

Vereniging

voor

Klinische Psychotherapie

Bulletin 30

Bestuur:

Dhr. W.R. Scholte, voorzitter
Mw. C. E. Wismeyer, secretaris
Dhr. J. van den Berg, penningmeester
Dhr. P. W. Deege
Dhr. F. M. Huitema
Mw. H. Delcliseur

Secretariaat:

Jiska van Dorssen,
Bilderdijkstraat 1a,
3881 WB Putten,
Tel: 06 - 16 12 68 15.
e-mailadres: post@klinische-psychotherapie.nl

Redactie van het Bulletin:

W. de Waard,
Haaghuishof 29,
2352 SW Leiderdorp,
Tel: 071- 589 10 66.
E-mail adres: wwaard@sleutelstad.nl

VKP – Website:

www.klinische-psychotherapie.nl

Redactie van de website:

E-mail adres: info@klinische-psychotherapie.nl

Inhoudsopgave

2. Inhoudsopgave
3. Redactioneel
5. Van de voorzitter
6. Promotie Moniek Thunnissen
9. Cursus 'Samenhangend behandelen'
12. Hete Hangijzer Middag
Inleiding
13. Klinische Psychotherapie: zo kan het ook!

Door P. Rungen en A. Janssen
18. Wat kunnen groeps- en gedragstherapeuten in de (dag)kliniek van
elkaar leren

Door J. Reijen
21. Landelijke dag Fonds Psychische Gezondheid
24. Triade borderline
26. Aandacht voor....
31. Aankondigingen
32. Kenmerken van Klinische Psychotherapie volgens de VKP
32. Referentiekaders in de klinische psychotherapie

Redactioneel

Dit Bulletin heeft een andere kleur cover. Want het is het laatste Bulletin, nummer 30. In 1998 vond het toenmalige bestuur dat het nuttig zou zijn als de leden van de VKP regelmatig berichtgeving van en over de klinische psychotherapie zouden krijgen. Ik was toen net gepensioneerd en had tijd. Wat ook mee woog om dit op mij te nemen was het feit dat ik mij bij de VKP het meest thuis had gevoeld van alle verenigingen en disciplines waar ik mee te maken had gehad. Ik vond het dus een goede mogelijkheid iets terug te doen. Ik wil daarbij wel vermelden dat ik het gewone psychiaterswerk ook met enthousiasme deed: opname, vervolg, verblijfs, poli, resocialiserende dagbehandeling. Bij de klinische psychotherapie had ik het sterkst het gevoel dat patiënten een maximale behandeling kregen. En dat bij een groep patiënten, waarbij ik vaak dacht: waren ze maar eerder gekomen. We zijn nu acht en een half jaar verder en ik ben op veel studiedagen geweest en heb een aantal klinische psychotherapie afdelingen geïnterviewd. Dat was leuk om te doen en leerzaam, maar vooral hoop ik dat de VKP-leden het voor hen ook leerzaam vonden. Ik hoop ook dat het Bulletin een bijdrage is geweest om meer cohesie in de vereniging te bereiken.

Eens wordt het tijd om afscheid te nemen. De afstand tot de daagse praktijk wordt met het jaar groter en afscheid nemen moet op een goede manier gebeuren en niet als een nachtkaars. Ik ben dan ook blij dat dit laatste Bulletin een extra dik nummer is met een aantal artikelen waarvan ik denk: goed om gelezen te hebben.

In November 2006 was er weer een Hete Hangijzer Middag met als thema: gedragstherapie en klinische psychotherapie. Daarvan verslag in dit nummer. Kunnen gedragstherapie en psychodynamische psychotherapie samengaan? In het Tijdschrift voor Psychotherapie van Januari 2007 staat een artikel van Scharwächter die deze combinatie in praktijk bracht en dus staat er in Aandacht voor....een samenvatting. Maar lees ook het artikel zelf.

Het gebeurt niet vaak dat een VKP-lid promoveert. Moniek Thunnissen, werkzaam in de Viersprong, is na jaren van noeste arbeid op 17 Januari 2007 in Rotterdam gepromoveerd. Prof. Dr. R.W. Trijsburg, Prof. Dr. W. van Tilburg en Prof. Dr. R. Verheul waren haar promotoren. Van harte gefeliciteerd met deze bijzondere prestatie.

3

De Vereniging voor Klinische Psychotherapie organiseert ook in 2007 een cursus 'Samenhangend behandelen'. Zo staat het in de aankondiging. Dit typeert dat de vereniging na enkele moeilijke jaren het vroegere elan weer heeft hervonden. Het congres vorig jaar was daar ook al een uiting van.

Er is de laatste jaren veel geschreven over borderlineproblematiek. Ook dit jaar. Het Fonds Psychische Gezondheid organiseert elk jaar een themadag en dit keer, Oktober 2006, stond ook bij hen de borderline centraal. Behalve een dag met lezingen verscheen er ook een 'Borderlinekrant' met als motto: Samen zoeken naar balans. In die krant dan ook artikelen van patiënten, professionals en familieleden. In samenhang hiermee organiseerde GGZ Eindhoven een Triade borderline, die ook in een speciale editie werd verslagen. Triade is een bundeling van krachten van patiënten, familie en professionals, dus ook samen zoeken naar balans.

In de rubriek Aandacht voor... een samenvatting van een artikel van Henk Maassen in Medisch Contact. Hij schrijft onder andere: voor de borderline- behandeling zijn er nu drie behandelmethoden effectief bewezen in RCT's.

De Mental Based Therapy (MBT), de schema-gerichte therapie en de Dialectische Gedrags Therapie (DGT). Wie had dat vijf jaren geleden ten aanzien van de borderline gedacht.

In dezelfde rubriek wordt een artikel aangehaald dat in De Psychiater van Januari 2007 verscheen. In een wetenschappelijk onderzoek bij 88 borderline- patiënten wordt ook de effectiviteit aangetoond van schemagerichte therapie en transference focused therapy.

Ook in de rubriek Aandacht voor... een artikel in De Psychiater van December 2006. Er is een basisset prestatie-indicatoren samengesteld. Indirect en waarschijnlijk ook direct krijgen zorgverleners daarmee te maken. Onder andere wat betreft het interne kwaliteitsbeleid.

In de rubriek Aankondigingen staat op 13 Juni 2007 het Nationaal psycho- therapiedebat genoemd. Dit is onderverdeeld in 4 debatten.

Het doseringsdebat heeft als titel: Verdienen langdurende en klinische psycho- therapie nog een plaats in de gezondheidszorg? Aan het doseringsdebat werken mee prof. Trijsburg, prof. Hoogduin en Ariette van Reekum.

Tenslotte hoop en wens ik dat het de VKP in de toekomst goed zal gaan en wie weet krijgt het Bulletin ooit nog een opvolger.

Gegroet allen.

Wim de waard.

Van de voorzitter

Dit is het laatste nummer van het VKP bulletin dat onder redactie van Wim de Waard is samengesteld.

Wim heeft jarenlang dit op zich genomen en zo aan een vaste groep lezers laten zien wat het wel en wee is van de VKP en ook breder van de klinische psychotherapie en haar randgebieden.

Vele congressen heeft hij afgelopen en ons voorzien van samenvattingen van lezingen, workshops presentaties etc. Hierdoor waren wij als VKP leden bevoorrecht met een snelle introductie in talloze onderwerpen. “De Verzekeraar koopt in’; “De manager stuurt’; “De kunst van kiezen of verliezen’ zijn zo enkele recente onderwerpen die Wim ons onder de aandacht heeft gebracht. Het is goed te weten dat Wim voor 90% zelf steeds het bulletin gevuld heeft. Als vereniging zijn we blij met alle inzet en werk van Wim. Zonder dergelijke inzet kan een vereniging als het VKP niet draaien. Als bestuur hebben we Wim al bedankt voor zijn inzet op een eerder gelegenheid. Nu willen we het op deze plaats dit en public herhalen. Wim bedankt, je trekt je nu terug niet omdat je het niet meer leuk vindt maar ook bij jouw gaan de jaren tellen. Je hebt het lang volgehouden en in periodes dat de rest van de vereniging op een laag pitje stond ben jij doorgegaan met ons te voorzien van nieuws. Hierdoor ben je samenbindend en ondersteunend geweest voor de vereniging en voor de klinische psychotherapie.

Nu Wim stopt is het bestuur bezig zich te bezinnen op nieuw vormen van communicatie met haar leden. We denken hierbij aan een digitale nieuwsbrief en uitbreiding van de website www.klinische-psychotherapie.nl Daarnaast zijn we in gesprek met o.a. de VMPD en NVGP over mogelijke vormen van samenwerking op het gebied van tijdschrift en nieuwsbulletin.

