



Vereniging

voor

Klinische Psychotherapie

Bulletin 28

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
4. Cursus Succes factoren in een behandelsetting (over holding en sturing)
6. In ieder van ons woont een huilend kind
Door L. Eurelings – Bontekoe
17. Wanneer ambulante behandeling tekort schiet
Door R Vermote
21. In het verleden behaalde resultaten bieden geen garantie voor de Toekomst; middagsymposium De Zwaluw en De Enk
21. Opening door de dagvoorzitter
Door L. Los
22. De patiënt laat zich horen
23. Een behandelaar maakt zich druk
Door F. Kraaijeveld
23. Aandacht voor....
26. Aankondigingen
28. Kenmerken van Klinische Psychotherapie volgens de VKP
28. Referentiekaders in de klinische psychotherapie

Redactioneel

Het tweedaagse gezamenlijk congres van de VKP, de NVGP en de VMPD: Kiss me, Kick me, is voorbij. Het congres was dermate geslaagd dat ter plekke besloten werd om over twee jaar weer een dergelijk congres te organiseren. Het thema 'uitstotingsprocessen in groepen en interventies die tot verbinding leiden' werd op allerlei manieren belicht. Apart wil ik noemen de goede lezingen en workshops door sociotherapeuten en vaktherapeuten, omdat dit de lijn van het nieuwe beleid van de VKP weerspiegelt, welk beleid door de leden tijdens de jaarvergadering aan het eind van de eerste dag werd bevestigd.

Dit nieuwe beleid vond ook zijn weerslag in de VKP folder die gepresenteerd werd. De folder is bestemd voor mensen die geïnteresseerd zijn in de klinische psychotherapie en mogelijk lid willen worden. Dus niet alleen psycho-therapeuten, maar ook sociotherapeuten, vaktherapeuten en de anderen die in de klinische psychotherapie werken. Daar staat ook bij welk soort lidmaatschap zij kunnen aanvragen en welke contributie dat met zich brengt. Exemplaren van de VKP-folder zijn via het secretariaat van de VKP te bestellen.

In het Bulletin komen geen verslagen van de lezingen en de workshops. Het is de bedoeling dat deze allemaal in een apart 'boekwerk' zullen verschijnen.

Op de binnenzijde van de cover staat altijd het bestuur genoemd. U ziet daar een nieuwe naam: Heidi Delcliseur is ons nieuwe bestuurslid.

Allereerst de aankondiging van de VKP-cursus (samen met de NVGP) over succes-factoren in een behandelsetting.

Vervolgens treft u de integrale lezing van Liesbeth Eurelings – Bontekoe, die zij hield bij het afscheid van Marja van Aken. Zij maakt daarin duidelijk hoe belangrijk een goede hechting is van het kleine kind aan de moeder en in het verlengde daarvan de hechting van een nieuw groepslid aan de groep.

De redactie van het Tijdschrift voor Psychoanalyse heeft een themanummer gemaakt ter gelegenheid van het 150-ste geboortejaar van Freud. In dit thema-nummer staat een bijdrage over klinische psychotherapie van de hand van R. Vermote. Zeer lezenswaardig. Een samenvatting vindt u in dit nummer.

En er was weer een middagsymposium op Zon en Schild: 'In het verleden behaalde resultaten bieden geen garantie voor de toekomst'. De veranderde zorgverzekering en de DBC's brengen onrust met zich mee. Vormen zij een bedreiging voor de klinische psychotherapie of kunnen zij wellicht meer zekerheid gaan brengen. De eerste drie bijdragen van deze middag staan in dit Bulletin, de overige komen in het volgend nummer.

In aandacht voor.... het resultaat over de onderhandelingen over de LPT.

Tijdens de jaarvergadering van de VKP deelde de voorzitter mee dat ik mijn redacteurschap eind van dit jaar, begin volgend jaar zal beëindigen. Na ruim acht jaar en 30 Bulletins is vind ik dat de tijd gekomen is om dit af te ronden.

Wim de Waard

Succes factoren in een behandelsetting (over holding en sturing)

Organisatie van de cursus: De Vereniging voor Klinische Psychotherapie in samenwerking met de NVGP

Voor het opleidingsjaar 2006/2007 wordt de 7-daagse cursus succes factoren in een behandelsetting (eerder bekend als holding specifieke aspecten van behandeling) al weer voor de zesde keer aangeboden .

De hoofddocenten, beiden werkzaam bij de Stichting GGZ-Groningen, zijn:

- **Drs. F.M. Huitema**, psychiater/psychotherapeut,
Directeur Behandelzaken CGG Stadskanaal
- **Drs. M.W. Knigge**, klinisch psycholoog/psychotherapeute en onderzoeker bij het Kenniscentrum PTSS te Winschoten.

Doelgroep

Psychiaters, psychotherapeuten, GZ- en klinisch psychologen, leidinggevend en vaktherapeuten (of daarvoor in opleiding). De cursus is bedoeld voor zowel ervaren werkers die een nieuwe fase in hun werk ingaan of behoefte hebben weer eens systematisch na te denken over hun werksituatie en de eigen positie daarbinnen, als voor starters in het vak om kennis te maken met het systematische gebruik maken van de setting van een behandeling.

Doel

Het systematisch leren doordenken van aspecten van holding en sturing in een behandelsetting, reflectie aan de hand van zelfgekozen vragen met betrekking tot de werksetting daarbij gebruik makend van de aanwezige kennis en ervaring van docenten en cursisten.

Opzet

Binnen het kader dat door de docenten geboden wordt en de bespreking van de literatuur is er ruimschoots ruimte voor de deelnemers hun eigen vraag voor de cursus te formuleren en deze uit te werken in een casusbespreking of referaat. Thema's: Wat wordt er verstaan onder holding, wat zijn randvoorwaarden voor een setting en de aansturing daarbinnen, inbedding in het grotere geheel, hoe kun je holding vormgeven naar je patiënt en naar je medewerkers (het ABC van de holding), wat is de cultuur binnen een organisatie en hoe kun je deze beïnvloeden. Deze thema's worden systematisch uitgewerkt met traumagerelateerde problematiek en persoonlijkheidsstoornissen als voorbeeld om het systematische doordenken te illustreren. Dit geeft een basis om te reflecteren op de eigen setting.

In het tweede deel van de cursus zullen gastdocenten een specialistisch onderwerp bespreken, namelijk:

- **Drs R. Wolters**, psychotherapeut en opleider CVP de Gelderse Roos Onderwerp: Parallelprocessen.

- **Drs F. Kraaijenveld**, psychotherapeut Symforagroep (de Enk/ Zwaluw) Onderwerp: Cluster C stoornissen en holding.
- **Drs G. Visbach**, psychiater CVP de Gelderse Roos
Onderwerp: narcistische problematiek en holding.
- **Drs. R. Koks**, psychotherapeut CSP Rivierduinen
Onderwerp: Succesfactoren in de klinische psychotherapie.
- Tot slot is een afsluitende dag gepland met de hoofddocenten.

