

# Relatiemanagement in de deeltijdbehandeling

Resultaten van tien jaar groepsbehandeling bij  
persoonlijkheidsproblematiek

Toon Blok, Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige en behandelcoördinator van een gestructureerde autonomievergrotende groep bij GGZ Zuid-Friesland en docent, trainer, coach relatiemanagement.

Age Smilde, psychiater, groepspsychotherapeut bij deeltijdbehandeling bij GGZ Zuid-Friesland en verantwoordelijk voor de biologische behandelingen bij de deeltijdbehandeling, programmaleider van het ADHD behandelprogramma bij de GGZ Friesland.

*De behandelresultaten van een dagbehandelingprogramma, met een duur van zes maanden gericht op patiënten met langdurige persoonlijkheidsproblematiek, zijn gedurende tien jaar geregistreerd. Het betreft een groep patiënten die wordt gekenmerkt door hoge therapie-uitval en motivatieproblemen.*

*Ondanks dat het verwijscriterium zeer ruim is gesteld (bereidwilligheid om aan zichzelf te willen werken) werd slechts 4% door de intaker afgewezen. Eenmaal begonnen in de dagbehandelinggroep was de drop-out in de eerste drie maanden slechts 10%, de laatste drie maanden 0%.*

*Het omslagpunt is naar ons idee de totstandkoming van een werkrelatie. Is deze werkrelatie eenmaal gevormd, dan wordt de behandeling met succes afgerond.*

*Voor welke behandelvorm gekozen wordt nadat de werkrelatie tot stand is gekomen, is naar ons idee nauwelijks relevant, cruciaal voor het bewerkstelligen van een werkrelatie is echter het zeer nauwgezet toepassen van relatiemanagement en het hanteren van een zeer duidelijk kader.*

In 1998 kregen wij de uitdagende opdracht om een behandeling in deeltijd te bedenken gericht op patiënten met ernstige persoonlijkheidsstoornissen cluster B en C. De

behandeling moest aan de volgende kenmerken voldoen:

- Het moest een behandeling zijn met perspectief. De patiënten die de behandeling

aangingen zouden met andere woorden het gevoel moeten krijgen dat ze invloed op hun omstandigheden en daarmee invloed op hun zelfgevoel konden krijgen. Daarmee zouden ze hun autonomie, zelfredzaamheid en aanpassingsvermogen kunnen vergroten.

- De druk op de hulpverlener in deze behandelsetting zou hanteerbaar moeten zijn.
- De deeltijd zou een verwijsmogelijkheid moeten zijn voor behandelaren die in een ambulante setting niet meer verder komen met deze patiënten. Door de verwijzing ontstaat zo weer meer ruimte om tot een herdefinitie te komen van hun therapierelatie met deze patiënten.

Toon Blok had kennisgemaakt met relatiemanagement in het toenmalige Rosenberg in Den Haag en Age Smilde had net een congres over relatiemanagement met als belangrijkste spreker David Dawson, de grondlegger van de theorie van het relatiemanagement, gevolgd. Beiden waren we erg enthousiast door de methode. Relatiemanagement leek een passend antwoord op de bovengenoemde opdracht. Voortbordurend op de al bestaande therapievormen in deeltijdbehandelingen werd relatiemanagement toegevoegd. Bij het schrijven van dit artikel zijn we ruim tien jaar verder.

In de jaren dat we nu met relatiemanagement werken, hebben we ervaren dat naast relatiemanagement, voor de laatste drie maanden als legitimatie voor de verandering, de rationeel emotieve benadering (RET, Jacobs, 1998) goed aansluit bij bovengenoemde doelgroep.

## **Brede doelgroep**

De doelgroep beschrijven wij niet in DSM IV-TR termen, maar in cognities en gedrag. De deelnemers aan de gestructureerde autonomievergrotende therapiegroep (groep D) ervaren een starre coping stijl. Veranderingen in hun leven stellen hen voor grote problemen, omdat zij geen coping strategieën hebben om de nieuwe situatie het hoofd te bieden.

Deze combinatie van een veranderde situatie én niet weten hoe er mee om te gaan bestaat vaak al jaren. De patiënten uit de doelgroep zijn niet gewend om zichzelf als uitgangspunt te nemen. De ander of de context bepaalt hun gedrag, wat een voortdurende bevestiging van hun ik-zwakke is. Het zijn mensen die gewend zijn om uit te gaan van hun beperkingen en daardoor vergeten zijn wat hun kracht is. Ze ervaren geen controle over hun leven. Het is voor deze mensen begrijpelijk dat andere mensen niet met hen om willen gaan. Voor mensen die wel met hen om willen gaan, koesteren ze soms argwaan. Het Groucho Marx-syndroom 'ik wil geen lid worden van een club die mij als lid wil hebben' is hun niet vreemd.

