

De methode: wondermiddel of loden last?

Over de invoering van de nieuwe *evidence based*-methoden bij complexe problematiek.

Dit artikel is een bewerking van de lezing 'Wat heeft de voorrang: de methode of de setting?' op het congres Groepskracht 13 in De Reehorst te Ede in maart 2010. Geïnteresseerden in de volledige tekst van deze lezing met nog meer praktijkvoorbeelden kunnen deze aanvragen bij de auteur via e-mail, c.dehaan@ggnet.nl.

Cor de Haan is sociaal psycholoog en klinisch psycholoog / psychotherapeut. Hij werkt bij GGNet als P-opleider en in eigen praktijk voor opleiding, training en consult.

Op veel instituten, klinieken en deeltijdafdelingen wordt onder hoge verwachtingen de nieuwste generatie evidence based-methoden binnengehaald. Dialectische Gedragstherapie, Mentalization Based Treatment, Schematherapie, Acceptance Commitment Therapy; een afdeling die niet een van deze methoden in het vaandel heeft staan, lijkt niet meer mee te tellen. Maar staat de methode op zich wel garant voor een goed behandelingsresultaat?

In dit artikel wordt ingegaan op de overwaardering van de methode, die op veel plaatsen door het management wordt geïntroduceerd en van bovenaf wordt opgelegd. Te lichtvaardig wordt de kwalificatie evidence based overgenomen en vaak wordt te veel van de methode verwacht, als een soort garantie op succes. De nieuwe, veelbelovende methoden lijken niet te floreren zonder beschermende transitionele ruimte die verandering mogelijk maakt. Patiënten en behandelteam raken op drift. Ook wordt onvoldoende nagegaan bij welke doelgroep is aangetoond dat de methode succesvol is. Bovendien is de therapeutische relatie bij een individuele therapie aanzienlijk minder complex dan een behandelrelatie met een multidisciplinair team in een klinische of deeltijdsetting. Ten slotte wordt er een visie gepresenteerd om de implementatie van met name de cognitieve gedragstherapeutische behandelmethode wél te doen laten slagen.

De kracht van de methode

De meeste therapeutische methoden en technieken zijn ontwikkeld voor individuele therapie. Bij de toepassing van de methode in groepen, op afdelingen voor deeltijdbehandelingen of in de kliniek, wordt nogal eens onderschat hoe complex dat is. Tevens wordt te weinig onderzoek gedaan op afdelingen voor complexe problematiek. Dit komt doordat de werkzame factoren in zo'n multidisciplinaire setting niet goed te isoleren zijn. Vaak wordt de vergissing gemaakt dat de bewezen werkzaamheid van een behandelmodel zou gelden voor alle doelgroepen en alle omstandigheden. Dat is niet zo. Er komt geleidelijk ook kritiek los op het 'keurmerk' *evidence based*.

Jozien Benzing, hoogleraar Klinische psychologie en Gezondheidspsychologie te Utrecht, waarschuwt in haar lezing *Het geweld van de gezondheidszorg* voor het selectief gebruik van onderzoek. Zij zegt daarin dat veel onderzoek in de kast blijft liggen omdat de uitkomsten de onderzoekers niet goed uitkomen. Daarom is het erg belangrijk goed na te gaan: *evidence based* voor welke doelgroep en in welke setting? Ik heb bijna mijn hele carrière in klinische en deeltijdprogramma's gewerkt. Minimaal de helft van mijn tijd en energie zijn altijd nodig geweest om het behandelteam en de behandelsetting zo te organiseren dat er goed therapeutisch rendement wordt bereikt. Een erg boeiend maar ook ingewikkeld proces.

De afgelopen vijftien jaar is er een aantal

nieuwe therapeutische methoden ontwikkeld, meestal op basis van cognitieve gedragstherapie (CGT): Linehan, MBT, ACT, Schemagerichte therapie, VERS-training. Bij Scelta, expertisecentrum voor persoonlijkheidsproblematiek, ben ik intensief betrokken geweest bij het integreren van de behandelmethoden van Linehan en van Young en de VERS-training binnen de klinische- en deeltijdprogramma's.

