

Forum

Functieanalyse, betekenisanalyse en cognitieve casus conceptualisatie: hart en ziel van de gedragstherapie

Jacqueline A-Tjak¹

INLEIDING

Functie- en betekenisanalyses (FA's en BA's) en cognitieve casus conceptualisaties (CCC's)² worden binnen de cognitieve gedragstherapie³ gebruikt om hypothesen op te stellen met betrekking tot het functioneren van cliënten en van therapeuten in relatie tot de hulpvraag van de cliënt. Het tijdschrift *Gedragstherapie* heeft in 1993 en in 2004 een forumdiscussie georganiseerd over het nut van de FA. De overwegingen die hierbij aan de orde kwamen zijn voor een groot gedeelte ook toepasbaar op de BA en CCC. Uit deze discussie komt onder meer naar voren dat er bezwaren bestaan tegen het propageren van de FA als een "must", terwijl de auteur de indruk heeft dat veel gedragstherapeuten geen FA's (op papier) meer maken (Visser, 2004). Verder blijkt dat het empirisch gehalte van FA's laag is en dat behandelen heel goed gaat zonder het maken van een FA. Van geprotocolleerde behandelingen bij angststoornissen is meermaals aangetoond dat zij minimaal even effectief zijn als behandelingen gebaseerd op een op maat gemaakte FA (Emmelkamp, 1993; Schulte, Künzel, Pepping & Schulte-Bahrenberg, 1992). Bovendien waarschuwt Vandereycken (1993) voor het gevaar dat de functie-analyse mythische proporties krijgt en niet meer gezien wordt als een instrument om hypothesen te expliciteren.

1. G G Z Dijk en Duin, Zaandam

Correspondentieadres: J.G.L. A-Tjak, Postbus 1227, 1500 AE Zaandam

E-mail: jatjak@dijkenduin.nl

2. De cognitieve casusconceptualisatie wijkt van de FA en BA af in de zin dat deze niet gebaseerd is op experimenteel geverifieerde (leer)principes. Naar mijn mening worden in cognitieve casus conceptualisaties echter wel degelijk elementen opgenomen waarin leerprincipes herkenbaar zijn, zoals strategieën, die aansluiten bij vermijdingsgedrag, basale assumpties met betrekking tot het zelfbeeld dat aansluit bij de essentiële stimulus en de USC/UCR-representatie (dit wordt in het artikel nader uitgelegd) en de intermediaire assumpties die in de vorm van als...dan...relaties het verband tussen stimuli en gedrag specificeren. Om deze reden worden cognitieve casus conceptualisaties in dit artikel in één adem genoemd met de FA en BA

3. In het artikel zal gesproken worden over gedragstherapie en cognitieve gedragstherapie. Met beiden wordt het gehele domein van de cognitieve gedragstherapie bedoeld.

Recente ontwikkelingen roepen vragen op: past het maken van dergelijke analyses nog wel bij deze tijd of zijn idiosyncratische analyses overbodig geworden met de opkomst van protocollaire behandelingen en ziektemodellen waarin de instandhoudende factoren beschreven worden? Voegt het maken van FA's, BA's en CCC's wel iets toe aan de behandeling? Op deze vragen gaat onderstaand artikel in. Hierbij zal ik putten uit mijn ervaring als therapeut, als supervisor en als docent gedragstherapie. De nadruk zal liggen op het maken van FA's en BA's omdat ik hier de meeste ervaring mee heb.

Om te beginnen zal ik een overzicht geven van de mij bekende modellen waarop FA's en de BA in Nederland gemaakt worden. Hierbij zal ik proberen aan te geven welke verbanden er zijn tussen modellen die op het eerste gezicht minder met elkaar te maken hebben. Hierin zal ook de CCC betrokken worden. Verschillende overwegingen die kunnen helpen een betekenisvolle analyse te maken zullen in het overzicht worden verwerkt. Dit zal resulteren in een beslisboom die een therapeut kan helpen de keuze voor een bepaald model af te stemmen op de problematiek waarmee hij werkt. Aan de hand van een casus zal ik illustreren hoe de verschillende modellen toegepast kunnen worden. Tevens hoop ik aan de hand van deze casus duidelijk te maken op welke wijze de gemaakte analyses de therapeut van dienst kunnen zijn in de keuze voor bepaalde interventies.