Diagnostisch gezien praten wij over patiënten met persoonlijkheidsproblematiek uit de clusters B en C. Volgens de theorie van het relatiemanagement (Dawson & MacMillan, 1993) hebben mensen met een persoonlijkheidsstoornis een zeer conflictvol, onstabiel of slecht afgegrensd zelfstelsel. Ze zijn sterk afhankelijk van de hier en nu ervaring voor hun zelfdefinitie. Het interne conflict (ik voel mij/ben goed,

ik voel mij/ben slecht) wordt geëxternaliseerd in een dialoog. Het liefst bij mensen die daar gevoelig voor zijn (zoals hulpverleners, al dan niet beroepsmatig) zoeken deze patiënten hun zelf-definitie.

De behandeling richt zich op patiënten die in staat zijn om onder de juiste condities, met de juiste legitimering, in staat zijn hun kwaliteiten in te zetten. Mensen die al langdurig (vaak met behulp van hulpverleners) aan het worstelen zijn geweest met hun problemen, maar de resultaten daarvan niet kunnen omzetten in acties. Binnen de context van de therapie staat het eigen aandeel van patiënt centraal; hiermee wordt de patiënt als het ware uitgenodigd om bij zichzelf te rade te gaan, kwaliteiten te herontdekken, zichzelf als uitgangspunt te nemen en voor de van daaruit voortvloeiende keuzes verantwoordelijk te willen en kunnen zijn. Voor alle patiënten een zeer zware klus, want het vraagt van hen nu juist dat wat ze zo moeilijk kunnen: zichzelf als uitgangspunt nemen. Dit betekent dat interpersoonlijk relatiemanagement tussen hulpverlener en patiënt gedurende de behandeling een centraal thema is.

### Casus

*Peter begin 30, woont alleen en is op verschillende levensgebieden vastgelopen. Hij kwam er achter dat zijn overlevingsstrategie van de clown uithangen niet goed meer werkte, maar hij had geen alternatieven.*

#### *Voortraject*

In het opbouwen van een werkbaar cultuur is het voortraject van groot belang. Dit

begint bij de poliklinische verwijzer, inmiddels zijn de basisprincipes van relatiemanagement bekend bij de verwijzers (d.m.v. presentaties, scholing en onderling overleg) die bij de patiënt de autonomie-vergrotende dtb groep 'in de week' zet. Deze voorbereiding kan maanden duren en voor ons staat vast dat dit voorwerk een belangrijk onderdeel uitmaakt van het hele behandeltraject.

*Peter kwam bij een polibehandelaar waar snel duidelijk werd dat zijn persoonlijkheidsproblematiek om een intensieve behandeling vroeg. De gesprekken hierover hebben twee maanden geduurd, waarna de verwijzing kon plaatsvinden.*

Na ontvangst van de brief van de verwijzer wordt de patiënt uitgenodigd om contact op te nemen voor het maken van een intakeafspraken. De gedachte hierachter is om de patiënt een eerste aanzet te geven voor het nemen van initiatief en verantwoordelijkheid. Als de patiënt belt, wordt er onderhandeld over de afspraak (het eerste onderhandelingsmoment).

#### *Intake*

In de intake bij relatiemanagement staat de betrekking centraal. De bekende intakevragen (voorgeschiedenis, hulpvraag, biografie enz.) worden gesteld om een onderhandelingspositie te creëren. De start is hierbij belangrijk om van het begin af aan het gesprek te managen, dit kan door een openingszin te gebruiken als: 'Deze intake is bedoeld om informatie in te winnen, ik van u en u van mij, om te

kunnen bepalen of deze behandeling van betekenis kan zijn voor u. Ik doe het aan de hand van van tevoren bedachte vragen, hoe u aan uw informatie van mij komt weet ik niet ... zal ik beginnen.'

