

Maakt gehechtheidsgerichte zorg een (h)echt verschil?

Implementatie van een gehechtheidsgericht begeleidingskader op een opnameafdeling voor jongvolwassenen



Ilse Devacht,
klinisch psycholoog en ABFT-
therapeute De Zeilen 1, Asster



Wim Sieprath,
referentieverpleegkundige
vrijheidsbeperkende maatregelen
De Zeilen 1, Asster



Evelien Carlier,
orthopedagoog De Zeilen 1, Asster

Afdeling De Zeilen 1 van het psychiatrisch ziekenhuis Asster richt zich specifiek op de doelgroep **jongvolwassenen** (18 tot en met 23 jaar) met diverse en ernstige mentale gezondheidsproblemen. De jongvolwassenheid is een transitiefase in de menselijke biopsychosociale ontwikkeling gekenmerkt door specifieke ontwikkelingsuitdagingen of zoals de overgang naar werken of hoger onderwijs. Uit onderzoek blijkt dat het menselijk brein verder uitrijpt tot gemiddeld de leeftijd van 25 jaar. Wanneer die ontwikkeling gecompromiteerd werd door extreme stress ten gevolge van life events en/of mentale gezondheidsproblemen is aangepaste zorg in die levensfase van cruciaal belang om de transitie naar de volwassenheid te kunnen doormaken. Die aangepaste zorg behelst, naast het behandelen van psychiatrische stoornissen en psychische klachten, dan ook het opnieuw op het spoor krijgen van de biopsychosociale ontwikkeling. **Gehechtheidstheorie en -onderzoek** kan ons, in aanvulling op een gedragstherapeutisch behandelkader, uitgangspunten bieden rond het 'back on track' brengen van de ontwikkeling bij jongeren. Vanuit de gehechtheidstheorie is het invullen van de universele menselijke nood aan autonomie, competentie en verbondenheid van groot belang voor ons mentaal welzijn en gezondheid. Doorheen de levensloop zijn het eerst de ouder(s) of primaire zorgfiguren (samen ook 'primaire gehechtheidsrelaties' genoemd) die de invulling van die noden bieden en faciliteren met sensitieve en responsieve zorg. Vertrekkend vanuit die basis, doorheen leerprocessen van internaliseren en generaliseren, worden jongeren zelfredzamer en onafhankelijker van hun thuisbasis voor de invulling van die noden. Wanneer kinderen, op basis van herhaalde ervaringen met die sensitieve en responsieve zorg, vertrouwen ontwikkelen in de beschikbaarheid van zorg wanneer ze in nood zijn of onder stress staan, ontwikkelen zich veilige gehechtheidsrelaties. Onderzoek wijst uit dat die veilige gehechtheid een belangrijke buffer vormt tegen de impact van stressoren in het leven. Omgekeerd is een gebrek aan vertrouwen in zorg of onveilige gehechtheid, een kwetsbaarheidsfactor voor de ontwikkeling van mentale gezondheidsproblemen.

Vanuit die inzichten werden op De Zeilen 1 de afgelopen vier jaar twee zaken geïmplementeerd. Het zorgaanbod werd uitgebreid met gezinstherapie volgens het evidence based **Attachment-Based Family Therapy** (ABFT) model (Diamond & Levy, 2014). Daarnaast werd een gehechtheidsgericht begeleidingskader (Attachment-Based Residential Care of ABRC) voor het interdisciplinaire team uitgewerkt en geïmplementeerd (Devacht, Bosmans et al., 2019). Daar waar ABFT gezinstherapie ingezet wordt bij daartoe geselecteerde jongvolwassenen (jovo's) en hun gezinnen, geldt de ABRC bejegening voor elke opgenomen patiënt op De Zeilen 1.

