

## ***De Triple C Support Piramide in de behandeling van zeer ernstige gedragsproblematiek***

Door Hans van Wouwe, hoofd behandeling bij ASVZ

Je kunt ze opsluiten en omringen met beheersmatige maatregelen: cliënten met ernstige gedragsproblemen. Bij ASVZ vonden wij dat dit anders zou moeten kunnen. Daarom ontstonden rond 1993 voor deze groep cliënten de Very Intensive Care (VIC)-Workhomes. Hier ontwikkelde zich een behandelmethode die we nu Triple C noemen. Kern hiervan is dat bij toename van competenties bij de cliënt, het probleemgedrag afneemt. In de praktijk zien we dat dit inderdaad het geval is. Omdat we hardere bewijzen hiervoor willen hebben, zijn we begonnen met een praktijkonderzoek naar Triple C. De eerste resultaten bevestigen de praktijkervaringen.

Triple C, de naam zegt het al, bestaat in de kern uit drie C's: cliënt, coach en competenties. Deze drie componenten worden bij de behandeling met elkaar verbonden. Het is een relationeel competentie-model. Om betekenis te creëren heeft de cliënt geen leeg bestaan, maar is hij voortdurend actief. Bij elke activiteit wordt de cliënt intensief ondersteund door een begeleider. De begeleider is ondersteunend, maar ook complementair. Hij garandeert min of meer dat de activiteit van de cliënt slaagt. Als de tafel gedekt moet worden kan het zijn dat de cliënt slechts enkele borden neerzet, terwijl de begeleider de overige borden, het bestek, het eten en het drinken op tafel zet. Het eindresultaat is dat de tafel gedekt is en dat we dat samen gedaan hebben. De cliënt doet hierdoor succeservaringen op die een positief effect hebben. Maar ook de begeleider voelt zich hierdoor competent. Dat is heel anders dan een negatieve spiraal van probleemgedrag, agressie en angst waardoor bij iedereen een gevoel van machteloosheid ontstaat.

### **Competentiegebieden**

Om de piramide compleet te maken voegden we er vier competentiegebieden aan toe: zelfzorg, zorg voor de omgeving, werk / scholing en vrije tijd. Als die domeinen zijn ingevuld, zijn er weinig lege momenten op een dag en is er sprake van een beginnend 'herstel van het gewone leven'. De cliënt wordt dus ingeschakeld en niet uitgeschakeld, zoals bij fixatie en isolatie het geval is. Door het maken van een dagprogramma en daar samen vorm aan

te geven ontstaat structuur en veiligheid waardoor er ruimte ontstaat om te leren.

Ook tijdens onze begeleiding verstoort het problematische gedrag soms de samenwerking en dialoog, maar het gedrag is dan slechts een korte onderbreking van het bezig zijn met zinvolle activiteiten. De draad wordt zo snel mogelijk samen weer opgepakt. Hiermee heeft de cliënt houvast aan de activiteit en aan zijn begeleider. Cliënt en coach voelen zich succesvoller en competent en zijn dat ook.

### **Achtergronden**

Triple C is gebaseerd op verschillende theorieën. Zo hebben we er een aantal orthopedagogische inzichten in verwerkt: de mens is een sociaal wezen (Langeveld), het gewone leven proberen te herstellen in vastgelopen opvoedingssituaties (Ter Horst) en bij gedragsproblemen respectvol blijven, oog hebben voor voldoende ruimte, rationaliteit en realiteitszin bewaren (Van Gemert). Daarnaast baseert Triple C zich op de leertheorie: inschakelen en succeservaringen opdoen, het accent leggen op constructief en zinvol gedrag en hierin bekrachtigd worden. Tegelijk ligt het accent niet op de gedragsproblemen, worden deze niet bestraft, maar 'doven ze uit'.

Ook de hechtingstheorie is een belangrijke bron voor Triple C: onvoorwaardelijke nabijheid en ondersteuning bieden, de relatie niet verbreken, ook niet bij ernstig probleemgedrag en dus: geen afzondering, isolatie of time-outs.

## **Karel**

Eén van de succesvolle voorbeelden is Karel: een normaal begaafde 18-jarige man met autisme. Hij slaat en schopt zijn begeleiders, vernielt huisraad, is met andere woorden zeer agressief en destructief. Behalve dat hij de hele dag op in zijn (gesloten) kamer verblijft, brengt hij regelmatig enkele uren in de separeercel door. Hoewel hij slechtziend is, mag hij uit veiligheidsoverwegingen zijn bril niet dragen.

We raakten in 2006 via het CCE (Centrum voor Consultatie en Expertise) betrokken bij Karel en bezochten hem op de gesloten afdeling van het Limburgse psychiatrische ziekenhuis waar hij toen verbleef. Het CCE werd voor een second opinion mede op verzoek van zijn ouders ingeschakeld, omdat zij te weinig perspectief zagen voor hun zoon. In eerste instantie wilde Karel ons niet ontmoeten. Hij verzette zich daartegen zozeer dat hij spullen vernielde en dus weer naar de separeer moest, waar hij geen bezoek mocht ontvangen. Wij noemen dit ook wel ineffectieve actie-reactiepatronen.

Uit angst voor Karels probleemgedrag werden geen eisen aan hem gesteld. Hij nam niet deel aan programma's die in het ziekenhuis geboden werden. Eén of twee keer per week mocht hij alleen op de fiets de stad in om iets te kopen. Het psychiatrisch ziekenhuis was uitbehandeld, Karel overigens niet zoals uit het vervolg blijkt.

