

$N=1$ Gevalsstudies

Voor Dinie Naezer-Heerschop, als dank voor haar betrokkenheid
bij 25 jaar gedragstherapie in Nederland

N=1
Gevalsstudies
kinderen en
jongeren

Joop Bosch & Pier Prins

Boom

© J. Bosch & P. Prins/Boom uitgevers Amsterdam, 2017

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 jo. Besluit van 27 november 2002, Stb 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (Postbus 3060, 2130 KB, www.reprorecht.nl) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912. Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten Organisatie, Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.stichting-pro.nl).

No part of this book may be reproduced in any way whatsoever without the written permission of the publisher.

De uitgever heeft ernaar gestreefd de rechten van de illustraties en de artikelen volgens wettelijke bepalingen te regelen. Degenen die desondanks menen zekere rechten te kunnen doen gelden, kunnen zich alsnog tot de uitgever wenden.

Verzorging omslag en binnenwerk: Bas Smidt

Verzorging figuren: Ton Persoon

ISBN 978 90 2440 9 013

NUR 770

www.boompsychologie.nl

www.bua.nl

Inhoud

Voorwoord	9
1 Inleiding	11
1.1 De plaats van het N=1-design in het psychotherapieonderzoek	11
1.2 N=1-designs in onderzoek en praktijk	15
1.3 Kan N=1-onderzoek de kloof tussen onderzoek en praktijk overbruggen?	20
1.4 De N=1 en de cognitief-gedragstherapeutische praktijk	22
1.5 De VGCT 50 jaar: een halve eeuw cognitieve gedragstherapie	23
1.6 Een bloemlezing van N=1-studies	25
2 Opvoedingsproblemen	31
2.1 De patiënt – <i>Marco</i>	33
2.2 Diagnostiek en assessment	34
2.3 Behandelplan	36
2.4 Behandeling	37
2.5 Resultaten	39
2.6 Besluit	43
2.7 De patiënt – <i>Theo</i>	45
2.8 Diagnostiek en assessment	48
2.9 Behandelplan	53
2.10 Behandeling	54
2.11 Resultaten	56
2.12 Besluit	58
3 Oppositionele-opstandige stoornis (met ADHD)?	63
3.1 De patiënt – <i>Donny</i>	65
3.2 Diagnostiek en assessment	67

3.3	Behandelplan	76
3.4	Behandeling	78
3.5	Resultaten	83
3.6	Besluit	88
4	Schoolweigering	93
4.1	De patiënt – <i>Freek</i>	95
4.2	Diagnostiek en assessment	97
4.3	Behandelplan	103
4.4	Behandeling	104
4.5	Resultaten	107
4.6	Besluit	110
4.7	De patiënt – <i>Romy</i>	112
4.8	Diagnostiek en assessment	114
4.9	Behandelplan	119
4.10	Behandeling	120
4.11	Resultaten	124
4.12	Besluit	126
5	Onbegrepen lichamelijke klachten	131
5.1	De patiënt – <i>Marie-Elyse</i>	134
5.2	Diagnostiek en assessment	135
5.3	Behandelplan	138
5.4	Behandeling	138
5.5	Resultaten	142
5.6	Besluit	144
5.7	De patiënt – <i>Tom</i>	145
5.8	Diagnostiek en assessment	147
5.9	Behandelplan	152
5.10	Behandeling	153
5.11	Resultaten	154
5.12	Besluit	156
6	ASS en het syndroom van Asperger	159
6.1	De patiënt – <i>Maarten</i>	161
6.2	Diagnostiek en assessment	164
6.3	Behandelplan en behandeling	171

6.4 Resultaten	180
6.5 Slotbeschouwing	185
7 Dwang en tics	193
7.1 De patiënt – <i>Pieter</i>	196
7.2 Diagnostiek en assessment	197
7.3 Behandelplan	202
7.4 Behandeling	203
7.5 Resultaten	208
7.6 Besluit	210
7.7 De patiënt – <i>Alex</i>	212
7.8 Diagnostiek en assessment	214
7.9 Behandelplan	219
7.10 Behandeling	220
7.11 Resultaten	223
7.12 Besluit	225
8 Angst en depressie	229
8.1 De patiënt – <i>Rianne</i>	230
8.2 Diagnostiek en assessment	233
8.3 Behandelplan	243
8.4 Behandeling	244
8.5 Resultaten	250
8.6 Besluit	255
9 Licht verstandelijke beperking	261
9.1 De patiënt – <i>Elske</i>	262
9.2 Diagnostiek en assessment	265
9.3 Behandelplan	273
9.4 Behandeling	274
9.5 Resultaten	279
9.6 Besluit	283
10 Slotbeschouwing	291
10.1 Het belang van de holistische theorie of probleemsamenhang	291
10.2 De ontbrekende topografische analyse	292

10.3 De worsteling met de DSM, comorbiditeit en de transdiagnostische visie	293
10.4 Het een- of tweehandenmodel	294
10.5 Metingen	295
10.6 Derde generatie gedragstherapie	297
10.7 Medicatie en gedragstherapie	297
 Index van instrumenten	 299
Over de auteurs	301

Voorwoord

N=1-onderzoek is van oudsher nauw verbonden met de gedragstherapie en de latere cognitieve gedragstherapie. Hoewel de N=1-methodologie de afgelopen halve eeuw overvleugeld is geraakt door onderzoek met grote groepen, in het bijzonder door de randomized clinical trials (RCT's), zien we de laatste tijd binnen het psychotherapie-onderzoek een herwaardering van het *single case design*, beter bekend als de N=1-methodologie.

Het doel van dit boek is om *good practices* van cognitieve gedragstherapie te illustreren aan de hand van een bloemlezing van N=1-studies. In 2015 is een project gestart om het N=1-archief van de Vereniging voor Gedragstherapie en Cognitieve Therapie (VGCT) digitaal te ontsluiten. Dit archief bevat ruim 3000 N=1's, gedateerd vanaf de oprichting van de vereniging in 1966 tot nu. Uit het N=1-archief, uit reacties op een oproep in de Nieuwsbrief van de VGCT en uit door supervisors toegestuurde N=1's is door ons een selectie gemaakt van leerzame en goed uitgevoerde N=1-studies. Er was veel meer mooi materiaal beschikbaar dan wij uiteindelijk vanwege de beperkte ruimte in deze bundel hebben kunnen opnemen.

Elke cognitief-gedragstherapeutische behandeling bestaat uit een reeks denkstappen, beslissingen en handelingen, van assessment, probleemanalyse, behandelplan en het toepassen van interventies tot de evaluatie daarvan, die in het N=1-verslag, dat ieder toekomstig lid van de VGCT moet schrijven, geëxpliciteerd en uitvergroot worden. Daarmee krijgt de lezer een goed beeld van de structuur en opbouw van een cognitieve gedragstherapie, en vooral van de keuzes die gemaakt zijn en de oplossingen die zijn bedacht voor problemen waar de cognitief gedragstherapeut tijdens de behandeling tegenaan kan lopen. Door N=1-studies te kiezen op uiteenlopende probleemgebieden als angst en somberheid, autistiform gedrag, agressief gedrag en opvoedproblemen, ADHD, dwang en tics, trauma enzovoort kunnen de beslissingen en handelin-

gen van de cognitief gedragstherapeut geïllustreerd worden in een reeks van verschillende probleemsituaties.

