

COGNITIEVE GEDRAGSTHERAPIE HBO



Demo

SORAG-Akademie

INLEIDING

Bij de SORAG-Academie heb je de keuze uit een groot aantal opleidingen op medisch gebied. Op onze website www.sorag.nl lees je de nodige informatie over de inhoud van de verschillende cursussen, de studieduur en de mogelijkheden om het geleerde in de praktijk toe te passen.

Het maken van een keuze voor een bepaalde cursus is niet altijd even gemakkelijk. Voldoet de cursus wel aan mijn verwachtingen en hoe ziet de inhoud er uit? Welke onderwerpen komen aan de orde en wat kan ik er verder nog van verwachten?

Deze kosteloze proefles geeft je in veel opzichten antwoord op deze vragen. Je zult merken dat we je via de lessen rechtstreeks aanspreken en je daarmee persoonlijk in het leerproces betrekken. Daardoor leer je via de opleiding van de SORAG-Academie ook bepaalde aspecten van jezelf kennen, waardoor je later nog beter in staat zult zijn om het geleerde in praktijk te brengen.

Na het afronden van je studie en het insturen van het huiswerk (per post of het SORAG-internet huiswerkprogramma) ontvang je vanzelfsprekend kosteloos een studieverklaring en bij de meeste opleidingen kun je ook kiezen voor het afleggen van een examen teneinde het diploma te behalen. De diploma's worden door een aantal beroepsorganisaties erkend, waaronder de Stichting Gezondzorg. Verschillende zorgverzekeraars zijn in dat geval bereid om de consultkosten van behandelde patiënten te vergoeden.

Schriftelijk studeren is afstandsonderwijs, maar dat zegt nog niet dat thuis studeren een eenzame

bezigheid is. Via het huiswerk kun je contact maken met je persoonlijke docent en via Studiecontact van de SORAG-Plaza (www.sorag.nl/plaza) maak je gemakkelijk contact met je medecursisten. En voor alle andere vragen staat je studiebegeleider voor je klaar. Ook zijn er voor een aantal opleidingen praktijkdagen waaraan je desgewenst deel kunt nemen.

Voor het volgen van deze cursus heb je geen verdere studieboeken nodig, en wanneer dat toch het geval is krijg je deze bij de eerste les zonder verdere kosten thuisgestuurd.

Wanneer je een complete les als proefles wilt ontvangen kun je deze tegen betaling aanvragen via onze website. De kosten van deze proefles worden, wanneer je besluit om de betreffende cursus te gaan volgen, in mindering gebracht op het lesgeld.

Wij hopen je binnenkort als cursist van de SORAG-Akademie welkom te mogen heten.

Met vriendelijke studiegroeten

Maurice Groenestijn
Directeur

WAT IS COGNITIEVE GEDRAGSTHERAPIE?

Het ligt voor de hand om te denken dat de inhoud van een therapie, die heel vaak wordt toegepast en steeds populairder wordt, eenvoudig uit te leggen is. Gaandeweg deze les, maar ook gaandeweg deze hele cursus, zul je er echter achterkomen dat het veel ingewikkelder is dan het op het eerste gezicht lijkt. Cognitieve gedragstherapie is namelijk ontstaan door het samensmelten van verschillende theorieën en therapieën: de cognitieve therapie en de gedragstherapie. Ook maakt cognitieve gedragstherapie gebruik van een groot aantal technieken en interventies die weer afkomstig zijn van totaal andere theorieën. Hierdoor is cognitieve gedragstherapie een erg brede term geworden.

COGNITIEVE GEDRAGSTHERAPIE ALS TERM

Als we naar de term cognitieve gedragstherapie kijken, dan zien we dat deze in feite bestaat uit drie woorden: cognitie, gedrag en therapie. We zullen ze afzonderlijk behandelen om te kijken wat elk van deze woorden kan zeggen over de hele term cognitieve gedragstherapie.

COGNITIE

Cognitief is afgeleid van cognitie. Als we kijken hoe het begrip cognitie in de wetenschap wordt gedefinieerd, komen we al snel uit bij de cognitieve psychologie. Cognitieve psychologie is een tak van de psychologie die te maken heeft met begrijpen en weten, met mentale processen en met informatieverwerking. Cognitie is dus een heel brede en vaag gedefinieerde term

voor allerlei mentale processen om informatie te verwerken. Het verwijst onder andere naar percepties (manieren waarop we iets waarnemen), overtuigingen, gedachten, herinneringen, dromen en beelden, naar leren, naar geheugen, aandacht en concentratie. Kortom: naar alles wat er in het hoofd omgaat. Cognitieve gedragstherapie richt zich vooral op het aanpakken van irrationele cognities - dat wil zeggen disfunctionele gedachten, overtuigingen of percepties - om daardoor gedrag te veranderen. Disfunctionele gedachten zijn bijvoorbeeld de gedachten waarmee iemand zichzelf naar beneden haalt of tekort doet, of gedachten die onnodig angst genereren. Voorbeelden: dat heb ik weer; zie je wel dat ik niets kan; iedereen weet dat ik een idioot ben en iedereen kan het zien; ik ben het niet waard; ik zal afgaan; iedereen zal me uitlachen.

GEDRAG

Het tweede woord dat we tegenkomen in de term cognitieve gedragstherapie is gedrag. Dit woord kennen we allemaal, maar het is van belang om hier te definiëren wat eronder wordt verstaan. Gedrag is eigenlijk alles wat je doet. Het gaat dan dus niet alleen om wat je zegt en doet, hoe je je gedraagt en hoe je problemen oplost of probeert op te lossen, maar ook om wat je doet om bepaald gedrag te vermijden, dus om ontwijkend gedrag. Gedrag is normaliter zichtbaar en aantoonbaar.

Een intentie om iets te doen, bijvoorbeeld de intentie hebben om je vinger op te steken, maar dit uiteindelijk niet durven, is geen gedrag, want het is niet zichtbaar. Daadwerkelijk je vinger opsteken is wel gedrag, want dit is direct aantoonbaar en zichtbaar. Maar ook het vermijden van gedrag kan gedrag zijn. Wie kent niet de situ-

atie waarin je moet lachen, maar je lach inhoudt omdat die op dit moment niet wenselijk is? Het op je lippen bijten om je lach in te houden is ook gedrag, omdat je aantoonbaar en zichtbaar bezig bent je lach in te houden. Een ander voorbeeld is het bijten op je tong om te voorkomen dat je hardop zegt wat je denkt.

THERAPIE

De laatste term in cognitieve gedragstherapie is therapie. De term therapie verwijst naar een doelgerichte en systematische methode om problemen of ziekten op te lossen. Cognitieve gedragstherapie is een vorm van psychotherapie. Maar wat is psychotherapie? Psychotherapie wordt door Gray (2002) gedefinieerd als 'een systematische, op theorie gebaseerde en formele behandeling voor mentale problemen of stoornissen die gebruik maakt van psychologische technieken en wordt uitgevoerd door een getrainde therapeut.'

Psychotherapie maakt doorgaans gebruik van een dialoog tussen degene die de therapie nodig heeft (de hulpvrager, vanaf nu de cliënt genoemd) en een therapeut. Het doel van psychotherapie is het herstructureren van de gevoelens, de gedachten en het gedrag van de cliënt. Waarschijnlijk heb je zelf ook weleens geprobeerd gevoelens, gedachten en/of gedrag van iemand anders te veranderen. Als je ooit hebt geprobeerd een vriend op te peppen na een vervelende dag, je kind te overtuigen dat er geen monsters onder het bed zijn of een vriend te laten stoppen met een slechte gewoonte, bijvoorbeeld nagelbijten, dan heb je een proces uitgevoerd dat lijkt op psychotherapie. Je hebt namelijk geprobeerd gevoelens, gedachten en/of gedrag van iemand te veranderen. Psychotherapie is alleen veel systematischer

en formeler doordat het gebruik maakt van vaststaande technieken en toegepast wordt door een hiervoor getrainde en opgeleide therapeut.

COGNITIEVE PROCESSEN MANIPULEREN EN VERANDEREN

De therapievorm cognitieve gedragstherapie, waarbij voor het eerst geprobeerd werd cognitieve processen te manipuleren en te veranderen, is in de jaren '70 van de vorige eeuw ontstaan. Cognitieve gedragstherapie werd ontwikkeld door therapeuten die ervan uitgingen dat gedrag niet alleen ontstaat door prikkels vanuit de omgeving, maar voor een groot deel ook vanuit de mens zelf. Deze groep therapeuten begon uit te zoeken hoe bepaalde cognities zoals gedachten, percepties, verwachtingen en zelfbeelden samenwerken met omgevingsfactoren om te zorgen voor bepaald gedrag.

KERNIDEE

Cognitieve gedragstherapie maakt gebruik van theorieën en interventies afkomstig uit de cognitieve psychologie/ therapie en de gedragstherapie. Deze vorm van therapie is dus eigenlijk een combinatie van beide. Het kernidee van de cognitieve gedragstherapie is dat als de manier van denken verandert, ook het gevoel verandert. Je manier van denken bepaalt dus eigenlijk hoe je je voelt. De cognitieve gedragstherapie gaat er vanuit dat je je gelukkiger en productiever voelt als je op een goede en functionele manier denkt.

FOCUS

De focus van cognitieve gedragstherapie ligt dan ook op het veranderen van irrationele cognities, zoals slecht aangepaste en disfunctionele gedachten, overtuigingen en percepties. Deze irrationele

cognities zouden namelijk zorgen voor disfunctioneel gedrag en emoties. Verder worden er, zoals besproken, ook technieken uit de klassieke gedragstherapie gebruikt om het gedrag direct te veranderen. De cognitieve gedragstherapeut gaat er namelijk niet alleen vanuit dat gedrag verandert doordat de therapie de onderliggende cognities verandert, maar dat dit proces ook andersom werkzaam is. Een verandering in gedrag kan volgens een cognitief gedragstherapeut ook direct een verandering in de onderliggende cognities teweegbrengen. Dit is bijvoorbeeld het geval wanneer een cliënt op een zeker moment doorheeft dat hij bepaald disfunctioneel gedrag minder vaak vertoont. De cliënt voelt zich dan opgelucht en blij en krijgt hierdoor meer zelfvertrouwen. Als gevolg van het toegenomen zelfvertrouwen zal de cliënt minder van gedachten hebben als: ik kan het niet; ik ben het niet waard. De onderliggende cognities zijn nu dus vanzelf mee veranderd.

De ene therapeut zal vaker gebruikmaken van gedragstherapeutische interventies, de andere vaker van de meer cognitieve methoden. Dat ligt aan zijn of haar persoonlijke voorkeur. Niettemin gaan ze er allen vanuit dat door middel van de therapie de irrationele cognities van de cliënt zullen veranderen en dat hierdoor diens gedrag en emoties kunnen veranderen. Hierbij wordt er, zoals hierboven al besproken is, tevens van uitgegaan dat dit proces andersom ook werkzaam is.

Cognitieve gedragstherapeuten zijn, in tegenstelling tot andere psychotherapeuten, niet geïnteresseerd in de gebeurtenissen uit de kindertijd. Ze zijn alleen geïnteresseerd in het hier en nu en in het veranderen van de huidige cognities en het huidige gedrag van de cliënt.

NADRUK OP HET PROBLEEM

Cognitieve gedragstherapie is eerder een probleemgeoriënteerde therapievorm dan een cliëntgeoriënteerde therapievorm. De nadruk ligt op het begeleiden van een cliënt tijdens het aanpakken van bepaalde problemen en niet op het behandelen van de hele persoon. De problemen worden gezien als het gevolg van aangeleerde denkpatronen en daaruit voortvloeiend, eveneens aangeleerd, gedrag. Cognitieve gedragstherapeuten gaan er vanuit dat alles wat ooit aangeleerd is ook weer afgeleerd kan worden. Hierom houden cognitieve gedragstherapeuten gedurende langere tijd de gedachten en het gedrag van een cliënt in de gaten en dagen zij de cliënt uit om een probleem aan te pakken. Zo zal ook jij in de loop van deze opleiding leren om een cliënt uit te dagen om zijn gedachten en gedrag te veranderen.

UITDAGING

Hier volgt een voorbeeld. Clara (35) komt bij de therapeut. Ze is tien jaar getrouwd en heeft een zoontje van zes. Ze heeft vijf jaar gewerkt als tandartsassistente, maar een half jaar geleden verloor ze deze baan. Sindsdien voelt ze zich waardeloos. Ze ziet zichzelf als mislukt en dat gevoel bepaalt nu haar leven. Clara en de therapeut hebben het volgende gesprek:

Therapeut: U voelt zich mislukt sinds u ontslagen bent. Kunt u de mislukking definiëren?

Clara: Nou, ik ben immers ontslagen..!

Therapeut: Dus u denkt dat u ontslagen bent, omdat u een mislukking bent?

Clara: Ja, dat klopt. Anders was ik die baan niet kwijtgeraakt. Dan was ik nog steeds tandartsassistente.

Therapeut: Kunnen we nu concluderen dat alle mensen die hun baan verliezen mislukkelingen zijn?

Clara: Nee, zo ver wil ik niet gaan.

Therapeut: Hoezo niet? Moeten we dan voor u een andere definitie gebruiken dan voor andere mensen?

Clara: Nee, dat is eigenlijk niet de bedoeling. Iedereen zou gelijk behandeld moeten worden.

Therapeut: Is de gedachte dat u een mislukking bent, omdat u uw baan verloren hebt dan wel aannemelijk?

ONDERLIGGENDE THEORIEËN

Cognitieve gedragstherapie is wetenschappelijk gefundeerd en vooral gebaseerd op theorieën afkomstig uit de cognitieve en de gedragspsychologie. De ontwikkeling van de klassieke cognitieve gedragstherapie wordt vaak toegeschreven aan twee Amerikaanse psychotherapeuten: Albert Ellis (1913-2007) en Aaron Beck (geboren 1921). Zij ontwikkelden ieder hun eigen theorie en deze theorieën staan samen aan de basis van wat we vandaag de dag cognitieve gedragstherapie noemen. Een andere invloedrijke persoon binnen de cognitieve gedragstherapie is Jeffrey Young (1950). Hij is de bedenker van de cognitieve schema's, zoals we die hieronder zullen bespreken.

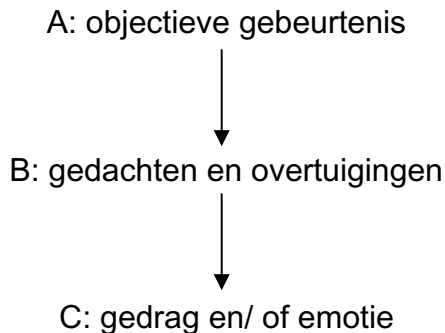
In dit hoofdstuk bespreken we deze voornaamste theorieën en in het volgende hoofdstuk zullen we dan zien welke vormen van cognitieve gedragstherapie we aan de hand van deze theorieën grofweg kunnen onderscheiden.

DE ABC-THEORIE VAN ALBERT ELLIS

Eén van de belangrijkste theorieën die aan de basis staat van cognitieve gedragstherapie is de ABC-theorie van Albert Ellis. De ABC-theorie van Albert Ellis (Ellis, 1993) beschrijft hoe gedachten en overtuigingen over een situatie tot gedrag en gevoelens leiden.

In deze theorie is A de gebeurtenis, objectief beschreven alsof je door een camera kijkt zonder je eigen interpretatie en gedachten erover te geven. B staat voor de gedachten en overtuigingen die samenhangen met deze gebeurtenis, ofwel de specifieke gedachten en overtuigingen bedoeld die iemand erbij heeft. C staat voor het gedrag dat en/of de emotie die het gevolg is van de specifieke gedachten (B) over de gebeurtenis (A). In deze theorie is B het gevolg van A en is C het gevolg van B.

ABC-theorie van Albert Ellis.



Ellis gaat er dus vanuit dat gevoelens en gedrag niet direct gebaseerd zijn op gebeurtenissen die ons overkomen, maar juist voortkomen uit de interpretatie die wij geven aan deze gebeurtenis, ofwel onze gedachten over deze gebeurtenis.

Volgens deze theorie is het dus mogelijk dat door het veranderen van onze gedachten - de manier waarop we de situatie interpreteren - we ons gedrag en onze gevoelens ook kunnen veranderen.

VOORBEELDEN

A: Jan kijkt naar zijn baas

B: Jan denkt: ik ben niet capabel genoeg, straks ontslaat hij mij

C: Jan voelt zich klein worden en gaat de baas ontlopen

Hierdoor komt Jan juist in de problemen.

Een andere mogelijkheid:

A: Jan kijkt naar zijn baas

B: Jan denkt: ik doe mijn best voor je, meer kan ik niet doen

C: Jan wordt niet zenuwachtig en zegt vriendelijk gedag.

A. Piet komt Koos tegen

B. Piet denkt: ik ben niet aardig, Koos wil toch geen vrienden met mij zijn

C. Piet gaat zich minderwaardig voelen en ontwikkelt daarom ook andere vrienden en bekenden
Uiteindelijk vervreemdt hij van iedereen.

Andere mogelijkheid:

A. Piet komt Koos tegen

B. Piet denkt: ha daar heb je Koos, ik maak even een praatje

C. Piet en Koos raken in gesprek.

DE ATTRIBUTIETHEORIE VAN AARON BECK

Een andere pionier in de ontwikkeling van cognitieve gedragstherapie is Aaron Beck. Hij bedacht de attributie-hertrainingstheorie (Beck, 1991). Deze theorie baseerde hij op zijn klinische werk met depressieve cliënten. Hij observeerde ze en

concludeerde dat ze vaak een verdraaide kijk hadden op de gebeurtenissen die ze meemaakten, waardoor hun depressieve gevoelens in stand werden gehouden en ze een negatieve kijk kregen op zichzelf, op de wereld en op de toekomst.

Depressieve mensen schrijven mislukkingen vaak aan zichzelf toe (zie je wel, nu gaat het weer mis, ik kan ook helemaal niets) en successen al gauw aan iets buiten zichzelf, bijvoorbeeld aan iemand anders (ik heb het examen nou wel gehaald, maar dat komt alleen doordat mijn vriend mij geholpen heeft). Het toeschrijven van oorzaken van gedrag aan interne factoren (aan jezelf) of aan externe factoren (aan iets buiten jezelf) wordt attributie genoemd.

DISFUNCTIONELE ATTRIBUTIES

Door middel van attributie-hertraining probeert de therapeut de cliënt aan te moedigen om disfunctionele attributies om te zetten in meer realistische in- of externe attributies. Een disfunctionele interne attributie is bijvoorbeeld: bij mij gaat alles fout; hoe zou er ooit iets kunnen lukken; ik ben zelf een mislukking. Hierdoor gaat iemand zich alleen maar depressief voelen, terwijl er vaak niets aan de hand is. De meer realistische attributie die de therapeut de cliënt probeert aan te leren is bijvoorbeeld: iedereen doet wel eens iets fout, maar als iets mislukt is dit niet altijd mijn fout. Een voorbeeld van een disfunctionele externe attributie is hierboven al genoemd: ik heb het examen gehaald, maar dat komt alleen maar omdat mijn vriend mij geholpen heeft. Een meer realistische attributie die de therapeut probeert aan te leren kan dan zijn: ik heb het examen gehaald omdat ik ontzettend veel werk en tijd in

de voorbereiding heb gestopt en ook mijn vriend is een geweldige hulp geweest tijdens de voorbereiding.

DE COGNITIEVE SCHEMA'S VAN JEFFREY YOUNG

Nog een belangrijke naam in de ontwikkeling van cognitieve gedragstherapie is Jeffrey Young. Young is de bedenker van de cognitieve schema's (Young, Weishaar, & Klosko, 2003). Cognitieve schema's zijn zichzelf herhalende gedrags- en gevoelspatronen. Ze hebben brede thema's die betrekking hebben op de kijk op jezelf en op anderen. Over het algemeen ontwikkelen cognitieve schema's zich tijdens de kindertijd en worden verder uitgewerkt tijdens de rest van het leven. Het is ook mogelijk dat bepaalde cognitieve schema's zich pas ontwikkelen bij een volwassen persoon.

DISFUNCTIONELE SCHEMA'S

Psychische problemen worden volgens Young veroorzaakt door disfunctionele en slecht aangepaste cognitieve schema's die het functioneren ernstig belemmeren. Deze foute cognitieve schema's ontstaan als reactie op belastende gebeurtenissen in de leergeschiedenis van de cliënt. Foute cognitieve schema's ontwikkelen zich, net als andere cognitieve schema's, ook vaak in de kindertijd, maar kunnen soms ook ontstaan bij volwassen personen. De disfunctionele en slecht aangepaste schema's veroorzaken negatieve gevoelens en negatief gedrag. Negatieve gevoelens en negatief gedrag zorgen er op hun beurt weer voor dat de disfunctionele schema's versterkt worden. Ook zijn ze vaak in strijd met de realiteit, met de doelen die iemand zich gesteld heeft en met zijn of haar persoonlijke behoeftes. Zoals in het geval van Maaïke.

Maaïke moet in het kader van haar studie een presentatie houden. Ze ziet er vreselijk tegenop en dat maakt haar enorm zenuwachtig. Ze is zo bang en zenuwachtig, omdat ze denkt dat ze, op het moment dat ze daar staat, niet meer op haar tekst zal kunnen komen, dat ze zal afgaan voor de groep en dat ze uitgelachen zal worden. Dit cognitieve schema: tekst kwijt zijn - afgaan voor de groep - uitgelachen worden is disfunctioneel, omdat Maaïke hierdoor alleen maar nog zenuwachtiger en nog banger wordt. Het ontwikkelen van steeds meer angst en stress belemmert haar juist om haar opleiding met goed gevolg af te maken. Haar angst is waarschijnlijk ook niet reëel, want als ze zich goed voorbereid heeft, hoe groot is dan de kans dat ze haar tekst opeens kwijt zal zijn? En zullen mensen haar wel gaan uitlachen als ze even hapert?

Doordat cognitieve schema's zich over het algemeen zo vroeg in het leven beginnen te ontwikkelen, voelen ze op een bepaald moment vertrouwd en het kan aangenaam zijn om je er, vooral in moeilijkere tijden, aan vast te grijpen. We verdraaien de kijk op de gebeurtenissen in ons leven om de validiteit of geldigheid van onze schema's te bewaren. Cognitieve schema's die al ontwikkeld zijn kunnen verborgen blijven totdat ze geactiveerd worden door situaties die passen bij een bepaald schema.

