

Daarnaast kan bij iets oudere kinderen een *verbeeldingstechniek* worden gebruikt, waarbij de situatie die problemen geeft voor het kind door de therapeut opgeroepen wordt. Zo kan aan Tamara van zes die moeilijk inslaapt, gevraagd worden hoe haar slaapkamer eruitziet en of, als ze in bed ligt, het licht nog door de gordijnen of de randen van de deur door schijnt. Ze zal, het zich verbeeldend, gaan vertellen bij de vragen: 'Mamma heeft je naar bed gebracht, nu lig je alleen in bed, wat denk je nu? Hoe voel je je? Ben je bang? Wat doe je?' Bij jongere kinderen kan ook in de slaapkamer gericht aangestuurd worden op uitbeelding van de probleemsituaties en kan uit het daaruit voortvloeiende spontane verbeeldende spel en bijbehorende verhalen veel informatie verkregen worden.

De laatste methode, het *rollenspel*, is vooral bij oudere kinderen en adolescenten goed te gebruiken. Een verlegen meisje kan gevraagd worden voor te doen wat ze tegen een vervelende klasgenoot zegt of hoe ze wegstijgt.

Bij Sandji is er in de directe observatie tijdens het gesprek met ouders voortdurend een heel belangrijke topografische analyse te zien, zonder dat de therapeut daar navraag over hoeft te doen.

Gebeurtenis	→	Gedrag	→	Gevolg
Moeder is in tranen Sandji speelt	→	Sandji gaat naar vader en betreft hem in zijn spel	→	Vader gaat meespelen, stelt vragen; moeder blijft zitten, is stil, huilt, is in zichzelf gekeerd

1.2.8 Functieanalyse : *waardoor wordt het gedrag behouden en in stand gehouden*

In de functieanalyse (FA) wordt duidelijk waardoor het gedrag bekrachtigd wordt en dus in stand blijft. De optelsom van positieve gevolgen weegt kennelijk op tegen de negatieve gevolgen. Soms volgt er direct zo'n overweldigend positief moment op het gedrag, dat dat opweegt tegen heel veel negatieve gevolgen die pas na verloop van tijd optreden. Kennelijk doen we gewoon even onze ogen dicht voor het gevolg op langere termijn, als we kiezen voor het genot dat meteen voorhanden is. Vaak is voor omstanders niet zo duidelijk wat het directe positieve gevolg voor iemand is die wegloopt, niet meedoet, iets weigert of van zich af slaat. Het is echter een uitermate prettig gevolg iets vervelends te hebben kunnen vermijden of eraan ontsnapt te zijn.

Vanuit de eerdergenoemde topografische analyses ligt bij Sandji één functieanalyse (FA) direct voor de hand (zie de tabel hierna).

De directe positieve gevolgen wegen voor Sandji ruimschoots op tegen de negatieve; op lange termijn is het gevolg wel onaangenaam (+S-, moeders bezorgdheid, drukt zwaar op de sfeer in huis; bovendien is Sandji bang voor artsen en moet hij daar nu naar toe +S-). Hij komt echter bij een aardige dokter en er

wordt naar hem geluisterd, +S+; hij blijkt genoeg te wegen en groeien; daarna mag hij bovendien spelen bij een 'praat-/spelmevrouw', +S+).

Sd	→ R	→ C+, Sr, op korte termijn (KT):
Sandji's moeder dringt Vietnamees warm eten aan hem op	→ Sandji eet er niets van	→ Vader gaat een Nederlandse maaltijd voor hem halen (+S+) Vietnamees gerecht gaat van tafel af (- S-) Veel aandacht van vader en moeder (+S+) → C-, negatief gevolg, op korte termijn (KT) Veel negatieve aandacht van moeder (+S -) → C- negatief gevolg, op langere termijn (LT): Moeder steeds bezorgder over eetpatroon, dus Sandji moet mee naar ziekenhuis/ kinderarts/gedragstherapeut (+S-? of +S+?)

Voor **vader** zijn er in de op hem gerichte functieanalyse (FA) veel positieve gevolgen plus één zwaar negatief gevolg.

Sd	→ R	→ C+, Sr, op korte termijn (KT):
Sandji wil niet eten	→ Nederlands eten voor hem halen	→ Sandji dolgelukkig, eet het lekker op (+S+)
Sandji vraagt me mee te spelen	→ Mee gaan spelen	→ Sandji is blij (+S+) → C-, op langere termijn (LT): Mijn vrouw huult door, blijft ongelukkig (+S -)

In een FA van **moeders gedrag** lijkt het of zij slechts negatieve gevolgen ervaart. De vraag is dan wat haar gedrag toch bekrachtigt, want ze komt immers niet tot een andere opstelling.

Sd	→ R	→ C-, op korte termijn (KT):
Sandji wil niet eten	→ Blijven aandringen, steeds meer huilen	→ Sandji eet niets en keert zich van mij af (+S -) → Sandji windt mijn man om zijn vingertje (+S-)
Sandji eet 'niet gezond' Bezorgde gedachten	→ Kinderarts vragen naar Sandji te kijken	→ Deze dokter stelt me gerust over Sandji (+S+)

Oproep controle (buikpijn) → Met tegenzin/boos ernaar toegaan → **C+, op langere termijn (LT):**
 → Gynaecoloog (slechte arts) is bezorgd over mij (+S-)

Uit deze RA kan eigenlijk alleen bekrachtiging voor moeders hulpvragend gedrag gevonden worden in het gevolg, op lange termijn, als de kinderarts haar ten slotte geruststelt over Sandji's gezondheid.

bezorgdheid → geruststelling zoeken → opluchting angst rond Sandji's gezondheid vermindert maar ook: 'gevoel ontsnapt te zijn aan de (zijn) dood', dus aan herhaling van het traumatische verlies van haar andere kind (?) (+S+) (-S-) (S-)

De nieuwe confrontatie met de gynaecoloog roept tegelijk boosheid op en wantrouwen over het advies van die arts (verwijzing naar psycholoog).

Al klopt moeders RA inhoudelijk en qua volgorde, dit analysemodel biedt onvoldoende verklaring voor het in stand blijven van moeders gedrag. Het gaat hier over gedachten en gevoelens, dus kan er beter naar het klassieke conditionering-model worden overgeschakeld, waarmee we de betekenis van Sandji's gedrag voor moeder kunnen analyseren, evenals haar kerncognities, overtuigingen of schema's.

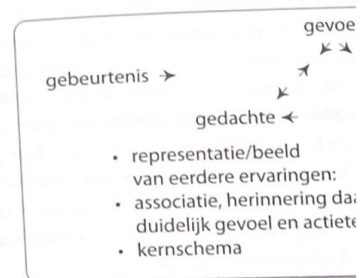
1.2.9 Betekenisanalyse

disfunctionele overtuigingen
vroegere blokheden
UCS-UCR representatie

In de gesprekken was overduidelijk te zien hoe emotioneel geblokkeerd moeder was. Verbaal is er geen ingang; het lukt niet over emoties in gesprek te komen. Vader vertelt voor haar het verhaal over hun verloren dochtertje en moeders al zo lang niet te stelpen tranen. Het gaat om een gestagneerde rouw, met zeer heftige, steeds terugkerende beelden van de slecht verlopen zwangerschap, waarbij verloskundigen moeder veel te laat doorstuurden naar de gynaecoloog, terwijl zij al lange tijd ongewoon heftige buikpijn had. Dan was er de zeer pijnlijke bevalling, met de dood van haar kind als resultaat. De beelden blijven zich herhalen, even actueel als de eerste weken. Daarnaast voelt moeder zich ontworteld in een land waar ze liever niet had willen wonen. Dat de gynaecologen haar niet goed hielpen, is onvergeeflijk voor haar; ze heeft daardoor het vertrouwen in alle hulpverleners en therapeuten verloren. Ze is extreem wanhopig, depressief, boos en onbenaderbaar.

Vanuit medisch onderzoek, de observatie wordt duidelijk dat Sandji een gezonde vrouw is. Zijn vader constructief in gestimuleerd wordt om zwaarte van moeders verwijten en verdriet meer eten wat zij klaarmaakt. Vader blijft helper en moeder de patiënt. Er zal in de toekomst welke beelden, herinneringen, kerncognities een rol spelen. Daarvoor kan een aparte analyse zal voor de behandeling van moeder moeten worden naar visuele, non-verbale. Dat is ingewikkeld.