MODELLEN FA'S EN BA

Hieronder zullen verschillende modellen besproken worden, die in het Nederlandse taalgebied veel toegepast worden. Vooraf dient opgemerkt te worden dat alle modellen in principe gebruikt kunnen worden om dezelfde informatie in onder te brengen. Dit vereist echter nogal wat handigheid van de therapeut. De therapeut moet in staat zijn verbanden te kunnen leggen tussen de verschillende modellen. Op deze verbanden zal hieronder ingegaan worden. Voor therapeuten met minder ervaring is naar mijn mening het gebruik van verschillende modellen behulpzaam om meer zicht te krijgen op de inhoud en betekenis van de verschillende factoren die in de analyses geëxpliciteerd worden. Van belang is ook om de keuze van het model af te stemmen op de problematiek die in kaart gebracht wordt. Hier zal nader op in gegaan worden.

Het blijkt dat sommige therapeuten geneigd zijn alle informatie met betrekking tot een klachtgebied van een cliënt onder te brengen in één analyse (Peute, 2005). Het kan echter meer in- en overzicht opleveren wanneer in de analyses een proces in kaart gebracht wordt, waarin operante en/of klassieke conditionering elkaar afwisselen en opvolgen. Van dit proces worden meerdere opeenvolgende analyses gemaakt, al dan niet met behulp van verschillende modellen. In de casus die later volgt wordt dit geïllustreerd.

Sd.R → *C*

Dit is de meest eenvoudige en veel toegepaste vorm van functie-analyse, vaak aangeduid met de naam "functie-analyse". De operante conditionering staat centraal. Wanneer betekenisgeving niet of nauwelijks een rol speelt kan met deze

manier van analyseren worden volstaan. Orlemans (1988) wijst op de toepassing bij het aanleren van zelfredzaamheidgedrag bij zwakzinnigen. Ook in de behandeling van jonge kinderen en de zorg voor volwassenen en ouderen met cognitieve defecten, zoals dementie, kan naar mijn idee dit model zinvol worden toegepast.

Van de C-aspecten zijn de bestraffende consequenties met name van belang om de cliënt te motiveren zijn gedrag te veranderen en vormen de belonende consequenties belangrijke instandhoudende factoren. De belonende consequenties hoeven niet daadwerkelijk op te treden, belangrijk is dat de cliënt verwacht deze beloning in reactie op zijn gedrag te verwerven. Deze verwachting kan tot stand gekomen zijn door eerdere ervaringen, maar ook door fantasie of door regelgeleid gedrag (Hayes, Strosahl en Wilson, 1999; Kohlenberg en Tsai, 1991).

Het twee factorenmodel van Mowrer

Orlemans, Eelen en Hermans (1995) beschrijven het twee factorenmodel van Mowrer als volgt: CS-CER-CAR-C. Het model beschrijft de interactie tussen klassieke (CS-CER) en operante (CAR-C) conditionering, waardoor volgens Mowrer vermijding tot stand komt en in stand gehouden wordt. Het model is niet alleen toepasbaar op vrees, hoewel het model oorspronkelijk hiervoor ontworpen is. Andere emotionele responsen kunnen ook met dit model te beschreven worden. Wanneer emoties echter aanleiding geven tot ongewenst toenaderingsgedrag, zoals vechten bij woede, is de term *conditioned avoidance respons* niet op zijn plaats. Een oplossing voor dit probleem is de suggestie van Burger (1994) om de CAR op te vatten als een geconditioneerde *actie* respons, waarbij actie niet alleen de vorm van vermijding, maar ook van andere operante gedragingen kan aannemen. Het twee factorenmodel is goed toepasbaar bij problemen waarbij het operante probleemgedrag mede gestuurd wordt door de emoties, die er aan voorafgaan. Vooral wanneer er sprake is van vermijdingsgedrag door angst is dit model zeer bruikbaar.

Het drie factorenmodel van Orlemans (1976)

Orlemans (1976) breidt het tweefactorenmodel van Mowrer uit met een factor COV, die verbonden is met de CER en de CAR. DE COV staat voor *covert operant* en wordt gebruikt om cognities in onder te brengen. Voorwaarde is dat deze cognities rechtstreeks van invloed zijn op de CER en/of de CAR. Een valkuil is om alle cognities ongeacht hun functie onder te brengen onder de COV. Cognities kunnen immers ook de rol vervullen van antecedente stimuli en consequente stimuli. Het maakt een analyse minder scherp wanneer deze factoren allen terechtkomen onder het kopje COV. Juist het vaststellen van de functie van cognities geeft aanwijzingen over welke cognities op welke manier aangepakt kunnen worden. Het lijkt het beste om onder de COV met name intermediaire assumpties uit de cognitieve therapie onder te brengen (zie ook verderop). Verder kunnen cognities die de functie van een CAR hebben hieronder geplaatst worden. Het drie factorenmodel biedt de therapeut op deze wijze een mogelijkheid om inzichten uit het behaviorisme te integreren met inzichten uit de cognitieve therapie.

