

CGT & PMT → OK?

*Over de integratiemogelijkheden van
cognitieve gedragstherapie binnen PMT*

Carina Küh
Casestudy
School of Human Movement and Sports
PMT&BA
januari - mei 2009

Begeleider: Ad van de Ven
Beoordelaar: Hans Knegtering

Voorwoord

Deze casestudy heb ik geschreven als afstudeeropdracht voor de opleiding Psychomotorische Therapie en Bewegingsagogie. Door het lopen van mijn eindstage op de afdeling psychiatrie van het UMC St Radboud te Nijmegen, ben ik tot het onderwerp van deze casestudy gekomen. Binnen de zorglijn depressie werken ze via de cognitieve gedragstherapie, ik wilde me graag verdiepen hierin en vervolgens de koppeling naar PMT praktijk onderzoeken.

In dit voorwoord wil ik graag gebruik maken van de gelegenheid om mijn stagebegeleiders van het UMC St Radboud te bedanken. Door middel van hun PMT sessies heb ik ervaring op kunnen doen in het toepassen van cognitieve gedragstherapie principes binnen de PMT. Verder hebben we veel gesprekken gehad over de verschillende ervaringen, die me veel nieuwe inzichten hebben opgeleverd.

Als tweede wil ik mijn scriptiebegeleider, Ad van de Ven, bedanken voor zijn feedback tijdens het proces van het maken van deze casestudy. Mijn scriptiebeoordelaar, Hans Knegtering, wil ik ook niet vergeten. Bedankt voor de goede boektip aan het begin van mijn proces.

Arnhem, mei 2009.
Carina Küh

Samenvatting

Naar aanleiding van de manier van werken op mijn stageplek, de afdeling psychiatrie van het UMC St Radoud, ben ik gefascineerd geraakt door de combinatie van cognitieve gedragstherapie (CGT) en PMT. In deze casestudy is er eerst onderzocht welke principes er bestaan binnen de CGT, waarna ook stilgestaan is bij de theorie, de modaliteiten, van de PMT. De casus uit deze scriptie gaat over een depressiegroep, waardoor ervoor gekozen is om vanuit verschillende kaders naar deze stoornis te kijken. Vervolgens is de casus verder uitgewerkt, aan de hand van praktijkervaring. Tenslotte wordt er gekeken naar de integratiemogelijkheden van de CGT principes binnen PMT.

De cognitieve gedragstherapie is ontstaan vanuit de cognitieve, en de gedragstherapie. Deze stroming ontstond als reactie op de psychoanalytische manier van werken van Freud.

Gedragstherapeuten waren van mening dat je alleen met waarneembaar gedrag bezig moest zijn, cognitieve therapeuten gaan ervan uit dat disfunctionele opvattingen en gedachtepatronen ten grondslag liggen aan psychiatrische problematiek. De combinatie ervan heeft geleid tot cognitieve gedragstherapie, een therapie die erg effectief gebleken is.

Binnen de CGT gaan ze ervan uit dat gedachten van invloed zijn op het gedrag en gevoelens. Bij een depressie ziet het er dan als volgt uit: iemand heeft negatieve gedachten over zichzelf, hierdoor vermijdt hij activiteiten, waardoor hij zich somber voelt. Door deze gedachten aan te pakken, kun je de negatieve cirkel doorbreken. Binnen de CGT zijn veel principes beschreven, waaronder: kernopvattingen, intermediaire opvattingen, automatische gedachten, leefregels en denkfouten. Dit zijn allemaal kennisstructuren die van invloed zijn op het handelen en voelen van mensen. Deze structuren worden dan ook aangepakt wanneer je volgens dit kader de behandeling aangaat. Om deze aan te kunnen pakken, hebben ze verschillende technieken ontwikkeld, zoals het gedachterapport en het gedragsexperiment.

Binnen de PMT wordt gewerkt met drie modaliteiten: oefenen, ervaren en ontdekken. Oefenen is een modaliteit die voortkomt uit de cognitieve gedragstherapie, maar ervaren neemt ook een belangrijke plaats in wanneer je volgens dit kader werkt. Door de nieuwe ervaringen die je opdoet binnen het oefenen met ander gedrag, zal de behandeling kunnen beklijven. Bij beide modaliteiten ben je voornamelijk in het hier en nu bezig. Bij de modaliteit ontdekken werk je meer in het verleden, draait het om het onderzoeken van familierelaties en de verschillende ontwikkelingsfasen.

Depressie kan vanuit verschillende referentiekaders bekeken worden, waarin iedereen zijn eigen verklaring voor het ontstaan van de depressie heeft en daarmee ook een andere behandeling ervoor heeft. De casus die in deze casestudy centraal staat is de tweedaagse dagbehandeling groep, 2b, van het UMC St Radboud, voor mensen met een recidiverende depressie. Uit het onderzoeken van de casus is gebleken dat alle cliënten last hebben van het symptoom overmatig piekeren. Verder hebben ze allemaal verschillende heftige *live events* meegemaakt, bijvoorbeeld seksueel misbruik, waarin ieder in minder of meerdere mate traumatische ervaringen in heeft opgedaan. Bovendien hebben ze bijna allemaal werkgerelateerde problemen. Naast deze ervaringen heeft een ieder uit zijn jeugd verschillende belemmerende boodschappen meegekregen, waar kernopvattingen uit zijn gevormd, die mede oorzaak (kunnen) zijn van het ontstaan van de depressie.

Bij de PMT wordt enerzijds veel aandacht besteed aan het in beweging komen en de effecten hiervan te laten ervaren en te benoemen. Anderzijds wordt er ook veel aandacht besteed aan thematisch werken, waar veel aandacht is voor belemmerende gedachten, die op dat moment spelen. Er wordt gewerkt binnen de modaliteiten oefenen en ervaren.

Uit het onderzoeken is gebleken, dat de uitgangspunten van CGT en PMT overeenkomen, waardoor hier al een gemakkelijke integratie plaatsvindt. PMT biedt bij uitstek een goede mogelijkheid tot het uitvoeren van gedragsexperimenten in de zaal. Bovendien kun je in je arrangement letterlijk laten zien dat mensen meerdere opties hebben, een belangrijk aspect binnen de CGT. Binnen de PMT kun je extra, 'beleefde' informatie van de cliënt verkrijgen, naast dat er binnen de CGT bedachte, teruggehaalde informatie naar boven komt. Doordat de cliënten letterlijk in de ervaring komen, kun je ze op dat moment gemakkelijker bewust maken van de cognitieve aspecten en processen. Bovendien kun je ze door middel van verschillende technieken bewust maken, in de ervaring, van de invloed van hun cognitieve processen op hun handelen en voelen.

De conclusie is dat de verschillende CGT principes goed toepasbaar zijn binnen de PMT. Binnen de discussie wordt echter opgemerkt dat je niet al teveel gebruik moet maken van de CGT technieken, omdat dit ten koste zou gaan van de kwaliteiten van de PMT.

Inleiding

Deze scriptie is het resultaat van mijn zoektocht naar het kunnen toepassen van de manier van werken van de instelling, binnen mijn therapie. Op mijn stageplek, het UMC St Radboud in Nijmegen (afdeling psychiatrie), wordt binnen de zorglijn depressie veel gewerkt via de cognitieve gedragstherapie. De vaktherapeuten hebben hier allemaal, in meer of mindere mate, cursussen/scholingen in gevolgd. Hoe ze dit binnen de vaktherapieën integreren, daar ben ik erg nieuwsgierig naar. Gezien mijn opleiding, wil ik het onderzoeken van de vaktherapieën beperken tot de PMT. Een andere manier van inkaderen die ik wil toepassen, is het kiezen van één groep, gezien het feit dat er veel verschillende groepen zijn. Deze casestudy zal gaan over één van de twee tweedaagse dagbehandelingsgroepen, dit zijn groepen voor mensen met een recidiverende depressie.

De betreffende groep, 2b, is op de maandag en donderdag aanwezig op afdeling psychiatrie van het UMC St Radboud, waar zij een dagvullend therapieprogramma volgen. Binnen het behandelaanbod voor 2b wordt er gewerkt volgens de cognitieve gedragstherapie. Binnen de PMT wordt er impliciet en soms expliciet gewerkt via deze CGT methode en dit fascineert me. Graag wil ik mij verdiepen in de verstaalslag van CGT naar PMT, oftewel integratie van CGT principes binnen de PMT.

Deze fascinatie is vertaald in de volgende vraagstelling:

- Hoe kunnen principes vanuit de CGT binnen de PMT geïntegreerd worden, bij mensen met een recidiverende depressie?

Om tot de beantwoording van deze vraagstelling te komen, zijn er de volgende deelvragen bedacht:

- Welke principes zijn er binnen de cognitieve gedragstherapie?
- Welke modaliteiten zijn er binnen de PMT?
- Welke principes (en technieken) vanuit de CGT worden er toegepast binnen groep 2b en hoe wordt dit gedaan?

Verantwoording vraagstelling

De psychologische stroming cognitieve gedragstherapie is ontstaan uit een combinatie van gedragstherapie en cognitieve therapie. Men is 15 jaar geleden begonnen met deze combinatie te maken en deze geïntegreerde therapievorm is steeds populairder geworden, omdat hij zeer effectief gebleken is. De kern van cognitieve gedragstherapie komt neer op het volgende, disfunctionele kernopvattingen zorgen voor belemmerende gedachten, die het gedrag en het gevoel van mensen beïnvloeden, waardoor men een stoornis kan ontwikkelen. In de therapie draait het om het bijstellen van die belemmerende gedachten en uiteindelijk de kernopvattingen, zodat de stoornis verholpen kan worden.

Op dit moment wordt er op veel plekken mee gewerkt en dus is het voor de PMT goed om zich hier ook in te verdiepen, zodat er een geïntegreerd behandelaanbod gegeven kan worden. Binnen de tweedaagse dagbehandelingsgroep op het UMC St Radboud is hier al aandacht voor geweest. Dit heeft mijn interesse gewekt en binnen deze casestudy wil ik graag de theorie koppelen aan de praktijk. Oftewel onderzoeken wat voor technieken er bestaan binnen de cognitieve gedragstherapie, dit wordt door literatuur onderzoek uitgezocht. In de praktijk wordt onderzocht, hoe deze technieken worden toegepast binnen de PMT, met eventueel nog aanvullende mogelijkheden vanuit de theorie, zodat er uiteindelijk een compleet overzicht ontstaat van de integratiemogelijkheden van de cognitieve gedragstherapie principes in de PMT.

Doel in

Onderzoeken van de mogelijkheden van integratie van de CGT principes binnen PMT voor mensen met een recidiverende depressie, die in dagbehandeling zijn.

Doel van

De PMT'er kan de manier van werken in de psychomotorische therapie aan laten sluiten bij de verbale CGT, voor een tweedaagse dagbehandelingsgroep voor mensen met een recidiverende depressie, zodat er een geïntegreerd behandelaanbod ontstaat.

Opbouw

In het eerste hoofdstuk wordt ingegaan op de theorie over cognitieve gedragstherapie, het ontstaan ervan en de huidige principes van de CGT worden beschreven, daarnaast zal de theorie over PMT aan bod komen.

Vervolgens zal er in hoofdstuk twee een toespitsing van de theorie plaatsvinden op één stoornis, namelijk de depressie, de stoornis die centraal staat in de casus.

In hoofdstuk drie zal de casuïstiek centraal staan, over de tweedaagse dagbehandelinggroep voor mensen met een recidiverende depressie, van het UMC St Radoud.

Waarna in hoofdstuk vier de mogelijke toepassingen van de CGT principes binnen de PMT van de tweedaagse dagbehandeling beschreven worden.

Daarna is er een hoofdstuk gewijd aan de conclusie, waarin nadat er een samenvatting gegeven is, de vraagstelling beantwoord zal worden en het *doel in* en *doel van* geëvalueerd zullen worden.

Tenslotte wordt in het laatste hoofdstuk aandacht besteed aan discussie en aanbevelingen.

Inhoudsopgave

Voorwoord	pag. 2
Samenvatting	pag. 3
Inleiding	pag. 4
Hoofdstuk 1. Theorie cognitieve gedragstherapie en PMT	pag. 7
1.1. Gedragstherapie	pag. 7
1.2. Cognitieve therapie	pag. 8
1.3. (Geïntegreerde) Cognitieve gedragstherapie	pag. 9
1.4. Principes uit de CGT	pag. 10
1.4.1. Uitgangspunt invloed van denken, op voelen en handelen	pag. 10
1.4.2. Kernopvattingen	pag. 10
1.4.3. Intermediaire opvattingen	pag. 11
1.4.4. Leefregels	pag. 11
1.4.5. Automatische gedachten	pag. 11
1.4.6. Denkfouten	pag. 11
1.4.7. Drie cognitieve processen	pag. 12
1.4.8. Gedachterapport	pag. 13
1.4.9. Gedragsexperiment	pag. 13
1.4.10. Meerdimensionaal evalueren	pag. 14
1.4.11. Taartpuntechniek	pag. 14
1.5. PMT modaliteiten	pag. 15
1.5.1. Ontdekken	pag. 15
1.5.2. Ervaren	pag. 15
1.5.3. Oefenen	pag. 16
Hoofdstuk 2. Depressie	pag. 17
2.1. Depressie vanuit verschillende referentiekaders	pag. 17
2.1.1 Cognitief gedragstherapeutisch kader	pag. 18
2.1.2. Psychoanalytisch kader	pag. 18
2.1.3. Cliënt centered kader	pag. 18
2.1.4. Biopsychosociaal model	pag. 19
Hoofdstuk 3. Casus	pag. 20
3.1. Classificerende invalshoek	pag. 20
3.1.1. Binnen de PMT	pag. 21
3.2. Hermeneutische invalshoek	pag. 22
Hoofdstuk 4. Methodiek	pag. 23
4.1. Overeenkomst uitgangspunt CGT en PMT	pag. 23
4.2. Gedragsexperiment in de zaal	pag. 23
4.3. Extra informatie voor de CGT	pag. 24
4.4. Zichtbaar maken van mogelijke opties	pag. 24
4.5. Cognitieve aspecten op zoeken	pag. 25
4.6. Benoemen van cognitieve processen	pag. 25
4.7. Gedachterapport in de zaal	pag. 25
4.8. Meerdimensionaal evalueren in de zaal	pag. 25
4.9. Taartdiagram in de zaal	pag. 27
Hoofdstuk 5. Conclusie	pag. 29
Hoofdstuk 6. Discussie en aanbevelingen	pag. 31
6.1. Discussie	pag. 31
6.2. Aanbevelingen	pag. 31
Literatuurlijst	pag. 32

Hoofdstuk 1. Theorie cognitieve gedragstherapie en PMT

Zoals de naam al laat zien, is cognitieve gedragstherapie ontstaan uit twee vormen van therapie: cognitieve therapie en gedragstherapie. Vandaar dat deze vormen van therapie eerst apart beschreven zullen worden, waarna er stilgestaan wordt bij de integratie van deze therapievormen tot geïntegreerde cognitieve gedragstherapie.

1.1. Cognitieve therapie

Eén van de reacties op de psychoanalytische vorm van therapie bedrijven, is de cognitieve therapie, deze heeft zich vooral vanaf de jaren zestig ontwikkeld (Weerman, 2006). Albert Ellis en Aaron Beck zijn de grondleggers van deze vorm van therapie. Beiden zijn zij van oorsprong psychoanalytisch georiënteerde therapeuten. Ze hebben los van elkaar een eigen variant van cognitieve therapie ontwikkeld, omdat ze minder genoegen namen met de psychoanalytische opvatting. Bovendien bleek de aangetoonde effectiviteit van deze vorm van therapie gering te zijn. Ze merkten dat bij veel patiënten inzicht en herbeleving van de oorsprong van hun probleem (in de kindertijd) niet voldoende waren.

Ellis (1962) richtte zich in zijn behandelmethode vooral op irrationele gedachten en heeft het rationeel emotieve therapie (RET) genoemd. Waar hij overigens later de naam heeft gewijzigd in RE(B)T, waarin de B voor *behaviour* staat. Gedragsverandering is namelijk altijd al een belangrijk element in zijn behandelmethode geweest.

