

Ik denk dus ik voel

Een case-study over de Cognitieve Gedragstherapie

**ALLE GEVOELEN
DE DEUR UIT**

Realisatie 10/10 1997/98 Amsterdam: Haplo/Arco/Arco/Arco

**NU GAAN WE
EENS WAT DOEN**

Loesje

Student

Scriptiebegeleider

Scriptiebeoordelaar

Stagebegeleider

Datum

Opleiding

Corrien van den Berg

Dhr. P. Hekking

Dhr. F. Dijk

Mevr. R. Metzemaekers en Mevr. M. van Haaren

23 mei 2008 1^e versie

13 juni 2008 2^e versie

Bewegingsagogie & Psychomotorische Therapie, Calo

Voorwoord

Bij deze wil ik alle psychomotorische therapeuten van het St. Radboudziekenhuis in Nijmegen bedanken voor de mogelijkheid om mijn verdiepende stage te lopen. Ze hebben mij de kans gegeven om mijzelf te ontwikkelen als aankomend psychomotorisch therapeut. Ik heb veel ervaring opgedaan en zeker ook veel geleerd. Zo heb ik verschillende manieren van therapie aanbieden mogen meemaken. Van elk van deze manieren heb ik wat opgestoken welke op hun eigen manier een bijdrage zullen leveren tijdens het ontwikkelen van mijn eigen manier van therapie geven.

Daarnaast wil ik mijn dank uitspreken naar de patiënten welke ik tijdens de therapieën heb leren kennen. Hartelijk dank voor jullie openheid en vertrouwen om de verhalen en ervaringen met mij te delen.

Corrien van den Berg
Zwolle, juni 2008

Inleiding

In deze case-study wordt het belang van Cognitieve Gedragstherapie bij een depressieve patiënte beschreven. Deze patiënte heeft naast haar depressie moeite met het uiten van haar emoties.

In hoofdstuk één zal worden ingegaan op de psychomotorische therapie als experimentele context. Na beschrijving van de diagnostiek van de patiënte en haar situatie in hoofdstuk twee, zal de behandelwijze van Cognitieve Gedragstherapie worden uitgelegd in hoofdstuk drie. Daaropvolgend zal in hoofdstuk vier verslag worden gelegd van de therapie in de praktijk met bijhorende resultaten. In de praktijk is geprobeerd om de emotie die op dat moment de boventoon voerde, tot uiting te laten komen. Hiervoor is de interventie met gedragsexperimenten ingevoerd. Het doel was om op deze manier de patiënte inzicht te laten krijgen in het effect die emoties kunnen hebben op het eigen denken, voelen en handelen.

In deze case-study wordt uitgegaan van de volgende vraagstelling:

Hoe kunnen gedragsexperimenten in de Psychomotorische therapie een bijdrage leveren aan de behandeling van een depressieve patiënt?

In de conclusie, welke beschreven staat in hoofdstuk vijf, zal aan de hand van voorbeelden uit de praktijk de hypothese al dan niet bevestigd worden.

Inhoudsopgave

Inleiding	3
Verantwoording.....	5
1. Psychomotorische therapie als experimentele context	6
1.1 De behandelingsstrategieën	6
1.2 Experimentele therapievorm	6
1.3 Interpreten van gedrag	7
2. Casuïstiek	8
2.1 Diagnostiek.....	8
2.2 Depressieve stoornis	8
2.3 Emoties.....	9
3. Cognitieve Gedragstherapie	11
3.1 Etiologie van Cognitieve Gedragstherapie.....	11
3.1.1 Behaviorisme	11
3.1.2 Cognitieve therapie	11
3.2 Cognitieve Gedragstherapie	12
3.2.1 Gedragsexperimenten.....	13
4. Praktijk.....	15
4.1 Mijn persoonlijke aanpak als psychomotorische therapeut	15
4.2 Uitkomst van het gedragsexperiment.....	16
4.3 Conclusie	17
5. Conclusie.....	18
Literatuurlijst.....	19
Bijlage 1: Cognitief model van het Radboudziekenhuis	20
Bijlage 2: Gedragsexperiment.....	21

Verantwoording

Voor deze case-study heb ik een patiënte gekozen van de tweedaagse depressie dagbehandeling. Dit is een dagbehandeling voor mensen met terugkerende depressie. Binnen deze dagbehandeling wordt gebruik gemaakt van Cognitieve Gedragstherapie. Binnen de psychomotorische therapie wordt o.a. de interventie gedragsexperimenten gebruikt. Hierop richt ik mij binnen deze scriptie.

Mijn keuze voor deze mevrouw kwam voort uit het lezen van haar levensverhaal en haar voorkomen binnen de psychomotorische therapie. Mevrouw kwam op mij over als een stille, in zichzelf gekeerde vrouw. Tijdens de therapieën was er nauwelijks beleving of een emotie bij haar waar te nemen. Na het lezen van haar dossier en haar te hebben meegemaakt in meerdere therapieën, wilde ik graag meer weten over haar beleving. In haar dossier kon ik lezen dat mevrouw moeite heeft met het uiten van emoties en dan met name de emotie boosheid. Het aanbieden van gedragsexperimenten is een interventie die aan lijkt te sluiten bij mevrouw.

Gedragsexperimenten hebben als doel het uittesten van de automatische gedachten. Deze gedachten komen voort uit kernovertuigingen die als absolute waarheden gelden voor de patiënt. Naast de automatische gedachten wordt een alternatieve gedachte geplaatst. Binnen de psychomotorische therapie wordt een passende context gecreëerd om beide gedachte uit te testen. Door te ervaren welke gedachte realistisch is, kan de patiënt tot andere inzichten komen. De patiënt hoeft niet alleen tot andere inzichten te komen door een positief resultaat. Het andere inzicht kan ook het gevolg zijn als de alternatieve gedachte bevestigd wordt of om dat de patiënt wordt geconfronteerd met zijn eigen gedachten en het gedrag dat daar uit voortkomt.

De gedragsexperimenten zijn uitgevoerd in groepsverband. Deze groep bestond uit zes patiënten van de tweedaagse depressiegroep. De mevrouw die ik voor mijn case-study heb beschreven, maakte vanaf januari 2008 deel uit van deze groep.

Het resultaat staat beschreven in deze case-study.

1. Psychomotorische therapie als experimentele context

In dit hoofdstuk wordt beschreven wat de psychomotorische therapie inhoudt. Er wordt beschreven welke meerwaarde deze therapie heeft binnen de behandeling van een depressieve patiënt met het oog op het toepassen van gedragsexperimenten. Wat maakt dat deze een beter en concreter beeld geven van waar het aandachtspunt ligt binnen de behandeling dan wanneer er een gedragsexperiment zou worden toegepast binnen bijvoorbeeld creatieve therapie?

1.1 De behandelingsstrategieën

Binnen de psychomotorische therapie zijn er drie behandelingsstrategieën die de patiënt kunnen (bege)leiden tot nieuwe ervaringen. De strategieën luiden als volgt: oefenen, ervaren en ontdekken.

Binnen elke behandelstrategie doet de patiënt lichaamservaringen op en neemt hij deel aan bewegingssituaties die passen bij zijn problematiek.

De psychomotorische therapie werkt al schuivend tussen de verschillende strategieën. Het aanbieden van bewegingssituaties en het laten opdoen van lichaamservaring hebben vaak aspecten van alle drie de strategieën in zich. Het kan zijn dat gaande het therapeutisch proces de therapie vanuit een andere strategie wordt voortgezet dan deze was gestart. De psychomotorisch therapeut kiest één van de strategieën waarvan hij vindt dat deze op dat moment het beste aansluit bij de hulpvraag van de patiënt.

