

Behandelmethodes

Mijn behandeling bestaat uit de volgende onderdelen:

- **Het bespreken van uw hulpvraag.** Belangrijk is de vraag wat er in uw leven veranderd moet zijn, als de behandeling afgelopen is.
- **Anamnese.** Dat is een interview, waarin ik allerlei vragen stel om extra informatie over uw achtergrond te krijgen. Dat zijn bijvoorbeeld vragen over psychische klachten, middelengebruik, hoe u bent opgegroeid, hoe u als persoon bent, etc.
- **Het gesprek over uw voortgang, de therapie zelf.** Hierbij maak ik om een prettige werkrelatie te krijgen het meest gebruik van de oplossingsgerichte benadering (zie onder), maar ik hoor ook acht te slaan op wat de ggz-zorgstandaarden voorschrijven. Voor extra info: www.ggzstandaarden.nl. De ggz-zorgstandaarden geven onder meer aan welke behandeling goed past bij bepaalde problematiek. Het voordeel van de zorgstandaarden is dat ze uitgaan van wetenschappelijk onderzoek naar behandelmethoden bij grote groepen mensen. Tevens zijn ze gebaseerd op voornamelijk bevindingen van experts. Nadelig: zorgstandaarden hoeven niet per se aan te sluiten op u als individu of de manier waarop ik het beste met mijn klanten werk. Er mag om goede redenen van de zorgstandaarden worden afgeweken. De oplossingsgerichte benadering is een goede manier om de behandelmethode aan te passen op u en op de zorgstandaarden.
- **Evaluatie en vragenlijsten.** Vanaf het begin neem ik iedere twee maanden een klachtenlijst af. Dat is de SQ-48. Soms sluit deze niet goed aan bij bepaalde klachten. Dan is er aanvulling mogelijk met andere vragenlijsten. Ik houd lijstafnames zo kort mogelijk.

De punten hierboven worden niet per se in deze volgorde afgewerkt. Wij voegen ons zo goed mogelijk naar wat blijkt te werken. Volgens de wet (WGBO) hoort er een helder geschreven en ondertekend behandelplan te zijn, met daarin een omschrijving van problematiek en behandeling daarvan.

Oplossingsgerichte therapie als uitgangspunt:

- Met oplossingsgerichte behandeling (OT) bied ik u niet zonder meer oplossingen aan. Het heet toch zo, omdat in de praktijk vaak blijkt dat de oplossing zich al aandient voordat duidelijk is wat het probleem is. De OT stelt zelfs dat men de oorzaak van een probleem niet hoeft te weten om toch al verbeteringen of oplossingen te merken. (Denk aan een ober die niet eerst van alles uitvraagt over uw etenstrek, maar gewoon vraagt wat u wilt bestellen.) Mooi van de OT is haar positieve insteek. Er zal vaker gepraat worden over de keren dat iets goed gaat ("uitzonderingen") dan over de keren dat er nog iets mis gaat. Hopelijk komt u met mij in een positieve flow te zitten. Nadenken over wat er al beter gaat en wat er nog beter kan komt in de plaats van te moeten klagen over dat wat er niet goed gaat. Dit is te vergelijken met werken op vruchtbare grond in plaats van bezig moeten zijn op onvruchtbare grond. Toch moet er erkenning zijn voor datgene wat er niet goed gaat. Negatieve ervaringen of pijnlijke gevoelens behoren voldoende aandacht te krijgen. De OT heeft in de ggz-richtlijnen nog onvoldoende status, maar heel veel (goede) therapeuten o.a. in Nederland werken er graag mee. Dit om bovengenoemde voordelen en de methode werkt vaak sneller. Dit omdat blijkt dat allerlei vragen over 'het probleem' en (uitgebreid) onderzoek daarnaar overgeslagen kunnen worden.



De oplossingsgerichte benadering dient ook goed als uitgangspunt voor behandelmethoden volgens de richtlijnen.

