



Het crisisonontwikkelingsmodel 2.0

Professioneel handelen in het heetst van de strijd; het crisisonontwikkelingsmodel doorontwikkeld

Het crisisonontwikkelingsmodel 2.0 is een uitgebreide versie van het crisisonontwikkelingsmodel. Toegevoegd zijn de kennis en observatie van de basisemoties: verdriet en ondraaglijk lijden, woede, angst en verrassing, afschuw, minachting en blijdschap. Zo ontstaat een model voor de analyse van incidenten en het verder verfijnen van de-escalerende technieken in spanningsvolle situaties. Het biedt extra handvatten voor het vroegsignaleren van risicovol gedrag.

Dat geeft hulpverleners mogelijkheden voor het onderscheiden van emoties, waardoor ze gericht kunnen reageren. Door dieper inzicht in de onderliggende emoties krijgt de hulpverlener een kader om de verschillende lagen van een spannende situatie te verkennen en van daaruit aan te sluiten bij een cliënt. De emotie die de meeste aandacht opeist is niet vanzelfsprekend de emotie die de meeste aandacht nodig heeft.

DRS. FRANK VAN GOOL, partner, adviseur en onderzoeker, Trifler BV, Rijen

MARTIJN VAN AGTMAAL, RDG CPO EMC, Trifler BV, Rijen; Safety First Training, Oudenbosch

LEERDOELEN

Na het lezen van dit artikel weet/kunt u:

- wat het crisisonontwikkelingsmodel 2.0 in beeld brengt;
- welke de basisemoties zijn en thema en de functie die erbij passen;
- een toepassing van het model bedenken voor de eigen praktijk;
- als verpleegkundig specialist een team begeleiden bij een analyse van een gespannen situatie aan de hand van het crisisonontwikkelingsmodel 2.0.

TREFWOORDEN

vroegsignalering, emoties, spanningsopbouw, crisisonontwikkelingsmodel

1 STUDIEPUNT

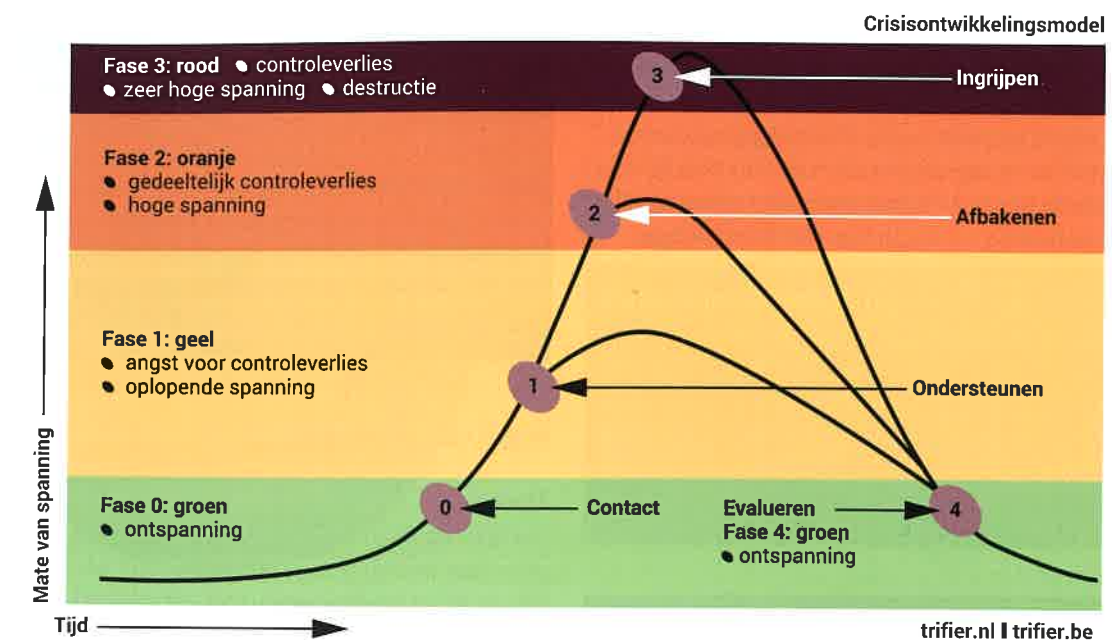
Het crisisonontwikkelingsmodel^{1,2} wordt gebruikt om spanningen bij cliënten vroeg te signaleren en daarop gepast op te reageren. Dit artikel gebruikt het vroegsignaleren en het denken in fasen in de spanningsopbouw uit het eerste crisisonontwikkelingsmodel als basis. Er worden vervolgens meerdere dimensies aan het model toegevoegd in de vorm van de verschillende basisemoties. Hiermee beschikken hulpverleners over een instrument waarmee zij pro-

actief kunnen werken door specifieke observaties, analyse en interventies.