Dit boek is in de eerste plaats bedoeld voor opleidingen van de VGCT, supervisors en alle geïnteresseerde cognitief gedragstherapeuten en cognitief-gedragstherapeutisch werkers. Maar ook voor behandelaars (i.o.) van andere therapeutische richtingen en uit andere disciplines (orthopedagogen, psychiaters), misschien zelfs voor patiënten – eigenlijk voor iedereen die een indruk wil krijgen van de cognitieve gedragstherapie in uitvoering.

N=1 Gevalsstudies bestaat uit twee delen. Het ene deel gaat over N=1's bij volwassenen en staat onder redactie van Arnold van Emmerik en Paul Rijnders. Het andere deel handelt over gedragstherapie bij kinderen en jongeren en staat onder redactie van Joop Bosch en Pier Prins. Beide delen zijn vanuit hetzelfde perspectief opgezet.

Het valt buiten het bestek van dit boek om elk van de gekozen N=1's in hun geheel weer te geven. Onderdelen van een N=1 die een bepaalde kwestie mooi illustreren en oplossen, worden in het betreffende hoofdstuk beschreven. Het overige materiaal van de geselecteerde N=1's is digitaal beschikbaar. Inzage kan worden aangevraagd via de VGCT (www.vgct.nl).

Er is door ons grote zorg besteed aan het waarborgen van de privacy van de patiënten door hoofdstukken te anonimiseren en te werken met gefingeerde namen. In sommige gevallen zijn bovendien, om herkenbaarheid te voorkomen, inhoudelijke details die tot herkenning zouden kunnen leiden, gewijzigd.

We hopen dat deze bundel met N=1's zal bijdragen aan de verdere professionalisering en verspreiding van de cognitieve gedragstherapie.

Joop Bosch, Pier Prins

Den Haag, Hilversum

Arnold van Emmerik, Paul Rijnders

Amsterdam, Wemeldinge

20 juli 2017

Inleiding

Met dit boek over N=1-studies in de VGCT heeft de redactie verschillende doelen voor ogen. Ten eerste, enkele voorbeelden geven van de ontwikkeling en plaats van een belangrijk werk- en opleidingsinstrument binnen de cognitieve gedragstherapie. Ten tweede, in de vorm van goed uitgevoerde N=1's collega's in opleiding inspireren en hun voorbeelden bieden die niet alleen hen, maar ook ervaren collega's kunnen stimuleren tot verbetering van hun therapeutisch handelen. Ten derde, het fenomeen N=1-studie een podium bieden dat het als wetenschappelijk toetsingsinstrument verdient naast de veel meer gebruikte randomized controlled trial (RCT). Ten vierde, laten zien welke dilemma's zich in de dagelijkse praktijk van de cognitieve gedragstherapie kunnen voordoen en illustreren hoe deze kunnen worden aangepakt. Ten slotte, het naar voren halen van relevante onderdelen van het behandelproces zoals de probleeminventarisatie, het meten, probleemanalyses maken, het formuleren van een holistische theorie of casusconceptualisatie, het uitwerken van analyses in een behandelplan enzovoort. In dit inleidende hoofdstuk wordt een aantal naar het idee van de redactie relevante aspecten van het single case onderzoek, waartoe ook de N=1-studie behoort, aangestipt.

1.1 De plaats van het N=1-design in het psychotherapieonderzoek

Bij N=1-studies in psychotherapieonderzoek worden idealiter bij een en dezelfde patiënt de klachten op een aantal momenten gemeten tijdens de fase voorafgaand aan de behandeling (de baseline), tijdens (onderdelen van) de behandeling en bij de afronding ervan. Frequentie en ernst van de klachten tijdens de baseline en na afloop van de behandeling kunnen dan worden vergeleken.

Het N=1-gedragsexperiment waarin bij een persoon of dier systematisch herhaalde metingen worden gedaan over langere tijd en onder verschillende condities heeft een lange geschiedenis in de psychologie. Veel baanbrekende ontdekkingen in de psychologie zijn gedaan met behulp van de N=1. Met een onderzoeksprogramma waarin hij zelf zijn enige proefpersoon was, maakte Ebbinghaus (1913) een systematische en diepgaande analyse van het menselijk geheugen. Pavlov (1927) ontdekte met N=1-onderzoek de principes van de klassieke conditionering en Skinner (1938) die van de operante conditionering. Een recenter voorbeeld van de reikwijdte van de N=1-methode is het onderzoek van A.D. de Groot, *Het denken van de schaker*, dat belangrijke inzichten voor de cognitieve psychologie opleverde (Borckardt et al., 2008; Morgan & Morgan, 2001).

Volgens B.F. Skinner, een groot pleitbezorger van de N=1-methodologie, is het ‘beter één rat duizend uur te observeren dan duizend ratten één uur’ (Skinner, 1966). Met de N=1-methode is het mogelijk het proces van gedragsverandering op de voet te volgen. De belangrijkste vragen van de gedragstherapeut kunnen ermee beantwoord worden, zoals: wanneer en onder welke omstandigheden verandert het gedrag en hoe ontstaan nieuwe gedragspatronen? Volgens Skinner blokkeert het dominante ‘grote-N-paradigma’ met zijn focus op groepsgemiddelden het inzicht in de ‘anatomie van de verandering’. Met andere woorden, ‘het grote-N-denken’ dat ook vandaag de dag het psychotherapie-effectonderzoek nog domineert, geeft geen antwoord op vragen als hoe gedragsverandering plaatsvindt en onder welke omstandigheden. Het over langere tijd met herhaalde metingen evalueren van probleemgedrag en het behandelverloop van een of meer patiënten vanaf baseline tot en met behandelafasen, kan nuttige informatie opleveren over of, wanneer en zelfs waarom een bepaalde interventie werkt (Borckardt et al., 2008). Op deze manier wordt de klinische setting via de N=1-methode een natuurlijk laboratorium waarin structuur en mechanismen van therapeutische veranderingen bestudeerd kunnen worden (Westen & Bradley, 2005). De klassieke gedragstherapie – de *first wave*-gedragstherapie (zie paragraaf 1.5) – is hier een mooi voorbeeld van.

1.1.1 N=1- versus groepsonderzoek

Hoewel de N=1-methode in het moderne operante onderzoek, met name in de *applied behavior analysis*, onverminderd een centrale rol speelt, is zij de afgelo-

pen vijftig jaar in de psychologie op de achtergrond geraakt en overschaduwd door de groepsmethodologie.