Beck (1964) noemde zijn behandelmethode cognitieve therapie en richtte zich aanvankelijk vooral op cognitieve basisschema's. Zelf definieert Beck cognitieve therapie zo: 'cognitieve therapie kan het best opgevat worden als het werken met een cognitief model van een bepaalde stoornis, waarbij een verscheidenheid van methoden wordt gebruikt, die tot doel hebben disfunctionele ideeën en wijzen van informatie verwerken, die kenmerkend zijn voor de desbetreffende stoornis, te veranderen.' (Kuehlwein, 2004).

Zowel Ellis als Beck was het niet eens met de psychoanalytische opvatting dat emotionele problemen doorgaans een onbewuste oorsprong hebben, bovendien reageerde zij ook op de gedragstherapeuten die zich uitsluitend met gedrag bezighielden. Ellis en Beck ontdekten namelijk dat cognitieve zaken, zoals 'aandacht', 'geheugen' en 'waarneming', verschillend zijn bij mensen met verschillende problemen en dat zij bij hen tot eenzijdige cognities kunnen leiden. Zij ontdekten dat wat de gedragstherapeuten een 'stimulus' noemde, niet bij iedereen hetzelfde effect had. Dezelfde stimuli worden door verschillende mensen verschillend geïnterpreteerd. Bijvoorbeeld iemand met een angststoornis, ziet overdreven veel gevaar en interpreteert allerlei gebeurtenissen snel als 'gevaarlijk'. (Weerman, 2006).

Ellis en Beck gaan er beiden vanuit dat foutieve of disfunctionele interpretaties ten grondslag liggen aan veel soorten psychopathologie. Dit wil niet zeggen dat Beck denkt dat ze de oorzaak zijn voor de stoornis, hij is hier voorzichtig in, aangezien onderzoek nog geen sluitende verklaring heeft opgeleverd. Hij denkt echter wel dat de disfunctionele ideeën de stoornis in stand houden en het moeilijker wordt om de problematiek te verminderen. (Kuehlwein, 2004). Beck en Ellis gaan er daarmee vanuit dat wanneer je deze interpretaties verholpen hebt, de stoornis daarmee ook grotendeels voorbij is. Hiervoor hebben ze allebei zoekschema's en therapeutische procedures ontwikkeld, zodat je disfunctionele interpretaties kunt opsporen, om ze vervolgens te kunnen corrigeren. (Korrelboom & ten Broeke, 2004).

Zoals in de vorige alinea al duidelijk werd, bestaan er op het niveau van het therapeutisch aangrijpingspunt geen verschillen tussen beide benaderingen. Waar het verschil wel in zit, is het niveau van de therapeutische context. De manier waarop ze patiënten benaderen, verschilt nogal. Waar Beck graag gebruik maakt van de socratische dialoog, om patiënten zelf tot inzicht te laten komen, maakt Ellis liever gebruik van overreding en confrontatie. Bovendien ziet Ellis zijn manier van werken meer als een stijl van leven, voor Beck geldt dit niet. Hij is de laatste jaren meer aansluiting gaan zoeken bij de cognitieve wetenschap, waar Ellis zich ver vanaf houdt. Hierdoor heeft de cognitieve therapie van Beck een andere ontwikkeling meegemaakt dan de RE(B)T van Ellis. Door onderzoeken die veel gedaan zijn, zijn er veel geprotocolleerde interventies ontstaan binnen de cognitieve therapie, bovendien is er veel meer gecontroleerd effectonderzoek naar gedaan. Korrelboom en ten Broeke (2004) stellen dat Beck's cognitieve therapie hierdoor in Nederland de meest invloedrijke, cognitief therapeutische stroming geworden.

Binnen de cognitieve therapie wordt er gewerkt met een cognitief model. Er wordt sterk de nadruk gelegd op de invloed die cognities (gedachten, beelden en opvattingen) hebben op het voelen en handelen. Zij gaan er vanuit dat emotionele reacties in sterke mate afhangen van de wijze waarop gebeurtenissen en situaties worden geïnterpreteerd. Het gaat hierbij dan zowel over de aard (bijv. angst, of woede), als om de intensiteit (beetje, of heel erg) van de emotionele reactie. De emotionele reactie komt tot uitdrukking in gedrag en in lichamelijke reacties. Bijvoorbeeld wanneer iemand met smetvrees ervan overtuigd is dat een deurklink enorm veel bacteriën bevat en hij daardoor een ernstige ziekte zou krijgen, wanneer hij deze aan zou raken, zal hij angstig zijn voor deurklinken. Dit kan zich uiten in het vermijden van (het aanraken van) deurklinken, paniekerig worden wanneer hij in de buurt komt, zweet uitbraken e.d.

Wanneer je een dan een cognitief model met iemand op zou stellen, kun je diegene helpen om ervaringen begrijpelijk te maken. "Uitgangspunt hierbij is dat mensen gedurende hun leven voortdurend worden geconfronteerd met de noodzaak om de wereld om hen heen te begrijpen. Vanuit de interactie tussen aangeboren predisposities¹ en ervaringen met die wereld, ontstaan cognitieve schema's.", aldus Korrelboom en ten Broeke (2004). Hoe die schema's in elkaar zitten en welke technieken hiervoor worden gebruikt, is beschreven in paragraaf 1.4.

1.2. Gedragstherapie

Gedragstherapie komt deels voort uit de behavioristische wetenschapstraditie en is eind jaren vijftig, begin jaren zestig ontstaan. Het behaviorisme zette zich sterk af tegen de psychoanalytische therapieën, omdat ze vonden dat zij zich niet met vage, niet te controleren, zaken bezighielden. De behavioristen wilden dat de psychologie zich kon spiegelen aan natuurwetenschappen, waardoor de onderzoeksmethodes hiernaar objectief moesten zijn, zodat het om wetenschappelijk onderzoek ging. Het onderzoeken van de geest, of van cognities, was niet objectief, daarom werd er alleen naar het gedrag gekeken. Ze onderzochten de relatie tussen observeerbare prikkels en observeerbaar gedrag, oftewel de stimulus-respons-relaties.

"Deze wetenschapsfilosofische houding is duidelijk terug te zien in de werkwijze van de eerste gedragstherapeuten, men ging uit van reflexmatige modellen van conditionering", aldus Korrelboom en ten Broeke (2004). Er ontstonden twee vormen van conditionering. De operante vorm, waar Thorndike de grondlegger van is en de klassieke conditionering van Pavlov.

Vanuit de operante conditionering zijn er verschillende procedures ontwikkeld, door bepaalde gedragingen te bekrachtigen en tegelijkertijd aan andere gedragingen bekrachtiging te onthouden, waardoor disfunctionele gedragspatronen kunnen worden veranderd. Een voorbeeld uit de opvoeding van kinderen volgens deze theorie. Wanneer een kind de voeten veegt als het binnenkomt, geef je het kind een knuffel en zeg je dat het goed vindt dat hij zijn voeten heeft geveegd. Wanneer het kind zijn voeten niet geeft, zeg je dat je niets. Op deze manier zal het kind vaker zijn voeten willen en gaan vegen, omdat dit gedrag is bekrachtigd.

Vanuit de Pavloviaanse manier van werken, zijn er methodes ontwikkeld om onder andere (ziekmakende) angst te verminderen. Ze bekeken eerst wat voor stimulus-respons-relatie er aanwezig was, bijvoorbeeld: hoogte – angst. Als je degene confronteert met hoogte, maar ondertussen zorgt voor een andere respons, bijvoorbeeld door ontspanningsoefeningen, kan de oude respons voor de stimulus afnemen, dus wordt je minder angstig voor de hoogte.

Iemand die veel betekend heeft voor de vertaling van de operante manier van werken naar therapeutische interventies, is Skinner. Dit zorgde er eerst voor dat er letterlijk werd gewerkt met beloningen voor patiënten, dit werden 'tokens' genoemd. Deze konden ze opsparen om daarmee vrijheden en gunsten te verdienen (Korrelboom & ten Broeke, 2004). Deze manier van werken is echter nooit echt een succes geworden, omdat men van mening was, dat je op deze manier patiënten meer behandelde als dieren, dan als mensen. Wat hieruit nog wel heeft doorgewerkt, is dat therapeuten uit bijna alle stromingen alert zijn op gewenst gedrag van patiënten en hier aandacht en bevestiging voor geven

Verder zie je in de praktijk dat gedragstherapeuten stellen dat iemand met problemen, dus ook emotionele problemen als een depressie, op de een of andere manier verkeerd gedrag heeft aangeleerd, of bepaald gedrag misschien überhaupt niet heeft geleerd. Dit wil zeggen dat ze er ook vanuit gaan dat je iemand 'beter' kunt maken, door iets aan of af te leren. Praten over emoties en

¹ Predisposities houdt in dat je bijzonder vatbaar bent voor zekere aandoeningen (Geerts en Heestermans (1995)

problemen heeft volgens hen niet zoveel zin, die houden de problemen eerder in stand. Deze therapeuten gaan vooral veel doen met cliënten, zodat ze nieuwe vaardigheden onder de knie kunnen krijgen, hiervoor maken ze veel gebruik van *exposure*. Dit houdt in dat je wordt blootgesteld aan datgene waar je bang en benauwd voor bent. Er bestaan twee vormen van *exposure*, namelijk *exposure in vivo* en *exposure in vitro*. *In vivo* houdt in dat je situaties waar de cliënt bang voor is, in het echte leven aangegaan worden, bijvoorbeeld de straat op met iemand met straatvrees. *In vitro* betekent dat er situaties nagebootst worden, zodat je in kunstmatige situaties nieuw gedrag aan kunt leren. In beide vormen van *exposure* kun je de moeilijkheidsgraad variëren. De therapeut zorgt ervoor dat er in kleine stapjes opgebouwd kan worden, zodat succes bijna verzekerd is, de angst uitdooft en de cliënt steeds meer aandurft.

Zoals in de alinea hierboven beschreven is, waren deze therapeuten vooral gericht op het *doen*. Hierdoor is de link naar PMT alvast gemakkelijk te leggen, gezien het karakter van de psychomotorische behandelsetting. De *exposure in vitro* is bij uitstek geschikt om toe te passen in de zaal tijdens de PMT. Een psychomotorisch therapeut is gespecialiseerd in het arrangeren en manipuleren van activiteiten, waardoor er situaties goed nagebootst kunnen worden. Op deze manier kan de cliënt, stapsgewijs, nieuw gedrag aanleren, als voorbereiding op de *exposure in vivo*.

In de theorie is te lezen dat er binnen de behavioristische manier van werken, altijd is gezocht naar externe aanleiding voor gedrag, de stimuli. Er is echter nooit gekeken naar wat er zich 'binnen in' de patiënt afspeelde. Via het observeren van het organisme, eerst kijkend naar fysiologische toestanden en processen van motivatie, kwam er geleidelijk meer ruimte om te kijken naar cognities en persoonlijkheidskenmerken. Ze zijn tegelijkertijd meer van de theorie afgestapt en meer gaan kijken naar wat er in de praktijk werkt. Hieruit is de *evidence based* therapie ontstaan, dit houdt in dat de mate waarin een therapie succesvol is om klachten te verminderen, het uitgangspunt is geworden.

Zoals in de laatste alinea te lezen is, gaf het alleen kijken naar het waarneembare gedrag niet meer de voldoening waar ze naar zochten. Ze wilden meer weten van wat er 'binnen in' de mensen gebeurde, onder andere naar wat zijn de gedachten en beweegredenen van mensen.

1.3. (Geïntegreerde) Cognitieve gedragstherapie.

Zowel de traditionele gedragstherapie, als de traditionele cognitieve therapie heeft als basis de hechte onderlinge samenhang tussen gedrag, cognitie en emotie. In de praktijk van beiden is al langer te zien dat ze van 'elkaars' specialiteit gebruik maken. Binnen de cognitieve therapieën werd altijd al gebruik gemaakt van een soort gedragsexperimenten om tot cognitieverandering te komen. Het is gemakkelijker om je cognitie te veranderen en het te geloven, wanneer je letterlijk ondervindt dat je voorspelling niet uitkomt, dan wanneer je dit alleen maar wordt verteld. Evenzo maakten gedragstherapeuten al gebruik van cognitieve interventies. Dit staat niet expliciet in hun theorie beschreven, maar in de praktijk is het vaak nodig geweest om eerst disfunctionele gedachten weg te nemen, of te weerleggen, voordat iemand zich aan *exposure* durft te wagen.

Vanuit verschillende theoretische ontwikkelingen is gebleken dat beide therapieën zich meer zijn gaan openstellen voor elkaars interventies. Binnen het behaviorisme hebben de cognities een belangrijkere plaats gekregen. Wanneer iemand een prikkel waarneemt, associeert hij dat ergens mee. Die associatie is dat wat wordt geleerd.

Gedrag heeft ook steeds meer een plaats gekregen binnen de opvattingen in de psychologie over cognitie en emotie. Gedrag werd altijd al gezien als de uitkomst van emotie (emotie dient ertoe om gedrag te initiëren in situaties die betekenisvol zijn voor de betreffende persoon), nu wordt het echter ook gezien als een effectieve methode om cognities en emoties te veranderen.

Uit onderzoeken naar de verschillen in effectiviteit van gedragstherapie en cognitieve therapie is gebleken dat beide therapieën doorgaans in dezelfde effecten resulteren. Ze zijn even sterk in klachtreductie, het blijkt echter ook zo te zijn dat gedragstherapie leidt tot cognitieve veranderingen en cognitieve therapie tot gedragsveranderingen. Hieruit is de veronderstelling ontstaan dat beide therapieën, weliswaar via hun eigen werkwijze, dezelfde pathologische mechanismen beïnvloeden. (Korrelboom & ten Broeke, 2004).

In de praktijk zijn er nog van oorsprong gedragstherapeuten en cognitieve therapeuten die zich inmiddels ook herkennen onder de noemer cognitieve gedragstherapie. Zo hebben cognitieve gedragstherapeuten een groot aantal gemeenschappelijke kenmerken. Ze werken bij voorkeur met protocollen, richtlijnen, of stappenplannen; ze werken directief en zien veranderingen eerder in de

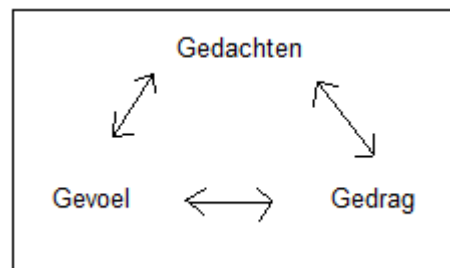
thuisituatie plaatsvinden door middel van huiswerk, dan in de therapieruimte. Bovendien maken ze even gemakkelijk gebruik van interventies, die effectief gebleken zijn, vanuit de oorspronkelijke gedragstherapie, als effectieve interventies vanuit de oorspronkelijke cognitieve therapie.

In de praktijk gaat men vaak na of er vooral sprake is van gedragsproblemen, of van problemen in de betekenisverlening. Hoewel beide problemen waarschijnlijk niet van elkaar te scheiden zijn, wordt er wel gekeken naar waar het accent komt te liggen. De gedragsproblemen worden weergegeven in de functieanalyse, waarbij nagegaan wordt wat de consequenties van het gedrag zijn. De betekenisanalyse kan verheldering brengen voor de betekenisverlening, hierin wordt bekeken hoe een situatie door iemand wordt geïnterpreteerd. (Weerman, 2006).

1.4. Principes uit de CGT

1.4.1. Uitgangspunt invloed van denken, op voelen en handelen

Zoals al eerder benoemd werd, gaat de CGT er vanuit dat de cognities van een mens in sterke mate het gevoel en het handelen beïnvloeden. Oftewel de emotionele reactie van een persoon hangt af van de gedachten en interpretaties iemand heeft van de feitelijke gebeurtenis. Dit geldt zowel voor welk soort emotie er ontstaat, als de mate van de emotionele reactie. Wordt iemand bijvoorbeeld heel kwaad, of wordt iemand ergens een beetje verdrietig van. De cognitieve therapie is gebaseerd op de gedachte dat de wijze waarop we situaties interpreteren heel veel invloed heeft op onze gevoelens over en onze reacties op die situaties (Kuehlwein, 2004). Dit is te vergelijken met het gedachtegoed van de PMT dat er altijd een driehoek van gedachten, gevoel en gedrag speelt, waarin die drie factoren elkaar beïnvloeden, zoals in de onderstaande tabel te zien is.



