

In gesprek met... Truus Kersten over de nieuwe SFT cursus



In maart is de vernieuwde cursus voor Schema Focused Therapy (SFT) van start gegaan. Het EFP organiseert deze cursus en sprak met de nieuwe hoofddocent Truus Kersten over de voordelen van de schemagerichte therapie en de nieuwe opzet van deze cursus voor gedragstherapeuten i.o. in de (forensische) psychiatrie en verslavingszorg, die te maken hebben met persoonlijkheids-, agressieproblematiek en verslaving.

Truus Kersten is GZ-psycholoog en supervisor van de Vereniging voor Gedrags- en Cognitieve therapie (VGCT) en van het Register Schematherapie. Ze werkt sinds 2004 als schematherapeut in de tbs-kliniek van de Rooyse Wissel. Daarvoor heeft ze jarenlang in de verslavingszorg onderzoek gedaan en als therapeut gewerkt. In 1998 promoveerde ze

aan de Nijmeegse Universiteit op een onderzoek naar indicatiestelling in de verslavingszorg, uitgevoerd bij BoumanGGZ en IrisZorg.

Haar passie - en specialisme- is het behandelen van complexe problematiek en dan met name de combinatie van persoonlijkheidsstoornissen en verslaving.

Hoe ben je zo betrokken geraakt bij deze dubbele-diagnoseproblematiek?

Ik heb na mijn promotie als cognitief gedragstherapeut VGCT gewerkt bij Novadic-Kentron, een instelling voor verslavingszorg in Brabant. Verslaving gaat vaak samen met de borderline, narcistische en antisociale persoonlijkheidsstoornis. Mijn interesse in deze dubbele diagnoseproblematiek is hier ontstaan.

Ook ben ik sinds 1998 zelfstandig gevestigd onderzoeker/adviseur/trainer. In opdracht van verschillende verslavingszorginstellingen en GGZ Nederland heb ik allerlei zorgontwikkelings- en implementatieprojecten opgezet en uitgevoerd. Deze projecten waren veelal gericht op het verbeteren van de zorg aan verslaafden.

En zo kwam je terecht bij de schematherapie?

Ja, ik ben bij de Rooyse Wissel gaan werken omdat men daar de schematherapie wilde gaan implementeren. Wat ik had gelezen over schematherapie sprak me erg aan. Ik merkte namelijk dat de cognitieve gedragstherapie tekort schoot bij de complexere patiënten met persoonlijkheidsproblematiek. De schematherapie leek mij een waardevolle aanvulling, met name het principe van *limited reparenting* en de experiëntiële technieken. Dat is ook gebleken in de afgelopen jaren. Cognitieve interventies werken vaak niet goed bij de populatie patiënten waar ik mee werk, de experiëntiële technieken (bijvoorbeeld imaginatie en rescripting en meerstoelentechniek) blijken wel te werken. Dit komt, denk ik, omdat deze direct op de beleving en de emoties aangrijpen en dat is belangrijk. In schematherapie zeggen we dat de therapie gericht is op de behoeften van het kwetsbare kind. Door *limited reparenting* probeer je de patiënt corrigerende ervaringen te geven, waardoor schemaverandering en gedragsverandering kan plaatsvinden. Schematherapie en de persoonlijke benadering van patiënten past perfect bij mij als persoon en bij mijn betrokkenheid bij patiënten.

Ik ben getraind door Hannie van Genderen en Marjon Nadort en later door David Bernstein die in de Rooyse Wissel onderzoek kwam doen naar het effect van schematherapie bij forensische patiënten. Ik ben zelf ook therapeut in het onderzoek van David Bernstein en Marije de Vos. Drie van mijn patiënten doen mee aan het onderzoek, maar ik heb meer patiënten met schematherapie behandeld waaronder patiënten met een hoge PCL-R score, de psychopaten. Ik merk dat schematherapie werkt, ook bij deze categorie, en dat patiënten er tevreden en positief over zijn, al zijn het langdurige therapieën van 3 tot 4 jaar.

Kun je daar een voorbeeld van geven?

