

Gedragstherapie bij kinderen en jeugdigen: geschiedenis, kenmerken en overwegingen bij het gedragstherapeutische proces

Pier Prins, Joop Bosch en Caroline Braet

1.1 Geschiedenis van de gedragstherapie bij kinderen en jeugdigen

De gedragstherapeutische aanpak van probleemgedrag bij kinderen en jongeren op basis van wat men wel de leerprincipes noemt, kent een lange geschiedenis. Deze is in de loop van de tijd door kinderpsychologen en pedagogen van uiteenlopende signatuur beschreven en toegepast. In *Emile* van Jean-Jacques Rousseau (1762), een schrijver die men nu niet direct met de gedragstherapie associeert, treft men daarvan sprekende voorbeelden aan, zoals de nadruk die Rousseau legt op het principe: leren door te doen.

Toch laat men de moderne geschiedenis van de kindergedragstherapie beginnen in de jaren twintig van de vorige eeuw (Kazdin, 1978; Landsheer & Prins, 1987). John Broadus Watson en zijn leerlingen Raynor en Mary Cover-Jones probeerden de geldigheid van conditioneringsprincipes als verklaring voor neurotisch gedrag aan te tonen door bij kinderen op experimentele wijze vreesreacties aan en af te leren (Watson & Raynor, 1920; Cover-Jones, 1924a). De kenmerken van procedures die men tegenwoordig standaard in de gedragstherapie aantreft, zijn al in die eerste behandelexperimenten terug te vinden. Zo onderzocht Mary Cover-Jones de effecten op vreesreacties van kinderen van het aanbieden van een angstvrij model, het rechtstreeks blootstellen aan de gevreesde stimuli, en van overreding (Jones, 1924b). Deze eerste experimentele toepassingen van conditionering, beroemd geworden als de casuïstiek van de kleine Albert en de kleine Peter, bleken echter niet direct navolging te krijgen. Ook al publiceerde Jones (1924b) de succesvolle resultaten van de behandeling van zo'n zeventig kinderen, er volgde geen doorbraak, er werd geen school gemaakt. Dat gold evenzeer voor de succesvolle behandelmethode – de plaswekkermethode

– die Mowrer en Mowrer (1938) ontwikkelden voor kinderen met bedplassen. Een oproep van Arnold Gesell, prominent woordvoerder van de *Child Guidance Movement*, om van deze effectieve methode gebruik te gaan maken, vond bij de toenmalige kindertherapeuten geen gehoor. Toepassingen op grote schaal bleven uit.

Niet alleen voor het behandelen van klinische problemen, ook in het onderwijs werden aan het begin van de vorige eeuw gedragstherapeutische principes gepropageerd. Sidney Pressey bijvoorbeeld ontwikkelde al in 1919 het prototype van wat later bekend werd als ‘de leermachine’, maar in 1932 moest hij tot zijn grote teleurstelling vaststellen dat zijn onderneming niet aansloeg. De kindergedragstherapie kwam ook in het onderwijs nog niet van de grond. De psychoanalyse domineerde en bepaalde het gezicht van de zorg voor kinderen en jeugdigen.

De echte doorbraak vond pas in de jaren zestig van de vorige eeuw plaats (Kazdin, 1978). In die jaren richtten de gedragstherapeuten zich vooral op de behandeling van ernstig ontwikkelings- en gedragsgestoorde kinderen in residentiële centra. Bij deze zeer moeilijke kinderen, die doorgaans als autistisch of schizofreen waren gediagnosticeerd en met wie men zich therapeutisch geen raad meer wist, werd gedragstherapie toegestaan en met een zeker succes toegepast. De operante conditioneringsprincipes van B.F. Skinner (zie hoofdstuk 3) dienden daarbij als leidraad. Deze eerste gedragsveranderingsprogramma’s waren vooral gericht op het terugdringen van bizar en zelfverwondend gedrag en op het stimuleren van sociale vaardigheid en zelfredzaamheid bij verstandelijk gehandicapte kinderen, of op het systematisch aanleren van taal bij ernstig autistische kinderen (Lovaas, 1967).

Geleidelijk begon de kindergedragstherapie echter een ruimer toepassingsgebied te krijgen. Ook minder ernstig gestoorde kinderen werden gedragstherapeutisch behandeld. Onder leiding van voortrekkers als Sidney Bijou, Donald Baer en Gerald Patterson verwierf de kindergedragstherapie zich langzaam maar zeker een plaats in de ambulante zorg, de opvoeding en het onderwijs. Men begon, zo herinnert Sydney Bijou zich in een interview met Krasner (1977): “to think in terms of contingencies in natural settings rather than in meeting children’s hypothetical needs” (p 591).

Drie generaties gedragstherapie

De ontwikkeling van de gedragstherapie bij kinderen en jeugdigen van de afgelopen vijftig jaar kan beschreven worden in drie fasen, men spreekt ook wel van drie generaties gedragstherapie. Alle drie komen in dit boek aan de orde. Voor een uitgebreide beschrijving van de geschiedenis en de grondslagen van de gedragstherapie verwijzen wij naar Hermans, Eelen en Orlemans (2007).

De *eerste generatie gedragstherapie* – jaren zestig tot tachtig van de vorige eeuw – was vooral gericht op het uiterlijk waarneembare gedrag. Operante en klassieke conditioneringsprincipes vormden de basis van de gedragstherapeutische interventies. Introspectie werd afgewezen als een onbetrouwbare basis voor het verkrijgen van informatie over de motieven van het gedrag. Waarneembaar gedrag in interactie met specifieke omgevingskenmerken stond centraal in de analyse en de behandeling van probleemgedrag van kinderen en jeugdigen.

Albert Bandura's klassieke tekst *Principles of Behavior Modification* (1969) verruimde de theoretische basis van de (kinder)gedragstherapie en voegde een belangrijke dimensie toe aan de tot dan toe voornamelijk operante benadering. Bandura's nadruk op de modelfunctie van ouders en leeftijdgenoten bij het veranderen van probleemgedrag bleek bruikbare gedragstherapeutische implicaties te hebben. Mede onder invloed van zijn sociale leertheorie, waarin cognitief-mediërende processen worden aangevoerd ter verklaring van het aanleren en veranderen van gedrag – het gedrag dat het model voordoet wordt immers cognitief gerepresenteerd, in het geheugen opgeslagen en later gereproduceerd – werd ruim baan gemaakt voor de opkomst van de cognitieve stroming in de kindergedragstherapie. Ook de eveneens klassiek geworden tekst *Learning Foundation of Behavior Theory* van Kanfer en Phillips (1970) bleek de voorloper te zijn van een ontwikkeling die opnieuw openstond voor de 'interne psychische processen', niet op de wijze die de psychoanalyse voorstond, maar strikt aansluitend op een meer rationele gedragsmatige benadering.

De *tweede generatie gedragstherapie*, de cognitieve gedragstherapie – jaren tachtig en negentig van de twintigste eeuw – gaat ervan uit dat cognities in de vorm van gedachten of zelfspraak niet langer bijverschijnselen zijn van gedrag, maar functionele onderdelen in de gedragsketen. Zij betreft cognities nadrukkelijk in de analyse en de aanpak van het probleemgedrag. De introductie van cognitieve elementen in de gedragstherapie betekende een ware revolutie (Meichenbaum, 1977).

Vormen van cognitief leren, zoals sociaal leren, regelgeleid gedrag, instructieleren en probleem oplossen naast het leren van betekenissen (associaties), doen hun intrede in de gedragstherapie en worden doel van assessment en verandering. Denkfouten worden opgespoord en behandeld. Verandering van denken en het aanleren van specifieke gedachten ('helpende gedachten') en betekenissen kregen een centrale rol in de gedragstherapie.

De moderne gedragstherapie bij kinderen en jongeren speelt nu nog sterker dan toen in op de cognitieve en verbale mogelijkheden van kinderen en jongeren (Kendall, 2011). Naast het veranderen van de inhoud van gedachten of het aanleren van nieuwe betekenissen besteedt men tegenwoordig in toenemende mate aandacht aan informatieverwerkingsprocessen, zoals als aandachts-, interpretatie- en geheugenprocessen, en de mogelijkheden om deze via training te beïnvloeden (Hadwin & Field, 2010).

Vanaf eind jaren negentig van de vorige eeuw doen in de cognitieve gedragstherapie nieuwe therapeutische stromingen hun intrede, zoals de acceptance and commitment therapy, de mindfulness based cognitive therapy en de dialectische gedragstherapie (DGT). Men spreekt van de *derde generatie gedragstherapie*. Deze nieuwe vormen van gedragstherapie richten zich minder op het direct veranderen van het denken en voelen, of op de inhoud en de vorm van het denken, maar meer op de functie ervan en de context. Veel gebruik wordt daarbij gemaakt van ervaringsgerichte veranderingsstrategieën en integrerende technieken van uiteenlopende origine. Voor de impliciete claim van deze nieuwe interventies dat ze een antwoord zijn op de beperkingen van cognitieve therapie is op dit moment nog onvoldoende empirische ondersteuning.

