

OVER DE AUTEURS



Joost Beek (1956) is klinisch psycholoog, psychotherapeut en supervisor VGCT. Hij is momenteel werkzaam bij Mentaal Beter in Hoofddorp. Ook geeft hij les bij de RINO Noord-Holland. Vanaf zijn studie bij Alfred Lange is hij fervent voorstander van het betrekken van de omgeving bij behandelingen. Hij was een aantal jaren voorzitter van de sectie relatie-en gezinstherapie.



Hidde Kuiper (1952) is gz- en klinisch psycholoog en supervisor VGCT. Hij werkt momenteel bij PsyQ in Beverwijk. Vanaf het moment van oprichting is hij lid van de sectie relatie-en gezinstherapie nadat hij onder supervisie van Alfred Lange zijn afstudeerwerkstuk, een videofilm over relatie- en gezinstherapie, mocht maken. Daarna is hij al snel actief geworden binnen de VGCT (redactie, bestuur, commissies). Nu vertegenwoordigt hij de supervisors binnen de ledenraad.

DURF TE NETWERKEN!

Waarom het nuttig is de omgeving te betrekken bij cognitieve gedragstherapie

Joost Beek en Hidde Kuiper

DURF TE NETWERKEN!

Waarom het nuttig is de omgeving te betrekken
bij cognitieve gedragstherapie

Joost Beek en Hidde Kuiper

VOORWOORD

Beste collega,

Van harte wil ik met je de inhoud van dit boekje delen. Joost Beek en Hidde Kuiper beargumenteren op een prikkelende en enthousiasmerende wijze waarom het zo nuttig is om in de behandeling het netwerk van de patiënt te betrekken of het nu een koppel betreft, een gezin, of een ander systeem.

Zij zijn overtuigd dat het ertoe doet!

6

Daarmee verwoorden zij de kernboodschap van de sectie relatie- en gezinstherapie: betrek het systeem bij je behandeling! In de afgelopen jaren heeft de sectie op allerlei manieren deze boodschap uitgedragen. Regelmatig worden er workshops georganiseerd om de verschillende interventies in het werken met koppels en gezinnen over te dragen. De studiedagen die de sectie organiseert zijn telkens een groot succes. Diverse individuele problemen worden op deze dagen gezien en besproken vanuit een relationeel perspectief.

En vandaag is het betrekken van het netwerk eigenlijk een must voor een goede zorg. De Raad voor Volksgezondheid en Samenleving heeft onlangs een nota uitgebracht 'Zonder context geen bewijs; Over de illusie van evidence-based practice in de zorg (juni 2017). In de Jeugdzorg is het ook bittere noodzaak om het netwerk te betrekken bij de hulp aan kinderen en jongeren onder het motto 'Eén gezin, één plan!'.

De sectie relatie- en gezinstherapie heeft de afgelopen jaren er steeds naar gestreefd om het werken met koppels, gezinnen en systemen onder de aandacht te brengen van een groter publiek. We zijn blij en trots dat deze wens nu wordt vervuld in dit najaarscongres met als thema netwerken.

In dit boekje wordt niet alleen gesproken waarom netwerken nuttig is maar krijg je ook onder het kopje 'Tips en tricks' bruikbare aanwijzingen hoe met het netwerk aan de slag te gaan.

7

Ik nodig je uit dit te gaan doen. Netwerken dus!

Henk Pijnenburg

Voorzitter sectie relatie- en gezinstherapie

1 INLEIDING

Cognitieve gedragstherapie beleeft hoogtijdagen. Het staat op nummer één (in een enkel geval ex aequo) in alle richtlijnen voor de behandeling van alle psychische stoornissen. De handboeken voor de protocollaire behandelingen geven duidelijke instructies over hoe de behandelaar het beste kan behandelen. De protocollen zijn evidence-based. Wat wil een mens nog meer?

Het is ons opgevallen dat het betrekken van de omgeving van de cliënt bij de behandeling in vrijwel geen cgt-protocol (Keijsers et al., 2017) wordt geadviseerd.

8 Heeft de benadering waarbij cognitieve gedragstherapie wordt toegepast in een systeemcontext de boot gemist? Is het in kaart brengen van de problematiek met factoren vanuit de omgeving ouderwets?

We willen hier uiteenzetten waarom het nuttig is om de omgeving te betrekken bij de behandeling. Soms zal dit alleen bij de intake zijn, of bij de evaluatie, maar wij raden het ook aan tijdens grote gedeelten van de behandeling, als de analyse van de problematiek daartoe aanleiding geeft. We geven ook tips hoe de omgeving betrokken kan worden.

2 EEN STELLING

In navolging van Alfred Lange die deze stelling al sinds de jaren zeventig van de vorige eeuw inneemt (zie bijvoorbeeld Lange, 1981) stellen wij:

Een omgevingsgerichte therapiebenadering is nergens in tegenspraak met de eisen die aan individuele gedragstherapie worden gesteld. Zij voegt er bruikbare elementen aan toe en is daardoor in veel gevallen gemakkelijker uit te voeren. Bovendien is een therapie die gebaseerd is op leertheorie moeilijk te verantwoorden wanneer er géén sprake is van een systeemgerichte benadering. Een taxatie van de problematiek, functie- en betekenisanalyses en holistische theorie is immers onvolledig wanneer men de omgevingsfactoren niet kent. Wanneer men echter alleen iets hóórt over de omgeving, maar de interacties niet zít, kan men nooit met zekerheid een adequate taxatie opstellen.