Wubbo Scholte

Promotie Moniek Thunnissen

Samenvatting van het promotieonderzoek.

Het promotieonderzoek vond plaats aan de hand van en met medewerking van een aantal patiënten (128) van de KKP (Kortdurende Klinische Psychotherapie) van de Viersprong. De KKP van De Viersprong heeft als behandelmethode de transactionele analyse, een model dat psychoanalytische inzichten combineert met groepsdynamische principes.

Klinische Psychotherapie afdelingen waaronder KKP's bieden over het algemeen, nadat de behandeling is voltooid, geen nabehandeling of vervolgbehandeling. Na voltooiing van de behandeling vervolgen de patiënten hun leven, de een met meer succes dan de ander. De KKP van de Viersprong biedt als nabehandeling twee boostersessies.

Uit onderzoek (SWOPG) is gebleken dat er na de klinische psychotherapie weliswaar een significante reductie was in symptomen en gebruik van psychotherapie maar dat na een jaar toch de helft van de patiënten in psychotherapie was en meer dan de helft geen werk had.

In een pilotstudie onder 14 ex-patiënten vier jaar na ontslag bleek dat alle 14 een of meerdere terugvallen had gehad, bijna altijd na een life-event. De meeste patiënten hadden een nabehandeling gewild.

Deze gegevens waren aanleiding tot het promotieonderzoek.

Vergelijking van twee vormen van nabehandeling.

In dit promotieonderzoek kregen de deelnemende patiënten wel een nabehandeling. Het doel was om na te gaan of nabehandeling A, reïntegratietraining, effectiever was dan de gebruikelijke nabehandeling B, twee boostersessies.

De reïntegratietraining werd voor dit onderzoek ontwikkeld. De genoemde 128 patiënten werden in een Randomised Clinical Trial in twee groepen van 68 verdeeld. De helft kreeg nabehandeling A en de helft nabehandeling B.

De gebruikelijke nabehandeling B omvatte boostersessies, namelijk twee terugkomdagen met hetzelfde programma als tijdens de opname. Drie en negen maanden na ontslag. Tijdens deze twee dagen hadden de patiënten dezelfde therapeuten als tijdens de opname.

De nabehandeling A, de reïntegratietraining, omvatte zes maandelijks sessies van drie uren tussen drie en negen maanden na ontslag. De training was gericht op het vergroten van het probleemoplossend vermogen. Een ervaren systeemtherapeut begeleidde drie sessies. Drie andere sessies werden begeleid door een ervaren trainer op het gebied van arbeidsreïntegratie. De trainers waren nieuw voor de patiënten. De onderwerpen in het programma met de systeemtherapeut waren omgaan met weer thuis zijn, met veranderingen in relaties na de therapie,

financiën, vrije tijd en wonen. Met de arbeidsdeskundige vaardigheden en kwaliteiten, werk vinden en houden, persoonlijke effectiviteit op het werk, assertiviteit, zelfvertrouwen, omgaan met autoriteit en kritiek, carrière ontwikkeling op basis van ieders eigen interesse.

Het onderzoek leverde twee onverwachte uitkomsten op:

- meer patiënten dan verwacht bleken bij opname werk te hebben. Deze uitkomst zou wellicht verklaard kunnen worden doordat verschillende vragenlijsten werden gebruikt.
- En anders dan men zou verwachten bleek de reïntegratietraining niet effectiever te zijn dan de twee boostersessies, terwijl deze wel duurder was. Wellicht speelde een

belangrijke rol dat er bij de boostersessies bekende vertrouwde therapeuten waren en er bij de reïntegratietraining onbekende en dus niet vertrouwde trainers waren. [het feit dat bij de boostersessies over therapeuten wordt gesproken en bij de reïntegratietraining over trainers illustreert m.i. de afstandelijkheid binnen de trainingssituatie, de W.]. De boostersessies met vertrouwde therapeuten verdient dus de voorkeur. Voor de patiënten zonder werk zou een extra training gericht op werk als aanvulling nuttig kunnen zijn.

Hebben persoonlijkheidsstoornissen invloed op het behandelresultaat?

Op drie na hadden alle patiënten een persoonlijkheidsstoornis, de meesten cluster C, maar verder ook cluster B of A of een gemengde persoonlijkheidsstoornis. Bij alle persoonlijkheidsstoornissen waren de beide nabehandelingen even effectief.

Bij alle patiënten daalde het aantal psychotherapiesessies in de periode van twee jaar voor de opname vergeleken met een kleine twee jaar na het ontslag.

Het aantal uren dat de patiënten werkten nam na het ontslag duidelijk toe bij de patiënten uit cluster B en A, terwijl die uit cluster C en de gemengde persoonlijkheidsstoornis gelijk bleven.

Het symptoomniveau was twee jaar na ontslag bij alle clusters gelijkelijk verbeterd, maar bij cluster A was deze verbetering geleidelijk en bij cluster B was er een snelle verbetering met daarna terugval en bij cluster C en de gemengde persoonlijkheidsstoornis daar tussen in.

Hebben psychologische variabelen invloed op het behandelresultaat?

De volgende psychologische variabelen werden bestudeerd:

Het niveau van afweer, extraversie, mildheid, gewetensvolheid, emotionele stabiliteit en autonomie, de hoeveelheid sociale steun die patiënten ervaren. De structurele relaties tussen de verschillende variabelen werden met de Structural Equation Modelling (SEM) geanalyseerd.

Gewetensvolle patiënten en zij die veel sociale steun ervoeren hadden bij de

follow-up minder symptomen. Emotionele stabiliteit en extraversie hadden geen invloed.

Opvallend was dat patiënten met een minder rijpe afweer minder symptomen bij de follow-up hadden dan die met een rijpe afweer.

Waren er verschillen tussen wel- en niet succesvolle patiënten en dropouts.

Tijdens de klinische behandeling waren er 24 dropouts. Dat is zo'n 16%, evenveel als elders. Vergeleken met hen die de behandeling voltooiden hadden de dropouts bij opname meer symptomen, waren vaker werkloos, scoorden hoger op autonomie, waren ouder in leeftijd en meer mannen dan vrouwen.

De mate van succes in de behandeling werd gemeten naar het niveau van symptomen, wel of geen werk en of zij verdere psychotherapie hadden.

Het niveau van symptomen bleek bij follow-up de beste voorspeller. De succesvolle patiënten hadden over het algemeen bij opname minder symptomen hadden vaker werk, waren jonger, en het waren overwegend vrouwen.

Commentaar van mij, Wim de Waard:

Bij de KKP behandeling kiezen de patiënten een centraal focus. Vaak is dat afscheid en rouw, vermeldt Thunnissen.

Separatieproblematiek komt veel voor. Een goede separatie, een goed afscheid aan het einde van de psychotherapie is mijns inziens essentieel. En geen goede separatie zonder een goede

hechting. In hoeverre een niet goed verlopen hechting een rol speelde bij de dropouts is niet duidelijk.

Thunnissen beveelt wel aan om bij patiënten die meer risico lopen op een dropout of een niet-succesvolle behandeling onder andere meer aandacht te besteden aan het opbouwen van een therapeutische relatie.

De reïntegratietraining was intensiever dan de boostersessies maar niet effectiever. Bij de boostersessies hadden de patiënten een hechting met de therapeuten en deze was er niet met de onbekende trainers van de reïntegratie- training. Thunnissen wijst mijns inziens terecht op het belang van de hechting.

Gelukkig hebben de hechtingstheorieën de laatste jaren meer de aandacht.

De Vereniging voor Klinische Psychotherapie organiseert ook in 2007:

De Cursus: Samenhangend Behandelen.

Samenhangend behandelen is een vorm van behandelen die wordt aangeboden door een behandelteam: een groep van meerdere therapeuten, meestal met een verschillende achtergrond in training en opleiding. Deze behandelingsvorm komt voor in onder meer algemeen psychiatrische ziekenhuizen, transmurale behandel eenheden, centra voor deeltijdbehandeling, centra voor psychotherapie en centra voor forensisch psychiatrische behandeling.

Na de opkomst van de zorgprogramma's en modulaire behandelingen is er toenemende behoefte aan afstemming, integratie en regievoering van verschillende behandelvormen. Dit geldt met name bij meer complexe psychiatrische stoornissen, en wanneer een behandeling in verschillende settings wordt aangeboden. Hierbij kan gedacht worden aan bijvoorbeeld persoonlijkheidsstoornissen, verslaving, psychosen, en gecombineerde as 1 en as 2 problematiek.