Het implementeren van een nieuwe complexe methode binnen een kliniek of deeltijdprogramma niet eenvoudig. Hoe krijg je de inhoudelijke visie op één lijn met de visie van het management, die het goedkoop en praktisch wil houden en vaak onvoldoende besef heeft van wat samenhangend behandelen van complexe problematiek inhoudt? En hoe gaat de afzonderlijke bijdrage eruit zien van de verschillende disciplines binnen het multidisciplinaire team en hoe de onderlinge afstemming en communicatie daarvan? Cruciaal is verder dat er in het team voldoende draagvlak is voor het nieuwe model en dat er voldoende holding wordt geboden, niet alleen voor de patiëntengroep maar ook aan het behandelteam. Ik geef hier een voorbeeld van een geslaagde invoering van een (klassieke) methode op een gedemoraliseerde afdeling: de methode als redmiddel.

Kroketten en frikadellen... de afdeling met 'de restgroep onbehandelbare patiënten'. Bij mijn start bij een grote psychiatrische instelling waar ik een aanstelling had gekregen, maakte ik een kennismakings-

rondje door het hele instituut. Op een van de afdelingen trof ik een vermoeide, ontmoedigde, depressieve staf aan, die klaagde dat de directie hen met de restgroep van onbehandelbare patiënten had opgescheept. Ze waren het er met elkaar volledig over eens dat aan deze restgroep van onbehandelbare patiënten geen enkele eer te behalen was.

De afdeling had binnen het instituut dan ook een slechte naam: veel drank- en drugsgebruik onder de patiënten en zeer veel agressie en acting-out. De patiënten werden gezien als ongemotiveerde verblijfspatiënten zonder enige ambitie om ooit nog in de maatschappij terug te keren. Twee jaar later werd een psycholoog aangesteld om op deze afdeling het Token Economy-model in te voeren. Dat is een klassiek gedragstherapeutisch model waarbij patiënten met goed gedrag fiches kunnen verdienen die later kunnen worden ingewisseld voor bepaalde voordelen.

Vanaf het moment dat het nieuwe model werd ingevoerd kwam het behandelteam in beweging en onderging het een metamorfose! Van een restgroep onbehandelbare patiënten werd de afdeling een 'speerpunt' binnen de organisatie, een specialistische afdeling. Het Token Economy-model gaf het behandelteam nieuwe hoop, elan en houvast.

Vanaf hetzelfde moment onderging ook de patiëntengroep een metamorfose. Een Parallelproces! Ook de patiënten kregen nieuwe hoop. Het nieuwe model stimuleerde ook de patiënten tot nieuw gedrag en gaf ook hen houvast. En voor dit enthousi-

aste behandelteam (en voor de fiches) wilden ze wel hun best doen om beter te worden. En de inzet: de fiches konden in de weekafsluiting worden ingewisseld voor een kroket of een frikadel. Deze beloning werkte heel goed, omdat de patiënten niet bij elkaar wilden achterblijven.

Ik vind dit nog steeds een prachtig voorbeeld van de werking van een methode, in dit geval helemaal geen vernieuwende methode maar een klassieke. Maar het was zeer effectief.

De introductie van de methode van de Token Economy fungeerde hier als redmiddel, als wondermiddel. Ik sprak deze collega recent nog eens over de invoering van de methode en hij was ervan overtuigd dat ze hem met elke denkbare methode op die afdeling hadden kunnen zetten, en het was een succes geworden. Omdat de patiënten zowel als het team geen enkele hoop hadden op verbetering, gaf deze klassieke methode zowel aan de patiëntengroep als aan het behandelteam houvast.

Interessant is het om na te gaan met welk doel en met welke verwachtingen een bepaalde methode op een behandelafdeling wordt geïntroduceerd.

Bijvoorbeeld:

- als professionele therapeutische werkwijze
- als redmiddel, als wondermiddel
- als identiteit van de afdeling
- als visitekaartje
- als statussymbool (concurrentie, bewijs van deskundigheid)

- als trots (trots op de buitenkant / binnenkant)
- als leidraad en houvast voor team en cliënten
- als gemeenschappelijke taal.

