

N=1 Gevalsstudies

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

N=1
Gevalsstudies
volwassenen

*Arnold van Emmerik
& Paul Rijnders*

Boom

© A. van Emmerik & P. Rijnders/Boom uitgevers Amsterdam, 2017

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

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

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

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

Verzorging omslag en binnenwerk: Bas Smidt

Verzorging figuren: Ton Persoon

ISBN 978 90 2440 9 037

NUR 770

www.boompsychologie.nl

www.bua.nl

Inhoud

Voorwoord	9
1 Inleiding	11
1.1 De plaats van het N=1-design in het psychotherapieonderzoek	11
1.2 N=1-designs in onderzoek en praktijk	15
1.3 Kan het N=1-onderzoek de kloof tussen onderzoek en praktijk overbruggen?	20
1.4 De N=1 en de cognitief-gedragstherapeutische praktijk	22
1.5 De VGCT 50 jaar: een halve eeuw cognitieve gedragstherapie	23
1.6 Een bloemlezing van N=1-studies	25
2 Behandeling van een sterk gedragsgestoorde en agressieve patiënt	31
2.1 De patiënt – <i>Geert</i>	33
2.2 Diagnostiek en assessment	35
2.3 Behandelplan	40
2.4 Behandeling	48
2.5 Resultaten	49
2.6 Besluit	57
3 Een jonge vrouw met een lvb, laag zelfbeeld en sociale angst	61
3.1 De patiënt – <i>Nadine</i>	62
3.2 Diagnostiek en assessment	67
3.3 Behandelplan	79
3.4 Behandeling	82
3.5 Resultaten	91
3.6 Besluit	97

4	Behandeling van een stikfobie en andere angstklachten	99
4.1	De patiënt – <i>Els</i>	100
4.2	Diagnostiek en assessment	104
4.3	Behandelplan	115
4.4	Behandeling	118
4.5	Resultaten	129
4.6	Besluit	134
5	Behandeling van verslaving en piekeren	137
5.1	De patiënt – <i>John</i>	138
5.2	Diagnostiek en assessment	145
5.3	Behandelplan	155
5.4	Behandeling	158
5.5	Resultaten	165
5.6	Besluit	166
6	CGT bij gecompliceerde depressieve stoornissen	167
6.1	De patiënt (<i>man</i>)	171
6.2	Diagnostiek en assessment	174
6.3	Behandelplan	182
6.4	Behandeling	184
6.5	Resultaten	190
6.6	Besluit	192
6.7	De patiënt (<i>vrouw</i>)	195
6.8	Diagnostiek en assessment	198
6.9	Behandelplan	204
6.10	Behandeling	205
6.11	Resultaten	208
6.11	Besluit	210
7	Gedragstherapeutische groepsbehandeling van fibromyalgie	213
7.1	De patiënten – <i>Barbara en Esther</i>	216
7.2	Diagnostiek en assessment	217
7.3	Behandelplan	221
7.4	Behandeling	223
7.5	Resultaten	227
7.6	Besluit	230

8 Demoralisatie	239
8.1 De patiënt (<i>man</i>)	240
8.2 Diagnostiek en assessment	243
8.3 Behandelplan	254
8.4 Behandeling	259
8.5 Resultaten	265
8.6 Besluit	267
9 Pathologische jaloezie	269
9.1 De patiënten	271
9.2 Diagnostiek en assessment	275
9.3 Behandelplan	288
9.4 Behandeling	290
9.5 Resultaten	291
9.6 Besluit	294
10 Slotbeschouwing	297
10.1 Het belang van de holistische theorie of de probleemsamenhang	297
10.2 Invloed en effectiviteit van veranderingen in visie en methodiek	298
10.3 Invloed van achtergrond en life events	298
10.4 De worsteling met de DSM, comorbiditeit en de transdiagnostische visie	299
10.5 Metingen	300
10.6 Medicatie en gedragstherapie	301
Index van de instrumenten	303
Over de auteurs	305

