

# Kortdurende behandeling (KDB)

## *Kader*

Kortdurende behandeling is een behandeling waarmee met behulp van een beperkte inzet van therapeutische middelen, op geleide van een zich snel ontwikkelende werkrelatie, de competentie van de patiënt in het omgaan met problemen en in het gebruiken van sociale steun zodanig wordt bevorderd of hersteld, dat hij of zij in staat is weer richting aan het eigen leven te geven.

Korte behandelingen zijn uit doelmatigheidsoverwegingen in zwang. Voorbeelden zijn de voortgezette intake bij diffuse problematiek, het vijfgesprekkenmodel voor patiënten met een gerichte of beperkte hulpvraag, of ultrakorte behandeling voor patiënten met enkelvoudige klachten. Vanuit een empirische invalshoek, door uit te gaan van de succesfactoren van therapie, ontstond kortdurende behandeling vanuit de oplossingsgerichte benadering voor in principe alle patiënten. De problemen van een patiënt zijn te benoemen in termen van moeilijkheden of stagnatie die de patiënt zelf met behulp van een therapeut kan leren oplossen of leren hanteren. De behandeling is focaal en heeft een haalbare doelstelling. De mogelijkheden van de patiënt zijn een belangrijk uitgangspunt. De competentie en zelfredzaamheid van de patiënt worden gestimuleerd. De behandeling volgt zo snel mogelijk na de aanmeldingsgesprekken.

## *Behandeldoel*

De behandeldoelen zijn bij kortdurende behandeling zo concreet, helder en haalbaar mogelijk. Kortdurende behandeling wordt ingezet bij de volgende behandeldoelen.

- Probleemverheldering
- Bereiken van een concrete focus, beperken van het probleem
- Reduceren van klachten, bereiken van een adequaat of aanvaardbaar niveau van functioneren zodat de hulpvrager zelf verder kan
- Voorkomen van escalatie, voorkomen van verdere regressie, creëren van rust
- Verbeteren van de coping-stijl
- Herstel van competentie en vergroten van de zelfredzaamheid
- Opheffen van stagnatie van de motivatie om zelf de klacht op te pakken
- Opheffen van demoralisering en bieden van hoop
- Toename tevredenheid en acceptatie van de situatie
- Motiveren voor vervolgbehandeling.

## *Indicatie*

Cliënten zijn geïndiceerd indien:

- Gemotiveerd en voorkeur voor kortdurende behandeling
- In staat een werkrelatie aan te gaan met de hulpverlener en coöperatief (huiswerk)
- Redelijk ingebed in een sociaal netwerk.

## *Exclusie*

Zeer ernstige depressieve stoornis, gekenmerkt door ernstig dysfunctioneren, acute of ernstige suïcidaliteit, psychotische kenmerken en een bipolaire stoornis, is een contra-indicatie voor kortdurende behandeling.

## *Behandelinhoud*

De behandeling wordt gegeven door de intaker. In het aanmeldingsgesprek komt aan de orde:

- De bedoeling van kortdurende behandeling
- Nagaan of kortdurende behandeling inderdaad passend is voor deze patiënt

Aansluitend verloopt de behandeling in vier fasen:

1. Helder en concreet definiëren van het probleem
2. Inventariseren van het persoonlijk functioneren bij het proberen van oplossingen
3. Helder definiëren van de te bereiken veranderingen (behandeldoelen en focus)
4. Opstellen en uitvoeren van het behandelplan om dit te bereiken (Rijnders et al., 2002).

