

Fundamentele vaardigheden in gespreks- therapie

GERRIE BLOOTHOOFD

Boom

© G. Bloothoofd, p/a Boom uitgevers Amsterdam, 2021

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 j°, Besluit van 27 november 2002, Stb. 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht (Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, 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 (een) gedeelte(n) uit deze uitgave in bijvoorbeeld een (digitale) leeromgeving of een reader in het onderwijs (op grond van artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot Stichting Uitgeversorganisatie voor Onderwijslicenties (Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.stichting-uvo.nl).

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

Omslag: Bart van den Tooren

Binnenwerk: ZetSpiegel, Best

ISBN 9789024443147

NUR 777

www.boompsychologie.nl

www.boomuitgeversamsterdam.nl

Inhoud

Voorwoord	7
Inleiding	9
Vaardigheid 1: Het eerste contact leggen	13
Inleiding	13
1.1 Het kennismakingsgesprek	15
1.2 Het adviesgesprek	24
1.3 Het eerste behandelgesprek	32
Vaardigheid 2: De rogeriaanse basishouding hanteren	40
Inleiding	40
2.1 Empathie	42
2.2 Echtheid	48
2.3 Respect/aanvaarding	53
2.4 Zelfkennis	56
Vaardigheid 3: Reflecteren op wat de patiënt zegt	61
Inleiding	61
3.1 Simpele reflecties	62
3.2 Gevoelsreflecties	65
3.3 Complexe reflecties	69
Vaardigheid 4: Motivatie voor gedragsverandering onderzoeken	77
Inleiding	77
4.1 Engageren	79
4.2 Focussen, ontlokken en plannen	94
Vaardigheid 5: Klachten verhelderen	106
Inleiding	106
5.1 Functieanalyse	107
5.2 Betekenisanalyse	118
Vaardigheid 6: De patiënt verbinden met zijn omgeving	133
Inleiding	133

6.1 Naastbetrokkenen uitnodigen	135
6.2 Relatietherapie	141
6.3 Therapie in groepen	150
 Vaardigheid 7: Omgaan met lastige situaties	 159
Inleiding	159
7.1 Crisis en suïcidaliteit	160
7.2 Je grenzen aangeven	171
7.3 Feedback geven op de therapeutische relatie	182
7.4 Cultuursensitief werken	189
 Vaardigheid 8: Psychodiagnostisch onderzoek verrichten	 200
Inleiding	200
8.1 Fase 1: Voorbereiding en anamnese	205
8.2 Fase 2: Testafname	212
8.3 Fase 3: Testsamenhang en verslag schrijven	223
8.4 Fase 4: Terugkoppelingsgesprek	232
 Vaardigheid 9: Wetenschappelijke literatuur opzoeken	 238
Inleiding	238
9.1 Stap 1: Vooronderzoek	239
9.2 Stap 2: Aanleiding	239
9.3 Stap 3: Vraagstelling formuleren volgens PICO	240
9.4 Stap 4: Efficiënt zoeken naar literatuur	240
9.5 Stap 5: Artikelen selecteren en bijlage kritisch beoordelen	245
 Vaardigheid 10: De therapie beëindigen	 249
Inleiding	249
10.1 Emoties bij afscheid	251
10.2 Terugvalpreventieplan	257
10.3 Afscheidsritueel	260
 Literatuur	 269
Aanbevolen literatuur	281
Dankwoord	285
Over de auteur	287

Voorwoord

Het veld van de psychologie in de praktijk van de gezondheidszorg kent vele handboeken. Handboeken over diagnostiek en behandelen. Boeken die vertrekken vanuit wetenschappelijke inzichten en van daaruit diagnostische middelen of therapeutische technieken introduceren. De boeken met protocollaire behandelingen voor volwassenen, kinderen en adolescenten met psychische klachten zijn daar voorbeelden van. Het zijn publicaties die in het onderwijs van jonge professionals worden gebruikt, en tevens door meer ervaren professionals worden gewaardeerd als naslagwerk. Aan boeken die onze kennis op het gebied van de gezondheidszorgpsychologie bundelen geen gebrek.

Wat deze boeken kenmerkt, is dat ze bij de beschrijving van de kennis met betrekking tot interventies, vaak aangevuld met casusbeschrijvingen ter illustratie, nogal impliciet uitgaan van de aanwezigheid van basisvaardigheden bij de lezer. Basisvaardigheden die onderliggend zijn aan de diagnostische en therapeutische interventies beschreven in de handboeken. Dat is niet per se een verkeerde aanname en dus geen kritiek op deze werken, maar het brengt vooral de vraag naar boven waar de geïnteresseerde lezer of student dan over deze basisvaardigheden kan lezen. Ook daar zijn boeken over te vinden. Hierbij valt echter op dat die veelal vanuit bepaalde theoretische inzichten vertrekken en deze dus als uitgangspunt nemen. Daarmee kan de richting bepalender worden dan wat er in de praktijk voor de professional mogelijk is, of wat er van hem of haar gevraagd wordt. Vaak zijn deze boeken ook al wat meer gedateerd.

