

# 1 HET PROBLEEMGERICHTE GEDRAGSTHERAPEUTISCH PROCES

## 1.1 Inleiding

De bedoeling van dit boek is het bieden van een breed overzicht en veel praktische aanwijzingen. Wij willen een gevarieerd aanbod doen van methoden, technieken en hulpmiddelen, die toepasbaar zijn in de cognitieve gedragstherapie bij kinderen en jeugdigen, met veel tips, veel voorbeelden, veel probleemgebieden en relevante en recente literatuurverwijzingen. Het is bestemd voor de doorsnee practicus (gedragstherapeut) die alle mogelijkheden wil benutten om verandering op gang te brengen. Waar nodig wordt er een expliciet onderscheid gemaakt tussen kinderen en jeugdigen als cliënt. Het boek wil een gids zijn voor de gedragstherapeut in opleiding en een toets op ervaring en kennis voor de ervaren kinder- en jeugdgedragstherapeut.

In dit eerste hoofdstuk worden de fases beschreven van het probleemgerichte gedragstherapeutisch proces, vanaf de aanmelding tot en met de afsluiting van de therapie. Hierbij wordt – met overzichten, reminders en voorbeelden – een overzicht gegeven van de te nemen stappen, waarnaar de lezer bij het doornemen van de volgende hoofdstukken steeds kan teruggrijpen. Daarnaast worden bij de leerprincipes de gangbare notatiewijzen samengevat. De afstemming op kinderen, jeugdigen en hun ouders met hun specifieke probleemstellingen, verwachtingen en motivatie komt aan bod, evenals de beroepsethiek.

Op de vraag wanneer gedragstherapie geïndiceerd is gaan wij niet in, omdat wij van mening zijn dat gedragstherapie geïndiceerd is als een gedragstherapeut meent, op grond van zijn kennis en ervaring, dat hij in het betreffende geval iets zinvol te bieden heeft en daarbij een positieve kosten-batenanalyse gemaakt heeft. Welke vorm dan het meest in aanmerking komt, hopen wij onder meer te illustreren aan de hand van concrete gevalsbeschrijvingen.

Hoe het gedragstherapeutisch proces verloopt, wordt bepaald door de setting waarin de cognitief gedragstherapeut werkt (eigen praktijk, GGZ-jeugd, polikliniek), door de oriëntatie van de therapeut (gezinstherapeut, speltherapeut of oplossingsgericht therapeut), de ervaring en opleiding van de therapeut (in opleiding en onder supervisie, zelfstandig teamlid of oude-rot-in-het-vak; eerstelijnspsycholoog of geregistreerd psychotherapeut) en door de problematiek en eigenaardigheden van de cliënt en diens leefomgeving.

Na een uitgebreide beschrijving van het gedragstherapeutisch proces door Marja Nijhoff- Huisse, volgt een beschrijving ten behoeve van het schrijven van een N=1-studie en een vergelijking van het probleemgerichte met het oplossingsgerichte proces. Wij prentenderen daarbij niet volledig te zijn.

### 1.1.1 Het gedragstherapeutisch proces in schema

Voordat een behandeling van kinderen of jongeren kan starten, moet eerst onderzocht zijn waardoor de problemen veroorzaakt zijn, waardoor zij in stand worden gehouden en met welke hinderende of juist stimulerende factoren rekening gehouden moet worden bij de uitvoering van therapeutische technieken. Pas daarna kiest men voor de aanpak die het meeste succes belooft. Er zijn dus twee hoofdfases in het gedragstherapeutisch proces (Landsheer, Prins & Nijhoff, 1993): de eerste onderzoekfase en de behandelingsfase. In schema ziet het er als volgt uit.