Voorwoord

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

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

Elke cognitief-gedragstherapeutische behandeling bestaat uit een reeks denkstappen, beslissingen en handelingen, van assessment, probleemanalyse, behandelplan en het toepassen van interventies tot de evaluatie daarvan, die in het N=1-verslag, dat ieder toekomstig lid van de VGCT moet schrijven, expliciteerd en uitvergroot worden. Daarmee krijgt de lezer een goed beeld van de structuur en opbouw van een cognitieve gedragstherapie, en vooral van de keuzes die gemaakt zijn en de oplossingen die zijn bedacht voor problemen waar de cognitief gedragstherapeut tijdens de behandeling tegenaan kan lopen. Door N=1-studies te kiezen op uiteenlopende probleemgebieden als psychotrauma, (sociale) angst, depressie, verslaving, fibromyalgie en pathologische jaloezie kunnen de beslissingen en handelingen van de cognitief

gedragstherapeut geïllustreerd worden in een reeks van verschillende probleemsituaties.

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

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

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

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

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

Joop Bosch, Pier Prins
Den Haag, Hilversum

Arnold van Emmerik, Paul Rijnders
Amsterdam, Wemeldinge

20 juli 2017

Inleiding

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

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

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

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

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

1.1.1 N=1- versus groepsonderzoek

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

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

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

1.1.2 Beperkingen van randomized clinical trials

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

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

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

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

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

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

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

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

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

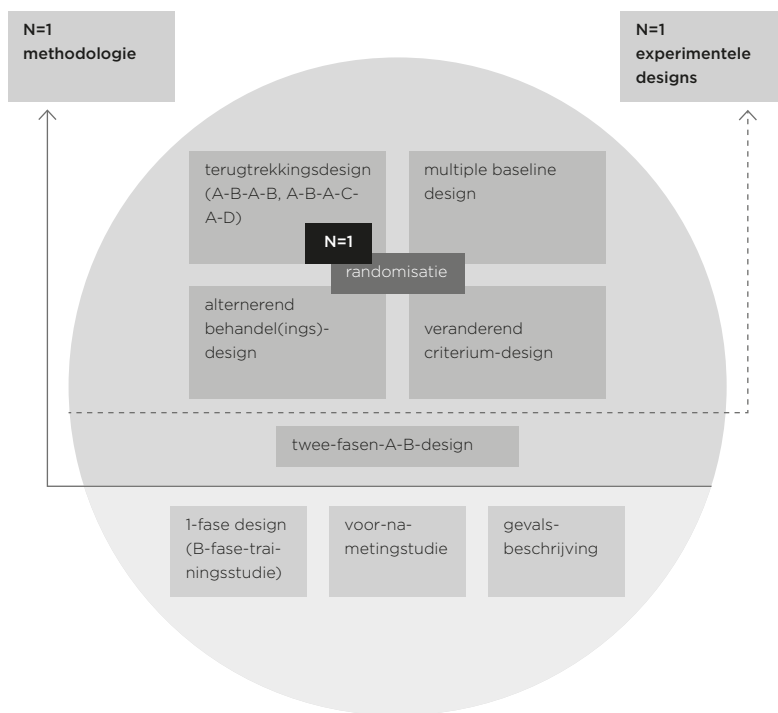
Desondanks valt er naast al het groepsonderzoek een toenemende interesse waar te nemen in de N=1-methodologie in allerlei domeinen van de psychologie (Morgan & Morgan, 2001) en bestaat er een grote behoefte aan meer ‘idiografisch onderzoek’ (Ng & Weisz, 2016). We kunnen stellen dat het N=1-onderzoek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

1.2 N=1-designs in onderzoek en praktijk

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

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

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



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

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

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

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

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

Andere punten die Kazdin (1981) noemt, zijn:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

