waardoor op den duur sociale contacten verloren raken. Mede door (zelf)stigma kan de naaste verder geïsoleerd raken. Kinderen die opgroeien met een ouder met psychische problematiek (KOPP) en/of delinquent gedrag ontberen tijdens hun jeugd vaak de liefde en aandacht van deze ouders. De solidariteit tussen deze ouders en kinderen kan daardoor afnemen. Ook dit kan weer aanleiding zijn voor verlies- en rouwgevoelens.
Deze verlieservaringen worden ook wel levend verlies of chronische rouw genoemd[26]. Naasten die levend verlies ervaren ontlenen enerzijds een fijn gevoel en/of vreugde aan de persoon die zij ondersteunen, maar de beperkingen waarmee deze te maken heeft kunnen ook hun eigen leven verregaand beïnvloeden en zijn moeilijk te verdragen. Naasten verliezen niet alleen hun dromen, maar vaak ook een deel van zichzelf: hun werk, hun relatie, de aandacht voor anderen in hun omgeving en hun sociaal leven. Het proces van levend verlies blijkt echter niet alleen pittig en intensief. Het is ook een proces dat kracht, creativiteit, vertrouwen, humor, liefde en levensvreugde kan geven. Veel naasten vinden herkenning en erkenning in het begrip **levend verlies**. Het maakt dat zij hun steeds weer opflakkerende gevoelens van verdriet niet langer als falen ervaren. Professionals herkennen of realiseren zich deze impact op gevoelens vaak niet. Toch is aandacht voor de emotionele gevolgen essentieel. Als de naaste deze gevoelens mag uiten en ondersteuning krijgt bij het hanteren van de gevoelens wordt er perspectief geboden aan de naaste.

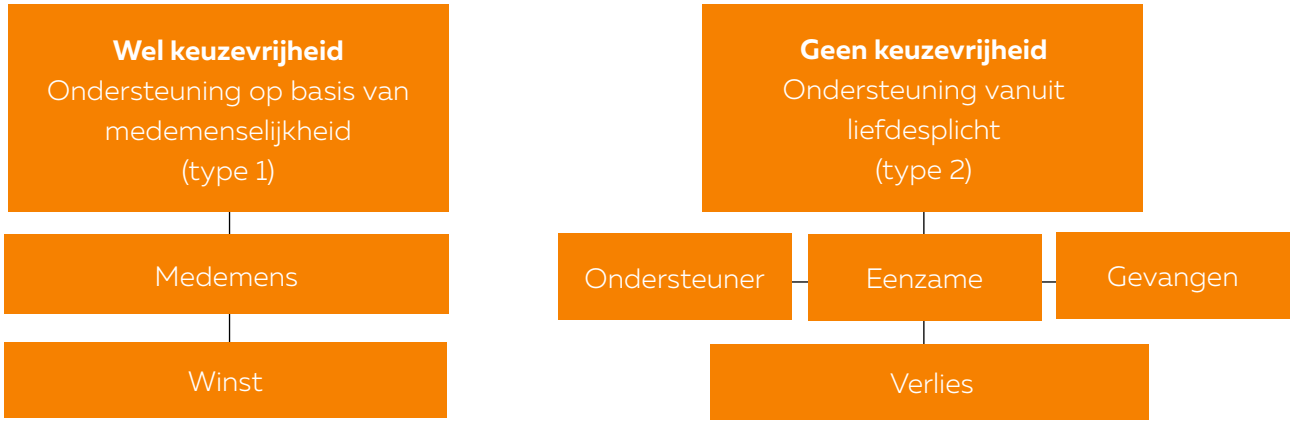
De ervaren vrijheid van keuze om te stoppen met de ondersteuning

Het is een feit dat de ervaren belasting voor iedere naaste verschillend is. Ieder individu ervaart de drie bronnen van stress anders[27]. Hoe groot de ervaren belasting is hangt onder andere af van de mogelijkheid van de naaste om buffers in te zetten. Er zijn twee soorten buffers. Interne buffers zijn bijvoorbeeld een probleemgerichte copingstijl, zelfvertrouwen en persoonlijkheid. Externe buffers zijn kennis, wederkerigheid vanuit de sociale omgeving of eigen activiteiten, zoals bijvoorbeeld werk.
Resultaten uit wetenschappelijk onderzoek laten zien dat 'de vrijheid die de naaste ervaart om te kunnen stoppen met de ondersteuning' het meest bepalend lijkt te zijn voor de mate van ervaren belasting [27]. Dit heeft impact op het psychisch welbevinden en de behoefte aan hulp en steun. De naasten die deze vrijheid om te stoppen wél ervaren (ook al zouden ze het nooit doen) blijven meer ontspannen, voelen zich wel verbonden en niet echt gebonden. Levend verlies is minder aan de orde. Zij die deze vrijheid niet ervaren vormen de risicogroep op overbelasting en een afgenomen welbevinden en ervaren meer problemen in de interpersoonlijke relatie. Deze groep heeft een sterk verhoogd risico op het zelf krijgen van een angststoornis of een depressie. Ook hebben zij meer stressgerelateerde lichamelijke klachten zoals een hoge bloeddruk, hart- en vaatziekten en diabetes [28, 29].

Twee groepen naasten

Voor de naasten die deze keuzevrijheid wel ervaren (type 1 genoemd), is de hulp en ondersteuning een verrijking van de kwaliteit van de relatie met de cliënt en een verhoging van hun eigen psychosociaal welbevinden. Zij ervaren nauwelijks belasting en de praktische en emotionele steun die zij geven is ingepast in hun dagelijks leven. Deze eerste groep naasten wordt regelmatig gezien in de sggz of in de 1e of 0-de lijn. Voor de tweede groep, de betrokken naaste die deze keuzevrijheid niet ervaart (type 2) is het verlenen van ondersteuning een onontkoombare en onvermijdelijke verplichting, die een logisch gevolg is van de onderlinge verbondenheid met degene voor wie zij zorgen. Zij ervaren vaak dat de totale verantwoordelijkheid voor de hulp aan de cliënt in toenemende mate bij hen is komen te liggen. In tegenstelling tot het eerste type hebben zij meer te maken met levend verlies. De twee types zijn weergegeven in onderstaand figuur.

Prototypen naasten



Meer informatie: zie bijlage 3

Type 1: Hulp en steun vanuit medemenselijkheid

Deze naasten hebben een bewuste keuze gemaakt om ondersteuner te worden. Medemenselijkheid is de basis voor de inzet van hun energie en capaciteiten ten bate van de zorg voor de cliënt. Door deze positie is hun lot niet gebonden aan dat van de cliënt. In theorie kunnen zij de zorg weer loslaten. Hun motivatie hangt samen met het feit dat ze geraakt zijn door de situatie waar de cliënt zich in bevindt. Hun benadering is respectvol en met empathie proberen zij de taken die zij afgesproken hebben na te komen. Zij accepteren de situatie zoals die zich voordoet. Hun wens is iets te betekenen voor deze medemens met een psychiatrische aandoening. Ondanks het feit dat de zorg een behoorlijk beslag legt op hun tijd, blijven zij in staat om hun grenzen goed te bewaken. Ze hebben een balans gevonden tussen het geven van de hulp en het eigen leven. Deze naasten zijn vaak breed geïnteresseerd en vinden het leuk en leerzaam om een bijdrage te leveren. Met hun organisatietalent en het feit dat zij vaak een eigen netwerk (meestal de eigen partner) hebben die hen steunt in de activiteiten, voorkomen zij een te hoog ervaren belasting. Kortom, voor hen is er sprake van winst. De gegeven hulp en het contact met de cliënt geeft zingeving in het eigen leven en vaak krijgt men complimenten, waardering en bevestiging van anderen uit de omgeving of vriendenkring. Zij hebben in tegenstelling tot type 2 geen verwachtingen ten aanzien van de inhoud van de relatie en de wederkerigheid. Zij ervaren dan ook geen verdriet, rouw of een veranderd toekomstbeeld.

Type 2: hulp en steun vanuit liefdesplicht
De tweede groep naasten ervaart geen keuzevrijheid om te stoppen met de ondersteuning. Zij zijn veelal op basis van de relatie hulp en steun gaan verlenen. In tegenstelling tot de eerste groep naasten hebben ze er niet voor gekozen. Het is hen overkomen. Het dagelijks leven van deze naasten staat in het teken van de zorg en ondersteuning voor de cliënt. Zij lopen het risico zodanig opgeslorpt te worden door alle gevolgen van de aandoening dat zij minder goed in staat zijn om hulp voor zichzelf te vragen. Vanuit een groot verantwoordelijkheidsgevoel voor de persoon voor wie zij zorgen blijven zij betrokken. Mede omdat zij ervaren dat de cliënt ook afhankelijk van familie en naasten is geworden. Het komt regelmatig voor dat, op de lange duur, anderen uit de naasten- of vriendenkring afhaken. De naaste loopt dan het risico om geïsoleerd te raken.

Casus: De dochter van meneer Y

Meneer Y, gescheiden man met twee volwassen kinderen en nu opgenomen met een manie. Uit eerder persoonlijkheidsonderzoek is gebleken dat de persoonlijkheid van meneer als antisociaal getypeerd kan worden. Er is sprake van oplichting, veel verkeersboetes en toen de huurbaas hem uit huis wilde zetten heeft meneer tikken uitgedeeld. In gesprek met dochter blijkt dat zij de rol van moeder heeft overgenomen. Vader doet een groot appel op dochter. Daarbij is dochter bang dat vader door de schulden en gebrek aan een woning mogelijk t.z.t. bij haar zal komen wonen. Verder is zij al jaren bezig om zijn financiën te regelen. Het is haar nog niet gelukt om een bewindvoerder te regelen, omdat vader wel inkomen heeft en dreigend wordt als ze erover begint. Haar loyaliteit naar vader is groot maar voelt ook als afgedwongen. Nu vader in forensische zorg behandeld wordt heeft zij meer rust.
Meneer wil het contact met dochter niet verliezen en gaat akkoord met ondersteuning van dochter. De PINMFz-ondersteuning helpt haar om haar verhaal te kunnen vertellen aan een professional zonder oordeel. In de gesprekken vertelt zij over het altijd aanwezige appel van vader, over haar verdriet over de feiten, schuldgevoel, schaamte en rolverwarring, de impact op haar eigen gezin en over het geen grenzen kunnen stellen. Ze vertelt grenzeloos KOPP te zijn. Tijdens de gesprekken krijgt ze zicht op wat er eigenlijk gebeurt, kan ze verdrietig zijn, plannen maken over hoe ze verder wil en is er gesprek en uitleg over KOPP-zijn. Ze oefent ze met territorium en grenzen stellen. Door gesprek met haar eigen netwerk krijgt ze o.a. van haar partner meer steun en voelt ze zich sterker.

De ernst van de gevolgen voor type 2-naasten verschilt. Sommigen kunnen het geven van steun aanvaarden als iets wat op hun pad is gekomen en waarvan ze de gevolgen leren dragen. Je zou hen type 2a kunnen noemen. Zij hebben de ondersteuning ingepast in het leven en een (kwetsbaar) evenwicht gevonden. Er zijn vaak reële verwachtingen. Ook ervaren zij in de interpersoonlijke relatie vaak meer saamhorigheid door interpreteren van wederkerigheid. Er is behoud van autonomie en reflectie op hun relatie en de interactie met de cliënt. Humor helpt bij het houden van hoop.

Anderen binnen deze type-2 groep kunnen de situatie niet accepteren: type 2b. Het leven van cliënt en van het naaste is zodanig verstrengeld geraakt dat de naaste zich niet meer kan onttrekken aan het, in hun ogen, constante appel van de cliënt. De dagelijkse gang van zaken en hun gedachten worden daardoor vaker gedomineerd door de gevolgen van de aandoening. De aandoening raakt alle niveaus van interactie tussen naasten en cliënt en andere personen in de sociale omgeving. Voorheen gelijkwaardige relaties veranderen in ongelijke, broze relaties en het psychosociaal welzijn van de naasten vermindert. Zij voelen zich wanhopig en 'gegijzeld' en er is nauwelijks sprake van enige zelfregie. Dit heet *entrapment*, ofwel het beleefde onvermogen van een persoon om te ontsnappen uit deze situatie waarin de onderlinge communicatie is veranderd en de gelijkwaardigheid en intimiteit zijn afgenomen. Deze naasten voelen zich eenzaam doordat ze door de gevolgen van de aandoening hun partner, hun of ouder of andere naaste, gedeeltelijk hebben verloren. De eenzaamheid wordt versterkt doordat ze met eigen activiteiten zoals werk, sport en hobby's stoppen. De hulp en steun is voor hen een aanslag op hun geloof in het eigen kunnen, hun zelfvertrouwen en hun vertrouwen om zaken tot een goed einde te brengen. Diepe gevoelens van hopeloosheid kunnen dan ontstaan. De gedachte aan de toekomst, waarin alles blijft zoals het is, is niet te verdragen. Zij maken dan ook geen plannen maar leven bij de dag. In de loop der jaren treedt er een ernstige verschraling op, op alle domeinen van het leven. Stoppen met de ondersteuning betekent voor hen het opgeven van de relatie en dus het opgeven van de persoon voor wie zij zorgen. Een 'goed gevoel' of 'bevestiging als mens' haalt men alleen uit activiteiten die niets met de zorg voor de cliënt te maken hebben.

Focus van de ondersteuning met PINMFz

De PINMFz richt zich op de ondersteuning van naasten van het **tweede type**. In de onderstaande tabel (tabel 1) wordt een overzicht gegeven van de belangrijkste thema's in het dagelijks leven van type 2-naasten. Om de naaste te kunnen ondersteunen is het noodzakelijk te weten welke van de thema's en gevolgen voor de individuele naaste actueel zijn. Hoe dit te doen wordt in hoofdstuk 3 toegelicht.

Domeinen	Thema's in het dagelijks leven	Gevolgen voor het betrokken naasten
Coping	Begrijpen van de aandoening in de context op lange termijn	• Informatieachterstand over aandoening en over wat forensische zorg en bijkomende procedures inhouden. • Onzekerheid over bijdrage aan behandeldoelen. • Het begrijpen van aandoeningen en constante veranderingen in verloop van de aandoening en de gepleegde delicten. • Informatieachterstand over de praktische – en emotionele gevolgen van aandoening voor de naasten
	Managen van eigen ervaren belasting	• Managen van stress • Managen van gezondheidsproblemen door de inzet van buffers

Existentiële gevolgen voor het bestaan	Omgaan met veranderingen en spanningen in de relatie met de cliënt en belangrijke anderen	• Niet uitkomen van verwachtingen • De verdwenen gelijkwaardigheid in de relatie met de cliënt • Rolverandering en rolwisseling • Omgaan met verdwenen saamhorigheid in de relatie met de cliënt • Problemen in de interpersoonlijke relatie • Vastgelopen communicatie
	Eenzaamheid en sociale isolatie	• De verdwenen wederkerigheid en steun in relatie tussen cliënt en naaste • Niet kunnen delen van verantwoordelijkheid met anderen • Afname van het eigen netwerk
	Omgaan met verlies ervaringen en rouw	• Sterke gevoelens van boosheid, wanhoop, hopeloosheid en schuld. • Verlies van de persoon • Een diep gevoel van verlies van gezelschap en intimiteit • Verlies van een (gezamenlijk) toekomstperspectief • Veranderde betekenisgeving in het leven • Verlies van eigen doelen in het leven en autonomie • Verlies van gezondheid
	Entrapment (gevoel gevangen te zitten)	• Gevoelens van onveiligheid • Onvermogen tot zelfregie • Ontbreken van privacy en eigen psychologische ruimte • Gevoel niet te kunnen ontsnappen aan de grenzeloze vraag van de cliënt • Gevoelens van machteloosheid en boosheid

Overzicht thema's in leven type 2 naasten

Een narratieve (verhalende) benadering

Bij een narratieve, oftewel verhalende benadering staat het levensverhaal van de naaste centraal. Narratief betekent in dit geval dat de naaste vertelt over zichzelf, over het eigen leven en over wat hem of haar overkomen is. Door de vaak lange duur van de ondersteuning, de gebeurtenissen daarbinnen, de verwevenheid van de ondersteuning met het leven van de naaste, zijn de aandoeningen en de mogelijke gevolgen onderdeel geworden van het levensverhaal van de directe naasten. Om deze verhalen op een natuurlijke manier boven tafel te krijgen, is er in de PINMFz voor gekozen om de naaste zelf aan het woord te laten. Door het eigen verhaal te mogen vertellen worden echte gevoelens, drijfveren en ervaringen, die vaak ondergesneeuwd zijn in de hectiek, 'van binnenuit' verteld[28]. De professional luistert ook naar wat er niet gezegd wordt. Naasten zijn vaak zo vol van hun eigen verhaal, dat zij, wanneer zij de eenmaal de gelegenheid

krijgen om te vertellen, bijna niet te stoppen zijn. In het verhaal dat verteld wordt heeft men soms een zetje nodig om de overstap naar de gevolgen voor henzelf te vertellen. Juist omdat hun leven verwarrend is, zijn de verhalen van naasten ook ongestructureerd. Je helpt de naaste bij het verkennen van het eigen verhaal door oprecht nieuwsgiering te zijn, geïnteresseerd te luisteren, samen te vatten en door actief door te vragen. Door deze gesprekstechniek ontstaat meer orde in de chaos en kan de naaste gemakkelijker woorden geven aan de vaak verwarde gevoelens en emoties. Dat helpt weer om meer inzicht te krijgen in oorzaak en gevolg. Door het stellen van vragen, help je de naaste bij het ontwikkelen van een verhaallijn over de rol van het 'naaste zijn' en deze uit te breiden met de onderwerpen die besproken worden in de vervolggesprekken.
Een narratieve verhalende benadering werkt therapeutisch, hoewel het geen therapie is. In de loop van de gesprekken kan naaste terugkijken op het eigen verhaal en de betekenis van dit verhaal. Zo kan de naaste het eigen verhaal met meer afstand vertellen en in het huidige leven eigen kracht hervinden door de verbindingen te zien tussen oorzaak, gevolg en gedrag in de toekomst.
Ook voor de hulpverlener is een narratieve en nieuwsgierige benadering helpend om alle observaties neutraal te houden, zonder vooringenomen waardeoordeel. Je bent de coach, dus je geeft geen advies. Echter soms is voor de naaste zo moeilijk om een oplossingsrichting te bedenken dat zij voorbeelden nodig hebben. Je zou dan een verpakt advies kunnen geven door het te brengen als een oplossing die je van 'iemand anders' hebt gehoord. Zo krijgt de naaste een cue waarmee hij of zij verder kan zoeken naar eigen oplossingen of wensen.