Uitbreiding van het holistische werkmodel speelt door de beelden (de UCS-UCR-)

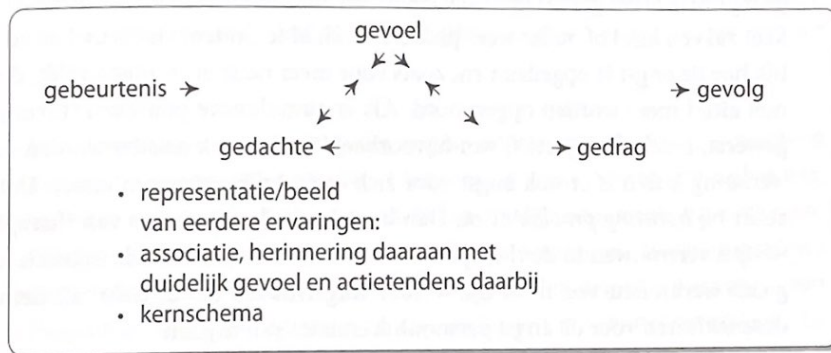


Als iemand zich vast voelt zitten in 'waaraan niet te ontsnappen valt, met de oude film', gaat het om 'UCS-UCR ongeconditioneerde, onvoorwaarde pons). De stimuli zijn vaak cues d gebeurtenissen, zoals het liedje op fieke houding van iemand die daa de eigen ouders of een persoon die

Om de betekenis van essentieel nodig speciaal de gedachtecompositie tijdt verwerkt en opgeslagen? F gingen en schema's? De vraag 'wa en soms alleen flarden van herin van vroege ingrijpende ervaring op te roepen. De gevoelens, huid dragsimpulsen worden echter au

Vanuit medisch onderzoek, de observaties, topografische en functieanalyses wordt duidelijk dat Sandji een gezonde wil heeft om te groeien en daar door zijn vader constructief in gestimuleerd wordt. Sandji lijkt echter te proberen de zwaarte van moeders verwijten en verdriet te ontvluchten en wil dus ook niet meer eten wat zij klaarmaakt. Vader blijkt de grote hulpverlener, Sandji de kleine helper en moeder de patiënt. Er zal in de analyses betrokken moeten worden welke beelden, herinneringen, kerncognities, veronderstellingen of schema's een rol spelen. Daarvoor kan een aparte betekenisanalyse zinvol zijn. Overigens zal voor de behandeling van moeder die geen Nederlands spreekt, gezocht moeten worden naar visuele, non-verbale technieken, zoals bij jonge kinderen. Dat is ingewikkeld.

Uitbreiding van het holistische werkmodel kan wellicht overzichtelijk maken wat er speelt door de beelden (de UCS-UCR-representaties) erin onder te brengen.



Als iemand zich vast voelt zitten in de beleving van iets bekends, onaangenaams, waaraan niet te ontsnappen valt, met bijbehorende herinneringen en 'beelden van de oude film', gaat het om 'UCS-UCR-representaties' (UCS = de oorspronkelijke nog ongeconditioneerde, onvoorwaardelijke stimulus; UCR = ongeconditioneerde respons). De stimuli zijn vaak cues die lijken op of doen denken aan die vroegere gebeurtenissen, zoals het liedje op de radio, voorwerpen of plaatsen of een specifieke houding van iemand die daarmee net zo overkomt als bijvoorbeeld een van de eigen ouders of een persoon die zich opvallend gedroeg tijdens de kleuterjaren.

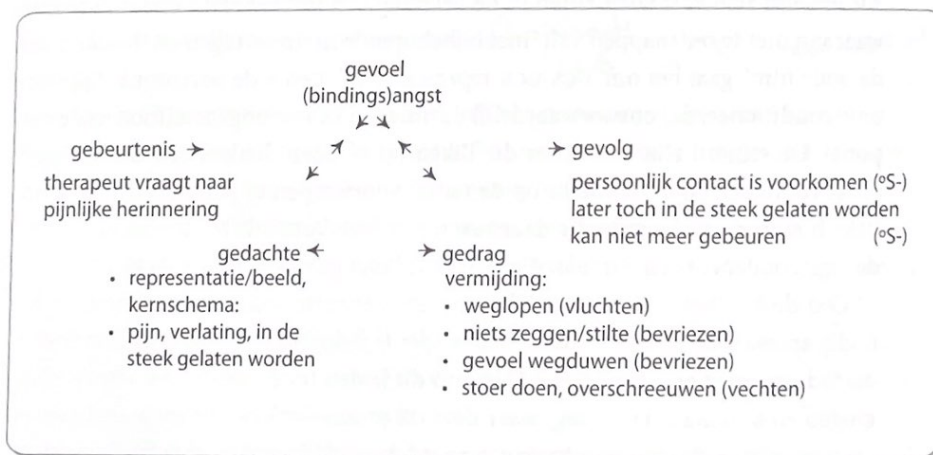
Om de betekenis van essentiële vroegere gebeurtenissen op te sporen, is het nodig speciaal de gedachtecomponent nader te bekijken. Hoe is de informatie in-dertijd verwerkt en opgeslagen? Hoe kon dit leiden tot de disfunctionele overtuigingen en schema's? De vraag 'waar doet dit je aan denken?' levert associaties op en soms alleen flarden van herinneringen; de onderliggende opgeslagen beelden van vroege ingrijpende ervaringen zijn soms niet meer helder in het bewustzijn op te roepen. De gevoelens, huidige bijbehorende levensvisies (gedachten) en gedragsimpulsen worden echter automatisch, associatief en gevoelsmatig in volle he-

vigheid opgeroepen (*referentieel verband*; Korrelboom & Ten Broeke, 2004). Soms komt de betekenis in een metafoor naar voren ('het schip zinkt voorgoed naar de bodem'), soms als voorspelling wat er zal gaan gebeuren, zoals een verhaal met kenmerkende afloop (*sequentieel verband*, 'als ... dan').

Lang (1984) bracht in beeld hoe het associatieve netwerk bij het denken, herinneren en midden in het oude beeld terechtkomen, opgevat kan worden. Niet alleen het oorspronkelijke gevoel en de betekenis duiken pregnant op, maar ook de tendens als vanouds te handelen (actietendens; vaak is de vlucht- of vechtneging hierbij als vanzelf in de motoriek voelbaar). Bij Young, Klosko en Weishaar (2005) heet de toestand waarin men dan terecht komt de '*modus*'.

Staat angst als basaal gevoel centraal, dan hoort daar vanzelfsprekend de primitieve reactie bij te willen vluchten, vechten of 'bevriezen'. Die reacties zijn ook in de interactie van therapeut en cliënt te merken, als de therapeut de moeilijke onderwerpen ter sprake brengt: de cliënt kijkt weg, zwijgt of zet een stoer masker op en reageert cynisch of agressief. Als de therapeut dan over iets minder pijnlijks gaat praten, is het gevaar geweken en het vermijdingsgedrag bekrachtigd; volgende keer zal een kind of ouder weer proberen zich af te sluiten. Het is niet altijd duidelijk hoe de angst is opgedaan en, zoals voor meer oude ervaringen geldt, deze kan niet altijd meer worden opgespoord. Als er cumulatieve pijnlijke ervaringen zijn geweest, reëel of subjectief, van bijvoorbeeld in de steek gelaten worden (schema 'verlating'), dan is er ook angst voor zich openstellen voor een ander. Dat speelt zeker bij *hechtingsproblematiek*. Dan komt er in de eerste fase van therapie nauwelijks vertrouwen in de therapeut tot stand en moet er voor de opbouw van een goede werkrelatie veel meer tijd worden uitgetrokken om de cliënt als het ware te desensibiliseren voor de angst persoonlijk contact aan te gaan.

In ons werkmodel ziet dat er als volgt uit.



1.2.10 Behandelingsoverwegingen en -verloop bij de casus

Bij Sandji's moeder staat als gevoel verdriet centraal, maar daarnaast de angst ook Sandji te verliezen als hij zo slecht blijft eten. Bij moeder is er alleen sprake van vechten als ze de gynaecologen beschuldigt en de ambassade onder druk wil zetten; verder lijkt ze in haar hele houding 'bevroren'. Vluchten doet ze door het afscheid nemen van haar overleden kind te vermijden; ze is het rouwen (te zien als rouwarbeid; Ramsay, 1979) nog niet aangegaan. Als therapietechniek is bij rouw langdurige exposure nodig, (blootstelling aan de representaties, beelden en pijnlijke herinneringen) in combinatie met responspreventie – in moeders geval dus 'zonder erbij weg te lopen'.

Als eerste behandelingsfase wordt gekozen voor het op gang brengen van de rouw bij moeder en dat in gezinsverband uit te voeren, om haar maximaal te steunen. Omdat vrijwel geheel non-verbaal moet worden gewerkt, wordt gekozen voor verbeeldings- en speltechnieken, ook omdat Sandji op zijn jonge leeftijd mee moet kunnen gaan in de stappen van een exposuretechniek. Hier lijkt de spelkamer voor de hand liggend als plaats voor therapie met het gezin.

Sandji loopt aan de hand van vader de spelkamer in; moeder komt er zuchtend achteraan; vader neemt haar aan de arm. Moeder gaat onverwacht wel op een van de lage kinderstoeltjes zitten aan het tafeltje bij vader en zoon. Sandji is enthousiast over het constructiespeelgoed, auto's, wapens en de zandbak. Hij wil overal wel tegelijk mee beginnen. Op de vraag wat het mooist is en waarom, kan hij goed geformuleerd antwoorden: een aardig, slim en geïnteresseerd kind, dat zich goed staande kan houden, ondanks de barre gezinsomstandigheden.

De pop in de ziekenhuiswieg vindt hij wel een mooi kindje. Hij gaat er als vanzelf meteen mee aan de slag, pakt een waslapje, wast haar gezichtje en wil het boven de wieg hangende infuus vastmaken aan haar handje met veel lapjes en vraagt de therapeut deze aan te geven. Hij legt het kussentje goed, kijkt steeds of alles in orde is en gaat geheel op in zijn spel. Vader is stand-by, geeft af en toe iets aan. De therapeut verwoordt: 'Wat zorg je goed voor het kindje, dat vindt ze vast fijn; zo wordt het helemaal goed in haar bedje, hè?'