In een systematisch overzicht van N=1-methodologie in psychologisch onderzoek werd tijdreeksonderzoek in slechts 2 procent van het onderzoek gebruikt. Het past echter binnen het gedragstherapeutische denken om de vooruitgang en de effecten van een gedragstherapeutische behandeling niet alleen kwalitatief – hoe is het de afgelopen week gegaan? – maar ook objectief en kwantitatief te onderbouwen met behulp van herhaalde metingen met vragenlijsten en andere directe gedragsobservaties, en dit vervolgens in grafieken weer te geven. Bovendien kan men een stap verder gaan en deze verzamelde gegevens ook statistisch analyseren (Borckardt et al., 2008; Hermans et al., 2007). De meeste N=1's in het archief van de VGCT gebruiken echter vooral visuele inspectie van de data, het meest eenvoudige analyseniveau. Voor een discussie hierover en voor meer geavanceerde praktijkvriendelijke analysemethoden, zie Borckardt et al., 2008; Smith et al., 2012; Kazdin, 2011.

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

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

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

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

Behandeling van een sterk gedragsgestoorde en agressieve patiënt

Bij het selecteren van de gevalsstudies voor dit boek werden ons opvallend veel studies toegezonden waarin sprake is van zwakbegaafdheid of een licht verstandelijke beperking. Daar is een aantal verklaringen voor. Ten eerste komen zwakbegaafdheid (IQ van 70 tot 85) en een licht verstandelijke beperking (IQ van 50 tot 70) vaak voor. Alleen al het aantal jeugdigen (0 tot 18 jaar) met een van deze beperkingen wordt door de Vereniging Orthopedagogische Behandelcentra geschat (en waarschijnlijk onderschat) op 450.000, zo'n 15 procent van alle Nederlandse jeugdigen. Ten tweede hebben zwakbegaafde en verstandelijk beperkte mensen bovendien vaker dan anderen te kampen met psychosociale problematiek, waaronder psychiatrische stoornissen. Zo werd bij 30 tot 50 procent van de jongeren met een lvb een psychiatrische stoornis vastgesteld: zo'n drie- tot vijfmaal vaker dan in de algemene populatie (Došen et al. 2008). Dat laatste is niet verwonderlijk, gezien de risico's waaraan verstandelijk beperkten worden blootgesteld en hun beperkte vermogens om daarmee om te gaan. Ten derde leent cognitieve gedragstherapie zich door haar concrete en gestructureerde aanpak goed voor deze doelgroep.

Dit hoofdstuk beschrijft de gedragstherapeutische behandeling van een destijds (in 1986) zogeheten 'sterk gedragsgestoorde en agressieve' patiënt.¹ Hoewel daar nauwelijks melding van wordt gemaakt – er wordt slechts gezegd dat de patiënt bij zijn eerste opname in 1957, op zeventienjarige leeftijd, de diagnose propf-schizofrenie² zou hebben ontvangen – doet de gevalsstudie

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

Wolterinck, M.J.E. (Maria) (1986). *Verslag van een gedragstherapeutische behandeling van een S.G.A.-patiënt* (supervisor: Gerrit Nevenzeel).

2 Een verouderde term voor een 'psychische stoornis bij zwakzinnigen, waarbij sprake kan zijn van het verkeerd interpreteren van gebeurtenissen of het zien of horen van iets dat niet bestaat' (www.dokterdokter.nl, 29 november 2016).

sterk vermoeden dat ook bij deze patiënt sprake is van een tamelijk ernstige verstandelijke beperking.

Deze gevalsstudie is om een aantal redenen inhoudelijk interessant. Aangenomen dat er inderdaad sprake is van een verstandelijke beperking, illustreert de gevalsstudie ten eerste de hierboven al genoemde geschiktheid van gedragstherapie voor patiënten bij wie deze problematiek een rol speelt.