De behandeling bestaat uit een inventarisatiefase en een veranderingsfase. De korte duur van de behandeling komt niet voor rekening van een goede diagnostiek en probleeminventarisatie (fase 1 en 2). In de eerste gesprekken komen behandelaar en patiënt overeen tot een behandelplan met probleemdefinitie en behandelafspraken. Vervolgens wordt het focus van de behandeling bepaald. Voor het opstellen van het behandelplan kan een differentiatieschema worden ingevuld waarin klacht, omstandigheid en persoonlijk functioneren worden beschreven. Aan de hand van het ingevulde differentiatieschema kunnen heldere en concrete behandeldoelen worden geformuleerd, die sterk aansluiten bij de hulpvraag van de patiënt. Doelstellingen worden geformuleerd in termen van oplossingen en niet in termen van de aanwezigheid van het probleem. Het differentiatieschema is ook van dienst bij het inventariseren, structuren en geven van overzicht bij de probleemverheldering. Hierbij wordt uitgegaan van de fase van veranderingsbereidheid waarin de patiënt verkeert (Prochaska & DiClemente) en wordt aangesloten bij de veranderingsmogelijkheden van de patiënt. Expliciteren en positief labelen van het dilemma van de verandering en expliciteren en limiteren van de context helpen bij het kiezen van het focus van de behandeling.

In de inventarisatiefase (een of twee gesprekken) wordt ingegaan op:

- Het inventariseren, differentiëren en concretiseren van het probleem
- Ontwikkelen van een globale theorie, de rationale die de klacht zou kunnen verklaren
- Bespreken van gewenste doelen en onderhandelen over haalbare doelen
- Opstellen van een voorlopig behandelplan aan de hand van het differentiatieschema
- Onderhandelen over inhoud en duur van het behandeltraject
- Maken van een eerste keuze voor verandering.

In deze fase wordt actieve participatie van de patiënt gestimuleerd, eventueel door middel van huiswerk in de vorm van observatieopdrachten of kleine gedragsexperimenten. De therapeut is empathisch luisterend, meewerkend en actiegericht vanuit het referentiekader van de patiënt.

In de veranderfase (drie tot zeven gesprekken) wordt het behandelplan uitgevoerd aan de hand van het focus. Om een actieve houding bij cliënt te bevorderen wordt gerefereerd aan situaties in het gewone leven. Oplossingen of functies die naar aanleiding van de inventarisatie die nog niet eerder werden geprobeerd (doe iets anders), dan wel reeds succesvol zijn gebleken maar niet vaak genoeg werden geprobeerd (doe meer van wat helpt), worden ontwikkelt of versterkt. Voorbeelden van deze te versterken of te ontwikkelen oplossingen of functies zijn: assertiviteit, adequate coping, zelfcontrole, flexibiliteit in interpersoonlijk functioneren en gevoel van eigenwaarde.

In het laatste gesprek wordt de behandeling geëvalueerd en ligt de nadruk op hoe de patiënt het geleerde zelf kan toepassen in de praktijk. Wanneer een patiënt daarbij tegen nieuwe problemen oploopt. Ter afsluiting van de behandeling wordt middels een follow-up bekeken of de behaalde doelen in stand worden gehouden.

Technieken in de kortdurende behandeling zijn:

- Onderhandelen en samenwerken
- Tonen van meerdere standpunten
- Empathisch luisteren
- Motiveren en activeren
- Adviseren en concretiseren
- Herstel van de interne locus of control
- Zelfcontrole
- Directieve technieken zoals motivatietechnieken, stimuleren en huiswerk.

De behandelaar is een ervaren therapeut met als basishouding die van coach, trainer of leraar. De behandelaar is directief, staat in gelijkwaardige verhouding tot de patiënt in plaats van hiërarchisch en is activerend. De werkwijze is transparant en begrenzend. De patiënt is co-behandelaar en medeverantwoordelijk voor de behandeling, is actief en zelfwerkzaam.

*Monitoring en evaluatie*

Na 5 gesprekken in termen van het behaald hebben van de behandeldoelen. Bij onvoldoende behandelresultaat na 5 gesprekken en indien het aannemelijk is dat de behandeling met een verlenging van enkele gesprekken kan worden afgesloten, wordt de behandeling met maximaal drie gesprekken verlengd.