Het ervaren en ontdekken staan centraal binnen de Cognitieve Gedragstherapie. Bij deze strategie leert de patiënt experimenteren met gedragsalternatieven en effecten van deze alternatieven op zijn gedrag, in relatie tot zijn omgeving. Deze alternatieven hebben aspecten van het denken, voelen en handelen van de patiënt in zich (*Collegestof: Bewegingsagogie en psychomotorische therapie, B2041, Dhr. Luuk W. Sietsma*). Deze zijn altijd onderling met elkaar verweven. Leren experimenteren heeft op alle drie de aspecten invloed. Eerst zal dit plaats vinden in een situatie die gestructureerd is door de therapeut. Gedurende de therapie zal de patiënt deze steeds zelf meer gaan structureren zodat hij minder afhankelijk wordt van de therapeut. Dit zelfstructurende gedrag moet de patiënt ontwikkelen tijdens de therapiesituaties. Vervolgens zal dit ook in het leven buiten de therapiesituaties ontwikkeld en toegepast moeten worden.

1.2 Experimentele therapievorm

Wat maakt de psychomotorische therapie nu tot een geschikte context om gedragsexperimenten toe te passen? De psychomotorische therapie neemt de directe ervaring als uitgangspunt van de therapie. De therapeut arrangeert situaties op zodanige wijze dat de cliënt specifieke ervaringen op kan doen (*Collegestof: artikel: Psychomotorische therapie: weer(ga)loos, wonderbaarlijk of werkzaam, Claudia Emck, uit reader: Bewegingsagogie en psychomotorische therapie, B2041, Dhr. Luuk W. Sietsma*).

Binnen de gedragsexperimenten gaat het om uittesten van de automatische gedachte en de alternatieve gedachte. Dat wat door de therapeuten wordt waargenomen tijdens het uittesten, wordt aan de patiënt teruggegeven. De therapeut kan op verschillende aspecten de nadruk leggen. Enkele voorbeelden zijn de beleving, het gedrag of innerlijke conflicten. Het woorden geven aan lichaamsbeleving en bewegingservaringen binnen de psychomotorische therapie kan gezien worden als betekenisverlening van de opgedane ervaring. Gedurende het

therapeutisch proces worden parallelvergelijkingen getrokken tussen de opgedane ervaring binnen de therapie en situaties buiten de therapie.

Bij creatieve therapie wordt er ingegaan op wat er in symboliek wordt geuit. Er wordt gevraagd naar de betekenis van de tekening of beeld, maar het blijft verbaal. In vergelijking met creatieve therapie uit de problematiek zich bij psychomotorische therapie in lichamelijk bewegen. Als we een koppeling maken naar de patiënt die centraal staat in deze case-study dan kunnen we het volgende concluderen: bij depressieve patiënten zijn er problemen in de regulatie van stemming. Dit uit zich in een trage motoriek en een vlakke (bewegings)expressie. Er is een regulatieprobleem op het gebied van energie en emotie (*Collegestof: artikel: Psychomotorische therapie: weer(ga)loos, wonderbaarlijk of werkzaam, Caludia Emck, uit reader: Bewegingsagogie en psychomotorische therapie, B2041, Dhr. Luuk W. Sietsma*). Door tijdens het bewegen in te gaan op het trage bewegen en de vlakke expressie, wordt de patiënt zich hier bewust van. Het bewust hier van zijn maakt dat er een mogelijkheid ontstaat om hier mee aan het werk te gaan. Het effect van een therapie is soms maar klein, maar daarmee niet minder belangrijk. Een klein beetje minder depressief kan een wereld van verschil maken voor het psychosociaal functioneren en kan op persoonlijk vlak van grote betekenis zijn. In hoofdstuk drie zal blijken in welke mate het gedragsexperiment invloed heeft op het denken, voelen en handelen van de patiënt uit de case-study.

1.3 Interpretieren van gedrag

De psychomotorisch therapeut gaat in op wat hij waarneemt tijdens het bewegen. Dit doet hij met de bedoeling om het gedrag van de patiënt te beïnvloeden. Om gedrag te beïnvloeden moet eerst duidelijk worden waar de nadruk op ligt. Dit wordt gedaan door het gedrag in kaart te brengen. Dit kan met behulp van de LECS-indeling. De L staat voor de van buitenaf en soms binnen merkbare lichamelijke aspecten van het gedrag. Denk aan trillende handen of pijn in de buik. De E staat voor de van buiten en van binnen merkbare emoties die iemand heeft. Bijvoorbeeld huilen of angstige gevoelens, maar ook blijdschap. Dan de C: deze staat voor de cognitieve aspecten van het gedrag. Zoals: wat denkt iemand nu, wat zijn de normen en waarden en welke vooroordelen spelen er mee. Het is echter van belang om deze na te vragen bij de patiënt. De therapeut lijkt te weten wat de patiënt denkt maar kan hier naast zitten. Wanneer dit niet gecontroleerd wordt, kan de patiënt het idee hebben dat de therapeut hem niet begrijpt.

Als laatste de S: deze staat voor de sociale aspecten van het gedrag. Hierbij wordt bijvoorbeeld gekeken hoe de patiënt reageert op andere patiënten binnen de groep tijdens een spelsituatie (*Collegestof: Werkveld Therapeutische Vaardigheden 3^e jaar*).

Aan de hand van deze indeling kan het gedrag van een patiënt beschreven worden. De belangrijkste aspecten kunnen benoemd worden en er kan inzicht gekregen worden op welk aspect er ingegrepen moet worden om het gedrag te kunnen beïnvloeden.

Maar gedrag ontstaat niet zomaar. Net als emoties, ontstaat gedrag in de context. Deze zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden. Als we het gedrag willen begrijpen en er betekenis aan willen verlenen dan zal de context erbij betrokken moeten worden. Daarnaast speelt het referentiekader van de therapeut ook een rol. Deze kan zowel persoonlijk als theoretisch zijn. Vanuit een persoonlijk referentiekader kan de betekenisverlening nog wel eens gekleurd worden door ervaringen op persoonlijk vlak. Op het gebied van het theoretisch referentiekader gaat het vooral om de theoretische kennis die de therapeut heeft. Een gedragstherapeut ziet andere dingen dan bijvoorbeeld een fysiotherapeut.

Kortom, als de therapeut betekenis verleend aan gedrag dan wordt er gekeken naar LECS in de context vanuit een bepaald referentiekader.

2. Casuïstiek

In dit hoofdstuk ga ik in op de diagnostiek van de patiënt. Er zal beschreven worden hoe een depressieve stoornis kan ontstaan en welke invloed emoties op het ziektebeeld kunnen hebben.

2.1 Diagnostiek

Onderstaand wordt zowel de classificerende als de hermeneutische diagnostiek beschreven. Voor de classificerende diagnostiek is gebruik gemaakt van de DSM IV. De informatie die hier uit voortkomt, is niet altijd even volledig. Dit komt omdat naast individuele factoren, de omgevingsfactoren en de levensloopfactoren, de zogenaamde determinanten¹, ook een rol spelen in de diagnostiek van de patiënt. De persoonsgebonden gegevens worden weergegeven in de hermeneutische en klinische diagnostiek.