Een tweede interessant aspect van deze gevalsstudie is de onwilligheid van de patiënt om aan zijn gedwongen behandeling mee te werken; een onwil die overigens op geen enkele manier kenmerkend is voor zwakbegaafde of verstandelijk beperkte patiënten. Het is deze onwilligheid die mede ten grondslag ligt aan de keuze van de behandelaar voor de specifieke gedragstherapeutische procedure die wordt toegepast, te weten de *token economy*. Motiverende gespreksvoering werd pas voor het eerst beschreven in 1983 en behoorde als zodanig in 1986 waarschijnlijk nog niet tot het (pre)therapeutische arsenaal van de gemiddelde behandelaar. Interessant is daarom dat de *token economy* in deze gevalsstudie ook zonder planmatige motiverende technieken tot indrukwekkende en overtuigende resultaten leidt. Men zou kunnen aanvoeren dat gedragsverandering na motiverende gespreksvoering ‘echter’ of ‘intrinsieker’ is dan gedragsverandering in reactie op een *token economy*, maar dat is maar zeer de vraag. Gedragsverandering in reactie op een weliswaar externe *token economy* is immers niet synoniem met extrinsiek gemotiveerde verandering. Het is onze indruk dat de *token economy* tegenwoordig als ouderwets wordt beschouwd en om onduidelijke redenen nog slechts sporadisch wordt toegepast. Mogelijk ten onrechte.

Ten derde valt de gevalsstudie op door haar sterke design. Er is sprake van een heldere fasering van de behandeling, waarbij elke fase zich richt op een nieuw doelgedrag. De wekelijkse metingen gedurende de baseline en de behandeling maken het mogelijk het effect van de interventies op de diverse doelgedragingen te evalueren.

Ten slotte springt deze gevalsstudie in het oog als een fraai voorbeeld van gedragstherapie door middel van mediatie door een groot aantal steeds wisselende verpleegkundigen: zo’n zeventig per jaar. Er is veel aandacht voor de organisatorische aspecten die nodig zijn om een mediatiebehandeling in een dergelijke complexe setting tot een succes te maken, met positieve effecten op zowel de patiënt als op het team en de organisatie. Daarbij zij gezegd dat vooral de taxatie (functieanalyse en holistische theorie) van het ‘probleemgedrag’

van het personeel goed is uitgewerkt, terwijl de uitvoering en de evaluatie uitgebreider beschreven hadden kunnen worden.

Casus Geert: een sterk gedragsgestoorde en agressieve patiënt

2.1 De patiënt

Deze gevalsstudie beschrijft de gedragstherapeutische behandeling van Geert, een 46-jarige man die is opgenomen op een afdeling voor langdurig verblijf van een algemeen psychiatrisch ziekenhuis. Geert is sinds 1957 bijna continu opgenomen geweest op een gesloten unit voor tien mannen met ernstige gedragsstoornissen. Het personeel en zijn medepatiënten ervaren hem als zeer problematisch. Men weet niet wat met hem te beginnen. Van Geert zelf gaat geen hulpvraag uit. Op de afdeling zijn twintig gediplomeerde en leerling-B-verpleegkundigen werkzaam in wisseldienst. In de dagelijkse omgang krijgt Geert met ongeveer zeventig verschillende verpleegkundigen per jaar te maken. Hij brengt zes uur van de dag door op bezigheidstherapie.

De huidige problemen bij Geert zijn:

- agressie naar anderen of naar zichzelf, zoals zichzelf verwonden met zijn vuisten en anderen schoppen en slaan;
- vernielen van materialen zoals wastafels, kleding scheuren en wc's verstopen met handdoeken;
- vervelend gedrag, zoals in billen en borsten knijpen, koffie stelen en medepatiënten uitdagen;
- slechte zelfverzorging;
- zichzelf niet kunnen vermaken.

Geert wordt gerekend tot de categorie Sterk Gedragsgestoorde en Agressieve (SGA-)patiënten. Vanaf het moment van opname tot heden wordt hij omschreven als zeer moeilijk. Verpleging met rechterlijke machtiging wordt noodzakelijk geacht. Tijdens de 29 jaar dat hij is opgenomen, vertoont hij een scala aan probleemgedrag: smeren met feces, weglopen, onbedwingbare vernielzucht, kleding scheuren, weerloze patiënten stiekem slaan (met als gevolg let-