3 VOORDELEN VAN HET BETREKKEN VAN DE OMGEVING

VOORDEEL 1: MEER INFORMATIE

10

Belangrijke personen in de omgeving van de cliënt kennen de cliënt vaak allang en heel goed en kunnen de therapeut in korte tijd extra informatie geven. Vooral over zaken die in een gesprek met alleen de cliënt (expres of per ongeluk) ongenoemd blijven.

Illustratie: Erik en zijn alcoholisme

In een intensief intakegesprek waarbij de therapeut de ‘boze buien’ van de 36-jarige manager Erik heeft doorgenomen en er een link lijkt te zijn met zijn opvoeding en zijn dominante vader, vraagt de behandelaar drie minuten voor het einde van het gesprek aan hem en zijn partner: ‘En...? Zijn er nog andere belangrijke zaken nog niet besproken die we voor de volgende keer op de agenda moeten zetten?’ Zijn partner meldt plots heel verrassend: ‘Ik denk dat Erik nog niets heeft gezegd over zijn drankgebruik: meer dan één fles wijn per dag!’

Illustratie: Ben en zijn angst en onhandigheid

Tijdens de intake van Ben, 42 jaar, die zich aanmeldt met sociaal-fobische problemen meldt zijn partner dat de cliënt vaak zo onhandig en bot wordt gevonden door vrienden en bekenden. Zelf kan ze daar ook veel voorbeelden van geven. Verder onderzoek wijst op ASS.

VOORDEEL 2: WEDERZIJDSE BEÏNVLOEDING

Problematiek wordt beïnvloed door de omgeving van de cliënt. Maar ook andersom hebben de symptomen van de aangemelde cliënt op hun beurt effect op de omgeving. Het is van belang om te weten in hoeverre er sprake is van een wisselwerking.

Wil de cognitief gedragstherapeut de problematiek beïnvloeden, dan is het verstandig als hij kennis heeft van de alle krachten tussen cliënt en de omgeving, zowel positieve als negatieve. Tijdens een intake met de omgeving is de behandelaar in de gelegenheid om waar te nemen hoe symptomen door de omgeving worden bekrachtigd en omgekeerd.

Illustratie : Anja en haar verdriet

Anja (38) meldt zich met onverklaarbare emotionele huilbuien die sinds een halfjaar steeds sterker zijn geworden. Ze wordt een paar avonden in de week overmand door aanvallen van radeloze angst en verdriet. Paniekaanvallen zijn het niet, maar deze momenten worden wel gekleurd door sterke gevoelens van verlating. Nooit eerder heeft zij dit doorgemaakt.

De therapeut nodigt haar nieuwe vriend Sanchez uit die 22 blijkt te zijn, met wie zij sinds driekwart jaar een relatie heeft en die vertelt dat de buien plots beginnen en door langdurig troosten en bemoeiden van zijn kant afnemen en nog weleens overgaan in knuffelen en in een alles opluchtende vrijpartij.

Door met Anja de kenmerken van de leertheorie door te nemen en stil te staan bij bekrachtigingspatronen (‘Er moet iets zijn wat ervoor zorgt dat de huilbuien voortduren!?’) kunnen wij afspreken dat zij eerst aantekeningen gaat maken van haar cognities en gevoelens en haar vriend Sanchez haar daarbij alleen laat. Knuffelen en vrijen is pas ‘toegestaan’ bij een positieve stemming van Anja.

*Knuffelen en vrijen is pas
‘toegestaan’ bij een
positieve stemming*

11

VOORDEEL 3: OMGEVING KAN HELPEN

De omgeving kan een helpende rol, een cotherapeut, spelen bij gedrags- en emotieverandering. Ook bij het in stand houden van bereikte veranderingen is deze van invloed. Door de omgeving voorlichting te geven over de klachten en het nut van de behandeling kan dat een positief effect hebben op de motivatie van de cliënt voor de behandeling. De omgeving kan de cliënt aanmoedigen de therapie vol te houden.

Vaak leeft de vraag bij mensen in de omgeving over de juiste te bewandelen weg: 'Hoeveel afstand moet ik bewaren ten opzichte van de klachten? Of hoeveel steun moet ik wel bieden?' (Zie ook: Van Meekeren & Baars, 2011.)

12

'Ik raak helemaal enthousiast over deze therapie!'

Illustratie: Godfried en zijn controleren

Godfried is een gepensioneerde advocaat en hij is gewend te debatteren. Welbespraakt en op de hoogte van de nieuwe ontwikkelingen op therapiegebied. Hij is vaker in therapie geweest, maar zonder al te veel succes.

Zijn hoofdprobleem is dat hij bij het wegrijden van zijn huis samen met zijn vrouw haar telkens de alarminstallatie laat controleren. 'Ik weet niet zeker of ik het alarm heb aangezet. Ach, wil jij zo lief zijn, schat? Als jij jouw ogen er nog eens overheen laat gaan, ben ik echt gerust. Anders kan ik tijdens het concert vanavond niet echt genieten als ik het niet zeker weet.' Zuchtend stapt zijn vrouw de auto uit in de wetenschap dat wanneer zij weigert zij de gezellige avond anders wel kan vergeten. En zij weet dat zij de discussie toch van hem zal verliezen. En als hij het toch zelf moet doen het checken wel meer dan een kwartier zal gaan duren.

