

Inhoud

Voorwoord	7
Deel I Houvast tijdens lastige momenten	9
1 Eerste hulp bij het omgaan met lastige momenten in de ambulante ggz <i>Marc Verbraak, Willemien Dijkgraaf-Hartland, Marije Engels & Martin Appelo</i>	11
2 Lastige momenten bij het uitvoeren van COMET voor lage zelfwaardering <i>Kees Korrelboom</i>	27
3 Omgaan met zwijgzaamheid van normblinde patiënten <i>Ivar Kofman</i>	41
Deel 2 Minder moeilijk door meer begrip	47
4 Gesprekken met psychotische mensen <i>Mark van der Gaag</i>	49
5 Moeilijke momenten met somatiserende patiënten <i>Sako Visser</i>	61
6 Agressie als symptoom van psychopathologie <i>Kees Hoogduin & Willem Hoogduin</i>	75

Deel 3 Moeilijke interacties	85
7 Kwetsbaar lastig. Over mensen die er niet voor kiezen om lastig gevonden te worden <i>Ad Kaasenbrood & Bert van Luyn</i>	87
8 Gesprekken met 'zorgmijders' <i>Gerard Lohuis</i>	97
9 Lastige momenten in de behandeling van agressieve patiënten <i>Jan Bernard</i>	111
Deel 4 Hoezo, lastig en moeilijk?	121
10 Van inspanning naar ontspanning tijdens lastige momenten met 'moeilijke' mensen <i>Martin Appelo</i>	123
11 Psychologische behandelingen bij moeilijke mensen zijn gewoon effectief <i>Willemien Dijkgraaf-Hartland, Carien Brals, Marc Verbraak & Maarten van Dijk</i>	139
12 Moeilijke mensen bestaan niet <i>Fredrike Bannink</i>	157
Nawoord	173
Literatuur	175
Over de auteurs	187

Voorwoord

Natuurlijk weten professionals in de geestelijke gezondheidszorg doorgaans wat zij moeten doen als hun om hulp of advies wordt gevraagd. Ze weten de juiste vragen te stellen, een goede analyse van het probleem te maken en met heldere, vooral *evidence-based*, oplossingen te komen. Wat is het dan toch jammer dat hun vragen niet altijd begrepen en hun analyses soms verworpen worden. Wat spijtig dat de geboden oplossingen niet standaard worden toegepast. Hoe onnodig is het dat er dan lastige momenten in de therapie ontstaan.

En waarom eigenlijk deze ogenschijnlijke miskenning van de kennis en kunde van de professionele hulpverlener? Het antwoord is simpel: er zijn nu eenmaal mensen die sterk afwijken van de gemiddelden op basis waarvan de meeste interventies ontwikkeld en de handboeken geschreven zijn!

Iedere therapeut kent de lastige momenten met moeilijke mensen. Of – voor wie dit te letterlijk neemt – met mensen die niet doen wat je van hen verwacht en die zich dwars, boos of zelfs agressief opstellen. Het getuigt naar onze mening van professionaliteit als je de schuld van ‘het lastige’ en ‘het moeilijke’ niet alleen bij de ander legt, maar ook in staat bent om naar jezelf en naar de interactie tussen jou en die ander te kijken.

Dat is waar dit boek over gaat. Over de lastige momenten die professionele hulpverleners doormaken tijdens het werken met ook in het

dagelijkse leven vaak als moeilijk ervaren mensen. ‘Moeilijke mensen’ of ‘lastige momenten’ die een beroep doen op je vermogen om boven jezelf en de therapie uit te stijgen, en een oplossing te bedenken waardoor de interactie en het therapeutisch proces herstellen of verbeteren. Door het boek heen worden er vragen gesteld en beantwoord zoals:

- ▶ Wanneer is iemand of een therapeutische interactie moeilijk?
- ▶ Is die ander lastig of maak ik het mezelf moeilijk?
- ▶ Wat zijn lastige momenten?
- ▶ Waarom is dit moment lastig of ervaar ik deze persoon als moeilijk?
- ▶ Wat kan ik doen om deze moeilijkheid weg te nemen?

Dit gebeurt in vier delen van elk drie hoofdstukken. Het eerste deel heet ‘Houvast tijdens lastige momenten’. Het is een echt *bow-to-do-it*-deel met veel *do's* & *don'ts* die door allerlei hulpverleners op verschillende moeilijke momenten kunnen worden gebruikt.

‘Minder moeilijk door meer begrip’ is de titel van deel 2. Het maakt duidelijk hoe de beoordeling van een situatie of interactie kan veranderen van ‘moeilijk’ naar ‘begrijpelijk’ wanneer je meer kennis over de stoornis in kwestie hebt.