BESTAANDE MODELLEN

Het crisisonontwikkelingsmodel (COM) wordt als best practice^{1,2} in veel zorginstellingen toegepast. Het biedt een kader voor het vroeg signaleren van opbouwende spanning en het daarop reageren. In dit artikel presenteren wij een verdieping ervan op basis van ervaringen met het bestaande crisisonontwikkelingsmodel en literatuurstudie. We maken gebruik van de inzichten op het gebied van vroegsignalering, het herkennen van emoties en de kennis op het gebied van bejegening en agressiepreventie. Professionals in de zorg krijgen zo een instrument in handen om hun gedrag in het heetst van de strijd te kunnen bepalen.

Het COM verdeelt de opbouw van spanning en de mate van controleverlies in vier fasen. Het combineert de ideeën van de 'assaultcycle' van Kaplan en Wheeler³ en de onderzoeken van Flutterm et al.^{4,5} over de vroege signalen (early signs) van een crisis. Er zijn diverse best practices ontwikkeld op het gebied van gastvrije zorg, de-escaleren handelen en fysieke technieken



Figuur 1 Crisisonontwikkelingsmodel Trifler 2016^{1,2}

die, hierop voortbouwend, handvatten bieden voor de interventies.¹

COM 2.0

Het combineren van dit model met het herkennen van basisemoties leidt tot het crisisonontwikkelingsmodel 2.0, een analyse-instrument dat extra handvatten biedt voor de hulpverleners. Het herkennen van bijvoorbeeld houdingsveranderingen⁶ en gelaatsuitdrukkingen levert informatie op over basisemoties als woede, verdriet en ondraaglijk lijden, angst en verrassing, afschuw en minachting en blijdschap.⁷ Het herkennen van de verschillende emoties in de opbouwende spanning geeft aanknopingspunten voor de interventies. Bijvoorbeeld, oplopende spanning door verdriet en angst vragen om een andere benadering dan oplopende spanning door woede.

SIGNALEREN

Vroegtijdig signaleren begint in de basis bij 'gedrag uit de context'. Het gaat hier om gedrag dat een verhoogde spanning aangeeft bij de individuele cliënt. Elk mens heeft unieke reactiepatronen en een individuele aanpassing van een vroegsignaleringsmodel is essentieel. Het crisisonontwikkelingsmodel geeft een algemeen beeld aan en dat voldoet niet altijd, zeker niet in directe crisissituaties. Er is bijvoorbeeld geen sprake van controleverlies maar wel van agressie en er is nogal een verschil wanneer iemand 'verdrietig en angstig' is of 'verdrietig en boos'. Voor het herkennen van de basisemoties heeft Ekman⁸ beschreven hoe subtiel

emoties beginnen en hoe deze zijn waar te nemen. Het is vermeldenswaard dat meerdere emoties tegelijk gevoeld en tentoongespreid kunnen worden. Wij stellen dat aandacht voor een onderliggende emotie, bijvoorbeeld het steunen bij verdriet of bevragen bij boosheid, helpend kan zijn in de de-escalatie bij ervaren spanning. Een hulpverlener of een team hulpverleners kan met het COM 2.0 een incident analyseren door op basis van observatie en gesprek te scoren op de verschillende emoties. In een crisissituatie kan het besef van de meerdere emoties helpen bij de risico-inschatting en het bepalen van de interventie.

UNIVERSELE EMOTIES

Ekman⁹ heeft een aantal categorieën aangegeven: woede, verdriet en ondraaglijk lijden, angst en verrassing, afschuw/minachting en blijdschap. Deze emoties worden veroorzaakt door emotie-uitlokkers. Een voorbeeld: een tegemoetkomende auto. De hersenen taxeren volautomatisch of deze auto een gevaar is of niet en nog voor wij ons ervan bewust zijn, voelen we iets en geven een ruk aan ons stuur.⁸ LeDoux beschrijft dit onbewuste proces in zijn twee-routes-model als het directe circuit.¹⁰ Nog voor de emotie bewust gevoeld wordt, is deze al zichtbaar op het gezicht en in de lichaamshouding. Ekman beschrijft welk thema bij elke emotie speelt.⁸ Een verkenning op dit gebied levert ons belangrijke input voor ons model. In het kader van dit artikel worden hierna het thema en de functies die passen bij een emotie beschreven.