Studenten in de gedragswetenschappen leren tijdens hun opleiding veel over groepsdesigns, maar nauwelijks iets over de N=1-methodologie (Kazdin, 2011). Dat heeft verschillende oorzaken. Groepsdesigns zijn – zeker wanneer de groepen door randomisering tot stand komen – bij uitstek geschikt om te controleren voor variabiliteit die er tussen de deelnemers aan een onderzoek bestaat. Verder kan men met groepsstudies vragen beantwoorden die behalve voor patiënten en behandelaars ook voor beleidsmakers en verzekeraars belangrijk zijn, zoals: is behandeling X in het algemeen effectief om depressie (of andere veelvoorkomende diagnoses) te behandelen, vergeleken met niets doen of met een andere behandeling? Of: welke interventie heeft voor de grootste groep patiënten het meeste effect op een bepaalde uitkomstmaat vergeleken met de groep die niet of met een andere interventie is behandeld? Veel onderzoeksgelden gaan dan ook naar dit type onderzoek. Een derde reden waarom N=1-onderzoek op de achtergrond is geraakt, is dat de N=1-benadering te lijden heeft gehad onder een slecht imago vanwege de onterechte associatie met de ongefundeerde casuïstische en klinisch-anekdotische benadering uit de beginjaren van de psychotherapie.

1.1.2 Beperkingen van randomized clinical trials

De systematische evaluatie van psychologische interventies, in het bijzonder met behulp van grote groepen, via RCT's, is volgens Rutter en Pickles (2016) absoluut een van de belangrijke vooruitgangen in de klinische (kinder)psychologie en in de (kinder)psychiatrie. Maar hoewel RCT's beschouwd worden als de gouden standaard voor het testen van de effectiviteit van interventies voor grote groepen, zijn er drie belangrijke beperkingen te noemen.

1. De RCT levert de beste interne validiteit, maar heeft een beperkte externe validiteit. De resultaten van deze groepsstudies zijn vaak niet van toepassing op de individuele patiënt voor wie de interventie bedoeld is (Cartwright & Munro, 2010). Veelgenoemde oorzaken daarvan zijn de strikte inclusie- en exclusiecriteria van RCT's wanneer die erop gericht zijn om bijvoorbeeld comorbiditeit uit te sluiten, en de uitgebreide training en supervisie die behandelaars in RCT's doorgaans ontvangen. Beide zouden niet representatief zijn voor de klinische praktijk, maar volgens anderen ligt dat genuanceerder (zie Emmelkamp, 2011).

2. De effectiviteit van een interventie is vaak situatiespecifiek en afhankelijk van specifieke omstandigheden (moderatoren). Het is in de praktijk dikwijls onmogelijk om een bepaald protocol precies uit te voeren zoals het beschreven staat in het draaiboek. Of niet alle patiënten passen even gemakkelijk binnen een bepaalde DSM-classificatie.

De RCT is in de klinische psychologie sterk gekoppeld aan het gebruik van de DSM. Behandelmethoden worden op effectiviteit onderzocht bij groepen patiënten met een specifieke DSM-classificatie. De uitingvorm van psychische klachten is echter zeer heterogeen. Men kan RCT's daarom niet als gouden standaard nemen, zo stelt een groot aantal psychotherapieonderzoekers. RCT's gaan immers uit van (a) scherp afgebakende 'ziekten' en (b) scherp afgebakende interventies, terwijl dat bij psychische problematiek vaak juist niet het geval is. DSM-categorieën zijn geen 'welomschreven ziekten'. En interventies zijn op papier wel gestandaardiseerd, maar in de praktijk dikwijls niet: daarin worden ze op verschillende manieren toegepast (zie Van den Bout, 2016; Versluis et al., 2014).

3. RCT's zouden causale mechanismen kunnen blootleggen, maar dit wordt betwist. RCT's hebben bijvoorbeeld geen oplossing voor het feit dat het mechanisme dat werkzaam is in de behandeling niet noodzakelijkerwijs hetzelfde mechanisme is dat de oorzaak is van de psychopathologie die men behandelt. De behandeling van depressie bijvoorbeeld verloopt voor een deel via activatie, maar gebrek aan activatie is niet per se de oorzaak van de depressie. Vaststellen dat een bepaalde interventie effectief is, maakt niet direct duidelijk wat de voorafgaande oorzakelijke processen waren.

Hieraan kan nog het volgende punt worden toegevoegd. RCT's zijn duur en tijdrovend; ze kosten al snel tonnen, en het duurt minstens enkele jaren voordat men over de resultaten kan beschikken. Daardoor zijn ze steeds moeilijker te realiseren, zeker in een praktijk waarin instellingen al moeite genoeg hebben om het hoofd boven water te houden. Vergelijk dit met de middelen die nodig zijn voor N=1-onderzoek.

Dit betekent uiteraard niet dat onderzoek met groepen van individuen zinloos is geworden. Integendeel, er zijn onderzoeksvragen die zich juist op groepsniveau afspelen. Als men wil weten of een bepaalde interventie in het algemeen effectief is voor de behandeling van bijvoorbeeld angst, dan wil men weten of die behandeling werkt voor de hele groep mensen met die angst en is men niet geïnteresseerd in de effecten ervan op specifieke individuen. Het

onderzoeken van dit type vragen moet gebeuren op het niveau van de groep (Cramer, 2017).

N=1-designs geven antwoord op vragen als: hoe effectief is deze interventie of dit onderdeel van de interventie voor deze patiënt? Westen & Bradley (2005) roepen psychotherapieonderzoekers op om de N=1 te gebruiken als natuurlijk laboratorium om veelbelovende therapeutische interventies te identificeren. Men komt tot het inzicht dat groepseffecten niet de enige manier zijn om de aard van therapeutische veranderingen te begrijpen, maar dat het systematisch observeren van een of enkele patiënten wetenschappelijk gedegen en informatief kan zijn (Barlow et al., 2009). Niettemin blijft een duidelijke toename in het gebruik van N=1-onderzoek uit. Tot op heden is bijvoorbeeld door de Task Force on Evidence-Based Practice van de APA (2005) geen enkele interventie als effectief – evidence-based – aangemerkt puur op grond van een reeks N=1-studies. Bepalen of een interventie evidence-based is, gebeurt nog steeds uitsluitend op basis van groepsstudies.