De eerste psychopaat die ik heb behandeld is echt veranderd. Dit zien niet alleen de psychotherapeut en vaktherapeut (PMT-er), maar ook andere disciplines, zoals sociotherapie. Hij is minder wantrouwend geworden en reageert minder impulsief en agressief. Ook gebruikt hij geen cocaïne en andere middelen meer. Er zijn sinds jaren geen incidentmeldingen meer in de kliniek. Hij is veel opener geworden, spreekt zijn gevoelens uit en hij is veel minder manipulatief geworden. Het belangrijkste is dat hij geen agressieve uitbarstingen meer laat zien, ook niet in relaties met vrouwen, een risicosituatie voor delictgedrag (zijn tbs-delict was een verkrachting van een vrouw). Hij voelt zich veel evenwichtiger en staat realistischer in het leven. Sinds een aantal maanden heeft deze patiënt onbegeleid verlof en werk buiten de kliniek. Dit gaat goed. Hij hoopt op voorwaardelijke beëindiging van zijn tbs bij de eerstvolgende rechtszaak. Uiteraard zal op de langere termijn moeten blijken of hij niet terugvalt in delictgedrag, maar ik heb er vertrouwen in dat dat niet meer gebeurt.

De Rooyse Wissel vindt het belangrijk om niet alleen psychotherapeuten en vaktherapeuten op te leiden tot schematherapeut, maar wil schematherapie breder implementeren, ook op de behandelafdelingen, bij sociotherapie. De taal van schema's en schemamodi zou voor iedereen die werkt met patiënten met persoonlijkheidsstoornissen bekend moeten zijn.

Hoe is het om nu je kennis en ervaring door te geven via de SFT workshops?

Toen David mij in 2009 vroeg of ik zijn EFP-workshops SFT wilde overnemen als hoofddocent heb ik meteen 'ja' gezegd. En ik heb er geen spijt van, integendeel. Ik vind het erg inspirerend en leerzaam om de cursus te geven. We hebben een hele leuke groep cursisten; ze zijn heel leergierig en hun basisniveau is hoog. Ik merk dat ze enthousiast zijn over SFT. Ze zijn GZ-psycholoog of hebben de Basiscursus Gedragstherapie van de VGCT afgerond. Het is een gemengde groep: 7 cursisten werken in een tbs-kliniek, 5 in een forensisch-psychiatrische polikliniek, 4 in de verslavingszorg, één in de 'gewone' GGZ en één in een ACT team.

Hoe ziet de SFT cursus er nu uit?

Ik heb voorgesteld om de cursus aan te passen en uit te breiden tot een 50 uren cursus, zodat deze ook door de VGCT geaccrediteerd kon worden. Ook wilde ik de cursus geschikt maken voor psychologen uit de verslavingszorg. Ik geef supervisie aan GZ-psychologen en cognitief gedragstherapeuten i.o. uit de verslavingszorg en ik zag bij deze supervisanten ook interesse voor schematherapie. Bestaande SFT-cursussen zijn vooral gericht op de GGZ-populatie en te weinig toegespitst op de verslavingszorg. Uit eigen ervaring weet ik dat de patiëntenpopulaties van verslavingszorg en forensische zorg niet zoveel verschillen, althans de categorie met verslaving, persoonlijkheidsstoornissen en een agressieproblematiek (triple D-problematiek).

David en het EFP vonden dit een goed plan, dus zo geschiedde. De cursus duurt nu 8 dagen, voldoet volledig aan de eisen van zowel de VGCT als het Register Schematherapie en richt zich op de genoemde triple D-problematiek. Het is nu een cursus van David en mij samen geworden. Ik heb vooral het gedragstherapeutisch kader en de verslaving toegevoegd. De cursus is eind maart gestart en inmiddels zit de helft er al op: twee tweedaagse workshops. Ik geef de cursus afwisselend met drie andere docenten: David Bernstein, Philip Jonkers (Oostvaarderskliniek) en Christine-Esther de Vrijer (Van der Hoevenkliniek).

Ik zie alweer uit naar de volgende cursusbijeenkomst in juni. De cursus loopt nog tot begin oktober. Tussen de bijeenkomsten zit vaak 3 tot 4 weken, zodat de cursisten dan goed kunnen oefenen met technieken en opdrachten kunnen uitvoeren