Accreditatie

Deze cursus is erkend door de VKP (samen met de cursus ‘Samenhangend Behandelen’ maakt hij deel uit van de opleidingsroute naar specialistisch lid). Tevens geaccrediteerd door de NVGP (10 punten), bij het NIP in het kader van de overgangsregeling Gz-psycholoog (47 punten) en bij de NVvP in aanvraag (20 punten speciale psychiatrie in 2002).

Data, tijd en plaats

6 november, 27 november, 18 december 2006 (F.M.Huitema & M.W.Knigge)
 15 januari (R. Wolters),
 12 februari (F.Kraaijenveld),
 5 maart (G.Visbach),
 2 april 2007 (F.M. Huitema, M.W. Knigge)

Alle bijeenkomsten beginnen om 13.30 en eindigen om 19.30 uur. De bijeenkomsten worden gehouden in:
 de Zwolsche Poort, het Centrum voor Deeltijd Klinische Psychotherapie, Burgemeester Roelenweg 9, 8021 EV te Zwolle.

Aanmelding en inlichtingen

Secretariaat VKP, mw. Jiska Scholte,
 Bilderdijkstraat 1a, 3881 WB Putten,
 tel.06-1612 6815,
 E-mail: post@klinische-psychotherapie.nl
 Of via de website: www.klinische-psychotherapie.nl

Kosten:

VKP-leden betalen € 790,-, niet leden betalen € 890,-.

In ieder van ons woont een huilend kind.

Lezing door Dr. Liesbeth Eurelings-Bontekoe, UHD Klinische Psychologie, Sectie Klinische en Gezondheidspsychologie, Universiteit Leiden. Diagnosticus Mentrum Amsterdam.

Lezing ter gelegenheid van het afscheid van Marja van Aken-van der Meer tijdens het afscheidsymposium “Verbinden en Loslaten”, Altrecht, 2 maart 2006.

Lieve Marja, en allen hier aanwezig ter gelegenheid van jouw afscheid.

Op de eerste plaats wil ik de organisatie van deze middag bedanken voor de uitnodiging om hier vanmiddag ter gelegenheid van jouw afscheid een lezing te komen houden over psychotherapie en mentaliseren. Ik beschouw het als een grote eer en ik hoop jullie niet in jullie verwachtingen teleur te stellen.

Je vraag was of ik iets wilde vertellen vanmiddag over het begrip “mentaliseren”.

Ik ga daarvoor eerst even terug in de tijd. De grondlegger van de hechtings- theorieën, John Bowlby, was afwijzend jegens de psychoanalytische opvattingen van zijn tijd (jaren vijftig), met name was hij het er niet mee eens dat bevrediging van de driften, bijvoorbeeld honger en dorst, het primaire motief van het kind was om een band met de moeder aan te gaan. Bowlby meende dat het kind geboren wordt met een biologische predispositie om een hechtings- relatie aan te gaan, en dat de behoefte aan een veilige hechting(sfiguur) de primaire drijfveer is van gedrag.

Daarnaast was hij het ook niet eens met de objectrelatietheoretici, die meenden dat het kind een object zoekt, in dit geval de moeder. Voor Bowlby zoekt het kind niet zozeer de moeder als object, maar zoekt en wenst het vooral dicht bij haar in de buurt te zijn, eerst vooral lichamenlijk, later op een meer psychologische wijze.

Dit alles leidde ertoe dat Bowlby in de jaren zestig min of meer werd uitgestoten uit de toenmalige psychoanalytische wereld. Velen keerden zich tegen hem en hij raakte geïsoleerd (Fonagy en Target, 2003).

Maar... interessant is dat binnen het huidige psychodynamische denken opvattingen uit de gehechtheidstheorieën weer prominent aanwezig zijn, met name via het werk van Peter Fonagy en zijn groep. Ik kom daar later uitgebreid op terug.

Het lijkt erop dat de geschiedenis vooral gekenmerkt wordt door golf- bewegingen en dat keerpunten in de geschiedenis van een vakgebied vooral in gang gezet worden door mensen die op een bepaald punt de moed hebben te keren en tegen de golven in gaan zwemmen door iets te postuleren, dat niet past

in de “*main stream*” van de tijd waarin zij leven en werken. Anders gezegd, zij draaien om en kijken vanuit een andere positie tegen hetzelfde aan en zien dan iets “nieuws”.

Uiteindelijk wordt “het nieuwe” opgenomen in de dominante stroming, ofwel in het perspectief van dat moment, totdat het weer “uit” raakt en er een nieuw keerpunt ontstaat. Telkens lijkt het oude opnieuw gevonden te worden en terug te keren, zij het in andere vorm. Iets kan immers nooit echt verdwijnen, het neemt alleen een andere verschijningsvorm aan, waarbij de vorm vaak wordt bepaald door het perspectief van een bepaalde tijdsperiode.

Als titel heb ik gekozen: In ieder van ons woont een huilend kind. Ik zeg met opzet: in ieder van ons, om aan te geven dat huilen en verdriet onlosmakelijk met het leven van ons allemaal

zijn verbonden. Ik zeg ook met opzet *woont* en niet *schuilt*, zoals ik op de uitnodiging zag staan. Dat zou suggereren dat het huilende kind in ons bang is. Dat is het niet, het is vrij.

In ieder van ons woont dus een huilend kind. We leven ons leven van alle dag, functioneren zo goed als mogelijk is, hebben weet van dat kind, maar het beheerst niet ons leven en dat van anderen. Maar, in de binnenwereld van vele andere mensen, onze vroeg verwaarloosde patiënten huilt het kind ontroostbaar hard, bij nog weer anderen schreeuwt het alleen maar; deze mensen *hebben* het kind niet in zich, zij *zijn* het kind. Zij *hebben* niet hun gevoel, zij *zijn* hun gevoel. Bij een aantal van hen kan het kind niet eens meer huilen, is het het huilen voorbij, het gevoel verkild en op slot.

Bij al deze mensen is de ontwikkeling van de persoonlijkheid in meer of mindere mate ernstig gestremd. Er is sprake van een “*basic fault*”, zoals Balint het uitdrukte, een afwezigheid van mentale representaties, van een innerlijke mentale ruimte. Bij deze patiënten heeft praten over.... geen zin, we moeten mét ze praten, troostend, kalmerend, samen zoeken naar het gevoel, onder- zoeken waar het over gaat, samen woorden vinden.

Ik denk dat een van de grootste taken van de psychotherapeut dat is, het troosten, kalmeren van het huilende kind in onze patiënten. Kunnen wij dat huilende kind wel helpen, troosten? De mens die dat kind in zich draagt helpen en troosten? Wat is daarvoor nodig en waarom huilt het kind in deze mensen zo ontroostbaar heftig of helemaal niet, waar je het wel zou verwachten?