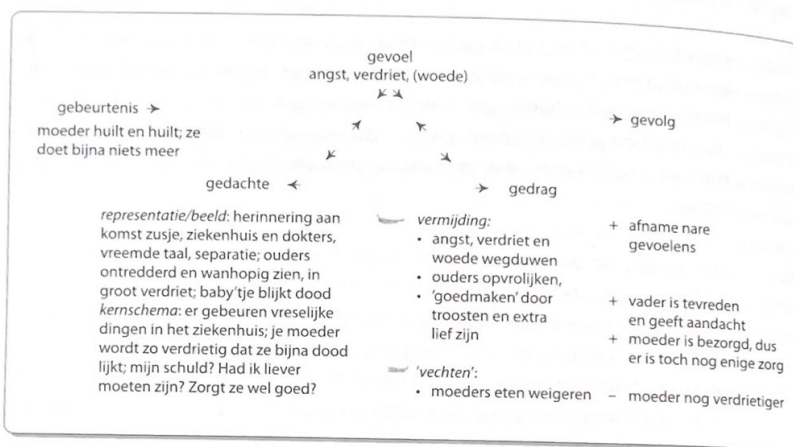
Moeder kijkt aandachtig vanachter haar sluier en huilt wanhopig dikke tranen. Ze accepteert thee en een zakdoek van de therapeut. Sandji gaat door met intensief verbinden, ordenen en zorgen. De therapeut verwoordt af en toe Sandji's gevoelens, gedachten en wat hij doet. Plotseling pakt hij een dekentje en legt dat over het kindje heen; hij zucht en zegt duidelijk tegen vader: 'Zo is het goed; ze kan weg.'

Vader komt erbij, pakt de infuusstandaard en onder Sandji's leiding rijden ze samen de wieg met toebehoren de spelkamer uit naar de gang. Ze laten deze staan, komen terug de spelkamer in, gaan zitten en drinken hun thee op. Moeder,

intens verdrietig, pakt vaders hand. Er is stilte, ze kijken elkaar aan, er hoeft niets gezegd. Het is klaar.

Terug in de spreekkamer vertelt vader dat het in het spel precies zo was gegaan als indertijd, toen men op de afdeling had gevraagd of vader, Sandji en moeder afscheid wilden nemen van het zusje, dat daarna voorgoed bij hen weg zou zijn. Vader en Sandji hadden haar toegedekt en weggereden naar de gang. Ook toen had moeder niets kunnen doen.

Een mogelijke functie-/betekenisanalyse rond Sandji's gedragspatroon en schema's ziet er als volgt uit.



Voortzetting van de therapie is nu mogelijk. Met moeder en vader samen wordt de rouwtherapie voortgezet. Moeder vertelt – met haar man als tolk – steeds opnieuw in detail over de gebeurtenissen rond de dood van haar dochter. Erkenning in haar gelijk dat haar kind gered had kunnen worden, blijft voor haar lang het belangrijkste. Het helpt dat de gynaecoloog nog eens uitleg komt geven en de brief voor de ambassade mee ondertekent. Een heftige exposure aan de beelden van het verlies van haar dochtertje vindt plaats door confrontaties met de foto's, waar ze uiteindelijk naar kan kijken. Dit is de zwaarste periode in de therapie, waarbij moeder stapsgewijs gaat proberen meer los te laten en afscheid nemen toe te laten. Ze begrijpt de noodzaak zich meer te richten op haar gezonde kind, op positieve activiteiten en het opbouwen van een netwerk, vriendinnen krijgen. Pas maanden later wordt moeder minder somber en actiever; ze durft zelfs een nieuwe zwangerschap aan, als de gynaecoloog garandeert een zeer specialistische begeleiding te geven.

Sandji kwam in diezelfde periode een paar keer voor spelsessies, die hem ruimte gaven vrij te spelen en daarbinnen zijn gevoelens in spel af te reageren; hij vond

dat heerlijk. Hij had er veel last van schikbaar was en hierover kon hij wat voel je, wat denk je, wat doe meer ruimte zich te ontwikkelen

In de therapie met de ouders gerichte ouderbegeleiding gen pie werd gericht op consequen starre eetpatroon. Vader hielp e beetje lekker vond en maakte maaltijd thuis. Sandji werd doc slotte weer wat energie om si Sandji om te gaan.

Het ging Sandji goed; sinds hi nerrol opgeven. Hij werd mir len en daar met vader samen reageren; ze was opgelucht c zijn gezondheid. De beteken melijke gezondheid gebonc voeden staat gelijk aan hem bleek moeders voedsel qua haar niet emotioneel voor h peling van twee stimuli: Vi der), dat hij het niet wegge onbezorgde zorg kon krijg haar eten weer te proeven te zien, dat moeder weer net als vader die zijn partn

1.2.11 Samenvattende holistische th

Tot slot volgt nog een beke theorie (HT) in blokkensch HT, waarvoor in de eerste f met een X? aangeduid) m alleen in de eerste onderz hypothesen worden daari het behandelingsproces o woorden op die vragen. I gezin ziet er als volgt uit.

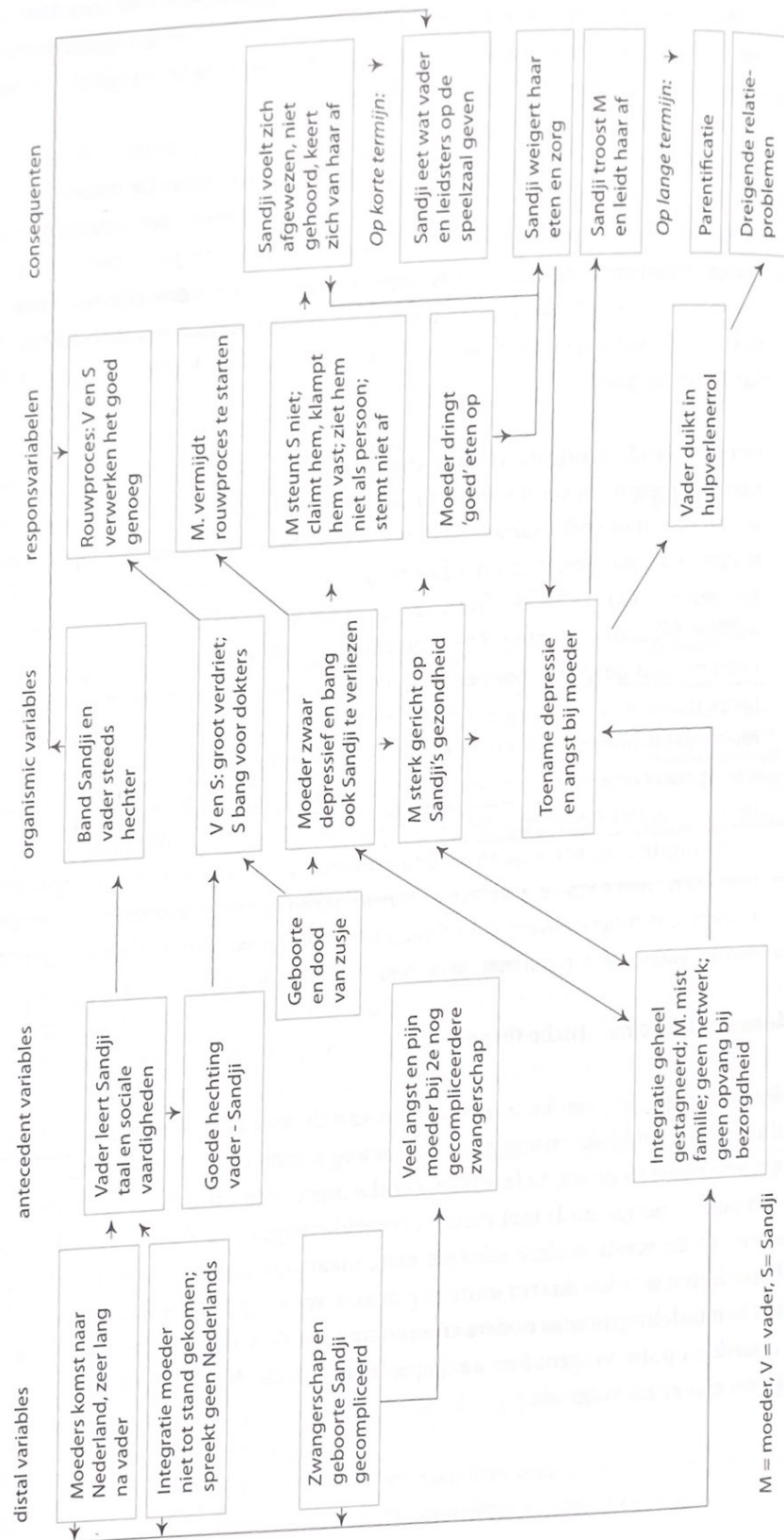
dat heerlijk. Hij had er veel last van dat zijn moeder emotioneel niet voor hem beschikbaar was en hierover kon heel eenvoudig gesproken en getekend worden: wat voel je, wat denk je, wat doe je en wat helpt goed? Hij kreeg ten slotte weer meer ruimte zich te ontwikkelen.

In de therapie met de ouders konden vanaf het begin elementen van op Sandji gerichte ouderbegeleiding gemakkelijk worden ingevlochten. De mediatietherapie werd gericht op consequent reageren, zonder Sandji te bekrachtigen in zijn starre eetpatroon. Vader hielp Sandji om van de maaltijd te gaan eten wat hij een beetje lekker vond en maakte voorlopig tweemaal per week een Nederlandse maaltijd thuis. Sandji werd door ouders bij het koken betrokken. Moeder had ten slotte weer wat energie om sensitiever en communicatief beter afgestemd met Sandji om te gaan.