De behandelaar spreekt Godfried aan op zijn kennis over conditioneren en vraagt hem aan zijn vrouw uit te leggen hoe beloningen bekrachtigend doorwerken op het voorafgaande gedrag. Gretig

gaat hij in op mijn verzoek college te geven aan zijn vrouw. Hij neemt als voorbeeld hun hond die zij hebben getraind met brokjes om zich gehoorzaam te gedragen.

Tijdens zijn uitleg zegt zijn vrouw na enige tijd triomfantelijk: 'Zo werkt het tussen ons ook! Ik geef jou je brokjes om je koest te houden en dat zal ik zo blijven doen zolang ik jou als "afgerichte hond" meekrijg! Dat ga ik mooi niet meer doen want ik help je er uiteindelijk niet mee. Ik raak helemaal enthousiast over deze therapie!'

De therapeut vraagt Godfrieds toestemming om zijn partner een helpende rol te geven bij het overwinnen van zijn dwang. Ze spreken af dat wanneer hij haar weer vraagt zaken voor hem op te knappen zij het codewoord 'brokjes' mag roepen en wegloopt.

13

VOORDEEL 4: OMGEVING HEEFT VRAGEN

De mensen in de omgeving kunnen tobben over hun eigen rol en zich bijvoorbeeld schuldig voelen ('Heb ik wel genoeg gedaan aan de klachten van mijn partner? Had ik toen niet beter...?') Ook kunnen zij negatieve gedachten hebben over de therapeut of over het nut van de behandeling. Of er leven angsten zoals de vraag of klachten erfelijk zijn. Of ze weten niet wat te doen in geval van een crisis. Soms is er schaamte over de problemen: 'Hoe vertel ik het mijn ouders, onze vrienden, onze kinderen over jouw klachten?' Het is nuttig om deze bij het begin van de behandeling te bespreken en zo mogelijk weg te nemen.

Door deze vragen in een vroeg stadium aan te kaarten en er samen met de cliënt en de omgeving een voor ieder passend antwoord op te vinden, wordt leed verminderd en commitment aan de therapie verhoogd en hiermee wordt de kans op een geslaagde behandeling groter. (Zie ook Baars & van Meekeren, 2013.)

Illustratie: Celine en haar angst voor onweer

Celine (37) is getrouwd met de heel nuchtere Robert-Jan die hard werkt en de hele dag op pad is. Vroeg de weg op en laat thuis. Zij wonen mooi: een vrijstaand huis tussen de bomen. Dat heeft als nadeel dat het wellicht ook makkelijk getroffen kan worden door

bliksem. Celine tobt hierover en houdt vanaf maart tot oktober het weerbericht voortdurend in de gaten. Angst voor onweer en bliksem kan bij haar zo hoog oplopen dat bij dreigend onweer zij, zelfs midden in de nacht, met haar kussen onder de arm naar haar ouders snelt en daar gaat schuilen voor het noodweer. Haar ouders, fors op leeftijd, ontfermen zich over hun zeer angstige dochter en maken voor haar een 'bed' op de bank klaar.

De therapeut nodigt iedereen uit in het tweede gesprek en laat haar ouders hun verhaal doen. Zij maken zich grote zorgen omdat zij beiden in de tachtig zijn en beseffen dat wanneer zij er straks niet meer voor hun dochter kunnen zijn, Celine er slecht aan toe zal zijn. 'Waar doen wij goed aan, meneer?' We bespreken dat het fijn zou zijn als Celine 'een dikkere huid' zou krijgen voor allerlei gevaren en haar gepieker daarover beter in de hand zou kunnen houden. Haar ouders reageren opgelucht: 'Denkt u dat dat mogelijk is?' De therapeut reageert met: 'Het zal wel moeten gaan lukken want straks bent u beiden er niet meer. We moeten nu aan de slag!'

VOORDEEL 5: TWEE HOREN MEER DAN ÉÉN

Voorlichting geven is effectiever als het gegeven wordt aan de cliënt én zijn omgeving. Twee horen meer dan één. De behandelaar voorkomt ergernis en onduidelijkheid door vanaf het begin informatie te verschaffen over niet alleen de behandeling maar ook over hoe de zorg in de instelling geregeld is, zoals hoofd- of regiebehandelaarschap, klachtenregeling, bereikbaarheid in geval van een crisis en het beroepsgeheim. Zo kunnen onrealistische verwachtingen over het doel en opzet van de behandeling niet alleen bij cliënt maar ook bij de omgeving genuanceerd worden.

Illustratie: Charles en zijn gepieker

De therapeut zag eens een cliënt van 52 met een piekerstoornis voor intake. Hij was (onbedoeld) individueel uitgenodigd maar kwam met zijn partner. De therapeut toonde zijn blijdschap over het meekomen van de partner, waarop die antwoordde: 'Dat spreekt van-

zelf! U zou toch ook met uw partner meegaan naar een eerste gesprek bij de hartchirurg?'