#### *Behandelduur en -frequentie*

De behandeling heeft veelal een vooraf gelimiteerd aantal behandelsessies. Volgens het vijf-gesprekken-model één keer per 14 dagen, of volgens een 'knipkaart'-systeem, eventueel met een verlenging van maximaal drie gesprekken.

Alternatieven zijn:

- Tussen de vijf en zeven gesprekken die plaatsvinden binnen een half jaar.
- Drie tot zeven, gesprekken met een korte behandelduur, maximaal 6 maanden, eventueel exclusief follow-up, bijvoorbeeld 5 gesprekken één keer per 14 dagen.
- Bij Ultrakorte behandeling (UKB) wordt níet van te voren een maximum afgesproken.

#### *Evidentie*

Voor kortdurende behandeling vanuit de probleemoplossende benadering zijn redelijke aanwijzingen voor werkzaamheid (Schoemaker et al., 2002).

#### *Randvoorwaarden*

De behandeling start direct na de intake en wordt gegeven door de intaker, aan de voordeur zonder wachtlijst.

Goede communicatie met de huisarts (eventueel ook over medicatie) en de mogelijkheid tot doorverwijzen zijn van belang, evenals werken vanuit een multidisciplinair teamverband, goede intervisie en supervisie. Voorafgaand aan het eerste gesprek kan in een voorbespreking worden gezocht naar een geschikt focus voor de behandeling.

#### *Referenties*

- Meer, Ph. van der (2002). Protocol K5. Vijf gesprekken in de Afdeling Volwassenen Stad Utrecht.
- Methorst, G.J., Hoogduin, C.A.L., Velden Van der, K. (Red.) (1997). *Richtlijnen bij kortdurende ambulante behandeling in de geestelijke gezondheidszorg*. Houten/Diegem: Boh Stafleu Van Loghum.
- Rijnders P, Tiemens B (2000). Richtlijn Kortdurend behandelen ten behoeve van het onderzoek Doelmatigheid Ambulante Behandeling. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Rijnders P, De Jong T, Isebaert L, Van Tilburg C, Van den Ameele H (2002). Kortdurend behandelen in de GGZ: de praktijk. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Schoemaker CG, Rigter HGM, Graaf R de, Cuijpers P (Red) (2002). Hoofdstuk 4. Depressie. Nationale Monitor Geestelijke Gezondheid. Utrecht: Bureau NMG. Trimbos-instituut.
- Stoffer, R. (2001). *Het vijf-gesprekkenmodel. Een handleiding*. Delft: Eburon.

#### *Voorbeeld van KDB*

- Stappenplan kortdurende behandeling bij patiënten met enkelvoudige klachten (zie volgende pagina).

## Kortdurende behandeling in de vorm van een stappenplan

In de loop van de jaren heeft het proces van kortdurende behandeling steeds meer de vorm van een stappenplan gekregen. De uitvoering van de behandeling vindt plaats in zeven stappen, verdeeld over drie fases. Schematisch wordt het stappenplan in figuur 1 weergegeven.

*Figuur 1 Fases in de behandeling van een kortdurende psychotherapie gerelateerd aan de procesgang*

