

De Kracht van Kort

Driedaagse training voor psychiaters en psychologen in de GGZ:

***Professionals met meer vitaliteit en werkplezier
Verhogen cliënttevredenheid
Verhogen delta T***

Kortdurend werken, op tijd beëindigen van de behandeling, vasthouden aan een protocol, én bewerkstelligen en vasthouden van de Therapeutische Relatie.

Er bestaan goede richtlijnbehandelingen en bewezen effectieve methodieken om de veel voorkomende psychiatrische stoornissen zoals depressie, angststoornissen, verslaving en persoonlijkheidspathologie succesvol aan te pakken. Echter, veel mensen knappen onvoldoende op of vallen na verloop van tijd terug. In de SGGZ hebben we veelal te maken met complexe problematiek die gepaard gaat met comorbide persoonlijkheidspathologie. Het helpt ons bij deze toenemend ernstige doelgroep, te denken in herstel mogelijkheden en in (her) winnen van eigen regie en autonomie. De attitude van de alwetende therapeut dienen we hierbij te vervangen voor een attitude die uitgaat van een ontmoeting tussen twee mensen in volledige gelijkwaardigheid met verschillende rollen en taken ten opzichte van elkaar (Delespaul et al., 2016). Shared decision making (SDM) is hier een voorbeeld van en een effectieve behandeling start met een gezamenlijk commitment over wat de behandeling inhoudt.

Het hanteren en vasthouden van een helder psychotherapeutisch kader wordt verondersteld 1 van de voorspellers voor een succesvolle behandeling te zijn (De Jonghe et al., 2014; Hutsebaut & Kaasenbrood, 2015). Patiënten die geen succesvolle behandeling hebben gehad, rapporteren onduidelijke kaders en het ontbreken van een helder begin en einde (Crawford et al, 2016; Perry et al., 2016). Door aan het begin van de behandeling het einde in zicht te brengen, gebruik je de tijd en het kuur model als therapeutische factor op zichzelf. De impliciete boodschap is dat er in ieder geval 1 persoon in de ruimte is die gelooft in de goede afloop van de behandeling. Geloof in de herstel mogelijkheden van iedere patiënt, ongeacht de problematiek, is hierbij zeer belangrijk.

En dit is nu juist zo moeilijk bij mensen met onderliggende ontwikkelingsproblemen waardoor er een constante druk ligt op de therapeutische relatie en je in de verleiding komt van koers af te wijken. Het bevorderen van groei, autonomie en dus van eigen verantwoordelijkheid, komt onder druk te staan door regressieve tendensen waarbij de status quo gehandhaafd moet worden. Crises bijvoorbeeld kunnen maken dat je ervan overtuigd raakt dat het beter is om de behandeling even te stoppen, de druk van de ketel te halen en een tijdje steun en structuur te bieden. Glenn Waller (2009) noemt dit *therapist drift* en beschrijft dit als een van de grootste risico factoren voor het mislukken van een behandeling waaraan de therapeut schuldig is.

Naast het hanteren en vasthouden aan een heldere en eenduidige methodiek, is de kwaliteit van de Therapeutische Relatie de enige procesfactor in psychotherapie met een voorspellend effect op symptoomafname tijdens en na een behandeling. Daarom moeten we hier beginnen om onze behandelingen te verbeteren.

De kwaliteit van de Therapeutische Relatie verschilt tussen therapeuten, maar binnen de caseload van één therapeut is de variatie gering (Baldwin et al., 2007). Dus de ene therapeut is beter dan de ander in het hanteren van ingewikkelde therapeutische relaties. Hoe maken we het beter? Valt het opbouwen en vasthouden van een therapeutische relatie te leren? Jazeker! Sterker nog: behandelaren die hierin getraind zijn, ondervinden meer vitaliteit en energie in hun werk. Door de gelijkwaardige verbondenheid voelen patiënten zich beter begrepen, zijn ze meer tevreden en knappen ze sneller op.