- Als u angstklachten heeft, zijn deze onder meer goed te behandelen met cognitieve gedragstherapie (CGT). Door middel van CGT komt u er bijvoorbeeld achter dat een irrealistische, niet-helpende manier van denken verband houdt met angstklachten. ‘Jezelf angst aanpraten’ heet dat. Er zal gezocht worden hoe andere gedachten beter kunnen helpen om op een passende manier om te gaan met situaties die lastig voor u zijn.
- Ook voor mensen met depressieve klachten is CGT een aangewezen methode. Maar bij depressie is eveneens interpersoonlijke therapie (IPT) als een effectieve behandelmethode uit de onderzoeken naar voren gekomen. IPT zoekt naar problemen met onvermijdelijke rolveranderingen in uw leven, soms na het overlijden van een belangrijke dierbare. Of u zoekt met IPT uit of er niet sprake is van een onderliggend conflict met een ander. In de gesprekken wordt er veel gesproken over uw relaties met belangrijke personen in uw leven. Als daarin verbetering mogelijk is klaart ook vaak de depressie op.
- Ondanks dat ik gesprekstherapeut ben en als psycholoog geen medicatie mag voorschrijven, hoor ik u wel te wijzen op de goede mogelijkheden met medicatie. Antidepressiva (o.a. SSRI) helpen –zoals het woord al zegt- bij depressie maar ook bij angststoornissen.
- Voor mensen met (levenslange) persoonlijkheidsproblemen en/of vroegere hechtingsproblemen maak ik ook wel gebruik van de mentaliserende benadering (MBT). Mentalisatie is moeilijk uit te leggen, maar vaak blijkt dat mensen beter als persoon gaan functioneren als ze in staat zijn om hun belevingen, gedachten en gevoelens helder onder woorden kunnen brengen. Er wordt gestreefd naar verbetering in het denken over wat er zowel bij u als bij een ander ‘van binnen’ allemaal afspeelt.
- Bij nare herinneringen of voor mensen met trauma’s (PTSS) gebruik ik meestal EMDR (Eye Movement Desensitisation & Reprocessing). Bij EMDR staat centraal dat oogbewegingen links-rechts-links-rechts-etc. emotioneel zwaar beladen herinneringen daadwerkelijk kunnen verzachten. Soms gebruik ik een koptelefoon met klikjes wisselend links en rechts. Na wetenschappelijk onderzoek weet men nog steeds niet hoe deze vreemde methode helpt, maar wel dát ie heel goed helpt. Graag wijs ik op de website: www.emdr.nl.

Evaluatie van de behandeling:

- Gedurende de behandeling neem ik iedere twee maanden een vragenlijst af. Dit is de SQ-48 en kost vijf à tien minuten. De lijst meet (de ernst van) uw psychische klachten. Bij herhaling wijzen de uitkomsten op verbetering, stilstand of achteruitgang. Zo’n vragenlijst zegt echt niet meer dan wat u mij kunt vertellen. Ik vergelijk het altijd met een koortsthermometer. Het biedt geen verklaring voor wat er aan de hand is, maar het is goede aanvullende informatie.
- De SQ48 is goed voor een algemeen beeld. Maar soms is een speciale lijst beter: bijvoorbeeld voor dwangklachten, PTSS, dissociatie of persoonlijkheidsproblemen. Zeg gerust als de SQ48 niet goed uitvraagt wat voor u van belang is.
- In het begin van elk gesprek stel ik een zogenaamde schaalvraag. *“Waar zou u uzelf de laatste tijd neerzetten op een denkbeeldige schaal van 0-extreem slecht tot 100-extreem goed?”*
- Aan het eind van elk gesprek stel ik twee vragen over onze samenwerking: *“waarmee zitten we tot nog toe op het goede spoor met onze gesprekken?”* en *“wat kan er nog anders?”*
- Vaak is verbetering snel merkbaar. Soms zelfs al voor de intake. Onderzoeken meten het vaakst verbetering gedurende de eerste acht gesprekken. De kans dat er na acht sessies alsnog verbetering optreedt komt zeker voor, maar is wel kleiner.
- We overleggen als het beter is om een andere behandelaar of instelling in te schakelen. Overweeg eventueel medicatie, dit wordt vaak in de zorgstandaarden geopperd.