Samenhangend behandelen is nodig om een helend tegenwicht te vormen tegen de ernstige verstoring van binnen- en/of buitenwereld bij deze patiënten.

Samenhangende behandeling biedt de mogelijkheid van houvast, van corrigerende hechtingservaringen, van structuur en beheersing.

Effectief leidinggeven aan behandelteams vraagt om het bewaken van de samenhang en het in stand houden van de ondersteunende voorwaarden daartoe.

Doelgroep:

Psychiaters, psychotherapeuten, GZ- en klinisch psychologen, en leidinggevend en werkzaam binnen behandel eenheden, waarbinnen hulpverleners met uiteenlopende opleidingen als multidisciplinair team werkzaam zijn. Ook zij die in opleiding zijn zijn welkom.

Doel:

Inzicht krijgen in theorieën en oefenen van vaardigheden, die nodig zijn om samenhang in een complexe behandeling en in een behandel eenheid aan te brengen, en deze te onderhouden.

Duur:

5 dagen, van 10.00-17.00 uur.

De data zijn: 2 maart, 23 maart, 20 april, 25 mei en 8 juni 2007.

Plaats: Utrecht.

Literatuur: gegevens ontvangt u bij aanmelding.

Docent:

Dhr. Drs. C. Janzing, werkzaam in de eigen advies- en opleidingspraktijk voor hulpverleners en managers binnen de GGZ in Nederland en Vlaanderen (Janzing Consult). Tot vorig jaar werkte hij als psychotherapeut bij de GGZ Westelijk Noord-Brabant.

Kosten: 600 euro

Accreditatie: 20 punten bij de NVvP wordt aangevraagd.

Inhoud:

Dag 1: *Inleiding tot de grondslagen van het samenhangend behandelen: de onderscheiden behandelprincipes*

Waarom samenhangend behandelen ?

Vergelijking van het supportieve principe, sociaaltherapeutische principe en het reconstructieve principe.

Werkverdeling rond te bespreken literatuur en in te brengen casus.

Dag 2: *De combinatie van behandelprincipes*

Vormgeving van de onderscheiden principes of combinaties ervan, met behulp van een beslisboom.

De klinische behandel eenheid, de transmurale behandel eenheid, de multifunctionele behandel eenheid.

De ordening van behandelprogramma's rond specifieke doelgroepen, zoals de forensische behandeling.

Dag 3: *Het behandelteam*

Aspecten van oppervlakte- en dieptestructuur van behandelteams, regressieve processen, het leidinggeven aan teams.

Behandelplanning, informatiehuishouding, het voorkómen van fragmentatie en symbiose.

Teamsamenstelling en teamfunctioneren.

Dag 4: *Aspecten van leiderschap en management bij samenhangend behandelen*

Vormen van leiderschap. De coachende leider. De leiderschapskenmerken van Kernberg. De verhouding tussen management en behandelaar.

Management als milieutherapie. Oppervlakte- en dieptemanagement.

Het bewaken van een goede sfeer binnen het behandelteam. Hanteren van grenzen.

Dag 5: *Verdieping naar keuze en “losse eindjes”*

Deze cursus Samenhangend Behandelen geldt als basiscursus voor de Opleiding tot Klinisch Psychotherapeut-VKP.

Na dit eerste cursusblok kan, bij voldoende belangstelling, deelgenomen worden aan drie Terugkomdagen, met de mogelijkheid tot Intervisie en verdieping via Capita Selecta.

Bovendien kan in overleg met de cursusgroep, de VKP en mogelijke andere deelnemers een tweede blok gestart worden, waarin speciale settings zoals die van de forensische psychiatrie, dubbeldiagnoses, enz. uitgediept worden.

Aanmelden bij:

Secretariaat VKP, mw. Jiska Scholte, Bilderdijkstraat 1a, 3881 WB Putten

tel.06-16126815

E-mail: post@klinische-psychotherapie.nl

Of via de website: www.klinische-psychotherapie.nl

Hete Hangijzer Middag

Stuudiemiddag van de VKP op 23 November 2006 in de Kapel van het Christelijk Sanatorium in Zeist

Thema: Gedragstherapie en het Therapeutisch Milieu

Inleiding

Een goed idee om aandacht te besteden aan gedragstherapie en klinische psychotherapie. De opvatting heeft lang geheerst dat deze twee niet samen konden gaan. Ik denk dat deze opvatting geleidelijk is gewijzigd naarmate er meer directief georiënteerde behandelonderdelen en modules hun intrede in de klinische psychotherapie deden.

Paul Runge en Annemarie Janssen maakten ons duidelijk hoe zij dit doen en gezien de goede resultaten is deze werkwijze voor die groep patiënten ook effectief.

Vervolgens ging José van Reijen er op in of groepstherapeuten en gedrags-therapeuten van elkaar kunnen leren en zij besloot met de raadgeving: doe samen een groep.

Echter gaf eerst gastheer Ad Gerritsen, psychiater van Brinkveld, een kort overzicht van de veranderingen die zich voltrokken hebben binnen Brinkveld, centrum voor specialistische behandeling van mensen met een persoonlijkheidsproblematiek en traumagerelateerde stoornissen. De meeste cliënten hebben een persoonlijkheidsstoornis en een symptoomstoornis.

Er zijn nu drie klinische units:

De KKP, de kliniek voor jong volwassenen en een laagdrempelige unit voor cognitieve gedragstherapie.

De deeltijdbehandeling heeft een 2-daagse groep, een 3-daagse groep, een 4-daagse groep en in de toekomst wellicht nog een 5-daagse groep. Een der groepen is seksespecifiek voor vrouwen en een andere seksespecifiek voor mannen. Enkele zijn overwegend psychodynamisch georiënteerd en enkele meer cognitief gedragstherapeutisch.

Dan zijn er nog twee ambulante units.

Rob Koks, voorzitter van de middag, leidde vervolgens de sprekers in en leidde ook verder de middag in goede banen, met name wat betreft het bespreken van een achttal stellingen die op het onderwerp betrekking hadden en de afsluitende discussie met het panel.

Klinische Psychotherapie: zo kan het ook!

Samenvatting van de voordracht door Paul Runge, lid, supervisor, en leertherapeut van de VGCT, en Annemarie Janssen, lid en gedragstherapeutisch medewerker.

Beiden zijn werkzaam in de kliniek voor complexe angst- en dwangstoornissen in Venray, GGZ Noord- en Midden Limburg. In de voordracht beschrijven zij hun werkwijze.



Paul Runge tijdens zijn lezing

Het onderwerp van vandaag is: milieutherapie vanuit het cognitief gedrags- therapeutisch model.

Milieutherapie is het systematisch inzetten van de setting of omgeving, waar- binnen de behandeling plaats vindt, als behandelingsmiddel. De context of behandelomgeving wordt aangepast aan wat de patiënten nodig hebben.

Klinische psychotherapie is een vorm van milieutherapie, waarbij een domi- nant psychotherapeutisch referentiekader het leidend beginsel vormt voor behandelmethodes en de context waarbinnen deze wordt aangeboden.

De klinische psychotherapie heeft twee hoofddoelen:

1. het onder controle krijgen van pathologische gedragspatronen.
2. het ontwikkelen van meer adaptieve vaardigheden.

De doelgroep wordt gevormd door patiënten met een angst- of dwangstoornis. 75 % heeft tevens een persoonlijkheidsstoornis. Vele patiënten hebben al tien of meer jaar klachten en voor velen vormt hun afdeling het eindstation.

Werkwijze.

Zij hanteren het Model van de probleemanalyse.

Onder de As 1 vallen de aanmeldingsproblemen.

Onder de As 2 vallen de persoonlijkheidskenmerken (de copingstijlen en de basisassumpties).

Deze hebben te maken met de ontwikkelingsdynamiek (aanleg en leergeschie- denis).