De van deze nieuwe benaderingen afgeleide technieken en behandelmodules kunnen een belangrijke aanvulling betekenen op de cognitieve gedragstherapie. Belangrijk hierbij is echter dat de relatie met de uitgangspunten en met het gedachtegoed van de gedragstherapie steeds wordt aangegeven – behoren deze nieuwe therapievormen tot de (cognitieve) gedragstherapie? – en dat de eis van empirische toetsing onverminderd van kracht blijft. In hoofdstuk 11 wordt op deze en andere nieuwe ontwikkelingen verder ingegaan.

1.2 Kenmerken

Het is niet eenvoudig om de gedragstherapie bij kinderen en jongeren in enkele woorden te typeren.¹ Alan Ross (1980) zegt het eenvoudig zo:

“Kindergedragstherapie, evenals gedragstherapie in het algemeen, kan het best worden omschreven als een empirische benadering van psychologische problemen.”

Deze opvatting wordt gecompleteerd met het uitgangspunt dat ook abnormaal of ongewenst gedrag in hoge mate is aangeleerd. De toegenomen differentiatie in het karakter van de huidige kindergedragstherapie is voor een belangrijk deel terug te voeren op de geleidelijke uitdoving van de scholenstrijd in de klinische psychologie en op de toegenomen invloed van de cognitieve psychologie. De term ‘gedrag’ heeft hierdoor een ruimere betekenis gekregen. Gedrag omvat alle waarneembare motorische en sociale gedragingen, zoals taakgedrag op school, zelfverzorging, eten aan tafel, het geven van een compliment, ruzie maken, onderhandelen met je ouders, praten met anderen enzovoort. Maar ook gedachten worden ertoe gerekend, bijvoorbeeld gedragsbegeleidende gedachten, zoals: nu moet ik oppassen met die schaar, of: ik vraag gewoon of ik mee mag doen, en de inhoud van piekeren: als ze me nou maar geen slome vinden. Gedragstherapie houdt zich, ten slotte, via cognities en het waarneembare gedrag ook met gevoelens bezig zoals angst, woede, somberheid of met gevoelens van jaloezie en schuld.

Wat de (cognitieve) gedragstherapie van andere interventiemethoden onderscheidt, valt niet altijd makkelijk aan te geven, maar er zijn enkele typische kenmerken (Kendall, 2011).

Ontwikkelingsperspectief

De kindergedragstherapeut houdt rekening met het feit dat het kind in ontwikkeling is. Kinderen veranderen voortdurend en in dat licht bezien dient het problematisch functioneren ook vanuit een ontwikkelingsperspectief bekeken te worden. Bijvoorbeeld in termen van ontwikkelingstaken die het kind meester moet worden: zindelijk worden, voor het eerst naar school gaan, agressie reguleren, uitstellen van

1 In het vervolg spreken wij kortweg van kindergedragstherapie of gedragstherapie bij kinderen. Het betreft dan in het algemeen steeds kinderen tussen de 0 en 18 jaar, tenzij nader gespecificeerd.

beloning, sociaal omgaan met leeftijdgenoten, zich los maken van het gezin, studie en werk organiseren enzovoort (Patterson, DeBaryshe & Ramsay, 1989; Prins, 1992). Kennis van ontwikkelingsfasen, van leeftijdsgebonden normatieve gedragingen, en van spel en verbeelding is noodzakelijk voor de klachtanalyse, de keuze van de behandelingsdoelen en de keuze van de behandelingstechnieken; kortom, voor alle belangrijke fasen van het gedragstherapeutische proces. Specifiek voor de cognitieve gedragstherapeutische behandeling van adolescenten is dit ontwikkelingsperspectief uitgewerkt door Sauter, Heyne en Westenberg (2009). Zij onderzochten hoe leeftijd – als een eerste grove indicator van ontwikkelingsniveau – samenhangt met het effect van cognitieve gedragstherapie (CGt). Uit het beschikbare onderzoek kunnen zij niet concluderen dat adolescenten meer profiteren van CGt dan jongere kinderen, of omgekeerd. Naast leeftijd is de ontwikkelingsfase van de adolescentie een potentieel belangrijke factor. Zo kan de behoefte aan autonomie ertoe leiden dat de adolescent de noodzaak van behandeling niet ziet en de behandeling niet of moeizaam op gang komt. In het bijzonder bij een CGt-behandeling waarin cognitieve technieken een belangrijke rol spelen, zal de ontwikkeling van CGt-relevante cognitieve vaardigheden – zoals metacognitieve vaardigheden en perspectiefnemingsvaardigheden – belangrijk zijn voor het therapieproces en voor het uiteindelijke succes van de behandeling. Meer onderzoek is echter nodig om kennis te verkrijgen over hoe precies ontwikkelingsfactoren de behandeling van kinderen en adolescenten kunnen beïnvloeden (zie verder hoofdstuk 9).

Samenwerken met ouders en de context

Samenwerken met ouders is al vanaf het begin een centraal kenmerk van de gedragstherapie van kinderen en jeugdigen. Omdat kinderen en jongeren in een gezin leven, kunnen gezinsleden een rol in de behandeling spelen; in ieder geval zijn dat de ouders. Voor de ouders is het belangrijk om te weten dat interactiepatronen kunnen bijdragen aan het in stand houden van het problematische gedrag en ook aan de verbetering ervan (Prins & Braet, 2008). Samenwerking met ouders is ook noodzakelijk om gezamenlijk het kind of de jongere te ondersteunen in het blijven uitvoeren van de gedragsadviezen.

Het betrekken van ouders gaat in de kindergedragstherapie meestal verder dan alleen het informeren over de achtergronden van de problematiek, de prognose en de behandeling. Vaak worden de cognities van ouders voorwerp van interventie. Bijvoorbeeld bij de behandeling van eet- en slaapproblemen van jonge kinderen, worden de irrationele ideeën of vertekende cognities over voeding en slaappatronen aange-

pakt. Bij de behandeling van oppositioneel gedrag kunnen ouders een gedragstherapeutische opvoedtraining krijgen (zie hoofdstuk 3). Overigens zijn het niet alleen de ouders, steeds is ook de context voorwerp van gedragsassessment en wordt bezien of en hoe de omgeving bij de behandeling betrokken kan worden, bijvoorbeeld school en leerkracht bij behandeling van schoolweigeringsproblemen (Graham, 2005). Het uitgebreide cliëntsysteem waarmee men in een kindergedragstherapie te maken heeft, maakt de behandeling ingewikkeld, maar biedt ook mogelijkheden. Voor het vaststellen van aard en ernst van de problemen kunnen de opvoeders als participerende observatoren fungeren. Bovendien kunnen zij bij de behandeling als cotherapeuten worden ingeschakeld (zie hoofdstuk 3). Empirisch onderzoek zal verder moeten uitwijzen hoe men ouders het beste effectief kan inschakelen bij de behandeling van hun kind (Kendall, Hudson, Gosch et al., 2008).

Gedragstherapie als probleemoplossend proces

Het probleemoplossend perspectief past goed in het ontwikkelingsperspectief. Elk kind en elke jongere wordt geconfronteerd met steeds weer nieuwe problemen die om een adequate reactie en oplossing vragen. Dit perspectief zien we terug in de talrijke empirisch ondersteunde behandelprotocollen die de afgelopen jaren voor kinderen en jongeren zijn ontwikkeld (Braet & Bögels, 2009; Prins & Pameijer, 2006).

Niet praten, maar doen

Kinderen leren vooral door te doen, meer dan door te praten. En ze leren het meest als ze plezier hebben in wat ze moeten doen (Friedberg & McClure, 2002). Om de therapie zo aantrekkelijk mogelijk te houden, dragen de therapie sessies dan ook een speelser karakter dan bij volwassenen. Dit impliceert flexibiliteit in werkwijze en houding van de therapeut.

De therapeut als coach

Een coach is een persoon die op basis van ervaring iemands vaardigheden versterkt en zijn ontwikkeling leidt; zo'n coach helpt doelen te bereiken, en beleeft plezier aan dit proces (Kendall, 2011). Hierbij stelt de therapeut zich op als een 'collaborator', als iemand die samen met de ander iets doet, die niet voor alles een passend antwoord heeft, maar wel suggesties hoe je iets zou kunnen aanpakken en die kan nagaan of dat iets voor het betreffende individu is. De therapeut zegt niet hoe het moet, maar leert het kind/de adolescent zelfstandig na te denken en zelf naar oplossingen te zoeken.