Het SORKC model van Burger (1994)

Burger baseert zich op het SORKC model van Kanfer en Phillips (1970). Het is een model waarin de nadruk ligt op operante conditionering. Respondent gedrag, in de vorm van ongeconditioneerde en geconditioneerde emotionele responsen krijgen een plaats binnen de consequenties van het operante gedrag. Burger werkt met een lettersysteem. Elke relevante operante respons krijgt een cijfer en de andere elementen van de FA worden dienovereenkomstig genummerd. Omdat één respons meerdere consequenties kan hebben krijgen de consequenties een tweede cijfer, bijvoorbeeld 1.1 of 1.2. Het schema is te zien in Figuur 1.

Figuur 1

Sd 1:

Ro 1:

C 1.1 (+S-) inclusief eventuele K-aspecten

Tm 1.1

C 1.2 (-S+) inclusief eventuele K-aspecten

Tm 1.2

C 1.3 (+S+) inclusief eventuele K-aspecten

Tm 1.3

C 1.4 (-S-) inclusief eventuele K-aspecten

Tm 1.4

De functie-analyse volgens Burger

Vanwege de krachtige doeltreffende manier waarop Burger naar mijn mening een veelheid aan relevante gegevens in de functie-analyse weet te verwerken zal dieper op zijn visie op de verschillende aspecten van de FA worden ingegaan. De Sd staat hier voor de discriminatieve stimulus. Burger beschrijft onder de Sd ook relevante "O"-kenmerken, namelijk biologische factoren die het optreden van operant gedrag beïnvloeden. De Ro staat voor het operante gedrag. Terwijl Orlemans in zijn model onderscheid maakt tussen overt gedrag (CAR) en covert gedrag (COV) plaatst Burger covert en overt operant gedrag op één lijn. Het denken van een bepaalde gedachte kan als Ro opgenomen worden in de FA

Belangrijk is wat Burger de essentiële stimulus noemt. Soms is dit een Sd, maar meestal betreft dit een S-, die het dichtste bij de ongeconditioneerde negatieve stimulus komt. De S- treedt in de vorm van een -S- op als consequentie. (Burger maakt geen onderscheid tussen het verdwijnen en het uitblijven van een stimulus omdat dit verschil in de therapeutische praktijk geen consequenties heeft). Deze S- vormt de meest krachtige drijfveer voor het optreden van Ro. Een voorbeeld is dat een cliënt bang kan zijn van rode vlekken omdat deze hem doen denken aan bloed en daarmee de angst voor een HIV-infectie oproepen. De essentiële stimulus is in dit geval de HIV-infectie. Wanneer de cliënt echter bang

is voor een HIV-infectie omdat hij vreest in het geval van AIDS al zijn vrienden te verliezen zou de essentiële stimulus kunnen bestaan uit de angst voor liefdesverlies. Burger benadrukt dat in veel gevallen (wanneer we het hebben over neurotische problematiek) de S- zal bestaan uit een negatief sociaal oordeel dat de cliënt vreest en/of over zichzelf denkt. De S- toont in deze zin veel overeenkomsten met de UCS/UCR-representatie van de BA (zie onder). Dit is het geval wanneer er sprake is van een referentiele relatie met betrekking tot het zelfbeeld. Ook vertoont de S- overeenkomsten met de basale assumptie over het zelf zoals deze in een CCC wordt onderscheiden.

De Tm staat voor therapeutische maatregel en elke consequentie leidt tot één of meer therapeutische maatregelen. Als het gaat om ongewenst gedrag worden inhiberende C's (bestraffend) benadrukt en stimulerende C's (bekrachtigend) ontkracht. In het geval van essentiële stimuli bestaat de therapeutische maatregel bij Burger vaak uit exposure in de vorm van imaginaire confrontatie. Vanwege de verwantschap met de UCS/UCR-representatie uit de betekenisanalyse zijn mijns inziens herevaluatietechnieken ook zeer bruikbaar om de negatieve kanten van de S- te verminderen. Onder herevaluatietechnieken vallen naast bijvoorbeeld contraconditioneringstechnieken ook technieken uit de cognitieve therapie.

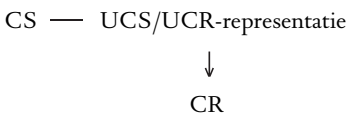
De K-aspecten betreffen de contingentie. Er kan onderscheid gemaakt worden tussen de korte en lange termijn, door Burger aangeduid als 'wachtijd'. Burger onderscheidt daarnaast ook de "kans" dat de consequentie volgt op het gedrag. Immers: gedrag en consequentie hebben vaak geen één op één relatie.