SYNTHESE VAN DE DRIE THEORIEËN

De ABC-theorie van Ellis, de attributietheorie van Beck en de theorie van de cognitieve schema's van Young hebben elk een andere insteek met betrekking tot de cognitieve gedragstherapie. De theorie van Ellis heeft betrekking op gedachten en overtuigingen die horen bij een bepaalde gebeur-

tenis en die ten grondslag liggen aan gedrag en emoties. De theorie van Beck gaat over attributies die ten grondslag liggen aan gedrag en emoties. En bij Young zijn het juist de cognitieve schema's die ten grondslag liggen aan gedrag en emoties. Toch zijn naar mijn mening de drie theorieën in overeenstemming met elkaar. De ABC-theorie van Ellis is veel breder dan de twee andere theorieën en daarom passen de theorieën van Beck en Young naar mijn mening dan ook naadloos binnen de ABC-theorie van Ellis. Het idee van Ellis: 'gedachten en overtuigingen die ten grondslag liggen aan gedrag en emoties' kun je verbreden tot 'cognities'. Dit wordt ook al gedaan in verscheidene theoretische psychologische boeken (onder andere: Carlson, Buskist, & Martin, 2000, Gleitman, Fridlun, & Reisberg, 2000).

UITGEBREIDE ABC-THEORIE

De theorie gaat er dan als volgt uit zien. In het model is A de gebeurtenis. Hiermee wordt de objectieve gebeurtenis bedoeld, dus een gebeurtenis beschreven alsof je door een camera kijkt zonder je eigen interpretatie en gedachten erover te geven. B staat voor de cognities die samenhangen met deze gebeurtenis. Hiermee wordt eigenlijk alles bedoeld wat in het hoofd omgaat, zoals gedachten, overtuigingen, percepties, attributies, zelfbeelden en/of verwachtingen die iemand heeft bij gebeurtenis A. C is het gevoel of gedrag dat het gevolg is van de specifieke cognities (B) bij de gebeurtenis (A). Het idee is nu dus dat de cognities (B) behorende bij een specifieke gebeurtenis (A) ten grondslag liggen aan gedrag en/of emoties (C). De attributies die ten grondslag liggen aan bepaald gedrag uit de theorie van Beck passen nu heel goed binnen de B uit de ABC-theorie van Ellis. Attributies zijn ook een vorm van cognities.

Ook cognitieve schema's liggen ten grondslag aan bepaald gedrag en/of emoties en kunnen als cognities gezien worden. Ook zij passen dus erg goed binnen B uit de ABC-theorie van Ellis.

INTAKE

De intakefase beslaat één sessie. De focus ligt hierbij op het informatie krijgen over de cliënt. Hierbij zijn een aantal doelen gesteld. In de eerste plaats is dat natuurlijk het kennismaken. Het is echter niet zo dat degene die het intakegesprek afneemt dezelfde is als degene die therapie gaat geven. In de meeste grote instellingen is er een speciaal iemand om intakes af te nemen, de zogenaamde 'intaker'. De cliënt wordt vervolgens op basis van deze intake aan een bepaalde therapeut toegewezen. In zulke gevallen maakt de cliënt tijdens de intake dus geen kennis met de therapeut, maar alleen met de instelling.

Het tweede doel van een intake is het in kaart brengen van alle klachten. In het intakegesprek wordt algemene en globale informatie ingewonnen over de aard, de reikwijdte, het ontstaan en het beloop van de klachten die de cliënt heeft.

Het derde doel is het achterhalen van de hulpvraag van de cliënt. De cliënt komt vaak bij een therapeut omdat hij of zij met bepaalde problemen zit en deze wil oplossen. Deze problemen en klachten zijn echter nog geen hulpvragen. Een hulpvraag moet cognitief gedragstherapeutisch te behandelen zijn. De hulpvraag geeft antwoord op wat de cliënt met zijn of haar problemen/klachten wil. De hulpvraag heeft dus alles te maken met de achterliggende gedachte over wat de cliënt wil bereiken met de therapie.

Uiteindelijk wordt het intakegesprek geanalyseerd. De informatie die ingewonnen is tijdens de intake wordt hierbij kort samengevat in een intakeverslag. Het intakeverslag bestaat uit één tot twee A4-tjes en dient als basis voor de diagnostiekfase. Op deze vier doelen van het intakegesprek gaan we hierna meer uitgebreid in.

KENNISMAKEN

We gaan er hier even vanuit dat de therapeut zelf het intakegesprek afneemt. Mocht dit niet het geval zijn dan komt het kennismaken, zoals gezegd, pas in de diagnostiekfase. In het hoofdstuk 'Diagnostiek' bespreken we daarom nog een voorbeeld van kennismaken, maar dan na een intake.

De kennismaking aan het begin van cognitieve gedragstherapie is over het algemeen kort en zakelijk, vanuit de gedachte dat je elkaar het beste leert kennen tijdens de therapie. Het contact is immers ontstaan doordat de cliënt therapie wil. De cliënt zal de therapeut dan ook het beste leren kennen wanneer deze de therapie uitvoert. Na een korte en bondige kennismaking komt men snel ter zake (Korrelboom, & Ten Broeke, 2004).

VOORBEELD

Therapeut: Goedemiddag, meneer de Vries. Mijn naam is Marianne Verhelst en ik ben cognitief gedragstherapeut. Vorige week heeft u mij opgebeld en gevraagd om hulp. In ons telefoongesprek heeft u aangegeven dat u zich de afgelopen drie maanden in toenemende mate neerslachtig en lusteloos bent gaan voelen. De bedoeling van dit gesprek is dat ik u hierover een aantal aanvullende vragen ga stellen, zodat we kunnen kijken wat we hieraan kunnen gaan doen. Wellicht kunnen we

dan al aan het einde van het gesprek of in het volgende gesprek een behandelplan afspreken. Bent u het hiermee eens?

Voor jou als (toekomstig) therapeut is het goed om te weten dat er nog steeds mensen zijn die psychische problemen beschouwen als een vorm van aanstellerij en niet als een echte ziekte. Dat geldt ook voor mensen die er zelf mee te kampen hebben. Deze cliënten vinden vaak dat zij hun psychische problemen zelf zouden moeten oplossen. Ook schamen zij zich vaak dat zij deze problemen of klachten hebben en dat zij voor het oplossen ervan een therapeut nodig hebben. Als je geconfronteerd wordt met zo'n cliënt, is het voor jou als therapeut belangrijk om aandacht te besteden aan het feit dat de psyche problemen en ziektes kan krijgen, net zo goed als het lichaam (Willson, & Branch, 2006).

VOORBEELD

Therapeut: We kunnen allemaal op een dag ziek worden, hevige pijn krijgen of een been breken. Stel dat het u gebeurt. Dan gaat u naar de dokter, want u hebt zijn hulp nodig om beter te worden. In uw eentje kunt u dat niet. Met uw geest of psyche werkt het net zo. Er kunnen dingen gebeuren waardoor u geestelijk en emotioneel van slag raakt. Dit kan ernstige problemen en ziektes tot gevolg hebben. Het is dus belangrijk dat u hier aandacht aan besteedt en samen kunnen we eraan werken om uw problemen en klachten te verminderen of te verhelpen.

Wanneer de cliënt de therapie met veel weerstand tegemoet treedt, zul je als therapeut niet direct ter zake komen. Dan besteed je eerst aandacht aan de weerstand zelf en kijkt waar deze vandaan

komt. Het doel hiervan is de weerstand tegen de therapie en behandeling te verminderen en de cliënt te laten zien dat met jou als therapeut best te praten en te onderhandelen valt (Korrelboom, & Ten Broeke, 2004).

VOORBEELD

Therapeut: U ziet er niet echt uit alsof u hier graag zit. Voel ik dat goed aan?

Cliënt: Ja, dat klopt.

Therapeut: Kunt u mij misschien uitleggen waar dit aan ligt en kan ik iets doen waardoor u zich beter gaat voelen? Of misschien kunt u mij vertellen wat er anders zou moeten. Misschien helpt het al als ik u uitleg hoe een eerste gesprek meestal precies in zijn werk gaat. Vertelt u mij maar wat u wilt.

Tijdens de kennismaking wordt er wat algemene informatie van de cliënt gevraagd, zakelijke gegevens als leeftijd, geslacht, burgerlijke staat en beroep.

VOORBEELD

Therapeut: Ik zal u allereerst een aantal algemene vragen stellen. Deze zijn vooral voor het dossier. Ik zal dit snel doen, zodat we daarna gelijk kunnen overgaan tot het bekijken van uw klachten. Vindt u dit goed?

Cliënt: Ja, natuurlijk.

Therapeut: Oké, mooi, allereerst... wat is uw leeftijd?

Na de kennismaking en het vragen van wat algemene informatie gaat de therapeut snel over naar het tweede doel van de intake: het inventariseren van de klachten.

INVENTARISEREN VAN DE KLACHTEN

De eerste vraag die de therapeut stelt na de kennismaking heeft vrijwel altijd te maken met het inventariseren van de klachten (Korrelboom, & Ten Broeke, 2004). Daartoe zal de therapeut vragen stellen. Bijvoorbeeld: Waarom komt u hier; waarom zoekt u hulp; welke problemen heeft u; waar heeft u last van; wat brengt u hier; wat is de reden van uw aanmelding?

Op deze manier probeert de therapeut globaal te inventariseren welke problemen er spelen. Vervolgens gaat de therapeut de belangrijkste problemen - of het belangrijkste probleem - uitgebreider onderzoeken door middel van expliciete vragen: Wat is uw belangrijkste probleem/klacht; kunt u mij meer vertellen over deze klacht/dit probleem; kunt u mij een concrete situatie vertellen waarin dit probleem speelde? In lessenpakket 3 gaan we verder in op deze gesprekstechniek. Je leert daar effectief vragen stellen, zonodig vragen herhalen en doorvragen.

VRAGEN

De therapeut probeert de problematiek van de cliënt uitgebreid te beschrijven in termen van gedrag, lichamelijke sensaties en automatische gedachten (Ten Broeke, Van der Heiden, Meijer, Hamelink, 2008). Zo wordt de problematiek van de cliënt overzichtelijker, wat handig is voor zowel de therapeut als voor de cliënt. De beste manier om een goede indruk te krijgen van de gedachten, het gedrag en de lichamelijke sensaties, die kenmerkend zijn voor de klachten en problemen van de cliënt, is het bespreken van een recente en representatieve situatie waarin die klachten en problemen speelden. De therapeut vraagt dan bijvoorbeeld: kunt u mij een concrete situatie noemen die kenmerkend is voor de klachten die u heeft?

Verdere verdiepvragen hebben betrekking op de gedachten, het gedrag en de lichamelijke sensatie(s) van de cliënt bij deze situaties. Als eerste gaat het dan om de gedachten. De therapeut stelt vragen als: Welke gedachten gingen er door u heen tijdens deze situatie; wat is een typische gedachte die in dit soort situaties door uw hoofd gaat; toen u zich zo (beschrijf gevoel) voelde, wat gingen er toen voor gedachten door u heen? Dat is beter dan te vragen: Gingen er gedachten door u heen? Want dit suggereert dat er ook wel eens geen gedachten kunnen zijn. Formuleer in plaats daarvan de vraag zo dat er geen mogelijkheid is tot ontkennen; de cliënt wordt dan als het ware verplicht antwoord te geven.

SOORTEN VAN GEDRAG

Hierna probeert de therapeut te achterhalen welk gedrag de cliënt vertoont - wat hij of zij doet of juist niet doet - in deze problematische situaties. Typische voorbeelden van veel voorkomend gedrag in probleemsituaties zijn (Ten Broeke, Van der Heiden, Meijer, Hamelink, 2008):

- *vermijdingsgedrag* - cliënt zorgt ervoor niet in bepaalde situaties terecht te komen.
- *vluchtgedrag* - cliënt trekt zich terug uit de situatie.
- *veiligheidsgedrag* - trucs waarmee cliënt probeert dat gene waarvoor hij of zij bang is niet te laten gebeuren of de gevolgen hiervan te beperken.
- *gedragstekort* - cliënt vertoont weinig of geen reactie; blijft bijvoorbeeld passief of gedraagt zich subassertief (laat zich de kaas van het brood eten).
- *gedragsexcessen* - cliënt vertoont extreem gedrag, te denken valt aan agressie of drugs/alcoholgebruik.

Om hierachter te komen kun je als therapeut vragen stellen als: Wat deed je op het moment van de situatie die je net beschreven hebt; wat deed je niet tijdens de situatie die je zo net beschreven hebt; toen je je zo voelde, wat deed je toen of wat deed je juist niet; wat doe je doorgaans in een dergelijke situatie?

Als het gedrag behorende bij de klachten en problemen van de cliënt eenmaal goed uitgewerkt is, kan de therapeut gaan kijken naar de lichamelijke reacties of sensaties die hierbij horen. Bekende lichamelijke sensaties bij angstklachten zijn: snelle hartslag, druk op de borst, zweten en duizeligheid. Bekende lichamelijke sensaties die optreden bij depressieve klachten zijn: hoofdpijn, vermoeidheid, darmklachten en obstipatie.

Om deze lichamelijke sensatie(s) te achterhalen, kun je vragen stellen als: hoe voelde je je op dat moment; wat voelde je in je lijf op dat moment; als je je zo (beschrijf emotie) voelt, wat voel je dan in je lijf; wat zijn de kenmerkende lichamelijke reacties die bij deze situatie en gevoelens horen? De therapeut maakt hierbij gebruik van zijn of haar deskundigheid, hij of zij weet dat bepaalde lichamelijke sensaties bij bepaalde psychologische stoornissen horen. De cliënt is vaak niet in staat om al zijn of haar fysieke reacties te benoemen; die associeert ze niet met bepaalde gevoelens of situaties of met een bepaalde psychologische stoornis. De cliënt heeft ze al zo lang, ze zijn als het ware gewoon geworden. Als de therapeut kenmerkende symptomen opnoemt en vraagt of de cliënt ze ervaart - de therapeut vermoedt bijvoorbeeld een depressie en vraagt naar vermoeidheid - dan reageert de cliënt vaak met verbazing en herkenning.

Voor elk gebied van klachten of problemen of voor iedere stoornis zoeken therapeut en cliënt samen naar een recente en relevante situatie en gaan die samen verder uitwerken. De gedachten, het gedrag en de lichamelijke situaties die erbij horen worden nader benoemd. Een voorbeeld van een uitgewerkt schema voor gedachten, gedrag en lichamelijke situaties (zoals dit ook in het intakeverslag zal komen te staan) zie je in figuur 2.1 onder het kopje 'Analyse' op pagina 92.

Het inventariseren van de klachten gebeurt dus al vrij snel tijdens de eerste sessie; meestal reeds in de eerste minuten. Als de vragen naar klachten en problemen maar rechtstreeks worden gesteld en als de therapeut, of degene die de intake doet, het antwoord van de cliënt maar serieus neemt, dan levert dit geen problemen op (Korrelboom, & Ten Broeke, 2004).

De inventarisatie kan echter wel moeilijkheden opleveren als de vragen beantwoord worden met een hele stortvloed aan problemen en klachten. De cliënt kan bijvoorbeeld last hebben van depressie met ernstige angstgevoelens. Daarbuiten kan hij of zij nog eens alcohol- en/of drugsverslaafd zijn en agressieproblemen (het slaan van kinderen en/of partner) hebben. In dit soort gevallen is het de rol van de therapeut om het klachtenpatroon van de cliënt te structureren (Korrelboom, & Ten Broeke, 2004). De therapeut kan dan vragen stellen als: Welke klacht levert u de meeste hinder op in het dagelijkse leven; van welk probleem dat u zojuist genoemd hebt, ondervindt u de meeste last; welke van deze klachten was de directe aanleiding om contact met mij/deze instelling op te nemen?

Een ander probleem treedt op als uit het antwoord van de cliënt blijkt dat deze eigenlijk vooral last heeft van anderen (Korrelboom, & Ten Broeke, 2004).

VOORBEELD 1

Cliënt: Ik heb elke dag zoveel last van andere mensen. Ik word 's ochtends wakker en dan moet ik met de auto naar mijn werk. Onderweg erger ik me groen en geel aan het rijgedrag van sommige automobilisten. Dan kom ik aan op mijn werk, maar daar word ik weer gek van mijn leidinggevende. Ik hoef maar iets verkeerd te doen en zij zegt hier gelijk wat van. Ook mijn collega's zitten mij erg dwars. Ze kijken de hele tijd op mijn vingers en zeggen het direct als er wat verkeerd gaat. Wanneer ik dan eindelijk naar huis kan, moet ik nog boodschappen doen. Nou, in de supermarkt is het al niet veel beter, hoor. Daar proberen de mensen voor te dringen bij de kassa en ook pakken ze gewoon de laatste boodschappen in het schap zo voor je neus weg. Als ik dan eindelijk thuiskom, denk ik mij te kunnen ontspannen. Ik speel een deuntje op mijn klarinet, maar zodra ik dat doe staan de burens weer voor de deur om te vragen of het niet wat zachter kan.

In soortgelijke gevallen is het belangrijk dat jij als therapeut benadrukt dat het volgen van therapie niet betekent dat de cliënt andere mensen kan veranderen. Het enige wat deze kan veranderen is zichzelf.

VOORBEELD 2

Therapeut: Het is voor u en mij hier niet mogelijk om uw medeweggebruikers, uw leidinggevende, uw collega's, uw burens, of de supermarktbezoekers te veranderen. Dit ligt niet in uw macht en

ook niet in de mijne. Wat we hier alleen kunnen doen is samen kijken of u zou kunnen veranderen. Wat kunt u bijvoorbeeld doen zodat u minder last krijgt van het gedrag van deze mensen?

Er zijn nog andere complicaties mogelijk bij het inventariseren van de klachten. Bijvoorbeeld wanneer de cliënt niet louter uit vrije wil komt. Hij of zij werd misschien doorgestuurd door een bedrijfsarts, of voelt zich gedwongen door een dreigende echtscheiding. Mogelijk zit de cliënt er als gevolg van een juridische maatregel. Het is in dergelijke gevallen vaak het beste voor de voortgang van de therapie dat de therapeut begrip toont voor de gedwongen positie van de cliënt. De therapeut zal dan ook proberen het initiatief voor voortzetting van de therapie bij de cliënt te leggen (Korrelboom, & Ten Broeke, 2004).

VOORBEELD 3

Therapeut: Ik begrijp dat uw partner vindt dat u psychische problemen heeft waarvoor professionele hulp nodig is. Wat ik echter belangrijker vind is of u dit ook zo ziet. Denkt u zelf dat u hulp nodig heeft voor uw problemen?

Werk je echter als therapeut in een instelling waar gedwongen behandelingen vaak voorkomen, dan zul je dit anders moeten benaderen (Korrelboom, & Ten Broeke, 2004). Als therapeut zul je dan moeten vertellen dat de vrije wil van de cliënt er op dit moment niet toe doet en dat deze therapie moet worden ondergaan. Je kunt je cliënt dan vertellen dat hij of zij de therapie wel kan gaan dwarsbomen, maar dat het dan alleen maar langer gaat duren.

Naast het direct vragen naar klachten kunnen vragenlijsten ook zinvol zijn bij het inventariseren van klachten (Ten Broeke, Van der Heiden, Meijer, Hamelink, 2008). Een globale screening naar klachten kun je bijvoorbeeld uitvoeren door de cliënt de Symptom Checklist 90 in te laten vullen (SCL-90: Arrindell, & Ettema, 1986). Afhankelijk van de klachten kunnen ook specifiekere vragenlijsten nuttig zijn, bijvoorbeeld de Beck Depression Inventory (BDI: Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961) of de Agrofobische Cognitie Vragenlijst (ACV: Chambless, Caputo, Bright, & Gallagher, 1984). Deze vragenlijsten kun je in een latere fase van de therapie nogmaals inzetten om te kijken of de klachten zijn afgenomen.

Als alle klachten van de cliënt geïnterviewd zijn, kan de therapeut door gaan met het volgende onderdeel van de intake, namelijk het inventariseren van de hulpvraag van de cliënt.

INVENTARISEREN VAN DE HULPVRAAG

Het noemen van een klacht of een probleem is op zichzelf is nog geen hulpvraag. Om te komen tot een hulpvraag is het van belang helder te krijgen wat de cliënt precies met zijn of haar problemen en klachten wil. Eigenlijk heeft deze vraag dus betrekking op de reden waarom de cliënt naar jou toe is gekomen en wat de cliënt precies verwacht. Op basis van de hulpvraag van de cliënt wordt de behandeling bepaald. De hulpvraag moet betrekking hebben op wat de cliënt wil bereiken en moet dus aansluiten bij de doelstellingen en behoeftes die de cliënt heeft. Ook moet de hulpvraag realistisch en haalbaar zijn binnen de therapie. Hij dient naadloos aan te sluiten op hoeveel de cliënt wil of kan investeren in zijn klachten en problemen (Korrelboom, & Ten Broeke, 2004). Je kunt

vragen stellen als: Waarom wilt u hulp voor uw klachten; wat wilt u bereiken door middel van deze therapie; hoe denkt u uw klachten en problemen aan te kunnen pakken? Zulke vragen kunnen helderheid geven over de hulpvraag van de cliënt.

De hulpvraag van de cliënt vormt de basis van het behandelplan en is erg belangrijk voor de motivatie van de cliënt. Voorbeelden van hulpvragen van cliënten zijn: Hoe moet ik omgaan met verlies van een dierbare; ik voel me neerslachtig en hulpeloos, kunt u me anders leren denken in bepaalde situaties zodat ik een positief gevoel krijg; ik ben erg perfectionistisch, kunt u me helpen dit iets minder te worden; of: ik heb veel last van angst als ik de deur uit moet, kunt u mij technieken aanleren waardoor ik minder angst krijg?

OM WIE GAAT HET?

