

DOWNLOAD GRATIS van
www.gedachtenuitpluizen.nl

Gedachten Uitpluizen

Therapeutische technieken
en vaardigheden boek

digitaal boek
behorend bij het analoge boek

Gedachten Uitpluizen
Cognitief gedragstherapeutische
protocollen bij psychotische klachten

Gu

Tonnie Staring
David van den Berg
Joost Baas
Mark van der Gaag

Gedachten Uitpluizen

Therapeutische technieken en vaardigheden boek

digitaal boek behorend bij het analoge boek

Gedachten Uitpluizen | Cognitief gedragstherapeutische
protocollen bij psychotische klachten

Tonnie Staring
David van den Berg
Joost Baas
Mark van der Gaag

ISBN 9789082036510



Stichting Cognitie en Psychose, Oegstgeest



Gratis te downloaden als pdf
op www.gedachtenuitpluizen.nl

© 2005-2014 Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden vervoelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar worden gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enige manier, zonder voorafgaande toestemming van de uitgever.

Dit is een herziene uitgave van Mark van der Gaag, Lucia Valmaggia, Rigo van Meer, Cees Slooff (2005). Gedachten Uitpluizen Vaardigheden Oefenboek. Stichting Cognitie en Psychose, Oegstgeest.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16h t/m 16m Auteurswet 1912jo. Besluit van 27 november 2002, Stb. 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht (postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.reprorecht.nl) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van artikel 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912. Voor het overnemen van korte gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten Organisatie, postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.cedar.nl/pro).

No part of this book may be reproduced in any way whatsoever without the written permission from the publisher.

Vormgeving omslag: Puntgaaf drukwerk, Leiden

Verzorging binnenwerk: Tonnie Staring en David vd Berg

Drukwerk: Uw eigen printer ;-)

<http://www.gedachtenuitpluizen.nl>

ISBN 9789082036510

Introductie

U kijkt naar het digitale (of 'old school' uitgeprinte) therapeutische technieken en vaardigheden boek van Gedachten Uitpluizen. In het Gedachten Uitpluizen protocollenboek dat te koop is via onze website staan zeven cognitief gedragstherapeutische protocollen voor psychotische klachten beschreven. Hierin wordt regelmatig verwezen naar cognitief-gedragstherapeutische technieken en vaardigheden. In dit digitale therapeutische technieken en vaardigheden boek staan de details van deze technieken en vaardigheden beschreven.

In de CGT-protocollen van het Gedachten Uitpluizen protocollenboek staat aangegeven wanneer een techniek of vaardigheid ingezet wordt. Omdat goede protocollen altijd in ontwikkeling zijn kunt u van de website www.gedachtenuitpluizen.nl steeds de meest recente versie downloaden als pdf; dat betreft de 'kale' versie van een protocol, zonder voorbeeldteksten. Ook zijn op de website alle losse formulieren te downloaden die voor de technieken en vaardigheden in dit boek worden gebruikt. Daarnaast treft u op de website handige testen en allerlei nuttig psycho-educatief materiaal aan, zoals de door Gedachten Uitpluizen ontwikkelde Zo-Zit-Dat's en explanimations. Op ons Youtube kanaal 'pluizenfilms' (www.youtube.com) vindt u bovendien enkele instructieve filmpjes. Ook hiernaar wordt regelmatig verwezen in de protocollen.

Van een groot aantal van de technieken en vaardigheden in dit boek staan videodemonstraties op het Youtube kanaal pluizenfilms. Bij een aantal andere technieken en vaardigheden is gekozen voor uitgeschreven transcripten van hoe een therapeut de vaardigheid of procedure met een cliënt kan gebruiken.

Opbouw

De hoofdstukken van dit boek hebben steeds dezelfde opbouw. Van elke techniek of vaardigheid wordt allereerst beschreven wat het toepassingsgebied is: waarbij en wanneer u deze techniek of vaardigheid toepast. Vervolgens beschrijven wij beknopt de rationale en de te doorlopen stappen in de uitvoering ervan. Wij illustreren de techniek of vaardigheid ook aan de hand van een klinisch voorbeeld of voorbeeldgesprek (transcript). En we sluiten elk hoofdstuk af met een beschrijving van enkele valkuilen en tips.

Mist u iets in dit boek, heeft u iets toe te voegen, of heeft u vragen? Neem dan contact met ons op via de website.

Wij wensen u heel erg veel succes en plezier met pluizen.

Tonnie Staring, David van den Berg, Joost Baas & Mark van der Gaag

Therapeutische technieken en vaardigheden

1.	De cliënt voorlichten over de werkwijze	5
2.	Sessieformulier invullen en agenda opstellen	7
3.	Het onderscheiden van de vijf G's en een G-schema maken	10
4.	De neerwaartse pijltechniek	14
5.	Probleemformulering uitschrijven	18
6.	Behandeldoel stellen	22
7.	Behandeldoel stellen bij demoralisatie	25
8.	Socratisch interviewen	27
9.	Kansberekening	32
10.	Taartpunttechniek	35
11.	Kostenbaten analyse	38
12.	Bewijzen voor en tegen	41
13.	Historische toets	44
14.	Het uitpluisformulier invullen	47
15.	Gedragsexperimenten	51
16.	Exposure	55
17.	Activiteiten vaststellen	60
18.	Meerdimensionaal evalueren	62
19.	Zelfbeeld oefeningen	65
20.	Contraconditioneren	68
21.	Toegepaste aandachtsmanipulatie	70
22.	Reductie van spanning	73
23.	Rollenspel	78
24.	Terugvalpreventie adviezen bij overmatige achterdocht	80
25.	Afronden en consolideren	81

1 De cliënt voorlichten over de werkwijze

1.1 Wanneer toe te passen

U past deze vaardigheid toe helemaal aan het begin van het behandeltraject. Cliënten hoeven nog niet uitvoerig hun klachten te hebben geanalyseerd.

1.2 Rationale

Het nut van een goede introductie van de therapie is dat er minder kans is op misverstanden. Cliënten kunnen soms geneigd zijn om inactief in de behandeling te staan. Zij hebben de gedachte dat cognitieve gedragstherapie net zo iets is als een klassieke medische behandeling. Daar is het de gewoonte de klacht te presenteren, de arts te laten denken en de behandeling te ondergaan. Bij cognitieve gedragstherapie is een actieve samenwerkende opstelling van de cliënt vereist. De nadruk van de behandeling ligt immers op situaties buiten de sessie, waar de cliënt zonder zijn therapeut moet handelen.

1.3 Stappen

- » Maak kennis met de cliënt, vraag naar recente gebeurtenissen en toon belangstelling
- » Leg uit: Waarom gedachten uitpluizen?
- » Geef eventueel voorlichting over stemmen en samenzweringen
- » Leg uit: verband gedachte - gevoel
- » Leg uit: verband gedachte – gedrag
- » Vertel: uitpluizen als vaardigheid
- » Vertel: huiswerk is een belangrijk onderdeel van de behandeling
- » Vertel: actief samenwerken is belangrijk
- » Vertel: frequentie en aantal bijeenkomsten
- » Vertel: Invullen Sessieformulier en Agenda
- » Vraag: Wat heeft de cliënt begrepen en onthouden?

1.4 Klinisch voorbeeld

Bekijk scène 1 op het Youtube kanaal Gedachten Uitpluizen: Het introductiegesprek (8'12”)

De achterdochtige Joop voert een eerste gesprek met therapeut Mark. In deze scène ziet u hoe Mark contact legt, informeert naar de gebeurtenissen en belangstelling toont. In het gesprek wordt nadruk gelegd op wat Joop denkt. De therapeut toont het verband tussen gedachten en gevoelens en tussen gedachten en gedrag. De werkwijze toegelicht: de actieve rol van de cliënt, het maken van huiswerk, het werkboek wordt overhandigd, de werkwijze met agenda wordt uitgelegd en tot slot het aantal zittingen, duur en frequentie.

Voorbeeld voorlichten werkwijze bij stemmen

‘De komende sessies gaan over uw lijdensdruk als gevolg van uitscheldende, beledigende of becommentariërende stemmen. U hoort vervelende en beledigende uitspraken van stemmen, waarbij andere mensen aangeven dat ze die niet horen. Ik wil benadrukken dat ik niet twijfel aan wat u zegt over uw waarneming: u hoort die stemmen, en dat is een feit. Dat geloof ik -- die waarneming is er. Daar komt bij dat het horen van die stemmen u somber maakt. Waarschijnlijk omdat de stemmen steeds negatieve dingen over uw persoon zeggen en omdat u weinig tegen de stemmen lijkt te kunnen doen. U hebt ongetwijfeld strategieën uitgetprobeerd om met de stemmen om te gaan, zoals de discussie aangaan met de stemmen, ze lijdzaam ondergaan of over ze piekeren. Dit gaat allemaal ten koste van uw normale functioneren, zoals uw slaap, uw werk en uw sociale contacten. We zullen dadelijk beginnen met inventariseren wat de stemmen zoal tegen u zeggen. Daarna zal ik u vragen om vragenlijsten in te vullen over hoe u de stemmen ervaart en hoe u onder deze situatie gebukt gaat. In de volgende sessies proberen we het probleem te doorgronden en stellen we een probleemformulering op. Op dat moment is het probleem mij duidelijker geworden en ook u hebt het probleem dan scherp in het vizier. Daarna zullen we proberen het probleem hanteerbaarder voor u te maken en uw somberheid te verminderen. Ik ben helaas niet bij machte de stemmen zomaar weg te nemen. Wel weet ik uit ervaring en uit wetenschappelijk onderzoek dat het mogelijk is om het leed van stemmen sterk te verminderen. Het doel van deze behandeling is dat u zich minder aan gaat trekken van wat de stemmen zeggen en dat u ook minder op de stemmen gaat reageren. Bij veel mensen zien we dat stemmen hierdoor ook afnemen en soms zelfs helemaal verdwijnen. Dat is echter niet het doel van deze behandeling. Ik wil u vooral gaan helpen minder last van de stemmen te hebben. Hebt u daar vragen over?’

1.5 Valkuilen en tips

- » Let op de reacties van de cliënt. Sommige cliënten zijn gevoelig voor signalen dat de therapeut ze niet gelooft. Leg daarom nog niet veel uit over disfunctionele gedachten. Dit kan het risico hebben de cliënt het gevoel krijgt dat diens verhaal alweer direct in twijfel wordt getrokken.
- » Onderzoek de reacties van de cliënt bij deze uitleg. Als u merkt dat de cliënt niet over de problemen wil praten, of niet bereid is om actief te werken buiten de sessies om, dan houdt dat waarschijnlijk in dat er straks aandacht aan deze kwesties moet worden geschonken, en dat er mogelijk veel tijd moet worden besteed aan het bouwen van de therapeutische relatie en het oproepen van een actieve attitude. Ook kan het gebeuren dat u uiteindelijk besluit de therapie niet uit te voeren omdat er aan enkele basisvoorwaarden niet kan worden voldaan. Maar probeer eerst de cliënt's houding en diens problemen te begrijpen voordat u deze conclusie trekt.

2 Sessieformulier invullen en agenda opstellen

2.1 Wanneer toe te passen

Aan het begin en ook aan het einde van iedere sessie wordt een sessieformulier ingevuld.

2.2 Rationale

Veel cliënten hebben aandacht- en geheugenproblemen en het sessieformulier kan een brug slaan tussen de sessies. Aan het begin van de sessie informeert u naar de vorige sessie, het huiswerk en of die vorige sessie door de cliënt als vervelend is ervaren. Aan het eind van iedere sessie wordt een samenvatting geschreven met de essentie van de sessie. Het nut van een agenda is dat het structuur geeft aan de sessie. Er komen vaste punten aan de orde die voortgang demonstreren en het is duidelijk dat de agenda door beide bepaald wordt. De cliënt stelt zich op die manier actief op. Ook wordt de rode draad van de behandeling behouden, en er wordt voorkomen dat de sessie slechts wordt besteed aan bijvoorbeeld praten over de afgelopen week.

2.3 Stappen

- » Pak het juiste sessieformulier erbij; leg deze altijd voor de sessie klaar. Cliënt en therapeut vullen samen het formulier in, elk een eigen exemplaar. Vraag de cliënt welke punten hij tijdens het gesprek aan de orde wil stellen. Zeg vervolgens welke punten u zelf op de agenda wilt zetten:
- » Vraag: Wat hebben we vorige keer besproken?
- » Vraag: Is er iets dat u onprettig of vervelend vond tijdens de vorige sessie? Wat?
- » Vraag: Hoe is uw week geweest en wat moet daarvan op de agenda?
- » Andere agendapunten noteren en volgorde vaststellen
- » Houd rekening met de emoties van de cliënt bij het opstellen van het agenda
- » Spreek af in welke volgorde de onderwerpen besproken worden
- » In de fase na de probleemformulering scoort u ook de lijdensdruk (bij achterdocht bijvoorbeeld de mate van overtuiging, preoccupatie en vrees)
- » Vraag: Hoe ging het met het huiswerk?
- » Let op dat agendapunten in de beschikbare tijd aan de orde komen
- » Volg de agenda tijdens het gesprek

2.4 Klinisch voorbeeld

Bekijk scène 2 op het Youtube kanaal Gedachten Uitpluizen: Sessieformulier (3'24")

Voorbeeld van een ingevuld sessieformulier bij beangstigende stemmen:

Kunt u samenvatten wat we vorige keer hebben besproken?

Over de stemmen die ik hoor en dat er een therapie voor is

Is er iets dat u onprettig of vervelend vond tijdens de vorige sessie? Zo ja Wat?

Ik vond het moeilijk om over de stemmen te praten

Hoe is uw week geweest en wat moet daarvan op de agenda?

Ik heb veel last gehad van stemmen, ik werd weer erg bang van ze

Zijn er nog andere agendapunten die u wilt voorstellen? Geef ook de volgorde van urgentie aan.

1. *Praten over mijn zus die net zwanger is geworden. Ik maak me er zorgen over.*
2. *...*
3. *...*
4. *... [geen andere extra agendapunten]*

Hoe beoordeelt u uw stem(men) op oorsprong, macht, en de angst die de stem oproept? Maak hierbij gebruik van de volgende tabel.

Score	Oorsprong <i>De stem komt ...</i>	Macht <i>De stem heeft ...</i>	Angst <i>De stem roept ...</i>
0	uit mijzelf	geen echte macht	geen angst op
1	waarschijnlijk uit mijzelf	een beetje macht	een beetje angst op
2	uit mijzelf of van buiten	redelijk wat macht	redelijk veel angst op
3	waarschijnlijk van buiten	vrij veel macht	erg veel angst op
4	bijna zeker van buiten	zeer sterke macht	uitermate veel angst op

Oorsprong: 4

Macht: 3

Angst: 3

Voorbeeld van een ingevuld sessieformulier eind:

Welke agendapunten zijn besproken?

- *Dat mijn zus zwanger is, en mijn stemmen daar beangstigende dingen over zeggen*
- *Dat mijn angst mogelijk met mijn gedachten over de stem te maken heeft*
- *Mijn stemmen hebben vaker nare bedreigingen geuit en die zijn eigenlijk nooit uitgekomen*

Wat is er besproken en vindt u belangrijk om op te schrijven en te onthouden?

Mijn gedachten over de macht van de stem zijn misschien niet 100% waar.

Was er iets dat u onprettig of vervelend vond tijdens de sessie? Zo ja, wat?

De stemmen werden eventjes luider, dat vond ik niet zo prettig.

Welke agenda punten moeten er de volgende keer in elk geval besproken worden?

Als ik de stem thuis hoor, ben ik toch weer heel erg bang en gehoorzaam dan toch maar.

Wat is het huiswerk voor de volgende keer?

Opschrijven na het eten wanneer ik op de dag stemmen heb gehoord, wat de stemmen zeiden, wat ik erover dacht, hoe ik me voelde, wat ik toen gedaan heb, en welke gevolgen er waren.

2.5 Valkuilen en tips

- » Let erop het juiste startformulier te gebruiken – er zijn verschillende versies van het startformulier die bij de verschillende protocollen horen. Ze vragen ieder net weer andere aspecten die belangrijk zijn in de sessie-voor-sessie-monitoring van de klachten.
- » De neiging kan opkomen om gebruik van het sessieformulier achterwege te laten. Het is echter van belang voor de rode draad binnen de behandeling. Het sessieformulier houdt de therapie methodisch en gestructureerd; een belangrijke voorwaarde voor goede CGT.
- » Geef voldoende ruimte voor de cliënt om ook agendapunten in te brengen.
- » Doordat op deze manier bij aanvang de agenda wordt vastgesteld, kan worden voorkomen dat iets belangrijks niet aan bod komt, of dat er te lang wordt stilgestaan bij een bepaalde ervaring van de cliënt. De agenda wordt gebruikt om ook de tijd in de sessie te monitoren.
- » Houd het opstellen van de agenda kort en bondig. Spreek met de cliënt af de cliënt dat hij vooraf nadenkt over de verschillende punten op de agenda en laat hem die eventueel zelf al vooraf invullen.

3 Het onderscheiden van de vijf G's en een G-schema maken

3.1 Wanneer toe te passen

Deze vaardigheid speelt door de gehele behandeling een rol. Maar de eerste en meest uitvoerige toepassing vindt plaats bij de inventarisatie van het probleem van de cliënt. Dat is nog vóór het invullen van de probleemformulering. Sommige cliënten hebben veel inzicht en kunnen erg goed vertellen over hun klachten en belevingswereld. Het klachteninterview levert dan al voldoende informatie op om over te gaan tot de probleemformulering. Andere cliënten hebben echter veel moeite om te benoemen welke verwachtingen ze feitelijk hebben, of in welke situaties de klachten optreden en hoeveel angst er dan precies gevoeld wordt. Het maken van G-schema's kan hierbij uitkomst bieden. Daarnaast is het maken van G-schema's een manier om de cliënt te laten ervaren hoe het cognitieve model in de praktijk werkt. Het is als het ware de 'taal' die we spreken binnen Gedachten Uitpluizen en daarmee een voorwaarde voor een succesvolle behandeling.

3.2 Rationale

Bij deze vaardigheid leert de cliënt gebeurtenis, gedachte, gevoel, gedrag en gevolg onderscheiden. Dit is belangrijk. Als dit maar half gebeurt, dan zullen er veel misverstanden en herhalingen zijn. Om er zelf mee uit de voeten te kunnen moet u zelf snel de vijf G's kunnen benoemen.

3.3 Stappen

- » Pak het formulier G-schema voor de cliënt. Zelf tekent u het G-schema op een flip-over of whiteboard.
- » Leg het G-schema uit op basis van een niet-psychotisch voorbeeld (zie hieronder voor een voorbeeldtekst). Controleer of de cliënt het gebruik van het G-schema begrijpt, en geef extra uitleg waar nodig.
- » Vraag dan een recent voorval waarin de cliënt last had van zijn probleem. Zorg ervoor dat dit een concrete situatie is. Dus niet 'ik was de afgelopen dagen achterdochtig'. Wel: 'gister toen ik na het ontbijt naar buiten ging, ben ik erg angstig geworden door een man die zich verdacht gedroeg.' Zeg dat u samen dit voorval gaat analyseren in een G-schema.
- » Bevraag de gebeurtenis, gedachten, gevoelens, gedrag, en de gevolgen. Noteer daarbij hallucinatoire en andersoortige intrusieve belevingen onder het kopje 'gebeurtenis'. Voorbeeldvragen staan uitgebreid samengevat in de interviews (bijvoorbeeld voor stemmen of voor achterdocht) die te downloaden zijn op www.gedachtenuitpluizen.nl.
- » Let erop dat het G-schema een logisch geheel is. Als de cliënt is gevluht uit de situatie (gedrag), dan kan er bij gevoel niet slechts boosheid staan. Dat klopt niet met elkaar. Het gedrag en het gevoel moeten logisch met elkaar kloppen, en bovendien ook invoelbaar zijn als wordt gekeken naar de dingen die de cliënt op dat moment dacht.
- » Laat de cliënt alles meeschrijven.
- » Controleer of de cliënt het gebruik van het G-schema begrijpt, en geef extra uitleg waar nodig. Als de cliënt hiermee veel moeite ervaart, laat hem dan eerst deelnemen aan de pretherapie 'G-training' (zie www.gedachtenuitpluizen.nl).

- » De cliënt wordt gestimuleerd om dagelijks G-schema's te maken van situaties waarin hij last heeft van zijn klachten. Deze G-schema's bespreken therapeut en cliënt in de sessies. Soms e-mailen cliënten en therapeuten de ingevulde schema's heen en weer. Er is ook een gratis G-schema App voor de smartphone die gebruikt kan worden. Uit de G-schema's destilleren de therapeut en cliënt de belangrijke elementen voor de probleemformulering.

3.4 Klinisch voorbeeld

Bekijk scène 3 op het Youtube kanaal Gedachten Uitpluizen. De therapeut Lucia helpt Kees met de oefening om aan de hand van de gedachte het gevoel te kunnen voorspellen. Scène 3: De vier G's (2'20").

Voorbeeld uitleg niet-psychotische situatie

'Op dit formulier staat een G-schema. Laten we eens twee schema's invullen, van iemand die niet bang is voor honden, en iemand die er wel bang voor is. Bij 'Gebeurtenis' komt te staan: 'ik loop op de stoep en er komt iemand met een hond aan.' De persoon die niet bang is zal denken: 'o, een hond, dat is leuk.' Dat plaatsen we bij 'Gedachte.' Hij voelt zich neutraal of blij, maar in ieder geval niet erg bang, dus dat zetten we bij 'Gevoel.' Bij 'Gedrag' komt te staan wat hij doet, bijvoorbeeld: 'doorlopen en de hond een aai geven.' En bij 'Gevolg' kan dan staan: 'weer een leuke ervaring met een hond gehad.'

Nu vullen we het nogmaals in, maar dan voor de persoon die wel bang is voor honden. Het eerste dat door zijn gedachten schiet is: 'een hond; gevaar!' Dat zetten we bij 'Gedachte.' Hij voelt zich vervolgens erg bang (90%), wat we bij 'Gevoel' plaatsen. Bij 'Gedrag' komt te staan wat hij doet: 'snel oversteken zodat de hond niet in de buurt kan komen.' En bij 'Gevolg' kan komen te staan: 'angst zakt alweer, maar tegelijkertijd kom ik nooit meer oog in oog met een hond te staan, leer ik niks nieuws, en dat houdt mijn angstige verwachting ook in stand.'

Met behulp van deze schema's kunnen we een situatie dus opsplitsen in 'Gebeurtenis,' 'Gedachte,' 'Gevoel,' 'Gedrag,' en 'Gevolg.' Dit voorbeeld met de angst voor honden maakt duidelijk dat iemands interpretatie bepaalt hoe hij zich in bij bepaalde gebeurtenis voelt en wat hij gaat doen. Ook kunt u wel begrijpen dat iemand door vermijding (oversteken) nooit meer oog in oog met een hond komt te staan, waardoor hij niet kan leren dat zijn gedachte (die hond is gevaarlijk) onwaar was. Sterker nog, die persoon denkt waarschijnlijk: 'Dat was op het nippertje. Gelukkig daalt mijn angst alweer een beetje; ik ben aan het gevaar ontsnapt.' Het vermijden houdt de beangstigende gedachte dus in stand.

Voorbeeldgesprek over een G-schema bij achterdocht

Therapeut: U hebt een G-schema ingevuld. Dat is mooi werk. Laten we er eens naar kijken. U zegt dat u in de winkel was om boodschappen te doen. Er was iemand die u steeds met zijn karretje tegenkwam. U dacht toen dat hij u misschien wel volgde en van plan was u kwaad te doen.

Cliënt: *Ja, ik kende hem vaag ergens van. Ik vertrouwde hem voor geen cent.*

- Therapeut: U werd er voornamelijk bang van. Uw score was 70. Daarna volgt bedroefdheid 60 en boos en beschaamd beiden met 20.
- Cliënt: *Ja, ik dacht dat hij me misschien zou achtervolgen naar huis en dat hij zich ook binnen zou dringen. Dan ben ik verloren. Het maakt me ook bedroefd want ik ben nu toch wel genoeg gestraft voor het feit dat ik gevochten heb met die collega van me. Houdt het dan nooit op?*
- Therapeut: U schrijft dat u uw wagen met boodschappen hebt laten staan en weggeslopen bent en snel naar huis gegaan?
- Cliënt: *Toen hij even niet keek heb ik dat snel gedaan.*
- Therapeut: En thuis voelde u zich weer veilig, dat staat hier bij 'Gevolg.'
- Cliënt: *Wel veilig, maar ik ben dan nog uren van streek.*
- Therapeut: Wat gaat er dan door u heen?
- Cliënt: *Waarom moet dat mij nou toch overkomen. Ze blijven doorgaan omdat ze weten dat ik zwak ben. Ik ben niet sterk genoeg om me tegen hen te verzetten. Ze kunnen met me sollen wat ze willen.*
- Therapeut: Dat klinkt behoorlijk somber en hopeloos.
- Cliënt: *Ja, soms wou ik dat ik gewoon 's nachts in mijn slaap doodga.*
- Therapeut: Zoals het nu gaat, kan het voor u niet verder?
- Cliënt: *Nee.*
- Therapeut: Als we dit nu gebruiken als bouwstenen voor de probleemformulering. Wat zou dan waar passen? De gedachte: 'Hij achtervolgt me en wil me kwaad doen' kwam in de situatie vanzelf op. Dat is dan de negatieve automatische gedachte. Bent u dat met me eens?
- Cliënt: *Ja.*
- Therapeut: En de gedachte dat u eigenlijk te zwak bent om het tegen ze op te nemen.
- Cliënt: *Die gedachte heb ik zo vaak.*
- Therapeut: Ja, die gedachte gaat over uzelf. We noemen het daarom een kerngedachte of kernopvatting over uzelf. We zetten hier de gedachte: 'Ik ben zwak'. U hebt bang 70 en bedroefd 60 gescoord. U bent de winkel uit gevluht en u hebt thuis nog uren zitten piekeren.
- Cliënt: *Ja, zo gebeurde het.*

3.5 Valkuilen en tips

- » Houdt G-schema's concreet en op één gebeurtenis gericht.
- » Check altijd of het ingevulde g-schema een logisch geheel is: begrijpt u goed waarom de cliënt angst 80% scoort, gezien de betekenisgeving die bij gedachte staat? Klopt het gedrag ook daarbij? Als iemand bepaalde dingen voelt of doet die nog niet helemaal te begrijpen zijn, dan mist er vaak een belangrijke gedachte.
- » Zet liefst geen vragende gedachten neer bij 'gedachten'. Dus niet: "ik vroeg me af wat hij zou gaan doen." Laat de cliënt dergelijke vragen liever beantwoorden, bijv. door te vragen waar hij dan bang voor was. De cliënt zegt dat misschien: "ik was bang dat hij me iets aan wilde doen." Noteer dit bij de 'gedachte' en niet de eerstgenoemde vraag.