Patiënt omschrijving

Classificatie volgens DSM IV:

AS I depressieve stoornis, matig ernstig, partieel in remissie
AS II geen diagnose
AS III COPD
AS IV recente echtbreuk
AS V GAF 75

Hermeneutische en klinische diagnose

Mevrouw komt uit een gezin van zes kinderen. Als kind kon ze driftig zijn maar naar mate ze ouder werd, nam dit af. Haar algemene gemoedstoestand was rustig, al was ze wel wat zwaar op de hand. Mevrouw is familiair belast met depressie.

Haar moeder had een bipolaire stoornis. Hier mocht thuis niet over gepraat worden. Haar vader was vooral gericht op moeder en beschermde haar. Door de vele opnames van haar moeder, hadden mevrouw en haar zussen veel verantwoordelijkheid.

Op 16 jarige leeftijd heeft mevrouw een psychose gehad. Deze was kortdurend. Ze is hiervoor niet opgenomen geweest.

De depressie kwam naar voren toen haar man na 27 jaar huwelijk een vriendin kreeg met wie hij verder wilde. Mevrouw is boos op hem geweest, maar kon deze boosheid niet uiten.

Door het ziektebeeld van haar moeder heeft ze zich voorgenomen om in de opvoeding van haar eigen kinderen niet onderuit te gaan of zwak te zijn. Het gezin moest sterk en goed zijn.

Na de echtscheiding heeft mevrouw wel hulp gezocht bij vrienden en familie. Uiteindelijk is ze bij hulpverleners terechtgekomen. Na toename van suïcidale gedachten is ze opgenomen. Toen mevrouw werd opgenomen, zag ze dit als een teken van falen.

2.2 Depressieve stoornis

Bij de depressieve stoornis maakt iemand één of meer depressieve periodes door. Gevoelens van neerslachtigheid of lusteloosheid spelen hierbij vaak een rol. Deze gevoelens komen opzetten als het in het leven tegenzit, als er iets mislukt of als men een verlies heeft geleden. Deze gevoelens hoeven niet direct te verwijzen naar een depressie. Patiënten kunnen de gedachten hebben om niet goed genoeg te zijn of niet zoveel waard te zijn. Daarnaast hebben zij weinig perspectief voor de toekomst. Dit kan leiden tot besluiteloosheid of concentratieverlies. Dit zijn enkele symptomen van een depressie. Iemand die een dergelijk

¹ Een factor die een ontwikkeling of toestand (mede) bepaalt

gedachte of neiging heeft zonder dat deze samengaat met andere symptomen uit het cluster depressie, hoeft echter geen depressie te hebben. (Cees A.M. de Wit, 2000; 20).

Om van een depressieve stoornis te spreken moet er sprake zijn van een aantal symptomen die langere tijd achtereen (weken of maanden aan een stuk) samengaan en de dagelijkse bezigheden belemmeren welke niet met troost of aanmoediging kunnen worden verholpen.

Volgens de DSM-IV R is er sprake van een depressieve stoornis als de volgende symptomen zichtbaar zijn.

Minstens één van de symptomen is óf een depressieve stemming (a) óf verlies van interesse of plezier (b)

- a. Depressieve stemming gedurende het grootste gedeelte van de dag, bijna elke dag, zoals blijkt uit subjectieve mededelingen;
- b. Duidelijk vermindering van interesse of plezier in (bijna) alle activiteiten gedurende het grootste gedeelte van de dag, bijna elke dag;
- c. Duidelijke gewichtsafname zonder dat een dieet wordt gevolgd of gewichtstoename, of bijna elke dag afgenomen of toegenomen eetlust;
- d. Moeite met in- of doorslapen, of overmatige slaperigheid, bijna elke dag;
- e. Psychomotorische agitatie of remming, bijna elke dag;
- f. Moeheid of verlies van energie, bijna elke dag;
- g. Gevoelens van waardeloosheid of buitensporige of onterechte schuldgevoelens, bijna elke dag;
- h. Afgenomen vermogen tot nadenken of concentratie, of besluiteloosheid;
- i. Terugkerende gedachten aan de dood (niet alleen de angst om dood te gaan), terugkerende gedachten aan suïcide zonder dat er specifieke plannen zijn gemaakt, een suïcidepoging hebben gedaan of een specifiek plan hebben om suïcide te plegen.

De symptomen vertonen duidelijk lijden of beperkingen in het dagelijks functioneren, zowel op sociaal gebied als op het werk en tijdens studie. De symptomen mogen niet het gevolg zijn van een lichamelijke ziekte, of van het gebruik van medicijnen of drugs (Alie Weerman, 2006; 30).

Een depressieve stoornis komt qua symptomen veel overeenkomsten met angststoornissen en rouw.

Vooraf met angststoornissen heeft een depressieve stoornis veel overeenkomsten; met name op het vlak van de cognities. In beide stoornissen spelen negatieve competentiebelevingen een belangrijke rol.

Rouw kan de voorloper zijn van een depressie, maar alleen wanneer andere factoren daartoe aanleiding geven. Er wordt bij een rouwproces pas gesproken van een depressie als de symptomen langer dan twee maanden aanhouden en zich kenmerken door duidelijke functionele beperkingen, een ziekelijke preoccupatie met gevoelens van waardeloosheid, suïdegedachten, psychotische symptomen of psychomotorische remming (Alie Weerman, 2006; 31).

2.3 Emoties

Emoties spelen een grote rol in hoe mensen in het leven staan. De ene mens is positiever ingesteld dan de ander. De ene persoon kan makkelijker relativeren dan de ander. Emoties die voor mensen problemen opleveren zijn vaak schuldgevoel, onmacht, depressie en schaamte. In deze case-study wordt vooral aandacht besteed aan de negatieve emoties. De reden hiervoor is dat patiënten zich aanmelden voor therapie omdat ze problemen hebben met hun negatieve emoties. Deze hebben dan vaak de overhand.

Er bestaat onderscheid tussen emoties. Er zijn gezonde en ongezonde negatieve emoties. Het is heel gewoon dat een persoon zich wel eens rot voelt wanneer er een nare gebeurtenis

plaatsvindt. Gezonde negatieve emoties zoals intens verdriet, is minder onaangenaam dan een intens depressief gevoel. Deze laatste is een voorbeeld van een ‘ongezonde’ negatieve emotie. Het intense verdriet kan er voor zorgen dat de patiënt actie gaat ondernemen om de situatie te veranderen. Bij een depressie leidt het er vaker toe dat er lusteloosheid optreedt en dat de moed wordt opgegeven. Emoties ontstaan in een context. Wanneer er onderscheid gemaakt kan worden tussen gezonde en ongezonde emoties kan er verder worden gekeken naar het samenspel van gedachten, handelingen, de aandachtsfocus, het geheugen, gebeurtenissen en welk gevoel daarbij een rol speelt.

Als de patiënt het alternatief van de ongezonde negatieve emotie(het intens depressief gevoel) heeft ervaren, kan dit effect hebben op het denken, voelen en handelen van de patiënt. De alternatieven die worden ervaren binnen de psychomotorische therapie hebben effect op het gedrag in relatie met de context waar de patiënt zich in bevindt.

Dit is terug te halen op de LECS-indeling (zie paragraaf 1.3). Door te benoemen wat de therapeut aan symptomen ziet en deze na te vragen aan de patiënt, kan hij nagaan of de emotie die deze aanblik oproept daadwerkelijk aanwezig is. Door de behandelstrategieën in te zetten binnen de therapie na de LECS-indeling, kan het gedrag patiënt in kaart worden gebracht. Hierdoor kan de therapeut de therapeutische context zo structureren dat de hulpvraag centraal komt te staan.