Een kind huilt, dat is normaal. Dat hoort erbij. Sterker, een kind dat niet huilt baart pas echt zorgen. Dat kind is het huilen voorbij en daarmee tot in zijn diepste wezen beschadigd. Waarom huilt een kind? Omdat hij zich niet lekker voelt, een natte luier heeft, honger heeft, het te warm of te koud heeft, pijn heeft, schrikt van fel licht of geluid; later in zijn ontwikkeling omdat hij een vreemd gezicht ziet, dat hij niet kan thuisbrengen, omdat moeder hem alleen laat, in een vreemde omgeving. Als het goed is kalmeert en troost moeder. Vanaf het allereerste begin. Moeder denkt over haar kind als ware het een wezentje dat zelf al denkt. Moeder denkt: een natte luier voelt naar, je wil een schone luier, ik zal je verschonen. Moeder denkt, je hebt pijn in je buik, je wilt dat ik daar wat aan doe, ik zal je buikje masseren, moeder denkt je schrikt nu, het is ook vreemd allemaal, ik hou je vast en maak je rustig. Moeder doet in een flits, zonder precies te weten wat zij doet.

Wij hier allemaal weten wat zij doet: moeder heeft geen woorden nodig, ze begrijpt het kind woordeloos. Zij denkt en verwoordt voor het kind, zij denkt over het kind als was het al een denkend wezen, met intenties en motieven, zij doet het kind voor hoe je over gevoelens kunt denken en hoe je deze kunt plaats en overbrengen aan de ander.

Kortom: moeder mentaliseert de affecten van het kind, waar het zelf nog geen woorden voor heeft.

Het concept “mentaliseren” is beschreven en uitgewerkt binnen de hechtings- theorie door Peter Fonagy en Mary Target, in samenwerking met George Moran, Miriam en Howard Steele, Anna Higgitt, Gyorgy Gergeley, Efrain Bleiberg en Elliot Jurist (Fonagy & Target, 2003).

De onderstaande tekst over Fonagy’s opvattingen over mentaliseren zal ook verschijnen in het hoofdstuk “Psychodynamische theorieën: van Freud tot Fonagy” (Eurelings-Bontekoe, Koelen en Snellen) dat zal verschijnen in het Handboek Persoonlijkheidspathologie, dat wordt uitgegeven door Bohn Stafleu van Loghum onder redactie van Eurelings-Bontekoe, Snellen en Verheul.

Mentaliseren is het vermogen affecten in al hun vaagheid en diffusie te verwoorden, te begrijpen, te plaats, deze mentaal te representeren zodat er ook over kan worden

gereflecteerd en gecommuniceerd. Affecten worden daarmee van een strikt private aangelegenheid tot een gedeelde vreugde of smart. En gedeelde vreugde is, zo weten wij dubbele vreugde en gedeelde smart, halve smart.

In hun model van mentalisatie worden eerder beschreven ideeën opnieuw benoemd. Ook Freud, de Ego-psychologen en de Objectrelatietheoretici gaven al eerder het belang aan van het vermogen tot symboliseren en spraken reeds over de dichotomie “symbool” versus “concrete werkelijkheid”. Het nieuwe van de benadering van Fonagy en Target wordt gevormd door de integratie van deze oudere theoretische noties met ontwikkelingspsychologische theorieën en wetenschappelijk onderzoek op dit terrein.

Volgens Fonagy en Target ontstaat begrip over het Zelf als een mentale instantie binnen de context van interpersoonlijke ervaringen, met name met de primaire objecten, ofwel het vermogen tot mentaliseren wordt geacht zich te ontwikkelen binnen de vroege hechtingsrelatie. Zij zien als de belangrijkste determinant van een stabiel Zelf en van affectregulatie het vermogen het eigen functioneren, dat van anderen en interpersoonlijk gedrag te begrijpen in termen

van intenties, gedachten en gevoelens ofwel in termen van *mental states*.

Mentaliseren is dus niet alleen een zuiver cognitief proces, maar impliceert sterk de aanwezigheid van affecten. In het begrip mentaliseren zijn affecten en cognities onlosmakelijk met elkaar verbonden. Jurist spreekt dan ook over *mentalized affectivity* (zie Fonagy en Target, 2003).

Door spiegeling van de affecten van het kind van de kant van de moeder ontwikkelt het kind in eerste instantie een beeld van het zelf als een actief regulerende instantie: het kind lacht, moeder lacht, het kind maakt moeder aan het lachen. Vervolgens leert het kind dat affecten kunnen worden gemani- puleerd, aan anderen kunnen worden gecommuniceerd en door anderen kunnen worden begrepen. De sensitieve moeder zal emoties van haar kind begrijpen in termen van intenties en wensen van het kind, niet in termen van een concrete situatie (huilen wordt niet begrepen als: hij is nat, maar als: hij wil iets van mij).

Affecten van het kind worden dus door de moeder mentaal verwerkt en vervolgens beschouwd als waren het de intenties en de wensen van het kind. Het kind gaat bestaan omdat over het kind wordt gedacht en aan het kind een mentale staat wordt toegekend. Zo legt de moeder telkens een brug tussen de externe realiteit waar moeder en kind beiden deel van uitmaken en de interne mentale wereld van het kind. Het spiegelen hoeft daarbij niet perfect te zijn, sterker, dat is juist niet gewenst. Zo leert het kind dat de externe en de interne realiteit weliswaar met elkaar te maken hebben, maar elkaar niet overlappen, toch anders zijn. Aldus ontstaat er een mentale representatie van affecten bij het kind.

De mate waarin de moeder zelf in staat is te reflecteren over intenties en gevoelens van zichzelf en van anderen is bepalend voor de mate waarin het mentaliserend vermogen bij het kind tot stand kan komen. Van groot belang hierbij is dat de moeder niet haar eigen gevoelens aan het kind spiegelt, maar voldoende sensitief is om aan te voelen wat er bij het kind speelt en in staat is haar eigen gevoelens opzij te zetten. Daarbij is ook de wijze waarop moeder de gevoelens van het kind spiegelt van belang. Ze doet het op een wijze die de heftigheid van de gevoelens voor het kind vermindert. Ze reageert troostend, kalmerend, ofwel op een manier die door Bion wordt aangeduid met *containment*: ze herkent en erkent de gevoelens van het kind, neemt ze in zich op, *containt* vervolgens de heftigheid die het kind zelf nog niet kan verdragen en verzacht zo de gevoelens van het kind.

Dit proces kan op verschillende manieren mis gaan, hetgeen een negatief effect kan hebben op de ontwikkeling van een stabiel, coherent, ‘true self’ bij het kind. Als moeder even heftig reageert als het kind, dus zelf onvoldoende in staat is tot affectregulatie, blijft voor het kind binnen- en buitenwereld aan elkaar gelijk. Allebei zijn ze namelijk even heftig en diffuus. Als moeder onvoorspelbaar en grillig reageert, zal het voor het kind heel moeilijk worden moeders intenties te begrijpen en misschien is het wel te gevaarlijk om over moeders intenties na te denken. Het kind kan dan het mentaliseren defensief opgeven. Eveneens uit bescherming kan het kind juist heel sterk gericht raken op moeders intenties en bedoelingen, om nog enige mate van veiligheid en voorspelbaarheid te creëren. Er ontstaat dan “pseudomentalisatie”. Dit treedt op bij kinderen van ouders met zeer beangstigend, onvoorspelbaar gedrag. Deze kinderen worden hyperalert op elk signaal van de ouders, met als doel enige voorspelbaarheid te creëren. Deze kinderen mentaliseren inderdaad, zelfs zeer sterk, maar niet zozeer wat zij zelf ervaren, maar vooral alles wat de ouders zouden kunnen ervaren. Ze weten haarscherp aan te voelen wat er in de ander omgaat, zodat de ander nog enigszins voorspelbaar wordt en ze hun gedrag op het gedrag en de intenties van de (bedreigende) ander kunnen afstemmen.