Sindsdien gebruiken we dit verhaal vaak bij het motiveren voor het betrekken van de omgeving bij de start van een 'grote' psychische ingreep.

VOORDEEL 6: OMGEVING KAN REMMEN

Het kan voorkomen dat de omgeving (goedbedoeld) verandering tegenhoudt. Bijvoorbeeld omdat de omgeving last ondervindt van zo'n verandering.

Illustratie: Anita en haar angsten

Anita, 42 jaar, die door deelname aan een exposuregroep haar sociale en agorafobische klachten voor een groot deel had overwonnen, begon te genieten van het leven. Ze kreeg vriendinnen, werd lid van een paar verenigingen, ging aan het werk. Haar partner werd erg bezorgd over deze vrij snelle ontwikkeling. Hij begon te 'remmen' door haar te waarschuwen dat instorting nabij was, adviseerde haar veel te rusten en meer thuis te blijven.

In een gezamenlijk gesprek bleek hij moeite te hebben met het feit dat zijn rol als verzorger, steun, en voornaamste sociaal contact van cliënte minder groot werd. Hij was zich nuttelosser gaan voelen. Dit bespreken deed veel goed. Maar ook werd een gezamenlijke vakantie in de bergen georganiseerd die symbool zou staan voor afscheid van een fase in de relatie. Met veel dank voor zijn steun in de moeilijke tijden. Ook werd hij geholpen in het zoeken naar nieuwe tijdsbesteding. Hierdoor was hij in staat de nieuwe ontwikkelingen toe te juichen.

In het algemeen kan gesteld worden dat de bedoeling van het betrekken van direct betrokkenen is dat iedereen aan het eind kan zeggen: 'Het was leuk, spannend en nuttig, hoewel niet altijd makkelijk. En ik wil best nog weleens bij elkaar komen om nog meer te bespreken.'

4 WAT HOUDT HULPVERLENERS TEGEN?

In het werkveld en ook uit een enquête onder leden van de VGCT uit 2014 worden de volgende redenen door therapeuten gegeven voor het niet betrekken van de omgeving bij de behandeling.

16

‘Nog meer mensen in mijn spreekkamer! Hoe controleer ik dat? Hoe houd ik iedereen aan de praat? Ik voel me daartoe niet bekwaam.’

Dit bezwaar lijkt vooral een kwestie te zijn van gebrek aan training en vervolgens oefening. Wanneer behandelaars na een cursus de omgeving zijn gaan betrekken, melden ze vaak hoe opvallend makkelijk dergelijke gesprekken blijken te kunnen verlopen. Een paar gespreksonderwerpen die behandelaars op de agenda kunnen zetten, staan bij de tips & tricks in hoofdstuk 6 genoemd.

‘Het past niet in de logistiek van de organisatie. De cliënt wordt in het begin altijd alleen uitgenodigd.’

Het niet passen lijkt meer een kwestie van gewoonte. Een paar jaar geleden werd er ook geen ROM-voormeting uitgevoerd. Tegenwoordig doet elke zichzelf respecterende instelling dit. De procedures zijn aangepast. Het uitnodigen voor een eerste gesprek van de cliënt en iemand uit de omgeving blijkt alleen een verandering van de tekst van de uitnodigingsbrief.

‘Het past niet in het leven van een gezin. Iedereen is druk en heeft een volle agenda.’

Het kost soms iets meer tijd en moeite om een afspraak te maken met twee dan met één persoon in verband met volle agenda's. Dat nadeel lijkt ons op te wegen tegen de eerder genoemde voordelen.

‘Straks moet ik kiezen vóór of tegen de cliënt? Ik weet niet hoe ik “multipartijdig” moet blijven?’

Zie hiervoor de tips & tricks hierna.

‘Het kost meer tijd. Je bent zo een halfuur verder met meer mensen in de kamer.’

Een intake met de omgeving erbij duurt inderdaad wat langer. Vaak 15 minuten extra. Wij denken dat die tijd goed besteed is. De minuten zullen zich later terugverdienen.

‘Cliënten komen met allerlei bezwaren: Ze hebben geen tijd. Het is mijn probleem. Ze hebben er weinig mee te maken.’ ‘Hoe ga ik ze dan meekrijgen?’

Dit blijkt vaak een irrationele gedachte van de cliënt en komt wellicht de therapeut ook uit. Mogelijk is er sprake van een selffulfilling prophecy. Als de therapeut overtuigd is van het voordeel, zal hij er meestal wel in slagen te motiveren.

Een bruikbaar hulpmiddel is de brochure die door de sectie relatie- en gezinstherapie van de VGCT is uitgegeven met de titel: *Waarom is het nuttig en prettig gezinsleden te betrekken bij je behandeling? waarin voor cliënt en de omgeving wordt uitgelegd waarom meekomen nuttig is. Deze is te bestellen bij de VGCT of te downloaden (door te googlen op ‘brochures vgct volwassen’).*

17

5 WETENSCHAPPELIJKE EVIDENTIE?

De wetenschappelijke ondersteuning van de protocollaire cgt-behandeling is enorm. De evidentie voor het betrekken van de omgeving bij de behandeling steekt daar helaas nog mager bij af.