De houding van de hulpverlener

Het initiatief voor PINMFz-ondersteuning ligt bij de hulpverlener. Het opbouwen van vertrouwen met de naaste start met een proactieve uitnodigende houding waarin 'onvoorwaardelijke waardering' en 'empathie' centraal staan[18,28]. De naaste is vaak onzeker over de wijze waarop hij of zij omgaat met de problemen en noden van de cliënt. Naasten voelen zich vaak medeschuldig aan het ontstaan van de problemen van de cliënt. Uit angst om raar gevonden te worden of uit angst voor afkeuring, durven ze hun eigen emoties van boosheid, frustratie en verdriet niet altijd te laten zien. Voor de verdere opbouw van de vertrouwensrelatie is het belangrijk dat de naaste ervaart dat jij hen wilt proberen te begrijpen en, net als de naaste zelf, het beste wil voor de cliënt. De opbouw van de relatie wordt verder op gang geholpen door zowel de kwetsbaarheid als de handel- en denkwijze van de naaste te respecteren. Het gevoel begrepen en erkend te worden en te ervaren dat de professional er 'voor hen is', kan rust brengen bij de naaste en indirect ook bij de cliënt. Om het verhaal te kunnen vertellen is het belangrijk dat de cliënt niet (altijd) bij deze gesprekken aanwezig is. Wanneer cliënt bij het gesprek is zal een naaste de cliënt willen sparen.

De belangrijkste uitgangspunten van een persoonsgerichte gespreksvoering:
1. empathie: inleven in de ander;
2. onvoorwaardelijke positieve acceptatie: een niet-beoordelende, ontvankelijke, neutrale houding ten opzichte van de naasten;
3. congruentie: open zijn over jouw ervaring van de relatie met de cliënt (op dat moment);
4. afzien van advies: je geeft geen advies aan de naasten.

Samenvatten is een belangrijk hulpmiddel. Je luistert als hulpverlener naar ongeveer tien zinnen van de naaste en zegt dan bijvoorbeeld: 'U bedoelt dus dat...', waarna je samenvat wat de ander net gezegd heeft. Dan kijk je of hij of zij dat beaamt, al is het maar door te knikken. Als de ander aarzelt, of iets zegt van 'ja, maar...' dan kun je om meer informatie vragen, en vervolgens zijn of haar woorden nogmaals samenvatten.

Daarnaast vraag je naar manieren waarop de naaste eerder problemen oploste of kracht opbracht om verder te gaan. Je geeft geen adviezen maar vraagt hooguit iets als: 'Wat heeft u al eens overwogen, heeft u al eens overwogen om…?' Ook complimenteer je tussendoor de inzet en de motivatie van de naasten, waarmee je zijn of haar kracht onderstreept.

Om terug te kunnen kijken op het gesprek met de naaste kun je gebruik maken van de *Session Rating Scale*[29]. De SRS bestaat uit vier vragen die gaan over het contact, de onderwerpen en de wijze waarop er aan de onderwerpen wordt gewerkt. De laatste vraag gaat over de sfeer en het proces van het totale gesprek. De ingevulde SRS kun je aan het einde van het gesprek bespreken samen met je eigen evaluatie. Het is belangrijk om elk gesprek positief te eindigen.

Tips

- Kies een doel per gesprek;
- Het eerste doel is dat de naaste terugkomt;
- Zorg dat alle gesprekspartners zich gehoord voelen;
- Neem de tijd, plan minimaal een uur;
- Oordeel niet;
- Wees je bewust van je eigen lichaamstaal;
- Luister en geef geen advies;
- Luisteren is belangrijker dan praten;
- Realiseer je dat iemand die emotioneel is, geen nieuwe informatie opneemt.

3. Werken met de PINMFz

Hoofddoel

Het hoofddoel van de methode is het verbeteren van het psychosociaal welbevinden van de naaste en het helpen optimaliseren van de relatie met de cliënt. Indirect, doordat de naaste beter in zijn of haar vel zit, profiteert de cliënt van deze ondersteuning.

Dit doe je door te bouwen aan een werkrelatie ook met de naaste. Je richt je op het motiveren en helpen faciliteren van de eigen autonomie en mogelijkheden van de naaste. Je helpt de naaste bij het transparant maken van de gevolgen van de psychiatrische kwetsbaarheid voor het eigen bestaan en het (leren) verwoorden van de ondersteuningsbehoefte en wat de inhoud van de ondersteuning kan zijn. Indirect, doordat de naaste de situatie beter het hoofd kan bieden, wordt ook verbetering van welbevinden van cliënt de nagestreefd.

Subdoelen

Vaak helpt het om met de naaste te bedenken wat een concreet doel kan zijn. Hieronder vind je een aantal voorbeelden. Bespreek deze eens met de naaste en vraag welk subdoel belangrijk gevonden wordt:

1. De naaste ervaart een toegenomen regie over het eigen leven;
2. De naaste voelt zich beter in staat om een relatie en communicatie te onderhouden met de cliënt;
3. De naaste ervaart een verbetering van steun uit het eigen sociale netwerk;
4. De naaste ervaart herstel van identiteit;
5. De naaste vindt dat hij/zij gevoelens van verdriet en eenzaamheid beter aan kan;
6. De naaste is van mening dat zijn/haar kennis over zowel de aandoening als de behandeling en de mogelijke impact op het eigen leven van familie en naasten is toegenomen. Daardoor kan hij /zij de situatie beter aan.

Het hoofddoel en de subdoelen kunnen voor alle naasten relevant zijn. Echter, de inhoudelijke keuze uit een of meerdere van de subdoelen hangt af van de ondersteuningsbehoefte van de naaste. In de afrondende gesprekken worden de belasting en het welbevinden opnieuw gescoord en wordt er geëvalueerd in hoeverre de naaste vindt dat het subdoel behaald is.

Rol van de hulpverlener

Duidelijk is dat ondersteuning begint met het onderzoeken van de mogelijkheden om met naasten in contact te komen. De hulpverlener zal, gezien de behandelverantwoordelijkheid altijd de 'proactieve coördinator' zijn. Ervaring en onderzoek[18] laten zien dat cliënt en naaste hulp en

ondersteuning door de hulpverlener als helpend ervaren. Soms is er een wens van de cliënt, soms van de naaste. Het onderzoeken van de mogelijkheden om met de naaste in contact te komen blijkt een actief en creatief proces waarin alertheid van de hulpverlener bij het zien van kansen belangrijk is. Tegelijk ben je dan ook al begonnen met de stap 1 van de PINMFz.

Contra-indicaties voor individuele gesprekken met de professional

Bij PINMFz heeft een bij de cliënt betrokken professional ook de gesprekken met de naaste. In vier situaties ligt dat vaak moeilijker:

1 de cliënt pleit voor gesprekken met de naaste door een andere professional,
2 de naaste heeft de voorkeur voor een professional die níet betrokken is bij de cliënt,
3 de professional vindt het te moeilijk om rol ondersteuner voor de betreffende naaste en de cliënt te combineren,
4. er is een contactverbod met naasten opgelegd door de rechter aan de cliënt. Overleg met een collega hoe de ondersteuning wel gegeven kan worden.

Hieronder in de tabel wordt de werkwijze in verschillende stappen weergegeven. Daarna zal per stap een toelichting worden gegeven.

Kennismaken met de naaste, de introductie van PINMFz bij cliënt en naaste

Stap 1: Voorbereiding van de ondersteuning

Gesprek 1. Inventarisatie, een narratieve – verhalende verkenning met de naaste en meegeven van huiswerk namelijk invullen van de Welzijnsmeter voor naasten via www.Altrecht.nl, pagina naasten
Hulpmiddelen: - topiclijst (bijlage 1)
- Session Rating Scale (SRS), het evaluatieformulier van het gesprek (bijlage 2)
- huiswerk: vul de Welzijnsmeter in via www.Altrecht.nl, pagina naasten

Gesprek 2. Analyse, wat weten jullie nu en hoe ga je verder? Het bespreken van de informatie uit het eerste gesprek dit koppelen aan de resultaten van uit de Welzijnsmeter. Vervolgens samen beslissen wat de inhoud van de ondersteuning kan zijn.
Hulpmiddelen: - Vier typen naasten met mogelijke doelen (bijlage 3)
- De Welzijnsmeter invullen voor naasten via www.Altrecht.nl, pagina naasten

Gesprek 3. Overeenstemming, gesprek/afstemming met naaste en cliënt in bijvoorbeeld een ZAG. Deze afstemming is belangrijk en kan op elk moment tijdens de behandeling starten.

Stap 2: De ondersteuning op maat met behulp van een of meerdere van de drie methoden

Een of meerdere gesprekken waarin telkens één onderwerp wordt besproken

Psycho-educatie en *business as usual*	**De Themamethode**	**De Territoriumtheorie**
1. Uitleg over de mogelijke gevolgen van de aandoening voor naasten 2. Uitleg over de aandoening, behandeling en de eventuele interactie met somatische co-morbiditeit en met elkaar 3. Uitleg over de sociale kaart, de werkwijze ambulant of kliniek, het juridisch kader	Gesprekken kunnen gaan over: 1. (extra) spanningen in de interpersoonlijke relatie met cliënt en anderen in het sociaal netwerk 2. (ingrijpende) rolveranderingen in de relatie en in het netwerk 3. veranderingen in sociale contacten waardoor eenzaamheid en sociale isolatie binnen een klein netwerk 4. gevoelens van verlies en rouw.	Gericht op afname van entrapment en vergroten van de eigen regie en controle.

Hulpmiddelen
- Topiclijst ten bate van de Themamethode (bijlage 4)
- Sociogram (bijlage 5)
- Oefening rolverandering (bijlage 6)
- Cirkels territorium (bijlage 7).

Stap 3: Afronding

Gesprek 5. Evaluatie met naaste; wat is bereikt en hoe gaan jullie verder? Doel van evaluatie is het bekrachtigen en uitdiepen van wat bereikt is.

Toelichting op het schema

De PINMFz kent een standaard aanpak die ingezet wordt om tegemoet te komen aan de ondersteuningsbehoefte van de naaste. De PINMFz bestaat uit drie stappen die cyclisch worden toegepast:

1. De voorbereiding, vaststellen van de concrete behoefte aan ondersteuning
2. De uitvoering, c.q. ondersteunende gesprekken (counseling), met behulp van de gegeven methodieken
3. De afronding, de samenvatting over wat is bereikt en over hoe verder

Het totale traject bestaat uit minimaal twee en maximaal acht gesprekken. PINMFz kan op elk moment in de behandeling van de cliënt ingezet worden. Gedurende het hele traject zijn er een

of meerdere afstemmingsmomenten met de cliënt. Dit kan een zorgafstemmingsoverleg zijn of bijvoorbeeld een familiegesprek met naaste, cliënt en betrokken behandelaren.

Voordat je kunt starten met PINMFz is er een moment geweest waarop je met de cliënt hebt gesproken over het contact met zijn/haar naasten. Toewerken naar een steunend sociaal netwerk is belangrijk en daarom wil je weten welke ideeën de cliënt heeft over belangrijke personen in dat netwerk. Je zult merken dat niet iedere cliënt zich bewust is van de rol die naasten hebben in zijn of haar leven. Het kan zijn dat de cliënt nog niet veel kwijt wil over naasten. Dit type van gesprek is ook een kans om uit te leggen waarom contact met naasten belangrijk is voor het slagen van de behandeling. Voor de cliënt is het gesprek over naasten wellicht ook 'leren door doen'. Met behulp van dit soort gesprekken weet je wie door de cliënt gezien wordt als belangrijk en je weet waarom de cliënt ondersteuning voor zijn/haar naaste belangrijk vindt. Tevens start ook de mogelijkheid voor ondersteuning van een, betrokken of toekomstig betrokken, naaste.

Je vraagt wie je mag benaderen voor een kennismaking. Je plant bijvoorbeeld drie weken na de opname een afspraak met cliënt en naaste samen. Contact leggen met naasten al vroeg in de behandeling is nodig omdat de naasten vaak wil weten wat hun rol kan zijn en wie zij kunnen bellen bij vragen. Als cliënt al langer opgenomen is, kan een kennismaking met naasten ook tijdens een hetero-anamnese of een gesprek over het crisispreventie-actieplan, een familiegesprek etc. plaatsvinden. Voor de ontwikkeling van een goede samenwerking tussen cliënt, naaste en hulpverlener is het helpend om vaste contactmomenten af te spreken waar ook de naaste aan deel kan nemen. Deze kennismaking is feitelijk de voorbereiding van de PINMFz. Je kan uitleggen dat er ook een mogelijkheid is voor ondersteuning specifiek voor de naaste. Daarbij geef je uitleg over de inhoud van de PIMMfz en vertel je over het belang ervan voor zowel de cliënt als de naaste. Maak vervolgens een afspraak voor de nadere kennismaking. Kennismaken wil je immers altijd ook als er geen ondersteuning volgt.

Stap 1: Voorbereiding van de ondersteuning

Het eerste gesprek: inventarisatie en vaststellen van de ondersteuningsbehoefte
Je hebt de naaste uitgenodigd voor een aantal individuele gesprekken. Het komt vaak voor dat de naaste nog niet eerder over de gevolgen voor het eigen leven heeft kunnen vertellen. Omdat de cliënt niet aanwezig is bij de gesprekken kan de naaste in vrijheid het eigen verhaal vertellen. Het komt ook regelmatig voor dat de naaste nog niet eerder met iemand in een helikopter is gestapt om te reflecteren op het eigen verhaal. Je luistert, je vat af en toe samen en je vraagt af en toe eens door. Jullie eindigen samen met een conclusie over wat een belangrijk onderwerp is en jullie maken samen een keuze over de onderwerpen die om uitdieping vragen. De naaste wil bijvoorbeeld sterker worden, meer tegengas geven of juist de eigen grenzen beter bewaken. Ook het omgaan met agressie of leren om dit onderwerp veilig te kunnen en durven bespreken kan een wens zijn. Kies samen wat belangrijk is. Vervolgens kan jij kijken welke van de drie methoden (zie tabel hierboven) hierbij kan passen. Begin niet te moeilijk want de naaste heeft perspectief van succes nodig. Zo bouw je verder aan vertrouwen.

Voer het eerste gesprek aan de hand van de topiclijst (bijlage 1)
Aan de hand van de, voor dit gesprek ontwikkelde, topiclijst met relevante onderwerpen en bijbehorende vragen, verken je de leefwereld van de naasten (zie bijlage 1):

- de motivatie voor het geven van steun,

- de aan- of afwezigheid van stressoren en de wijze waarop men buffers hanteert,
- de inhoud van de steun,
- de belasting en de gezondheid,
- de interpersoonlijke relatie met de cliënt en anderen in de sociale omgeving,
- het gedrag van de cliënt,
- het stellen van grenzen,
- de mate van entrapment.

Het is belangrijk dat je de onderwerpen uit de topiclijst laat aansluiten bij het natuurlijk verloop van het gesprek. Het helpt wanneer je de topiclijst van tevoren bekeken hebt en keuze gemaakt hebt uit de vragen. Je verkent de leefwereld van de naasten en hoe de situatie begonnen en verlopen is. Je vraagt naar de motieven om de zorg op zich te nemen. Je verkent de gedachten en gevoelens van de naasten over mogelijke veranderingen in de communicatie, in de relatie, in het samenleven en in de persoonlijke situatie van de naasten. Je verkent de inhoud van de zorg en hoe zij deze zorg managen. Je vraagt naar de gevolgen voor de eigen levensloop en naar de emoties die het zorgen met zich meebrengt. Het is nadrukkelijk niet de bedoeling dat je alle vragen stuk voor stuk langsloopt.
De praktijk laat zien dat naasten soms moeite hebben om van het verhaal van de cliënt over te stappen naar het eigen levensverhaal. Als professional speel je daarin een belangrijke rol door de naaste steeds terug te leiden naar de gevolgen voor de naaste zelf. Juist die aandacht voor het eigen innerlijk proces is noodzakelijk. Sluit het gesprek af met een samenvatting en vraag de naasten om het evaluatieformulier in te vullen (zie bijlage 2). Zo kom je te weten of de inhoud van de gesprekken aansluit bij de beleving van de naasten. Je sluit het gesprek samen af waarbij jij een overall samenvatting geeft. Na aanvulling of concretisering van de samenvatting door de naaste sluit je af met een korte uitleg over de het huiswerk voor de volgende keer: het invullen van de Welzijnsmeter.