Inhoud	Proces	Doel
<b>I. Gezamenlijke theorie</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- inventarisatie</li> <li>- patiëntkenmerken</li> <li>- differentiatieschema</li> <li>- wondervraag/ uitzonderingen</li> <li>- componentenschema</li> <li>- vragenlijsten</li> </ul>	klacht (en) (1) ↓ Contexten (2) ↓ Rationale (13) ↓ Doelen (14) ↓ Werkplan (5)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- werkrelatie</li> <li>- herstel perspectief</li> <li>- onderkennen sterke kanten</li> <li>- K=O+P concept</li> <li>- vaststellen focus</li> <li>- organiseren van steun/buddy</li> </ul>
<b>II. Gedragsverandering</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- psycho-educatie</li> <li>- monitoring/scaling</li> <li>- gedragsexperimenten</li> <li>- elementen CGT</li> <li>- elementen GT</li> <li>- elementen IPT</li> <li>- vaardigheidstraining</li> </ul>	Uitvoeren werkplan/ Technieken (6) ↓ Monitoren van effect (zo nodig) bijstellen werkplan	<ul style="list-style-type: none"> <li>- reductie klachten</li> <li>- herstel gevoel van competentie</li> <li>- toename zelfcontrole</li> <li>- verbeteren coping/persoonlijk functioneren</li> <li>- onderkennen van succes</li> </ul>
<b>III. Consolidatie</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- stimuleren zelfwerkzaam- heid</li> <li>- bespreken van lange termijn doelen</li> <li>- nagaan of steun voor- handen is</li> </ul>	Definiëren van doelen voor de lange termijn (7) ↓ Continueren behandelplan op eigen regie ↓ Terugvalpreventie	<ul style="list-style-type: none"> <li>- onderkennen mogelijkheden en sterktes</li> <li>- verbeteren zelfcontrole</li> <li>- gebruik maken van steun</li> </ul>

In de **probleemdefinitie fase** wordt het probleem zo concreet mogelijk gedefinieerd en komt een rationale of een gezamenlijke werkhypothese tot stand. Deze fase neemt één tot maximaal drie sessies in beslag.

Het interval tussen de sessies is kort (één week). De bedoeling hiervan is om de patiënt te helpen snel weer een gevoel van "mastery" te ontwikkelen en om een stabiele verbeteringslijn op gang te brengen. De probleemdefinitiefase is de meest cruciale fase in een kortdurende behandeling. In deze fase wordt het fundament gelegd voor de behandeling. Er wordt hierbij zowel kritisch gekeken naar de (niet onderkende) mogelijkheden van de patiënt als naar de grenzen van zijn psychische capaciteit (indicatiecriteria). Met behulp van werkschema's, zoals het differentiatieschema (figuur 2) wordt actief nagestreefd dat de patiënt zo snel mogelijk weer overzicht krijgt over zijn problematiek, zijn positie daarin en zijn mogelijkheden daarbij. Deze fase eindigt als een gezamenlijke theorie en daarvan afgeleide doelen in de vorm van een behandelplan zijn vastgesteld.

In de **gedragsveranderingsfase** wordt door middel van gezamenlijk gekozen technieken gewerkt aan het behalen van de afgesproken doelen. Om de doelen in de gedragsveranderingsfase te bereiken kunnen allerlei technieken worden gebruikt. Veel technieken zijn ontleend aan de (cognitieve) gedragstherapie en aan het Self-efficacy-model van Bandura. Echter ook aan de interpersoonlijke psychotherapie ontleende technieken zoals communicatietraining en rolverandering worden hierbij gebruikt. Daarnaast komen ook vaak technieken aan bod uit de solution focused therapy en uit psychodrama.

Belangrijker dan de aard van de specifieke techniek is de vraag of de patiënt de indruk heeft dat hij met deze techniek zijn doelen het beste kan halen. De gedragsveranderingsfase beslaat in principe één tot zes sessies. Het interval tussen de sessies is groter dan in de eerste fase (meestal twee weken) en wordt in overleg met de patiënt bepaald. Doel hiervan is om naast een positieve ontwikkelingslijn, de zelfwerkzaamheid en de zelfredzaamheid van de patiënt zoveel mogelijk te stimuleren. De duur per sessie kan in deze fase vaak beperkt blijven tot een half uur.

Wanneer de gedragsveranderingsfase goed op gang is gekomen wordt met de patiënt besproken wanneer de behandeling zal worden beëindigd en wat de patiënt kan doen om te voorkomen dat er terugval ontstaat. Om de patiënt hierin te ondersteunen gaan we over naar de derde fase van de behandeling: de **consolidatie of relapse-preventiefase**. Deze fase duurt één of twee sessies. De sessies worden in deze fase steeds korter en het interval tussen de sessies wordt groter: vier tot acht weken.