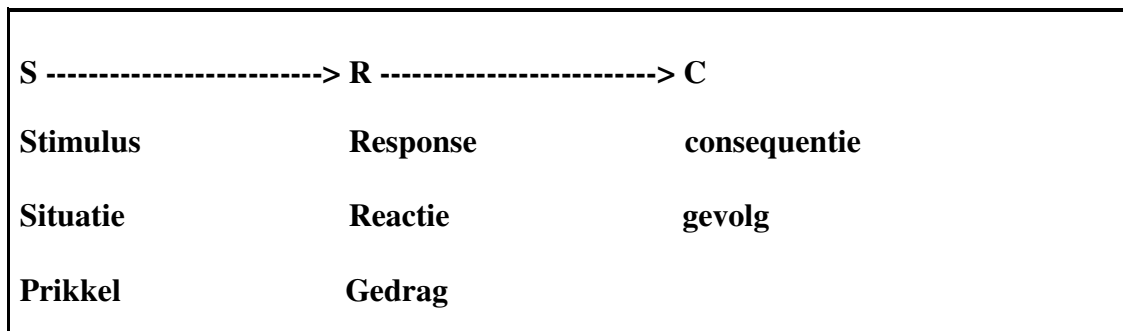
Schets van de behandeling:

Het geïntegreerde cognitief gedragstherapeutisch model.

Functie Analyse.

Een functie-analyse (FA) is binnen de gedragstherapie een middel waarmee geanalyseerd wordt welke situatie een bepaalde reactie (te verdelen in lichame- lijke reactie, gedachten en gedrag) uitlokt en door welke gevolgen het in stand gehouden wordt.

Het model dat de basis vormt voor de FA is ontleend aan de (cognitieve) leer- theorie en ziet er als volgt uit.



De **R** (respons) is uit te splitsen in lichamelijke reactie (cer), gedachten (cov) en gedrag (car).

De gevolgen van **R** kunnen positief of negatief zijn en op korte termijn optreden of op langere termijn optreden. Positieve gevolgen op korte termijn doen de R in frequentie toenemen .

Door dit schema uit te werken komen de patient en therapeut achter de aangrijpingspunten om te komen tot ander gedrag. Dysfunktionele cognities (irrationele cognities) worden middels cognitieve therapie aangevat en vervangen door rationele gedachten. Om meer controle te krijgen op hinderende lichamelijke reacties worden ademhalings- en ontspanningstechnieken toegepast. Het ongewenste gedrag kan (gestructureerd en in stappen) worden gereduceerd en alternatief gedrag aangeleerd.

Zij leiden de patiënten op zodat ze hun eigen therapeut worden. Leren welke stappen ze kunnen zetten en leren die te evalueren.

Zij geven de patiënten les in het maken van schema's zoals bovenstaand.

Leren: Wat denk je en wat levert dat op.

In allerlei opzichten en situaties leren zij om met elkaar om te gaan en met elkaar te onderhandelen. Er wordt daarbij een schaarstemodel gehanteerd. Bijvoorbeeld zijn er weinig spreekkamers. Er moet dan nog al eens tussen de patiënten onderling onderhandeld worden wie het eerst gebruik kan maken van een spreekkamer. En er zijn minder fietsen dan patiënten om naar het zwembad te gaan. Dus ook dat is een onderhandelings-thema.

De slaapkamers zijn meerpersoonskamers en in de loop van de opname worden de plaatsen afgewisseld om te voorkomen dat bepaalde ongewenste patronen vastroesten. Bijvoorbeeld: een dwangpatiënt zal druk op zijn omgeving uitoefenen om zoveel mogelijk te kunnen toegeven aan zijn dwang. De begeleiders sturen het dan zo dat op de slaapkamer een assertieve kamergenoot komt. Dat levert meer observatie- en oefenmateriaal op dan wanneer er een volgzaam persoon naast slaapt. Ook de verdeling van het corvee is een onderhandelings-thema. Ook bespreken en bepalen de patiënten onderling wanneer er bezoeker is. Algemeen gezegd worden er zo min mogelijk regels gesteld.

De patiënten weten dat het schaarstemodel wordt gehanteerd en waarom dat gehanteerd wordt.

Ook stoppen zij, de leidinggevenden, soms een zogenaamd 'verrassingspakket' in het dagprogramma. De betrokken patiënt krijgt dan iets onverwachts te incasseren. Ook hiervoor geldt dat de betrokken patiënt weet dat het op korte termijn gaat komen en hij is er ook mee akkoord gegaan..

Bij het aanleren van vaardigheden geldt: eerst denken en dan wel doen. Zij moeten leren te anticiperen en kleine stappen te maken.

Programma.

Op Maandag en Vrijdag is er weekendbespreking. Op Dinsdag en Donderdag is er een meer vrij groepsgesprek.

Een deel van een groepsgesprek wordt aan ons op een video getoond. Er waren zeven patiënten en een therapeut.

Een vrouw vertelt hoe zij op perfecte wijze inkopen deed. Ze deed het allemaal alleen. Waarop haar groepsgenoten haar voorhielden dat ze ook samen met anderen inkopen kan doen. Een vrouw vertelt dat zij in de thuissituatie het vermeed om gepest te worden. Zo doet ze het hier ook. De therapeut vraagt dan nog al eens aan een ander: doe jij dat ook zo?

Bijvoorbeeld ook als iemand reageert om vooral aardig gevonden te worden. Of als iemand de jongste thuis is. Of steeds maar voor anderen zorgt. Later bespreekt de co-therapeut dan met de groepsgenoten dat die de betrokkene er op attenderen als zij weer aan het zorgen is.

Rol van de co-therapeut.

Al doende en er over pratend bleek deze erg uitgebreid te zijn:

- de problemen vertalen in concrete oefeningen.
- fungeren als model voor de patiënten.
- prompting.
- fungeren als bron van positieve bekrachtiging.
- co-therapeut zijn in de groepsbijeenkomsten.
- in de huiskamer zijn en tijdens de koffie een praatje maken.
- een praktische vertaling maken van datgene wat in de modules is geleerd.



Annemarie Janssen vertelde over haar aandeel in de behandeling

Bijvoorbeeld straatvreesoefeningen opbouwen. Dat is voor iedereen weer anders. Voor de een is elke dag oefenen goed, maar voor een ander is 1x per week beter. Het is ook de bedoeling dat zij kijken hoe anderen hun oefeningen doen.

Steeds is de vraag: wat is voor mij moeilijk en wat wil ik leren.

Een ander voorbeeld:

Twee dwangmatige vrouwen delen een slaapkamer. Dat geeft uiteraard botsingen. De co-therapeut praat dan eerst met beiden apart en dan met hen samen. Vervolgens worden er werkpunten opgesteld en wordt na een week geevalueerd wat er is veranderd. Bekijken wat er goed is gegaan en dit positief bekrachtigen.

De psm:

De co-therapeut signaleert tijdens de psm dingen, waar zij later in individuele gesprekken op terug komt, vaak met het thema 'wat heb je er voor je zelf aan'.

Blijkt bij de psm dat het behandelklimaat 'vast zit', dat er weinig positieve dingen uit komen dan gaan ze de kring rond en spreken alle patiënten om de beurt er op aan: wat heb je gedaan om vooruit te komen. De bedoeling is om daarmee een vastgelopen structuur te doorbreken.

De groep gaat eens in de zoveel tijd drie dagen kamperen. Ieder mag dan één tas meenemen. Ze moeten dan samen bespreken hoe dit kamp geregeld moet worden en wat in die ene tas mee kan en wat niet. Ze moeten dan ook elk een lijstje maken welke moeilijkheden er voor ieder aan het kamp verbonden zijn.

In dit soort situaties worden twee lijsten gebruikt:

1. de anticipatielijst.
2. de toepassingslijst.

De anticipatielijst bevat vragen om zich systematisch voor te bereiden op een situatie die voor de betrokkene moeilijk is:

- welke lastige situatie zie ik aankomen.
- wat is er moeilijk voor mij aan deze situatie. Denk aan oude patronen van denken, doen en voelen.
- ik ga kritiekloos brainstormen over allerlei manieren van aanpak. Denk aan handvaten die je kunt gebruiken zoals assertiviteit, ontspanningstraining, G-training, afleiding, stappenplan enz.
- ik kies een bijpassende manier van aanpak.
- ik voer de gekozen aanpak uit.
- ik evalueer achteraf hoe het is gegaan en is gedaan.
- hoe zou ik het een volgende keer in zo'n situatie doen? Hetzelfde of hoe zou ik het anders doen.

De toepassingslijst wordt ook gebruikt bij dagelijks te registreren oefeningen. Hieronder volgt een voorbeeld.

- de begin- en eindtijd van een activiteit. Pauzes inlassen. Dosereren in de activiteiten.
- heb ik dit gedaan en me er aan gehouden? Zo nee, waarom niet?
- ik wil elke dag 's morgens en 's avonds een uur aan de computer zitten. Heb ik me hieraan gehouden? Zo niet, waarom niet.
- zijn er dingen die mij dwars zitten? Wat ga ik hiermee doen, denk o.a. iets bepraten of denk aan het g-schema.
- eerst nadenken, niet meteen invullen/ kleuren! Heb ik me hiervoor ingezet/ bijgesteld? Wat was het thema.

