

Bedankt voor het downloaden van dit artikel. De artikelen uit de (online)tijdschriften van Uitgeverij Boom zijn auteursrechtelijk beschermd. U kunt er natuurlijk uit citeren (voorzien van een bronvermelding) maar voor reproductie in welke vorm dan ook moet toestemming aan de uitgever worden gevraagd.

Boom

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, postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.cedar.nl/pro).

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

info@boomamsterdam.nl
www.boomuitgeversamsterdam.nl

Een leertheoretische benadering van de therapeutische interactie.

Een nuttige en praktische aanvulling op N=1-studies?

Laura de Jong¹, Nynke Rauwerda² en Arend Veeninga³

SAMENVATTING

De N=1-studie is een essentieel onderdeel van de opleiding tot cognitief gedragstherapeut. De aspirant gedragstherapeut levert hiermee een 'proeve van cognitief-gedragstherapeutische bekwaamheid' af. Het accent in N=1-studies ligt sterk op het toepassen van theoretisch onderbouwde, en empirisch geverifieerde behandelmethodes. In dit artikel presenteren twee gedragstherapeuten een beknopte samenvatting van hun N=1-studie, waarin een methode – gebaseerd op leertheoretische principes – is gehanteerd om de werkalliantie (therapeutische interactie) optimaal te benutten. Dit is een vaak een wat onderbelicht onderwerp bij N=1-studies. De ervaringen met deze aanpak worden kort besproken.

INLEIDING

De N=1-studie wordt gezien als een belangrijk onderdeel – een soort proeve van bekwaamheid – om lid te worden van de VGct. Voor veel aspirant-leden wordt dit als een hele opgave beschouwd omdat de toetsingscriteria nauwkeurig zijn vastgelegd (zie website VGct). Het aspirant-lid dient gedetailleerd verslag te doen van een 'op wetenschappelijk en maatschappelijk verantwoorde wijze uitgevoerde cognitief gedragstherapeutische behandeling'. De zorgvuldig geformuleerde eisen hebben vooral betrekking op het toepassen van gedragmodificatie procedures die gericht zijn op problemen die de cliënt buiten de therapieessies ervaart. Daar is niets mis mee: uiteindelijk gaat het erom dat

1 GZ psycholoog-gedragstherapeut. Werkzaam bij Psychologenpraktijk Mondriaanlaan Nieuwegein. E-mail: laura.dejong@tiscali.nl

2 GZ psycholoog-gedragstherapeut in opleiding. Werkzaam bij Ziekenhuis Rivierenland Tiel, afdeling medische psychologie. E-mail: n.l.rauwerda@zrt.nl

3 Psychiater-psychotherapeut. Werkzaam bij Altrecht GGz. Supervisor van genoemde N=1-studies; lid van de opleidingscommissie van de VGct. E-mail: atveeninga@telfort.nl

je de cliënt helpt beter te functioneren in zijn/haar dagelijkse leven. Maar er zijn wel wat redenen om meer aandacht te besteden aan wat zich precies in de behandelkamer – of hierbuiten – afspeelt tussen therapeut en cliënt. In de richtlijnen voor $N=1$ -studies komt dit wel aan de orde, maar de omschrijving van de eisen blijft wat abstract. Gesproken wordt bijvoorbeeld over ‘standaard-behandelingen op maat leren uitvoeren’, ‘het inzichtelijk maken dat er sprake is van een therapeutisch proces’, ‘de nodige aandacht besteden aan interactie-nele aspecten’.

Tegenwoordig wordt bij psychotherapie de nadruk gelegd op het belang van de kwaliteit van de werkkalliantie, niet als non- specifiek werkzaam therapie-element maar als een zeer specifiek werkzame factor die veel kan bijdragen aan het effect van de behandelingen, ook al is empirische evidentie hiervoor nog steeds schaars (Veeninga & Hafkenscheid, 2010). Jammer is dat het begrip nog steeds zo mager geoperationaliseerd is. Als klinici hebben wij problemen met de benaming ‘een sterke band tussen therapeut en cliënt’ (Huibers, 2010). De werkrelatie als proces, het karakteristieke instrument van elke therapeut, wordt namelijk niet alleen gekenmerkt door een ‘permanent goede band’ maar ook door (veelvuldige) momenten waarop de samenwerking onder druk komt te staan door verschillen van mening, bijvoorbeeld als de weerstand tegen het toepassen van exposure groot is. De kunst is dan om dreigende haperingen in de behandelingen te herstellen en ervoor zorg te dragen dat een cliënt optimaal blijft profiteren van de gekozen behandel-methode in plaats van op onduidelijke, zogenaamd *individuele specifieke benaderingen* over te gaan. Opvallend is dat deze *persoonlijke* competentie, die voor alle psychotherapeutische methoden essentieel is, nog zo weinig herkenbare aandacht in de opleidingen krijgt. In de richtlijnen voor $N=1$ studies (zie website VGCT) worden wel enkele suggesties gedaan, bijvoorbeeld gebruikmaken van een door Adriaan Sprey (2002) beschreven methode, of het gebruik maken van de Roos van Leary (zie bijvoorbeeld Hafkenscheid 2004a) die uit een ander psychotherapeutisch referentiekader stamt.