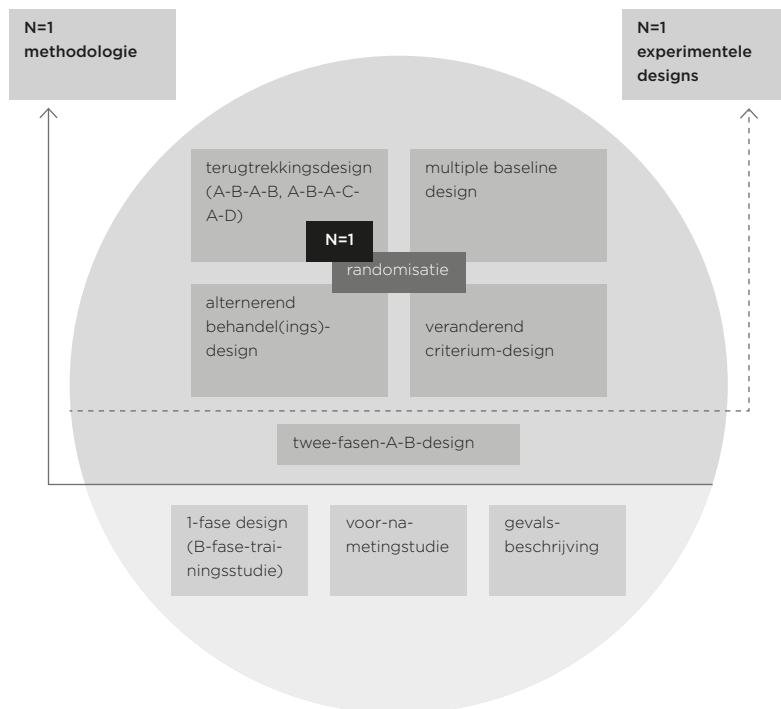
Desondanks valt er naast al het groepsonderzoek een toenemende interesse waar te nemen in de N=1-methodologie in allerlei domeinen van de psychologie (Morgan & Morgan, 2001) en bestaat er een grote behoefte aan meer ‘idiografisch onderzoek’ (Ng & Weisz, 2016). We kunnen stellen dat het N=1-onderzoek bezig is aan een comeback als een nuttig en krachtig middel om de effectiviteit van interventies te onderzoeken (Maric et al., 2014; Barlow et al., 2009).

1.2 N=1-designs in onderzoek en praktijk

Figuur 1.1 geeft een overzicht van de designs in psychotherapieonderzoek waarbij een enkele deelnemer voorwerp van onderzoek is.

De oudste N=1-methode is waarschijnlijk de casusbeschrijving: de klinische gevalsbeschrijving. De therapeut beschrijft de patiënt en het verloop van de behandeling. Er wordt niet expliciet gemeten, anders dan via de subjectieve indrukken die de therapeut heeft van en zijn overwegingen over de voortgang en het resultaat van de behandeling. De geschiedenis van de psychotherapie kent talrijke voorbeelden van klassiek geworden gevalsstudies. Bekend zijn de zeer uitvoerige gevalsbeschrijvingen van Sigmund Freud, maar ook de gevalsstudies in de gedragstherapeutische traditie van Watson en Rayner (1920, Kleine Albert) en Mary Cover Jones (1924, Kleine Peter) zijn beroemd geworden. En

Figuur 1.1 De in de N=1 methodologie gebruikelijke experimentele designs (gebaseerd op Tate et al., 2016)



recenter kennen we uit de klinische neuropsychologie de gevalsbeschrijvingen van Oliver Sacks (1985). Deze studies hebben een belangrijke bijdrage geleverd aan de ontwikkeling van de theorievorming in de psychologie en de geneeskunde.

De klinische gevalsbeschrijving is een verslag, meestal retrospectief, van een behandeling. Ze is zuiver beschrijvend en zonder manipulatie van een interventie en is daarmee een niet-experimentele N=1-methode, dat wil zeggen dat de experimentele variabele (de interventie) niet systematisch wordt gevarieerd. Dat geldt ook voor alle andere N=1-designs onder de stippellijn in figuur 1.1. Zo heeft de B-fase-trainingsstudie slechts één enkele interventiefase en de voor-nametingstudie doet geen herhaalde metingen tijdens de interventiefase.

Het twee-fasen-A-B-design in figuur 1.1, ook wel *phase change without reversal design* genoemd, wordt in het algemeen beschouwd als het eenvoudigste N=1-design. Eventueel met follow-up is het in de praktijk voor de meeste therapeuten het meest haalbare design om mee te beginnen. Het A-B-design verschilt van het voor-nametingonderzoek doordat de meting van de afhankelijke variabele tijdens de interventie (B) plaatsvindt. Het A-B-design neemt in figuur 1.1 een positie in tussen enerzijds de niet-experimentele N=1-designs, zoals de gevalbeschrijving, en het voor-nametingdesign (onder de gesloten horizontale lijn) en anderzijds de vier experimentele designs (boven de stippellijn), omdat het een zwakke interne validiteit heeft. Men beschouwt dit design daarom als een ‘quasi-experimenteel design’ (Barlow et al., 2009).

Niet of nauwelijks wordt er in de N=1's van de VGCT, die door ons verzameld zijn in deze bloemlezing, aandacht besteed aan bedreigingen van de interne validiteit. Bij uitspraken op basis van een A-B-design is het van belang om aandacht te besteden aan:

- 1 rijping als mogelijk effect van de geconstateerde gedragsveranderingen;
- 2 de observatie zelf: alleen al het geobserveerd worden (of zelf het eigen gedrag moeten observeren) kan gedragsverandering teweegbrengen;
- 3 de instrumentatie zelf.

Andere punten die Kazdin (1981) noemt, zijn:

- 1 type data (objectief versus subjectief);
- 2 gebruik van herhaald meten versus een ‘one or two shot’ (alleen voor- en nametingen);
- 3 de stabiliteit van het probleem (problemen kunnen soms cyclisch zijn, denk aan toename van depressiviteit in de winter en afname in de zomer); en
- 4 het type effect (abrupt of geleidelijk).

Kortom, er zijn in het A-B-design belangrijke bedreigingen van de interne validiteit die men in het oog dient te houden bij de interpretatie van de resultaten.

Het standaard A-B-design kent enkele variaties. Zo is er het A-B-C-design, waarbij na de baselinedfase (A) achtereenvolgens twee verschillende interventies worden aangeboden. De werkzaamheid kan hiermee bij dezelfde patiënt vergeleken worden. Een andere variant is het A₁-B₁-A₂-B₂-design. Dit begint met een baselinedfase (A₁), waarna de behandeling in gang wordt gezet (B₁). Als de behandeling vervolgens wordt afgebroken, ontstaat er een nieuwe, ‘natuur-

lijke' baselinefase (A2), waarna de behandeling weer kan worden opgestart (B2).

Alleen de designs boven de gesloten horizontale lijn in figuur 1.1 gebruiken de N=1-methodologie in haar optimale vorm, dat wil zeggen als een interventie die systematisch wordt gevarieerd over verschillende fasen en waarbij de afhankelijke variabele herhaaldelijk en, idealiter, frequent wordt gemeten. Alleen deze designs zijn experimenteel van aard.

Er zijn vier typen experimentele designs, elk met eigen voordelen en beperkingen: terugtrekkingsdesign (*withdrawal/reversal design*), het multiple baseline design, het altemnerendbehandel(ings)design (*alternating treatments design*), en het veranderendcriteriumdesign (*changing criterion design*). Elk van deze designs heeft de mogelijkheid om randomisatie toe te passen (zie grijze rechthoek), maar dit wordt in de praktijk van het N=1-onderzoek heel weinig toegepast (Tate et al., 2016). Dit blijkt ook uit de in deze bundel verzamelde N=1's. Niet elk design is praktisch of ethisch uitvoerbaar. Het A-B-A-B-design (terugtrekkingsdesign) is bijvoorbeeld onmogelijk wanneer men de patiënt behandeling niet kan onthouden. Het voert hier te ver om deze designs uitvoerig te bespreken: we verwijzen daarvoor naar Hermans et al. (2017) en Barlow et al. (2009).