Hiermee worden de posities duidelijk neergezet, beiden hebben informatie nodig (polariseren) om een beslissing te kunnen nemen. De vragen zijn vooral bedoeld om een start te maken met het neerzetten van de relatiemanagement-cultuur (actief zijn, verantwoordelijkheid nemen). Wat met de vragen ook duidelijk wordt, is het wisselgeld (*currency*) dat de patiënt qua communicatie inzet (Dawson & Millan, 1993).

Over dit wisselgeld (bijvoorbeeld suïcide dreiging als communicatiemiddel) worden afspraken gemaakt middels een contract (bijvoorbeeld gedurende de behandeling geen poging tot suïcide). Patiënten ervaren dit niet als een bezwaar, het lijkt ook een soort houvast te geven. Ze vinden het vaak ook een logische afspraak, daar de behandeling zich niet richt op destructieve kanten, maar op het mobiliseren van kwaliteiten. De vraag waar het uiteindelijk om gaat is de hulpvraag. Wat wil de patiënt van ons, is een vraag die vaak tot verwarring leidt bij de patiënt.

De vraag wordt gesteld en uitgelegd om tot een onderhandelingspositie te komen, waarin gekeken wordt of de patiënt in potentie in staat is tot een werkrelatie. Hierbij wordt gekeken of de patiënt in staat is om te denken en te praten over doelstellingen, welke voldoen aan de criteria die de behandeling stelt (bij ons: haalbaar, concreet, controleerbaar) of je

samen tot overeenstemming kan komen. Het lukt niet altijd om er direct met elkaar uit te komen, omdat doelstellingen vaag blijven. Een bruikbare en waarschijnlijk ware constatering is: 'ik merk dat ik u overval met deze vraag.' Resultaat hiervan kan zijn dat er onderhandeld wordt over de tijd die de patiënt nodig heeft om na te denken over doelstellingen. Soms heeft de patiënt een week nodig om na te denken, soms weken tot enkele maanden. Als de patiënt belt en hij heeft iets bedacht, kan je spreken van een potentiële werkrelatie. Belt de patiënt niet, dan is hij blijkbaar niet in staat om op dat moment werkrelatievermogen te mobiliseren. Belangrijk is de patiënt niet af te wijzen, in een later stadium kan de patiënt zich eventueel opnieuw, via zijn verwijzer, aanmelden.

*Peter was in de intake voornamelijk met de intaker bezig en lachte alles weg. Wat hij kwam halen was niet zo duidelijk voor Peter, hij dacht dat de intaker dit wel zou weten, want als hij dat wist zou hij hier niet zitten. Hij herkende zich wel in de doelgroep, wat hem emotioneerde en hij begreep dat hij regisseur was van zijn behandeling en besepte dat als hij iets wilde hij iets moest bedenken. Hij dacht drie weken na en belde met werkbare doelstellingen. Met Peter werden non-suïcide en -alcohol contacten afgesloten. Zijn wachttijd, na de intake, was zes maanden.*

De onderhandelingen (tijdens de intakefase) vinden plaats op betrekkingniveau, hierbinnen wordt de relatie gemanaged. In het bovengenoemde voorbeeld wordt door de patiënt op betrekkingniveau geprobeerd

de hulpverlener te activeren, om niet in te gaan op de inhoud, maar af te gaan op de signalen die de patiënt op betrekkingniveau uitzendt. Het uitgangspunt is de patiënt te zien als een competente volwassene, juist wanneer de patiënt zich niet als zodanig presenteert. Dit impliceert ook dat de algemene omgangsvormen, zoals gebruikt in de maatschappelijke omgang, gelden (zoals bijvoorbeeld de ander met 'u' aanspreken).

#### *Voorwerkgroep*

Na de wachttijd volgt de voorwerkgroep, daarin wordt verder vorm gegeven aan de cultuur en krijgt de patiënt een tweede voorproef hoe het in de therapie toegaat.

De patiënt moet zelf contact zoeken over de datum waarop het voortraject van de behandeling en daarop volgend de behandeling zal starten (zelf verantwoordelijkheid en initiatief nemen).

In deze periode moet de patiënt al veel initiatief nemen en investeren om zaken te regelen, voordat hij met het voortraject kan beginnen. Als de startdatum van de behandeling voor de patiënt niet realiseerbaar is, dan moet de patiënt zelf initiatief nemen tot onderhandelen over een andere startdatum. Tijdens de bijeenkomsten (eenmaal in de week gedurende drie weken) is het doel om de behandel doelstellingen van de patiënt verder te concretiseren om te komen tot een behandelplan. Tijdens deze bijeenkomsten zal de begeleider vooral heel duidelijk de kaders van de behandeling neerzetten, waarbij verwacht wordt dat patiënten zich conformeren aan die kaders. Het inhoudelijke

deel (de doelstellingen) is de verantwoordelijkheid van de patiënt.