- » Zet de gedachten die disfunctionele betekenisgeving betreffen bij 'gedachte', en niet de interne triggers zoals hallucinaties, lichamelijke sensaties en vreemde intrusies. Die komen allemaal bij 'gebeurtenis' te staan. De betekenisgeving die u bij 'gedachte' hebt neergezet gaat juist over deze gebeurtenissen. Het is die betekenisgeving die straks middels therapie wordt aangepakt.
- » Het gaat er hier niet alleen om dat u als therapeut de klachten van de cliënt begrijpt, maar ook dat de cliënt bij diens klachten de verschillende G's uit elkaar leert halen. Indien dit erg moeilijk voor de cliënt blijkt, kan de G-training overwogen worden als pre-therapie.
- » Zorg dat u de contextuele eigenschappen van de gebeurtenis goed in kaart brengt. U wilt weten welke eigenschappen van de stimulus voor de negatieve betekenisgeving zorgden. Beschrijf de gebeurtenis dus zo specifiek mogelijk. Hoe specifieker u de (ontlokkende eigenschappen van de) gebeurtenis kunt identificeren, hoe beter u en de cliënt de problemen zullen begrijpen en hoe makkelijker het wordt om effectieve interventies te ontwikkelen.
- » Bij 'Gevolgen' kunnen zowel de korte termijn positieve gevolgen (bekrachtigers) staan, zoals 'de angst daalt,' of 'ik ben veilig uit de situatie gekomen.' Maar probeer hier ook de negatieve gevolgen in te voegen, zoals bijvoorbeeld 'ik weet niet zeker hoe het anders zou zijn gelopen en of vluchten echt nodig was geweest,' of 'ik ben hierdoor erg eenzaam, want ik durf bijna nooit meer op straat te zijn.'

4 De neerwaartse pijltechniek

4.1 Wanneer toe te passen

Voor de probleemformulering wil de therapeut zicht krijgen op eventuele basale en intermediaire opvattingen die invloed hebben op de klachten. Soms worden ze duidelijk vanuit de verbalisaties van de cliënt. De cliënt beschrijft bijvoorbeeld dikwijls dat hij zichzelf een waardeloos persoon vindt of dat hij verwacht dat iedereen hem af zal wijzen. Soms is de neerwaartse pijltechniek nodig om vast te stellen welke basale en intermediaire opvattingen van invloed zijn.

Deze techniek kan ook uitkomst bieden wanneer u bij de inventarisatie van het probleem niet goed begrijpt waarom de cliënt zo emotioneel reageert bij een bepaalde automatische gedachte. Hij denkt bijvoorbeeld “mensen zien aan me dat ik uit Rotterdam kom” en voelt zich hier ontzettend verdrietig bij. Middels de neerwaartse pijltechniek kan dan worden onderzocht welke negatieve evaluatieve opvatting opspeelt (de kernopvatting) en deze emotionele lading veroorzaakt.

Naast de fase van het inventariseren van het probleem, kan de techniek zinvol zijn tijdens de interventiefase. Sommige gedachten zijn niet goed uit te dagen, doordat kernopvattingen een rol spelen die van sterke evaluatieve aard zijn. De emoties die deze kernopvattingen oproepen maken het lastig om op een rustige en rationele wijze de gedachten te testen. In die gevallen moet eerst de onderliggende evaluatieve opvatting behandeld worden.

4.2 Rationale

Kernopvattingen zijn het meest fundamentele kennisniveau en zijn absolute evaluaties van het zelf, anderen en de wereld, die gevoelsmatig als erg waar aanvoelen en emotionele en gedragsmatige schema's aansturen. Het is niet een gedachte in de zin dat de cliënt dit telkens denkt. Het is meer een opvatting die herhaaldelijk blijkt in de automatische gedachtegang en waarin de cliënt zich herkent als deze wordt uitgesproken. Intermediaire opvattingen zijn van de kernopvattingen afgeleide leefregels, verwachtingen, strategieën of lessen. We maken onderscheid tussen instrumentele en conditionele opvattingen. Instrumentele opvattingen zijn leefregels die de functie hebben om negatieve zaken te vermijden en positieve te verkrijgen ('ik moet...', of 'ik mag niet...'). Conditionele opvattingen zijn op leerervaring gebaseerde verwachtingen ('als..., dan...', of 'anderen zullen...'). Cliënten kunnen deze assumpties doorgaans wel benoemen, maar het kost meer moeite dan het benoemen van automatische gedachten.

De neerwaartse pijltechniek is een vraagtechniek die onderzoekt welke onderliggende evaluatieve kernopvattingen of intermediaire opvattingen de sterke emotionele en gedragsmatige reacties geven. De grondvragen van deze techniek zijn: “Stel u voor dat het waar is. Wat betekent dat dan voor u?” (leidend tot intermediaire opvattingen) en “Stel u voor dat het waar is. Wat zegt dat dan over u als persoon?” (leidend tot kernopvattingen).

Probeer de 'hot cognitions' te identificeren. Deze negatieve kernopvattingen over het zelf hebben namelijk vaak veel invloed op de in stand houding van de klachten. Met hot cognitions bedoelen we opvattingen die de kern van de persoon raken en emotionele en gedragsmatige schema's activeren. Een geactiveerde hot cognition is doorgaans aan uw cliënt af te lezen. Cliënten kunnen zelf ook goed aangeven of een gedachte emotionele en gedragsmatige schema's activeert of niet.

4.3 Stappen

- » Ga ervan uit dat de gedachte correct is, door bijvoorbeeld te zeggen: 'En als we er nu eens vanuit gaan dat dit waar is,
- » Vraag dan naar wat dat voor de cliënt betekent of wat het over hem als persoon zegt.
- » Valideer dus telkens de opvatting en vervolg steeds met dezelfde (type) verdiepende vraag: 'En stel dat dit echt zo is, wat betekent dit dan voor u / wat zegt dit dan over u als persoon?'
- » Stop zodra u de intermediaire opvatting of kernopvatting geïdentificeerd hebt. Bij voorkeur probeert u 'hot cognitions' te identificeren. Als dit lukt is dit meestal wel aan de cliënt te zien; er wordt een negatief schema geactiveerd dat de bijbehorende emotie oproept, zoals verdriet. Controleer of de cliënt zich erin herkent.
- » Noteer de instrumentele opvatting, de conditionele opvatting, of het waardeoordeel.
 - o Instrumentele opvattingen zijn leefregels ('ik moet...', of 'ik mag niet...').
 - o Conditionele opvattingen zijn verwachtingen ('als...., dan...').
 - o Waardeoordelen gaan bijvoorbeeld over waardevol tegenover waardeloos; rechtvaardig tegenover onrechtvaardig; controle tegenover controleverlies; succes tegenover falen; acceptatie tegenover afwijzing; veilig tegenover onveilig; schuldig tegenover onschuldig; kwetsbaar tegenover onkwetsbaar; betrouwbaar tegenover onbetrouwbaar, enzovoorts.

4.4 Klinisch voorbeeld

Bekijk scène 6 op het Youtube kanaal Gedachten Uitpluizen: Neerwaartse pijn (1'38").

Voorbeeldgesprek van de neerwaartse pijltechniek bij achterdocht

- Therapeut: Wanneer u op uw werk bent en u ziet uw collega's met elkaar praten en u hebt die gedachten dat ze u weg willen hebben, wat doet dat dan met u?
- Cliënt: *Dan voel ik me ontzettend verdrietig en kwaad. Dan denk ik, waarom gebeurt mij dit nu weer?*
- Therapeut: En het feit dat u dit nu weer gebeurt. Wat zegt dat over u?
- Cliënt: *Dat ik iemand ben die zich niet kan verweren. Dat ik niet in staat ben mijn eigen lot in handen te nemen.*
- Therapeut: En als dat waar was, wat zou dat over uw persoon zeggen? Hoe noemt u zo iemand?
- Cliënt: *Kwetsbaar. Een zwakkeling.*
- Therapeut: En als u dat nu zo zegt, 'een zwakkeling', dan zie ik aan u dat die woorden u echt raken.
- Cliënt: *Ja dat klopt. Dat vind ik inderdaad. En ik vind het verschrikkelijk.*
- Therapeut: Het is goed dat we duidelijk hebben dat u deze negatieve opvatting hebt over uzelf. Daar moeten we dus aan werken!

Voorbeeldgesprek van de neerwaartse pijltechniek bij stemmen

- Therapeut: Wanneer u op uw werk bent en die stemmen zeggen dat u 'er niets van kunt', wat doet dat dan met u?

- Cliënt: *Dan voel ik me ontzettend rot. Dan ga ik twijfelen of ze misschien gelijk hebben en of ik mijn werk wel goed doe.*
- Therapeut: En stel nu eens dat het waar is dat u uw werk niet goed doet. Wat zou dat over u zeggen?
- Cliënt: *Dat ik niet meer meedoe. Dat ik geen kans op een normaal leven heb.*
- Therapeut: En als dat waar was, wat zou dat over uw persoon zeggen? Hoe noemt u zo iemand?
- Cliënt: *Een waardeloze gek. Een 'outcast'.*
- Therapeut: Dat is geen leuke gedachte. Ik zie ook aan u dat die woorden u echt raken.
- Cliënt: *Inderdaad. Ik word hier heel erg droevig van.*

Voorbeeld bij demoralisatie

Met de neerwaartse pijltechniek, waarbij herhaaldelijk werd doorgevraagd op de gedachte dat anderen aan hem kunnen zien dat hij gek is en wat dit voor hem betekende, werd duidelijk dat Bart vond dat het hebben van schizofrenie hem minderwaardig maakte. De kernopvatting was: 'ik ben minderwaardig,' en daar was hij 80% van overtuigd. Hij voelde zich somber, en het maakte hem angstig om sociaal contact aan te gaan.

4.5 Valkuilen en tips

- » Wees gevoelig voor de emotionele lading het woordgebruik van de cliënt. Soms gebeurt het dat het gesprek in een cirkel blijft ronddraaien; de cliënt begrijpt bijvoorbeeld niet helemaal waarnaar u vraagt en geeft aan dat het gewoon heel erg is dat de stemmen hem uitschelden. Het is dan zaak om op andere manieren de vragen te stellen en scherp op te letten dat het goed overkomt wat u bedoelt. Tips:
 - o Let erop dat u de juiste gedachte valideert met 'stel dat dit echt zo zou zijn'. Het gaat dus niet om de gedachte dat de stemmen er zijn (die zijn er nu eenmaal), maar het gaat bijvoorbeeld om de gedachte van de cliënt dat de stemmen hem lastig vallen omdat hij dit verdient.
 - o Let erop dat u uw woorden aanpast op de cliënt en wissel af als hij het niet begrijpt. Voorbeelden: 'als waar is, wat zegt dit dan over u als persoon?', 'wat is voor jou het meest naar aan de mogelijkheid dat?', 'als inderdaad klopt, wat raakt u dan het meest daarvan?', 'hoe zou u iemand noemen die?', etc.
- » Ga niet te lang door. Het is belangrijk om sensitief te zijn jegens de emotionele lading die bij de cliënt geactiveerd wordt. Soms is er niks te vinden, en spelen kernopvattingen geen grote rol bij de problemen van de cliënt. Dit is in principe te zien doordat de automatische gedachten logischerwijs voldoende de emotionele en gedragsmatige reacties verklaren. Ook gebeurt er weinig door de toepassing van de neerwaartse pijltechniek. Er kan mogelijk irritatie bij de cliënt ontstaan omdat die het gevoel krijgt dat u het probleem nog niet erg genoeg vindt. Hij zegt bijvoorbeeld: "Hoezo, 'wat is er erg aan als ik gepakt word?' Natuurlijk vind ik dat erg! Hoe zou u het vinden als ze u willen vermoorden?" Als u bemerkt dat de techniek niks oplevert, stop dan tijdig.
- » Stop ook niet te vroeg. Soms is het moeilijk om de juiste woorden of ideeën te vinden. Maar toch voelt u aan dat er meer moet zijn, dat de huidige automatische gedachten niet in verhouding staan tot het verdriet of de boosheid die de cliënt ervaart. Er zit blijkbaar meer betekenis onder die voor de cliënt een rol speelt in de huidige klacht. Geef geduld aan

dat u de cliënt goed wilt begrijpen. Maak desnoods een zijstapje, benoem een voorbeeld van een kernopvatting bij iemand anders, en vraag daarna weer door.

» Algemene tips:

- o Zoek slechts naar één intermediaire- of kernopvatting tegelijkertijd.
- o Neem woorden van de cliënt over.
- o Let op vermijding. De cliënt kan bijvoorbeeld geagiteerd reageren omdat het voor hem logisch is dat hij somber wordt van de stemmen. Maar desalniettemin is het van belang om de onderliggende opvattingen boven tafel te krijgen, omdat op die manier het onderscheid tussen de gebeurtenis (stemmen horen) en de betekenisgeving meer helder wordt, en ook wat nu precies de sterke emotionele reacties en gedragsneigingen veroorzaakt. Wanneer een cliënt dit voor zichzelf helder krijgt, kan het voor hem ook opluchting geven. Het biedt immers mogelijkheid tot verandering, ongeacht het horen van de stemmen.

5 Probleemformulering uitschrijven

5.1 Wanneer toe te passen

De probleemformulering wordt uitgeschreven aan het einde van de inventarisatiefase. Dus op het moment dat middels G-schema's, stemmeninterview of andere interviews, etc. het totaalplaatje duidelijk wordt. Het uitschrijven van de probleemformulering markeert samen met de behandeldoelen stellen ook de overgang van de inventarisatiefase naar de interventiefase. De therapeut en cliënt werken de probleemformulering samen uit op het moment dat zij voldoende informatie verzameld hebben over de stimuli waar de cliënt last van heeft, welke betekenisgeving hierbij van belang is, welke reacties de problemen beïnvloeden of in standhouden, wat de gevolgen hiervan zijn en welke rol de levensgeschiedenis van de cliënt in het geheel speelt. Kortom, wanneer therapeut en cliënt het idee hebben dat ze begrijpen wat er gebeurt in het leven van de cliënt. Na de probleemformulering worden de behandeldoelen geformuleerd en start de interventiefase.

5.2 Rationale

De probleemformulering heeft een collaboratief karakter en is een holistische theorie die alle informatie uit de inventarisatiefase bijeen brengt. De gebeurtenissen, automatische gedachten, gevoelens en gedragingen worden op een overstijgend niveau beschreven zodat deze niet slechts een enkele situatie, maar meerdere situaties binnen hetzelfde thema beschrijven. De probleemformulering bevat tevens invloedrijke kernopvattingen zoals 'De wereld is gevaarlijk' en intermediaire opvattingen zoals 'als iemand belangstelling toont, dan heeft hij kwaad in de zin'. Het bevat ook de ontlokkende gebeurtenissen die tot extreme achterdocht hebben geleid. In de probleemformulering worden tevens belangrijke contextuele factoren die de klachten sterk beïnvloeden (zoals bijvoorbeeld veel schulden) opgenomen. Tot slot bevat de probleemformulering lange termijngevolgen zoals werkloosheid en isolement of het feit dat de cliënt zichzelf de kans ontnemt om te toetsen of zijn negatieve verwachtingen wel echt uit zullen komen.

De probleemformulering heeft verschillende functies. (1) Allereerst verschaft deze inzicht. Het is een gepersonaliseerde cognitieve theorie over de factoren die de klachten van de cliënt hebben doen ontstaan en nu nog in standhouden. Dingen 'overkomen' de cliënt ineens niet meer, maar zijn te begrijpen in een bredere context van de cliënt zijn leven. (2) Deze gedeelde theorie draagt bij aan een goede therapeutische relatie. De neuzen staan dezelfde richting op. Impliciet daagt het ook bepaalde overtuigingen uit, omdat deze vanuit de cognitieve theorie verklaard worden. (3) De belangrijke derde functie is dat de probleemformulering richting geeft aan het behandelplan. De probleemformulering toont welke opvattingen en gedragingen het beste onderzocht en getoetst kunnen worden om verandering te bewerkstelligen.

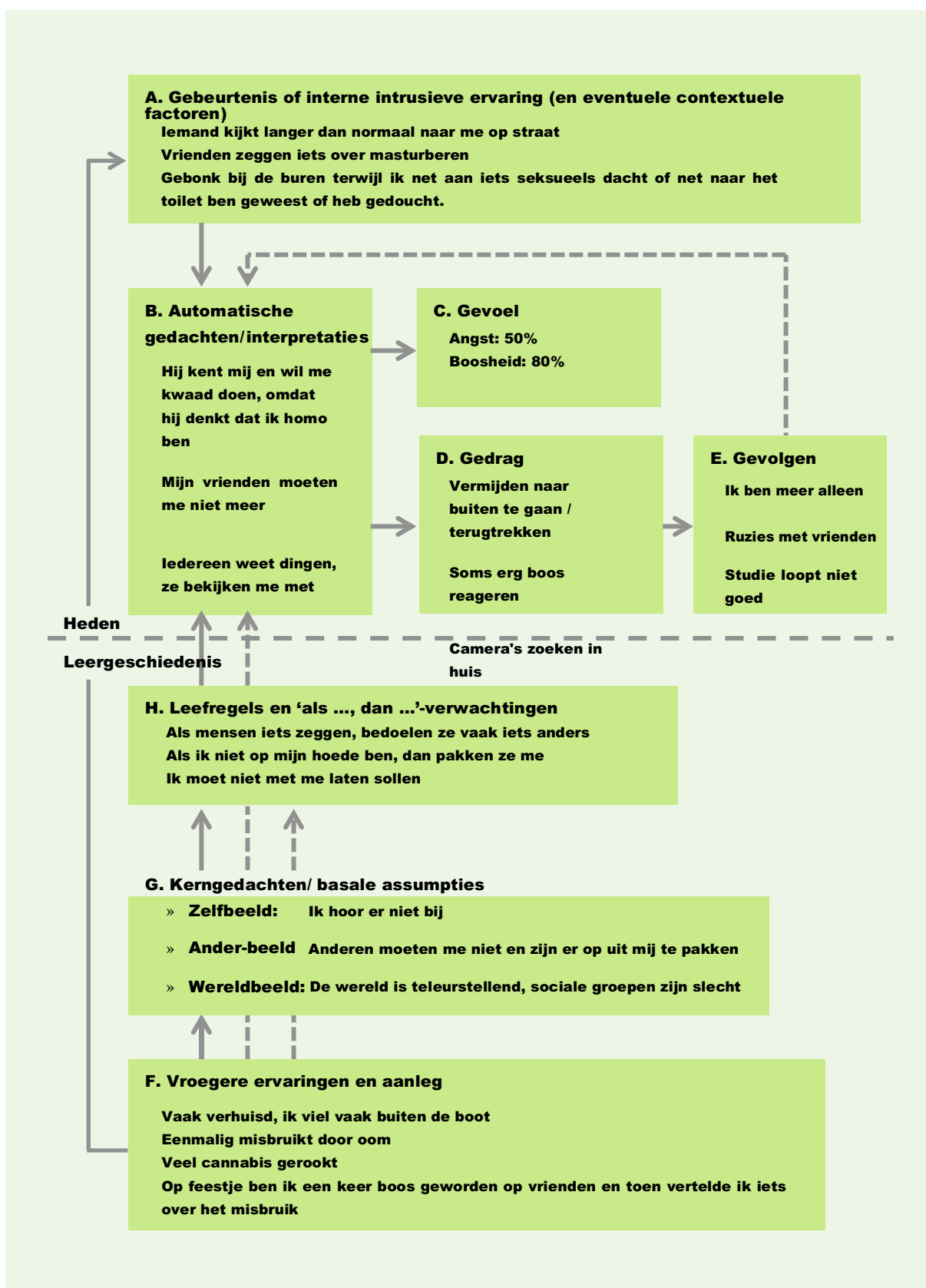
Het voorgaande laat het niet te onderschatten belang van een goede probleemformulering zien. Het vermogen een correcte en betekenisvolle probleemformulering te maken is dan ook een van de belangrijkste vaardigheden die een cognitief gedragstherapeut dient te ontwikkelen.

5.3 Stappen

- » Neem twee lege probleemformulering formulieren bij de hand. Geef er één aan de cliënt.
- » Leg de rationale en het nut van de probleemformulering uit
 - o Het bovenste deel (heden) is een geeneraliseerd G-schema, waarin niet een specifieke situatie, maar meerdere situaties binnen hetzelfde thema beschreven worden. Dit gaat over de feitelijke klacht in het hier en nu.
 - o Betekenissen hangen samen met de leergeschiedenis. Leg dit uit aan de hand van een voorbeeld (bijvoorbeeld van iemand die een angst voor blaffende honden heeft, welke gerelateerd is aan een bijtincident in de jeugd).
 - o Op basis van vroegere ervaringen vormen mensen kernopvattingen en ontwikkelen mensen (coping) strategieën en 'als..., dan...' verwachtingen.
- » Bepaal voor welke klacht of probleem u een probleemformulering gaat maken.
- » Werk eerst het deel boven de stippellijn uit. Gebruik hierbij de informatie uit de G-schema's die de cliënt de afgelopen periode gemaakt heeft, uit de interviews die u afgenomen hebt en uit de gesprekstechnieken die u hebt toegepast in de interventie fase (zoals de socratische dialoog). Leg ook de context waarin de gebeurtenissen optreden en de korte en lange termijn consequenties van de reacties op de gebeurtenissen vast.
- » Vul daarna het deel onder de stippellijn uit. Zijn er vroegere ervaringen die een directe relatie hebben met de intrusieve gebeurtenissen bij A? Welke kernopvattingen en intermediaire assumpties zijn van invloed op de betekenisgeving aan en reacties op de gebeurtenissen in het heden? Maak hierbij gebruik van de informatie uit de neerwaartse pijltechniek. Voeg de relevante vroegere ervaringen toe die hebben geleid tot deze opvattingen en verwachtingen.

5.4 Klinisch voorbeeld

Voorbeeld van een in ingevulde probleemformulering



5.5 Valkuilen en tips

- » Maak gedurende de inventarisatiefase aantekeningen op een leeg probleemformulering formulier. Dit geeft inzicht in welke informatie u reeds verzameld heeft en welke informatie nog ontbreekt. U bouwt dan langzaam uw versie van de formulering op.
- » De probleemformulering is van de cliënt. De cliënt moet er ook helemaal achter staan. Sluit daarom ook aan bij zijn of haar bewoordingen.
- » Geef aan het einde van de sessie uitleg over de rationale van de probleemformulering en geef de cliënt het formulier mee met de opdracht dit thuis naar eigen inzicht uit te werken. Leg uit dat u dit ook zult doen en dat u de ingevulde formulieren de volgende keer naast elkaar gaat leggen om tot een uiteindelijke gezamenlijke 'netversie' te komen.
- » De probleemformulering is geen statisch document. Voeg er relevante dingen aan toe, streep er opvattingen die de cliënt loslaat op weg, etc.
- » Probeer, indien mogelijk en zeker als klachten betekenisvol samenhangen, meerdere problemen in een probleemformulering op te nemen.
- » Indien er sprake is van een grote hoeveelheid klachten, maak dan eerst een klachten- of probleemlijst. Hierop hiërarcheert u de aanwezige problemen. Daarna kiest u samen welke problemen u het eerst gaat aanpakken. Daar stelt u dan een aparte probleemformulering voor op.
- » Besef dat allerlei intrusieve ervaringen, zoals intrusieve beelden, lichamelijke sensaties en intrusieve gedachten, ontlokkende stimulus kunnen zijn en dus in het vak Gebeurtenis (A) thuis kunnen horen.
- » Voeg ook aanwezige cognitieve tendensen in de probleemformulering in. Bijvoorbeeld emotioneel redeneren bij paranoia als leefregel: 'Als ik spanning voel, dan is er blijkbaar gevaar'.
- » Neem contextuele factoren bij gebeurtenissen op in de probleemformulering, zoals slapeloosheid en factoren als tijd, plaats en persoon. Hoe specifieker u de activerende stimuli in beeld hebt, hoe beter u kunt interveniëren (net als bij het maken van een functie-analyse).

6 Behandeldoel stellen

6.1 Wanneer toe te passen

Wanneer de probleemformulering rond is wordt het behandeldoel gesteld. Deze stap van het protocol is van niet te onderschatten belang. Hoewel mensen vaak van hun klachten af willen, komen de meeste mensen in behandeling om functionele doelen te behalen. De daadwerkelijke interventiefase wordt gebaseerd op zowel de probleemformulering als op de doelen die de cliënt zichzelf stelt. De doelen motiveren iemand om aan de slag te gaan en te blijven. En de therapie-uitkomst wordt afgelezen aan het bereiken van de doelen van de cliënt. Het stellen van concrete doelen is dus van groot belang, alvorens de interventiefase wordt gestart.

6.2 Rationale

De therapeut en cliënt beschrijven de behandeldoelen op de daarvoor bestemde doelenlijst. Op de doelenlijst beschrijven zij kort samengevat het probleem waar de cliënt last van heeft. Daarna beschrijven zij de doelen volgens de SMART methodiek (Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch en Tijdsgebonden). Het op deze wijze operationaliseren van de therapiedoelen zorgt er voor dat er realistische doelen gesteld worden en dat de therapie doelgericht is.

De doelenlijst splitst de behandeldoelen op in het verminderen van lijdensdruk onder de symptomen en het verbeteren van het sociaal-maatschappelijk functioneren. Het verbeteren van het sociaal-maatschappelijk functioneren is minimaal zo belangrijk als klachtvermindering, maar neigt in de praktijk vaak ondergesneeuwd te raken door de klachtgerichtheid van de behandeling. Het is belangrijk dat de therapeut en cliënt veel aandacht aan het sociaal-maatschappelijk functioneren besteden, en hierbij ook andere relevante partijen betrekken om het proces mee af te stemmen.

Het bepalen van de therapiedoelen kan een hele opgave zijn wanneer de cliënt geen ziektebesef heeft of een zeer matig ziekte-inzicht. Belangrijk is om aan te sluiten bij de cliënt en optimistisch te zijn over hetgeen te bereiken is met cognitieve gedragstherapie. Anderzijds moeten de doelen niet pathologisch zijn. Het is een kunstfout wanneer de therapeut beloftes doet die hij niet waar kan maken. Zo kan de therapeut aangeven dat een doel is ervoor te zorgen dat de cliënt minder last gaat hebben van de stemmen, dat de cliënt zich minder gehinderd zal voelen in zijn doen en laten en weer naar buiten zal kunnen gaan. Hij zal misschien aangeven dat bij veel mensen stemmen ook afnemen in intensiteit en frequentie. Maar hij zal niet beloven dat de stemmen verdwijnen. Therapeut en cliënt evalueren regelmatig aan de hand van de doelenlijst in hoeverre zij op weg zijn de behandeldoelen te behalen.

6.3 Stappen

- » Pak het formulier 'Behandeldoel' bij de hand en print er ook eentje uit voor de cliënt.
- » Vat de probleemformulering samen in de woorden van de cliënt.
- » Vraag aan de cliënt van welke last hij graag verlost zou zijn. Hoe zou hij zich willen voelen en vooral ook: wat zou hij willen kunnen doen? Doe dit dus niet in termen van de uitlokkende gebeurtenis of gedachten, maar in termen van de 5 B's en het gedrag van de cliënt. Daar zitten de lijdensdruk en de beperking in het functioneren, en dus ook het behandeldoel.

- » Vraag verder uit wat deze last-afname zou kunnen betekenen voor het functioneren van de cliënt. Wat zij hij dan gaan doen? Wat wil hij bereiken? Welke functionele doelen wil hij zichzelf stellen?
- » Beschrijf samen met de cliënt de doelen volgens SMART methodiek (Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch en Tijdsgebonden). Het op deze wijze operationaliseren van de therapiedoelen zorgt er voor dat er realistische doelen gesteld worden en dat de therapie doelgericht is.
- » Bekijk de doelenlijst periodiek en evalueer met de cliënt hoe het staat met de doelen.