De baseline is een wezenlijk onderdeel van de N=1-methode. Omdat personen in een N=1 hun eigen gegevens aanleveren, waarmee trends in hun gedrag tijdens verschillende behandelfasen vastgesteld en vergeleken kunnen worden, is een representatieve, stabiele sampling van gedrag voorafgaand aan het manipuleren van de onafhankelijke variabele (de interventie) van wezenlijk belang om een effect te kunnen vaststellen. Een langere baseline maakt een representatieve meting van de afhankelijke variabele waarschijnlijker. In systematische reviews van gedragsexperimenten is het gemiddelde aantal observatiepunten ongeveer tien (zes modaal; Smith 2012). Het valt op in de in deze bundel verzamelde N=1's dat baselinemetingen van klachtgedrag in de meeste gevallen vervangen zijn door een eenmalige voormeting met gestandaardiseerde vragenlijsten. Er is met andere woorden veel minder sprake van herhaalde gedragsregistraties over meerdere observatiepunten.

In tijdreeksdesigns worden bepaalde variabelen over een bepaalde tijdseenheid, bijvoorbeeld eens per dag of eens per week, herhaaldelijk gemeten. Tijdreeksanalyses vallen binnen de N=1-methodologie, maar vallen er niet mee samen. Strikt genomen betekent de tijdreeksanalyse dat de metingen *at a uniform interval* plaatsvinden: dagelijks, om de dag, twee keer per dag enzo-

voort. Hiermee wordt zichtbaar hoe veranderingen over de tijd heen verlopen, en niet alleen *of* er verandering optreedt (Smith, 2012).

Herhaalde metingen in een tijdreeksdesign zijn voor de therapeut in de praktijk lastig te realiseren. Voor de patiënt kost het vaak te veel inspanning om dagelijks of op meerdere momenten van de dag zijn gedrag te registreren; het vergt veel van de motivatie en voor de therapeut is de werkdruk vaak te hoog om zorgvuldige metingen te kunnen doen (Versluis et al., 2014). Toch blijkt uit onderzoek dat wanneer de behandelaar feedback krijgt over hoe de behandeling verloopt, bijvoorbeeld via herhaalde metingen, dit positief bijdraagt aan het behandelresultaat (Knaup et al., 2009; Lambert, 2010).

In een systematisch overzicht van N=1-methodologie in psychologisch onderzoek werd tijdreeksonderzoek in slechts 2 procent van het onderzoek gebruikt. Het past echter 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 herhaalde metingen met vragenlijsten en andere directe gedragsobservaties, en dit vervolgens in grafieken weer te geven. Bovendien kan men een stap verder gaan en deze verzamelde gegevens ook statistisch analyseren (Borckardt et al., 2008; Hermans et al., 2007). De meeste N=1's in het archief van de VGt gebruiken echter vooral visuele inspectie van de data, het meest eenvoudige analyseniveau. Voor een discussie hierover en voor meer geavanceerde praktijkvriendelijke analysemethoden, zie Borckardt et al., 2008; Smith et al., 2012; Kazdin, 2011.

Recente ontwikkelingen op digitaal gebied (apps, internet, mobiele telefoon) nemen een hoge vlucht en brengen herhaald meten weer binnen het bereik van de therapeut en de patiënt. Met zogenoemde *Ecologically momentary assessment methods* (EMA) bijvoorbeeld kunnen bepaalde gedragingen of stemmingen dagelijks herhaaldelijk gemeten worden. Er zijn bovendien webapplicaties die het therapeuten makkelijker maken om herhaalde metingen in hun behandelpraktijk te doen en om N=1-studies in hun praktijk te gaan uitvoeren (zie Borckardt et al. 2008; Versluis et al., 2014; Maric et al., 2014).

1.3 Kan het N=1-onderzoek de kloof tussen onderzoek en praktijk overbruggen?

Tussen de wereld van de wetenschap en die van de klinische praktijk bestaat een vaak betreurde kloof. De kennis die in de klinische praktijk wordt verzameld, vindt haar weg maar moeizaam naar de wetenschappelijke modellen en discussies. Omgekeerd is wat in therapie-effectonderzoek met grote groepen gevonden wordt niet zomaar bruikbaar voor de clinicus. Veelal gaat het in klinisch wetenschappelijk onderzoek zoals gezegd om uitspraken gebaseerd op gemiddelden van grote groepen patiënten. Wat die bevindingen dan precies betekenen voor de behandeling van de individuele patiënt met wie de clinicus mee te maken heeft, is niet direct inzichtelijk. Bovendien zijn deze groepsonderzoeken vooral uitkomstgericht en leveren ze vaak geen enkele informatie over het therapeutische veranderingsproces.

De N=1-methode kan deze kloof tussen wetenschap en praktijk op verschillende manieren overbruggen. Met een reeks N=1-studies kan men bijvoorbeeld onderzoeken of een bepaalde interventie voor angstbehandeling ook werkt bij patiënten met bijvoorbeeld problemen in de impulsbeheersing. Of men kan onderzoeken of de behandeling ook op andere, onvoorziene uitkomstmaten een effect heeft. Deze N=1-informatie kan de onderzoeker dan gebruiken om na te gaan of een bepaalde evidence-based behandeling een bredere toepassing heeft. Andersom kan een clinicus een innovatieve behandeling eerst in een reeks N=1-studies uittesten. Vervolgens kan een onderzoeker de gegevens hiervan evalueren en bezien of het zinvol is om de methode met een RCT verder te onderzoeken. Een clinicus kan ook in een aantal N=1-studies verschillende uitkomstmaten – in samenhang – herhaaldelijk meten en deze dan in verband brengen met bepaalde interventieparameters, bijvoorbeeld symptoommetingen, kwaliteit-van-levenmetingen, gezinsinteracties enzovoort, en nagaan hoe ze voorafgaand, tijdens en na de interventie veranderen. Door frequenter te meten krijgt de therapeut inzicht in hoe de patiënt reageert op verschillende onderdelen van de behandeling en wordt het mogelijk om het behandelverloop en effectieve behandeltechnieken zichtbaar te maken. Het is duidelijk dat met de N=1-methode op deze manier wetenschappelijk betekenisvolle kennis kan worden verzameld en hypothesen kunnen worden geformuleerd, die dan weer in onderzoek met grote groepen kunnen worden getoetst.

Opvoedingsproblemen

In dit hoofdstuk zijn twee N=1-studies opgenomen over veelvoorkomende kinderproblemen waarvoor ouders regelmatig professionele hulp inroepen: opvoedingsproblemen. Op basis van de door Skinner uitgevoerde operante conditioneringsexperimenten bij dieren, maar later ook bij kinderen, is dit leerparadigma voor het eerst in de praktijk van de kindergedragstherapie toegepast. Skinner experimenteerde hoofdzakelijk met leerexperimenten middels de zogenaamde Skinner box. In het *Journal of Applied Behavior Analysis* (JABA) werd daarna de ene na de andere studie gepubliceerd om de effectiviteit van deze vorm van gedragsmodificatie aan te tonen en de interventie te promoten. In dat tijdschrift zijn ook de eerste klinische experimenten beschreven.¹

De eerste N=1-studie is een van de vroegste gevalsstudies uit het archief van de VGCT en betreft ‘basale’ gedragsproblematiek. De studie illustreert hoe onze kennis over leren, verworven vanuit een behavioristisch denken, effectief in een praktijksituatie kan worden toegepast: hoe ga je om met opvoedingsproblemen? Het gaat dan over uiterlijk waarneembare gedragingen in de kindergedragstherapie, in dit geval agressieproblemen. Ook gaat het over een flink uit de hand gelopen opvoedingssituatie, die resulteerde in kindermishandeling. Interessant is dat in deze N=1-studie door die opvoedingscrisis al direct met gedragsinstructies begonnen moest worden. Hierdoor ontbreekt een baseline, een expliciete én minimale eis die altijd aan N=1-designs gesteld wordt.