*Peter had veel moeite om zich te conformeren aan de kaders en zich vast te leggen middels een behandelcontract. Tegelijk sprak die duidelijkheid hem wel aan en maakte de consequente benadering het wel interessant en uitdagend. En tot zijn verassing haalde hij deze horde, in de overtuiging dat het in de groep wel fout zou gaan.*

#### *Behandel model*

Het therapeutisch milieu dat wij aanbieden levert het kader van de therapie. Dit kader bestaat uit de verschillende therapieprogramma's, de regels, het gebouw, de ruimtes, het meubilair enzovoorts. In de gestructureerde autonomievergrotende groep praten we over een ik-zwakke groep en er is een duidelijke structuur nodig binnen een antiregressief behandelmilieu (Janzing C. & J. Lanssen, 1996). Wij zijn verantwoordelijk voor het kader, de patiënt is verantwoordelijk voor de inhoud (doelstellingen, subdoelen). Om te kunnen samenwerken is het van belang dat de doelstellingen overeenkomen met de mogelijkheden die het programma biedt. Het kader staat vast, de patiënt beslist over de inhoud, de hulpverlener onderhandelt met de patiënt over de manier waarop de samenwerking binnen de kaders het beste kan verlopen (de betrekking). Bij relatie-management staat de interactie tussen patiënt en hulpverlener centraal. Hierbij wordt het gedrag van patiënten met een

persoonlijkheidsstoornis gezien als een vooral relationeel fenomeen dat vooral betekenis krijgt in een interactionele context. Binnen het interne conflict worden de rollen verdeeld en wordt als het ware het script gemaakt van waaruit de patiënt acteert en van waaruit hij vindt dat de ander moet acteren (het zogenaamde sociaal contract van de patiënt). De patiënt krijgt dan de incompetent rol en de hulpverlener de competente rol. Vanuit het medische model is dit een favoriete rolverdeling voor de hulpverlener, die normaal gesproken ook tot tevredenheid is van alle partijen. Maar de patiënt met een persoonlijkheidsstoornis zal de hulpverlener die gewenste rol geven, om vervolgens te gaan onderhandelen over aspecten als macht, deskundigheid, controle die bij die rol passen. Binnen relatiemanagement wordt de rolverdeling gezien als een manier waarop de patiënt controle houdt op zijn omgeving. Het is ook een manier waarmee de patiënt een situatie in standhoudt in plaats van een verandering aanbrengt. Dit gaat, mede afhankelijk van de persoonlijkheidsstoornis, gepaard met een afhankelijke of overdreven presentatie, of verbaal of non verbaal geweld. Een presentatie die leidt tot een voor de patiënt bekende interactie (ze volgen hun script), maar die tevens leidt tot spanning en chaos.

Het betreft veelal een vroeg ontwikkelde overlevingsstrategie, die controle en macht geeft (maar ook frustratie en het gevoel niet verder te komen). Echter, de strategie invalideert de patiënt in grote mate als volwassen.

*In de behandelgroep gedraagt Peter zich zo dat je hem steeds op zijn gedrag moet aanspreken (hij zit steeds te rommelen met de kaders van de behandeling) zoals dingen niet af hebben, te laat komen enz. Hij probeert ook door schamper te lachen als een medepatiënt serieus aan het werk is, of hij zoekt steeds bondjes met medepatiënten. Het ging zelfs zover dat hij bijna weggestuurd werd. Hij zat irritant te lachen, wat de therapeut stoorde, die daarover een opmerking plaatste. De patiënt antwoordde dat dit het probleem van de therapeut was. De therapeut raakte hierdoor geïrriteerd en zei 'dit klopt en als je nu die lach niet van je gezicht haalt, ga je maar weg' (de patiënt zat op dat moment in het hulpverlenerscript van de hulpverlener, haalde zijn autoriteit onderuit en de hulpverlener ging oppositie voeren tegen de oppositie van de patiënt waarmee er voor de patiënt een bekend patroon ontstond en er meer van hetzelfde gebeurde).*

Het gedrag van de patiënt heeft aanvankelijk de functie van een overlevingsstrategie, dat verwordt tot een rigide patroon, dat een self-fulfilling karakter krijgt (het 'zie-jewel-isme' van Hellinga, 1994), waarmee het negatieve zelfbeeld bevestigd wordt.