Als therapeut dien je nauwlettend in het oog te houden om wiens klachten en wiens hulpvraag het in feite gaat. Stel dat iemand voor de therapie wordt aangemeld door mensen uit zijn of haar omgeving, terwijl hij (zij) zelf nergens last van heeft, of zich daar althans niet van bewust is. Te denken valt aan dementerende of zwakbegaafde cliënten of aan jonge kinderen van wie het gedrag door de omgeving als problematisch wordt ervaren. Dan is het heel belangrijk om te kijken wie nu eigenlijk de hulpvrager is. Hier is het niet degene die voor de therapie werd aangemeld. De feitelijke hulpvragers zijn de familie of de verzorgenden. Maar de hulpvraag dient altijd betrekking te hebben op de hulpvrager zelf en dus moet deze vraag opnieuw geformuleerd worden. (Korrelboom, & Ten Broeke, 2004).

VOORBEELD 1

Therapeut: Uw dochtertje is regelmatig boos, hyperactief en opstandig. U weet niet goed hoe u hierop moet reageren en raakt dan in paniek. We kunnen eens kijken hoe ik u hiermee kan helpen.

VOORBEELD 2

Therapeut: U vertelt dat uw zwakbegaafde zoon u op dit moment steeds vaker nodig heeft en steeds meer een beroep op u doet. U kunt hier echter niet meer aan beantwoorden. Heb ik het goed begrepen dat u met mij er graag over wil praten hoe u beter met de zorgvraag van uw zoon om kunt gaan?

ANALYSE OF INTAKEVERSLAG

Alles wat de therapeut tijdens het intakegesprek over de cliënt te weten is gekomen, schrijft hij op. Deze informatie wordt vervolgens geanalyseerd en kort samengevat in een intakeverslag. Het intakeverslag bestaat uit één tot twee A4-tjes en dient als basis voor de diagnostiekfase. Het intakeverslag bestaat uit de volgende onderdelen:

- Algemene informatie.
- Actuele problematiek.
- Gedachten, gedrag en lichamelijke reactie(s).
- Hulpvraag.

Deze onderdelen worden hierna verder besproken.

ALGEMENE INFORMATIE

Van wat is opgeschreven bij de kennismaking tijdens de intake, komt alleen een algemene beschrijving van de cliënt in het intakeverslag te staan. Doorgaans volstaat hier een korte typing van de cliënt. (Ten Broeke, Van der Heiden, Meijer, Hamelink, 2008).

VOORBEELD

Ruben de Vries, drieëntwintig jaar, ongehuwd en alleenstaand, woonachtig in Den Bosch, werkzaam als ICT-medewerker bij een vastgoedbedrijf.

ACTUELE PROBLEMATIEK

De inventarisatie van de klachten komt bondig omschreven te staan onder het kopje 'Actuele problematiek.' Het gaat hier nog niet om een diagnostische classificatie in termen van de DSM. Deze komt pas in de diagnostische fase aan bod. Wel wordt getracht de stoornis te omschrijven; dat wil zeggen dat de door de cliënt genoemde symptomen zo veel mogelijk samengevat worden onder de noemer van een bepaalde stoornis. De afzonderlijke symptomen kunnen daar dan eventueel tussen haakjes bij vermeld worden (Ten Broeke, Van der Heiden, Meijer, Hamelink, 2008). In lessenpakket 3 zullen diverse psychische stoornissen en de symptomen die hierbij horen aan bod komen, zodat ook jij in staat bent waar mogelijk de symptomen van een cliënt samen te vatten onder een bepaalde stoornis.

Het is natuurlijk ook mogelijk dat er sprake is van meer dan één stoornis. Deze worden dan ook apart genoemd; doorgaans in volgorde van hinder voor de cliënt. Dus de stoornis die de meeste problemen oplevert bovenaan en de andere eronder, aan de hand van de hinder die de cliënt ervan heeft. Misschien heb je nadere informatie over de klachten verzameld met behulp van vragenlijsten. De uitkomsten daarvan vermeld je eveneens onder het kopje 'Actuele problematiek'.

VOORBEELD

Depressieve klachten (inactief; neerslachtig; lusteloos; somber; gedachten aan zelfmoord).

GEDACHTEN, GEDRAG EN LICHAMELIJKE REACTIE(S)

In dit onderdeel worden de kenmerkende gedachten, gedrag en lichamelijke reacties(s) behorende bij de klachten en problemen van de cliënt nader uiteengezet. Er is naar gevraagd tijdens het intakegesprek en ze zijn ook hierboven besproken onder het kopje 'Inventariseren van de klachten'. In het intakeverslag worden gedachten, gedrag en lichamelijke sensaties kort en bondig omschreven. Je kunt een opsomming ervan geven en alles onder elkaar zetten, maar je kunt ze ook noteren in de vorm van een schema. (Ten Broeke, Van der Heiden, Meijer, Hamelink, 2008). Een voorbeeld hiervan vind je in figuur 2.1.

<i>Gedachten (bij depressieve klachten van Ruben de Vries)</i>	<i>Gedrag</i>	<i>Lichamelijke sensaties</i>
<ul style="list-style-type: none"> -Niets gaat goed, alles wat ik doe gaat mis. -Mijn toekomst is hopeloos. -Het leven is zinloos. -Ik kan er net zo goed een einde aan maken. -Ik zal nooit meer plezier hebben in iets. -Ik zal toch geen leuker werk kunnen vinden. -Niemand begrijpt mij. 	<p>Passief, vermijden van contacten met anderen, denken over zelfmoord.</p>	<p>Futloos, lusteloos, neerslachtig, vermoeidheid, hoofdpijn.</p>

Figuur 2.1: Voorbeeld gedachten, gedrag en lichamelijke situaties

HULPVRAAG

Het laatste onderdeel in het intakeverslag is de hulpvraag. De hulpvraag die tijdens het intakegesprek naar voren is gekomen, wordt hier vastgelegd. Deze hulpvraag moet realistisch en haalbaar zijn en moet aansluiten bij de doelstellingen en behoeftes van de cliënt (Korrelboom, & Ten Broeke, 2004). Een voorbeeld van een hulpvraag zoals deze in het intakeverslag zou kunnen komen te staan, is de volgende.

VOORBEELD

Ik voel me een aantal maanden in toenemende mate neerslachtig en lusteloos. Hierdoor doe ik de hele dag niets en ga ik me nog negatiever voelen. Ik kom als het ware in een vicieuze cirkel. Kunt u me leren anders te denken waardoor ik me positiever zal gaan voelen?

In sommige gevallen wordt het intakeverslag direct samengevoegd met het diagnostiekverslag. Dit dient dan direct als basis voor het behandelplan. In de andere gevallen dient het intakeverslag als basis voor de diagnostieffase, waarin het een en ander uit het intakeverslag door de therapeut en de cliënt samen nog verder uitgewerkt zal worden.

SAMENVATTING

De intake bestaat uit de volgende delen: het kennismaken en het navragen van algemene informatie van de cliënt, het inventariseren van de klachten van de cliënt (waarbij ook navraag wordt gedaan naar gedachten, gedrag en lichamelijke sensaties behorende bij deze klachten) en het inventariseren van de hulpvraag. Deze onderdelen komen één voor één aan de orde in de intakesessie. De therapeut begint dus altijd

met de kennismaking en het verwerven van algemene informatie. Hierna gaat hij of zij over tot het inventariseren van de klachten en komt aan het einde van het gesprek nog terug op de hulpvraag van de cliënt. Het inventariseren van de klachten neemt de meeste tijd van de intake in beslag. Als de inventarisering grondig genoeg is, volgt de hulpvraag hier eigenlijk uit. Toch is het goed om deze hulpvraag expliciet met de cliënt te bespreken. De hulpvraag is immers een belangrijke basis voor het behandelplan. De cliënt kan dan ook al aangeven wat wel en niet in zijn of haar macht ligt. Na de intakesessie wordt de intake geanalyseerd en bondig samengevat in het intakeverslag. Dit bestaat uit: 'Algemene informatie', 'Actuele problematiek', 'Gedachten, gedrag en lichamelijke reacties' (behorende bij klachten) en 'Hulpvraag'.

BEHANDELING

De behandeling, zoals die uitgebreid beschreven staat in het behandelplan, wordt in deze fase uitgevoerd. De behandeling is gebaseerd op het behandeldoel en op duidelijke hypothesen over het ontstaan en het in stand houden van de problemen of klachten van de cliënt. De behandel fase is over het algemeen kortdurend (vergeleken met andere vormen van psychotherapie), gestructureerd en doelgericht van aard. Niettemin kan de duur ervan toch sterk variëren. Hoelang deze fase duurt, is afhankelijk van de hoeveelheid en complexiteit van de problematiek die moet worden behandeld en het tempo waarin de veranderingen plaatsvinden. In het algemeen kan worden gesteld dat de behandeling bij niet al te complexe problematiek tussen de tien en twintig sessies in beslag neemt (Korrelboom, & Ten Broeke, 2004).

Hierna is het nog niet te verwachten dat alle problemen van de cliënt zijn opgelost, maar wel dat de problemen duidelijk verminderd zijn en dat de cliënt weer voldoende in staat is zijn of haar leven zonder therapeutische hulp voort te zetten.

Bij persoonlijkheidsstoornissen zijn over het algemeen meer behandelingssessies nodig. Veel bewijs voor de effectiviteit van langer durende behandelingen bij persoonlijkheidsstoornissen is er echter niet (Target, 1998). Het is als therapeut goed om in gedachte te houden dat de belangrijkste therapeutische veranderingen plaatsvinden in het eerste halfjaar na het starten van de therapie. Dit ongeacht de vorm van psychotherapie die wordt gegeven (Lambert, Shapiro, & Bergin, 1986). Een behandelingsfase die langer duurt dan een half jaar zal dus relatief weinig meer verandering opleveren.

ONDERDELEN

De behandelingsfase van cognitieve gedragstherapie bestaat uit verschillende onderdelen. Allereerst krijgt de cliënt voorlichting over de psychologische stoornis of het probleem waar hij of zij mee kampt. Daarna legt de therapeut uit wat de behandeling precies in zal houden. Deze beide voorlichtingsonderdelen (informerende interventies) worden soms nog als diagnostische fase gezien, omdat naar aanleiding van vragen en opmerkingen van de cliënt het behandelplan tijdens deze onderdelen van de therapie nog veranderd kan worden. Hierna start de definitieve behandeling. Deze bestaat uit de in het behandelplan vastgelegde conceptualiserende (begripsbepalende) en op verandering gerichte interventies, die de cliënt zal uitvoeren. Ten slotte worden de effecten van de ingezette interventies door de cliënt en therapeut

geëvalueerd en zo nodig wordt het behandelplan aan de hand van deze evaluaties bijgesteld. Hieronder zullen deze verschillende onderdelen van de behandelfase van cognitieve gedragstherapie één voor één besproken worden.

VOORLICHTING OVER PSYCHOLOGISCHE STOORNIS/PROBLEEM

De therapeut vertelt de cliënt welke opvattingen er binnen de psychologie bestaan over de stoornis waar hij (zij) aan lijdt of over het probleem waar hij (zij) mee te maken heeft. De therapeut vertelt hierbij ook wat zijn of haar eigen opvattingen zijn over het ziektebeeld van de cliënt. De voorlichting kan (deels) schriftelijk worden gegeven via boekjes, brochures, brieven en internetsites. De voorlichting kan ook, voor een deel of in zijn geheel, mondeling worden gegeven.

VOORBEELD

Therapeut: U voelt zich al enige tijd in toeneemende mate lusteloos, neerslachtig en somber. U vindt niets meer leuk en doet daarom ook weinig. U slaapt slecht en ligt vaak uren te piekeren. Waarschijnlijk had u zelf al zo'n vermoeden, maar deze klachten duiden erop dat u depressief bent. Depressie is een psychologische stoornis die erg vaak voorkomt. Ik wil u deze brochures meegeven waarin u nog meer kunt lezen over depressie (therapeut overhandigt cliënt de brochures). Ook geef ik u een papier mee waarop een aantal goede websites staan over depressie, zodat u thuis op uw gemak kunt nalezen wat depressie precies is en wat er allemaal aan te doen valt. Ik kan u geruststellen, er bestaan goede behandelopties, waardoor u, zoals u dat zelf zegt, weer de oude kunt worden.

Voorlichting over het ziektebeeld is vaak uitgebreider dan voorlichting over de behandeling, zoals we hieronder zullen zien.

VOORLICHTING OVER BEHANDELING

Voordat de behandeling definitief start is het belangrijk om de cliënt uit te leggen wat hem of haar precies te wachten staat. Wanneer de cliënt en/of de therapeut nog niet beslist hebben over de te volgen behandeling, dan komt de voorlichting over de behandeling ook al aan bod in de diagnostische fase, waarin gevraagd wordt naar de hulpvraag van de cliënt. Hier discussiëren cliënt en therapeut expliciet over de behandelingen die mogelijk zijn. Ook legt de therapeut uit wat het te verwachten behandelverloop is en dat de verbetering tijdens de therapie zelden in een recht-opgaande lijn verloopt, maar vaak ups en downs kent. De cliënt zal zich dus niet zonder meer elke week een stukje beter gaan voelen en er zijn terugvallen mogelijk, ook tijdens de therapie. Een terugval is erg vervelend, maar belangrijker is dat de cliënt gemotiveerd blijft en de terugval ziet als een oefenmoment voor geleerde of nieuwe interventies. Een terugval kan de therapeut bovendien veel informatie geven over de manier waarop de cliënt denkt. Hieronder een voorbeeld van een voorlichtingsgesprek.

VOORBEELD

Therapeut: Zoals ik al zei bestaan er voor depressie een aantal goede behandelopties. Cognitieve gedragstherapie is daar een voorbeeld van. Ik pas zelf cognitieve gedragstherapie toe, maar er zijn ook nog een aantal andere mogelijkheden. In sommige gevallen kunnen bepaalde medicijnen ook helpen bij depressie. Nadeel hiervan is dat ze vaak verslavend werken en dat de bijwerkin-

gen soms nog ernstiger zijn dan de klachten. Er is ook nog een andere vorm van psychotherapie effectief gebleken bij depressie, namelijk de interpersoonlijke psychotherapie of IPT. Maar zelf geef ik dus cognitieve gedragstherapie. Die is vanwege het lerende karakter ook erg goed werkzaam bij depressie. Zal ik u eerst in grote lijnen proberen uit te leggen hoe cognitieve gedragstherapie werkt?

TRANSPARANT

Cognitieve gedragstherapie is en blijft een transparante behandelvorm. Hiermee wordt bedoeld dat het voor de cliënt duidelijk moet zijn wat de therapeut precies doet en waarom deze dat doet. De therapeut dient daarbij te vertellen wat zijn of haar opvattingen zijn over de uit te voeren behandeling. Ook de voorlichting over behandel mogelijkheden wordt vaak ondersteund door boekjes, brochures, brieven en internetsites. De mondelinge voorlichting wordt altijd ingeleid met de vraag: Vindt u het goed als ik u in grote lijnen probeer uit te leggen hoe cognitieve gedragstherapie werkt? Vervolgens legt de therapeut dan uit wat de bedoeling is van de therapie. Eventueel kan naar aanleiding van vragen en wensen van de cliënt het behandelplan nog aangepast worden.

Wanneer de cliënt niet ambivalent staat tegenover de behandeling kan de voorlichting erover in het algemeen vrij kort zijn. Wat het precies inhoudt zal de cliënt tijdens de therapie zelf ervaren. Soms dient de voorlichting echter meer uitgebreid te zijn. Dat is het geval als de cliënt ambivalent staat tegenover de behandeling, als de behandeling bepaalde investeringen vraagt die de cliënt mogelijk niet kan of wil opbrengen, of wanneer de cliënt eerder een heel andere vorm van psychotherapie heeft gevolgd.

INTERVENTIES

De interventiefase is haast altijd het meest uitgebreide gedeelte van de behandelingsfase. Hieronder wordt een globaal beeld geschetst van de doelen van de interventies in de behandelingsfase. Over de verschillende interventies die je kunt inzetten in de behandelingsfase leer je in de lessenpakketten 6 t/m 12 meer. Voor nu is het belangrijk om te weten waarom deze interventies worden ingezet.

Tijdens de interventiefase van de cognitieve gedragstherapie is het de bedoeling dat therapeut en cliënt samen een team vormen dat de problemen en klachten van de cliënt onderzoekt en tracht te wijzigen. Dit gebeurt door het inzetten van conceptualiserende (begripsbepalende) interventies. Hiermee wordt de informatie over de problemen en de klachten van de cliënt geordend. Vervolgens wordt overgegaan tot het veranderen van de problemen en klachten van de cliënt door middel van op verandering gerichte interventies; in het geval van cognitieve gedragstherapie zijn dat cognitief modificerende interventies en gedragsveranderende interventies.

Het is de bedoeling dat de cliënt in de loop van de interventiefase steeds meer de leidende rol gaat nemen, zodat de cliënt ervaart de therapeut niet altijd nodig te hebben. De cliënt ontwikkelt het vertrouwen dat hij of zij na de therapie ook weer alleen verder kan.

De interventiefase heeft dus naast het ordenen van klachten en problemen nog twee doelen (Ten Broeke, Van der Heiden, Meijer, Hamelink, 2008), namelijk:

- de cliënt leren zijn of haar probleemgedrag te veranderen in functioneler gedrag
- de cliënt leren anders met zijn of haar problemen om te gaan.

Om deze doelen te bereiken worden diverse interventies ingezet die gericht zijn op het veranderen van de cliënt, de zogenoemde cognitief modificerende interventies en de gedragsveranderende interventies. Het gaat hier om interventies die zich richten op een of beide van de volgende twee aspecten (Korrelboom, & Ten Broeke, 2004):

- de therapeut probeert de cliënt te helpen om anders tegen situaties en gebeurtenissen aan te kijken. Dit kan betekenen dat de cliënt zijn verwachtingen ten aanzien van specifieke gebeurtenissen zal wijzigen of situaties anders leert waarderen
- de therapeut probeert de cliënt vaardigheden aan te leren om op een betere manier met deze situaties en gebeurtenissen om te gaan.

Tijdens dit veranderingsproces wordt van de cliënt veel zelfwerkzaamheid verwacht, zowel tijdens de sessies als ertussenin.

Een deel van de interventies vindt dus plaats binnen de therapie sessies en een ander deel erbuiten. De therapiegesprekken dienen in dit laatste geval wel om de huiswerkopdrachten voor te bereiden en te evalueren (zie hieronder). Tenslotte dienen de interventie sessies om de cliënt te blijven motiveren om te veranderen. Hierover zul je meer leren onder de kop 'Motivatie'.

HUISWERKOPDRACHTEN

Een groot deel van de interventies in de behandel-fase voert de cliënt uit buiten de therapiesetting. De interventies worden dan gezien als huiswerk-opdrachten. In één van de sessies worden deze huiswerkopdrachten uitgelegd, zodat de cliënt precies weet wat van hem of haar wordt verwacht. In de volgende sessie wordt de huiswerkopdracht besproken en geëvalueerd. Deze huiswerkopdrachten kunnen heel divers zijn. Het kan gaan om het uitvoeren van therapeutische oefeningen. Het kan ook zijn dat de cliënt formulieren of vragenlijsten moet invullen waarop de voortgang wordt vastgelegd. In lessenpakket 6 gaan we hier meer uitgebreid op in.

De vragenlijsten kunnen na het afsluiten van elke soort interventie worden ingevuld om te kijken wat voor effect de interventie heeft gehad. Hiervoor kun je bijvoorbeeld een algemene klachtenlijst gebruiken, waarop de cliënt invult welke klachten hij/zij ondervindt en in welke mate.

LIJSTEN

Een voorbeeld van zo'n algemene klachtenlijst is de Symptom Check List 90 (SCL-90: Arrindell, & Ettema, 1986). Ook kunnen er meer specifieke vragenlijsten, afhankelijk van de specifieke stoornis of probleem waarvoor de cliënt hulp zoekt, worden ingevuld. Voorbeelden hiervan zijn de Beck Depression Inventory (BDI: Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961) of de Agrofobische Cognitie Vragenlijst (ACV: Chambless, Caputo, Bright, & Gallagher, 1984). De uitkomst van dit soort vragenlijsten kan gebruikt worden om de mondelinge evaluaties te ondersteunen of om het behandelplan in samenspraak met de cliënt bij te stellen. De uitkomst van deze vragen-

lijsten kan heel goed worden gebruikt om de cliënt te motiveren (hierover meer onder 'Motivatie').

Het is mogelijk dat aan de cliënt wordt gevraagd om na afloop van iedere therapeutische sessie een samenvatting te schrijven van wat er in die sessie besproken is. Deze samenvattingen kunnen de therapeut en de cliënt belangrijke informatie geven over hoe het met de cliënt gaat, wat de cliënt in de betreffende sessie belangrijk vond, er iets aan heeft gehad en wat volgens hem/haar niet goed verliep (Korrelboom, & Ten Broeke, 2004). Ook kunnen deze samenvattingen na het afsluiten van de therapie nog worden gebruikt als terugvalpreventie. Meer hierover in het hoofdstuk 'Afsluiten van de therapie'.

EVALUATIE EN BIJSTELLEN VAN HET BEHANDELPLAN

Gedurende de hele behandeling zal de therapeut de vorderingen van de cliënt regelmatig met deze bespreken. De vorderingen met betrekking tot de uitvoering van het behandelplan worden op deze momenten expliciet geëvalueerd (Korrelboom, & Ten Broeke, 2004). Dit betekent dat de therapeut rechtstreeks aan de cliënt vraagt: Hoe vindt u zelf dat het ervoor staat? Deze mondelinge evaluaties kunnen eventueel ondersteund worden door formele vragenlijsten zoals hierboven besproken.

VOORBEELD

Therapeut: Hoe vindt u het zelf gaan? Ik heb het idee dat het al een stuk beter met u gaat. U komt weer uit bed en gaat ook weer wat dingen doen die u leuk vindt. Mijn gevoel is dat u vooruitgaat, maar als ik dan naar de antwoorden op uw vragenlijst kijk, dan denk ik: het gaat toch niet zo goed met meneer de Vries, hij is nog altijd zo somber en neerslachtig. Wat is uw beeld hiervan?

EVALUATIEMOMENTEN

Door het inbouwen van evaluatiemomenten bestaat de interventiefase over het algemeen uit verschillende rondes (Korrelboom, & Ten Broeke, 2004). Dit gaat als volgt in zijn werk. Vanuit het behandelplan wordt een eerste op verandering gerichte interventie ingezet. Na drie tot vijf sessies evalueren therapeut en cliënt samen of deze eerste interventie aanslaat. Ze beslissen in deze evaluatie ook samen of de interventie kan worden gestopt of dat deze, al dan niet in aangepaste vorm, nog even moet worden voortgezet om de beste resultaten te kunnen bereiken. Ook bespreken ze of het behandelplan kan worden voortgezet.