Geef uitleg over in- en exclusiecriteria voor de relatie
In de topiclijst wordt ook gevraagd naar de ervaren kwaliteit van de relatie tussen de naaste en cliënt. Het is belangrijk te weten hoe het zit met de 'lijm' binnen de relatie. In de topiclijst zijn vragen opgenomen die je helpen om de lijm binnen de relatie tussen de naaste en de cliënt in beeld te brengen. Leg uit dat binnen elke relatie zogenaamde in- en exclusiecriteria een belangrijke rol spelen. Inclusiecriteria (IC) zijn de eigenschappen van de cliënt die maken dat de naaste van de cliënt houdt of bij de cliënt betrokken wil zijn. Zij is zo rustig, vrolijk, extrovert, etc. Het kan ook gaan om zaken als verantwoordelijkheid en schuld. Exclusiecriteria (EC) zijn eigenschappen van de cliënt waarom de naaste beslist niet bij die cliënt wil zijn of blijven. Het gaat dan bijvoorbeeld over agressie, liegen of overspel. Tussen in- en exclusiecriteria zit een grijs gebied van eigenschappen die neutraal zijn, niet speciaal leuk of vervelend, maar als de cliënt neutrale eigenschappen heeft, houdt de naaste daar ook van. In het verloop van een relatie kunnen criteria verdwijnen of vervangen worden door andere. Bijvoorbeeld dat leuke rustige van de ander is verdwenen of is veranderd in leegheid, waarvoor plicht in de plaats komt. Daarom vraag je ook expliciet naar deze criteria.

Extra hulpmiddel; de digitale Welzijnsmeter voor naasten
Aan het einde van dit eerste dit gesprek(ken) vraag je of de naaste de Welzijnsmeter voor naasten invult. Het doel van deze digitale Welzijnsmeter is om naasten te helpen de gevolgen van het geven van ondersteuning voor zichzelf inzichtelijk te maken. De uitkomsten van de Welzijnsmeter worden gepresenteerd aan de hand van een beschrijving van een type naaste. Er zijn vier verschillende typeringen en de uitkomst is op basis van hoe de naaste de vragen heeft ingevuld.

Met behulp van de uitkomst kan de naaste beter inschatten of hij/zij zelf praktische of emotionele ondersteuning of hulp nodig heeft. De vier typeringen zijn:

- de naasten als medemens
- de naasten als ondersteuner
- de eenzame naaste
- en de gevangen naaste

De beschrijvingen van de vier typeringen zijn aangevuld met mogelijke doelen per typering en ze worden alle vier in bijlage uitgebreid beschreven.

Tips bij het voeren van de gesprekken

- Het hardop praten met jou, de deskundige, helpt de naaste een verhaallijn te construeren.
- De naaste verwacht een luisterend oor, dus oordeel niet, geef niet direct adviezen en blijf neutraal.
- Je bent open, belangstellend en invoelend.
- Waar spreek je af? Belangrijk is dat de naaste zich op zijn of haar gemak voelt.
- Leg de topiclijst voor je neer of kruis alvast een paar vragen aan.
- Licht toe waarvoor de lijst is en vertel dat je soms de tijd neemt om erop te kijken.
- Stel vragen, vat samen en vraag door.
- Maak aantekeningen in steekwoorden.
- Doe het stap voor stap.
- Sluit het gesprek altijd af met een samenvatting en leg de nadruk op positieve zaken.

Het tweede gesprek gaat over de analyse over wat jullie weten en hoe jullie verder gaan

Analyseer en bepaal het type naaste

Je start het tweede gesprek met de vraag hoe men het invullen van de Welzijnsmeter heeft gevonden. Je vraagt of de naaste de uitkomst herkent en je beoordeelt de noodzaak van het bespreken van de één of meerdere van de andere type naasten. Vaak heb je zelf op basis van jullie eerste gesprek al een vermoeden over het meest passende type. Soms wil de naaste ook graag de andere typeringen inzien. Leg uit wat wordt verstaan onder de ervaren vrijheid om te stoppen met de ondersteuning. Het merendeel van de naasten zal die vrijheid niet ervaren. Zij behoren dan ook tot de risicogroep waar sprake is van een verhoogde kans op overbelasting en chronische stress. De typeringen kunnen je helpen om je ideeën verder uit te werken. Bij het inschatten van de gevolgen voor het persoonlijk leven en de relatie, kun je letten op veranderingen in de gelijkwaardigheid en symmetrie binnen de relatie, veranderingen in de communicatie, het minimaliseren van de consequenties van moeilijk gedrag van de cliënt en de verschraling van het leven. Samengevat: de uitkomst geeft zowel de naaste als jezelf een goed beeld over hoe het met de naaste gaat. En het bespreken van de uitkomst van de Welzijnsmeter maakt duidelijk welke onderwerpen er in de ondersteuning aan bod kunnen komen en zet naaste verder aan het denken.

Tips voor de analyse

In de analyse zoek je een antwoord op de volgende vragen:

- Welk thema noemt de naaste?
- Welke thema's haal jij uit de gesprekken?
- Hebben cliënt en naaste gezamenlijke thema's?
- Welke in- en exclusiecriteria zie je en hoor je?
- Wat weet je over het territorium?
- Wat weet je over de wijze waarop de naaste en de cliënt elkaars territorium beïnvloeden?
- Wat is volgens de naaste zijn/haar belangrijkste onderwerp?
- Wat is volgens jou het belangrijkste onderwerp voor de naaste?
- Wat zou je aanvullend nog willen weten voordat jullie over gaan tot het vervolg?
- Welke haalbare doelstellingen kunnen geformuleerd worden?
- Is een interventie noodzakelijk?
- Hoeveel vervolggesprekken plan je?

Denk na over het vervolg

Het resultaat van het eerste en tweede gesprek eindigt in een concrete beschrijving van de ondersteuning die nodig is en voor welk doel. Is het bijvoorbeeld nodig om psycho-educatie te geven om inzicht in de psychiatrische kwetsbaarheid te vergroten? Gaat het over grenzen stellen of ligt de nadruk meer op rolverandering en teruggeven van rollen aan de cliënt? Of vraagt de naaste om ondersteuning bij het goed oplossen van conflicten tussen het eigen belang en het belang van de cliënt? Ook kan vooral informatie nodig zijn over de gevolgen voor naasten. Maak dus een eerste ordening van de situatie, zodat je een idee krijgt over de onderwerpen voor ondersteuning. Bespreek een eventueel familie- of ander zorgafstemmingsoverleg voor met de naaste.

Probeer verder in de huid van de naasten te kruipen en te begrijpen wat er volgens de naasten aan de hand is. Deze informatie gaan jullie analyseren en omzetten in een keuze voor onderwerpen en dan kiezen jullie een eerste methode. Bijvoorbeeld psycho-educatie of territoriummethode. Voor de vervolggesprekken hanteer je steeds dezelfde werkwijze, namelijk eerst onderwerp bepalen en dan de methode kiezen. Je overlegt ook hoe de afstemming zal zijn met de cliënt.

Vraag je af:

- Waar is de naaste mee geholpen?
- Waar zijn de naasten en de cliënt mee geholpen?
- Hoe wil je verder gaan?
- Welke doelstellingen kun je formuleren?

Het derde gesprek is de afstemming tussen naaste, cliënt en hulpverlener

Nu je met de resultaten uit stap 1 en 2 een concreet idee hebt over de inhoud van de ondersteuning voor de naaste is afstemming in het kader van wederzijdse doelbepaling mogelijk.

Door deze samen te bespreken ontstaat er een meerwaarde voor de behandeling. Als cliënt moeite heeft met grenzen stellen en de naaste het ook moeilijk vindt om grenzen aan te geven, kan het helpen daarover te praten. Er kan dan een actiepunt van gemaakt worden. Wanneer de naaste rollen terug wil geven aan de cliënt is ook hier gesprek over nodig.

De afstemming vindt plaats met de cliënt, bij voorkeur in een gezamenlijk gesprek met de cliënt en de naaste. Dat kan een ZAG (zorgafstemmingsgesprek) zijn of een familiegesprek. Als de cliënt niet bij het gesprek kan of wil zijn en het toch fijn blijft vinden dat de naaste ondersteund wordt, stem dan in een latere fase de vervolgstappen met de cliënt af. Wanneer je de cliënt niet kent is het goed met de hulpverlener van de cliënt een afspraak te maken voor een overleg.

Tips voor het verloop van het gesprek met cliënt en naaste samen

Begin dit gesprek altijd met een samenvatting van de voorgaande gesprekken:

- Nu ik naar u beiden geluisterd heb, wat kan ik doen om de situatie voor u te verbeteren?
- Wat kunt u voor de ander doen?
- Wat zou u de ander willen vragen?
- Wat kunnen we afspreken en wat wordt ieders rol?
- Zijn er gemeenschappelijke besluiten die genomen kunnen worden?
- Sluit dit gesprek af en plan alvast een (klein) aantal volgende afspraken in. Leg de afspraken vast in het dossier. Die heb je straks bij de evaluatie weer nodig.
- Het is mogelijk dat de naaste geen gebruik wil maken van ondersteuning. Ervaring met PINMFz leert ons dat dit altijd kan veranderen. Dus blijf altijd alert. PINMFz kan immers ook starten als de cliënt al jaren in behandeling is. Overigens is het ook zonder PINMFz nodig om de naaste in contact te blijven. Dan wel meer uit belangstelling en vanuit informeren over de actualiteit of naar aanleiding van vragen van de naaste.

Stap 2: de uitvoering met behulp van een of meerdere van drie methoden

In de ondersteunende gesprekken maak je als professional gebruik van de aangeboden methodieken. Zoals reeds beschreven worden deze aangepast aan de specifieke context en behoefte van de naaste.

Vooraf: Gemeenschappelijke uitgangspunten
Voordat jullie overgaan tot een keuze uit een van de drie methoden is het belangrijk de gemeenschappelijke uitgangspunten te beschrijven. Ten eerste is het belangrijk om vanuit het perspectief van de naaste te denken en dus vanuit zijn of haar wereldbeeld. Je inleven is dus belangrijk, maar let op, denk niet voor de ander. Ten tweede kan de naaste uit hulpeloosheid een groot appel doen op jou, vanuit het idee van 'Help me! Doe wat!'. Je herkent dit inmiddels als een manier om ruimte in te nemen (zie uitleg territorium). Je vat daarom het gesprek regelmatig samen en vraagt naar mogelijke manieren van aanpak die de naasten zelf ziet, of naar manieren van

aanpak die hij of zij vroeger in het leven bij andere problemen gebruikte. Onthoud je zo veel mogelijk van eigen of ongevraagde adviezen. Als de naasten hier expliciet naar vraagt, kun je bijvoorbeeld voorzichtig zeggen: 'Ik verkeer natuurlijk niet in uw situatie, maar u zou misschien iets kunnen overwegen als…' of: 'Ik heb bij anderen wel eens gezien…'.

Gedurende de daadwerkelijke ondersteuning maak je gebruik van één of meerdere van de drie volgende methoden: 1. psycho-educatie en business as usual, 2. de themamethode en de 3. territoriumtheorie. Deze kan je onafhankelijk van elkaar inzetten. De uiteindelijke keuze voor een methode vindt altijd plaats in overleg met de naaste.

Psycho-educatie en business as usual
Bij aanvang heb je aandacht voor psycho-educatie. Je gaat tijdens de gesprekken gedetailleerder in op de gevolgen van de aandoening en het delict in de context van de (lange) duur en de (onduidelijkheid over) het te verwachten toekomstperspectief. Indien de psychiatrische kwetsbaarheid al langer bestaat dan vermengen de symptomen van de aandoening zich (in de loop der jaren) met het dagelijks leven en de interactie met de cliënt. Theoretische kennis over de aandoening is dan niet altijd meer toereikend om te herkennen hoe de aandoening en het dagelijks leven elkaar beïnvloeden. Daardoor kan ingrijpen moeilijk zijn en mede leiden tot gevoelens van onmacht. Bij psycho-educatie wordt niet alleen informatie gegeven over de kwetsbaarheid en behandeling. Vergeet niet om ook informatie te geven over de mogelijke gevolgen voor naasten. Het belangrijk is het om ook stil staan bij praktische oplossingen die kunnen bijdragen aan het verkrijgen van verder inzicht in het leren omgaan met de gevolgen van EPA (ernstige psychiatrische aandoening) voor het dagelijks leven en welbevinden van de naasten zelf.

Oefenen met praktische vaardigheden zoals het herkennen van (oorzaken van) stress bij de cliënt en bij henzelf (het principe van vroegsignalering) en gevolgen van stress voor het wederzijds contact kunnen helpen om meer te leren ontspannen. Je bespreekt het managen van stress en geeft uitleg over de keuzevrijheid en de mogelijke gevolgen van aandoening voor het leven van de naasten. Uitleg over rituelen een patronen in relaties, het leren zien waar de naaste af en toe een stapje terug kan doen of ook 'nee' mag zeggen tegen de cliënt of aandacht voor zaken waar anderen bij kunnen helpen ook als de cliënt het misschien niet wil. Andere, vaak nog weinig besproken onderwerpen gaan over leefstijl en somatische co-morbiditeit door metabool syndroom. Een wisselende bloedsuikerspiegel, hoge bloeddruk of hart- en vaatziekten kunnen ook het gedrag of humeur van de cliënt negatief beïnvloeden. Je geeft praktische informatie over de sociale kaart, over forensische maatregelen, geld, huisvesting, lotgenotencontact, cursussen en websites. Je levert adressen, telefoonnummers al naar gelang de behoefte en vraagt naar praktische problemen. Ook geef je jouw kaartje en je werkdagen door. *Business as usual* is vooral een praktische manier van regelen die waarschijnlijk deel uitmaakt van je standaardaanpak en die weinig vraagt aan empathie. Het vermindert de ervaren belasting, maar verbetert niet automatisch de kwaliteit van samenleven. Tegelijkertijd is het een belangrijke methode die in veel gevallen voldoende kan zijn.

De Themamethode

Hulpmiddelen:
- Topiclijst ten bate van de Themamethode (bijlage 4).
- Sociogram bij veranderingen in sociale contacten (bijlage 5).
- Oefening rolverandering (rolveranderingen) (bijlage 6).
- Territorium cirkels bij de Territoriummethode, maar kan ook ingezet worden bij spanningen in de relatie (bijlage 7).

In de Themamethode werk je met deze een of meer van de vier probleemgebieden die zijn afgeleid van de Interpersoonlijke Counseling (IPC). In alle gesprekken aan de hand van de Themamethode help je de naaste om emoties onder woorden te brengen. Je wijst op invalshoeken en suggereert acties die kunnen helpen bij het hanteren van de gevolgen. Bespreek elke bijeenkomst een vast thema, liefst op volgorde. Soms zal de naaste zelf een thema kiezen.

1: Spanningen in de relatie
Je onderzoekt met de naaste de wijze van communiceren tussen de naaste en de cliënt en je brengt patronen in de interactie aan het licht. Bij vastgelopen communicatie zoek je samen naar een heldere manier om wensen te uiten en te vervullen. In jullie gesprekken vertelt de naaste dat er zodanige veranderingen zijn in thema's als gelijkwaardigheid of saamhorigheid dat deze tot spanningen leiden. De naaste voelt zich 'in de steek gelaten' door de ouder, door het kind, door broer/zus of vriend. Eenzaamheid binnen de relatie komt veel voor.
Wat betreft (extra) spanningen in de relatie is er vaak sprake van een impasse of een conflict. Het wel/niet gebruiken van medicatie, het gevoel er altijd alleen voor te staan of verschil van inzicht met de broers en zussen omtrent de bejegening zijn daar voorbeelden van. Aan de hand van een duidelijk onderwerp of voorval bespreek je de verwachtingen van de naaste en wijze van communiceren. Door te vertellen komen patronen in de interactie aan het licht en help je bij het zoeken naar nieuwe manieren van omgaan tussen de naaste en bijvoorbeeld de cliënt in het conflict.

TIP
Vraag naar veranderingen in de relatie. Je wilt weten of er (extra) spanningen zijn in de relatie door bijvoorbeeld afname van gelijkwaardigheid, wederkerigheid en saamhorigheid. Veranderingen in intimiteit en kameraadschap geven het gevoel overal alleen voor te staan. Vaak is er een verschil van inzicht tussen de naaste en de cliënt over hoe de dingen moeten gebeuren. Dit kan leiden tot intense gevoelens van eenzaamheid. Dit kan worden versterkt door ontbreken van een open communicatie. Misschien was de communicatie er al nooit of misschien is het op slot gegaan doordat de cliënt achter slot en grendel zit. Om geen terugval te veroorzaken durft de naaste vaak geen appel te doen op de cliënt. Hier kunnen bijvoorbeeld ook de eerder beschreven in- en exclusiecriteria ook een rol spelen.