Eerste onderzoeksfase		Behandelingsfase
<p>1 <i>Aanmelding en kennismaking</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- keuze wie uit te nodigen, beroepsethiek</li> <li>- afspraak met toelichting en informatiefolder</li> <li>- na eerste gesprek: met elkaar doorgaan of niet?</li> <li>- verdere uitleg gedragstherapeutische werkwijze</li> </ul>		<p>4 <i>Behandelplan</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- doelstellingen</li> <li>- keuze van strategie, technieken of protocol</li> <li>- behandelvoorstel en -contract</li> </ul>
<p>2 <i>Probleeminventarisatie</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- verkenning van problemen, ontwikkelingsanamnese, systeemcontext</li> <li>- onderzoek: soms psychodiagnostiek, spelobservatie en/of gezinsdiagnostische sessie</li> <li>- observatie en registratie</li> <li>- voorlopige probleemsamenhang</li> <li>- selectie van probleemgedrag</li> <li>- keuze meetinstrument en baselinemeting</li> </ul>		<p>5 <i>Behandeling</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- uitvoering interventies en technieken</li> <li>- gelijktijdige metingen en evaluaties</li> <li>- stagnaties/weerstand? Motiveren en ↓ ↓</li> <li>- analyse van de stagnatie, terug naar fase 2, 3 en/of 4 ➤ nieuw plan</li> <li>- vervolg interventies</li> </ul>
<p>3 <i>Probleemdefiniëring</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- topografische analyse</li> <li>- functie- en/of betekenisanalyse</li> <li>- aanpassing holistische theorie</li> </ul>		<p>6 <i>Evaluatie en afsluiting</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- stabiliseren effect en generaliseren</li> <li>- laatste baselinemeting</li> <li>- eindevaluatie en afsluiting</li> </ul> <p>7 <i>Boostersessies en follow-up</i></p>

Het onderscheid in de twee hoofdfases helpt ervoor te zorgen dat bepaalde onderdelen van het therapeutisch proces niet door elkaar gaan lopen. Als beginnend therapeut loopt men het risico te snel (of juist niet snel genoeg bij een duidelijke problematiek zoals bedplassen) tot behandeling van een bepaald probleemgedrag over te gaan, zonder goed uitgezocht te hebben hoe dit samenhangt met andere problemen en met factoren die een belangrijke rol kunnen spelen: de ontwikkeling, eventuele ingrijpende gebeurtenissen vanaf de geboorte (leergeschiedenis),

de balans tussen sterke en zwakke punten, bijvoorbeeld op school en in contact met leeftijdgenootjes, en de positie in het gezin. Die eerste, voorlopige probleem-samenhang wordt de holistische theorie genoemd; ook wordt de term casusconceptualisatie wel gebruikt om aan te geven dat bij iedere persoon een totaalplaatje past waaruit men kan begrijpen hoe het probleem waarvan hij het meest last heeft (de klacht), is ontstaan en zonder veranderingspogingen dreigt te blijven bestaan. Een overzichtelijk, schematisch weergegeven verklaringsmodel geeft de therapeut houvast alvorens met de behandeling te beginnen, maar ook om later sneller te kunnen begrijpen waarom er gaandeweg toch meer aanpassing nodig is dan eerst werd gedacht. De holistische theorie is de hypothese, vergelijkbaar met een hypothese in een wetenschappelijk onderzoek en de behandeling is de toetsing daarvan. Het therapieproces kan dus als een empirische cyclus worden opgevat. De holistische theorie beweegt mee, wordt tijdens het therapieproces bijgesteld 'op grond van nieuwe informatie, plaatsgevonden leerervaringen of als gevolg van bepaalde externe gebeurtenissen' in de leefwereld van kind en ouders. Een holistische theorie is dus 'geen doel op zich' of 'momentopname', zoals de uitslag van psychologisch onderzoek of een DSM-IV-classificatie, die immers te weinig richting geeft voor een behandelplan van deze specifieke cliënt. De classificatie is overigens wel handig 'ten behoeve van een eenduidigheid in de communicatie, tussen collega's' (Hermans, Eelen & Orlemans, 2007).