Koppeling van de theorie naar de patiënt

De mevrouw die centraal staat in deze case-study is bekend met het schuldig voelen over haar depressie. Het schuldig voelen over de depressie is de meta-emotie die vooral gericht is naar haar kinderen. Mevrouw stelt zichzelf hoge eisen. Ze ziet de scheiding van haar ex-man als een falen. Ze heeft zich voorgenomen om in de opvoeding van haar kinderen niet onderuit te gaan of zwak te zijn. Het gezin moest sterk en goed zijn. Daarnaast is ze er altijd voor haar ex-man geweest. Nu haar ex-man er niet meer is, ziet de toekomst er leeg en onbeduidend uit. Hier weet ze geen raad mee en dat maakt haar angstig en depressief. In de Cognitieve Gedragstherapie wordt geprobeerd om deze angst concreet te benoemen. Mevrouw geeft aan dat ze bang is dat ze de kracht mist om alleen te kunnen zijn en zelf activiteiten te gaan ondernemen. Binnen de psychomotorische therapie wordt ervaring opgedaan binnen het thema kracht. Daarbij wordt geprobeerd om deze ervaring van fysieke kracht, door te trekken naar innerlijke kracht. De innerlijke kracht waardoor mevrouw zich sterk in haar schoenen voelt staan en meer aan kan. Er wordt geprobeerd om mevrouw deze kracht daadwerkelijk te laten ervaren. Er wordt betekenis gegeven aan de lichamelijke ervaringen en de gevoelsbeleving die door de oefening naar boven komen.

3. Cognitieve Gedragstherapie

In dit hoofdstuk wordt de etiologie van de Cognitieve Gedragstherapie beschreven. Deze komt voort uit de Cognitieve Therapie en het Behaviorisme. Deze twee psychologische stromingen zullen aan de orde komen in de eerste paragraaf.

In paragraaf twee zal de Cognitieve Gedragstherapie behandeld worden, waarna zal worden ingegaan op het toepassen van de therapie in de praktijk.

3.1 Etiologie van Cognitieve Gedragstherapie

3.1.1 Behaviorisme

Het Behaviorisme vormt het theoretisch kader van de Gedragstherapie, de Cognitieve Psychologie vormt het kader van de Cognitieve Therapie. Sinds enkele jaren zijn beide vormen samen gefuseerd tot de Cognitieve Gedragstherapie (*Alie Weerman, 2006; 77*). Het Behaviorisme is een stroming die is ontstaan in de jaren vijftig van de vorige eeuw. Het zette zich sterk af tegen de psychoanalytische therapieën en wilde zich uitsluitend bezighouden met waarneembaar gedrag. Allerlei emotionele problemen kunnen zich volgens het Behaviorisme veel beter worden opgelost door ander gedrag te vertonen. Mentale processen waren niet toegankelijk voor empirische toetsing, en vielen daarom buiten de empirische wetenschap (*Cognitieve therapie: theorie en praktijk, S. M Bögels & P. van Oppen, 1999, 1*). In hoofdstuk vijf zal dit in de discussie nog ter sprake worden gebracht.

Het Behaviorisme onderscheidt zich door het accent te leggen op de relatie tussen waarneembaar gedrag en de gebeurtenis in de omgeving.

3.1.2 Cognitieve therapie

Vanuit de Gedragstherapie werd bekend dat gedrag veranderd kan worden door het aanleren van nieuw gedrag. Binnen de gedragstherapie is er sprake van verschillende manieren voor het aanleren van nieuw gedrag. Deze manieren zijn: Klassiek Conditioneren en Operant Conditioneren. De Klassieke Conditionering werd verrijkt met het cognitieve proces van betekenisgeving. De gedragstherapie is geleidelijk meer gebruik gaan maken van cognitieve processen. Op deze manier ging de Gedragstherapie steeds meer de kant op van de Cognitieve Therapie (*Alie Weerman, 2006; 92*).

De Cognitieve Therapie werd rond 1960 ontwikkeld door Aaron Beck en Albert Ellis. Ellis specificeerde zich vooral op de irrationele gedachten en Beck richtte zich meer op onderliggende cognitieve basisschema's, vooral bij de stoornis depressie (*Alie Weerman, 2006; 95*).

De Cognitieve Therapie ontstond als reactie op het Behaviorisme, dat zich uitsluitend met gedrag bezighield en negeerde dat wat er zich in het hoofd afspeelde. Het voornaamste doel is inzicht krijgen in hoe men naar een bepaalde situatie kijkt. Niet de situatie of een gebeurtenis zelf bepaalt wat de patiënt voelt, maar de wijze waarop een situatie of gebeurtenis wordt geïnterpreteerd.

Daarnaast zijn er de automatische gedachten. Dit zijn korte, snelle gedachten die als vanzelf lijken op te komen en niet controleerbaar zijn (*Cognitieve therapie: theorie en praktijk, S. M Bögels & P. van Oppen, 1999; 4*). Vaak komen deze gedachten onbewust. Het zijn meer de gevoelens die voortkomen uit de automatische gedachten welke als gevolg hebben dat de automatische gedachten als voor waar worden aangenomen.

De automatische gedachten staan centraal binnen de Cognitieve Therapie. Het bewust worden van deze gedachten, er stil bij staan wat voor gevolg deze gedachten kunnen hebben en hoe

deze veranderd kunnen worden, staan hierbij centraal. De patiënt kan zich bewust worden van de automatische gedachten door stil te staan bij veranderingen die worden gevoeld. Als de automatische gedachte geïdentificeerd is, kan worden bekeken of de gedachte reëel is. Soms kan men dan concluderen dat de interpretatie onjuist is. Deze kan dan veranderd worden. Hierdoor kan de stemming ook veranderen. Cognitieve Therapie stelt als doel om automatische gedachten en denkfouten te corrigeren.

Automatische gedachten komen voort uit overtuigingen. Binnen de Cognitieve Therapie worden dit kerngedachten genoemd. Deze zijn fundamenteel en diepliggend. Dit gaat soms zo diep dat ze niet in woorden te beschrijven zijn. Deze ideeën worden door de patiënt beschouwd als absolute waarheden. Binnen de Cognitieve Therapie kunnen deze kerngedachten veranderd worden tot een realistisch en meer functioneel denkbeeld.