2

1.4.2. Kernopvattingen

'Ik ben waardeloos', is een voorbeeld van een disfunctionele kernopvatting. Een kernopvatting is voor iemand een algemeen geldige opvatting, die kan gaan over zichzelf, over anderen en over de wereld. Deze opvattingen zijn bij mensen met psychopathologie disfunctioneel, dat wil zeggen dat ze niet op een normale manier werkend en bovendien storend zijn. Er zijn ook functionele kernopvattingen en bij mensen met ernstige psychopathologie moeten deze soms aangeleerd worden, omdat ze daar helemaal niet over beschikken.

Kernopvattingen worden algemeen geldig, of onvoorwaardelijk genoemd, omdat de geloofwaardigheid van de opvatting voor de patiënt niet afhankelijk is van omstandigheden waarin hij zich bevindt. De mate waarin ze actief zijn, kan echter wel verschillen. Bij mensen met ernstige psychopathologie, voornamelijk bij mensen met een persoonlijkheidsstoornis, zijn de kernopvattingen continu actief en beïnvloeden voortdurend de manier waarop iemand omgaat met zichzelf, met anderen en met de wereld. In andere gevallen kan de activiteit afhangen van externe en interne omstandigheden. (Korrelboom & ten Broeke, 2004). Wanneer iemand bijvoorbeeld de eerder genoemde disfunctionele kernopvatting heeft: 'ik ben waardeloos', hoeft diegene daar niet per se last van te hebben, iemand is zich er misschien niet eens van bewust, bijvoorbeeld wanneer iemand een lieve partner heeft. Wanneer die partner de relatie verbreekt, kan de kernopvatting, die zorgt voor het zwakke zelfbeeld, ineens (weer) een overheersende rol gaan spelen.

Kernopvattingen zijn ook rigide, dit komt vooral tot uitdrukking doordat corrigerende ervaringen in eerste instantie vaak nauwelijks invloed hebben op de kernopvatting. Om nog eens het voorbeeld te gebruiken van de kernopvatting: 'ik ben waardeloos', wanneer deze persoon waardering krijgt van een vriend, zal dit er niet toe leiden dat de kernopvatting ineens veranderd kan worden. Als de betrokkene het al doorheeft dat hij waardering krijgt, dan zal het waarschijnlijk toegeschreven worden aan externe,

² Figuur 1: driehoek beïnvloeding van gedachten, gedrag en gevoel

toevallige omstandigheden. Hij zal echter niet denken: 'misschien zijn er mensen die mij de moeite waard vinden'.

Kernopvattingen zijn in het schema gezien de bovenste aspecten, dus vanuit waar andere gedachten, opvattingen en gedrag voortkomen. Ze zijn ook niet geschikt om aan het begin te kunnen bekijken met patiënten, je kunt er niet zomaar naar vragen. In de loop van de behandeling, wanneer je dit onderzoekt, kan duidelijk worden wat de kernopvattingen van iemand zijn.

1.4.3. Intermediaire opvattingen

"Rond deze kernopvattingen cirkelen zogenoemde intermediaire opvattingen.", aldus Korrelboom en ten Broeke (2004). Deze opvattingen zijn niet zo algemeen geldig als kernopvattingen, deze sturen het gedrag aan binnen bepaalde omstandigheden. De intermediaire opvattingen zijn te herkennen aan hun 'als... - dan... structuur'. De intermediaire opvattingen zijn onderverdeeld in twee soorten: de voorspellende conditionele en de interpreterende evaluerende opvattingen. (Korrelboom & ten Broeke, 2004). De eerste hebben een voorspellend karakter, over wat er zal gebeuren. De 'als...-dan... structuur', ziet er dan als volgt uit: 'als... er is, dan gebeurt er...'. Bijvoorbeeld: 'als ik eerlijk zeg wat ik denk, wanneer ik kritiek heb, zullen mensen van mij weggaan'. Het tweede soort intermediaire opvatting verwijst naar een bepaalde evaluatie die afhankelijk is van één of meer voorwaarden en heeft als onderliggende structuur: 'als... het geval is, dan betekent dat...'. Een voorbeeld hiervan is: 'als je voor jezelf kiest, dan ben je een slecht mens'. Vanuit deze opvattingen worden leefregels gevormd, waarmee iemand zijn gedrag kan sturen (zie paragraaf 2.4.4.).

Net als kernopvattingen zijn de intermediaire opvattingen niet altijd even actief. In tegenstelling tot de kernopvatting zijn ze wel erg afhankelijk van de omstandigheden. Ze worden immers gebruikt om in het dagelijkse leven je gedrag te sturen. Ze hebben daarmee een doel. Wanneer er corrigerende ervaringen opgedaan worden, kunnen de inhoud en/of de geloofwaardigheid van de intermediaire opvattingen bijgesteld worden.

1.4.4. Leefregels

Zoals eerder beschreven werd, worden leefregels gevormd vanuit de intermediaire opvattingen. Deze leefregels, opvattingen, worden instrumenteel genoemd. Dit houdt in dat het een soort instrument voor iemand is, die hij kan gebruiken in zijn dagelijks leven. Het zijn gedragsregels of instructies aan jezelf. Deze leefregels worden door iemand gevormd, zodat de kans op positieve consequenties van gedrag vergroot worden en de kans op negatieve verkleind. Je zou het ook de *do's* en *dont's* van iemands leven kunnen noemen. Wanneer je leefregels zou maken vanuit eerder genoemde voorbeelden (paragraaf 2.4.3), kunnen dat deze zijn: 'geef nooit kritiek' en 'kies nooit voor jezelf', of 'kies altijd voor andermans belang'. Met dit soort leefregels staat men op en gaat er weer mee naar bed, waardoor het hun gedrag altijd beïnvloedt.

1.4.5. Automatische gedachten

Uit de kern- en intermediaire opvattingen komen automatische gedachten voort. Dit zijn gedachten die 'door het hoofd gaan', wanneer zich bepaalde omstandigheden voordoen. Het interpreteren van interne en externe stimuli gebeurt automatisch, vaak zijn deze, bij mensen met psychopathologie, negatief. Deze gedachten komen zo in je op, maar zijn vaak ook alweer verdwenen voordat je het door hebt, het gebeurt immers 'automatisch'. Er volgt vaak een emotionele reactie op de gedachte en op de situatie. Deze reactie valt wel op en wordt daarom gebruikt als vertrekpunt voor de therapeut. Hier vanuit kun je gaan navragen wat iemand dacht voordat de reactie plaatsvond, waardoor werd iemand emotioneel. Je gaat er daarmee vanuit dat de (automatische) gedachte de directe aanleiding is voor het ongewenste gevoel.

Overigens kunnen automatische gedachten ook in beeldvorm spelen. Bijvoorbeeld wanneer iemand al voor zich ziet dat hij uitgelachen wordt, wanneer hij iets gaat doen. Binnen deze automatische gedachten/beelden is er vaak sprake van denkfouten, die een belangrijke rol kunnen spelen. In de vorige paragraaf zal hier nader op worden ingegaan.

1.4.6. Denkfouten

Denkfouten zijn een soort gewoonten die in het interpreteren van situaties en het denken daarover, er door de jaren heen zijn ingeslopen. Vaak is men zich hier niet van bewust, maar het effect van deze denkgewoonten op de acute, of algemene emotionele toestand, is erg groot. Een aantal voorbeelden van denkfouten:

- selectief waarnemen: men let vooral op het negatieve, een klein negatief detail bepaalt het hele beeld;

- negatief denken: men draait het neutrale of positieve om naar het negatieve;
- zwart-wit denken: men denkt alleen in uitersten;
- generaliseren / overgeneralisatie: men trekt grote conclusies uit een enkele gebeurtenis;
- gedachtelezen: men denkt te weten wat anderen denken;
- emotioneel redeneren: wat men voelt is 'dus' waar / ervan uitgaan dat je emoties kloppen met de realiteit;
- Vergroting/verkleining: negatieve ervaringen worden uitvergroot, positieve ervaringen worden verkleind;
- toekomst voorspellen en ramp denken: met weet honderd procent zeker dat... (= iets vreselijks) gaat gebeuren / er wordt uitgegaan van het allerergste;
- personificatie / personalisatie: het ligt honderd procent aan mij (of aan de ander) / geneigd zijn verantwoordelijkheid te nemen voor zaken waar iemand niet verantwoordelijk voor is;
- 'moet-denken'/perfectionisme: met moet exact... doen, anders is het verschrikkelijk;
- lage frustratietolerantie: met denkt al snel ergens niet tegen te kunnen, of iets niet te kunnen verdragen. (Weerman, 2006 en Korrelboom & ten Broeke, 2004).

"Specifieke automatische gedachten spelen dus een centrale rol in specifieke emotionele reacties op allerlei situaties", aldus Korrelboom en ten Broeke (2004). Een voorbeeld hiervan is: wanneer je op straat loopt en iemand kijkt je na zal de gedachte 'hij zal me wel belachelijk vinden' leiden tot onzekerheid, terwijl de gedachte 'hij ziet me misschien wel zitten' zal eerder leiden tot een vrolijk gevoel. Iedereen kan dus verschillende gedachten hebben over eenzelfde situatie. Welke gedachte er bij iemand opkomt, wordt bepaald door cognitieve schema's die op dergelijke momenten actief zijn. Wanneer je uitgaat van het cognitieve model, ga je uit van het feit dat gedachte op concreet niveau, in het hier en nu, beïnvloed worden door 'hoger' liggende kennisstructuren, zoals bijvoorbeeld de eerder genoemde kernopvattingen. Binnen het model worden drie cognitieve processen onderscheiden, die van invloed zijn op de wijze waarop informatie of kennis in het geheugen wordt opgenomen en gerepresenteerd, aldus Korrelboom en ten Broeke (2004). Deze processen worden beschreven in de volgende paragraaf.

1.4.7. Drie cognitieve processen³

- Assimilatie

Assimilatie is een proces waarmee men de interpretatie van gebeurtenissen inpast binnen bestaande cognitieve schema's. Je hebt door de jaren heen verschillende cognitieve schema's opgebouwd, dit opbouwen gebeurt door telkens nieuw opgedane informatie daarin in te passen. Assimilatie is nodig om de wereld beheersbaar en begrijpelijk te houden, de mens moet nou eenmaal informatie categoriseren, anders is het niet te bevatten. Het kan echter ook negatieve effecten hebben. Door het schema worden de disfunctionele opvattingen steeds bevestigd en dus niet gecorrigeerd. Een cliënte heeft vroeger meerdere malen meegemaakt dat een lievelingsknuffel 'gestolen' is door haar broer. Hij pikte de knuffel uit haar kamer en verstopte hem ergens, zodat hij de knuffel een tijd bij zich hield. Hiermee heeft ze een kernopvatting ontwikkeld dat mensen erop uit zijn om haar spullen af te pakken en mee te nemen. Dit zorgde ervoor dat in haar lagere schooltijd, wanneer mensen een voorwerp dat zij gebruikt had, oppakte, ze heel boos werd, ook al deed diegene dat om het bijvoorbeeld op te ruimen. De cliënte zag dat er iets weggepakt werd en dacht: 'zie je wel, daar wordt weer wat van me afgepakt'. Op deze manier past de informatie in haar cognitieve schema.

- Accommodatie

Waar assimilatie betrekking heeft op nieuwe gedachten, heeft accommodatie betrekking op al bestaande opvattingen. Deze kun je aanpassen aan de hand van de betekenissen die je toekent aan nieuwe ervaringen die je opdoet. Wanneer iemand een ingrijpende gebeurtenis meemaakt, zal dit waarschijnlijk invloed hebben op bestaande opvattingen. Je probeert de betekenis van de nieuwe gebeurtenis overeen te laten stemmen met je bestaande opvattingen. Dit is een functioneel en adaptief proces, dat inhoudt dat het goed werkend aangepast wordt aan je binnen en buitenwereld. Wanneer een vrouw bijvoorbeeld het beeld heeft van mannen dat ze betrouwbaar zijn en na een verkrachting haar opvatting bijstelt naar: sommige mannen zijn onbetrouwbaar en zelfs gevaarlijk, heeft ze gezond geaccommodeerd.

- Overaccommodatie

Wanneer accommodatie te ver doorschiet, is er sprake van overaccommodatie. De interpretatie van nieuwe gebeurtenissen zorgen er dan voor dat je kernopvattingen vervormd, disfunctioneel en rigide

³ Deze paragraaf is voor een groot deel gebaseerd op Korrelboom en ten Broeke (2004).

worden. Wanneer de vrouw uit het eerder genoemde voorbeeld, na een verkrachting te hebben meegemaakt, denkt dat alle mannen onbetrouwbaar en gevaarlijk zijn, is er sprake van overaccommodatie.

1.4.8. Gedachterapport

Het gedachterapport bestaat uit twee gedeeltes, die voor verschillende methodes ingezet kunnen worden: het registratiemedium en het interventiemedium (Korrelboom & ten Broeke, 2004). Het eerste gedeelte wordt gebruikt om allerlei informatie te verzamelen, dan wordt er geregistreerd. Deze verzamelde gegevens worden gebruikt om daar in het tweede deel mee aan de gang te gaan en een veranderingsproces in te gaan zetten.

In de eerste fase worden er drie zaken uitgezocht en geregistreerd:

- 1) wat precies de problematische situatie is geweest;
- 2) welke negatieve gevoelens daarbij een rol hebben gespeeld;
- 3) (vooral) welke automatisch gedachten (mede) verantwoordelijk zijn geweest voor de die gevoelens. (Korrelboom & ten Broeke, 2004).

Nadat de therapeut heeft uitgelegd hoe het gedachterapport in elkaar zit en hoe het te gebruiken is, wordt de cliënt gevraagd dit zelf in te gaan vullen, naar aanleiding van situaties aangaande de problematiek. Het nut van het herhaaldelijk invullen van het gedachterapport zit in twee zaken: de therapeute en de cliënt krijgen zicht op de frequentie waarmee het probleem zich voordoet en ze kunnen de kenmerkende elementen van situaties waarin het probleem optreedt, steeds beter herkennen.

Het rapport wat de cliënt (samen met de therapeut) invult, bevat 4 G's. Eerst wordt de Gebeurtenis beschreven, vervolgens het Gevoel en het Gedrag wat daarbij hoorde en tenslotte de Gedachten die daarbij door het hoofd gingen.

Tijdens deze registratie, in de stap van de Gedachten, wordt de Belangrijkste Negatieve Automatische Gedachte (BANG) geselecteerd. Hier wordt uiteindelijk het gedachterapport verder op gebaseerd.

In de interventiefase draait het om:

- 4) verzamelen van bewijzen voor de juistheid van de BANG;
- 5) bewijzen tegen de juistheid ervan;
- 6) het formuleren van een realistische, evenwichtig alternatief voor de BANG;
- 7) het opnieuw evalueren van het uit die alternatieve gedachte voortvloeiende gevoel (Korrelboom & ten Broeke, 2004).

Wanneer de stappen van het gedachterapport (meerdere malen) doorlopen worden, kunnen uiteindelijk de disfunctionele opvattingen van de cliënt worden bijgesteld.

Het gedachterapport is een belangrijk principe in de CGT. Het zorgt ervoor dat mensen zicht krijgen op wat er met hen, qua denken, voelen en handelen gebeurt en wat onderliggende oorzaken en gedachten daarvoor zijn. Dit inzicht kan ervoor zorgen dat cliënten rustig worden en doordat de situatie begrijpbaar is, kan er vervolgens met de uitkomsten van het gedachterapport aan de slag gegaan worden in het vervolg van de therapie.

1.4.9 Gedragsexperimenten

Een gedragsexperiment is altijd gericht op het toetsen van gedachten en opvattingen. Hierdoor onderscheidt het zich van vaardigheidstraining (vaardigheden vergroten) en actieplannen (bereiken van een bepaald doel). Bij een *gedragsexperiment* gaat het om verandering in *gedrag*. Het veranderen kan bestaan uit bepaalde gedragingen juist wel uit gaan voeren, of het juist nalaten van bepaald gedrag.