Onberekenbare chemie

Het werken met een bepaalde methode kent heel krachtige kanten, maar doorslaggevend voor de effectiviteit is de therapeutische relatie. De therapeutische relatie bij individuele therapie is duidelijk en overzichtelijk. Bij meer ernstige en complexe problematiek wordt de behandeling vaak in een klinisch of deeltijdprogramma aangeboden. Dan gaat het er dus om hoe de therapeutische relatie binnen een complexe setting met een multidisciplinair team wordt vormgegeven. En wanneer gekozen wordt voor een bepaalde methode als rode draad is het heel belangrijk, hoe de methode is ingebed in de gehele behandeling, in de setting. Hoe verhoudt zich de methode met de regels en normen van de afdeling, met de afdelingscultuur?

Janzing (2009) schrijft hoe belangrijk de onderlinge afstemming is van deze factoren en noemt dit Samenhangend Behandelen. Daarnaast komt uit ieder onderzoek het belang van de therapeutische relatie naar voren. Enerzijds heb je de kracht, de werkzame bestanddelen van de methode, maar omdat de methode wordt aangeboden in een groepsmatige setting is er anderzijds een visie nodig op de groepsdynamische kracht van de setting: wordt die ook benut of wordt de kracht van de groepsmatige set-

ting genegeerd of verwaarloosd? De invloed van de setting kan sterk bevorderend werken, maar ook belemmerend of destructief. Het kan zelfs een falende setting worden. Soms wordt de methode niet als middel, maar als doel op zichzelf gebruikt. De kracht van de methode kan dan een illusie blijken te zijn. Soms wordt de uitvoering van de nieuwe *evidence based* methode tot een loden last.

De invoering van een nieuwe *evidence based* methode wordt vaak onderschat, valkuilen zijn er vele.

- Soms wordt de invoering te veel van bovenaf aangestuurd (top-bottom implementatie): dit kan veel weerstand oproepen;
- soms gaat het om een methode die te ingewikkeld is om door een heel multidisciplinair team of een complexe doelgroep te worden toegepast. Een methode die één op één goed te overzien is, kan heel complex zijn wanneer die wordt uitgevoerd door een multidisciplinair team;
- soms is onduidelijk vanuit de theorie welke teamleden of disciplines de nieuwe methode moeten gaan toepassen of uitvoeren, ontstaat er rivaliteit of concurrentie of gaat – als beperkende oplossing – het hele team met de nieuwe methode aan de slag;
- soms is er onvoldoende draagvlak binnen team of organisatie, de teamleden worden ziek of haken af.

In de PSY medio 2009 staat een interview met Roel Verheul, bestuursvoorzitter van de

Viersprong, Halsteren. In de kliniek voor jongeren met BPS deed zich het volgende voor:

Omdat er erg veel jongeren met BPS worden opgenomen en het bestaande programma vrij veel drop-outs te zien geeft, besluit het management tot het opstarten van een 5-daags klinisch programma volgens het model MBT (Mentalisation Based Treatment), omdat dit model evidence based uit onderzoek naar voren komt.

Direct na de invoering van de MBT rommelt het in het behandelteam, de invoering van het nieuwe model lijkt niet voldoende gedragen te worden. Afwezigheid, ziekte en overspannenheid van meerdere therapeuten noodzaken het management al na twee weken het programma met een dag in te korten en even later moet het programma zelfs worden ingekort tot twee dagen. De ouders van de adolescenten doen hun beklag bij de Inspectie.

De invoering van het nieuwe model leidt hier al na enkele weken tot ziekte en uitval van een aantal collega's. Het hele team, inclusief de sociotherapeuten, moest zich in zeer korte tijd het mentaliseren eigen maken (een behoorlijk complexe techniek). De automutilatie bij de jongeren nam toe.

Verheul: 'Wat we hebben onderschat is hoe lastig het is met dezelfde personeelsbezetting een heel complexe methodiek in te voeren. Verschillende collega's hebben heel erg op hun tenen moeten lopen. Ik sluit niet uit dat een deel van de ziekmeldingen daarmee te maken heeft.'