De tweede N=1-studie komt uit 2004. Opmerkelijk is het om te zien hoe deze vorm van interventie ruim vier decennia later in de kern nog steeds dezelfde leerprincipes volgt, inclusief de daaruit ontwikkelde gedragstechnieken.

¹ Dit hoofdstuk is gebaseerd op een bewerking van de N=1 studies:

- Mark N: *een kind met opvoedingsproblemen* (1981). (auteur en supervisor onbekend).
- *Een tienjarige jongen met ADHD en ODD behandeld met mediatietherapie via moeder.* (2004). (auteur en supervisor onbekend).

Een verschil is dat de klachtgerichte aanpak in de eerste N=1 helemaal gefocust blijft op de agressieproblematiek, terwijl de tweede studie gecompliceerd wordt door de pathologische gezinscontext waarin de behandeling plaatsvindt. Niet alleen de kinderproblematiek manifesteert zich veel ingewikkelder door comorbiditeit, maar ook de pathologie bij de moeder zelf. De eerste studie gaat over een nog geen driejarige peuter en de tweede betreft een bijna tienjarige jongen met een complex-problematische voorgeschiedenis.

Casus A – Marco: een peuter met opvoedingsproblemen

Het gaat in deze gevalsstudie over agressief en dwars gedrag waardoor de tot het uiterste getergde ouders tot bizarre reacties kunnen vervallen, zodat er sprake is van mishandeling. Heel concreet wordt in deze studie de in de jaren zeventig gangbare frustratie-agressietheorie geïllustreerd. Ook het door Bandura (1969) geïntroduceerde fenomeen modeling komt daarbij aan de orde. Historisch gezien dus een heel interessante casus. In uit de hand gelopen opvoedingssituaties ontbreekt het veel opvoeders vaak aan de nodige sensitiviteit voor positief gedrag van hun kind, zo ook bij deze ouders. Door alleen nog maar te reageren op de sociaal onacceptabele gedragingen, buitengewoon agressief gedrag, zijn ze niet alleen onmachtig hun kind te corrigeren, maar zijn ze tegelijkertijd ook een voorbeeld van hoe extreem agressief gedrag ‘belonend’ kan werken. Paradoxaal staan ze ook zelf model voor dit agressieve gedrag.

Daarnaast wordt in deze N=1 de mediatietherapie geïntroduceerd. In dit geval moest echter niet alleen het gedrag van de ouders als opvoeders worden gecorrigeerd, maar ook het ongewenste gedrag van de ouders zelf. Met andere woorden: deze ouders werden betrokken in de kindtherapie als mediators, maar de behandeling was tegelijkertijd voor henzelf nuttig als volwassenen met eigen agressieproblemen (zie Bosch & Abrecht, in druk).

In vergelijking met de huidige praktijk rond gedragsassessment is de wijze van dataverzameling een ander punt dat om onze aandacht vraagt. In de gedragstherapeutische opleiding van nu zouden er toch hogere eisen zijn gesteld aan de operationalisering en meting van het gedrag; dat geschiedde hier via het bijhouden van een dagboek door moeder. De theorieoverdracht, namelijk het overbrengen van de operante gedragstechnieken, inclusief de evaluatie, is wel een goed voorbeeld, want dat gaat nog steeds op dezelfde manier. In de functieanalyses komen de operationalisaties van de agressieve gedragingen beter uit de verf.

Terwijl de behandelaar met het gezin werkt aan de agressieproblematiek, komt richting het einde van de behandeling ook het onzindelijk zijn voor broekpoepen van deze driejarige peuter aan de orde. Dat wordt onterecht als encoprese² bestempeld: het is ook in die tijd ongebruikelijk om op deze leeftijd al te spreken van een stoornis. Dat een peuter nog niet zindelijk is voor ontlasting is heel normaal (Bosch & Moens, 2014). Begrijpelijk is wel dat deze moeder dit ‘probleem’ ook alvast wilde ‘aanpakken’, als een soort *preventieve* actie. Dit voor veel opvoeders ‘verstorend’ kindergedrag ontlokt immers vaak heel veel agressie, zo ook bij deze moeder.

Kortom, deze N=1 is een historisch fraai voorbeeld van hoe door middel van een klassieke gedragsbenadering (de eerstegolf-gedragstherapie) opvoedingsproblemen effectief kunnen worden verholpen. Ook de generaliserende werking van de gedragsinstructies wordt overtuigend zichtbaar gemaakt door die laatste interventie van deze moeder.

2.1 De patiënt

Marco is een jonge peuter (twee jaar; acht maanden) die via de kinderarts is aangemeld vanwege zijn dwarse en agressieve gedrag, waarmee de ouders, vooral de moeder, totaal niet kunnen omgaan. Vanaf de geboorte heeft hij al last van bronchitis en astma. Zijn kinderarts constateert de ernstige opvoedingsproblemen. Marco is een gewenst kind en bij aanmelding zijn de ouders 26 (M) en 32 (V) jaar oud. Omdat moeder kort na de bevalling nierstenen kreeg, moest ze na de eerste weken al met borstvoeding stoppen. In die tijd manifesteerden zich bij Marco voor het eerst de bronchitis en de astma, gepaard met fikse benauwdheden en chronische verkoudheid. Hij had hier vooral last van als hij zich druk maakte. Ten tijde van de aanmelding blijkt hij ook nog niet zindelijk te zijn.

Moeder beleeft weinig plezier aan hem. Ze beschrijft hem als lastig: niet willen eten, en ook in- en doorslaapproblemen. Hij is erg dwars als hij zijn zin niet krijgt. Vooral zijn agressieve buien spelen haar parten. Hij schopt, slaat en bijt andere kinderen; er hoeft maar iets te gebeuren of hij is al ontremd. Moeder reageert wisselend op zijn dwarse gedrag en driftbuien: door hem zijn gang te laten gaan, door toe te geven (uit angst voor benauwdheden) óf met woede,

2 Pas vanaf het vierde jaar wordt dit als een psychiatrisch probleem geclassificeerd (DSM-5), voor die leeftijd valt het binnen de normale ontwikkelingsrange.

namelijk door niet al te zachtzinnig te slaan. Soms schrikt ze er zelf van. Dan bijt ze hem soms hard in zijn neus om hem te laten voelen wat hij aanricht. Inmiddels is hij ongevoelig voor straf en valt er volgens moeder niets te belonen, laat staan dat ze reden ziet om hem knuffelen. Zijn vader gehoorzaamt hij beter, ook al kan ook dat met slaag gepaard gaan. In de peuterspeelzaal valt hij andere kinderen vaak aan, maar meestal is hij daar makkelijker te hanteren. Het valt op dat hij daar vooral agressief wordt in aanwezigheid van moeder.