Het doel van een gedragsexperiment is dat de disfunctionele gedachte/opvatting getoetst kan worden. Dit gebeurt vaak nadat er al eerder verbaal onderzoek is gedaan naar gedachten, bijvoorbeeld door een gedachterapport in te vullen. Door dit onderzoek raken cliënt regelmatig rationeel gezien wel overtuigd van de het feit dat hun opvattingen niet realistisch zijn, maar vaak is het probleem dat ze de opvattingen nog steeds 'als waar aanvoelen'.

De nieuw opgestelde opvattingen geven vaak de volgende reactie: 'ja als ik dat rationeel bekijk, zie ik ook wel dat dit realistischer is, maar ik geloof het nog niet echt'. Het is nog erg onwennig en het lukt de cliënt niet om overtuigd te raken van de alternatieve gedachte. Om hiervan wel overtuigd te kunnen raken, kan het gedragsexperiment ingezet worden. Doordat de cliënt letterlijk ervaart wat de effecten zijn van de nieuwe gedachte, is het makkelijker om iets te veranderen in het denken, voelen en handelen. Uiteindelijk zal dit dan moeten leiden tot structurele verandering in het gedrag en gevoel.

Gedragsexperimenten hebben vele overeenkomsten met *exposure in vivo* (zie paragraaf 2.2.). Het gedragsexperiment ziet er in de vorm van een stappenplan als volgt uit:

- 1) Formuleer de disfunctionele opvatting en bepaal de geloofwaardigheid ervan.
- 2) Formuleer een realistisch alternatief en bepaal de geloofwaardigheid ervan.
- 3) Beschrijf zo exact mogelijk een passend gedragsexperiment.
- 4) Beschrijf zo precies mogelijk de uitkomsten indien de disfunctionele opvatting waar zou zijn.
- 5) Beschrijf zo precies mogelijk de uitkomsten indien de alternatieve opvatting waar zou zijn.
- 6) Voer het experiment uit zoals is afgesproken in stap 3.
- 7) Beschrijf zo precies mogelijk wat de uitkomsten zijn geweest (stap 4 en 5).
- 8) Trek conclusies met betrekking tot de geloofwaardigheid van beide onderzochte opvattingen (stap 1 en 2).
- 9) Stel vast wat het experiment heeft opgeleverd en wat nog meer nodig is om de nieuwe opvatting geloofwaardiger te maken. (Korrelboom & ten Broeke, 2004).

Het is belangrijk om het gedragsexperiment zo specifiek en concreet mogelijk te maken. Verder is het gedragsexperiment 'passend' wanneer het in de ogen van de cliënt een goede toets is voor de opvatting die onderzocht gaat worden, bovendien moet het uitvoerbaar en haalbaar zijn. Doordat het voor de cliënt een goede toets moet zijn, is het goed om als therapeut zoveel mogelijk de voorstellen van de cliënt te volgen. In de praktijk blijkt alleen vaak dat het ook lastige is om een goed passend gedragsexperiment te bedenken, waardoor de therapeut vaak bij moet staan in het bedenken van een gedragsexperiment dat aan alle voorwaarden voldoet.

Door het stappenplan van het gedragsexperiment meerdere malen te doorlopen, kan men corrigerende leerervaringen opdoen. Leerervaringen zijn een belangrijke basis voor de kennis die men heeft over zichzelf en de wereld om zich heen. Wanneer deze leerervaringen opgedaan worden, kunnen er opvattingen aangepast worden en daarmee de effecten op het voelen en handelen ook.

1.4.10 Meerdimensionaal evalueren

Wanneer iemand zichzelf beoordeelt op grond van slechts één aspect en andere relevantie aspecten niet mee worden genomen in de beoordeling, is meerdimensionaal evalueren geschikt om toe te passen. Het is een methode om iemand te helpen het eenzijdige interpreteren te doorbreken. Er wordt vanuit gegaan dat men alleen realistisch kan evalueren, wanneer er vanuit verschillende dimensies wordt gekeken. Wanneer iemand bijvoorbeeld 'zwart-wit denkt' en zichzelf daardoor voortdurend negatief beoordeeld, bezien vanuit slechts één dimensie, wordt verwacht dat wanneer je vanuit een breder perspectief gaat kijken, er een realistischer oordeel uitkomt.

Deze methode is ook in een stappenplan geformuleerd:

- 1) Bepaal de inhoud van de te onderzoeken globale dimensie.
- 2) Bepaal de 'score' op die dimensie.
- 3) Bepaal de 'onderliggende dimensies'.
- 4) Bepaal de 'scores' op de 'onderliggende dimensies'.
- 5) Bepaal opnieuw de 'score' op de globale te onderzoeken dimensie.
- 6) Laat een betrouwbare en deskundige naast de 'onderliggende dimensie' scoren. (Korrelboom & ten Broeke, 2004).

Door middel van deze techniek wordt geprobeerd het denken te verbreden en meer flexibel te maken. Je staat bij het denken stil, je probeert langzaam te denken, hierdoor kun je de cliënt bewust maken van de manier waarop de cliënt normaal gesproken denkt, zijn cognitieve stijl. Er zijn vaak veel gewoontes in het denken en beoordelen gesloten, waardoor je niet meer realistisch kunt denken en beoordelen. Met deze methode probeer je dat te doorbreken.

1.4.11. Taartpuntentechniek

Er wordt bij dit principe uit de CGT gebruik gemaakt van het letterlijk zichtbaar maken van aandelen, in de vorm van een taartdiagram. Deze techniek kan gebruikt worden voor verschillende toepassingen. Het kan gaan over de aandelen in de verantwoordelijkheid, bijvoorbeeld van het slagen van een oefening. Het kan echter ook gaan over de geloofwaardigheid van gedachten en over emoties tijdens een therapie sessie.

De bedoeling van het invullen van een taartdiagram is het zichtbaar maken van de situatie aan de hand van de beleving, ten opzichte van het zichtbaar maken vanuit een realistisch perspectief. De medecliënten en de therapeut kunnen hierbij tot steun zijn voor de cliënt. Het is vaak lastig voor de cliënt om niet te geloven wat zijn beleving hem vertelt. Vandaar dat er navraag gedaan moet worden

naar verschillende aspecten en er door de therapeut goed geobserveerd moet worden, bijvoorbeeld om andere emoties te signaleren, dan dat de cliënt aangeeft te hebben.

Op deze manier probeer je de cliënt bewust te maken van de selectieve waarneming (één van de denkfouten, zie paragraaf 1.4.6) van negatieve aspecten en de effecten die dit op zijn gedrag en gevoel heeft.

1.5. PMT modaliteiten

Binnen de psychomotorische therapie zijn er drie modaliteiten ontwikkeld, (oefenen, ervaren en ontdekken), gebaseerd op psychologische stromingen, waarmee in de therapie wordt gewerkt. Binnen elk van deze drie behandelstrategieën doet de cliënt lichaamservaringen op en neemt hij deel aan bewegingssituaties. Over het algemeen wordt er aan de hand van de problematiek en de hulpvraag van de cliënt een behandelstrategie gekozen die gaandeweg het proces, gedurende de behandelperiode, bijgesteld kan worden. Bovendien kan er per sessie nog gekozen worden om het accent te leggen, op één van de drie modaliteiten.

De overgangen tussen de verschillende modaliteiten zijn vaak glijdend, overlappend. Het opdoen van lichaamservaringen binnen bewegingssituaties hebben altijd aspecten van alle drie de behandelstrategieën in zich, maar er wordt vaak de nadruk op één van de drie gelegd. De drie modaliteiten worden afzonderlijk behandeld in deze paragraaf.

1.5.1. Ontdekken

De modaliteit ontdekken is gebaseerd op de psychoanalytische benadering. Binnen de ontdekkende strategie staan “onverwerkte, verdrongen herinneringen, emoties en intrapsychische conflicten centraal die verwijzen naar traumata” aldus de NVPMT in het beroepsprofiel (1995). De conflicten beïnvloeden het dagelijks leven zodanig negatief, dat functioneren in sociale verbanden beperkt mogelijk, of zelfs onmogelijk is geworden. Binnen de therapie wordt er dan ook aandacht besteed aan deze conflicten, waardoor de cliënt de gelegenheid krijgt ze te ontdekken, te leren uiten, de gevolgen op het huidige bestaan te benoemen en het uiteindelijk een geïntegreerde plaats te kunnen geven in hun huidige bestaan.

In de zaal wordt gewerkt met methodes waarin cliënten veel bezig zijn met het verleden, ze zijn eigenlijk bezig met ‘het dekje eraf halen’⁴. Binnen de aangeboden oefeningen wordt veel op familierelaties gericht, bijvoorbeeld het maken van een familieopstelling. Een psychomotorisch therapeut kan ook oefeningen aanbieden, die richting Pessotherapie gaan, bijvoorbeeld met rollenspellen en vormen van accommodatie. Hierin is belangrijk dat erop gelet wordt, dat er geen grenzen overschreden worden, aangezien je een uitgebreide opleiding nodig hebt, om jezelf Pessotherapie te noemen en de bijbehorende oefeningen verantwoord aan te kunnen bieden. Binnen alle oefeningen ben je bezig om naar het verleden terug te gaan, door ‘het dekje eraf te halen’. Hetgeen dat hieronder vandaan komt, is waar vervolgens mee aan de slag te gaan gegaan wordt. Bepaalde traumatische ervaringen kunnen worden verwerkt, maar er kunnen ook bepaalde gemiste ervaringen ‘ingehaald’ worden binnen de therapie. Bijvoorbeeld wanneer iemand nooit steun heeft ervaren van zijn ouders, kan er binnen de PMT aandacht geschonken worden aan activiteiten rondom het thema steun, zodat de cliënt alsnog kan ervaren dat hij gesteund wordt. Dit kan ook door middel van een rollenspel gedaan worden, waarin medecliënten, of de therapeut (één van) de ouder(s) speelt, zodat de gemiste steun in het heden ingehaald kan worden.

1.5.2. Ervaren

De op cliënt centered gebaseerde modaliteit ervaren, gaat over het nieuwe ervaringen opdoen. Deze modaliteit speelt vaak een grote rol binnen de PMT sessies. Binnen de psychomotorische therapie wordt veel letterlijk en lijfelijk ervaren, waardoor zaken inzichtelijker worden, of beter beklijken. Naast dat dit speelt binnen alle drie de behandelstrategieën, ligt het aspect binnen deze modaliteit er nadrukkelijk op.

Binnen deze behandelstrategie draait het erom dat de cliënt leert experimenteren met gedragsalternatieven. De ervaringen die ze daarin opdoen, de effecten op het denken, voelen en handelen van de cliënt zelf, maar ook de effecten in zijn relatie tot de omgeving, maakt dat het leerzaam is. Aan het begin zal er worden geëxperimenteerd in een meer gestructureerd arrangement, zodat de stappen niet te groot en moeilijk zijn. De therapeut moet ervoor zorgen dat de cliënt zicht krijgt op zijn eigen gedrag. Later zal de cliënt ook meer zelfstandig en buiten de therapiezaal moeten gaan experimenteren en ervaren, zodat hij niet afhankelijk blijft van de therapeut. Het is namelijk de bedoeling dat de cliënt hetgeen dat hij geleerd heeft, buiten de therapie setting kan leren ontwikkelen

⁴ Veel gebruikte uitspraak van Paulien Fellingner, in de lessen BAPMT tweede jaar.

en toepassen. 'Thuis' is uiteindelijk toch de plek waar iemand zijn nieuwe gedrag moet kunnen toepassen, dus werkt het ook het beste, wanneer iemand daar ook nieuwe ervaringen in op gaat doen. Binnen de therapieën wordt 'het voorbereidende werk' gedaan, zodat iemand ook gaat geloven, door middel van de nieuw opgedane ervaringen, dat het alternatieve gedrag andere effecten oplevert. Het kan zijn dat tijdens de oefening het karakter verschuift naar de ontdekkende modaliteit. Wanneer dit niet gewenst is, kan de therapeut ervoor zorgen, door middel van verbale begeleiding en het richten van de waarneming op de omgeving, dat het bij een ervarende oefening blijft. Het in het hier en nu blijven, en de cliënt eventueel richten op daar (thuis) is ook één van de kenmerken van ervaringsgerichte PMT.

Een voorbeeld van het in het hier en nu nieuwe ervaringen opdoen, kan bijvoorbeeld binnen een leiden – volgen oefening. Als iemand wantrouwend is, kan er na opbouw van een vertrouwensrelatie een dergelijke oefening gedaan worden, waarin de cliënt (met ogen dicht) geleid wordt door de therapeut. Dit is waarschijnlijk enorm spannend, maar wanneer de therapeut in staat is om zich goed in te leven in de cliënt en daarmee de activiteit op de juiste manier kan begeleiden, kan de cliënt een nieuwe, waardevolle ervaring opdoen in de modaliteit ervaren.

1.5.3. Oefenen

De modaliteit die vanuit de cognitieve gedragstherapie voortkomt, is oefenen. Binnen deze strategie wordt de cliënt oefenend geconfronteerd met lichaamservarings- en bewegingssituaties, binnen duidelijk gestructureerde kaders. Al oefenende werkt de cliënt aan het vergroten van het waarnemings-, belevingsvermogen en het gedragsrepertoire. Hierbij gaat het om nieuw gedrag aanleren, door te oefenen binnen gestructureerde vormen in de zaal. De therapeut heeft daardoor een structurerende, sturende en leidende attitude tijdens de therapie. Centraal staat dat de cliënt contact krijgt en in contact blijft met zijn omgeving en/of met zijn lichaam. Daarnaast het ook draait om het aanleren van psychosociale vaardigheden. Door deze combinatie zal de cliënt beter om kunnen gaan met zijn psychiatrische en/of psychosociale problematiek. Zeker in het begin is het belangrijk om goede structuur te bieden. Gaandeweg de therapie kan gekeken worden, of de cliënt in staat is om meer zelfstructurend te werk te gaan.

Er wordt voornamelijk in het hier en nu gewerkt. In eerste instantie echt alleen in het hier en nu, op het moment dat de cliënt in de zaal is. Waar het mogelijk is, dit is afhankelijk van de problematiek en het niveau van de cliënt, kunnen er vervolgens in meer of mindere mate transfers gemaakt worden naar het leven buiten de therapiesituatie. Het oefenen in de zaal kan in veel verschillende activiteiten gedaan worden, zowel in themagerichte als puur bewegingsactiviteiten zoals voetbal, maar ook in een rollenspel. Een voorbeeld wanneer het gaat over grenzen aangeven, wat vaak een probleem is bij mensen met een depressie. Iemand vindt het moeilijk om op zijn werk zijn grens aan te geven, waardoor hij oververmoeid is, verder tot niets meer komt en zijn vermoeidheid en frustratie thuis afreageert. Hier voelt hij zich schuldig over en al met al maakt de hele situatie de cliënt depressief. In de zaal kan er gebasketball worden, bijvoorbeeld 'gewoon' een partijtje. Basketbal is een vrij intensieve sport, vandaar dat de meeste cliënten al snel moe zijn. Aan het begin wordt gezegd, dat iedereen zelf mag aangeven, wanneer het genoeg is en hij (even) wil stoppen. Wanneer de cliënt het te lastig vindt om dit geheel zelfstandig te doen, kunnen er ook rustmomenten ingebouwd worden (de situatie wordt gestructureerd), waarin iemand de tijd en de rust kan nemen om na te gaan of hij aan de kant wil gaan zitten. Zo kan er met 'gewone' bewegingsactiviteiten gemakkelijk in de modaliteit oefenen gewerkt worden.

Hoofdstuk 2. Depressie

Na de beschreven theorie in het vorige hoofdstuk, zal er in dit hoofdstuk op de stoornis depressie toegespitst worden. Naast dat iemand de diagnose depressie kan krijgen, wordt er vaak een aanvulling toegevoegd. Bijvoorbeeld een chronische depressie, een depressie zonder psychotische kenmerken, of een recidiverende depressie. Deze casestudy gaat over de tweedaagse dagbehandelinggroep van het UMC St Radboud, die bestemd is voor mensen met een recidiverende depressie. Vandaar dat in de onderstaande classificerende beschrijving, uitgegaan is van een depressieve stoornis, recidiverend.