Dit proces kost enorm veel energie en remt het vermogen tot daadwerkelijk mentaliseren van eigen gevoelens bij tegelijkertijd een geweldig scherp vermogen om de bedreigende ander aan te voelen. Het mentaliserend vermogen is dus deels wel aanwezig, met name in potentieel bedreigende interpersoonlijke relaties maar daarbuiten is er een volstrekt onvermogen om anderen in te voelen en te begrijpen.

Fonagy en Target (2003) zien dit alles niet als een defect of als een regressie, maar als een adaptief mechanisme. Tenslotte kan het zijn dat moeder alleen die gevoelens van het kind reflecteert en mentaliseert, die haar zelf goed uitkomen, die ze wenst en accepteert en die zij zelf kan hanteren. Het kind ontmoet dan niet zijn eigen affecten en behoeften in de gedachten van moeder, maar ziet alleen de wensen, affecten en behoeften van de moeder. In plaats van dat de moeder zich richt op het kind, gaat het kind zich richten op de moeder. Zo ontstaat een “false self”. Deze kinderen gaan immers hun zelf organiseren rondom de gevoelens van moeder, niet rondom hun eigen affecten.

Moeder en al haar wensen en verlangens worden geïncorporeerd als een vreemd, agressief lichaam, dat de binnenwereld vergiftigt, met als gevolg later chronische gevoelens van leegte en vervreemding en een grote kwantiteit diffuse, niet te plaatsen agressie in de binnenwereld. Naar buiten toe zijn deze kinderen echter al op heel jonge leeftijd in staat tot het tonen van onechte positieve gevoelens. Binnen- en buitenwereld raken niet geïntegreerd, maar van elkaar losgekoppeld. Het kind, onze latere patiënt lacht, maar van binnen huilt het en is het razend, zonder te weten dat het razend is en laat staan waarom het razend is.

Hiermee in verband staat een tweede lijn van denken binnen het model van Fonagy en Target. Zij veronderstellen dat het heel jonge kind (tot twee jaar) nog geen onderscheid maakt tussen binnen en buitenwereld. Deze manier van ervaren wordt door hen de psychische *equivalent mode* genoemd. Deze ervaringsmodus kan heel beangstigend zijn, nare interne gevoelens zijn ook daadwerkelijk aanwezig in de buitenwereld en dus kan de buitenwereld heel bedreigend zijn. Door de voortdurende affectregulerende spiegelende activiteit van de moeder leert het kind dat nare gevoelens niet zomaar overlopen naar de buitenwereld, maar dat de ander deze heftigheid kan bevatten en neutraliseren.

De heftige innerlijke gevoelens worden daarmee ontdaan van hun realistische gehalte. Wanneer de ouder echter zelf heftig emotioneel reageert, even heftig als het kind zich voelt, worden binnen- en buitenwereld voor het kind inderdaad gelijk aan elkaar en zal het kind niet in staat raken een onderscheid te maken tussen eigen mentale, innerlijke toestand en de

realiteit in de buitenwereld. Fonagy en Target menen dat dit vooral de belevingswereld is van mensen met ernstige (borderline)persoonlijkheidspathologie.

Zo op tweejarige leeftijd ontstaat de *pretend mode*, ofwel het kind leert al spelend dat er ook een andere wereld is, een fantasiewereld, die nog wel los staat van de realiteit.

Tenslotte integreert het kind op ongeveer vierjarige leeftijd beide manieren van ervaren en komt in de *reflective mode* waarin een symbolisatie van de werkelijkheid gemaakt kan worden die deze representeert. Deze integratie komt vooral tot stand via veilig spel met een verzorger. In spelletjes kan de binnenwereld worden uitgeleefd, zonder dat deze beangstigend reëel hoeft te worden. Het is immers maar een spel. Het kind leert zo dat binnenwereld en buitenwereld iets met elkaar te maken hebben, maar niet hetzelfde zijn. Er komt een verbinding tot stand tussen binnen en buiten en in het verlengde hiervan een (idee van) het unieke Zelf. Interne en externe realiteit zijn nu geïntegreerd en hoeven dus niet meer ofwel aan elkaar gelijk gesteld worden, ofwel van elkaar worden losgekoppeld. Integratie faalt in geval van bijvoorbeeld ernstige traumatisering binnen de hechtingsrelatie of als ouders zelf niet in staat zijn `te spelen` met bepaalde fantasieën en gevoelens van het kind, of deze bespreekbaar te maken omdat zij zelf er even angstig van worden. Deze bepaalde ervaringen en emoties zullen voor deze kinderen dan ook nooit anders dan in de *equivalent mode* kunnen worden beleefd, zij zullen altijd hun heftige, realistische karakter behouden.

Hoe kwetsbaar dit proces is, heb ik zelf met mijn dochter Lisa ervaren, toen ze nog klein was. Ik herinner mij dat Lisa, toen ze vier jaar oud was, speelde dat zij een draak was en ik een koe, en dat de draak de koe opvrat. Ik heb mij zogenaamd laten opvreten en later zijn we weer doorgegaan met waar we mee bezig waren, zij met het voor de zoveelste keer toedekken van al haar poppen met theedoeken en ik met een of andere scriptie of zo, alsof er niets aan de hand was. Was er ook niet, het was maar spel. Maar het kon ook anders.

Datzelfde jaar waren we op vakantie in Beieren. We hadden een diner met alle gasten. Een van de hotelgasten had iets te veel op, duwde mijn man opzij, ging op zijn knieën liggen en vroeg mij ten huwelijk. Voor ons grote mensen was het een spel, voor Lisa, in die context, allerm minst, het was voor haar een angst- aanjagende realiteit. Ze was ontroostbaar. Nog uren lang heb ik haar moeten verzekeren dat het maar een spel was, dat ik echt niet zou trouwen met die malle Duitser.

In hun hoofdstuk “Bruggen tussen denk-wijzen” in het boekje over Mentalisatie onder redactie van Kinet en Vermote voegen Gaston Cluckers en Patrick Meurs (2005) een belangrijk gezichtspunt toe. Zij wijzen op de belangrijke rol die de lichamelijkeheid speelt in de vroege affectieve interacties met de moeder.