Dit soort verhalen zijn er vele: er moet met een nieuwe methode gewerkt gaan worden

op een bestaande afdeling met een bestaand team.

Wat ik zelf erg interessant vind aan het voorbeeld op de Viersprong, is dat de nieuwe methode wordt ingezet als beoogde oplossing voor de hechtingsproblemen en drop-out van de jonge borderliners. Dat het gezocht wordt in de methode en niet in de organisatie van de setting! Het gevolg is: niet alleen de holding voor de opgenomen adolescenten wordt aangetast, maar ook de holding voor het behandelteam die deze moeilijke taak moet uitvoeren.

Moeten we de oplossing wel zoeken in de methode, of moeten we die juist zoeken in de wijze waarop de organisatie van de setting is georganiseerd? Wie bewaakt de balans tussen methode en setting? Want hoe belangrijk is nu eigenlijk die methode? Is alle moeite die we stoppen in de methode wel terecht?

Onderzoek van Duncan en Miller (2006), die een groot aantal methoden hebben onderzocht op effectiviteit, laat zien dat welke methode wordt gekozen, relatief weinig bijdraagt aan het therapeutisch effect. Het onderzoek van Godley e.a. (2004) geeft vergelijkbare resultaten.

Uit het onderzoek van Duncan en Miller komt naar voren dat de bijdrage van de specifieke methode slechts 8% is en dat de bijdrage van de kwaliteit van de therapeutische relatie 60% is. Dat wisten wij natuurlijk al uit eerder onderzoek, maar het zijn toch wel confronterende cijfers. De derde factor die hij onderzocht is 'therapietrouw en participatie'; deze draagt bij voor de overige 30%. Dit is ook een belangrijke uit-

komst, omdat het hebben van een drop-out erg vervelend en belastend is voor het behandelteam, voor de groepsleden en niet in de laatste plaats voor de cliënt zelf. En dat terwijl het specifieke van de methode slecht voor 8% bijdraagt aan het behandelingsresultaat.

Samenvattend: de methode is heel waardevol mits de methode voldoende duidelijk is voor team en patiënten, de methode het team en de patiënten aanspreekt en de methode voldoende door het behandelteam wordt gedragen. Ten slotte moet de methode consistent worden uitgevoerd.

De setting als transitionele ruimte

Uit het onderzoek van Duncan en Miller komt nogmaals zeer duidelijk het grote belang naar voren van de therapeutische relatie en het trouw volgen van de therapie.

Maar hoe kunnen cliënten een therapeutische relatie aangaan met een afdeling, met een setting aangestuurd door een multidisciplinair team?

Berkouwer (2004) beschrijft het concept van de behandelsetting als transitionele ruimte als volgt: *'De ruimte om een veranderingsproces door te maken. De ruimte wordt 'transitioneel' genoemd wanneer er voldoende veiligheid, tijd en ruimte is om de emotionele consequenties van verandering door te werken. Mensen krijgen de gelegenheid om het oude los te laten en nieuwe manieren van zijn en werken te exploreren of te ontwikkelen. Het doel is het innerlijke van de betrokkenen af te stemmen op de nieuwe uiterlijke realiteit.'*

De setting kan dus volgens de psychoanalytische concepten worden georganiseerd om de basisvoorwaarden te bieden voor het veranderingproces, op gang gebracht volgens de lijn van het model CGT.



Om zich te kunnen hechten aan de behandeling, om een effectieve therapeutische relatie aan te gaan, moet de setting dus aan nogal wat voorwaarden voldoen.

De vergelijking kan getrokken worden met de eerste jaren van het kind. Wat het jonge kind aan omgevingsfactoren nodig heeft, dat heeft de adolescent of volwassene in therapie ook nodig aan een veilige, betrouwbare en voorspelbare ruimte om ontwikkeling mogelijk te maken.