sel), homofiele handelingen bij medepatiënten, brillen en andere voorwerpen door het toilet spoelen, brandstichting, masturberen tot bloedens toe, muren bekladden, zichzelf slaan, handtastelijkheid naar de verpleging, schelden, vloeken, dwanghandelingen en grimasseren. Hij wordt diverse malen door de politie teruggebracht en zit dan handenwrijvend te lachen. Hij is niet schuld-bewust en wordt omschreven als onberekenbaar. Enige emotie over zijn daden is niet te bespeuren. Contact met anderen is miniem, nog nooit is geconstateerd dat hij iets voor anderen overheeft. Hij heeft een groot verlangen naar koffie en doet er alles voor om het te krijgen. Tijdens zijn opname zijn zeer veel soorten medicatie (waaronder diverse soorten neuroleptica en homeopathische middelen) zonder effect toegepast. Verschillende gedragsbeïnvloedende programma's (waaronder *token economy*-programma's en straf), acupunctuur en separatie sorteren ook geen effect.

De hulpvraag komt vanuit het team waarin de auteur van deze gevalsstudie werkzaam is. Ondanks een eerder ingesteld behandelplan, waarin met bekrachtigers en straf gewerkt wordt, verbetert het gedrag van Geert niet en wordt de situatie onhoudbaar voor personeel en medepatiënten. Het blijkt dat de verpleging het behandelplan niet uitvoert, tegenstrijdig handelt en steeds nieuwe manieren verzint om met deze lastige patiënt om te gaan.

Deze algemene beschrijving illustreert het chronische karakter van Geerts zeer problematische gedrag en ondersteunt het vermoeden van een ernstige verstandelijke beperking. Alsof zijn gedrag op zichzelf nog niet problematisch genoeg is, is er ook sprake van een aantal organisatorische aspecten die de behandeling bemoeilijken, zoals het grote aantal steeds wisselende medewerkers. Dit maakt het lastig het probleemgedrag consistent te benaderen, waardoor het niet alleen niet of onvoldoende afneemt, maar mogelijk zelfs toeneemt.

De 'Nadere informatie over de patiënt' uit de gevalsstudie bevat een aantal voorbodes van Geerts latere problematiek. Zo blijkt uit zijn vroege leergeschiedenis dat hij al op jonge leeftijd gewend was en zonodig eiste zijn zin te krijgen, en toonde hij problemen op school die passen bij iemand met een verstandelijke beperking.

Geert kan op de lagere school niet meekomen. Hij gaat daarom naar een school voor hoofdelijk (= individueel) onderwijs. Ook daar gaat het niet. Hij heeft geen vrienden en is altijd zeer schuw. Hij wordt door en door verwend en is erg ondeugend. Hij loopt weg en draait bijvoorbeeld het gas uit onder de kookpannen. Geert mag daar niet op aangesproken worden. Als hij in het dorp wat uithaalt, wordt dit snel en discreet afgehandeld en bedekt met de mantel der liefde. In de opvoeding worden geen grenzen gesteld. Er wordt geen taak gesteld en zijn ondeugende gedrag wordt getolereerd. Aan zijn 'buitensporige' wensen wordt toegegeven; knechten van zijn vader brengen hem bijvoorbeeld met de auto naar school (rond 1950!).

De laatste jaren voorafgaand aan de opname wordt Geert steeds asociaal. Hij pleegt inbraakjes en gaat met een gestolen auto naar een naburig dorp. Hij ziet het verkeerde hiervan niet in. Hij is thuis niet meer te handhaven: hij vernielt kleding en andere dingen, is mutistisch, grimasseert en loopt 's nachts weg. Ook is er sprake van dwanghandelingen. De ouders zien hem naar de ogen en zijn trots op de dingen die hij nog wel kan presteren. Geert is zeventien jaar als hij in 1957 voor de eerste keer in een psychiatrisch ziekenhuis wordt opgenomen. De diagnose wordt dan gesteld op propf-schizofrenie.

2.2 Diagnostiek en assessment

Zoals hierboven is gebleken, ervaren de behandelaars de therapie niet alleen als moeilijk en zwaar (wat op zichzelf niet verwonderlijk is), maar houden zij met hun eigen 'probleemgedrag' het probleemgedrag van Geert deels zelf in stand en verergeren zij het zelfs. De gevalsstudie vermeldt dat er om deze reden functieanalyses en holistische theorieën van het probleemgedrag van zowel Geert als de verpleging zijn opgesteld.