Verdriet en Ondraaglijk lijden

Thema

Centraal bij verdriet staat *verlies*. Ondraaglijk lijden probeert actief de oorsprong van het verlies aan te pakken (*protest*). Verdriet is passiever dan ondraaglijk lijden. Er is berusting en wanhoop. Het is een langer durende emotie.

Functies

Verdriet brengt betrokkenheid teweeg bij anderen (die ons dan kunnen troosten), het geeft een betekenisverrijking van de beleving van het verlies en het stelt de persoon in staat om de reserves aan te vullen en energie te sparen.

PRAKTIJKVOORBEELD 1

Joke verblijft op een gesloten afdeling. Het is bijna Kerstmis en Joke mist thuis. Voor haar heeft de spanning zich de afgelopen weken opgebouwd, vooral omdat het haar verdrietig maakt dat ze niet bij haar broer en de kinderen de kerst kan vieren. Daar wordt ze ook geregeld boos van. Alles moet het dan ontzien. Verdriet komt hier in een mengvorm met woede voor. Beide emoties behoeven aandacht.

Woede

Thema

Woede is een reactie op een aanval of plannen die worden gedwarsboomd en wordt krachtiger naarmate we denken dat dit doelbewust gebeurt. Een andere oorzaak is woede van een ander. Als de persoon die voor je staat boos is, is het vrij gemakkelijk dit ook te worden. Teleurstelling over iemands gedrag kan aanleiding geven tot woede. Dit wordt nog versterkt als we veel om de persoon geven. En nog erger is afwijzing.

Functies

Woede is bedoeld om iemand weg te laten gaan of te kwetsen (mentaal en/of fysiek). Het geeft de ruimte om opnieuw intimiteit te scheppen. Sommigen ervaren woede als toxisch en doen er alles aan om dit te voorkomen.

Onze behoefte om woede niet in razernij te laten ontsteken, ligt in het feit dat we de relatie met de persoon op wie we kwaad zijn in stand willen houden. Ook het vooruitzicht van een straf is een goede motivator om niet te ontsporen. Andere tegenhangers voor razernij zijn angst en probleemoplossend vermogen.

PRAKTIJKVOORBEELD 2

Henk verblijft op de gesloten afdeling. Hij snapt best dat het beter is dat hij niet naar buiten gaat, maar hij wil wel graag een pakje sigaretten gaan kopen. Tot groot ongenoegen van Henk, mag hij niet 'even' naar het tankstation. Door het gemis van zijn sigaret en de gevoelde beperking van de buitendeur, bouwt zijn woede richting het personeel zich langzaam op.

Angst (en verrassing)

Thema

Verrassing en vrees worden samengenomen, omdat de uiterlijke verschijningsvormen op het eerste gezicht erg dicht bij elkaar liggen. Het verschil zit hem in de duur en intensiteit van de expressie op met name het gezicht. Verrassing duurt korter. Centraal bij *verrassing* staat een *onverwachte gebeurtenis*. Dit is dan ook het thema van deze emotie. Het is vermeldenswaard dat verrassing niet verward moet worden met schrik.⁸ Centraal bij *vrees (angst)* staat de *dreiging van letsel, fysiek dan wel psychisch*. Andere oorzaken die een rol spelen bij dit thema zijn voorwerpen die snel op ons af komen, die niet onder schrik vallen en plotseling evenwichtsverlies.

Functies

De functie van verrassing is aangeven dat iemand niet verwachtte wat er kwam (letterlijk en figuurlijk). De expressie spreekt dan boekdelen. Over de functies van vrees kunnen we kort en bondig zijn. Het zorgt ervoor dat we schuilen of vluchten.