In deel 3, ‘Moeilijke interacties’, staat centraal hoe hulpverleners kunnen omgaan met problemen die vaak voorkomen in het contact met mensen die aan persoonlijkheidsproblematiek lijden. Vertrouwen en geduld staan daarbij centraal.

Het laatste deel heet ‘Hoezo lastig en moeilijk?’ Hier wordt aangetoond dat mensen en situaties die we als moeilijk ervaren, vanuit een ander perspectief vaak ineens veel gemakkelijker lijken. Dit deel pleit voor *out-of-the-box*-denken en legt daarmee de rode draad van dit boek weer bloot: we ervaren veel mensen en situaties vooral als lastig of moeilijk omdat wij, de hulpverleners, te rigide zijn.

Dit boek is een volledig nieuwe versie van *Omgaan met moeilijke mensen* dat in 2003 uitkwam en is te lezen als een geheel nieuwe titel.

Deel I Houvast tijdens lastige momenten

Het eerste deel van dit boek biedt een arsenaal aan tips en richtlijnen om met moeilijke situaties tijdens hulpverleningscontacten om te gaan.

Marc Verbraak, Willemien Dijkgraaf-Hartland, Marije Engels en Martin Appelo beschrijven in hoofdstuk 1 een serie interactieproblemen die het therapeutisch proces kunnen verstoren en zij geven richtlijnen hoe hiermee om te gaan.

Kees Korrelboom gaat op dezelfde voet verder in hoofdstuk 2, maar spitst zijn betoog toe op valkuilen en complicaties die kunnen optreden tijdens de behandeling van mensen met lage zelfwaardering. Hij behandelt ze aan de hand van het werken met COMET, een door hem ontwikkelde cognitief-gedragstherapeutische methode om het zelfbeeld te versterken. De valkuilen passeren per fase van de behandeling de revue en worden stuk voor stuk voorzien van nuttige oplossingen.

Ivar Kofman beschrijft in hoofdstuk 3 hoe moeilijk het soms kan zijn om een normaal gesprek te voeren met mensen die zwijgzaam zijn. De handvatten die hij geeft, veranderen niet de stiltes maar helpen wel om er met meer ontspanning mee om te gaan.

I Eerste hulp bij het omgaan met lastige momenten in de ambulante ggz¹

*Marc Verbraak, Willemien Dijkgraaf-Hartland,
Marije Engels & Martin Appelo*

Een verstoorde therapeutische relatie is vervelend voor therapeuten en patiënten. Maar het is ook een belangrijke reden dat er met bewezen effectieve behandelingen minder gunstige behandelresultaten worden behaald (Reich, 2003; Sprey, 2002; Young, Weinberger & Beck, 2001).

Volgens veel therapeuten doen interactieproblemen zich vooral voor tussen therapeuten en patiënten met een (comorbide) persoonlijkheidsstoornis. Verstoorde relatiepatronen zijn immers kenmerkend voor dergelijke stoornissen (Bender, 2005), zo is dan de redenering. Onderzoek toont echter aan dat interactieproblemen niet specifiek voorkomen tijdens de behandeling van patiënten met persoonlijkheidsproblematiek. Bij het grootste deel van deze patiënten wordt de interactie door de therapeut niet als problematisch ervaren. Bovendien geldt dat ook bij patiënten zonder persoonlijkheidsgerelateerde comorbiditeit door therapeuten regelmatig interactieproblemen worden ervaren (Verbraak, Dijkgraaf-Hartland, Brals & Van Dijk, 2014).

Het feit dat persoonlijkheidsproblematiek gerelateerd is aan relatieproblemen, wordt door therapeuten nogal eens omgedraaid. Zodra er interactieproblemen optreden, concluderen zij dan dat er bij de patiënt sprake moet zijn van persoonlijkheidsproblematiek (Dreessen & Arntz, 1999). Dit is dus niet terecht.

Problemen in de therapeutische relatie gaan niet alleen samen met een moeizaam behandelverloop, ze kunnen ook leiden tot verkeerde diagnostische gevolgtrekkingen, (mede daardoor) afwijken van het be-

handelprotocol en ongunstige resultaten. Het is daarom van groot belang om interactieproblemen vroegtijdig te signaleren en te voorkomen.

Dit hoofdstuk beschrijft puntsgewijs een groot aantal signalen van interactieproblemen en geeft adviezen hoe hiermee om te gaan. Daarbij is dankbaar geput uit onder andere het werk van Keijsers, Vossen en Keijsers (2012, 2013). De verschillende signalen en adviezen worden per fase gepresenteerd: aan het begin, tijdens, en aan het eind van de behandeling. Hierbij geldt overigens dat de bij een bepaalde fase beschreven problemen ook tijdens een andere fase kunnen optreden.