Lange geeft in het Handboek Systeemtherapie (Savenije (red.), 2014) een prima overzicht van de stand van zaken. Hij laat zien dat er positieve effecten zijn aangetoond op de gebieden: schizofrenie, middelenmisbruik, eetstoornissen, angststoornissen bij kinderen, depressieve stoornissen en huiselijk geweld. Bemoedigende resultaten, maar er zijn niet veel echte RC trials uitgevoerd waarin een cognitief gedragstherapeutische behandeling wordt onderzocht in twee condities: met en zonder het betrekken van de omgeving. Zolang die er niet zijn, kunnen we eigenlijk geen uitspraak doen over wetenschappelijke ondersteuning van het wel of juist niet betrekken van de omgeving bij de behandeling.

Beaucom (2012) benadrukt in een overzichtsartikel op basis van onderzoek dat we ernaar moeten streven relationele interventies en stoornis-specifieke interventies te combineren, afhankelijk van de specifieke stoornis en de relationele factoren die een rol spelen. Dat kan vanzelfsprekend alleen als deze relationele factoren in een intake mét de omgeving zijn onderzocht.

Samengevat komt het erop neer dat de empirische evidentie waaruit blijkt dat het betrekken van de omgeving grote meerwaarde heeft, beperkt is.

Maar nergens wordt gevonden dat het minder effectief zou zijn dan volledig individuele behandeling. En niet onderzocht betekent niet: 'werkt niet/is ongunstig'. Deze visie is ook beschreven in een onlangs verschenen rapport Zonder context geen bewijs. Over de illusie van evidence-

based practice in de zorg van de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving: 'Afwezigheid van bewijs is geen bewijs voor afwezigheid van effect' (2017). Hierin wordt 'context-based practice' gepropageerd die weliswaar 'evidence-informed' is, maar die in overleg met cliënt en omgeving wordt aangepast aan de specifieke situatie.

Er zijn natuurlijk veel meer interventies waar de protocollen niet over adviseren. Zo zijn we beleefd tegen de cliënt, gaan we deze op zijn gemak stellen, geven we huiswerk op zodat cliënten ook thuis met de therapie bezig zijn.

Er is geen effectonderzoek waarin het wel en niet huiswerk opgeven wordt vergeleken. Toch doen we het wel. Het hoort tot de basis van de cognitieve gedragstherapie. Op basis van 'practice-based' evidentie. Voor ons is betrekken van de omgeving net zo basaal als bovenstaande interventies.

Onze ervaring is dat betrekken van de omgeving op zijn slechtst niet veel meerwaarde heeft, en op zijn best onmisbaar is tijdens de behandeling.

Bovendien lijkt het betrekken van de omgeving langzamerhand niet meer een kwestie van willen of durven, maar een kwestie van moeten. In de multidisciplinaire richtlijnen voor bijvoorbeeld angst en depressie (2013) wordt in de aanbevelingen vanuit het cliëntenperspectief het betrekken van de omgeving bij de behandeling wel degelijk aangeraden. De meer recente richtlijnen van overheidswege (zie Raad voor Volksgezondheid en Samenleving, 2017 en Landelijk Platform GGZ, 2016) gaan steeds meer in de richting van een dwingend advies, zelfs verplichting, om de omgeving bij ggz-behandelingen te betrekken.

6 TIPS EN TRICKS

We geven hier een aantal nuttige tips. Meer tips en uitgebreide toelichting zijn te vinden in het standaardwerk van Alfred Lange: *Gedragsverandering in gezinnen* (2006).

HOE NODIG JE DE OMGEVING UIT?

De eerste stap is open uit te leggen dat het jou als therapeut zou kunnen helpen als de belangrijke mensen uit de omgeving van de cliënt komen vertellen. De zin ‘U kent de cliënt al jaren en kunt veel informatie geven’ heeft vaak een motiverend effect. Verder is het van belang dat de omgeving niet denkt dat ‘het aan hen ligt’. Ook is het handig om het verzoek klein te maken. Samengevat: ‘De ander komt als adviseur voor jouw behandeling en in principe maar voor één keer.’

Dit verzoek kan nog meer impact krijgen als de therapeut eraan toevoegt dat ‘wij dit altijd hier zo doen. Dat is heel normaal in onze instelling.’

Om het motivatieproces te ondersteunen is bij de VGCT een brochure te koop of te downloaden: *Waarom is het nuttig en prettig gezinsleden te betrekken bij uw behandeling?*. Je vraagt de cliënt deze zelf te lezen en te laten lezen door de omgevingspersoon. Dat is meestal voldoende om de omgeving en cliënt te motiveren.

WAT IS JE DOEL IN DE ZITTING MET DE OMGEVING?

- Het belangrijkste doel is zo veel mogelijk over de cliënt te weten te komen. Over de klachten maar ook over de sterke punten. Ook is belangrijk te taxeren wat het doel van de behandeling is, niet alleen van de cliënt, maar ook van de omgeving. Waar hoopt iedereen op? En daarmee wordt niet bedoeld dat men vanzelfsprekend hoopt op behandeling of verbetering, maar het antwoord op de vraag ‘Wat wil men voor de klachten in de plaats?’ Zo formuleert eenieder het doel in zo veel

mogelijk positief geformuleerde gedragstermen. Wat wil men wél in plaats van wat wil men niet.

