

11 Belangrijke kenmerken van behandeling door een ELP

Erna Jansen

'Kan ik bij u in therapie?', is de vraag die me telefonisch wordt gesteld.

'Ja hoor, dat kan. Waar zit u mee?'

Met deze drie korte zinnen is het hulpverleningsproces al begonnen. Later blijkt dat deze persoon al een paar praktijken had gebeld om goed uit te zoeken waar ze in therapie zou gaan. Het is dan bijzonder om te horen dat ze haar keuze direct na het bevestigende antwoord heeft gemaakt. Ook al weet de ELP nog niet waaruit de behandeling zal bestaan, de start is al gemaakt.

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op het hulpverleningsproces in een praktijk voor eerstelijnspsychologische hulp. Uiteengezet wordt dat vanuit het perspectief van de cliënt de behandeling al begint met de aanmelding en hoe het hulpverleningsproces vorm krijgt. Het belang van een goede werkrelatie van de cliënt met de psycholoog wordt besproken. Ook in de eerstelijnspraktijk is het afstemmen van de behandeling op de cliënt belangrijker dan de therapeutische oriëntatie. Psychologische behandelingen worden effectief door het grote aandeel van de algemene therapiefactoren.

Besproken wordt hoe kenmerken van een eerstelijnspsychologenpraktijk van invloed kunnen zijn op de behandeling aldaar. Juist omdat het merendeel van de cliënten zich niet meldt met enkelvoudige problematiek, is het belangrijk dat de psycholoog de tijd neemt voor datgene wat hij als belangrijk beschouwt. Het is wenselijk dat de ELP onder tijdsdruk niet geforceerd te werk gaat, maar voldoende tijd neemt en aandacht blijft houden voor de cliënt en voor zijn vak.

11.1 Start van de hulpverlening

Een cliënt belt naar een psychologenpraktijk. Hij vertelt dat hij bij de huisarts is geweest en dat deze hem heeft aangeraden een afspraak te maken met een psycholoog. Meestal wil de cliënt de afspraak zo snel mogelijk. De psycholoog vraagt wie de huisarts is, naam en telefoonnummer worden genoteerd. Om alvast een indruk te krijgen van de cliënt en zijn probleem vraagt hij of de cliënt een typering kan geven van wat er aan de hand is. Tevens vraagt hij of de cliënt weet dat er voor gesprekken bij een particuliere praktijk altijd een eigen bijdrage in rekening wordt gebracht. De afspraak wordt gemaakt.

De cliënt heeft de eerste stap gezet, hij heeft een eerste contact gehad met een psycholoog die voor hem onbekend is. Hij is soms zenuwachtig en soms enorm opgelucht dat hij steun krijgt bij zijn problemen: 'Het is een kort begin, maar het is een begin!' Een begin waarvan? Men hoopt op een begin van verandering.

De psycholoog probeert aansluiting te vinden bij de cliënt en maakt keuzen: wat wel en wat niet zeggen tijdens het eerste telefonisch contact? De ene persoon heeft immers andere dingen nodig dan een ander. Soms gaat het gesprek over klachten, in andere gevallen is het een kort zakelijk gesprek.

De psycholoog heeft een eerste indruk gekregen van de persoon die hem om hulp vraagt en die verwachtingen heeft van de hulp en van de psycholoog. Behalve uitzicht te bieden op een afspraak, is de psycholoog verplicht om allerlei informatie te geven aan de cliënt. De informatie die de cliënt vooraf hoort te krijgen is veelomvattend, het betreft onder andere de kostprijs, het privacyrecht, het klachtrecht.

Met dit alles is er een therapeutisch werkkader geschapen: een afspraak met de ELP naar wie de huisarts hem heeft verwezen en met wie de contacten in aantal begrensd zijn. Dit aantal wordt op dit moment nog vooral bepaald door wat de zorgverzekeraar vergoedt en wordt door de cliënt soms als weinig ('wie kan mij nu in die korte tijd van deze klachten af helpen'), soms als veel beleefd ('even een paar gesprekken en dan moet het over zijn: tien afspraken heb ik niet nodig'). In ieder geval moet er gewerkt worden, zowel door de psycholoog als door de cliënt! Immers, een therapeutische relatie is een persoonlijke relatie van tijdelijke aard met een welomschreven doel, waarbij cliënt en therapeut zich beiden dienen open te stellen om dit doel te bereiken (Swildens, 1997). De psycholoog en de cliënt moeten een persoonlijke relatie aangaan die functioneel is en ten dienste staat van de cliënt. Van belang is dat de cliënt vertrouwen in de psycholoog krijgt, zodat ze gezamenlijk aan de problemen kunnen werken. Het begint al in het allereerste contact met de psycholoog aan de telefoon, of diens collega of secretaresse, nog zonder dat cliënt en psycholoog elkaar hebben gezien.