Samengevat: een geval van kindermishandeling. Ondanks de uit de hand gelopen situatie is moeder zeer gemotiveerd om verandering in die situatie te brengen. De verdere gezinssituatie is bovendien gunstig: goed huwelijk en een goede werk- en financiële situatie. Omdat de probleemgedragingen goed te verklaren zijn binnen een leertheoretisch paradigma en er sprake is van een crisisachtige situatie (oog-om-oog-tand-om-tandstrategie), wordt besloten om van de standaardprocedure af te wijken. De gedragsinstructies werden al gegeven nog voordat het assessment was afgerond.

2.2 Diagnostiek en assessment

In deze paragraaf volgt een uiteenzetting over het ontstaan en het in stand blijven van Marco's opstandige gedrag, zijn weigering om aan verzoeken te voldoen, zijn driftbuien en boosheid.

Marco's chronische lichamelijke klachten vragen de nodige aandacht. Om die aandacht te behouden, ook bij afwezigheid van benauwdheid en astma, zou hij nóg extremer ongewenst gedrag gaan vertonen. Vandaar dat de frequentie van zijn ongewenste gedrag hoog is.

Middels *intermittent* bekrachtiging is Marco's gedrag moeilijk uit te doven. Bovendien kampt hij met periodes van ziekte, waardoor zijn moeder makkelijker toegeeft. De angst dat Marco in zo'n astma-aanval zou kunnen stikken, heeft daar in hoge mate in meegespeeld. Maar naarmate Marco's driftbuien extremer worden, ontlokt dit bij moeder steeds extremere reacties, zoals slaan en gillen.

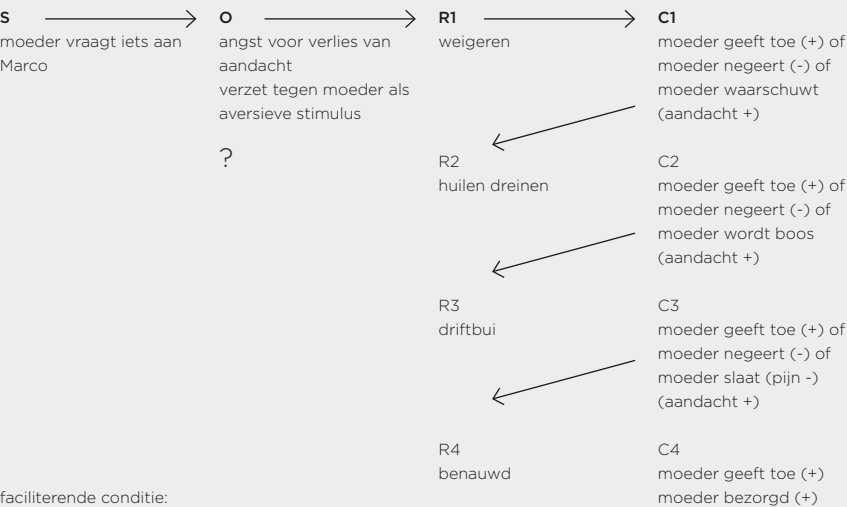
Marco's agressie zou volgens de frustratie-agressietheorie kunnen worden opgevat als de dominante respons op frustratie. Ook bij Marco zou frustratie

een faciliterende factor kunnen zijn voor agressie. Bovendien zou het zien van agressie bij moeder, inclusief het belonende effect ervan, zijn agressieve gedrag in frequentie hebben kunnen doen toenemen. Het zien van ongemak en pijn bij kinderen (gillen, schreeuwen) kan bovendien voor hem bekrachtigend hebben gewerkt. Zijn ‘slachtoffertjes’ (onder wie een heel jonge tweeling) laten duidelijk merken dat ze pijn lijden door heel hard te krijsen.

Moeder kan totaal geen positieve gedragingen meer bij Marco ontdekken. Zelf kan ze ook geen goed meer doen bij hem; ze is alleen straffend aanwezig, waardoor ze een aversieve Sd is geworden. Van moeder accepteert Marco geen enkel complimentje meer.

Figuur 2.1 Functieanalyse van Marco's probleemgedrag

onwillig gedrag en driftbuien



faciliterende conditie:
chronische bronchitis,
dus prikkelbaar

agressief gedrag



faciliterende conditie:
chronische bronchitis,
dus prikkelbaar

Bovenstaande gedragsanalyses zijn typerend voor assessments in die tijd: op het gedrag waarvoor hulp wordt ingeroepen, is eerst nauwgezet doorgevraagd, om dan al gauw uit te komen op die ingebrachte opvoedingsproblemen als doelgedrag voor de behandeling. Ook de probleemsamenhang van Brinkman (1978) moest nog geïntroduceerd worden.

Vooruitlopend op de volgende paragraaf is het heel opmerkelijk dat er zonder baseline al direct met de behandeling begonnen wordt. Het ontbreken van een voormeting zou verdedigbaar zijn geweest als zeker was dat dit specifieke doelgedrag zich dagelijks voordeed, zoals in het geval van elke nacht bedplassen. In deze casus is de frequentie van het agressieve gedrag echter wisselend.

2.3 Behandelplan

Het ligt voor de hand om bij zo'n opvoedingsprobleem aan mediatietherapie te denken. Bovendien is de betrokkenheid en motivatie van deze moeder groot. Opvallend is wel dat Marco's vader geheel buiten beeld blijft. Hoewel vader ook agressief uit de hoek kan komen, laat hij de opvoeding vrijwel geheel aan zijn vrouw over. Een risico bij deze moeder is of zij betrouwbaar genoeg is in haar zelfobservaties, gezien haar eigen problematische agressie. De agressieproblematiek van moeder uit zich in extreem aversief fysiek straffen. Adequattere vormen van strafprocedures zijn in dit geval *response cost* en *time-out*.

Het beoogde doelgedrag waaraan moeder wil werken, is dat Marco minder agressief is en minder driftbuiën heeft. Marco moet wel weerbaar blijven, dat wil zeggen niet zomaar kinderen aanvallen, maar zich wel kunnen verdedigen. Ze houdt wel van kinderen met pit, dus af en toe een driftbui moet kunnen. Ze zou wel willen dat hij lief met andere kinderen kan spelen en wat aanhankelijker wordt. Gekozen is voor het bijhouden van een dagboek. De doelen daarvan zijn:

- inzicht verschaffen in de aard en de frequentie van het probleemgedrag;
- inzicht verschaffen in haar reacties erop en het effect daarvan op het probleemgedrag;
- inzicht verschaffen in de leerprincipes;

- eigen gedrag (reacties) veranderen in adequaat opvoedergedrag;
- meer oog hebben voor positieve gedragingen van Marco.