In dit geval is er sprake van ongewenst gedrag bij Geert, maar ook bij de verpleging (B-verpleegkundigen, leerling-B-verpleegkundigen en stagiaires). Daarom is een functieanalyse gemaakt van het ongewenste gedrag van zowel Geert

als de verpleging. Bij beide analyses is, uit meerdere ongewenste gedragingen, voor de respons (R) gekozen waarbij alle bekrachtigers (C1, C2 enzovoort) tevoorschijn komen die het ongewenste gedrag in stand houden.

Interessant aan de functieanalyses is dat elke consequentie direct wordt gekoppeld aan een of meer therapeutische maatregelen (een klassieke gedragstherapeutische term; T1, T2 enzovoort) die daar logisch uit voortvloeien. Van het probleemgedrag van de verpleging worden twee functieanalyses beschreven.

Functieanalyse van het gedrag van Geert

S: Geert is op de gesloten bezigheidstherapie. De tuindeur staat per ongeluk op een kier.

R: Geert loopt snel naar de deur, klimt over de schutting, loopt direct naar de keuken van een naburige afdeling en drinkt daar de koffiekkan leeg.

C1: Geert drinkt een flinke hoeveelheid koffie op (+S+).

T1: ervoor zorg dragen met behulp van praktische afspraken dat de mate van vrijheid beperkt is. Te veel vrijheid leidt tot volstrekt ongecontroleerd gedrag. Door ervoor te zorgen dat hij een aantal vervelende dingen niet kan doen, wordt bekrachtiging van ongewenst gedrag voorkomen.

C2: er vindt een gevecht plaats om de koffiekkan (+S+).

T2: snel hulp bieden. Gevecht snel beëindigen. Komt ongewenst gedrag voor, dan de bekrachtiging (= aandacht) tot het allernoodzakelijkste beperken.

C3: er is onrust en spanning op de betrokken afdeling. Personeel en patiënten schrikken (+S+).

T3: idem T1.

C4: eigen verpleging verschijnt op betrokken afdeling. Veel aandacht voor Geert (+S+).

T4.1: idem T2.

T4.2: condities scheppen zodat Geert bij gewenst gedrag dezelfde aandacht krijgt op de afdeling. Gewenst gedrag zéér consequent bekrachtigen.

T4.3: ongewenst gedrag bestraffen door Geert dingen te laten uitvoeren waaraan hij een hekel heeft.

C5: Geert ontvlucht nare bezigheids therapie. Verveling en rondlopen houden op (-S-).

T5: Geert activiteiten aanleren om zichzelf te vermaken, laten ontdekken dat bezig zijn plezier geeft. Dit gewenste gedrag zéér consequent bekrachtigen.

C6: naderhand, als de scène achter de rug is, tonen de verpleegkundigen zich 'boos', 'verdrietig' en spreken de zaak uitvoerig met hem door: 'Waarom doe je ons dit aan?' Geert krijgt veel negatieve aandacht (+S+).

T6: Idem T2 en T4.2 en T4.3.

Functieanalyse van het gedrag van de verpleging

S: Geert moet in bad.

R: sommige verpleegkundigen die wel goed op de hoogte zijn van de afspraken, voeren de behandelplanafspraken toch niet uit. Bekrachtigers worden gratis gegeven, er worden extraatjes beloofd die andere patiënten niet krijgen: Geert mag eerder naar bed, krijgt een sigaret of koffie in bad.

C1: Geert gaat zonder problemen in bad (+S+).

T1.1: zorgen dat álle verpleegkundigen consequent en eenduidig de afspraken uitvoeren: afgesproken gewenst gedrag bekrachtigen volgens plan en ongewenst gedrag niet bekrachtigen. Opheffen van een inconsequente en tegenstrijdige manier van werken.