11.2 De eerste gesprekscontacten en het vestigen van een werkrelatie

In de beginfase van een hulpverleningsproces is er veel aan de orde, zowel op inhoudelijk als op relationeel niveau. Doel van deze gesprekscontacten met de ELP, de intake en indicatiestelling, is 'dat de cliënt en de ELP voldoende van elkaar weten om te besluiten of de ELP iets voor de cliënt kan betekenen met betrekking tot de problematiek. De psycholoog heeft voldoende informatie om een probleemanalyse te maken en een advies op te stellen, op basis waarvan – in overleg met de cliënt – een indicatie gesteld kan worden voor de benodigde hulpverlening' (De Geus & Scholte, 2005). Dit is wat er op inhoudsniveau gebeurt. De psycholoog en de cliënt zijn als het ware gezamenlijk op zoek naar een denkmodel, een rationale, waarmee de klachten en problemen van de cliënt te begrijpen zijn, wat belangrijke instandhoudende factoren zijn, hoe bepaalde processen ontstaan zijn en welke informatie verder nodig is om het beeld te completeren. De therapeut vormt steeds weer hypothesen over wat er aan de hand is met de cliënt en wat er gaande is in het hulpverleningsproces. Deze hypothesen legt de psycholoog ook steeds weer ter toetsing aan de cliënt voor. Zo verdiepen zij zich samen in de cliënt, krijgt de cliënt meer zicht op zichzelf en vormt zich reeds het begin van het veranderingsproces. De cliënt weet niet waar hij uitkomt, de psycholoog evenmin, de ene persoon met depressieve gevoelens verschilt immers enorm van een andere persoon die zich meldt met somberheid.

Heel persoonlijk is het referentiekader dat de psycholoog gebruikt om betekenis te geven aan wat de cliënt vertelt en aan hoe de cliënt zich gedraagt. Het referentiekader levert zoekschema's op die de psycholoog helpen hypothesen te maken. Dit is dus een persoonlijke keuze, maar het doel is hetzelfde. Het gaat er niet alleen om tot een gezamenlijk denkmodel van de problemen te komen, het gaat er juist ook om dat de cliënt zich gehoord, erkend en begrepen voelt en dat er een basis van vertrouwen ontstaat tussen cliënt en therapeut. Deze vertrouwensbasis is het uitgangspunt om een veranderingsproces aan te gaan. Sterker nog, zonder een goede werkrelatie komt de cliënt helemaal niet tot verandering. Veel speelt zich dus op het relatieniveau af en het is voor de psycholoog de kunst om dit vorm te geven en goed te hanteren (zie ook Trijsburg e.a., 2002).

De therapeutische houding van de psycholoog maakt de therapeut tot een persoon die voorspelbaar is en continuïteit biedt. Aspecten van de cliënt die een positieve basis vormen voor het hulpverleningscontact zijn de verwachtingen die hij over de therapeut en therapie heeft, zoals de verwachting dat zijn klachten zullen verbeteren, maar ook het prettige gevoel van de uitgebreide aandacht van de therapeut voor hem en zijn problemen.

Bij een kortdurende behandeling moet de therapeut drie dingen tegelijkertijd doen: zorgen voor veiligheid, voor de voortgang van het therapeutisch proces en de

cliënt stimuleren tot gedragsverandering en zelfwerkzaamheid (Rijnders, 2004).

De volgende drie facetten maken deel uit van een werkrelatie:

- 1 de kwaliteit van de band van de cliënt met de therapeut, waarbij persoonsvariabelen van de cliënt en therapeut een belangrijke rol spelen;
- 2 overeenstemming tussen therapeut en cliënt over de doelen van therapie;
- 3 overeenstemming tussen beiden over de taken die verricht moeten worden.