Allereerst is de huid van belang voor het tot stand komen van contact: de huid staat voor aanraken en aangeraakt worden. Ook zijn het eerst en vooral de lichamelijke sensaties van het kind, die de moeder interpreteert en betekenis verleent. Ze leert uiteindelijk het kind eigen lichamelijke sensaties te herkennen, te interpreteren, ze te verstaan en ze te koppelen aan adequate handelingen. Eigenlijk gaat de eerste stap van het mentaliseren via het lichaam, er ontstaat een *bodily self*, zoals Stern beschreef.

Pas later komen er woorden bij te pas om het zelf vorm te geven. In een goed verlopende ontwikkeling raken lichamenlijk voelen en woorden geïntegreerd: men kan verwoorden wat men voelt, handelen naar wat men voelt, gevoelens signaleren en verbaal reguleren, woorden worden dragers van gevoel.

Bij sommigen ontwikkelt de woordenschat zich tot grote hoogte, maar ver af van het gevoel, woorden worden tot holle begrippen, die het gevoel zijn gaan vervangen. Bij anderen heeft het somatisch voelen nooit plaats gemaakt voor psychisch beleven, zij huilen met hun lichaam dat pijn doet of moe is en zij kunnen niet of nauwelijks verwoorden waarom zij pijn hebben, sterker zij verzetten zich tegen het psychisch ervaren omdat dat pas echt pijnlijk zou zijn.

Terzijde, zou dat een mogelijke verklaring zijn voor onze vondst dat de dimensie somatiseren van de NVM zo belangrijk blijkt te zijn voor de affectregulatie? Dat zij die dat vermogen niet hebben veel meer risico lopen op gripverlies en acting out onder druk (Eurelings-Bontekoe, Koelen, Noteboom en Dekker, in voorbereiding)? Zouden we met deze dimensie iets te pakken hebben dat te maken heeft met dat boeiende begrip mentaliseren?

Terug naar de moeder. Helaas zijn niet alle moeders in staat tot mentaliseren. Dat vermogen heb je niet zomaar, dat moet je leren, en dat vermogen ontwikkelt zich alleen maar in een veilige hechtingsrelatie. Ik denk dat dit een van de grootste tragedieën van ons vak is, om te zien hoe een gebrek aan het vermogen tot mentaliseren bij de moeder, leidt tot een zelfde gebrek bij het kind en hoe pathologie op die manier transgeneratieel wordt overgedragen. De mate waarin de moeder veilig gehecht is speelt hierbij een belangrijke rol.

Recent is beschreven hoe deze “intergenerationele overdracht” van gehechtheidspatronen tot stand zou kunnen komen. Een belangrijke rol hierbij wordt toegekend aan het vermogen van de moeder te reflecteren over de intenties van haar kind. Veilig gehechte moeders blijken meer dan afwijzend of gepreoccupeerd gehechte moeders in staat te zijn tot het presenteren van een coherent beeld over de relatie met hun kind (Slade e.a., 1999, in Fonagy en Target, 2003). De mate waarin de moeder kan reflecteren over de intenties van haar kind, kan per kind wisselen. Dit kan mede verklaren waarom er zo weinig concordantie is in de attachment classificatie van verschillende kinderen uit een gezin (Van IJzendoorn, e.a., 2000, in Fonagy & Target, 2003).

Met andere woorden, het vermogen van de ouder om te denken over het kind in termen van intenties, gedachten en gevoelens en het vermogen om te reflecteren over eigen gedachten en gevoelens jegens het kind wordt beschouwd als het belangrijkste mechanisme waarlangs hechtingspatronen en dus psychopathologie transgeneratieel worden overgedragen.

Een moeder die zelf niet gezien en aangevoeld is in haar kindverdriet, zal dit ook nauwelijks kunnen opbrengen bij haar eigen kind. Affecten zijn voor zo'n moeder eng, heftig, niet te plaatsen en bedreigend. Dat leert dan precies haar kind. Het kind wordt ook bang voor zijn eigen heftige affecten. Omdat affecten heel dicht liggen bij wie je bent en hoe je je voelt, leert een kind van wie de moeder niet kon mentaliseren niet wie hij is, wat hij voelt, wat bij hem hoort en hoe hij al die vage diffuse gevoelens kan plaatsen. Het kind groeit naar volwassenheid, wordt een groot mens, maar in hem woont nog steeds dat huilende kind.

Hoe kan de psychotherapeut deze vroeg beschadigde mensen troosten, helpen?

Marja, jij hebt je werkzame leven geheel gewijd aan de psychotherapie en wel in het bijzonder heb je je toegelegd op de kortdurende groepspsychotherapie. Nog onlangs verscheen van jouw hand een artikel in het Tijdschrift voor Psychotherapie, over de waarde van deze vorm van behandelen in een veranderende GGZ (Van Aken-Van der Meer, 2006).

Psychotherapie is ten principale een relationele aangelegenheid. Steeds meer wordt duidelijk hoezeer de aard en inhoud en vooral de veiligheid van de relatie tussen behandelaar en patiënt van belang is voor het effect van een behandeling.

Het doet er eigenlijk veel minder toe wat we doen, maar belangrijker is hoe we het doen. In een psychotherapeutische relatie moet eigenlijk een proces worden overgedaan, dat eerder in de ontwikkeling van de patiënt stagneerde. De psychotherapeut biedt het veilige milieu dat de

patiënt zo heeft gemist en binnen dat veilige milieu leert hij de patiënt te mentaliseren. Een veilig spel met woorden is in dit proces van groot belang. De psychotherapeut luistert goed, vooral tussen de regels door, tracht het onbegrijpelijke te begrijpen en te vatten, geeft woorden aan waar geen woorden voor zijn. Zo verwoordt hij of zij de diffuse lichamelijke sensaties van de patiënt om ze zo tot symbool in plaats van vervanger te maken voor het psychische beleven. De psychotherapeut vervangt oude woorden en begrippen door nieuwe of haalt woorden juist weg, waar ze hol en leeg zijn, om gevoelens weer ruimte te geven. Dat is voor sommigen heel beangstigend, woorden zijn veilig, geven houvast, houden je ver weg van al die heftige affecten, het doet er voor die patiënten soms zelfs vaak niet zozeer toe wat je als behandelaar zegt, als je maar wat zegt, als er maar geen woordeloze, bodemloze stilte valt.

De therapeut vervangt zo in dit proces niet te verwoorden woede en chaos door doorvoeld verdriet, hoe vreemd het ook klinkt. Het kind in de patiënt dat stikte in zijn woedend huilen of dat helemaal niet meer kon huilen en alleen maar kon babbelen, raakt in staat tot huilen in stilte, tot mild verdriet en dat is het beste wat we kunnen bereiken.

Ik heb er voor deze gelegenheid over nagedacht hoe een korte groepstherapie kan helpen bij het proces van mentaliseren, bij de overgang van de *equivalent mode* via de *pretend mode* naar de *reflective mode*. In de *equivalent mode* is binnen gelijk aan buiten, bestaan er geen grenzen tussen zelf en ander, zijn woorden overbodig en is de tijd eindeloos en onbegrensd. Wat er is, is er, wat er niet is, is er niet. Simple as that. Alles duurt eindeloos, zowel lust als onlust, het kind in de *equivalent mode* voelt zich ofwel in het paradijs, waarin hij woordeloos wordt begrepen ofwel in de hel met alleen maar eenzaamheid. Daartussen is niets.