Therapie is een proces, waarin niet alleen de cliënt en de therapeut op weg zijn van de ene behaalde mijlpaal naar de volgende stagnatie, maar waarin ook de belangrijke personen om het kind heen, zoals de ouders, gezinsleden, leerkracht en vriendjes, meegaan. Door verandering bij één persoon komt er ook bij de anderen een beweging op gang en ontstaat er in de interactie iets nieuws. Men leert voortdurend van elkaar en niet in een voorspelbaar gestaag rustig tempo. Het duurt soms tergend lang voor een volgende stap genomen kan worden, terwijl er daarna een stormachtige ontwikkeling is, waarbij alles in een paar weken op de goede plek lijkt te vallen. Dan kunnen het kind of ouders de therapiekamer binnenstappen met een totaal andere uitstraling, stevige houding en opluchting: 'Het gaat goed, we zijn in een heel ander vaarwater, we kunnen stoppen met de therapie!'

De kunst is in fase 2 en fase 3 het centrale element te vinden, waarbij een verandering op dat gebied een verbetering teweeg zal brengen in de gebieden eromheen die er direct mee samenhangen; het geheel wordt dan als het ware direct vlotgetrokken. Natuurlijk hangt het tempo waarin de onderdelen van de fases afgewerkt kunnen worden sterk af van de ervaring van de therapeut. Ervaren therapeuten merken het sneller als de aangemelde klacht minder ernstig blijkt te zijn dan bijvoorbeeld de relatieproblemen van de ouders, als het klachtenpatroon al verandert tijdens de diagnostische fase en waar dat mee te maken kan hebben of als er subtiele tegenwerking blijkt uit de houding van de cliënt. Daar directer op in durven gaan met hypothesen over de mogelijke beweegredenen hiervoor, is het resultaat van een lang leerproces van de therapeut.

In het algemeen kan gesteld worden dat hoe complexer de problemen zijn, hoe meer tijd nodig zal zijn om erachter te komen waaruit de klachten bestaan, een goede omschrijving van het probleemgedrag te kunnen maken, betrouwbare metingen te laten verrichten door het kind en/of de ouders (fase 2), een goed kloppende holistische theorie en duidelijk verklarende functie- en betekenisanalyses te ontwerpen (fase 3) en vervolgens te kunnen bepalen hoe de behandeling er uit zal moeten zien (fase 4).

Bij eenvoudige problemen kan met een protocollair behandelingsprogramma vaak goed, plezierig en stapsgewijs gewerkt worden en zullen, juist ook door de voor kind en ouders overzichtelijke methode, vlot successen worden geboekt, als er tenminste geen onvoorziene complicaties of ingewikkelde stagnaties opduiken (fase 5). Stagnaties kunnen bijvoorbeeld samenhangen met een grote angst voor verandering, die immers allerlei nieuws en onbekends met zich mee zal brengen waarover men geen controle denkt te zullen krijgen. Soms wordt de stagnatie veroorzaakt door een direct betrokkene die er baat bij heeft dat het probleemgedrag van de aangemelde cliënt blijft bestaan en dus grondige pogingen doet ieder behaald therapie succes direct weer om zeep te helpen. Voor een moeder kan het prettig zijn dat haar jongste, zo angstige kind zelfstandiger wordt, maar als ze daarmee haar beschermende, overbetrokken rol kwijtraakt en de fase van het moeder zijn van een afhankelijk kind voorgoed moet afsluiten, kan ze stevig op de rem gaan staan. Gelukkig zijn er duidelijke methoden om stagnaties goed te onderzoeken en te verhelpen (terug naar fase 2, 3, 4).

Vooraf jeugdigen begrijpen goed dat een auto die niet goed meer rijdt, in de garage goed bekeken moet worden: de klep open, alles nakijken, proefritjes en experimentjes met extra olie, een nieuw onderdeelje en een routineschoonmaakactie – dat alles wijst uit of de oorzaak simpel is of complex. Dat je beter meer tijd aan onderzoek kan besteden, dan zomaar een heel duur onderdeel vervangen, snapt ieder kind. Als na zo'n beurt de auto goed rijdt, maar binnen een paar weken nieuwe stagnatie laat zien, moet er echt heel grondig onderzocht worden wat kennelijk toch over het hoofd is gezien. Zo uitgelegd, begrijpt ook het kind goed dat van fase 5 soms weer terug wordt gegaan naar fase 2, 3 en 4. Dit kan zich herhalen tot de gewenste veranderingen bereikt zijn en de cliënt(en) ook duidelijk weten waardoor dit gelukt is en ze in staat zijn het verworven resultaat vol te houden, zonder terugval, en niet alleen in de directe omgeving, maar ook daarbuiten (generaliseren en stabiliseren, fase 6).