- ik houd meer mijn kiezen op elkaar wanneer ik bemerk dat ik stiltes opvul. Heb ik mezelf hier op betrappt? En heb ik de stilte kunnen laten bestaan?
- ik denk van tevoren na over komende, mogelijk lastige situaties. Ik vul hier eventueel een anticipatielijst over in.
- met betrekking tot het tanden poetsen op de badkamer bij de wastafel. Kijkend in de spiegel. Heb ik dit gedaan?
- welke goede daden heb ik vandaag gedaan in het kader van mijn behandeling?

Tenslotte:

Is een patiënt na drie maanden onveranderd dan moet hij vertrekken. Maar dat geldt slechts voor een klein percentage.

Wat kunnen groeps- en gedragstherapeuten in de (dag)kliniek van elkaar leren

Door José van Reijen, supervisor, docent en leertherapeut VGCT, lid NVGP; is werkzaam op Brinkveld.

Is het mogelijk om groepsdynamische- en gedragstherapeutische technieken te integreren en zo ja, hoe zou dat moeten?

Brinkveld heeft, evenals een aantal andere klinische psychotherapie afdelingen, een psychodynamische, groepsdynamische traditie. Later zijn er wel gedragstherapeutische modules ingevoegd. Er is dan wel een combinatie van psychodynamisch en gedragstherapeutisch, maar dat is nog geen integratie.



José van Reijen

In de beeldvorming richt gedragstherapie zich alleen op gedrag. Gedragstherapie is directief en doelgericht. Denk bijvoorbeeld aan een fobiebehandeling. Maar gedrag is niet alleen uitwendig maar ook inwendig en gedragstherapeuten houden zich ook bezig met het inwendige, de interne wereld van de cliënt.

Wat in de behandeling voor de cliënten werkzaam is wordt door psychodynamici en gedragstherapeuten verschillend beoordeeld, zoals:

- doelgericht versus procesgericht.
- programmatisch versus proces.

In de loop der jaren heeft zich een ontwikkeling voltrokken. Bij een complexe problematiek geeft een psychodynamische groep te weinig reductie van klachten. Daarom zijn groepstherapeuten ook klachten gaan behandelen. Omgekeerd zijn gedragstherapeuten meer interacties in de behandeling gaan betrekken omdat alleen klachtgericht werken te weinig permanente verandering met zich bracht.

Men kan verschillende vormen van groepsleren onderscheiden:

- leren in de groep. De therapeut praat individueel met de cliënten. De andere groepsleden luisteren en steken er wat van op.
- leren met de groep. De cliënten hebben om de beurt een hoofdrol en betrekken andere groepsleden in hun actie, bijv. rollenspel.
- leren door de groep. Uit de groep en de groepsdynamiek ontstaan helende processen.

Koch onderscheidde (in 1993) drie soorten groepen waarmee groepsgedragstherapie werd gedaan:

- een trainingsgroep, met een duidelijk en strak lesprogramma, dat dan ook de structuur van de groep bepaalt.
- een werkgroep met een lossere raamprogramma. De groepsleden komen om de beurt aan bod.
- een procesgroep, waarbij de groepsleden actief op elkaar reageren en daarbij gedragstherapeutische methodieken toepassen.

In de groepsgedragstherapie wordt het probleem (van een cliënt) aangegaan in relatie tot anderen; wel logisch want het probleem is tenslotte ook ontstaan in relatie tot anderen. In het contact vergroten zij hun vaardigheden. Zij leren van elkaar en zij bekrachtigen onderling positieve dingen. Dat alles bevordert de cohesie.

Men onderscheidt ook wel drie fasen:

- in or out.
- up or down.
- near or far.

Waarmee aangegeven wordt hoe de groep verloopt en hoeveel profijt iemand er van heeft.

Een groepsgedragstherapie heeft meestal tien of twintig sessies. Dat is niet zo veel en dus is het zaak om eerst de cohesie te bevorderen. Wanneer het lukt om snel cohesie te bereiken dan heeft dat een positieve betekenis voor het totale effect.

Wat is cohesie?

Yalom (1984) sprak van de aantrekkelijkheid van de groep voor zijn leden.

In de gedragstherapie spreekt men ook wel over kleefkracht of cement, zoals Hoijtink het noemde.

Een goede cohesie bevordert dat groepsleden zich aan elkaar en aan hun taak verbinden.

Cohesie bevorderend gedrag houdt in:

- Luisteren naar elkaar en vragen aan elkaar stellen.
- Over zichzelf spreken in de groep.
- Het uitspreken als men iets herkent.
- Positieve gevoelens naar elkaar uitspreken.
- Reageren op hetgeen de therapeut aanbiedt.

Wat kunnen groeps- en gedragstherapeuten van elkaar leren?

De gedragstherapeut biedt een klacht- en doelgericht focus. Kennis van de leertheorie met betrekking tot de klachten. En cognitieve modellen waarmee de groepsleden leren hoe elkaar te bekrachtigen.

De groepstherapeut biedt cohesie met name in de beginfase; het ontstaan van waardevolle normen in het omgaan met elkaar; kennis en gebruik maken van fasen uit de groepsdynamica (in de groepstherapie).

De groeps- en gedragstherapeuten kunnen van elkaar leren door zich in elkaars concepten te verdiepen. Door ieder van uit zijn eigen kader groepsfenomenen te beschrijven met mogelijke interventies. En bijvoorbeeld een groepsprotocol voor een specifiek klachtgebied aan te vullen met groepsdynamische aspecten.

En misschien het belangrijkste: doe samen een groep!

Landelijke dag van de Psychische Gezondheid

Borderline Bulletin

Het Fonds Psychische Gezondheid (voorheen het Nationaal Fonds Geestelijke Volksgezondheid) organiseert elk jaar een landelijke dag. 10 Oktober wordt wereldwijd aandacht besteed aan de psychische gezondheid. Ieder jaar is er een ander thema en ditmaal was deze dag gewijd aan de borderline persoonlijkheids stoornis.

De stuurgroep Triade heeft in samenwerking met het Fonds de landelijke dag georganiseerd. Deze vond plaats in Vredenburg in Utrecht en er werden die dag voordrachten en workshops gegeven. Naar aanleiding hiervan werd ook een Borderline Bulletin uitgegeven. En een aantal van de voordrachten en work-shops werden hierin weergegeven.

‘Samen zoeken naar balans’ is het motto van dit Bulletin.

Marja de Ruiters, Viola van Rijnsoever en Anne Oude Egberink bieden via Steunpunt GGZ Utrecht een training aan van één dagdeel: ‘Samen wijs uit borderline’. Zij zijn ervaringsdeskundigen en de training is bedoeld voor hulpverleners (in opleiding). Zij vertellen over hun positieve en negatieve ervaringen met hulpverleners en wat bij hen wel en wat niet werkte. De hulpverleners krijgen zo op een andere manier meer inzicht in borderline mensen. Zie ook:

www.ggzutrecht.nl

Onder de titel ‘Herstel is mogelijk’ vertelt Arnoud Arntz, medische, klinische en experimentele psychologie, Universiteit Maastricht, over de positieve resultaten met schematherapie. Hij wijst daarbij ook op het financiële voordeel voor de maatschappij. In een onderzoek kwam men tot 4500 euro per jaar per herstelde patiënt. Zie ook:

www.schematherapie.nl

Borderline...Wat is dat. Erwin van Meekeren benoemt in het kort een aantal belangrijke aspecten. Ook wordt gewezen op het boek: Borderline, een zelf- hulpboek met een CD-rom eventueel als aanvulling op professionele hulp.

Adrienne Dercksen van het Fonds Psychische Gezondheid vertelt over Everdina die borderline heeft. Het meedoen met een Goldstein-training heeft haar een stap verder gebracht. Bij de aanvang vertelde de begeleidster wat de bedoeling was en zagen zij op een video situaties, bijvoorbeeld bij gekleineerd worden, hoe je niet moet reageren en hoe je wel moet reageren. En met rollenspelen werd er veel geoefend.

Bert van Luyn, hoofdbehandelaar, psycholoog-psychotherapeut schrijft over crisissituaties bij borderlinepatiënten. Een crisis gaat nog al eens gepaard met suïcidaliteit. Meestal is het niet de bedoeling om dood te gaan, maar is er sprake van ontredde en geen raad weten. Vaak maakt een therapeut bij het begin van de behandeling afspraken wat er in een crisissituatie moet gebeuren. Hij is van mening dat hierbij een acute opname geen probleem is. Het lost uiteraard de problemen niet op, maar het kan een klimaat bieden waar er behalve regelmaat even niets hoeft en waar je even onder andere mensen bent. En het kan bij woedeuitbarstingen voorkomen dat persoonlijke relaties beschadigd worden.