De DSM IV classificatie voor een depressieve stoornis, recidiverend, ziet er samengevat als volgt uit (Koster van Groos, 2001):

A) De aanwezigheid van twee of meer depressieve episodes.

(Een depressieve episode is een periode van minimaal twee weken, waarin vijf (of meer) van de volgende symptomen, bijna elke dag, te zien zijn:

- Depressieve stemming, gedurende het grootste gedeelte van de dag.
- Duidelijke vermindering van interesse of plezier in bijna alle activiteiten, gedurende het grootste gedeelte van de dag.
- Duidelijke gewichtsvermindering, gewichtstoename, of afgenomen/toegenomen eetlust.
- Insomnia⁵ of hypersomnia⁶.
- Psychomotorische agitatie of remming.
- Moeheid of verlies van energie.
- Gevoelens van waardeloosheid of buitensporige of onterechte schuldgevoelens.
- Verminderd vermogen tot nadenken of concentratie of besluiteloosheid.
- Terugkerende gedachten aan de dood, suïcidegedachten, zonder dat er specifieke plannen gemaakt zijn, om een suïcidepoging te plegen.

De symptomen moeten significant lijden of beperkingen veroorzaken in het sociaal of beroepsmatig functioneren, niet het gevolg zijn van fysiologische effecten van een middel of een somatische aandoening en niet toe te schrijven zijn aan een rouwproces.)

NB. Om als afzonderlijke episodes gezien te worden, moet er een interval zijn van ten minste twee aaneengesloten maanden, waarin niet aan de criteria voor een depressieve episode is voldaan.

B) De depressieve episodes zijn niet toe te schrijven aan een schizo-affectieve stoornis, en niet gesuperponeerd⁷ op schizofrenie, schizofreniforme stoornis, waanstoornis of psychotische stoornis NAO.

C) Er is nooit een manische, gemengde of hypomane episode geweest.

Mensen met een recidiverende depressie hebben zich dus meerdere periodes somber gevoeld, gecombineerd met meerdere hierboven beschreven kenmerken. Deze periodes zijn echter afgewisseld met periodes waarin deze kenmerken en somberheid niet aanwezig waren.

2.1. Depressie vanuit verschillende referentiekaders

Stoornissen, aandoeningen en de behandeling hiervan kunnen vanuit verschillende referentiekaders bekeken worden. De depressieve stoornis is ook vanuit verschillende visies te beschrijven. In deze paragraaf, zal er vanuit vier verschillende theoretische kaders gekeken worden naar de stoornis depressie.

⁵ Slaapstoornis die bestaat uit moeilijk slapen of doorslapen (Jochems & Joosten, 2003)

⁶ Slaapzucht, pathologische slaperigheid of neiging om te slapen, overmatige slaperigheid overdag (Jochems & Joosten, 2003)

⁷ Op of boven elkaar geplaatst (Jochems & Joosten, 2003)

2.1.1 Cognitief gedragstherapeutisch kader

Zoals al eerder beschreven in deze casestudy heeft de cognitieve gedragstherapie zijn wortels in twee verschillende psychologische stromingen, het behaviorisme en de cognitieve psychologie. De cognitief gedragstherapeutische benadering ziet een stoornis als een denk- en gedragsprobleem. Ieder mens heeft in zijn leven bepaalde kernovertuigingen opgebouwd. Wanneer deze kernovertuigingen disfunctioneel zijn, zal dit ervoor zorgen dat iemand last krijgt van psychiatrische problematiek. Het ligt eraan op welke leeftijd de kernovertuigingen zijn ontstaan, wat voor soort kernovertuigingen zijn opgebouwd en in hoeverre ze telkens bevestigd zijn, welke psychiatrische problematiek zich ontwikkeld en de mate waarin het zich voordoet wordt hier ook door 'bepaald'.

Eén van de stoornissen die zich kan ontwikkelen vanuit negatieve, disfunctionele kernovertuigingen, is een depressie. Deze kernovertuigingen zijn een soort bron, vanuit waar intermediaire opvattingen, automatische gedachten en leefregels ontstaan, die uiteindelijk zorgen voor een depressie. Aangezien het uiteindelijk te leiden is tot een denk en gedragsprobleem, dat op dit moment aanwezig is, richt de therapie zich ook op het veranderen van het denken van de cliënt en op het aanleren van, of stimuleren tot nieuw gedrag.

De modaliteit oefenen van PMT past goed binnen dit kader, naast dat het ervaren ook een belangrijke rol speelt tijdens de PMT sessies volgens de cognitieve gedragstherapie. Er wordt geoefend om anders te handelen en te denken, maar de uiteindelijke nieuw opgedane ervaring moet ervoor zorgen dat het veranderde ook gaat bekliven. De letterlijke ervaringen moeten de cliënt overtuigen dat anders denken, ervoor kan zorgen dat je, je anders gaat gedragen en dat je, je gevoelens en stemming hiermee ook kunt beïnvloeden.

2.1.2. Psychoanalytisch kader

De grondlegger van deze theorie is Sigmund Freud. Vanuit zijn klassieke psychoanalyse is er in de loop van de jaren een waaier aan opvattingen ontstaan, waarin veel verschillende interpretaties, aanvullingen en bijstellingen bestaan. Men spreekt daarom ook wel van psychodynamische benaderingen. Er is niet één definitieve beschrijving mogelijk van de psychodynamische benadering, maar hieronder een aantal overeenkomsten.

De verschillende vormen van de psychodynamische benadering gaan ervan uit dat patiënten vaak niet weten waarom ze iets doen, dat onbewuste gevoelens en wensen een rol spelen, dat ze moeilijke en angstwekkende gevoelens hebben weggestopt, of dat ze er juist door overspoeld worden. Ze gaan ervan uit dat problemen vaak stammen uit de kindertijd, voornamelijk in de eerste vijf levensjaren. Dat wil niet zeggen dat ze stellen dat heftige ervaringen in de tijd daarna, geen invloed kunnen hebben op het ontstaan van psychopathologie.

Psychodynamische therapeuten hanteren een ontwikkelingspsychologisch perspectief, dit houdt in dat problemen worden gezien als een stagnatie in de ontwikkeling. Door die stagnatie hebben de eerder benoemde onbewuste, moeilijke en angstwekkende gevoelens een blokkade gevormd.

Psychodynamische therapeuten proberen onbewuste gevoelens en moeilijk te hanteren wensen, motieven, gevoelens en gedachten bewust te maken en proberen de patiënt te leren ze te hanteren. Doordat de patiënt leert begrijpen en ervaren wat er precies met hem aan de hand was, verdwijnen de blokkades en daarmee ook de stoornis.

Binnen de PMT staat de modaliteit ontdekken centraal, wanneer je volgens dit referentiekader werkt. Als psychomotorisch therapeut kun je veel interventies doen richting het verleden. Dit houdt in dat er veel gevraagd naar of het gedrag herkend wordt door de cliënt, niet alleen in het heden, maar ook of iemand ditzelfde gedrag vroeger ook al liet zien. Verder zal er vaak navraag worden gedaan naar de relatie met de ouders van de cliënt en er kunnen oefeningen aangeboden worden die zijn gericht op familierelaties en het verleden, of op het 'inhalen' van gemiste ervaringen, door in het heden helende ervaringen op te doen.

2.1.3. Cliënt centered kader

Weerman (2006) stelt dat cliëntgerichte therapeuten optimisten zijn. Zij gaan er namelijk vanuit dat elk mens een aangeboren kracht heeft om zichzelf te ontwikkelen in een richting die goed is voor zichzelf en anderen. Mensen willen zichzelf ontplooien. Wanneer de omstandigheden goed zijn, ontwikkelt een mens de mogelijkheden, die hij in zich heeft. De grondleggers van deze cliëntgerichte benadering zijn Maslow en Rogers. Bijzonder aan dit referentiekader is dat ze uitgaan van de mogelijkheden van iedere individuele cliënt, de cliënt staat centraal in de therapie en hij stuurt deze ook. Wanneer iemand een stoornis heeft, zien cliëntgerichte therapeuten dit als een (tijdelijke) gestagneerde ontwikkeling. Je kunt deze mensen helpen door ze weer opnieuw de vrijheid om te kiezen te geven. Hiervoor is het belangrijk dat je als therapeut begrijpt hoe de cliënt dingen beleeft. Het empathisch vermogen van de therapeut staat daarmee ook op een belangrijke plaats binnen dit referentiekader.

Binnen de therapie ligt de nadruk sterk op het nieuwe ervaringen opdoen in het hier en nu. Door deze nieuwe ervaringen wordt de cliënt in zijn kracht gezet, of zet de cliënt zichzelf weer in zijn kracht en kan de cliënt (weer) zicht krijgen op (nieuwe) mogelijkheden.

2.1.4. Biopsychosociaal model

Het biopsychosociaal model gaat ervan uit dat er sprake is van wederzijdse beïnvloeding van de verschillende factoren (v.d. Meijden & Bosscher, 2007). Het Fonds psychische gezondheid⁸ gaat ervan uit dat “er bijna altijd sprake is van een samenspel van bio-psycho-sociale factoren en dat elk menselijk wezen beschouwd kan worden als een ‘systeem’ dat door deze ‘drie-eenheid’ bepaald wordt. Bij het ontstaan van depressie spelen aanleg, erfelijkheid (biologisch), perfectionisme, onzekerheid, behoefte aan bevestiging van buitenaf, kortom het karakter (psychologisch) en de omgeving, contacten met anderen, etc. (sociaal) een rol”.

Kortom het gaat erom dat je met verschillende factoren te maken hebt. Wanneer iemand psychiatrische problematiek heeft, heb je niet alleen te maken met de psychologische factoren, zoals je misschien in eerste instantie wel zou kunnen denken. Er speelt een biologische factor, de zoals hierboven benoemde aanleg bijvoorbeeld, maar er wordt ook steeds meer aangetoond dat er dingen anders in de hersenen zijn, wanneer er sprake is van psychopathologie. Bijvoorbeeld bij een depressie is er sprake van een tekort aan de neurotransmitters serotonine en noradrenaline. Dit is een puur biologische factor.

Het psychologische deel staat voor hoe de cliënt zelf is, zoals hierboven al beschreven werd, het karakter van iemand. Verder staat het ook voor de psychosociale mogelijkheden van iemand, ontbreken er bijvoorbeeld bepaalde psychosociale vaardigheden, die bijdragen aan het ontstaan en het onderhouden van de psychiatrische problematiek.

Tenslotte speelt er het sociale aspect, de omgeving van iemand. In wat voor gezin is iemand opgegroeid en in welke omgevingen heeft hij zich begeven. Heeft dat er (mede) voor gezorgd dat iemand bepaalde psychiatrische problematiek heeft ontwikkeld en mogelijk houdt dit de bestaande problematiek ook in stand.

Volgens dit model moet je in de behandeling dan ook alledrie de factoren zo goed mogelijk aanpakken. De biologische aanpak bestaat uit het voorschrijven van medicatie. Voor de psychologische behandeling zijn er verschillende mogelijkheden voor therapie, bijvoorbeeld PMT, of de behandeling van een psycholoog. Vervolgens is het ook goed om het sociale systeem in kaart te brengen en moet er gekeken worden of er systeem, of relatietherapie nodig is, of dat er aanpassingen in het systeem nodig zijn. Andere voorbeelden van het sociale aspect aanpakken, is het zorgen voor daginvulling voor de cliënt, zodat er minder kans is op terugval in de problematiek.

⁸ <http://www.psychischegezondheid.nl/page/204/bio-psycho-sociale-model.html>

Hoofdstuk 3. Casus

3.1. Classificerende invalshoek

Groep 2b, de groep waar deze casestudy over gaat, volgt het therapieprogramma van de tweedaagse dagbehandelinggroep van het UMC St Radboud. Deze behandeling bestaat uit cognitieve gedragstherapie (CGT), inter-persoonlijke effectiviteitstraining (IET), beeldende therapie en psychomotorische therapie (PMT). Deze therapieën vinden allemaal groepsgewijs plaats. Verder zijn er mogelijkheden om individueel gebruik te maken van de diensten van een maatschappelijk werker, een systeemtherapeut en er zijn een arts-assistent en een psychiater aan het team verbonden.

Binnen dit multidisciplinaire team worden de lijnen uitgezet door de hoofdbehandelaar (cognitief gedragstherapeut), aan de hand van het cognitief model dat bij iedere cliënt bij de intake opgesteld wordt. Bij de intake wordt geprobeerd al zoveel mogelijk kernovertuigingen, leefregels en automatische gedachten duidelijk te krijgen. Gaandeweg van de behandeling is het mogelijk dat de kernovertuigingen, leefregels en automatische gedachten aangevuld en bijgesteld worden. Dit cognitief model geeft richting aan de focus en werkdoelen waarbinnen de behandeling zal plaatsvinden. (Metzemaekers & Stortelder, 2008).

Het is een open groep, dus er is instroom en uitstroom mogelijk, er is een maximum aantal cliënten van acht. Op het moment van het maken van deze afstudeeropdracht, zitten er vijf mensen in groep 2b. Dit is een vrij laag aantal cliënten, dit komt doordat er in korte tijd drie cliënten, om verschillende redenen, uitgestroomd zijn en de nieuw aangemelde cliënten nog in het voortraject zitten.

Er bestaan geen vaste indicaties en contra-indicaties voor deze dagbehandelinggroep. Wanneer er een cliënt aangemeld wordt, wordt er door zowel de psycholoog als de arst-assistent en psychiater gekeken of iemand geïndiceerd is voor groep 2b. Er zijn wel een aantal voorwaarden te benoemen, die voor deze groep gelden.

Bij mensen die binnen deze groep therapie willen volgen, moet er in ieder geval sprake zijn van een recidiverende depressie. De ergste depressieve periode moet voorbij zijn, daar is de vijfdaagse dagbehandeling voor bedoeld (groep 1, acute depressie). Verder moeten cliënten voldoende cognitief niveau hebben om deel te nemen aan de groepscognitieve gedragstherapie. Een laatste voorwaarde om aan deze groep deel te nemen is dat iemand twee dagen in de week beschikbaar is om zo volledig mogelijk aan de therapieën deel te kunnen nemen.

Wanneer er naar de huidige groep gekeken wordt, zijn er de volgende overeenkomstige kenmerken uit te halen.

Bij alle cliënten is er sprake van een recidiverende depressie, van matig tot ernstig. Bij sommige is deze al deels in remissie.

Opvallend is dat alle cliënten veel *life events* mee hebben gemaakt. Dan gaat het niet alleen over huwelijken, of een verhuizing, maar ook over verbaal/fysiek geweld, of seksueel misbruik en geweld. Alle cliënten hebben heftige gebeurtenissen meegemaakt, waarin ze in minder, of meerdere mate traumatische ervaringen hebben opgedaan. Vier van de vijf cliënten hebben deze heftige ervaringen opgedaan in hun jeugd en drie van de vijf (ook) in de periode dat ze volwassen waren.

Verder zit er ook een vrij grote overeenkomst in werkproblemen. Vier van de vijf mensen werkt op dit moment niet, waarvan er twee helemaal geen baan hebben.

Tenslotte hebben vier van de vijf cliënten veel last van overmatig piekeren, als één van de symptomen van de depressie.

De volgende indicatie uit van Hattum en Hutschemaekers (2007) is op deze groep van toepassing: *Indicatie vanuit productomschrijving psychomotorische therapie inzichtgevend-plus* Psychische en/of psychosomatische klachten waardoor de cliënt is vastgelopen in werk en/of relaties en ervoor kiest meer inzicht te krijgen in zijn persoonlijkheidsontwikkeling door psychomotorische therapie.

Wanneer mensen belemmerd worden in hun functioneren, door emotionele problematiek die samenhangt met persoonlijke ontwikkeling, zoals hierboven beschreven, kunnen ze door inzichtgevend PMT te volgen, een veranderingsproces in gang zetten.