- Bij relatieproblematiek is het van belang dat cliënten aan elkaar laten weten wat zij wél van elkaar willen. Zonder hulp is dit voor hen moeilijk, omdat het uiten van wederzijdse verlangens hen tot nu toe niet tot elkaar brengt, integendeel.
- Het heretiketteren van individueel probleemgedrag naar interactioneel beïnvloed gedrag (‘wisselwerking’) zorgt ervoor dat klachten makkelijk te verhelpen zijn. Niemand krijgt de schuld van het bestaan van de klachten. Bijvoorbeeld wanneer een cliënt zich stiller en teruggetrokken opstelt als hij steeds kritiek krijgt van zijn partner op zijn passieve houding.
- De behandelaar wil bekrachtigingspatronen vanuit de omgeving vaststellen als die er zijn. Wanneer en hoe vaak krijgt de cliënt met bijvoorbeeld ziektevrees een geruststellende reactie van zijn partner?
- Ook is het nuttig om hulpbronnen genereren voor nu en in de toekomst: ‘Mag ik je vragen (straks) hulp te bieden bij het volgende...?’ Dat kan bijvoorbeeld het registreren zijn van klachten wanneer die zich voordoen. Of juist niet voordoen. Of het antwoord op de vraag: ‘Wat zou die ander (partner of gezinslid) kunnen doen of laten om de oplossing dichterbij te brengen?’
- Daarnaast kan de therapeut informatie geven over de behandeling en mogelijke vragen beantwoorden. ‘Wat gaan we wel en wat gaan we níet behandelen?’ Een belangrijke kwaliteit van de behandelaar is op dit punt het uitstralen en genereren van hoop want niet alleen de cliënt is gedemoraliseerd maar vaak ook (of soms zelfs nog meer) de directe omgeving.

‘Belangrijk is erkenning voor leed bij partners’

- Een heel belangrijk doel dat de motivatie sterk kan verhogen is erkenning geven voor het leed dat probleemgedrag teweeg kan brengen bij ‘naastbestaanden’. ‘Dat moet zwaar voor u zijn! Hoe houdt u dit vol!?’

WAT DOE JE PRECIES IN DE ZITTING?

- Bij de start heet je eenieder welkom en bedank je diegenen die speciaal zijn meegekomen en kondig je de volgende punten aan die jij op de agenda hebt gezet: bespreken van klachten, maar ook sterke punten, tevens (globaal) de levensgeschiedenis en zo nodig de relatie-geschiedenis.
- De opening verschilt niet sterk van een individuele taxatie. ‘Waar hoopt u op?’ ‘Welke factoren zijn er te vinden die bijdroegen aan ontstaan of verergering, en sinds wanneer? De behandelaar interviewt niet alleen de cliënt, maar ook de betrokkene uit de omgeving.
- Speciaal aan de partner of naastbestaanden wordt gevraagd wat zij merken van (de) klachten. Waar maken zij zich de meeste zorgen over? Hoe reageren zij als (de) klachten zich wel of niet voordoen? Wat zij denken dat er aan de hand is, hoe zij de gewenste oplossing zien en hoe zij daaraan willen en kunnen bijdragen.
- Bij ernstige verschillen van mening uitleggen (en soms herhalen) dat jij als therapeut er niet bij zit om iemand gelijk te geven of de schuld te geven. (‘Ik ben hier om zaken helderder te krijgen en niet om partij te kiezen. Soms zal ik ingrijpen en dat doe ik om iedereen de kans te geven zijn zegje te doen.’)
- Als er overeenstemming is over het behandelplan – inclusief SMART doelen – kan gestart worden met registratieopdrachten en dan kan de omgeving worden gevraagd daaraan een bijdrage te leveren door de cliënt te stimuleren huiswerk uit te blijven voeren of het eigen gedrag voorlopig niet of juist wel te veranderen of de omgeving (ook) te laten registreren.

HOE KRIJG JE ADEQUATE COMMUNICATIE IN DE ZITTING?

Als bij de eerste taxatie blijkt dat de communicatie tussen cliënt en omgeving problematisch verloopt, wordt getracht in een aantal zittingen deze communicatie te verbeteren. Dat gebeurt door instructie (bijvoorbeeld meegeven van de ‘regels voor een goed gesprek’, zie de bijlage), oefening in de zitting en door modeling door de therapeut. (Zie Lange, 2006, hoofdstuk 8.)

‘Zeg de ander eens hoe je het wél wil hebben.’