En dan verschijnt er een boek met de titel *Fundamentele vaardigheden in gesprekstherapie*. Een boek dat zich ten doel stelt stil te staan bij basisvaardigheden die fundamenteel van aard zijn voor elke professional werkzaam in de huidige praktijk van de gezondheidszorg. Los van het theoretisch fundamentalisme is het vooral heel praktisch ingestoken. Aan de hand van een tiental vaardigheden doorloopt de lezer meegenomen in het proces wat een professional samen met zijn patiënt doorloopt wanneer de patiënt de professional om hulp vraagt. Een proces dat een begin en een eind kent. Dat bestaat uit diagnostiek en behandeling. En waarin rekening gehouden dient te worden met omstandigheden die zich tijdens dit proces kunnen voordoen.

Fundamentele vaardigheden in gesprekstherapie richt zich in eerste instantie op de beginnend psycholoog en kan als aanvulling worden gezien op onder meer de eerder genoemde boeken over protocollaire behandelingen. Het boek is mijns inziens tevens complementair aan het zojuist verschenen *Handboek voor gz-psychologen*, waarmee het ook voor de gz-psycholoog (in opleiding) interessant is.

Waarom ik dat vind? De gz-opleiding is competentiegericht. Het competentieprofiel van de gz-psycholoog is waar in de opleiding vanuit wordt gegaan. Aan het einde van de opleiding beschikt de gz-psycholoog over de benodigde competenties, als beschreven in het competentieprofiel van de gz-psycholoog, om zijn vak uit te oefenen. Competenties betreffen een beschrijving van de bekwaamheid om een professionele activiteit in een specifieke beroepscontext adequaat uit te voeren op basis van de geïntegreerde aanwezigheid van kennis, vaardigheden en professionele gedragskenmerken (*attitudes*). Het *Handboek voor gz-psychologen* vertrekt vanuit dit competentieprofiel en beschrijft de benodigde kennis, vaardigheden en attitudes van de gz-psycholoog. Daarbij blijven de vaardigheden, net als in andere handboeken, toch wat onderbelicht. In ieder geval is daar veel meer over te zeggen dan dit handboek doet. En in deze lacune springt *Fundamentele vaardigheden in gesprekstherapie*. Dat is ook niet zo verrassend als we bedenken dat de auteur Gerrie Bloothoofd dit boek is gaan schrijven aan het einde van zijn gz-opleiding. Dit vanuit de behoefte om wat hij geleerd had op papier vast te leggen. Daarbij vond hij met name de vaardigheden die hij geleerd had van groot belang. Hij beschrijft deze op een prettige, praktische manier, waarbij hij de lezer aanzet tot nadenken en oefenen. Leuk is dat hij er ‘puzzels’ van maakt, waarbij, zoals dat gaat in de dagelijkse praktijk, er niet per se één goed antwoord is. De voorbeelden en antwoorden die hij geeft werken inspirerend. Ze zetten aan tot uitproberen, tot doen. En dat is wat je als auteur toch wil bereiken.

Prof. dr. Marc Verbraak
Klinisch psycholoog/psychotherapeut

Inleiding

Ik kijk wat naar beneden en denk na. Tegenover mij in dezelfde ruimte zit de ander, een schaker. Samen buigen we ons over de situatie voor ons. Ik gebruik mijn (bescheiden) kennis, ervaring en intuïtie om een strategie te bedenken: hoe kan ik de ander schaakmat zetten? Het is een intense bezigheid, allebei geven we alles wat we hebben. Na de schaakpartij wordt er geanalyseerd met andere schakers, en er wordt gezocht naar verbetering: wat had ik anders, beter kunnen doen? Elke week kan ik een schaakclub bezoeken om samen met anderen beter te worden in de sport. Er is een mogelijkheid om een schaakleraar in de arm te nemen die feedback kan geven over de partij die ik heb gespeeld. De zetten die ik heb gespeeld zijn op een vel papier genoteerd en samen met de schaakleraar kan ik kijken naar de 'kritieke momenten' van de partij (bijvoorbeeld waar ik een stuk verloor of een stuk had kunnen winnen). Daarnaast kan ik een betere schaker worden door partijen van grootmeesters na te spelen, om te leren van de keuzes zij maken tijdens het spel. Bij schaken geldt dat je, door veel te spelen en te oefenen, uiteindelijk een eigen, unieke stijl ontwikkelt. En het belangrijkste is: de ambitieuze schaker wordt beter door thuis zoveel mogelijk schaakpuzzels op te lossen. Oefenen, oefenen, oefenen.

Maar wat heeft dit met therapie te maken? Laat ik een aantal woorden vervangen en de tekst herhalen die je net hebt gelezen.