3.2 Cognitieve Gedragstherapie

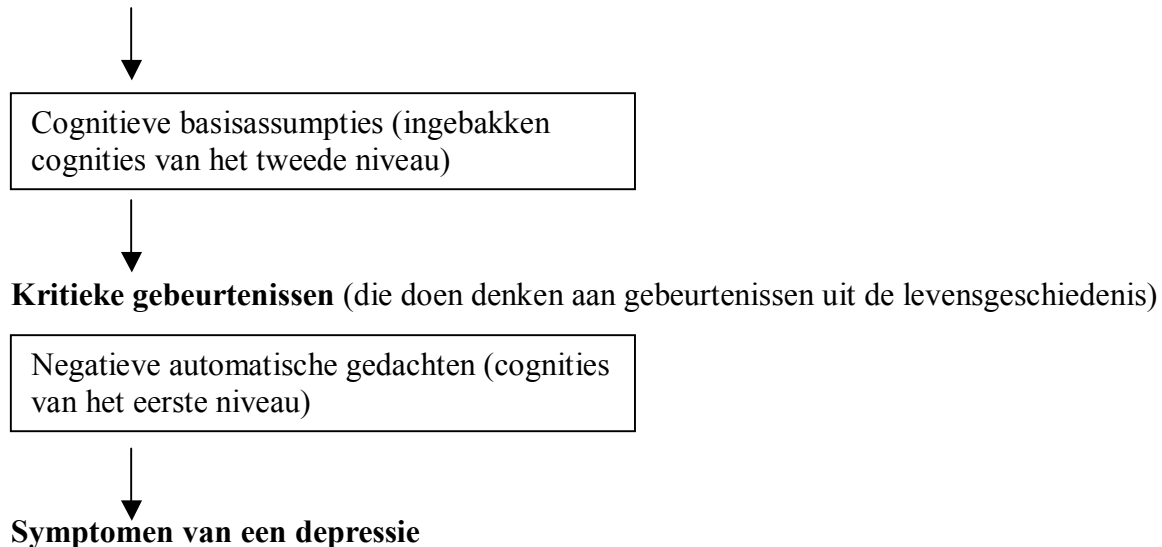
Bij de Cognitieve Gedragstherapie ziet men een stoornis als een denk- en gedragsprobleem. De therapie richt zich dan ook op het veranderen van het denken van de patiënt en op het aanleren van of stimuleren tot nieuw gedrag (*Alie Weerman, 2006; 77*).

Binnen het gedragsaspect wordt de nadruk gelegd op het gedrag van de patiënt. De Cognitieve Gedragstherapie beheerst enkele technieken welke tot doel hebben om het denken en voelen voor de gedragswijze te veranderen (*R. Wilson & R. Branch, 2006; 13*). Er wordt als het ware een koppeling gemaakt tussen denken en doen. De Cognitieve Gedragstherapie probeert hier inzicht in te geven. Tussen de gebeurtenis en de uiteindelijke gevoelens en handelingen zitten gedachten en opvattingen van de patiënt. Deze gedachten en opvattingen samen met de betekenis die de patiënt hier aan koppelt, maken de emotionele en gedragsmatige reacties. Dit is een belangrijk aspect bij patiënten met een depressie. Als iets niet lukt, dan ligt het aan hen. Ze onderhouden deze gedachten en overtuiging omdat zij alleen hier op gefocust zijn. Dit wordt ook wel disfunctioneel denken genoemd. Bij disfunctioneel denken is er o.a. sprake van selectieve abstractie, overgeneralisatie, 'gedachten lezen', personalisatie, alles-of-niets-denken, vergroten/verkleinen, catastrofaal denken en emotioneel denken. Het gaat hierbij om zowel interpretaties van binnenuit (gedachten, gevoelens) als externe gebeurtenissen. Denk hierbij aan gebeurtenissen en gedrag van anderen. Hierbij kan navraag worden gedaan met behulp van de LECS-indeling. Op deze manier word het gedrag en de bijbehorende emoties voor therapeut en de patiënt duidelijk in kaart gebracht.

De Cognitieve Gedragstherapie wil de vicieuze cirkel van disfunctioneel denken doorbreken. Niet alleen op verbaal vlak en in ratio, maar juist door inzicht te geven en door te ervaren. Dit kan er voor zorgen dat de patiënt het verschil tussen de oorspronkelijke overtuiging en de alternatieve gedachte lijfelijk kan ondervinden. Hier wordt bij psychomotorische therapie gebruik gemaakt van gedragsexperimenten (zie paragraaf 3.2.1). Zoals in hoofdstuk één naar voren kwam, komt binnen de psychomotorische therapie de hulpvraag van de patiënt naar voren in lichamelijke en bewegen. Het ervaren is één van de kernstrategieën van de Cognitieve Gedragstherapie. Aaron Beck, grondlegger van de Cognitieve Gedragstherapie, is voorstander van een therapie waarbij de patiënt en de therapeut op een quasi-wetenschappelijke manier samenwerken. Niet alleen over de gedachten praten, maar die gedachten uittesten in de praktijk vormen volgens Beck de basis van een doeltreffende therapie (*R. Wilson & R. Branch, 2006; 52*). Om een verandering in een denkpatroon aan te brengen is tijd en energie nodig. De nieuwe denkwijze zal eerst uitgetest dienen te worden voordat geconcludeerd kan worden dat de oude denkwijze toch beter bevalt. Het is eerst zaak om uit te zoeken waar de patiënt en zijn specifieke probleem baat bij hebben.

Het in beeld brengen van de levensgeschiedenis van de patiënt kan de therapeut en de patiënt inzicht geven in de oorzaak van de depressie en perspectief bieden voor de toekomst. Het in beeld brengen wordt gedaan aan de hand van het volgende schema (gebaseerd op Vandereycken, 2003, Alie Weerman, 2004; 103).²

Levensgeschiedenis



Figuur 2: Het cognitief model volgens Vandereycken, 2003

Cognities op het eerste niveau bevatten verschillende gedachten en beelden die in verschillende situaties opkomen. Dat gaat automatisch en kunnen met enige moeite en aandacht naar boven worden gehaald.

Het tweede niveau is de basis voor het eerste niveau en bevat assumpties, de kernopvattingen die iemand hanteert over de wereld en zichzelf. Deze kunnen niet worden waargenomen maar worden afgeleid uit het eerste niveau. Ze zitten ingebakken in het cognitieve systeem van de patiënt, vaak zonder dat men zich hier bewust van is.

De basisassumpties kunnen onderverdeeld worden in:

- a. Basale assumpties (die iemand heeft over zichzelf, de wereld en de toekomst)
- b. Conditionele assumpties (de als-dan relaties tussen zichzelf en de ander of de situatie)
- c. Instrumentele assumpties (de 'moet-regels' waaraan voldaan moet worden)

De basisassumpties ontstaan meestal in de kindertijd. Ze worden in de loop van de jaren steeds bevestigd door selectieve waarneming en selectieve interpretaties. Het negatieve cognitieve schema kan worden geactiveerd door ervaringen die lijken op ervaringen uit de kindertijd waarin het schema tot ontwikkeling kwam.

3.2.1 Gedragsexperimenten

Binnen de Cognitieve Gedragstherapie wordt gebruik gemaakt van gedragsexperimenten. Deze hebben als doel: het uittesten van de juistheid van bepaalde verwachtingen en opvattingen via het draadwerkelijk uitvoeren van nieuw gedrag (Drs. E. ten Broeke, Drs. C. van der Heiden, Drs. S. Meijer, Drs. G. Schrurink, 2004; 107). Met andere woorden: juist het nalaten van disfunctioneel gedrag. Het is vaak de gedachte die de kernovertuiging in stand houdt. Door het in de praktijk brengen van het gedragsexperiment, wordt het voor de patiënt

² In de bijlage bevindt zich het cognitiefmodel dat in het Radboudziekenhuis wordt gehanteerd.

voelbaar dat de oorspronkelijke gedachte anders kan zijn dan eerst werd gedacht. Alleen het houden van gesprekken kunnen als beperking hebben dat de patiënt sterk en uitgebreid vermijdingsgedrag gaat hanteren. Dit heeft als gevolg dat er niet genoeg ervaring wordt opgedaan om te kunnen beoordelen of er sprake is van een realistische gedachte of opvatting.