6.4 Klinisch voorbeeld

Voorbeeldgesprek van doel stellen

Therapeut: Laten we dit formulier met doelen invullen. Kijkend naar deze samenvatting van de problemen, wat zou u nu graag willen veranderen?

Cliënt: *Ik wil graag dat die pestkoppen me met rust laten, en dat ik weer tussen mijn vrienden kan zijn.*

Therapeut: Dat laatste schrijf ik meteen op, en over die eerste wil ik even verder met u praten. U wilt graag dat de pestkoppen u niet meer lastig vallen. Nu is het zo dat u hun stemmen hoort en dat ze op allerlei manieren u het leven zuur maken. Als ik hier in de probleemformulering kijk bij uw gevoelens, dan staat daar: 'angst 90%'. Zou het u helpen als u minder bang zou hoeven zijn voor de pestkoppen?

Cliënt: *Ja, dat zou zeker helpen.*

Therapeut: Als u minder bang van ze was, wat zou dit dan betekenen voor het gedrag dat hier in de probleemformulering staat?

Cliënt: *Dan hoef ik natuurlijk niet meer de hele dag op mijn kamer te zitten, maar kan ik gewoon naar buiten toe en doen wat ik wil.*

Therapeut: Oké, mag ik dat ook als uw doelen noteren? Dat u graag minder bang wilt zijn, en dat u graag weer naar buiten durft en kunt doen wat u wilt, zonder dat u zorgen hebt over het gevaar van de pestkoppen?

Cliënt: *Ja dat klopt. Ik wil graag van ze af. En als dat lukt dan kan ik weer gerust naar buiten.*

Therapeut: Ik kan helaas niet beloven dat ik de pestkoppen wegjaag. Wel kan ik beloven dat u en ik samen kijken of we de invloed op uw leven kunnen verminderen, dat we samen uitzoeken of het wel echt zo gevaarlijk is op dit moment, en hoe we het doel kunnen bereiken dat u minder bang wordt en minder hoeft te vermijden. Op die manier kunnen we u uiteindelijk helpen om weer tussen uw vrienden te zijn. Dat lijkt me heel belangrijk. Het gaat om het leiden van uw eigen leven. Akkoord?

6.5 Valkuilen en tips

- » Let op: hoewel u onderhandelt over de inhoud en formulering van de doelen, gaat het hier echt alleen om het doel van de cliënt, en niet om uw eigen doel.
- » Het stellen van een doel mag gaan over vermindering van psychopathologie (ik wil minder bang zijn, of minder last hebben van de stemmen), maar tracht er ook altijd een sociaal-maatschappelijk of in ieder geval gedragsmatig doel bij te zetten (wat zou u weer doen als u minder bang bent of minder last hebt van de stemmen? ► weer met vrienden afspreken, meer buiten durven zijn, zelfstandig boodschappen doen, weer gaan werken, etc.?)
- » Hoewel het gaat om het doel van de cliënt, mag u niet akkoord gaan met een 'waandoel'. Dat is een doel dat volledig en inhoudelijk in het kader staat van de waanopvatting. Beloof dus niet samen de maffia onschadelijk te gaan maken, een operatie te regelen om een chip uit het hoofd te halen, of te zorgen dat de cliënt's stiefvader stopt met het instralen van stemmen in het hoofd van de cliënt.

7 Behandeldoel stellen bij demoralisatie

7.1 Wanneer toe te passen

Voor het stellen van de doelen in het demoralisatieprotocol geldt in principe hetzelfde als in de protocollen voor psychotische klachten. Wanneer de probleemformulering rond is wordt het behandeldoel gesteld. De daadwerkelijke interventiefase wordt gebaseerd op zowel de probleemformulering als de doelen die de cliënt zichzelf stelt. De doelen motiveren iemand om aan de slag te gaan en te blijven. En de therapie-uitkomst wordt afgelezen aan het bereiken van de doelen van de cliënt. Het stellen van concrete doelen is dus van groot belang, alvorens de interventiefase wordt gestart.

7.2 Rationale

De therapeut en cliënt beschrijven de behandeldoelen op de daarvoor bestemde doelenlijst. Het eerst gekozen doel wordt samen concreet gemaakt en dan in stappen opgedeeld. Grote en moeilijk haalbare doelen worden gewoon geaccepteerd en niet ontmoedigd. Ga daarin dus met de cliënt mee. Bij het opsplitsen in stappen moet het wel concreter worden, en de eerste stap moet haalbaar en specifiek geformuleerd zijn.

De stappen in het bereiken van het doel worden daarna gebruikt als leidraad in de behandeling. Naar aanleiding van deze stappen wordt activiteitenuitbreiding gepland, en er wordt teruggekeken in de demoralisatie-probleemformulering om te zien welke obstakels deze stappen in de weg zouden kunnen staan. Die kunnen bestaan uit disfunctionele gedachten en gedragingen. Deze obstakels zijn dan de behandeltargets binnen de therapie. De andere disfunctionele elementen in de probleemformulering worden nog met rust gelaten, daar ze het huidige doel nog niet in de weg staan.

7.3 Stappen

- » Pak dan het formulier 'doelen stellen bij demoralisatie' bij de hand en print er ook eentje uit voor de cliënt
- » Vraag aan de cliënt welke dingen hij zou willen doen, of welke dingen hij eerder op dit gebied deed die hij nu mist in zijn leven. Praat samen om tot een einddoel te komen.
- » Als het einddoel (of meerdere) is vastgesteld, ga dan in de onderste helft van het formulier verder met het opbreken van dit doel in kleinere stappen. Zorg ervoor dat dit een logisch geheel wordt.

7.4 Klinisch voorbeeld

Voorbeeld van doelen stellen

'Zo, we hebben uw doelen vastgesteld. U wilt graag (1) werk vinden, (2) het contact herstellen met oude vriendinnen, (3) meer grapjes durven maken, (4) het schilderen weer oppakken, (5) nieuwe mensen leren kennen en (6) weer op wintersport gaan. Met welk doel zou u willen beginnen? Lijkt het u wat om te starten met uw oude hobby weer op te pakken om ervoor te zorgen dat er allereerst weer meer plezier in uw leven komt? Dan kunnen we daarna gaan werken aan uw voldoening op gebied van sociale contacten en prestatiegerichte activiteiten.'

7.5 Valkuilen en tips

- » Anders dan bij de psychotische klachten, geldt bij demoralisatie dat een ambitieus en mogelijk niet realistisch doel (bijv.: ik wil astronaut worden) prima is. Het gaat om een doel dat betekenis draagt voor de cliënt, waar zijn hart sneller van gaat kloppen. Als dit een in uw optiek een onbereikbaar doel is, maakt dat niet uit. Daar gaat het niet om. Als u met de cliënt met tussenstappen aan het doel gaat werken, dan moet de eerste tussenstap wel haalbaar en specifiek geformuleerd zijn. Maar bij het uiteindelijke doel hoeft dat niet; die moet vooral motiveren.
- » Het kan nuttig zijn om de cliënt eerst met een plezierig of sociaal doel te laten starten, en daarna pas een prestatiegericht doel. Op die manier is er eerst wat meer plezier en contact in het leven van de cliënt. Dat helpt ter relativering van de prestatiegerichte activiteiten, waardoor er mogelijk wat minder druk en stress op dergelijke activiteiten komt te staan. Maar de cliënt beslist uiteraard met welk doel hij/zij wil starten.
- » Leg alvorens deze stap de inactiviteitscirkel uit en de drie ingrediënten voor een gelukkig leven (zie het formulier 'informatie over de inactiviteitscirkel'), dat kan helpen bij het kiezen van een doel.

8 Socratisch interviewen

8.1 Wanneer toe te passen

Socratisch interviewen, ook wel de Socratische dialoog genoemd, kan zowel in de inventarisatiefase als de interventiefase gebruikt worden. De geïnteresseerde, open en niet oordelende houding is in de inventarisatiefase passend en voorkomt weerstand, waardoor de therapeut toegang krijgt tot de belevingswereld van de cliënt (en dus ook zijn visie op de werkelijkheid). In de interventiefase kan de therapeut middels de Socratische dialoog opvattingen van de cliënt kritisch onderzoeken zonder dat dit door de cliënt als invasief of aversief ervaren wordt. Er zijn verschillende varianten van de Socratische dialoog. Wij beschrijven hier de ‘Columbo techniek’, ‘Advocaat van de Duivel’ en ‘Meten met twee maten’.

8.2 Algemene rationale

Socratisch interviewen is een gesprekstechniek die teruggaat op de methode van onderwijs aan filosofiestudenten door Socrates in het oude Griekenland. Socrates had geen vertrouwen in kennisoverdracht door colleges. Filosoof kan men alleen worden als men leert denken als een filosoof, meende hij (de metafoor van de vroedvrouw). Om die reden gaf hij les door vragen te stellen die de student aanzette tot nadenken en het zelf bedenken van vragen om bepaalde gedachten en begrippen te toetsen. Het Socratisch interviewen leidt dus, indien dit goed wordt uitgevoerd, tot een zelfonderzoek door de cliënt van zijn bestaande overtuigingen en opvattingen. Het kenmerkt zich door het niet verstrekken van informatie of waardeoordelen, maar door het op niet invasieve wijze ter discussie stellen van de overtuigingen die de cliënt heeft. De nieuwe informatie komt dus niet van de therapeut, maar van de cliënt zelf. Het idee is dat deze inzichten daardoor meer impact hebben. Bij psychosen is er soms sprake van gebrekkig ziekte-inzicht en dogmatisme. Sommige cliënten hebben snel het idee niet geloofd te worden. De Socratische dialoog is hier dan ook een extra charmante gespreksvorm, omdat deze de kans op weerstand verkleint.

8.3 Stappen

- » Stel u geïnteresseerd, open en niet oordelend op. Neem u voor geen oordelen te vellen.
- » Verplaats u in het referentiekader van de cliënt. Probeer de wereld te beschouwen zoals de cliënt dat doet. Wees daarbij nieuwsgierig en stel in eerste instantie vragen die passend zijn vanuit de visie op de werkelijkheid van de cliënt.
 - o Bijvoorbeeld: ‘Als ze u willen vermoorden, dan zal u wel ten einde raad zijn. Kunt u nog slapen? Wat doet u allemaal om uzelf te beveiligen?’
- » Stel alleen vragen waarop u het antwoord niet kent, vraag niet naar de bekende weg.
- » Laat geen twijfel in uw stem doorklinken, maar oprechte belangstelling.
- » Stel u op als leek, geef de cliënt de deskundige rol.
- » Denk niet zelf na, maar zorg dat de cliënt gaat nadenken.
- » Gebruik rolwisseling en perspectiefwisseling om de cliënt op andere manieren naar onderwerpen te laten kijken.
- » Bij de Columboteknik: kaart onduidelijkheden, inconsistenties, of overmatige conclusies op weinig invasieve wijze aan.
- » Bij de Advocaat van de duivel techniek: Vraag om toestemming. Benadruk dat het een rollenspel is en dat u niet uw persoonlijke mening vertolkt.
- » Bij meten met twee maten: Vraag ook hier toestemming. Gebruik het contrast met anderen om onredelijk maatstaven op te sporen

8.4 Verschillende varianten van Socratisch interviewen

Columbotechniek

De Columbotechniek is ontleend aan de detectiveserie 'Inspector Columbo'. Deze detective gebruikte de Socratische dialoog bij de vermoede daders van een moord. Zijn niet aflatende vragen zetten de dader aan tot vele leugens die vervolgens ook weer onderwerp van vragen werden totdat de moordenaar ontmaskerd kon worden. Kenmerkend aan de Columbotechniek is dat hij zich opstelt als bescheiden maar geïnteresseerde leek. Op het onnozele af stelde hij de meest basale vragen. Maar hij wees daarbij ook op een vriendelijke manier op kleine inconsistenties, waarop de dader dan weer deze inconsistenties moest gaan verklaren of bagatelliseren. Bij een paranoïde cliënt is de Columbotechniek te verkiezen omdat de cliënt dan de expert is en de therapeut de belangstellende leek. De therapeut stelt allerlei aanvullende vragen naar aanleiding van onduidelijkheden, inconsistenties, of overmatige conclusies die hij bemerkt.

Voorbeeld van uitdagende vragen middels de Columbotechniek

"Ik weet heel weinig van afluisterapparatuur. Kunt u me er iets meer over vertellen?"

"U moet me helpen, want ik begrijp het nog niet helemaal, zit hij u dwars vanwege... of vanwege...?"

"U moet het maar zeggen als ik het verkeerd begrepen heb, maar ik heb het gevoel dat deze twee zaken elkaar tegenspreken."

"Bij Star Trek zijn ook mensen met ingebouwde microchips, ik wist niet dat dit in werkelijk ook al kan. Wanneer hebt u ontdekt dat er een microchip in uw gehoor zat?"

"U hebt blijkbaar veel ervaring met telepathie, u bent de expert op dit gebied. Ik weet er weinig van, kunt u mij er wat meer over vertellen? Kan men bijvoorbeeld ook uw gedachten lezen wanneer u in een auto zit? Of maakt de kooi van Faraday dat dan onmogelijk?"

TIP Zie Youtube filmpjes van Columbo of van gelauwerd interviewer Louis Theroux voor mooie voorbeelden van de toepassing van de Columbotechniek.

De advocaat van de duivel

Bij het kritisch ondervragen bij een cliënt met weinig ziektebesef zal snel 'psychological reactance' optreden, ofwel weerstand. Om te voorkomen dat de cliënt defensief gaat antwoorden, stopt met reflecteren of zelfs het contact verbreekt, kan het behulpzaam zijn een rollenspel te doen. U stelt voor dat u de cliënt zult ondervragen als advocaat van de duivel die erop gericht is zijn argumentatie te ondergraven en te weerleggen. Wat we hiervan kunnen leren is welke informatie absoluut noodzakelijk is om de lezing van de cliënt verder te ondersteunen. Dat is immers het probleem.

Zelf is hij overtuigd van de juistheid van zijn interpretatie, maar niemand anders gelooft hem. Zijn argumenten zijn te weinig overtuigend zeggen anderen. Het veronderstelde doel van de oefening is om overtuigendere argumenten te vinden. In een aantal gevallen is het ook leerzaam de rollen om te draaien, waarbij de therapeut de redenering van de cliënt verdedigt en de cliënt deze probeert te weerleggen. Wanneer cliënten zich verplaatsen in de rol of het referentiekader van anderen, kunnen zij tot opvallend nuchtere redeneringen komen.

Metten met twee maten

Het is opvallend dat mensen voor zichzelf vaak andere maatstaven hanteren dan voor anderen. Voor zichzelf zijn ze strenger, stellen hogere eisen of zijn ronduit onredelijk. Een manier om hier afstand van te nemen, zodat genuanceerdere reflectie plaats kan vinden, is zich in een ander te verplaatsen. Manieren om dit te vragen zijn:

- *‘Als een goede vriend(in) van u die gedachte hebt, wat zou u dan zeggen?’*
- *‘Als uw beste vriend(in) zou weten dat u deze gedachte hebt wat zou hij/zij dan tegen u zeggen?’*
- *‘Als iemand anders deze gedachte zou hebben, wat zou u tegen hem of haar zeggen?’*

De techniek is dus geschikt om dubbele normstelsels ter sprake te brengen, maar ook om een psychotische en een normale werkelijkheid met elkaar te contrasteren. Een voorbeeld van het eerste gebruik is:

Voorbeeld metten met twee maten

Therapeut: Omdat u geen werk hebt, beschouwt u uzelf als een volslagen mislukkeling. Als een vriend van u dit overkomen zou zijn en hij u zou vertellen dat hij deze gedachte had, wat zou u hem dan zeggen?

Cliënt: *Kop op, het is niet leuk om niet bij de werkende mensen te horen, maar omdat je geen werk hebt, ben je niet gelijk een mislukkeling.*

Therapeut: Wat maakt dat hij geen mislukkeling is?

Cliënt: *Nou, hij is een goede vriend, hij helpt mij soms met klussen en hij is een uitstekend schaker.*

Therapeut: Als deze vriend dit tegen u zou zeggen, dat u geen mislukkeling bent, hoe zou u dat vinden?

Cliënt: *Dan zou ik me een stuk prettiger voelen.*

Therapeut: Waarom legt u dan voor u zelf zwaardere normen aan dan voor uw vriend?

Cliënt: *Ik stel nu eenmaal hoge eisen aan mezelf.*

Therapeut: Zou het niet eerlijker tegenover uzelf zijn als u dezelfde normen zou hanteren voor uzelf als die voor anderen?

Cliënt: *Ja, eigenlijk wel.*

Het is opvallend dat ook cliënten zonder enig ziektebesef doorgaans goed in staat zijn de denkfouten bij andermans psychose aan te wijzen, maar bij de eigen psychotische overtuiging een soort selectieve denkblindheid vertonen. Een voorbeeld is van twee cliënten die met techniek in de weer zijn: De een probeert zijn kapotte stereo doormiddel van hypnose te repareren, de ander probeert met een radiootje contact te maken met de vliegende schotel boven het ziekenhuis. De eerste zegt: 'Man houd daar toch mee op! Je kunt een stereo toch niet hypnotiseren'. De ander antwoordt: 'Wat weet je nou van technische hypnose? Wacht maar af. Komende zondag is hij weer gerepareerd. Je bent zelf gestoord. Die radio doet het wel, maar er hangt helemaal geen vliegende schotel boven dit gebouw.'

Voorbeeld van het verplaatsen in een ander om dan naar de eigen psychose te kijken

- Therapeut: U hebt de overtuiging dat de stemmen proberen u kapot te maken als straf voor het feit dat u uw moeder hebt geslagen?
- Cliënt: *Het is mijn verdiende straf.*
- Therapeut: Als een vriend van u zijn moeder had geslagen en hij zou denken dat stemmen hem daarvoor straffen en hem kapot gingen maken, wat zou u deze vriend dan zeggen?
- Cliënt: *Het is heel erg dat je je moeder hebt geslagen, maar de stemmen hebben niet het recht je om dit vergrijp kapot te maken.*
- Therapeut: Hebben de stemmen bij u wel het recht en bij uw vriend niet?
- Cliënt: *Tja....., het is wel heel erg wat ik gedaan heb.*
- Therapeut: Hmm... Het is terecht bij u, maar het zou niet terecht zijn als ze dit bij uw vriend zouden doen?
- Cliënt: *Ja, dat is anders.*
- Therapeut: Wat is er dan precies anders aan?
- Cliënt: *Dat weet ik eigenlijk niet.*
- Therapeut: Hoe zou het met u gaan als u over uzelf kon denken zoals u over uw vriend zou denken?
- Cliënt: *Dan zou ik me een stuk beter voelen.*
- Therapeut: Mmmm... Ik zou het eigenlijk eerlijker tegenover uzelf vinden als u stopte met twee maten te meten. U doet uzelf tekort.
- Cliënt: *Dat is eigenlijk wel waar.*

8.5 Valkuilen en tips

- » Stel alleen vragen waarop u het antwoord niet kent, vraag niet naar de bekende weg.
- » Laat geen twijfel in uw stem doorklinken, maar oprechte belangstelling.
- » Stap in de rol van leek, geef de cliënt de deskundige rol.
- » Heb bij zeer gebrekkig ziekte-inzicht geduld. Neem in eerste instantie genoegen met kleine stapjes.
- » Bekrachtig de cliënt als hij nuance toont en zaken van meerdere kanten begint te bekijken.

- » Stel uzelf af en toe de vraag: 'Wie is er nu aan het werk? Wie is er het hardst aan het nadenken?' Als het antwoord hierop niet de cliënt is, pas uw vraagstijl dan aan zodat u weer Socratisch interviewt.
- » De Socratische dialoog is naast een techniek dus ook een therapeutische attitude. Maak deze u eigen als u met cliënten met gebrekkig ziekte-inzicht werkt.
- » Middels de Socratische dialoog kunnen allerlei betekenisgevingen uitgedroefd worden. Doe dit dan ook volop. Waarborg wel dat u ook specifieke technieken uitwerkt met de cliënt. Het beschrijven van zaken op papier of digitaal uitwerken van een techniek (bv een taartpunt) zorgt ervoor dat de nieuwe informatie ergens opgeschreven staat, de cliënt kan het terugzien. Daarnaast bekijken zaken beter wanneer men ze opschrijft.
- » Gebruik rolwisseling en perspectiefwisseling om de cliënt op andere manieren naar onderwerpen te laten kijken.
- » Gebruik het contrast met anderen om onredelijke maatstaven voor de cliënt zelf op te sporen.

9 Kansberekening

9.1 Wanneer toe te passen

Kansberekening wordt toegepast wanneer de cliënt kansen op negatieve gebeurtenissen overschat en/of matig inzicht heeft in het feit dat er aan zeer veel voorwaarden moet worden voldaan wil die gebeurtenis daadwerkelijk optreden. Vaak betreft het opvattingen met een 'als...., dan....' formulering.

9.2 Rationale

Mensen zijn slecht in staat om kansen in te schatten. Zo wordt de kans op een vliegtuigongeluk door de meeste mensen overschat en de kans als fietser in het verkeer om te komen onderschat. Waarschijnlijk is dit zo omdat vliegtuigongevallen altijd uitgebreid in het nieuws komen, terwijl verongelukte fietsers nooit de voorpagina halen. Daarbij hebben mensen bij fietsen de gedachte dat zij zelf de fiets besturen en controle over de situatie hebben, terwijl men in een vliegtuig overgeleverd is aan de techniek en een onbekende piloot. Ook de hoge snelheid en vlieghoogte roepen mogelijk angst op. De kansen zijn echter anders. Vliegen is per kilometer veruit de veiligste wijze van vervoer, terwijl voor fietsers en wandelaars het vele malen gevaarlijker is om aan het verkeer deel te nemen. Ook bij allerhande veronderstelde catastrofes wordt de kans van optreden vaak overschat. Kansberekening gebaseerd op de door de betrokkene ingeschatte kansen kan een realistisch beeld opleveren van de kans dat een verondersteld gevaar ook daadwerkelijk optreedt.

De rationale van kansberekening binnen gedachten uitpluizen is dat cliënten vaak niet goed na hebben gedacht over de stappen waar allemaal aan voldaan moet worden wil de gevreesde gebeurtenis daadwerkelijk optreden. Bij deze techniek wordt het scenario stap voor stap opgebouwd, zodat het inzicht van de cliënt hierin toeneemt. Wil de laatste stap van het scenario echt gebeuren (de daadwerkelijke 'dan....') moet aan alle voorafgaande voorwaarden voldaan zijn. Kansen worden volgens de wetten der statistiek dan ook vermenigvuldigd. Zo ontstaat een cumulatieve kans (vandaar dat deze techniek ook wel cumulatieve kansberekening genoemd wordt). Het doel van deze techniek is, in eerste instantie, dan ook niet het verlagen van de geloofwaardigheid van de kans op de negatieve verwachting, maar voornamelijk om het vergroten van het inzicht dat er aan flink wat voorwaarden moet worden voldaan voordat de gevreesde gebeurtenis daadwerkelijk optreedt. Dit zal er dan vanzelf toe leiden dat de cliënt in gaat zien dat de kans op een bepaalde afloop kleiner is dan aanvankelijk gedacht. De vrees kan hierdoor verminderen. Tegelijkertijd richt men zich op alternatieve verklaringen.

9.3 Stappen

- » Neem een formulier 'kansberekening'.
- » Leg de rationale uit: dat er aan enkele voorwaarden voldaan moet worden wil de uiteindelijke gebeurtenis daadwerkelijk optreden.
- » Formuleer de negatieve verwachting van de cliënt en laat de cliënt de geloofwaardigheid van deze verwachting scoren (0-100%).
- » Beschrijf in de klom 'stap' alle noodzakelijke stappen voor het optreden van de negatieve verwachting.
- » Laat de cliënt per stap de kans schatten dat die stap ook daadwerkelijk kan optreden.
- » Kom overeen dat als er één stap ontbreekt, de negatieve verwachting niet optreedt en dat kansen dus gecumuleerd moeten worden.

- » Bereken de cumulatieve kans van de stappen
 - o de cumulatieve kans van de eerste stap is gelijk aan de kans van die stap
 - o daarna vermenigvuldigt u steeds de cumulatieve kans (in absolute formulering, dus het percentage in procenten gedeeld door 100) van de vorige stap met de kans van de huidige stap. In het voorbeeld dus $.99 \cdot .80 = .79$ | $.79 \cdot .60 = .47$ | enzovoorts. Voor procenten (bijvoorbeeld voor de uiteindelijke cumulatieve kans) vermenigvuldigt u de cumulatieve kans met 100. Hier dus $.008 \cdot 100 = 0.8\%$
- » Bespreek de uitslag na.
- » Laat de cliënt zijn (genuanceerdere) conclusie betreffende de originele verwachting formuleren en opschrijven op het formulier.
- » Bespreek of de mate van overtuiging (0-100%) van de originele negatieve verwachting veranderd is.

9.4 Klinisch voorbeeld

Voorbeeld van uitleg bij de inactiviteitscirkel

‘Joop is ervan overtuigd dat zijn ex-baas hem gaat laten vermoorden door de maffia. Hij heeft zich teruggetrokken in zijn huis en heeft extra sloten aangebracht. De gordijnen zijn altijd dicht en Joop doet de deur voor niemand open. Joop zijn negatieve verwachting is: ‘Als ik mij niet schuil houd, dan word ik in opdracht van mijn ex-baas vermoord door de maffia.’ Joop is 90% zeker van deze overtuiging. Van het voornemen van zijn ex-baas tot aan de daadwerkelijk moord moeten echter meerdere stappen genomen worden. Samen met Joop worden de stappen benoemd zoals die in Tabel 1 opgesomd staan. Hierna wordt voor elke stap een kans geschat door Joop, waarna de cumulatieve kans berekend wordt. Die is uiteindelijk kleiner dan één procent. Joop concludeert dat er inderdaad aan veel voorwaarden voldaan moet worden, wil hij daadwerkelijk geliquideerd worden. Hij had ook nog niet nagedacht over de kosten die dit met zich mee zou brengen voor zijn ex-baas. Joop concludeert dat zijn originele overtuiging misschien toch wat onwaarschijnlijker is dan hij had aangenomen. Hij her-evalueert deze naar 40% geloofwaardigheid.’

Tabel 1: Kansberekening daadwerkelijk gedood te worden

Stap	Kans	Cumulatieve kans
Mijn ex-baas wil mij dood hebben	99%	99%
Mijn ex-baas heeft een moordplan bedacht	80%	79%
Mijn ex-baas heeft contact opgenomen met de maffia	60%	47%
Mijn ex-baas is bereid € 20.000 te betalen aan de maffia	15%	7%
De huurmoordenaar houdt mij dag en nacht in de gaten	70%	5%
De huurmoordenaar zal bij mij aanbellen en mij vermoorden	30%	1,4%
Ik kan mij niet verdedigen	80%	1,1%
Ik word dodelijk geraakt	70%	0,8%

9.5 Valkuilen en tips

- » De uitkomst van de cumulatieve kansberekening (vaak een erg laag percentage) is niet de nieuwe geloofwaardigheid score van de cliënt. Die bepaalt de cliënt zelf na de oefening. Vraag deze dus wel uit.
- » Voorkom een 'kip ik heb je' attitude. De uitkomst is evenmin waar als de overtuiging van de cliënt. Doel is de cliënt aan het denken te zetten, nuance te bevorderen en de cliënt zijn inzicht te vergroten. Focus u met name op het feit dat er aan flink veel voorwaarden voldaan moet worden wil de gevreesde gebeurtenis daadwerkelijk optreden en help de cliënt een genuanceerde alternatieve verwachting te formuleren.
- » Bedenk voordat u deze techniek met een cliënt gaat doen alvast voor uzelf enkele mogelijke stappen uit. Voeg kleine stapjes in. Elke stap is er weer een. Help de cliënt dus ook actief en ga er niet mee akkoord wanneer de cliënt evidente stappen overslaat.