Op grond van de conclusie van de evaluatie gaat men een volgende ronde in. Mogelijk wordt er dan een geheel nieuwe interventie ingezet. Maar ook kan de eerste interventie worden omgevormd tot een nieuwe interventie. Of mogelijk wordt de eerste interventie nog even doorgezet. Na gemiddeld drie tot vijf sessies evalueren therapeut en cliënt opnieuw samen hoe het nu, na de tweede interventieronde, gaat.

De interventiefase bestaat over het algemeen uit twee of drie van zulke interventierondes. Na deze behandelphase gaat men over tot de laatste fase van de cognitieve gedragstherapie, namelijk het afsluiten van de therapie.

OPBOUW VAN DE BEHANDELSESSIE(S)

Zoals je weet kent cognitieve gedragstherapie een gestructureerd verloop. Dit geldt niet alleen voor de behandeling zelf, maar ook voor elke sessie op zich. De interventiesessies zijn gestructureerd en bevatten in principe een vast aantal agendapun-

ten. Een typisch verloop van een interventiesessie ziet er zo uit (Ten Broeke, Van der Heiden, Meijer, Hamelink, 2008):

- Bespreking stand van zaken en bespreken van het huiswerk van de vorige sessie. Therapeut en cliënt bespreken hoe het, globaal gezien, met de cliënt gaat. Het bespreken van het huiswerk is een vast agenda-punt en volgt doorgaans direct op het bespreken van de stand van zaken.
- Het geven van een score. Na het bespreken van het huiswerk vraagt de therapeut aan de cliënt om de ernst van zijn klachten een score te geven.
- Het opstellen van de agenda. Zowel de therapeut als de cliënt kan nu agendapunten indienen. Daarbij dient de therapeut erop toe te zien dat de agendapunten gericht zijn op het doel van de behandeling. Cliënt en therapeut overleggen welke agendapunten er in deze sessie in ieder geval aan bod moeten komen en hoeveel tijd er aan elk punt besteed dient te worden.
- Het afwerken van agendapunten. De punten worden afgewerkt in de volgorde die besproken is bij het opstellen van de agenda. De agendapunten die in de sessie niet aan bod kunnen komen zal de therapeut zoveel mogelijk als huiswerk meegeven voor de volgende sessie.
- Het maken van nieuwe huiswerkafspraken. De huiswerkopdrachten moeten gebaseerd zijn op de inhoud van de sessie. Ook zal de therapeut de cliënt goed uitleggen waarom hij of zij deze huiswerkopdrachten moet maken.

- Afsluitende samenvatting door therapeut en feedback door de cliënt. Dit houdt in dat de therapeut de sessie samenvat en de cliënt aan geeft of hij (zij) het met deze samenvatting eens is.

AFSLUITEN VAN DE THERAPIE

De laatste fase van de cognitieve gedragstherapie is het afsluiten ervan. Doorgaans gaat deze fase in wanneer de therapeut en de cliënt vaststellen dat de klachten zodanig zijn verminderd dat de cliënt de therapie niet meer nodig heeft en weer alleen verder kan. De behandeldoelen uit het behandelplan zijn in dit geval in voldoende mate gerealiseerd. De afsluitingsfase is bij voorkeur kort. Je moet denken aan één tot vier sessies. Langer durende afsluitingsfases, die er bijvoorbeeld toe dienen om de therapie af te bouwen, zijn in de cognitieve gedragstherapie niet nodig en vaak zelfs niet gewenst. Dit komt deels doordat cognitieve gedragstherapie niet direct gericht is op de relatie tussen de cliënt en de therapeut, maar juist gericht op wat de cliënt buiten deze relatie zelf aan zijn/haar klachten en problemen doet (Korrelboom, & Ten Broeke, 2004).

Hieronder worden de onderdelen, waaruit het afsluiten van de cognitieve gedragstherapie bestaat, besproken. Dit zijn: evaluatie van de therapie, terugvalpreventie inclusief het maken van eventuele vervolgafspraken en afsluiting. Ook lees je hoe de therapie wordt afgesloten als de behandeldoelen, zoals uiteengezet in het behandelplan, niet voldoende zijn gerealiseerd en de therapie dus eigenlijk mislukt is.

EVALUATIE VAN DE THERAPIE

De evaluatie van de therapie is één van de belangrijkste onderdelen van het afsluiten van de therapie. Tijdens de evaluatie worden de volgende onderdelen kort doorgenomen (Korrelboom, & Ten Broeke, 2004):

- de klachten bij aanmelding
- de mogelijke hypothesen over het in stand houden van de klachten
- de belangrijkste therapeutische stappen
- de verandering van de cliënt en wat deze verandering heeft bewerkstelligd (wat is er bij de cliënt veranderd en hoe heeft hij of zij dit uiteindelijk zelf weten te bereiken).

TERUGVALPREVENTIE

Na de evaluatie van de therapie is het belangrijk dat er aandacht wordt besteed aan een mogelijke terugval en hoe deze te voorkomen. (Korrelboom, & Ten Broeke, 2004). Het is belangrijk dat de cliënt beseft dat dezelfde problemen in de toekomst weer de kop kunnen opsteken en dat hij of zij weet wat er in zo'n geval gedaan kan worden om ze aan te pakken. De cliënt dient zich hierbij te realiseren dat het bij een terugval onzin is te denken dat je gelijk weer terug bij af bent. Tijdens de therapie heeft de cliënt immers heel veel geleerd over het aanpakken en oplossen van problemen en is in het ideale geval zijn eigen therapeut geworden. Deze kennis zit nu in zijn eigen hoofd en hij hoeft alleen maar te leren hoe je deze kennis gebruikt als zich een terugval voordoet.

De samenvattingen van elke therapiesessie die de cliënt als huiswerk heeft geschreven kunnen hierbij ook erg belangrijk zijn. Iedere samenvatting kan worden afgesloten met een alinea waarin

de belangrijkste les van iedere sessie is omschreven. Onder elkaar gezet vormen deze alinea's een naslagwerk, dat bij terugval kan worden geraadpleegd om de geleerde lessen van de therapie weer in praktijk te brengen. Het naslagwerk dient in dit geval als terugvalpreventieprogramma.

EVENTUELE VERVOLGAFSPRAKEN

Het is mogelijk om voor elke cliënt een terugvalpreventieprogramma te organiseren. De therapeut spreekt met de cliënt terugkomsessies af na drie, zes en twaalf maanden. In deze terugkomsessies wordt de voortgang en een eventueel terugvallen van de cliënt besproken en geëvalueerd (Beck,1991). De therapeut kan de cliënt dan nog bijsturen en zo nodig nog wat nieuwe interventies inzetten of hem (haar) nog andere vaardigheden aanleren.

AFSLUITING VAN DE THERAPIE

De therapie kan op verschillende manieren afgesloten worden, namelijk door één gesprek, door het afbouwen van gesprekken, door een 'knipkaart' of door een tijdelijk open einde af te spreken (Korrelboom, & Ten Broeke, 2004). Hieronder zullen al deze mogelijkheden de revue passeren. Soms verdient het ene de voorkeur, soms het andere. In elk geval is het belangrijk om met je cliënt te bespreken welke procedure voor afsluiting jullie zullen kiezen.

Bij cognitieve gedragstherapie wordt vanaf het begin aangegeven dat de therapie ooit weer zal stoppen. In de eerste sessie legt de therapeut al uit hoelang de therapie ongeveer zal duren en dat ze ophoudt wanneer de cliënt zoveel vooruit is gegaan dat deze weer alleen verder kan of wan-

neer het duidelijk is dat verdere therapie geen verbeteringen zal opleveren. Als je het zo bekijkt begint de afsluiting van de therapie dus eigenlijk al tijdens de eerste sessie. Ook bij de tussenevaluaties in de interventiefase komt de eindigheid van de therapie altijd naar voren. Hierdoor kan de afsluiting van de therapie over het algemeen relatief snel plaatsvinden, namelijk in één sessie.

Als therapeut is het natuurlijk wel van groot belang in de gaten te houden dat de cliënt niet het gevoel krijgt weggestuurd te worden. Het is juist belangrijk dat de cliënt het gevoel krijgt dat hij of zij de therapie niet meer nodig heeft en erop gaat vertrouwen dat hij of zij het vanaf nu weer alleen kan redden. Het kan prettig zijn als je de cliënt daarbij expliciet de mogelijkheid biedt om nog eens langs te komen als hier behoefte aan is. Door het afspreken van zulke terugkomsessies kun je het vertrouwen van de cliënt versterken en het risico op een terugval neemt daardoor ook vaak af (Korrelboom, & Ten Broeke, 2004).

VOORBEELD

Therapeut: Volgens mij gaat het al langere tijd heel goed met u, meneer de Vries. U geeft zelf al aan dat u denkt dat u het verder wel alleen af kan. Daarom vind ik dat we maar eens moeten bespreken hoe we de therapie gaan afsluiten. Wat lijkt u het prettigst? We kunnen direct na deze sessie stoppen, dan evalueren we vandaag alles en kijken we hoe u alleen verder kunt gaan. Ik denk dat dit voor u heel geschikt is. We kunnen ook afspreken dat u over ongeveer een maand nog eens terugkomt. Dan bespreken we hoe het er op dat moment voorstaat en kunnen dan afsluiten. Of hebt u misschien zelf nog ideeën over hoe we kunnen afsluiten?

Cliënt: Ik heb zelf geen ideeën, maar ik ben wel bang om terug te vallen en het dan niet in mijn eentje te redden.

Therapeut: De kans op terugval is altijd aanwezig, maar u moet weten dat u nooit meer terugkomt bij af. Tijdens deze therapie heeft u namelijk heel veel geleerd wat u kunt inzetten in uw dagelijks leven. We kunnen in de rest van deze sessie bespreken hoe je terugvallen tegen kunt gaan en kunt aanpakken. Dan kunnen we vandaag de therapie al afsluiten. Natuurlijk is er altijd de mogelijkheid om nog eens terug te komen als er zich veel problemen voordoen. We kunnen dan in één of twee gesprekken bekijken wat er aan de hand is en hoe we dit aan kunnen pakken. Lijkt u dit een goed idee?

LANGERE AFSLUITFASE

Een langere afsluitfase is belangrijk wanneer de cliënt de veranderingen die hij of zij heeft bereikt te veel toeschrijft aan de therapie en niet aan zijn of haar eigen toegenomen kunnen (Korrelboom, & Ten Broeke, 2004). In deze gevallen dien je als therapeut de cliënt duidelijk te maken dat de vooruitgang niet verloren gaat zodra de therapie stopt. Ook zullen er extra sessies moeten worden ingelast om de cliënt het vertrouwen te geven dat hij of zij het ook zonder therapie af kan. Belangrijk is dat je aangeeft dat de therapie toch eens moet eindigen. De therapie sessies kunnen dan geleidelijk aan, bijvoorbeeld in een periode van een half jaar tot een jaar, afgebouwd worden. Je zult als therapeut tijdens dit afbouwen het initiatief steeds vaker bij de cliënt leggen, zodat deze ervaart een heleboel zelf te kunnen, zonder daar therapie sessies voor nodig te hebben.

KNIPKAART

Een andere vorm van het afsluiten van de therapie is bijvoorbeeld door middel van een zogenaamde 'knipkaart'. Cliënt en therapeut spreken dan in de eerste sessie een vast aantal sessies af waarvoor de cliënt als het ware een knipkaart krijgt. De cliënt kan deze knipkaart, dat wil zeggen het afgesproken, beperkte aantal sessies, naar eigen inzicht en behoefte 'opmaken'. De cliënt weet dan precies waar hij of zij aan toe is en wanneer het de laatste sessie is. De cliënt kan dan ook zelf beslissen of hij (zij) die laatste sessie besteedt aan het formeel afsluiten van de therapie of dat hij (zij) liever evalueert en nog wat verdere tips krijgt.

OPEN EINDE

De laatste vorm van het afsluiten van de therapie is door een (tijdelijk) 'open einde' te gebruiken. Therapeut en cliënt bespreken dan in de laatste sessie dat ze gebruik willen maken van een 'open einde'. In dit geval worden er geen nieuwe afspraken meer gemaakt, maar wordt er een termijn afgesproken, van bijvoorbeeld drie of zes maanden, waarbinnen de cliënt weer contact op kan nemen met de therapeut als dat nodig is. Afhankelijk van de situatie kan de therapie dan op dat moment worden voortgezet op de manier die dan gewenst is. Soms worden er bepaalde voorwaarden aan verbonden. De cliënt moet bijvoorbeeld eerst bepaalde dingen zelf hebben ondernomen voor hij of zij weer contact op mag nemen met de therapeut.

AFSLUITEN VAN EEN MISLUKTE THERAPIE

Wanneer er niet voldoende resultaat is behaald is het doorgaans lastig om een behandeling goed af

te sluiten. Vaak is zo'n behandeling dan al door de cliënt zelf afgesloten. Hij of zij blijft, al dan niet aangekondigd, gewoon weg. Er zijn echter ook cliënten die wel blijven komen, niet verbeteren, maar beweren niet zonder deze therapie te kunnen. Dan is het voor een therapeut erg moeilijk om de therapie toch af te sluiten. De therapeut kan een aantal argumenten gebruiken om deze behandelingen toch gewoon af te sluiten (Korrelboom, & Ten Broeke, 2004).

- De therapeut kan benadrukken dat de therapie ook contraproductief kan werken. Hierbij geeft de therapeut aan dat de cliënt door in therapie te zijn het idee krijgt aan zijn problemen te werken, maar dat acties in het dagelijks leven op een bepaald moment veel effectiever zijn om problemen op te lossen dan de therapie. Stel een cliënt denkt erover het contact met zijn ouders te verbreken. In de therapie wordt dit uitvoerig besproken, maar het begint erop te lijken dat het wikkelen en wegen om tot een beslissing te komen wel eens jaren kan gaan duren. In zo'n geval is het goed als de therapeut aangeeft de therapie te stoppen totdat de cliënt tot een expliciete keuze is gekomen: óf het contact verbreken, óf het aanhouden.
- De therapeut kan aangeven dat doorgaan geen zin heeft en de therapie nu eenmaal afgesloten moet worden. Hierbij stelt de therapeut vast dat alles is geprobeerd om verandering te bewerkstelligen, maar dat dit helaas niet, of niet voldoende, heeft geholpen. De therapeut geeft aan dit vervelend te vinden, zowel voor zichzelf als voor de cliënt en te willen bespreken hoe de therapie het beste afgesloten kan worden. Eventueel kan men dan nog een aantal sessies afspreken, waarin de cliënt het mislukken van de therapie kan bespreken en verwerken.

- Soms kan het nuttig zijn om hier een 'open einde' te gebruiken en af te spreken dat de cliënt kan terugkomen als hij of zij dat wil.

HUISWERKOPDRACHTEN

Ook tijdens het afsluiten van de therapie kunnen er nog huiswerkopdrachten worden meegegeven aan de cliënt. Zo'n opdracht kan zijn om evaluatievragenlijsten in te vullen. Aan de hand hiervan kan de therapeut zien in hoeverre de therapie is aangeslagen en de klachten van de cliënt zijn afgenomen. De uitkomsten van de vragenlijsten kunnen tijdens het afsluiten van de therapie gebruikt worden voor een evaluatie. Ook krijgt de cliënt vaak de vraag mee naar huis: wat moet u doen als de problemen weer terugkomen? De cliënt kan hier thuis over nadenken en op papier vastleggen welke maatregelen hij (zij) zal nemen bij terugval. Mocht die terugval inderdaad optreden, dan kan de cliënt zelf het geschrevene erop naslaan (Korrelboom, & Ten Broeke, 2004).

SAMENVATTING

De afsluitingsessie kent een bepaalde opbouw. Het eerste onderdeel is het evalueren van de therapie. Daarna wordt aandacht besteed aan terugvalpreventie en/of het inzetten van terugvalpreventieve interventie; eventueel worden er terugkomsessies afgesproken. Het derde en laatste onderdeel is de eigenlijke afsluiting van de therapie, eventueel door middel van afbouw, 'knipkaart' of 'open einde'.

SPECIALE GESPREKSTECHNIEKEN

Er zijn buiten de besproken gesprekstechnieken ook nog meer speciale, die op bepaalde momenten binnen een therapie kunnen of moeten worden

toegepast. In dit hoofdstuk zullen we de belangrijkste bespreken: feedback geven, advies geven, slecht nieuwsgesprek voeren, verwijsgesprek voeren en motiverende gesprekstechnieken.

FEEDBACK GEVEN

Feedback wil zeggen dat je de ander informatie geeft over hoe je zijn (haar) gedrag waarneemt, begrijpt en ervaart. Hoeveel feedback iemand geeft of krijgt en hoe effectief dat is, hangt vooral af van de mate van vertrouwen tussen de betrokken personen. Het geven van feedback heeft een aantal positieve invloeden (Remmerswaal, 2004). Feedback ondersteunt en bevordert positief gedrag. Dit komt doordat feedback dit gedrag erkent. Ook kan het negatief gedrag corrigeren. Negatief gedrag is gedrag dat de persoon niet verder helpt of onvoldoende aansluit bij de bedoelingen. Door middel van feedback kan dit negatieve gedrag omgezet worden in positiever gedrag.

Feedback kan er ook voor zorgen dat je elkaar beter gaat begrijpen. Je kunt bijvoorbeeld denken dat je met een bepaalde nieuwe collega niet goed samen kunt werken. Een goede feedback kan de obstakels opruimen en dan blijkt dat je elkaar wel degelijk aanvoelt.

Als je feedback wilt geven dien je er rekening mee te houden dat het aan bepaalde voorwaarden moet voldoen (Remmerswaal, 2004).

- Feedback moet beschrijvend zijn. En dus absoluut niet: evaluerend, veroordelend, interpreterend of naar motieven zoekend. Door je eigen reactie te beschrijven laat je de ander vrij om deze informatie wel of niet te gebruiken. Hier-

bij is het verstandig geen moreel oordeel of waardeoordeel te vellen. Daarmee roep je een defensieve en verdedigende reactie op bij de ander, zodat die de informatie afwijst.

- Feedback moet specifiek zijn en niet algemeen. Je geeft geen feedback aan een heel elftal, maar alleen aan die ene speler. Hierdoor zal de informatie sneller worden gebruikt en aangenomen.
- Feedback moet zijn afgestemd op de behoeften van de ontvanger. Als het alleen voldoet aan jouw eigen behoeften als geveer, kan het verkeerd uitpakken.
- Feedback moet bruikbaar zijn. Dit wil zeggen dat het gericht moet zijn op gedrag dat de ander kan veranderen. Als je iemand wijst op een tekortkoming waar deze helemaal geen invloed op kan uitoefenen, dan raakt hij of zij nodeloos gefrustreerd.
- Feedback moet gewenst zijn - althans in zekere mate. Feedback is eigenlijk het meest zinvol wanneer de ander, in dit geval de cliënt, zelf de vraag heeft geformuleerd waarop jij als therapeut antwoord geeft.
- Feedback moet op het juiste moment gegeven worden. Dat wil zeggen: niet te lang nadat iemand iets heeft gedaan, informeer je hem (haar) over de effecten ervan. Als er te veel tijd tussen zit, is feedback minder effectief.
- Feedback moet duidelijk zijn. Probeer daarom concreet en helder te formuleren als je feedback geeft.

FEEDBACK IN STAPPEN

Het geven van goede feedback bestaat daarom uit vijf verschillende stappen:

Stap 1: Beschrijf wat je waarneemt

Beschrijf het gedrag alsof je het ziet door een videocamera, louter registrerend, zonder oordeel of interpretatie.

- Je frummelde met je vingers aan je kleding en haar, daarbij keek je naar de grond. (Goed)
- Je kon overal aan merken dat je verschrikkelijk zenuwachtig was. (Niet goed)

Stap 2: Beschrijf wat voor effect het op jou heeft

Hierbij is het belangrijk een duidelijke beschrijving te geven van wat het gedrag van de ander bij jou oproept aan gedachten en emoties.

- Je frummelde zo erg met je vingers, dit gaf mij de indruk dat je zenuwachtig was en dat maakte mij ook weer onrustig. (Goed)
- Je hebt zeker een enorm minderwaardigheidscomplex, daar word ik echt niet goed van. (Niet goed)

Stap 3: Wacht niet te lang

Wanneer een situatie nog concreet in gedachten is, is de feedback veel herkenbaarder. Laat dus niet te veel tijd voorbijgaan. Haal geen oude koeien uit de sloot.

Stap 4: Controleer of de ander je begrijpt

Hierbij zul je de ander de ruimte moeten geven om te reageren en eventueel zijn (haar) bedoelingen uit te leggen. Dit betekent tevens dat je de feedback laat aansluiten bij de behoefte van de ontvanger en niet bij die van jezelf.

- Wat ik net zei, kun je daar iets mee? (Goed)

- Kun je je in mijn woorden vinden? (Goed)
- Je moet zelf maar weten wat je hiermee doet, maar ik kan het niet anders zeggen. (Niet goed)
- Ik had in jouw plaats toch echt iets anders gedaan. (Niet goed)

Stap 5: Geef aan welk gedrag je van de ander dan wel zou willen zien

Hierbij kun je samen proberen afspraken te maken over hoe de ander het in de toekomst anders zou kunnen aanpakken. In een later stadium kun je aangeven hoe de ander dit goede gedrag zou kunnen handhaven (positieve feedback).

ADVIES GEVEN

Adviseren kan heel effectief zijn om je cliënt te helpen beter met zijn of haar klachten en problemen om te gaan. Adviseren is eigenlijk een vorm van beïnvloeden, want met jouw advies poog je invloed uit te oefenen op die ander, zodat die zijn of haar gedrag aanpast.

Adviseren lijkt heel makkelijk, maar blijkt dit in de praktijk niet te zijn. In de praktijk worden namelijk veel van de adviezen niet opgevolgd. Daar blijken redenen voor te zijn (Janssen, 1987).

- Het advies is ongevraagd. Ongevraagd advies roept meestal een reactie van verzet op.
- Het advies is slecht of niet realistisch. De cliënt schiet er niets mee op.
- Het advies is fout geformuleerd. Vaak heeft een advies iets weg van een bevel, dreigement, of kruisverhoor of het bestaat alleen maar uit het drammerig herhalen van een raadgeving.