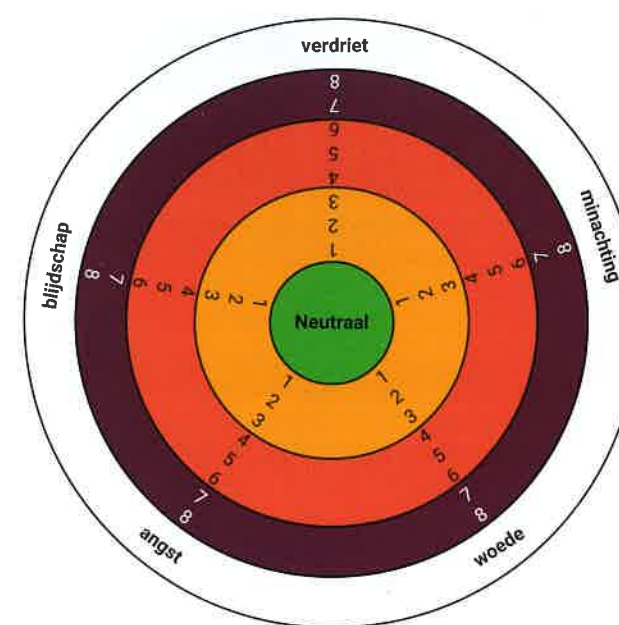
PRAKTIJKVOORBEELD 3

Marja verblijft op de open afdeling. In het verleden heeft zij trauma opgelopen door mishandeling. Zij heeft nu nog steeds moeite met de nabijheid van mannelijke collega's en cliënten. Zij ervaart hierbij angst. Als de angst een bepaalde drempel heeft bereikt, gaat ze gericht met spullen gooien. Voor haar gevoel om zichzelf te beschermen.

Minachting

Thema

Minachting heeft vooral betrekking op mensen of menselijke daden, maar niet op smaken, geuren of aanrakingen. Centraal staat het gevoel van morele superioriteit en afkeuring van menselijke daden.



Figuur 2 Crisisontwikkelingsmodel Trifer 2.0.

Functies

Minachting heeft de functie superioriteit over de situatie of persoon duidelijk te maken. Er kan sprake zijn van een morele overtuiging die in het geding komt (iemand denkt toch al niet positief over de verpleging en juist die gaat nu vertellen wat hij wel en niet moet doen).

PRAKTIJKVOORBEELD 4

Max (75) krijgt ambulante zorg aan huis. Hij heeft altijd veel status en aanzien genoten in zijn werkende leven en kan er lastig mee omgaan dat hij zich nu amper nog kan verzorgen. Steeds als de zuster komt, vindt hij het nodig om minachtend tegen haar te doen. Hier mengen verdriet en minachting zich.

Blijdschap

Thema

Binnen het thema blijdschap, staat een aantal thema's centraal. Het gaat hier bijvoorbeeld om hereniging met een persoon. Dit principe versterkt ook de verbondenheid tussen mensen. Andere thema's zijn seksueel contact, geboorte van een gewenst kind en het in nabijheid verkeren van een geliefde.

Functies

We ervaren blijdschap om de verbondenheid met de ander te kunnen voelen. Het ervaren van plezierige

emoties geeft verdieping en zingeving. Men leert zichzelf kennen en leert wat een goed gevoel geeft. We zijn geneigd gedrag te herhalen dat dit gevoel bezorgt. Zowel in positieve als in negatieve zin. De lach van een baby kan de moeder een plezierige emotie bezorgen. We hebben het hier over benaderinggerelateerd gedrag.

PRAKTIJKVOORBEELD 5

Piet verblijft op de gesloten afdeling. Hij zit er al lang. Veel familie heeft hij niet. En wat hij nog heeft, kijkt niet naar hem om. Dat steekt hem. Piet heeft een hoog IQ en is snel verveeld. Hij schept er plezier in anderen op de afdeling op te stoken, zodat de verpleging aan de bak moet.

ANALYSEREN

Het COM 2.0 is een analyse-instrument. Het kent drie variabelen: ervaren emotie, de intensiteit van de ervaren emotie en tijd. Op basis van de inschatting kan een analyse plaatsvinden op de volgende punten:

- aanwezige emotie;
- de duur van de aanwezigheid van de emotie;
- intensiteit van de emotie;
- mengvormen van emoties;
- beleving van de emotie.