Als bij een herhaling van de beginmetingen blijkt dat er voldoende bereikt is, kan langzaam worden afgebouwd met terugkomssessies na bijvoorbeeld drie en daarna nog eens zes maanden (fase 7; boostersessies zijn herhalingsoefeningen) om samen te kunnen volgen of het goed is blijven gaan. Zo niet, dan kunnen op tijd de punten weer op de i worden gezet, door te herhalen op welke essentiële nieuwe gedachten en gedragingen de aandacht gevestigd moet blijven. Om dat vol te houden, kunnen eventueel extra afspraken gemaakt worden.

Vanaf de opkomst van de kinder- en jeugdgedragstherapie wordt er met een ‘handelingsgerichte gezamenlijke diagnostiek’ gewerkt, waarbij ouders en kinderen van stap tot stap zelf het probleem mee onderzoeken door te observeren, te registreren (noteren) en conclusies te trekken. De therapeut stimuleert deze houding en geeft er complimenten voor. De cliënten zoeken zo mee naar veranderingsmogelijkheden, testen deze op werkzaamheid en denken verder mee over verfijningen en volgende stappen. Ook het samen met de therapeut zoeken naar verklaringen en oplossingen bij stagnatie past dus goed in dit model.

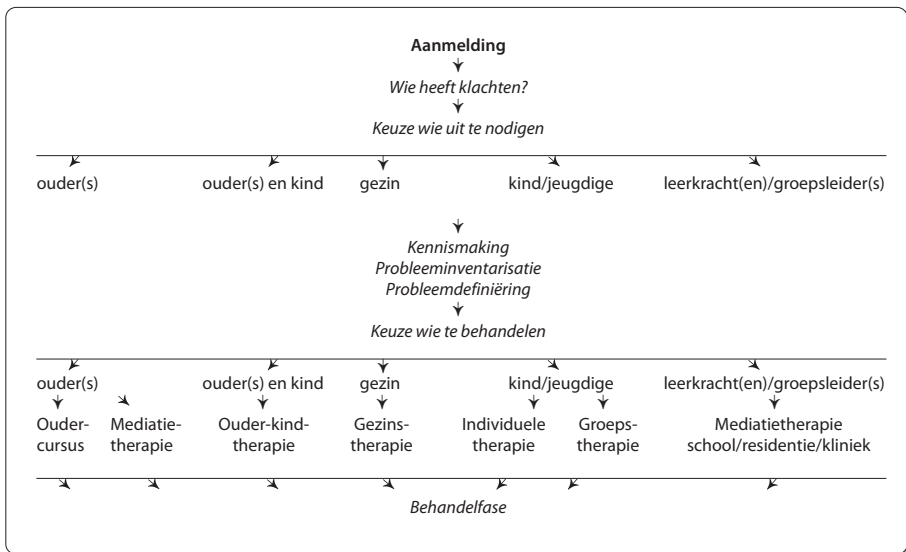
De therapeut besteedt in het therapieproces veel aandacht aan motiveringstechnieken en een toename van de zelfwerkzaamheid van de cliënt, die van meet af aan bekrachtigd wordt. Daarnaast bouwt de therapeut een plezierige en vertrouwelijke werkrelatie op, die voorwaarde is voor het veranderingsproces.

## 1.2 Eerste onderzoeksfase

### 1.2.1 Kennismaking

#### Aanmelding en uitnodiging

Bij het allereerste contact – dat meestal schriftelijk of telefonisch wordt gelegd door de ouders die hulp willen voor hun kind – moet een kindergedragstherapeut zeer zorgvuldig zijn. De beroepsethiek bepaalt al direct wat wel en wat vooral niet te doen. Kindertherapeuten komen snel in de knel! Bij de keuze wie het eerst uitgenodigd moeten worden en hoe, is belangrijk goed na te denken over de voor- en nadelen van de te volgen procedure, dus al vóór de uitnodiging voor een eerste afspraak de deur uitgaat. Zie hier een uitwaaierschema met de te maken keuzen wie uit te nodigen.