In een korte groepstherapie leert de patiënt in een veilig spel met behandelaars en medepatiënten dat tijd, ruimte en aandacht begrensd zijn. Even kan de illusie blijven bestaan dat er tijd en aandacht genoeg is, al spoedig dringt de realiteit zich op. De tijd is beperkt, de aandacht moet worden gedeeld, de fysieke ruimte ook. Wat er nog niet is, het afscheid, komt onherroepelijk en is er dus al, al is het er nog niet. De patiënt wordt in een veilige context geconfronteerd met het gegeven dat hij niet woordeloos begrepen wordt, dat hij zijn gevoelens moet verwoorden, wil de ander hem begrijpen, dat anderen anders zijn, anders kunnen denken over iets dan hijzelf, dat anderen andere motieven kunnen hebben, dat de nabijheid niet voor altijd kan duren.

Diffuse paradijsverlangens en diffuse angsten en woede voor het verlies ervan worden in een kortdurende groepstherapie dan ook door de aard ervan maximaal geactiveerd, waarna ze in de veiligheid van het spel tussen behandelaar en patiënt mentaal kunnen worden gerepresenteerd, doordat de behandelaar deze diffuse gevoelens erkent, begrijpt, *containt* en verwoordt voor de patiënt en de patiënten onderling dit voor elkaar kunnen gaan proberen te doen met hulp van de therapeut.

Tenslotte is de hoop dat de patiënt via het veilige spel met de behandelaar en zijn medegroepsleden leert reflecteren over de betekenis die thema's als begrenzing, separatie, afscheid en verlies in zijn eigen leven hebben en over alle gevoelens die deze thema's oproepen. De hoop is dat diffuse leegte en vervreemding plaats maakt voor een huilen in stilte.

Daarom, als het goed is woont in ieder van ons een huilend kind. En wel, omdat geen moeder perfect is, geen moeder perfect kan begrijpen wat er in haar kind omgaat, geen moeder zich helemaal kan vereenzelvigen met de emoties van haar kind. Ik heb ook die fouten gemaakt. We zijn in die zin allemaal een beetje, ooit, meer of minder, alleen gelaten. Dat is maar goed ook. Zo leren we dat we unieke individuen zijn. Dat onze binnenwereld

uniek is en niet helemaal van een ander. De keerzijde is, dat ook een deel van ons verdriet ondeelbaar is en blijft.

Leven zonder verdriet is dan ook onmogelijk, leven is tegen grenzen aanlopen, beperkingen accepteren, beetje bij beetje loslaten, tot, zoals Vasalis schreef, “.....alleen nog maar het lichaam los te laten, het werd, het was, het is gedaan....”.

Uiteindelijk zijn wij dus allemaal met ons grootste verdriet alleen. We zijn alleen als we ziek worden, als mensen van wie we houden ziek worden, hoeveel steun we ook krijgen, we zijn alleen als we sterven, wie er ook bij zijn. Alleen zijn met het uiterste verdriet, de uiterste separatie is het existentieel lot van ons allemaal, alle psychotherapie ten spijt.

Lieve Marja, jij neemt vandaag afscheid en jij staat dan ook nu voor de grote taak een belangrijk deel van je leven los te laten. Dat zal niet zonder slag of stoot gaan, je bent er al langer mee bezig geweest, zoiets kost moeite. In december spraken wij samen tijdens een heerlijk Italiaans etentje in Amsterdam over jouw werk, over alles wat je hebt opgebouwd, over jouw enthousiasme voor de dynamische persoonlijkheidsdiagnostiek zoals Wim Snellen en ik die hebben ontwikkeld (Eurelings-Bontekoe en Snellen, 2003). We waren ook bij elkaar om deze dag van jouw afscheid, jouw loslaten, voor te bespreken.

Nu is het zover: wij zijn hier bij elkaar om voor jou dit loslaten te verzachten, om je te bedanken voor wat je hebt betekend voor zoveel mensen, om je te laten zien, dat wat je hebt vorm gegeven niet verdwijnt. Je zult in staat zijn een nieuwe fase in te gaan, verder te groeien, daarvan opnieuw te genieten, bij tegelijkertijd het misschien toch wel pijnlijke weten dat dat wat was in die vorm nooit meer terugkomt.

We zijn hier om samen met jou stil te staan bij het oude en tegelijkertijd het nieuwe te vieren. Een beetje huilen in stilte, en, tegelijkertijd, vieren dat dat mogelijk is. Ik wens jou van harte dat je nog lang in goede gezondheid met allen die je dierbaar zijn in het leven zult kunnen genieten van de nieuwe tijd die voor jou nu is aangebroken.

Het ga je heel goed!

Literatuur:

Aken van- Van der Meer, M. E. (2006).

Kort en groep: een goed koppel. Mogelijkheden van Korte termijn groepspsychotherapie in de veranderende GGZ. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 32, 1, 33-45.

Cluckers, G. & Meurs, P. (2005).

Bruggen tussen denk-wijzen? Reflecties over mentalisatie, ontwikkeling en (kinder)psychotherapie.

In M. Kinet en R. Vermote (Red.), *Mentalisatie* (pp. 11-35.).

Eurelings-Bontekoe, E.H.M. en Snellen, W.M. (2003)

Dynamische Persoonlijkheidsdiagnostiek. Amsterdam: Harcourt International

Eurelings-Bontekoe, E.H.M., Koelen, J.A., Noteboom, A en Dekker, J.

Validering van de theoriegestuurde profielinterpretatie van de NVM. Een dossierstudie. In voorbereiding.

Eurelings-Bontekoe, E.H.M. & Snellen, W.M.

Psychodynamische theorieën: van Freud tot Fonagy. In E.H.M. Eurelings-Bontekoe, Snellen,
W.M
& R. Verheul (Red.), *Handboek Persoonlijkheidspathologie*.
Zal verschijnen bij Bohn Stafleu van Loghum

Fonagy, P. & Target, M. (2003).
Psychoanalytic theories. Perspectives from developmental psychopathology. New York:
Brunner-Routledge.

Bovenregionaal Centrum Specialistische Psychotherapie persoonlijkheidsstoornissen

Samenvatting van de lezing door Leontien Los, psychiater van De Zwaluw.

Zij was dagvoorzitter van het middagsymposium van De Zwaluw en De Enk. In haar opening benoemde zij enkele aspecten die bij hen van belang zijn.

De Zwaluw biedt een klinische behandeling voor 24 mensen 5 dagen per week (de weekeenden is men thuis). De maximum opnameduur is 15 maanden.

De Enk biedt een dagbehandeling van vier dagen per week van 8 tot 17:00 uur, waarbij de vijfde dag thuis ingevuld wordt als oefendag. Er zijn 27 plaatsen met een maximum behandelduur van een jaar.