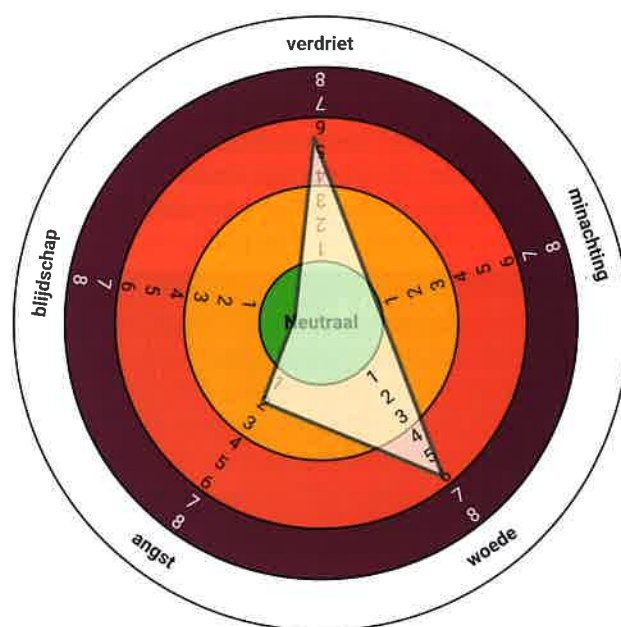
Op basis van deze analyse en de eerder beschreven kenmerken maakt de hulpverlener een inschatting van gedrag. Dit maakt inzichtelijk welke emotie de aandacht vraagt en welke emotie de aandacht nodig heeft. Op basis hiervan worden de interventies bepaald.

INTERVENTIES

De interventie wordt bepaald aan de hand van voorgaande analyse, waarin een inschatting van gedrag wordt gemaakt. De eerdergenoemde kenmerken bieden handvatten voor het bepalen van de interventie. In de milde (groene en gele; zie fig. 2) fase gaat het vooral om benoemen en ondersteunen. Bij heftigere emoties (oranje fase) gaat het meer om kaders en afbakening. Extreme emoties (rode fase) vragen om controlerende en meer ingrijpende interventies, waarbij de controle tijdelijk wordt overgenomen van de cliënt.

IN DE PRAKTIJK

Een crisisontwikkelingsmodel met meerdere dimensies lijkt in tegenspraak met de snelheid en druk die er in het heetst van de strijd zijn. In de eerste pilots met teams in de zorg (GGZ-instellingen) is ervaring opgedaan met het COM 2.0 als analyse-instrument. De teams en verpleegkundig specialisten waren enthousiast over het inzicht dat zij kregen door het model voor zichzelf in te vullen en het samen voor bekende



Figuur 3 COM 2.0 bij frustratie agressie.

OEFENING MET BEHULP VAN COM 2.0

1. Neem een situatie waarbij de emoties met een cliënt hoog zijn opgelopen of waarbij een escalatie heeft plaatsgevonden.
2. Bespreek deze situatie met de aanwezige begeleiders en indien mogelijk met de cliënt.
3. Maak een tabel met vijf kolommen, voor elke basis-emotie (verdriet, minachting, woede, angst, blijdschap) één kolom en vier rijen (groen, geel, oranje en rood).
4. Bespreek met elkaar welke emoties in welke mate een rol hebben gespeeld.
5. Bevraag elkaar: hoe heb je dat gezien, wat heb je gemerkt, waar heb je op gereageerd?
6. Bespreek welke emotie het meest op de voorgrond treedt, en bedenk met elkaar of dat ook de emotie is waarop je zou moeten ingaan.
7. Bespreek dit schema met de cliënt en vraag hem naar zijn perspectief: wat heb je ervaren? Waar zijn we op ingegaan? Wat zou jou kunnen helpen?
8. Formuleer verbeterpunten voor een volgende situatie.

cliënten in te vullen. Het COM 2.0 geeft dieper inzicht in de onderliggende emoties en het geeft de hulpverlener vervolgens een kader om de verschillende lagen van een spannende situatie te verkennen en van daaruit aan te sluiten bij een cliënt. De emotie die de meeste aandacht opeist is niet vanzelfsprekend de emotie die de meeste aandacht nodig heeft. Het model levert ook een structuur voor het verder verfijnen van de de-escalerende technieken in spanningsvolle situaties en het begeleiden van teams bij de analyse van incidenten.

BEPERKINGEN

Met verfijnde technieken stellen specialisten aan de hand van de observatie met een behoorlijke accuratesse emoties vast. In dit artikel is dit aspect niet uitgewerkt, omdat deze techniek en de vaardigheid om dit te observeren een specialistische opleiding vraagt.