Wanneer de doelen toegespitst worden op groep 2b houdt dit in dat de cliënten een emotionele groei door gaan maken, zodat ze uiteindelijk veranderingen van gedrag naar zichzelf en hun omgeving kunnen laten zien, op basis van opgemerkte lichaamssignalen. Uiteindelijk is het de bedoeling dat ze cognitief en lichamelijk ervaren inzicht hebben verworven in de ontstaansfactoren en de processen die het probleem in stand houden, waardoor hij ook ander gedrag kan laten zien, in lastige situaties.

3.1.1. Binnen de PMT

Binnen het multidisciplinaire team wordt een algemene focus voor iedere cliënt geformuleerd, waaruit ook specifieke werkpunten voor iedere therapie worden gevormd. In de PMT uren op maandag en dinsdag wordt hier wisselend thematisch en bewegingsgericht mee gewerkt.

In de zaal is wisselend actief gedrag van de groep te zien. In het PMT uur op donderdag wordt er voornamelijk gestuurd op het in beweging komen en de effecten daarvan te laten ervaren. Vaak aan het begin van het uur gaat iedereen op de bank zitten en is het energieniveau laag. Wanneer er gestructureerd en geactiveerd wordt, stijgt het energieniveau van de meeste cliënten een stuk. Vrij regelmatig wordt er fanatiek bewogen en kan het grootste deel van de cliënten ook aangeven wat beweging hen oplevert. De groep doet het vaak goed op activering, waarnaast onze attitude ook enthousiasmerend, motiverend en structurerend is.

Het werk wat binnen de uren op de donderdagen wordt verzet, ligt vooral in de modaliteit ervaren. De cliënten worden bewust gemaakt van de effecten van bewegen en doordat ze lijfelijk andere ervaringen opdoen, kunnen zij zich (tijdelijk) beter voelen. Naast dat de effecten van het bewegen worden benoemd, worden de cliënten ook geregeld stil gezet over de effecten van hun gedachten op hun gedrag. Bijvoorbeeld wanneer we aan het volleyballen zijn en iemand laat in zijn opmerkingen doorschemeren dat hij er niets van kan, wordt dit bespreekbaar gemaakt en wordt er samen met de groep gekeken naar de effecten hiervan. Dit valt onder het cognitief gedragstherapeutisch kader. Het belang van bewegen voor mensen met een depressie is één van de redenen dat er in één van de twee uren voornamelijk bewegingsgericht gewerkt wordt. Waar het bij Running het antidepressieve effect (min of meer) bewezen is, ben ik ervan overtuigd dat meerdere vormen van bewegen dit effect op kunnen leveren. Mensen komen door het bewegen even uit hun gedachtestroom, komen vaak in hun kracht tijdens het bewegen en ervaren gemakkelijk plezier. De ervaringen en tevredenheid die dit oplevert, naast de structuur die wij (therapeuten) aanbieden, kan net zo goed een antidepressief effect hebben. Dit is ook wat ik vaak gezien en gehoord heb van de cliënten van groep 2b, tijdens mijn stage.

Op de maandag wordt er binnen de PMT thematisch gewerkt. De thema's die aangeboden worden, sluiten vaak in minder of meerdere mate aan bij alle cliënten. Voorbeelden hiervan zijn: lichaamssignalen herkennen, grenzen aangeven en jezelf laten zien. Bij de verschillende thema's komt vaak naar voren dat de cliënten last hebben van belemmerende gedachten. Dit zorgt er dan voor dat ze meer last hebben van spanning, het kan ook leiden tot vermijding of emotionele reacties. Er wordt vaak navraag gedaan over deze gevoelens en gedachten. Vervolgens wordt er gekeken hoe hier anders mee omgegaan kan worden. Het komt erop neer dat er vaak eerst ervaringsgericht wordt gewerkt, dit levert veel (informatie) op. Daaropvolgend wordt regelmatig oefengericht gewerkt, waarbij wel de nadruk wordt gelegd op de nieuwe ervaringen die opgedaan worden, zodat het nieuwe gedrag beter kan gaan beklijven.

In de fase waarin ervaringsgericht wordt gewerkt, werken we ook in de modaliteiten verkennen en herkennen. In dit gedeelte is de attitude van de therapeut(en) meestal spiegelend, soms confronterend en sturend. Het sturende houdt in dat je ervoor zorgt binnen je totale arrangement dat de cliënt tot het gewenste ervaringsgebied kan komen. Het spiegelende en soms confronterende is nodig om de cliënten te kunnen laten zien wat er gebeurt, in de zaal, in het bewegen en in hun lijf. Door de vele aandacht die er is voor de gedachten over situaties en ervaringen, valt deze manier van werken onder het cognitief gedragstherapeutische referentiekader.

In de volgende fase, waarin meer oefengericht wordt gewerkt, naast dat er veel aandacht blijft voor de nieuwe ervaringen die worden opgedaan in het oefenen, wordt er meer gewerkt in de modaliteit erkennen. Hiervoor wordt van de therapeut(en) vaak een steunende attitude vereist. Nieuw gedrag uitproberen is voor de meeste cliënten vaak erg spannend, waardoor het als prettig en drempelverlagend werkt, wanneer de cliënt steun ervaart. Daarnaast is ook hier een structurerende / sturende attitude nodig, om de cliënt in de juiste oefensituaties te kunnen brengen. De modaliteit oefenen waarin gewerkt wordt, komt voort uit het cognitief gedragstherapeutische kader.

Een aantal keer is al benoemd dat er voornamelijk gewerkt wordt vanuit het cognitief gedragstherapeutische referentiekader, binnen de PMT in de modaliteiten ervaren en oefenen. Van alle onderzochte therapie mogelijkheden is gebleken dat cognitieve gedragstherapie voor de stoornis depressie de meest bewezen effectieve methode is. Het effect van deze manier van werken is dat de gedachten van de cliënten bijgesteld worden (en vervolgens door de cliënt zelf bijgesteld kunnen worden), waardoor het gedrag en het gevoel positief beïnvloed wordt, zodat mensen uiteindelijk uit de depressie komen. Een andere kracht van CGT vind ik dat de cliënt steeds meer in staat wordt om zijn eigen gedachten bij te sturen, waardoor hij niet afhankelijk blijft van de therapeut.

3.2. Hermeneutische invalshoek

De cliënten van de huidige groep 2b variëren in leeftijd van 29 tot 55 jaar. Alle vijf hebben ze in hun levens al het nodige meegemaakt. Zoals al eerder beschreven werd, hebben alle cliënten vrij heftige *life events* meegemaakt, die van invloed geweest zijn op hun leven en mogelijk ook een oorzaak zijn voor hun (recidiverende) depressie. Er is verschil in de leeftijd waarop mensen deze heftige ervaringen hebben opgedaan. Bij sommigen was dit in de jeugd het geval, bij anderen op latere leeftijd en sommigen hebben door hun leven heen meerdere heftige *life events* meegemaakt.

Een ander opvallend overeenkomstig aspect is dat verscheidene cliënten bepaalde boodschappen uit hun jeugd hebben meegekregen, die nog steeds van invloed zijn op hun huidige gedrag. Bij vier van de vijf gaat dit om verbale boodschappen die ouders jarenlang hebben uitgedragen, die hun invloed nog steeds uitoefenen op het gedrag in het hier en nu. Eén van de voorbeelden hiervan is het volgende:

R. is vanaf 9 maanden kaal. Zijn ouders hebben gezegd dat hij een pruik moest dragen, zodat niemand zou zien dat hij kaal was. Verder gaven ze de boodschap dat het normaal was dat hij geen haar had en dat hij niet moest zeuren over de pruik en zijn kaalheid. R. voelde als kind aan dat het niet normaal was dat hij kaal was en had hier last van. Hij deed er alles voor om het geheim te houden en heeft zich hierdoor altijd op de achtergrond gehouden. Het zichzelf niet durven laten zien, heeft bij R. als een rode draad door zijn leven gelopen en op dit moment ervaart hij hier nog steeds veel last van.

Dit voorbeeld illustreert dat wat er bij de andere cliënten ook heeft gespeeld. Bij iedereen hebben de boodschappen verschillende inhoud, maar het komt erop neer dat het hen in het hier en nu nog steeds belemmert en mogelijk één van de oorzaken is voor hun depressie.

Bij één iemand is duidelijk geworden dat het verliezen van haar baan mede oorzaak is van haar depressie. Dit is niet bij iedereen het geval, maar werk speelt wel bij bijna iedereen een belemmerende rol. Eén cliënt is bijvoorbeeld al 22 jaar werkloos en is daarmee voor zijn gevoel zijn status kwijt geraakt, waardoor hij zich waardeloos voelt en onder andere daardoor in een depressie geraakt is.

Het overmatige piekeren en het toeschrijven van mislukkingen aan jezelf, vanwege een laag zelfbeeld, zijn tenslotte aspecten die overeenkomstig zijn binnen de groep en bijdragen aan het ontstaan en onderhouden van de depressie.

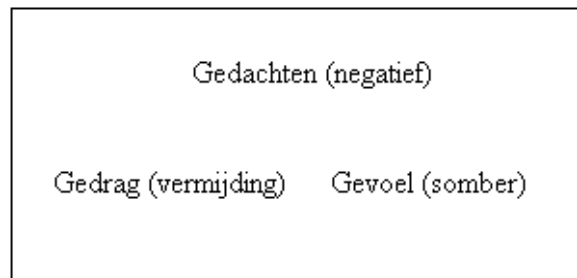
Kortom de boodschappen die de cliënten mee hebben gekregen, de nare ervaringen die ze in hun jeugd, of op latere leeftijd hebben opgedaan en de huidige werksituatie zijn aspecten die bij hebben gedragen aan het ontstaan en onderhouden van de depressie.

Hoofdstuk 4. Methodiek

In dit hoofdstuk zal ik beschrijven welke mogelijkheden er zijn om verschillende CGT principes toe te passen in een psychomotorische behandelsetting. Deze mogelijkheden komen voort uit zowel de theorie als de praktijk. De voorbeelden die ik hierbij geef, verwijzen naar (de casuïstiek van) groep 2b.

4.1. Overeenkomst uitgangspunt CGT en PMT

Zoals in de theorie te lezen is (hoofdstuk 2), gaat de CGT ervan uit dat gedachten, gedrag en gevoelens beïnvloeden. Dit komt overeen met de visie van PMT dat er altijd een driehoek speelt van gedachten, gevoelens en gedrag. Een voorbeeld hiervan voor mensen met een depressie.



9

De negatieve gedachten zorgen ervoor dat depressieve cliënten zich somber gaan voelen en vermijgend gedrag gaan laten zien.

De CGT steekt in op de gedachten, om deze aan te pakken en vervolgens daarmee het gedrag en/of de gevoelens te beïnvloeden. Wanneer de negatieve gedachten aangepakt kunnen worden, zal iemand met een depressie zich minder somber voelen, waardoor hij ook weer actiever wordt.

In de zaal kun je gebruik maken van een zelfde soort principe als binnen de CGT gedaan wordt. Op het moment dat er binnen de activiteit een emotie omhoog komt, of zonder aanleiding, kan de cliënt stil gezet worden en kan er nagegaan worden welke gedachte(n) er door het hoofd van de cliënt heen gaat. Het is waarschijnlijk dat een gedachte gemakkelijker op te roepen is, wanneer men direct in de ervaring zit, dan wanneer het uit een situatie teruggehaald moet worden. Een voorbeeld vanuit het bovenstaande figuur. Al eerder in deze casestudy is een voorbeeld van R. genoemd (paragraaf 3.2). R. heeft in zijn leven angst opgebouwd om gezien te worden. In de therapie durft R. geen activiteit aan de groep aan te bieden. Hij is echt angstig en wil met geen mogelijkheid voor de groep gaan staan, om iets aan te bieden. Dat hij dit niet durft, vindt hij gek en maakt hem somber. Bij navraag blijkt dat hij alleen maar bezig is met wat de anderen van hem zullen vinden, wanneer hij voor de groep zal staan en de gedachte: 'ze vinden mijn activiteit vast niet leuk', belemmert hem ook hierin. Wanneer je deze gedachten kunt aanpassen, zal R. zich minder angstig voelen en wordt de mogelijkheid dat hij de activiteit toch aangaat groter.

Naast dat het goed is om op dezelfde manier in te steken als bij de CGT binnen de PMT, kan er ook gekozen worden om wel met hetzelfde gedachtegoed te werken, maar een andere insteek te nemen. Dit houdt in dat je er nog steeds vanuit gaat dat de beïnvloedingsdriehoek van gedachten, gedrag en gevoel werkt, maar dan steek je in op het gedrag. In de activiteit kan zo gearrangeerd en gemanipuleerd worden dat een cliënt ander gedrag laat zien. Je kunt hem op dat moment stil zetten en in het moment een nieuwe ervaring op laten doen. Op deze manier kun je in de zaal samenwerkend en aanvullend werken op de CGT.

Een voorbeeld uit de zaal. Wanneer er een activiteit wordt gedaan rondom het thema leiden en volgen, wordt B. uitgedaagd om eens een leidende rol in te nemen, waar zij normaal vaak de volgende positie kiest. Dit kan gewoon gevraagd worden, maar het kan bijvoorbeeld ook gemanipuleerd worden door de andere cliënten allemaal de ogen dicht te laten doen, zodat B. wel de leiding op zich moet nemen. Op deze manier komen de goede ideeën van B. meer naar voren dan normaal en kan zij in deze situatie, doordat er op het gedrag ingestoken wordt, een nieuwe ervaring opdoen.

4.2. Gedragexperiment in de zaal

Zoals hierboven beschreven wordt, gaat het bij cognitieve gedragstherapie over gedachten veranderen. Dit wordt op het UMC St Radboud vaak binnen de groeps-cognitieve gedragstherapie

⁹ Driehoek van gedrag, gevoel en gedachten ingevuld voor iemand met een depressie

gedaan, waar geprobeerd wordt helpende gedachten te formuleren. Cliënten geloven deze gedachten echter vaak niet. Vanuit daar wordt dan een gedragsexperiment voorgesteld, zodat ze de oorspronkelijke en de alternatieve, helpende gedachte kunnen toetsen. Bij een gedragsexperiment gaat het om verandering in gedrag, waardoor de disfunctionele gedachte/opvatting getoetst kan worden. Uiteindelijk zal dit dan moeten leiden tot structurele verandering in het gedrag en gevoel. (Korrelboom & ten Broeke, 2004). PMT is uitermate geschikt om in de zaal gedragsexperimenten uit te voeren. Het is een veilige oefenruimte, waar binnen gearrangeerde situaties de experimenten uitgevoerd kunnen worden. Op dat moment kunnen de verschillende gedachten op waarheid, geldigheid en nuttigheid getoetst worden. (Metzemaekers & Stortelder, 2008). Wellicht kan de oorspronkelijke gedachte beter in twijfel worden getrokken, doordat de cliënt zelf een (corrigerende) ervaring heeft opgedaan en wordt de alternatieve gedachte een stukje geloofwaardiger. Doorgaand op het voorbeeld uit paragraaf 4.1., R. heeft de belemmerende gedachte: 'ze vinden mijn activiteit vast niet leuk'. Hierdoor durft hij de oefening niet aan. Een groepslid komt met een alternatieve gedachte: 'misschien dat ze mijn activiteit niet leuk vinden, maar iedereen komt een keer aan de beurt met aanbieden en kan dan in ieder geval een activiteit kiezen, die hij leuk vindt'. Deze gedachte is nog moeilijk te geloven voor R., maar hij is de week erop bereid om de oefening toch aan te gaan met deze gedachte. Het lukt R. om een activiteit aan te bieden. Achteraf wordt gecheckt bij de andere cliënten hoe zij de activiteit hebben gevonden. Hieruit blijkt zelfs dat iedereen de activiteit leuk heeft gevonden.

Nu wil ik niet beweren dat door deze ene oefening de gedachten en kernovertuiging van R. veranderd is, maar hij heeft nu in ieder geval een (wellicht iets corrigerende) nieuwe ervaring opgedaan. Wanneer dit herhaaldelijk gebeurt, is het wel mogelijk om gedachten en kernovertuigingen aan te pakken en te veranderen.