1.3 Indicatie: gedragstherapie of niet?

Om de vraag te kunnen beantwoorden of gedragstherapie aangewezen is, zouden wij moeten kunnen beschikken over de resultaten van vergelijkend effectonderzoek, die aantonen dat een bepaalde therapie, bijvoorbeeld (cognitieve) gedragstherapie, de beste behandeling is voor problemen van het type A, maar minder of niet geschikt is voor problemen van het type B. Dit soort onderzoek naar moderatoren van behandel-effecten waarop indicatiestelling kan worden gebaseerd, is nog maar mondjesmaat beschikbaar.

De jeugdzorg of jeugdhulpverlening wordt in toenemende mate gestuurd door evidence-based werken. Momenteel worden bij voorkeur werkzaam gebleken behandelmethoden toegepast. Meestal zijn dat (cognitief) gedragstherapeutische methoden en technieken, al dan niet opgenomen in behandelprotocollen (zie hoofdstuk 12). Met andere woorden: men kiest dikwijls voor gedragstherapie omdat men evidence-based wil werken. Indirect wordt hiermee dan aangegeven dat de problematiek zinvol benaderd kan worden als iets dat door een leerproces tot stand is gekomen en/of in stand wordt gehouden, of als iets dat door het aanleren van nieuwe cognities en gedragingen verholpen kan worden.

De vraag of kindergedragstherapie geïndiceerd is, is mede afhankelijk van de doelstelling van de therapie: voor een deel zijn gedragstherapeutische interventies gericht op de uitbreiding van de gedragsmogelijkheden van ouders (en andere opvoeders) en hun kinderen. Anderzijds kunnen ze ook gericht zijn op de opheffing of vermindering van emotionele problematiek, zoals excessieve angst, woede of verdriet. In feite wordt hiermee een groot deel bestreken van het scala van klachten waarmee kinderen en jeugdigen worden aangemeld.

Gedragstherapie levert de middelen om complexe problematiek uiteen te rafelen tot meer hanteerbare deelproblemen. Het kan therapeutisch strategisch zinvol zijn om te beginnen met eenvoudige en directe interventies. Het valt dan te bezien of men daarmee kan volstaan. Ook al blijkt uit het diagnostische onderzoek dat er meer speelt, zoals onderlinge problemen tussen de ouders, dan kan het toch verstandig zijn deze voorlopig te laten rusten. Als de opvoedingsproblematiek verminderd of verdwenen is, kunnen daarmee ook bepaalde emotionele of relationele problemen tussen de ouders verminderen of zelfs verdwijnen. Ook kan na verloop van tijd de andere, eerst niet bespreek-

bare problematiek bespreekbaar worden. Voor een nadere uitwerking van gedragsassessment verwijzen we naar hoofdstuk 2.

1.4 Overwegingen bij het gedragstherapeutische proces

Op wie richten?

Het therapieproces kan niet uitsluitend als een individueel veranderingsproces bij het kind of de jongere beschouwd worden. Naast de ouders worden soms ook andere gezinsleden bij de behandeling betrokken, of professionele opvoeders zoals de leerkracht, de intern begeleider of de groepsleiding. Waar nodig zal tegelijkertijd op verschillende fronten gewerkt worden. Afhankelijk van de problematiek ligt het accent op de behandeling van het kind, van de ouders of andere opvoeders, of van het hele gezin. Soms kan een behandeling van het kind in een groep, juist los van de alledaagse sociale omgeving, zinvol zijn.

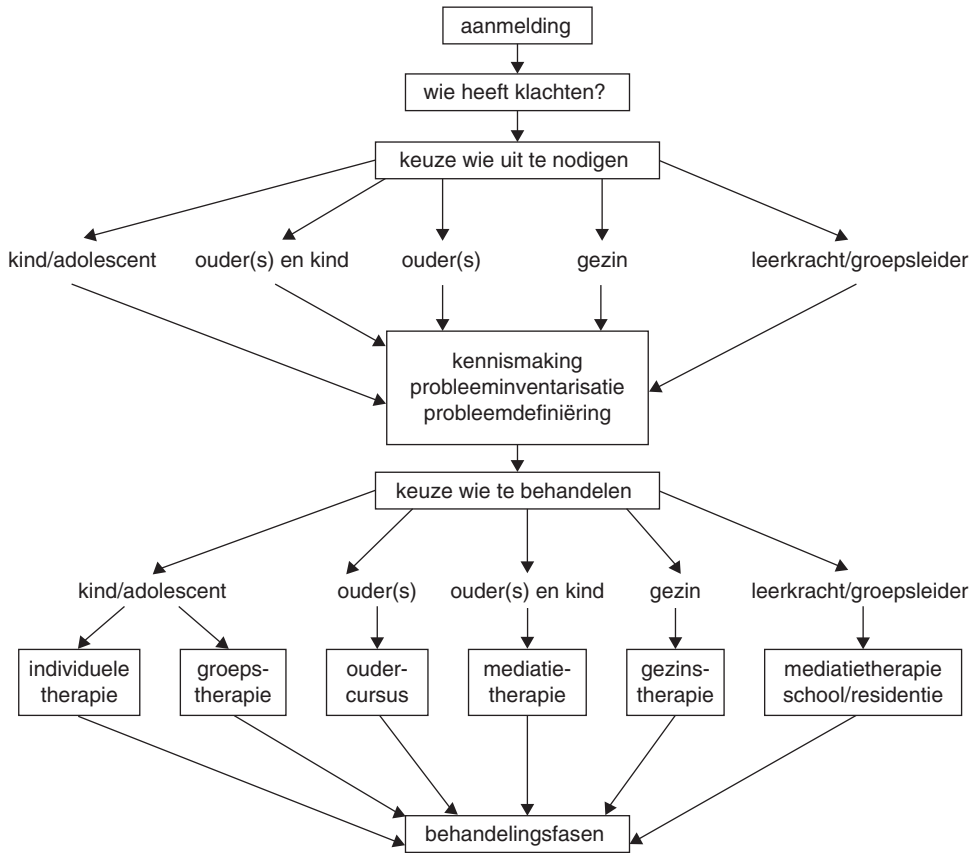
Het gedragstherapeutische proces is op te vatten als een verzameling van min of meer samenhangende keuzemomenten waarop therapeut en cliënt (opvoeders en kinderen) bepalen hoe zij verder gaan met de behandeling. Kindergedragstherapie wordt daarbij gekenmerkt door enkele specifieke keuzemomenten.

Het uitwaaierschema

Bij de intake en de behandeling van een *adolescent*, bijvoorbeeld die zichzelf aanmeldt voor therapie, kan het procesmodel voor volwassenen redelijk gevolgd worden, al dient wel rekening te worden gehouden met het gezin als de belangrijkste sociale omgeving en met de nog aanwezige afhankelijkheid van de adolescent van zijn ouders.

Bij *jongere kinderen* is er al direct bij het begin van de behandeling een belangrijk verschil doordat het kind zelden degene is die zelf kiest voor een behandeling. Bovendien is een belangrijk onderscheid dat er via verschillende invalshoeken gewerkt kan worden. In de uitvoerende fase bepaalt de keuze wie er bij de behandeling betrokken wordt in belangrijke mate het verloop van het verdere behandelingsproces. De kindergedragstherapie kan dan ook beschreven worden aan de hand van deze uitwaaiering over verschillende benaderingsmogelijkheden (figuur 1.1).

De diverse stappen die binnen het gedragstherapeutische proces kunnen worden onderscheiden, staan weergegeven in figuur 1.2. Doordat voortdurend geëvalueerd wordt, zullen er in de praktijk vaak terugkopelingen zijn. Niet bij elke behandeling zal iedere fase in de aange-



Figuur 1.1 Gedragstherapie bij kinderen en jeugdigen: uitwaaiende behandelingsmogelijkheden

geven volgorde doorlopen worden. Sommige fasen worden zeer snel doorlopen, andere worden overgeslagen en in weer andere fasen blijft men onverwacht lang steken. Ook zal soms al een uitgebreide diagnostische fase hebben plaatsgevonden voordat een gedragsbehandeling werd geïndiceerd (zie verder hoofdstuk 2).

1.4.1 FASE 1: KENNISMAKING

Al bij de kennismaking zal de gedragstherapeut direct inspelen op het uitgebreide cliëntsysteem naast het eigene van het kind. Wie moet er uitgenodigd worden voor een eerste gesprek? Op welke wijze kan het kind het beste bij de behandeling betrokken worden? In elke therapie met kinderen en jongeren moet worden beslist hoe de ouders bij het veranderingsproces betrokken kunnen en moeten worden. De wijze waarop dit vorm krijgt, verschilt per probleem, per leeftijdsfase waarin



Figuur 1.2 Het gedragstherapeutische proces in fasen

het kind of de jongere zich bevindt, en is afhankelijk van de betrokkenheid van de ouders bij het probleem.