Ik kijk wat naar beneden en denk na. Tegenover mij in dezelfde ruimte zit de ander, een patiënt. Samen buigen we ons over de situatie voor ons. Ik gebruik mijn (bescheiden) kennis, ervaring en intuïtie om een strategie te bedenken: hoe kan ik de ander zo goed mogelijk helpen? Het is een intense bezigheid, allebei geven we alles wat we hebben. Na de sessie wordt er geanalyseerd met andere therapeuten, en er wordt gezocht naar verbetering: wat had ik anders, beter kunnen doen? Elke week kan ik een intervisiegroep bezoeken om samen met anderen beter te worden in het vak. Er is een mogelijkheid om een supervisor in de arm te nemen die feedback kan geven over de sessies die ik heb gehad. De dingen die ik heb gezegd zijn opgenomen, en samen met de supervisor kan ik kijken naar de 'kritieke momenten' van de sessie (bijvoorbeeld waar ik het contact verloor of vertrouwen had kunnen winnen). Daarnaast kan ik een betere therapeut worden door opnames

van *supershrinks* te bekijken om te leren van de keuzes zij maken tijdens een sessie. Bij therapie geldt dat je, door veel te behandelen, uiteindelijk een eigen, unieke stijl ontwikkelt. En het belangrijkste is: de ambitieuze therapeut kan niet thuis zijn vaardigheden verbeteren om beter te worden in zijn vak, omdat er geen ‘psychologische puzzels’ bestaan om mee te oefenen, oefenen, oefenen. Dit boek is bedoeld om dat gat op te vullen.

Voor wie is dit boek?

Dit boek is geschreven voor de ambitieuze, beginnende psycholoog, die beter wil worden in zijn vak en zijn patiënten steeds beter wil kunnen helpen. Hoewel dat voor sommigen klinkt als een open deur (voor jullie is dit boek geschreven!), ken ik ook veel beginnende psychologen die genoeg voldoening halen uit het volgen van de protocollen en richtlijnen, en die ‘moeilijke patiënten’ liever niet behandelen. Het boek kan ook worden gezien als aanvullende literatuur tijdens de gz-opleiding of als naslagwerk voor gz-psychologen in het werkveld.

Opzet van het boek

Schaken is een ongelooflijk complex spel, dat meer mogelijke zetten kent dan er atomen in het universum zijn. Het spel kan het best begrepen kan worden als je het opdeelt in verschillende thema’s en deze vervolgens traint door middel van patroonherkenning en herhaling, oftewel: door schaakpuzzels op te lossen. Het is mij opgevallen dat schaakpuzzelboeken allemaal dezelfde, simpele opzet hebben: er wordt een kleine uitleg gegeven over een thema (bijvoorbeeld de koningsaanval), waarna tien schaakpuzzels volgen om specifiek dit onderwerp te trainen. Elke schaakpuzzel is een afbeelding van een ‘stelling’ van het bord dat het thema representeert, en wordt vergezeld van de vraag: wat zou jij hier doen als je aan zet was? Nadat je de puzzels hebt opgelost zie je op de volgende bladzijde de antwoorden. Zo kun je jezelf trainen in elk onderdeel van het spel. Hoe meer je traint, hoe beter je wordt.

Ik geloof dat deze actieve wijze van theorie toepassen in de praktijk een van de beste manieren is om ergens beter in te worden, om welke vaardigheid het ook gaat. Zeker als het gaat om zoiets gecompliceerds als therapie en het hele spectrum van de sociale interactie. Hoewel er ontzettend veel boeken zijn geschreven binnen de psychologie, bevatten vrijwel alle boeken ‘passieve kennis’. Juist de actieve wijze van theorie toepassen in de praktijk is wat ik heb gemist in mijn eigen ontwikkeling als beginnend psycholoog, en heeft mij gemotiveerd om te beginnen met het schrijven van dit boek. Verschillende situaties die ik tijdens de gz-opleiding en eerder in mijn carrière ben tegengekomen, heb ik verwerkt in dit boek.

In dit boek heb ik geprobeerd de opzet van een schaakboek aan te houden: een korte uitleg over een onderwerp of vaardigheid, gevolgd door tien ‘psychologische puzzels’ om

gestructureerd mee te oefenen. Deze puzzels noem ik in dit boek de ‘praktijksituaties’. Er worden in totaal meer dan driehonderd unieke praktijksituaties beschreven, waarbij van jou als lezer steeds wordt gevraagd actief en serieus na te denken over de reactie die jij in die praktijksituatie zou geven. Dit stimuleert het actieve denkproces. Nadat je goed hebt nagedacht over je reactie, kun je een pagina verder een ‘mogelijk antwoord’ lezen, een antwoord dat een gz-psycholoog zou kunnen geven in die praktijksituatie. Dit is uiteraard niet het absolute antwoord, maar het kan richting geven aan hoe je zou kunnen reageren. De praktijksituaties horen bij de verschillende onderdelen van het therapeutisch proces, van kennismaking tot eindgesprek. Zodoende hoeft je het boek dan ook niet van a tot z te lezen, maar kun je stilstaan bij de theorie en oefeningen van een onderwerp waar je vandaag bijvoorbeeld tijdens je sessies tegen aan bent gelopen.

Algemene opmerkingen

Ik heb een aantal keuzes gemaakt in dit boek. Het gaat met name om het gebruik van enkele veelgebruikte woorden in boeken over de psychologie.