Centraal in de uitvoering van de therapie staat de dialoog tussen patiënt en therapeut. In de eerste stap van het proces wordt de vraag van de patiënt zo concreet en expliciet mogelijk van alle kanten bekeken: kenmerken van de klacht; voorkomen; ontwikkeling; variaties in intensiteit en voorkomen; hypothesen over ontstaan en in stand blijven; etcetera.

Bij voorkeur in de loop van het eerste gesprek wordt overgegaan naar stap 2: het relateren van de klacht aan één of meer verklarende contexten. Deze contexten worden gezocht door samen met de patiënt na te gaan welke veranderingen er zich de afgelopen periode in zijn of haar leven hebben voorgedaan en hoe hij of zij daarmee is omgegaan. Met name wordt gekeken of er in de stijl van omgaan (door ons persoonlijke stijl genoemd) met veranderingen, stereotypieën zijn te vinden die zouden kunnen verklaren waarom de aanpassing aan de verandering op dit moment problematisch is verlopen. Om deze stap te vergemakkelijken en te visualiseren ontwikkelden we het differentiatieschema (figuur 2). Dit schema is een hulpmiddel waarmee de patiënt wordt geholpen de bij verwijzing overweldigende brij van gevoelens, belevingen en gedachten die hem overspoelt onder te verdelen of te differentiëren in drie relevante en overzichtelijke elementen: de concrete manifestaties van de klacht; uitlokkende omstandigheden; en de wijze waarop de patiënt lijkt te reageren (persoonlijk functioneren) op uitlokkende omstandigheden.

*Figuur 2 Differentiatieschema*

	Omschrijving	Doelen
Klacht		
(Uitlokkende) omstandigheden		
Persoonlijke stijl		

De elementen van het differentiatieschema worden zo concreet mogelijk ingevuld. In de derde stap wordt met de patiënt gezocht naar een logische samenhang tussen de uitlokkende omstandigheden, de specifieke, persoonlijke reactie daarop van de patiënt en het ontstaan van de klachten. Deze samenhang brengen we tot stand volgens de volgende formule:  $K = O + P$ . Wanneer op deze manier een "gezamenlijke theorie" is geformuleerd wordt per element besproken welke veranderingsdoelen (stap 4) er kunnen of moeten worden gesteld. Deze doelen kunnen op elk van de drie elementen uit het differentiatieschema gericht zijn. Meestal bestaat de behandeling uit een combinatie van activiteiten gericht op meer dan één van de elementen uit het schema. In figuur 2 worden deze doelen beschreven onder de rubriek "doelen". Daarna volgt in stap 5 de vaststelling van te ondernemen acties, vaak gedefinieerd in de vorm van huiswerk, waarmee de doelen bereikt kunnen worden. In stap 5 wordt niet alleen besproken welke concrete doelen er worden nagestreefd. In deze stap wordt ook besproken in hoeverre het zinvol is om iemand uit de natuurlijke omgeving van de patiënt als buddy bij het veranderingsproces te betrekken.

Met deze vijf stappen is de eerste fase van kortdurende behandeling afgerond. Er is een helder gedefinieerd probleem en er is een gezamenlijke visie op een zinvol en haalbaar veranderingsplan. Ook is er consensus over de uitvoering daarvan. Fase 2, de gedragsveranderingsfase valt samen met stap 6. Het uitvoeren en monitoren van gekozen technieken. In stap 7 (fase 3) wordt toegewerkt naar afsluiting van de behandeling. Preventie van terugval en consolidatie van het bereikte resultaat zijn de belangrijkste opties in dit moment van de behandeling.

Bron:

- Rijnders, De Jong, Isebaert, Van Tilburg & Van den Aamele (2002). Kortdurend behandelen in de GGZ: de praktijk. Bohn Stafleu Van Loghum.
- Rijnders (2004). Overzicht, inzicht en uitzicht: een protocol voor kortdurende psychotherapie. Bohn Stafleu Van Loghum.