Bij de adviezen gaan we ervan uit dat de therapeut vanuit zijn kennis en kunde al beschikt over de benodigde therapeutische vaardigheden. Vooraf willen we benadrukken dat de signalen en adviezen ook in andere dan psychotherapeutische hulpverleningsrelaties van toepassing kunnen zijn.

Lastige momenten tijdens het begin van de behandeling

Tijdens het intakeproces en de eerste sessies van een behandeling moeten therapeut en patiënt elkaar leren kennen en zich op elkaar afstemmen. Dit kan onder meer gepaard gaan met de volgende interactieproblemen.

De patiënt stelt zich afwachtend op, toont weinig initiatief of durft zich niet (emotioneel) te uiten

- ▶ De therapeut realiseert zich dat patiënten die niet ‘gretig’ lijken om hun verhaal te vertellen of hun hulpvraag te formuleren, vaak nog afwegen of zij daadwerkelijk hulp willen of hun gedrag willen veranderen. Zij moeten daarover nog een beslissing nemen.
- ▶ De therapeut bespreekt op een open en positieve manier de voor- en nadelen van gedragsverandering en van het continueren van het huidige gedrag.
- ▶ Daarnaast geeft de therapeut uitleg over de desbetreffende stoornis en hoe deze behandeld kan worden. Mogelijk wordt de patiënt hier enthousiast van.
- ▶ Ook kan het zijn dat de patiënt tijd nodig heeft om zich bloot te ge-

ven en om een relatie aan te gaan. De therapeut bespreekt dan dat veel patiënten terecht wachten met het achterste van hun tong te laten zien. Heel begrijpelijk kijken ze of de therapeut betrouwbaar en deskundig is.

De patiënt stelt zich afhankelijk op en zegt vooral 'ja en amen'

- ▶ De therapeut betreft de patiënt meer bij de behandeling door hem de verantwoordelijkheid te geven voor de agenda, de sessie, huiswerkopdrachten, gedragsexperimenten, enzovoort (Beck et al., 2003).
- ▶ De therapeut maakt gebruik van de utilisatietechniek door aan te sluiten bij of mee te judoën met een specifiek gedragspatroon of een omgangsstijl van de patiënt. De oppositionele patiënt wordt geprezen voor zijn kritische inzet, de dominante patiënt voor zijn initiatieven, de narcistische patiënt wordt gevleid en de afhankelijke patiënt wordt bedankt voor zijn vertrouwen in de therapeut.
- ▶ De therapeut zorgt er steeds voor dat de patiënt de beslissingen neemt en neemt de verantwoordelijkheid niet over.

De patiënt komt gespannen en angstig over en lijkt op zijn hoede

- ▶ De therapeut biedt veiligheid door empathisch te reageren en niet te confronteren.
- ▶ De therapeut informeert naar eventuele eerdere en nare ervaringen met psychologen of therapeuten en naar eventuele vooroordelen hierover.
- ▶ De therapeut vertelt dat veel mensen het moeilijk vinden om in behandeling te gaan. Hij vertelt iets over de behandeling en benadrukt daarbij dat interventies en oefeningen altijd in overleg gebeuren en niet eenzijdig door hem worden opgelegd.
- ▶ De therapeut benadrukt dat de meeste patiënten de behandeling gaandeweg als iets positiefs ervaren. 'Zodra u merkt dat het werkt, zult u er niet meer tegenop zien om naar de zittingen te gaan.'

De patiënt vertoont overmatige aandacht voor details en is breedsprakig

- ▶ De therapeut stelt vooral gesloten vragen (zeker wanneer hij informatie van de patiënt nodig heeft). Sommige patiënten zijn van

nature breedspakig en willen alles in detail vertellen. Dit kan ertoe leiden dat de therapeut niet toekomt aan zijn agenda of dat er een gevecht om het woord ontstaat. Als de therapeut begint met open vragen zoals ‘Hoe is het gegaan deze week?’ of ‘Hoe is het met u?’ dan zet hij de deur open voor een uitvoerige verhandeling door de patiënt.