Om dit gedrag beter te begrijpen, stellen wij met het hele behandelteam het script van de patiënt op.

Het script bepaalt het sociaal contract dat weer de onderlinge communicatie bepaalt. De patiënt lijkt het volgende te zeggen: 'Ik ben hier wel in behandeling, maar ik ga er vanuit dat het verloopt zoals het altijd gaat,

namelijk dat het mislukt. Deze behandeling gaat inhouden dat ik iets met mijzelf doe en dat gaat niet lukken, dat past niet in mijn zelfbeeld. Dat beeld is dat ik mij beschouw als een mislukkeling, een onverdraagzaam persoon, die alle mensen wegjaagt. Als ik eraan zou beginnen, dan mislukt het toch en dan sturen jullie mij weg. Om te voorkomen dat jullie mij wegsturen omdat een door mij goedbedoelde actie mislukt, zorg ik ervoor dat ik op voorhand misluk. Dan sturen jullie mij ook weg, maar dan wel onder mijn regie. Deze vorm van controle ken ik erg goed. En denk maar niet dat jullie mij aankunnen, dat is nog nooit iemand gelukt.'

De behandeling zal gericht zijn op het aanbieden van een strategie (alternatief sociaal contract) dat uit gaat van een andere interactie. Een interactie die niet meegaat in de neiging (script) van de patiënt om zich afhankelijk en inadequaat (incompetent) te presenteren en daarmee een pathologische relatie te scheppen.

#### *Sociaal contract*

*Peter kiest een opstelling die leidt tot een voor hem bekende interactie, hij probeert waardoor je als hulpverlener wel in actie moet komen. Hiermee heeft hij weer een situatie gecreëerd waarin hij kan zeggen: 'zie je wel, jullie moeten mij ook niet'. Hij ziet zijn negatieve zelfbeeld bevestigd en hij kan zijn waarheid over zichzelf en de wereld behouden. Peter doet een appel op de autoriteit, op de deskundigheid van de hulpverlener. Hij stelt zich zo op dat je je wel als hulpverlener moet profileren, hij*

*komt vooral aan de kaders van de behandeling waar je als hulpverlener verantwoordelijk voor bent (veiligheid, structuur). De in de behandelsetting incompetente opstelling van Peter dwingt de hulpverlener om competent te zijn waarmee hij Peters incompetentie bevestigt. Peter komt hier tegen in opstand en schakelt een tandje bij waardoor de hulpverlener nog competenter moet worden, enzovoorts. Het uiteindelijke resultaat zal zijn dat we Peter weg moeten sturen omdat zijn gedrag onhoudbaar is geworden.*

Eerste stap in het bedenken van een strategie, die leidt tot een alternatief sociaal contract dat een andere interactie op gang kan brengen, is het vaststellen welk script de patiënt hanteert en hoe dat script het sociaal contract dat hij ons aanbiedt bepaalt. Vervolgens wordt het mogelijk een alternatief sociaal contract te ontwerpen en aan te bieden. Een alternatief sociaal contract dat kan leiden tot een andere interactie die de verstoorde interpersoonlijke relaties kan corrigeren

#### *Alternatief sociaal contract*

*De opstelling van Peter roept op om hem als incompetent, moeilijk en onhandelbaar te zien. Op het moment dat we dat doen wordt de self-fulfilling prophecy gecreëerd. In het behandelteam hebben we uitvoerig stil gestaan bij Peters presentatie, het script wat hij hanteert en welk alternatief mogelijk was om te komen tot een werkbaar alternatief sociaal contract. Het uitgangspunt was om hem te zien als een competente volwassene*