Suzanne Unck i.s.m. Hilke Verdijk van het Fonds Psychische Gezondheid noemen het bestaan van SUUS & CO. Dit is een klein bedrijf voor coaching en reïntegratiebegeleiding in werken. Jonge mensen met een Wajong uitkering kunnen een half jaar werkervaring opdoen waarbij zij begeleid worden door een professionele jobcoach.

Koos Krook, onderzoeker GGZ Midden Brabant, beschrijft hoe familie, ouders vaak reageren op gedrag van een borderlinepatiënt(e). Om te leren om op een betere manier te reageren zijn er trainingen. Het belangrijkste is om te leren omgaan met de eigen emoties en deze een plek te geven. Als ze hun eigen emoties de baas zijn zijn ze ook 'borderline de baas'.

Een training 'omgaan met borderline' of 'borderline de baas' bestaat uit tien tot veertien bijeenkomsten. De deelnemers krijgen huiswerk dat zij met lotgenoten uitwisselen. Ook leren zij van de begeleidende hulpverleners. Thema's zijn onder andere 'hoe om te gaan met eigen kinderen, met de eigen omgeving en met de hulpverlening'.

Steven Meijer, klinisch psycholoog, psychotherapeut en trainer Dialectische Gedragstherapie beschrijft in het kort de DGT. Marianne brandt zichzelf met sigaretten. De DGT therapeut helpt haar in te zien dat zij hiermee negatieve gevoelens door herbelevingen van een traumatisch verleden wegduwt. In de DGT behandeling onderzoekt de therapeut met haar wat andere en minder schadelijke manieren zijn om deze emotionele stormen op te vangen. Bij een crisis kan zij hem bellen om samen te voorkomen dat zij gaat branden. Ook volgt Marianne een vaardigheidscursus. De therapeut bespreekt wekelijks de zaken waar zij in haar behandeling tegen aanloopt.

De DGT bestaat dus uit individuele psychotherapie, vaardigheidstraining, telefonische consultatie voor de patiënten en teamconsultatie voor de therapeuten.

Theo Ingenhoven bespreekt welke medicatie aangewezen is indien medicatie wenselijk is. De American Psychiatric Association heeft in 2001 richtlijnen

geformuleerd. Toepassing geeft niet altijd het gewenste effect.

Momenteel worden in Nederland nieuwe behandelrichtlijnen opgesteld. Daarin zullen recente bevindingen uit wetenschappelijk onderzoek naar werking en bijwerkingen meegewogen worden.

Moderne stemmingsstabilisatoren komen in recent onderzoek goed uit de bus. Moderne antipsychotica helpen soms wel maar hebben veel bijwerkingen. De moderne antidepressiva raken steeds meer omstreden.

Tenslotte enkele websites die in het verband van borderline van belang zijn:

www.borderline.startpagina.nl

www.stichtingborderline.nl

www.triade-borderline.nl

www.borderline-hulpgroep.com

www.borderline-klup.nl

www.samenzoekenaarbalans.nl

www.psychowijzer.nl

www.moeilijkemensen.nl

Triade Borderline

GgzE (Eindhoven en de Kempen)

In Eindhoven is op 11 Oktober 2006 een Triade Borderline dag gehouden. Triade is een samenwerkingsverband van borderlinecliënten, hun familie en hulpverleners. Naar aanleiding van deze dag heeft de GgzE een themakrant aan borderline gewijd, net zoals het Fonds Psychische Gezondheid dit deed bij hun landelijke dag die op 7 Oktober 2006 werd gehouden.

Tom Horemans, psychiater en programmaleider persoonlijkheidspathologie en traumagerelateerde stoornissen:

met gespecialiseerde behandeling kunnen meer mensen hun borderline- problematiek overwinnen en een normaal leven leiden. In de behandeling ligt de nadruk vooral op acceptatie van de stoornis en de gevolgen er van. Daarnaast is het belangrijk de verstoorde persoonlijkheidsontwikkeling te corrigeren en de traumatische gebeurtenissen te verwerken.

De belangrijkste onderdelen van de behandeling zijn:

Voorlichting en psycho-educatie, gespreks- en psychotherapie individueel of in een groep, creatieve therapie, vaardigheidstraining, emotieregulatie en medicatie. Ook leren cliënten hoe zij met een crisis moeten omgaan, en krijgen zij ondersteuning bij het vinden van werk, opleiding en huisvesting. Het is de kunst om steeds centraal te stellen wat op een bepaald moment het meest wenselijk is. De vraag van de cliënt staat hierbij centraal.

Baby extra.

Dit is de naam van een gezamenlijk project van GgzE en een achttal andere zorgaanbieders. Een consulatiebureau is het aanmeldingsadres. De naam van het project geeft al aan dat het gaat om vrouwen die een baby hebben gekregen of deze zullen gaan krijgen. De vrouw die in het stuk beschreven wordt kreeg individuele begeleiding, gesprekken en videohometraining.

Crisisprotocol.

In voorkomende gevallen (dialectische gedragstherapie) wordt samen met de cliënt een crisisprotocol opgesteld. Daarin staat wat de betrokkene zelf kan doen bij een crisis. Dat kan bijvoorbeeld zijn gaan wandelen, iemand bezoeken, de hulpverlener bellen en als dit in het protocol staat zelf naar de kliniek gaan voor 'een bed op recept'.

VERS training.

Ofwel Vaardigheidstraining Emotie Regulatie Stoornis. Deze wordt bij het GgzE gegeven en wel op drie locaties. De leidsters werken aan de hand van een

emotiehanteringsplan. Zij zijn in deze training meer docent dan hulpverlener. De deelnemers aan een groep moeten minimaal twee mensen uit hun directe omgeving kiezen die fungeren als steungroep. De cliënten leren om hun kwetsbaarheid te accepteren en zij leren vaardigheden om hun sterk wisselende emoties te sturen. Essentieel is ook de aandacht die aan de familieleden en hulpverleners wordt besteed. In de training zitten ook ontspanningsoefeningen. Er wordt wel uitleg gegeven over mogelijke oorzaken en over kenmerken van de stoornis, maar er wordt niet ingegaan op onderliggende problematiek.

Borderline de baas.

Evenals GGZ Midden Brabant geeft GgzE een training 'borderline de baas', bedoeld voor familieleden en andere nauw betrokkenen. Veronique van Woensel van GgzE en Katrien Lucassen van 'Preventie' geven deze training tien weken en twee en een half uur per keer. De

naast betrokkenen moeten leren om hun eigen grenzen te kunnen en durven aangeven en ze moeten leren hoe ze hun eigen belasting in de hand kunnen houden.

“Je moet precies anders reageren dan je als eerste reactie zou doen. Je gaat niet meer uitgebreid in op de emoties van de ander waardoor er minder borderline- gedrag is”.

Aandacht voor....

Medisch contact

In het nummer van 20 Oktober 2006 staat een artikel van Henk Maassen 'Lastige patiënten bestaan niet'. Het artikel gaat over borderline patiënten. Psychiater Rinne, medisch directeur van het Pieter Baan Centrum is gepromoveerd op de neurobiologie van de borderlinepersoonlijkheidsstoornis. Hij stelt dat er in Nederland te weinig wetenschappelijk onderzoek is gedaan naar borderline. Verheul, hoogleraar persoonlijkheidsstoornissen aan de UvA meent dat dit onder andere komt omdat veel hulpverleners nog menen dat deze patiënten onbehandelbaar zijn.

Van de borderline is bekend dat er een natuurlijk herstel is. Na ongeveer tien jaar zou de helft zijn hersteld. Maar ook bij asymptomatische patiënten kan de kernpathologie, een hechtingsstoornis, nog steeds bestaan. Genetische factoren spelen een rol maar niet alleen die. Noren leven in een rustige, overzichtelijke, sociaal geordende samenleving. Daar zijn veel minder borderlinepatiënten dan bijvoorbeeld in een desintegrender samenleving als in een aantal binnensteden van de Verenigde Staten, omdat daar meer psychogene risicofactoren zijn.

Rinne keek naar de gevolgen van vroege traumatisering, die bij 60% plaats heeft gevonden. Hij vond stoornissen in het serotonerge neurotransmittersysteem in de hersenen en ontdekte dat het stresshormoonsysteem hyperreactief is. Bij de borderlinepatiënten zonder vroeg trauma was dat niet het geval.