Verder kunnen de cliënten in de zaal, tijdens het doen, ervaringen opdoen, waardoor ze aanleidingen kunnen vinden om ergens mee te oefenen. Ze kunnen door gewoon in het hier en nu bezig te zijn, oefensituaties ontdekken en aangaan. Dit kun je benoemen als spontane, niet bedachte experimenten. Deze opgedane ervaringen kunnen dan binnen de CGT weer verder uitgewerkt worden, waardoor er bijvoorbeeld nieuwe leefregels geformuleerd kunnen worden (Metzemaekers & Stortelder, 2008).

4.3. Extra informatie voor de CGT

Binnen de groepscoïgnitieve gedragstherapie zal informatie allemaal uit de mond van de cliënt komen, 'bedachte informatie'. Ten eerste kun je hierin niet over zaken praten, waar je het niet over wil hebben, maar je kunt ook dingen groter maken dan ze zijn. Ten tweede is het soms lastig om alles op te rakelen. In de zaal bij de PMT kun je op andere manieren informatie verzamelen, namelijk non-verbale en informatie uit het bewegen. De informatie die dit oplevert, is door de cliënt beleefd en niet bedacht, waardoor je gemakkelijker tot de kern komt (Metzemaekers & Stortelder, 2008). Het lichaam en het bewegen is hier een extra ingang, die kan zorgen voor andere (of extra) directe 'beleefde' informatie. Tijdens het 'doen' in de zaal, kunnen de cliënten ook stilgezet worden, waardoor je nog meer informatie kunt verkrijgen over hun (automatische) gedachten, die op dat moment spelen. Op deze manier werk je volgens de CGT manier, maar op een aangepaste wijze, zodat je ook een toevoeging kunt zijn op de verbale CGT.

Een voorbeeld uit groep 2b. A. is een vrouw die aangeeft dat ze geen lichaamssignalen voelt en daardoor vaak over haar grenzen gaat. Wanneer ze situaties binnen CGT inbrengt, geeft ze ditzelfde aan: ze merkt niets, dus ze kan er ook niet naar handelen. Binnen de PMT worden er in een aantal weken verschillende activiteiten aangeboden gericht op lichaamssignalen. De ene keer zijn het inspannende activiteiten, waar op fysiologische lichaamssignalen gelet kan worden en de andere week zijn het spannende activiteiten, waarin andere lichaamssensaties opgemerkt kunnen worden. Hierin doet A. de ervaring op dat ze wel degelijk signalen in haar lijf op kan merken. Dit kan ze meenemen naar haar dagelijks leven om daarin ook te oefenen om ze op te merken. Met deze nieuwe informatie kunnen schema's completer ingevuld worden.

4.4. Zichtbaar maken van mogelijke opties

Binnen de PMT kun je duidelijker zichtbaar maken dat in elke situatie wanneer een cliënt een keuze gemaakt heeft, er altijd ook een andere keuze is. De CGT is erop gericht om niet functionele opties te vervangen door mogelijke opties, hier kan PMT een belangrijke bijdrage leveren tot het krachtig aanscherpen van de CGT (Metzemaekers & Stortelder, 2008). Een voorbeeld uit de zaal. Er wordt een parcours gebouwd, waarbij de opdracht geldt dat iedereen die moet doorlopen. M. schiet in de stress van een kast die in het parcours is opgenomen. Ze probeert over de kast te klimmen, terwijl zij veel last heeft van haar lijf. Op dat moment laat de therapeut zien dat er ook een andere optie bestaat,

namelijk om de kast heen lopen, of zittend over de kast bewegen. Zo wordt letterlijk zichtbaar dat M. op dat moment voor de moeilijkste optie kiest en dat er meer opties mogelijk zijn.

4.5. Cognitieve aspecten op zoeken

Binnen CGT is het de bedoeling om automatische gedachten, leefregels, intermediaire opvattingen en uiteindelijk kernopvattingen op te sporen. Binnen de groepscognitieve gedragstherapie op het UMC St Radboud gebeurt dit door situaties die ingebracht worden door cliënten, vanuit waar samen een gedachterapport gemaakt wordt. Op deze manier ben je dus verbaal en cognitief aan het zoeken. Binnen de PMT kan er door middel van ervaringen opdoen, soms gemakkelijker deze cognitieve aspecten opgespoord worden. Juist doordat ze midden in de ervaring zitten en niet terug hoeven te gaan naar een bepaalde situatie.

Het is belangrijk om binnen je PMT uren af en toe psycho-educatie te geven over CGT. Bijvoorbeeld wanneer je een automatische gedachte te pakken hebt en het bevat een denkfout, is het goed dit te benoemen en uit te leggen wat voor effect dit heeft op het gedrag en gevoel. Wanneer je op deze manier te werk gaat, vormt de behandeling voor de cliëntengroep een geïntegreerde behandeling. In de praktijk ziet het er bijvoorbeeld zo uit. Een cliënt moet met twee anderen cliënten, die hun ogen dicht hebben, onder een draaiend touw doorlopen. Ze voelt zich belemmerd, ze vindt het erg lastig om te doen. Bij navraag blijkt dat zij zich helemaal verantwoordelijk voelt voor het slagen van de opdracht. Door de groep en de therapeuten worden verschillende alternatieve gedachten aangedragen. Vele van de aangedragen opties worden niet geloofd door de cliënt. Uiteindelijk formuleert ze er één, waar ze wel iets in ziet: 'we zijn met zijn vijven verantwoordelijk voor het slagen van de opdracht, de lopers en de draaiers'. Ze gaat de opdracht nu wel aan. De eerste keer mislukt de opdracht en bevestigt ze zichzelf negatief. De therapeut stelt voor om het gelijk nog een keer te doen, waarna het vervolgens wel lukt. De cliënt heeft een opgelucht en tevreden gevoel overgehouden aan de activiteit en heeft gemerkt dat de druk een stuk verlaagd wordt, wanneer je automatische gedachten kunt veranderen in helpende gedachten.

4.6. Benoemen van cognitieve processen

Wanneer cliënten bezig zijn in je therapie, is het goed om ze op de momenten dat één van de drie cognitieve proces (assimilatie, accommodatie, of overaccommodatie) speelt, ze hier bewust van te maken. Wederom zal er in de ervaring in de zaal een hoop gebeuren, waar je de cliënten dan direct bewust van kunt maken en gemakkelijk duidelijk kunt maken welke effecten dit oplevert, omdat ze op dat moment zichtbaar zijn.

Een voorbeeld van hoe overaccommodatie er in de zaal uit kan zien. Cliënt A. speelt met volleybal de bal in het net, in plaats van er overheen. 'Zie je wel, ik kan ook niks', roept A. door het veld. De psychomotorische therapeut weet dat A. in ieder geval goed kan hockeyen, dit is dan alleen nog op sportgebied. Het spel wordt stil gezet en A. wordt er bewust van gemaakt, dat ze op basis van één fout, binnen één sport haar overtuiging uit dat ze niets kan. Haar beeld kan op dat moment ter plekke bijgesteld worden.

4.7. Gedachterapport in de zaal

Iets dat op het UMC St Radboud geregeld gebeurt, is het laten invullen van een gedachterapport door een cliënt tijdens één van de vaktherapieën. Op het moment dat het iemand niet lukt om mee te doen en diegene is in staat om zelfstandig een gedachterapport in te vullen, kan hiervan gebruik gemaakt worden in de zaal. De uitkomsten van het gedachterapport kan in de groep besproken worden en vervolgens kan er gekeken worden naar de aangrijpingspunten om op dat moment, of op een later moment, wel aan de slag te kunnen. Het kan cliënten op zulke momenten rust geven, wat bevorderend werkt op de gemoedstoestand en de motivatie van de cliënt.

4.8. Meerdimensionaal evalueren in de zaal

Wanneer iemand 'zwart-wit denkt' en zichzelf continu negatief beoordeelt, zoals vaak bij mensen met een depressie het geval is, kan meerdimensionaal evalueren een uitkomst zijn. Deze interventie kan worden ingezet wanneer blijkt dat een cliënt zaken te negatief beoordeelt, op basis van selectieve waarneming. Hierbij moet er wel vanuit gegaan kunnen worden, dat wanneer er verbreding van het perspectief plaatsvindt, dat de cliënt een meer realistisch beeld kan vormen. Wanneer dit in de zaal toegepast wordt, ziet het er bij groep 2b zo uit. Eerder genoemde cliënt A. vindt dat ze niet kan volleyballen, ze vindt zelfs dat ze hier beroerd slecht is en ze schaamt zich hiervoor. Haar beoordeling over zichzelf is de volgende:

"Ik loop te stuntelen, ik ben een slechte volleyballer".

Vervolgens is er gevraagd naar een tegenovergestelde uitspraak:
 “Ik ben een heel goede volleybaler”.

Op basis van deze positief geformuleerde uitspraak, werd er een score van geloofwaardigheid opgesteld. Dit was voor A. 1%, zie hieronder op de scorelijst.

“Ik ben een heel goede volleybaler”

0%	A	100%
	1%	

Na deze globale evaluatie is er gekeken naar onderliggende dimensies. Samen met de cliënt en met de groep is er gekeken naar wat de eigenschappen, kenmerken, feiten en gedragingen zijn, die relevant zijn voor de onderzochte rol, in dit geval de ‘heel goede volleybaler’. Het is belangrijk om hierbij zo concreet mogelijk te zijn. De richtlijn naar de hoeveelheid onderliggende dimensies, is dat je probeert minimaal zes dimensies te onderscheiden. Zorg ervoor dat er een aantal dimensies tussen zitten, waar de cliënt goed op scoort.

Wanneer je alle onderliggende dimensies hebt bepaald, die samen het totaalplaatje vormen voor de globale dimensie, maak je van iedere aparte dimensie een zelfde scoreschaal als hierboven. Op deze verschillende dimensies heeft zowel de groep (G), als A. (A) zelf een score bepaalt. Dit zag er als volgt uit:

“Ik heb inzicht in het spel”

0%	A	G	100%
	40%	60%	

“Ik kan soepel bewegen”

0%	A	G	100%
	25%	70%	

“Ik kan snel bewegen”

0%	A	G	100%
	40%	75%	

“Ik kan samenwerken”

0%	A	G 100%	100%
	65%	100%	

“Ik heb balgevoel / kan mijn kracht doseren”

0%	A	G	100%
	35%	40%	

“Ik kan vanaf eigen ingeschatte afstand serveren”

0%	A en G	100%
	75%	

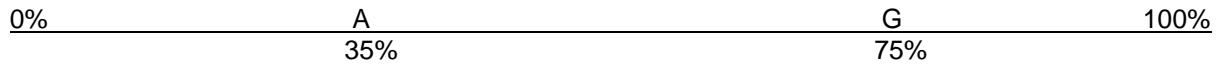
“Ik kan anticiperen”

0%	A	G	100%
	35%	75%	

Wanneer je alle onderliggende dimensies hebt gescoord, wordt er opnieuw gekeken naar de geloofwaardigheid van de globale dimensie, de eerste evaluatie die gedaan is. De reactie van A. was

waardevol, in de zin van dat het meerdimensionaal evalueren het gewenste effect leek te hebben. Ze zei: “Ja, als ik kijk naar al die onderliggende dimensies, heb ik niet één keer beneden de 25% gescoord, dus dan slaat die 1% helemaal nergens op”. Uiteindelijk kwam A. zelf op een nieuwe score van geloofwaardigheid, namelijk 35%. De groep heeft na alle dimensies te hebben bekeken de geloofwaardigheidsscore van 75% aangegeven, dit zag er op de scoreschaal zo uit:

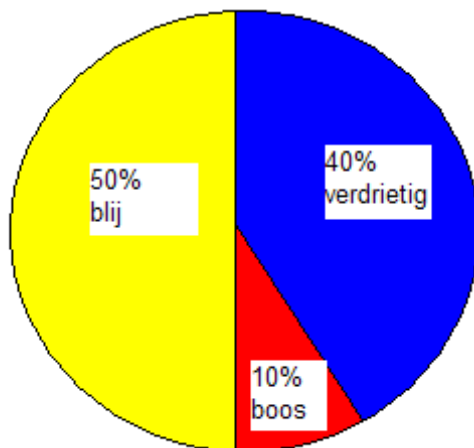
“Ik ben een heel goede volleybaler”



Vervolgens is er uitgelegd dat het niet zo werkt dat je met één keer deze techniek toepassen, je zelfbeeld ineens verandert, maar de groep heeft het wel opgepikt dat je op deze manier realistischer naar jezelf kunt leren kijken.

4.9. Taartdiagram in de zaal

Een voorwaarde voor het toepassen van de taartpuntentechniek in de zaal is het in bezit zijn van een ‘whiteboard’, of een groot vel papier. Net als binnen de CGT kan er gebruik gemaakt worden van deze techniek om de geloofwaardigheid van verschillende gedachten, of het aandeel van verantwoordelijkheid zichtbaar te maken, maar het kan ook op emoties / gevoelens¹⁰ toegepast worden. Een voorbeeld uit groep 2b over het toepassen van de taartdiagram op gevoelens. M. geeft meerdere malen aan dat ze zich altijd alleen maar verdrietig en boos voelt, tijdens de PMT. In het stilzetten van de activiteiten en het navragen worden af en toe andere emoties waargenomen door de therapeut en ook benoemd door M. Op het ‘whiteboard’ wordt een grote cirkel getekend, dit is de taart, die staat voor 100% gevoelens. De waargenomen en benoemde gevoelens worden opgeschreven en ingetekend. Dit taartdiagram zag er als volgt uit.



11

Het blijkt dus dat M. de helft van de tijd zich verdrietig en boos voelt en de helft van de tijd blij, in plaats van alleen verdrietig en boos, zoals haar beleving haar vertelde. Op deze manier kan de psychomotorisch therapeut inzicht geven in hoe je, je eigen belevingswereld soms negatief beïnvloedt door negatieve en vasthoudende gedachten. Op deze manier kan de cliënt zicht krijgen op de selectieve aandacht voor negatieve ervaringen. Selectieve aandacht is één van de beschreven denkfouten in paragraaf 2.4.6. Een ander effect van het uitwerken van deze taartdiagram is dat je kunt laten zien hoe je een realistischer beeld van je belevingswereld kunt creëren.

Zoals al eerder beschreven werd, wordt de taartpuntentechniek ook toegepast op het zichtbaar maken van het aangenomen aandeel van verantwoordelijkheid. Dit voorbeeld uit de zaal, is beschreven door Metzemaekers en Stortelder (2008). De gedachte van de betreffende cliënt is de volgende:

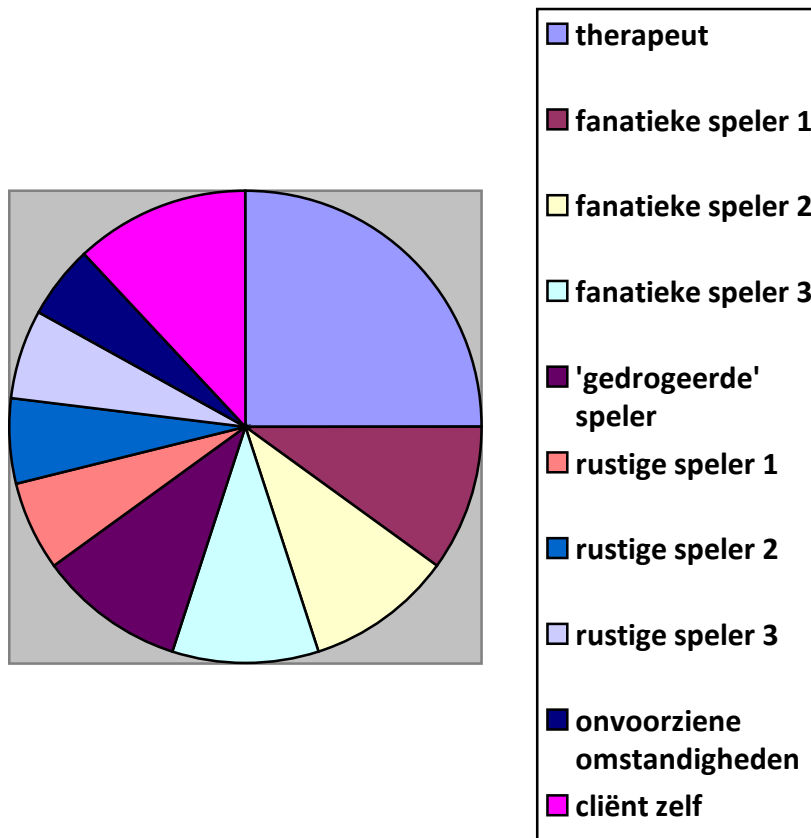
¹⁰ De toepassing op gevoelens/emoties is met dank aan M. van Haaren, psychomotorisch therapeut op het UMC St Radboud.