2: Rolverandering in relatie en netwerk
Met het thema rolveranderingen in de relatie en in het netwerk onderzoek je welke rollen de naaste vervult en welke rolveranderingen er zijn. Is de naaste vooral crisismanager of zorgverlener geworden in plaats partner of zoon/dochter? Of vertelt de partner dat hij niet meer op zijn vrouw kan vertrouwen en alles zonder overleg zelf moet beslissen over de financiën of over de opvoeding van de kinderen. Je wil weten welke rolveranderingen er plaatsvinden door de psychiatrische aandoening, door het delict, hoe de naaste deze ervaart en welke gevolgen deze hebben. Belangrijk zijn de positieve en negatieve gevolgen van de rolveranderingen voor het leven van de betrokken naaste, welke rollen hij of zij wil blijven uitvoeren en welke (op termijn) teruggegeven kunnen worden aan de cliënt of waar men praktische of emotionele hulp van anderen bij nodig heeft.

De juridische status van naasten kan daarbij verschillen. Wanneer naasten de status hebben van mentor, bewindvoerder of curator is het belangrijk te weten waarom zij deze rollen op zich hebben genomen. Is het om zeggenschap af te dwingen omtrent aanwezigheid bij behandelplan? Om vrijer te zijn in de relatie tot de cliënt wordt veelal geadviseerd om deze formele 'functies' over te laten aan een organisatie. Zo raakt een nieuwe persoon betrokken en hoeft de naaste een deel van de moeilijke gesprekken over bijvoorbeeld geld niet voeren met de cliënt. Daar gaat dan immers de bewindvoerder over.

Bij dit onderwerp kan de oefening over rolveranderingen (bijlage 6) behulpzaam zijn.

TIP
Je vraagt naar rolveranderingen die bij de naaste zijn opgetreden. Iedereen maakt tijdens het leven overgangen van de ene rol naar de ander mee, bijvoorbeeld van kind naar volwassene, van scholier naar werknemer, van single naar getrouwd, van echtgenote naar vrouw, van huisman naar kostwinner en van volgend naar leidend.

3: Eenzaamheid en isolatie binnen het sociale netwerk
Met het thema eenzaamheid of isolatie onderzoek je samen welke personen deel uitmaken van het sociale netwerk. Je wilt weten van wie men praktische en/of emotionele steun krijgt? Met andere woorden: welke anderen zorgen voor de naaste. Je verkent eventuele gevoelens van eenzaamheid door ontbreken van wederkerigheid in de relatie met de partner of anderen in het sociaal netwerk en sociaal isolement. Zo nodig maak je samen een plan voor het verminderen van eenzaamheid en sociaal isolement.
Bij dit onderwerp kan het maken van een Sociogram (bijlage 5) behulpzaam zijn.

TIP
Vraag de naasten: Hoe zijn uw sociale contacten? Bedenk dat door de situatie wellicht veranderingen opgetreden zijn in de vriendenkring, de vrijetijdsbesteding, dat vakanties anders lopen en dat kinderen en andere naasten anders met de cliënt omgaan. De dag- of weekindeling kan heel anders zijn dan vroeger. Het gaat hier ook om de verandering in vanzelfsprekendheid dat er personen zijn die praktische of emotionele steun kunnen geven. Stigma kan hier een grote rol spelen.

4: Rouw en verlies
Heel regelmatig hebben naasten niet door dat er ook sprake kan zijn van levend verlies. Het gaat bij levend verlies om rouwgevoelens die ontstaan als je afscheid neemt van verwachtingen. Over gedachten hoe het leven anders had kunnen verlopen als de beperking of de aandoening er niet was geweest. Maar ook over het erkennen dat het beeld van de toekomst (noodgedwongen) is veranderd. Kenmerkend voor levend verlies is dat de bron van het verdriet blijft en dat daardoor de rouw ook steeds aanwezig is. Het nieuwe toekomstperspectief is in zekere zin 'voorspelbaar – onvoorspelbaar' en steeds weer een perspectief van moeten 'wennen'.

Tijdens het bespreken van dit thema onderzoek je welke ervaringen er zijn. Is er sprake van verlies van de cliënt als gezond persoon en/of van verlies van toekomstperspectief, van respect voor elkaar of van deelname aan de maatschappij? Verlies en rouw kan ook gaan over de veranderingen die zich voordoen omdat de cliënt niet meer de partner is waar de naaste ooit voor koos. Het kan ook gaan over blijvende veranderingen in de relatie, in het contact met de kinderen en in de manier waarop men het leven vormgeeft. Verdriet kan ook gaan over het niet kunnen vervullen van een toekomst die men zich ooit had voorgesteld.
Vaak realiseert de naaste zich niet dat hij/zij in de rouw kan zijn omdat hij/zij deze eigen emoties niet herkent als passend bij een vorm van rouw. Je legt dan uit wat levend verlies is en wat rouw is. Dat er niemand dood is maar dat er soms dagelijks verlies ervaringen kunnen zijn waarover kan de naaste kan rouwen. Je ondersteunt de naaste bij het herkennen en benoemen van verlies en gevoelens van rouw. Het kunnen bespreken van verdriet geeft kracht en helpt de naaste om de emoties te leren begrijpen. Rouw is namelijk ook een teken van liefhebben van iemand of van iets. Leven met een levend verlies gaat dan ook over veerkracht. Met behulp van deze bewustwording kunnen naasten een volgende stap zetten. Veel naasten zijn zich niet altijd (meer) bewust van hun creativiteit in het bedenken van oplossingen, of hun enorme doorzettingsvermogen en/of assertiviteit en zijn vaak bescheiden om dat ook voor hun eigen welbevinden in te zetten.
Factoren van invloed op de intensiteit van de rouwreactie:

- de aard van de relatie
- de steun die men ervaart
- de omstandigheden waarin het verlies zich voordoet
- de mogelijkheid om te praten met anderen die het verlies ook ervaren
- toelaten van emoties
- het continuüm van omkeerbaarheid en onomkeerbaarheid: staat het vast of is er nog hoop?

Territoriummethode
Hulpmiddel: de cirkels van de Territoriummethode (bijlage 7)

In deze Territoriumtheorie werk je met de metafoor van het territorium[30.] In de relatie met iemand met een psychiatrische aandoening kunnen naasten het psychologisch eigenaarschap en de controle over hun unieke eigenheid als mens, het eigen leven en de eigen omgeving kwijtraken. Zo is er het risico om opgeslurpt te worden vooral omdat men niet goed meer weet 'wie men nu zelf is'. De situatie kan worden ervaren als een '*never ending story*', waar men uit weg zou willen vluchten. In deze situaties waarin er geen vrijheid van keuze wordt ervaren om te stoppen met de ondersteuning en er geen perspectief op verbetering wordt ervaren, is het moeilijk voor de naaste om te reflecteren op de eigen situatie. Dit heeft een negatieve invloed op de primaire coping van de naaste (entrapment).

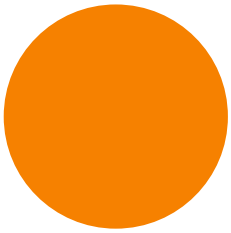
Je zet het territorium in als metafoor om emoties die ontstaan door de problemen in de interpersoonlijke relatie, onder woorden te brengen. Met behulp van voorbeelden uit de verhalen van naasten kan je uitleggen wat entrapment is, hoe het ontstaat en welk gedrag kan helpen om de controle terug te vinden. Vervolgens zoek je samen naar handelwijzen die het gevoel van vrijheid of ruimte geven.

Doel van deze methode is het eigen psychologisch territorium in evenwicht te brengen en te leren het territorium van de ander te eerbiedigen. Denk aan de echtgenote die zich gegijzeld voelt door haar rol als verbindingsofficier tussen haar zwaar psychotische echtgenoot die zegt 'alleen jij kan me helpen' en de hulpverlening, die hem in zijn ogen mishandelt. De metafoor helpt om te onderzoeken welke manieren er zijn om geen verbindingsofficier te hoeven zijn' en toch haar echtgenoot te

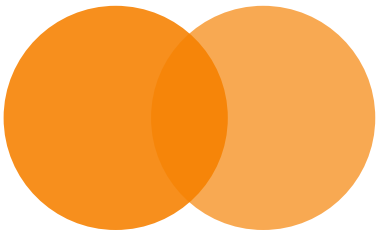
kunnen helpen. Het oefenen van nieuw gedrag helpt om zich vrijer te voelen en om controle terug te vinden. Omdat in deze zienswijze altijd sprake is van overlap van twee territoria moeten bij verandering de grenzen (opnieuw) worden bepaald en afgesproken. In deze benadering worden de levens zoveel mogelijk 'ontward', zodat de naaste zorg en ondersteuning kan leveren vanuit een groter zelfvertrouwen en de eigen kracht. Niet de psychiatrische kwetsbaarheid is leidend, maar de mogelijkheden en ontwikkelingen ondanks of dankzij de deze psychiatrische kwetsbaarheid.

Geef uitleg over territorium

Op de topiclijst staan vragen die helpen om de psychologische territoriumverhoudingen in de relatie in te schatten. Leg in grote lijnen uit wat het psychologisch territorium is. Start door te vertellen dat dieren een fysiek territorium hebben dat ze verdedigen. Stap dan over naar het feit dat bij mensen naast fysiek territorium eerder een psychologisch territorium speelt. Vervolgens vertel je dat een territorium een denkbeeldig gebied is waarin aspecten zitten als wensen, keuzes, voorkeuren, vermogens, karakter, ervaringen, smaken, bejegeningmethodes, etc. Eigenlijk alles wat de persoon een uniek maakt. Inzicht in het gedeelde territorium (co-territorium) helpt om de veranderingen in de relatie te zien, maar maakt ook duidelijk waar de veranderingen in het dagelijks leven en de levensloop door beïnvloed worden. Het de overlap van de twee cirkels zijn de vaak niet contractueel vastgelegde afspraken zoals; beheer van de financiën, buiten zetten van de prullenbak, de opvoeding van de kinderen, de mediator en bij partners ook de seksualiteit. In de buurt komen van een ander geeft noodzakelijkerwijs een reactie: spanning of zelfs de angst dat de ander de grenzen zal overschrijden. Een voorbeeld is een persoon die in de trein te dichtbij komt zitten of het onbehagelijke gevoel dat een persoon iets van je verlangt maar je weet niet wat. De ander de ruimte laten noemen we respect. Over de grens van de ander gaan, op welke manier dan ook, heet agressie. Gaat iemand over die grens heen, dan word je boos (of je hoort dat te worden). De kracht waarmee iemand zijn of haar territorium verdedigt, is zelfvertrouwen. Naasten hebben vaak moeite om hun gebied en hun grenzen goed te beheren.



territorium



co territorium

Manieren om terrein in te nemen:

- (Zelf)definiëring
- Schuld
- 'Ik doe het voor je eigen bestwil'
- Geschenken en liefdadigheid
- Hulpeloosheid
- Ziekte
- Verleiding
- Vleierij
- Seks
- Chantage Rookgordijn
- Spot
- Bekwaamheid
- Humor
- Cynisme
- Stilte

Samenzijn met iemand, op welke manier dan ook, houdt een overlap van territoria in: mensen in een relatie delen een co-territorium met elkaar, waarin beide deelnemers de grenzen bepalen. In principe zijn beide deelnemers het eens over het gezamenlijke deel. Er zijn echter manieren om extra ruimte in te nemen en gebied van een ander te veroveren.

Schuldgevoelens opwekken bij de ander maakt bijvoorbeeld dat hij of zij vaak strijdgebied inlevert. Ook zeggen mensen wel eens dat ze bepaalde zaken juist voor de ander doen: 'Voor hun eigen bestwil'. Cadeaus en liefdadigheid kunnen je weerloos maken, omdat je toch iets terug moet doen voor de gulle gever. Het is dan onaardig om nee te zeggen. (Zelf)definiëring is een methode waarbij je een uitspraak doet over een ander (of jezelf) en aan de hand daarvan bepaald gedrag kunt vertonen: 'Zo ben ik nou eenmaal'. Ten slotte zijn hulpeloosheid en de psychische kwetsbaarheid mogelijke wapens. De naaste moet immers helpen en kan daardoor minder eigen keuzes maken. Relaties waarin de redder en het slachtoffer elkaar in de greep houden, zijn bekend. In het forensische speelt agressie nog meer dan in de (s)ggz een rol. Op het snijvlak van chantage en agressie zullen veel naasten minder mogelijkheden ervaren om aan grensoverschrijding te ontkomen.
In een formele relatie zijn er belangrijke onderwerpen, zoals tijd delen, financiële keuzes, de opvoeding van kinderen, taakverdelingen en seks. Op al die gebieden kan de één grensoverschrijdend zijn en de ander gebied inleveren. Dat kan boosheid en irritatie opleveren, maar ook depressieve gevoelens als iemand terrein verliest. Met de topiclijst kun je informatie verkrijgen over het (co)territorium van de cliënt en de naasten, en de manieren die zij gebruiken om hun territorium te veranderen of te behouden.

Breng het territorium letterlijk in kaart
Je neemt een vel papier en tekent de territoriumcirkels (zie bijlage 7), vraag naar de grootte en de overlap en de mate waarin er mogelijk terreinverlies plaatsvindt. Vraag ook op welke manieren de cliënt dit terreinverlies (onopzettelijk) bereikt bij de naaste**.** Maak een goede analyse zodat jullie een zo concreet beeld hebben over wat er gebeurt in de territoria. Bijvoorbeeld welke manieren zie je om terrein in te nemen. Concreet betekent ook: ga op zoek naar handelingen of gebeurtenissen die een notaris 'zou kunnen turven'. Zeg dus niet: 'hij vraagt steeds alle aandacht', maar eerder: 'hij valt me in de rede als ik wat zeg'. Neem daar een of zelfs twee keer de tijd voor.

Speel de situatie na in een rollenspel met de naaste
Je vraagt de naaste naar een situatie en vraagt hoe het gaat. Je wilt de situatie kunnen visualiseren. Vervolgens vraag je de naaste naar mogelijke manieren om hierop te reageren. Als hij of zij het niet weet, vraag dan wat iemand anders in zijn of haar situatie zou doen. Je weerstaat de neiging om te snel met een eigen voorstel te komen.
Vervolgens speel je samen met de naaste de situatie in een rollenspel na, waarin je zelf de cliënt speelt. Je valt dus de naaste in de rede en laat hem of haar het nieuwe gewenste gedrag letterlijk proberen en schaaft het desnoods enkele keren bij. Neem een situatie per keer, speel het rollenspel samen en laat het thuis vervolgens oefenen. Vraag de volgende keer naar de ervaringen.

Stap 3: afronding door evaluatie

In deze stap evalueer je de voorgaande twee stappen. Het doel van evalueren is het monitoren van de resultaten en het bekrachtigen en verder uitdiepen van de werkwijze. In stap 1 zijn onderwerpen voor ondersteuning naar voren gekomen. In stap 2 (de ondersteuning) is de naaste

aan het werk geweest om het eigen verhaal te ordenen en in een perspectief te plaatsen en heeft men de eerste ervaringen opgedaan met dit nieuwe perspectief en geprobeerd om te zetten in verdere acties. Hoe kan hij of zij nu zorgen voor een levensperspectief waarin bijvoorbeeld meer ruimte is voor de naaste zelf?

In deze evaluatie bespreek je de resultaten aan de hand van de gekozen methode(n). Heeft de ingezette methode geleid tot verbetering of verandering van de situatie in de ogen van de naaste? Welke verbetering of verandering wordt er dan door de naaste ervaren? Hoe is het proces gegaan en zijn aanvullende afspraken aan de orde of overweeg je nu een andere methode? Indien de ondersteuning zich in eerste instantie heeft gericht op het versterken van de krachten van de naaste kan je in vervolggesprekken dieper ingaan op verdriet en verlies.

Bij afronden van PINMFz is het goed om samen te evalueren en af te spreken hoe nu verder. Houden jullie een laag-frequent contact, of zie je elkaar vooral samen met cliënt? Wil de naaste meer nu deze met behulp van jullie gesprekken eens naar binnen heeft kunnen kijken? Bespreek met elkaar wat de mogelijkheden zijn binnen jullie instelling en daarbuiten.

Bijlagen
Hulpmiddelen voor de gesprekken

Bijlage 1: Topiclijst ▶

Bijlage 2: Session Rating Scale (SRS), het evaluatieformulier van het gesprek ▶

Bijlage 3: Vier typen naasten met mogelijke doelen ▶

Bijlage 4: Topiclijst ten bate van de Themamethode ▶

Bijlage 5: Het Sociogram ▶

Bijlage 6: Oefening rolverandering ▶

Bijlage 7: Cirkels territorium ▶

Bijlage 1: Kennismaking en Topiclijst

Het kennismakingsgesprek naastbetrokkene forensische zorg

Uitleg over de topiclijst

Inleiding

Kennismaken met de leefwereld van naasten of naaste
Aan het einde van de algemene kennismaking waar ook de cliënt bij was, is een afspraak gemaakt voor verdere kennismaking met de leefwereld van de naaste. In dit eerste PINMFz-gesprek staat **ervaringsverhaal van de naaste** centraal. In dit gesprek vertelt de naaste over de impact van de problemen door de psychiatrische aandoening van de cliënt op het eigen leven en op de interpersoonlijke relatie met de cliënt. Het initiatief voor een dergelijk gesprek ligt bij de hulpverlener. Men durft daar zelf vaak niet om te vragen. De ervaring leert dat de contactpersoon vaak niet de naaste is die eigenlijk belangrijk is. Oriënteer je of het bespreekbaar is wie er in de levensloop van cliënt het meest aan zet is geweest.