In deze gevallen is de kans klein dat het advies wordt opgevolgd.

Zowel het advies als degene die het geeft zal daarom moeten voldoen aan bepaalde eisen (Janssen, 1987). Je moet om te beginnen kennis van zaken hebben. Een advies dat niet rust op een gedegen kennis van zaken is per definitie een zwak advies. Voor een therapeut is het heel gevaarlijk om zwakke adviezen te geven. De kans is groot dat de cliënt je daarna niet meer vertrouwt. Daarnaast dien je toestemming te hebben om een advies te geven. Zonder dat loop je namelijk het risico dat de cliënt in verzet komt. Vergeet dus nooit om eerst te vragen of advies gewenst is.

QUASI-ADVIESVRAGEN

Soms lijkt het of iemand vraagt om een advies, maar in feite geeft de cliënt er alleen maar mee aan dat hij (zij) het gewoon niet meer weet. In zo'n vraag klinkt agitatie, machteloosheid, uitzichtloosheid of zelfs radeloosheid door. Het zijn vragen als: wat zou ú doen/vertelt u me maar eens wat ik moet doen/u weet natuurlijk hoe u zoiets aan zou pakken, u hebt ervoor gestudeerd/vertel me toch, wat kan ik hier nou aan doen... etc. Dit soort vragen worden quasi-adviesvragen genoemd. Het lijkt alsof de cliënt om raad vraagt, maar in werkelijkheid staat hij of zij er nog niet voor open. Bovendien ken je je cliënt nog niet goed genoeg om een goed advies te kunnen geven. Je zult eerst actief naar de cliënt moeten luisteren om zijn of haar belevingen en behoeftes helder te krijgen.

VERTROUWENSRELATIE

Je kunt je cliënt pas adviseren als er een vertrouwensrelatie is ontstaan. De cliënt is inmiddels overtuigd geraakt van je kwaliteiten. Hij of zij zal nooit een advies opvolgen van een therapeut die

hij (zij) niet vertrouwt en met wie hij (nog) geen positieve ervaringen heeft opgedaan. Als therapeut ontleen je op jouw beurt het recht van spreken aan je kennis van zaken, aan het vertrouwen van de cliënt in jou en aan het feit dat de cliënt jou toestemming heeft gegeven om advies uit te brengen.

DE JUISTE FORMULERING

Stel dat aan al deze eisen is voldaan, dan moet het advies nog op de juiste manier worden geformuleerd. Hiervoor gelden drie vuistregels (Janssen, 1987).

- Gebruik de ik-vorm. Wanneer je een advies geeft, geef je in feite je eigen mening, dus je dient het advies ook in alle oprechtheid te formuleren als wat genoemd wordt een 'onthullende ik-boodschap'.
- Geef het advies maar één keer. Het blijkt in de praktijk niet zo te zijn dat een advies beter doordringt en beter wordt opgevolgd naarmate je het vaker herhaalt. Herhaling kan juist leiden tot irritatie en onnodig verzet bij de cliënt. Ook ontkracht je de boodschap door die herhaling. Alsof je wilt zeggen: je doet toch alsjeblieft wel wat ik van je vraag, hè.
- Houd rekening met verzet. Een advies kan leiden tot verzet, protest of weerstand. Houd daar rekening mee en heb er begrip voor. Als je op weerstand stuit is het 't beste om weer actief te luisteren. Dit zorgt ervoor dat het gesprek zonder weerstand weer verder kan gaan.

Hoe goed het advies ook is en hoe goed het ook geformuleerd wordt, of de cliënt het zal opvolgen valt nooit met zekerheid te zeggen. Soms blijkt al tijdens het gesprek dat de cliënt er niets in ziet.

Het komt ook voor dat iemand heel positief reageert, maar het advies toch niet opvolgt, om wat voor reden dan ook (Janssen, 1987).

SLECHT NIEUWSGESPREK

Veel hulpverleners, waaronder therapeuten, zien nogal op tegen het voeren van een slecht nieuwsgesprek. Begrijpelijk natuurlijk. Het is niet prettig om iemand slecht nieuws te moeten brengen. Toch zal zich vroeg of laat een moment aandienen waarbij een slecht nieuwsgesprek onvermijdelijk is. Binnen de cognitieve gedragstherapie is dat wanneer je als therapeut tot de overtuiging bent gekomen dat jij deze cliënt niet verder kunt helpen. (Bijvoorbeeld omdat de problemen van de cliënt te ernstig zijn, of omdat de therapie bij deze cliënt niet aanslaat en verdere behandeling zinloos zou zijn, of omdat de cliënt zich buiten de therapie te weinig inzet om de behandeling te kunnen laten slagen.) Dan is het belangrijk over enige vaardigheden te beschikken om het gesprek op een goede wijze te voeren.

Mensen kunnen op veel verschillende manieren op slecht nieuws reageren. Ze kunnen in paniek raken, verdrietig worden, boos of wanhopig, maar ze kunnen ook laconiek reageren of zelfs laten blijken dat ze opgelucht zijn omdat het nu eindelijk gezegd is. De reactie is doorgaans niet zo voorspelbaar. Daarom is het belangrijk tijdens een slecht nieuwsgesprek zeer zorgvuldig te werk te gaan. Zorg ervoor dat je duidelijk bent en dat je klaarstaat om de cliënt op te vangen, wat diens reactie ook zijn zal.

Wat je in ieder geval niet moet doen is om de feiten heen draaien. Vertel het meteen. Dat is zowel voor de cliënt als voor jou het beste. Het is

niet de bedoeling dat de cliënt moet raden naar het slechte nieuws; dat hij of zij als het ware tussen de regels door moet lezen.

Maak het niet mooier of minder erg dan het is. Gebruik dus geen termen of woorden die het nieuws mooier of minder erg maken. Gebruik ook geen termen die er voor zorgen dat het een puur zakelijke mededeling wordt. Slecht nieuws is namelijk niet alleen puur zakelijk.

VIJF FASEN

Over het algemeen is het 't makkelijkst om een slecht nieuwsgesprek te verdelen in vijf verschillende fases die samen het volledige gesprek zullen vormen (Janssen, 1987).

De **eerste fase** is dat je het gesprek kort inleidt met een ik-boodschap. Dit is belangrijk om de rust en aandacht te krijgen die nodig is om het gesprek te voeren. Het gaat er immers om de cliënt niet te overvallen. Je begint je verhaal dus in de ik-vorm, bijvoorbeeld met: ik moet u iets vervelends vertellen/ik vind het moeilijk, maar ik heb geen goed nieuws voor u/ik wil u er niet mee overvallen, maar ik moet u iets vervelends vertellen.

Fase twee is dat je het slechte nieuws kort en direct vertelt, zonder uitweiding of te veel toelichting. Wanneer de cliënt eraan toe is kan het nieuws altijd later nog verder uitgelegd of toegelicht worden.

Dan ga je naar de **derde fase**: je gaat in op de emoties die het slechte nieuws bij de ander heeft opgeroepen: schrik, woede of paniek, verdriet of teleurstelling, schuldgevoel of gevoelens van

machteloosheid, vaak ook in combinatie met frustratie. Toch is het niet zo dat in elk slecht nieuwsgesprek nadrukkelijk moet worden ingegaan op deze emoties en belevingen. Soms moet het omdat de cliënt in zijn of haar taalgebruik en lichaamstaal laat doorschemeren dat het slechte nieuws hem of haar raakt en verwart. Soms is het beter om er niet al te nadrukkelijk op in te gaan. Bijvoorbeeld als de cliënt laat merken dat het slechte nieuws is aangekomen, maar dat hij of zij nog niet in staat is hierover te praten. Het is niet altijd gemakkelijk om in te schatten wat je het beste kunt doen. Het beste is ook hier weer om actief te luisteren en de cliënt de ruimte te laten om voor zichzelf te beslissen of hij (zij) over de emoties wil praten.

Hierna volgt de **vierde fase**, waarin, indien nodig, het slechte nieuws verder wordt toegelicht. Slecht nieuws vraagt vaak om een toelichting. Een veelgemaakte fout is echter dat de toelichting veel te snel in het gesprek gegeven wordt, waardoor de cliënt zich er later niets meer van kan herinneren. Hij (zij) is nog zeer in beslag genomen door de eigen emoties om goed te kunnen luisteren. Het is daarom belangrijk dat je voldoende tijd en aandacht besteedt aan de derde fase, voordat je over kunt gaan naar deze vierde fase. Soms is het zelfs nodig om een nieuwe afspraak te maken, omdat de cliënt tijd nodig heeft een en ander te verwerken. Pas daarna kun je het slechte nieuws verder toelichten en de mogelijkheden verkennen die er nog zijn.

De **laatste fase** in het slecht nieuwsgesprek bestaat uit hulp aanbieden bij het probleem dat mogelijk ontstaat ten gevolge van het

slechte nieuws. Slecht nieuws kan problemen oproepen. Deze problemen kunnen zowel emotioneel als praktisch van aard zijn. Wanneer je slecht nieuws hebt gebracht, zul je ook moeten nagaan of er hierna hulp nodig is om de nieuwe problemen die nu zijn ontstaan op te lossen. In een aantal gevallen zal de cliënt zelf heel goed in staat zijn ze op te lossen of een manier vinden om ermee verder te leven. Maar soms ook is er verdere hulp nodig, bijvoorbeeld praktische hulp, emotionele steun, een luisterend oor of verdere cognitieve gedragstherapie.

VOORBEELD

T: Ik moet u iets vervelends vertellen.

C: O ja, wat dan?

T: Ik heb alles in het werk gesteld, maar de behandeling slaat niet aan.

C: Hoe bedoelt u?

T: We hebben er samen alles aan gedaan en alle mogelijke opties uitgeprobeerd, maar ik zie geen vooruitgang in de oplossing van uw problemen en klachten. We kunnen daarom beter stoppen met de therapie. Het heeft namelijk geen zin om door te gaan. Hoe voelt u zich hierbij?

C: Ik vind het heel erg jammer dat u me niet kunt helpen. Heb ik mijn tijd hier dan verdaan?

T: Nou, dat denk ik niet. U hebt in ieder geval op een goede manier geprobeerd om uw problemen aan te pakken. Cognitieve gedragstherapie werkt voor een heleboel mensen, maar voor sommige mensen werkt het nu eenmaal niet. U bent de afgelopen weken denk ik wel een heleboel te weten gekomen over uzelf.

C: Ja, dat klopt, wat dat betreft was het niet voor niets, maar ik vind het zo vervelend dat u me verder niet kunt helpen. Kunnen we niet gewoon doorgaan?

T: Nee dat gaat helaas niet. U zou daar niets aan hebben, want dit zou uw problemen niet verder verminderen. Ik kan u wel helpen om te kijken wat een andere behandeloptie van uw problemen zou kunnen zijn. Zullen we dat nu doen?

VERWIJSGESPREEK

Het is mogelijk dat de cliënt aan jou als therapeut niet genoeg heeft, dat de therapie niet voldoende werkt of dat de cliënt bij jou aan het verkeerde adres is. In deze gevallen zul je hem of haar moeten doorverwijzen naar hulpverlening waarvan jij denkt dat de cliënt die nodig heeft. Dit kan bijvoorbeeld de huisarts, een specialist of een psychiater zijn.

Bij verwijzingen gelden vier principes (Janssen, 1987). Ten eerste is de verwijzer er echt van overtuigd dat de grens van zijn of haar eigen deskundigheid of praktische mogelijkheden is bereikt. Als therapeut is het belangrijk dat je je bewust bent van je grenzen. Behoort de behandeling van een aspect of probleem van een cliënt niet tot jouw mogelijkheden, dan dien je hem/haar door te verwijzen naar een specialist op dat gebied. Dit is veel verstandiger dan zelf door te modderen, hoe goed je bedoelingen ook zijn.

Als verwijzer dien je geloofwaardige, duidelijke en overtuigende argumenten te hebben voor de verwijzing. Veel mensen laten zich niet zomaar verwijzen; je zult ze goed moeten kunnen uitlegen waarom je hen doorverwijst.

De verwijsprocedure moet duidelijk zijn, zowel voor de therapeut als voor de cliënt. De therapeut kan hiervoor foldermateriaal gebruiken van de specialist naar wie hij of zij de cliënt verwijst. Ook

is er vaak telefonisch overleg mogelijk met de specialist. Dit is in twijfelgevallen heel nuttig en kan een verkeerde verwijzing voorkomen. Hierna zal de therapeut de procedure duidelijk moeten uitleggen aan de cliënt.

Ten slotte dient het voor de verwijzer en de cliënt duidelijk te zijn of en hoe hun relatie na de verwijzing wordt voortgezet. De therapeut zal dus ook aan de cliënt duidelijk moeten maken of hij/zij na de verwijzing nog contact met de cliënt zal houden. Daarbij moet ook worden aangegeven wie hiertoe het initiatief zal nemen.

Het verwijzgesprek is in wezen niets anders dan een gesprek waarin advies wordt gegeven. Je adviseert de cliënt immers om de hulp van een derde in te roepen. Jij kunt de cliënt niet verplichten dit advies op te volgen. Je kunt de cliënt alleen maar proberen duidelijk te maken dat je denkt dat hij of zij er goed aan doet deze hulp in te schakelen.

De regels die ik hierboven besprak onder het kopje 'advies geven', gelden ook voor een verwijzgesprek. Ook gelden dezelfde eisen: als je verwijst ontleen je het recht van spreken aan je kennis van zaken, aan het vertrouwen dat de cliënt in je stelt en aan het feit dat de cliënt je toestemming heeft gegeven om advies uit te brengen.

Ook de gespreksvaardigheden die komen kijken bij het verwijzen zijn in wezen dezelfde als die je gebruikt bij het advies geven. Je begint je verhaal ook met een onthullende ik-boodschap, waarin je duidelijk maakt waarom je denkt aan een verwijzing. Daarna zul je actief naar de reactie van de cliënt moeten luisteren. Hoe duidelijk je ook bent

tijdens het verwijsgesprek, de kans blijft bestaan dat de cliënt schrikt, twijfelt, angstig wordt, teleurgesteld is of in verzet komt. Deze reactie zul je op moeten vangen en zo nodig kun je nogmaals je advies in de ik-vorm uitspreken.

MOTIVERENDE GESPREKSTECHNIEKEN

In lessenpakket 2 hebben we het gehad over motivatie. Hierbij zijn technieken aan bod gekomen om de cliënt te motiveren. Hier herhaal ik ze in het kort. Wanneer een cliënt zich vrijwillig aanmeldt voor de therapie laat hij of zij zien in beginsel gemotiveerd te zijn. Maar er zijn ook factoren, zoals gemakzucht of angst, die de voortgang van de therapie kunnen belemmeren. De cliënt dient dus tijdens het hele proces te worden gestimuleerd en gemotiveerd.

Een goede manier om de cliënt te motiveren is door het gebruik van rolmodellen, verhalen, beelden, metaforen, gezegden en citaten. Hierin kan de cliënt inspiratie vinden voor verandering.

Herinner je cliënt er nog eens aan waar hij (zij) vandaan is gekomen, wijs erop hoever hij (zij) nu al is gekomen. Samen kijk je dan terug op de klachten waarmee je cliënt binnenkwam en vergelijkt die met de problemen die hij (zij) nu ondervindt. Daarbij kun je als ondersteuning het vorderingenformulier uit lessenpakket 2 gebruiken.

Motiverend werkt ook het concentreren op de voordelen van verandering. Wanneer de cliënt ziet dat verandering veel voordelen en weinig nadelen heeft, stimuleert dat om aan de therapie te blijven deelnemen. Ga dus samen met je cliënt na welke voordelen er zitten aan veranderen. Hierbij

kun je het kosten/batenanalyse-formulier uit les-
senpakket 2 inzetten.

EETSTOORNISSEN

'Eetstoornissen' is een erg globale omschrijving, terwijl de aandoeningen die hieronder vallen over het algemeen een erg complexe problematiek hebben (Vandereycken, 2008). De belangrijkste aandoeningen in deze categorie zijn anorexia nervosa en boulimia nervosa. Daarnaast zal er ook nog kort aandacht besteed worden aan andere eetstoornissen zoals vreetbuien, pica (de neiging om niet-eetbare dingen op te eten) en ruminatie (het opgeven van voedsel om dit opnieuw te kauwen en in te slikken).

Abnormaal eetgedrag komt ook voor bij andere psychische stoornissen, maar in een secundaire rol. Bij de eetstoornissen is de rol van abnormaal eetgedrag echter primair en vormt het meest opvallende kenmerk.

Ook eetstoornissen kunnen door middel van cognitieve gedragstherapie behandeld worden. Deze behandeling is wetenschappelijk onderzocht en effectief bewezen. Cognitieve gedragstherapie is zelfs de best onderzochte en werkende behandeling bij boulimia nervosa (Vandereycken, 2008).

ANOREXIA NERVOSA

De meest bestudeerde eetstoornis is anorexia nervosa. Deze term is echter misleidend. Anorexia betekent letterlijk 'gebrek aan eetlust'. Het gaat hier echter niet om een gebrek aan eetlust, maar om onderdrukte eetlust. In essentie is het een kwestie van niet willen eten. Toch zullen veel mensen die aan deze stoornis lijden, zeker

in een gevorderd stadium, het beschrijven als 'niet kunnen eten'. Of ook: 'Het lijkt alsof iets je tegenhoudt of weerhoudt te eten' (Vandereycken, 2008).

ANOREXIA NERVOSA VOLGENS DE DSM-IV

De DSM-IV hanteert ook de term Anorexia Nervosa en de aandoening wordt gecodeerd met het nummer 307.1 (American Psychiatric Association, 2000). Het hoofdkenmerk van anorexia nervosa is het weigeren te eten of het lichaamsgewicht op peil te houden.

Het eerste criterium in de DSM-IV is dan ook weigering het lichaamsgewicht te handhaven op of boven een voor de leeftijd en lengte minimaal normaal gewicht. Daarnaast dient er intense angst aanwezig te zijn dat het gewicht toe zal nemen of dat men te dik zal worden. Dit terwijl er juist sprake is van ondergewicht. Ook heeft de betrokkene een verstoord beeld van haar (zijn) lichaamsgewicht of lichaamsvorm. Dit kan zich uiten in ontkenning: men ontkent dat men veel te weinig weegt en dat dit een ernstig gezondheidsrisico inhoudt. Maar het kan ook zijn dat dit uiterlijk en dit lage gewicht door de betrokkene juist als positief gewaardeerd wordt en een enorme invloed heeft op het oordeel over zichzelf. Het laatste criterium is dat betrokkene lijdt aan amenorroe. Dit wil zeggen: tenminste drie menstruele cycli achter elkaar dienen te zijn weggebleven. Uiteraard is dit alleen toepasbaar op vrouwen, al zijn er ook mannen die aan anorexia nervosa lijden.

BOULIMIA NERVOSA

Boulimia nervosa kenmerkt zich door herhaalde-

lijke eetbuien en een daarmee gepaard gaande overdreven bezorgdheid over het eigen lichaam, gewicht en uiterlijk. Boulimia nervosa wordt ook wel omschreven als een compromis tussen een oncontroleerbare eetdrang en de overheersende wens om slank te blijven. Wanneer er extreem veel gewichtsverlies optreedt (meer dan 15 procent onder het normale gewicht) dan wordt ondanks de vele eetbuien toch de diagnose anorexia nervosa gegeven. Vaak hebben cliënten die gediagnosticeerd worden met boulimia nervosa ook een periode van anorexia nervosa meegemaakt of hebben ze zich een tijd lang op een strikt vermageringdieet gezet omdat ze zouden lijden aan echte of vermeende zwaarlijvigheid (Vandereycken, 2008).

BOULIMIA NERVOSA VOLGENS DE DSM-IV

Ook in de DSM-IV heet het Bulimia Nervosa en het wordt gecodeerd met het nummer 307.51 (American Psychiatric Association, 2000). Als hoofdkenmerk van boulimia nervosa onderscheiden we natuurlijk de herhaaldelijke eetbuiten. Hierbij wordt een extreem grote hoeveelheid voedsel in een beperkt tijdbestek verorberd (de hoeveelheid voedsel is duidelijk groter dan de meeste mensen zouden eten in een vergelijkbaar tijdbestek) en daarbij treedt een gevoel van controleverlies op. Men heeft bijvoorbeeld het gevoel niet meer te kunnen stoppen of geen vat meer te hebben op de hoeveelheid die gegeten wordt.

Naast deze (vr)eetbuien treedt er herhaaldelijk compensatiegedrag op om gewichtstoename te voorkomen. Zulk compensatiegedrag kan zijn het zelf opwekken van braken, vasten, een strikt dieet volgen, overdreven veel lichaamsinspanningen

leveren, laxeermiddelen gebruiken of een combinatie van dit alles. Iemand dient de eetbuien en het compensatiegedrag gemiddeld tenminste twee maal per week gedurende drie maanden te vertonen voordat de diagnose boulimia nervosa mag worden gesteld. Daarnaast worden de eetbuien en het compensatiegedrag (inclusief de daarbij horende zelfbeoordeling) bij boulimia nervosa natuurlijk buitengewoon beïnvloed door lichaamsomvang en gewicht.

Ten slotte is het belangrijk dat de bovenstaande kenmerken niet alleen voorkomen tijdens perioden waarin ook anorexia nervosa voorkomt, want dan wordt altijd de voorkeur gegeven aan de diagnose anorexia nervosa.

OVERIGE EETSTOORNISSEN

Naast anorexia nervosa en boulimia nervosa zijn er nog andere eetstoornissen te benoemen, zoals vreetbuienstoornis (waarbij alleen vreetbuien optreden en er geen compensatiegedrag is, pica, ruminatie en misschien obesitas (ernstig overgewicht)). Over deze overige eetstoornissen is op het moment echter heel veel discussie (Vandereycken, 2008). Tot de categorie 'eetstoornis niet anders omschreven', behoren vooral de stoornissen die niet aan alle diagnostische kenmerken van de typische eetstoornissen (anorexia nervosa en boulimia nervosa) voldoen. De eetstoornis kan niet anders omschreven en vooral gezien worden als een restcategorie. Hiertoe behoren ook vreetbuienstoornis, pica en ruminatie. Pica en ruminatie zijn echter vrij zeldzaam.