Behalve dat er een vertrouwensband moet worden opgebouwd, is het dus van belang dat psycholoog en cliënt het met elkaar eens worden wat de doelen van de behandeling zullen zijn, wat als focus van behandeling wordt geformuleerd en hoe ze daaraan zullen werken. Soms is dit eenvoudig, soms zijn ze het niet direct eens. Het is goed dat de therapeut hieraan voldoende aandacht besteedt en de cliënt echt probeert te volgen in zijn denken en voldoende uitleg geeft. Wanneer men stagnaties opmerkt en deze bespreekbaar maakt, ligt hier een kans dat de cliënt zich beter gehoord gaat voelen en dat de werkrelatie alsnog verbetert en meer functioneel wordt. Expliciete overeenstemming tussen cliënt en therapeut verhoogt de kans op therapiesucces. De Jonghe e.a. (1988) halen onderzoeken aan waaruit blijkt dat het vroegtijdig ontstaan van een goede werkrelatie sterk bepalend is voor een succesvolle therapieafloop. De eerste drie zittingen zijn cruciaal voor het ontstaan van een 'helping alliance' tussen cliënt en therapeut.

11.3 Fasen in het hulpverleningsproces

Een eenvoudige en grove fasering van het hulpverleningsproces, die op beleidsmatig niveau vaak gehanteerd wordt, is:

- intake, diagnostiek en indicatiestelling;
- behandeling;
- afronding van de behandeling.

Wanneer begint de behandeling eigenlijk? Staat de behandeling los van de intake? Begint de behandeling nadat het behandelplan met de cliënt is besproken en de cliënt ermee ingestemd heeft (Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst, WGBO)? Zijn er fasen in het therapieproces aan te geven en wat betekent die fasering voor de ELP?

In de diverse therapeutische denkkaders worden de fasen van psychologische hulp op verschillende manieren beschreven.

Zo beschrijft Swildens (1997) hoe vanuit de cliënt gezien het hulpverleningsproces vorm krijgt. Deze fasering ontstaat volgens hem spontaan en wordt niet door de therapeut geprogrammeerd. Swildens onderscheidt een premotivatiefase, symp-

11.7 Kenmerken van de behandeling in de praktijk voor eerstelijnspsychologische hulp

11.7.1 Laagdrempeligheid

Een ELP probeert voor de cliënt bereikbaar te zijn. Het eerste contact moet eenvoudig gelegd kunnen worden en de praktijkorganisatie dient daarop te zijn afgestemd. Deze lage drempel betekent voor de psycholoog dat hij in aanraking komt met een grote diversiteit aan cliënten en met een breed scala van klachten en problemen. Ook betekent dit voor hem dat hij zich goed moet profileren, zodat huisartsen weten welke patiënten wel en welke patiënten niet naar de eerstelijnspsychologenpraktijk verwezen kunnen worden.

11.7.2 Breed hulpaanbod

Een ELP werkt generalistisch, spreekt een groot aantal cliënten; allemaal verschillende personen met uiteenlopende problematiek. Afhankelijk van de intakegegevens, probleemanalyse, hulpvraag en de overeengekomen doelstellingen kiest de behandelaar een focus voor therapie en een therapievorm. Probleemverheldering is soms al voldoende voor de cliënt en na een paar gesprekken kan hij weer verder zonder hulp. Een behandeling gericht op klachtenreductie kan gewenst zijn. Soms ook wordt de focus gekozen aansluitend op bevindingen vanuit de structurele diagnostiek.

De ervaring is dat bij een eerstelijnspsychologenpraktijk cliënten die zich aanmelden voor hulp geen enkelvoudige problematiek hebben, maar dat er vaak sprake is van meervoudige problematiek. Bij meervoudige problematiek kan de behandeling bestaan uit het uitvoeren van goede structurele diagnostiek, waarbij de cliënt een beter zicht krijgt aangereikt op zijn problemen. Een ELP moet dan ook van verschillende markten thuis zijn, breed zijn in zijn hulpaanbod, breed zijn in zijn belangstelling en dus ook breed in zijn denken.

11.7.3 Kortdurend

Een ELP werkt kortdurend waar dat mogelijk is. Het gegeven dat een bepaald aantal sessies wordt vergoed, bepaalt vaak het aantal sessies waarbinnen men het contact wil afronden. Uit een pilotstudy (Rijnders e.a., 2002) kwamen drie factoren naar voren, die de duur van kortdurende psychologische behandelingen aanzienlijk beïnvloeden. Dit zijn: de mate waarin de therapeut structurerend te werk gaat, de mate waarin de cliënt over enige competentie blijkt te beschikken en de mate waarin sprake is van een steunend leefmilieu. De aard van de klacht die wordt behandeld blijkt geen factor van grote betekenis te zijn.

Wanneer een langerdurend hulpaanbod is geïndiceerd, wordt verwezen naar de tweedelijns- en derdelijnsgezondheidszorg. Hierbij moet worden aangetekend dat