Burger zelf raadt aan om analyses doorgaans te beperken tot Sd-Ro-C-analyses en alleen indien nodig uit te breiden met andere elementen. Vanwege de nadruk op de essentiële stimulus als een negatief sociaal oordeel dat wordt gevreesd is dit model met name geschikt voor neurotische problematiek. In dit geval kan het op deze wijze formuleren van een S- leiden tot een belangrijke verrijking van het behandelplan, zoals aan de hand van een casus geïllustreerd zal worden. Ook bij problemen in de werkrelatie is het zinvol op zoek te gaan naar een aan het zelfbeeld gerelateerde S-.

De betekenisanalyse

Korrelboom en Kernkamp hebben een model ontwikkeld waarin de rol van klassiek conditionering expliciet in beeld gebracht kan worden. Korrelboom en Ten Broeke (2004) hebben dit model nog iets verder uitgewerkt en gepositioneerd in het veld van de psychotherapie. De oorspronkelijke term twee componentenmodel lijken zij daarmee verlaten te hebben. De betekenisanalyse is te zien in Figuur 2.

Figuur 2
De betekenisanalyse



De relatie tussen de CS en de UCS/UCRrepresentatie kan twee vormen aannemen: een sequentiële relatie, aan te geven met het symbool \rightarrow tussen CS en UCS/UCRrepresentatie en een referentiële, aan te geven met het symbool \cap .

De betekenisanalyse gaat uitsluitend over klassieke conditionering, maar kan op twee manieren aan een functie-analyse verbonden worden. De C van de operante analyse kan een S- bevatten (zie boven) die gebaseerd is op referentiele conditionering. Zo kan een -S- bestaan uit het ontlopen van vermeend afgaan in de ogen van anderen en gebaseerd zijn op een verleden van vernederingen (UCS/UCR-representatie). Andersom kan de CR van een betekenisanalyse aanleiding geven tot operant gedrag, vaak in de vorm van vermijding.

Het unieke van het model van Korrelboom en Kernkamp is naar mijn mening gelegen in de aandacht die dit model richt op referentiele conditioneringsprocessen. De auteurs wijzen erop dat bepaalde interventies zijn bij referentiele conditionering meer aangewezen (herevaluatie van de UCS/UCR-representatie) zijn dan bij sequentiële conditionering. Bovendien biedt dit model de mogelijkheid om significante gebeurtenissen uit de conditioneringgeschiedenis op te nemen in de analyse in de vorm van de UCS/UCR-representatie. Wanneer de conditioneringgeschiedenis van belang is, zoals bij psychotrauma en andere ingrijpende gebeurtenissen, die hun sporen achterlaten in het emotionele leven van de cliënt, biedt dit model een duidelijke meerwaarde.

DE KEUZE VOOR EEN MODEL IN SAMENHANG MET DE DOELGROEP

Zoals hierboven bij de beschrijving van de verschillende modellen al doorschemert lenen mijns inziens sommige modellen zich voor bepaalde problematiek en minder voor andere problematiek. De meeste hierboven geschetste modellen zijn vooral handig om problematiek in kaart te brengen die handelt om angst, vermijding en een negatief zelfbeeld, grofweg samengevat met neurotische problematiek. Met uitzondering van het model S:d:R \rightarrow C zijn bovenstaande modellen minder geschikt om te gebruiken bij problematiek waarbij de cliënt niet in staat is zelf informatie te verschaffen, zoals bij cognitief zwak functionerende cliënten. Ook problematiek waarbij emoties het karakter van drang krijgen kunnen beter met behulp van het model S:d:R \rightarrow C in kaart gebracht worden. In dit geval is het zinvol om het gedrag in gedragsketens te analyseren. Te denken valt aan een delictscenario in de forensische setting of het voorkomen van zelfbeschadigend gedrag bij borderlineproblematiek. De behandeling richt zich immers op het leren ingrijpen vroeg in de keten om te voorkomen dat "the point of no return" wordt bereikt. Het werken met gedragsketens lijkt vooral zinvol wanneer er sprake is van gestuwd gedrag (zie Schacht, de Raedt, Van Hunsel, Pontjaert-Kristoffersen en Cosyns, 2001). Gestuwd gedrag is motorisch gedrag dat geen andere functie heeft dan het laten afvloeien van opgehoopte emoties/spanning en dat de cliënt op korte en lange termijn veel schade berokkent. Overigens kan

gestuwd gedrag ontstaan door een verkeerde betekenisverlening, die met behulp van een betekenisanalyse in kaart gebracht kan worden.

Bovenstaande overwegingen kunnen samengevat worden in de beslisboom die is weergegeven in Figuur 3.