Het ging Sandji goed; sinds hij wist dat moeder hulp kreeg, kon hij zijn hulpverlenerrol opgeven. Hij werd minder braaf en voorkomend, kon weer streken uithalen en daar met vader samen hard om lachen. Moeder kon daar ook positief op reageren; ze was opgelucht dat zij zich geen zorgen meer hoefde te maken over zijn gezondheid. De betekenis van emotioneel gezond zijn, bleek sterk aan lichamelijke gezondheid gebonden vanuit hun culturele achtergrond; je kind goed voeden staat gelijk aan hem emotioneel geven wat hij nodig heeft. Voor Sandji bleek moeders voedsel qua betekenis zo sterk verbonden met haar verdriet en haar niet emotioneel voor hem beschikbaar zijn (klassiek geconditioneerde koppeling van twee stimuli: Vietnamees eten en een huilende, wanhopende moeder), dat hij het niet weggeslikt kon krijgen. Nu hij van moeder weer affectie en onbezorgde zorg kon krijgen en daarop vertrouwen, wilde hij ook wel proberen haar eten weer te proeven en te lusten. In gezamenlijke eindsessies was duidelijk te zien, dat moeder weer voor Sandji beschikbaar was en ze daarvan genoten, net als vader die zijn partner terug had.

1.2.11 Samenvattende holistische theorie

Tot slot volgt nog een bekende variatie van de analyseoverzichten: de holistische theorie (HT) in blokkenschema. Gaandeweg worden onduidelijke elementen in de HT, waarvoor in de eerste fase geen verklaringen werden gevonden (in de modellen met een X? aangeduid) met meer zekerheid vastgesteld. Zo ontwikkelt de HT niet alleen in de eerste onderzoeksfase mee, maar ook tijdens de behandeling. Eerste hypothesen worden daarin immers getoetst, verworpen of bevestigd, vooral omdat het behandelingsproces ouders en kinderen steeds actief mee laat zoeken naar antwoorden op die vragen. Een aangepaste HT (model Nezu e.a., 2004) voor Sandji's gezin ziet er als volgt uit.



M = moeder, V = vader, S = Sandji

1.2.12 Andere probleemanalysemodellen

Van Borselen (1986) beschreef eerder het nog steeds zeer bruikbare *BASIC-ID-model* (Keat, 1979, gebaseerd op Lazarus) een multimodale benadering voor het analyseren van probleemgedrag. Dit *BASIC-ID-model* (Behavior-Affect-Sensation-Imagery-Cognition-Interpersonal-Drugs) is erop gericht een zo breed mogelijke benadering van het probleemgedrag te garanderen. Er worden zeven aspecten onderscheiden.

- 1 Gedrag (eenvoudig, complex, motorisch, verbaal).
- 2 Affect (gevoelens als woede, vreugde, verdriet, angst).
- 3 Sensatie (zintuiglijk).
- 4 Verbeelding (visueel, dromen of herinneringen).
- 5 Denken (opvattingen, ideeën en gedachten).
- 6 Interpersoonlijke relaties (interacties tussen cliënt en anderen).
- 7 Medicatie (medicijngebruik, lichamelijke conditie en uiterlijk).

Als een van de zeven aspecten het belangrijkste blijkt, dan kan van dat ene aspect vervolgens een meer gedetailleerde analyse gemaakt worden.

Stallard (2005) geeft in zijn behandelwijzer cognitieve gedragstherapie voor kinderen en jeugdigen *Denk goed, voel je goed* een model voor een *aanvangsprobleemstelling*. Dit is een zeer bruikbaar analysemodel dat direct met jongeren, maar ook met basisschoolkinderen gebruikt kan worden als leidraad voor het samen uitvinden hoe gebeurtenissen uit de kindertijd samen met gezondheidsproblemen en gezinskenmerken, leiden tot kernovertuigingen, veronderstellingen en (bij specifieke aanleidingen) automatische gedachten met bijbehorende gevoelens, fysiologische symptomen en gedrag. Stallard brengt hiermee complexe probleemstellingen in kaart op een uiterst overzichtelijke, visuele wijze, waarmee ouders en kinderen zich zeer begrepen zullen voelen. Hij gebruikt in dit proces gedachtewolkjes, tekeningen, verhalen en poppen om de situatie mee na te spelen en laat het kind zich afvragen hoe een ander in dezelfde situatie zou kunnen denken en handelen. Stallard is erin geslaagd zijn kennis over het afstemmen op kinderen in hun gedragstherapeutische proces op aanstekelijke en vaak gemakkelijke wijze weer te geven, met prachtige werkbladen en handige lijstjes, voorzien van illustraties die het kind niet vergeet. Zo geeft hij ook voor cognitieve gedragstherapeuten een 'gereedschapskist', een overzicht om aan de muur in de behandelkamer te hangen! Probleemstelling, cognities, gedrag en emoties met behandelingsmogelijkheden, bekrachtiging en beloning, zijn erin samengevat (figuur 8.1 in *Denk je goed – voel je goed. Behandelwijzer*).

Young, Klosko en Weishaar (2005) werken met een *casusconceptualisering*, waarin, naast de huidige problemen, in kaart wordt gebracht welke de stimuli zijn die de voor de persoon relevante schema's activeren, de ernst ervan, de copingreacties

en modi, ontstaansredenen en centrale herinneringen of beelden uit de kindertijd. Eventuele aangeboren/biologische factoren en risico van decompensatie worden vermeld. De centrale cognitieve vervormingen krijgen vanzelfsprekend een plaats in het overzicht, maar ook de therapeutische relatie, waarbij de invloed van schema's en modi tijdens de sessie in kaart wordt gebracht. Voor jeugdigen kan men hiermee ook aan de slag, maar er is nog niet uitgezocht hoe de toepasbaarheid bij jongere kinderen is.

Een andere benadering zoekt naar modellen voor analyse en behandeling waarbij integratie van verschillende referentiekaders en invalshoeken leidraad is, om optimaal af te kunnen stemmen op een specifieke probleemstelling bij een specifieke cliënt, terwijl ook de therapeut als persoon kan werken met wat hem/haar het best past. Afgewacht moet worden of dit strijdig zal blijken of juist geheel overeenkomt met de zich snel ontwikkelende en steeds breder inzetbare gedragstherapie en cognitieve therapie. De uitgangspunten in gedragstherapie zijn behandeltechnieken te kiezen die *evidence based* zijn en aan te sluiten bij de maatschappelijke ontwikkelingen om snel en efficiënt, dus vaak protocollair, te werken (Braet & Bögels, 2008). Afstemming, die zeker nodig is bij complexe problematiek, hoeft niet te leiden tot minder *evidence based* of minder efficiënt behandelen. Wel is een brede, open blik nodig bij de probleemanalyse, waardoor het centrale element eerder zichtbaar wordt. Daarop afkoersen kan net zo belangrijk zijn als strategisch kiezen voor de juiste invalshoeken en een op de persoon afgestemde behandelingsmethode. Met de komst van de 'nieuwe richtingen' binnen de gedragstherapie zijn er steeds meer keuzemogelijkheden voorhanden, die de meest werkzame elementen uit niet-gedragstherapeutische richtingen inmiddels volledig uitgewerkt en theoretisch goed gefundeerd een plaats hebben gegeven. Uit onderzoek zal de waarde ervan duidelijker worden. De nieuwe accenten lijken ook een reactie op maatschappelijke ontwikkelingen, zoals de nadruk op aandachtgerichte technieken, bewust stilstaan en minder op snelheid en resultaat gericht zijn. Dat geldt ook voor acceptatie van het gegeven dat niet alle gewenste veranderingen mogelijk of slechts gedeeltelijk mogelijk zijn (Hayes, 2006).

1.3 Behandelfase

1.3.1 Behandelplan en behandelcontract

Om technieken te vinden die passen bij dit probleem, bij deze ouders en dit kind, met hun geschiedenis, competenties en onmogelijkheden, afgestemd op het ontwikkelingsniveau van het kind, maar ook passend bij de therapeut, afhankelijk van zijn ervaring en stijl, zijn in de volgende hoofdstukken veel suggesties te vinden. Het boek staat er vol mee.

De gestelde do-
ten logisch vo-
hebben ouder
dat ze waren
begrip en de
aankpak tot

Dan wo-
ermee akk

Aan k

wat je he

ging je s

je kon

want d

we nu

ook r

je in

je n

is,

vo

pi

g

1

De gestelde doelen en gekozen technieken met de daarbij te nemen stappen moeten logisch voortvloeien uit de gemaakte analyses en holistische theorie. Idealiter hebben ouders inmiddels een goed inzicht verkregen in de factoren die maakten dat ze waren vastgelopen. Ze hebben dan, door de goede werkrelatie, het gekregen begrip en de steun, geen last meer van eventuele schuldgevoelens over hun eigen aanpak tot dan toe.

Dan wordt met ouders en kind het behandelplan besproken en gevraagd of ze ermee akkoord kunnen gaan.

Aan kinderen kan dat heel eenvoudig worden uitgelegd: 'Je wist niet zo goed wat je het beste kon doen of wat jou zou helpen om tegen jezelf te zeggen. En zo ging je steeds door op de manier die toch niet werkte. Je wist toen ook nog niet wat je kon doen om te zorgen dat je niet steeds banger werd (of bozer of verdrietiger), want dat had je nog niet geleerd. Maar dat kan je alsnog allemaal leren en dat gaan we nu doen. Dat is niet altijd gemakkelijk of prettig, maar leren zwemmen lukte ook niet door er een boekje over te lezen: je moest het water in en veel oefenen tot je ineens merkte dat je vanzelf de goede slagen maakte en altijd bleef drijven. Weet je nog? Vanaf nu komen er dus nieuwe kansen. Door te piekeren over wat voorbij is, word je niet vrolijker en gaat het ook niet vanzelf beter. Daarom gaan we stap voor stap proberen het op een andere manier aan te pakken. Die stappen heb ik op papier gezet, zodat we steeds kunnen zien wanneer we een volgende stap kunnen gaan nemen. Als dat goed lukt, kun je er helemaal zelf voor zorgen dat het nooit meer zo moeilijk hoeft te worden als het de afgelopen tijd was. En als het niet zo goed lukt met de stappen van dit plan, dan zoeken we uit of er gemakkelijkere, andere manieren zijn te vinden, die beter bij jou en je ouders passen. Wat denk je, wil je het proberen?'