De gedragsproblemen van een fors aantal borderliners zijn het gevolg van hechtingsproblemen, maar dat wordt vaak in de praktijk niet herkend. Het storende gedrag van de borderliner moet worden herkend als hechtingsprobleem in plaats van betiteld als gebrek aan motivatie, onwil, enzovoort. Het antwoord van het team en van de setting moet zijn, dat deze georganiseerd wordt volgens Winnicotts ‘omgevingsmoeder’. Dit is behoorlijk essentieel, want de hechtingsproblemen van de borderliner werken vaak als een trigger voor het team, waardoor het team van de lijn gaat afwijken, bron ook voor het ontstaan van meningsverschillen en conflicten, competentiestrijd, splitsing. De ene helft van het team wil de ongemotiveerde lastpak ontslaan, de andere helft wil begrenzen maar ook *containen*, binden, vasthouden: de hechtingsproblemen herstellen en corrigeren. Erg waardevol wanneer dat lukt. Maar dat kan alleen lukken – en daarop kom ik in mijn eindconclusie terug – wanneer er een uitstekende teamsamenwerking is en een goede balans tussen methode, setting (*holding* en hechting) en groepsdynamiek.

De nieuwe methoden van de cognitieve gedragstherapie (CGT) omvatten niet de dynamiek, de destructieve groepsprocessen die kunnen ontstaan na regelovertredingen en grensoverschrijdend gedrag. Het pacificeren en reguleren van deze destructieve groepsprocessen is echter cruciaal in het hechtingsproces van borderliners aan het programma. Daarvoor is het nodig dat de hechting aan de behandeling, binding en gevaar voor uitstoting een voortdurend aandachtspunt vormen in het multidisciplinaire team. Met wie gaat de cliënt de therapeutische relatie aan: met de methode, met het multidisciplinaire team, met één van de therapeuten? En wat is de rol van de verschillende disciplines binnen de behandeling?

Het is daarom van groot belang dat naast het model CGT een model en een duidelijke visie gehanteerd wordt door het team op het neerzetten en vasthouden van de ‘*holding*-kwaliteiten’ binnen de afdeling. Tijdige signalering en interveniëren op groeps- en afdelingsniveau is belangrijk, voordat een onomkeerbare negatieve spiraal is ontstaan. Ik wil hier benadrukken dat het niet moet zijn óf het model CGT óf het analytisch model met als basis *holding* en *containment*, maar én CGT, én visie op *holding*. Is het behandelteam hiervoor voldoende geëquipeerd? Hoe kan dus een veilige, betrouwbare en voorspelbare transitionele ruimte in stand worden gehouden of worden hersteld in turbulente tijden, wanneer soms meerdere cliënten deze met hun gedrag aantasten? Kan het team de *holding*-kwaliteiten van de afdeling voldoende bewaken voor deze kwetsbare doelgroep,

zodat voldoende veiligheid ontstaat om een ontwikkelingsproces mogelijk te maken?

Hechting aan de behandeling

In onze klinische en deeltijdprogramma's behandelen we mensen met ernstige persoonlijkheidsproblematiek, met borderline, vaak gecombineerd met veel andere problemen zoals verwaarlozing, mishandeling, traumatische ervaringen, misbruik, psychiatrische of alcoholische ouders. Het gaat vaak om een verstoorde relatie met de primaire verzorger, die niet beschikbaar, niet voorspelbaar, niet betrouwbaar is gebleken zodat er hechtingsproblemen zijn ontstaan.

We zien op latere leeftijd – in de adolescentie en volwassenheid – dat deze mensen grote moeite hebben met het leggen en vasthouden van vriendschappelijke contacten en partnerrelaties. Claimen, aantrekken en afstoten, angst om verlaten te worden, achterdocht, controlebehoefte, enzovoort, is het gevolg. Met name wanneer dit gedrag onvoldoende wordt opgevangen en *contained*. Ondanks voldoende *holding* schiet de CGT bij een aantal patiënten met ernstiger persoonlijkheidsproblematiek of dubbeldiagnoses tekort en leidt het tot crisisopnames, recidief of drop-out.

In 2000 hebben we binnen de klinische afdeling van Scelta een afdeling opgezet volgens de principes van de Schemagerichte therapie. De vakliteratuur ging destijds nog alleen over individuele therapie, dus hebben we zelf een draaiboek ontwikkeld en toepasbaar gemaakt voor de groepbehandeling en voor de toepassing in de kliniek.