Daarna kan men 6 maanden deelnemen aan een resocialiserende 2-daagse dag- behandeling bij De Zwenk. Deelnemers moeten wel een baan of vrijwilligers- werk hebben. Zo nodig en gewenst kan de behandeling op de polikliniek worden voltooid.

Behalve gemengde groepen zijn er mannen groepen, vrouwengroepen en indicatiegroepen.

De cliënten die er worden opgenomen hebben een persoonlijkheidsstoornis, maar hebben vaak daarbij comorbiditeit in de zin van een stemmingsstoornis, een eetstoornis of een PTSS. Om de behandeling aan te kunnen moeten er wel 'eilandjes van gezondheid' zijn, bijvoorbeeld een opleiding afgemaakt hebben of een langdurige relatie hebben (gehad).

Bij de behandeling ziet men de afdeling als een maatschappij in het klein. Zoals de cliënt thuis vast liep zo zal hij in de behandeling ook vast lopen. Dat wordt hen bij de aanvang ook zo gezegd: doe zoals je thuis gewend was te doen dan wordt hier zichtbaar waardoor en waarin je vastloopt.

Het therapeutisch milieu is daarbij van groot belang. De relaties van de cliënten onderling, die met de behandelaars, de afdeling en het instituut.

Alles gebeurt in de groep en er vinden geen individuele gesprekken plaats, althans zelden. Aldus vindt er als het ware een bombardement van contacten en situaties met andere personen plaats. Mede door al deze contacten kan er een betere verbinding tussen binnenwereld en buitenwereld tot stand komen.

Gedurende de behandeling leren en ervaren de cliënten veel en kunnen zij experimenteren met nieuw gedrag.

Het doel van de behandeling is uiteindelijk dat de cliënten hun leven weer op orde krijgen en een eigen identiteit ontwikkelen.

Een behandelaar maakt zich druk

Samenvatting van de lezing door Frank Kraaijeveld, psychotherapeut De Enk.

Frank maakt zich druk over de spagaat waarin de hulpverlener bij alle veranderingen in terecht kan komen. Hij heeft of krijgt te maken met patiënten, beroepsvereniging, zorgverzekeraar, het management, de wetenschap, de concurrenten, de overheid en de media, de publieke opinie. Zal dat een knechting worden of een positieve dialoog. Met de marktwerking wordt een collega een concurrent.

Er wordt steeds meer nadruk gelegd op evidence based behandeling. Die kunnen echter een vals beeld geven. Bij onderzoeken wordt nog al eens een 30 – 60% uitgesloten en wordt de focus op één probleem of symptoom gericht. Wat een vertekend beeld geeft wat betreft een totale populatie. En waar de korte termijn effecten goed zijn vallen de lange termijn effecten vaak tegen.

Dan de bureaucratie. Deze is het hart van een rechtstaat. Hij beschermt tegen corruptie, ongelijkheid en willekeur. Er zitten echter ook nadelen aan. Zoals een minutieuze registratie van activiteiten gedurende langere tijd. De diagnose – behandelcombinatie. Het verkleinen van de contracteerruimte die zal optreden. Het gedetailleerd willen voorschrijven hoe de hulpverlener dient te handelen, enz.

De gevolgen zijn dat de zorgzaamheid zal verminderen, dat de relatie hulpverlener – patiënt minder sterk gaat worden, dat het werkplezier achteruit zal gaan.

Het invoeren van de marktwerking moet tot een kostenbeheersing van de gezondheidszorg leiden. De concurrentie moet toenemen, met een hogere kwaliteit bij lagere kosten. Patiënten en verzekeraars krijgen meer keuze.

Het risico is echter dat de solidariteit omlaag gaat en de beroepsethiek onder druk komt. Korte termijn succes wordt belangrijker en er zal minder oog zijn voor lange termijn effectiviteit. Er is een gerede kans dat door tijdnood er minder ruimte is voor scholing. Bij dit alles is het dubieus dat de kwaliteit zal verbeteren en ook dat de kostenbeheersing zal slagen.

Hoe moet het nu verder?

Vooraf een actievere bijdrage aan de verdeling van de schaarse middelen met een duidelijke verantwoording.

En juist meer samenwerken van de professionals.

Aandacht voor....

Nieuwsbrief Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie

In de brief van Maart 2006 staat onder andere: de UZI-pas komt er aan! Dat wil zeggen, de Unieke Zorgverlener Identificatie pas. Met deze pas kunnen zorgverleners toegang krijgen tot zorginformatie van personen. Iemand met een UZI-pas wordt opgenomen in het UZI-register. Daarmee is in 2005 gestart en momenteel heeft een beperkte groep een dergelijke pas. In de komende jaren wordt dit systeem uitgebreid. Meer informatie staat op www.uzi-register.nl

Folder Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie

De NVvP heeft een serie folders gemaakt voor patiënten/cliënten en hun familie en andere relaties. Onder andere zijn in deze serie verschenen folders over borderline persoonlijkheidsstoornis, dwangstoornissen, gegeneraliseerde angststoornis, depressie, eetstoornis, paniekstoornis en agorafobie, sociale fobie posttraumatische stress-stoornis, verslaving en nu ook over persoonlijkheids- stoornissen.

Ze zijn te verkrijgen bij: Secrass, Schoolstraat 24, 3451 AD Vleuten, e-mail: secrass@xs4all.nl

De Psychiater

In het nummer van Mei 2006 staat een artikel van Patrick Knapen, secretaris NVvP en voorzitter van de commissie LPT:

Het ministerie is ingegaan op het volgende NVvP-voorstel: een verruiming van de aanspraken per 1 Januari 2006 kan worden voorzien door aan artikel 8 van het Besluit Zorgaanspraken AWBZ een punt 7 toe te voegen: 'Noodzakelijke psychotherapeutische zorg die boven de hierboven genoemde maximale aantal- len zittingen uitgaat kan worden verstrekt wanneer en zolang daar dwingende indicatie toe is. De indicatie voortgezette psychotherapie wordt gesteld door de behandelaar aan de hand van vastgestelde indicatiecriteria en vastgelegd in een protocolformulier dat in het dossier dient te worden opgenomen.

Het protocolformulier is te vinden op de website van de NVvP: (www.nvvp.net).

Een vastgestelde minimumscore op een totaal van 32 volstaat om aanspraak te kunnen maken op voortgezette psychotherapie. Er is dus geen toestemming of toetsing vooraf noodzakelijk. Bij een eventuele toetsing achteraf moet het protocolformulier uiteraard wel in het dossier liggen.

Zodra alle details van de nieuwe regeling bekend zijn zullen deze op de NVvP website worden geplaatst.

Het door de bestuurscommissie LPT opgebouwde dossier over effectiviteit en kosteneffectiviteit maakte het mogelijk om de buitenwereld er van te overtuigen dat psychotherapie geen soft luxeproduct is maar onlosmakelijk deel

uitmaakt van een integratieve psychiatrie ten bate van patiënten die recht hebben op behandeling van hun aandoening.