Figuur 3

Beslisboom voor de keuze van een model in relatie tot de doelgroep

-
- Wanneer cliënten cognitief niet aanspreekbaar zijn (vanwege cognitieve defecten, zoals dementie, bij jonge kinderen, bij zwakzinnigen): kies voor Sd: R → C
 - Bij gestuwd gedrag en drang: Kies voor Sd: R → C, maak gedragsketens. Vul eventueel aan met betekenisanalyse, als de betekenisverlening leidt tot emotiestuwning
 - Bij psychotrauma en traumatische ervaringen in de voorgeschiedenis: Gebruik betekenisanalyse van het referentiele type
 - Bij neurotische problematiek, waarin emotie, vermijding en/of zelfbeeld een grote rol spelen: Kies voor het twee of drie-factorenmodel, voor betekenisanalyse in combinatie met een functie-analyse, of voor het SORKC model van Burger. Specificeer essentiële stimulus als sociaal oordeel
 - Bij angststoornissen, ongecompliceerd, eerste keer, kort van duur: Behandel protocollair en/of gebruik twee- of drie componentenmodel, waarbij de S- over het algemeen angst zal zijn. Specificeer waar de cliënt bang voor is.
 - Bij neurotische problematiek en een voorkeur van de therapeut voor (een combinatie van gedragsmatige en) cognitieve technieken: Gebruik een cognitieve casusconceptualisatie of het drie factorenmodel.
-

EEN ILLUSTRATIE VAN HET GEBRUIK VAN ANALYSES

Hieronder zal een casus gepresenteerd en in analyses uitgewerkt worden. Een aantal overwegingen die hierboven gemaakt is zal aan de hand van deze casus worden geïllustreerd.

Casus

Cliënte is een vrouw van middelbare leeftijd. Nadat zij een paniekaanval gekregen heeft in een groot warenhuis in het centrum van de stad waar ze woont, durft ze zich niet meer te begeven in situaties waar veel mensen zijn. Zij was bang te zullen flauwvallen. Ook thuis en in haar auto heeft zij last van hartkloppingen en een benauwd gevoel, die zij interpreteert als de voorbode van een paniekaanval. Door rustig op een stoel voor het open raam te gaan zitten weet zij zichzelf weer te kalmeren. Autorijden doet zij niet meer. Zij is bang dat zij tijdens een paniekaanval een ongeluk zal veroorzaken.

Een illustratie van het proces van het maken van FA's en BA's

Wanneer de therapeut zich alleen richt op de aanmeldingsklacht, die bestaat uit de angst voor paniek en flauwvallen zou een functie-analyse er uit kunnen zien zoals weergegeven in Figuur 4.

Figuur 4
Functie-analyse van paniekklasten

CS →	CER →	CAR →	C
Sd:		R →	R
Lichamelijke sensaties	angst	Vermijding van drukke omgeving/ autorijden Voor open raam zitten	OS- uitblijven angst voor flauwvallen OS- uitblijven paniek -S+ Beperking in autonomie

Het model van Mowrer en het standaardmodel ontlopen elkaar weinig in de informatie die in de FA kan worden opgenomen. Wanneer een therapeut kiest voor een protocollaire behandeling kan hij met deze gegevens volstaan. Wanneer een therapeut echter geïnteresseerd is in de essentiële stimulus, zal hij moeten doorvragen. Burger (1994) geeft hiervoor de nodige aanwijzingen. Korrelboom en Ten Broeke (2004) raden aan om de neerwaartse pijltechniek uit de cognitieve therapie toe te passen.

Dan blijkt het volgende:

Cliënte is bang om flauw te vallen omdat dit zou betekenen dat zij gefaald zou hebben om controle over zichzelf te hebben. Zij is bang dat anderen haar dan een slappeling vinden en zullen afwijzen. Zou zij een ongeluk veroorzaken door in paniek te raken dan zou zij zichzelf als slap veroordelen, omdat zij had kunnen weten dat dit kon gebeuren en dit niet heeft voorkomen.

Deze informatie kan als volgt geordend worden in verschillende elkaar opvolgende BA's (zie Figuur 5)

Figuur 5
Betekenisanalyses van paniekklasten

CS	→	UCS/UCRrepresentatie	→	CR
Lichamelijke sensaties		paniekaanval		angst
CS	→	UCS/UCRrepresentatie	→	CR
paniek		controleverlies		angst
CS	∩	UCS/UCRrepresentatie	→	CR
controleverlies		Ik ben een slappeling		angst
CS	→	UCS/UCRrepresentatie	→	CR
Controleverlies door flauwvallen in publiek		afwijzing		Angst
Controleverlies door flauwvallen in auto		ongeluk		Angst

Met deze informatie kan de FA aangescherpt worden. Ter illustratie is ditmaal gekozen voor het model van Burger (zie Figuur 6). Het voordeel is dat therapeutische maatregelen direct verbonden kunnen worden aan de functie-analyse. Het model van Mowrer of het standaardmodel kan echter ook gebruikt worden.