Per probleem: ouders van kinderen met gedragsproblemen leren bijvoorbeeld het gedrag van hun kind beter te monitoren, terwijl ouders van angstige kinderen leren om minder overgevoelig te zijn voor mogelijke gevaren en om hun kind meer los te laten.

Per leeftijdsfase: in sommige gevallen moeten de ouders bij de sessies van hun kind aanwezig zijn, terwijl zij er in andere gevallen juist beter niet bij kunnen zijn.

Betrokkenheid: hoe en op welke manier moeten ouders betrokken worden? Moet men ouders bijvoorbeeld als informant inschakelen om de aard van het probleemgedrag te kunnen bepalen? Wanneer vastgesteld is dat ouders het probleemgedrag in stand houden of eraan bijdragen, kunnen zij ook als medecliënten worden gezien. Daarnaast kunnen ouders echter ook medewerkers van de therapeut zijn als zij bepaalde onderdelen van de behandeling zelf (moeten) uitvoeren, zoals in verscheidene hoofdstukken in dit boek zal worden geïllustreerd.

Box 1.1 Aandachtspunten voor de kennismaking

Bij het eerste gesprek moet op de volgende punten gelet worden.

- Sluit aan bij het taalgebruik van de cliënt. Hiermee probeert de therapeut zoveel mogelijk in te voegen in het cliëntsysteem.
- Geef op een begrijpelijke manier uitleg over wat gedragstherapie inhoudt, wat er gaat gebeuren en waarom bepaalde zaken besproken of onderzocht worden. Dit zal een doelgerichte samenwerking met ouders en kind bevorderen.
- Benadruk het belang om concreet over gedrag te praten. Voor de meeste opvoeders betekent dit dat zij gaandeweg leren op een andere manier te praten over gedrag en beleving. Ze drukken zich in het begin meestal in vage termen uit: Hij is zo verschrikkelijk druk en lastig, dat irriteert me enorm.
- Vermijd (gedragstherapeutisch) vakjargon bij het uitleggen van gedragstherapeutische principes.
- Vermijd een te schoolse benadering, ook al is de relatie tussen therapeut en ouders in veel opzichten didactisch van aard.
- Wees je bewust van je rol. Een beeld dat wel gebruikt wordt om de rol van de kindergedragstherapeut te illustreren, is dat van leraar, trainer of coach (zie boven).
- Benadruk het belang van huiswerk.
- Typeer gedragstherapie als een leerproces met als uiteindelijke doel dat de ouders en/of het kind beter gaan functioneren en leren om zelfstandig hun problemen op te lossen.

1.4.2 FASE 2: PROBLEEMINVENTARISATIE

Verkenning van de gedragsproblemen, ontwikkeling en context

Bij de probleemverkenning wordt onderzocht wat als probleem ervaren wordt en aan welke gedragingen dit te merken is. De therapeut zal, naast gedrags specifieke informatie, ook inzicht willen hebben in de ontwikkeling van het probleemgedrag en in de context waarbinnen dat gedrag zich voordoet, teneinde causale verbanden en het mogelijke verloop van de klachten in kaart te brengen.

Het is daarbij belangrijk om na te gaan in hoeverre het probleemgedrag niet als 'faseproblematiek' is aan te merken. In dat geval kan in de meeste gevallen worden volstaan met enkele informatieve gesprekken met de ouders (psycho-educatie), waarin de klacht in een ontwikkelingspsychologisch kader wordt geplaatst. Daarbij kunnen de functie ervan voor de ontwikkeling van het kind en het voorbijgaande karakter ervan benadrukt worden. Bekende voorbeelden zijn de kop-pigheid en het negativisme van de peuter en identiteitsproblemen en losmakingsgedrag bij beginnende pubers. Wanneer het probleem complexer van aard is, zullen meer gesprekken met ouders en kind nodig zijn om duidelijkheid over aard en ernst van de problematiek te verkrijgen en om zich een goede indruk te kunnen vormen van de ontstaansgeschiedenis en van de uitlokkende en de bekrachtigende omgevingsinvloeden. Ook anderen kunnen in dit verband geraadpleegd worden, zoals leerkracht en huisarts. Het perspectief van waaruit het kind zelf naar de problemen kijkt, kan sterk verschillen van dat van de ouders.

Box 1.2 Aandachtspunten tijdens de probleeminventarisatie

- 1 **Taalvaardigheid.** Bij jonge kinderen moeten de mogelijkheden tot het voeren van een probleemverkenkend gesprek niet overschat worden, ook al blijft het mogelijk het kind bij de probleemverkenning te betrekken en zijn ervaringen hierbij op te nemen (zie verder de hoofdstukken 2, 6 en 8).
- 2 **Rolverwachtingen.** Naast het verschil in taalvaardigheid, zijn ook de rolverwachtingen tussen volwassene en kind van belang. Voor het kind is de therapeut dikwijls gelijk aan een opvoeder. De volwassene als opvoeder geeft vaak een oordeel, een waardering en benadrukt daarmee zijn of haar visie op het gedrag van het kind, diens gevoelens of ideeën.
- 3 **Fasespecifieke problematiek.** Bij de leeftijdsgroep tussen 12 en 18 jaar is de beleving gericht op de specifiek met deze leeftijd sa-

menhangende problematiek, zoals losmakingsproblematiek, identiteit en seksuele problemen (zie verder hoofdstuk 9).

Holistische theorie en casusconceptualisatie

Na de probleeminventarisatie worden de diverse elementen binnen de gedragsproblematiek in een theoretisch kader gezet, de zogenaamde holistische theorie (HT), ook wel de casusconceptualisatie (CC) genoemd. Beide geven de probleemsamenhang weer zoals die door de therapeut is geformuleerd op basis van gesprekken met de cliënt, metingen en observaties. Beide formuleren een hypothetische samenhang tussen de gerapporteerde en waarneembare problemen en de veronderstelde oorzakelijke en in stand houdende factoren. Men maakt, met andere woorden, binnen de probleemsamenhang onderscheid tussen de observeerbare moeilijkheden die het individu dagelijks meemaakt (bijvoorbeeld angst, sociale problemen, leer- en sociale problemen op school) en de veronderstelde onderliggende psychologische mechanismen die de waarneembare problemen sturen en in stand houden (Drinkwater, 2005). Waarneembare problemen kunnen bijvoorbeeld geconceptualiseerd worden als het resultaat van of gevoed door min of meer vaste cognities over bepaalde ervaringen. Maar ook kunnen gezinsfactoren of andere omgevingsfactoren bij de probleemsamenhang betrokken worden. Ten slotte kan de probleemsamenhang hypothesen bevatten over veronderstelde functies van het probleemgedrag. In het *Handboek klinische ontwikkelingspsychologie* (Prins & Braet, 2008) reiken verschillende auteurs voor verschillende klachten de momenteel meest onderschreven hypothesen aan. Het is dus raadzaam als men zich in een bepaalde problematiek wil verdiepen zich vooraf te informeren over de wetenschappelijk achtergronden en dit bij voorkeur vanuit een ontwikkelingsperspectief. Zo kan bijvoorbeeld het problematische eetgedrag van een adolescent verschillende functies hebben, zoals het verdoven van negatieve gevoelens, het geven van een besef van controle, of het vermijden van verantwoordelijkheid.

De HT/CC kan opgevat worden als onderdeel van de empirische cyclus, die elke gedragstherapie in zekere zin is: eerst de probleemstelling, dan de hypothesen over de centrale probleemgedragingen, vervolgens de behandeling ervan en het toetsen van de hypothesen, en ten slotte op basis van de resultaten het aanpassen van de probleemsamenhang (Hermans, Eelen & Orlemans, 2007).

Het gebruiken van casusconceptualisatie zou enkele belangrijke voordelen hebben.

- Het bieden van een systematisch cognitief-theoretisch kader voor de problemen van de cliënt.
- Geïndividualiseerde cognitief-therapeutische behandelprotocollen die hierop aansluiten.
- Een betere beschrijving van en inzicht in de aangemelde problemen (voor zowel therapeut als cliënt).
- Een welomschreven therapeutische werkrelatie.
- Meer doelgerichte therapeutische interventies.
- Concrete behandelresultaten.

Deze voordelen zouden alle de effectiviteit van de gedragstherapeutische interventies vergroten.

Empirische ondersteuning voor deze veronderstelde voordelen is nog maar zeer beperkt (Bieling & Kuyken, 2003). Dat geldt ook voor claims ten aanzien van de betrouwbaarheid ervan, de validiteit, en de impact op het therapieresultaat. Overigens bleek uit onderzoeken dat de betrouwbaarheid relatief groot is wanneer het gaat om uitspraken over wat de relevante probleemgebieden zijn, terwijl de betrouwbaarheid duidelijk lager is wanneer het gaat om uitspraken over onderliggende mechanismen (Kuyken et al., 2005).