Inhoud van het gesprek m.b.v. topiclijst
In dit gesprek met de naaste (naastbetrokkene) wil je graag een aantal onderwerpen bespreken. Op dit formulier zijn de topics (onderwerpen) en voorbeeldvragen voor je op een rij gezet. Je kunt in een kennismakingsgesprek met een naaste gebruik maken van de vragen uit deze lijst om zo je kennismaking te verdiepen en de ondersteuningsbehoefte te inventariseren.
De mate van bereidheid en vermogen van de naaste om de cliënt te kunnen ondersteunen hangt samen met de hun praktische mogelijkheden en de door hen ervaren emotionele ruimte. De topiclijst is bedoeld om de hulpverlener te ondersteunen in dit gesprek en zo te helpen het verhaal en behoefte van naasten te leren kennen.
De topiclijst is opgebouwd aan de hand van onderwerpen die zijn voortgekomen uit wetenschappelijk onderzoek en praktijk. Bij elk topic staan voorbeeldvragen die jou kunnen helpen om het verhaal van naasten voor het voetlicht te brengen. De kennismaking verloopt vaak in een min of meer zelfde volgorde. In de navolgende tekst staat het proces van kennismaking beschreven. Weet dat veel naasten niet gewend zijn dat hulpverleners vragen naar de gevolgen voor henzelf. Daarom zal je hen af en toe aanmoedigen door bijvoorbeeld te vragen: wat betekende dat voor u?

Doel van de eerste kennismaking:
1. Algemene situatie van de naaste in beeld brengen
2. Een beeld krijgen over de impact van het psychiatrisch beeld/detentie op leven/welbevinden van de naaste
3. Een beeld krijgen over de wijze waarop de naaste betrokken wil zijn
4. Bespreken wat daarvoor nodig is
5. Leefwereld van de naaste in beeld krijgen
   a. Motivatie om de cliënt te steunen/helpen
   b. Oorzaken van belasting

c. De inhoud van de steun aan de cliënt
d. De beleving van de interpersoonlijke relatie met de cliënt en anderen in de sociale omgeving
e. De mate van entrapment (het beleefde onvermogen van de naaste om te ontsnappen aan de situatie).
6. Te weten komen wat de naastbetrokkene(anders) wil
7. Bespreken wat daarvoor nodig is

Wat is een topiclijst?
De topiclijst biedt ondersteuning voor het voeren van een kennismakingsgesprek. Het geeft een overzicht van onderwerpen en vragen die je kunt stellen tijdens het gesprek. Met de informatie uit dit gesprek kun je de ondersteuningsbehoefte verhelderen. In de topiclijst zijn die topics opgenomen die uit wetenschappelijk onderzoek en uit de praktijk evident zijn voor het maken van een goede inschatting van de ondersteuningsbehoefte van naastbetrokkenen.

Hoe gebruik je de topiclijst?
Veel van de naaste willen graag en veel vertellen over wat de zorg voor hen inhoudt. De meeste onderwerpen op deze topiclijst zullen dan ook spontaan aan bod komen. Het is nadrukkelijk *niet* de opzet dat je deze vragen stuk voor stuk gaat uitvragen. Aan het einde van het gesprek is het wel goed om te checken of je over alle onderwerpen genoeg weet en of aanvullende vragen nodig zijn. Het is dus feitelijk een checklist om er zeker van te zijn dat wel alle onderwerpen aan bod komen (in de eerste twee gesprekken).

Inschatten van het risico op afname welbevinden?
Na het gesprek heb je informatie over de onderwerpen in de lijst. *De kritieke vraag is:* denkt de naaste dat zij/hij zou kunnen stoppen met de ondersteuning? Het antwoord op deze vraag is belangrijk. Naaste die denken dat zij *niet* kunnen stoppen met de ondersteuning hebben een grotere kans op overbelasting en/of afname van hun welbevinden.

Vertrouwen
Naasten vinden het fijn om te weten dat de informatie die zij geven in vertrouwen behandeld wordt. Ook is het belangrijk dat de naaste weet dat je een kort verslag, in grote lijnen, in het dossier schrijft. Bespreek dit bij aanvang van je gesprek. Soms krijg je informatie die belangrijk is voor de zorg of behandeling van de cliënt. Maak van tevoren afspraken over hoe hier mee om te gaan.

Het kennismakingsgesprek

Waar spreek je af?
Thuis, kantoor of beeldbellen; het kan allemaal. Belangrijk is dat de naaste zich op z'n gemak voelt. Om de naasten rustig te laten vertellen over wat de gevolgen van de problematiek van de cliënt zijn voor hun leven, is het nodig dat de cliënt niet bij deze gesprekken is. Wanneer het voor de cliënt duidelijk is waarom dit belangrijk is, is dit meestal geen issue.

Intro
Bij aanvang van het benoem je de aanleiding (bijvoorbeeld n.a.v. startgesprek met de kennismaking met cliënt en naaste, verwijzing, e-mail, spontaan of telefonisch contact) en het doel. Vaak blijkt de aanleiding voor het gesprek heel praktisch van aard.

Topiclijst

Start van het gesprek

Het gesprek start je met één van deze hoofdvragen:
De meeste gesprekken met de naastbetrokkene beginnen met een vraag als:

- 'Hoe is het voor u om de partner, het kind, ….. te zijn van' of
- 'Wat betekent de zorg of ondersteuning voor u?'

Of:

- Hoe is het voor u dat uw naaste is opgenomen in een forensische kliniek?
- Hoe is het eigenlijk met u?
- Wat betekent het voor u om betrokken te zijn bij de behandeling van uw …?'
- Hoe was het contact voordat de cliënt in de PI/kliniek terecht kwam? Is dit altijd zo geweest? Hoe zou u dit het liefste zien in de toekomst?
- Wat is er aan de hand met uw ….(de zorgontvanger)?
- Welke naam heeft de psychiatrische problematiek (is er een diagnose)?
- Wie heeft de diagnose gesteld?
- 'Wat betekent het bieden van zorg of ondersteuning voor u?'

Vervolgvragen

Je kunt nu de volgende vragen stellen:

- Waarom heeft u de ondersteuning op u genomen?
- Waarom bent u betrokken?
    - Wat is er aan de hand met uw …..(de zorgontvanger)?
    - Welke naam heeft de aandoening (is er een diagnose)?
    - Wie heeft de diagnose gesteld?
    - Gebruikt uw …..(de zorgontvanger) medicijnen?
        - Bijvoorbeeld voor de bloeddruk, het hart of om rustig te blijven of om de stemming gelijkmatig te houden?
- Wat betekent de zorg/ondersteuning voor u?
- Wat is er veranderd voor u?
- Praat u wel eens over uw situatie met bijvoorbeeld de SPV van de sggz-instelling, de POH-ggz in de huisartsenpraktijk, de praktijkondersteuner, een algemeen maatschappelijk werker, of kent u iemand in een vergelijkbare situatie? Zo ja, waar praat u dan over? Zo nee, waarom is dat?

Persoonskenmerken

Om de situatie van de naastbetrokkenegoed in beeld te krijgen, heb je achtergrondinformatie nodig over naastbetrokkene zelf. Je kunt de volgende vragen stellen:

- Wat is de relatie tot de cliënt? Partner, ouder, kind, bekende vriend (in)
- Geslacht van de naasten
- Wat is uw leeftijd?
- Hoe ziet uw eigen gezins- of woonsituatie eruit?
- Bent u religieus?
- Hoe lang zorgt u?

Over de inhoud van de ondersteuning

Om een indruk te krijgen van de situatie en de ondersteuning die de naastbetrokkene geeft is het noodzakelijk te weten welke praktische en emotionele steun zij geven aan de cliënt. Onderstaande vragen gaan over de inhoud van de ondersteuning die de naastbetrokkene biedt.

Praktisch ondersteuning

- Op welke wijze wordt uw dag bepaald door de zorg en ondersteuning die u biedt?
- Bij welke instanties is uw .. bekend: thuiszorg, maatschappelijk werk, reclassering?
- Hoe ervaart u het dat er verschillende instanties betrokken zijn bij uw.....?

Optioneel:

- Hoe ziet een gewone dag eruit?
- Wat doet u praktisch? (ADL/HDL/supervisie of het geven van medicijnen)
- Wat vindt u prettig om te doen voor uw.....?
- Wat vindt u het moeilijkst om te doen voor uw.....?

Emotionele ondersteuning

- Welke emotionele ondersteuning geeft u (opbeuren, geruststellen, praten over, luisterend oor)?
- Op welke wijze merkt u dat uw .... het prettig vindt dat u ondersteuning geeft (liefde, waardering, dankbaarheid door de persoon voor wie gezorgd wordt en/of liefde, waardering, respect door anderen in de omgeving)?

Optioneel:

- Waar haalt u uw eigen steun vandaan, met andere woorden: wie zorgt er voor u (naasten, vrienden, religie, werk of andere activiteiten)?
- Bij wie kunt u helemaal uzelf zijn of uw hart uitstorten?

Verdieping van het gesprek

Verkennen van de relatie

Wanneer iemand ziek wordt kan de interpersoonlijke relatie tussen de naaste, cliënt en anderen in het sociale netwerk veranderen. Het is belangrijk om zicht te krijgen op de rolveranderingen en eventuele spanningen die ontstaan in de relatie (territorium) en de mate van verbinding die de betrokken ervaart (lijm). De vragen die hieronder staan helpen je om zicht te krijgen op de lijm in de relatie, rolveranderingen en het territorium.

Territorium en Rolveranderingen

- Heeft u (gemeenschappelijke) taken overgenomen zoals financiën of het onderhouden van contacten met anderen?
- Welke ruimte ervaart u in uw relatie?
- Wie van u beiden geeft het meeste geld uit en wie beslist wat er gegeten wordt?
- Heeft u gezamenlijke interesses? Zo ja, welke dan?
- Zijn er veranderingen sinds uw.... in de kliniek verblijft?
- Voelt u zich wel eens schuldig?
- Zijn er grenzen aan wat u voor de ander doet?
- Is de woonsituatie ook van invloed? Heeft u bijvoorbeeld een eigen ruimte?

- Heeft u (gemeenschappelijke) zaken zoals financiën, de pullenbak buiten zetten of de kontakten met anderen overgenomen?
- Kunt u (moeilijke) beslissingen met uw ...bespreken of delen?

Veranderingen in de relatie, de lijm

- Partners: Hoe heeft u elkaar ontmoet en waarom bent u voor deze partner gevallen?
- Kinderen: Kan je vertellen wat je leuk vindt in het contact met je vader/moeder?
- Vrienden: Wilt u vertellen waar u elkaar van kent?
- Wat is de reden dat u betrokken wilt blijven?
- Kunt u vertellen hoe uw relatie was voordat de cliënt een behandeling kreeg en hoe is die nu?
- Is de relatie veranderd? Speelt de aandoening daarin een rol?
- Hoe zou u de relatie met uw... willen omschrijven?
- Heeft uw .... zicht op wat het ziek zijn van hem of haar voor u betekent (zingeving)?
- Op welke momenten merkt u dat uw.... waardering heeft voor wat u doet?
- Heeft uw ... zicht op wat de ondersteuning voor u inhoudt? (praktisch)
- Voelt u zich wel eens schuldig? Kunt u een voorbeeld geven?
- Zijn er grenzen in wat u doet voor de ander?

Wat is de impact van de ondersteuning op het psychologisch welzijn van de naaste zelf?

Naasten maken verliezen mee. Dit kan op velerlei gebieden bijvoorbeeld de persoon voor wie zij zorgen verandert, vrienden vallen soms af en de levensloop kan veranderen als gevolg van de aandoening of symptomen.

- Wat belast u het meest?
  (Denk dan bijvoorbeeld aan veranderingen in eigen leven, in de relatie, in het stellen van grenzen, isolement, geen tijd voor jezelf, eenzaamheid, omgaan met moeilijk gedrag, gevangen zitten, anderen begrijpen niets van de aandoening, taboe en of stigma, het risico op een nieuw delict?)
- Waaraan merkt u dat de steun die u geeft bijdraagt aan welbevinden van cliënt?
- Heeft u het idee dat de zorg die u geeft, gewaardeerd wordt door de cliënt?
- Hoe is het voor u om te zien dat uw .... ziek is?
- Bent u wel eens blij, verdrietig of boos? En zo ja, in welke situaties?
- Hoe gaat u om met deze emoties?
- Zijn er wel eens dingen die u uit de slaap houden?
- Zijn er wel eens dingen waardoor het eten minder lekker smaakt of waardoor u meer bent gaat roken?
- Op welke momenten denkt u 'ik stop ermee'?
- Wilt u wel eens ontsnappen aan uw situatie?
- Wanneer twijfelt u of u de juiste steun geeft?
- Wat vindt uw omgeving er eigenlijk van dat u de zorg op u genomen hebt?

Gevolgen van het zorgen voor de eigen levensloop

Het leven van de naaste komt vaak in het teken te staan van de (gevolgen van) de aandoening van de cliënt. Hierdoor verandert de eigen levensloop en vaak worden eigen wensen en behoefte opzij gezet.

- Wat heeft het geven van de steun toegevoegd aan uw leven?
- Heeft de aandoening van uw... ook gevolgen gehad voor uw levensloop? Zo ja, hoe dan?
- Heeft u naast de zorg voor uw .... ook andere bezigheden?
- Vrijwilligers werk / Gezin of kleinkinderen / Hobby binnens- en/of buitenshuis?
- Kunt u vertellen wat die bezigheden voor u betekenen?

- Hebt u wel eens gestopt met een bezigheid of hobby? Weet u nog wat de reden is?
- Wat vindt uw omgeving er eigenlijk van dat u de zorg op u genomen heeft?
- Zijn er anderen waar u ook voor zorgt?

De mate van ervaren belasting

- Kunt u de zorg voor uw ….. wel eens uit uw hoofd zetten?
- Wat geeft u kracht?
- Voelt u zich wel eens vrij van verantwoordelijkheden?
- Huilt u weleens? Wilt u erover vertellen?
- Wat zou u graag hebben dat er gebeurt?
- Wat helpt u om de zorg te continueren?
- Bent u wel eens te moe om iets te ondernemen?
- Zijn er anderen die u helpen bij de zorg?
- Kunt u op iemand terugvallen of heeft u een vertrouwd persoon met wie u kunt praten over uw situatie?
- Bent u wel eens ziek of overspannen geraakt doordat u te veel verplichtingen tegelijkertijd had?

Wie zorgt er voor u?

- Waar haalt u uw steun vandaan, met andere woorden: wie zorgt er voor u (naasten, vrienden, religie, werk of andere activiteiten)?
- Bij wie kunt u helemaal uzelf zijn of uw hart uitstorten?
- Heeft u behoefte aan een persoon waarbij u uw hart kunt luchten?

Gedrag

Naasten kunnen worden geconfronteerd met gedrag waar zij niet altijd goed raad mee weten en waar zij veel spanning door kunnen ervaren.

- Weet u wat de aandoening van uw…… inhoudt?
- Hoe ervaart u het gedrag van uw…?
- Wat voor gedrag ziet u?
- Hoe gaat u daarmee om?
- Bent u wel eens gewond geraakt?

Eigen gezondheid

Door spanning en stress kan de naaste gezondheidsklachten krijgen. Daarom is het belangrijk om naar de gezondheid te vragen. Denk bijvoorbeeld aan;

- Hoe is het met uw eigen gezondheid?
- Zijn er veranderingen in de gezondheid?
- Diabetes
- COPD
- Hart en vaat problematiek (infarct, CVA, hoge bloeddruk)
- Medicijnen
- Slecht slapen
- Somberheid
- Hoge bloeddruk
- Pijnlijk lijf
- Zorgen maken of piekeren
- Anders?

Hoe is uw ervaren belasting?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Vraag aan de naaste welk getal het beste past bij de belasting die hij of zij ervaart
(0 is geen belasting en 10 is een ondraaglijke last)

Hoe is uw welbevinden?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Vraag aan de naaste welk getal het beste past bij het gevoel van welbevinden dat hij of zij ervaart. (0 is een sterk verminderd welbevinden en 10 is een uitstekend gevoel van welbevinden)

Afsluitende vragen
Tot slot sluit je het gesprek af met:
- Hoe heeft u het gesprek ervaren?
- Hoe zullen we dit gesprek vervolgen?
- Hoe gaat u nu naar huis?

Conclusie

Welke ondersteuningsbehoefte heeft de naaste?
Is het nodig om te verwijzen?
Zo ja, naar wie verwijs je?
Welke afspraken heb je gemaakt met de naaste(n)?

Ruimte voor opmerkingen en steekwoorden:

Bijlage 2: Evaluatieformulier voor gesprek met naasten

Je voert gesprekken met de naaste en zijn of haar verhaal staat centraal. Hoe ervaart iemand die gesprekken? Zit je op de goede weg? Met dit formulier vraag je daarnaar. De (korte) vragenlijst komt van de Session Rating Scale (SRS), een wetenschappelijk instrument van Miller, Duncan & Johnson (2000) vertaald in het Nederlands door Hafkenscheid e.a. Het gaat om vier stellingen die gaan over de persoonlijke ervaring van het gesprek. De naaste vult dit formulier aan het einde van ieder gesprek in.