VREETBUIENSTOORNIS

Vreetbuienstoornis wordt gekenmerkt door regelmatig terugkerende eetbuien. Daarbij wordt er

echter, in tegenstelling tot bij boulimia nervosa, geen compensatiegedrag vertoond. Pica is een stoornis waarbij herhaaldelijk niet voor consumptie bedoelde stoffen worden gegeten. Dit kunnen allerlei oneetbare substanties zijn zoals klei, aarde, zand, kledingstof, verf, papier, bladeren, haar of insecten. Er bestaat ook een variant waarbij ontlasting (feces) wordt gegeten. Deze variant heet coprofagie. Een andere eetstoornis uit de restcategorie in de DSM-IV is ruminatie. Deze term betekent letterlijk herkauwen en komt voor in de zuigelingenleeftijd. Bij ruminatie wordt herhaaldelijk de maaginhoud weer opgegeven. Soms wordt die na kauwbewegingen weer ingeslikt, maar vaker wordt ze uitgespuugd. De baby in kwestie lijkt er echter geen problemen mee te hebben. Er ligt dus geen misselijkheid aan ten grondslag of een probleem met de spijsvertering. Wel vertonen deze zuigelingen gewichtsverlies of komen ze niet aan volgens de verwachte groei-curve.

OBESITAS

In principe zou ook obesitas (ernstig overgewicht) een eetstoornis kunnen zijn. Hierbij komen vaak eetproblemen voor en ook psychologische factoren kunnen een belangrijke rol spelen bij het ontstaan en voortduren van overgewicht. Ondanks de aanwezigheid van eetproblemen lijkt obesitas toch niet een echte eetstoornis te zijn. Vaak is het probleem namelijk geworteld in een complex samenspel van erfelijke- en opvoedingsfactoren en is de psychische oorzaak hieraan ondergeschikt.

EETSTOORNIS NAO VOLGENS DE DSM-IV

Ook de DSM-IV kent een derde diagnose binnen de eetstoornissen: Eating Disorder not Otherwise Specified, code 307.50 (American Psychiatric Association, 2000).

De eetstoornis niet anders omschreven is eigenlijk een restcategorie voor eetstoornissen die niet voldoen aan de criteria van de specifieke eetstoornissen (anorexia nervosa en boulimia nervosa) (American Psychiatric Association, 2000).

Voorbeelden van stoornissen die onder deze categorie behoren zijn:

- gevallen waarin aan alle criteria van anorexia nervosa wordt voldaan, maar waarbij vrouwen nog wel regelmatig menstrueren
- gevallen waarin aan alle criteria van anorexia nervosa wordt voldaan, maar waarbij het lichaamsgewicht, ondanks significant verlies, nog wel binnen de normale grenzen ligt
- gevallen waarin aan alle criteria van boulimia nervosa wordt voldaan, maar waarbij de vreetbuien en het compensatiegedrag minder dan tweemaal per week of gedurende een periode korter dan drie maanden voorkomen
- gevallen waarbij iemand met een normaal lichaamsgewicht inadequaate compensatiegedrag vertoont na het eten van juist kleine hoeveelheden voedsel (iemand wekt bijvoorbeeld braken op na het eten van een normale avondmaaltijd)
- gevallen waarin iemand steeds kauwt op grote hoeveelheid voedsel, maar het niet doorslikt en tenslotte uitspuugt
- vreetbuienstoornis
- pica
- ruminatie.

ONTSPANNING BRENGENDE INTERVENTIES

Ontspanning brengende interventies, ook wel ontspanningstechnieken genoemd, dienen in het algemeen om stress te verminderen. Ze worden om verschillende redenen ingezet binnen de cognitieve gedragstherapie (Hermans, Eelen, Orlemans, 2007). Traditioneel gebeurde dat in combinatie met exposure. Dit noemt men ook wel systematische desensitisatie (SD). Dit houdt in dat de cliënt zich een beangstigende stimulus voor de geest haalt (exposure) en dat hij of zij, wanneer de angst voelbaar stijgt, zich weer kan ontspannen (ontspanningstechniek). In lessenpakket 10 van deze cursus lees je hier meer over.

Ontspanningstechnieken kunnen ook onafhankelijk van exposure worden ingezet. We maken een onderscheid tussen het gebruik van ontspanningstechnieken als voornaamste behandelmethode en het gebruik ervan als hulp-interventie. Als voornaamste behandelmethode worden ze ingezet bij migraine, spanningshoofdpijn en paniekstoornissen (Öst, 1987). Als hulpinterventie worden ze toegepast wanneer het algemene angstniveau van de cliënt te hoog is om andere interventies in te zetten of wanneer de cliënt, geconfronteerd met de angstopwekkende stimulus, bang is de controle te verliezen. In deze gevallen worden ontspanningstechnieken als hulpinterventie ingezet om de cliënt te motiveren of om de behandeling te vergemakkelijken.

Er bestaan zeer veel soorten ontspanningstechnieken, alleen al in yoga, tai chi, hypnose en meditatie. Sommige technieken zijn daarbuiten ook erg populair, zoals de buikademhaling. Hier

zullen een aantal simpele ontspanningstechnieken bespreken, die eenvoudig kunnen worden ingezet binnen de cognitieve gedragstherapie. Een wat ingewikkelder interventie is de toegepaste relaxatie, die eveneens wordt gebruikt in de cognitieve gedragstherapie, evenals autogene training. Deze laatste techniek valt buiten het bestek van deze cursus. Voor een volledig overzicht van autogene training en andere ontspanningstechnieken, verwijs ik je dan ook naar de Basis cursus Ontspanningstechnieken van de SORAG-Akademie. Hier behandelen we slechts het stressdagboek, visualisatie, ademhaling en toegepaste relaxatie.

STRESSDAGBOEK

Wanneer er een cliënt in je praktijk komt die te vaak last heeft van stress, kan het verstandig zijn om in eerste instantie te adviseren een stressdagboek bij te gaan houden. Dit is in feite een registratieopdracht, waarmee de belangrijkste stressfactoren in het leven van de cliënt zichtbaar worden gemaakt. Ook leert het stressdagboek de cliënt zijn (haar) lichamelijke, emotionele of gedragsmatige negatieve reacties op deze bronnen van stress te herkennen (Brewer, 2004).

STAPPENPLAN

De registratieopdracht het stressdagboek kan worden uitgevoerd in vier stappen (Brewer, 2004).

Stap 1. De therapeut legt uit waarom het verstandig is dat de cliënt tenminste één week lang een stressdagboek bijhoudt, bijvoorbeeld door te zeggen: 'Zo kunnen we erachter komen wat voor u de belangrijkste bronnen van stress zijn. Bovendien wordt u zich er dan beter van bewust hoe u op stress reageert.'

Stap 2. De therapeut legt uit hoe het stressdagboek werkt. Dat komt hierop neer: neem voor iedere dag een vel papier en verdeel dit in vijf kolommen. Boven de kolommen schrijft men van links naar rechts: tijd, situatie, gevoelens, negatieve reactie en corrigerende actie. Dit papier dient men steeds bij zich te hebben. Zodra er iets gebeurt dat stress oproept, wordt dit genoteerd. Het is belangrijk om de gevoelens en de negatieve reactie zo nauwkeurig mogelijk te beschrijven. Verder moet er een corrigerende actie worden bedacht, die een dergelijk incident voortaan minder stressvol zal maken.

Stap 3. De cliënt voert deze opdracht gedurende een week uit.

Stap 4. In de volgende therapiesessie bespreken de cliënt en de therapeut samen het resultaat. Ze bekijken hierbij wat voor de cliënt de meest voorkomende oorzaken van stress zijn. Ze bekijken wat de meest stressvolle situaties waren, wat de reactie van de cliënt hierop was en hoe de cliënt anders had kunnen reageren. Tenslotte bespreken ze hoe de cliënt zijn (haar) reactie op een stressvolle gebeurtenis kan veranderen en hoe hij (zij) dit in het dagelijks leven het beste kan implementeren.

VISUALISATIE

Visualiseren is denken in beelden. De hersenen maken geen onderscheid tussen echte en fantasiebeelden; met de ogen dicht kunnen we dus eigenlijk ook 'zien'. Dat betekent dat de beelden die door de fantasie worden opgeroepen, een even grote zeggingskracht kunnen hebben als de beelden die door het licht op het netvlies worden geprojecteerd. Visualisatie kan stress in het dagelijks leven doen verminderen, bijvoorbeeld door in de fantasie een idyllisch toevluchtsoord te cre-

eren waar men altijd naartoe kan als de situatie te stressvol wordt. (Brewer, 2004). Hieronder een voorbeeld van hoe dit in zijn werk gaat. Het voorbeeld wordt meteen gepresenteerd in de vorm van een stappenplan.

STAPPENPLAN

Deze visualisatieopdracht wordt uitgevoerd in vier stappen (Brewer, 2004).

Stap 1. De cliënt zit ontspannen op een comfortabele plek, met de ogen dicht en krijgt de opdracht in gedachten naar een klein, onbewoond eiland te gaan.

Stap 2. Laat de cliënt deze denkbeeldige wereld in gedachten verkennen. De volgende opdracht kan hierbij helpen: 'Verken de goudgele stranden, de groenblauwe zee en de weelderige tropische planten. Doe dit met alle zintuigen en let op alle details. Voel de wind door uw haren en de warme zon op uw huid. Wat voelt u allemaal nog meer? Geniet van alle felgekleurde bloemen en de lekkere geuren. Wat ziet u en ruikt u? Luister naar de geluiden op dit eiland, het ruisen van de zee, het ruisen van de bladeren aan de bomen. Wat hoort u allemaal?' Het is heel belangrijk dat de cliënt tijdens de eerste visualisatie goed op alle details let. Alleen dan kan hij of zij de denkbeeldige wereld in tijden van stress gemakkelijk terugvinden.

Stap 3. Laat de cliënt vervolgens van deze wereld genieten tot hij of zij volledig ontspannen is. Pas wanneer je merkt dat de cliënt er klaar voor is, geef je de opdracht om terug te komen in de realiteit.

Stap 4. De cliënt kan deze oefening zelf herhalen in tijden van stress.

ADEMHALINGSOEFENING

Rustig en bewust ademen maakt rustig. De aandacht richten op de eigen ademhaling, is dan ook belangrijk bij het bereiken van ontspanning. Iemand die snel in paniek raakt, heeft er zeer veel baat bij om dit te leren.

Een goede, rustige ademhaling kan als volgt worden bereikt (Brewer, 2004). Bij het inademen duwt men de buik naar voren alsof er een ballon in opgeblazen wordt. Men legt hierbij de hand op de buik om te voelen hoe deze uitzet. Het is belangrijk dat de borstkas zo min mogelijk beweegt. Tijdens het uitademen laat men bewust de schouders zakken en drukt alle lucht uit de buik, als water uit een natte spons. Deze oefening wordt volgehouden totdat er rust is bereikt.

STAPPENPLAN

Deze simpele ademhalingsoefening kan uitgevoerd worden in drie stappen (Brewer, 2004).

Stap 1. De cliënt ligt op de grond met de ogen dicht en de armen losjes naast zich. Vervolgens ademt men langzaam in door de neus en visualiseert tegelijkertijd hoe de longen zich vullen met lucht. Wanneer de maximale longcapaciteit is bereikt, houdt men de adem even in. Vervolgens ademt men, door de neus, langzaam uit, tot de longen helemaal leeg zijn.

Stap 2. Geef de cliënt de opdracht om iedere volgende inademing kort te houden, twee tot drie seconden en elke volgende uitademing steeds iets langer te laten duren, tot deze ongeveer acht seconden duurt.

Stap 3. Laat de cliënt op deze manier ademen zolang hij of zij wil. Let erop dat ademhaling regelmatig en langzaam blijft. Het is dus niet de bedoeling snel uit te ademen en vervolgens met

inademen te wachten tot de acht seconden voorbij zijn.

SPECIALE INTERVENTIES BIJ DE BELANGRIJKSTE PSYCHOLOGISCHE PROBLEMEN

De rest van dit lessenpakket is gewijd aan speciale interventies die kunnen worden ingezet bij angst, depressie, obsessies en/of compulsies en trauma. Zoals je geleerd hebt in lessenpakket 2, is bij deze psychische klachten de eerste interventie een informerende interventie; althans binnen de cognitieve gedragstherapie. De therapeut geeft uitleg over de stoornis en over de behandeling daarvan, volgens het cognitief gedragstherapeutisch principe. We noemen dit ook wel psycho-educatie. Het begrip psycho-educatie in het algemeen verwijst naar een reeks educatieve of opvoedkundige interventies om mensen te leren omgaan met hun beperkingen:

- door hen (en hun omgeving) kennis erover te laten vergaren
- door hen (en hun omgeving) ermee te leren omgaan
- door hun zelfvertrouwen te vergroten, zodat ze de beperking leren accepteren.

Gaat het om kinderen en jongeren, dan zal de therapeut de informatie zo 'vertalen', dat die aansluit bij hun ontwikkelingsniveau. Psycho-educatie is hoe dan ook de eerste interventie die je als cognitief gedragstherapeut uitvoert.

ANGST

Krijg je te maken met een kind met angstklachten, dan zul je het kind aan het begin van de behandelingsfase uitleggen wat angst is. Je kunt daarbij op zoek gaan naar materiaal om angst

te verduidelijken: boeken of prentenboeken, filmpjes of websites. Wat je het kind wilt laten weten, komt ongeveer hierop neer: iedereen voelt zich wel eens onrustig, angstig, gespannen of gestrest. Vaak hebben we daar een reden voor, er komt bijvoorbeeld een belangrijk proefwerk of een belangrijke wedstrijd. Als je dat eenmaal achter de rug hebt, voel je je beter, ook al is het niet zo goed gegaan. Het kan echter ook gebeuren dat angstgevoelens hardnekkig worden; dat je er steeds vaker en steeds langer last van hebt. Dat kan zo erg worden dat je op het laatst niet meer de dingen durft te doen die je graag zou willen doen, dingen die je leuk vindt. Dan is het verstandig om door middel van cognitieve gedragstherapie te leren hoe je je angst de baas kunt worden (Stallard, 2006).

ANGST HERKENNEN

Het is belangrijk om angst te leren herkennen. Daarom zul je als therapeut eerst aan het kind uit moeten leggen wat angstgevoelens precies zijn en welke lichamelijke reacties ze veroorzaken: de zogenaamde vlucht- of vechtreacties. Het lichaam maakt zich als het ware klaar om weg te rennen of om te vechten. Dat gaat gepaard met een droge mond, een licht of wee gevoel in je hoofd en buik, hoofdpijn, wazig zien, een trillende stem, hartkloppingen, een versnelde hartslag, een brok in je keel, een rood hoofd; je krijgt het warm, je haalt moeilijker adem, je benen trillen, je hebt klamme handen en je moet naar de wc. Dat is wat angst met je doet. Al die verschijnselen zijn dus tekenen van angst (Stallard, 2006). Het is belangrijk dat het kind erachter komt welke angstsignalen het zelf vertoont en welke het sterkst zijn. Zo leert het kind angst bij zichzelf herkennen. Afhankelijk van de leeftijd van het kind kun je hiervoor

verschillende technieken inzetten, zoals het therapeutisch gesprek, de socratische dialoog; poppenspel, tekenen, verhalen vertellen, stripverhalen, een quiz of spelletjes.

ONTSPANNEN

Angstgevoelens kun je onder controle houden door je te ontspannen; dat is wat het kind dient te weten en wat je hem of haar laat ervaren. Ontspannen kan iedereen leren. Er zijn verschillende manieren voor: spierontspanning, lichaamsbeweging, aan iets anders denken, iets anders gaan doen, je ademhaling controleren of het visualiseren van een rustgevende plek (Stallard, 2006). Het is belangrijk dat het kind leert wat voor hem of haar het beste werkt. Het één werkt soms beter dan het andere. Dat hangt niet alleen af van het kind, maar ook van de situatie.

Spierontspanning

Spierontspanning is een oefening waarbij de belangrijkste spiergroepen systematisch gespannen en ontspannen worden. Deze oefening duurt gewoonlijk ongeveer 10 minuten en helpt erg goed als een kind zich constant gespannen en geïrriteerd voelt. Tijdens deze oefening moet het kind op een stoel gaan zitten en krijgt de volgende instructies (Stallard, 2006):

- Begin met het aan- en ontspannen van de armen en handen. Maak eerst vuisten. Houd de spanning 5 seconden vast en ontspan dan je handen. Nu de armen. Steek ze recht vooruit. Houd de spanning 5 seconden vast. Ontspan. Let op het verschil in gevoel tussen aanspannen en ontspannen.
- Nu de benen en de voeten. Laat je tenen naar beneden wijzen. Houd 5 seconden vast. Ont-

span. Hef nu je benen langzaam op en strek ze naar voren. Houd 5 seconden vast. Ontpan. Let weer op het verschil in gevoel tussen aanspannen en ontspannen.

- Nu de buik. Maak je buik bol door je buikspieren aan te spannen. Houd 5 seconden vast. Ontspan. Adem in en houd je adem 5 seconden vast. Uitademen en de buikspieren volledig ontspannen.
- We gaan verder met de schouders. Trek je schouders op naar je oren. Houd 5 seconden vast. Ontspan. Laat je schouders hangen.
- Nu is de nek aan de beurt. Druk je hoofd naar achteren tegen de stoel. Houd de spanning 5 seconden vast. Ontspan.
- Als laatste is het gezicht aan de beurt. Knijp je ogen stijf dicht en pers je lippen op elkaar. Houd dat 5 seconden vast. Ontspan.
- Ontspan nu alle spieren in je hele lichaam. Aan het eind van deze oefening voelt het kind zich volledig ontspannen. Deze oefening is een variatie op de toegepaste relaxatie uit lessenpakket 7. Heeft een kind zoveel moeite met ontspannen dat deze oefening niet voldoende werkt, dan kun je natuurlijk ook het volledige toegepaste relaxatie-programma inzetten.

Lichaamsbeweging

Ook lichaamsbeweging helpt ontspannen. Laat het kind een flink eind rennen, een lange wandeling maken, fietsen of zwemmen. Lichaamsbeweging kan het kind helpen de angstgevoelens kwijt te raken en zorgen dat het kind zich beter voelt (Stallard, 2006).

Aan iets anders denken of iets anders gaan doen
De derde manier om te ontspannen is denken aan iets anders of iets anders gaan doen. Het moet dan wel iets zijn waar het kind in op kan gaan. Dat kan van alles zijn: computerspelletjes, lezen, tv kijken, dvd kijken, naar muziek luisteren of zelf muziek maken (Stallard, 2006). Je bespreekt samen wat het gaat worden. Op het moment dat de negatieve gedachten of de angstgevoelens zich weer aan het kind opdringen, gaat het kind meteen datgene doen wat je hebt afgesproken. Hoe meer het kind kan opgaan in die activiteit, hoe verder de negatieve gedachten en gevoelens op de achtergrond raken.

Concentreren op de ademhaling

Concentreren op de ademhaling kan helpen te ontspannen en angst te verminderen. Deze interventie kan goed worden ingezet wanneer het kind plotseling een angstig of gespannen gevoel krijgt, maar geen tijd (meer) heeft om ontspanningsoefeningen te doen of te gaan bewegen. (Zie ook lessenpakket 7 bij de ontspanning brengende interventies.) De volgende ademhalingsoefening kan zowel bij kinderen als bij volwassenen worden gebruikt (Stallard, 2006):

- Adem langzaam en diep in. Houd je adem een paar seconden vast en adem dan heel langzaam uit.
- Zeg tijdens het uitademen in gedachten tegen jezelf: 'Ontspan je'. Herhaal deze oefening een aantal keren. Voel hoe je per keer rustiger wordt. Krijg zo de controle over je eigen lichaam terug.

Visualisatie

De visualisatie van een rustgevende plek is ook al besproken in lessenpakket 7. Voor een kind kun je het op een soortgelijke manier gestalte geven

(Stallard, 2006). Laat het kind aan een rustgevende plek denken. Deze plek kan echt bestaan, maar ook denkbeeldig zijn. Roep het beeld zo levendig mogelijk op bij het kind, door vragen te stellen als:

- Wat zie je? (Bijvoorbeeld een strand met palm bomen of een plekje in het bos)
- Welke geluiden hoor je? (Bijvoorbeeld het geluid van de branding, van meeuwen, of het geruis van boomblaadjes en het zingen van vogels).
- Wat ruik je? (Bijvoorbeeld de zilte geur van de zee of de geur van bloemen).
- Wat voel je? (Bijvoorbeeld de warme zon op je huid).

Het oproepen van deze rustgevende plek dient een aantal keren te worden geoefend, totdat dit het kind makkelijk afgaat. Het kind krijgt vervolgens de opdracht in tijden van stress en angst terug te gaan naar deze rustgevende plek. Het is heel belangrijk dat het kind deze oefening regelmatig blijft doen, om er op momenten van stress ook echt op te kunnen vertrouwen.

ZORGELIJKE GEDACHTEN BENOEMEN

Naast de psycho-educatie en het leren ontspannen, is het belangrijk vast te stellen welke negatieve, kritische of zorgelijke gedachten het kind allemaal heeft. Kinderen (en volwassenen) die lijden aan angst, hebben vaak heel erg negatieve gedachten; ze hebben geen oog voor wat ze wel goed doen; ze verwachten vaak dat er iets ergs gebeurt; ze hebben een negatieve kijk op de toekomst en menen vaak dat andere mensen negatief over hen denken (Stallard, 2006). De belangrijkste denkfouten bij angst zijn dan ook: doemdenken, negatief filteren, positieve dingen wegwuiven, waarzeggerij en gedachten lezen.

Het is daarom belangrijk dat het kind bij gaat houden welke negatieve gedachten het precies heeft. Dit kan bijvoorbeeld door middel van een registratieopdracht zoals de ABC-methode (lessenpakket 6).

NEGATIEVE GEDACHTEN TOETSEN

Daarnaast is het belangrijk dat het kind de negatieve gedachten gaat toetsen. Dit doet het kind door alle bewijzen die de gedachte bevestigen en alle bewijzen die de gedachte tegenspreken, op te schrijven en een gedragsexperiment te bedenken om de gedachten uit te dagen. De ABC-methode 2 kan het kind helpen de positieve dingen te ontdekken die het heeft genegeerd of over het hoofd gezien. Voor jongere kinderen kan deze methode worden aangepast. De belangrijkste onderdelen zijn dan: de negatieve gedachten die het vaakst opkomen, de bewijzen die deze gedachten bevestigen, de bewijzen die deze gedachten tegenspreken en een experiment om de gedachten te toetsen. Eventueel kun je ook nagaan welke denkfouten het kind maakt.