Door deze analyse wordt duidelijk dat naast de standaardinterventies zoals interoceptieve exposure, psychoeducatie en paniekmanagement andere interventies van belang kunnen zijn. Wanneer de klachten nog niet zolang bestaan en cliënten op andere gebieden goed functioneert is het vaak niet nodig om deze andere interventies toe te passen.

Figuur 6

Uiteindelijk functie-analyse van de panieklachten

Sd	Lichamelijke sensaties
Ro	Vermijden van risico om flauw te vallen door het vermijden van drukke ruimten, autorijden, voor het open raam zitten, op de bank te gaan zitten als lichamelijke sensaties optreden thuis.
C1	
OS-	Uitblijven angst om flauw te vallen
Tm1	Psychoeducatie, interoceptieve exposure
C2	
OS-	Uitblijven angst voor paniekaanval
Tm2	Paniekmanagement aanleren
C3	
OS-	Uitblijven angst voor controleverlies
Tm3	Herevaluatie van controleverlies
C4	
OS-	Uitblijven van angst voor afwijzing doordat zij anderen tot last zou zijn
Tm4	Desensitiseren van angst voor afwijzing door exposure, herevaluatie, assertieve respons
C5	
OS-	Uitblijven van de confrontatie met het idee een slappeling te zijn
Tm5	Herevaluatie van het idee een slappeling te zijn
C6	
-S+	Beperking in autonomie
Tm6	Benadrukken, assertieve vaardigheden aanleren

Tijdens de behandeling blijkt echter het volgende:

Cliënte heeft er steun aan wanneer een goede vriendin bij haar is wanneer zij zich in angstwekkende situaties begeeft. Zij zal echter nooit om hulp vragen. Wanneer een vriendin uit zichzelf hulp aanbiedt, voelt cliënte zich bezwaard. Dan voelt zij zich verplicht een tegenprestatie te leveren. Het aanbod mag niet afgeslagen worden, tenzij cliënte zich er op beroept dat zij te angstig is om te gaan. Wanneer een vriendin haar uitnodigt om samen iets te doen terwijl cliënte daar geen zin in heeft zal ze niet zeggen waar het op staat, maar tegen haar zin in meegaan of zich beroepen op haar angstklachten. Cliënte is bang dat zij egoïstisch gevonden wordt als zij zou doen wat zij wil of gebruik zou maken van hulp zonder een tegenprestatie te leveren. En egoïsme is voor cliënte een teken dat zij een slappeling is.

In dit geval mag verwacht worden dat de behandeling op problemen gaat stuiten. Cliënte gebruikt haar klachten immers als vermijding voor bepaalde sociale situaties.

Deze worden hieronder in kaart gebracht, volgens het model van Mowrer en de betekenisanalyse.

Figuur 7

Functie- en betekenisanalyses van sociale angstklachten

CS1 →	CER →	CAR →	C
Vriendin biedt hulp aan	schuldgevoel	Aanbod afslaan door beroep op angstklachten of tegenprestatie leveren	-S- afname schuldgevoel -S- uit blijven confrontatie met het idee egoïstisch en slap te zijn -S+ verlies autonomie -S+ niet leren hier anders mee om te gaan
CS2 →	CER →	CAR →	C
Uitnodiging waar cliënte geen zin in heeft	schuldgevoel	Toevoegen of beroep doen op angstklachten	-S- afname schuldgevoel -S- uitblijven confrontatie met het idee egoïstisch en slap te zijn -S+ niet leren hier anders mee om te gaan +S- verlies autonomie
CS	∩	UCS/UCRrepresentatie →	CR
Situaties waarin cliënte denkt een ander belang te hebben dan anderen		Ik ben egoïstisch Ik ben een slappeling	Schuldgevoel

Uit deze analyses blijkt dat de angst om een slappeling te zijn kennelijk meer gebieden bestrijkt dan de paniekstoornis alleen. Om deze reden kan het zinvol zijn om therapeutische interventies te richten op de essentiële stimulus in de vorm van het idee een slappeling te zijn.

