

Over de Kracht van Kort

Training voor behandelaren in de GGZ

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

Over De Kracht van Kort

De training De Kracht van Kort beoogt meer vitaliteit en werkplezier onder professionals, verhoging van de cliënttevredenheid en verhoging van de delta T.

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 een 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 kuurmodel als therapeutische factor op zichzelf. De impliciete boodschap is dat er in ieder geval één 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 zeer belangrijk voor het welslagen van de behandeling. 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 risicofactoren 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; Norcross & Lambert, 2019). 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 zij sneller op (Wampold & Imel, 2015; Norcross & Baldwin, 2019).

Training

Elke trainingsdag omvat in het eerste deel theoretische en technische onderwijsblokken. In de andere delen wordt 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 om 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 gelijk is.

Je leert kritisch kijken naar jouw manier van contact maken met je patiënten en wat je daarin kunt verbeteren. Je leert over zelfbewustzijn, affectregulatie en interpersoonlijke sensitiviteit. Deze drie 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 boeken minder goede resultaten (Eubanks-Carter et al, 2010; Norcross & Lambert, 2019; Norcross & Wampold, 2019).

Ontwikkeling training

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

Voor wie?

Psychiaters en psychologen en verpleegkundigen. Groepen met 8 tot 24 deelnemers.

Literatuur

- Anderson, T., Finkelstein, J.D. & Horvath, S.A. (2020). The facilitative interpersonal skills method: Difficult Psychotherapy moments and appropriate therapist responsiveness. *Counseling & Psychotherapy Research*, doi:10.1002/capr.12302. *
- 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. (2010). Alliance ruptures and resolution. In J.C. Muran & J.P. Barber (Eds.), *The therapeutic alliance: An evidence-based guide to practice* 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*.
- Norcross, J.C. & Lambert, M.J. (2019). *Psychotherapy relationships that work. Volume 1: Evidence-Based Therapist Contributions. Third Edition*. Oxford: University Press.
- Norcross, J.C. & Wampold, B.E. (2019). *Psychotherapy relationships that work. Volume 2: Evidence-Based Therapist Responsiveness. Third Edition*. Oxford: University Press.
- Perlman, M.R., Anderson, T., Foley, V.K., Mimnaugh, S. & Safran, J.D. (2020). The impact of alliance-focused and facilitative interpersonal relationship training on therapist skills: an RCT of brief training. *Psychotherapy Research*, doi:10.1080/10503307.2020.1722862. *
- Van, H.L. (2019) Bezint eer ge begint. Betere uitkomsten door toepassen van de evidentie over werkzame psychotherapiefactoren? *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 45(6), p. 391-406. *
- Waller, G. (2009). Evidence-based treatment and therapist drift. *Behaviour Research and Therapy*, 47(2), 119-127. *

* = Verplichte literatuur

Wijze van eindtoetsing

- o take home tentamen
- x presentatie
- o schriftelijke rapportage waarin het geleerde gebruikt wordt
- o schriftelijke casusbeschrijving
- o schriftelijk tentamen
- o individuele mondelinge toetsing
- XX casuspresentatie

Uitwerking wijze van toetsing

Toetsing vindt plaats door actieve deelname tijdens de oefening en rollenspelen. Voorts selecteert elke deelnemer een casus uit de eigen praktijk en bespreekt deze aan het einde van de cursus volgens de methode 'De kracht van Kort'.

Programma dag 1

De Kracht van Kort

Dag 1

- 10:00 – 10.30 uur: > Kennismaken en overzicht van de cursus
- 10:30 – 11:30 uur: > Kortdurend werken: wetenschappelijke bewijskracht en vormen van kortdurend werken in de GGZ
- 15 min > KOFFIE/THEE PAUZE
- 11.45 – 12.45 uur: > Benodigde elementen voor kortdurend behandelen voor de common disorders
- 12.45 – 13:45 uur: > LUNCH PAUZE
- 13:45 – 16:00 uur: > *Therapist drift*: wat is het en wat zijn de consequenties voor de patiënt? Voorkomen van *therapist drift I*: waarom patiënten en therapeuten geneigd zijn af te wijken van de behandelfocus?
- 15 min > KOFFIE/THEE PAUZE
- 16.15 – 16.30 uur: > DVD: een voorbeeld van kortdurend werken en wat je daarin tegenkomt
- 16.30 – 17:00 uur: > Korte oefening in rollenspellen en afronding

• Huiswerk/opdracht

- > Lezen: Anderson et al. (2020), Baldwin et al (2007) en Waller (2009)
- > Voorbereiden: eigen casuïstiek voor rollenspel

Programma dag 2

De Kracht van Kort

- 10.00 – 10.30 uur: > Terugblik en vragen naar aanleiding van dag 1
- 10.30 – 11.30 uur: > Voorkomen van *therapist drift II*: handvaten om het te voorkomen
- 15 min > KOFFIE/THEE PAUZE
- 11.45 – 12.45 uur: > De therapeutische relatie en het arsenaal van de therapeut: zelfbewustzijn
- 12.45 – 13:45 uur: > LUNCH PAUZE
- 13.45 – 14.30 uur: > Vervolg van de therapeutische relatie en het arsenaal van de therapeut: affectregulatie en interpersoonlijke sensitiviteit
- 15 min > KOFFIE/THEE PAUZE
- 14:45 – 15.30 uur: > Rollenspellen
- 15.30 – 16.30 uur: > Presentaties casussen en onderlinge feedback met toepassing van geleerde theorie en interventies
- 16.30 – 17.00 uur: > Discussie, evaluatie en afronding

• **Huiswerk/opdracht**

- > Lezen: Perlman et al. (2020) en Van (2019)
- > Voorbereiden: eigen casuïstiek en eindpresentaties
-