## **Dagprogramma**

Karel werd toen opgenomen op één van de VIC-Workhomes voor licht verstandelijk gehandicapten van de ASVZ te Rotterdam. De behandelend psychiater wilde Karel alleen met ons meegeven als hij flink gesedeerd was, maar twee van onze begeleiders hebben hem zonder extra medicatie in de auto opgehaald. Vanaf de eerste dag volgde Karel het dagprogramma. Na de reis van Limburg naar Rotterdam ging hij 's avonds mee zwemmen met de medebewoners. Karel wordt ondersteund bij het doen van boodschappen, koken, kamer schoon houden. Neemt deel aan een sportprogramma, doet mee aan de groepstraining en -therapie in een outdoor traject, uitmondend in een 5-daagse in de Spaanse Pyreneeën.

Na 4 maanden is Karel zo stabiel dat hij buiten de VIC-Workhome kan werken in een dagbestedingsgroep in diergaarde Blijdorp. Na een jaar verhuist Karel van het VIC-Workhome naar een woning voor intensieve begeleiding waar ook volgens het Triple C-model wordt gewerkt.

Sinds zijn opname is Karel al die tijd niet afgezonderd of gesepareerd geweest. Hij heeft taken en verantwoordelijkheden in de woning, draagt zijn bril weer, reist zelfstandig met de bus naar zijn werk in Blijdorp en werkt als vrijwilliger in het restaurant van de instelling. Ik vraag de teamleider te beschrijven wat er met Karel gebeurd is: "hij komt zelf naar je toe met vragen of opmerkingen, hij zoekt contact...hij is weer mens geworden!"

## **Vernieuwing**

Triple C is een vernieuwing die in de praktijk ontwikkeld is. We hebben de behandelwijze beschreven om hem in de organisatie te kunnen bestendigen en in Nederland een bijdrage te leveren aan het perspectief van cliënten met ernstig problematisch gedrag. Dit heeft na vele jaren van samenwerking eerst geleid tot de ABC-Triangle (IASSID, 2000) en in 2004 (IASSID Montpellier) tot de Triple C Supportpiramide.

## **Praktijkonderzoek**

We zijn nu in de fase dat we willen onderzoeken en bewijzen of Triple C werkt. Dit doen we onder begeleiding van Cees Janssen, Universitair hoofddocent orthopedagogiek aan de VU en betrokken bij begeleiding van wetenschappelijk verantwoorde praktijkonderzoeken bij Carante Groep, waarbij ook ASVZ is aangesloten. De onderzoeksgroep bestaat uit plusminus vijftig cliënten in de leeftijd van 15-25 jaar, verspreid over tien woningen. Ze hebben een lichte verstandelijke beperking en een indicatie verblijf en behandeling met een SGLVG en/of EZZ toeslag. De onderzoeksvragen zijn: in welke mate worden cliënten behandeld volgens de Triple C support piramide? Leidt deze behandeling tot toename van competenties en afname van probleemgedrag? Om dit te weten te komen meten we op één tijdstip zowel de aan- of afwezigheid van competenties en

probleemgedrag als de mate waarin de behandelmethode wordt toegepast. Dit is een 'cross-sectioneel' onderzoek.

### **Index**

Om te kijken in welke mate cliënten volgens Triple C begeleiding krijgen, ontwikkelden we een Triple C index. Deze index bestaat uit 35 vragen over dagprogramma, dagritme en begeleidingsstijl. We hebben de index bij 20 cliënten getest op inter-beoordelaar-betrouwbaarheid door ze voor elke cliënt onafhankelijk van elkaar te laten invullen door een teamleider en persoonlijk begeleider. Daaruit kwam een score van 0.98, waaruit je kunt afleiden dat de index betrouwbaar en bruikbaar is.

De mate van competenties meten we met de 'Vineland ABS'. De mate van gedragsproblematiek stellen we vast met behulp van Vragenlijst Ontwikkeling en Gedrag (VOG) en Child Behavior Checklist (CBCL). Psychofarmacagebruik en vrijheidsbeperkende maatregelen vinden we terug in de digitale dossiers van de cliënten.

In een pilotonderzoek (Lucy Simons, ASVZ, 2008) onder twintig cliënten vonden we een

significante positieve correlatie tussen de mate van Triple C-behandeling en de mate van competenties van cliënten. Daarnaast is er een significante correlatie gevonden tussen meer competenties van cliënten en minder gedragsproblemen.

### **Verfijnen**

We zijn nu bezig de Triple C-index te verfijnen. Punt van discussie zijn sommige items uit de index en wie hem het best kan invullen: is dat een betrokken begeleider of een meer objectieve buitenstaander, zoals een pedagoog? Ons uiteindelijke doel is om effectmetingen te gaan doen in een longitudinaal onderzoek, in plaats van cross-sectioneel onderzoek, zoals bij de pilot. Dat betekent dat we meerdere voormetingen doen als cliënten binnenkomen en vervolgens na de introductie van Triple C opnieuw gaan meten en kijken of de competenties groter zijn geworden en het probleemgedrag is afgenomen.

Tekst door Hans van Wouwe en Max Paumen, februari 2009. Dit artikel is verschenen in het kenniskatern van Markant.