Een systematisch uitgewerkte probleemsamenhang (HT/CC) is niet nodig bij enkelvoudige klachten of wanneer er geen sprake is van een complex geheel van samenhangende problemen. De HT heeft onmiskenbaar praktisch-klinische voordelen, maar de mate waarin het ontwerpen van een HT/CC ook de behandeling gunstig beïnvloedt, de zogenaamde *treatment utility*, is empirisch niet ondubbelzinnig vastgesteld (Hermans, Eelen & Orlemans, 2007). Op de holistische theorie wordt in hoofdstuk 2 uitvoeriger ingegaan.

Keuze van het te bewerken probleemgedrag

Als er verschillende problemen in de HT of de CC zijn genoemd, zal een keuze gemaakt worden. Daarvoor is het belangrijk om de onderlinge samenhang van de verschillende problemen te kennen. Welke klachten waren er het eerst en wat heeft tot wat geleid? In hoeverre bijvoorbeeld leidt het wegblijven van school bij een schoolfobisch kind tot moeilijkheden in het leggen van contacten met leeftijdgenoten, of is het omgekeerd en leiden de contactproblemen juist tot schoolfobisch gedrag? Directe en lineaire causale relaties zijn meestal moeilijk aan te tonen. Dit betekent echter niet dat er geen aandacht moet zijn

voor de wisselwerking tussen allerlei gedragsproblemen. Het kan zijn dat uit de HT een bepaald gedrag als te bewerken probleemgedrag naar voren komt, maar dat om praktische redenen daar toch niet voor gekozen wordt (zie box 1.3). Samen met cliënten worden onderstaande overwegingen op basis van de HT besproken.

Box 1.3 Praktische overwegingen bij de keuze van het probleemgedrag

- *De mate waarin het probleemgedrag een sleutelpositie inneemt.* Bij spijbelen kan het onvermogen om met klasgenoten om te gaan, belangrijker zijn dan de veelvuldige conflicten met een bazige zus.
- *De mate waarin het probleemgedrag veranderbaar is.* Zo werkt het motiverend als er snel zichtbare resultaten bereikt worden. Wanneer verandering van problematisch gedrag al op voorhand moeilijk lijkt, kan de therapeut beter eerst kiezen voor een gedrag dat zich beter leent voor aanpak. Bij een 14-jarige jongen die, naast andere problemen, veelvuldig verzeild raakte in conflicten met leeftijdgenoten, kan een therapeut moeilijk kiezen voor een gerichte aanpak van dit probleem. Immers, de relevante problematische situaties lenen zich slecht voor beïnvloeding. In zo'n geval ligt het meer voor de hand om basisvaardigheden voor sociale omgangsvormen in het algemeen te behandelen.
- *Gevolgen van de beoogde gedragsverandering.* Gedragsveranderingen kunnen neveneffecten op anderen hebben of op de cliënt zelf. De acceptatie door de sociale omgeving van het gewijzigde gedrag is dan ook een belangrijk punt van overweging. Gedrag dat snel positieve reacties uitlokt van de omgeving, heeft de voorkeur. Ook de effecten voor het kind zelf moeten in overweging worden genomen. Het gekozen gedrag moet bij voorkeur bijdragen tot een positieve ontwikkeling in sociaal-emotioneel en intellectueel opzicht. Een tic in het gezicht die maakt dat het kind op school niet goed functioneert, omdat klasgenootjes de tic proberen uit te lokken, kan belangrijker zijn dan het niet op tijd naar bed willen.
- *De mogelijkheden van de cliënt.* Vooral bij zeer moeilijk lerende kinderen en binnen de zorg voor verstandelijk gehandicapten wordt de keuze bepaald door de mogelijkheden van het kind. Bij de keuze van het gedrag moet rekening worden gehouden met de ontwikkeling van het kind. Er kunnen echter ook bij de

ouders belemmeringen zijn. Niet iedere ouder beschikt over effectieve opvoedingsvaardigheden en niet iedere ouder schakelt gemakkelijk over van de gebruikelijke aanpak op een andere. Ook met de mogelijkheden van de ouders moet daarom rekening worden gehouden.

1.4.3 FASE 3: ANALYSES EN PROBLEEMDEFINIËRING

Wanneer het eerste te bewerken probleem eenmaal gekozen is, wordt binnen het therapeutische proces overgegaan tot de specifieke gedragstherapeutische analyses zoals de probleemdefiniëring en de topografische analyse ervan, de functieanalyse en de betekenisanalyse. In hoofdstuk 2 wordt hierop uitvoerig ingegaan, zodat we binnen het bestek van dit inleidende hoofdstuk ons hiertoe beperken.

1.4.4 FASE 4: BEHANDELINGSKEUZES

Formulering van behandeldoelen

Gedragstherapie bij kinderen en jeugdigen is erop gericht het probleemgedrag of de probleemsituatie zodanig te beïnvloeden, dat de ontwikkeling haar normale loop kan (her)nemen. De individuele problematiek wordt in min of meer specifieke leerdoelen vertaald. Bij het formuleren van de therapeutische doelen spelen allereerst de resultaten van de functieanalyse en de verdere kenmerken van het aangeelde kind een rol. Bovendien zullen de pedagogische mogelijkheden en onmogelijkheden van de ouders/verzorgers bij de overwegingen betrokken worden. Ten slotte worden ook de effectiviteit van de beschikbare methoden, de ervaring en de specifieke bekwaamheden van de therapeut mede in de overwegingen betrokken.

Fasering van de behandeldoelen

Het kan om verschillende redenen verstandig zijn een fasering in de therapiedoelen aan te brengen. De therapeut kan eerst kiezen voor een behandelingsdoel dat op korte termijn resultaten te zien geeft, zelfs als uit de analyse blijkt dat het niet de kern van de problematiek is. In crisissituaties ligt het voor de hand om als eerste doel te kiezen voor het oplossen van de crisis. Daarna ontstaat ruimte om de problematiek uitgebreider te analyseren en te gaan werken aan veranderingen in het doen en laten van het kind/de adolescent en zijn omgeving. Soortgelijke crisissituaties kunnen dan mogelijk in de toekomst voorkomen worden. Ook wanneer er geen sprake is van een crisissituatie, kan de

therapeut toch eerst kiezen voor een doel dat op korte termijn effecten heeft.

Voorbeeld

Bij een veertienjarig meisje met ernstige problemen met leeftijdgenoten en met sociale angsten werd eerst het meest nijpende probleem aangepakt door haar probleemoplossingsvaardigheden aan te leren voor concrete conflicten met leeftijdgenoten. Daarna werd het verwerven van een groter gedragsrepertoire een centraal doel, zodat zij gemakkelijker contacten leerde leggen en onderhouden. Nog verder weg lagen doelen van meer abstracte aard, zoals inzicht krijgen in haar manier van doen en greep op haar gedrag krijgen (zelfcontrole).

Geringe toegankelijkheid van de problemen

Bij een geringe toegankelijkheid van de problematiek, doordat de cliënt informatie verzwijgt of niet onderkent wat er werkelijk speelt, kan de therapeut het beste kiezen voor behandelingsdoelen die wel toegankelijk zijn en die direct aansluiten bij de klacht waarmee ouders of jeugdige komen. Men kan dit veelal als ‘staartproblematiek’ typeren (Hermans, Eelen, Orlemans, 2007). Na behandeling daarvan kan mogelijk de midden- of vroege problematiek wel aan de orde komen. De cliënt heeft vertrouwen gekregen in de aanpak van de therapeut en durft met de kern van de zaak te komen. Of, gaandeweg de therapie is het de cliënt zelf ook duidelijker geworden welke factoren nog meer een rol spelen en mogelijk nog belangrijker zijn dan bij de aanvankelijk geformuleerde klachten. Hoe dan ook, primair vormt de HT/CC de basis voor het eerste te kiezen gedragsprobleem waaraan gewerkt wordt. Desalniettemin zetten we in box 1.4 ook concrete overwegingen op een rij, die eveneens in die keuzeafweging pragmatisch meegenomen kunnen worden.

Box 1.4 Overwegingen bij de keuze van behandeldoelen

- Eerst crisissen oplossen.
- Begin met toegankelijke problematiek.
- Vertaal een probleem in leerdoelen.
- Focus op het verwerven van nieuw gedrag.
- Faseer de behandeldoelen: wat eerst, wat later?
- Taxeer de pedagogische mogelijkheden en onmogelijkheden van het cliëntstelsel.

Keuze van behandelstrategie

Nadat het therapiedoel is vastgesteld, wordt voorafgaand aan de uitvoerende fase bepaald welke behandelstrategie het beste gekozen kan worden (zie figuur 1.2). Als kader voor deze keuze worden vier behandelstrategieën onderscheiden:

- individuele behandeling;
- groepsbehandeling;
- mediatieve behandeling;
- gezinsbehandeling.