DISCUSSIE

In de praktijk blijken veel (ook ervaren) gedragstherapeuten (zoals naar voren kwam op de VGCT supervisorenbijeenkomst op 9 juni 2005) het maken van FA, BA en CCC niet altijd eenvoudig te vinden. In bovenstaand artikel is gepoogd een aantal handvatten aan te reiken voor het maken van analyses. Allereerst is er de selectie van het model. Hoewel elk model in principe geschikt is om elke problematiek in kaart te brengen blijken verschillende modellen meer of minder geschikt om bepaalde problematiek in kaart te brengen. Dit hangt ook samen met de doelgroep waarmee men werkt. Verder is belangrijk om het maken van analyses te zien als proces en niet als product. Tot slot is een pleidooi gehouden voor het zoeken naar de essentiële stimulus of UCS/UCR-representatie.

Niet alle cognitief gedragstherapeuten zullen hun analyses (nog) op papier zetten. Wanneer therapeuten veel ervaring hebben met de behandeling van bepaalde problematiek is dit waarschijnlijk ook niet nodig. Vanwege zijn ervaring wordt de therapeut waarschijnlijk niet snel van zijn behandelplan afgebracht. Voor minder ervaren therapeuten ligt dit mogelijk anders. Uit procesonderzoek blijkt dat behandelingen waarin de therapeut zich aan zijn plan houdt beter te verlopen dan behandelingen waarin de therapeut regelmatig van focus wisselt. Dit verklaart mogelijk ook een belangrijk deel van het succes van protocollaire behandelingen. Het maken van analyses en een daarop gebaseerd behandelplan kan de therapeut helpen op koers te blijven. Bovendien kunnen analyses ook gebruikt worden om het eigen functioneren onder de loupe te nemen en om problemen in de werkrelatie in kaart te brengen. Analyses helpen de therapeut om de problematiek binnen het gedragstherapeutisch gedachtegoed te formuleren.

De gepresenteerde casus illustreert dat een protocollaire behandeling op problemen kan stuiten. Het maken van FA, BA of een CCC kan helpen deze problemen voor te zijn of op te lossen. Het in kaart brengen van de essentiële S- dan wel UCS/UCR-representatie geeft de therapeut houvast. Bovendien is de essentiële S- vaak de link tussen meerdere probleemgebieden en kan als zodanig opgenomen worden in de holistische theorie. Verwacht mag worden dat wanneer er problemen optreden in de werkrelatie deze te maken zullen hebben met het triggere door de therapeut van de essentiële stimulus.

In de inleiding zijn de volgende vragen gesteld: past het maken van cognitief gedragstherapeutische analyses nog wel bij deze tijd of zijn idiosyncratische analyses overbodig geworden met de opkomst van protocollaire behandelingen en ziektemodellen waarin de instandhoudende factoren beschreven worden? Voegt het maken van FA's, BA's en CCC's wel iets toe aan de behandeling? FA's, BA's en CCC's vormen mijns inziens het hart en de ziel van de cognitieve gedragstherapie. Zij voorkomen dat de gedragstherapie verwordt tot het louter toepassen

van protocollaire behandelingen⁴ of onsamenhangende interventies. De huidige populariteit van gedragstherapeutische interventies kan gemakkelijk leiden tot een devaluatie van het begrip gedragstherapie. Juist door de keuzes voor interventies te baseren op gedragstherapeutische analyses (al dan niet op papier gezet) onderscheidt de gedragstherapeut zich van andere mensen die gebruik maken van gedragstherapeutische principes en interventies.