Een behandelplan voor ouders en kind moet concreet en eenvoudig geformuleerd zijn (Otto, 2003). Hier volgt een voorbeeld van het contract.

Het doel is: ...		Datum: ...	
Afspraken			
- Peter komt eerst vijf keer alleen om te oefenen met ... - Zijn ouders komen ook vijf keer om ... - Daarna komen Peter en zijn ouders samen hierheen om te leren hoe thuis elke twee dagen te bespreken wat goed is gedaan, elkaar complimenten te geven voor de nieuwe manieren van reageren die ze bij elkaar merkten en zelf oplossingen te bedenken voor wat nog moeilijk is. - De therapeut legt steeds uit wat een slimme volgende stap kan zijn en hoe die genomen kan worden.			
Handtekeningen			
Peter: ...	Moeder: ...	Vader: ...	Therapeut: ...

1.3.2 Behandeling en stagnaties

Of men gekozen heeft voor een behandeling op maat of eerst een protocol volgt, waarna alsnog vervolgstappen kunnen worden ingezet, een *therapiesessie* heeft meestal de volgende onderdelen.

- *Kort bijpraten* over de afgelopen periode (en hierover bijvoorbeeld een standaardmeting laten invullen, zoals de acht items op een 5-puntsschaal van de BAP-schaal (Burger, 1980), waarvan ook een kindversie bestaat).
- *Bespreken van het huiswerk*. Hermans, Eelen en Orlemans (2007) gebruiken hier de meer motiverende, minder schoolassociaties oproepende term *thuiswerk* voor: dat wat je thuis zelf aan je probleem kunt doen. Thuiswerk houdt in: oefeningen uitvoeren (zoals exposure en responspreventie, agressieregulatie, stop-, denk-, doe- en andere probleemoplossingstappen volgen), soms verder nadenken over een kwestie, letten op goede voorbeelden en die eens nadoen, gedachten noteren en uitdagen, ontspannen en loslaten of *mindfull* je aandacht richten op lichamelijke en zintuiglijke gewaarwordingen en emoties, bewust van het specifieke moment. Blijkt dat het huiswerk te moeilijk was, dan zoeken therapeut en cliënt samen naar hoe het beter zou kunnen lukken of kiezen een andere invalshoek of methode.
- *Technieken* verder oefenen, zoals rollenspel, analyseren van voorgevallen situaties en de reacties daarop, zoeken naar disfunctionele gedachten en alternatieven, imaginaire (verbeeldings-)technieken of non-verbale, creatieve technieken, om toegang te krijgen tot moeilijk te bereiken UCS-UCR-representaties. De therapeut beperkt zich niet tot uitleggen, voordoen, stimuleren en bekrachtigen bij het samen oefenen, maar kiest steeds voor het *vergroten van de zelfwerkzaamheid* van de cliënt. Dat kan door te vragen naar diens eigen ideeën en voorstellen, te vragen deze eens te laten zien en ze daarna samen bij te schaven. In de weken erna kan in de praktijk getoetst worden of ze goed uitpakken. Zo wordt de cliënt steeds meer 'zijn eigen therapeut'.
- In een individuele therapie met het kind dat wat besproken, geoefend of gespeeld is, vastleggen in het '*therapieboekje*', een dagboekje van de therapie. Het kind kan de opgeschreven essentie van wat bedacht en uitgevoerd is bijvoorbeeld illustreren met tekeningen en plaatjes. Door van keer tot keer terug te kunnen lezen wat behandeld is en de vermelde doelen van de eerste sessie te kunnen checken, volgt het kind zijn eigen proces heel expliciet. Het boekje is belangrijk en blijft in de therapiekamer, ook na afloop van de therapie.
- *Ingaan op wat verder nog ter sprake moet komen* en ook goed luisteren naar een uitgebreid verhaal dat een kind doet over zijn verjaardag, hobby of voorvallen met vriendjes, op school of in fantasieën. De ouders vertellen misschien over voorvallen in de familie, de relatie, sociale context of op het werk, die belangrijker kunnen zijn dan eerst werd ingeschat. Als ouders deze voorvallen nu aankaarten, is het waarschijnlijk ook van belang.

BAP-schaal
ORS
outcome
rating
scale

SRS
scale
rating
scale

- Het kind laten kiezen voor spelen in spelkamer (of speelhoek van de behandelkamer) of samen een *spelletje doen als afsluiting* (soms als expliciete beloning voor het 'harde werken' in de sessie) is bij kinderen algemeen gangbaar. Dit maakt het aantrekkelijk volgende keer weer terug te komen.
- Een *verslag maken* dat alle relevante gegevens van de onderdelen van de sessie bevat voor het dossier. Maak een vast stramien waarin beschreven wordt: wat het doel van de sessie was, hoe de cliënt binnenkwam en wat de planning mogelijk verstoorde, gespreksonderwerpen, interventies, technische oefenonderdelen, het verloop en effect daarvan, andere activiteiten, de (thuiswerk-)afspraken voor de volgende keer en de *evaluatie* van dit uur door de cliënt (heeft deze zich daar over uitgelaten? Zie hoofdstuk 12.18 voor schalen om dit te meten) en de therapeut (tevreden over eigen rol? wat moet volgende keer zeker niet vergeten worden?)

Oplossen van stagnaties

Treedt tijdens de behandeling geen of te weinig vooruitgang op en wordt bij een tussenevaluatie niet genoeg duidelijk waaraan dit ligt, dan is het belangrijk naar oorzaken en oplossingen te zoeken. Er zijn verschillende oorzaken van stagnatie mogelijk.

Stagnaties en oplossingen

		Stagnatie te vinden bij		
kind of ouders			interacties van kind of ouders	
komt voort uit				
intern conflict rond veranderen motivatiepro- bleem	gebrek aan vaardigheden		bekrachtiging van disfunctionele reacties door anderen	probleem in de werkrelatie therapeut-cliënt
op te lossen door				
- motivatietechnieken - angst voor de verandering verminderen - te behalen winst in beeld brengen	- alsnog aanleren of - accepteren van onmogelijkheid - doel verlagen		- degene die bekrachtigt mee uitnodigen - contextmedewerking verkrijgen	- bespreek met cliënt en analyseer rollen - kies andere aanpak - onderzoek eigen representaties - intervisie, scholing

Bij *motivatieproblemen* is het wellicht toch onvoldoende duidelijk welke winst er te behalen is, terwijl de cliënt er veel plezierigs voor lijkt te moeten inleveren – het

grote probleem van pubers die worden meegenomen naar een therapie, waardoor ze vrezen dat die therapeut namens de ouders er wel voor zal zorgen dat zelfgepakte vrijheden weer ingeleverd moeten worden en het leven dan vreselijk saai wordt. Het loont de moeite als de therapeut zich verschillende motiveringstechnieken eigen maakt (Stallard, 2005; Miller & Rollnick, 2005; Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992). Soms komt de motivatie vanzelf op gang als gestart wordt met datgene wat de cliënt zelf veranderd wil zien. Hermans, Eelen en Orlemans (2007) noemen dit het 'staartprobleem', waarna bij succes hiermee de 'midden- en vroege problematiek' geleidelijk aan ook besproken en aangepakt kan worden. Soms is dat absoluut niet nodig, omdat het staartprobleem in stand wordt gehouden door andere factoren dan vroege problematiek, waar het eerst wel uit voortkwam. Maak het dan niet onnodig ingewikkeld!

Bij een *gebrek aan vaardigheden* moet het tempo van de therapie vertraagd worden, waarbij aan het leren van de ontbrekende vaardigheden in of buiten de therapie meer voorrang moet worden gegeven. Sommige tekorten zijn niet te verhelpen; de cliënt vertelt dit soms uit schaamte niet (bijvoorbeeld een leerprobleem).

Bij *bekrachtiging van de problemen door anderen* moet simpelweg gezorgd worden dat deze bekrachtiging stopt of eerst zichtbaar gemaakt en daardoor behandelbaar wordt. De grootmoeder die niet wil dat haar dochter zelfstandig beslist, ook niet over een therapeutisch plan voor het kleinkind, kan het probleemgedrag zeer intensief gaan bekrachtigen, soms openlijk door moeders plan te diskwalificeren tegenover het kind. Nodig grootmoeder dan ook uit!

Voor problemen die te maken hebben met een *interactieprobleem tussen de therapeut en cliënt* zijn talloze oorzaken aan te wijzen, waarvan ook gunstige: uiteindelijk durft de cliënt zijn agressie te uiten en doet dat dus ook tegen de therapeut. In alle gevallen kunnen therapeut en cliënt samen bespreken en analyseren wat er speelt. Dat geldt ook in kinder- en jeugdtherapieën. Soms is het heel eenvoudig: een andere aanpak lost het op. Voor ingewikkelde mechanismen in de werkrelatie, zoals bij persoonlijkheidsproblematiek vaak voorkomt, kunnen de functieanalyses van de valkuilen in de therapeutische relatie van Sprey (2002) uitkomst bieden. Bespreek eigen schema's en ongerustheid zeker ook in intervisie of supervisie en ga verder met een andere houding. Raadpleeg de vakliteratuur, volg een gerichte cursus rond het thema. Leer er vaardigheden bij.

