

Juli 2021

Waarom 4 muren?

Een eerste blog over 10 jaar onderzoek op de Boerhaven Kliniek.

Anne-Marie Claassen, psychotherapeut en programmamanager Kliniek Boerhaven, sinds 2015.

Sinds het begin van mijn carrière werk ik als psychotherapeut in een klinische setting. Ik ben 'opgegroeid' op de Viersprong en leerde het hanteren van het leefmilieu daar. Toen ik in Hengelo aankwam en de kliniek daar mocht bezoeken en ontmoeten, voelde ik het weer; zo moet het zijn; zo werkt het leefmilieu. Vier muren dus. Maar wat maakt dat nu zo bijzonder? In deze eerste blog wil ik vooral stilstaan bij het onderzoek naar klinische psychotherapie.

Eerst een aantal feitjes over klinische psychotherapie. Zoals dat er meer dan 25 jaar onderzoek ligt naar klinische psychotherapie vanuit het STEP- en Sceptre onderzoek. Daaruit blijkt dat psychotherapie in een kliniek effectief is. Een ander feitje is dat er een podium klinische psychotherapie is, ondergebracht bij het kenniscentrum persoonlijkheidsstoornissen met op de site de bestaande klinieken. (<http://www.kenniscentrump.nl/podium-dagklinische-psychotherapie>). Er bestaan geen therapeutische gemeenschappen meer, maar de klinische afdelingen kennen dat gedachtengoed. En opereren nog steeds vanuit de basiskennis over het nut van het leven in een groep en de professionele inzet van diverse therapeutische technieken. In elke kliniek is een behandelmethode zoals Schematherapie, DIT of DGT. Niet iedereen is geschikt om te profiteren van klinische psychotherapie, er is een drop-out van ongeveer 30%. Zo blijkt ook uit onderzoek van de Boerhaven kliniek. En dat is dan het laatste feit; wij doen al meer dan 10 jaar onderzoek naar het effect van onze klinische behandeling en passen ons behandelprogramma aan op deze onderzoeksresultaten.

Uit de eerste publicatie (Schaap, Chakhssi & Westerhof, 2016) kwam naar voren dat de meeste cliënten die werden verwezen al veel therapie hadden gehad. Cliënten hadden dus al lange behandeltrajecten achter de rug van individuele therapie en deeltijdbehandelingen. Vaak meerdere doorverwijzingen voor verschillende symptomen en diagnoses, met daarbij ook tegenwoordig de wachttijden. Jonge mensen verslechteren snel, met ernstige psychopathologie zoals zelfbeschadiging, sociale isolatie en vastlopen op meerdere levensgebieden zoals studie, werk en wonen. Met stagnatie in de identiteitsontwikkeling tot gevolg. Eetstoornissen, posttraumatische stressstoornis, verslavingsgedrag, depressie, suïcidaliteit en hechtings- en persoonlijkheidsproblematiek.

De tweede publicatie gaf inzichten in wanneer klachten verminderden of juist meer werden (Wolterink en Westerhof, 2018). Opvallend was dat een half jaar na opname er weer een flinke toename was van klachten. Conclusie is niet geweest dat we moesten stoppen met de kliniek. We zijn een structurele eendaagse nazorg begonnen. Nu deze nazorggroep een jaar draait kunnen we een schatting geven van het volgende; We schatten in dat van die mensen die in de nazorggroep komen, er 75% is die de ggz gedag kan zeggen. De harde cijfers zullen we over een tijdje publiceren. Met misschien ook een kostenplaatje. Want de investering van een jaar klinische psychotherapie (5 dagen per week) en een half jaar nazorg (1 dag per week) is veel, ook voor de zorgverzekeraar. Een publicatie die momenteel in proces is, is het langetermijn-effect van de klinische behandeling na 2 tot 7 jaar na opname. De respons van dat onderzoek is hoog. En de eerste cijfers veelbelovend.

Een derde artikel wordt binnenkort gepubliceerd in het Tijdschrift voor Psychotherapie over *waarom* klinische psychotherapie werkt. Cliënten komen aan het woord over wat zij als effectief hebben ervaren. En collega's over wat zij denken dat de cliënten belangrijk vinden in het klinische leefmilieu.

Een vierde artikel is onderweg. Daarin wordt aangetoond dat het welbevinden van de opgenomen cliënten al bij aanvang toeneemt. En dat dit een goede voorspeller is in het ontwikkelen van de zogenaamde functionele modi zoals we die in de schematherapie kennen; de Gezonde volwassene en het blijde kind. En dat dit samenhangt met de afname van de klachten. Dit onderzoek pleit voor inzet op de positieve psychologie in plaats van alleen klachtgericht werken.

Dus waarom die 4 muren? Omdat er geen ontkomen aan is, geen vermijding mogelijk. Het voortdurend in het zicht zijn van anderen, gespiegeld worden met patronen, moeten samenwerken op (maatschappelijke) taken in een dagstructuur waar je eigen verantwoordelijkheid draagt. Het is een *reset* voor de basisbehoeften van veiligheid en verbondenheid. Waardoor mensen zichzelf of kunnen terugvinden of kunnen ontwikkelen. Die vormen van openheid, betrokkenheid en contact scoort allemaal meer dan de schematherapeutische technieken. Natuurlijk zou ik zeggen. Mensen zijn groepswezens en hechting is de weg naar herstel.

Op 17 september 2021 presenteren Karin Timmerman, Yvonne Versluis en ik de onderzoeksresultaten over de Gezonde volwassene (module) en de Gezonde volwassene in de kliniek op het congres van de Vereniging voor Schematherapie.

Literatuur, d.d. juli 2021

Wolterink & Westerhof (2018). Verandering van Schemamodi en klachten bij cliënten met complexe persoonlijkheidsproblematiek. Een naturalistische volgstudie in een klinische setting. *Gedragstherapie, jaargang 51, nummer 1, maart 2018*.

Schaap, Chakhssi & Westerhof (2016). Inpatient Schema Therapy for Nonresponsive Patients With Personality Pathology: Changes in Symptomatic Distress, Schema's, Schema Modes, Copings Styles, Experiences Parenting Styles and Mental Wellbeing. *American Psychological Association 0033-3204/\$12.00*, <http://dx.doi.org/10.1037/pst00000056>