10 Taartpunttechniek

10.1 Wanneer toe te passen

De taartpunttechniek is nuttig wanneer de cliënt snel naar conclusies springt en niet uit zichzelf alternatieve verklaringen bedenkt over gebeurtenissen die hem opvallen. De cliënt blijft dan als het ware in eenzijdige verklaringen van wat hij meemaakt hangen. Het toepassingsgebied betreft dus eenzijdige verklaringen (cognities) van gebeurtenissen die hebben plaatsgevonden of die zich vaak voordoen.

10.2 Rationale

Bij springen naar conclusies geeft de cliënt snel een negatieve betekenis aan een gebeurtenis en treedt er geen secundaire betekenisgeving op waarin de initiële verklaring kritisch beschouwd wordt. De eerste negatieve verklaring blijft dan overeind, met alle gevolgen van dien. Bij de taartpunttechniek wordt teruggekeken naar een gebeurtenis waarbij de cliënt naar een negatieve conclusie sprong en wordt de secundaire betekenisgeving expliciet uitgewerkt. In eerste instantie wordt er dus gewerkt met gebeurtenissen die reeds plaats hebben gevonden. Het doel is om de cliënt aan te leren na een gebeurtenis rustig na te denken over mogelijke genuanceerde alternatieve verklaringen. Het idee is dat de cliënt dit steeds sneller in het proces zal kunnen doen en op een gegeven moment bijna direct na de automatische eerste conclusie. Zo leert de cliënt zijn negatieve snelle conclusies te corrigeren en uiteindelijk te vervangen. Bij deze techniek wordt een inschatting gemaakt van de waarschijnlijkheid van de verschillende alternatieve verklaringen voor een gebeurtenis. De therapeut vraagt de cliënt zich voor te stellen dat iemand anders dezelfde gebeurtenis meemaakt. Daarna wordt de cliënt gestimuleerd te bedenken welke mogelijke verklaringen deze persoon zou kunnen aanvoeren. Door deze rolwisseling vergroot de therapeut de kans dat de cliënt op meer genuanceerde wijze terug zal kunnen kijken op de gebeurtenis. Het lukt de meeste cliënten iets te bedenken. Lukt dit niet dan kan de therapeut ook mogelijke verklaringen aandragen of de cliënt vragen bij zijn netwerk te raden te gaan voor mogelijke alternatieve verklaringen. Het is dan belangrijk deze verklaringen als hypothesen te presenteren. Door deze techniek wordt zichtbaar dat de initiële verklaring slechts één van de mogelijke alternatieven is om de gebeurtenis of beleving te verklaren. Dit devalueert de geloofwaardigheid van de initiële negatieve disfunctionele conclusie.

10.3 Stappen

- » Neem een formulier taartpunttechniek en beschrijf de gebeurtenis en bijbehorende verklaring van de cliënt op. Scoor de geloofwaardigheid van de verklaring van de cliënt (0-100%).
- » Stel aan de cliënt voor om te denken dat iemand anders in de beschreven situatie verkeert.
- » Bedenk samen met de cliënt alternatieve verklaringen voor die situatie.
- » Schrijf alle alternatieven op in de eerste kolom van de tabel.
- » Als laatste voegt u een taartpunt met de naam 'overige verklaringen' toe om de eigen verklaring verder te relativiseren. Deze bevat impliciet dus de originele verklaring van de cliënt en daarnaast kunt u benadrukken dat u samen natuurlijk nooit alle mogelijke verklaringen kunt bedenken.
- » Vraag de cliënt in welk percentage elke bedachte verklaring van toepassing zou kunnen bij de cliënt.

- » Leg uit dat een taart nooit uit meer dan 100% kan bestaan.
- » Zet hierna alle verklaringen in de taartpuntdiagram. Hoe hoger het percentage hoe groter de taartpunt.
- » Op deze manier wordt zichtbaar gemaakt dat de eigen verklaring slechts één van de mogelijke alternatieven is om de gebeurtenis of het symptoom te verklaren.
- » Her-evalueer de geloofwaardigheid van de originele verklaring 0-100%.

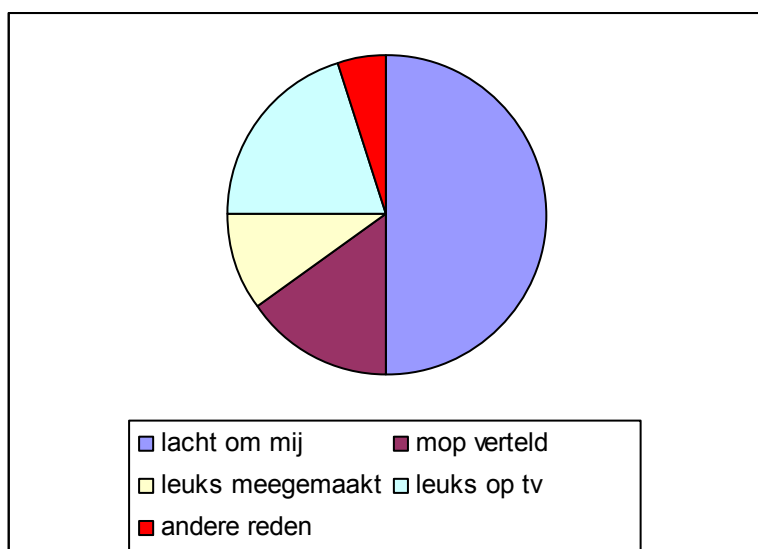
10.4 Klinisch voorbeeld

Bekijk scène 9 op het Youtube kanaal Gedachten Uitpluizen: Taartpunttechniek (4'35").

Voorbeeld van taartpunttechniek

'Als Mohamed in de bus zit of op straat loopt en hij ziet iemand lachen, denkt hij dat deze persoon om hem lacht omdat hij een vervormd gezicht heeft. Er is echter niets vervormds aan het gelaat van Mohamed. Mohamed en zijn therapeut noteren deze gebeurtenis en Mohamed zijn verklaring op het formulier. Vervolgens vraagt de therapeut Mohamed of hij mogelijke verklaringen kan bedenken waarom mensen op straat lachen, dus los van de situatie die Mohamed beschreven heeft. De therapeut stelt voor dat Mohamed zich inbeeldt dat de therapeut op straat loopt en dat deze dan iemand ziet lachen. Samen bedenken Mohamed en de therapeut enkele alternatieve verklaringen, bijvoorbeeld dat de persoon terugdenkt aan een mop die iemand net aan hem verteld had. In de volgende stap bepaalt Mohamed hoezeer (percentage) elke bedachte verklaring van toepassing zou kunnen zijn in de situatie die voor hem beladen is. Dus hoe groot hij de kans acht dat als hij in de toekomst weer iemand op straat ziet lachen dat dit is omdat die persoon dan denkt aan iets leuks dat hij of zij op tv heeft gezien. Mohamed en de therapeut beginnen bovenaan de lijst met alternatieven en schrijven alle percentages op. Onder aan de lijst aangekomen bij de categorie 'overige verklaringen' vraagt de therapeut aan Mohamed hoe groot het percentage is dat hij toekent aan de oorspronkelijke verklaring. Dit kan nu onmogelijk 100% zijn, omdat de andere verklaringen ook een percentage hebben gekregen. Het is hier nog maar 5 %. Dat zet Mohamed erg aan het denken. Misschien lachen mensen op straat wel niet om hem...?!'

Figuur 1: Mogelijke verklaringen voor het lachen van anderen en de geschatte waarschijnlijkheid



10.5 Valkuilen en tips

- » Zorg dat er voldoende alternatieve verklaringen beschreven staan en zet de rolwisseling duidelijk in. Met name cliënten met matig ziekte-inzicht hebben deze nodig om de situatie op genuanceerde wijze te kunnen beoordelen.
- » Laat cliënten als huiswerk zelf ook oefenen met het maken van taartpunten. Laat ze tevens navraag doen bij anderen (eventueel in de vorm van een gedragsexperiment).
- » Benadruk het belang van een secundaire betekenisgeving. 'STOP EN DENK' is voor veel cliënten een nuttig devies.

11 Kostenbaten analyse

11.1 Wanneer toe te passen

Kostenbaten analyse wordt gebruikt om de effecten van gedrag te onderzoeken. Deze techniek is met name nuttig in het onderzoeken van het nut van beveiligings- en vermijdingsgedragingen en coping-strategieën, alsook de lange termijn negatieve gevolgen ervan. Het kan daarnaast nuttig zijn de kosten en baten van de belagers te onderzoeken ('Hoe verhouden de kosten van het jaren lang achtervolgen zich tot de baten van het wraak nemen voor een eenmalige ruzie op het werk acht jaar geleden?').

11.2 Rationale

Cliënten hanteren allerlei beveiligings- en vermijdingsstrategieën (selectieve aandacht voor een bepaald type mensen, bepaalde situaties uit de weg gaan) en copingstrategieën (in discussie gaan met de stemmen). Soms hebben deze gedragingen op een gegeven moment goed gewerkt voor de cliënt, maar op termijn zijn de kosten vaak hoger dan de baten. De kosten en baten worden bij deze analyse beschreven en kritisch geëvalueerd in een tweekolommengesprek. Daarna worden kosten en baten afgewogen, waarna de cliënt bepaalt hoe nuttig hij dit gedrag werkelijk vindt. De cliënt komt daarbij tot een beslissing over wat hij wil met dit gedrag.

11.3 Stappen

- » Neem een formulier kostenbaten analyse met een kolom baten (voordelen) en een kolom kosten (nadelen) en beschrijf het gedrag dat u wilt onderzoeken.
- » Laat de cliënt scoren hoe nuttig hij dit gedrag vindt (0-100%).
- » Inventariseer alle voor- en nadelen van het gedrag.
- » Bespreek de uitkomsten:
 - o Als er meer nadelen zijn dan voordelen
 - >> Geef kort uitleg over het ontstaan en voortbestaan van beveiligings- en vermijdingsgedragingen en disfunctionele coping.
 - o Als er meer voordelen zijn dan nadelen
 - >> Benadruk dat voor de cliënt de baten blijkbaar opwegen tegen de kosten.
 - >> Onderzoek of er alternatieve gedragingen zijn met dezelfde baten, maar minder kosten. Of bekijk of u de kosten kunt vergroten of de baten kunt verkleinen (denk aan motivationele gesprekstechnieken)
 - >> Zijn die er niet. Bespreek dan dat de cliënt de kosten zal moeten dragen.
- » Laat de cliënt het nut van het gedrag na het uitvoeren van de oefening beoordelen (0-100%).
- » Laat de cliënt een genuanceerde alternatieve opvatting over dit gedrag formuleren.

11.4 Klinisch voorbeeld

- Therapeut: U gaat als de stemmen u beledigen in discussie met de stemmen. Dat schrijven we hier bovenaan het formulier op. Hoe nuttig vindt u deze strategie?
- Cliënt: *Wel nuttig, 70%.*
- Therapeut: Dat noteren we. U voert dit gedrag niet voor niets uit. Wat zijn de voordelen aan dit gedrag voor u?
- Cliënt: *Ik laat zien dat wat ze zeggen niet klopt, dat ik helemaal geen sukkel ben.*
- Therapeut: Dat is een duidelijk voordeel. Zijn er nog meer voordelen?
- Cliënt: *Nou, dat zou ik zo gauw niet weten.*
- Therapeut: Zeker weten....? Goed, dan kijken we nu naar mogelijke nadelen. Zijn er nadelen aan het in discussie gaan met de stemmen?
- Cliënt: *Ja, meestal worden ze er heviger van, gaan ze terug praten.*
- Therapeut: Een nadeel is dus dat de stemmen heviger worden en terug gaan praten.
- Cliënt: *Ja en de stemmen worden er vaak boos van.*
- Therapeut: Oké, die dingen noteren we. Zijn er nog meer nadelen?
- Cliënt: *Het kost veel tijd. Soms ben ik wel een uur aan het discussiëren.*
- Therapeut: Oké. Dat schrijven we op.
- Cliënt: *Uiteindelijk win ik de discussie nooit. Het is een heen en weer roepen, maar de stemmen reageren niet echt op wat ik zeg. Ik word er somber van en raak gefrustreerd door de discussies.*
- Therapeut: Goed dat is een vierde en een vijfde nadeel en die noteren we ook. Nog meer nadelen?
- Cliënt: *Ik ga door de discussies piekeren waarom ze mij dit toch aandoen.*
- Therapeut: Oké, die voegen we toe. Nog andere nadelen?
- Cliënt: *Ja, ik voel me minderwaardig en machteloos door de discussies.*
- Therapeut: Goed, dat schrijven we op. Nog andere dingen?
- Cliënt: *Dit zijn denk ik wel de belangrijkste nadelen.*
- Therapeut: Laten we eens kijken, het discussiëren met de stemmen heeft als voordeel dat u laat zien dat wat de stemmen zeggen niet klopt.
- Cliënt: *Hmm, ja.*
- Therapeut: En als nadelen hebt u genoemd: dat de stemmen boos worden en toenemen, dat het veel tijd kost, dat u ze niet echt overtuigt, u raakt er somber en gefrustreerd van, piekert er veel over, en u voelt zich minderwaardig en machteloos door de discussies. Wat vindt u er van als u de voordelen en nadelen zo naast elkaar ziet?
- Cliënt: *Nou...tja, het heeft wel veel nadelen... Ik heb altijd gevonden dat ik van me af moest bijten. Maar als ik dit zo zie, dan is dat helemaal niet zo'n goede strategie.*
- Therapeut: Vaak nemen we op een gegeven moment een strategie aan. Die is vaak best logisch en kan in het begin ook best werken. Maar op termijn worden de nadelen vaak groter dan de voordelen. Hoe nuttig vindt u de strategie van het in discussie gaan nu nog?
- Cliënt: *Veel minder, 20%.*
- Therapeut: Oké. Dat is een groot verschil. Laten we samen eens bekijken of er andere strategieën zijn die misschien meer voordelen en minder nadelen hebben. Kinderen die gepest worden, krijgen bijvoorbeeld vaak het advies de pestkoppen te negeren. De meeste pestkoppen houden het dan al snel voor gezien. Zo zijn er misschien wel meer nuttige strategieën te bedenken die u eens uit zou kunnen proberen.
- Cliënt: *Oké, laten we dat doen.*

11.5 Valkuilen en tips

- » Wees alert op factoren die op korte termijn voordelig zijn, maar op lange termijn veel nadelen hebben. Bespreek dit met de cliënt zodat deze nadelen wel in de analyse mee worden genomen.
- » Zorg er voor, zeker wanneer er redelijk wat ziekte-inzicht is, dat de voor- en nadelen zo objectief mogelijk weergegeven worden. Stel voor dat de dingen die opgeschreven worden overeind zouden moeten blijven in een rechtszitting. Bij verminderd ziekte-inzicht is het verstandiger aan te sluiten bij de belevingswereld van de cliënt, maar wel kritisch te blijven op de zaken die als voor- en nadelen opgenomen worden.
- » NB Het gaat niet om de verhouding van het aantal kosten en baten. Bepaalde voordelen of nadelen kunnen voor de cliënt zwaarder wegen dan anderen. Wees daar sensitief voor en bespreek dit met de cliënt.
- » Een kostenbaten analyse leent zich goed voor een vervolg waarin het nieuwe gedrag geoefend of uitgetoetst gaat worden. Bijvoorbeeld in een rollenspel of een gedragsexperiment.

12 Bewijzen voor en tegen

12.1 Wanneer toe te passen

Een tweekolommen gesprek met bewijzen voor en tegen wordt toegepast bij negatieve opvattingen die het functioneren van de cliënt belemmeren. Deze techniek kan in het begin van de interventiefase ingezet worden om zicht te krijgen op factoren die maken dat de negatieve opvatting geloofwaardig is voor de cliënt. Later in de therapie, of wanneer er sprake is van enige mate van ziekte-inzicht, kan deze techniek ingezet worden om negatieve opvattingen uit te dagen.

12.2 Rationale

Bewijzen voor en tegen is een variant van het tweekolommen gesprek. De negatieve opvattingen die cliënten hebben zijn gebaseerd op logica. Hoewel hierbij vaak sprake is van denkfouten of bijzondere betekenisgeving, zijn psychotische opvattingen gebaseerd op werkelijke gebeurtenissen of aanwijzingen. Het is belangrijk hier als therapeut zicht op te krijgen. Het beschrijven van de bewijzen voor en tegen een opvatting is een charmante manier om hierover in gesprek te komen. Bij cliënten met enig ziekte-inzicht kan het bespreken van de bewijzen voor en tegen leiden tot toegenomen inzicht in de beperkte evidentie voor een bepaalde opvatting. Het bespreken van bewijzen voor en tegen heeft dus twee mogelijke functies. Allereerst het vergroten van het inzicht van cliënt en therapeut in de belevingswereld van de cliënt en ten tweede het onderzoeken en uitdagen van de bewijslast voor de negatieve opvatting van de cliënt.

12.3 Stappen

- » Neem een formulier bewijzen voor en tegen met twee kolommen en beschrijf de opvatting die u wilt onderzoeken.
- » Laat de cliënt de geloofwaardigheid van de opvatting scoren (0-100%).
- » Inventariseer alle bewijzen voor en tegen de negatieve opvatting.
- » Bespreek de uitkomsten:
 - o Bij inventariseren
 - >> Door de oefening hebt u er samen zicht op gekregen wat maakt dat de opvatting voor de cliënt geloofwaardig is. Ook hebt u samen geconstateerd dat er zaken zijn die tegen de opvatting pleiten. Stel voor deze bewijzen voor en tegen nader te gaan onderzoeken.
 - o Bij onderzoeken/ uitdagen
 - >> Bespreek de hoeveelheid en kwaliteit van de bewijzen voor en tegen.
 - >> Had de cliënt hier reeds goed zicht op?
 - >> Wat betekent dit voor de geloofwaardigheid van de originele opvatting?
 - >> Zijn er bepaalde bewijzen voor of tegen die nader onderzocht en uitgeplozen kunnen gaan worden?
- » Laat de cliënt de geloofwaardigheid van de opvatting na het uitvoeren van de oefening beoordelen (0-100%).
- » Laat de cliënt een genuanceerde alternatieve opvatting formuleren.

12.4 Klinisch voorbeeld

- Therapeut: Ik zie in uw G-schema bij Gebeurtenis staan dat u gisteren door de muur uw buurman aan de telefoon hoorde praten met iemand anders. Hij zei dat hij last had van zijn nek en hij vloekte erbij. U dacht toen: 'Hij bedoelt dat mijn houding slecht is en dat ik last ga krijgen van mijn nek. Hij dreigt met nare gevolgen voor mijn houding; hij zal me misschien iets willen aandoen.' U dacht dus dat de buurman zich tot u richtte toen u dit door de muur heen hoorde.
- Cliënt: *Ja, dat dacht ik. Hij is normaal zo rustig. Ik werd er erg bang en gespannen van.*
- Therapeut: Welke zaken pleiten ervoor dat uw buurman het over u had toen hij aan de telefoon sprak?
- Cliënt: *Hij roept normaal nooit zo hard. En ook had ik sterk het gevoel dat het over mij ging. Ik zat op dat moment ook in een slechte houding, omdat ik probeerde te studeren. Dat zal hij hebben gezien via een gaatje in de muur, denk ik.*
- Therapeut: Dat is duidelijk. Zijn er nog andere aanwijzingen?
- Cliënt: *Vorige week kwam ik mijn deur uit en toen ging hij snel zijn huis in. Hij leek me te vermijden.*
- Therapeut: Dat schrijven we op. Hebt u nog andere bewijzen of aanwijzingen?
- Cliënt: *Nee, ik geloof het niet.*
- Therapeut: Oké. En welke zaken wijzen erop dat deze opvatting mogelijk niet klopt? Wat spreekt deze gedachte tegen?
- Cliënt: *... (denkt na)... Nou, ik zat de dag ervoor ook de hele dag in een slechte houding op mijn kamer en toen hoorde ik niets van de buurman.*
- Therapeut: Heel goed punt. Wat nog meer?
- Cliënt: *Dat hij zelf echt pijn heeft in zijn nek?*
- Therapeut: Ja, welke zaken wijzen erop dat het zo zou kunnen zijn?
- Cliënt: *Ik weet het niet. Ik heb hem misschien wel eens met de hand in zijn nek zien wrijven. Verder weet ik het niet. Nooit op gelet eigenlijk. Ik had die mogelijkheid nog niet eerder bedacht.*
- Therapeut: Oké. En verder?
- Cliënt: *Mijn flat is super gehorig. Ik kan al mijn burens horen. Misschien had hij het dus niet tegen mij.*
- Therapeut: Heel goed. Dat noteren we ook. Wat pleit nog meer tegen uw oorspronkelijke opvatting?
- Cliënt: *Het is wel een heel indirecte manier van communiceren. Als hij wil dat ik echt bang word, dan zou hij wel explicieter zijn in zijn bedreigingen.*
- Therapeut: Dat lijkt me een heel erg goed punt. Dat schrijven we ook op. En die gebeurtenis waarbij hij snel zijn huis in ging. Zou daar ook een mogelijke alternatieve verklaring voor kunnen zijn?
- Cliënt: *Het kan zijn dat hij gewoon net thuiskwam en mij niet zag.*
- Therapeut: Inderdaad. Dat zet die gebeurtenis wel in een ander daglicht. Zullen we dat toevoegen?
- Cliënt: *Ja, laten we dat doen.*
- Therapeut: Zijn er nog andere aanwijzingen, of zijn dit de belangrijkste?
- Cliënt: *Dit zijn de belangrijkste denk ik.*

Therapeut: Samenvattend zien we dat u een aantal aanwijzingen heeft voor de oorspronkelijke opvatting dat uw buurman u bedreigt met nare gevolgen voor uw slechte houding. We zien ook dat er flink wat aanwijzingen zijn die hier tegen pleiten en dat u voor sommige van de aanwijzingen mogelijke alternatieve verklaringen hebt. Wat betekent dit nu allemaal?

Cliënt: *Tja... er is wel erg veel dat tegen het idee pleit dat hij mij bedreigt. De feiten zo overziend lijkt het eigenlijk niet zo'n logische conclusie.*

Therapeut: Goed dat u dit opmerkt: we kijken vaak vooral naar de dingen die onze ideeën bevestigen. En dan zien we andere zaken over het hoofd; dat is de selectieve aandacht waar we het eerder over hadden. Omdat u in dit geval erg bang werd, is het goed om er uitgebreider bij stil te staan en erover na te denken. We zouden bijvoorbeeld eens verdere informatie kunnen gaan verzamelen.

Cliënt: *Dat lijkt me een goed idee.*

12.5 Valkuilen en tips

- » Vraag bij bewijzen voor de negatieve opvatting ook naar alternatieve verklaringen van die gebeurtenissen. Zo relativeert u op impliciete wijze de bewijskracht van die veronderstelde bewijzen voor de disfunctionele opvatting.
- » Vraag ook op geïnteresseerde wijze naar evidente tegenbewijzen die de cliënt zelf niet noemt. Help de cliënt waar nodig bewijzen voor en tegen te bedenken.
- » Het tweekolommen gesprek met bewijzen voor en tegen is vaak een opstap naar het uitvoeren van een andere specifieke techniek. Gebruik het ook op deze manier. De cliënt kan bijvoorbeeld informatie gaan verzamelen om de kracht van bepaalde aanwijzingen te onderzoeken.
- » Het is verleidelijk de formulieren achterwege te laten en de bewijzen voor en tegen in gespreksvorm te bespreken. Gezien de beperktheden van het menselijke geheugen en eventuele cognitieve problemen bij cliënten, raden wij u aan deze techniek echt op papier uit te werken. Deze techniek werpt vaak licht op belangrijke bewijzen die onderzocht zullen moeten worden om verandering te bewerkstelligen.
- » Bespreek de bewijzen 'voor' de negatieve disfunctionele opvatting kritisch. Het succesvol uitdagen van deze bewijzen leidt ertoe dat de geloofwaardigheid van de negatieve opvatting vermindert en dat de bereidheid tot gedragsexperimenten en exposure daardoor toeneemt.

13 Historische toets

13.1 Wanneer toe te passen

De historische toets is een cognitieve gesprekstechniek die wordt gebruikt om negatieve disfunctionele opvattingen van de cliënt uit te dagen. Vaak zijn deze opvattingen ontstaan, of worden deze in stand gehouden, door confirmatief redeneren, dichotoom denken of een geheugen-bias zoals pessimisme. Hier kan sprake van zijn bij alle typen betekenisgeving in de probleemformulering, dus op automatische gedachten, negatieve verwachtingen, leefregels en op kernopvattingen. Daarnaast kan de historische toets toegepast worden om het nut van beveiligings- en vermijdingsgedrag kritisch te onderzoeken. Doorgaans wordt de techniek binnen een socratische dialoog toegepast. De historische toets kan ook ingevoegd worden in de techniek van het bespreken van 'bewijzen voor en tegen,' en hij kan worden gebruikt als een soort gedragsexperiment door bijvoorbeeld mensen uit de omgeving te bevragen.

13.2 Rationale

Cliënten hebben allerlei aanwijzingen en bewijzen voor hun opvattingen en zij veronderstellen dat hun beveiligings- en vermijdingsgedragingen een functie hebben. Hierbij is er vaak sprake van cognitieve tendensen zoals 'zie-je-wel-redeneren' (confirmatie tendens), dichotoom (zwart-wit) denken, en een 'selectiebias' van beschikbare informatie in het lange termijn geheugen (bijv. pessimisme). Gebeurtenissen en herinneringen die in strijd zijn met de negatieve opvatting of verwachtingen en dingen die de werking van de beveiligings- en vermijdingsgedragingen tegenspreken worden niet of minder zwaar meegewogen. De cliënt vindt zichzelf bijvoorbeeld een 'volstreekte mislukking die nooit iets goed doet'; gelooft dat zijn stemmen 'altijd alles weten'; of verwacht 'te worden vermoord als hij drukke plekken niet zo goed zou vermijden'.

De historische toets beoogt cognitieve tendensen te omzeilen waardoor informatie die in tegenspraak is met de negatieve opvattingen wel mee wordt gewogen. De cliënt heeft immers bijna altijd ervaringen die tegen zijn negatieve dichotome ideeën pleiten (er zijn bijvoorbeeld altijd zaken wel gelukt, al is dit het koken van een ei, of er zijn situaties geweest waarin de stemmen iets duidelijk niet wisten). Ook hebben cliënten vaak ervaringen waarbij een negatieve verwachting niet uitkwam, terwijl er wel aan de veronderstelde voorwaarden werd voldaan (de cliënt belandde bijvoorbeeld per ongeluk toch op een drukke plek en is toen blijkbaar niet gedood want hij zit nog tegenover u). Door terug te kijken naar situaties die tegen negatieve opvattingen of het nut van beveiligings- en vermijdingsgedragingen pleiten, ontstaat er meer ruimte voor relativering, voor een genuanceerdere betekenisgeving.