Rinne en Verheul menen beiden dat psychotherapie de behandeling van keuze is bij persoonlijkheidsstoornissen, dus ook bij borderliners. Deze moeten in de eerste lijn opgevangen worden door psychologen die motiverende gesprekstechnieken hebben om hen te bewegen in behandeling te gaan in de tweede of derde lijn.

Er zijn nu drie behandelingen die een goede werkzaamheid hebben aangetoond in RCT's: De dialectische gedragstherapie (DGT), de mentalization-based treatment (MBT) en de schema-gerichte therapie. De transference-focused psychotherapy is (nog) niet wetenschappelijk onderbouwd.

DGT houdt in dat iemand een jaar lang elke week een uur individuele psychotherapie krijgt en 2,5 uur groepsvaardigheidstraining. Doel is om de impulsieve gedragingen te bestrijden en vaardigheden aan te leren door emotieregulatie. In nog ongepubliceerd onderzoek toont de Duitse psychiater Sabine Herpertz met behulp van fMRI-opnamen aan dat deze therapie leidt tot veranderingen in het prefrontale cortex-amygdalastelsel.

Bij MBT is iemand 1,5 jaar in een 5-daagse dagbehandeling en daarna 1,5 jaar in groepstherapie 3x per week. De patiënten leren reflecteren op gevoelens, gedrag en gedachten.

SGT vergt 3 jaar lang 2 sessies per week. Getracht wordt om de manier waarop patiënten traumata cognitief hebben vastgelegd te toetsen op het waarheidsgehalte.

Bij de behandeling is een hoge tolerantie van de hulpverleners een eerste vereiste, mede omdat de patiënten zich niet altijd aan de therapieeregels houden.

De kosten van de behandeling zijn hoog. Verheul gaat onderzoeken of DGT valt terug te brengen tot een gesprek eens per twee weken plus groepsvaardigheidstraining en dat niet onder leiding van een dure psychotherapeut.

Verheul is betrokken bij de ontwikkeling van een nieuwe richtlijn. Hij wil een richtlijn die niet alleen is gebaseerd op gerandomiseerde trials maar ook op klinische kennis.

De Psychiater

In het nummer van december 2006 staat een artikel van Patrick Knapen over de verruiming van de aanspraken psychotherapie (zie ook Bulletin 28, Aandacht voor....). Van 1 Januari 2007 wordt het opnieuw mogelijk om de voortgezette psychotherapeutische behandelingen te bieden waar en zolang dat nodig is.

De 25/50 regeling komt niet te vervallen. Zijn 50 sessies ontoereikend dan kan men na 50 sessies gebruik maken van het Protocol Voortgezette Psychotherapie. Om aanspraak te maken op verlenging moeten op dit protocol ten minste 21 punten worden gehaald op een totaal van 32. Het ingevulde protocol moet in het dossier worden bewaard opdat later eventueel controle mogelijk is. Op het formulier moet aangekruist worden of de verlengingsindicatie plaats vindt op basis van leeftijd, As-II classificatie of VPT-protocol. Tevens zal melding bij het zorgkantoor gedaan moeten worden.

Naar verwachting zal maximaal 15% van de psychotherapieën behoefte hebben aan dit nieuwe protocol. Door de noodzaak van melden kunnen de zorgkantoren nagaan wie daar duidelijk boven komt.

De Psychiater

In het nummer van December 2006 staat een artikel van Peter Niessink, directeur van de NVvP. Het gaat in dit artikel om een nieuwe basisset van prestatie-indicatoren voor GGZ-instellingen.

De inspectie voor de Gezondheidszorg en GGZ-Nederland hebben, na becommentariering van onder andere de commissie kwaliteitszorg van de NVvP een basisset prestatie-indicatoren samengesteld. Deze is 29 November door staatssecretaris Ross-van Dorp in ontvangst genomen. Er volgt nu een fase waarin de basisset verder ontwikkeld moet worden. De set bestaat uit 28 indicatoren en afgesproken is dat de lijst niet groter mag worden. Zo nodig kunnen bepaalde items vervangen worden door andere. De set heeft drie hoofdthema's namelijk effectiviteit, veiligheid en cliëntgerichtheid. De gehele set is te vinden op de website van de NVvP, www.nvvp.net

Afgesproken is dat professionals werkzaam in GGZ-instellingen geen extra administratieve werkzaamheden hoeven te verrichten anders dan wat te doen gebruikelijk is om informatiesystemen vast te leggen.

De implementatie geschiedt gefaseerd. In 2007 worden 18 indicatoren gehanteerd en in 2008 alle 28.

De informatie uit de set zal door zorgaanbieders en professionals gebruikt worden voor hun interne kwaliteitsbeleid, door patiënten als keuze-informatie via www.kiesbeter.nl, door zorgverzekeraars als inkoopinformatie en door de IGZ (Inspectie voor de Gezondheidszorg) in de eerste fase van gefaseerd toezicht.

De Psychiater

In het nummer van Januari 2007 staat een artikel van Peter Niesink. Hij geeft weer dat het CBP (College Bescherming Persoonsgegevens) toestemming heeft gegeven voor een zeer beperkt gebruik van diagnose-informatie in de DBC GGZ. De zorgverzekeraars menen dat zij wel over de (meer gedetailleerde) diagnoses dienen te beschikken.

Het ministerie van VWS stelt voor om de classificatie op hoofdgroepniveau te vermelden bij de DBC's. Voor de klinische psychotherapie gaat het dan vooral om de hoofdgroepen persoonlijkheidsstoornissen, depressieve stoornissen, bipolaire stoornissen, angststoornissen, aanpassingsstoornissen.

De brief van het CBP en de notitie van VWS kan men lezen op www.nvvp.net

De Psychiater

In het nummer van januari 2007 staat een artikel van Naomi Querido, wetenschapsjournalist getiteld: Borderline goed te genezen met nieuwe therapievormen. Zij heeft een interview gehouden met twee psychiaters van Rivierduinen, locatie Leiden en Oegstgeest, Onstein en Kooiman. Zij namen deel aan een onderzoek dat onder leiding van Prof. Dr. A. Arntz en Dr. J. Giesen-Bloo de laatste paar jaar is gedaan bij 88 borderlinepatiënten. Daarbij is de effectiviteit onderzocht van een behandeling met SFT (Schema Focused Therapy) of met TFP (Transference Focused Therapy).

Met SFT was 52% na 4 jaar volledig hersteld en 68% aanzienlijk verbeterd [Dat is 120% zou ik zeggen, de W.]. Met TFP was 29% na 4 jaar hersteld en 68% aanzienlijk verbeterd. Bij een deelonderzoek naar attentional bias bleek dat succesvolle psychotherapeutische behandeling ook leidt tot verbetering op biologisch niveau.

Onstein: SFT kenmerkt zich door vier kanten die de patiënt afwisselend toont: het boze kind, het verlaten kind, de onthechte beschermer en de bestraffende ouder. Meestal laat de patiënt een van die vier modaliteiten zien en tijdens een sessie werk je met die modaliteit. En je probeert de modaliteit van de gezonde volwassene te versterken. Belangrijk is daarbij 'reparenting'. De therapeut vervult de rol van de liefdevolle zorg van een ouder en het is heel belangrijk om een hechte band op te bouwen. Daarom mogen de patiënten ook buiten kantooruren bellen, bij een crisis ook 's nachts. In de praktijk valt het bellen wel mee. Hij kan eventueel zijn mobiel op voicemail zetten en later zelf terugbellen.

Kooiman: TFP is ook steunend structurerend, maar minder dan de SFT. Bij TFP richt de behandelaar zich op verwachtingen en gevoelens die de patiënt heeft ten aanzien van anderen. De therapeut tracht samen met de patiënt deze verwachtingen en gevoelens duidelijk te krijgen. In de eerste helft van de therapie gaat het vooral over wat er nu niet goed gaat en wat het aandeel van de patiënt hierin is.

Bij beide therapieën is intervisie belangrijk. Alle gesprekken worden opgenomen en beluisterd. De intervisie zorgt vaak voor een versnelling van processen.

In het onderzoek was een kosteneffectiviteitsonderzoek inbegrepen. De drie jaar behandeling was goedkoper dan alle kosten die anders gemaakt zouden zijn voor medische zorg en werkverzuim.

Ook voor eventuele kinderen is het een stuk fijner om een vader of moeder te hebben die zich niet steeds wanhopig of suïcidaal voelt. Dat geeft die kinderen later ook minder problemen.