Binnen het leertheoretisch/gedragstherapeutisch referentiekader is een praktische methode beschikbaar, de Functional Analytic Psychotherapy (FAP; Kohlenberg & Tsai, 1994; Hafkenscheid, 2004b; Kohlenberg et al, 2006), waarover reeds eerder in dit tijdschrift is gepubliceerd (Hafkenscheid, Veeninga & Witzenburg, 2009). Deze methode is goed te combineren met de eisen die aan een $N=1$ -verslag worden gesteld.

Kort samengevat zijn de voordelen van het gebruik van FAP:

- Het kan de effectiviteit van cognitief-gedragstherapeutische interventies faciliteren. Overigens moet dit nog zorgvuldig empirisch worden vastgesteld.
- Buiten de behandelkamer, maar ook tussen cliënt en therapeut kunnen zich parallelle interacties (problemen) voordoen: in wezen is het gebruikmaken van de FAP ook probleem assessment in vivo. Belangrijk is dat in de behan-

delsessie hiermee meteen gericht aan gedragsmodificatie gewerkt kan worden.

- Vanuit opleidingsaspect: de aspirant gedragstherapeut leert ook gericht adequaat gedrag bij de cliënt te bekrachtigen en zo min mogelijk in te gaan op inefficiënt gedrag. Tevens leert de aspirant 'aan den lijve' hoezeer hijzelf onderhevig is aan bekrachtiging, ook van eigen ineffectief gedrag!

In dit artikel wordt beknopt verslag gedaan van twee gedragstherapeutische behandelingen die uitgevoerd zijn in het kader van het verwerven van het lidmaatschap van de VGCT, waarin de FAP is toegepast. De behandelverslagen zijn goedgekeurd door de opleidingscommissie. Een uitvoerig verslag is opvraagbaar bij de auteurs die de behandeling hebben uitgevoerd (De Jong, 2009; Rauwerda, 2010; zie literatuurlijst). De derde auteur (supervisor) maakt nu systematisch gebruik van de FAP bij supervisie en begeleiding van N=1-studies.

Korte toelichting op de FAP

Cognitieve gedragstherapie is van oudsher meer resultaatgericht dan procesgericht. Er is echter steeds meer besef gekomen dat het therapeutisch proces te lang een te ondergeschikte plaats heeft gehad (Gilbert & Leahy, 2007). De FAP gaat ervan uit dat veel psychopathologie gebaseerd is op een leergeschiedenis van disfunctionele interpersoonlijke ervaringen en dat de therapeutische relatie essentieel is om klinische verbetering te kunnen bereiken. De cognitieve gedragstherapeut die volgens de FAP-methoden werkt, gebruikt vooral de therapeutische relatie zelf om geconditioneerde disfunctionele interpersoonlijke patronen van de cliënt te bewerken door middel van operante technieken. Hierbij wordt door middel van het maken van functieanalyses de verschillende gedragingen van zowel therapeut als cliënt binnen de therapeutische relatie in kaart gebracht.

DE CASUSBESCHRIJVINGEN

Bij een tweetal casusbeschrijvingen is uit de N=1-studies een selectie gemaakt van functieanalyses en betekenisanalyses van het gedrag van de cliënt en van de therapeut tijdens de behandelsessies (er worden verschillende notaties gehanteerd omdat de therapeuten verschillende basiscursussen hebben gevolgd). Er wordt een korte omschrijving gegeven van de consequenties van deze analyses voor de therapeutische aanpak in de behandelsessies en er wordt een indruk gegeven van de effecten van deze aanpak voor zowel de therapeut als de cliënt. In de eerste casusbeschrijving is met betrekking tot analyseren van de werkrelatie tevens gebruik gemaakt van het vragen van feedback aan de cliënte over de behandelcontacten met de in Nederland thans zeer bekende Session Rating Scale (SRS; Duncan et al., 2003).