13.3 Stappen

- » De therapeut verduidelijkt en expliciteert de problematische opvatting van de cliënt of de functie die de cliënt veronderstelt achter het beveiligings- of vermijdingsgedrag.
- » De therapeut vraagt op non-invasieve wijze naar ervaringen die in strijd zijn met een veronderstelling ('Is er in jouw leven nog nooit iets gelukt? U hebt dus geen enkel diploma gehaald bijvoorbeeld?') of naar gebeurtenissen waarin een bepaald beveiligings- of vermijdingsgedrag niet uitgevoerd werd ('Bent u ooit onverhoopt toch op een drukke plek beland? Vertel eens? Is dat vaker gebeurd? U bent toen niet gedood, toch?').

» De therapeut bespreekt vervolgens met de cliënt wat dit betekent voor de originele opvatting of voor het geloof in het nut van de beveiligings- of vermijdingstechniek.

13.4 Klinisch voorbeeld

Therapeut: U geeft aan dat het onmogelijk is de stemmen niet direct te gehoorzamen wanneer ze u opdracht geven uzelf pijn te doen. En dat u hier 90% overtuigd van bent.

Cliënt: *Dat klopt. Ik moet gelijk doen wat ze zeggen anders vermoorden ze mij of mijn moeder. Dat zeggen ze ook als ze me bedreigen. Ze doen dat elke dag.*

Therapeut: Dat is wel heel vervelend zeg. En ze geven u de laatste anderhalf jaar meerdere keren per week opdrachten vertelde u.

Cliënt: *Inderdaad.*

Therapeut: Wat ik me af zit te vragen is: het is in die afgelopen anderhalf jaar vast wel eens gebeurd dat u de opdracht niet gelijk uit kon voeren. Bijvoorbeeld omdat dit in die betreffende situatie echt niet kon. Schat ik dat goed in?

Cliënt: *Pffff, dat weet ik niet. Daar moet ik eens goed over nadenken.*

Therapeut: Doe dat maar even dan... Neem uw tijd.

Cliënt: *Nou ja, nu ik er aan denk. Het gebeurt wel eens dat ik opdrachten krijg terwijl er andere mensen bij zijn. Dan kan ik mezelf natuurlijk niet gaan zitten snijden of verbranden. Dan denken ze gelijk dat ik gek ben.*

Therapeut: En hoe vaak is dat gebeurd de afgelopen anderhalf jaar denkt u?

Cliënt: *Nou minimaal twee keer per maand wel. Dus ik denk 40 keer.*

Therapeut: Oké. Duidelijk. Zijn er nog andere situaties geweest waarin u niet direct gedaan hebt wat de stemmen u opdroegen?

Cliënt: *Soms word ik boos en dan schreeuw ik dat ze op moeten flikkeren. Dan doe ik niet altijd wat ze zeggen. Soms, met name als ze niet zo hard schreeuwen, lukt het me ook om het te negeren en te doen alsof ik het niet gehoord heb.*

Therapeut: En hoe vaak is dat gebeurd denkt u, dat u om andere redenen niet deed wat ze opdroegen?

Cliënt: *Ik denk ook 2 keer.... Dus ook 40 keer.*

Therapeut: Oké. U hebt dus minimaal 80 keer niet gedaan wat de stemmen u opdroegen. Wat is er toen gebeurd? U bent toen in ieder geval niet vermoord, want u zit hier nog tegenover mij en u hebt uw moeder gisteren nog gesproken vertelde u me net.

Cliënt: *Dat klopt. Tja.... nee ze hebben ons niet gedood. Soms gaan ze wel harder schreeuwen. Maar nee, we leven nog.*

Therapeut: Wat betekent dat nou voor uw originele opvatting dat het onmogelijk is de stemmen niet direct te gehoorzamen wanneer ze u opdracht geven uzelf pijn te doen?

Cliënt: *Tja....? Dat dit misschien minder realistisch is dan ik dacht. Misschien heb ik meer speling dan ik dacht?*

Therapeut: Dat moeten we maar eens verder onderzoeken.

Cliënt: *Dat lijkt me een goed idee.*

13.5 Valkuilen en tips

- » Er is geen formulier bij deze techniek. Zorg wel dat de cliënt na uitvoering van de techniek iets opschrijft over wat hij of zij ervan geleerd heeft.
- » Voeg deze techniek toe aan het bespreken van 'bewijzen voor en tegen' een opvatting.
- » Voorkom weerstand en een kip-ik-heb-je ervaring bij de cliënt.
 - o Vraag niet naar de bekende weg.
 - o Vraag eerst naar situaties die niet voldoen aan de voorwaarden, verzamel die situaties. Bespreek daarna wat er toen gebeurde en daarna wat dit betekent voor de originele opvatting.
- » Pak verschillende bronnen erbij die helpen om het historisch perspectief bij een opvatting verder te ontwikkelen. Laat de cliënt bijvoorbeeld familieleden en partner bevragen, maak een tijdslijn als dat nuttig is, etc.

14 Het uitpluisformulier invullen

14.1 Wanneer toe te passen

Met behulp van het uitpluisformulier kunnen cliënt en therapeut op een systematische wijze aanwijzingen en alternatieve verklaringen zoeken. De formulieren worden tijdens de zitting of ingevuld. Een deel van de cliënten kan dit ook doen als huiswerk, maar soms zijn cliënten vergeetachtig of hebben ze hulp nodig bij het invullen. Het formulier kan door cliënten ook gebruikt worden als een soort noodkaart (stop-en-denk) om te gebruiken wanneer ze merken dat ze naar beangstigende conclusies springen.

Er zitten veel cognitieve technieken in het uitpluisformulier verweven, en de toepassing van dit formulier is dan ook effectiever wanneer die andere technieken al een keer expliciet aan bod zijn geweest. De cliënt heeft dan al meer ervaring met de betreffende vragen.

14.2 Rationale

Het uitpluisformulier biedt op een gestructureerde wijze allerlei ‘uitdaag-vragen’ die de therapeut en cliënt samen kunnen doornemen om opvattingen of automatische gedachten onder de loep nemen. Het gaat hierbij om bewijzen, alternatieve gedachten, meten met twee maten, selectieve aandacht beschouwen, en meer. De cliënt kan het formulier ook thuis erbij pakken, en daardoor blijft de uitdaag-activiteit niet behouden tot slechts de sessies. Door de vragen zowel mondeling als schriftelijk aan te bieden, beklijft het effect beter. En bovendien zorgt het formulier ervoor dat de vragen zwart-op-wit staan, wat soms het effect heeft dat de therapeut niet als overmatig kritisch of bevragend wordt ervaren door de cliënt; het is immers het formulier die de vragen stelt. Kortom: het uitpluisformulier dient enkele voordelen in het uitdagen van gedachten.

14.3 Stappen

- » Stel een G-schema op rond een gebeurtenis met een tamelijk zwakke overtuiging (zie G-schema opstellen).
- » Bepaal gezamenlijk welke opvatting u gaat onderzoeken. Scoor hierbij ook de geloofwaardigheid (0-100%) en het gevoel dat deze opvatting oproept.
- » Vul een uitpluisformulier in voor de onderdelen ‘ondersteunen’ en ‘tegenspreken’.
- » Vul een uitpluisformulier in voor het onderdeel ‘andere verklaringen’.
- » Scoor de geloofwaardigheid (0-100%) en het gevoel dat de opvatting oproept na het uitpluizen.
- » Laat de cliënt een genuanceerde alternatieve verklaring formuleren en scoor daar ook de geloofwaardigheid (0-100%) van.

14.4 Klinisch voorbeeld

Bekijk scène 14 op het Youtube kanaal Gedachten Uitpluizen: Invullen van het uitpluisformulier (6’38”).

G-schema: ingevuld voorbeeld

Gebeurtenis

Het is maandagavond. Ik ben alleen op mijn kamer. Ik hoor buiten mensen praten.

Gedachte

Ze hebben het over mij. Ze gaan straks aanbellen en me te grazen nemen.

Gevoel (score 0 – 100)

Boos	60
Bedroefd	20
Bang	80
Beschaamd	0
Blij	0

Gedrag

Ik kijk door de gordijnen naar de mensen die buiten staan te praten. Ik doe het licht uit zodat ze denken dat ik niet thuis ben.

Gevolg

Dit kost me veel energie. Voel me er niet prettig bij en ik kan ook niet ontspannende dingen doen.

Uitpluisformulier

Overtuiging die we willen onderzoeken: *Ze gaan straks aanbellen en me te grazen nemen.*

Mate van overtuiging voor het uitpluizen (0-100%): 75%

Gevoelens (0-100)

Boos	20
Bedroefd	20
Bang	90
Beschaamd	10
Blij	0
Neutraal	nvt

Aanwijzingen en bewijzen die mijn overtuiging ondersteunen:

Welke aanwijzingen of bewijzen heb je voor deze gedachte?

Ze staan voor mijn raam te praten

Aanwijzingen en bewijzen die mijn overtuiging tegenspreken:

Als mijn beste vriend(in) deze gedachte had, wat zou ik dan zeggen?

Misschien staan ze op iemand anders te wachten.

Je denkt vaker dat mensen tegen je zijn, maar dat is niet altijd waar.

Als mijn beste vriend zou weten dat ik deze gedachte had, wat zou hij tegen me zeggen?

Je denkt dit al heel erg lang, maar ze hebben je nog nooit iets aangedaan.

Je voelt je gewoon onveilig, omdat je zo'n onveilige jeugd gehad hebt.

Als iemand anders deze gedachte zou hebben, wat zou je tegen hem/haar zeggen?

Je hebt je vergist.

Zijn er kleine zaken die mijn gedachte tegenspreken en waar ik overheen kijk?

Mijn buurjongen heeft vaak mensen op bezoek, die beneden blijven napraten.

Andere verklaringen

Zijn er andere verklaringen mogelijk?

Weet ik niet.

Hoe kijk ik over vijf jaar terug op deze situatie?

Misschien volgen ze me dan niet meer.

Zijn er positieve kanten die ik over het hoofd zie?

Ik woon in een gezellige buurt.

Spring ik naar conclusies die niet helemaal door feiten ondersteund worden?

Misschien wel.

Beschuldig ik mezelf van iets waar ik niets aan kan doen?

Nee.

Heb ik ooit eerder dit soort gedachten gehad en bleken ze niet juist te zijn?

Het gebeurt vaker dat mensen voor mijn raam staan te praten. Ze hebben nooit aangebeld en me nog nooit iets aangedaan.

Mate van overtuiging oude opvatting na het uitpluizen (0-100%): 50%

Genuanceerdere nieuwe overtuiging:

Ze bellen nooit aan. Misschien is de kans dat ze me daadwerkelijk gaan pakken kleiner dan ik vermoed. Misschien zie ik meer gevaar in de wereld dan er werkelijk is. 50%

Nieuwe Gevoelens

Geef aan hoe sterk die gevoelens nu zijn (0-100)

Boos	5
Bedroefd	10
Bang	40
Beschaamd	10
Blij	0
Neutraal	nvt

14.5 Valkuilen en tips

- » Blijf bij de woorden van de cliënt en leg hem niets in de mond.
- » Gebruik het formulier om de cliënt te laten bevragen en stimuleer hierbij rationeel denken (bekrachtig dat ook), maar dwing de cliënt niet om overtuigingen aan te nemen waar hij niet in gelooft. Het gaat er niet om dat de juiste conclusie op papier komt te staan, het gaat om het stimuleren van een rationeel gedachteproces bij de cliënt middels rolwisseling en het meewegen van factoren die de cliënt normaal niet mee neigt te wegen.
- » Laat het niet bij slechts de sessies, maar geef enkele kopietjes mee aan de cliënt en vraag om thuis het formulier te gebruiken na momenten waarin het probleem zich voordeed (en waar de cliënt een G-schema over heeft kunnen invullen).

15 Gedragsexperimenten

15.1 Wanneer toe te passen

Gedragsexperimenten worden meestal pas tegen het einde van de behandeling toegepast. In veel behandelingen blijkt bij de evaluatie dat de gedragsexperimenten en exposure opdrachten erg belangrijke technieken zijn geweest. Maar de cliënt moet wel klaar zijn om hiermee te starten. Te snel met deze technieken starten kan tot gevolg hebben dat de cliënt de therapie stopt. Zeker bij ontbrekend ziektebesef dient de therapeut te beseffen dat een experiment of exposure erg veel gevraagd is van de cliënt, vooral wanneer hij werkelijk vreest voor zijn leven. Voordat de therapeut deze technieken inzet, moet er dus sprake zijn van minimaal enige twijfel betreffende de geloofwaardigheid van de negatieve verwachting.

De kern van een gedragsexperiment is het toetsen of een voorspelling uitkomt. De cliënt denkt dat iets op een bepaalde manier zal gaan verlopen; dat een persoon op een bepaalde manier zal reageren. Voor dat type gedachten is een gedragsexperiment nuttig. Het is een 'als..., dan...-toets'. Bijvoorbeeld: 'Als ik niet doe wat de stem mij opdraagt, dan zal er iets vreselijks gebeuren.' Gedragsexperimenten worden bovendien vaak herhaald, ook in verschillende contexten, omdat één experiment onvoldoende zeggingskracht heeft om een overtuiging uit te hollen.

15.2 Rationale

Het nut van een gedragsexperiment is om een twijfel tussen twee mogelijke verklaringen definitief te doen doorslaan ten gunste van de ene verklaring en ten koste van de andere verklaring. Op deze wijze is het eigenlijk een laatste stap in het verzamelen van aanwijzingen en bewijzen. Gedragsexperimenten en exposureopdrachten lijken sterk op elkaar, zij hebben alleen een oorsprong in een ander theoretisch kader en daardoor is de rationale waarmee de techniek wordt ingezet iets anders. De laatste jaren verdwijnen deze verschillen echter geleidelijk. Er zijn enige wetenschappelijke aanwijzingen dat met name het leren dat de beangstigende verwachting niet daadwerkelijk optreedt het therapeutisch effect ten goede komt. Een typisch verschil is wel nog dat bij gedragsexperimenten soms situaties kunnen worden opgezocht die niks met het huidige vermijdingsgedrag van de cliënt te maken hebben, maar die wel een goede manier een disfunctionele opvatting onderzoeken (zoals iemand laten proberen de stemmen die hij hoort op te nemen). Dat is bij exposure nooit het geval: daarbij gaat het altijd om het blootstellen aan een beangstigende stimulus die tot dan toe het liefst vermeden wordt.

De gedragsexperimenten en exposureopdrachten richten zich doorgaans op intermediaire assumpties. U probeert als het ware de geloofwaardigheid van de verwachtingen en leefregels van de cliënt en het nut van de bijbehorende vermijdings- en beveiligings- gedragingen te toetsen. Gebruik al uw creativiteit om waardevolle gedragsexperimenten te bedenken. Een belangrijke vraag hierbij is: "Welk experiment moet de cliënt uitvoeren of aan welke situatie moet de cliënt zichzelf blootstellen om er volledig van overtuigd te raken dat zijn originele negatieve verwachting feitelijk onjuist is?" In het boek Gedachten Uitpluizen staat per CGT-protocol een tabel met mogelijke gedragsexperimenten die ter inspiratie gebruikt kunnen worden.

15.3 Stappen

- » Pak het formulier Gedragsexperiment voor de cliënt.
- » Bepaal samen met de cliënt welke verwachting of leefregel gaat worden getoetst (als..., dan...).
- » Bepaal de mate van overtuiging (0-100%).
- » Bepaal samen met de cliënt welke alternatieve verwachting of leefregel gaat worden getoetst.
- » Bepaal de mate van overtuiging voor het alternatief (0-100%).
- » Stel samen met de cliënt een gedragsexperiment op waarvan de uitkomst slechts passend kan zijn bij één van de twee opgestelde verwachtingen of leefregels. Deze uitkomst moet zo concreet mogelijk beschreven worden en de verschillende uitkomsten moeten volledig wederzijds uitsluitend zijn. Ken desnoods frequenties toe (bv: 'Als minder dan 3 mensen lachen, dan pleit het tegen. Als 3 of meer mensen lachen, dan pleit het voor uw originele overtuiging.'). Stel het experiment zo op dat het niet mislukken kan.
- » Beschrijf welke uitkomst van het experiment de oorspronkelijke gedachte of overtuiging van de cliënt zou bevestigen.
- » Beschrijf welke uitkomst van het experiment de alternatieve gedachte of overtuiging van de cliënt zou bevestigen.
- » Bespreek tijd en plaats dat het uitgevoerd zal gaan worden. Vraag de cliënt het experiment uit te voeren en registraties te maken op het 'huiswerkformulier gedragsexperimenten en exposure'. Overweeg ook om het experiment samen uit te voeren indien mogelijk.
- » Bespreek het experiment uitvoerig na aan de hand van het huiswerkformulier.
- » Laat de cliënt beschrijven wat hij van het gedragsexperiment geleerd heeft. Laat hem hierbij beschrijven voor welke opvatting of overtuiging de uitkomst van het experiment pleit.
- » Laat de cliënt de mate van overtuiging van de oorspronkelijke verwachting of leefregel bepalen (0-100%).

15.4 Klinisch voorbeeld

Bekijk scène II op het Youtube kanaal Gedachten Uitpluizen: Gedragsexperiment opzetten en evalueren (4'55")

- Therapeut: Welke gedachte of overtuiging wilt u testen? In welke mate bent u ervan overtuigd?
- Cliënt: *De stemmen weten precies wat er gaat gebeuren. Ze weten altijd precies wat anderen mensen gaan zeggen of doen. Ik ben daar 70% van overtuigd.*
- Therapeut: Oké, dus als de stemmen zeggen dat iets gaat gebeuren, dan klopt dat ook altijd. Welke alternatieve gedachte of overtuiging wilt u testen? En in welke mate bent u daarvan overtuigd?
- Cliënt: *Dat zou dan zijn dat de stemmen niet altijd alles weten. Dat ze bijvoorbeeld niet weten wat anderen gaan doen. Daar ben ik 30% van overtuigd.*
- Therapeut: Welke bewijzen zouden uw oorspronkelijke gedachte of overtuiging bevestigen?
- Cliënt: *Als wat de stemmen voorspellen dat de verpleging gaat doen uitkomt.*
- Therapeut: Welke bewijzen zouden uw alternatieve gedachte of overtuiging bevestigen?
- Cliënt: *Als de stemmen dingen zeggen over wat de verpleging gaat doen, terwijl het niet echt zo gebeurt.*

Therapeut: Welk experiment kunt u uitvoeren? Wat en hoe gaat u het testen?

Cliënt: *Elke dag ga ik wat doen met de verpleging. Ik ga van tevoren opschrijven wat de stemmen voorspellen over het gedrag van de verpleging. Daarna schrijf ik wat de verpleging heeft gedaan.*

Therapeut: Dat lijkt me een prima experiment. Dat schrijven we op.

De cliënt voert het gedragsexperiment uit.

Therapeut: Hoe is het gedragsexperiment verlopen?

Cliënt: *De stemmen hadden gezegd dat Bert mij ging opsluiten. Hij kwam alleen om me te vragen of ik mee wou eten. De stemmen zeiden dat Margreet mij zou uitlachen als ik haar zou vragen mij te helpen. Zij was heel vriendelijk en zij heeft me geholpen met het invullen van het RIBW formulier. Ik ben ook een stuk gaan wandelen met Jos. De stemmen zeiden dat ik het niet moest doen, hij zou me pijn willen doen. Jos was heel vriendelijk. We hebben over vogels gepraat.*

Therapeut: Wat hebt u geleerd?

Cliënt: *Niet alles wat de stemmen voorspellen over andere mensen komt uit. De stemmen zeggen ook dingen die niet uitkomen.*

Therapeut: Wat betekent dit voor de geloofwaardigheid van jouw originele overtuiging dat de stemmen altijd precies wat anderen mensen gaan zeggen of doen?

Cliënt: *Dat vind ik nu veel minder geloofwaardig, 20% denk ik.*

15.5 Valkuilen en tips

- » Het uitvoeren van exposure of gedragsexperimenten bij waangedachten is ontzettend dapper. De cliënt ervaart de werkelijkheid als zeer bedreigend. De therapeut stimuleert de cliënt om zich bloot te stellen aan iets wat de cliënt als letterlijk levensbedreigend ervaart. Zich bloot stellen aan situaties waarin men verwacht door belagers gedood te worden is ongelooflijk eng en vergelijkbaar met het maken van een bungeejump aan een koord van een millimeter dikte waarbij u verteld wordt dat het echt veilig is omdat dit een nieuw en supersterk materiaal is. Zou u springen? Wees u daar bewust van en 'time' de toepassing van gedragsexperimenten goed. Er moet reeds een gerede twijfel bestaan bij de cliënt.
- » Ondanks grote twijfel aan de geloofwaardigheid van de negatieve opvattingen zullen veel cliënten een gedragsexperiment liever vermijden dan uitvoeren. Ga niet mee in deze vermijding en blijf niet te lang cognitief uitdagen wanneer de cliënt al sterk twijfelt aan de negatieve opvatting.
- » Motivatie tot gedragsexperimenten of exposureopdrachten kan een probleem zijn wanneer iemand vreest te zullen overlijden. Regelmatig speelt hierbij dat de cliënt inmiddels wel gelooft dat de kans op catastrofe erg klein is, maar dat deze catastrofe zo aversief is dat hij het toch niet aandurft de verwachting te toetsen. Moedig de cliënt dan aan dit toch te doen. Onthoud dat u gerust kunt zijn dat de cliënt de exposure overleeft.
- » Zorg dat u de mogelijke uitkomsten van het gedragsexperiment goed operationaliseert en duidelijk bespreekt wat welke uitkomst betekent. Zorg dat de mogelijke uitkomsten wederzijds uitsluitend zijn en u geen mogelijke uitkomsten over het hoofd ziet. Duidelijke dichotome uitkomsten zijn het meest handig (dood gaan vs overleven).

- » Zorg dat u disfunctionele opvattingen toetst. Ga niet toetsen of iemand gespannen of angstig zal worden. Dat is namelijk vrij waarschijnlijk.
- » Let erop dat u de cliënt aan de juiste prikkel blootstelt, die echt past bij de 'als ..., dan ...-verwachting'. De situatie moet een goede toets zijn van de disfunctionele verwachting van de cliënt.
- » Betrek de cliënt actief in het ontwerpen van gedragsexperimenten. De meeste cliënten zijn hier na een uitleg over de rationale zeer wel toe in staat.
- » Wilt u meer weten: "Gedragsexperimenten in de cognitieve therapie, handboek". James Bennett-Levy ea (Pearson, 2010).
- » Ook staat in het boek Gedachten Uitpluizen per CGT-protocol een tabel met allemaal mogelijke gedragsexperimenten die ter inspiratie gebruikt kunnen worden.

16 Exposure

16.1 Wanneer toe te passen

Exposure wordt ingezet zodat de cliënt minder bang wordt in een bepaalde situatie (stimulus) en vermijdingsgedrag daaromtrent overwint. Als een cliënt veel vermijdingsgedrag heeft omdat hij/zij ergens bang voor is, dan is de techniek van exposure een centrale factor binnen de behandeling. Pas deze techniek toe zodra de cliënt het aandurft. Dit is binnen een individu weer wisselend per situatie en type vermijdingsgedrag.

16.2 Rationale

Het nut van exposure oefeningen is om te ervaren dat angst vanzelf afneemt en dat de gevreesde verwachte gebeurtenis niet optreedt. Gedragsexperimenten en exposureopdrachten lijken sterk op elkaar (zie voor een beschrijving hiervan ook het vorige hoofdstuk over gedragsexperimenten). Het is tegenwoordig gemeengoed bij exposure naar 'harm expectancies' (verwacht gevaar) te vragen. Kortom, naar disfunctionele negatieve verwachtingen.

Exposure is het werkzame ingrediënt bij alle angstbehandelingen. Het is niets anders dan dat de angstige cliënt zich bloot stelt gedurende een bepaalde tijd aan de vermeend gevaarlijke stimulus. Dit roept een vreesreactie op met alle bijbehorende componenten zoals, zweten, beven, verhoogde hartslag, overmatig ademhalen, trillende knieën, enzovoorts. Doordat het geanticiperde gevaarlijke gevolg uitblijft, doet de cliënt nieuwe leerervaringen op die in strijd zijn met de angstige verwachting. En doordat vrees niet te lang kan duren vanwege levensbedreigende energietekorten wordt de vreesreactie na korte tijd onderdrukt door het vrijkomen van het stresshormoon cortisol. Dit hormoon verlaagt de hartslag en verschuift de bloedsomloop weer van de spieren naar de interne organen en reguleert de hartslag. Door de exposure ervaart de cliënt dat hij rustig wordt in de bedreigende situatie en dat het verwachte ernstige gevolg niet optreedt. Het huidige idee is niet zozeer dat de angstige verwachting af wordt geleerd, maar dat er nieuw leren optreedt dat incompatibel is met de originele beangstigende geheugenrepresentaties. Hoe vaker de cliënt dit ervaart, hoe groter de kans dat de nieuwe positievere representatie geactiveerd wordt bij iedere nieuwe blootstelling aan de stimulus.

Voorbeeld van de hondenfobie

Een klassiek voorbeeld is de vrees voor honden, ook wel hondenfobie genoemd. Wie als kleuter een keer door een grote hond omver gelopen en daarna gebeten is, heeft een gerede kans daarbij een hondenfobie opgelopen te hebben. Na het incident realiseert de persoon zich dat de hond oncontroleerbaar was, veel sterker dan hemzelf, van kwade zin en dat het best verkeerd had kunnen aflopen. De hond die de fobicus ontmoette na dit voorval riep meteen herinneringen op aan het voorval, de schrik kwam terug en de fobicus deed een stap terug, vluchtte in moeders armen en zette het op een blèren. Vanaf die dag heeft de hondenfobicus geen lijfelijk contact meer met honden. In de loop der jaren heeft hij een heel repertoire aan vermijdingsgedragingen opgebouwd. Hij koopt stevige gevoerde jacks die scheurvast zijn en een beet kunnen absorberen. Hij draagt zijn handschoenen in het voorjaar langer en in het najaar eerder dan andere stadsgenoten. Hij gaat bij voorkeur niet te voet. Hij kent de winkelgebieden waar honden aangelijnd moeten zijn.

Moet hij op de fiets ergens heen, dan trekt hij altijd stevige schoenen aan met ijzeren neuzen, zodat hij van zich af kan schoppen en altijd kijkt hij goed om zich heen of hij ergens een hond ziet. Als hij er eentje waarneemt, dan wijkt hij uit. Hij gaat een winkel in, stapt weer in zijn auto, of maakt op de fiets rechts omkeert en zorgt dat hij de hond niet tegen komt. Dit vermijdingsgedrag heeft ervoor gezorgd dat de vrees behouden is gebleven en zelfs is uitgebreid. Bij elke geslaagde vermijding denkt de fobicus: 'Zo, dat was op het nippertje, maar ik ben weer ontsnapt aan een levensbedreigende hellehond!'.