- ▶ De therapeut opent de sessie op een manier waarmee hij weinig ruimte laat voor uitvoerige antwoorden. ‘Vertel me eens met een paar steekwoorden hoe het de afgelopen week is gegaan.’ ‘Wat was deze week het belangrijkste thema of probleem?’ ‘Probeer het eens in hoofdpunten samen te vatten.’ Hierbij kan het geen kwaad als de therapeut benadrukt dat hij het anders niet goed kan volgen.
- ▶ De therapeut kan met de patiënt bespreken of hij vaker meemaakt dat mensen hem niet kunnen volgen of breedspakig vinden. Hij zou dan een extra behandeldoel kunnen voorstellen, namelijk het leren samenvatten van informatie en bondige spraak.
- ▶ Een dwangmatige patiënt kan zich zorgen maken dat hij iets belangrijks vergeet te vertellen. Dit kan aanleiding geven tot gedetailleerde verhalen of breedspakigheid. Als dit de therapeut irriteert, kan dit weer tot verwarring leiden bij de patiënt (‘Ik doe het zeker niet goed’).
 - De therapeut moet zich realiseren dat het gedragspatroon voortvloeit uit de overmatige behoefte aan controle en perfectionisme van de patiënt. Zowel de therapeut als de patiënt is dan gebaat bij gerichte en gesloten vragen (Sperry, 2006).
 - De therapeut kan de patiënt onderbreken met positieve interventies. Bijvoorbeeld: ‘Ik vind dat u dit helder en duidelijk hebt uitgelegd.’ Vervolgens wordt een structuur aangeboden waarin korte antwoorden vanzelfsprekend zijn. ‘Om het helemaal precies in kaart te brengen ga ik u nu vragen stellen waarop u alleen ja of nee moet antwoorden.’

De patiënt heeft moeite om tot een op zijn doelen gebaseerd behandelplan te komen, omdat hij ...

... vage doelen stelt (zoals ‘ik wil gelukkig zijn’)

- ▶ De therapeut maakt de doelen specifiek en concreter. Vragen die hij hierbij kan gebruiken, zijn: ‘Hoe ziet je leven eruit als je gelukkig bent?’ ‘Wat moet je doen om gelukkig te worden?’ ‘Wat wil je veranderen (in je werk, je relatie, enzovoort) en hoe pak je dat aan?’ Soms helpt het om de patiënt veranderingen te laten visualiseren: ‘Stel je eens voor hoe het er over een jaar uit ziet als jij je een stuk beter voelt’, ‘Beschrijf mij eens in een filmpje hoe je leven eruit ziet als het beter gaat’, ‘Stel, het is een doordeweekse dag, je voelt je goed en je hebt goed geslapen. Wat ga je deze dag doen?’ Ook antwoorden op gewetensvragen kunnen een goed beeld geven van de doelen van de patiënt: ‘Wat wil je tegen je kleinkinderen over jezelf kunnen vertellen?’ ‘Hoe wil jij na je dood worden herinnerd en wat moet je daarvoor nog aanpakken of veranderen?’
- ▶ De therapeut gebruikt de SMART-methodiek om de doelen helder te krijgen. SMART staat voor Specifiek (concreet en ondubbelzinnig), Meetbaar (met observeerbaar resultaat), Acceptabel (waar patiënt achter staat), Realistisch (voor patiënt haalbaar) en Tijdgebonden (binnen een vastgestelde en overzichtelijke termijn te realiseren).

... vooral aangeeft wat anderen moeten veranderen

- ▶ De therapeut geeft aan dat hij er niet is om anderen te veranderen. Hij is er om mensen te helpen die met zichzelf aan de slag willen gaan. De therapeut stelt daarom voor om te kijken wat de patiënt aan zichzelf wil veranderen. Bijvoorbeeld: anders leren omgaan met iemand met wie de patiënt het moeilijk heeft.

... disfunctionele gedachten heeft over (het opstellen van) doelen (bijvoorbeeld: ‘Het moet lukken’, ‘Het werkt vast niet bij mij’, ‘Ik kan het toch niet’, of ‘De therapeut zal wel denken...’)

- ▶ De therapeut bespreekt deze disfunctionele gedachten. Bij sceptische patiënten erkent hij dat de therapie voor hun klacht lang niet altijd herstel geeft, en dat dit herstel afhankelijk is van de inzet van de patiënt.
- ▶ De therapeut laat de patiënt inzien dat hij zich alleen maar slechter zal voelen als hij doorgaat met denken zoals hij nu doet.

De patiënt zoekt bewondering en goedkeuring van de therapeut

- ▶ De therapeut gaat er in principe van uit dat dit gedrag typerend is voor de problematiek van de patiënt. Hij negeert het zo veel mogelijk en bekrachtigt daarnaast competent en assertief gedrag van de patiënt.
- ▶ Dooft het bewondering en goedkeuring zoekende gedrag hierdoor niet uit, dan brengt de therapeut dit ter sprake. Hij wijst erop dat het gedrag hem opvalt en vraagt naar de bedoeling ervan. Is de patiënt bang om afgewezen te worden of heeft hij veel behoefte aan erkenning? De therapeut benadrukt dat een therapeutische relatie alleen maar kan bestaan bij de gratie van wederzijds respect en erkenning en stelt voor om er allebei van uit te gaan dat het daarmee wel goed zit.