Naast de kerngedachte kan er ook sprake zijn van automatische negatieve gedachten (A.N.G) of intermediaire opvattingen. Hierbij spreken we van voorspellende conditionele opvattingen. Dit is afhankelijk van de fase binnen de therapie en het doel dat nagestreefd wordt. Wat betreft de fase van de therapie; gedragsexperimenten kunnen ingevoerd worden wanneer de patiënt heeft kennisgemaakt met de cognitieve therapie, gedachteschema's kan maken en de belangrijkste negatieve opvattingen in, voor de patiënt problematische situaties, kan identificeren en de geloofwaardigheid op deze manier leert te onderzoeken.

Om een gedragsexperiment van invloed te laten zijn, is het van belang dat het zorgvuldig moet worden opgezet. De nadruk ligt op het toetsen van een realistische gedachte of opvatting. Daarbij is het niet nodig om heel veel informatie weer te geven binnen het gedragsexperiment. Concreet en overzichtelijk maakt het voor de patiënt helder op welke manier het gedragsexperiment kan worden uitgevoerd. Bij A.N.G zijn met name concrete voorspellingen in specifieke situaties goed te testen voor een gedragsexperiment. Eén of enkele gedragsexperimenten zijn in dat geval voldoende om een gedachte te corrigeren en te veranderen.

Om een gedragsexperiment uit te voeren komt de patiënt met een kernovertuiging of een A.N.G. De therapeut doet navraag naar waar, wanneer en hoe deze opspeelt en welke gevolgen dit heeft. Vervolgens wordt de situatie concreet gemaakt waarna er wordt gekeken naar een alternatieve gedachte. Deze zal evenwichtig moeten zijn. Van beide gedachten, zowel de oorspronkelijke als de alternatieve, wordt de geloofwaardigheid weer gegeven. Naast de alternatieve gedachte zijn er de wedijverende gedachten. Deze kunnen van pas komen als emotionele problemen niet goed reageren op een poging om een negatieve gedachte onderuit te halen. Wedijverend houd in: de oorspronkelijke gedachten overtreffen met theorieën die ook aannemelijk zouden kunnen zijn. Deze theorieën vormen de basis voor het gedragsexperiment. Een theorie is een idee of aanname die volgens de patiënt verklaard waarom iets plaatsvindt.

Hierna wordt er een passend gedragsexperiment bedacht. Van belang is dat het gedragsexperiment past in de context waar de kernovertuiging of A.N.G overheerst.

4. Praktijk

In dit hoofdstuk zal beschreven worden hoe de gedragsexperimenten tot stand zijn gekomen en op welke manier de patiënten hiermee aan het werk zijn gegaan. Er zal met name ingegaan worden op de mevrouw die ik voor deze case-study als hoofdpersoon heb gekozen.

4.1 Mijn persoonlijke aanpak als psychomotorische therapeut

In deze paragraaf zal ik beschrijven wat het belang is tijdens het aanbieden van gedragsexperimenten. Het is vanuit de ik-visie geschreven omdat ik denk dat het resultaat vanuit die visie het beste over zal komen. Dit is van belang voor de uiteindelijke conclusie en het antwoord op mijn vraagstelling.

Het opstarten

Voordat ik begon met het introduceren van de gedragsexperimenten, heb ik mij eerst verdiept in de diagnostiek van de patiënten. Diagnostiek is de fase van verzamelen van informatie over de probleemsituatie van de patiënt met als doel een bijdrage te kunnen leveren aan de oplossing voor het probleem van deze patiënt. Het is een methode om de problematiek van de patiënt te begrijpen. Deze diagnose kan worden geplaatst in het kader van de behandeling (*Collegestof: Diagnostiek, indicatie en behandeling; B4042.02*). De uitwerking hiervan staat beschreven in paragraaf 1.1.

Samen met de psychomotorische therapeut die deze groep begeleidt, heb ik de interventie gedragsexperimenten geïntroduceerd. Het werken met deze methode was al wat bekend voor de patiënten. Er werd tijd genomen om de gedachte die uitgedaagd zou worden te bespreken en deze uit te schrijven op het formulier dat voor gedragsexperimenten wordt gebruikt. Het bleek dat het uitschrijven van de gedachte vrij moeilijk was. Het weergeven van de voorspelling, mogelijke problemen en strategieën om deze problemen te overwinnen, bleek veel tijd in beslag te nemen. Vooral om het op de juiste wijze te verwoorden was lastig. Het is belangrijk dat hier concrete zaken worden neergeschreven. Met ruime begrippen en vage omschrijvingen heeft het experiment minder kans van slagen. Het is op die manier voor de patiënt zelf niet helder wat de kern van het experiment is waardoor de uitkomst moeilijk geplaatst kan worden.

Van te voren is duidelijk aangegeven dat het toepassen van een gedragsexperiment vooral voor de patiënten zelf was. Hiermee wilde ik bereiken dat de patiënten zelf achter hun beslissing tot deelname zouden staan en het niet alleen voor mij zouden doen in het kader van mijn scriptie.

Daarnaast heb ik aandacht besteed aan de eventuele angstgedachten die deelname aan een gedragsexperiment zouden kunnen tegenhouden. Deze waren er niet maar omdat bij de mevrouw die het gedragsexperiment zou gaan uitvoeren, bekend is dat er sprake kan zijn van angstgedachten, vond ik het wel belangrijk om hier rekening mee te houden.

Het aanbieden

De gedragsexperimenten werden opgesteld tijdens de psychomotorische therapie. Er werd geprobeerd om te ervaren hoe realistisch de automatische gedachte was. Ik ben uitgegaan van een steunende attitude. Het invullen van het formulier deed ik samen met de patiënten. Op deze manier probeerde we het probleem helder te krijgen en concreet te verwoorden. Ik vond het belangrijk dat er sprake was van veiligheid en vertrouwen, zowel in de patiëntengroep als naar de therapeuten. Tijdens therapieën dat er gedragsexperimenten werden uitgevoerd was er sprake van ervaringsgericht werken. Wanneer er een gedragsexperiment werd uitgevoerd, werd de hele groep geïnstrueerd en was er sprake van een voorwaarde

scheppende context. De groep kreeg bepaalde opdrachten om aan te kunnen sluiten bij het experiment. Tijdens het experiment werd de automatische gedachte uitgedaagd. Om de ervaring te toetsen werd er tijd genomen om te reflecteren na het gedragsexperiment. Daarna werd er geprobeerd een koppeling te maken naar een situatie in het dagelijks leven waar de uitgedaagde gedachte een rol zou kunnen spelen. De patiënt werd bevraagd over de geloofwaardigheid van de ervaring. Daarnaast gaven de therapeuten terug wat er door hen was waargenomen. De patiënt was tijdens het experiment op zichzelf gericht en heeft een andere beleving dan de therapeuten. De therapeuten hebben een observerende rol. Door te vragen naar de ervaring van de patiënt en terug te geven wat de therapeuten is opgevallen, kan de uitkomst van het gedragsexperiment begrepen worden. De emoties of ervaringen zijn soms anders of onverwacht voor de patiënt. Het is dan de taak van de therapeut om hier uitleg over te geven en de patiënt gerust te stellen.

Ik heb geprobeerd om tijdens de therapieën een open attitude aan te nemen. Hiermee wilde ik de patiënten het gevoel geven dat ze ruimte hadden om het experiment uit te voeren naar hun kunnen. Daarnaast heb ik geprobeerd een begeleidende en steunende attitude aan te nemen. Hierbij heb ik vooral aandacht gehad voor de emotionele momenten die zich konden voordoen tijdens of na het gedragsexperiment. Door te benoemen wat het gedragsexperiment teweeg had gebracht en de patiënten de tijd te geven dit te verwerken, probeerde ik op deze manier inzicht te geven in het denkproces.