Korte samenvatting casus 1

Dit betreft een 43-jarige cliënte die in een eerstelijns praktijk werd aangemeld met een obsessieve-compulsieve stoornis en sociaal inadequaar gedrag. Al snel bleek dat sociaal inadequaar gedrag ook in de behandelsessies een rol speelde. De behandeling bestond uit psycho-educatie, exposure in vivo met responspreventie, cognitieve gedragstherapie en EMDR. In de behandeling is tevens veel aandacht besteed aan het optimaliseren van de therapeutische relatie, omdat de therapeut zich realiseerde dat zij tevens een 'instrument' binnen de behandeling is en derhalve een onderdeel van het veranderingsproces. Middels het opstellen van functieanalyses van de interactie tussen cliënte en therapeut is ook gepoogd de aard van de therapeutische relatie te beschrijven en disfunctioneel gedrag binnen de therapeutische relatie te bewerken.

De resultaten bij afsluiting zijn goed. Het obsessief-compulsieve gedrag is afgenomen, evenals haar neiging tot vermijden. Tegelijk laat ze een toename zien in meer adequate copingstijlen als actief aanpakken en sociale steun zoeken. Dit resulteert in een verbetering van haar stemming. Genoemde veranderingen blijken uit de rapportage van cliënte, de klinische indruk van de therapeut en de meetresultaten.

De samenwerkingsrelatie nader beschreven

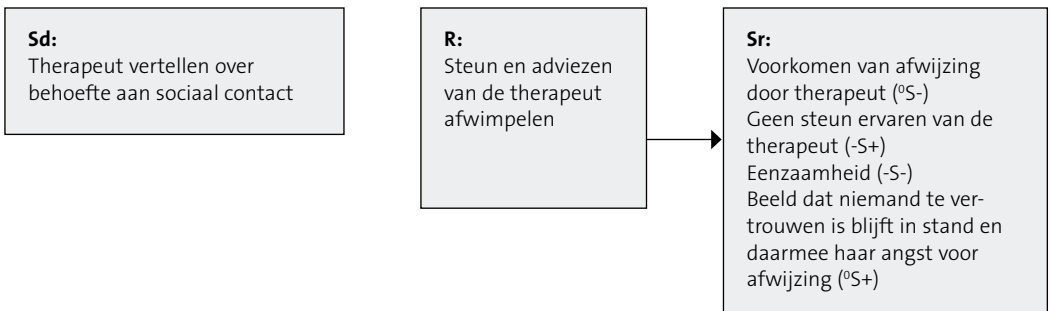
Naast de FAP is als hulpmiddel tevens gebruik gemaakt van de SRS. Er zijn aanwijzingen dat het systematisch vragen naar feedback aan cliënten over de therapeutische alliantie het therapieresultaat verbetert. Op het scoringslijstje (zie bijlage 1) geeft de cliënt aan het einde van de sessie aan hoe zij het behandelcontact heeft ervaren en de score wordt systematisch met cliënt besproken. Vanaf de tweede behandelsessie vult cliënte na iedere sessie de SRS in om de kwaliteit van de samenwerking tussen cliënte en therapeut te bewaken en zonodig tijdig bij te sturen.

Cliënte scoort vanaf het begin van de behandeling laag op de SRS en daalt zelfs nog verder. Bij het bespreken van de scores geeft cliënte aan niet tevreden met zichzelf te zijn waardoor ze lage scores geeft. De therapeut heeft toegelicht dat de SRS bedoeld is om feedback aan de therapeut te geven, maar cliënte leek dit niet goed te bevatten. De therapeut heeft het hier in eerste instantie bij gelaten. Later realiseert zij zich dat cliënte op deze manier het geven van kritiek zou kunnen vermijden. Na de vierde sessie geeft cliënte aan nooit iemand volledig te vertrouwen, wat ze toeschrijft aan haar ontslag elf jaar geleden. Dit onderwerp wordt op de agenda gezet voor de volgende sessie. In de vijfde sessie vraagt de therapeut aan cliënte wat zij kan doen om het vertrouwen dat cliënte zegt te missen in de behandelrelatie te vergroten. Cliënte zegt dan dat de therapeut minder afstandelijk zou kunnen reageren. De therapeut zegt dat zij haar best hiervoor zal doen en dat cliënte kan helpen door aan te geven wanneer ze dit opmerkt.