De patiënt presenteert zich opvallend zelfverzekerd en/of pretentius

- ▶ De therapeut realiseert zich dat dit een manier kan zijn om onzekerheid te verbloemen. Hij geeft de patiënt ruimte en tijd om zijn eigen plek en positie in de therapie te vinden.
- ▶ De therapeut voorkomt dat hij de uitlatingen van de patiënt persoonlijk opvat en zorgt ervoor dat hij steeds een metapositie inneemt (Beck et al., 2003).
- ▶ De therapeut complimenteert de patiënt met zijn duidelijke opvattingen. Zo nodig (bij te veel pretenties) geeft de therapeut aan dat de patiënt wel wat minder streng voor zichzelf mag zijn.

De patiënt laat merken dat hij bijzonder is en/of een speciale behandeling wenst

- ▶ De therapeut sluit aan bij de verhalen van de patiënt. Hij spreekt zijn bewondering uit over de prestaties van de patiënt. Hij bereikt hiermee dat de patiënt de indruk krijgt met een verstandig persoon te maken te hebben. Daarmee zorgt de therapeut ervoor dat de behandeling kan beginnen.
- ▶ De therapeut legt de professionele regels en het beleid rondom behandelen uit die bij de instelling of praktijk worden gehanteerd. Behandelingen waarvan niet verwacht kan worden dat ze effect hebben of waarmee de therapeut geen ervaring heeft, worden niet

gegeven. De wel aangeboden behandeling wordt vanzelfsprekend op maat gesneden.

De patiënt heeft een geschiedenis van mislukte behandelingen

- ▶ De therapeut biedt niet automatisch een nieuwe behandeling aan. Dit kan immers leiden tot de zoveelste teleurstelling voor de patiënt. De therapeut biedt drie tot vier proefsessies aan. Hij kan hierna, in overleg met de patiënt, inschatten of het raadzaam is om de behandeling te continueren. Hij maakt deze inschatting mede op grond van zijn observaties tijdens deze sessies en op grond van de inzet van de patiënt bij de opdrachten tussen de sessies.
- ▶ De therapeut vraagt hoe de patiënt de voorgaande behandelingen heeft ervaren en wat er volgens hem aan ontbrak bij die insteek, bij die therapeut en bij de toenmalige inzet van de patiënt. De therapeut overlegt met de patiënt of de huidige behandeling wel succes kan bieden. 'Wat moeten wij doen en laten om te voorkomen dat deze behandeling mislukt?'

De patiënt automutileert aan het begin van de behandeling of vertoont ander gedrag (zoals verslavingsgedrag) waardoor hij of anderen acuut gevaar lopen

- ▶ De therapeut geeft aan dat ambulante therapie niet mogelijk is zolang er iemand gevaar loopt. In dat geval is een opname geïndiceerd.
- ▶ In het geval van niet-levensbedreigende automutilatie stelt de therapeut voor om de schadelijkste vormen van automutileren te vervangen door iets wat een sterke sensorische prikkel geeft (koude douche, ijsklontjes vasthouden, hardlopen). Ook dringt de therapeut er bij de patiënt op aan om voor het automutileren contact te zoeken met iemand die het kan helpen voorkomen.

*De patiënt laat zich zodanig uit dat de therapeut erdoor uit zijn rol dreigt te vallen
Zoals in het geval dat de patiënt ...*

... de therapeut idealiseert, verleidelijk, uitdagend en verliefd gedrag toont, of de therapeut test;

... de therapeut imponeert, kleineert of diskwalificeert;

... zich afwisselend (erg) positief en negatief uitlaat over de therapeut.

De therapeut wordt hier bijvoorbeeld gespannen, bang of verlegen van, of raakt positief of negatief geïmponeerd.

- ▶ Zolang het gedrag en de reactie daarop het therapeutisch proces niet belemmeren, negeert de therapeut het of gaat hij er zakelijk mee om.
- ▶ Wordt het therapeutisch proces wel belemmerd, dan neemt de therapeut een metapositie in en bespreekt hij vriendelijk wat hij bij zichzelf merkt.
- ▶ Hij geeft aan dat deze emotie het therapeutisch proces kan verstoren wanneer er niet bij wordt stilgestaan.
- ▶ Hij vraagt de patiënt of hij dit herkent. ‘Gebeurt het u vaker dat mensen zich zo voelen bij u?’ ‘Is dat uw bedoeling?’ ‘Wat is daar meestal het gevolg van?’
- ▶ De therapeut stelt voor om te onderzoeken of dit interactieprobleem gerelateerd is aan de problemen waarvoor de patiënt hulp zoekt. Met andere woorden: gebeurt er in de therapeutische relatie iets wat typerend is voor het verhaal van de patiënt, en is het goed om hiermee rekening te houden tijdens het opstellen van het behandelplan?

Lastige momenten tijdens de behandeling

Als de behandeling eenmaal loopt, zijn het vooral opvallend vaak voorkomende handelingen of gedragingen die de interactie kunnen belemmeren. De therapeut merkt dat hij moeite begint te krijgen met bepaalde patronen. Het kan hierbij om de volgende zaken gaan.