Tijdschrift voor psychotherapie

In het nummer van Januari 2007 staat een artikel van Scharwächter over groeps dynamische groepsgedragstherapie. Dit artikel sluit goed aan bij het thema van de Hete Hangijzermiddag November 2006, waarover ook in dit Bulletin verslag wordt gedaan. Het boeiende artikel verduidelijkte voor mij hoe je het psycho- dynamische kan combineren met het gedragstherapeutische. Het artikel toont ook aan dat met een langdurige, deels klinische psychotherapie ook bij zeer complexe problematiek belangrijke verbetering bereikt kan worden.

Het artikel gaat over een ervaring in Overwaal, een gedragstherapeutische kliniek in Lent. Ik haal enkele aspecten uit het artikel naar voren.

-In Overwaal worden cliënten behandeld met een ernstige angststoornis. In 2004 werd bij 83% van de cliënten een tweede en bij 34% een derde stoornis op de as 1 van de DSM IV vastgesteld. En dan had 79 % ook nog een persoonlijkheidsstoornis volgens de clusters B en C. Gemiddeld hadden de cliënten meer dan acht jaar klachten en waren zij elders al behandeld. De gemiddelde opname duur in Overwaal is zes maanden.

-Er is een uitgebreid weekprogramma: weekendbespreking, gedragsmodificatie, exposure, ontspanning, een cursus cognitieve therapie, sociale vaardigheids- training, psychomotorische therapie, dramatherapie, toneelgroep, creatieve therapie, psychodrama, videogroep en gezinstherapie. Verder één of twee maal per week individuele psychotherapie. En dan tweemaal per week vijf kwartier groepsdynamische groepsgedragstherapie welke een centrale plaats had in de behandeling. Deze therapie is een groepspsychotherapie die gebaseerd is op het leertheoretisch referentiekader. Het is een open gespreksgroep waar de cliënten bepalen waarover gepraat wordt en waarbij zij al pratend elkaar ook conditioneren. Hierdoor ontstaan interpersoonlijke en groepsdynamische processen die tot leerprocessen en gedragsveranderingen leiden. De therapeuten hanteren in deze groep gedragstherapeutische technieken.

In het artikel wordt een cliënte beschreven en hoe zij in de loop der maanden in en met en door de groep zich geleidelijk durfde hechten en zich meer uiten. Dat had niet alleen een positieve invloed op het verbeteren van haar persoonlijkheidsstoornis maar de behandeling als geheel leidde ook tot een duidelijke vermindering van haar as 1 klachten.

Het opvallende in deze groepsdynamische groepsgedragstherapie vind ik dat de cliënten worden uitgenodigd om met elkaar te praten over wat hen bezig houdt, dat zij dat ook doen, en dat de therapeuten reageren met gedragstherapeutische technieken. Uit het artikel krijg je wel de indruk dat er zich een groepsdynamisch proces in de groep heeft ontwikkeld.

Aankondigingen

28 maart tot en met 31 maart 2007: Training Klinische Psychotherapie.

Thema: zelf ervaren welke processen zich afspelen in een klinisch behandelmilieu en ervaren hoe groepsprocessen en persoonlijke processen elkaar wederzijds beïnvloeden.

Plaats: Gasterij 'De Dijkgraaf' te Maasbommel.

Inl: Tel: 06 – 1215 1927, (Secr. Training Klinische Psychotherapie),

's Gravenweg 477, 3065 SC Rotterdam.

19 en 20 april 2007: Symposium ter gelegenheid van: De Viersprong 50 jaar en het tweede lustrum van het behandelprogramma Intensieve Kortdurende Dynamische Psychotherapie (IKPD).

Thema: Hakken in het zand! Karakterpathologie behandelen, kan dat?

Plaats: Psychotherapeutisch Centrum De Viersprong, Beeklaan 2, Halsteren.

Inl: tel: 0164 – 63 22 72 (secretariaat).

www.deviersprong.nl/hakkeninhetzand

Accreditatie aangevraagd bij NVvP en NIP.

31 Mei 2007: VKJP congres.

Thema: It takes two to tango; de wisselwerking tussen diagnostiek en behandeling.

Plaats: Congrescentrum De Reehorst te Ede.

Inl: tel: 030 – 296 53 48 (secr. VKJP).

e-mail: vkjp@hetnet.nl

Accreditatie bij de NVvP aangevraagd.

13 juni 2007: Psychotherapeutisch Centrum De Viersprong en de Universiteit van Amsterdam en de Congresorganisatie van het AMC organiseren:

Thema: Het Nationaal Psychotherapie Debat 2007; domein, dosering, groei en toekomst van de psychotherapie in Nederland.

Plaats: Beatrix Theater, Jaarbeurs te Utrecht.

Inl: www.psychotherapie debat.nl (ook voor inschrijving)

11 tot 13 juli 2007: Universiteit van Minho; Internationale attachmentconferentie.

Thema: Changing troubled attachment relations; views from research and clinical work.

Plaats: Universiteit van Minho te Braga, Portugal.

Inl: e-mailadres: iac2007@iep.uminho.pt en www.iep.uminho.pt/iac2007

19 tot 22 september 2007: 10-de International ISSPD congress.

Thema: Development and changeability of personality disorders; new frontiers in research and practice.

Plaats: Congrescentrum Den Haag.

Inl: e-mailadres: j.j.l.muller@lumc.nl

Kenmerken van klinische psychotherapie volgens de VKP

De VKP is een vereniging voor alle professionals die geïnteresseerd zijn in de integratie van psychotherapeutische behandelvormen en de context waarin deze verstrekt worden.

Het gaat hierbij om:

- psychotherapeuten, psychiaters, verpleegkundigen/ groepswerkers, vaktherapeuten en maatschappelijk werkenden die werken in een multidisciplinaire setting,
- waarbij milieufactoren methodisch aangewend worden als ondersteuning van de behandeling,
- waarbij psychotherapie het leidend principe van de behandeling vormt,
- waarbij de belangrijkste doelgroep bestaat uit cliënten met ernstige en/of complexe pathologie (vaak behorend tot specifieke diagnostische categorieën),
- waarbij meerdere referentiekaders en benaderingswijzen tegelijkertijd mogelijk zijn.

Referentiekaders voorkomend in de klinische psychotherapie in Nederland

Het betreft een lijst van referentiekaders zoals ik die tot nu toe ben tegen- gekomen en pretendeert dus geen volledigheid (de W.).

- psychodynamisch - groepsdynamisch.
- steunend psychoanalytisch - groepsdynamisch.
- transactionele analyse.
- intensieve klinische dynamische psychotherapie (IKDP) volgens de Davanloo methode.
- Mentalisation Based Therapy (MBT).
- Schematherapie volgens Jeffrey Young.
- Cognitieve gedragstherapie.
- Dialectische gedragstherapie volgens Linehan (DGT).
- Systeemtherapie.
- Gezinstherapie.

Een grotere VKP kan meer doen

Werft één of meer leden uit kliniek of uit dagkliniek en uit diverse referentiekaders.

Gespecialiseerd lidmaatschap 70 Euro

Met merknaam klinisch psychotherapeut,
na voltooide opleiding tot klinisch psychotherapeut

Gewoon lidmaatschap 70 Euro

Psychologen, geregistreerd als psychotherapeut en
GZ-psychologen met relevante groepsopleiding kunnen
het gewoon lidmaatschap aanvragen.
Psychiaters zijn geregistreerd als psychotherapeut en
kunnen het gewoon lidmaatschap aanvragen.

Aspirant lidmaatschap 35 Euro

Belangstellend lidmaatschap 35 Euro

Senior lidmaatschap 35 Euro

HBO leden: Lid klinisch psychotherapeutisch medewerker-VKP

Gespecialiseerd lidmaatschap 40 Euro

Gewoon lidmaatschap 40 Euro

Aspirant lidmaatschap 25 Euro

Belangstellend lidmaatschap 25 Euro

Lidcontribuant 70 Euro

Instellingen kunnen lidcontribuant worden. Zij ondersteunen daarmee
de VKP en ontvangen het Bulletin en uitnodigingen voor vergaderingen
en studiedagen. Dit lidmaatschap is dan naast en niet als vervanging van
individuele lidmaatschappen

Aanmelding bij het secretariaat van de VKP:

Jiska van Dorssen,
Bilderdijkstraat 1a,
3881 WB Putten,
Tel: 06 - 16 12 68 15,
e-mail: post@klinische-psychotherapie.nl