Argumenten om al dan niet voor een of meer van deze behandelstrategieën te kiezen, worden in de betreffende hoofdstukken van dit boek gegeven.

Overwegingen bij de keuze voor technieken en protocollair werken

In de moderne gedragstherapie bij kinderen en jeugdigen is er voortdurend een spanningsveld tussen enerzijds het kind behandelen als een uniek individu en anderzijds het volgen van een evidence-based, standaardprotocol. De algemene en sturende regels van een protocol lijken haaks te staan op de ervaren noodzaak om voor een specifieke cliënt en zijn systeem, zijn ouders, leerkracht of andere opvoeders een specifiek behandeltraject uit te werken.

Protocolmatig werken verloopt strikt genomen vanuit de *one-size-fits-all*-benadering. Er is immers een vast draaiboek voor kinderen met dezelfde (DSM=)diagnose (Braet & Bögels, 2008). De diagnose-behandelcombinaties (DBC's) hangen ten nauwste samen met protocolmatig werken (in Vlaanderen zijn de DBC's overigens niet bekend). De DBC's zijn gekoppeld aan de DSM, die steeds meer het diagnostische uitgangspunt is voor het opstellen van een behandelplan, ook voor gedragstherapeuten.

De DBC's, de behandelrichtlijnen en behandelprotocollen zijn een uitvloeisel van het evidence-based denken (zie ook hoofdstuk 12). Dit evidence-based denken domineert de (geestelijke) gezondheidszorg en heeft vergaande implicaties voor diagnostiek en behandeling. Ook het gedragstherapeutische proces wordt erdoor beïnvloed; de individuele gedragstherapeutische probleemanalyse kan erdoor in de knel komen (zie hoofdstuk 2 voor een oplossing).

Gedragstherapie gaat vanouds uit van een op het individu toegesneden aanpak, gebaseerd op individuele analyses van gedragsproblemen.

Op basis daarvan werden en worden nog steeds individuspecifieke behandeldoelen opgesteld en worden daarbij de passende interventies gekozen, die flexibel moeten kunnen worden toegepast. Op grond van deze typische experimenteel-evaluatieve benadering binnen dit gedragstherapeutische kader zijn er al in een vroeg stadium protocollen ontwikkeld die in onderzoek op werkzaamheid getoetst werden en nog steeds worden, waardoor het protocol minder haaks staat op het gedragstherapeutische werken dan men zou denken.

In gecontroleerd vergelijkend effectonderzoek zoekt men naar de best passende behandelingen bij een bepaalde diagnose. Het is de kunst om de kennis uit groepseffectonderzoek en de individuele casusconceptualisering goed op elkaar af te stemmen in behandelplan en uitvoering daarvan.

Karikaturen

Er bestaan veel karikaturen van het werken met protocollen (Prins & Pameijer, 2006). Zo zou een protocol de individuele cliënt tekortdoen. Cliënten zouden complexere problemen hebben dan die op basis waarvan de meeste protocollen zijn ontworpen, namelijk op de problemen van kinderen geselecteerd in researchcentra in plaats van op problemen van ‘echte’ cliënten. Die kritiek is inmiddels weerlegd (Weisz, Jensen-Doss & Hawley, 2006). Protocollen kunnen wel degelijk samengaan met het leveren van maatwerk. Geprotocolleerde behandelingen dienen gebaseerd te zijn op algemene, gestandaardiseerde richtlijnen die voor kinderen met een bepaalde problematiek gelden, maar zij zullen in het individuele geval cliëntspecifiek, bijvoorbeeld met oog voor de ontwikkelingsspecifieke kenmerken van het kind of met oog voor specifieke comorbide problemen, uitgewerkt moeten en kunnen worden (Kendall et al., 1998).

Hoewel de op het individu toegesneden gedragstherapie en het protocolmatige werken dus in tegenspraak met elkaar lijken te zijn, hoeft dat zeker niet zo te zijn. Integendeel, in de praktijk versterken ze elkaar. Ollendick en King (hoofdstuk 12) stellen zich hierbij twee vragen: Biedt dit draaiboek een algemeen kader voor het behandelen van deze cliënt? En: Welke aspecten van deze specifieke cliënt kunnen mijn gebruik van dit protocol vergemakkelijken? Allereerst kan men individuspecifieke elementen in protocollen opnemen. Ten tweede kan men in plaats van zich te richten op werkzaam gebleken protocollen ook focussen op de specifieke technieken die in deze bewezen werkzame protocollen zijn opgenomen; dit zijn veelal cognitieve gedragsthera-

peutische technieken. Door van deze methoden en technieken uit te gaan, kan men op een meer flexibele manier individuspecifieke behandelingen vormgeven (Chorpita, Becker & Daleiden, 2007).

Voor een grote diversiteit aan problemen van kinderen en jongeren is momenteel een geprotocolleerde interventie zonder een holistische theorie (HT/CC) van de individuele cliënt of met een globale HT/CC mogelijk. Men kan daar volstaan met een globale HT; gedetailleerd maatwerk is dan minder direct nodig. Men kan in zo'n geval sneller beginnen met een gedragstherapeutisch protocol. Op basis van ervaring met veel vergelijkbare gevallen kan men een globale HT maken (Prins & Braet, 2008; Ten Broeke, Korrelboom & Verbraak, 2009). In andere gevallen zal een aanvullende individuele probleemanalyse en een meer uitgewerkte HT noodzakelijk zijn. In hoofdstuk 2 wordt hierop uitgebreider (cq. over de variëteit in behandeltrajecten) ingegaan.

1.4.5 FASE 5: BEHANDELFASE

Binnen het bestek van dit hoofdstuk kunnen wij niet ingaan op de uiteenlopende uitvoeringskwesities die bij elk van de besproken behandelstrategieën en bij de uitvoering van specifieke technieken spelen. Wij verwijzen hiervoor naar de hoofdstukken van dit boek. Wel zullen wij hier enkele algemene proceskenmerken van deze fase in de kindergedragstherapie bespreken.

Basisvaardigheden

Tot de basisvaardigheden van de kindergedragstherapeut die in de uitvoerende fase nodig zijn, behoren onder meer de volgende.

- Goede werkrelaties kunnen opbouwen met ouders met zeer verschillende culturele en gezinsachtergronden.
- Kunnen werken met ouders die nauwelijks meer met elkaar kunnen en willen communiceren.
- Voorzichtig, maar toch doelgericht kunnen omgaan met een ouder die door persoonlijke psychische problematiek de ouderrol niet goed kan vervullen. Dit vereist niet alleen een grote mate van empathie, respect en acceptatie, maar bovenal kennis van zaken en de vaardigheid om concreet en eenvoudig te formuleren wat de essentie is van de problemen (Göpfert, Webster & Seeman, 1996).
- Een goede werkrelatie kunnen krijgen met een (para)professionele mediator, de leerkracht of een groepsleider.

Basisvaardigheden die speciaal nodig zijn voor gedragstherapeutisch werken met kinderen zijn onder andere de volgende.

- Een sociaal bekrachtigende, cliëntgerichte grondhouding: empathie, echtheid.
- Bekrachtiging en modeling van een directe, open wijze van communiceren.
- Directiviteit: een didactische, speelse, concrete en stimulerende opstelling.
- Structurering: het aangeven van grenzen in tijd, ruimte en regels.
- Aansluiting bij leeftijd, ontwikkelingsfase, cognitieve, emotionele en sociale mogelijkheden in de vormgeving van communicatie en therapietechnieken (Nijhoff-Huysse, 1992, pp 194-6).

Afstemming op de situatie thuis

Wat er in de therapie sessies gebeurt, moet zijn afgestemd op wat er thuis mogelijk is. Dat geldt zowel voor de huiswerkopdrachten als voor de communicatie met en over de ouders. Bij individuele gedragstherapie met kinderen is het nodig dat 'thuis' meeverandert. Daarom moet er regelmatig overleg met de ouders zijn. Er kunnen problemen ontstaan als het kind of diens ouders ambivalente gevoelens over de therapie situatie of de -vorderingen ontwikkelen. Uitvoering van de huiswerkopdrachten moet door de ouders mede gesteund worden. Daarvoor moet er in gesprekken vooraf (anamnese- en adviesgesprekken) eerst overeenstemming zijn bereikt over de na te streven doelen en de te gebruiken middelen (zie hoofdstuk 2).

Ouders doorkruisen soms ook de huiswerkopdrachten die kind en therapeut samen hebben afgesproken. Zo zou een meisje met obesitas alles wat ze at noteren. Achteraf bleek zij wel genoteerd te hebben wat zij tijdens de maaltijden had gegeten, maar niet wat ze extra had gepakt. Ze zei dat het volgens haar moeder niet nodig was. Achteraf bleek niet het kind zelf maar de moeder het registratieformulier te hebben ingevuld.

Wat als de behandeling stagneert?