GEDACHTEN VERANDEREN

Naast het toetsen van negatieve gedachten kan het erg belangrijk zijn om ze te veranderen, zodat het positieve gedachten worden. Op een positievere manier over dingen denken maakt minder angstig (Stallard, 2006). Geef het kind daarom de opdracht om wanneer hij of zij zich zorgen maakt of angstig is, zijn of haar negatieve gedachten te veranderen in positieve gedachten. Een gedachte als: 'Haast niemand praat met mij op school' kan veranderd worden in: 'Toevallig heeft Kim gisteren voor het eerst wat tegen mij gezegd'.

ANGSTEN ONDER OGEN ZIEN

Om angst de baas te kunnen worden, zal het kind zijn eigen angsten onder ogen moeten durven zien. Dit kan door het inzetten van de verschillende exposuretechnieken die besproken zijn in lessenspakket 6. Het is raadzaam om ze nog eens goed door te lezen, want hier zal ik ze slechts kort bespreken.

In grote lijnen werkt exposure als volgt. Het is belangrijk dat het kind allereerst vaststelt waarvoor het zo bang is en welke angst het dus onder ogen moet zien. Vervolgens wordt deze angst tegemoet getreden in kleine stappen (de angsthiërarchie) en wordt het kind imaginair of in werkelijkheid blootgesteld aan het eerste item op de angsthiërarchie. Zo wordt de hele angsthiërarchie afgewerkt tot het kind alle angsten heeft overwonnen. Ook nu is het erg belangrijk dat het kind gemotiveerd blijft. Vergeet daarom niet van tijd tot tijd een pluim of compliment te geven. Moedig het kind ook aan zichzelf te prijzen. Het is immers niet niks om je angsten de baas proberen te worden (Stallard, 2006).

DEPRESSIE

Ook bij depressie is de eerste interventie het geven van informatie over wat deze stoornis inhoudt en hoe men deze kan behandelen volgens het cognitief gedragstherapeutisch principe. Als de cliënt nog erg jong is, zul je voor de psycho-educatie eenvoudige bewoordingen moeten gebruiken en ook hier kun je dit ondersteunen met boeken, beeldmateriaal of websites.

PSYCHO-EDUCATIE

De uitleg die je geeft houdt ongeveer het volgende in (Stallard, 2006). Iedereen voelt zich wel eens somber of ongelukkig. In de meeste gevallen komen en gaan deze gevoelens, maar soms blijven ze constant aanwezig en gaan ze overheersen. Het lijkt dan net of je ze niet meer kunt veranderen. Je merkt dat je vaak huilt, vaak zonder te weten waarom precies. Je hebt slaapproblemen: niet kunnen slapen of alleen maar willen slapen. Je bent voortdurend moe en energieloos, je hebt concentratieproblemen. Je bent opgehouden leuke dingen te doen, je gaat veel minder uit of naar vrienden, je bent het liefst alleen. Uiteindelijk word je depressief, maar nu is het tijd om terug te gaan vechten. Dit kunnen we doen door middel van cognitieve gedragstherapie.

Ook is het belangrijk het kind uit te leggen dat lichaamsbeweging noodzakelijk is. Als iemand zich somber voelt, is het erg moeilijk om in beweging te komen. Alles is te veel. Alles is te vermoeiend. Leg het kind uit dat het zelf invloed kan hebben op hoe het zich voelt. Het dient zelf dingen te gaan doen die ervoor zorgen dat het zich beter gaat voelen. Dat is hard werken en in het begin zeker niet gemakkelijk, maar het is de enige manier om uit het dal te komen. Laat het kind ook tegen anderen vertellen dat het bezig is te vechten tegen de depressie. Mensen uit de omgeving van het kind kunnen dan helpen, steunen en aanmoedigen (Stallard, 2006).

ACTVITEITENDAGBOEK

Wie zich somber voelt, komt haast nergens toe. Het is daarom belangrijk dat de cliënt gaat registreren wat hij/zij doet en hoe hij/zij zich hierbij

voelt. Ook wanneer iemand alleen maar in bed ligt, moet dit worden geregistreerd. Deze registratieopdracht noemen we het activiteitendagboek (Stallard, 2006). De opdracht luidt als volgt. Schrijf voor elk uur op een vel papier wat je hebt gedaan. Kies een getal tussen de 1 en de 10 uit om je stemming aan te geven. Het getal 1 staat voor 'ik voel me verschrikkelijk naar' en het getal 10 staat voor 'ik voel me bijzonder goed'.

Bijvoorbeeld:

10.00 uur: in bed liggen, stemming 3

11.00 uur: in bed liggen, stemming 2

12.00 uur: rondhangen in mijn slaapkamer,
stemming 1

13.00 uur: naar beneden gegaan, gegeten met
mijn zus, stemming 6

14.00 uur: samen met mijn zus muziek
geluisterd, stemming 6

15.00 uur: in mijn kamer zitten denken,
stemming 2

Op deze manier kan het kind leren inzien dat je je vaak het vervelendst voelt als je niets doet. Dat inzicht kan het kind stimuleren weer in beweging te komen.

LEUKE DINGEN ONTDEKKEN

Om de depressie tegen te gaan is het belangrijk dat het kind plezier maakt. Maar het is vaak juist gestopt met hobby's, met ergens naartoe gaan, gestopt met vrienden bezoeken, gestopt met sport, met uitgaan, enzovoort, eenvoudigweg omdat het er de fut niet meer voor had. Het is daarom belangrijk dat het kind of de jongere de leuke dingen van het leven weer gaat ontdekken (Stallard, 2006). De eerste opdracht is nu: maak een lijst van dingen die je altijd leuk vond en die je graag deed. De tweede opdracht is: kies iets van deze lijst en ga dat weer doen. Deze opdracht kan

heel moeilijk zijn, dus is het belangrijk iets 'kleins' te pakken: bijvoorbeeld elke dag vijf minuten muziek luisteren. Wanneer het kind weer plezier krijgt in de activiteit die het heeft uitgekozen, kan iets 'groters' worden gekozen, bijvoorbeeld elke dag vijf minuten een instrument bespelen of een balletje trappen.

Misschien klaagt het kind dat die activiteiten helemaal niet meer zo leuk zijn als vroeger. Dit is niet erg. Het kan namelijk even duren eer hij (zij) er weer plezier in begint te krijgen. In de tussentijd is het belangrijk je cliënt uit te leggen dat het goed is om op die manier tegen de depressie te vechten, want hoe drukker je het hebt, hoe minder tijd er overblijft om naar negatieve gedachten te luisteren (Stallard, 2006).

VASTSTELLEN VAN NEGATIEVE GEDACHTEN

Naast de psycho-educatie en het leren ontspannen is het belangrijk te weten te komen welke negatieve gedachten het kind heeft. We hebben al gezien dat sombere, depressieve mensen en kinderen vaak zeer negatieve gedachten koesteren. Ze zien alles negatief, hebben geen oog voor positieve dingen of negeren deze en als er iets misgaat zoeken ze de schuld veel te vaak bij zichzelf. Ze hebben een negatieve kijk op de toekomst, menen dat andere mensen negatieve dingen over hen denken en betrekken iets dat verkeerd gaat, vaak ook op andere aspecten van hun leven. Bijvoorbeeld: het verliezen van een wedstrijd leidt tot de gedachte: 'Ik kan ook helemaal niets' (Stallard, 2006).

De belangrijkste denkfouten bij depressie zijn dan ook: doemdenken, zwart-wit denken, over-

generaliseren, negatief filteren, positieve dingen wegwuiven, waarzeggerij en gedachten lezen. Het kind komt hierdoor in een vicieuze cirkel. Hoe vaker het naar de negatieve gedachten luistert, hoe meer het erin gaat geloven en des te minder komt het tot activiteiten en des te naarder gaat het zich voelen. Daarom is het registreren van de negatieve gedachten zo belangrijk. Zo krijgt het kind of de jongere inzicht in de eigen negatieve gedachtepatronen en ontdekt zelf gevangen te zitten in een vicieuze cirkel (Stallard, 2006). Hiertoe kan men een registratieopdracht inzetten zoals de ABC-methode, waarmee de negatieve gedachten en de bijbehorende denkfout worden opgespoord.

AANPAK

Wanneer het kind ontdekt welke negatieve gedachten er allemaal in zijn hoofd rondcirkelen en de negatieve spiraal herkent waarin het gevangen zit, kan de volgende stap worden gezet. Je kunt het kind leren deze gedachten te stoppen. Dat kan door middel van de 'of'-vraag, die ik hieronder uitleg, of door middel van het stopmechanisme zoals beschreven in lessenspakket 7. Het kind kan nu ook, door middel van kleine succeservaringen in de therapie, leren succes te aanvaarden en er gewoon blij mee te zijn. Kijken hoe anderen dingen aanpakken is ook zinvol. Door positieve zelfspraak kan het kind leren gebeurtenissen niet te belangrijk te maken, en door het uitvoeren van gedragsexperimenten, die in lessenspakket 9 aan de orde komen, leert het kind op te houden met negatieve voorspellingen te doen. In plaats daarvan leert het om gewoon te kijken wat er in werkelijkheid gebeurt.

VOORBEELD

Bij de 'of'-vraag denkt het kind of de jongere na over alle mogelijke oplossingen voor zijn probleem. Deze oefening kan vooral erg nuttig zijn bij uitstelgedrag (Stallard, 2006). Een voorbeeld:

Koos wil graag naar het halloweenfeest in het pretpark bij hem in de buurt, maar wil niet in zijn eentje gaan. Hij denkt dat er toch niemand meewil, dus hij blijft het maar uitstellen om iets te regelen. De therapeut leert hem de techniek van de 'of''-vraag om het probleem aan te pakken. Het resultaat: 'Ik kan mijn vriend Tim vragen of ... ik kan kijken of Jonathan mee wil of ... ik kan Bram mee vragen of ... ik kan mijn zusje Liezelotte meevragen of ... ik kan aan mijn ouders vragen of we met de hele familie gaan of ... ik kan mijn neef Ronald uitnodigen.' Zo komt Koos erachter dat er best een hoop mensen zijn die misschien wel meewillen. Dat stimuleert. Gewoon maar beginnen met ze te vragen en het lijstje afwerken. Er zal toch wel iemand zijn die meewil!

OEFENEN IN SUCCES

Wanneer een kind geen nieuwe uitdagingen of situaties meer aandurft, omdat het bang is te falen, kan 'oefenen in succes' uitkomst bieden. Dit houdt simpelweg in dat het kind of de jongere zich gaat voorstellen dat hij wel succes heeft. Het gaat als volgt (Stallard, 2006). Laat het kind eerst een concrete situatie bedenken. Denk na over de stappen die het kind in die situatie moet nemen om te slagen en leg die stappen uit aan het kind. Laat het kind die stappen nu in gedachten succesvol uitvoeren. Het gaat er natuurlijk om de gedachten zo gedetailleerd mogelijk uit te werken, zodat het kind erin kan opgaan. Doe deze oefening een paar keer met kind. Zo wordt het hebben van succes

voor het kind reëler en tastbaarder. Het kan zich nu indenken dat het best wel succes kan hebben, al is het misschien niet makkelijk.

KIJKEN WAT ANDEREN DOEN

Het kan ook heel nuttig zijn voor het kind om eens naar iemand te kijken die wel het gewenste succes heeft, om de kunst af te kijken. Je vraagt je cliënt dus of hij (zij) misschien zo iemand kent en zo ja, dan geef je het kind opdracht om die persoon te observeren. Hoe pakt die het aan? Het kind of de jongere kan hiervan leren wat of hij (zij) zelf zou moeten doen in een soortgelijke situatie.

POSITIEVE ZELFSPRAAK

Positieve zelfspraak is een gesprek met jezelf over wat wél goed gaat. Het ontspant en geeft meer zelfvertrouwen. Twijfels en zorgen worden hiermee onder controle gehouden. Het is daarom belangrijk dat het kind op een positieve manier tegen zichzelf praat om door moeilijke en/of verontrustende situaties heen te komen. Ook is het belangrijk dat het kind zichzelf af en toe prijst en hierbij de nadruk legt op wat het allemaal al heeft bereikt.

INHOUDSOPGAVE

Introductie in de cognitieve gedragstherapie

De eerste lessenspakketten

De rest van de opleiding

Wat is cognitieve gedragstherapie

Cognitieve gedragstherapie als term

Cognitie

Gedrag

Therapie

Cognitieve processen manipuleren en veranderen

Kernidee

Focus

Nadruk op het probleem

Uitdaging

Onderliggende theorieën

De ABC-methode van Albert Ellis

De attributietheorie van Aaron Beck

Disfunctionele attributies

De cognitieve schema's van Jeffrey Young

Disfunctionele schema's

Synthese van de drie theorieën

Uitgebreide ABC-theorie

Klassieke vormen van cognitieve gedragstherapie

De rationeel-emotieve therapie van Ellis

Confronterend

Klassieke cognitieve gedragstherapie van Beck

Socratische dialoog

Rationele respons

Schemagerichte cognitieve therapie van Young

Niveaus van schemaveranderen

Werkwijze, doelgroep en duur van de behandeling

Werkwijze

De ABC-methode

Doelgroep

Duur van de behandeling

Sessies

Keuze van cognitieve gedragstherapie

Wie kan cognitieve gedragstherapie uitvoeren?

Systematisch werken

Gespreks- en contactvaardigheden

Diagnose en medicatie

Effectiviteit van cognitieve gedragstherapie

Gecontroleerde experimenten

Effectiviteit wetenschappelijk aangetoond

Aantoonbare resultaten

Conclusies

Samenvatting

Wetenschappelijk onderbouwd

Wetenschappelijke instelling

Kritiek op de cognitieve gedragstherapie

- De therapeutische relatie

- Focus op symptomen

- Weinig aandacht voor het verleden

- Kritiek op cognitieve interventies

- Alleen voor slimme mensen?

Groeps-, koppel- en familietherapie

Groepstherapie

Werkwijze

Voordelen van groepstherapie

- Algemene voordelen

- Specifieke voordelen

Koppel- en familietherapie

Werkwijze

Het ontstaan van de cognitieve gedragstherapie

Bloeitijd

Geschiedenis van de psychologie en de
psychotherapie

Psychologie

Mesmerisme

Psychoanalyse van Freud

Nieuwe vormen van psychotherapie

Ontwikkelingen na 1970

Ontwikkelingen na 1980

Klassieke psychoanalyse

Psychodynamische therapie

Humanistische therapie: cliëntgeoriënteerde
therapie

Gedragstherapie

Gestalttherapie

Cognitieve therapie

Andere behandelmethodes

Medicatie

Elektroconvulsieve therapie (ECT)

Psychochirurgie

Druk vanuit de maatschappij

Pogingen tot integratie

Cognitieve gedragstherapie staat sterk

Nieuwste ontwikkelingen

Acceptance and commitment therapy (ACT)

Dialectische gedragstherapie

Mindfulness based cognitive therapy (MBCT) of
aandachtgerichte gedragstherapie

Functionele analytische psychotherapie (FAP)

Metacognitieve therapie

Plaatsen van de cognitieve gedragstherapie binnen de psychotherapie

Uitvoerbaarheid

Bewezen effectief

Wetenschappelijke attitude

Efficiënt
Bereidheid tot het integreren van andere
methodes

Het cognitief gedragstherapeutisch proces

Kort overzicht

Intake

Kennismaken
Inventariseren van de klachten
Vragen
Soorten van gedrag
Inventariseren van de hulpvraag
Om wie gaat het?
Analyse of intakeverslag
Algemene informatie
Actuele problematiek
Hulpvraag
Samenvatting

Diagnostiek

Intake en diagnostiek gecombineerd
Kennismaking in de diagnostiekfase
Inventarisatie
Recente gebeurtenissen en
levensomstandigheden
Geen duidelijke aanleiding
Stellen van een diagnose
Classificerende diagnostiek
Verklarende diagnostiek
Betekenisanalyses
Functieanalyses
Huiswerkopdrachten
Analyse
Samenvatting

Behandelplan

Van analyse naar behandelplan

Formuleren van het behandelplan

Doel en doelwit

Doelen

Doelwitten

Mogelijke obstakels

Interventies

Informerende interventies

Cenceptualiserende interventies

Structurerende interventies

Cognitief modificerende interventies

Gedragveranderende interventies

Terugvalpreventieve interventies

Keuze van interventies

Evaluatie van de koers

Voorbeelden behandelplan

Behandeling

Onderdelen

Voorlichting over psychologische stoornis/
probleem

Voorlichting over de behandeling

Transparant

Interventies

Huiswerkopdrachten

Lijsten

Evaluatie en bijstellen van het behandelplan

Evaluatiemomenten

Opbouw van de behandelsessie(s)

Afsluiten van de therapie

Evaluatie van de therapie

Terugvalpreventie

Eventuele vervolgafspraken

Afsluiting van de therapie

Langere afsluitfase

Knipkaart

Open einde

Afsluiten van een mislukte therapie

Huiswerkopdrachten
Samenvatting

Het voortzetten van een uitzichtloze behandeling

Factoren die het therapeutische proces beïnvloeden

Behandelmethode
Cliënt en therapeut
De cliënt
Inter-persoonlijk leren
Zelfkennis
De therapeut
Relatie met de therapeut
Support van de therapeut
Hoop
Motivatie
Motivatie van de cliënt
Vorderingen bijhouden
Motivatie van de therapeut

Omgeving van de cliënt

Hulp en support van de omgeving
Omgeving als veroorzaker
Omgeving als uitlokker of versterker
Gevolgen voor de omgeving
Conflicterende factoren

Therapeutische basisvaardigheden en de houding van de therapeut

Het therapeutisch interview of -gesprek

De juiste basishouding
Veel voorkomende fouten
Olievlek
Vragenvuur
Dwangbuis

Verbale en non-verbale communicatie

Het inhoudsniveau: de verbale communicatie

Het betrekkingniveau: de non-verbale
communicatie

Vormen van non-verbale communicatie

Proxemica

Chronemica

Paralinguïstica

Kinesica

Haptica

Aromatica

Uiterlijkheden

Kenmerken van non-verbale communicatie

Sociaal-culturele context

Onbewust niveau

Overtuigingskracht

Niet geïsoleerd

Relatie tussen non-verbale en verbale
communicatie

Congruent

Incongruent

Regulerend

Elementaire gespreksvaardigheden

Opening gesprek

Vervolggesprek

Beginvraag

Evaluatie

Stimuleren

Houding van de therapeut: actief luisteren

Beginnersfouten

Papegaaien

Vooruitlopen

Achterblijven

Emoties negeren

Stilte

Tussenvoegsels

Structureren en begeleiden

Samenvatten
Doorvragen
 Verdiepend
 Verbredend
Terugvragen
 Verdiepend
 Verbredend
Afronding

Andere gespreksvaardigheden

Vragen stellen
Open vragen
Gesloten vragen
Waarom-vragen
Vragen herhalen
Het reflecteren van gevoel
Idiosyncratische uitdrukkingen overnemen
Hardop denken
Socratische dialoog
 Kenmerken
 De therapeut als gids
Uitvoering
Negen vuistregels voor het therapeutische gesprek
 Stel duidelijke vragen
 Stel open, niet-suggestieve vragen
 Beperk je tot de hulpvraag
 Vraag waar nodig door
 Neem tijd om te luisteren
 Denk aan je lichaamstaal
 Geef zo nodig tussentijdse samenvattingen
 Geef aan het eind van een gesprek een samenvatting en een conclusie
 Praat niet te veel

Speciale gesprekstechnieken

Feedback geven
Feedback in stappen
 Beschrijf wat je waarneemt

Beschrijf wat voor effect het op jou heeft
Wacht niet te lang
Controleer of de ander jou begrijpt
Geef aan welk gedrag je van de ander dan wel
zou willen zien

Advies geven
Quasi-adviesvragen
Vertrouwensrelatie
De juiste formulering
Slecht nieuwsgesprek
Vijf fasen
Verwijsgesprek
Motiverende gesprekstechnieken

Grenzen stellen in de omgang met cliënten

Bewaak je grenzen
Onacceptabel gedrag
Confronterende ik-boodschap
 Benoem het gedrag
 Benoem het gevolg
 Benoem je eigen gevoel
Eisend gedrag en agressie
 Consumentisme en claimend gedrag
 Agressief gedrag
Terechte en onterechte eisen
Belangrijke gedragsgrenzen
Vertrouwensrelatie
Houd professionele afstand
Verliefd op de therapeut
Voorkom overname van problemen

Classificerende diagnostiek en de belangrijkste psychische stoornissen

Diagnostiek

Doelen van diagnostiek
DSM als toegangspoort
Classificerende diagnostiek volgens de DSM

Het DSM-systeem
Nadelen DSM-classificatie
Voordelen DSM-classificatie
Middelen tot classificatie
Transparant
Assen van de DSM
As I: Symptoomstoornissen
V-code
As II: Persoonlijkheidsstoornissen
Cluster A: Het bizarre patroon
Cluster B: Het impulsieve en instabiele
patroon
Cluster C: Het angstige patroon
As III: Algemene medische condities
As IV: Psychosociale problemen en problemen
in de leefomgeving
AS V: Globale inschatting (GAF-score)
Complicaties bij het gebruik van de assen

Belangrijkste psychologische problemen en stoornissen

Wat is abnormaal?
Oorzaken
Cognitief gedragstherapeutische visie
Kort overzicht
Stemmingsstoornissen
Depressieve periode
Manische periode
Uniepolaire stoornissen
Dysthyme stoornis volgens de DSM-IV
Diagnostiek van de depressieve stoornissen
Kenmerken depressieve stoornis
Enmalige depressieve stoornis volgens de
DSM-IV
Recidiverende depressieve stoornis volgens
de DSM-IV
Depressieve stoornis NAO volgens de DSM-IV
Bipolaire stoornis