Het verhaal van de hondenfobicus is niet wezenlijk anders dan het verhaal van de paranoïde cliënt. Ook de paranoïde cliënt anticipeert op een levensbedreigende gebeurtenis door voortdurende waakzaamheid, veiligheidsmaatregelen en extreem veel vermijdingsgedrag. De exposure oefening bestaat uit het stapsgewijs opzoeken van de gevreesde situaties om de vreesreactie op te roepen, te laten uitdoven en om te leren dat de gevreesde gebeurtenis niet optreedt. Elke angstbehandeling moet dit ingrediënt bevatten. De gesprekken bij de cognitief gedragstherapeut proberen de zekerheid waarin de cliënt denkt dat de gevreesde gevolgen zullen optreden te ondermijnen en de motivatie voor exposure te vergroten. Dit is echter ontoereikend als ook niet daadwerkelijk het gevaar tegemoet getreden wordt. Bij een angstige paranoïde cliënt die zich de hele week in zijn kamer opsluit, zijn deuren van extra sloten heeft voorzien en bij elk geluid van buiten even door een kier in de gesloten gordijnen kijkt of er soms iets verdachts gebeurt, is praattherapie niet voldoende. Naast de gesprekken moet ook exposure plaats vinden, zoals overdag naar buiten gaan, een winkel ingaan om boodschappen te doen, op een terras gaan zitten en een kop koffie drinken, enzovoorts en ervaren dat de angst afneemt en dat de belager niet komt opdagen.

Eenmalige exposure is niet genoeg. Meerdere malen oefenen is noodzakelijk om minder bang te worden voor de stimulus. Daarbij wordt vaak een hiërarchie opgesteld van minst beangstigend naar meest beangstigend. Oorspronkelijk was het idee om de oefeningen te beginnen met de minst beangstigende situaties en dan langzaam op te bouwen. Het kan echter ook door elkaar heen worden gedaan, als de cliënt het maar aandurft. Elke oefensessie moet volgens de exposure-rationale zo lang duren dat de angst in de situatie ook werkelijk verminderd is. Als dit niet zo is, dan is er het risico dat de neiging tot vermijding juist versterkt, omdat die wordt bekrachtigd door een angstdaling. Het is daarom van belang dat de cliënt niet te vroeg gaat vluchten of vermijden. Weglopen in paniek maakt het probleem alleen maar groter. Dit moet ook van te voren met de cliënt besproken zijn en er moeten goede afspraken gemaakt zijn om te voorkomen dat de cliënt gedurende de exposure vermijdingsgedrag vertoont (NB bij gedragsexperimenten is dit laatste minder van belang). Dit is ook een belangrijke reden om te zorgen dat er kleine stapjes gemaakt worden, waarbij succes gemakkelijk te behalen is en de angst niet zo hoog oploopt dat de cliënt niet langer gemotiveerd is de exposure uit te voeren.

16.3 Stappen

- » Bespreek dat angst vaak leidt tot het treffen van allerlei veiligheidsmaatregelen.
- » De 'Safety-Behaviours Questionnaire – Persecutory Delusions'. De lijst meet allerhande vermijdingsgedrag als gevolg van een paranoïde waan. Deze kan op de website gedownload worden.

- » Scoor de mate van
 - o Vermijding
 - o In situ veiligheidsgedrag
 - o Ontsnapping
 - o Gehoorzamen
 - o Hulp zoeken
 - o Agressie
 - o Waanachtige gedragingen
- » Scoor de
 - o Mate van effectiviteit van eigen gedrag
 - o Mate van controle over de situatie
 - o Mate van reddende factoren
 - o Mate van effectiviteit van reddende factoren
- » Bespreek de uitkomsten
- » Maak een plan om een exposure oefening te doen
 - o Kies een vermijdingsgedrag
 - o Beschrijf het gewenste gedrag
 - o Maak allerlei tussenstappen, varieer daarbij de tijd van blootstelling, de mate van aanwezigheid van de therapeut, de mate van contact met anderen, de context, etc.
 - o Laat de cliënt een hiërarchie maken van minst naar meest beangstigend
 - o Ga oefenen met de minst beangstigende situatie, maar wissel het af met de meer moeilijke stappen zodra de cliënt het aandurft, en wissel ook de context goed af
 - o Vraag vooraf de mate van angst (0-100)
 - o Informeer naar de mate van angst tijdens het oefenen
 - o Voorkom dat de cliënt de situatie angstig ontvlucht; dan wordt het probleem groter, omdat het vluchtgedrag wordt bekrachtigd door de dalende angst
 - o Stop de oefening nadat de angst (aanzienlijk) gedaald is
 - o Ga over naar de volgende situatie
 - o Doorloop alle oefeningen totdat de cliënt met gecontroleerde vrees de gewenste situatie bereikt heeft

16.4 Klinisch voorbeeld

Therapeut: U hebt uitstekend werk geleverd. We hebben samen een hele lijst gemaakt van situaties die u wilt overwinnen, maar waarin u eigenlijk vreest dat mensen u te pakken zullen nemen.

Cliënt: *Ja. Ik maak me wel zorgen. We hebben weliswaar alles doorgenomen en ik beseft dat ze nog nooit iets op straat hebben gedaan, maar toch denk ik dan die kans vrij groot is als ik nu alleen hier op straat loop.*

Therapeut: Dat had ik inderdaad van u begrepen. Zou u het aandurven om daarom eerst die makkelijke stap te nemen: dat ik 10 meter achter u loop, terwijl u 15 minuten buiten bent en rondloopt, voor mij uit?

Cliënt: *Ja, dat durf ik wel. Ik verwacht wel dat ze me bedreigend zullen aankijken, maar ik overleef dit wel. Maar soms ben ik bang dat mijn angst te erg wordt.*

Therapeut: We gaan het gewoon doen. Het is belangrijk om u echt bloot te stellen aan deze situatie, zonder te vluchten. U zult merken dat het spannend is, maar dat het steeds makkelijker wordt naarmate u het vaker en langer doet.

Cliënt: *Ja, dat is logisch. Zo werkt het ook met die hondenfobie waar u over vertelde.*

[..... ze voeren de exposure uit ...]

Therapeut: Heel goed gedaan!

Cliënt: *Ja, ik heb het volgehouden! Het hielp wel dat u achter me liep. Ik heb 15 minuten buiten gelopen en heb ook gewoon om me heen gekeken zoals u zei. Ik was erg bang.*

Therapeut: Hoe bang was u in het begin, net het eerste moment?

Cliënt: *Toen was ik ontzettend bang: 95%!*

Therapeut: En gaandeweg dat u het volhield? Hoe bang was u halverwege en richting het einde?

Cliënt: *Ietsje minder wel. Ik merkte dat ik gewoon buiten was en dat iedereen daar ook gewoon rondliep en met de boodschappen of andere dingen bezig was. Het werd aan het einde ongeveer een 70%.*

Therapeut: Prima. Dat hebt u echt goed gedaan! Ik wil voorstellen dat we direct nog een tweede stap uitproberen.

Cliënt: *Ja dat is goed. Zullen we doen dat u niet meer achter me loopt?*

Therapeut: Ik vind het prima, en ik heb er alle vertrouwen in dat u dat kunt. Durft u dat ook? Het moet wel haalbaar voor u zijn – u mag niet halverwege vluchten.

Cliënt: *Ja, het is wel lastig.*

Therapeut: We kunnen afspreken dat u weer 15 minuten gaat rondlopen, en dat ik op een bankje op u wacht.

Cliënt: *Oké goed.*

[..... ze voeren de exposure uit ...]

Therapeut: Uitstekend gedaan. Hoe staat het nu met de angst?

Cliënt: *Iets gedaald! Ik voel nu ongeveer 60% angst. Dit helpt goed – ik merk dat het in deze buurt een beetje lukt.*

Therapeut: Oké. Als laatste wil ik vandaag afspraken met u maken over de komende week. Voor de exposure is het belangrijk dat u iedere dag oefent. Dat registreert u op dit formulier, met ook de angstscores, zodat we er volgende keer op kunnen terugkijken.

16.5 Valkuilen en tips

- » Exposure is niet alleen eng voor de cliënt, maar ook voor de therapeut! Wees alert op uw eigen vermijdingsgedrag en veiligheidsgedragingen.
- » Exposure is doen! Exposure is gedragstherapie! Zie de cognitieve component als motiveringstechniek om te komen tot exposure. Exposure is een Rotterdamse techniek: geen woorden maar daden.

- » Het maken van een angsthiërarchie is jaren de standaard geweest en dan beginnen met het minst angstige. Gevaar bij deze aanpak is dat u de suggestie wekt dat de dingen boven in de hiërarchie gevaarlijker zijn. Ze zijn echter niet gevaarlijker, maar roepen alleen meer angst op. Wees u daar bewust van en communiceer de rationale ook op die wijze.
- » De exposure laten duren tot de angst gezakt is, is nog zo'n standaard. Als het lukt is dan natuurlijk het beste, lukt het niet, dan is er niet zoveel op tegen dat de cliënt samen met de hulpverlener besluit tot het tijdelijk stoppen van de exposure en 'rustig' afbreekt. In plaats van wegluchten is er een gecontroleerde aftocht.
- » Het combineren van exposure met ontspanningsoefeningen is ook een valkuil, omdat het gemakkelijk de suggestie wekt dat er iets mis kan gaan als de cliënt heel angstig wordt. Ontspanningsoefeningen kunnen zo tot veiligheidsgedrag verworden.
- » Exposure is het meest bewezen effectief bij stimuli die angst oproepen ► de angst daalt en vermijdingsgedrag wordt overwonnen. Het is echter minder duidelijk in welke mate exposure kan helpen bij stimuli die walging, boosheid, verdriet, of schaamte oproepen. De techniek wordt bij deze emotionele reacties wel toegepast (bijv. CGT voor gestagneerde rouw) en het lijkt erop dat de emotionele respons hierdoor vermindert. Maar er zijn ook voorbeelden waarbij iemand juist bozer wordt naarmate hij vaker wordt blootgesteld aan de betreffende stimulus (bijv. harde geluiden van de buurman): dat is sensitisatie in plaats van desensitisatie. Let dus goed op de emotionele respons van de cliënt. Als dat in de eerste plaats angst is, dan is exposure zeker een aangewezen ingrediënt van de behandeling.

17 Activiteiten vaststellen

17.1 Wanneer toe te passen

Activiteiten vaststellen ('activity scheduling') is een techniek die voortkomt uit de cognitieve gedragstherapie van depressie, maar die ook bij negatieve symptomen goed ingezet kan worden. Het heeft tot doel de cliënt actiever te maken dan hij nu is. Doe dit alleen als de cliënt dit zelf ook als wens heeft. Het heeft geen zin om dit te gaan toepassen bij een cliënt die tevreden is met zijn huidige activiteitsniveau, ook al vindt zijn omgeving misschien dat er veel moet veranderen.

17.2 Rationale

Activiteiten vaststellen kan iemand helpen om actiever te worden en zodoende meer gehecht te raken aan alledaagse bezigheden en mensen. Er komt meer verbinding met het normale leven, de cliënt is lichamelijk actiever, en er ontstaat een beter dag-nacht-ritme. Depressieve gestemdheid en negatieve symptomen kunnen verminderen. Dit gebeurt geleidelijk door eerst de activiteiten te monitoren en te beoordelen op de mate van plezier die eraan beleefd wordt en de mate van voldoening over de prestatie die ze opleveren. Dit gebeurt meestal in scores lopend van 0 tot 4. Nadat de 'baseline' van de activiteiten is vastgesteld, wordt geprobeerd het aantal activiteiten met een hoge mate van voldoening en plezier te laten toenemen in frequentie, duur en intensiteit. Dit impliceert automatisch een afname van depressieve inactiviteit en inactiviteit als gevolg van negatieve symptomen.

17.3 Stappen

- » Geef het formulier 'Activiteiten vaststellen' aan de cliënt.
- » Vraag de cliënt de dag van gisteren op het formulier in te vullen in de tijdvakken die daar het meest aan voldoen.
- » Scoor de activiteiten op plezier:
 - P₀ = geen plezier
 - P₁ = weinig plezier
 - P₂ = plezier
 - P₃ = veel plezier
 - P₄ = erg veel plezier
- » Scoor de activiteiten op de mate van voldoening over de prestatie:
 - V₀ = geen voldoening
 - V₁ = weinig voldoening
 - V₂ = voldoening
 - V₃ = veel voldoening
 - V₄ = erg veel voldoening
- » Bespreek het overzicht van de activiteiten en de bijbehorende scores:
 - o Welke activiteiten kenmerken zich door veel voldoening en plezier? Probeer deze te bevorderen.
 - o Welke activiteiten kenmerken zich door weinig plezier en voldoening? Probeer deze te verminderen.
 - o Welke nieuwe activiteiten die plezier of voldoening geven zouden toegevoegd kunnen worden.
- » Daarna kunnen afspraken gemaakt worden over de activiteiten in de komende week.

17.4 Klinisch voorbeeld

Tijd	Maandag	Dinsdag	Woensdag
tot 9	Act: Slapen P: V:	Act: Slapen P: V:	Act: Slapen P: V:
9-11	Act: Ontbijten P:2 V:3	Act: Douchen, ontbijten P:2 V:4	Act: Ontbijten P:2 V:4
11-13	Act: Boodschappen P: 1 V:4	Act: Naar Kees P:1 V:4	Act: Bellen met vader P: 3 V:3
13-15	Act: Lunch P: 2 V:3	Act : P: V:	Act : P: V:
15-17	Act: TV kijken P: 2 V:0	Act: Lunchen met Kees P: 4 V:3	Act: Lunch P: 2 V:3
17-19	Act: Boek lezen P: 3 V:3	Act: Koken en eten P: 3 V:4	Act: Gitaarspelen P: 4 V:4
19-21	Act: TV kijken P: 2 V:0	Act: TV kijken P: 2 V:0	Act: TV kijken P: 2 V:0
21-23	Act: TV kijken P: 2 V:0	Act: TV kijken P: 2 V:0	Act: TV kijken P:2 V:0
na 23	Act: Slapen P: V:	Act: Slapen P: V:	Act: Slapen P: V:

17.5 Valkuilen en tips

- » Vergeet de gewone huishoudelijke en dagelijkse bezigheden niet. Een belangrijk deel van onze tijd is daarmee gevuld.
- » Stel de doelen niet te hoog. “Start low, go slow” geldt niet alleen voor medicatie.
- » Een activiteit waar u niet goed in bent kan toch veel voldoening en plezier geven.
- » Kleine klusjes geven vaak veel voldoening.
- » In veel gevallen is het goed om te beginnen met per dagdeel een activiteit in te plannen. Probeer dan in de ochtend een activiteit te nemen die buitens huis is.
- » Pas deze techniek alleen toe als er overeenstemming met de cliënt is dat hij/zij actiever wil zijn. Ook in het kader van het gestelde doel van de cliënt zelf. Dus niet alleen omdat diens familie of behandelaren hem actiever willen zien.

18 Meerdimensionaal evalueren

18.1 Wanneer toe te passen

Meerdimensionaal evalueren wordt toegepast bij ongenueanceerde negatieve kernopvattingen over het zelf. Vaak betreft het absolute oordelen of alles-of-niets denken ('Ik ben een slecht mens').

18.2 Rationale

Meerdimensionaal evalueren is een techniek om alles-of-niets-denken te relativiseren. Het is een zeer overtuigende techniek, omdat de cliënt zelf de informatie aanlevert en de techniek de negatieve denkfouten over het zelfbeeld blootlegt. Het denken in zwart-wit absolute oordelen wordt omgevormd tot verschillende genuanceerde factoren op een continuüm. Door te kijken naar de eigenschappen van anderen die, naar inzicht van de cliënt, zeer hoog of juist zeer laag scoren op de betreffende eigenschap, gedrag of karakterisering bepalen therapeut en cliënt samen wat voor de cliënt blijkbaar de belangrijkste factoren zijn om te bepalen of de eigenschap, het gedrag of de karakterisering aanwezig is of niet. Deze factoren worden omgezet naar dimensies, waarop de cliënt de anderen en vervolgens ook zichzelf scoort. Door de vergelijking met anderen treedt verdere nuancering op ('Ik ben niet heel erg slim, maar wel een stuk slimmer dan Thomas'). Uiteindelijk heeft de cliënt dus een gemiddelde score van zichzelf op 8-10 dimensies waarvan hij zelf aangegeven heeft dat die voor hem bepalen of de eigenschap of het gedrag aanwezig is of niet. Dit nuanceert de bestaande negatieve opvatting, omdat cliënten doorgaans niet nagedacht hebben over bewijzen voor die opvatting. Mensen nemen negatieve oordelen op een bepaald moment in hun leven aan en beschouwen deze niet meer kritisch.

18.3 Stappen

- » Neem het formulier 'meerdimensionaal evalueren' en schrijf het negatieve oordeel dat de cliënt over zichzelf heeft op, vraag de cliënt wat het tegenovergestelde oordeel is, en laat de cliënt de geloofwaardigheid scoren.
- » Laat de cliënt een referentiepersoon kiezen (bij voorkeur een bekende van de cliënt, anders een 'beroemd' persoon) die zeer sterk aan het absolute negatieve oordeel voldoet.
- » Laat de cliënt vijf eigenschappen of gedragingen van die 'slechte' referentiepersoon benoemen die voor hem maken dat die persoon hoog scoort op het negatieve oordeel. Schrijf deze factoren op de rechter zijden van de dimensies op.
- » Schrijf de tegenovergestelde positieve eigenschappen of gedragingen op aan de linker zijden van de dimensies.
- » Laat de cliënt een 'goede' referentiepersoon kiezen die voor hem helemaal niet aan het absolute negatieve oordeel voldoet.
- » Laat de cliënt van deze persoon vijf eigenschappen of gedragingen benoemen die maken dat hij die persoon laag scoort op het negatieve oordeel (NB zorg dat dit andere factoren zijn dan reeds genoemd bij de andere referentiepersoon). Schrijf deze factoren op de linker zijden van de dimensies op.
- » Zet de tegenovergestelde eigenschappen of gedragingen (dus van het negatieve kenmerk) aan de rechter zijden.
- » Laat de cliënt eerst de 'slechte' persoon, daarna de 'goede' persoon, en daarna zichzelf beoordelen op alle factoren. Doe dit door de cliënt de eerste letter van de naam van de personen op de dimensies aan te geven (links =0, midden =5, rechts =10). De cliënt scoort zichzelf middels een X of IK.

- » Bepaal het gemiddelde van de scores die de cliënt aan zichzelf heeft gegeven.
- » Leg de rationale van de techniek kort uit en vraag de cliënt wat dit betekent voor de geloofwaardigheid van de oorspronkelijk negatieve beoordeling. Schrijf deze onderop het formulier op.
- » Bespreek de uitkomst van het meerdimensionaal evalueren en laat de cliënt een alternatieve genuanceerdere opvatting formuleren.

18.4 Klinisch voorbeeld

Bekijk scène 10 op het Youtube kanaal Gedachten Uitpluizen: Meerdimensionaal evalueren (5'01").

Helma vindt zichzelf een waardeloos persoon (70% overtuigd).

Het tegenovergestelde is een waardevol persoon.

Loes vindt zij een zeer waardevol en Jim een zeer waardeloos persoon.

Vooraf:			
Waardevol persoon	IK		Waardeloos persoon
Actief	L	IK	J
Denkt aan anderen	IK	L	J
Vriendelijk	L	IK	J
Slim	L	IK	J
Netjes	L	IK	J
Geliefd	L	IK	J
Vrolijk	L	IK	J
Werkt	L	IK	J
Geduldig	L	IK	J
Eerlijk	L	IK	J
Achteraf:			
Waardevol persoon	IK		Waardeloos persoon

Therapeut: Als we de beoordelingen van Loes, Jim en uzelf nog eens overzien, dan beoordeelt u uzelf helemaal niet zo slecht. U scoort ruim boven het gemiddelde. Zo'n waardeloos iemand bent u dus blijkbaar helemaal niet! Wat vindt u zelf van deze uitkomst?

Cliënt: *Ik ben verbaasd. Ik denk dit al heel erg lang over mijzelf en die stemmen zeggen het ook steeds tegen mij. Ik heb het altijd geloofd. Maar als ik nu naar deze scores kijk, dan blijkt ik eigenlijk best wel een waardevol iemand te zijn.*

Therapeut: Dat klopt. Nu kijkt u namelijk objectief naar het idee waardeloos of waardevol te zijn. Belangrijk hierbij is dat u zelf bedacht hebt welke eigenschappen iemand zijn waarde bepalen. En u scoort uzelf gemiddeld genomen best wel goed op die eigenschappen!

- Cliënt: *Ja, dat klopt. Ik heb op de een of andere manier gewoon veel minder gelet op dingen die juist mijn waarde laten zien.*
- Therapeut: Precies. Dat is heel menselijk. Als mensen eenmaal iets aannemen, zijn ze niet vaak geneigd hier nog uitgebreid over na te denken. We zoeken ook vaak vooral naar bevestiging van onze opvattingen. U lijkt uw aandacht inderdaad selectief gericht te hebben op bewijzen voor waardeloosheid. De stemmen zorgen hier natuurlijk ook voor.
- Cliënt: *Dat herken ik sterk.*
- Therapeut: Hoe geloofwaardig vindt u de gedachte 'ik ben waardeloos' nu nog? Dus nadat we deze oefening gedaan hebben?
- Cliënt: *Veel minder. Ik denk zo'n 30 procent.*
- Therapeut: Heel goed. Dat is een veel realistischer oordeel over uzelf. Uw sterke kanten hebben ook het recht in de zon te staan. Laten we die versterken.

18.5 Valkuilen en tips

- » Zorg dat de cliënt zichzelf enigszins (zover mogelijk) objectief beoordeelt op de dimensies. Ga niet akkoord als u vindt dat de cliënt zichzelf veel negatiever beoordeelt als subjectief reëel is (bijv. iemand met een baan scoort zichzelf een 0 op de dimensie 'heeft werk'). Het kan helpen om voor te stellen dat een rechter ermee akkoord zou moeten gaan. De oordelen op de dimensies moeten zoveel mogelijk op feitelijke informatie gebaseerd worden.
- » Doorgaans heeft meerdimensionaal evalueren een van de volgende twee uitkomsten:
 - o Meestal zal de gemiddelde score van de cliënt op de meeste dimensies 'beter' zijn dan aanvankelijk verwacht. De meest logische conclusie is dan dat de originele opvatting te ongenueanceerd was en de meeste cliënten zullen deze dan ook enigszins bijstellen.
 - o In andere gevallen komt de gemiddelde score aardig overeen met de originele beoordeling. Meestal wordt dit veroorzaakt door een of twee factoren waarop de cliënt zichzelf erg 'slecht' scoort. Een bepaalde factor weegt dan dus te zwaar in de beoordeling ('omdat ik geen baan heb, ben ik waardeloos'). Het is dan zaak om te bespreken hoe terecht het is dat één of twee factoren zoveel gewicht in de schaal leggen en zoveel invloed hebben op de kernopvatting. Dit gewicht kan dan onderzocht en gerelativeerd worden, wat zal leiden tot een nuancering van de originele negatieve opvatting.
- » Benadruk (bij voorkeur nadat de cliënt zichzelf gescoord heeft op de dimensies) dat de cliënt zelf bepaald heeft welke factoren voor hem relevant zijn in het bepalen of een oordeel waar is of niet en dat hij zichzelf op die criteria dus vrij goed scoort.
- » Vervolg na meerdimensionaal evalueren met andere zelfbeeld versterkende technieken (zoals een positief dagboek over de positieve zelfwaardering uit het meerdimensionaal evalueren). Daar is na meerdimensionaal evalueren vaak meer ruimte voor.

19 Zelfbeeld oefeningen

19.1 Wanneer toe te passen

Zelfbeeld oefeningen zijn van belang wanneer een negatief zelfbeeld, of negatieve zelf-schema's, de cliënt in de weg staan. De cliënt voelt zich bijvoorbeeld vaak minderwaardig en niet competent. Deze 'kernopvattingen' kunnen in de probleemformulering een samenhang hebben met de psychotische klachten, bijvoorbeeld doordat de cliënt het hierdoor niet aandurft om tussen de mensen te zijn, om tegen de stemmen in te gaan, of omdat de stemmen telkens dit negatieve zelfbeeld activeren.

Normaal gesproken worden zelfbeeld oefeningen pas toegepast wanneer de meer directe automatische gedachten al zijn uitgedaagd. Op zijn minst zijn de meer 'actuele en oppervlakkigere klachten' in de therapie al aangepakt. Iemand gelooft dus niet meer zo sterk dat de stemmen echt macht hebben, of iemand weet inmiddels dat de mensen hem op straat niet fysiek aanvallen. Wanneer vervolgens bij de exposure of activiteitenuitbreiding blijkt dat een negatief zelfbeeld een obstakel vormt, dan is het een geschikt moment om deze oefeningen in te zetten. Maar soms gebeurt dit al eerder, wanneer het negatieve zelfbeeld een dermate sterk obstakel vormt dat de betreffende cliënt niets van de therapie aandurft. Deze oefeningen kunnen goed vooraf gegaan worden door uitdaagtechnieken zoals meerdimensionaal evalueren of het onderzoeken van bewijzen voor en tegen een bepaalde negatief zelfbeeld.

19.2 Rationale

De meeste mensen hebben wel enkele positieve opvattingen over zichzelf. Bij een dominerend negatief zelfbeeld staan deze opvattingen echter op de achtergrond. Bij de cliënt zijn vooral de negatieve opvattingen actueel actief in het bepalen van de emotionele en gedragsmatige reacties bij gebeurtenissen. Iemand heeft specifieke aandacht voor signalen die de negatieve zelf-schema's onderschrijven, en ziet positieve aspecten over het hoofd. In de zelfbeeld oefening is het daarom van belang om niet alleen na te denken over positieve eigenschappen als 'abstracte kennis' die een cliënt over zichzelf heeft, maar deze ook actueel en voelbaar te maken, zodat de cliënt weer wat trots kan ervaren. Dit gebeurt door herhaaldelijk en actief de aandacht te vestigen op dagelijkse voorbeelden / bewijzen van de positieve eigenschappen. Ook kan het zinvol zijn om de mening van andere personen te betrekken.

19.3 Stappen

- » Laat de cliënt een aantal (bij voorkeur tiental) positieve kwaliteiten van zichzelf benoemen.
- » Laat de cliënt beoordelen in hoeverre hij meent deze kwaliteiten echt te bezitten (0-100).
- » Vraag de cliënt om per positieve kwaliteit meerdere specifieke voorvallen te benoemen die aantonen dat hij deze kwaliteiten daadwerkelijk bezit. Vraag met name naar recente voorvallen (de afgelopen twee weken bijvoorbeeld). NB Dit mogen zeer kleine dingen zijn. Uit bed komen kan bijvoorbeeld een teken van doorzettingsvermogen zijn.
- » Vraag de cliënt daarna de lijst voor zichzelf te herhalen en de ervaringen de afgelopen tijd te verbeelden en vraag nogmaals om te beoordelen in hoeverre hij deze kwaliteiten daadwerkelijk bezit (0-100). Benadruk dat overtuigingen afhankelijk zijn van de bewijzen waaraan we denken.
- » Geef als huiswerk op om op de positieve gedragingen te letten en deze te noteren op een monitor lijst (positieve eigenschappen dagboek).

- » Bespreek de volgende sessie het positieve dagboek en geef feedback. Voeg ook voorvallen toe als u het idee heeft dat de cliënt niet volledig is geweest.
- » Vraag de cliënt na te denken over het effect van het naar voren halen van positieve gedragingen en het effect op de opvattingen over zichzelf.
- » Herhaal de procedure en benadruk dat de zelfwaardering een gevolg is van de zaken waarop men de aandacht vestigt en dus ook onderhevig is aan verandering.