De groepspsychotherapie werd in ons model aangeboden op drie niveaus, namelijk:

- *een basisgroepspsychotherapie, voor de containment van veel heftige ervaringen en emoties, die een plek moeten krijgen en hanteerbaar moeten worden gemaakt*
- *de schemagerichte groepstherapie voor het cognitieve niveau*
- *de psychodramagroep voor het experiëntiële niveau.*

Aanvankelijk vond het management de opzet veel te duur en arbeidsintensief en werd de basisgroepspsychotherapie uit het model weggestreept. Maar vanuit het analytisch concept van Bion-containment, hebben we ons met succes sterk gemaakt om de basisgroepspsychotherapie in het programma te behouden. En het model werkte. En het draait nog steeds, met wat aanpassingen.

Gelijktijdig werd bij Scelta binnen het nieuwe driedaagse deeltijdprogramma de basisgroepspsychotherapie wel door het management weggeschreven. Binnen enkele weken bleek dit model totaal niet te werken: de schematherapie werd voortdurend verstoord door patiënten die een plek zochten voor hun crises, spanningen en heftige gebeurtenissen. De schematherapie kwam nauwelijks van de grond. Totdat ook op de deeltijdbehandeling een basisgroepspsychotherapie aan het programma werd toegevoegd, geleid door een psycholoog samen met een sociotherapeut. Vanaf het moment dat deze groep werd toegevoegd liep het wel.

Concluderend: als de methode CGT te veel het primaat krijgt, kan dat ten koste gaan van de *holding*. Omgekeerd, als de setting

te veel het primaat krijgt kunnen de behandelingen eindeloos gaan duren.

De rol van de groepsdynamiek

Zowel constructieve processen als destructieve processen worden binnen de behandeling door de groepsleden aan elkaar doorgegeven en versterkt. Dit gebeurt impliciet maar ook expliciet.

Cliënten met persoonlijkheidsproblematiek en met name met borderline brengen een enorme hoeveelheid triggers mee in de behandelsetting die de veiligheid binnen de behandeling en van de transitionele ruimte kunnen aantasten. Ik noem hierbij een aantal veelvoorkomende triggers: afhankelijkheid, machteloosheid, verleiden, erotiseren, diskwalificeren, agressie, induceren van schuldgevoelens, zorg oproepen, automutilatie, middelengebruik, suïcidaliteit.

De triggers worden natuurlijk meegenomen als een belangrijk thema binnen de CGT, maar ondertussen beïnvloeden ze de normen van de afdeling en tasten ze de groeps- en afdelingscultuur aan.

Het ontbreken van een goede visie en deskundigheid in deze groepsprocessen kan de oorzaak zijn van veel onrust en stress op afdelingen van complexe problematiek wat de laatste tijd meer zichtbaar wordt.

De therapeutische relatie: heilzame factor of achilleshiel?

De bijdrage van de therapeutische relatie wordt ook in de Richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen veelvuldig benadrukt. Bij een

individuele behandeling zijn twee personen betrokken bij de therapeutische relatie: de therapeut en de cliënt. Bij de behandeling van complexe problematiek op een klinische of deeltijdafdeling met een multidisciplinair team ligt dit dus direct veel ingewikkelder. Met wie gaat de cliënt de therapeutische relatie aan: met de methode, met het multidisciplinaire team, met een van de therapeuten? En wat is de rol van de verschillende disciplines binnen de behandeling?

De verschillende disciplines kunnen daarin ieder hun eigen bijdrage leveren. In sommige programma's doen alle disciplines mee in de nieuwe methodiek. Soms draaien de sociotherapeuten zelfstandig de psychotherapiegroep. Dit komt vaak voort uit een onderschatting en soms ook een onderwaardering van de rol van de sociotherapie. Maar wat is het essentiële aan het sociotherapeutische werken? Wie doet wat wanneer de aandacht en mankracht wordt opgeslokt door nieuwe ontwikkelingen? Het kan ook verwarrend zijn wanneer een cliënt op het ene moment door de sociotherapeut uitgedaagd wordt op het punt van zijn schema's of zijn mentaliserend vermogen, en op het volgende moment afleiding, rust en ontspanning zoekt op de afdeling en met diezelfde sociotherapeut wordt geconfronteerd. Is de taakverdeling duidelijk? Wie hanteert de methode en wie zorgt voor de veiligheid, voorspelbaarheid, voor de holding, voor goede normen op de afdeling? Is er voldoende balans tussen de therapie en de speelruimte voor ontspanning en voor het gewone leven? En is de rolverdeling duidelijk?