*man (juist als hij zich niet als zodanig opstelde). Deze volwassen competente man gaat in therapie om zijn gedrag te veranderen waar hij last van heeft. Het gedrag waar hij last van had was het gedrag wat hij liet zien. Als wij dit gedrag zouden opvatten als ageren, als functie in de betrekking, dan zouden wij gevangen worden in zijn sociaal contract, zijn script. Door dit gedrag als uiting te zien van serieus zijn in therapie werd het een vorm van samenwerking. Hij liet zien waar hij last van had en had het recht om te weten wat dit gedrag teweeg bracht. Dit om scherp te krijgen wat hij deed en om eventuele veranderingen helder te krijgen. Wij kregen de positie waarin wij hem dit konden laten zien, juist door consequent de kaders van de behandeling aan te geven en hem te vertellen wat zijn gedrag met ons deed. Dit was het alternatief sociaal contract. Wij vertelden hem dat wij zijn gedrag verkeerd geïnterpreteerd hadden en boden onze excuses hiervoor aan. Excuses omdat hij van ons mag verwachten dat wij nu juist aan hem teruggeven wat zijn gedrag doet, zodat hij ermee aan de slag kon, in zijn eigen tempo, op zijn eigen manier. Wij gaven hem ook mee dat als wij het per ongeluk zouden vergeten, hij ons hierop kon aanspreken. Door het heretiketteren van zijn gedrag werd de oppositie nu samenwerking. Als de patiënt hiertegen in opstand zou komen zou hij zich conformeren aan de behandeling. Opvallend was dat de lading hiermee verdween en de patiënt zich erg serieus genomen voelde, hij werd gezien en erkend. Hij mocht naar zijn gedrag gaan kijken en dit met ons bespreken.*

Als door middel van relatiemanagement een werkrelatie is ontstaan, kunnen de verschillende programmaonderdelen van de therapie, die als vorm worden aangeboden, een inhoudelijk karakter krijgen. Naast de therapiespecifieke benadering is in de behandeling voor een cognitief therapeutische benadering gekozen, volgens de RET (Jacobs 1998).

Aan het begin van dit artikel werden drie doelstellingen geformuleerd; na tien jaar werken met het relatiemanagement-model kunnen we het volgende concluderen:

Patiënten die via relatiemanagement-technieken gebruik mogen maken van het inhoudelijke aanbod, gebaseerd op cognitieve therapeutische interventies, zijn aan het eind van de behandeling erg tevreden over het behandelresultaat. We praten dan over 95% van de patiënten, waarbij in de meeste gevallen na ongeveer drie maanden (op de helft van de behandelingsduur) de switch gemaakt wordt van acteren op betrekkingniveau naar werken in inhoudsniveau.

Door het consequent hanteren van het kader blijft de interactie tussen hulpvrager en hulpverlener beheersbaar en de verantwoordelijkheid voor de inhoud van de therapie bij de patiënt. De ervaring is dat de druk op en de belastbaarheid van de hulpverlener goed hanteerbaar zijn.

Relatiemanagement, mits ondersteund met inter- en supervisie, maakt dat in het contact met deze moeilijke categorie patiënten de hulpverlener voldoende handvatten heeft om zich relatief gemakkelijk staande te houden. Sterker nog, dat hij er veel



plezier, voldoening en inspiratie uit haalt. Patiënten die een behandeling volgen in deze setting, volgen een traject dat twaalf maanden duurt (zes maanden behandeling, zes maanden nazorg). Dit biedt voldoende mogelijkheid voor de verwijzer om de oorspronkelijke hulpverlenersrelatie te herzien. Veel van de patiënten kiezen overigens na het behandeltraject, voor een periode zonder hulpverlening.

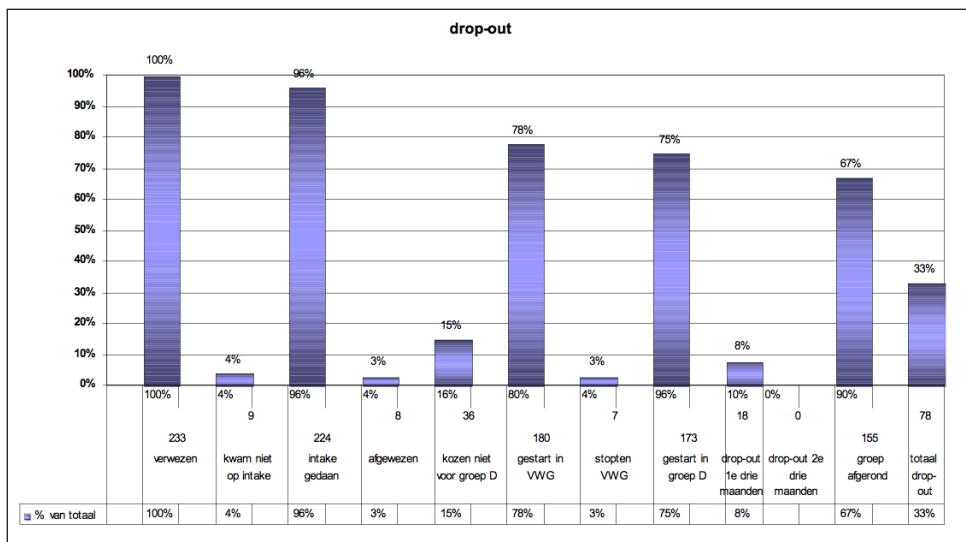
### Resultaten na tien jaar

In tien jaar zijn 233 patiënten verwezen naar de autonomie-vergroten de dtb-groep.