In principe kunnen het best diegenen worden uitgenodigd die het duidelijkst aangeven een klacht of vraag te hebben. Zij zijn waarschijnlijk ook degenen die het meest last hebben van het probleem en daardoor wellicht het meest gemotiveerd om aan het werk te gaan in de diagnostische en de behandelfase. Zij kunnen ook vaak het beste de informatie verschaffen die nodig is voor de behandeling. Zowel bij kinderen onder de twaalf jaar als daarboven zijn dat vrijwel altijd de ouders/verzorgers of een van beide ouders. Nodig echter altijd beide met het ouderlijk gezag beklede ouders samen uit, ook als een van hen zich niet gemakkelijk vrij kan maken van het werk, of als ouders na een scheiding eigenlijk niet meer 'door één deur' kunnen of willen. Willen ze wel ieder apart komen, dan worden er twee aparte intakegesprekken en ook aparte vervolg- inventarisatiegesprekken gevoerd, dus dubbel werk. Hierdoor komt er mogelijk toch toestemming van beide ouders voor de behandeling en daar kan het kind van profiteren, al lijkt de werkwijze omslachtig. Onverwerkte gebeurtenissen, jarenlange overgevoeligheden en een uiterst gebrekkige communicatie tussen de ex-partners kan geen enkele hulpverlener in een paar gesprekken ongedaan maken. Tijdens een therapeutisch proces, waarin het kind zijn ouders zelf volop betreft in zijn tocht op weg naar verandering, komt er echter soms stapsgewijs ook bij de ex-partners verbetering in allerlei tot dan toe stagnerende problemen. Werk zorgvuldig en blijf goed met collega's of supervisors in overleg in dit soort 'op eieren lopen'-trajecten. Door weloverwogen manoeuvres goede resultaten bereiken, levert veel voldoening op en is voor de cliënten altijd verlichting van een zware last.

Kinderen of jeugdigen willen soms *zelf* hulp, terwijl hun ouders daar niet voor voelen. Toch zal de aanmelding dan meestal van ouders komen, al was het maar omdat er bijvoorbeeld een verwijfsbrief van een huisarts of andere hulpverlener moet zijn. Ouders worden dan door hun kind zelf of door een ingeschakelde derde, zoals een mentor of intern begeleider op school, gevraagd toe te stemmen in het starten van de therapie voor hun kind. Er is dan al een heel proces op gang gekomen, waarin betrokken buitenstaanders ouders hebben gemotiveerd de hulpvraag van hun kind serieus te nemen en er zelf ook energie in te steken.

Is het kind ouder dan elf jaar, dan worden ouders en kind samen uitgenodigd; is het kind jonger, vraag dan eerst beide ouders te komen. Daarna kan het kind ook uitgenodigd worden. Uitzondering op deze vuistregel is de nadrukkelijke vraag van ouders liever eerst zonder het kind te komen of als een kind vanaf twaalf jaar aangeeft liever alleen te willen komen. Dat laatste kan, maar deze jeugdige moet wel tevoren weten dat ouders na de start betrokken zullen worden bij de behandeling. Alleen als een kind 'de jaren des onderscheids heeft bereikt', namelijk zestien jaar, kan de hulpverlening plaatsvinden zonder expliciete toestemming/of medeweten van de beide met het ouderlijke gezag beklede ouders. De therapeut zal met de adolescent de reden van zijn weigering blijven onderzoeken; vaak komt er dan geleidelijk aan alsnog een akkoord de ouders erbij te betrekken. Er is vaak diagnostisch heel veel direct te constateren bij de observatie van de interactie tussen ouders en kinderen tijdens de eerste gezamenlijke gesprekken. Daarover vragen kunnen stellen geeft extra verduidelijking.