- Leer cliënten kritiek op positieve wijze te uiten in plaats van op een verwijtende manier. Indien mogelijk en passend vraagt de behandelaar de aanwezigen rechtstreeks met elkaar te praten over de wensen die zij hebben. Stel de vraag aan de criticus: ‘Zeg de ander eens hoe je het wél wil hebben.’
- Zorg ervoor dat één wens tegelijk besproken wordt. (dus niet: ‘Ik wil graag dat je op tijd thuiskomt en dan met mij een film gaat kijken en me vaker mee uit eten neemt en het dan als een verrassing aan me presenteert’). Therapeut: ‘Wat hiervan vind je het belangrijkste?’
- Laat cliënten concreet zijn en leer vaagheid en verhullend woordgebruik vermijden. Wat bedoelt de ander precies met ‘ik wil meer aandacht van hem!’? ‘Hoe ziet de juiste aandacht er precies uit?’ Wees als therapeut zelf model in duidelijkheid en rechtstreeksheid. Vermijd zo veel mogelijk woorden als ‘misschien’, ‘dat zou ongeveer kunnen’ of ‘je kunt het huiswerk proberen te doen’.
- Voorkom breedsprakigheid. Onderbreek de wijldropige spreker met ‘Mede gelet op de tijd moeten we door naar het volgende punt...’, ‘Wellicht hebben we straks tijd om daar nog even bij stil te staan...’ of ‘Ik ga u nu onderbreken. Onthoud dit punt voor straks als we daar nog tijd voor hebben. Nu het volgende...’.
- Leer cliënten echt te luisteren, met goed luistergedrag, zonder te interrumperen.
- Laat eerst samenvatten wat de luisteraar begrepen heeft van wat de ander zojuist heeft verteld voordat deze reageert. Deze aanpak heeft twee zaken tot gevolg: vertraging van het tempo, waardoor het gesprek rustig verloopt en het voorkomt ‘hakketakken’. Tevens krijgt de verteller/vragensteller het gevoel dat de ander echt geluisterd heeft.
- Leer dat er niet gepraat wordt over het verleden, ‘oude koeien uit de sloot halen’ om gelijk te krijgen: ‘Maar jij zei toen, jij deed toen zelf ook...’

- Zorg ervoor dat iemand niet ingaat op een niet-relevant foutje in het betoog van de ander. Dit is een veelvoorkomende truc en kan onderbroken worden door de vraag ‘Hoe helpt dit de oplossing dichterbij te brengen?’
- Laat cliënten niet blijven hangen in de waaromvraag. Soms zijn waaromvragen geen echte vragen naar de reden maar beschuldigingen zoals ‘Waarom doe jij altijd zó?!’ En bovendien houdt het vinden van een oorzaak (‘Waarom is het zo gegaan?!’) nog niet in dat daarmee de oplossing gevonden wordt. ‘Ook al weet je waardoor je fietsband lek is geraakt, dan nog is hij niet geplakt! De fietsenmaker hoeft ook niet te weten waardoor de band lek is geraakt om hem te kunnen plakken!’
- Leer cliënten de woorden ‘altijd’ en ‘nooit’ te vermijden, evenals het plakken van andere etiketten: ‘Jij bent altijd zo’n sloddervos.’
- Sta niet toe dat cliënten dooddoeners als goedpraten gebruiken. ‘Ik ben nu eenmaal zo!’ Leer de cliënten in plaats hiervan op een rustige manier een verzoek te weigeren. ‘Nee, ik wil niet met je afspreken elke dag om 18.00 thuis te zijn.’
- Zorg dat eenieder voor zichzelf spreekt. Partners of andere gezinsleden weten nog weleens wat goed voor de ander is. Soms weet een cliënt of partner de gedachten van de ander beter te ‘lezen’ dan dat de persoon het zelf weet. Nodig de spreker uit door: ‘Zeg eens wat het voor jón zo belangrijk maakt dat die ander verandert. Wat wens jij voor jezelf?’
- Leer afzwakkend woordgebruik te vermijden (‘Misschien vind ik het eigenlijk wel fijner als je me niet herinnert aan de afspraak’, ‘Eigenlijk hou ik meer van een romantische film dan van James Bond’).
- Voorkom beweringen in de vragende vorm: ‘Vind jij ook niet dat James Bond veel leuker is?’

‘Excuses maken is een kracht, geen zwaktebod’

- Stop een welles-nietesdiscussie na enige tijd en vraag ook dan weer ‘Hoe brengt deze manier van praten de oplossing dichterbij?’, gevolgd door: ‘Vertel die ander eens wat je wel begrijpt van het standpunt van de ander. Ook al ben je het er niet mee eens; wat begrijp je ervan?’

Bovenstaande communicatieadviezen zijn ook verkort opgeschreven op een te kopiëren A4’tje (zie pagina 25). De therapeut kan dat aan cliënten geven om thuis te laten lezen, maar ook kan het in de beginfase op het bureau liggen ter herinnering aan het feit dat er in de zitting adequate communicatie geoefend wordt.

VERDERE COMMUNICATIETIPS

- Streef naar positieve etiketten voor iemands gedrag. De drijfveren achter iemands gedragingen zijn vaak goedbedoeld maar de uitvoering is niet altijd even handig.
- Leer cliënten dat een mening een mening is en geen feit. Therapeut zegt: ‘Als jij zo zegt: Het is zo dat die ander denkt, voelt, vindt, bedoel je dat jouw mening is dat...?’
- Wees niet bang om cliënten in de rede te vallen. Het is soms nodig. ‘Ik ga je in de rede vallen want in verband met ...’ (de tijd, de agressiviteit, respectloosheid, het beschadigende karakter, na drie keer is het nu wel duidelijk, etc.).
- Voorkom het gebruiken van humor als wapen om een antwoord te omzeilen of om de ander voor gek te zetten. Therapeut: ‘Je opmerking is misschien grappig bedoeld maar ik zie de ander er niet om lachen.’
- Accepteer geen ‘jij-bak’ waarbij er niet ingegaan wordt op het argument, maar de beschuldiging omgedraaid wordt. De een zegt tegen de ander: ‘Ik vind het vervelend als jij geen antwoord geeft op mijn vraag!’ De ander: ‘Alsof jij altijd keurig antwoord geeft!’ Therapeut: ‘Zullen we jullie punten stuk voor stuk bespreken? Nu lopen jullie beide meningen en wensen door elkaar heen. Jij was eerst...’
- Moedig cliënten aan oprechte excuses te maken voor hun gedrag. Excuses maken is een kracht, geen zwaktebod (*Sorry seems to be the Hardest Word* is een relevant nummer in dit verband).