Training

De training omvat **drie dagen**. Elke bijeenkomst omvat in het eerste deel theoretische en technische onderwijsblokken. In de andere delen wordt veel nadruk gelegd op het oefenen van de praktijk door middel van rollenspellen en videomateriaal.

Doel

Je leert een stevige Therapeutische Relatie tot stand te brengen, te verdiepen en vast te houden bij patiënten met veel voorkomende psychiatrische stoornissen en comorbide persoonlijkheidsproblematiek. Je leert in de relatie te blijven, naast je patiënt te gaan staan of te blijven staan op een gelijkwaardige manier, niet in de valkuil te stappen van reageren of ageren maar reflecteren op wat er gebeurt en wat deze patiënt met deze manier van communiceren aan jou duidelijk wil maken. Je leert je patiënten te spiegelen en te markeren, adequaat te steunen en optimaal te frustreren. Dit alles met de overtuiging dat verandering alleen dan ontstaat in een gehechtheidsrelatie waarin er tussen twee mensen volledige gelijkwaardigheid bestaat, de wil de ander echt te ontmoeten en jezelf te laten ontmoeten (Delespaul et al., 2016).

Tegelijkertijd leer je flexibel vast te houden aan het afgesproken behandelmodel en therapeutische techniek zonder daarin star, rigide of juist te soepel te worden. Je leert je patiënt te valideren en gezamenlijk te werken aan het overeengekomen therapeutische doel. Je leert doelen stellen met je patiënt, daarover overeenstemming te bereiken en de patiënt het gevoel te geven dat jullie belang dezelfde is.

Je leert kritisch kijken naar jouw manier van contact maken met je patiënten en wat je daarin kunt verbeteren. Je leert zelf bewustzijn, affect regulatie en interpersoonlijke sensitiviteit. Deze 3 vaardigheden heb je nodig om breuken in de therapeutische relatie aan te voelen, bespreekbaar te maken en te kunnen herstellen. Therapeuten die dit niet goed kunnen, hebben meer drop-outs en minder goede resultaten (Eubanks-Carter et al, 2010).

Docent

Dr. Mariëlle Hendriksen, GZ-psycholoog en psychoanalytisch (groeps)psychotherapeut.
Gepromoveerd op het onderwerp: De Therapeutische Relatie bij KPSP.

Voor wie?

Psychiaters en psychologen van Eleos GGZ. Aantal 12 tot max 16 deelnemers.

Waar en wanneer?

Deze training wordt In company gegeven op een locatie van Eleos. Data nog nader overeen te komen in 2018.

Literatuur

Baldwin, S.A., Wampold, B.E., Imel, Z.E. (2007). Untangling the alliance-outcome correlation: Exploring the relative importance of therapist and patient variability in the alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*;75:842-852. *

De Jonghe, F.E.R.E.R et al. (2014). Handboek Kortdurende Psychoanalytische Steungevende Psychotherapie. *Amsterdam: Benecke*.

Delespaul, P. (2016). Goede GGZ! Nieuwe concepten, aangepaste taal en betere organisatie. *Leusden: Diagnosis Uitgevers*.

Eubanks-Carter, C., Muran, J.C., Safran, J.D. (2015). Alliance- Focussed Training. *Psychotherapy*,52(2), 169-173. *

Eubanks-Carter, C., Muran, J.C., & Safran, J.D. (2010). Alliance ruptures and resolution. In J.C. Muran & J.P. Barber (Eds.), *The therapeutic alliance: An evidence-based guide to practice* (pp. 74-940. New York, NY: Guilford Press.

Hendriksen, M. (2014) Pieces of a clinical puzzle. Analyzing the alliance in psychodynamic psychotherapy for depression. *Academisch proefschrift*.

Hutsebaut, J., & Kaasenbrood, A. (2015). Geïntegreerde Richtlijnbehandeling persoonlijkheidsstoornissen I. Achtergrond, rationale en implementatie. *PsyXpert/nummer 1*.

Waller, G. (2009). Evidence-based treatment and therapist drift. *Behavior Research and Therapy*, 47(2)., 119-127. *

Proven Therapies