Komt de vraag om hulp van een schoolteam, klinisch behandelteam of andere hulpverleners/betrokkenen en gaan ouders akkoord met begeleiding van deze derden door een gedragstherapeut, dan is er meestal wel een mediatetherapie in de school of kliniek te realiseren. Na inventarisatiegesprekken, meestal in de setting waar het kind een groot deel van de week verblijft, kan de therapeut hulp geven aan leerkrachten of groepsbehandelaars bij het analyseren van het probleem, het ontwikkelen van een holistisch model en een daarop afgestemd praktisch behandelplan. Zo kan het kind optimaal worden begeleid door de dagelijkse begeleiders die ondersteund worden door een professional.

### **Beroepsethische valkuilen – ‘een gewaarschuwd mens telt voor twee’**

Komt de aanmelding en hulpvraag van nadrukkelijk slechts een van beide ouders die de andere ouder er niet bij betrokken wil zien of van derden, zoals de kinderarts, schoolarts, het schoolteam, burens of grootouders, Bureau Jeugdzorg, slachtofferhulp, Advies en Meldpunt Kinder mishandeling (AMK), kinderrechter of politie, dan moet men de beroepscode eigenlijk uit het hoofd kennen om te voorkomen onmiddellijk verzeild te raken in een hevige partijstrijd of een onwerkbaar situatie.

Ouders of kinderen die zich ‘gestuurd’ voelen, verzetten zich tegen hulp. Als het verzet samenhangt met nog niet aan de verwijzer vertelde, bedreigende gebeurtenissen die ze hebben meegemaakt, zijn ze mogelijk wantrouwend en bang voor iedere hulpverlener. Soms is het ronduit gevaarlijk te gaan praten met hulpverleners: er is dan sprake van angst voor ernstige juridische sancties als ze zich zouden verspreken over hun eigen minder fraaie aandeel in wat gebeurd is. Bij ouders die in hun jeugd zelf (of van anderen) een uithuisplaatsing hebben meegemaakt, bestaat vaak de angst dat ‘als je naar Bureau Jeugdzorg moet, ze je kind uit huis zullen halen’ en komen ze dus niet opdagen bij het eerste gesprek. In dit soort stekelige startsituaties verdient het altijd aanbeveling te rade te gaan bij het eigen team van collega-hulpverleners, intervisiegenoten of de juridische adviseurs van beroepsverenigingen of de instelling waar men werkt. Een klacht bij een beroepsvereniging of een tuchtcollege is immers een ingrijpende ervaring.

Tenzij een van de ouders na scheiding het gezag niet heeft behouden, horen beide toestemming te hebben gegeven dat het kind ‘door de therapeut wordt gezien’, dus ook voor het overrompelende incident dat regelmatig voorkomt: het aangemelde, maar niet mee-uitgenodigde jonge kind wordt onverhoopt door één ouder naar het intakegesprek meegenomen, omdat ‘er geen oppas te krijgen was’. Het gesprek moet dan feitelijk meteen worden stopgezet, vóór het kind de drempel van de behandelkamer over huppelt. Het is verstandig een nieuwe datum af te spreken, waarop beide ouders wel samen aanwezig kunnen zijn. Als de afwezige ouder inmiddels mondeling of schriftelijk van tevoren toestemming heeft gegeven te starten zonder zijn/haar aanwezigheid kan er wel begonnen worden, maar dat vereist dus nogal eens een moeizame correspondentie en poging tot telefonisch contact om de ex-partner te bereiken. Soms zegt de ouder bij wie het kind woont, het adres van de ex niet te

kennen. Toch moet deze ‘verre vader’ straks ook de rapportage ontvangen en met de tekst akkoord gaan voor deze mag worden doorgestuurd naar huisarts, verwijzer of anderen. Eenzijdig geïnformeerd zijn leidt tot partijdigheid in formulering waar de niet-gehoorde partner terecht ernstig verbolgen over zal zijn.