Het eerste woord betreft de aanduiding van de hulpvrager: ‘patiënt’, ‘cliënt’, ‘betrokkene’ en zelfs het erbarmelijke ‘klant’ worden gebruikt door collega’s en praktijkinstellingen. In dit boek kies ik ervoor om het woord ‘patiënt’ te gebruiken. Mijn onderbouwing: de letterlijke betekenis van het woord patiënt is ‘degene die lijdt’, en dit beschrijft mijns inziens de hulpvrager het best.

Hoewel ik mij realiseer dat de meeste psychologen vrouwen zijn, heb ik voor de leesbaarheid besloten de ‘psycholoog’ aan te duiden als ‘hij’, maar waar ‘hij’ staat kan uiteraard ook ‘zij’ gelezen worden.

Verder zul je zien dat ik een vastgestelde stoornis aanduid met ‘classificatie’ en niet met ‘diagnose’. Collega’s gebruiken vaak het woord ‘diagnose’ waar ze ‘classificatie’ bedoelen, zoals in ‘hij heeft de diagnose ADHD’. Echter, als iemand voldoet aan bepaalde criteria en valt onder een bepaalde categorie, vastgesteld aan de hand van de DSM-5 (of ICD-11), dan noemen we dit een ‘classificatie’. ‘Diagnose’ heeft een veel bredere betekenis en wordt ingezet om een meer uniek, gedetailleerd en compleet beeld te schetsen van iemand (Ruissen, 2014). In het eerste hoofdstuk ga ik hier dieper op in en leer je hoe je een diagnose moet beschrijven. Ook raad ik je daar aan de classificatie alleen te gebruiken in de correspondentie naar de zorgverzekeraar – niet naar de huisarts.

Tot slot

De inhoud van het boek is gebaseerd op de literatuur en colleges die ik heb gevolgd gedurende de gz-opleiding bij de RINO in Amsterdam. Verder heb ik verdiepende literatuur gebruikt om bepaalde onderwerpen goed te kunnen begrijpen en daarmee over te brengen, en ik heb geput uit mijn eigen ervaringen en die van de beginnende psychologen die

ik (heb) begeleid. Tot slot heeft een deel van de (hoofd)docenten van de gz-opleiding meegedacht over de inhoud van de thema's in dit boek, wat maakt dat ik kan zeggen dat de theorie die ik presenteer geen 'gaten' kent en behulpzame vaardigheden representeert. Hoewel overzichtelijk, is deze theoretische onderbouwing niet vernieuwend. Vernieuwend zijn de oefenvragen en mogelijke antwoorden.

Goed, genoeg inleidende woorden – tijd om te oefenen, oefenen, oefenen!

Vaardigheid 1

Het eerste contact leggen

Inleiding

Het eerste contact kun je zien als een ontmoeting tussen twee persoonlijkheden, waarbij de een om hulp vraagt en de ander inventariseert hoe deze hulp het beste geboden kan worden. Dit eerste contact is waar de reis van de therapeut start, en dit hoofdstuk is bedoeld om je de handvatten te geven om het eerste contact zo comfortabel mogelijk te maken.

Het eerste contact wordt meestal gelegd tijdens het kennismakingsgesprek, in veel instellingen een ‘intake’ genoemd. Omdat het niet altijd van tevoren bekend is of je een patiënt ook daadwerkelijk gaat ‘innemen’, zal ik hier de term ‘kennismakingsgesprek’ gebruiken.

Van jou als psycholoog wordt in dit gesprek gevraagd om in een relatief korte tijd een gedetailleerd overzicht te krijgen van de huidige klachten en de levensgeschiedenis van de patiënt. Dit eerste gesprek heeft niet de vorm van een behandelgesprek en dat betekent dat je niet de rol aanneemt van ‘therapeut’, maar die van onderzoeker: je bent meer zakelijk en emotioneel afstandelijk dan wanneer je therapiegesprekken voert. Tegelijkertijd begint de therapie al zodra je de patiënt ophaalt uit de wachtkamer, dus neem het niet te strikt. De rol van onderzoeker zien we ook terug als je psychologisch onderzoek doet; zie hiervoor hoofdstuk 8.

In de eerste paragraaf van dit hoofdstuk leg ik kort uit waar je tijdens het eerste gesprek op moet letten om het proces zo goed mogelijk te laten verlopen. Na het gesprek deel je de inhoud ervan met een of meer BIG-geregistreerde collega's en denk je gezamenlijk na over een beschrijvende diagnose. Het kan zijn dat een BIG-geregistreerde collega (dit kan zijn: gz-psycholoog, psychotherapeut, klinisch psycholoog of psychiater) het laatste deel van het kennismakingsgesprek bijwoont, of dat je na het schrijven van het verslag de informatie deelt met deze collega's binnen een multidisciplinair overleg (MDO). Je maakt er in ieder geval beleid op, wat inhoudt dat er een antwoord komt op de vraag: wat heeft de patiënt nodig? En je stelt een behandelplan op dat de vraag beantwoordt: hoe leveren we de zorg?