Het **ABFT model** is evidence based voor de behandeling van depressieve en suïcidale adolescenten in ambulante setting (Diamond et al., 2014). In onze werking werd het model licht aangepast voor jongvolwassenen met diverse en multiple psychiatrische en ontwikkelingsproblematieken in residentiële zorg. Het goed gestructureerde gezinstherapeutische traject behelst vijf therapeutische fasen of taken en telt ideaal een 16-tal sessies. De kern van het model is dat eerst toegewerkt wordt naar herstel van de relationele breuken en van het vertrouwen tussen ouders en de jongere. Dat vormt de basis voor gezamenlijke herstelinspanningen tussen ouder(s) en jongere voor de moeilijkheden en uitdagingen die de jongere ondervindt.

Het **ABRC begeleidingskader** voor het interdisciplinaire team ondersteunt die relationele doelstellingen van ABFT. Het kader focust op twee belangrijke elementen. Vooreerst werken teamleden toe naar het als het ware opnieuw 'online krijgen' van het gehechtheidssysteem van een zwaar gekwetste jongere via correctieve ervaringen met (ook professionele) zorg. Wanneer een jongere bijvoorbeeld kan ervaren dat hij in gesprek met een begeleider au sérieux genomen wordt wanneer hij of zij zich vragen stelt over het leven, kan dat iets van vertrouwen in hulp herstellen. Doel is dat een jongere, vanuit een hersteld vertrouwen in zorg, opnieuw kan seinen wanneer de stress oploopt en daarbij hulp kan vragen, teneinde de stress beter te kunnen dragen en eventuele problemen aan te pakken. In die

aanpak opereren hulpverleners tijdelijk als transitieonele zorgfiguren, ook 'ad hoc'-gehechtheidsfiguren genoemd (Santens et al., 2018; Verschuieren, 2015). Die wordt dan een bron van steun ten tijde van stress op de afdeling. De boodschap daarbij is als het ware: 'Ik ga je nu proberen te bieden, datgene waarvan ik hoop dat je eigen primaire zorgfiguren het binnenkort opnieuw zullen kunnen bieden.'

Een tweede element betreft het installeren van een veilig leerklimaat, waarbinnen de biopsychosociale ontwikkeling van de jongvolwassene opnieuw op het spoor kan komen. Er kwam een verschuiving in de bejegening door het team: van een eenzijdige focus van teamleden op regels en grenzen naar een doelgerichte samenwerking tussen teamleden en jovo's om autonomie, competentie-beleving en relationele verbondenheid te promoten. De behandel-focus werd dus verbreed en verdiept. Van een focus op gedragsmanagement en probleemoplossing evolueerde men naar een meer sensitieve en responsieve relationele zorg als basis voor gedragsregulatie en probleemhantering. Concreet toont zich dat onder andere in de benadering wanneer patiënten acting-out gedrag stellen, dissociëren, fugeren, kortom wanneer hun emotie- en gedragsregulatie faalt. Het team werkte het crisisontwikkelingsmodel verder uit vanuit de gehechtheidsgerichte benadering. Daarbij wordt acting-out gezien als een gebrek aan innerlijke veiligheid. Een gehechtheidsnood is getriggerd en kan niet op een pro-sociale manier geuit worden.

Terwijl dat voorheen veelal gezien werd als regelbrekend gedrag en isoleren en eventueel fixeren als maatregel werd ingezet ter 'consequentie', zal de patiënt nu benaderd worden om extern de veiligheid en de containing te bieden die op dat moment nodig is. Teamleden proberen op verschillende wijzen het contact te herstellen om na te gaan wat de patiënt nodig heeft om minimale zelfregulatie te herwinnen. Wanneer de patiënt kan aangeven dat externe beveiliging nodig is en dat gezien de infrastructuur moeilijk kan op een gemeenschappelijke kamer, wordt in de mate van het mogelijke in gezamenlijk overleg overgegaan tot een korte tijdsspanne in de time-out ruimte. Over die episodes wordt telkens nagepraat in het team en met de

patiënt om gezamenlijk te evolueren in een regulatie-aanpak die werkt voor die patiënt.