Gespreksevaluatie

Op dit papier willen we graag uw mening hebben over een aantal zaken van het gesprek van vandaag. Zet u een kruisje in het hokje waarvan u het gevoel heeft dat het past bij uw mening. Zoals u weet is de werkwijze voor de ondersteuning van u als naaste steeds in ontwikkeling. Het gesprek van vandaag hoort bij die ontwikkeling en daarom is het extra belangrijk dat u uw mening geeft. Dus ook als u kritiek heeft, helpt dat ons verder.

Ik voelde me *niet* gehoord, begrepen of gerespecteerd.							Ik voelde me *wel* gehoord, begrepen en gerespecteerd.
We hebben *niet* gepraat over de onderwerpen waarover ik wilde praten.							We hebben *wel* gepraat over de onderwerpen waarover ik wilde praten.
De manier waarop de begeleider mijn onderwerpen / problemen bespreekt sluit *niet* bij me aan.							De manier waarop de begeleider mijn onderwerpen/ problemen bespreekt sluit *goed* bij me aan.
Er miste iets in het contact vandaag.							Over het geheel genomen vond ik het contact van vandaag in orde.

Begeleider:
Vignet:
Methode:
Datum:

sessie: 1 /2 /3 /4 / evaluatie

Bijlage 3: Vier typeringen van naasten

In de analyse van de situatie (gesprek 2) kom je uiteindelijk tot een voorlopige conclusie. Je kiest het meest passende type naaste en welke vorm van ondersteuning hij of zij nodig heeft. Wanneer de naaste de Welzijnsmeter heeft ingevuld heeft ook de naaste een type. Bespreek deze typen. Bij deze beeldvorming zijn vier typeringen van naasten behulpzaam. De typeringen laten de belevingswereld van de verschillende naasten zien.

In hoofdstuk 2 zijn twee groepen naasten beschreven. De eerste groep kenmerkt zich door medemenselijkheid. Het prototype heet dan ook de medemens. De tweede groep geeft de praktische en emotionele ondersteuning meer vanuit liefde en plicht. In de tweede groep zijn meerdere typen naasten te onderscheiden. Het gaat om de naaste als ondersteuner, de eenzame naaste en de gevangen naaste. Bedenk dat het om hypothetische typen gaat. In de praktijk kan een persoon meerdere typen vertegenwoordigen, afgestemd op de situatie. Het is dus geen wetenschappelijke classificatie. De beschrijving is vooral bedoeld om jou en de naaste te helpen bij de analyse van de situatie en om een keuze te maken voor een bepaald type interventie in stap 4.

NB: Op de online Welzijnsmeter vind je een vragenlijst waarmee mensen kunnen bepalen welk vignet het beste hun situatie beschrijft: www.altrecht.nl/naasten

Typering 1: De naaste als medemens

De medemens is tevreden over zijn of haar rol als naaste. De energie die deze naaste in de ondersteuning steekt en de energie die het oplevert zijn redelijk in evenwicht. Op momenten van crisis is de persoon niet altijd uit hun gedachten, maar de medemens ligt er niet wakker van.

Motivatie
De medemens is op vrijwillige basis betrokken geraakt bij de zorg voor de cliënt. De aanleiding was mogelijk heel praktisch van aard. Eenmaal in contact met de persoon voor wie hij of zij nu zorgt, werd de medemens geraakt door 'iets' in de situatie. Hierdoor is hij of zij langer betrokken gebleven, dan aanvankelijk gedacht. De medemens vindt het prettig iets te kunnen betekenen voor de ander. De medemens wil een positieve bijdrage leveren aan het bestaan van deze persoon. Ondanks zijn of haar betrokkenheid, weet hij of zij wanneer het te veel wordt. Op dat moment stopt de medemens met de ondersteuning.

De betekenis van de ondersteuning
Voor de medemens is de ondersteuning een verrijking van het leven. Hij of zij kan het verschil maken en een belangrijke bijdrage leveren aan het leven van degene voor wie hij of zij zorgt. De medemens ontvangt complimenten voor deze bijdrage.

Verwachtingen
De medemens accepteert de situatie en de relatie zoals deze is. Hij of zij heeft geen verwachtingen, maar accepteert dat de ander een (psychiatrische) aandoening heeft en daardoor

er minder aandacht en belangstelling voor de naaste kan hebben. Hij of zij begrijpt dat de ander niet altijd in staat is om 'dank je wel' te zeggen, maar ziet dat zijn of haar aanwezigheid belangrijk is.

Kennis over de aandoening
De medemens voelt een groot respect voor de cliënt. Kennis over de aandoening zelf vindt hij of zij niet erg belangrijk. De medemens kan zich, onder andere door een gedeelde geschiedenis, inleven in zijn of haar situatie. De medemens baseert beslissingen op het feit dat zijn of haar aanpak, ondanks soms boze reacties of protesten, geaccepteerd wordt door degene voor wie hij of zij zorgt. Op deze manier bereikt de medemens doelen in de ondersteuning.

Reactie op de cliënt
De medemens staat de cliënt met raad en daad bij, maar blijft zijn of haar rol zien als aanvullend op de beslissingen van een autonoom mens. Hij of zij is zorgzaam en hanteert een neutrale, voorzichtige, maar duidelijke no-nonsense stijl. De medemens twijfelt soms aan de eigen expertise maar beschikt over voldoende zelfvertrouwen en mensenkennis om met onzekerheden om te kunnen gaan.

Inpassen in het leven
De zorg legt een behoorlijk beslag op zijn of haar tijd, maar de medemens is in staat om de privacy en de eigen grenzen te bewaken. Deze naaste is breed geïnteresseerd en besteedt daarom ook graag tijd aan andere interesses. De eigen partner is akkoord met de tijdsinvestering en mogelijk is hij of zij ook betrokken bij de zorg.

Emoties
De medemens ervaart de ondersteuning van degene voor wie hij of zij zorgt als een vorm van verrijking van het leven. Het maakt hem of haar blij de eigen expertise te benutten om het leven van de ander te verlichten.

Mogelijke doelen voor de medemens
- Grenzen blijven bewaken en terugbrengen of voorkomen van ervaren belasting.
- Inzichtelijk maken van de samenwerking met de cliënt en ggz-hulpverlener.
- Crisissignaleringsplan zodat de naaste kan anticiperen op risicomomenten.

Typering 2: De naaste als ondersteuner

De ondersteuner vindt het logisch dat hij of zij voor de cliënt is gaan zorgen. Deze naaste heeft de zorg voor de cliënt in de afgelopen jaren ingepast in zijn of haar leven en daarin een redelijk maar kwetsbaar evenwicht gevonden. De energie die hij of zij in de ondersteuning steekt en de energie die het oplevert zijn echter niet altijd in evenwicht.

Motivatie
De ondersteuner voelt zich geroepen om ondersteuning te bieden en zal niet willen stoppen met de ondersteuning. Hij of zij ziet dat, ondanks de zorgen over de psychische gezondheid, de cliënt ook (af en toe) aandacht heeft voor hem of haar. Aan (kleine) uitingen van dankbaarheid of wederzijdsheid merkt deze naaste dat de ander ook verantwoordelijkheid wil nemen en dit respecteert hij of zij zeer.

De betekenis van de ondersteuning
De ondersteuner heeft het vermogen om zich in te leven in de consequenties van de psychiatrische aandoening en begrijpt hoe moeilijk het leven is voor degene voor wie hij of zij zorgt. Hij of zij voelt zich gewaardeerd, ondanks dat het leven met iemand met psychiatrische problematiek moeilijk is. De communicatie in de relatie is open, betrokken en gericht op 'samen een zo prettig mogelijk leven leiden'. Ook al ligt het initiatief veelal bij de naaste, in de relatie streeft hij of zij ernaar om zoveel mogelijk samen tot een oplossing voor problemen te komen.

Reactie op de cliënt
De ondersteuner staat de persoon met raad en daad bij, maar blijft zijn of haar rol zien als aanvullend op de beslissingen van een autonoom mens. Hij of zij is respectvol en zorgzaam en hanteert een neutrale, voorzichtige en niet-confronterende aanpak. De ondersteuner stimuleert en ondersteunt bij activiteiten en neemt deze niet snel over. De naaste van de ondersteuner omschrijft hem of haar als tolerant en creatief.

Kennis over de aandoening
De ondersteuner kent alle feiten over de psychiatrische aandoeningen en de medicijnen die nodig zijn om de symptomen in goede banen te leiden. In de loop der jaren heeft hij of zij geleerd om met de aandoening om te gaan. Soms twijfelt deze naaste aan de eigen expertise, maar hij of zij beschikt over voldoende zelfvertrouwen en mensenkennis om met onzekerheden om te kunnen gaan.

Inpassen in het leven
In de loop der jaren is de ondersteuner in staat geweest om verwachtingen bij te stellen en de ondersteuning een plek te geven in zijn of haar eigen leven. Ondanks het gevoel verantwoordelijk te zijn voor het regisseren van twee levens, heeft hij of zij een bepaalde mate van onafhankelijkheid behouden. Deze naaste geeft grenzen aan waardoor het leven niet alleen uit zorgen bestaat. Naast de zorg krijgt hij of zij ook waardering uit werk of activiteiten in de vrije tijd. Hij of zij is breed geïnteresseerd en besteedt daarom ook graag tijd aan andere interesses.

Emoties
De ondersteuner heeft in de afgelopen jaren de verwachtingen ten aanzien van de relatie met de cliënt bijgesteld. De naaste voelt zich regelmatig verdrietig, omdat het leven en de relatie met de ander anders gelopen is dan verwacht. Door de gevolgen van de aandoening er verliezen en kansen gemist. De naaste staat er, in zekere zin, 'alleen' voor en dat maakt dat hij zich ook wel machteloos kan voelen. Gevoelens van verdriet en verlies knagen, maar hij praat er liever niet over. Er zijn mensen die hem steunen, maar op de vraag 'wie zorgt er voor u', ligt het antwoord voor de hand namelijk: 'ikzelf'.

Achtergrond bij type 2
Naasten die (voornamelijk) onder typering 2 vallen, hebben ondanks de jarenlange gevolgen van de aandoening een redelijk maar kwetsbaar evenwicht gevonden. Zij ervaren verschraling van het leven op meerdere domeinen en hebben te maken met een beperking in hun handelingsvrijheid. Toch blijven ze actief zoeken naar de basisvoorwaarden voor geluk, namelijk erkenning, waardering, gelijkwaardigheid, samenwerking, wederzijds respect en bewondering en bevestiging als mens. De relatie met de ander is open en betrokken en gericht op 'samen een zo prettig mogelijk leven leiden'. In deze relaties, meestal met de partner, komen zij samen tot een oplossing voor de problemen waarvoor zij zich gesteld zien. Zoals in de situatie waarin de zieke man besluit dat hij zich elke zes weken een week laat opnemen in het verzorgingshuis. De echtgenote voelt zich door deze beslissing gewaardeerd.

Deze naasten zijn in staat om een bepaalde mate van onafhankelijkheid te behouden, ondanks het feit dat zij door afnemende mentale en/of lichamelijke kracht van de cliënt gedwongen zijn een leven voor twee personen te regisseren. Zij hanteren een probleemgerichte aanpak. Zij zijn tolerant, creatief en hebben inzicht in de aandoening. Ze bewaken hun eigen grenzen en kunnen ruimte maken voor hun eigen leven. Juist door de cliënt heel goed te kennen is men in staat om hem of haar te ondersteunen. Door de combinatie van deze eigenschappen weet men het leven te normaliseren. Ondanks het feit dat een leven met een persoon met psychiatrische problematiek best een moeilijk leven is, voelt men zich gewaardeerd en heeft men oog voor kleine uitingen van dankbaarheid of wederzijdsheid.

Mogelijke doelen voor de ondersteuner

- Ziekte-inzicht vergroten ten aanzien van wisselende omstandigheden.
- Concrete problemen helpen oplossen door informeren, kennis vergroten, meehelpen zoeken naar oplossingen of verklaringen.
- Handelingsrepertoire vergroten.
- Empowerment, wellicht door contact met lotgenoten.
- Concrete problemen helpen oplossen.
- Crisissignaleringplan zodat de naaste kan anticiperen op risicomomenten.
- Balans vinden tussen overnemen en stimuleren van activiteiten.
- Sociale kaart leren kennen.

Typering 3: De eenzame naaste

De eenzame naaste aanvaardt de zorg voor de naaste als iets dat op zijn of haar pad is gekomen en waarvan zij beiden de gevolgen moeten dragen. Deze naaste is de hele dag in touw om alles zo goed mogelijk te organiseren. Hij of zij voelt zich niet ongelukkig maar wel eenzaam, vooral in de relatie met de persoon voor wie hij of zij zorgt.

Motivatie

De eenzame naaste voelt zich geroepen om de ondersteuning op zich te nemen en wil niet stoppen met de ondersteuning. Deze naaste vindt het prettig iets te kunnen betekenen voor de ander, maar zou willen dat de ander meer oog voor zijn of haar inspanningen heeft.

De betekenis van de ondersteuning

De eenzame naaste omringt de naaste met goede zorg. Hij of zij regelt met liefde het praktische zaken en bijvoorbeeld de contacten met de buitenwereld. Ook ervaart deze naaste dat zij veel beslissingen die hen beide aangaan alleen nemen. Verjaardagen van de kinderen moeten immers wel gevierd worden of rekeningen die betaald moeten worden. Deze naaste hoopt dat de cliënt ziet dat hij of zij wil helpen om het leven lichter te maken. Toch merkt hij of zij dat de ander aan zijn of haar goede zorgen voorbijgaat. De eenzame naaste lijdt onder de gedachte dat de naaste de inspanningen niet altijd op waarde kan schatten. Hij of zij voelt zich dan eenzaam.

Kennis over de aandoening

De eenzame naaste is goed geïnformeerd over de inhoud van de aandoening. Ondanks al zijn of haar kennis en ervaring is het soms lastig om de juiste omgang met elkaar te vinden. Graag zou hij of zij weten hoe om te kunnen gaan met de aandoeningverschijnselen.

Reactie op de cliënt
De eenzame naaste staat de persoon met raad en daad bij, maar het lijkt of de deze het niet ziet. Daardoor kan de communicatie stroef verlopen. Dat komt mede door het feit dat de naaste de cliënt wijst op zaken die niet goed gaan of bij gebrek aan initiatief. Hij of zij twijfelt wel eens aan de eigen expertise maar laat dat niet merken. Telkens hoopt de eenzame naaste dat het morgen beter zal gaan.

Inpassen in het leven
De zorg legt een behoorlijk beslag op de tijd. De naaste gaat in zijn of haar ogen voorbij aan de verantwoordelijkheden die de eenzame naaste wel wil delen. Hij of zij wil daar graag over communiceren maar het lijkt of de ander dat niet wil. Om ergernis te besparen of om zichzelf te beschermen tegen de verwijten van de ander heeft deze naaste besloten om eigen activiteiten op te pakken. Veel liever zou hij of zij samen activiteiten ondernemen. De eenzame naaste verlangt naar vroeger. Toen voelde hij of zij zich nog niet buitengesloten en was het onderlinge contact nog gezellig. De naaste offert eigen tijd op en vindt het moeilijk om grenzen aan te geven.

Emoties
Eerlijk gezegd voelt de eenzame naaste zich wel eens slachtoffer van het veranderde leven. Hij of zij ervaart weinig waardering voor alles wat hij of zij doet. Hierdoor raakt deze naaste wel eens geïrriteerd of wordt hij of zij ongeduldig. Hij of zij trekt zich dan terug. Praten met naasten, vrienden of kinderen doet hij of zij liever niet.

Achtergrond bij type 3
Mensen die (grotendeels) vallen onder het vignet van de eenzame naaste voelen zich niet echt ongelukkig, maar wel eenzaam en alleen. Ondanks de bijna grenzeloze zorg voor de ander, het regelen van het huishouden, het onderhouden van contacten met wederzijdse kennissen en vrienden, krijgen zij alleen maar kritiek en klachten van de cliënt. Ze nemen de kritiek in ontvangst, en hoewel zij wel geïrriteerd raken, blijven ze zorgen. Ze verklaren het gedrag van de cliënt deels vanuit een technisch inzicht in de aandoeningen de verschijnselen. Ze weten bijvoorbeeld dat stress de aandoening kan verergeren, dus doen ze extra hun best voor de cliënt en organiseren ze met veel geduld hun twee levens. Tegelijkertijd begrijpen ze niet waarom ze geen erkenning krijgen voor alles wat ze doen. Deze naasten hebben immers het beste voor met de cliënt. Ze hebben hoge verwachtingen ten aanzien van de inhoud van de relatie. Samen eten, samen op vakantie, bijvoorbeeld, maar de cliënt lijkt dit nooit te willen. Het ondernemen van gezamenlijke activiteiten is in de ogen van de naaste een voorbeeld van erkenning. Het brengt het oude gevoel van contact en gezelligheid terug, waardoor de naaste zich niet langer eenzaam en buitengesloten voelt.