Dat een eventuele huidige partner die het kind mee verzorgt, meekomt, is weliswaar plezierig en noodzakelijk voor het maken van een behandelplan, dat immers ook door deze (meestal stief-)ouder mee zal worden uitgevoerd, maar het feit dat deze nieuwe partner eerder door de therapeut in de hulpverlening is betrokken, is voor de ‘gezagdragende ouder, die het kind heeft erkend’ vaak onverteerbaar. Overigens is de laatste niet altijd de biologische ouder! Hoe zwaarder de strijd is die over het hoofd van het kind wordt gevoerd, hoe moeilijker de startfase is voor de therapeut. Het kind zit per definitie altijd klem, wat een goede ontwikkeling flink kan bedreigen. De enig overblijvende mogelijkheid is dan een minimumconstructie aan behandelaanbod: alleen de hulpvragende ouder in de rol van opvoedend ouder begeleiden, dus een mediatietherapie met één ouder. Daarbinnen kan gezocht worden naar mogelijkheden om (emotionele) ruimte te krijgen om de andere ouder over de streep te trekken. Deze eerst alleen laten komen voor een afspraak is dan de volgende stap. Pas als deze toestemming geeft voor behandeling van het kind, kan ook het kind uitgenodigd worden.

Ook de ouder die – soms al jarenlang – geen actieve rol speelt in het leven van het kind, hoort tot het cliëntensysteem. De beroepscode stelt dat alle cliënten met respect, integriteit en deskundigheid tegemoet moeten worden getreden vanaf de eerste afspraak. Het is verstandig publicaties (bijvoorbeeld Soudijn, 2007) en de regelmatig in vaktijdschriften verschijnende casuïstiek te volgen over allerlei moeilijk voorstelbare klemsituaties.

### **Informatiefolders**

Stuur – om beroepsethische valkuilen of risico’s te verkleinen – bij het uitnodigen voor de eerste afspraak informatie over:

- de praktische gang van zaken bij eerste gesprekken en bij eventueel psychologisch onderzoek;
- wat van ouders en kinderen aan actieve inzet wordt verwacht aan voorbereiding en bij de therapie;
- hoe zij zich een therapieproces kunnen voorstellen;
- van wie toestemming nodig is alvorens met de eerste gesprekken en de behandeling van het kind kan worden begonnen of rapportage kan worden verstuurd;
- gegevens over de instelling of praktijk;
- welke expertise bij welk soort problemen men kan verwachten, dus informatie over de deskundigheden/registraties van de medewerker(s), verwijzing naar eventuele website en contactgegevens, waardoor men weet wie men bij vragen kan bellen/schrijven;



- de rechten van ouders en kinderen, met de leeftijden waarop zij meer rechten krijgen (twaalf en zestien jaar);
- de gang van zaken rond schriftelijke toestemming benodigd voor het rapporteren aan derden; de cliënt kan erop rekenen eerst zelf de rapportage te lezen te krijgen en akkoord te bevinden; geen mondelinge informatie wordt aan derden verstrekt zonder vooroverleg over de inhoud daarvan en zonder toestemming van de cliënt;
- aan welke beroepscode de instelling/praktijk/therapeut gebonden is (NIP, BIG, enzovoort).

De therapeut kan standaardfolders bestellen (Informatie voor cliënten, VGCT; Informatie voor cliënten van vrijevestigde psychotherapeuten, NVVP). Hij dient daarnaast zelf kennis te hebben van: Brochure Gezondheidsrecht van de VGCT, de beroepscodes, zoals die voor Psychologen (NIP) en voor Psychotherapeuten (NVP) gelden en de algemene wetgeving, i.c. de Wet op de Geneeskundige Behandelovereenkomst (WGBO).

#### **Vorbereiding van het eerste gesprek: richtlijnen**

Wim van Borselen beschreef het gedragstherapeutisch proces in een eerdere versie van dit boek (1986), waarvan delen in dit hoofdstuk worden overgenomen. Hij schreef dat in de inventarisatiefase gebruik wordt gemaakt van een gedragstherapeutisch interview, soms vragenlijsten en eventueel psychologisch onderzoek.

Als men uit de aanmeldingsgegevens op kan maken dat de ouders gemotiveerd genoeg en ook in staat zullen zijn al voor hun komst een schat aan informatie te verstrekken, geeft dat veel tijdswinst. Er kan dan gekozen worden om direct bij de uitnodiging voor de intake een aantal formulieren mee te sturen. Bij voorkeur altijd:

- de CBCL (voor vader en moeder ieder een eigen lijst: apart invullen!);
- de TRF (voor leerkracht/mentor/IB-er);
- de YSR (als het kind elf jaar of ouder is).