T1.2: aanleren dat verpleegkundigen signaleren dat er tegenstrijdig gewerkt wordt. Hun leren elkaar te corrigeren.

T1.3: de bovengenoemde therapeutische maatregelen worden uitgevoerd door middel van individuele gesprekken met de verpleging, methodiekbesprekingen en rollenspelen waarin de functieanalyse, de holistische theorie en het behandelplan uitgelegd worden. De gedragstherapeut houdt de verpleging voor dat ze nooit iets bereiken als ze zo doorgaan. Zij specificeert de contingenties: het gevolg is dat Geert bij de volgende verpleegkundige nog vervelender is. Geert heeft geleerd meer recht te hebben op extra dingen dan anderen.

C2: verpleging krijgt genegenheid van Geert. Hij glimlacht, is vriendelijk, is lief, knipoogt met zijn mooie bruine ogen. Hij kletst lekker, vertelt verhalen over vroeger (+S+).

T2: verpleging ‘emotioneel onafhankelijk’ maken van Geert, dat wil zeggen verpleging dient haar stemming niet af te laten hangen van het gedrag van Geert.

C3: Geert blijft rest van de dienst rustig. Hij wordt niet boos, gaat geen dingen vernielen. Unit blijft rustig. Er treedt geen escalatie op (-S-).

T3: idem voorafgaande T’s.

C4: verpleging faalt niet in de ogen van collega’s want ze hebben de unit rustig gehouden (+S+).

T4: idem voorafgaande T’s.

C5: opluchting bij de verpleging nu ze Geert iets toegestopt hebben. Het langdurige verblijf op de gesloten unit wordt zo wat ‘aangenamer’ voor Geert. Verpleging vindt hem minder zielig (-S-).

T5: vergiftigen³. Zoals verpleging nu bezig is, zal Geert ‘zielig’ blijven.

S: Geert is vervelend.

R: sommige verpleegkundigen voeren nadat Geert ongewenst gedrag heeft vertoond uitvoerige gesprekken met hem. De gesprekken handelen over de dood van zijn moeder en het trieste bestaan van Geert op de gesloten unit. Ongewenst gedrag wordt bekrachtigd met aandacht.

C1: deze verpleegkundigen zijn voor hun gevoel ‘therapeutisch’ bezig door te praten over de door hen vermoede oorzaak van het ongewenste gedrag (+S+).

T1.1: vervelend gedrag niet laten bekrachtigen door aandacht. De gesprekken stoppen. Aandacht geven bij gewenst gedrag. Verpleging laten handelen volgens de instructies.

T1.2: de attitude van de verpleging omvormen. Verpleging een ander beeld bijbrengen van een ‘goede’ verpleegkundige.

C2: deze verpleegkundigen voldoen hiermee aan hun eigen wens niet mee te werken aan het huidige therapieplan. Geert heeft ‘rouwtherapie’ nodig en zij voeren deze uit (+S+).

T2.1: de verpleegkundigen die niet mee willen werken, negeren.

T2.2: met het management overleggen wat er met de betreffende verpleegkundigen gebeuren moet.

3 Hiermee wordt waarschijnlijk bedoeld: duidelijk maken dat deze ‘aangename’ consequenties van het ‘probleemgedrag’ van de verpleging slechts van korte duur zijn en niet wijzen op een afname van Geerts probleemgedrag.

De gevalsstudie geeft vervolgens de volgende holistische theorie van het probleemgedrag van zowel Geert als de verpleging. Dat is opvallend, omdat de holistische theorie (en op basis daarvan de probleemkeuze) meestal voorafgaat aan de functieanalyse en de eventuele betekenisanalyse.