De patiënt klaagt voortdurend

- ▶ De therapeut toont in eerste instantie begrip voor het feit dat de patiënt het moeilijk heeft.
- ▶ Als het klagen voortduurt, bespreekt de therapeut dit. Bijvoorbeeld: ‘U lijkt vooral stil te staan bij zaken die niet goed gaan en te benoemen wat moeilijk is. Hoe helpt u dit om uw doelen te bereiken?’
- ▶ De therapeut maakt gebruik van de utilisatietechniek door aan te

sluiten bij of mee te judoën met het gedrag van de patiënt. De klagende patiënt wordt geprezen voor zijn kritische houding en hem wordt gevraagd om vanuit diezelfde houding naar een alternatieve zienswijze of oplossing te zoeken.

De patiënt is niet gewend samen te werken, maar om alles alleen te doen of juist om steeds geholpen en gered te worden

- ▶ De therapeut signaleert dit en toont begrip voor de onwennigheid van de situatie.
- ▶ Hij stimuleert de patiënt tot samenwerking met socratische vragen. 'Wat zijn je doelen?' 'Wil je alleen of afhankelijk blijven?'

De patiënt neemt geen verantwoordelijkheid voor de behandelingen of stelt zich afhankelijk op

- ▶ De therapeut betreft de patiënt meer bij de behandeling door hem de verantwoordelijkheid te geven voor de agenda van de sessie, huiswerkopdrachten, gedragsexperimenten enzovoort.
- ▶ Het kan ook helpen als de therapeut zich minder deskundig opstelt. Bijvoorbeeld met zinnnetjes als: 'Dat zou ik niet weten, wat vindt u zelf?' of 'Het is uw leven, de keus is aan u.' Het kan helpen om de patiënt hierbij steeds verschillende opties voor te leggen (meerkeuzevragen).
- ▶ De therapeut bekrachtigt competent en assertief gedrag. Afhankelijk gedrag wordt genegeerd.
- ▶ De therapeut is zich ervan bewust dat het gedrag van de patiënt bij hem 'reddergevoelens' kan oproepen. Hij zorgt ervoor dat hij het hulpeloze gedrag van de patiënt niet bekrachtigt.

De patiënt voert opdrachten niet uit of vertoont weerstand tegen opdrachten

- ▶ De therapeut onderzoekt of de opdrachten duidelijk genoeg zijn voor de patiënt. Indien dit niet het geval is, legt hij ze nogmaals uit.
- ▶ De therapeut onderzoekt of het doel van de opdracht voor de patiënt duidelijk is door de patiënt te vragen het doel te herhalen. Zo komt hij erachter of zij op één lijn zitten. Indien dit niet het geval is, dan kadert de therapeut de betekenis van de opdracht anders in.

- ▶ De therapeut herhaalt het belang van het huiswerk en geeft aan dat elke sessie voortbouwt op het gedane huiswerk. (NB: de therapeut zorgt er ook daadwerkelijk voor dat hij de sessie steeds start met het bespreken van het huiswerk.)
- ▶ De therapeut vraagt specifiek naar de beleving van de patiënt bij de opdracht, als hij verbaal of non-verbaal weerstand toont. Enkele hulpvragen daarbij zijn: ‘U maakt op mij een gespannen/geïrriteerde indruk als wij het over de huiswerkopdracht hebben. Klopt dat?’ ‘Ik zou u willen vragen om een moment stil te staan bij mijn laatste vraag over de opdracht. Wat merkt u bij uzelf als ik u daarnaar vraag?’
- ▶ De therapeut controleert of de opdrachten niet te moeilijk en/of wel passend zijn voor de patiënt. Is dat het geval, dan worden de opdrachten geherformuleerd in kleinere stapjes.
- ▶ De therapeut vraagt: ‘Hoe kwam het dat u de opdracht niet uitvoerde?’ Samen met de patiënt worden de redenen geanalyseerd en oplossingen bedacht om voortaan het niet uitvoeren van opdrachten te voorkomen.
- ▶ Als de patiënt zich verontschuldigt voor het niet maken van het huiswerk, geeft de therapeut aan dat het jammer is omdat daardoor de behandeling onnodig vertraging oploopt.
- ▶ De therapeut maakt afspraken rondom onduidelijkheden bij het huiswerk, bijvoorbeeld dat de patiënt mailcontact opneemt om vragen over de onduidelijkheden te kunnen stellen.
- ▶ De therapeut spreekt af dat de patiënt, indien het huiswerk niet is gemaakt of indien hij meer tijd nodig heeft voor het huiswerk, de volgende sessie tijdig afbelt.