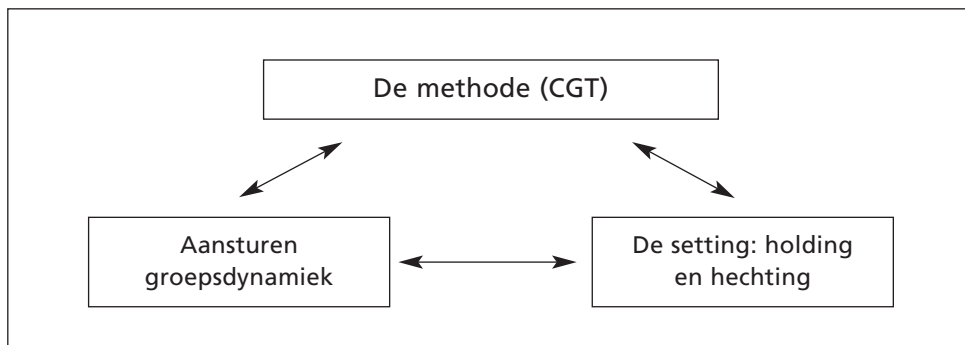
Ook essentieel is de rol van de non-verbale vaktherapieën als aanvulling en toegevoegde waarde op de vaak verbale overvloed. De non-verbale therapieën zijn vrijwel overal in de programma's bij complexe problematiek aanwezig maar over de toegevoegde waarde daarvan is eigenlijk weinig bekend. Er is weinig onderzoek gedaan bij welke problematiek een bepaalde non-verbale therapie een duidelijke toegevoegde waarde heeft. Wanneer deze toegevoegde waarde onduidelijk en te impliciet blijft, is de verleiding aanwezig om ook aan te sluiten bij de nieuwe CGT-methode. Het essentiële van de vaktherapie kan dan vervagen zodat de vaktherapie meer overeenkomst gaat vertonen met de verbale therapie en dan 'meer van hetzelfde' wordt. Dit betekent meer verlies dan winst. De vaktherapieën bieden de mogelijkheid op non-verbale wijze te leren communiceren. Sommige cliënten moeten leren praten, leren woorden geven aan gedachten en gevoelens, andere cliënten praten te goed, hebben een onstuitbare woordenstroom als afweer voor de onderliggende gevoelens. Maar non-verbale therapie kan ook concreet maken. Het werkt vaak heel direct, veel directer dan verbale therapie, bijvoorbeeld bij het mogen toevertrouwen aan het materiaal bij beeldende therapie. Omdat dit mag bestaan, vorm mag krijgen, zonder belachelijk gemaakt of vernietigd te worden. Het is erg belangrijk dat in het totale behandelingsaanbod het specifieke van de non-verbale therapieën aanwezig blijft zonder geassimileerd te worden in de nieuwe CGT-methodiek. Dit kan anders

leiden tot een *overkill*, tot een overladen door de methode ten koste van de differentiatie binnen het aanbod.

De integratie van methode, setting en behandelrelatie

We hebben dus gezien dat de grote valkuil bij de invoering van nieuwe methoden een overaccentuering is, een te eenzijdige toepassing hiervan. Twee andere zeer belangrijke aspecten verdienen evenveel aandacht: Ten eerste: de visie op de organisatie van de hele setting met voldoende *holding* kwaliteiten en de mogelijkheid voor kwetsbare cliënten om zich te hechten. Met daarbij oog voor het belang van voldoende beschikbare personen binnen het team om een veilige, voorspelbare en betrouwbare omgeving neer te zetten en vorm te geven, het begrip transitionele ruimte. En de visie van het team op hechting, hoe het hechtingsproces verloopt, waarbij het soms – tijdelijk – nodig is dat de cliënt een vertrouwensrelatie met een teamlid kan aangaan.