Angststoornissen

Gegeneraliseerde angststoornis

Gegeneraliseerde angststoornis volgens de
DSM-IV

Specifieke fobie

Specifieke fobie volgens de DSM-IV

Vijf types

Sociale fobie

Sociale fobie volgens de DSM-IV

Paniekstoornis

Paniek aanvallen

Paniekstoornis zonder agorafobie volgens de
DSM-IV

Paniekstoornis met agorafobie volgens de
DSM-IV

Agorafobie zonder paniekstoornis

Agorafobie zonder paniekstoornis in de
voorgeschiedenis volgens de DSM-IV

Obsessief-compulsieve stoornis

Obsessief-compulsieve stoornis volgens de
DSM-IV

Posttraumatische stressstoornis

Bijkomende problemen

Posttraumatische stressstoornis volgens de
DSM-IV

Vermijding

Prikkelbaarheid

Acuut of chronisch

Acute stressstoornis

Acute stressstoornis volgens de DSM-IV

Stoornissen samenhangend met drugsmisbruik

Stoornissen in het gebruik van drugs

Afhankelijkheid volgens de DSM-IV

Misbruik volgens de DSM-IV

Stoornissen door het gebruik van drugs en
alcohol

Intoxicatie volgens de DSM-IV
Onthouding volgens de DSM-IV
Drugserelateerde stoornissen volgens de
DSM-IV

Eetstoornissen

Anorexia nervosa
Anorexia nervosa volgens de DSM-IV
Boulimia nervosa
Boulimia nervosa volgens de DSM-IV
Overige eetstoornissen
Vreetbuienstoornis
Obesitas
Eetstoornis NAO volgens de DSM-IV

Somatoforme stoornissen

Ongedifferentieerde somatoforme stoornis
Ongedifferentieerde somatoforme stoornis
volgens de DSM-IV
Chronisch vermoeidheidssyndroom
Effectieve behandelvorm
Somatisatiesoornis
Somatisatiestoornis volgens de DSM-I
Conversiestoornis
Conversiestoornis volgens de DSM-IV
Stressoren
Acuut of chronisch
Pijnstoornis
Pijnstoornis volgens de DSM-IV
Hypochondrie
Hypochondrie volgens de DSM-IV
Dysmorfofobie
Dysmorfofobie volgens de DSM-IV
Psychotische stoornissen
Schizofrenie
Schizofrenie volgens de DSM-IV
 Het paranoïde type
 Het gedesorienteerde type

Het catatone type
Het ongedifferentieerde type
Het resttype

Persoonlijkheidsstoornissen

Cluster A: Paranoïde, schizoïde, schizotypisch

Cluster B: Antisociaal, teatraal, narcistisch,
borderline

Cluster C: Angstig, vermijdend, afhankelijk en
dwangmatig

Tenslotte

Verklarende diagnostiek inleiding

Beschrijvende en verklarende diagnostiek

Standaardbehandeling en individuele
interventies

Keuzes maken

Verklarende diagnostiek

Hypotheses

Overeenkomsten

Het zijn zoekschema's

Ze zijn gebaseerd op samenhang

Klachten zijn het vertrekpunt

Pas op voor 'doordiagnosticeren'

Hulpmiddelen

DSM-classificatie

Controlecyclus

Klinische blik

Functieanalyse en betekenisanalyse: beginpunt

Functieanalyse

Schema van de functieanalyse

De respons

De vermeende bekrachtiger

De associatie
De begrenzende context
De consequenties
Het stappenplan van de functieanalyse
Stap 1: Wat is het problematische gedrag?
Stap 2: Is het gedrag operant of respondent?
Stap 3: Identificeer de vermeende bekrachtiger
 Vragen stellen
 Topografische analyse
 Eigen kennis en ervaring
Stap 4: Toets de vermeende bekrachtiger
Stap 5: Stel vast: GS of OGS
Stap 6: Kun je beginnen met behandelen?
Stap 7: Bepaal de context

Voorbeeld van een functieanalyse

Stap 1: Bepaal het problematische gedrag
Stap 2: Is het gedrag operant?
Stap 3: De vermeende bekrachtiger identificeren
Stap 4: Vermeende bekrachtiger toetsen
Stap 5: GS of OGS?
Stap 6: Kan er worden begonnen met
 behandelen?
Stap 7: Context bepalen
Ingevuld functieanalyse-schema

Interventies vanuit de functieanalyse

Copingstrategieën
Omzetten van problematisch gedrag in minder
problematisch gedrag
Herevaluatie van de gevreesde consequentie
Herevaluatie van de negatieve consequentie
Combinatie

Betekenisanalyse

Het begin van de betekenisanalyse
Het betekenisanalyse schema
 De geconditioneerde stimulus (GS)

De ongeconditioneerde stimulus representatie
(OGS-representatie)

De associatie tussen de GS en de OGS-
representatie

De geconditioneerde respons (GR)

De geconditioneerde stimulus

De OGS-representatie

Technieken om de OGS-representatie te
achterhalen

De associatie tussen GS- en OGS-representatie
Sequentieel en referentieel

De geconditioneerde respons

Betekenisanalyse: het stappenplan

Stap 1: Bepalen problematische situatie

Stap 2: Identificeren geconditioneerde respons
(GR)

Stap 3: Vaststellen OGS-representatie

Neerwaartse pijl-techniek

Op zoek naar het rampscenario

Tweede fase

Stap 4: Associatie: referentieel of sequentieel?

Referentieel

Sequentieel

Stap 5: Toetsen van de hypothesen

Stap 6: Kan we worden begonnen met
behandelen?

Voorbeeld van een betekenisanalyse

Stap 1: Bepalen van de problematische situatie

Stap 2: Identificeren van de geconditioneerde
respons

Stap 3: Vaststellen van de OGS-representatie

Stap 4: Associaties tussen GS en OGS-
representatie

Stap 5: Toetsen van de hypothesen

Stap 6: Kan er worden begonnen met
behandelen?

Ingevuld betekenisanalyzeschema

Interventies vanuit de betekenisanalyse
Herevaluatie van de OGS-representatie
 Imaginaire exposure
 Herstructurering van de vroegere
 herinneringen
 Coping ten aanzien van de OGS
 EMDR
Combinatie

Registratieopdrachten

Waarom worden registratieopdrachten ingezet?
Direct effect op problemen
Wat te registreren?
Voordelen van registreren
Positieve ervaringen opschrijven
Neem registratieopdrachten serieus
Wie registreert?
Drie typen registratieopdrachten

Type 1: Frequentie- en tijdsduurregistratie

Het bijhouden van de frequentie
Het bijhouden van de tijdsduur
Schattingen en steekproeven
Dagtotalengrafiek
Stappenplan

Type 2: Registratieopdrachten rond voorkomen en bezinning

Rondes
Stappenplan

Type 3: Registratie van automatische gedachten en denkfouten

Het gedachterapport
Invullen in drie stappen
 Het bepalen van de gebeurtenis
 Het bepalen van het gevoel en het gedrag
 Het bepalen van de automatische
 gedachten

Wanneer is iets een automatische gedachte?
Gedachterapport deel 2
Gedachterapport: Stappenplan

Denkfouten opsporen en aanpakken

Soorten denkfouten
Doemdenken
Zwart-wit denken
Overgeneraliseren
Emotioneel redeneren
Waarzeggerij
Spijt
Gedachten lezen
Etiketten opplakken
Onvermogen om zelf te weerleggen
Eisen stellen
Mentaal filteren/negatief filteren
Oneerlijke vergelijkingen
Positieve dingen wegwuiven
Lage frustratietolerantie
Wat.....als denken
Dingen persoonlijk oplossen
Beschuldigen
Registratieopdracht denkfouten opsporen
Denkfouten opsporen: Stappenplan
Denkfouten registreren met ABC-methode 1
Stappenplan ABC-methode 1
Het aanpakken van denkfouten
ABC-methode 2
Stappenplan ABC-methode 2
Taartdiagram
Stappenplan taartdiagram
Bewijslast onderzoeken
Bewijslast onderzoeken stappenplan
Continuüm
Stappenplan continuüm

Basisinterventies (deel 1)

Vier basistypes

Anticipatie veranderende interventies

Exposure technieken

Exposure in vivo

Variaties

Drie fases

- Vorbereiding

- Planning

- Angsthiërarchie

- Angstthermometer

Uitvoering

Stappenplan exposure in vivo

Imaginaire exposure

Voorbeeld imaginair script

Stappenplan imaginaire exposure

Cue exposure

Stappenplan cue exposure

Responspreventie

Werkwijze responspreventie

- Vorbereiding

- Planning

- Dwanghandeling

- Handen wassen

Uitvoering

Frequentie- of tijdsduurmethode

Stappenplan responspreventie

Andere anticipatie veranderende interventies

Basisinterventies (deel 2)

Vaardigheden verbeterende interventies

Sociale vaardigheidstraining (SVT)

- Groepstrainingen

- Individuele trainingen

Individuele assertiviteitstraining

Uitvoering

- Informereren en motiveren
- Voorkomen en bezinning
- Observatie en bezinning
- Positief dagboek en bezinning
- Rollenspellen
- Imaginaire training
- Stappenplan
- Impulscontrole
- Uitvoering
- Motivatie
- Registratie
- Risicosituaties
- Stappenplan
- Stopmechanisme
- Uitvoering van het stopmechanisme
 - Uitleg
 - Emotioneel thema
 - Tegenthema
 - Operationeel tegenthema
- Verdere procedure
 - Zelfmanagement psychotrauma en management negatief zelfbeeld
 - Management paniek
- Stappenplan

Intrinsieke betekenisveranderende interventies

Contraconditionering

- Contraconditionering bij psychotrauma
- Uitvoering
 - Oproepen en loslaten
 - Tegenthema operationaliseren
 - Stimulusrepresentatie operationaliseren
 - Betekenisrepresentatie operationaliseren
 - Responsrepresentatie operationaliseren
- Stappenplan
- Contraconditionering bij een negatief zelfbeeld

Uitvoering
Positief oordeel uitvergroten
 Schrijven
 Imaginatie
 Lichaamshouding en gezichtsuitdrukking
 Zelfverbalisatie
Koppelen
Stappenplan

Symbolisch schrijven

Symbolisch schrijven bij psychotrauma
Stappenplan

Eye movement desensitization and processing (EMDR)

Uitvoering
 Vorbereiding
 Scherp stellen
 Desensitisatie
 Installatie
 Afsluiting
Stappenplan

Mindfulness based cognitive therapy

Uitvoering

Ontspanning brengende interventies

Stressdagboek
Stappenplan
Visualisatie
Stappenplan
Ademhalingsoefening
Stappenplan

Toegepaste relaxatie

Stappenplan
 Uitleg
 Progressieve relaxatie

Instructie
Gezicht
Nek en schouders
Instructie tweede sessie
Rug
Billen en benen
Alleen ontspannen
Instructie
Instructiegerelateerde ontspanningstraining
Instructie
Differentiële relaxatie
Instructie
Instructie zittend aan tafel
Instructie staand en lopende
Snelle relaxatie
Instructie
De praktijk

Andere interventies

Juiste interventie kiezen bij psychotrauma
Wetenschappelijk
Klinisch

Cognitieve gedragstherapie bij kinderen en jongeren

Kinderen tot twaalf jaar

Basisvaardigheden
Kan het kind gedachten rapporteren?
Directe benadering: beschrijf wat je denkt
Indirecte benadering: beschrijf een moeilijke
situatie
Wat zou iemand anders denken?
Denkwolkjes
Methoden om situaties op verschillende
manieren te interpreteren
Denkbeeldige situaties
Striptekeningen
Poppenkastpoppen

Kan het kind emoties onderscheiden?
Gedachten, gevoelens en gebeurtenissen met
elkaar in verband brengen

Adolescenten (12-20 jaar)

Accepteer het egocentrisme
Maak werk van samenwerking
Stel socratische vragen
Uitdagen van dichotoom denken
Blijf objectief
Betrek belangrijke anderen bij de therapie

Vaak voorkomende problemen

Kinderen die zwijgen
Problemen met rapporteren van gedachten
Bepaalde cognitieve of mondelinge vaardigheden

Gebrek aan motivatie
Niet willen veranderen
Geen huiswerk maken
De rol van de ouders
Ernstig disfunctionele gezinnen
Met wie moet de behandelaar samenwerken?
Problemen oplossen op korte termijn

Wanneer cognitieve gedragstherapie toepassen?

Internaliserende problemen
Angststoornissen
Specifieke fobie
Sociale fobie
Verlatingsangst
Schoolweigering
Paniekstoornis
Gegeneraliseerde angststoornis
Obsessief-compulsieve stoornis
Posttraumatische stressstoornis
Stemmingsstoornissen

Depressie
Bipolaire stoornis

Het cognitief gedragstherapeutisch proces

Intake
Diagnostiek
Behandelplan
Behandeling
Afsluiten van de therapie
Het motiveren van kinderen en jongeren
Empathie tonen
Discrepantie ontwikkelen
 Veranderingsweegschaal
Confrontatie met weerstand vermijden
Werkzaamheid benadrukken en stimuleren

Interventies voor kinderen en jongeren

Spelletjes
Poppen
Verhalen vertellen
Halfgestructureerde en open verhalen
Therapeutische verhalen
Visualisatie
 Visualisatie om emotionele inhoud te
veranderen
 Visualisatie om te ontspannen

Speciale interventies bij de belangrijkste psychologische problemen

Angst
Angst herkennen
Ontspannen
 Spierontspanning
 Lichaamsbeweging
 Aan iets anders denken of iets anders gaan
 doen
 Concentreren op de ademhaling
 Visualisatie

Zorgelijke gedachten benoemen
Negatieve gedachten toetsen
Gedachten veranderen
Angsten onder ogen zien

Depressie

Psycho-educatie
Activiteitendagboek
Leuke dingen ontdekken
Vaststellen van negatieve gedachten
Aanpak
Oefenen in succes
Kijken wat anderen doen
Positieve zelfspraak

Obsessief-compulsieve stoornis

Psycho-educatie
Toetsen van obsessieve gedachten
Ontspannen
Aanpakken van dwanghandelingen

Speciale interventies bij psychotrauma

Psycho-educatie
Het stoppen van ongewenste herinneringen
 Denkpuzzels
 Omgeving beschrijven
 Opgaan in andere bezigheden
 Uitzetten van de video
Beter slapen
Ontspannen
Angsten onder ogen zien

Gedrag en cognitie

De gedragstherapie

Behaviorisme
Klassieke conditionering
Operante conditionering

Therapeutische interventies
Van S-R naar S-O-R
Evidence based therapie
Wat is gedrag?
Het stimulus-responsmodel
Belangrijkste kenmerken van gedragstherapie

De cognitieve therapie

Disfunctionele interpretaties
Cognitieve therapie nu
Het cognitieve model
Belangrijke kenmerken van cognitieve
therapie
Het verschil

Integratie tot cognitieve gedragstherapie

Integratie vanuit de praktijk
Integratie vanuit theorie
Integratie vanuit onderzoek
Cognitieve gedragstherapie in de praktijk
Belangrijkste kenmerken van cognitieve
gedragstherapie

Belangrijke gedragstherapeutische interventies

Exposuretechnieken
Systematische desensitisatie
Werkwijze
Stappenplan desensitisatie
Conditioneringstechnieken
Aversietechnieken
Werkwijze
Andere gedragstherapeutische interventies
Ontspanningsoefeningen
Sociale vaardigheidstherapie

Belangrijke cognitieve interventies

- Het gedachterapport
- Gedachterapport deel 1
- Gedachterapport deel 2
- De belangrijkste automatische gedachte
- Bewijzen voor en tegen
 - Argumenten voor
 - Argumenten tegen
- De alternatieve gedachte
- Kenmerken
- Geloofwaardigheid
- Stappenplan gedachterapport
- Gedragsexperimenten
- Het opzetten van een gedragsexperiment
- Uitvoering
- Stappenplan
- Meerdimensionaal schalen
- Uitvoering
- Stappenplan
- Kosten-baten analyse
- Uitvoering
- Stappenplan
- Eigen advocaat spelen
- Stappenplan
- Waardesysteem onderzoeken
- Stappenplan waardesysteem
- Self fulfilling prophecy
- Stappenplan self fulfilling prophecy
- Andere cognitieve interventies

Leren en aandacht

- Leertheorieën
- Aandachtstheorieën

Leertheorieën

- Vier verschillende leertheorieën
- Habituatie en sensitivatie
 - Basisonderzoek
 - Verklaring

- Klassieke conditionering
 - Excitatorische conditionering
 - Inhibitorische conditionering
 - Aversieve conditionering
- Kernbegrippen klassieke conditionering
 - Bekrachtiging
 - Uitdoving
 - Contraconditionering
 - Generalisatie
 - Differentiatie
- Operante conditionering
 - Operante conditionering van Thorndike
 - Basisonderzoek van Skinner
- Complexe vormen van operante conditionering
 - Conflict
 - Toevalsleren
 - Wederzijds bekrachtigen
 - Shaping
- Kernbegrippen operante conditionering
 - Bekrachtigen
 - Bestrafen
 - Uitdoven
- Cognitief leren
- Leren door observatie
- Interacties tussen de verschillende leertheorieën
 - Twee-factorenmodel van Mowrer
 - Twee-factorenmodel in aangepaste vorm

Leertheorieën en interventies

- Interventies vanuit habituatie en sensitisatie
- Interventies vanuit de klassieke conditionering
- Interventies vanuit de operante conditionering
- Mediatherapie
- Zelfcontroletechnieken
- Operante technieken om gedrag af te zwakken
 - Bestrafen
 - Uitdoven
 - Differential reinforcement of other behavior (DRO)

Boete
Overcorrectie
Isolatie
Verzadiging

Interventies (vervolg) en aandachtstheorieën

Operate technieken bij gedragstekort
Shaping
Modelling
Chaining
Interventies vanuit cognitief leren
Cognitieve herstructurering
Leren door observatie

Aandacht

Aandacht als proces
Theorie over aandacht
Aandacht en de cognitieve gedragstherapie
Interventies vanuit aandachtstheorieën
Registratieopdrachten
Frequentie- en tijdsduurregistraties
Registratieopdrachten rond voorkomen en
bezinning
Registratieopdrachten rond het opsporen en
aanpakken van automatische gedachten
en denkfouten
Taakconcentratie
Taakconcentratietraining
Stappenplan taakconcentratietraining
Meditatietechnieken
Ademhaling tellen-meditatie
Stappenplan ademhaling tellen-meditatie
Bodyscanmeditatie
Stappenplan bodyscanmeditatie
Vlammeditatie
Stappenplan vlammeditatie
Mindfulness based cognitive therapy

Leven in het nu
Uitstellen van het oordeel
Gedachtetrein stoppen

Cognitieve gedragstherapie en de emotietheorieën

Emotie

Aspecten van emotie
Oproepen van emoties
Basisemoties
 Angst
 Boosheid
 Walging
 Vreugde
 Verdriet
 Verrassing
Emotie in twee basisdimensies
Gezonde en ongezonde emoties
Onderscheid vaststellen
 Verschillen in gedrag
 Verschillen in denkwijze
 Verschillen in aandacht
Emoties en gevoelens benoemen
Emotie en cognitie
Emotie en motivatie

Emotietheorieën

Frijda's algemene emotietheorie
 Appèl
 Actietendensen
 Arousal
Kritiek op Frijda's algemene emotietheorie
Emotietheorieën voor behandelingen en ziektebeelden
Brewin's duale-representatietheorie
 Verbaal toegankelijk geheugen
 Situatief toegankelijk geheugen

Therapeutische consequenties
Teasdale's interacterende cognitieve
subsystementherapie
Therapeutische consequenties
Het model van Power en Dalgleish (SPAARS)
Therapeutische consequenties van het SPAARS-
model
Zelfregulerend executief functiemodel van Wells
en Matthews
Therapeutische consequenties

Lang's bio-informatietherapie

Onderlinge verbanden
Therapeutische consequenties

Interventies vanuit de emotietheorieën

Technieken om emoties te benoemen
Het emotiedagboek
Het gevoelensdossier
De sterkte van emoties bepalen
Stappenplan
Emoties veranderen
Een gezond emotioneel doel
Hevige emoties wijzigen
Aandacht richten
Wijzigen lichaamstaal en lichaamshouding
Wijzigen gelaatsuitdrukkingen
Uitvoeren tegengesteld gedrag
Stappenplan om angst te wijzigen
Stappenplan om woede te wijzigen
Stappenplan om verdriet te wijzigen
Technieken voor emotionele verwerking
Symbolisch schrijven
Eye movement desensitization and reprocessing
(EMDR)
Rescripting
Stappenplan rescripting
Voorbeeld rescripting

Sociale psychologie en therapeutische doelen

Sociale psychologie

Sociale beïnvloeding

Sociaal leren

Therapeutische consequenties

Attributie

Therapeutische consequenties

Zelfperceptie

Therapeutische consequenties

Groepsdynamica en groepsdruk

Therapeutische consequenties

Cognitieve dissonantie

Therapeutische consequenties

Verleidingsregels

Voor wat hoort wat

Je kunt geen nee blijven zeggen

Een man een man, een woord een woord

Sociale context

Systeemtheorie

Disfunctionele communicatiepatronen

Verwarring van inhoud en betrekking

Interpunctie van communicatie

Inconsistente communicatie

Therapeutische consequenties

Disfunctioneren van de grenzen

Onbalans in hiërarchie

Samenvatting

Het behalen van therapeutische doelen

Het behandeldoel

Doelstellingen halen

Concentreren op doelstelling

Doelstelling aanpassen

Maximale motivatie

Aspect 1: Attitude van de therapeut

Aspect 2: De voordelen van de verandering

Aspect 3: Inspiratie
Aspect 4: Vorderingen
Het motivatiegesprek
Motivatie van binnenuit
Ambivalentie oplossen
Bereidheid niet altijd gelijk
Partnermodel
Doelstellingen van het motivatiegesprek
Gesprekstechnieken van het motivatiegesprek

Weerstand van de cliënt

De aard van weerstandsgedrag
Oorzaken van weerstandsgedrag
De cliënt
De therapeut
De therapie
Betekenis van weerstandsgedrag
Preventie van weerstandsgedrag
Weerstand herkennen
Omgaan met weerstandsgedrag

Afsluiting van deze opleiding

Cognitieve gedragstherapie: introductie
De doelgroep
Duur
Fasen van het cognitief gedragstherapeutisch proces
De intake
De diagnostiek
Behandelplan
De behandeling
Overzicht interventies
Overzicht registratieopdrachten
Afsluiting van de therapie
Therapeutische basisvaardigheden en houding