¹¹ Ingevuld taartdiagram over gevoelens.

'Als er in een partijtje voetbal blessures vallen, is dat mijn schuld, want ik kan de bal niet goed controleren; ik ben veel te lomp, dus ik doe niet mee'. Op een schaal van 0 – 100 geeft de cliënt aan dat zij zeker voor 75% verantwoordelijk is voor het veroorzaken van blessures. Wanneer er door de therapeut verder uitgevraagd wordt, komen er echter de volgende interpretaties naar voren.

- Er zijn 9 deelnemers in het spel, inclusief de therapeut, iedereen die meespeelt, heeft een aandeel in het spel en dus ook in het al dan niet veroorzaken van blessures.
- Daarbij hebben fanatieke spelers een groter aandeel, maar ook de mensen die op enige wijze hinder ondervinden van medicijngebruik.
- Bovendien blijkt bij het navragen dat de therapeut het grootste aandeel heeft in het 'veroorzaken' van blessures, omdat zij de verantwoordelijkheid heeft voor de veiligheid van de spelers en de structuur van het spel.
- Verder is er nog de mogelijkheid dat ook andere factoren een rol spelen in het veroorzaken van blessures waar de cliënt mogelijk niet aan gedacht heeft.

Hierdoor ontstaat een volgende verdeling: er zijn drie fanatiek spelers en één 'gedrogeerde' speler, die een even groot aandeel hebben in het veroorzaken van blessures (10%). Dan is er de therapeute, die het grootste aandeel heeft (25%). Er zijn drie wat rustigere spelers, die een kleiner aandeel hebben in het veroorzaken van blessures (6%) en er is een deel dat voor onvoorziene omstandigheden staat (5%). Ten slotte is er de cliënt zelf, waar nog 12% voor overblijft. De cliënt maakt vanuit hier het volgende taartdiagram.



12

Uit het de optelsommen van aandelen in verantwoordelijkheid blijkt dat er nog 12% overblijft voor de cliënt zelf. Dit is heel iets anders dan de eerder door de cliënt ingeschatte 75%. Op deze manier kan er letterlijk zichtbaar gemaakt worden welke belemmerende rol een eigen irreële inschatting kan spelen. Wanneer de cliënt zicht krijgt op de reële aandelen in verantwoordelijkheid zal ze sneller meedoen met de activiteit, dan wanneer zij zich grotendeels verantwoordelijk voelt voor het veroorzaken van blessures.

¹² Ingevuld taartdiagram over aandelen in verantwoordelijkheid.

Hoofdstuk 5. Conclusie

De casus die in deze casestudy centraal staat, is de tweedaagse dagbehandelinggroep voor mensen met een recidiverende depressie. Cognitieve gedragstherapie is een van de meest bewezen effectieve methodes voor het behandelen van een depressie. Binnen deze therapie wordt er cognitief gewerkt door automatische gedachten, leefregels, intermediaire opvattingen en uiteindelijk kernopvattingen op te sporen en aan te pakken. Gedragmatig wordt er ingestoken om de geloofwaardigheid van de nieuw geformuleerde, functionele gedachten te vergroten, de ervaringen te laten bekliven en om gedragsverandering plaats te laten vinden.

De aspecten van het gedragsmatige werken, lenen zich bijna vanzelfsprekend goed voor de PMT, omdat er in de zaal vaak 'in het doen' gewerkt wordt, met nadruk op ervaringen die opgedaan worden. Om de cognitieve aspecten van deze therapie te kunnen integreren binnen de PMT, was voor mij een wat langere zoektocht nodig. Deze zoektocht heb ik geordend door de hieronder staande deelvragen op te stellen, die beknopt beantwoord zullen worden.

- Welke principes zijn er binnen de cognitieve gedragstherapie?

Binnen de cognitieve gedragstherapie is er een groot scala aan principes te onderscheiden. Dit beging met het uitgangspunt van invloed van denken op voelen en handelen. Verder zijn er verschillende beschreven cognitieve principes en processen:

- Kernopvattingen: de hoogste vorm van kennisstructuur, een algemeen geldende, rigide opvatting over jezelf, de ander, of de wereld.
- Intermediaire opvattingen: zijn sturend voor je gedrag, ook wel bekend als: 'als ... dan ... opvattingen', vanuit hier worden leefregels opgesteld.
- Leefregels: de *do's* en *dont's* uit iemands leven, die hen voor hun gevoel overeind kunnen houden.
- Automatische gedachten: deze komen voort uit de kernopvatting(en) en intermediaire opvattingen en spelen 'automatisch' af, wanneer bepaalde omstandigheden zich voordoen. Deze gedachten hebben effect op het gedrag en gevoel van de betreffende persoon.
- Denkfouten zijn een soort gewoonten in het interpreteren van situaties en het denken daarover, die ervoor zorgen dat iemand een irrealistisch beeld van een situatie schept.
- Er zijn drie cognitieve processen die met het informatie verwerken te maken hebben: assimilatie, accommodatie en overaccommodatie. De eerste heeft betrekking op het inpassen van nieuwe opgedane ervaringen in je cognitieve schema's en de laatste twee hebben betrekking op het veranderen van je opvattingen, aan de hand van nieuw opgedane ervaringen.

Tenslotte bestaan er een aantal uitgewerkte technieken, die beknopt als volgt werken:

- Het gedachterapport wordt gebruikt om als eerste informatie rondom situaties te verzamelen, over de situatie zelf, het daarbij horende gedrag, de gedachten en de gevoelens. Vervolgens wordt het ingezet om verandering in gang te zetten. Door dit meerdere malen te doorlopen, kunnen disfunctionele opvattingen bijgesteld worden.
- Het doel van een gedragsexperiment is dat de disfunctionele gedachte/opvatting getoetst kan worden. Dit vindt plaats na verbaal onderzoek, waar de cliënt meestal alleen rationeel overtuigd is, maar het nog niet al 'waar aanvoelt'. Het gedragsexperiment draagt bij aan het structurele veranderen in het denken, voelen en handelen.
- Meerdimensionaal evalueren is een techniek die wordt gebruikt om iemand een realistischer (zelf)beeld te laten verkrijgen. Door de techniek van het tragere denken en het bekijken vanuit meerder perspectieven, wordt het voor de cliënt mogelijk om een ander, positiever oordeel te vellen dan dat hij normaal gesproken gewend is.
- De taartpuntentechniek kan voor verschillende aspecten ingezet worden, namelijk voor de geloofwaardigheid van een gedachte, het aangenomen aandeel in verantwoordelijkheid en over de aandelen in gevoelens. Bij alle drie de aspecten draait het om het zichtbaar maken van de realiteit, ten opzichte van het beeld vanuit de beleving.

Vervolgens is er teruggegaan naar de basis van de PMT en is er gekeken naar de modaliteiten van de PMT, waar de volgende deelvraag toebehoorde:

- Welke modaliteiten zijn er binnen de PMT?

Vanuit de verschillende theoretische referentiekaders zijn drie modaliteiten ontwikkeld: ontdekken, ervaren en oefenen. De eerst genoemde modaliteit komt voort uit het psychoanalytische referentiekader, waarin men voornamelijk bezig is met het problematische verleden verwerken, zodat de problematiek in het heden vermindert. Wanneer er binnen de modaliteit ervaren gewerkt wordt, die uit het cliënt centered referentiekader voortkomt, wordt er in het hier en nu gewerkt en draait het

voornamelijk om die nieuwe ervaringen die de cliënt opdoet. De cliënt is zelf sturend in zijn proces. Daarentegen is er bij de modaliteit oefenen, gebaseerd op het cognitief gedragstherapeutische referentiekader, geen sprake van een zelfsturende cliënt. De cliënt doet ervaringen op in een gestuurd arrangement van de therapeut. Vervolgens wordt er geoefend aan de hand van de (nieuw opgedane) ervaringen.

De laatste deelvraag, hieronder beschreven, had betrekking op 'praktijkonderzoek'.

- Welke principes (en technieken) vanuit de CGT worden er toegepast binnen groep 2b en hoe wordt dit gedaan?

Door middel van het stagemodel bij mijn verschillende stagebegeleiders, het observeren en het nabespreken van de therapieën, heb ik onderzocht welke principes er vanuit de CGT toegepast worden. De voorbeelden hiervan heb ik verwerkt in de paragraaf over de integratie van de CGT principes in de PMT. Daarnaast heb ik, gedeeltelijk in overleg met hen, zelf ook principes proberen toe te passen, wanneer ik de therapie gaf. De principes die ik gezien heb tijdens het geven van de therapie door mijn stagebegeleiders waren de volgende:

- Overeenkomst uitgangspunt CGT en PMT is een principe dat vrij snel helder was, op het moment dat ik stage kwam lopen. Die overeenkomst is zo duidelijk, dat hij gemakkelijk toepasbaar is binnen de PMT.
- Extra informatie voor de CGT werd opgedaan in de therapieën en overgedragen aan de cognitief gedragstherapeuten.
- Cognitieve aspecten op zoeken werd geregeld gedaan door het benoemen van automatische gedachten en psycho-educatie over de verschillende cognitieve aspecten en de effecten daarvan.
- Gedachterapport in de zaal werd af en toe toegepast bij M., die door haar lichamelijke ongemakken niet altijd de therapie kon volgen.
- Taartdiagram in de zaal is letterlijk gebruikt zoals in paragraaf 4.1.9. beschreven is, waardoor de verdeling van de emoties zichtbaar werden. Het voorbeeld over de aandelen in de verantwoordelijkheid komt uit de (meegemaakte) beschreven theorie van één van mijn stagebegeleiders.

Om tot het beantwoorden van de vraagstelling te komen, is de enige extra informatie nog, de aanvullende mogelijkheden vanuit de theorie, die toepasbaar kunnen zijn binnen de PMT. Deze informatie is ook verwerkt in de paragraaf over de integratie van de CGT principes in de PMT. Uiteindelijk ben ik tot de volgende beantwoording van mijn vraagstelling, hieronder herhaald, gekomen.

- Hoe kunnen principes vanuit de CGT binnen de PMT geïntegreerd worden, bij mensen met een recidiverende depressie?

Door het maken van deze casestudy heb ik me dusdanig in de theorie en praktijk verdiept, dat ik in staat ben om velerlei principes uit de theorie toe te kunnen passen binnen de PMT. Veel bestaat uit het signaleren van de beschreven cognitieve aspecten. Vervolgens kan er door middel van de verschillende technieken nog meer volgens de CGT methode gewerkt worden, door gedragsexperimenten, de taartpuntentechniek, of het meerdimensionaal evalueren in de praktijk te brengen. Deze methodes zijn allen effectief gebleken. Het is als therapeut goed te doen in de zaal en het levert een bijdrage aan de CGT, doordat bij PMT alles in het hier en nu te ervaren is.

In de inleiding stond het volgende *doel in* beschreven.

- Onderzoeken van de mogelijkheden van integratie van de CGT principes binnen PMT voor mensen met een recidiverende depressie, die in dagbehandeling zijn.

In het hierboven beschreven antwoord op de vraagstelling is gebleken dat het onderzoek naar de integratiemogelijkheden van CGT principes binnen de PMT, voor mensen met een recidiverende depressie, geslaagd is.

Het gestelde *doel van* is in de inleiding als volgt beschreven.

- De PMT'er kan de manier van werken in de psychomotorische therapie aan laten sluiten bij de verbale CGT, voor een tweedaagse dagbehandelingsgroep voor mensen met een recidiverende depressie, zodat er een geïntegreerd behandelaanbod ontstaat.

Doordat alle principes die behandeld zijn toepasbaar zijn binnen de PMT, ben ik in staat om de PMT aan te laten sluiten bij de verbale CGT en de cognitief gedragstherapeutische manier van werken binnen de tweedaagse dagbehandeling voor mensen met een recidiverende depressie, van het UMC St Radboud.

Hoofdstuk 6. Discussie en aanbevelingen

6.1. Discussie

Waar alle beschreven principes toepasbaar zijn binnen de PMT, zodat er een geïntegreerd behandelaanbod kan ontstaan, twijfel ik aan het feit of het verstandig is om altijd op een volledig cognitief gedragtherapeutische wijze te werken in de zaal. De specifieke kwaliteiten van het vak PMT moeten, in mijn ogen, ook benut blijven. Bovendien werken een aantal technieken ook vrij traag in de zaal. Gezien het feit dat ze goed werken, raad ik zeker aan om ze af en toe, toe te passen binnen de PMT, maar niet wekelijks, omdat de kwaliteiten van het vak PMT in mijn ogen dan anderszins verloren gaan.

Bij de huidige samenstelling van groep 2b zijn alle beschreven principes toepasbaar gebleken, maar deze casestudy blijft gebaseerd op één casus. Er moet rekening gehouden worden met het feit dat wanneer de principes bij een andere (samenstelling van de) dagbehandelingsgroep toegepast worden, er mogelijk andere resultaten uitkomen.

6.2 Aanbevelingen

Aansluitend op het gestelde *doel van* in deze casestudy, wil ik aanbevelen om op een meer professionele wijze onderzoek te doen naar de integratiemogelijkheden van CGT principes binnen de PMT. In de literatuur is veel te vinden over cognitieve gedragstherapie, maar niet in combinatie met psychomotorische therapie. De literatuur die erover te vinden is, gaat over cognitieve gedragstherapie die wordt toegepast binnen PMT voor de behandeling van angststoornissen. Over de toepassing bij de behandeling van een depressie, heb ik geen 'professionele' literatuur kunnen vinden. Gezien mijn conclusie dat de principes uit de CGT goed toepasbaar zijn en gezien de bewezen effectiviteit van cognitieve gedragstherapie bij mensen met een depressie, zou ik zeker aanbevelen om hier verder onderzoek naar te doen, dat meer onderbouwd is.

Literatuurlijst

Boeken

Geerts, G. & Heestermans, H. (1995). *van Dale Groot woordenboek der Nederlandse taal a-i en j-r*. Utrecht/Antwerpen: van Dale Lexicografie bv

Hattum, M. van & Hutschemaekers, G. (2007). *In beweging de ontwikkeling van producten voor psychomotorische therapie*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Jochems, A.A.F & Joosten, F.W.M.G. (2003). *Zakwoordenboek der Geneeskunde*. Doetinchem: Elsevier Gezondheidszorg.

Korrelboom, K. & ten Broeke, E. (2004). *Geïntegreerde cognitieve gedragstherapie Handboek voor theorie en praktijk*. Bussum: Coutinho.

Koster van Groos, G.A.S. (2001). *Beknopte handleiding bij de Diagnostische Criteria van de DSM-IV-TR*. Amsterdam: Nederlandse vertaling Harcourt Assessment BV.

Kuehlwein, K. T. (2004). De cognitieve therapie van depressiviteit. In: G. Simos (Red.), *Cognitieve gedragstherapie Handleiding voor de praktijk* (Nederlandse editie) (pp.17-60). Baarn: HBuitgevers.

Meijden, H. van der & Bosscher, R. J. (2007). *Psychomotorische Therapie voor mensen met chronische pijn, een methodisch raamwerk*. Zwolle: Christelijke Hogeschool Windesheim.

Weerman, A. (2006). *Zes psychologische stromingen & één cliënt* Soest: Nelissen.

Artikelen

Metzemaekers, R. & Stortelder, A. (2008). *Werkstuk in het kader van de RINO-cursus CGT en vaktherapie*

NVPMT (1995). *Beroepsprofiel Psychomotorisch therapeut ALV* (speciale uitgave)

Internet

<http://www.psychischegezondheid.nl/page/204/bio-psycho-sociale-model.html>, geraadpleegd op 11 mei 2009