Na het kennismakingsgesprek volgt een terugkoppeling aan de patiënt: het adviesgesprek. Ook hier neem je nog niet de rol van therapeut op je. De tweede paragraaf van dit hoofdstuk gaat over het adviesgesprek, en dan met name over hoe de structuur van zo'n gesprek eruitziet en welke zaken je hoort te bespreken.

Als de patiënt het kennismakingsgesprek heeft afgerond en jullie samen een akkoord hebben over hoe de behandeling zal worden ingevuld, tref je hem op een eerste behandelgesprek. Het kan zijn dat dit de patiënt is die je ook op het kennismakingsgesprek hebt gezien, maar het kan ook zijn dat een collega van jou het kennismakingsgesprek en adviesgesprek heeft gevoerd en hem heeft doorverwezen naar jou. Het wordt nu tijd om je 'behandelpet' op te zetten. In de derde paragraaf van dit hoofdstuk bekijken we enkele elementen waar je op kunt letten tijdens zo'n eerste behandelgesprek.

De 'nieuwe ggz'

In de huidige tijd, waarin wij als burgers zorgverzekeraars betalen zodat zij de behandeling vergoeden, is het nu nog belangrijk om een diagnose-behandelcombinatie (DBC) te maken. Binnen dit systeem wordt een classificatie uit de DSM gekoppeld aan een behandelvorm die het liefst zo *evidence-based* mogelijk is. Het vaststellen van een classificatie, gevolgd door een specifiek daarop gerichte behandeling, is gebaseerd op het systeem dat in de medische wereld wordt gebruikt. Daar wordt bij aanvang van de behandeling een ziekte vastgesteld, en daarna wordt een behandelplan gemaakt om de ziekte te genezen. De DSM-5 wordt gebruikt om een 'ziekte' of 'stoornis' mee vast te stellen, en op basis daarvan krijgt de patiënt een behandelvorm toegewezen en eventueel medicatie voorgeschreven. Wetenschappelijke kennis, en niet het geloof van de therapeut of patiënt in de werkzaamheid van een behandeling, bepaalt welke behandeling op dat moment de beste is (Hafkenscheid, 2014). Om de 'stoornis' te 'genezen' wordt aan het einde van de behandeling gekeken of de klachten zijn verdwenen. Er wordt momenteel dus nog op dezelfde manier naar psychische problemen als naar fysieke problemen gekeken, en ze worden op dezelfde wijze behandeld.

Het hebben van psychische problemen is echter iets heel anders dan het hebben van fysieke problemen: ten eerste herkent iedereen zich wel in verschillende criteria van verschillende classificaties binnen de DSM, en dat komt doordat het hebben van 'psychische problemen' eigenlijk heel normaal is: iedereen is immers weleens angstig, boos, rusteloos, enzovoort. Dit verklaart waarom bijna de helft van de Nederlanders ooit in zijn leven voldoet aan de criteria van een psychische stoornis, en waarom zoveel mensen meerdere classificaties tegelijkertijd hebben – zie het NEMESIS-2-onderzoek. Ook het vaststellen van psychische problemen is een stuk complexer dan het vaststellen van zichtbare, fysieke klachten. Het is niet altijd duidelijk waarom klachten zijn ontstaan. Veel verschillende factoren spelen een rol bij de oorzaak, instandhouding en ook vermindering van de klachten. Een ander probleem met het huidige systeem is dat het krijgen van een 'label' stigmatiserend werkt. Als je als patiënt te horen krijgt dat je voldoet aan de criteria voor een

borderline persoonlijkheidsstoornis of schizofrenie, dan heeft de maatschappij voor jou alvast bepaald wie je bent. Het beïnvloedt sterk hoe mensen naar de patiënt kijken, en ook hoe de patiënt naar zichzelf kijkt. Een patiënt kan door het huidige systeem namelijk denken dat er iets mis is met hem en dat hij ‘genezen’ moet worden (Jansen & Batink, 2014). Tot slot: als de classificatie is vastgesteld, dan lijkt vervolgens het effect van (*evidence-based*) therapie beperkt, ondanks de laatste wetenschappelijke inzichten en ontwikkeling van de nieuwste therapieën (Van Oenen, 2019).

Gelukkig stappen we binnenkort van dit DBC-model af en bewegen we in de zorg naar een meer medemenselijke benadering van psychische problemen, waarbij de focus ligt op het proberen begrijpen van de patiënt, en niet op het ons presenteren als experts van het leven, omdat we zogenaamd ‘weten wat goed voor u is’. Deze nieuwe beweging wordt wel de ‘nieuwe ggz’ genoemd. Onder anderen Jim van Os en Remke van Staveren zijn hiervan twee belangrijke uitdragers. Er komt tegenwoordig steeds meer ruimte om samen met de patiënt te onderzoeken wat zijn waarden en wensen zijn, en deze te integreren in het behandelplan. Dit boek probeert aan te sluiten bij deze ontwikkeling door in het eerste hoofdstuk de nadruk niet te leggen op het leren vaststellen van de ‘juiste’ classificatie(s), maar op het leren beschrijven van een diagnose.

