

Interview met David Bernstein over het SFT onderzoek.

“Het TBS systeem in Nederland is menselijk en mooi”

De Amerikaan dr. David Bernstein is verbonden aan de Universiteit van Maastricht waar hij verantwoordelijk is voor het Schema Focused Therapy (SFT)-onderzoek. Hij is voor een halve dag per week verbonden aan het EFP. In dit interview besteden we aandacht aan de opzet van het onderzoek en de eerste voorlopige resultaten.



Wat is SFT?

SFT als behandelmethode is een geïntegreerde manier van psychotherapie, ontwikkeld door Jeffrey Young, een Amerikaanse psycholoog. Het bestaat al 20 jaar. Het concept is een vorm van psychotherapie speciaal voor persoonlijkheidsstoornissen. De reguliere psychotherapie is gebaseerd op de vooronderstelling dat er een goede relatie is tussen de patiënt en de therapeut. Maar bij persoonlijkheidsproblemen is het juist moeilijk om een goede relatie te ontwikkelen. Dat is precies het probleem. Persoonlijkheidsstoornissen hebben vaak een dieperliggende oorzaak in de kindertijd waardoor het moeilijk is een goede relatie op te bouwen: mishandeling, verwaarlozing, verlating of seksueel misbruik. Cognitieve gedragstherapie is vooral gericht op het hier en nu terwijl de psychodynamische- en analytische therapie zich sterk richt op gebeurtenissen in het verleden.

SFT combineert het verleden met het hier en nu; er wordt gekeken naar de gevolgen van bijvoorbeeld misbruik in het verleden op het gedrag in het heden. De SFT behandeling wordt zo gebaseerd op een combinatie van cognitieve-, gedragstherapeutische-, psychodynamische- en humanistische/experientiële ideeën. Daarbij bestaat de reguliere psychotherapie veelal uit verbale therapie maar soms kan je gevoelens gemakkelijker bereiken door non-verbale methoden (imaginatie en rollenspel bijv.) Doordat SFT een mix is van verschillende werkzame onderdelen lijkt het een zeer effectieve behandelmethode. En dat wordt op dit moment wetenschappelijk onderzocht.

Hoe ben je in Nederland terechtgekomen?

Voordat ik naar Nederland kwam heb ik 20 jaar onderzoek gedaan naar persoonlijkheidsstoornissen, onder andere als Associate Professor in the Department of Psychology aan de Fordham University in New York. Ik ben klinisch psycholoog en psychotherapeut. Mijn SFT-training heb ik gekregen van Jeffrey Young zelf. Dat was toen nog geen methode die specifiek voor forensische patiënten werd gebruikt. Ik had wel ervaring met forensische patiënten, maar dat stond los van SFT.

In Nederland werd ondertussen SFT onderzoek gedaan door Josephine Giesen-Bloo and Arnoud Arntz van de Universiteit van Maastricht. Zij onderzochten de effecten van deze therapie bij borderline patiënten (geen forensische) en de resultaten waren heel indrukwekkend. Van de patiënten was 50% hersteld en 70% had significante verbeteringen. Ik leerde Arntz 15 jaar geleden kennen. Ik gebruikte SFT in mijn eigen praktijk, en vond het een geweldige therapievorm waar ik verder mee wilde.

Ik kwam naar Nederland in 2004 met de intentie om onderzoek te doen naar de effecten van SFT bij patiënten met een zware persoonlijkheidsstoornis. Ik kende het tbs-systeem niet, maar ik zag al snel in dat er een grote kans lag om het onderzoek uit te voeren met tbs-patiënten. Dit vanwege het feit dat veel tbs-patiënten een persoonlijkheidsstoornis hebben, en omdat er behoefte was aan betere behandelmethoden voor deze patiënten. Zo werd de combinatie tussen SFT en de forensische psychiatrie gelegd.

Ik heb de methode moeten aanpassen voor de forensische patiënten, vooral voor die met antisociale persoonlijkheidsstoornissen (narcisme bijv.). Bij hen is de agressie veel groter, en ze zijn vaak kil en berekenend. Het model hebben we daarop aangepast en aangescherpt, om dit soort problemen aan te pakken.

Hoe zijn jullie met het onderzoek gestart?

In 2005 zijn we begonnen met de trainingen en workshops voor de therapeuten. De training bestaat uit 3 workshops, supervisie en intervisie. Inmiddels hebben we wel 100 mensen getraind, vooral therapeuten in tbs-klinieken maar ook in het gevangeniswezen en de ambulante zorg. Daarnaast zijn er bij iedere kliniek supervisiegroepen gestart. Ook is er externe supervisie op alle groepen in de 7 klinieken die deelnemen. De Rooyse Wissel, Oostvaarders, en Van der Hoeve zijn als eerste gestart in 2005. Ze zijn begonnen met het behandelen van 35 patiënten in 2007. In 2008 zijn er nog 4 klinieken bij gekomen (Mesdag, Veldzicht, Kijvelanden en FPK Assen).

De start in 2005 was moeizaam. Het implementeren in de klinieken duurde even. Het werd nog niet voldoende ondersteund. De infrastructuur is ook ingewikkeld: binnen de klinieken vereist het de nodige investeringen in tijd, supervisie en het is een uitdagend behandelpakket. Maar inmiddels hebben we een goede basis kunnen leggen en is de kwaliteit van de samenwerking hoog. Het onderzoek staat goed op de rit. SFT is een nieuwe behandelmethode waar behoefte aan is.

Hoe loopt het onderzoek nu?