De Psychiater

In het nummer van Mei 2006 vermeldt de rubriek 'Van het bestuur' dat er (weer) nieuwe opleidingseisen komen voor de opleiding tot psychiater.

Verschillende redenen nopen daartoe. Een der redenen is dat het Centraal College Medisch Specialisten alle medische wetenschappelijke verenigingen heeft opgelegd om hun opleiding te herstructureren aan de hand van een in Canada ontwikkelde systematiek, genaamd Can MEDS. Deze systematiek beschrijft een zevental competenties of rollen: medisch expert zijn, communicatie, samenwerking, kennis en wetenschap, organisatie, reflectie en ethiek.

Ook het rapport 'De zorg van morgen' en de consequenties daarvan speelt een rol. Informatie over de ontwikkelingen zijn te vinden op de website van de MOBG, van het ministerie van VWS en op www.nvvp.net

Ordenieuws

In het nummer van Juni 2006 staat informatie over de DBC-invoering in de GGZ. Het lukt niet om per 1 Januari 2007 op basis van DBC's te declareren. Declaratie in DBC-termen is alleen mogelijk als er duidelijkheid is over het privacy-vraagstuk en als alle ICT-systemen gereed zijn en als de tarieven zijn vastgesteld. Er zijn informatiebijeenkomsten geweest en de presentaties aldaar kunt u vinden op www.orde.nl

Het 'spoorboekje 2-de fase DBC' van het ministerie en de bijbehorende brief aan de tweede kamer kunt u ook vinden op www.orde.nl

De geneeskundige GGZ wordt conform de zorgverzekeringswet per 1 Januari 2007 in de polissen opgenomen. De huidige uitvoering van de GGZ wordt in 2007 door de zorgkantoren voortgezet.

Tijdschrift voor Psychotherapie

In het nummer van Maart 2006 staat een artikel van Hees, Mengelberg, Velthuys en van der Zee: Het gevaar van de diagnose-behandelcombinaties. De Zorgverzekeringswet geeft de zorgverzekeraars wettelijke instrumenten om de handelingen van professional in hoge mate te bepalen. Het beroepsgeheim wordt aangetast en de privacy van de patiënt komt in gevaar. De codering volgens de DBC's is in strijd met een aantal wetten, onder andere het Europees verdrag voor de rechten van de mens. Op de vergadering van de Ned. Ver. voor Vrijgevestigde Psychotherapeuten bleek vrijwel iedereen tegen de invoering van de DBC's te zijn. Er is inmiddels een actiegroep opgericht om de acties tegen de DBC's te bundelen: 'De Vrije Psych'. Website: www.devrijepsyvh.nl [in de onderhandelingen is ook nu nog geen overeenstemming aangaande de privacy, de W.].

Aankondigingen

23 en 24 september 13:00 tot 18:00 uur: Nederlandse Associatie voor Analytische Psychologie.

Thema: Overdracht en tegenoverdracht, kritisch beschouwd. In dialoog met Mrs. Jan Wiener.

Plaats: Best Western Armrath Hotel, Vredenburg 14 te Utrecht.

Inl: tel: 0416 – 66 05 53 (Drs. Sonja Slegers - de Vries Lentsch)

e-mail: naap@planet.nl

Accreditatie NVvP aangevraagd

Najaar 2006: verdiepingscursus Korte termijn Tijdgelimiteerde Groepspsycho- therapie (KTGP) voor ervaren groepspsychotherapeuten; 5 bijeenkomsten van 4 uur.

Docent: Marja van Aken-van der Meer.

Plaats: Utrecht.

Inl: tel: 030 – 254 14 38.

e-mail: jevaken@xs4all.nl

6 oktober 2006: Symposium PC Sint-Norbertushuis.

Thema: Houvast en structuur van alle kanten belicht.

Plaats: St-Norbertushuis, gebouw De Kleiput, Stationsstraat, Duffel, België.

Inl: tel: 0032 – 15 – 30 40 46 (Ingrid Moerman).

e-mail: ingrid.moerman@emmaus.be

12 en 13 oktober 2006: Stichting Adolescenten Psychotherapie en de Vereniging voor Kinder- en Jeugdpsychotherapie.

Thema: RESPECT; een belangrijk begrip in de adolescentie?

Plaats: Zaantheater, Nicolaasstraat 3 te Zaandam.

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

e-mail: info@vkjp.nl

9 en 10 november 2006: Najaarscongres Vereniging voor Gedragstherapie en Cognitieve therapie en de Vlaamse Vereniging voor Gedragstherapie.

Thema: Gedragstherapie en het onbewuste: nieuwste inzichten in de psychopathologie.

Plaats: NH-Hotel Koningshof, Veldhoven.

Inl: tel: 030 – 254 30 54 (Gitte Brock),

e-mail: congres@vgct.nl

10 – 12 november 2006: Child and adolescent Section of the European Federation of Psychoanalytic Psychotherapy.

Thema: Actual Parents – Inner Parents.

Plaats: Berlijn, Duitsland.

Inl: e-mail: jvdsande@inter.nl.net (Jan van de Sande).

10 november 2006: Symposium Psychoanalytische kern Noord – Brabant en Zeeland en de Psychoanalytische kern Limburg.

Thema: Nieuwe psychoanalytische behandelingen voor persoonlijkheids- stoornissen.

Plaats: Vught

Inl: tel: 073 – 658 66 01 (secretariaat).

15 november 2006: Psychiater Expertgroep Persoonlijkheidsstoornissen (PEPS).

Thema: ?

Plaats: Zon en Schild, gebouw De Veste, Utrechtseweg 266 te Amersfoort.

Inl: tel: 030 – 254 54 63 (T. Ingenhoven),

e-mail: t.ingenhoven@tip.nl

accreditatie 3 punten per keer.

23 november 2006: Hete Hangijzer Middag van de Vereniging voor Klinische Psychotherapie.

Thema: Gedragstherapie en het Therapeutisch Milieu.

Plaats: ?

Inl: tel: 06 – 1612 6815 (Jiska Scholte, secr. VKP)

23 november 2006: Studiedag Klinische Psychotherapie OPZ Geel

Thema: Systemen in beweging.

Plaats: OPZ Geel, België.

Inl: tel: 0032 – 14 – 579080 (Leen Mostmans)

e-mail: leen.mostmans@opzgeel.be

24 november 2006: Studiedag van de Nederlandse Vereniging voor groepsdynamica en Groepspsychotherapie.

Thema: Verborgene gebreken.

Plaats: Hotel Breukelen te Breukelen.

Inl: tel: 030 – 670 14 25 (secr. NVGP).

e-mail: nvgp.7@planet.nl

15 december 2006: Congres Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie.

Thema: De therapeutische relatie.

Plaats: Hotel Krasnapolski, Amsterdam.

Inl: www.psychotherapie.nl

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: Gastrij 'De Dijkgraaf' te Maasbommel.

Inl: ?

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