1.3.3 Evaluatie en afsluiting

In deze laatste fase van het gedragstherapeutisch proces staan de volgende twee vragen centraal.

- 1 Welke veranderingen zijn in het probleemgedrag opgetreden en zijn deze het gevolg van de behandeling?
- 2 Zal het bereikte resultaat blijven bestaan, met andere woorden: is er genoeg generalisatie bereikt, zowel in plaats als in tijd?

De beantwoording van de eerste vraag vindt in principe in elke zitting plaats. Expliciet evalueren kan in een aparte sessie plaatsvinden, zoals met ouders en/of kinderen meestal is afgesproken (bijvoorbeeld na iedere vijf zittingen). Om de effecten goed zichtbaar te maken, kan gevraagd worden voor de evaluatie weer een week te registreren (tweede baselinemeting). Uit informatie van het kind, de ouders of andere betrokkenen kan ook zonder registraties al duidelijk zijn dat de verandering zonneklaar is. Vraag niet alleen de ouders of zij tevreden zijn over de verandering bij hun kind, maar peil ook bij het kind of het nieuwe gedrag van zijn ouders goed bevalt. Een tussenevaluatie leidt tot overschakeling naar nieuwe subdoelen of, bij stagnatie, na onderzoek van de oorzaak, tot teruggaan naar eerdere stappen uit het gedragstherapeutisch proces, opnieuw analyseren en het therapieplan aanpassen.

De vraag of de gedragsveranderingen een gevolg zijn van de therapeutische interventies, is ook van belang. Vooruitgang, terugval of geen verandering kunnen alle veroorzaakt zijn door factoren die de therapeut niet onder controle had (bijvoorbeeld door een schooloverplaatsing, waar het kind meer (of juist minder) op zijn mogelijkheden wordt aangesproken of door een verhuizing naar een kinderrijke buurt, zodat het kind eindelijk meer vriendjes kon maken of juist een onvoorzien grote angst voor buitenspelen kreeg).

Bij de eindevaluatie (met laatste baseline) komt nadrukkelijk de tweede vraag aan bod hoe ouders en kind datgene wat in de therapie is geleerd, op eigen kracht kunnen doorzetten in allerlei situaties (generalisatie). De vraag is of ze voortaan zinnigere keuzen zullen maken, omdat inzichtelijk is geworden waardoor ze in het oude gedragspatroon steeds opnieuw vastliepen. Wordt er inmiddels fundamenteel anders gereageerd, omdat kernovertuigingen goed onder de loep zijn genomen en vervangen door meer haalbare, prettiger uitpakkende gedachtegangen? Wordt er ontspanning en plezier ervaren in situaties die vóór de behandeling angst, woede of verdriet opriepen? Zou het lukken zonder therapie en hoe kan dat worden gegarandeerd?

1.3.4 Boostersessies en follow-up

De volgende richtlijnen zorgen voor een maximale generalisatie.

- 1 Zorg ervoor dat het doelgedrag niet alleen binnen de therapie, maar ook daarbuiten wordt bekrachtigd. Een kind met geringe sociale vaardigheden dat voor het eerst een compliment aan een leeftijdgenoot geeft en daar niets positiefs op ziet volgen of zelfs wordt uitgelachen, zal zo'n poging de volgende keer wel uit zijn hoofd laten. Dat pleit voor een gecombineerde behandeling van kind, ouders en verdere context, zodat wat in de omgeving van het kind gebeurt ook in de therapie wordt betrokken. De leerkracht is onmisbaar bij beoogde veranderingen op school. Door mediatietherapie, met ouders en andere betrokkenen rond het kind, kunnen generalisatieproblemen worden voorkomen (Nijhoff-Huyse, 1996).

- 2 Varieer oefensituaties zo veel mogelijk, net als de bekrachtigers, die aantrekkelijk genoeg moeten blijven. Betrek eventueel collega's in de behandeling voor onderdelen van de therapie, om basisvaardigheden op te bouwen, bijvoorbeeld bij sociaalangstige kinderen. Variatie is niet alleen nodig om de aandacht van het kind vast te houden, maar ook om het geleerde overal en met steeds andere personen om zich heen te kunnen toepassen.
- 3 Verminder de frequentie van de zittingen langzaam. Maak de tussenliggende tijd steeds groter. Spreek zeker nog een boostersessie af na drie maanden en liefst een follow-upsessie na nog eens zes maanden. Snelle successen blijken pas echte successen te zijn als het nieuwe gedrag over langere tijd nog bestaat.
- 4 Probeer de mate van controle die het kind over zijn omgeving heeft, te vergroten door zelfcontroleprocedures. Leer het kind dus zichzelf te belonen voor zijn nieuwe gedrag, zijn 'meer helpende' gedachten en zijn mogelijkheden nu ook eigen gevoelens te reguleren. 'Zich weer goed voelen' is voor kind en ouders vaak het belangrijkste criterium van een geslaagde therapie.

De behandeling met kinderen wordt vaak afgesloten met een ritueel of 'feestje'. Afsproken wordt hoe de laatste keer er uit zal zien: het kind mag kiezen wat het zelf nog eens wil doen of bespreken. Als er in de individuele therapie een therapieboekje is gemaakt met het kind, kan dat nog eens worden doorgelezen op de veranderingen die geleidelijk zijn bereikt. De therapeut kan een 'diploma' geven, met handtekeningen voor het bereikte resultaat en uit waardering voor het 'harde werken'.

Het kind kan gevraagd worden zichzelf te tekenen vóór en na de therapie, waarbij de verschillen goed in beeld komen. Een aardige variant is het maken van een nieuwe gezinstekening. Bij de tekening van 'het gezin in dieren' komen de veranderingen vaak nog duidelijker naar voren. Soms is de positie van het kind in het gezin veranderd of worden de verhalen over gedrag en karakters van de gezinsleden heel anders vormgegeven dan voorafgaand aan de therapie. Waarschijnlijk is de sfeer in zo'n visueel beeld ook positiever. Reden om te vieren, met spel, een traktaatje of een mooie toepasselijke ansichtkaart of ander kleinigheidje als herinnering aan de therapie.

Literatuur

- Borselen, W. van (1986). Het gedragstherapeutisch proces. In: J.M. Cladder, W. van Borselen & M. Nijhoff-Huysse (red.), *Gedragstherapie met kinderen en jeugdigen*. Lisse: Swets en Zeitlinger.
- Braet, C. & Bögels, S. (red.) (2008). *Protocollaire behandelingen voor kinderen met psychische klachten*. Amsterdam: Boom.
- Brinkman, W. (1978). Het gedragstherapeutisch proces. In: J.W.G. Orlemans, P. Eelen & W.P. Haayman (red.), *Handboek voor gedragstherapie*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Burger, A.W. (1994). *Functie-analyse van neurotisch gedrag. Een handleiding voor therapeuten*. Amsterdam: Van Rossen.

- Burger, A.W. (1980). *Handleiding bij de BAP-schaal, Zelfbeoordelingschaal voor het meten van 'algemeen welbevinden'*. Utrecht: Vereniging voor Gedragstherapie.
- Hayes, S.C. (2006). *Uit je hoofd in het leven. Een werkboek voor een waardevol leven met mindfulness en acceptatie en commitment therapie*. Amsterdam: Uitgeverij Nieuwezijds.
- Hermans, D., Eelen, P. & Orlemans, H. (2007). *Inleiding tot de gedragstherapie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Keat, D.B. (1979). *Multimodal Therapy with children*. New York: Pergamon Press.
- Klijn, W. & Scheller- Dikkers, S. (2006). *Waar woorden tekort schieten*. Leuven/Voorburg: Acco.
- Korrelboom, K. & Ten Broeke, E. (2004). *Geïntegreerde cognitieve gedragstherapie; handboek voor theorie en praktijk*. Bussum: Coutinho.
- Landsheer, J.A., Prins, P.J.M. & Nijhoff-Huyse, M.W.D. (1993). Het gedragstherapeutisch proces bij de behandeling van kinderen en jeugdigen. In: P.J.M. Prins (red.), *Gedragstherapie bij kinderen en jeugdigen*. Houten: Bohn, Stafleu van Loghum.
- Lang, P.J. (1984). Cognition in emotion. Concept and action. In: C. Izard, J. Kagan & R.B. Zajonc (eds.), *Emotion, cognition and behavior*. New York: Cambridge University Press.
- Londen, A. van e.a. (1991-2007). *Vaardigheden voor ouders*. Amsterdam: Harcourt Book Publishers.
- Miller, W.R. & Rollnick, S. (2005). *Motiverende gespreksvoering*. Gorinchem: Ekklesia.
- Nezu, A.M., Nezu, C.M. & Lombardo, E. (2004). *Cognitive-behavioral case formulation and treatment design: A problem-solving approach*. New York: Springer.
- Nijhoff-Huyse, M.W.D. (1996). Gedragstherapie via de ouders: mediatietherapie; Individuele gedragstherapie. In: F. Verhey & F.C. Verhulst (red.), *Kinder- en Jeugdpsychiatrie, III* (pp. 44-56). Assen: Van Gorcum.
- Nijhoff-Huyse, M.W.D. (1997). Gedragstherapie bij kinderen. In R. de Bruin-Beneder, *Kinderpsychotherapie* (pp. 155-216). Bussum: Coutinho.
- Nijhoff-Huyse, M.W.D. (1998). Verbeelding, fantasie en spel in gedragstherapie met kinderen en jeugdigen. In: Prins, P.J.M. & Bosch, J.D. (red.), *Methoden en technieken van gedragstherapie bij kinderen en jeugdigen* (pp.198-217). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Nijhoff-Huyse, M.W.D. (1998). Speltherapie. In: J.M. Cladder, M. Nijhoff-Huyse & G. Mulder (red.), *Gedragstherapie met kinderen en jeugdigen* (pp. 123-177). Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Otto, M.W., Reilly- Harrington, N.A., Kogan, N. & Winett, C.A. (2003). Treatment contracting in cognitive-behaviour therapy. *Cognitive and Behavioral Practice*, 10, 199-203. [Nederlandse vertaling: Een behandelcontract sluiten bij cognitieve gedragstherapie (2004). *Toegang tot de Psychotherapie Internationaal*, 4, 371-386.]
- Prochaska, J.O., DiClemente, C.C. & Norcross, J.C. (1992). In search of how people change. *American Psychologist*, 47, 1102-1104.
- Ramsay, R.W. (1979). Rouwtherapie. In: J.W.G.Orlemans, P. Eelen & W.P. Haayman (red.), *Handboek voor gedragstherapie*. Deventer: van Loghum Slaterus.
- Soudijn, K. (2007). *Ethische codes voor psychologen*. Amsterdam: Nieuwezijds.