Deze naasten willen praten met de cliënt en begrijpen niet dat de ander niet naar hen wil luisteren. Het lijkt of de cliënt niet wil of kan luisteren naar de goede adviezen van de naasten. Het doet extra pijn om te zien dat de cliënt met anderen wel leuke dingen doet. De eenzame naaste voelen zich slachtoffer en vinden dat de cliënt, veelal de partner, ondanks een afname van ziekteverschijnselen, in gebreke blijft. De hoeveelheid zorgtaken wordt problematisch, omdat de cliënt daar klakkeloos aan voorbij gaat en zelf totaal geen initiatief lijkt te willen nemen 'terwijl hij of zij dat wel lijkt te kunnen'. Het ergert hen dat de ander niets doet. Het niet opruimen van bijvoorbeeld de tuinstoelen, het niet mee willen denken in een verbouwing van het huis, worden ervaren als een gebrek aan erkenning voor hen als belangrijke persoon en voelt als 'niet willen investeren in een gezamenlijk leven'.

Door de miskenning die deze naasten ervaren, zijn er veel gemaskeerde verwijten. Soms schetsen zij dat hun relatie veranderd is in een ouder-kindrelatie. Door de jaren heen is de band tussen de naaste en de cliënt veranderd van liefde naar een externe (ver)plicht(ing). Door hopeloosheid, gebrek aan perspectief en vereenzelviging met een slachtofferrol, kan men niet meer reflecteren op wat er aan de hand is.
En ook al wenst de naaste zich een heel ander leven, ook dit leven is een veilig leven geworden. De zorg geeft hem of haar een bepaalde status en is tevens belangrijk voor aardse zaken als de veiligheid van een huis, een bepaald inkomen en een plek voor de kinderen om op bezoek te komen.

Mogelijke doelen voor de Eenzame naasten

- Zichtbaar maken van de wederzijdse verwachtingen.
- Doorbreken van patronen en gedrag.
- Openen van wederzijdse communicatie.
- Leren nemen van gemeenschappelijke besluiten.
- Leren zien van rollen van slachtoffer en schuldige, de samenhang en de onderlinge afhankelijkheid.
- Crisissignaleringsplan zodat de naaste kan anticiperen op risicomomenten.

Typering 4: De gevangen of opgeslorpte naaste

De gevangen naaste kan zich een leven zonder de ander niet voorstellen maar voelt zich ook verstrikt in de zorg. Hij of zij wordt opgeslorpt door de zorg voor de ander. Op dit moment is het zwaar om de zorg vol te houden.

Motivatie

De gevangen naaste is de enige persoon die de ander kan ondersteunen, en daarom vindt hij of zij het logisch om de zorg op zich te nemen. Met deze zorg wil hij of zij de ander redden en overeind houden. Zo hoopt deze naaste dat de naaste zich weer prettig voelt.

De betekenis van de ondersteuning

Uit respect voor de naaste cijfert de gevangen naaste zichzelf weg. Hij of zij omringt de ander met goede zorg, regelt met liefde het huishouden, de contacten met de buitenwereld en neemt veel beslissingen die hen beiden aangaan. Wanneer familie of vrienden adviseren om meer tijd aan een hobby te besteden weet hij of zij eigenlijk niet meer hoe dat moet. Deze naaste is kan langzaam de weg naar zichzelf kwijt raken.

Kennis over de aandoening

Ondanks dat de gevangen naaste goed geïnformeerd is over de inhoud van de aandoening weet hij of zij niet meer hoe hij of zij om moet gaan met de symptomen van de aandoening en met het gedrag van de cliënt. Wat men ook doet, het lijkt niet te helpen.

Reactie op de persoon
De gevangen naaste wil de cliënt sparen. Om spanning en terugval te voorkomen vermijdt hij of zij confrontaties en gaat mee in gewoonten en rituelen van de naaste. De communicatie daarover verloopt stroef. Deze naaste twijfelt wel eens aan de eigen expertise maar laat dat niet merken. Onzekerheid over het beloop van de aandoening kan hem of haar verlammen.

Inpassen in het leven
De ondersteuning voor de cliënt bepaalt de dag. De aandoening is de baas en het leven staat in het teken van de dagelijkse zorg. Door vermoeidheid kan deze naaste zich moeilijker concentreren. Hij of zij raakt het overzicht over de dagelijkse dingen een beetje kwijt. Hij of zij denkt vooral aan vandaag en morgen. Plannen maken voor een langere termijn zijn nu niet mogelijk. De gevangen naaste offert de tijd op en vindt het moeilijk om zijn of haar grenzen aan te geven.

Emoties
De gevangen naaste is een gevoelsmens. Hij of zij lijdt onder het lijden van de cliënt, ligt regelmatig wakker en piekert. Hij of zij vraagt zich af of het allemaal wel weer goed komt. Hij of zij ervaart geen steun uit de omgeving. Praten met naasten, vrienden of kinderen doet deze naaste liever niet.

Achtergrond bij type 4
Mensen die zich (grotendeels) herkennen in typering 4 van de opgeslorpte naaste zijn de weg naar zichzelf kwijtgeraakt. Zij lijden en vibreren mee met het lijden van de cliënt. Ze denken vanuit de ander en wat de aandoening voor deze persoon moet betekenen en hebben daardoor een groot respect voor de zieke. Hun onzekerheid over het beloop van de aandoening, en wat het beloop beïnvloedt, verlamt hen. In het contact met de cliënt ervaren zij een grote handelingsonzekerheid. Deze naasten willen de cliënt graag redden, zijn of haar lijden wegnemen zodat de cliënt zich kan herstellen en weer opgewekt en vrolijk worden. Zij cijferen zichzelf helemaal weg voor de ander. Ze willen de cliënt ontzien en voegen zich naar de rituelen van de cliënt om zo extra stress door confrontaties te voorkomen. Zij sparen de cliënt om het hem of haar niet moeilijker te maken en vermijden grenzen om luxatie of verergering te voorkomen.

Hun leven komt in de loop van de tijd volledig ten dienste te staan van de cliënt. Zo kan het zijn dat zij geen zicht meer hebben op wie zij waren en wat zij zelf wilden voordat de aandoening in hun leven kwam. Niet nadenken over de toekomst helpt om het leven vol te houden. De ziek(t)e heeft immers de regie. Nieuwe feiten overvallen deze naasten waardoor zij het gevoel hebben achter de feiten aan te lopen. Zij piekeren over het geïsoleerde leven, over de aandoeningen of het allemaal wel weer goed komt. Vermoeidheid, verlies van het overzicht en de kans dat in de (nabije) toekomstplannen of uitjes niet door kunnen gaan, maken dat zij aan het overleven zijn. Ook deze naasten zijn op zoek naar voldoening. Door vrijwilligerswerk kunnen zij wat betekenen voor een ander en krijgen zij wel de waardering die ze zoeken.

Als het gaat om (volwassen) kinderen van ouders met langdurende psychiatrische problematiek, hebben zij in hun jeugd taken en verantwoordelijkheden op zich genomen die volgens de huidige maatstaven niet passen bij hun leeftijd en ontwikkeling. In de periode dat zij zelfzorg en een veilige thuishaven nodig hadden, zorgden zij ervoor dat hun ouder (en henzelf) niets overkwam. Zij namen de rol van de verantwoordelijke en deden hun best om het gezinsleven zo goed mogelijk te laten verlopen. Zij hadden weinig of geen vriendjes. Niemand mocht het immers weten. De aandoening van de ouder legt een grote druk op hen, maakt hen voortdurend eenzaam.

Mogelijke doelen voor de gevangen of opgeslorpte naaste

- Eigen leven heroveren zonder de ander te laten vallen.
- Inzicht verkrijgen in de samenhang en de interactie tussen hun twee levens.
- Leren reflecteren en grenzen stellen.
- Maatregelen nemen en zorgen voor professionele zorg voor de ander.
- Leren kennen van de eigen voorwaarden waardoor de naaste losser komt te staan in de situatie.
- Voorkomen van grotere fragmentatie van het eigen ik.
- Inzicht krijgen in wie men is en wat men leuk vond en/of vindt om te doen.
- Het hebben van een plan van eisen.
- Probleemgerichter leren denken en handelen.
- Crisissignaleringsplan zodat de naaste kan anticiperen op risicomomenten.

Bijlage 4: Topiclijst ten bate van de Themamethode

In dit document worden voorbeelden gegeven van vragen die je kunt stellen tijdens de counseling aan de hand van vier thema's.

Thema 1: (extra) spanningen in de interpersoonlijke relatie met cliënt en anderen in het sociaal netwerk

Het doel van dit thema is :

- Weten wat extra spanning geeft in de relatie
- Is er nog ruimte voor intimiteit?
- Is er nog ruimte voor eigen bezigheden?
- Welke verwachtingen heeft de naaste ten aanzien van de relatie en de toekomst?
- Wat weegt volgens de naaste zo zwaar dat het extra spanning met zich meebrengt?

Vragen:

- Hoe hebben jullie het samen?
- Praten jullie met elkaar?
- Waarover gaan de gesprekken?
- Hebben jullie wel eens een verschil van mening?
- Hoe sluiten jullie weer vrede?

Stel ook de vragen nog eens over in- en exclusiecriteria of het territorium, zoals die besproken zijn in interventie nummer 3.

Thema 2: (ingrijpende) rolveranderingen in de relatie en in het netwerk

- Zijn binnen uw relatie de rollen veranderd?
- Wat zijn nieuwe rollen en hoe worden die ervaren?
- Welke rol bent u kwijtgeraakt (veelal die van moeder, partner, geliefde…).
- Bij rolverandering gaat het niet alleen over 'de doe-rollen' zoals rekeningen betalen en boodschappen doen maar zeker ook de veranderingen in het nemen van initiatief, verantwoording etc.

Aanvullende vragen voor partners:

- Waar zorgde u vroeger voor en waar zorgde uw partner voor?
- Wie zorgde dat de kinderen op tijd naar school gingen? Vragen rondom de opvoeding?
- Wie zorgde voor de financiën, huishouden, de tuin, klusjes, enz.?
- Wie onderhoudt de sociale contacten?
- Heeft u ook wel weer eens een rol teruggegeven?

- Wie heeft bij u 'de broek' aan?
- Waar zorgt u nu voor en waar zorgt uw partner voor?
- Doet u het met plezier?
- Hoe ervaart u het dat u nu verantwoordelijk bent terwijl eerder uw partner de trekker was?
- Wat doet u pertinent niet?

Aanvullende vragen voor kinderen:
- Zijn er rollen veranderd in de loop der jaren, denk aan financiën, meedenken in het huishouden van uw ouders
- Hoort de rolverandering bij het natuurlijk proces tussen ouders en kinderen of ervaar je het anders?
- Hoe ervaar je het dan?
- Verandert het je dagelijks leven?

Je benoemt de rolveranderingen, die samenhangen met het naaste-zijn. Vraag door op de betekenis van de veranderingen voor de partner. Je bevordert daarmee het uiten van de daarmee verbonden emoties (winst, verlies, verschuivingen in de verwachtingen).

Thema 3: Veranderingen in sociale contacten waardoor eenzaamheid en sociale isolatie ontstaan

Het gaat hier vooral om de sociale contacten die betekenisvol zijn. Dus het aantal sociale contacten is wel belangrijk, maar belangrijker is het gevoel van saamhorigheid of wederkerigheid. Het gevoel van begrepen te worden of het gevoel dat de ander er is voor je en je niet veroordeelt. Let op patronen die zich hierin voordeden. Waardevolle contacten kunnen ook het werk zijn.

Dus je wilt weten:
- Hoe ziet het sociale netwerk eruit? Broers, zussen, vrienden, naasten buurtverenging, toneel etc. Voor kinderen is er soms de eigen partner.
- Welke relaties zijn betekenisvol voor de naasten?
- Welke relaties zijn vriendschappelijk?
- Welke mensen steunen de naasten in de rol als naasten?
- Waarom worden ze als steunend ervaren (is het emotionele steun of praktische)?

Vragen:
- Op wie kunt u altijd terugvallen?
- Welke contacten heeft u in het verleden als zeer prettig ervaren?
- Hoe komt het dat deze contacten er nu nog zijn (of niet meer zijn)?
- Welke aspecten zijn waardevol?
- Wat is niet optimaal?
- Wat verwacht u van toekomstige relaties?
- Wat doet u samen met uw partner t.a.v. sociale contacten (eventueel navragen: kaartclub, wandelen, uit eten gaan, boodschappen doen, naastenbezoek, verjaardagen)?
- Wat doet u alleen?
- Waar gaat u niet meer naar toe of welke persoon ziet u nu niet meer (bijvoorbeeld u gaat niet meer naar de club omdat uw partner niet alleen thuis durft te zijn)?
- Gaat u niet meer omdat uw partner nergens meer naar toe wil?
- Schaamt u zich wel eens over het gedrag van de partner?

Vervolgens vraag je of er opbouw is van sociale contacten of verlies van sociale contacten.

Thema 4: Gevoelens van verlies en rouw

Het gaat hier niet om rouw na dood, maar het verlies dat mensen ervaren die iemand verliezen aan een psychiatrische aandoening kan even intens zijn. Daarbij spelen de onderwerpen die je al benoemd hebt bij de eerste drie thema's – rolverandering, sociale contacten en de spanningen in de relatie – een rol. Rouw door verlies van de functie, de rollen, de persoon die je kende, verlies van hoop of toekomst en verlies door asymmetrie in relatie.
Door met de naaste verlieservaringen een naam te geven en de fasen van rouw uit te leggen kan een proces van aanvaarding in gang gezet worden. Heel vaak is de naaste zich niet bewust van deze emotie. Hij of zij voelt zich wel vaak verdrietig of boos of wanhopig. Dit kunnen *signs* en *symptoms* van rouw zijn. Rouwen gaat hier voor een groot deel over de onderbreking van verwachtingen. Verwachtingen die mensen hebben van het leven en de relatie zoals opleiding, baan, genieten van de kleinkinderen, reizen, vrijwilligerswerk. Ze rouwen om 'wat had kunnen zijn' en over wat ze nog allemaal hadden kunnen doen.

Vragen:
- Heeft u het gevoel dat u iets bent kwijtgeraakt?
- Is uw partner/ouder veranderd?
- Mist u hem of haar?
- Voelt u zich wel eens eenzaam?
- Bent u wel eens teleurgesteld?
- Voelt u zich wel eens boos?
- Is uw partner nog de persoon die u ooit hebt leren kennen (bijvoorbeeld de warmte en geborgenheid kwijt zijn)?
- Heeft u lichamelijke klachten: moe zijn, slecht slapen, geen eetlust, niet kunnen concentreren, het gevoel dat er een steen op uw maag ligt, hoofdpijn, hartkloppingen, enzovoorts.
- Is het leven anders gelopen dan u had verwacht?
- Hoe is het om aan de toekomst te denken?
- Hoe ziet die toekomst er volgens u uit?

Vragen stellen aan de hand van de fasen van rouw van Kubler-Ross:
- Ontkenning: hoe voelde dat, wat voelde u?
- Boosheid: hoe was uw stemming?
- Onderhandelen: wat ging u eraan doen?
- Depressie: hoe voelde u zich erbij?
- Aanvaarding: hoe gaat u nu om met dat wat u verloren bent?

Vervolgens de fasen uitleggen en de rouwreacties benoemen, maar ook de mate waarin het ervaren werd, uitvragen.

Vragen stellen over de veerkracht:
- Heeft u in het verleden wel eens een verlies of een verdrietige situatie meegemaakt?
- Hoe ging dat toen? Hoe ging u er toen mee om en is er een overeenkomst met nu? Is er verschil? Zo ja, wat is die overeenkomst of dat verschil?
- Wat gaat goed?

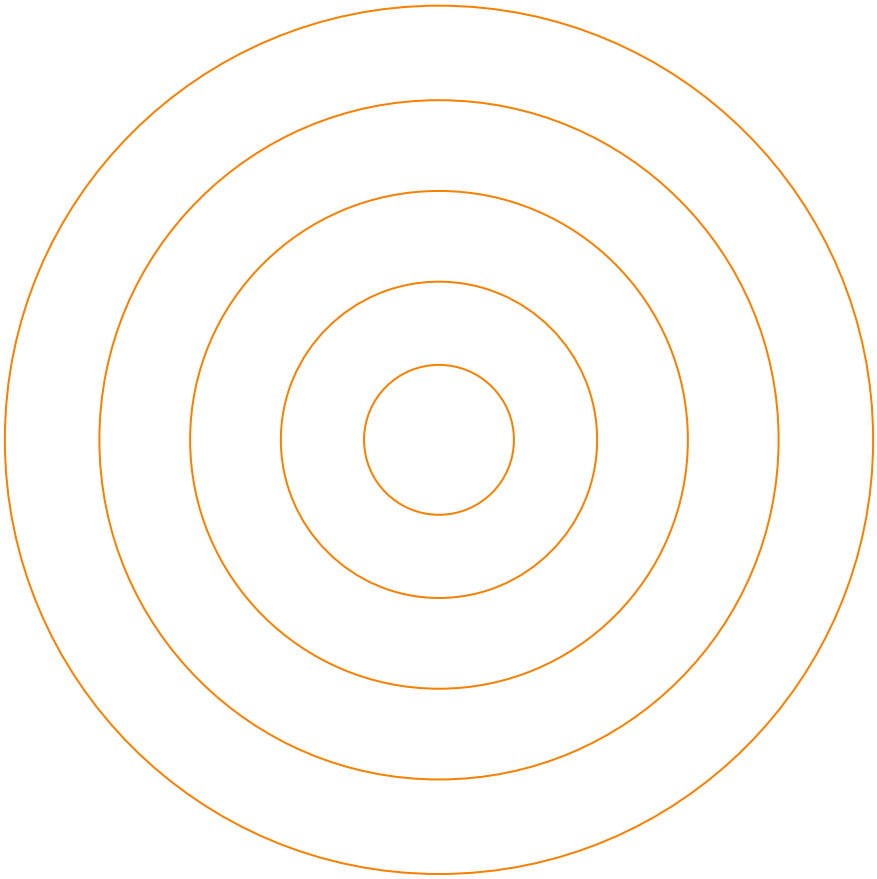
Bijlage 5: Sociogram

Om het sociale netwerk in kaart te brengen, kun je een sociogram maken samen met de naaste. Het sociale netwerk is een netwerk van mensen of groepen mensen, bijvoorbeeld een vriendengroep en kennissen die elkaar kennen of samenwerken. Naasten van cliënten met psychiatrische problematiek hebben ook een netwerk. Dit netwerk kan helpen om de ondersteuning voor de cliënt vol te houden. Soms kunnen leden van het netwerk praktische zaken regelen, soms kunnen zij emotionele steun bieden.