LITERATUUR

- Bakker-de Pree, B.J. (1985). Het proces van de functionele analyse. In: J.W.G. Orlemans, P. Eelen en W.P. Haaijman (Eds.), *Handboek voor Gedragstherapie*, (A 15,3-1 t/m A 15,3-26). Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Bakker-de Pree, B.J. (1987). *Constructionele Gedragstherapie*. Nijmegen: Dekker & Van de Vegt.
- Brinkman W. (1978). Het gedragstherapeutisch proces. In: J.W.G. Orlemans, W. Brinkman, W.P. Haaijman en E.J. Zwaan (Eds.), *Handboek voor Gedragstherapie* (A 1-1 t/m A 14-2). Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Brinkman W. (1985). Een functionele analyse. In: J.W.G. Orlemans, P. Eelen en W.P. Haaijman (Eds.) *Handboek voor Gedragstherapie*, (A 15,2-1 t/m A 15,2-26). Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Burger A. (1985). Functie-analyses tussen competitie en intimiteit. In: J.W.G. Orlemans, P. Eelen en W.P. Haaijman (Eds.) *Handboek voor Gedragstherapie*, (A 15,1-1 t/m A 15,1-22). Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Burger A.W. (1988). *Functie-analyse van neurotisch gedrag Een handleiding voor gedragstherapeuten (2^e druk)*. Amsterdam: Van Rossen.
- Burger A.W. (1994). *Functie-analyse van neurotisch gedrag Een handleiding voor gedragstherapeuten (3^e druk)*. Amsterdam: Van Rossen.
- Emmelkamp P.M.G. (1993). Forum: Empirisch gehalte van de functie-analyse. *Gedragstherapie*, 26, 211-216.
- Hayes, S., Strosahl, K., & Wilson, K. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy*. New York: Guilford.
- Hermans D., Lenaerts E., & Eelen P. (2004). Op maat gesneden probleemanalyse in de praktijk: een bevraging onder Vlaamse gedragstherapeuten. *Gedragstherapie*, 37, 101-114.
- Kohlenberg R.J., & Tsai M. (1991). *Functional Analytic Psychotherapy. Creating Intense and Curative Therapeutic Relationships*. New York/Londen: Plenum.
- Korrelboom C.W., & Broeke E. ten (2004). *Geïntegreerde cognitieve gedragstherapie. Handboek voor theorie en praktijk*. Bussum: Coutinho.
- Korrelboom C.W., & Kernkamp J.H.B. (1993). *Gedragstherapie*. Muiderberg: Coutinho.
- Orlemans J.W.G. (1976). *Inleiding tot de Gedragstherapie*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Orlemans J.W.G. (1993). Forum: Functie-analyse: enkele kanttekeningen. *Gedragstherapie*, 26, 223-226.
- Orlemans J.W.G., Eelen P., & Hermans D. (1995). *Inleiding tot de gedragstherapie*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Peute L. (2005) *Gedragsanalyses en de N=1; ervaringen uit de Opleidingscommissie*. Voorzucht gehouden tijdens de supervisorenbijeenkomst VGCT, 9 juni 2005.
- Schacht R., De Raedt R., Van Hunsel F., Pontjaert-Kristoffersen I., & Cosyns P. (2001). Het neurotische lussenmodel (NLM). Een leertheoretische conceptualisering van complex disfunctioneren. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 27, 77-104.

4. De huidige stand van zaken binnen psychologische behandelingen is dat protocollaire behandelingen niet voor elk psychische probleem beschikbaar zijn en niet bij elke cliënt voldoen. Zolang dit het geval is kan een gedragstherapeut zich mijns inziens niet uitsluitend op protocollen verlaten).

- Schulte D., Künzel R., Pepping G., & Schulte-Bahrenberg T. (1992). Tailor-made versus standardized therapy of phobic patients. *Advances in Behavior Research & Therapy*, 14, 67-92.
- Sprey A. (2002). *Praktijkboek persoonlijkheidsstoornissen*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Vandereycken, W. (1993). Welke functie heeft de 'functionele analyse': kunstwerk of obstakel? *Gedragstherapie*, 26, 217-222.
- Visser S. (2004). Analyses, geen doel op zich. *Gedragstherapie*, 37, 331-334.

UMC Utrecht geeft ruimte aan ambitie

Ontwikkelen en innoveren zit in de genen van onze mensen, op ieder niveau, in elke functie. Een goed voorbeeld daarvan is de afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie. Ook hier wordt voortdurend gewerkt aan verbetering en vernieuwing, waarmee ruimte wordt gecreëerd voor persoonlijke ontwikkeling en groei.

Gedragstherapeut m/v Een van de zorglijnen binnen de afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie is Disruptieve (Gedrag)stoornissen (ADHD, ODD, CD). Hier krijgt u een gevarieerd takenpakket: u verzorgt individuele en groepsbehandelingen, bevordert de kwaliteit van het gedragstherapeutische behandelkader, geeft consultatie aan andere units en geeft supervisie en onderwijs aan kinderpsychiaters in opleiding en postdoc psychologen. Naast academisch niveau vereist dat de BIG-registratie GZ-psycholoog, registratie als gedragstherapeut en (binnenkort) erkenning als supervisor gedragstherapie. Verder bent u een prettige en klantgerichte collega met ervaring in de (liefst kinder)psychiatrie, die het nodige initiatief toont en weet wat multidisciplinair werken betekent. Vacaturenummer 2005/0426. **Geïnteresseerd?** Kijk verder én solliciteer op www.werkenbijUMCUtrecht.nl, of bel gratis: 0800 – 25 000 25. Uw sollicitatie met c.v. stuurt u naar: UMC Utrecht, dP&O, DO1.213, Postbus 85500, 3508 GA Utrecht. O.v.v. het vacaturenummer.



www.werkenbijUMCUtrecht.nl is de plek waar je ons actuele Werknieuws vindt: nieuwtjes, achtergronden en interviews met vakgenoten en toekomstige collega's. En de nieuwste vacatures natuurlijk. Een erg informatief en inspirerend kijkje achter de schermen!



Wij proberen altijd beter te worden

Universitair Medisch Centrum
Utrecht