- Stallard, P. (2002). *Think Good – Feel Good. A cognitive behaviour therapy workbook for children and young people*. West Sussex: John Wiley & Sons. [Nederlandse vertaling (2006): *Denk goed – voel je goed. Werkboek cognitieve gedragstherapie voor kinderen en jeugdigen*. Amsterdam: Nieuwezijds.]
- Stallard, P. (2005). *A Clinician's Guide to Think Good-Feel Good. Using CBT with children and young people*. West Sussex: John Wiley & Sons. [Nederlandse vertaling (2006): *Denk goed voel je goed; cognitieve gedragstherapie voor kinderen en jongeren*. Behandelwijzer. Amsterdam: Nieuwezijds.]
- Sprey, A. (2002). *Praktijkboek persoonlijkheidsstoornissen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Verhulst, J. (2006). *RET je kind, opvoeden met gezond verstand*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Young, J.E. & Klosko, J. (1994). *Reinventing your life*. New York: Plume [Nederlandse vertaling (1999): *Leven in je leven*. Amsterdam: Pearson Assessment and Information.]
- Young, J.E., Klosko, J.S. & Weishaar, M.E. (2005). *Schemagerichte therapie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

1.4 Het proces van het schrijven van een N=1-studie

De N=1-studie is de bekwaamheidsproef die elke aankomend gedragstherapeut moet afleggen. De therapie moet minimaal twintig zittingen bevatten, waarvan maximaal drie voor taxatie en analyses. Het moet dus gaan om complexe problematiek, waarbij verschillende modificatieprocedures worden toegepast. Bij een mediatietherapie moeten zowel de effecten op de ouders als op de kinderen worden beschreven.

Bij een N=2-studie gaat het over twee behandelingen van elk minstens tien sessies, waarvan maximaal twee voor taxatie en analyse. De problematiek mag dan eenvoudiger zijn en de behandeling protocollair. Ook in een N=2-studie moeten de stappen van het gedragstherapeutisch proces inzichtelijk worden gemaakt en dienen er functieanalyses gemaakt te zijn. De twee studies moeten dan over verschillende klachten of behandeltechnieken gaan. Het gebruik van een standaardprotocol moet beargumenteerd worden vanuit de analyses.

De beschrijving mag ook gaan over minimaal tien groeps- of gezinszittingen van ten minste negentig minuten, mits de diagnostiek en analyses en processen worden beschreven per deelnemer.

Het verslag moet in maximaal veertig pagina's de volgende paragrafen bevatten.

1 Probleeminventarisatie

Beschreven worden de behandelsetting, de procedures rond aanmelding, intake, indicatiestelling en eventuele matching. Bij de taxatie beschrijft de therapeut de anamnestiche gegevens en relevante procesvariabelen. De diagnose(s) moet voor de lezer toetsbaar zijn. Ook de aanmeldingsklacht en de hulpvraag moeten worden

2

De

drag

de p

ontst.

van ir

APA-ri

3 Proble

Na de ar

een voorl

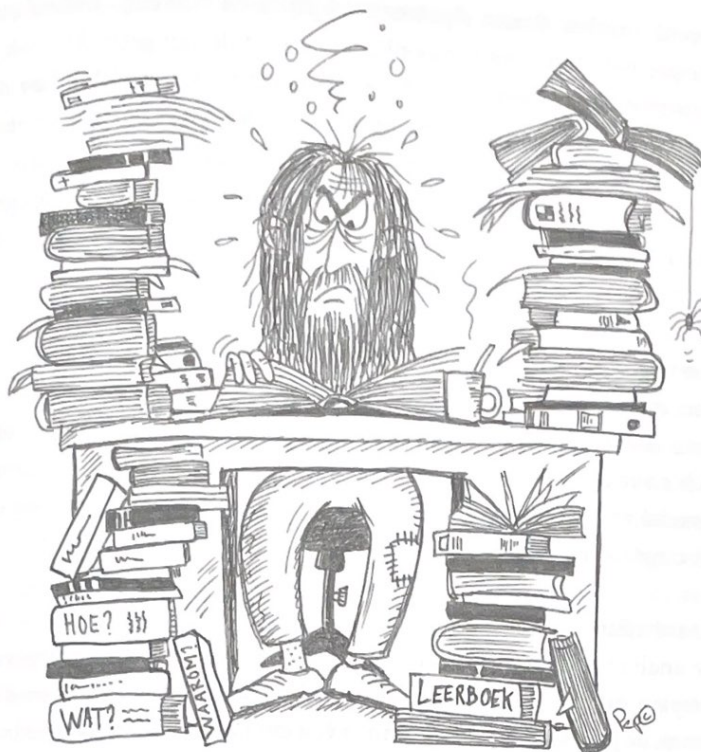
samenhai

keus van l

4 Metingen

Testdiagnos

het onderbou



vermeld. De samenhang van de klachten en relevante probleemgedragingen, de ontwikkeling en achtergronden worden aangegeven. Ook interactionele aspecten worden vermeld. De taxatie wordt afgesloten met een (voorlopige) DSM-IV-classificatie, met eventueel een differentiaaldiagnose.

2 Literatuur

De relevante gedragstherapeutische literatuur – over de klachten, het probleemgedrag en zinvolle behandelingsmethoden – wordt kritisch besproken. Samen met de problematiek van de cliënt moet dit leiden tot voorlopige hypothesen over het ontstaan en in stand blijven van de problemen en tot hypothesen over de effecten van interventies. De gerefereerde literatuur moet volledig zijn opgesomd volgens APA-richtlijnen en liefst niet ouder dan drie jaar.

3 Probleemsamenhang en probleemselectie

Na de anamnese volgt het stadium van de probleemkeuze. De therapeut beschrijft een voorlopige theorie over de probleemontwikkeling met een logische probleem-samenhang, in de vorm van een holistische theorie of casusconceptualisatie. De keus van het eerst te behandelen probleemgedrag wordt beargumenteerd.

4 Metingen

Testdiagnostiek wordt gebruikt voor het bepalen van het behandel-effect en voor het onderbouwen van diagnose en behandeling. De keus van tests moet beargu-

menteerd worden. Naast algemene vragenlijsten worden, indien relevant, ook klachtspecifieke lijsten en persoonlijkheidsvragenlijsten gebruikt. Ook de gebruikte normgroepen worden vermeld. De therapeut maakt duidelijk hoe de resultaten bijdragen aan de hypothesevorming. De instrumenten zelf hoeven niet uitgebreid beschreven te worden, die zijn immers bekend. Ook laat de therapeut zien hoe hij registraties van klachten, gevoelens, stemmingen, gedachten, gedragingen of andere kwesties tijdens het proces heeft gebruikt, bijvoorbeeld door ingevulde formulieren in een bijlage op te nemen.

5 Gedragsanalyse

De therapeut analyseert het probleemgedrag adequaat volgens de leertheorie. De mechanismen van ontstaan en in stand houden van het probleemgedrag worden logisch en relevant beschreven. De therapeut gebruikt de wijze van noteren van één model van functieanalyse, ook als de therapie volgens een cognitief model wordt uitgevoerd.

6 Behandelplan

Na de analyse stelt de therapeut in samenhang met de literatuurgegevens een behandelplan op, gemotiveerd vanuit de hulpvraag en motivatie van de cliënt, de diagnose, de gedragsanalyses en kennis van empirisch ondersteunde behandelmethoden. Doelstellingen en middelen worden helder verwoord, evenals de reactie van de cliënt op de uitleg en presentatie van het behandelplan.

7 Verloop van de uitvoering van het behandelplan

Het aantal sessies en het tijdsverloop worden zo toegelicht dat duidelijk wordt wat er gebeurd is met de behandelde problematiek. Procesgang, technieken en interventies worden beschreven. Wat deed de therapeut en hoe reageerde de cliënt? De therapeut geeft voorbeelden en maakt zijn denkproces inzichtelijk.

8 Evaluatie

Bij de evaluatie hoort ook aandacht voor terugvalpreventie. Tussen- en eindmetingen worden beschreven, evenals veranderingen in het probleemgedrag en werkzame elementen. De cliënt-therapeutinteractie komt aan bod, bijvoorbeeld in termen van de roos van Leary of het leertheoretische schema van Sprey. Tot slot geeft de therapeut een kritische reflectie op de complete behandeling en de gebruikte literatuur. Hiermee laat hij zien dat hij van fouten kan leren en zich als therapeut blijft ontwikkelen.