Steven Dewulf, zorgmanager van De Zeilen, beschrijft het verschil in aanpak tijdens een interview over de effecten van ABRC als volgt: *“Voor de start van het ABRC-project deed het team vooral eenzijdige interventies. Teamleden beslisten wat te doen bij een crisis en welke vrijheidsbeperkende maatregelen noodzakelijk waren. Ik herinner me een moment van drie jaar geleden. Een patiënte die heel dissociatief en gespannen was, probeerde te fugeren. Ik kon vanop mijn bureau de hele situatie zien gebeuren. Ik zag de patiënte wegllopen en ik zag twee teamleden haar achterna komen. Ze liepen niet, maar wandelden. Ze haalden haar in, liepen naast haar en begonnen te praten. Ze brachten haar terug in de realiteit, door connectie te maken. Enkel door te praten en nabij te zijn. Ze hadden oog voor haar noden. Tegen de tijd dat ze aan het einde van het domein gekomen waren, was de patiënte meer alert, was ze terug in het hier-en-nu. Op geen enkel moment raakten ze haar aan, op geen enkel moment namen ze het over. Ze praatten haar een weg terug naar de afdeling. Het was in connectie gaan, op een klinisch relevant niveau.”*

In een eerste evaluatie over de ABRC implementatieperiode van vier jaar blijkt dat er zich een aantal veranderingen in de positieve zin aftekenen over het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen op De Zeilen 1. Zo zijn er aantal opvallende verschuivingen in de redenen voor isolatie. Anno 2018 wordt de isolatieprocedure minder ingezet als ‘antwoord’ op automutilatie (van in 42,5% van de isolaties in 2015 naar 12,5% van de isolaties in 2018) en minder om agitatie (14,29% in 2016, 8,34% in 2018) aan te pakken. Vooral suïcide-gevaar als reden stijgt: van 30% in 2015 naar 45,83% in 2018. Naar een prikkelarme ruimte gaan is dus meer een tool geworden voor de patiënt zelf, wanneer dieervaart dat de situatie voor zichzelf onveilig is of aan het worden is.

Verder zien we een zeer forse daling in de duur van een afzondering: in 2015 bleef een patiënt gemiddeld 35 uur in de isolatiekamer, in 2019 was dit nog slechts gemiddeld 5 uur. Dit is een groot verschil met de gemiddelde duur op vergelijkbare afdelingen in het ziekenhuis.

Op heden wordt er ook minder gebruik gemaakt van fixatie (in 57% van de gevallen in 2015 en nog slechts in 29% van de gevallen in 2018), extra toegediende medicatie (51 eenheden in 2015, 38 eenheden in 2018), en bijstand van hulpverleners van andere afdelingen (84 keer in 2015, 41 keer in 2018). Indien die zaken toch nodig zijn, is het vaker in overleg met de patiënt.

Uit onderstaande cijfers van het ziekenhuis blijkt dat het aantal isolaties op de afdeling sterk gedaald is in de periode 2015-2017 (van 161 per jaar naar 65 per jaar) om in de loop van 2018 opnieuw te stijgen, naar 114 afzonderingen per jaar. Wij onderzoeken

momenteel naar de mogelijke verklaringen daarvoor. Toegenomen zorgzwaarte, het toegenomen inzetten van die maatregel in overleg met de patiënt en de grote stijging in het aantal gedwongen en vrijwillige crisisopnames, zijn voorliggende hypothesen. Ondanks die omkering van de dalende trend in 2018 (en wellicht in 2019 op basis van de eerste cijfers), ligt het aantal isolaties op de Zeilen 1 in vergelijking met het aantal op vergelijkbare afdelingen lager.