19.4 Klinisch voorbeeld

Voorbeeld van zelfbeeld oefening

Peter rapporteerde een aantal positieve eigenschappen, zoals behulpzaam (50), royaal (60) en punctueel (40) op een 100-puntschaal. Hierna werd Peter gevraagd een aantal voorbeelden van elke eigenschap te noemen. Voor behulpzaam noemde hij dat hij een bejaarde man had geholpen met oversteken, in de winkel gevallen boodschappen had opgeraapt voor een moeder en dat hij laatst nog de band had geplakt van een huisgenoot. Hij herwaardeerde zijn overtuiging de eigenschap te bezitten op 80.

Voorbeelden van punctualiteit zijn dat hij zijn rekeningen altijd op tijd betaalt, nooit een bus mist en dat hij deze week alle keren op tijd was bij een afspraak. De herwaardering ging naar 60. Voorbeelden van royaal gedrag waren dat hij zijn vriend trakteerde op een biertje, dat hij zijn moeder een mooie bos bloemen had gegeven, en dat hij geld had gegeven voor een goed doel in een bus op straat. Hij herwaardeerde zijn overtuiging op 70, niet nog hoger omdat hij ook een aantal negatieve gevoelens en gedachten noemde. Omdat hij geen werk had kon hij natuurlijk niet echt royaal zijn. Het ging altijd om kleine bedragen. Iemand met zijn inkomen, kon natuurlijk nooit een suikeroompje worden en hij was niet in staat om een vrouw en gezin te onderhouden van zijn uitkering.

De therapeut benadrukte dat het gaat om het gebaar en niet de geldelijke waarde ervan. Rijke mensen kunnen royaal zijn zonder het te merken, juist iemand zoals hij met een beperkte beurs merkt dat een royale gift de beurs smaller maakt. In dat opzicht is hij altruïstischer dan de rijkard die veel geld weggeeft. De therapeut benadrukt dat de beoordeling moet plaats vinden op het aantal keren dat een royaal gebaar gemaakt wordt en niet mag afhangen van een algemeen negatief beeld van beperkte maatschappelijke deelname door Peter. Royaal moet gedefinieerd worden in concrete termen en niet in algemene uitspraken over het zelf.

Peter leerde zijn gedragingen te onderscheiden van een vaag en gestigmatiseerd zelfbeeld van iemand die geen relatie heeft en niet kan werken. De beoordelingen gingen in de weken erna nog verder omhoog en Peter herwon zijn zelfwaardering onafhankelijk van zijn sociaal-maatschappelijke positie.

19.5 Valkuilen en tips

- » Het kan nuttig zijn om de cliënt aan een naaste (familielid, partner, vriend, etc.) te laten vragen hoe deze de cliënt ervaart aangaande de genoteerde positieve eigenschappen. Het horen van de mening van een belangrijke ander kan veel positieve impact hebben.

- » Als de cliënt aangeeft inmiddels wel te weten dat hij niet waardeloos is, maar het toch vaak zo voelt, let dan op of de cliënt wel echt dagelijkse bewijzen verzamelt. Wanneer de cliënt in te algemene termen blijft denken, en daar geen dagelijks bewijs voor verzamelt, dan bestaat het risico dat het positieve zelfbeeld abstract en niet voelbaar blijft. Het 'trotse gevoel' ontbreekt. Stimuleer de cliënt om echt te kijken naar zijn dagelijkse gedrag.
- » Mocht het uiteindelijk nog niet voelbaar worden, overweeg dan contraconditioneren of COMET als volgende onderdeel in de zelfbeeldverbetering.

20 Contraconditioneren

20.1 Wanneer toe te passen

Uitdagen middels cognitieve en gedragsmatige technieken heeft zijn werk gedaan en de belangrijkste overtuigingen zijn verzwakt. Wanneer blijkt dat de emotionele reactie in bepaalde situaties niet voldoende af is genomen, kan contraconditioneren worden toegepast. Archetypisch is ook wanneer de cliënt aangeeft dat hij rationeel wel weet dat zijn negatieve opvatting onjuist is, maar dat dit nog wel als waar aanvoelt.

Het gaat hierbij niet om verwachtingsleren (ofwel sequentiële associaties; leren dat iets een signaal is dat een volgende gebeurtenis aankondigt; bijvoorbeeld een hond voorspelt dat u gebeten gaat worden). Bij verwachtingsleren kunnen exposure en gedragsexperimenten uitkomst bieden. Door zich in de situatie te begeven kan de angst uitdoven en de verwachtingen op een realistischer wijze bijgesteld worden. Contraconditioneren is aangewezen bij referentieel leren. De situatie doet steeds aan iets denken (refereert aan iets) dat eerder gebeurd is en dat bepaalde negatieve reacties ontlokt. Een voorbeeld is de cliënt die zegt dat hij nu wel beseft dat de stemmen niet echt van buiten komen en dat er geen anderen mee gemoeid zijn en dat hij om die reden de stemmen ook niet hoeft te gehoorzamen, omdat ze geen macht hebben: 'Maar....,' zegt hij: 'elke keer als de stemmen mij uitschelden, dan moet ik toch weer denken aan het feit dat ik al zo vaak ben uitgescholden en dat bijna alle mensen mij ook een sukkel vinden. Ik beschouw mezelf dan ook als een mislukkeling die niet veel goeds doet en dan voel ik me ellendig, eenzaam en verdrietig.'

20.2 Rationale

Contraconditioneren is een complexe techniek. Eigenlijk is het een heel protocol voor het behandelen van sterke negatieve emoties. Kees Korrelboom heeft dit uitgewerkt in Competitive Memory Training (COMET). Het idee is dat positieve referentiële verbanden sterker worden gemaakt door oefening. Door herinneringen die een bepaald positief thema weerspiegelen -- een positieve concurrerende geheugenrepresentatie (zoals 'ik ben de moeite waard') -- herhaaldelijk te herbelevan, wordt de cliënt in staat om dit positieve zelf-thema op te roepen. Het wordt vervolgens gekoppeld aan de stimulus die voorheen vooral het negatieve zelf-thema opriep, en zo wedijveren de verschillende thema-gerelateerde herinneringen (geheugenrepresentaties) met elkaar om het bepalen van de emotionele reactie en gedragsmatige neiging. Als dit slaagt, dan voelt de cliënt uiteindelijk het positieve zelf-thema (bijvoorbeeld: ik ben net zo waardevol als iedereen), ongeacht een confrontatie met de voorheen negatieve stimulus (zoals stemmen).

20.3 Stappen

- » Benoem en beschrijf het negatieve thema (bijvoorbeeld 'ik ben een mislukkeling').
- » Benoem het positieve tegenthema (bijvoorbeeld 'ik ben competent').
- » Put zoveel mogelijk voorvallen van het tegenthema uit de herinnering.
- » Kies een bepaalde ervaring die de cliënt en u gaan gebruiken om het positieve tegenthema in te oefenen.
- » Beeldt samen met de cliënt het positieve tegenthema uit in voorstelling, houding, gezichtsuitdrukking en zelspraak, zodat de cliënt de bijbehorende gevoelens ook weer echt kan voelen. Zorg dat de cliënt het positieve tegenthema echt ervaart.

- » Laat de cliënt dit als huiswerk dagelijks meerdere malen kort oefenen, totdat de cliënt bijna onmiddellijk het tegenthema in voorstelling, houding, gezichtsuitdrukking en woord en gevoel kan oproepen.
- » Daarna wordt het positieve tegenthema ingezet zodra het negatieve thema geactiveerd wordt met als doel dit te neutraliseren.

Een meer uitgebreide therapeutische beschrijving van de stappen is te vinden in het Competitive Memory Training (COMET) protocol op de website en in het protocollenboek van 'Gedachten Uitpluizen'.

20.4 Klinisch voorbeeld

Mohammad had middels cognitieve technieken geleerd dat hij buiten niet zo bang hoefde te zijn dat mensen hem zouden vermoorden. Hij durfde echter weinig naar buiten, omdat hij zich dan tussen de andere mensen telkens zo incompetent voelde. De therapeut is met Mohammad gaan zoeken naar een herinnering waarin hij trots was op zichzelf en zich competent voelde. Dat was het moment dat Mohammad zijn rijbewijs haalde. Deze herinnering is in de sessie opgeroepen middels imaginatie en het opnieuw innemen van de motorische houding die erbij past (de COMET methode). Het lukte Mohammad om een beetje het gevoel van destijds terug te krijgen: trots op zijn prestatie. Thuis is hij iedere dag dezelfde oefening gaan doen, om zo beter te worden in het oproepen van het trotse gevoel en om de rechte houding in te trainen. Daarna is hij dit ook gaan toepassen op de momenten dat hij buiten loopt (dus gekoppeld aan de beangstigende stimulus). Het voelde aanvankelijk onwennig, maar Mohammad kon het goed volhouden. Hierdoor kon hij zich goed blijven voelen, ook al was hij tussen onbekende mensen op straat.

20.5 Valkuilen en tips

- » Indien men aangeeft dat het bespreken van het tegenthema niet zo belangrijk is, bespreek dit dan en leg uit dat het bij deze interventie juist hierom gaat. Daag eventueel het 'meten met twee maten' uit.
- » Zorg dat de situatie die gekozen wordt een authentieke ervaring is die het tegenthema sterk oproept. Het meest praktisch zijn specifieke, expressieve ervaringen die het tegenthema gemakkelijk en snel oproepen.
- » Voorkom dat de ervaring die u uitkiest een 'bipolaire' ervaring is. Daarmee bedoelen we, een ervaring die meerdere thema's oproept. Bijvoorbeeld: 'Het moment dat ik met mijn koffers bij mijn mishandelende ex de deur uitliep'. Welke eerst een gevoel van kracht oproept ('Ik ben sterk'), maar vervolgens direct neerslachtigheid omdat het de cliënt doet denken aan de nare periode die zij daarna meemaakte.
- » Zorg dat de zelfspreek echt bekrachtigend en niet te zwak is.
- » Een valkuil bij deze techniek is een suboptimale uitvoering. Dit gebeurt wanneer een cliënt vermijdend of angstig is om in het bijzijn van een ander persoon de herbeleving op te roepen. Gevolg is dan dat de cliënt niet echt in de positieve herbeleving komt. Wees een rolmodel, doe dingen voor en overdrijf daarbij flink, zodat de cliënt veel ruimte ervaart om de oefening uit te voeren.

21 Toegepaste aandachtsmanipulatie

21.1 Wanneer toe te passen

Sommige cliënten zijn veel met hun aandacht bij zichzelf en bij interne processen in plaats dat zij de aandacht richten op de gebeurtenissen buiten zich. Hierdoor zijn zij vooral bezig met wat zij denken over de gebeurtenissen in plaats van dingen te doen. Intern gericht zijn zorgt ervoor dat men angsten meer voelt. Ook kan het bij hallucinaties zijn dat de cliënt de aandacht vooral op de stemmen richt, en te weinig naar wat er om hem heen gebeurt. Wanneer men de aandacht naar buiten brengt, voelt men de angsten ook minder en is het makkelijker om dingen te doen. Achterdocht en angst voor stemmen kunnen bijvoorbeeld geassocieerd zijn aan intern gerichte aandacht en piekeren. Deze angst ervaart men sterker indien de aandacht naar binnen is gericht. Met behulp van toegepaste aandachtsmanipulatie kunnen cliënten leren de aandacht naar buiten te brengen, waardoor angsten naar de achtergrond verschuiven.

Soms is het naar buiten: cliënten richten hun aandacht selectief op signalen van mogelijk gevaar buiten hen en daardoor vallen andere kwesties hen niet meer op. Ze zien bijvoorbeeld vooral de grote man die hen op straat kort aankeek, maar de vriendelijke mensen die contact met hen maken worden over het hoofd gezien. Ook zien ze niet meer dat de grote man gewoon een boodschappentas bij zich heeft en soortgelijke signalen die erop wijzen dat de persoon in kwestie helemaal niet met de cliënt bezig is.

Andere cliënten zijn erg gericht op bepaalde lichamelijke belevingen (waar een bijzondere betekenis aan toe wordt gekend) of controleren vaak hoe het met hun lichaam is. Deze techniek kan helpen om de aandacht te richten op zinnvollere zaken, waardoor deze stimuli minder op zullen vallen.

Kortom: selectieve aandacht kan ertoe leiden dat bepaalde stimuli (intern of extern) overmatig belangrijk worden en dat andere, prettige of geruststellende zaken over het hoofd worden gezien. Wanneer een cliënt in staat is om dit proces te benoemen en de gedachteninhoud te relativiseren, dan kan toegepaste aandachtsmanipulatie een nuttige techniek zijn. Pas het dus nog niet toe wanneer iemand ervan overtuigd is dat er groot levensgevaar dreigt bij het laten varen van de alertheid. Dan zijn andere technieken meer geïndiceerd.

21.2 Rationale

Het doel van toegepaste aandacht manipulatie is niet afleiding, maar het veranderen van de selectieve aandacht (zoals bijvoorbeeld overmatig zelfgerichte processen), zodat overmatige aandacht doorbroken wordt en andere nuttige stimuli meer de kans krijgen om gezien te worden.

De cliënt wordt gevraagd aandacht te richten op neutrale auditieve stimuli om zijn aandacht te leren richten (selectieve aandacht, aandacht switchen en verdeelde aandacht). Wanneer de cliënt een zekere mate van beheersing over zijn aandacht heeft behaald, wordt de volgende stap geïntroduceerd. De therapeut vraagt de cliënt om de ruminerende gedachte, lichamelijke beleving, stemmen, of andere intrusieve ervaringen te behandelen alsof ze gewoon een ander geluid waren. Bij stemmen oefent de cliënt om zijn aandacht te richten op neutrale geluiden (bijvoorbeeld het tikken van een klok) en dan te switchen naar de stemmen en dan weer naar de neutrale geluiden. Naast het veranderen van de aandacht wordt de cliënt blootgesteld aan de stem en leert hij controle hierover uit te oefenen.

Het doel is dat de cliënt zijn aandacht kan richten op de dingen die op dat moment voor hem belangrijk zijn. Als vanzelf zal de aandacht wel eens gaan naar dingen die niet van belang zijn, maar hoeft daar dan niet te blijven omdat de cliënt geleerd heeft zijn aandacht dan weer te richten op wat op dat moment belangrijk is.

21.3 Stappen

- » Leg de werkwijze uit en het nut ervan.
- » Vraag de cliënt zijn aandacht te richten op een bepaald geluid, bijvoorbeeld het tikken van een klok.
- » Vraag de cliënt te switchen van de klok naar andere geluiden in de omgeving.
- » Vraag de cliënt de intrusieve ervaring te verbeelden en switch tussen verbeelde intrusieve ervaring en het tikken van de klok.
- » Oefen bij het optreden van de intrusieve ervaring met switchen

21.4 Klinisch voorbeeld

Therapeut: Kijk, ik heb hier een wekker. Kunt u hem horen tikken?
Cliënt: *Ja, zo'n wekker heb ik vroeger ook gehad. Je moet hem van achteren opwinden.*
Therapeut: Dat klopt. Ik zet hem hier op tafel en ik wil dat u de ogen sluit en geconcentreerd naar het tikken van de wekker luistert.
Cliënt: *(sluit de ogen en begint te luisteren)*
Therapeut: Als u goed luistert hoort u alleen nog het tikken, niet de andere geluiden op de gang of het vliegtuig dat nu hoog over vliegt. Probeer u volledig te concentreren op het tikken van de klok en sluit alle andere geluiden buiten.
.....
Therapeut: Goed, lukte het.
Cliënt: *Ja, er gaan wel steeds gedachten door me heen, maar ik kon toch ook weer steeds naar het tikken luisteren.*
Therapeut: Oké, dan zet ik nu zachtjes een radio aan met iemand die praat. Kunt u de man horen?
Cliënt: *Ja, prima.*
Therapeut: Oké, ik vraag u nu goed op het radioprogramma te letten en niet naar het tikken van de klok te luisteren. Als het lukt steekt u uw hand maar op.
.....
Cliënt: *(cliënt steekt zijn hand op)*
Therapeut: Goed zo, en richt uw aandacht nu weer op het tikken van de klok en druk de radio weg uit uw bewustzijn. Als dat lukt steekt u uw hand weer op.
.....
Cliënt: *(cliënt steekt zijn hand weer op)*
Therapeut: Prima. Probeer nu steeds te switchen van klok naar radio en weer terug naar de klok. Niet te snel. Neem uw tijd ervoor om u steeds goed te concentreren, hou het dan enig seconden vol, voordat u switcht.
...

Therapeut: Goed, nu gaan we u leren om uw aandacht naar buiten te richten als de stemmen er komen. Ik vraag u om uw stemmen te verbeelden alsof ze nu tegen u spreken. Kunt u dat?

...

Cliënt: *Ja ik verbeeld me nu wat mijn stemmen me vaak zeggen.*

Therapeut: Oké, switch dan nu naar het tikken van de klok en schakel de stemmen uit. Lukt dat?

Cliënt: *Ja, het is wel lastig.*

Therapeut: Ja, maar ga zo door. U zult steeds meer controle krijgen over uw aandacht. Ga zo maar door.

21.5 Valkuilen en tips

- » Het gaat om het leren richten van de aandacht op de dingen die op dit moment van belang zijn. Dat betekent niet hetzelfde als niet op de intrusieve belevingen letten, want daarmee worden deze ervaringen roze olifanten.
 - o Hoe lang hebt u de afgelopen 20 jaar aan roze olifanten gedacht? Oké, probeer dan nu 15 sec te doen wat u de afgelopen 20 jaar de hele tijd al deed, namelijk niet aan roze olifanten denken.....
 - o Mensen worden vaak boos op zichzelf wanneer het hen niet lukt. Probeer te benadrukken dat ze mild en aardig voor zichzelf moeten zijn. Het is hartstikke moeilijk en elke keer dat het wel lukt helpt om het meer te laten lukken. Het is een vaardigheid die u moet oefenen. Alleen willen is echt niet genoeg.
- » Het helpt soms om de cliënt een tijd te laten plannen om wel bezig te zijn met “de roze olifant” (bijvoorbeeld een pieker kwartier).
- » Laat u ook inspireren door andere interventies uit pieker protocollen.

22 Reductie van spanning

22.1 Wanneer toe te passen

Reductie van spanning is een vrij algemeen te gebruiken techniek wanneer mensen een hoog spanningsniveau rapporteren of weinig controle ervaren over hun spanningsniveau. Het kan tevens nuttig zijn wanneer mensen vanwege te hoge spanning hun gedrag niet meer onder controle hebben en bijvoorbeeld geregeld agressief ontploffen (bij boosheid).

22.2 Rationale

Het nut van spanningsreductie is dat het spanningsniveau zowel lichamelijk als psychisch enigszins afneemt, zodat de cliënt zich meer ontspannen voelt of beter in staat is zich anders te gedragen in situaties waarin controleverlies dreigt. Veelgebruikte methoden zijn de progressieve spierrelaxatie van Jacobson en de suggestieve methode van Schultz. Maar ook meditatie, mindfulness en yoga kunnen helpen om meer controle te krijgen over het spanningsniveau. Het is belangrijk om goed te kijken welke methode het beste aansluit bij iemand. Wij beschrijven twee methoden die veel gebruikt worden en die ook relatief makkelijk aan te leren te zijn.

De onderstaande instructies zijn ontleend aan 'Inleiding tot de gedragstherapie' (Orlemans, 1971).

22.3 Instructie progressieve relaxatie volgens Jacobson

'In deze training zal ik u een methode leren om een hoge mate van ontspanning te verkrijgen. Dit is belangrijk voor het overwinnen van uw angst. Er bestaat een verband tussen spierontspanning en emotionele veranderingen die tegengesteld zijn aan angst. Angst en spanning gaan hand in hand en zo gaat ontspanning gepaard met een gevoel van vrijheid en rust. De methode bestaat uit een afwisselend spannen en ontspannen van spierbundels, totdat u geleerd heeft alle spieren van uw hele lichaam tegelijk te ontspannen en daarmee ook het mentale gevoel van ontspanning te ervaren. U ervaart daarin een emotionele toestand die tegengesteld is aan angst. U moet zich vanaf het begin uitsluitend concentreren op de lichaamssensaties die gepaard gaan met het uitvoeren van de oefening. Het is zeer belangrijk dat u het onderscheid leert aanvoelen tussen wat u ervaart tijdens het spannen en wat u ervaart tijdens het ontspannen van de spieren. De aan de angst tegengestelde emotionele toestand komt vanzelf. Vooral in het begin kan het enige tijd duren eer u het gewenste effect ervaart.

Om de trainingsperiode in te korten is het van belang dat u elke oefening thuis herhaalt, tweemaal daags gedurende vijftien minuten. U moet er maar op rekenen dat wij enkele sessies nodig hebben voordat u de techniek volledig beheerst en op u zelf kunt toepassen.

Denk eraan dat u bij elke overgang van spanning naar ontspanning binnensmonds tegen u zelf zegt: 'ontspan'. Slechts na het woord 'ontspan' begint u zich geleidelijk aan te ontspannen. De overgang moet dus geleidelijk zijn en niet bruusk.

U hebt nu misschien het gevoel dat de ontspanning op dit moment al volledig is, maar dat is niet het geval. Heel wat spieren zijn nu inderdaad gedeeltelijk of grotendeels ontspannen, maar lang niet allemaal. Vooral de kleinere spiertjes, die juist belangrijk zijn voor het oproepen van de toestand die we beogen, zijn waarschijnlijk nog niet of niet voldoende ontspannen.

Probeer daarom de activiteit die u ervaart als u tot ontspanning overgaat, door te zetten ook als u denkt dat het niet verder kan. U moet als het ware over een drempel heen.’

- » Start
 - o Ga zo gemakkelijk mogelijk zitten. Zak diep in de stoel, zodat het volle gewicht van uw lichaam op de stoel drukt en geen spieren gespannen zijn om bepaalde houdingen in stand te houden.
- » Hoofd:
 - o In uw gezicht liggen duizenden kleine spiertjes die bijzonder belangrijk zijn bij optredende emoties. Emoties zijn vaak af te lezen van iemands gezicht en elke gelaatsexpressie betekent samentrekking van duizenden spiertjes en spieren. Omdat het gezicht zo belangrijk is zullen we eerst afzonderlijk aandacht besteden aan enkele kleinere spiergroepen, daarna ontspannen we het hele gezicht en het hele hoofd met de hals.
 - o Frons uw voorhoofd, alsof u probeert heel kleine lettertjes te lezen ...strakker ... hou deze spanning vast ... u voelt hem toenemen ... let op wat u voelt ... u moet alleen aan uw voorhoofd denken ... de spanning wordt ondraaglijk ... het gaat pijn doen ... dit is nu spanning. Dit is wat u haat ...'ontspan' . . . laat uw voorhoofd langzaam ontspannen ... verder en verder ... ontspan ... dieper en dieper ... u moet doorgaan, ook als u denkt dat het niet verder kan ... gaat u rustig door met ontspannen.'
- » Gebruik vooral de woorden 'dieper en dieper' . . . 'verder en verder'. Bij de beschrijving van de spanning moet men deze in de manier van spreken laten uitkomen; bij de ontspanning wordt de stem zachter en het gevoel van opluchting kan de therapeut suggereren door zelf diep te zuchten. Als de cliënt moeite heeft bij de geleidelijke ontspanning kan men helpen door langzaam tot vijf te tellen en hem op te dragen bij elke tel de spieren iets los te laten.
 - o Span uw voorhoofdsspieren zoals u dat doet bij het uitdrukken van verwondering. U krijgt nu rimpels over de hele lengte van uw voorhoofd ... u voelt de spanning opkomen ... 'ontspan' ... er komt geleidelijk rust in uw voorhoofd ... u voelt tintelingen ... let alleen op wat er gebeurt in uw voorhoofd . . ., enz.
 - o Knijp uw ogen stijf dicht. Alleen uw ogen, de rest van uw gezicht moet niet mee doen. Ook uw mond niet. Knijp ze nog steviger dicht. U ziet als het ware vonken schieten ... en voelt de pijn . . ., enz.
 - o Trek uw neus op alsof u een vieze geur ruikt ... let erop dat alleen uw neusspieren gespannen zijn; laat uw ogen in de normale stand. Probeer u zoveel mogelijk te beperken tot de spieren van en rond uw neus, enz.
 - o Bijt op uw kiezen en pers uw lippen tegen elkaar', enz.
- » De pijnsensatie treedt hierbij vlug op, zodat de spanning niet te lang moet worden aangehouden.
 - o Druk de punt van de tong tegen de achterkant van uw bovenste tanden.
- » Na deze oefeningen kan men de cliënt vragen zijn hele gezicht te spannen (ogen stijf dicht, kaken op elkaar, lippen samengeperst) om vervolgens tot een totale ontspanning over te gaan, waarbij alle geoefende spiergroepen apart vermeld worden:
 - o 'ontspan ... dieper en dieper ...laat alle spieren van uw voorhoofd los ... steeds verder ... uw ogen ... dieper en dieper . . .', enz.
- » De ontspanning van de hals kan verkregen worden door eerst de opdracht te geven de schouders op te trekken alsof men wil uitdrukken: 'ik weet het niet'.

- » Ledematen:
 - o Steek uw linkerarm uit ... nog iets verder ... flink strekken zodat u het voelt in uw elleboog en uw schouder ... vuist stevig sluiten ...' enz. (idem rechterarm). 'Hef uw linkerbeen op ... duw de punt van uw schoen zo ver mogelijk vooruit ... u voelt het gewicht op uw heupen .., enz. (idem rechterbeen).
- » Buik en longen:
 - o Span uw buikspieren ... doe alsof u zich voorbereidt op een stomp in uw maagstreek . . .' enz.
 - o Diep inademen nu ... adem inhouden ... voel de druk op uw borstkas . . . -ontspan- ... uitademen ... heel langzaam de lucht laten ontsnappen ... laat u volledig wegzinken alsof u een leeglopende ballon bent... , enz.
- » De laatste oefening is een herhaling zonder eerst de spanning op te roepen:
 - o 'Ontspan u zelf zo volledig mogelijk. Laat alle spieren los, ... "ontspan" ... dieper en dieper ... ontspan uw voorhoofd ... concentreer uw aandacht op uw voorhoofd ... "ontspan". Als u meent dat uw voorhoofd volledig ontspannen is, geef dan een teken met uw rechter-wijsvinger.' Als het teken wordt gegeven, gaat men verder: 'Ontspan ... concentreer u op de ogen ... ontspan ze ... dieper en dieper . . .' enz. (neus, mond, tong, kaken, hals, armen en schouders, benen, buik, borstkas).
- » Als de oefening is afgewerkt, kan men de ontspanning verder voeren door de zogenaamde ontspanningsscène aan te bieden. Dit is een onderdeel van de suggestieve methode die hierna volgt. Deze scène kan in de therapie worden gebruikt om de ontspanning opnieuw te induceren als deze door angst werd verstoord; hij wordt ook geïnduceerd op het einde van elke zitting.

22.4 Instructie suggestieve methode volgens Schulz

'De suggestieve methode volgens enkele principes van Schultz, heeft veel weg van de hypnotische procedures. Deze methode werkt meestal sneller en effectiever dan de vorige. Voor veel cliënten, die autosuggestie een soort zelfbedrog vinden, is het van belang op te merken dat deze suggestie in feite een stuk zelfcontrole is en dat het gevoel van zwaar worden geen inbeelding is. Mensen met ontspannen spieren kunt u veel moeilijker optillen dan mensen die zich stijf houden. In het laatste geval spreken we van meegeven.'