Een sociogram gebruik je wanneer de naaste zich meer bewust wil worden van de mogelijkheid en de noodzaak van praktische en /of emotionele steun voor zichzelf. Een sociogram maakt het mogelijk om sociale verbindingen en relaties zichtbaar te maken.

Opdracht

Breng de mensen uit uw sociale netwerk in kaart. Dit kunnen uw naasten zijn maar ook goede vrienden of een persoon bij de tennis. Kijk nu naar de tekening. Plaats uzelf in het midden. In de cirkels om u heen plaatst u de mensen uit uw netwerk.



Sociogram om in te (laten) vullen

Werkwijze:

1. Zet uzelf in het midden en zet alle belangrijke anderen in de cirkels eromheen. Dat kunnen ook mensen zijn die overleden zijn. Zo wordt dit een overzicht van de mensen die voor u een rol van betekenis spelen. Als uw religie een belangrijke rol in uw leven speelt, kan die er ook worden bijgeschreven (God, Boeddha etc). Mensen met wie u ruzie heeft en die invloed op u hebben, horen ook op dit papier, maar zullen dan waarschijnlijk verder weg staan. Misschien wel buiten de cirkels en ergens aan de rand.
2. Vervolgens kunt u met een andere kleur aangeven hoe of waar mensen eerst stonden (voor de aandoening) zodat u een beeld krijgt van veranderingen. Welke mensen zijn verdwenen of zijn later aangeschoven?
3. Tot slot kunt u met een derde kleur aangeven hoe u het zou willen hebben. U kunt daarbij ook letten op eventuele gaten of vacatures (gewenst persoon).
4. U kunt ervoor kiezen om de oefening eerst te doen aan de hand van praktische steun die u ervaart van mensen om u heen. Vervolgens kunt u de cirkel nogmaals gebruiken om uit te werken van welke personen u emotionele steun ervaart.

Vervolgvragen:

- Hoe heeft u deze oefening ervaren?
- Zijn de cirkels voor de persoon in kwestie genoeg gevuld of is er ruimte voor nieuwe mensen/ vriendschappen?
- Aan welk soort ondersteuning heeft u behoefte?
- Bij wie kunt u terecht wanneer … (weekendverlof, er even tussenuit)?
- Hoe wilt u omgaan met vacatures?
- Wie wilt u daarvoor vragen?
- Hoe gaat u hen om hulp vragen?

Bijlage 6: Oefening over rollen en rolverandering

In ons leven vervullen we diverse rollen. We zijn partner, kind, werknemer, vriend(in), buurman, sporter en misschien ook naaste. We kunnen zijn ook regelaar, bemiddelaar etc. Door de ondersteuning voor de cliënt kunnen rollen veranderen of verschuiven. Dit gaat vaak ongemerkt.

In deze oefening gaat het om de bewustwording over de rollen die u vervult. Bewustwording van deze rollen kan helpen om inzicht te krijgen in de gevolgen van de ondersteuning voor uw dagelijks leven.

Naar aanleiding van de oefening (zie voorbeeld) bespreken we de rollen die u nu vervult. Vervolgens kijken we welke rollen de meeste aandacht krijgen in uw leven om daarna te bespreken of u daarin verandering zou willen aanbrengen.

Voorbeeld

In dit voorbeeld is de naaste een dochter:

Beschrijving van de rollen

	5 juni jl.	**NU**	**TOEKOMST**
1	moeder	ik	ik
2	echtgenoot	moeder	echtgenoot
3	naasten	echtgenoot	moeder
4	werknemer	naasten	werknemer
5	Ik	werknemer	dochter
6	dochter	dochter	zus
7	zus	Zus	vriendin
8	(vriendin)	(vriendin)	naasten
9	(kennis)	(kennis)	kennis

Ik	volwassen vrouw, met eigen wensen, ambities en hobby's, met eigen levensritme
Echtgenoot	partner/vrouw van E.
Moeder	moeder van T. (ouder/begeleider/opvoeder)
Werknemer	projectleider bij werkgever
Dochter	dochter van mijn vader en mijn moeder en schoondochter van mijn schoonmoeder
Zus	van mijn broer E. en mijn zusjes M. en T.
Vriendin	vriendin van mijn vrienden en vriendinnen (leeftijds- en studiegenootjes)
Naasten	naasten van mijn moeder
Kennis	bekende van ouders van leeftijdsgenootjes van T., bekende van buren en verre (voormalige) vrienden/vriendinnen.

Welke rol(len) vervult u?

Opdracht 1
Schrijf negen rollen op die u vervult in uw leven.
Onderzoek welke rollen u meer of minder vervult.
De volgende vragen kunnen je helpen om dat te ontdekken:

- Welke rol speel je als een partner/ouder/vriend/collega en waarom?
- Wat zijn de voordelen en de nadelen van elke rol?
- Is er een verschil tussen de rol die je speelt binnen je gezin of relatie, en die daarbuiten?
- Is er ooit een situatie geweest waarin u vrij was van rollen?

Opdracht 2
Orden de negen rollen in de volgorde waarin u ze vervult.
De volgende vragen helpen om dat te ontdekken:

- Hoeveel tijd kunt u besteden aan de rol?
- Welke rol 'moet' en welke voelt als vrije keuze?
- Welke rol is een wens en welke rol is werkelijkheid?

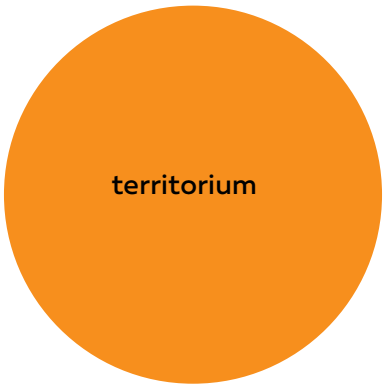
Opdracht 3
Onderzoek of u een verandering aan wilt brengen in het vervullen van rollen.
De volgende vragen helpen om dat te ontdekken:

- Welke rol past bij u?
- Welke rol vindt u prettig om te doen?
- Waar wilt u afscheid van nemen?

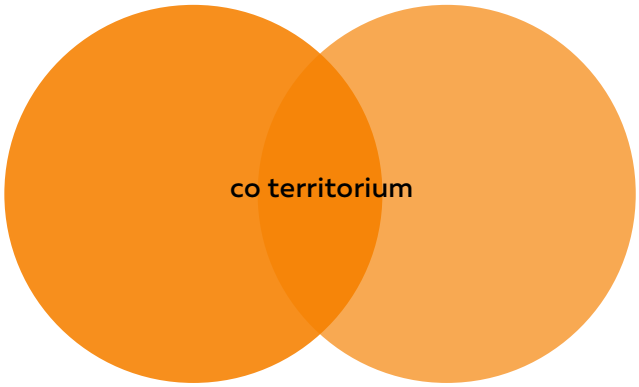
Schrijf de volgorde van de rollen op zoals u deze zou wensen in de nabije toekomst.

Bijlage 7: Territorium

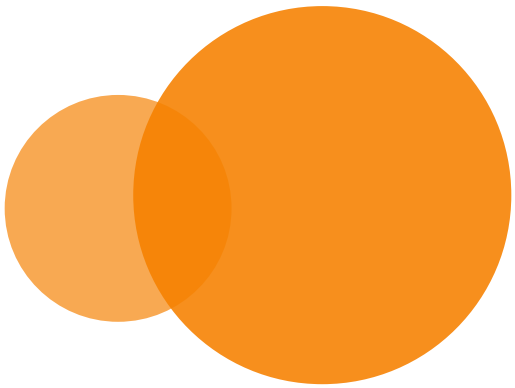
Op deze pagina staan voorbeelden van psychologisch territorium.



Deze cirkel vertegenwoordigt het territorium van 1 persoon met alle unieke eigenschappen



Deze twee even grote cirkels overlappen en in de overlap is alles wat men samen deelt



Deze cirkels zijn een voorbeeld van hoe een verandering in de balans er uit kan zien. De grote cirkel heeft veel plek in genomen t.o.v de kleine cirkel en ook de overlap is kleiner geworden. Vraag de naaste om de cirkels te tekenen vanuit hun gevoel.

Literatuur

1. Kwaliteiteitskader forensische Zorg 2021-2024. https://www.psynip.nl/wp-content/uploads/2021/08/20210209-Kwaliteitskader-FZ-versie-0.13.pdf

2. Haggard, U., C.H.Gumpert, M.Grann. Against all odds. A qualitative follow-up study of high-risk violent offenders who were not reconvicted. Journal of Interpersonal Violence, 2001, 10: 1048- 1065.

3. Laws, R.D., & Ward, T. Desistance from Sex Offending: Alternatives to Throwing Away the Keys. New York, Guilford Press, 2011.

4. Vogel, V.de., C. Ruiter, Y. d., Bouman, M. de Vries Robee. SAPROF. Richtlijnen voor het beoordelen van beschermende factoren voor gewelddadig gedrag. Utrecht: Forum Educatief, 2007.

5. mindplatform.nl/nieuws/onderzoek-naasten-en-familiebeleid-in-de-forensische-zorg

6. Naasten. Samenwerking en ondersteuning naasten van mensen met psychische problematiek. www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/samenwerking-en-ondersteuning-naasten-van-mensen-met-psychische-problematiek/inleiding

7. Swinkels, L.T.A., van der Pol, T.M., Popma, A., ter Harmsel, J.F., Dekker, J.J.M. (2020). Improving mental wellbeing of forensic psychiatric outcliënts through the addition of an informal social network intervention to treatment as usual: a randomized controlled trial. DOI: 10.1186/s12888-020-02819-2

8. Slaats, M. (2013). Ervaringen van familieleden en naastbetrokkenen. In J. Baars & E. van Meekeren (Ed.). Een psychische stoornis het je niet alleen (1ste) (pp143-159. Amsterdam, Boom

9. Eassom E, Giacco D, Dirik A, Pribe S Implementing family involvement in the treatment of cliënts with psychosis: a systematic review of hindering and facilitating factors. BMJ open 2014; 4: e006108.

10. Glick ID, Stekoll AH, Hays S. The role of the family and improvement in treatment maintenance, adherence, and outcome for schizophrenia. J Clin Psychopharmacol 2011; 31:82 – 5

11. Garety PA, Fowler DG, Freeman D, et al. Risk of harm after psychological intervention: authors reply. Br J Psychiatry, 2008; 193:345-6.

12. Fleury M-J, Grenier G, Caron J, et al. Cliënts report of help provided by relatives and services to meet their needs. Community Ment Health J 2008; 44:271–81.

13. Tempier R, Balbuena L, Lepnurm M, et al. Perceived emotional support in remission: results from an 18-month follow-up of cliënts with early episode psychosis. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2013; 48:1897 – 904

14. Schofield N, Quinn J, Haddock G, et al. Schizophrenia and substance misuse problems: a comparison between cliënts with and without significant carer contact. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2001; 36:523-8.

15. Andrews, D.A., Bonta J. The psychology of criminal conduct (6th ed.). New Providence, US: LexisNexis; 2017.

16. Uw naasten opgenomen in een forensische kliniek. Wat betekent dat voor u als naasten en naastbetrokkenen. Uitgave van het Expertise centrum forensische Psychiatrie te Utrecht.

17. Pol, TM, van der, Henderson CE, Hendriks V, Schaub MP, Rigter H. Multidimensional Family Therapy Reduces Self-Reported Criminality Among Adolescents With a Cannabis Use Disorder. Int J of Their Comp Criminol, 2018: 1573-1588.

18. Zegwaard MI, Aartsen MJ, Grypdonck MHF, Cuijpers P. Mental health nurses' support to caregivers of older adults with severe mental illness: A qualitative study. BMC Nursing 2015; 14:37

19. Brodaty, H., Grren, A., Koschera, A. Meta-analyses of psychosocial interventions for caregivers of people with dementia. Journal of American Geriatric Society 2003; 51, 657-64.

20. Rose, LE, Malison, R, Gerson, LD. Mastery, Burden and areas of Concern among Family Caregivers of mentally ill Cliënts. Archives of Psychiatric Nursing 2006; 20: 41-51.

21. Spijker, AMA, Vernooij-Dassen, M, Vasse, E, Adang, E, Woltersheim, H, Grol, R, Verhey, F. Effectiveness of Nonpharmacological Interventions in Delaying the Institutional of Cliënts with dementia: A Meta-Analysis. Doi:10.1111/j.1532-5415.2008.01705x

22. www.trimbos.nl/kennis/ggz-erkende-interventies/pimm/

23. Cuijpers P (1999). The effects of family interventions on relatives' burden: a meta-analysis. Journal of Mental Health (8), 275-285.

24. Muhlbauer SA (2002) Navigating the Storm of Mental Illness: Phases in the Family's Journey. Qualitative Health research 12, 1076-1092.

25. Zegwaard MI, Aartsen MJ Grypdonck MHF, Cuijpers P: Perceived burden of informal caregivers of elderly persons with a severe functional psychiatric syndrome and concomitant problematic behaviour: A conceptual model. Journal of Clinical Nursing 2011, 20: 2233-58.

26. Manu Keirse. Helpen bij verlies en verdriet. Een gids voor het gezin en de hulpverlener 2017 Lannoo

27. Zegwaard MI, Aartsen MJ Grypdonck MHF, Cuijpers P. Differences in impact of long term caregiving for mentally ill older adults on the daily life of informal caregivers. A qualitative study. BMC Psychiatry 2013, 13: 103.

28. Holland Hansen, N., Bjerrekaer, L., Pallesen, K.J., Juul, L.& Fjorback L.O. The effect of mental health interventions on psychological distress for informal caregivers of people with mental illness: A systematic review and meta-analyses. Front.Psychiatry, 2022. DOI.org/10.3389/fpsyt.2022.949066

29. Gallagher SK, Mechanic D. Living with the mentally ill: effects on the health and functioning of other household members. Soc Sci Med 1996;42:1691–701.

30. Bohlmeijer E, Mies L & Westerhof G (2007). De betekenis van levensverhalen. Theoretische beschouwingen en toepassing in onderzoek en praktijk. Bohn Stafleu van Loghum Houten.

31. Duncan, BL, Miller SD, Sparks JA, Claud, DA, Reynolds LR, Brown, J, Johnson, LD. The Session Rating Scale: Preliminary Psychometric Properties of a Working Alliance Measure. Journal of Brief Therapy 2003; 3-12

32. Bakker CB & Bakker – Rabdau MK (1973). Verboden toegang. Verkenning rond het menselijk territorium. De Nederlandsche boekhandel. Antwerpen/Amsterdam.

Colofon

Auteur: Marian Zegwaard (Altrecht)

In samenwerking met: Prof. Dr. Pim Cuijpers (VU Amsterdam), Prof. Dr. Mieke Grypdonck (Verplegingswetenschap Gent), Dr. Marja Aartsen (NOVA-Norwegian Social Research), Eric de Ruijter Korver (Altrecht)

Eindredactie: Nynke Geertsma, communicatieadviseur bij MIND
Vormgeving: Ontwerpbureau Suggestie & Illusie
Illustratie: 123RF

Met dank aan: Everdien de Geus (verpleegkundige en PINM-trainer Altrecht), Caressa van Nieuwenhoven (maatschappelijk werker en PINMFz-trainer Woenselse poort), Sanne van Deuveren (criminologe), Margriet Paalvast (projectleider MIND)

Info PINMFz en trainingen download
www.ithinks-learning.nl

Voor de Welzijnsmeter voor naasten ga naar: www.altrecht.nl/naasten

PIMMFz is PINMFz geworden omdat de woorden interactie en naasten anno 2022 vollediger zijn dan interventie en mantelzorger. Voor de beschrijving erkende ggz-interventie PINM ga naar: www.trimbos.nl/kennis/ggz-erkende-interventies/pimm

Overname van informatie uit deze publicatie is toegestaan onder voorwaarde van bronvermelding. © MIND, IThinks-learning en Altrecht

Maart 2010, eerste editie PIMM, Pakket Interventie Mantelzorg op Maat
Juni 2016, tweede herziene editie PIMM
Oktober 2022, derde herziene editie PINMFz

PINMFz is mogelijk gemaakt door een samenwerking van iThinks-learning, Altrecht GGZ, MIND, programma Koers en Kansen van ministerie SZW en alle andere deelnemers aan het project.