	2015		2016		2017		2018	
	Aant. Afzond.	Aantal personen	Aant. Afzond.	Aantal personen	Aant. Afzond.	Aantal personen	Aant. Afzond.	Aantal personen
De Zeilen 1	161	18	143	18	65	18	114	29
Eindtotaal	161	18	143	18	65	18	114	29

We durven een verband veronderstellen tussen onze gewijzigde behandelaanpak en die veranderingen, gezien het feit dat er in dezelfde periode geen infrastructurele optimalisaties gebeurden. De afdeling telt slechts enkele 1-persoonskamers en beschikt niet over een comfortroom. Uit patiëntenkenmerken blijkt bovendien dat de ernst en intensiteit van de zorgnood van de doelgroep voor residentiële psychiatrie is gestegen. Dat is de algemene tendens in Vlaanderen door de intensifiëring en vermaatschappelijking van de zorg. Ook in onze cijfers en beleving is dat te merken. Zo zijn er steeds meer gedwongen (dus in geval van acute crisis) opnames in vergelijking met een aantal jaar geleden (zie onderstaande tabel). Dat betekent dat we vaker te maken krijgen met jongvolwassenen die niet gemotiveerd zijn voor therapie of behandeling, die zelf geen hulpvraag hebben.



Ook uit een aantal andere cijfers blijkt de verandering in aanpak. In het algemeen zien we steeds meer ontslagen met wederzijds akkoord van het team en de patiënt. Een afronding in goede verstandhouding opent de deur voor eventuele heropname indien nodig. Het aantal opnames per patiënt is gestegen van gemiddeld 1,5 naar 2,3 opnames per patiënt. Daarnaast is, na een initiële stijging van de gemiddelde opnameduur, het gemiddeld aantal dagen van opname in 2018 verminderd. Tenslotte is in 2019 het aantal opnames fors aan het stijgen. In de helft van het jaar werden reeds ongeveer evenveel opnames gerealiseerd als in het ganse jaar 2018.

Verder onderzoek naar de effecten van de nieuwe behandelaanpak staat in de steigers en veranderingen worden goed opgevolgd zodat bijgestuurd kan worden waar nodig. Om te besluiten citeren we nog even de kijk van zorgmanager Steven Dewulf: *“Attachment Based Residential Care heeft voor mij*

twee verschillende doelen, en op dit moment ook resultaten. Ten eerste aangaande onze patiënten. De zorg voor jovo's in Asster werd volledig gereorganiseerd. De context is betrokken. We werken nu in de context van de jovo en zijn gezin, we werken binnen betekenisvolle relaties en interacties. Het tweede betreft het teamfunctioneren. We werken nu ook binnen de relaties van teamleden. We kunnen een 'basiskamp' zijn, van waaruit jovo's kunnen uitvliegen, en autonoom en vaardig kunnen zijn.

Dat is een grote verandering in vergelijking met onze aanpak van een aantal jaar geleden. De resultaten op het vlak van patiëntentevredenheid, het aantal isolaties, enzovoort, zijn zeer goed. Er is daarnaast ook iets veranderd in het gevoel dat je krijgt wanneer je de afdeling binnenwandelt. In het verleden kreeg je de neiging om naar adem te happen, was er veel stress en een gespannen klimaat, was iedereen heel alert. Nu is dat enkel nog het geval op de meest hectische momenten, en niet meer op constante basis.”

Referenties

Devacht, I., Bosmans, G., Dewulf, S., Levy, S., & Diamond, G. S. (2019). *Attachment-Based Family Therapy For Young Adult Psychiatric Care: Importing empirically supported family treatment into a psychiatric inpatient unit for young adults: Attachment-Based Family Therapy. Article submitted for publication.*

Diamond, G. S., Diamond, G. M., & Levy, S. A. (2014). *Attachment-Based Family Therapy for Depressed Adolescents* (1st ed.). Washington, DC: American Psychological Association.
doi:10.1037/14296-000

Santens, T., Claes, L., Diamond, G.S., & Bosmans, G.. (2018). *Depressive symptoms and self harm among youngsters referred to child welfare: The role of trust in caregiver support and communication.* Child Abuse and Neglect, 77, 155-167.

Verschueren, K. (2015). *Middle childhood teacher-child relationships: Insights from an attachment perspective and remaining challenges.* In G. Bosmans & K. A. Kerns (Eds.), *Attachment in middle childhood: Theoretical advances and new directions in an emerging field.* New Directions for Child and Adolescent Development, 148, 77-91.