1.1 Het kennismakingsgesprek

Het kennismakingsgesprek is het eerste moment waarop je als beginnend psycholoog contact hebt met een patiënt. De uitzondering is wanneer je de patiënt al telefonisch te woord hebt gestaan, wat overigens in sommige instellingen is uitbesteed aan een extern bedrijf. Het kennismakingsgesprek is geen behandelgesprek, en om die reden neem je een meer onderzoekende houding aan. Je probeert met name de klachten, sterke kanten, coping (hoe de patiënt omgaat met stress) en levensloop te inventariseren. Dit leg je vast in een verslag, dat tegenwoordig digitaal wordt ingevuld in het elektronisch patiënten-dossier (EPD).

Als je je voorbereidt op het eerste gesprek kan het zijn dat je erachter komt dat de patiënt al eerder in behandeling is geweest bij jullie in de instelling, en dat er een oud dossier beschikbaar is. Het is mijn ervaring dat collega's dit dossier voorafgaand aan het eerste gesprek doornemen om zich zo goed mogelijk voor te bereiden. Dit dossier mag je echter niet zomaar inzien als iemand zich opnieuw aanmeldt. Je zult daarvoor toestemming moeten vragen van de patiënt, bijvoorbeeld door hem van tevoren te bellen en dit te vragen. De meeste patiënten zullen daar niet moeilijk over doen, maar je mag daar niet van uitgaan.

Tijdens een kennismakingsgesprek vraag je naar de meest dringende klacht(en), naar wie de belangrijke mensen zijn in zijn leven, en wil je meer te weten komen over wat de patiënt heeft meegemaakt in zijn leven tot nu toe. Ook wil je weten waarom de patiënt nu is gekomen en niet een half jaar eerder, wat de hulpvraag is, wat de verwachtingen zijn van

de therapie, en welke eerdere hulpverlening de patiënt al heeft gehad. Elke instelling hanteert zijn eigen methode om door middel van standaardvragen inzicht te krijgen hierin, maar dit is grotendeels gebaseerd op de DSM, waar veel mensen niet langer mee willen werken. In de ‘nieuwe ggz’ (Van Os, 2014) wordt gebruikgemaakt van vier basisvragen voor diagnostiek:

1. Wat is er met je gebeurd?
2. Wat zijn je kwetsbaarheid en je weerbaarheid?
3. Waar wil je naartoe?
4. Wat heb je nodig?

Hoe je het kennismakingsgesprek ook vormgeeft, je moet het doen binnen een bepaalde tijd (vaak de kortst mogelijke) en tegelijkertijd moet je een band opbouwen met de patiënt zodat hij zich vertrouwd genoeg voelt om over intieme details te vertellen. Ik bied daarbij geen koffie of thee aan, ook niet tijdens de therapiegesprekken. Therapie is namelijk geen plek van ontspanning en gezelligheid, maar van inspanning en hard werken.

Wat mij helpt bij het kennismakingsgesprek is om de patiënt tien tot vijftien minuten te laten vertellen wat hij wil vertellen (*free speech*), waarbij ik vooral aanhoor en doorvraag (zie ook Morrison, 2014). Om dit op gang te laten komen kan ik een eerste vraag stellen als: ‘Wat brengt je hier?’, ‘Waar heb je het meest last van in het dagelijks leven?’, of: ‘Wat maakt dat je je hebt aangemeld bij de huisarts?’ Dit geeft de patiënt de ruimte om zijn verhaal te doen, wat mensen vaak erg prettig vinden, en geeft mij informatie om later op terug te komen. De eerste woorden die de patiënt zegt vind ik erg belangrijk; daar luister ik altijd goed naar en die schrijf ik letterlijk op. Het zit de patiënt vaak al lange tijd hoog, en de eerste woorden zijn vaak waar het om gaat.

Het is ook goed om je te realiseren dat de vragen die je stelt gepaard gaan met een bepaalde therapeutische houding: het gaat erom dat je nieuwsgierig bent naar de patiënt, dat je een houding aanneemt van niet-weten: een bescheiden houding waarin je niet met je DSM-kennis strooit, maar met empathie en respect de patiënt benadert, zodat je écht contact maakt met hem. In hoofdstuk 2 kun je oefenen met deze houding.

Daarnaast is het belangrijk om voorafgaand aan de kennismaking na te denken over je veiligheid, zoals of jouw stoel het dichtst bij de deur staat in geval van nood. Het helpt ook stil te staan bij de manier van noteren: doe je dit achter de computer of met pen en papier? Kortom, het is best een complexe en veelomvattende opgave. Ervaring, dus veel gesprekken voeren, gaat je helpen, en de juiste richtlijnen voor het afnemen van een kennismakingsgesprek ook. Met name van belang zijn je observaties en de beschrijvende diagnose.