Ten tweede: dat er voldoende kennis is binnen het team over het herkennen, hanteren en aansturen van groepsprocessen. Een afdeling met ernstige en complexe problematiek binnen het spectrum van de persoonlijkheid is turbulent en heftig. Positieve zowel als destructieve processen kunnen snel en hardnekkig door de cliënten aan elkaar worden doorgegeven. Tevens zijn er voortdurend parallelle processen aanwezig, die bij onvoldoende herkenning kunnen leiden tot machteloosheid en drop-out.



De driehoek methode, setting en aansturen groepsdynamiek

Waar het hierbij ondermeer om gaat, is dat er een voldoende balans moet zijn binnen de behandeling tussen deze drie invalshoeken, wat begint met de samenstelling van het team qua functie en opleidingsachtergrond. Zijn er voldoende teamleden opgeleid in de methode, zijn er voldoende teamleden deskundig in de theorieën over *holding* en hechting, zijn er voldoende teamleden deskundig in het herkennen en aansturen van het groepsproces? Dit laatste niet alleen binnen de therapeutische groepen maar ook binnen de gehele afdeling en binnen het behandelteam. Janzing en Kerstens (1999) beschrijven dit als een essentieel onderdeel van de oppervlaktestructuur. Het leiderschap moet goed geregeld zijn en het behandelteam moet adequaat zijn samengesteld.

Wordt dat een CGT-team of een psychoanalytisch team of een team van groepstherapeuten? Ik hoop voldoende duidelijk te hebben gemaakt dat het een samenstelling moet zijn van alle drie!

Zo complex is het dus: methode, setting, transitionele ruimte, het hanteren van trig-

gers en van indringende heftige groepsprocessen. En dan ook nog succesvol resocialiseren naar de gewone maatschappij. Dat lukt alleen met een goede totaalvisie, met een voldoende samenhang tussen methode, setting en groepsdynamiek en in een-drachtige samenwerking.

Literatuur

- Benzing, J. (2009). *Uit de schaduw van Descartes*. Lezing Studium Generale, Universiteit Utrecht.
- Berkouwer, A.Y. (2004). *Handboek 'de psychoanalytische setting'. Anatomie van een plek*. Amsterdam: Boom.
- Bion, W.R. (1984). *Second Thoughts. Selected Papers on Psycho-Analysis*. London: Maresfields Reprints.
- Duncan, B. & Miller, S. (2006). Treatment Manuals Do Not Improve Outcomes. In: Norcross, J., Levant, R. & Beutler, L. (eds).

Evidence-based practices in mental health.
Washington D.C.: APA Press.

Fraiberg, S. (2001). *De magische wereld van het kind*. Houten: Van Holkema & Warendorf.

Godley, S.H., Jones, N., Funk, R., Ives, M. & Passetti, L. (2004). Comparing outcomes of best-practice and research-based outpatient treatment protocols for adolescents. *Journal of Psychoactive Drugs*. 36 (1), 35-48.

Hardeman, E. (2008). 'Dit zal ons geen tweede keer gebeuren.' Interview met Roel Verheul, rvb kliniek De Viersprong. *PSY*, 2008, nr 9.

Horner, A.J. (1979). *Object Relations and the Developing Ego in Therapy*. New York: Jason Aronson.

Janzing, C. & Kerstens, J. (1999). *Werken in een therapeutisch milieu*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Janzing, C. (2009). *Samenhangend behandelen in de GGz*. Assen: Van Gorcum.

Lacan, J. (1977). *Ecrits: A selection*. New York: Norton.

Linehan, M.M. (2003). *BPS handleiding voor training en therapie*. Lisse: Swets & Zeitlinger.

NRC Handelsblad (13 november 1997).
'De Juttenhof definitief dicht.'

Trijsburg, W. & Verheul, R. (2008). *Multidisciplinaire richtlijn persoonlijkheidsstoornissen*. Utrecht: Trimbo Instituut.

Winnicott, D.W. (1961). *Maturational Processes and the facilitating environment*. London: The Hogarth Press.