De patiënt komt regelmatig te laat of zegt afspraken af

- ▶ De therapeut gaat bij zichzelf na wat hiervan de reden kan zijn. Mogelijk twijfelt de patiënt nog aan de behandeling. De therapeut bespreekt dit en laat de patiënt een bewuste keuze maken voor therapie. Het kan ook zijn dat de patiënt belemmeringen ervaart (bijvoorbeeld in de therapeutische relatie) die hij niet durft uit te spreken. De therapeut vraagt hier expliciet naar. Bijvoorbeeld:

‘Heeft het iets met mij te maken?’ ‘Zijn er dingen die u niet goed durft aan te geven terwijl ze wel meespelen bij uw verzuim?’

- ▶ De therapeut geeft aan dat de onderbrekingen niet bevorderlijk zijn voor de behandeling en vraagt de patiënt wat hem kan helpen om de continuïteit te bevorderen.

De patiënt wil graag dat de therapeut voor hem beslist

- ▶ De therapeut reageert empathisch op dit verzoek maar benadrukt dat de patiënt zelf tot een beslissing moet komen. De therapeut biedt aan om hierbij te helpen, bijvoorbeeld door nog eens de voor- en nadelen tegen elkaar af te wegen.

De patiënt vertoont heftig emotioneel gedrag tijdens de sessies

- ▶ De therapeut besteedt altijd aandacht aan heftig emotioneel gedrag. Hij valideert en normaliseert het uiten van emoties en komt niet meteen met praktische oplossingen. Hij laat merken dat hij de patiënt niet in de steek zal laten.
- ▶ De therapeut zet het emotionele gedrag zo mogelijk in een algemeen kader en bespreekt de gevolgen van dit gedrag. Vervolgens analyseert hij de situatie en probeert een brug te slaan naar vergelijkbare situaties in het dagelijkse leven van de patiënt. Mogelijke alternatieven voor dergelijke emotionele reacties kunnen besproken worden. Hierdoor leert de patiënt om wat afstand te nemen van zijn gedrag en het te observeren en corrigeren.
- ▶ Bij een crisis (intoxicatie of suïcidedreiging) volgt de therapeut het crisisprotocol van de instelling of praktijk.

De patiënt vertoont op de therapeut gerichte woede-uitbarstingen

- ▶ De therapeut bewaart in alle gevallen zijn professionele distantie.
- ▶ De therapeut biedt zijn excuus aan omdat hij de patiënt blijkbaar onbedoeld heeft geraakt. Hij vraagt de patiënt om voortaan direct aan te geven wanneer er weer een gevoelig onderwerp aan de orde komt. Samen kunnen ze er dan voor zorgen dat heftige reacties die niet nodig zijn voor de behandeling, voorkomen worden.
- ▶ Hij realiseert zich dat kwaadheid, die vaak impulsief is en onver-

wachts of grof wordt geuit, deel kan uitmaken van de problematiek van de patiënt (zie ook de hoofdstukken 6 en 9). Hij besteedt aandacht aan de woede door:

- ▶ de gevoelens van boosheid toe te laten en te valideren; hiermee biedt hij een veilige haven en dit vormt voor de patiënt een nieuwe ervaring;
 - ▶ de situatie in het hier-en-nu te exploreren en te bespreken; hierdoor voelt de patiënt zich begrepen.
- ▶ Bij het overschrijden van grenzen (bijvoorbeeld schelden tegen de therapeut, persoonlijk aanvallen, fysiek bedreigen en diens bezittingen of familieleden bedreigen) geeft de therapeut aan dit absoluut niet te tolereren. Hij reageert met opmerkingen zoals: ‘Dit sta ik niet toe. U moet ophouden met tegen mij te schreeuwen. Het is prima dat u kwaad bent, maar niet dat u tegen mij schreeuwt.’ Als de patiënt niet ophoudt, dan verbindt de therapeut daar consequenties aan: ‘Ik wil dat u een paar minuten naar de wachtkamer gaat totdat u gekalmeerd bent. Als u gekalmeerd bent, kunt u terugkomen en mij verder vertellen over uw kwaadheid, maar zonder tegen mij te schreeuwen.’ Eventueel kan de therapeut ook zelf de therapiekamer verlaten en de patiënt vragen om hem te komen halen zodra hij weer rustig is. De therapeut geeft hiermee twee boodschappen: de eerste is dat hij over de woede van de patiënt wil horen, de tweede is dat de patiënt zijn woede binnen gepaste grenzen moet uiten (Young, Klosko & Weishaar, 2003).