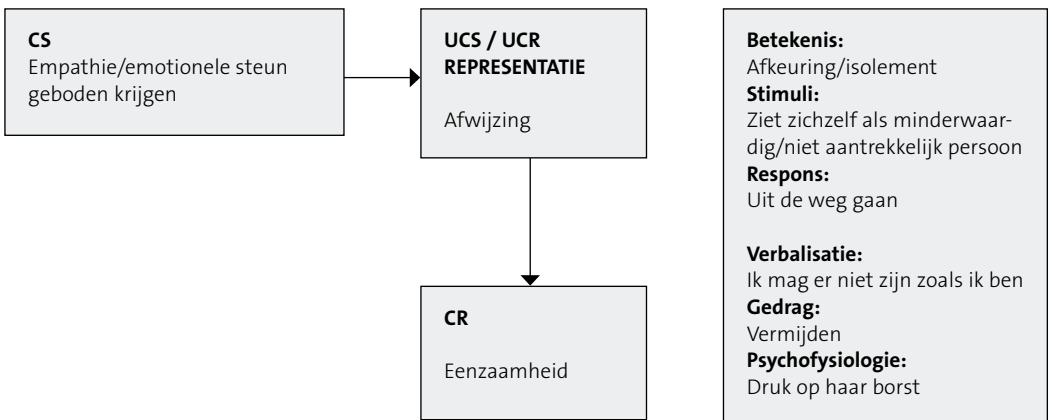
Na de volgende twee sessies heeft de therapeut de therapeutische relatie nog eens tegen het licht gehouden: zij merkte dat ze een onbevredigd gevoel aan de gesprekken overhield. Het werd haar toen duidelijk dat ze enorm haar best voor cliënte aan het doen was, maar dat cliënte alle pogingen om zich in haar te verplaatsen keer op keer afwimpelde. Op adviezen die ze kreeg reageerde ze keer op keer met ... 'ja maar...' Cliënte ervaart de therapeut als afstandelijk, maar lijkt haar ook niet dichterbij te laten komen. Ze lijkt zich veilig te voelen in het afstandelijke gedrag, maar voelt zich tegelijkertijd eenzaam. Dit wordt in de volgende sessie bespreekbaar gemaakt.

Een Functionele Analyse (FA) en Betekenisanalyse (BA) van de therapeutische relatie is weergegeven in Figuur 1.

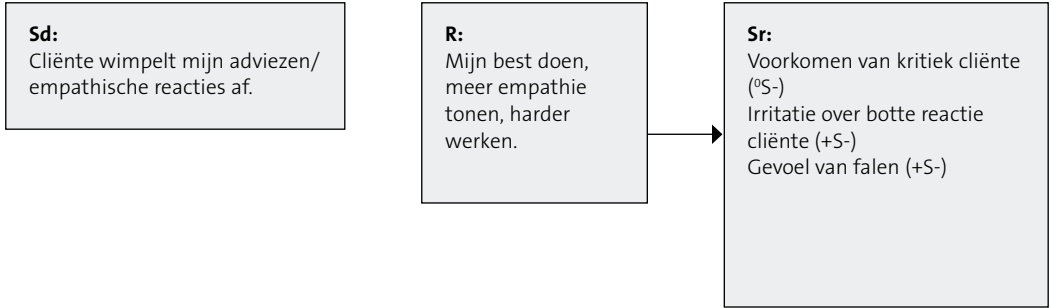
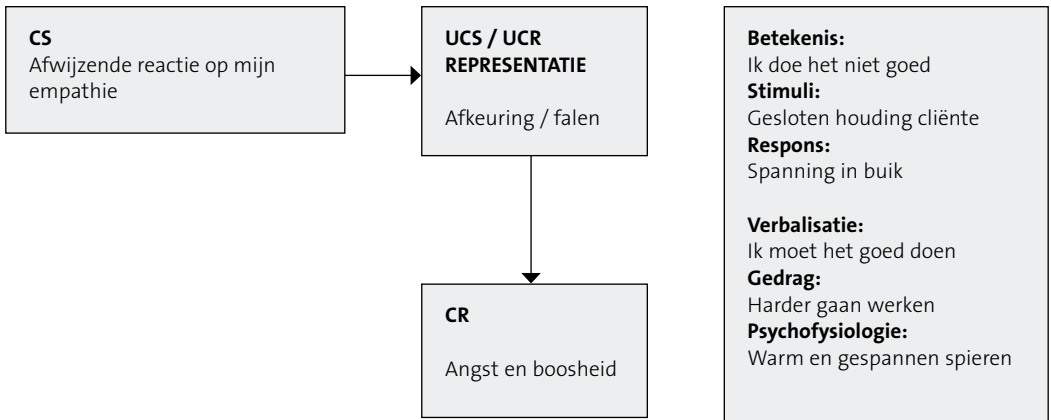
Functioneanalyse:



Betekenisanalyse:



Figuur 1. Een Functioneanalyse en een Betekenisanalyse vanuit perspectief van de cliënte uit casus 1

Functieanalyse:*Betekenisanalyse:*

Figuur 2. Een Functieanalyse en een Betekenisanalyse vanuit perspectief van de therapeut uit casus 1

Er wordt met cliënte besproken dat ze een grote behoefte heeft aan steun, maar tegelijkertijd mensen ook op afstand houdt. Cliënte beaamt dit en noemt haar angst voor afwijzing. Ze zegt mensen niet te vertrouwen en het afhouden van persoonlijk contact wel makkelijk te vinden. Therapeut confronteert cliënte ermee dat ze dit in de sessie ook ervaart. De therapeut probeert haar uiterste best te doen om haar te begrijpen en zich in haar in te leven, maar zij wimpelt alles af. Cliënte realiseert zich dan hoe bang ze is en dat ze twee dingen tegelijk wil (veiligheid en emotionele steun) die niet samen gaan. Ze noemt een aantal mensen van wie ze weet dat die oprecht in haar geïnteresseerd zijn, maar ook die houdt ze op afstand. Ze neemt zich nu voor in de komende periode met hen contact opnemen en hen over de therapie vertellen. Voor de therapeut geldt echter ook dat het afwimpelen van cliënte een signaal is dat ze te snel wil en

te hoge eisen stelt. Cliënte blijkt overigens vaak in de thuissituatie wel degelijk met de gegeven adviezen aan de slag te gaan!

De therapeut reflecteert op zichzelf als volgt: “Door te focussen op de therapeutische relatie ben ik me er meer bewust van geworden dat ik ook een ‘instrument’ in de behandeling ben en derhalve ook onderdeel van het veranderingsproces. Op bepaalde momenten kon ik hierdoor beter omgaan met mijn irritatie over het gedrag van cliënte waardoor de kans op het stagneren/mislukken van de behandeling verminderd is. Door het invullen van een procesmeetinstrument zoals de SRS is door mij meer expliciet aandacht besteed aan het therapeutisch proces, waardoor interventies beter aansloten bij de belevingswereld van cliënte zonder dat de behandeldoelen hierdoor uit het oog verloren werden. Het maken van FA's en BA's over het therapeutisch proces waren in dit opzicht ook zeer helpend. Zowel om meer zicht te krijgen op het gedrag van cliënte, als op mijn eigen aandeel in de interactie.

Korte samenvatting casus 2

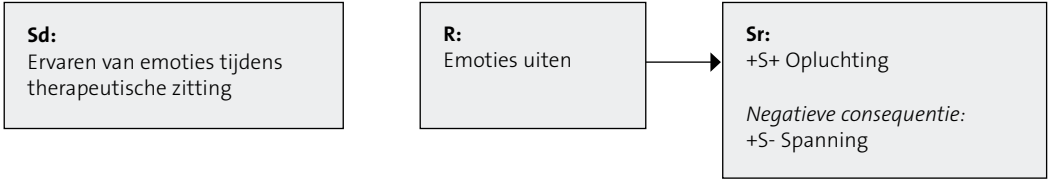
Dit betreft een 24-jarige vrouw met morbide obesitas die werd aangemeld bij de afdeling Medische Psychologie van een Algemeen Ziekenhuis. Cliënte overwoog een maagbandoperatie, maar besloot in eerste instantie tot een zelfstandige gewichtsreductie met ondersteuning van cognitieve gedragstherapie en begeleiding van een diëtiste.

In de therapie is gewerkt aan het veranderen van haar coping, namelijk eten, bij spanningen, conflicten en ervaren emoties en het leren omgaan met de verleiding van eten door middel van cognitieve en operante technieken. Er was sprake van vermijdingsgedrag in het aangaan van sociale contacten en het zoeken van steun bij anderen. Gezien deze problemen was het van belang om een veilige therapeutische relatie te bieden, waarin cliënte nieuwe ervaringen kon op doen ten behoeve van de beoogde gedragsmodificaties. Hierbij is gebruik gemaakt van de Functional Analytic Psychotherapy.