WAT VOOR HUISWERK GEEF JE OP AAN CLIËNT EN OMGEVING?

Als de omgeving betrokken is, worden net als in individuele behandeling vaak huiswerkopdrachten gegeven, zoals registratieopdrachten, exposureopdrachten, cognitieve interventies. We beperken ons hierbij tot een paar voorbeelden die specifiek zijn voor de door ons beschreven aanpak.

REGISTRATIE-/ BEZINNINGOPDRACHT

Zie ook Lange, 2006, hoofdstuk 7. Dit houdt in dat cliënt naast het registreren van de klacht (bijvoorbeeld een depressieve bui) zich ook terugtrekt om zich te bezinnen. Hiermee wordt het interactionele patroon doorbroken waarbij depressief gedrag tot extra aandacht door de omgeving leidt. Zie voorbeeld van Anja hierboven. Personen uit de omgeving kunnen ook een registratieopdracht krijgen ter ondersteuning van de cliënt. Of ze bespreken dagelijks met hun partner wat er ontdekt is.

IRRITATIE-OPSCHRIJFOPDRACHT

Cliënt en betrokken omgeving/persoon noteren wat ze anders zouden willen op het moment dat ze zich ergeren aan de ander. Dit in plaats van het direct uit spreken van die ergernis. Die komt er anders nog wel eens te fel en onnodig kwetsend uit.

SPARRINGPARTNEROPDRACHT

Als een subassertieve cliënt moeite heeft met een dominante partner, zijn we misschien geneigd de partner te vragen zich meer in te houden. Een sterkere variant, vooral als de partner mogelijk moeite heeft te veranderen, is dan om de partner juist te vragen zich dominant te gedragen, als sparringpartner, opdat cliënt kan oefenen zich te verweren tegen dominante anderen.

Hierbij krijgt bijvoorbeeld een cliënte met assertiviteitsproblemen de opdracht om nee te zeggen tegen de partner. Deze krijgt de opdracht om niet vriendelijk en meegaand te reageren, maar juist zijn dominante, onvriendelijke stijl te handhaven of te versterken, opdat zijn partner hiermee goed kan oefenen.

REGELS VOOR EEN GOED GESPREK

Uit te delen aan de belangrijke mensen in het netwerk.

- Uit wensen in plaats van verwijten.
- Eén wens tegelijk.
- Wees concreet.
- Hou het kort.
- Luister en laat uitpraten.
- Vat samen of herhaal in eigen woorden.
- Geen 'oude koeien uit de sloot halen'. Het verleden is vandaag voorbij.
- Mis de boodschap niet door op een gedeelte ervan in te gaan of door zijwegen in te slaan.
- Laat de waaromvraag achterwege (tenzij uit oprechte interesse).
- Geen etiketten plakken ('Jij luistert nooit', 'Jij altijd met je gezeur').
- Gebruik geen doodoeners ('Jij zit nou eenmaal zo en zo in elkaar').
- Spreek voor jezelf en niet voor de ander. Denk niet voor de ander.
- Zwak de boodschap niet af ('misschien, eigenlijk'). Start met uit te spreken hoe jij het zou willen als jij het voor het zeggen had.
- Doe geen beweringen in de vragende vorm ('Moet ik soms ook net als jij...?!', 'Denk jij dat ik het fijn vind om...?').
- Als de discussie welles-nietes wordt: even stoppen. Beter even geen communicatie dan beschadigende communicatie.

LITERATUUR

- Lange, A. (1981). Waarom individuele Gedragstherapie?. *Gedrags-therapeutisch Bulletin*
- Lange, A. (2006). *Gedragsverandering in gezinnen*
- Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving (2017). *Zonder context geen bewijs. Over de illusie van evidence-based practice in de zorg*
- Landelijk Platform GGz (2016). *Handleiding Familiebeleid GGZ*
- Meekeren, Van & Baars (2011). *Psychische stoornissen en naast-betrokkenen*
- Meekeren, Van & Baars (2013). *Een psychische stoornis heb je niet alleen*
- Keijsers, G. et al. (2017). *Protocollaire behandelingen voor volwassenen met psychische klachten*
- Savenije, A.; Lawick, J. van; & Reijmers, E. (red.) (2014). *Handboek systeemtherapie*

28

*Uitgave ter gelegenheid van het
VGct-najaarscongres
Utrecht, november 2017
Redactie en productiebegeleiding:
Joris van Waveren (VGct)
Vormgeving: hollandsdiepontwerp.nl
Omslagillustratie: Shutterstock*