Het staat goed op de rails en we bouwen nu uit. We hebben voor het hele onderzoek uiteindelijk 114 patiënten nodig. In 2007 begonnen we met 35, en we hebben er nu 61. Binnen de komende 9-12 maanden gaan we nieuwe patiënten werven. Het is bereikbaar; er is energie en commitment bij de klinieken en we hebben het geld gekregen om het onderzoek uit te voeren. We doen ons best om onze doelen te bereiken, we liggen op koers. Als er nog meer klinieken willen deelnemen is dat overigens nog mogelijk.

Zijn er al eerste resultaten te melden?

Er zijn inderdaad een aantal eerste voorlopige resultaten zichtbaar. En die zien er veelbelovend uit. Van de eerste groep van 35 patiënten kregen er 19 de SFT behandeling en 16 'treatment as usual' (TAU): dat kan van alles zijn wat er in de betreffende kliniek gebruikelijk is. We hebben een eerste analyse gedaan met klinisch relevante resultaten op het onderdeel verlob.

Verlob

Binnen de TBS is er een kritisch systeem om te beoordelen of iemand verlob kan krijgen. Het Adviescollege Verloftoetsing TBS (AVT) is onafhankelijk en toetst alle aanvragen. De geestelijke problematiek en het recidiverisico moeten fors zijn verminderd voordat je op begeleid verlob kan. Daarna volgt het onbegeleid verlob als onderdeel van het resocialisatietraject. Je krijgt pas verlob als het aantoonbaar goed gaat.

Het interessante aan de eerste resultaten is nu dat meer SFT-patiënten verlob krijgen: bijna 70%. Bij de TAU-groep is dat 50%.

Psychopathie

En dan zijn er nog de resultaten bij de patiënten met een hoge psychopathiescore. Hoog is 25 of meer, laag is onder de 25. Juist bij de patiënten met een hoge score wordt vaak gedacht dat het onbehandelbare personen zijn. Ik denk echter dat behandeling een heterogeen concept is en dat er individuele gevallen zijn die je wel kunt behandelen.

De voorlopige resultaten ondersteunen dit. Bij patiënten met een lage psychopathie score (PCL-R < 25) is er weinig verschil tussen de SFT groep en de TAU-groep. Van de SFT-patiënten krijgen 75% verlof, tegenover 71% voor de TAU-groep. Bij de patiënten met een hoge psychopathiescore (PCL > 25) is dat echter een aanzienlijk groter verschil. Namelijk: van de SFT-patiënten krijgt 70% verlof, en van de TAU-groep slechts 33%. Dit is een enorm verschil! Als deze resultaten bevestigd worden in ons onderzoek betekent het dat SFT aan een grote groep psychopathische patiënten een kans biedt om met resocialisatie te beginnen.

Recidive:

Ook hier tonen de voorlopige cijfers aan dat de SFT-patiënten met verlof minder recidiveren, namelijk. 7% tegenover 13% van de TAU-groep. Maar er zijn meer SFT-verloven dus dat cijfer valt nog gunstiger uit. Maar deze cijfers kunnen uiteraard nog veranderen gedurende en langere follow-up.

Voorlopig

Nu moet ik er wel direct bij zeggen dat dit de eerste voorlopige resultaten zijn. De groep is namelijk erg klein (N= 35). Dat is statistisch te klein om harde uitspraken te doen. We hebben natuurlijk een grotere steekproef nodig, en dat kan pas als we alle patiënten over 3 jaar hebben behandeld met nog 3 jaar follow-up. De behandeling van de hele groep patiënten is klaar in 2012; de 3 jaar follow-up zal klaar zijn in 2015. Er is dus nog tijd nodig om tot harde resultaten te komen. Maar als alles goed verloopt kan dit onderzoek echt aantoonbare resultaten geven of deze behandeling werkt of niet. De voorlopige resultaten zijn veelbelovend. Ik ben erg optimistisch.

Is Nederland het enige land waar de SFT behandelmethode plaatsvindt?

Nederland heeft een voortrekkersrol op het gebied van TBS en het behandelen van forensische patiënten. Andere landen hebben veel te leren van Nederland. Als Amerikaan zie ik dat de cultuur in Nederland niet zo straffend is. Er zijn twee manieren waarop je de forensische patiënt kunt benaderen: met straf of met een behandeling gericht op herstel. Dit laatste gebeurt in Nederland. Het is een groot goed en het is een humane manier van omgaan met problemen. In Amerika is het ook duidelijk dat het bouwen van gevangenissen en het eindeloos opsluiten van mensen een heilloze weg is.

We hebben in juni onze eerste resultaten gepresenteerd tijdens het internationale forensische congres in Edinburgh, waar ze enthousiast zijn ontvangen. We hebben een symposium gehouden over 'clinical and research developments in forensic SFT' met mijn collega's Truus Kersten, Marije de Vos, en Elsa van den Broek van de Rooyse Wissel. Er is veel interesse voor het forensische SFT behandelprogramma vanuit verschillende landen, waaronder Engeland, Duitsland, Zwitserland, Australië en Canada.

De voordelen zijn voor mij dan ook overduidelijk. TBS in Nederland is een goed gestructureerd systeem. Er is respect voor mensen, de kans op recidive is kleiner, het geweld is minder. De overheid moet blijven investeren in het TBS systeem want de maatschappelijke winst is heel groot. SFT kan bijdrage aan het succes van de TBS want het is een evidence-based therapie. We gebruiken onderzoek om te laten zien: dit gaat werken op wetenschappelijke basis. Het is opgebouwd uit: training, supervisie en onderzoek. Het heeft een wetenschappelijke onderbouwing en de voorlopige resultaten zien er hoopvol uit.