4.2 Uitkomst van het gedragsexperiment

De groep heeft met begeleiding van de therapeuten het formulier voor het gedragsexperiment ingevuld (zie bijlage 2). Het is belangrijk om er bewust van te zijn dat naast psychomotorische therapie en de behandeling, andere factoren mee kunnen spelen bij een eventuele verandering. Het geloofwaardigheidspercentage na het gedragsexperiment is het uiteindelijke effect. Het doel is om tot andere inzichten te komen, vaak in positieve zin. In deze case-study is dat niet gebeurd, maar de gedachte is wel veranderd.

Het gedragsexperiment bij de patiënte die centraal staat in deze case-study, is gebaseerd op de gedachte: “Als ik mij sterk opstel, raken anderen geïrriteerd.” Onder zich sterk opstellen verstaat mevrouw: duidelijk positie innemen, laten zien en horen wat ze wil en wanneer ze het niet eens is met de manier waarop het spel verloopt, dat ze er wat van zegt.

Deze gedachte werd getest tijdens een partij basketbal. Van te voren hadden de therapeuten met mevrouw doorgenomen hoe zij zich zou opstellen binnen het spel, wat de voorspelling zou kunnen zijn, welke mogelijke problemen zich voor zouden kunnen doen en welke strategieën er bedacht konden worden om deze problemen te overwinnen of te voorkomen. Als mogelijk probleem formuleerde mevrouw dat anderen geïrriteerd zouden raken als zij zou aangeven dat het spel niet naar haar zin verliep.

Mevrouw nam zich voor om wanneer de regels van basketbal werden verteld, dat zij aan zou geven wat zij binnen het spel aan regels wilde om op die manier lekker te kunnen spelen. Toen zij haar regels ingebracht had, werd er nagevraagd of de andere patiënten zich daar in konden vinden. Er waren twee patiënten die het jammer vonden dat er een armlengte aan afstand moest worden gehouden. Uiteindelijk stemden ze er toch mee in.

Tijdens het spel kwam het voornemen van mevrouw niet erg naar voren. Er was een andere patiënt die heel overheersend speelde en zich niet aan de armlengte speelafstand hield maar juist heel dicht op de ander speelde. Mevrouw zei daar niets van.

Na afloop van het spel werd er geëvalueerd en teruggekeken op het verloop van het gedragsexperiment. Mevrouw was niet erg tevreden. Ze had haar voornemen niet uitgevoerd. Het door haarzelf vooraf geschetste mogelijke probleem was zo sterk geweest dat ze niet in

staat was geweest haar voornemen uit te voeren. Het geloofwaardigheidspercentage van de uitgedaagde gedachte was niet gezakt.

Haar gedachte was dat anderen geïrriteerd zouden raken als zij zich sterk opstelde, maar ze ervaarde tijdens het spel dat zijzelf geïrriteerd raakte door het spel van de anderen. Het gedragsexperiment had een bijstelling van haar gedachte opgeleverd. De karakters van de andere patiënten zijn sterk. Het was dan ook een hele kluit om hier tegen op te boxen.

De conclusie van het experiment is dat mevrouw geconfronteerd werd met zichzelf. Ze wil zichzelf heel sterk opstellen, maar door de depressie komen de krachten om zich sterk te maken en te voelen niet naar boven. Ze weet van zichzelf dat ze deze krachten heeft, alleen komen deze nog niet tot uiting. Daarvoor zit de depressie nog te veel aan de oppervlakte.

4.3 Conclusie

Uit het gedragsexperiment blijkt dat niet altijd het geloofwaardigheidspercentage daalt. Hier speelt ook mee dat het experiment een momentopname is en bovendien contextgebonden.

Van belang is dat de uit te testen gedachte aansluit bij de context. Voor mevrouw was de context waarin het spel basketbal gespeeld werd, niet de gemakkelijkste context. Het is juist goed om in een dergelijke context een gedragsexperiment uit te proberen. Waarschijnlijk zal mevrouw in een voor haar veilige context haar uit te testen gedachten al toepassen. Het is echter van belang dat er oog is voor het feit dat de gedachte wel uit te testen is, ook al is de context voor de patiënt minder veilig.

Mevrouw vond basketbal niet de leukste sport en daarbij voelt ze zich minder op haar gemak als zij in de therapie op de voorgrond staat. Het kan dus heel goed zijn dat wanneer mevrouw het gedragsexperiment uitvoert in een andere context, dat het resultaat heel anders is.

Samen met de psychomotorisch therapeut heb ik geprobeerd om mevrouw niet al te veel in het middelpunt van de belangstelling te laten staan. Door ons niet alleen maar te richten op mevrouw maar op het spel en de deelname van de hele groep, probeerden we te voorkomen dat mevrouw zich belemmerd voelde in het uitvoeren van haar gedragsexperiment.

Dat het confronterend was, is niet perse negatief. Het kan een proces in gang zetten welke weer gevolgen heeft voor de voortgang van de therapie. De arousal die hierdoor ontstaat, is niet verkeerd, want zonder arousal veranderd er niets (*Uitspraak tijdens Supervisie door Henriëtte van der Meijden, 2008*).

Ondanks het feit dat de geloofwaardigheid niet is verminderd, is het wel waardevol dat de gedachte expliciet is gemaakt. De gedachte: "Ik raak geïrriteerd wanneer de ander zich niet aan de regels houdt", is in dit geval heel waardevol om dat mevrouw haar eigen boosheid ervaart maar dat zij deze emotie liever weghoudt.

Door het gedragsexperiment heeft ze ervaren wanneer ze geïrriteerd raakt. Dat is een positieve ontdekking. Het is een feit dat ze door dergelijk gedrag geïrriteerd raakt. Er is daarom geen reden de gedachte verder uit te dagen. Het is zo, hier moet ze mee leren omgaan.

5. Conclusie

In dit hoofdstuk zal ik mijn vraagstelling verbinden met mijn bevindingen in de praktijk en de theorie uit voorgaande hoofdstukken. Er zal centraal staan in welke mate de Cognitieve Gedragstherapie invloed heeft op de behandeling en of de patiënt baat heeft bij psychomotorische therapie waar gedragsexperimenten worden uitgevoerd. Hiermee hoop ik een conclusie te kunnen onderbouwen over het nut van Cognitieve Gedragstherapie bij patiënten van de dagbehandeling met een depressieve stoornis.

De vraagstelling van deze case-study luidt als volgt:

Hoe kunnen gedragsexperimenten in de Psychomotorische therapie een bijdrage leveren aan de behandeling van een depressieve patiënt?

Psychomotorische therapie geschikt is voor patiënten waarbij de problematiek zich uit in het bewegingsgedrag en de bewegings- en lichaamservaring. Daarnaast is het ook een geschikte therapievorm als de problematiek bij uitstek te vertalen is naar bewegingsgedrag. Denk hierbij aan innerlijke conflicten die door middel van beweging en lichaamservaring tot uiting kunnen komen. Het woorden geven aan lichaamsbeleving en bewegingservaringen binnen de psychomotorische therapie kan gezien worden als betekenisverlening van de opgedane ervaring. De ervaring die de patiënt opdoet tijdens de therapie, wordt als uitgangspunt genomen.