Holistische theorie van het gedrag van Geert

Van jongs af aan is Geert steeds enorm verwend door zijn ouders en zijn omgeving. Hij krijgt in alles zijn zin. Krijgt hij zijn zin niet, dan kan hij heel lang zeuren en zich vervelend gedragen, net zolang tot hij zijn zin krijgt. Er wordt nooit iets van hem geëist en er worden geen grenzen gesteld. Centraal staat dat Geert niet geleerd heeft zijn behoeften uit te stellen. Hij heeft niet geleerd zich ergens voor in te zetten en rekening te houden met anderen. Hij heeft ook niet geleerd door aangepast gedrag zijn verlangens te bevredigen. Wel heeft hij geleerd dat als hij belemmerd wordt in het bevredigen van zijn behoeften, vervelend gedrag snel resultaat geeft. De omgeving wordt dan wel gedwongen om toe te geven. Enkele voorbeelden van dit egocentrische en tirannieke gedrag zijn:

- het lichamelijk agressief zijn naar anderen, bijvoorbeeld slaan en schoppen;
- het vernielen van materialen, zoals het scheuren van kleding en het vernielen van wasbakken;
- het pesten van anderen, zoals het wegpakken van koffie en provoceren door uitdagend naakt rond te lopen of door te schelden.

Het gevolg is een snelle, tamelijk moeiteloze bevrediging van een aantal belangrijke behoeften zoals eten, drinken en aandacht (+S+s). Op langere termijn geeft het de patiënt geen voldoening (-S+) en veel afwijzing (+S-). Er bestaat een chronisch gevoel van ontevredenheid, eenzaamheid, verdriet, verveling en depressie, en de patiënt ervaart het leven als zinloos.

Vanuit deze aversieve toestand wordt een uitweg gezocht in meer van hetzelfde. Geert doet dit door middel van het enige wat hij geleerd heeft: meer vernielingen, meer agressie en meer plagerijen. Een van de andere uitwegen is het zoeken naar extreme prikkeling door zichzelf te injecteren of door tot bloedens toe te masturberen. Al deze uitwegen geven hoogstens een kortduurende verlichting. Zij vergroten op langere termijn het complex van onlustgevoelens. Hij raakt verzeild in een vicieuze cirkel.

Holistische theorie van het gedrag van de verpleging

Centraal bij de verpleging staat de angst om in conflict te komen met deze lastige patiënt, die een meester is in het aannemen van een aan hulp en medelijden appellerende houding. De verpleging is voortdurend bezig om het Geert naar de zin te maken door hem te verwennen door de afspraken van het behandelplan niet uit te voeren en door steeds iets nieuws te verzinnen. Men denkt niet na over de gevolgen op langere termijn. Er wordt inconsequent en tegenstrijdig gewerkt. Op kortere termijn vertoont Geert geen ongewenst gedrag en krijgt de verpleging genegenheid van hem. Op langere termijn wordt Geert echter steeds veeleisender in zijn vervelende gedrag als zijn behoeften niet bevredigd worden. Het gevolg is dat hij, en niet de verpleging de regie in handen heeft. Geert doet dit door zijn eisen kracht bij te zetten door steeds nieuw ongewenst gedrag te verzinnen. De verpleging wordt machteloos, boos en verdrietig, en bedenkt steeds nieuwe manieren om met hem om te gaan. Dit leidt tot een cumulatie van afspraken, wat onduidelijkheid en verwarring veroorzaakt. Hierdoor wordt het tegenstrijdige en inconsequente handelen in stand gehouden.

2.3 Behandelplan

Zoals gezegd beschrijft de gevalsstudie een gedragstherapie door middel van mediatie. Het probleemgedrag van Geert wordt niet direct behandeld, maar indirect door het veranderen van het in stand houdende probleemgedrag van de verpleging. Er worden dan twee aparte interventieplannen gemaakt. Voor de behandeling van Geert worden de volgende doelen geformuleerd:

1. Stoppen van het ongewenste gedrag, zoals de lichamelijke agressie en het vernielen van materialen.
2. Aanleren van het gewenste gedrag, zoals zichzelf vermaken, anderen helpen en een goede zelfverzorging.⁴

⁴ Op het moment dat de behandeling zich richt op het verbeteren van de zelfverzorging (fase 3), is dit gewenste gedrag al zodanig verbeterd dat interventie niet meer nodig is. Dit verklaart waarschijnlijk dat dit behandel doel in de originele gevalsstudie verder niet meer ter sprake komt.