9 Samenvatting

De therapeut besluit met een samenvatting van tweehonderd woorden en de ondertekening van zijn supervisor.

1.5 Het oplossingsgerichte gedragstherapeutisch proces

Bannink (2006) vertaalde het traditionele probleemgerichte gedragstherapeutische proces naar het oplossingsgerichte proces. Het proces van de oplossingsgerichte cognitieve gedragstherapie verloopt iets anders dan dat van de probleemgerichte gedragstherapie. Tijdens het gesprek bekrachtigt de therapeut (+S+) door het toedienen van een positieve prikkel het praten over doel, oplossingen, hulpbronnen, competenties en vooruitgang. Hij stelt er vragen over en vraagt naar zo veel mogelijk details. Hij luistert respectvol naar het probleemverhaal van de cliënt, maar exploreert niet verder; hij stelt geen vragen en vraagt niet naar details (-S+).

Het verschil met de constructionele gedragstherapie is dat daar weliswaar gevraagd wordt naar situaties waarin het probleemgedrag niet voorkomt, maar dat de behandeling vervolgens plaats vindt in een probleemgericht proces. In de oplossingsgerichte therapie wordt ook wel gezocht naar zulke situaties, maar nog meer en liever naar situaties waarin het doelgedrag soms al even een beetje voorkomt of situaties waarin het probleemgedrag er niet of minder is. Vervolgens wordt daarmee in een vaak korte therapie oplossingsgericht verder gewerkt.

1 Kennismaking

Al meteen in het stadium van de kennismaking zal de oplossingsgerichte kindtherapeut vragen waar ouders en kind goed in zijn en wat ze leuk vinden. Naar wat al wel goed gaat en succes heeft en hoe ze dat doen. Als de cliënt over zijn probleem wil vertellen, wordt daar begripvol naar geluisterd en wordt erkenning gegeven voor de ellende ervan. Maar zodra de cliënt is uitgesproken en de therapeut het probleem naar genoegen heeft samengevat, zal hij vragen wat er voor het probleem in de plaats moet komen. De therapeut doet zijn best om niet nieuwsgierig te zijn naar de details van het probleem en naar de geschiedenis ervan en is tevreden als hij erkenning kan geven voor de last van het probleem. Om te kunnen gaan werken aan toename van gewenst gedrag is het niet nodig om veel over het probleem te weten en dat bespaart veel tijd.

2 Geen probleemkeuze maar doelkeuze

Waar in de probleemgerichte therapie na de kennismaking en inventarisatie de keus van het aan te pakken probleem gemaakt moet worden, moet in de oplossingsgerichte therapie de keus voor het doel gemaakt worden. Het doel van de cliënt – dat wat voor het probleem in de plaats moet komen – moet haalbaar lijken en motiverend genoeg zijn om moeite voor te willen doen. Als een puber met anorexia nervosa niet gemotiveerd is om iets te veranderen aan haar eetgedrag, maar wel om van het gezeur van haar bezorgde ouders af te komen, dan kan het doel aanvankelijk worden: 'je ouders geruststellen'. Bij onduidelijkheid over de motivatie voor het doel kan een schaalvraag naar motivatie worden gesteld. 'Als 1 betekent dat je er geen moeite voor wil doen en 10 betekent dat je bereid bent er alles voor te doen wat ik je maar zou kunnen vragen, waar zit je dan nu? Wat maakt dat je er nu dit

cijfer voor geeft? Waaraan zou je merken dat je er 1 punt meer voor gaf, wat zou je dan anders doen? Welk verschil zou dat maken?' Als de haalbaarheid van het doel onduidelijk is, vraagt de therapeut: 'Wat maakt dat je denkt dat je dit zou kunnen?' Plus zonodig een schaalvraag naar vertrouwen: 'Hoeveel vertrouwen heb je er in dat dit doel bereikt kan worden, als 1 is vergeet het maar en 10 is zeker weten? Wat geeft je dit vertrouwen?'

3 Basismetingen

De therapeut begint met de vraag of er al iets veranderd is sinds de aanmelding. Daarnaast gevraagd, blijkt 65-75% van de cliënten zelf al een vorm van positieve actie te hebben ondernomen, de zogenaamde *pretreatment change*. Soms kan de therapie dan zelfs al afgerond worden met als huiswerk 'ga zo door en doe er meer van'. Ook komt het soms voor dat als bij de aanmelding gevraagd wordt om vast op te schrijven wat er door de therapie niet mag veranderen omdat het al goed gaat, de intake wordt afgebeld omdat het bij nader inzien allemaal toch wel meevalt. De therapeut is vervolgens nieuwsgierig naar hoe goed het precies al gaat. In welke situaties is het probleem er soms al even niet, korter, minder hevig of is er al iets wat in de verte een beetje lijkt op het doel (de uitzonderingen) en hoe zijn deze tot stand gekomen? Ook vraagt de therapeut naar de gevolgen van dit gedrag, de voor- en de nadelen ervan.

De simpelste basismeting is de schaalvraag naar vooruitgang. 'Als 10 betekent dat je je doel bereikt hebt en 1 betekent het probleem op zijn ergst, waar zit je dan nu?' Gemiddeld zeggen cliënten bij een intake dat ze op een 3 zitten. De therapeut vraagt dan wat maakt dat ze er nu een 3 voor geven, hoe ze van een 1 op een 3 zijn gekomen en waaraan ze zouden merken dat het geen 3 meer was maar al een 4.

4 Functieanalyse

Functieanalyses gaan bij de oplossingsgerichte therapie over gewenst gedrag in plaats van over probleemgedrag. Aandacht van ouders en therapeut voor het probleemgedrag brengt immers het risico met zich mee dat dit gedrag juist versterkt wordt. En het begrijpen van de (psycho-)logica ervan, wat een functieanalyse van probleemgedrag immers is, doet dat uiteraard nog meer. Het bekrachtigend effect van geïnteresseerde aandacht richt de oplossingsgerichte therapeut dus liever op het gewenste gedrag dat voor het probleem in de plaats moet komen.

Sd = Wanneer was het probleemgedrag er al wat minder of was er al iets van het doelgedrag?

R = Wat dacht of deed je toen precies anders?

C = En wat waren de gevolgen van dat gedrag toen?

Of ook toekomstgericht:

Sd = Het doel is voldoende bereikt.

R = Wat denk en doe je dan anders?

C = Wat zijn dan de gevolgen?

5 Behandelplan met modificatieprocedures

Het behandelplan van de oplossingsgerichte therapie verloopt globaal als volgt. Het doel van de behandeling is:

- door het construeren van een hypothetische oplossing (de fantasie van het bereikte doel);
- het vinden van uitzonderingen op het probleem;
- het vinden van hulpbronnen en competenties;
- het gebruik van schaalvragen;
- en het geven van complimenten;
- ouders en kind te helpen ervaren dat ze zelf iets kunnen doen om ervoor te zorgen dat de situatie beter wordt, totdat ze het vertrouwen hebben voldoende op het goede spoor te zitten om weer op eigen benen verder te kunnen.

De oplossingsgerichte therapeut onderzoekt dus allereerst of de cliënt de benodigde competenties en procedures zelf al niet in huis heeft, door de uitzonderingen op het probleem en de benaderingen van het doelgedrag te verkennen. 'Hoe is het jullie toen gelukt om ...? Zou dat vaker kunnen? Wat is daar voor nodig? Wie kunnen daarbij helpen? Hoe doen je vriendjes dat? Zou je dat ook kunnen?' Pas als dit onverhoopt te weinig oplevert, doet de therapeut zelf suggesties. Ook het niet hoeven aanleren van nieuwe kennis en vaardigheden, maar het gebruiken van wat de cliënt bij goed zoeken zelf al in huis blijkt te hebben, levert een grote besparing op aan tijd, geld en moeite. Waar soms toch vaardigheden lijken te worden aangeleerd, zoals bij *Kids' Skills*, gaat het in feite meestal om het op een plezierige manier oefenen van al laag frequent aanwezig gedrag.

7 Uitvoering en evaluatie

Oplossingsgerichte vervolgsessies beginnen meestal met de vraag wat er anders of beter is. De vorderingen worden uitgevraagd, met speciale aandacht voor de totstandkoming van de verbeteringen en het eigen aandeel van ouders en kind daarin. Na het opsporen van drie tot vijf succesmomenten en de manier waarop ze die tot stand brachten, volgt weer de schaalvraag van vooruitgang. Aan het eind van de sessie wordt een boodschap gegeven die begint met complimenten (onder andere voor dat eigen aandeel), gevolgd door een reden voor de nieuwe taak (de motivatie) en de taaksuggestie zelf. Zolang ouders en kind nog niet beseffen dat ze een eigen aandeel in de verbeteringen kunnen hebben, wordt nog geen 'doehuiswerk' gegeven, maar alleen 'denk na-' of 'observeerhuiswerk'. Een voorbeeld van observeerhuiswerk is: let op wanneer het probleem er minder is of wanneer er al iets van het doel even aanwezig is.

Ouders en kind bepalen of en wanneer ze terug willen komen en wanneer het goed genoeg is. Vanaf het eerste gesprek is er aandacht gegeven aan het doel van de therapie en het eind van de behandeling. 'Wat willen jullie bereikt hebben aan het eind van de therapie en waaraan zou je merken dat je niet meer terug hoeft te komen?'