Concentreer de aandacht op de linkerarm. U krijgt het gevoel dat die arm zwaarder en zwaarder wordt.

Als u denkt dat uw arm zwaar is, ga dan over naar de rechterarm en herhaal de procedure.

Als ook de rechterarm loom en zwaar is, probeer dan de linkerarm in de gestrekte houding op te heffen. Gaat dat gemakkelijk, zonder enige moeite, begin de procedure dan opnieuw; gaat het moeilijk, met andere woorden heeft u het gevoel dat uw arm zo zwaar is dat het moeite kost hem op te heffen of dat u op weerstand stuit, dan is dit een teken dat u succes had en herhaal dan de procedure met uw benen.

Laat uw armen ondertussen loom en zwaar liggen. Als ook het linkerbeen bij het opheffen zwaar blijkt te zijn, stel u dan voor dat uw nek zwaar wordt en loom, vervolgens uw buik, dan uw hele lichaam. Het is alsof het lichaam door het bed heen zinkt.

Hier volgt een schema voor een oefening volgens de suggestieve methode, deels ontleend aan Fleisher (hypnotische procedure), waarin ook gebruik wordt gemaakt van 'ontspanningsscènes', als liggen aan het strand.

Het is raadzaam van te voren zo'n scène samen met de cliënt te bespreken; niet iedereen ligt graag aan het strand. Het voortdurend terugkomen van het woord 'ontspan' of 'laat los' of 'rustig' is van groot belang.

De cliënt gaat in de gewenste houding zitten.

- » Eerste fase: ontspanning in gedeeltes (benen, armen, kaak, ogen). De therapeut suggereert ontspanning en loomheid; hij praat rustig, eventueel 'dromerig'.
 - o 'Ontspan alle spieren van de benen ... alle spieren van de benen .., denk alleen aan de spieren van de benen . . .' Vervolgens de armen op dezelfde wijze.
 - o Ontspan de spieren van de kaak, zodat de kiezen elkaar net niet meer raken en u het gevoel krijgt dat uw mond openvalt, de tong ligt ontspannen in de mond . . .' 'Ontspan alle spieren van uw ogen, zodat de oogleden zwaar naar beneden hangen (indien nodig: "sluit u ze maar") ... ontspan de spieren van de ogen ... uw oogleden hangen zwaar naar beneden.' 'Als u uw wenkbrauwen even op en neer wilt laten gaan. lukt dat niet direct (probeert u maar ... goed zo) ; als u de ogen wilt openen is het net alsof dat moeilijk gaat (probeert u maar ...), dit is een teken dat uw oogleden goed ontspannen zijn.'
- » Tweede fase: inductie van complete ontspanning.
 - o 'Ontspan, dieper en dieper ... verder en verder. U voelt zich loom worden en zwaar ... dieper en dieper ... 'Alle geluiden die u hoort dragen er alleen maar toe bij dat uw ontspanning dieper en dieper wordt. Auto's, regen, vogels, stemmen, gerinkel van kopjes, al die geluiden maken u dromerig en dragen bij tot een diepe ... diepe ontspanning.'
- » Derde fase: inductie van ontspanningsscène.
 - o 'Terwijl u zo ontspannen zit, stelt u zich voor dat u in het gras ligt bij een groot meer. Het is rustig ... U voelt zich fijn ... De zon schijnt ... Het is een warme zomerdag ... U voelt de koele grashalmen langs uw armen en benen strelen ... Er komt een heerlijk loom gevoel over u... Uw lichaam ligt zwaar op de grond ... U kijkt over het water van het ven ... U hoort het ruisen van het riet ... U ziet grote witte wolken die langzaam voorbijtrekken ... U kijkt ernaar en U krijgt een loom, slaperig gevoel over u.'
- » Deze scènes kunnen, zoals gezegd, geselecteerd worden samen met de cliënt, afgewisseld worden met inducties uit de tweede fase en aangevuld met beelden als kijken naar de blauwe lucht. Bijvoorbeeld:
 - o 'U kijkt naar de blauwe lucht ... u ziet allemaal kleine puntjes dansen ... en uw ogen vallen dicht ... u voelt zich loom worden en zwaar ... uw ademhaling wordt langzamer ... u voelt zich lomer en lomer ... ontspan ... dieper en dieper.'
 - o Beelden die gebruikt kunnen worden, zijn: de blauwe lucht; grote witte wolken, die langzaam voorbij trekken; een zeilbootje op zee dat steeds kleiner en kleiner wordt, u ziet nog een stipje, dan is het weg, dan is 't er weer, uw ogen vallen dicht en u voelt u loom worden ...; het geruis van bomen; het luisteren naar het geluid van een overvliegend vliegtuig dat zachter en zachter wordt ... Bij elke scène (strand of bos) kan men het lawaai van het verkeer dat meestal ook in de therapiekamer wordt gehoord, inbouwen: 'heel in de verte achter de duinen hoort u het geruis van het verkeer, het maakt u alleen dromeriger, allerlei geluiden rondom u, het tjlpen van vogels, stemmen in de verte, worden vager en vager en maken u steeds lomer.'

- » Vierde fase: posthypnotische inductie.
 - o ‘Laat nu deze beelden los en richt al uw aandacht weer op uw eigen lichaam. Ontspan ... de benen ... armen ... kaak ... ogen ... dieper en dieper. U voelt zich loom en zwaar en telkens als u gaat zitten en tegen uzelf zegt “ontspan”, komt dit gevoel van loomheid onmiddellijk terug ... telkens als u gaat zitten ... ‘ (herhaling).
- » Vijfde fase: beëindiging van de oefening (als boven bij de methode van Jacobson).

Deze suggestieve methode wordt na enige oefening vaak overgenomen door de cliënt, zodat hij er zelfcontrole over krijgt. Dit leerproces kan aanzienlijk versneld worden als men deze inducties op een cassetterecorder meegeeft. De ervaring wijst uit dat men het al spoedig zonder deze recorder zelf kan doen.

22.5 Valkuilen en tips

- » Ontspannen is geen doel, maar een middel om beter aan uw doelen te kunnen werken.
- » Doel van leren ontspannen is niet alleen dat de cliënt kan ontspannen, maar juist ook dat deze ervaart dat het mogelijk is om controle over zijn spanningsniveau te hebben.
- » Voor veel mensen geldt dat zij het fijner vinden om op een ontspannen manier actief te zijn, dan dat zij stil moeten zitten of liggen.
- » Beide methodes kunnen worden gecombineerd. De methode van Jacobson kan afgewisseld worden met ontspanningsinducties; de suggestieve methode kan voor bepaalde lichaamsdelen (bijvoorbeeld bij klachten over gespannen gevoel in buik) aangevuld worden met spannen en ontspannen à la Jacobson.
- » Ontspanningsoefeningen kunnen worden toegepast als onderdeel van contraconditionering of om de cliënt te leren controle te krijgen over zijn spanningsniveau of op bepaalde klachten zoals spanningshoofdpijn, slapeloosheid, functionele klachten.
- » Mensen kunnen in paniek raken als zij denken dat zij onder alle omstandigheden zich zouden moeten kunnen ontspannen. Merken zij namelijk dat het ontspannen niet genoeg lukt, dan gaan zij zo hun best doen om te ontspannen dat dit weer een bron van spanning is. Let dus op dat u deze boodschap niet indirect afgeeft aan de cliënt.
- » Een valkuil is dat mensen leren ontspannen onder ideale condities en niet vervolgens leren hoe dit in het dagelijkse leven toe te passen. Leg dit daarom uit bij de instructies om thuis en in andere situaties te oefenen.
- » Geagiteerde mensen kunnen zich soms niet ontspannen middels rust, leer hen om stapje voor stapje hun gedrag langzamer te maken. Bijvoorbeeld door eerst in het tempo van de agitatie te lopen en dan langzaam af te bouwen naar een rustiger tempo.
- » Leg niet teveel nadruk op het sluiten van de ogen.
 - o ...misschien dat het nu nog niet het goede moment is om de ogen te sluiten, maar waarom zou u het niet even proberen, omdat u weet dat u op elk moment dat u het wilt, u uw ogen weer kunt open en weer sluiten. Precies zoals voor u plezierig is.
 - o Mensen kunnen ook naar de vloer of muur kijken met het focus punt net onder de vloer of achter de muur.
- » Sommige mensen vinden het eng om zich te ontspannen. Begin dan met het leren ontspannen van de benen of de handen.
- » Ontspanningsoefeningen doen is voor de cliënt heerlijk, maar ook weldadig voor de hulpverlener...

23 Rollenspel

23.1 Wanneer toe te passen

Rollenspellen kunnen gebruikt worden als een vorm van assessment en als vaardigheidstraining. Rollenspellen als assessment gebruiken we om een indruk te krijgen van de manier waarop de cliënt dingen aanpakt in het contact met anderen (bijvoorbeeld hoe hij zaken zegt of overlegt). Verlegenheid, een onhandige aanpak, subassertiviteit of gebrek aan oogcontact worden zo 'ontdekt' en kunnen daarna met correctieve rollenspellen geoefend en verbeterd worden. Het nut van rollenspellen is dat snel duidelijk wordt waar problemen zitten in de vaardigheden van de cliënt.

Hierna kunnen rollenspellen ingezet worden om interpersoonlijke vaardigheden aan te leren waardoor de cliënt effectiever kan omgaan met situaties en personen. Rollenspellen zijn op deze manier vaak een opstap naar het uitvoeren van relatief nieuw gedrag. Ze kunnen daarmee ook de functie hebben om cliënten minder angstig te maken het gedrag in hun echte leven uit te voeren.

23.2 Rationale

Rollenspellen zijn een belangrijk middel om (sociaal) gedrag echt te oefenen. Over nieuw gedrag praten kan soms de indruk wekken dat de cliënt het wel gaat doen. Maar dat is niet altijd het geval. Nieuw gedrag kan toch nog te onbekend aanvoelen, of de cliënt weet eigenlijk niet goed hoe hij het moet aanpakken. In de betreffende situatie is het dan te spannend, en de cliënt valt gewoon in oud gedrag, omdat dat het meeste voorhanden is. Door een rollenspel te doen wordt het nieuwe gedrag voorbereid. Het gedrag, en de bijbehorende gedragsintenties, wordt opgeslagen in het brein en is daarna veel meer toegankelijk in de situaties waarin de cliënt het nodig heeft. De kans dat de cliënt het dan ook echt anders doet is daardoor veel groter. Bovendien stelt het rollenspel de therapeut in staat om gedrag van tevoren al bij te sturen waar nodig. Bijvoorbeeld als de cliënt te assertief wordt (agressief), of als de cliënt geen woorden weet om een bepaald gevoel uit te drukken. De therapeut kan dan instructie geven of het gedrag een keer voordoen. Ook kan de therapeut bepaalde reacties van de omgeving nabootsen, zodat de cliënt daarop voorbereid is.

23.3 Stappen

- » Vraag de situatie goed uit, wat zei de cliënt, wat zei de ander? Hoe verliep de scène (denk aan een film)?
- » Wat had de cliënt willen bereiken en hoe liep het in het echt af?
- » Bepaal het speelvlak.
- » Verdeel de rollen.
- » Stap in het speelvlak en speel het na.
- » Stap uit het speelvlak en vraag of het zo ongeveer gegaan was.
- » Geef feedback over de inhoud van het gezegde, oogcontact, stemvolume, houding, etc.
- » Suggereer een alternatief met betere non-verbale aspecten.
- » Wissen eventueel van rol. Speel het indien nodig voor.
- » Stel leerpunten op, zowel gedragsmatig als cognitief.
- » Speel de scène normaal nu met de leerpunten.
- » Geen wederom feedback.
- » Herhaal totdat de cliënt met een competente ervaring het speelvlak kan verlaten.

23.4 Klinisch voorbeeld

Wim vindt het moeilijk als zijn moeder bij hem op bezoek komt. Ze duwt Wim in een stoel, gaat zelf koffie zetten en begint ook meteen de wasbak en het aanrecht een sopje te geven. Wim voelt zich als een kind behandeld en het lijkt wel of hij bij moeder thuis is, terwijl dit zijn eigen huis is.

Wim zou willen dat bij hem thuis zijn moeder zich als gast gedraagt. Afsproken wordt dat hij, als moeder binnenkomt, een stapje naar voren doet en daardoor eigenlijk te dicht bij moeder komt te staan. De verwachting is dat moeder dan een klein stapje naar achteren zal doen en daarmee is de verstandhouding dan gedefinieerd. Vervolgens dringt hij aan dat moeder gaat zitten en zorgt ervoor dat hij zelf te allen tijde blijft staan. Hij vraagt vervolgens of zij koffie wil en gaat dan naar de keuken. Het lijkt Wim een machtig plan.

Therapeut: Goed, kom even hier staan. Dit is uw kamer, waar is de deur?
 Cliënt: *(wijst achter zich) Daar!*
 Therapeut: Goed, ik ben nu uw moeder en ik kom door de deur binnen. Daarna begint u het gesprek zoals afgesproken (Klopt op de virtuele deur).
 Cliënt: *Binnen. Ha Moeder!*
 Therapeut: Ha Wim, wat fijn dat ik je zie. Zal ik eens een lekker kopje koffie voor je zetten.
 Cliënt: *Nee, moeder. Ik zet het zelf.*
 Therapeut: Kun je dat dan? Nee, laat mij het maar doen.
 Cliënt: *(doet een stapje in moeders richting)*
 Therapeut: *(doet enigszins niet begrijpend een klein stapje terug)*
 Cliënt: *Oké, moeder ga jij nou eens lekker op de bank zitten.*
 Therapeut: Oké, zul je niet teveel koffie in het filter doen?
 Cliënt: *(Loopt naar de keuken en gaat koffie zetten)*

Therapeut: *(stapt met de cliënt uit het speelveld)* Fantastisch gedaan! Zo leert uw moeder dat u het zelf wel kunt. Bent u zelf ook tevreden?
 Cliënt: *Ja, het ging eigenlijk heel gemakkelijk. Zo'n stapje vooruit doet wonderen. Het laat zien wie er in mijn huis de baas is.*
 Therapeut: Ja, zonder dat ze het gemerkt heeft, want non-verbaal gedrag werkt heel direct, vaak zonder bewuste gedachten erbij. Zullen we het nog eens oefenen?

23.5 Valkuilen en tips

- » Schroom niet, maar start snel met rollenspel! Het hoeft niet 100% perfect te gaan, en een onderbreking halverwege is geen enkel probleem. Het gaat om doen, oefenen en ervaren! Wanneer u hierin als therapeut proactief bent en maar gewoon doet, dan zal ook de cliënt sneller diens schaamte overwinnen en meewerken.
- » Gebruik stoelen, posities, actief gedrag en meer om het rollenspel levendiger te maken. Op die manier worden de juiste cues beter ingebouwd en beklijft het geoefende gedrag beter.
- » Neem rollenspellen eventueel op video op en kijk die terug met de cliënt. De cliënt kan zichzelf dan observeren of zien hoe verschillend hij overkomt als hij zich op een andere manier opstelt.
- » Laat de cliënt na het rollenspel thuis eventueel in imaginatie de werkelijke situatie voorbereiden. Laat hem visualiseren dat hij zich op een andere manier gedraagt en dat dit het gewenste effect heeft.

24 Terugvalpreventie adviezen bij overmatige achterdocht

24.1 Wanneer toe te passen

Wanneer de cliënt klaar is met de cognitief-gedragstherapeutische behandeling voor overmatige achterdocht, kan het gaan over het voorkomen van terugval. Een individueel terugvalpreventieplan is zinvol, maar er zijn daarnaast ook enkele algemene regels die u als advies aan de cliënt kunt meegeven.

24.2 Rationale

Het voorkomen van terugval is van groot belang. Terugval komt immers veel voor. De schema's en automatische gedachten van achterdocht zijn nog niet weg, en kunnen bij tegenslag terugkeren. De kans op terugval is groter bij slecht en weinig slapen, aanhoudende stress, piekeren, wisselend medicatiegebruik, drugsgebruik, sociale isolatie, en nare levensgebeurtenissen (zoals verlies van een baan of een relatiebreuk).

24.3 Stappen

- » Print het formulier 'informatie: preventie van de terugkomst van achterdochtige gedachten' (te downloaden van de website www.gedachtenuitpluizen.nl).
- » Neem samen met de cliënt dit formulier stapsgewijs door. Sta bij elk advies stil en kijk of de cliënt het nuttig voor hemzelf vindt of niet.
- » Laat de cliënt concrete voorbeelden of invulling noemen bij de tips die hem nuttig lijken.
- » Geef het formulier mee om toe te voegen aan zijn/haar therapie-map.

24.4 Klinisch voorbeeld

Voorbeeld van uitleg bij de preventie van achterdocht

'Er is inmiddels heel wat bekend over hoe terugval kan optreden en wat de kans hierop verkleint. Zo is het bijvoorbeeld belangrijk dat u goed blijft slapen, en dat u vreemde belevingen blijft bespreken met vrienden die u vertrouwt.

Kijk, op dit formulier staan de tips uit wetenschappelijk onderzoek op een rijtje. Sommigen gaan over uw denkproces en hoe u gezond kan blijven denken. Andere gaan over leefregels, of over slapen. Laten we eens naar het eerste rijtje kijken. Welke hiervan zijn denkt u nuttig bij u? Hoe zou u dat in de gaten kunnen houden? Die details schrijven we erbij op het formulier.'

24.5 Valkuilen en tips

- » Maak de tips voldoende persoonlijk en individueel toegespitst door met de cliënt erover te praten en persoonlijke details erbij te schrijven
- » Laat de cliënt zelf denken over de relevantie van de tips in zijn/haar eigen situatie, maar bagatelliseer de informatie aan de andere kant niet. De informatie is gebaseerd op goed wetenschappelijk onderzoek, en geldt voor veel cliënten (doch niet iedereen).

25 Afronden en consolideren

25.1 Wanneer toe te passen

In de eindfase van de therapie besteden we aandacht aan de consolidatie en het verder versterken van de behaalde resultaten. Ook gaan we uitgebreid in op het behouden van gezondheid en daarmee op het voorkómen van een terugval in psychose.

25.2 Rationale

De kwetsbaarheid voor een volgende psychose blijft bij velen aanwezig. Wij hebben allemaal kwetsbaarheden die meer op de voorgrond komen te staan wanneer druk toeneemt en naar de achtergrond verdwijnen als ons evenwicht en onze veerkracht, optimaal zijn. We proberen allemaal onze gezondheid te bewaken door spanningen te reduceren en weerbaarheidsfactoren te vergroten. De ene persoon wordt bij oplopende druk somber, de ander krijgt hoofdpijn, sommigen worden angstig, anderen krijg last van hun darmen en weer anderen krijgen last van stemmen of worden achterdochtig. De één weet dat hij dan een nacht goed moet slapen, de ander moet vooral niet gaan vermijden en weer een ander moet de cognitieve controle wat meer opvoeren door zichzelf gerust te stellen. Sommigen moeten meerdere zaken doen om hun evenwicht te bewaren.

De cliënt en therapeut staan in deze fase van de therapie stil bij de vraag hoe de cliënt zijn eigen gezondheid kan managen. Welke eigenschappen, gedragingen of contextuele factoren vergroten de weerbaarheid van cliënt. Denk hierbij aan zaken zoals sociale steun, goed slapen, betekenisvolle activiteiten, goed eten, sporten, maar ook optimisme, doorzettingsvermogen en liefde voor mensen en dieren om je heen. Ook wordt er stilgestaan bij factoren die een belasting vormen op de gezondheid. Zaken als stress, vermoeid zijn, drugs gebruiken en natuurlijk specifieke zaken waarvan de cliënt weet dat deze optreden rondom een toename van symptomen.

Vervolgens wordt met de cliënt bekeken wat hij kan doen als de achterdocht weer naar de voorgrond treedt, of als de stemmen negatiever of luider worden. Sowieso kan de cliënt dan voorgaande zaken gebruiken. Daarnaast kan de cliënt dingen die hij in de therapie geleerd heeft inzetten. De therapie wordt langzaam afgebouwd. De tijd tussen zittingen wordt steeds langer. Om eventuele veranderingen te meten wordt de assessment herhaald. Het is aan te raden de behandeling af te sluiten met de afspraak dat de cliënt zo nodig contact kan opnemen met de therapeut voor nog een aantal sessies.

25.3 Stappen

- » Evalueer de behandeling naar aanleiding van de behandeldoelen en afgenomen nametingen.
- » Bespreek gezondheid, kwetsbaarheid, weerbaarheid, veerkracht.
 - o Leg vast wat factoren zijn die de weerbaarheid en veerkracht van cliënt versterken en welke factoren hier juist een beroep op doen.
 - o Stimuleer de cliënt om weerbaarheidsfactoren te vergroten en factoren die juist een zwaar beroep op zijn gezondheid doen te verkleinen.
- » Leg nogmaals de hardnekkigheid van automatismen uit.
- » Normaliseer de achterdocht door te wijzen op goede kanten aan achterdocht.
- » Benadruk te ongezonde kanten van overmatige achterdocht.
- » Bespreek situaties die problematisch kunnen zijn en hoe men er beste ermee om te gaan.
- » Laat de cliënt benoemen wat zijn automatische gedachten zijn.

- » Laat de cliënt benoemen wat zijn rationele gedachten zijn.
- » Stel samen een actieplan op bij toename van klachten, waarbij de cliënt de belangrijkste veranderingen en leerpunten uit de behandeling nog eens op papier zet. Deze schriftelijke evaluatie en dit actieplan kan de cliënt mee naar huis nemen en erbij pakken wanneer de klachten dreigen terug te komen.
- » Waar het lukt, is het nuttig om de conclusies in motto's of metaforen samen te vatten die de cliënt goed kan onthouden.
- » Spraak af dat de cliënt u altijd kan bellen. Wees laagdrempelig hierin.

25.4 Klinisch voorbeeld

Bekijk scène 12 op het Youtube kanaal Gedachten Uitpluizen: Afronding en consolidatie bij stemmen (2'06"). En bekijk ook scène 13 op het Youtube kanaal Gedachten Uitpluizen: Afronding en consolidatie bij wanen (6'35").

Therapeut: Wat vindt u het belangrijkste dat u geleerd hebt?

Cliënt: *Ik vond het heel prettig om te merken dat ik die automatische gedachten op de fiets, dat de mensen alles van me wisten en naar me keken, kon relativiseren met andere verklaringen. En ik vond het ook fijn dat die stemmen toch niet inhouden dat iedereen alles van me weet. Dat ze eigenlijk in mijn eigen hoofd zitten.*

Therapeut: Uitstekend. Dat hebt u ook knap gedaan – zorgvuldig uitgezocht hoe het werkt en welke informatie belangrijk is.

Cliënt: *Dank u wel.*

Therapeut: En uw doel, is dat bereikt?

Cliënt: *Ja, dat hadden we vorige keer nog uitgebreid erbij gepakt. Ik wilde graag weer naar buiten durven en met mijn vrienden afspreken. Dat doe ik nu gewoon weer, en ik heb er ook weer gewoon plezier in. We gaan geregeld skaten. Ook ga ik weer naar de opleiding en tussen de andere studenten voel ik me ook gewoon oké.*

Therapeut: U hebt ook gemerkt dat ondanks dat u minder stress hebt nu en weer beter naar buiten durft te gaan, dat de gedachte 'o jee, ze weten alles van me' toch nog vaak in u opkomt.

Cliënt: *Ja dat klopt, maar ik trek me er minder van aan nu. Die gedachte klopt niet.*

Therapeut: Inderdaad. De automatische eerste reactie kan nog vaak opkomen, maar u hebt geleerd om er niet teveel in op te gaan. U kunt er afstand van houden en rationeel blijven denken en doen. U laat u er niet meer door op uw kop zitten .

Cliënt: *Precies.*

Therapeut: Het is wel belangrijk om te beseffen dat automatische gedachten nog lange tijd in u op kunnen blijven komen. Ze zijn niet weg. Ook kan het gebeuren, als u veel stress hebt door veranderingen, werkdruk, relatieproblemen, slecht slapen, of wat dan ook, dat de negatieve automatische gedachten weer sterker worden. U blijft hier misschien wat kwetsbaar voor op dat soort momenten.

Cliënt: *Ja, dat had ik ook gemerkt halverwege de therapie, toen ik stress had van het weer naar de opleiding gaan. Toen werden de negatieve gedachten even sterker.*

Therapeut: Precies. Het is daarom belangrijk dat we nog even goed stil staan bij wat u geleerd hebt, welke strategieën voor u werken, en wat u kunt doen wanneer het een keer wat minder goed gaat. Het gaat bijvoorbeeld om uw ontdekking dat u met het uitpluisformulier goede relativering van uw automatische gedachten kunt bereiken. En om uw ervaring dat uw zus een fijn persoon is om mee te praten hierover als het erger wordt.

Cliënt: *Ja, die strategieën staan in mijn therapieschrift.*

Therapeut: Ik weet ook nog dat u op een gegeven moment zei: “ik ben helemaal niet zo belangrijk dat anderen zoveel tijd en moeite in mij steken, ze zijn waarschijnlijk vooral met zichzelf bezig!”

Cliënt: *Ja, dat klopt. Het sloeg eigenlijk nergens op dat ik dat destijds dacht dat iedereen van alles van me wist en mij in de gaten hield.*

Therapeut: U zei nog: “Ik ben geen Barak Obama of Osama Bin Laden”, waarmee u bedoelde dat mensen u waarschijnlijk niet zoveel aandacht schenken.

Cliënt: *Ja, zij zijn belangrijk en ik niet. Mensen gaan mij echt niet zoveel en langdurig in de gaten houden.*

Therapeut: Is dat een goede slogan voor u? “Ik ben geen Barak Obama?”

Cliënt: *Ja inderdaad. Dan weet ik precies weer wat ik heb geleerd. Die schrijf ik op.*

Therapeut: Uitstekend. Laten we nog even wat signalen doornemen waaraan u een terugval kunt herkennen, en dan gaan we afronden.

Cliënt: *Oké, dat is goed.*

Therapeut: Mijn telefoonnummer schrijven we hier ook in uw schrift. U kunt me altijd bellen als de gedachten terugkeren of er iets aan de hand is waar ik bij kan helpen.

25.5 Valkuilen en tips

- » Hoewel de therapie op zijn einde is, is het belangrijk om deze stap goed te doen en er de tijd voor te nemen. Cliënten onthouden hun verandermomenten mogelijk anders dan u zou verwachten, en het is goed om het geleerde te expliciteren.
- » Een uitgebreid terugvalpreventieplan kan in dit kader worden gemaakt, maar dat kan ook los van de cognitieve gedragstherapie gebeuren in de vorm van een crisispreventieplan.
- » Indien u in een multidisciplinair team werkt en de cliënt gezien gaat blijven worden door collega's. Maak dan een gezamenlijke afspraak waarin de cliënt en u met uw collega bespreken wat u allemaal gedaan heeft in de therapie. U kunt dan ook bespreken welke vaardigheden er gebruikt kunnen worden indien klachten onverhoopt toch weer toe mochten nemen. Het geeft u ook de gelegenheid om eventuele doelen voor de toekomst aan te kaarten of uw collega te wijzen op het belang van het uitbreiden van weerbaarheidsfactoren van de cliënt.
- » Laat de cliënt een samenvatting maken van de dingen die hij opgeschreven heeft op zijn sessieformulieren.