CONCLUSIE

In dit artikel is een doorontwikkeld crisisontwikkelingsmodel gepresenteerd. Het geeft een kader voor genuanceerde observatie en gedifferentieerde interventies bij hoogoplopende spanning. De resultaten van de eerst praktijktesten zijn bemoedigend en zijn aanleiding voor doorontwikkeling. ■

LITERATUUR

1. Voskes Y, Theunissen J, Widdershoven G. Best practices rondom dwangreductie in de geestelijke gezondheidszorg. Amsterdam: VUmc; 2011.
2. Gool FWR van. Werkboek SAPREA. Rijen: Trifer; 2016.
3. Kaplan SG, Wheeler EG. Survival skills for working with potentially violent clients. *Social Casework* 1983 Jun;64(6): 339-46.
4. Flutters F, Meijel B van, Nijman H, Bjørkly S, Grypdonck M. Preventing aggressive incidents and seclusions in forensic care by means of the 'Early Recognition Method'. *J Clin Nurs*. 2010;19(11 12):1529-37.
5. Flutters F, Meijel B van, Leeuwen M van, Bjørkly S, Nijman H, Grypdonck M. The Development of the Forensic Early Warning Signs of Aggression Inventory: Preliminary findings: Toward a better management of inpatient aggression. *Arch Psychiatr Nurs*. 2011;25(2):129-37.
6. Wallbott HG. Bodily expression of emotion. *European Journal of Social Psychology* 1998;28(6):879-96.
7. Ekman P, Friesen WV, Ellsworth P. Emotion in the human face: Guidelines for research and an integration of findings. Elsevier; 2013.
8. Ekman P. Gegrepen door emoties. Amsterdam: Uitgeverij Nieuwezijds; 2008.
9. Ekman P. An argument for basic emotions. *Cognition & emotion* 1992;6(3-4):169-200.
10. LeDoux J. Rethinking the emotional brain. *Neuron*. 2012;73(4):653-76.



POST-PARTUM-DEPRESSIE TREFT OOK VADERS

Ook vaders kunnen depressieve klachten ontwikkelen rondom de geboorte van hun kind. Dat blijkt uit onderzoek in Nieuw-Zeeland, waar ruim 3500 vaders werden geïnterviewd vóór de geboorte van hun kind en negen maanden daarna. Het onderzoek is gepubliceerd in *JAMA Psychiatry*.

Vaders die te kampen hadden met stress of een slechte gezondheid tijdens de zwangerschap of die geen relatie meer hadden met de moeder negen maanden na de geboorte, liepen een verhoogd risico op het ontwikkelen van depressieve klachten. Ook werkloosheid en eerder doorgemaakte depressieve klachten, bleken het risico op een post-partumdepressie bij vaders te verhogen.

Lisa Underwood, et al. *Paternal depression symptoms during pregnancy and after childbirth among participants*

in the Groing Up in New Zealand Study. JAMA Psychiatry, februari 2017.

ADHD-MEDICATIE NIET SCHADELIJK VOOR BREIN

ADHD-medicatie heeft geen lange-termijneffect op de ontwikkeling van het brein van kinderen. Het gedrag van kinderen met ADHD die daarvoor medicatie gebruiken, ontwikkelt zich op dezelfde wijze als dat van kinderen met ADHD die geen medicatie gebruiken. Dit blijkt uit promotieonderzoek van Lianne Schwenen, die in december vorig jaar promoveerde aan de Rijksuniversiteit Groningen.

De afgelopen jaren is het gebruik van ADHD-medicatie, zoals Ritalin®, bij kinderen toegenomen. Daarop bestaat nogal wat kritiek. Schwenen onderzocht de hersenen van zo'n 1000 kinderen en jongeren en jongvolwassenen. Van hen hadden er 400 ADHD. Zij zag geen aanwijzingen voor schadelijke langetermijneffecten op de ontwikkeling van het

brein. Ook het verstandelijk en sociaal-emotioneel functioneren veranderde niet op de lange termijn. Of kinderen met ADHD nu wel of geen medicatie gebruiken, de symptomen nemen op de lange termijn af.

L. Schwenen: *Stimulants and the developing brain*. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen.

DEPRESSIEDEAL

De overheid is een meerjarenprogramma gestart om het aantal mensen met depressie terug te dringen. Daartoe werken negentien partijen uit de zorg samen. Doel is een afname van het aantal mensen met depressie van 30% in 2030.

Het programma richt zich op zes groepen met een hoog risico op depressie: jongeren, jonge vrouwen, huisartspatiënten, mensen met een stressvol beroep, chronisch zieken en mantelzorgers. Elk jaar staat een bepaalde groep centraal. Voor dit jaar zijn dat jongeren en jonge vrouwen.