In feite is het bijhouden van een dagboek al een vorm van assessment. Toch valt op dat de doelgedragingen hier te weinig concreet worden geformuleerd. Wat is minder agressief en betekent minder driftbuien? Over dat laatste schreef de behandelaar ergens wel dat eenmaal per week acceptabel was. Omdat de baseline in deze studie is weggelaten, ontbreekt al direct een ijkpunt. De gekozen observatieprocedure, het bijhouden van een dagboek, laat ook te veel open om welke specifieke agressieve gedragingen het gaat.

Het lijkt een soort event sampling (zie Bosch & Albrecht, 2014), zonder het te observeren gedrag vooraf te hebben geoperationaliseerd. Dit wordt helemaal aan de moeder overgelaten. Wel wordt haar gevraagd zowel de positieve als de negatieve voorvallen te beschrijven. Ook registreert ze wekelijks de frequentie van de driftbuien en de andere agressieve gedragingen. Door dit alles lopen behandelplan en assessment wat door elkaar. Overigens zien we ook wel dat de praktijk van observeren (bedoeld als vorm van assessment) al een reactief effect kan hebben, als een eerste soort interventie maatregel.

2.4 Behandeling

In deze behandeling wordt gebruikgemaakt van de geprogrammeerde ouderinstructie *Problemen met kinderen* (Patterson & Monks, 1971). Daarin wordt ook de toepassing van de gedragstechnieken toegelicht. Hieronder het rijtje van opvoedingsmethoden:

- negeren (consequent geen aandacht meer geven);
- time-out (afzondering, op de gang zetten);
- belonen van positief gedrag (zoals lief samen spelen).

Vooral het op de gang zetten voor drie minuten of totdat hij weer gekalmeerd is, boezemt moeder veel angst in: ze is bang dat hij zal stikken door een astma-aanval. Pas na geruststelling door de behandelend arts is moeder hiertoe be-

reid. Met sociale bekrachtiging (samen een halfuurtje spelen) voor gewenst gedrag wordt de negatieve relatie tussen moeder en kind aangepakt. Vader wordt erbij betrokken door de Patterson-instructie mee te lezen.

Wekelijks hebben gesprekken plaats, waarin het dagboek wordt doorgenomen en moeilijke situaties worden besproken. Moeder wordt hiervoor steeds sociaal bekrachtigd door de therapeute.

Omdat Marco regelmatig door moeder blauw geslagen en flink gebeten werd, uit woede, maar ook uit het oog-om-oog-tand-om-tandprincipe van moeder, acht de therapeute het ethisch niet verantwoord om een baseline in te lassen om zo een betrouwbaar beeld van de aanvangssituatie te verkrijgen. In het eerste gesprek worden daarom al direct gedragsinstructies gegeven. Wel vertelt moeder dat Marco bij aanmelding minstens één keer per dag een driftbui heeft, en ook dat hij elke dag een kind op de peuterspeelzaal aanvalt. Gemakshalve houden we deze (onbetrouwbare) gegevens aan, aldus de therapeute.

Eerst een baseline van Marco's gedrag maken, achtte deze therapeute ethisch niet te verdedigen. Zo vond ze het onverantwoord om deze mishandelende moeder zuiver omwille van het experiment gedragsadvisering te onthouden. Doorgaans is het beter om in het begin niet direct adviezen te geven, aangezien men dan nog onvoldoende gegevens heeft. Bovendien is het risico groot dat bij een te snel ingezette behandeling die niet goed uitpakt eerder gegeven adviezen bijgestuurd moeten worden, wat het vertrouwen in de behandelaar vermindert.

Aantal gesprekken: In totaal vonden er tien gesprekken plaats. Eerst wekelijks, vervolgens tweewekelijks en tot slot tweemaandelijks. De gehele behandelduur (inclusief twee follow-ups) besloeg achttien weken.

Scoring: In de eerste weken is er een dagboek bijgehouden. In die dagboekregistratie worden 'onwillig gedrag' en 'driftbuien' van elkaar onderscheiden. Vooral de driftbuien maken moeder zo angstig voor verstikking. Agressief gedrag wordt geoperationaliseerd in 'slaan', 'schoppen' en 'bijten'. Ook het agres-

sieve gedrag van de ouders wordt apart onderscheiden in ‘terugslaan’ en ‘bijten’. Aldus worden de volgende gedragingen geregistreerd:

- onwillig gedrag;
- driftbui;
- agressief gedrag Marco (slaan/schoppen/bijten);
- agressief gedrag ouders (slaan/bijten).

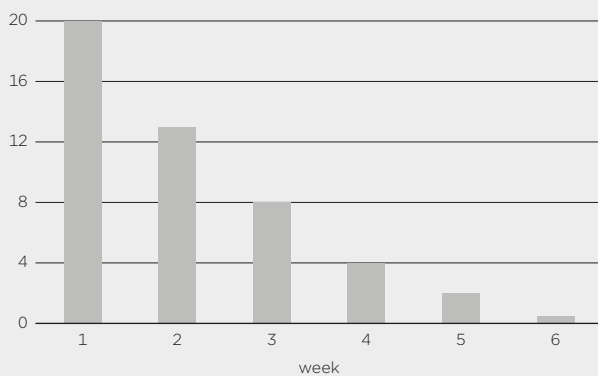
Aan het einde van de behandeling worden de incidenten (ongehoorzaam en driftig gedrag) enkel geturfd en besproken. In deze N=1-studie heeft moeder naderhand zelf Marco's broekpoepen met succes aangepakt. Een mooi voorbeeld van generalisatie van haar nieuw verworven vaardigheden als opvoeder. We laten dit verder buiten het bestek van deze N=1.

2.5 Resultaten

In de eerste zes weken is het ongewenste gedrag van Marco aanzienlijk verbeterd, zelfs bijna verdwenen (zie de figuren 2.2 tot en met 2.6). Desalniettemin wordt dit resultaat door de therapeut niet zonder meer als feit aangenomen: het is immers gebaseerd op subjectieve dagboekrapportages van moeder. Ook de directe omgeving reageert positief op Marco. Hij is aanhankelijker, thuis gezelliger en kan nu ook beter met andere kinderen spelen. Moeder is er erg trots op. Het negeren werkt goed: ze hoeft niet meer te slaan en te schreeuwen.

Achteraf gezien breekt het direct, zonder baseline beginnen met de interventie wel op, en wordt het verschil ook niet duidelijk zichtbaar: in de eerste week blijft moeder agressief reageren, ook al was haar agressieve gedrag voorheen mogelijk nog extremer. De week erop is haar eigen agressiviteit afwezig, ze houdt zich consequenter aan de adviezen. Moeder wordt veelvuldig geprezen door de therapeute. In de vijfde week is er plotseling een opleving van ongewenst gedrag bij Marco. Zelf schrijft moeder dat toe aan zijn hangerigheid die week, en dat hij weer last van bronchitis had.

Figuur 2.2 Frequentieverdeling van onwillig gedrag gedurende de eerste zes weken



Figuur 2.3 Frequentieverdeling van driftbuien gedurende de zes eerste weken