De patiënt dreigt met automutilatie of het fysiek beschadigen van anderen

- ▶ De therapeut besteedt hier altijd aandacht aan. Hij gaat met de patiënt na welke antecedente en consequente factoren een rol spelen. Met zelfcontroletechnieken leert hij de patiënt hierop in te grijpen.
- ▶ Is het onheil afgewend, dan gaat de behandeling verder zoals voor de dreiging. De therapeut vraagt dan echter aan het begin van elke sessie of de neiging de afgelopen dagen heeft gespeeld. Zo ja, dan verschuift de focus weer naar het zelfcontroleprogramma.
- ▶ Bij uitblijven van resultaat of toename van de dreiging volgt de therapeut het crisisprotocol van de organisatie of praktijk.

De patiënt is suïcidaal

- ▶ De therapeut schat in of er sprake is van acuut gevaar. Zijn er afspraken te maken? Als er acuut gevaar is of als er geen afspraken zijn te maken, dan wordt het crisisprotocol van de organisatie of praktijk gestart. Een therapie kan nooit verdergaan als de therapeut bang is dat zijn patiënt suïcide pleegt (Young et al., 2003).
- ▶ Is er geen acuut gevaar en zijn er afspraken te maken, dan onderzoekt de therapeut de aanleiding voor de zelfmoordplannen en mogelijke alternatieven om met dergelijke neigingen om te gaan. Vooral het gebruiken van sociale hulpbronnen is hierbij van belang.
- ▶ De therapeut zegt eventueel toe om de behandeling (een tijdje) te intensiveren. Hij let daarbij goed op dat het geven van extra aandacht geen bekrachtiger wordt voor het uiten van zelfmoordplannen.

Lastige momenten aan het eind van de behandeling

Scheiden doet lijden, ook tijdens een goed verlopen therapie. De therapeut en de patiënt hebben samen het nodige meegemaakt en een band opgebouwd. Bovendien is afscheid nemen of er (weer) alleen voor komen te staan vaak een onderdeel van de problematiek waarmee de patiënt aanvankelijk kampte. Het afronden van een behandeling moet daarom heel bedachtzaam gebeuren.

De patiënt heeft moeite met afscheid nemen van de therapeut en/of met het beëindigen van de behandeling

- ▶ De therapeut onderzoekt en bespreekt altijd wat de reden is van de moeite om afscheid te nemen.
- ▶ Het is altijd van belang om de eindigheid van de behandeling te bespreken en het afscheid voor te bereiden door te voorspellen hoe lang een behandeling in het algemeen nog zal duren.
- ▶ Tijdens de behandeling wordt af en toe aangegeven hoelang het traject ongeveer nog gaat duren.
- ▶ Aan het eind van de behandeling wordt de frequentie van de sessies

afgebouwd (bijvoorbeeld van eenmaal per twee weken naar eenmaal per maand).

De patiënt rapporteert een toename van klachten of vertoont claimend gedrag wanneer het einde van de behandeling nadert (dit kan overigens ook optreden wanneer de therapeut met vakantie gaat)

- De therapeut onderzoekt of de patiënt bang is om er alleen voor te staan of om in de steek gelaten of afgewezen te worden. Dit thema wordt vervolgens gebruikt om tijdens de therapie geleerde vaardigheden (bijvoorbeeld: sociale hulpbronnen mobiliseren) uit te voeren. In het terugvalpreventieplan wordt hier ook weer aandacht aan geschonken.

Tot slot

De in dit hoofdstuk beschreven adviezen kunnen therapeuten helpen bij het herkennen, benoemen en omgaan met interactieproblemen die zich tijdens een behandeling kunnen voordoen. We willen hier nog benadrukken dat interactieproblemen ook kunnen worden veroorzaakt door het niet goed uitvoeren van diagnostiek en het niet goed toepassen van een behandelprotocol. In de psychotherapeutische praktijk wordt vaak in niet meer dan ongeveer 20% van de daartoe geëigende gevallen een bewezen effectieve interventie toegepast (Verbraak, 2012). Als verklaring hiervoor wordt vaak gegeven dat het om een ‘complexe casus met persoonlijkheidsproblematiek’ gaat. Later in dit boek, en met name in hoofdstuk II, zal blijken dat dit geen goed argument is. Bij dergelijke casussen moet vooral veel energie worden besteed aan het uit de ogenschijnlijke complexiteit distilleren van de as-I-problematiek. Deze is dan, mits gestructureerd aangepakt, meestal goed te behandelen. Het niet uitvoeren van dit distillatieproces kan tot onduidelijkheid en verwarring leiden. De hiermee samengaande interactieproblemen mogen dan niet aan de patiënt worden toegeschreven!

Noot

1. Bij de vervaardiging van dit hoofdstuk werd gebruikgemaakt van de volgende eerdere publicaties: Dijkgraaf, Engels & Verbraak, 2009; Dijkgraaf-Hartland, Brals, Verbraak & Van Dijk, 2013; Verbraak, Dijkgraaf-Hartland, Brals & Van Dijk, 2014).