De ouders worden daarnaast gevraagd om samen de volgende lijsten in te vullen.

- Een lijst over alle aspecten van de ontwikkelingsanamnese (ontwikkelingsmijlpalen vanaf de zwangerschap tot heden, lichamelijk, emotioneel, sociaal, op school enzovoort).
- Een lijst met een zo volledig mogelijke beschrijving van het huidige functioneren van het kind (thuis, met leeftijdgenootjes, op school en daarbuiten; vragen rond slapen, eten, spelen, hobby's, clubs, emotionele reacties, sociaal gedrag, reacties op (eventuele traumatische) gebeurtenissen, gehechtheid, eventuele speciale band die het kind heeft met andere volwassenen in de omgeving, de opvoedingsgewoonten, zaken die ouders als verder belangrijk naar voren willen brengen).
- Een lijst met gedragskenmerken, aan te kruisen op 10-puntsschalen.

- Een lijst waarop ouders gevraagd wordt aan te geven:
  - de persoonsgegevens van de gezinsleden, school- en eerdere hulpverleningsgegevens/uitslagen en rapportage van eerder onderzoek;
  - de probleemstelling (‘uw zorgen, vragen, aanleiding om hulp te zoeken’) met toelichting van:
    - het beginmoment (wanneer deed het probleem zich voor het eerst voor, waar had dat mogelijk mee te maken);
    - directe aanleidingen, ernst, frequentie, duur en gevolgen van het probleem(-gedrag);
    - wat ze al ondernomen hebben en wat daarvan werkte en wat zeker niet;
    - hoe het kind zelf reageert op de problemen en hoe de broertjes/zusjes (heeft een van de andere kinderen ooit extra aandacht gevraagd in verband met ziekte, schoolproblemen of gedrag?);
    - hoe het gaat op school (het leren, sociaal contact, plezier/tegenzin);
    - of dezelfde klachten/problemen voorkomen of -kwamen bij een van de ouders of familieleden;
    - de heel positieve en probleemloze kanten/gedragsaspecten van het kind;
    - welke hulp ze het liefst zouden willen en welke ideeën ze zelf hebben over een mogelijke oplossing.

In het eerste gesprek komen deze punten altijd aan de orde, ook als er al uitgebreid door een verwijzende instantie intake en onderzoek is verricht. Het is prettig eerdere onderzoeksgegevens tevoren te kunnen lezen, maar voor een goede gedragstherapeutische inventarisatie is vaak gedetailleerder navraag nodig om als het ware op de millimeter te kunnen kijken naar interacties en effecten daarvan. Plan het eerste gesprek als kennismaking in brede zin, waarbij vaste agendapunten en observatie/beslispunten de revue passeren.

- Deel de ouders mee wat je al bekend is aan gegevens. Ze hoeven dan niet opnieuw hun hele verhaal te doen en voelen zich sneller op hun gemak, waardoor het begin van het gesprek soepeler verloopt.
- Gebruik een vaste interviewlijst als leidraad. Doel daarbij is: het verkrijgen van zo veel systematische, gedetailleerde informatie als nodig is, om het probleemgedrag als het ware als een film te kunnen zien afspelen. Voor het maken van voldoende aantekeningen is het handig om het gesprek niet alleen te voeren, maar bijvoorbeeld met een stagiaire, met wie een taakverdeling wordt afgesproken, ook voor het geval het gesprek totaal anders loopt dan verwacht.
- Verdeel bij een gezamenlijke intake met ouders en hun kind de aandacht zo veel mogelijk over hen drieën, zodat iedereen het gevoel heeft bij het gesprek betrokken te worden. Met pubers praten in het bijzijn van hun ouders is vaak moeilijk, vooral als de ouders op hun antwoorden reageren met hun eigen, afwijkende visie en men elkaar gaat verwijten de situatie niet te beschrijven zoals deze ‘echt’ is. Als de sfeer te vijandig wordt of iemand geblokkeerd raakt, stel dan voor het gesprek afzonderlijk verder te voeren. Een goede oplossing kan