Door de LECS-indeling te hanteren kan inzichtelijk worden gemaakt aan welke aspecten van het gedrag aandacht moet worden gegeven. Als dit helder is, kan de therapeut de therapie op zodanige wijzen structureren dat het gedrag duidelijk naar voren komt. Door de patiënt bewust te maken van zijn gedrag en daarbij uitleg te geven, wordt het voor de patiënt duidelijk waar er binnen de psychomotorische therapie aan gewerkt wordt. Soms is psychomotorische therapie zinvol als aanvullende therapie naast andere vaktherapieën, maar vaak ook als therapievorm op zichzelf.

Als ik kijk naar mijn eigen ervaringen, kan ik concluderen dat de Cognitieve Gedragstherapie zoals deze wordt aangeboden binnen het Radboudziekenhuis, effect heeft bij patiënten met een depressieve stoornis. Het effect is zichtbaar in het gedrag maar ook op de manier waarop de depressieve patiënten zich uiten. Aan de hand van de LECS-indeling kan ik zien dat de patiënt op lichamelijk niveau passief is en dat er weinig beleving is. Door navraag te doen over de afwezigheid van emoties en of de gedachten een negatieve lading hebben, kan ik een inschatting maken hoe de patiënt er op dat moment bij zit en zich zou kunnen uiten tijdens een oefening in groepsverband. In het kader van de psychomotorische therapie kunnen we concluderen dat gedragsexperimenten een positieve bijdrage kunnen leveren aan de behandeling van depressieve patiënten. Door de automatische gedachten uit te testen, in te gaan op de ervaring tijdens het gedragsexperiment en deze concreet weer te geven met psycho-educatie vanuit de Cognitieve Gedragstherapie, wordt het voor de patiënt helder waar de hulpvraag ligt en waar ze aan moet werken binnen de therapie. De patiënt krijgt inzicht in haar eigen gedachtepatroon. Ze kan op deze manier haar eigen denken, voelen en handelen beïnvloeden en het afglijden in de negatieve spiraal voorkomen door de signalen te herkennen die hier aan vooraf gaan.

Zoals Aaron Beck, de grondlegger van de Cognitieve Gedragstherapie al zei: “Niet over gedachten praten, maar die gedachten uittesten in de praktijk, vormt de basis van een doeltreffende therapie”.

Literatuurlijst

- Drs. E. ten Broeke, drs. C. van der Heiden, drs. S Meijer, drs. Schurink; 2002; Cognitieve Gedragstherapie
- Alie Weerman; 2006; Zes psychologische stromingen één cliënt; Uitgeverij Nelissen - Soest
- Collegestof: Diagnostiek, indicatie en behandeling; B4042.02
- Collegestof: Bewegingsagogie en psychomotorische therapie, B2041, Dhr. Luuk W. Sietsma
- Rob Willson, Rhena Branch; 2006; Oorspronkelijke titel; Cognitive Behavioural Therapy For Dummies; Indiana, Wiley Publising, vertaling Diederik Wouterlood; 2006; Pearson Education Beneluxe
- Cees A. M de Wit; 2000; Depressie bij kinderen en adolescenten Theorie en onderzoek, diagnostiek en behandeling; Bohn von Stafleu Van Loghum; Houten.
- William E. Glassman; 1995; Oorspronkelijke Engelse titel; Approaches tot psychology; Nederlandse editie, vertaling Hans Geluk; 1998; Stromingen in de psychologie; HB uitgevers Baarn
- Redactie: S.M Bögels & P. van Oppen; 1999; Cognitieve therapie: theorie en praktijk; Bohn Stafleu Van Loghum, Houten
- Judith S. Beck; 1995; Basisboek cognitieve therapie; vertaling Hans Geluk; Guilford Press, HB uitgevers Baarn

Bijlage 1: Cognitief model van het Radboudziekenhuis

Vroege ervaringen

Als kind was mevrouw een driftkikker, later rustig (aangepast). Wel altijd zwaar op de hand geweest. Familiaire belasting is groot: Moeder had bipolaire stoornis, wat in gezin tot grote aanpassing leidde. Kinderen moesten veel verantwoordelijkheid nemen en vader was sterk gericht op moeder. Bijna alle broers en zussen kampen in meer of mindere mate met psychische klachten

Op 15^e: moeder deed poging om haar, zus en vader te vergiftigen. Mocht hier niet boos over worden (moeder is ziek, kan er niets aan doen).

Op 16^e kreeg ze een psychose, kortdurend.

Na geboorte eerste zoon last van somberheid (niet opgenomen). Heeft moeder gemist bij bevalling en erna (was toen opgenomen).

Kernovertuigingen

Afhankelijkheid: ik kan niet op mezelf vertrouwen

Leefregels

Als ik depressief wordt dan faal ik als moeder

Ik moet ervoor zorgen dat mijn gezin sterk en goed is

Aanleiding voor deze depressie

Man heeft na 27 jaar huwelijk een relatie met een ander gekregen. Echtscheiding -> op eigen kracht verder kunnen gaan, maar na paar weken niet meer goed alleen kunnen zijn en niet de straat op durven. Hulp gezocht bij vrienden en familie, maar uiteindelijk bij hulpverleners terechtgekomen en na toename suïcidale gedachten is ze opgenomen.

Jongste zoon was paar maanden voor scheiding uit huis gegaan.

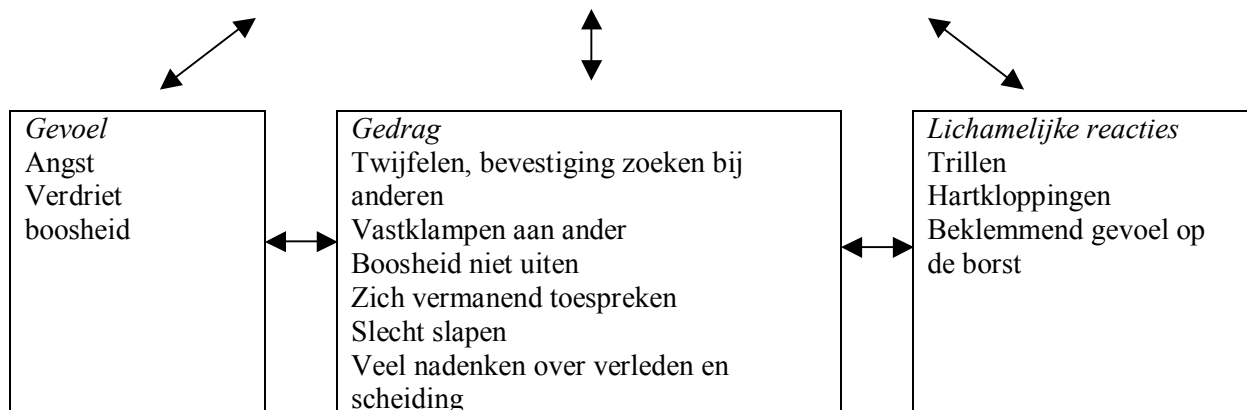
Automatische gedachten

ik heb gefaald

ik moet mezelf kunnen redden <-> ik kan het misschien ook niet

ik kan niet alleen zijn

het is niet leuk om alles alleen te moeten doen



Bijlage 2: Gedragsexperiment

Gedachte om te testen:

Vooraf:				Achteraf:	
Experiment	Voorspelling	Mogelijke problemen	Strategieën om deze problemen te overwinnen	Uitslag van het experiment	In welke mate wordt de gefeste gedachte ondersteund (0-100)?

Geloofwaardigheid:.....%

- Wat heb ik van dit experiment geleerd?

- Welke alternatieve gedachte kan je formuleren?