Bij stagnaties gaat het niet altijd om het gangbare, weinig concreet omschreven begrip 'weerstand'. Als een therapie niet goed op gang komt, of als in de uitvoerende fase het leerproces niet vlot, is het belangrijk om deze stagnatie goed te analyseren. Het maken van een functieanalyse ervan verdient zelfs de voorkeur. Stagnaties kunnen in verband staan met de cliënt, de therapeut, de therapie of de interactie tussen therapeut en cliënt. We geven hiervan enkele voorbeelden en het opheffen van stagnaties zal bij een of meer van deze problemen moeten aansluiten.

- Bij de cliënt kunnen motivatie en vaardigheidstekorten de bron van stagnatie vormen. Soms hebben ouders of kind nog niet werkelijk besloten om aan verandering te gaan werken. De mogelijke winst van een therapeutische verandering is moeilijk voor te stellen en lijkt niet op te wegen tegen de bestaande situatie, zelfs als die situatie als ongunstig wordt ervaren. Soms is het starten met therapie geen eigen beslissing, omdat de cliënt gestuurd is. Soms blijken bepaalde basisvaardigheden bij kind of ouders niet aanwezig te zijn, zodat de voorgestelde strategie niet kan worden uitgevoerd. De ouders zitten bijvoorbeeld niet op één lijn, kunnen moeilijk observeren, registreren, of belonen in plaats van straffen enzovoort.
- *Therapievariabelen* die stagnatie veroorzaken, kunnen betrekking hebben op specifieke technieken of procedures die de cliënt niet aanspreken omdat ze te confronterend zijn of te langzaam effect lijken te hebben. Ook kan een bepaalde techniek of therapiefase angstverhogend werken: het nieuw verworven inzicht kan schuldinducerend of aversief werken.
- *Therapeutvariabelen* die stagnerend op de therapie werken, zijn bijvoorbeeld gebrek aan specifieke vaardigheden om een bepaalde techniek toe te passen of een behandelingsfase goed te doorlopen. Ook zijn er factoren in de interactie tussen therapeut en cliënt die een effectieve therapievoortgang hinderen. De therapie kan stagneren omdat bij cliënt of therapeut storende negatieve reacties en gevoelens worden opgeroepen. Ouders of kind hebben bijvoorbeeld op grond van hun leergeschiedenis moeite met gedragingen of specifieke kenmerken van de therapeut (leeftijd, man/vrouw, huidskleur enzovoort). Evenzeer kan de therapeut niet in staat zijn adequaat te reageren op bepaalde kenmerken en gedrag van de cliënt.

1.4.6 FASE 6: OVERWEGINGEN BIJ DE EVALUATIE EN AFRONDING

In de laatste therapiefase wordt gewerkt aan het vergroten van de zelfstandigheid van de cliënt, onder meer door generalisatie van het in de behandeling nieuw aangeleerde gedrag naar andere situaties te bevorderen. Tegelijkertijd worden de frequentie en de intensiteit van het therapeutisch contact geleidelijk aan teruggebracht. De laatste sessies kenmerken zich vooral door hun nadruk op evaluatie, het nog eens samenvatten van de bereikte resultaten en de werkzame elementen van de therapie, maar vooral door het afscheid nemen van ouders en/of kind. Min of meer systematische observaties worden in deze laatste fase herhaald teneinde het behaalde resultaat duidelijk te evalueren.

Benadrukt worden de voordelen die het nieuw geleerde gedrag oplevert, vergeleken met de situatie aan het begin van de behandeling. Naarmate de therapeut de complexiteit van de klacht van zijn cliënt meer onderkent en aanvaardt, kan het moeilijker worden te bepalen of en wanneer een therapie beëindigd moet worden. In de loop van de behandeling kunnen zich nieuwe, niet eerder herkende problemen voordoen, waardoor het afsluiten van de behandeling geëvalueerd moet worden. Ook kan het zijn dat wanneer men een klacht binnen een HT/CC goed gekozen heeft, het na de behandeling ervan niet noodzakelijk meer is andere randklachten aan te pakken, maar dat men eerder het kind moet aanmoedigen de aangeleerde vaardigheden verder te oefenen zodat ze in diverse domeinen kunnen worden toegepast. Weisz spreekt in dit verband van het *sleeper-effect* dat CGT kan teweegbrengen: pas na verloop van tijd en veel oefenen blijkt in de follow-up het probleemgedrag verder te verminderen zonder bijkomende behandelingen.

Ook in de gedragstherapie met kinderen en jeugdigen komen naast korte therapieën met beperkte doelstellingen ook langerdurende behandelingen voor. Complexe functieanalyses zijn meestal een aanwijzing voor langduriger vormen van gedragstherapie. Het is bij elke gedragstherapie belangrijk dat de therapeut gevoelens bij de cliënt rond het naderend afscheid onderkent en daarop adequaat reageert. Er kan sprake zijn van angst voor het zelfstandig zijn weg moeten vervolgen, van verdriet om het verliezen van de beschermende therapeut, maar tegelijkertijd kunnen er ook gevoelens zijn van trots rond het bereikte resultaat en het nu alleen verder kunnen gaan. Men kan bij kinderen daarom overwegen enkele boostersessies (met steeds groter wordende tussenfasen) te plannen.

1.5 Gedragstherapie als experiment en de N=1-studie

Voor een verantwoorde uitvoering en evaluatie van een gedragstherapeutische behandeling moet het behandelingsverloop regelmatig tijdens base-line en behandelingsfasen worden bijgehouden. Alleen zo kan antwoord worden verkregen op de vraag of, wanneer en soms zelfs waarom een bepaalde gedragstherapeutische interventie werkt. Antwoorden op vragen als *Moet de behandeling geïntensiveerd worden?* en *Moet overgestapt worden op een andere interventie?* kunnen alleen op basis van herhaalde registraties en metingen verkregen worden. Een systematische evaluatie van elke behandeling is een onmisbaar onderdeel van evidence-based gedragstherapeutisch werken. De N=1-metho-

logie waarbij de resultaten van een behandeling geanalyseerd worden op individueel niveau in plaats van op groepsniveau (bijvoorbeeld in randomized controlled trials), biedt hiervoor goede richtlijnen. Zij is ook makkelijker in de praktijk te implementeren dan gecontroleerde trials bij (grote) groepen. Voor een helder overzicht van N=1-designs en hun praktische toepasbaarheid verwijzen wij naar Hermans et al. (2007), De Boeck (1988) en Barlow et al. (2009).

Ook binnen het beoordelingssysteem dat behandelmethoden kwalificeert als min of meer evidence-based, speelt de N=1-methodologie een belangrijke rol. Een reeks van minimaal negen gecontroleerde N=1-studies rond een bepaalde interventie wordt wat bewijskracht betreft vergelijkbaar geacht met twee onafhankelijke RCT's met actieve controlecondities (zie hoofdstuk 12).

Het past binnen het gedragstherapeutische denken om de vooruitgang en de effecten van een gedragstherapeutische behandeling niet alleen kwalitatief (Hoe is het de afgelopen week gegaan?), maar ook objectief en kwantitatief te onderbouwen met behulp van het gebruik van herhaalde metingen met vragenlijsten en andere observaties en dit vervolgens in grafieken weer te geven. Bovendien kan men een stap verder gaan en de verzamelde gegevens ook statistisch analyseren (Borckardt et al., 2008; Hermans et al., 2007).

In een N=1-onderzoek krijgt de individuele cliënt alle niveaus van de behandeling, zodat hij/zij zijn eigen controle is, en worden er herhaalde metingen gedaan tijdens baseline- en behandelfase, waarmee het behandel-effect wordt vastgesteld. Het is gebruikelijk om, evenals bij volwassenen, het kind of de jongere in principe gedurende de hele therapie registraties te laten bijhouden ten behoeve van identificatie van gedrag, gedachten en gevoelens. Hiervoor kan men tegenwoordig steeds meer gebruikmaken van innovatieve opname- en registratietechnieken. Zo kunnen therapie sessies worden opgenomen met een iPod of MP3. De cliënt kan de opname meenemen, bijvoorbeeld om thuis een verslag van de sessie te schrijven en er leerpunten uit te halen.

Naast de werkzaamheid van specifieke gedragstherapeutische technieken die via herhaald meten in kaart wordt gebracht, bestaat er de laatste jaren een toenemende aandacht voor de werkzaamheid van meer algemene, aspecifieke therapeutgedragingen. De routine process monitoring is een methode om juist dit therapeutische proces op N=1-

niveau empirisch in kaart te brengen. De cliënt wordt dan gevraagd om na elke sessie met behulp van een kort instrument, bijvoorbeeld een session rating scale, zijn/haar mening te geven over aspecten van het behandelproces, bijvoorbeeld het vertrouwen in een succesvol behandelingsverloop, de ervaren moeilijkheid van de sessie en de ervaren samenwerking met de therapeut. De bedoeling is dat de therapeut deze feedback direct met de cliënt bespreekt en zo nodig de therapeutische aanpak bijstelt. Deze directe terugkoppeling en daarmee het voortdurend monitoren van de voortgang van de therapie – de routine process monitoring – zou het aantal drop-outs verminderen en de clienttevredenheid en de behandel-effectiviteit verhogen (Hafkenscheid, 2009; Lambert, 2010).