Observatie

Tijdens het eerste contact let ik op de kleine dingen die gebeuren: volgt de patiënt dicht achter me als ik hem begeleid naar mijn kamer? Begint de patiënt zelf met praten? Is hij onrustig? Maakt hij oogcontact? Kijkt hij mij op natuurlijke wijze aan of juist wat onge-

makkelijk? Heb ik het idee dat hij het allemaal begrijpt? Houdt hij zijn jas aan? Krijg ik het idee dat de patiënt echt wil veranderen, of wil hij de situatie alleen stabiliseren? Enzovoort. Het kan bijdragen aan je eerste indruk van de patiënt, die je kunt noteren bij 'observaties' in je verslag. Dit noemen we ook wel de 'persoonlijke indruk' en heet officieel een *status mentalis*.

Classificatie en diagnose

Er is een verschil tussen een classificatie en een diagnose. De classificatie is wat je letterlijk overneemt uit de DSM, met eventueel subtype en nadere specificaties. Bijvoorbeeld: ongespecificeerde angststoornis; bipolaire-II-stoornis, actuele episode depressief, matig ernstig; aandachtsdeficiëntie-/hyperactiviteitsstoornis, met overwegend onoplettend beeld, matig. Kortom, het is een label, een etiket, met als voordeel dat klinici en wetenschappers over de hele wereld dezelfde taal kunnen spreken, wat bijvoorbeeld van belang is voor het doen van onderzoek (Van Staveren, 2021). Een diagnose daarentegen beschrijft het unieke, gedetailleerde, complete beeld van iemand. Je beschrijft hierbij de specifieke klachten van de patiënt, wat hij nodig heeft of nodig denkt te hebben, en wat een mogelijke prognose is. Het is me opgevallen dat de meeste therapeuten een eigen invulling geven aan hoe je de diagnose beschrijft. Het zou mooi zijn als er meer consensus zou komen over hoe een diagnose beschreven hoort te worden. Hopelijk draagt de volgende informatie daaraan bij.

Twee typen diagnoses

Er zijn twee typen diagnoses: een beschrijvende diagnose en een structuurdiagnose. Bij een beschrijvende diagnose noem je de symptomen, de ernst, de duur, de ontwikkeling, de mogelijke oorzaak en de gevolgen van de klachten. Je noemt ook andere klachten die momenteel spelen. Bij een structuurdiagnose beschrijf je de factoren die de patiënt kwetsbaar maken, factoren die de stoornis uitlokken en factoren die de stoornis onderhouden of versterken. Het is mogelijk beide vormen van de diagnose te beschrijven. Voor de volledigheid helpt het om enkele biografische gegevens te noemen, en ook risicofactoren, beschermende factoren en mogelijke gevaarscriteria.

Dat klinkt als behoorlijk ingewikkeld. Vanuit mijn ervaring, de literatuur, en mijn kennis uit de gz-opleiding heb ik daarom een overzicht gemaakt van belangrijke onderwerpen tijdens een kennismakingsgesprek, aangevuld met een format voor het beschrijven van de observaties en een beschrijvende diagnose. Je kunt dit downloaden op de website van uitgeverij Boom¹ en je kunt het gebruiken ter ondersteuning van het kennismakingsgesprek.

1 Zie www.boompsychologie.nl/fundamentelevaardigheden.

Blijf in gesprek met een patiënt

We zitten er weleens naast met onze diagnoses en classificaties, ondanks onze expertise en de moeite die we erin stoppen. Neem dingen dus niet zomaar over die je leest in een dossier, maar blijf in gesprek met de patiënt: wat vindt hij van de eerdere classificaties die gesteld zijn? Wat vindt hij van de beschrijvende diagnose die je stelt? Herkent hij zich erin? En waarom wel of niet? Voel je niet een expert omdat je psycholoog bent, maar probeer de patiënt te begrijpen – van mens tot mens.

Key points

- Bereid je goed voor op het kennismakingsgesprek door de verwijzing te lezen.
- Je mag niet zomaar een oud dossier openen ter voorbereiding; vraag eerst toestemming aan de patiënt.
- Probeer bij het kennismakingsgesprek de houding van onderzoeker aan te nemen.
- Beschrijf naast de klachten ook je observaties.
- Er is een verschil tussen een classificatie en een (beschrijvende) diagnose.
- Neem uitgebreid de tijd om een beschrijvende diagnose te schrijven en deel deze in het adviesgesprek (zie paragraaf 1.2) met de patiënt: wat vindt hij ervan? Zijn er onjuistheden? Komen jullie visies overeen?
- Download de eerste bijlage ter inspiratie van het kennismakingsgesprek en voor de beschrijving van je observatie/diagnose.

Oefenvragen

Praktijksituatie 1

Je stelt Floor vragen over haar klachten en persoonlijke leven. Floor stelt gelijkwaardigheid hoog in het vaandel binnen elk sociaal contact en begint jou ook vragen te stellen over je persoonlijke leven, zoals of je een partner hebt en wat je hobby's zijn. Je merkt op bij jezelf dat je dit niet fijn vindt, omdat dit niet is waar dit gesprek voor bedoeld is.