Negen patiënten (4%) kwamen niet opdagen op intake, zodat 224 patiënten een intakegesprek deden. Van deze 224 werden slechts acht patiënten (4%) door de intaker afgewezen. Dat wil zeggen dat uit deze doelgroep 96% door de intaker geschikt werd geacht om te starten.

Van deze 224 patiënten schrokken uiteindelijk 36 (16%) terug voor de daadwerkelijke start van de behandeling. Dus van de patiënten die zich melden voor intake (224) startte uiteindelijk 173 patiënten, dat is 80%. Daarbij moet in ogenschouw genomen worden dat de wachttijd gemiddeld drie tot zes maanden heeft geduurd en dat het een categorie patiënten betreft die al veel behandelingen heeft gehad en vaak is afgehaakt. Kennelijk is bij de intake contact gelegd en hebben de verwezen patiënten vertrouwen gekregen dat het de moeite waard is om het programma van de autonomie-vergroten deeltijdbehandeling groep te gaan volgen.

Van de 173 patiënten die starten met het deeltijd behandelingsprogramma vielen 18 af; dit is 10%. 10% is een laag percentage drop-out bij een dergelijke patiëntencategorie; in de literatuur kom je vaak 30 tot 50 % drop-out tegen (Chiesa, Drahorad & Longo, 2000; Garfield, 1994).



Opmerkelijk is dat de drop-out in de eerste drie maanden plaats vond. Is de werkrelatie stabiel en daarmee de context, dan is er ruimte voor de inhoud. De omschakeling van betrekking naar inhoud is gemaakt en daarmee ontstaat de werkrelatie. Bij de evaluatie wordt veelal teruggekregen op een grote innerlijke verandering, een beter zelfgevoel, en een inzicht dat het vooral je eigen verantwoordelijkheid is hoe je je toekomst inricht.

## Conclusie

Naar ons idee is het hanteren van relatiemanagement een noodzaak bij de behandeling van patiënten met een persoonlijkheidsstoornis. Als het kader, waarbinnen de behandeling zal plaatsvinden, onvoldoende duidelijk is, dan kunnen problemen in de betrekking de aandacht voor de inhoud makkelijk vertroebelen. Het consequent hanteren van relatiemanagement moet een bewuste en weldoorachte keuze zijn.

Relatiemanagement kun je als team niet zo veel mogelijk of voor negentig procent bij behandeling van patiënten met een ernstige persoonlijkheidsstoornis toepassen. Zo is een bijna glutenvrij dieet totaal geen glutenvrij dieet; de allergische reacties zijn niet minder.

We kunnen constateren dat het consequent toepassen van de principes van relatiemanagement door het hele team, met gedegen patiëntenbesprekingen en intervisie, zeer goede behandelresultaten te zien geeft met nauwelijks hinderlijke acting-out, een prettige sfeer in het team en veel uitdaging aan de therapeuten.

## Literatuur

Chiesa, M., Drahorad, C., & Longo, S. (2000). Early termination of treatment in personality disorder treated in a psychotherapy hospital. *British Journal of Psychiatry*, 177, 107–111.

Dawson, D.F. & H.L. MacMillan. (1993). *Management of the borderline patient: from understanding to treatment*. New York, Brunner/Mazel.

Garfield, S. L. (1994). Research on client variables in psychotherapy. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.). *Handbook of psychotherapy and behaviour change* (4th ed., pp. 190–228). New York: John Wiley & Sons.

Hellinga, G. (1994). Lastige Liederen. Over het grensgebied tussen psychiatrie en psychotherapie. *Tijdschrift voor psychotherapie* 20.1 pp 31-46.

Janzing C. & J. Lansen (1996) *Milieutherapie, het arrangement van de klinisch-therapeutische zetting*. Assen: Van Gorcum.

Jacobs, G. (1998) *Rationeel-Emotieve Therapie. Een praktische gids voor hulpverleners*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.