1.6 Tot besluit

In dit inleidende hoofdstuk hebben we de geschiedenis van de kindergedragstherapie, de theoretische basis en de belangrijkste kenmerken ervan geschetst. We hebben de belangrijkste overwegingen bij het gedragstherapeutische proces beknopt weergegeven en ook de ontwikkelingen die de praktijk van de gedragstherapie de afgelopen decennia heeft doorgemaakt. De gedragstherapie heeft zich ontwikkeld vanuit een aanvankelijk scherpe kritiek op alles wat met introspectie te maken had, tot de huidige tendens om in toenemende mate weer aandacht te besteden aan interne psychische processen. In hoofdstuk 11 komt dit uitvoerig aan bod. Ook de traditie waarop de gedragstherapie als enige therapeutische school is gebaseerd, die van het experimentele onderzoek, komt opnieuw tot uiting in de sterke nadruk op evidence-based willen blijven werken (hoofdstuk 12). In hoofdstuk 2 worden gedragsassessment en traditionele psychodiagnostiek met elkaar verbonden, waarmee de gedragstherapie in de huidige praktijk van de jeugdzorg wordt geplaatst. In de daarop volgende hoofdstukken (3 tot en met 10) komen uiteenlopende basismethodieken en behandelstrategieën aan de orde die de kern van het therapeutisch arsenaal vormen waarover de kindergedragstherapeut van nu beschikt. De verwevenheid van onderzoek met de praktijk is hierbij steeds het leidende principe en toont nog eens aan dat de gedragstherapie zich in het huidige klimaat van evidence-based werken als een vis in het water moet voelen.

Literatuur

- Bandura, A. (1969). *Principles of Behavior Modification*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Barlow, D. H., Nock, M. & Hersen, M. (2009). *Single case experimental designs: Strategies for studying behavior change* (3rd ed.). New York: Allyn & Bacon.
- Bieling, P. & Kuyken, W. (2003). Is Cognitive Case Formulation Science or Science-Fiction? *Clinical Psychology: Science and Practice* 10 (1), 52-69.
- Boeck, P. de (1988). *Psychologie van het individu*. Leuven: Universitaire Pers.
- Borckardt, J., Nash, M.R., Murphy, M., Moore, M., Shaw, D. & O'Neil, P. (2008). Clinical Practice as Natural Laboratory for Psychotherapy Research. A Guide to Case-Based Time Series Analysis. *American Psychologist* 63 (2), 77-95.
- Braet, C. & Bogels, S. (2008). *Protocollaire behandeling voor kinderen met psychische klachten*. Meppel: Boom.
- Broeke, E. ten, Korrelboom, K. & Verbraak, M. (2009). *Geïntegreerde Cognitieve Gedragstherapie: Protocollaire behandelingen op maat*. Muiderberg: Couthinho.
- Chorpita, B.F., Becker, K., & Daleiden, E. (2007). Understanding the common elements of evidence-based practice: Misconceptions and clinical examples. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 46 (5), 647-652.
- Drinkwater, J. (2005). Cognitive case formulation. In: Graham, P.J. (ed.). *Cognitive behaviour therapy for children and families* (2nd ed.) pp 84-99. Cambridge: Cambridge University Press.
- Friedberg, R.D. & McClure, J. M. (2002). *Clinical Practice of Cognitive Therapy with Children and Adolescents: The Nuts and Bolts*, New York: Guilford Press.
- Göpfert, M., Webster, J. & Seeman, M.V. (1996). *Parent Psychiatric Disorder: Distressed parents and their families*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Graham, P.J. (ed.) (2005). *Cognitive behaviour therapy for children and families* (2nd ed.). Cambridge: Cambridge University Press.
- Hadwin, J.A. & Field, A.P. (2010). *Information Processing Biases and Anxiety: A Developmental Perspective*. New York: Wiley & Sons.
- Hafkenscheid, A., Veeninga, A. & Witzenburg, D. (2009). Routine Process Monitoring (RPM) en Functionele Analytische Psychotherapie (FAP) in aanvulling op een protocollaire cognitief gedragstherapeutische behandeling. *Gedragstherapie* 42, 167-183.
- Hermans, D., Eelen, P. & Orlemans, H. (2007). *Inleiding tot de Gedragstherapie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Jones, M.C. (1924a). A laboratory study of fear: The case of Peter. *Pedagogical Seminary* 31, 308-315.
- Jones, M.C. (1924b). The elimination of children's fears. *Journal of Experimental Psychology* 7, 383-390.
- Kanfer, F.H. & Phillips, J. (1970). *Learning Foundations of Behavior Therapy*. New York: Wiley & Sons.
- Kazdin, A.E. (1978). *History of Behavior Modification: experimental Foundations of contemporary research*. Baltimore, MD: University Park Press.
- Kendall, P.C. (2011). *Child and Adolescent Therapy. Cognitive-behavioral procedures* (4th ed.). New York: Guilford Press.
- Kendall, P.C., Chu, B., Gifford, A., Hayes, C. & Nauta, M. (1998). Breathing life into a manual: Flexibility and creativity with manual-based treatments. *Cognitive and Behavior Practice* 5 (2), 177-198.
- Kendall, P.C., Hudson, J., Gosch, E., Flannery-Schroeder, E., & Suveg, C. (2008). Cognitive-Behavioral Therapy for Anxiety Disordered Youth: A Randomized Clinical

- Trial Evaluating Child and Family Modalities. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 76 (2), 282-297.
- Krasner, L. (1977). An interview with Sydney Bijou. In: Etzel, B., LeBlanc, J. & Baer, D. (eds.), *New Developments in Behavioral Research*. Hillsdale: Erlbaum.
- Kuyken, W., Fothergill, C., Musa, M., & Chadwick, P. (2005). The reliability and quality of cognitive case formulation. *Behaviour Research and Therapy*, 43, pp 1187-1201.
- Lambert, M.J. (2010). Yes, it is time for clinicians to routinely monitor treatment outcome. In: B.L. Duncan, S.D. Miller, B.E. Wampold, & M.A. Hubble (Eds.), *The Heart and Soul of Change: Delivering what works in therapy* (2nd ed.) pp 239-266. Washington DC: APA.
- Landsheer, J. A. & Prins, P. (1987). Kindergedragstherapie in perspectief. *Handboek Gedragstherapie*, 17, C.13.1 – 21.
- Lovaas (1967). A behavior therapy approach to the treatment of childhood schizofrenia. In: Hill, J.P. (ed.), *Minnesota Symposia on child psychology*, Vol. 1. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Meichenbaum, D. (1977). *Cognitive Behavior Modification. An integrative Approach*. New York: Plenum Press.
- Mowrer, O.H., & Mowrer, W.M. (1938). Enuresis: A method for its study and treatment. *American Journal of Orthopsychiatry* 8, 436-459.
- Nijhoff-Huysse, M. (1992). Gedragstherapie bij kinderen. In: Bruin-Beneder, R. de (red.), *Kinderpsychotherapie*. Muiden: Coutinho.
- Patterson, G.R., DeBaryshe, B.D. & Ramsay, E. (1989). A developmental perspective on antisocial behavior. *American Psychologist* 44, 329-335.
- Prins, P.J.M. (1992). Ontwikkeling, context en gedragsverandering bij kinderen. *Handboek Gedragstherapie*, 24, C.13.10, 1-17.
- Prins, P.J.M. & Braet, C. (2008). *Handboek Klinische Ontwikkelingspsychologie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Prins, P.J.M. & Pameijer, N.K. (2006). *Protocolen in de Jeugdzorg*. Amsterdam: Harcourt Press.
- Ross, A.O. (1980). *Psychological disorders of Children: A behavioral approach to theory, research and therapy*. New York: Wiley & Sons.
- Rousseau, J-J. (1979). *Emile* (translation: A. Bloom). New York: Basic Books.
- Sauter, F., Heyne, D. & Westenberg, M. (2009). Cognitive-behavioural therapy for anxious adolescents: Developmental influences on treatment design and delivery. *Clinical Child and Family Psychology Review* 12, 310-335.
- Watson, J.B. & Raynor, R.A. (1920). Conditioned emotional reactions. *Journal of Experimental Psychology* 3, 1-4.
- Weisz, J., Jensen-Doss, A. & Hawley, K. (2006). Evidence-based youth psychotherapies versus usual clinical care: A meta-analysis of direct comparisons. *American Psychologist* 61 (7), 671-689.