Wat kun je zeggen?

Praktijksituatie 2

a. Al bij het ophalen van Anna uit de wachtkamer is duidelijk dat dit iemand is met veel energie. Ze praat over van alles en nog wat en associeert bij vrijwel elke zin, waardoor ze haar zinnen niet afmaakt. Als je met haar het gesprek start, heeft ze erg lang nodig om tot een antwoord te komen omdat ze zoveel uitweidt. Eigenlijk komt ze nooit goed tot de kern en vergeet ze al snel wat de vraag ook alweer was. Je kunt na een half uur inschatten dat je aan het einde van het gesprek mogelijk niet alle antwoorden gaat krijgen die je nodig hebt. Je komt er bijna niet tussen met je vragen.

Wat zou je hierover tegen haar kunnen zeggen?

b. Je bent aan het einde van het kennismakingsgesprek gekomen met Anna en hebt het idee dat je nog te weinig weet. Je wilt een tweede gesprek plannen met haar.

Hoe ga je haar dit vertellen?

Praktijksituatie 3

Je haalt Vera op uit de wachtkamer en jullie nemen plaats in je kamer. Je introduceert jezelf en vertelt wat de bedoeling is voor vandaag. Terwijl je dit vertelt, pakt Vera haar telefoon en zegt: 'Ik stuur even een berichtje naar mijn moeder, zodat ze weet dat ik veilig ben aangekomen.'

Hoe zou je hierop reageren?

Praktijksituatie 4

Je hebt Carolien opgehaald uit de wachtkamer voor het kennismakingsgesprek. Carolien is samen met haar moeder gekomen; zij zou ook graag bij het gesprek aansluiten. Hoewel je dit goed vindt, zou je ook graag de patiënte alleen willen spreken.

Wat kun je hierover zeggen bij aanvang van het gesprek?

Praktijksituatie 5

Je stelt je gebruikelijke vragen aan Maarten over zijn klachten en je merkt op dat hij ook vragen stelt. Deze vragen gaan over vertrouwelijkheid, zoals: wie kan er in het dossier

kijken? Als mijn werkgever belt, gaat u dan met hem overleggen over mijn behandeling? Je merkt dat hij achterdochtig is en dat hij niet het achterste van zijn tong laat zien.

Wat kun je overwegen om te zeggen om zijn achterdocht te verminderen?

Praktijksituatie 6

a. Jasmin meldt zich aan met een probleem rondom haar alcoholgebruik: ze kan geen maat houden en wil stoppen met drinken. Ze is daarvoor verwezen door de huisarts. Als je met haar in gesprek bent, ruik je een alcohollucht. Je vermoedt dat ze heeft gedronken.

Wat zou je kunnen zeggen of vragen?

b. Jasmin vertelt dat ze dit gesprek erg spannend vond en hierdoor niet heeft kunnen slapen. Ze heeft 's nachts enkele glazen wijn gedronken om in slaap te komen, en vanmorgen een paar glazen om de spanning te bedwingen. Ze vertelt ook dat ze met de auto naar je is toe gekomen.

Wat ga je zeggen?

Praktijksituatie 7

Loek komt op kennismakingsgesprek en zegt weinig. Hij zit in zijn stoel en kijkt naar beneden, hij friemelt wat met zijn handen. Je stelt je gebruikelijke vragen over wat de reden is van zijn komst, wat zijn klachten zijn en hoe zijn leven er nu uitziet. Zijn antwoorden zijn kortaf en hij kijkt je niet aan als hij antwoordt.

Wat zou je hierover tegen hem kunnen zeggen?

Praktijksituatie 8

Voor je zit Simon, een brede, gespierde jongeman die je strak aankijkt. Hij heeft in het leger gezeten en meldt zich aan met traumaklachten: hij is onrustig, continu alert en vermoeid, hij durft niet te slapen omdat hij bang is nachtmerries te krijgen, en hij geeft aan dat zijn toekomstplannen de grond in geboord zijn. Als je vraagt naar de inhoud van de trauma's en nachtmerries laat hij weinig los, hij wil het er niet over hebben.

Wat zeg je als de patiënt het niet over zijn trauma's wil hebben tijdens de kennismaking?

Praktijksituatie 9

Irene is vanaf het eerste moment zeer emotioneel. Ze huilt veel en stuurt het gesprek continu naar de scheiding die haar man zojuist heeft ingezet, in plaats van dat ze antwoord geeft op je vraag.

Hoe kun je haar respectvol laten weten dat je naast haar scheiding ook vragen wilt stellen over andere onderwerpen?

Praktijksituatie 10

Kosse meldt zich met somberheidsklachten omdat hij de zoveelste tegenslag te horen heeft gekregen: hij is vorige maand ontslagen als heftruckchauffeur na vijftien jaar dienst, omdat zijn functie is komen te vervallen. Het valt je op dat hij tatoeages heeft op zijn nek en armen, en dat hij een neuspiercing draagt.

Zou je over zijn uiterlijke kenmerken iets schrijven in je beschrijvende diagnose?