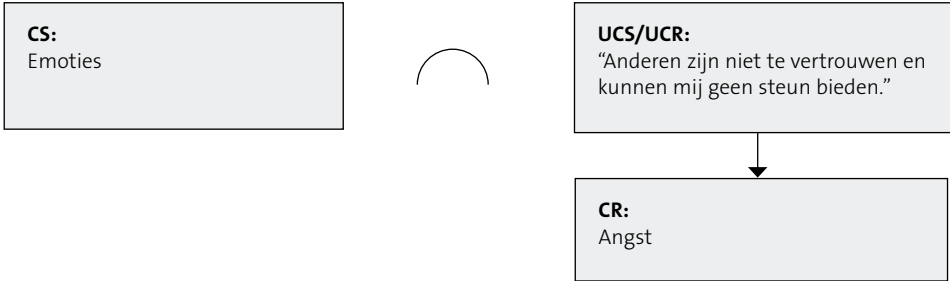
Cliënte ervaart bij afsluiting van de behandeling nog weinig zelfcontrole bij verleiding van eten en bij lichte spanningen, ondanks toegepaste operante en cognitieve technieken. Dit komt omdat de toegepaste technieken mogelijk teveel hebben ingestoken op stimuluscontrole. Cliënte heeft desondanks een forse gewichtsreductie behaald, wat voornamelijk te danken is aan het veranderen van haar coping bij het optreden van duidelijk omschreven, negatieve emoties. Cliënte neemt meer initiatieven tot contact, uit haar emoties naar anderen en komt sneller voor zichzelf op, waardoor eetbuien afnemen. Haar zelfvertrouwen is hierbij toegenomen, evenals het vertrouwen in anderen. Het toepassen van de Functional Analytic Psychotherapy binnen de behandeling heeft hieraan bijgedragen. De therapeutische relatie diende als leidraad in het ervaren van de positieve consequenties van deze gedragsveranderingen.

Ter ondersteuning van verdere gewichtsreductie zal cliënte een maagbandoperatie ondergaan. Zij zal in de toekomst mogelijk nog baat hebben bij een

Functieanalyse:

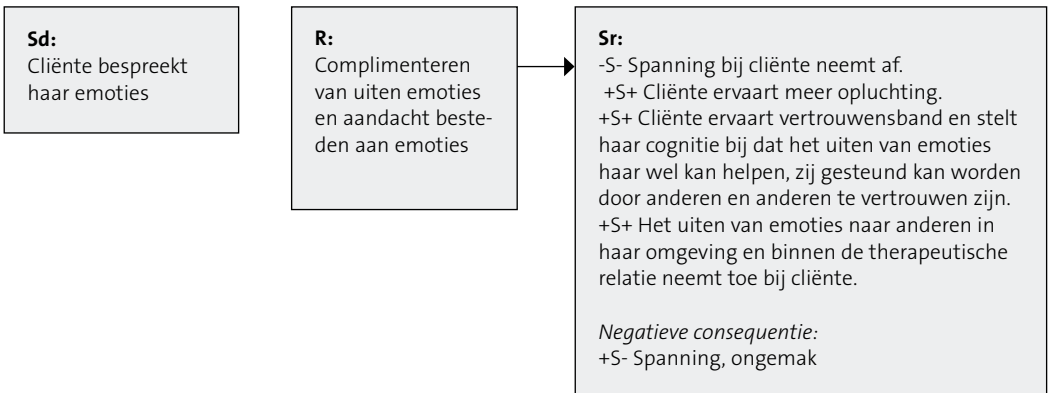


Betekenisanalyse:

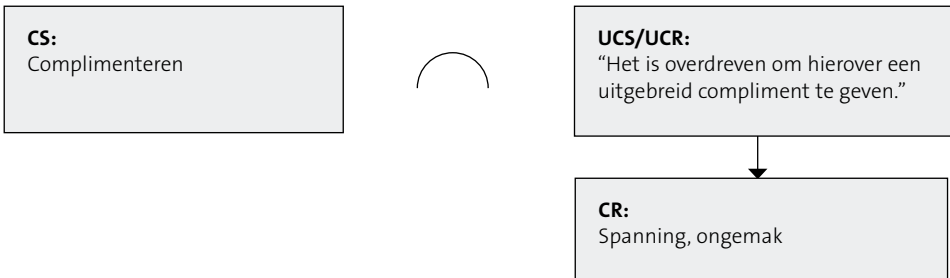


Figuur 3: Gedrag cliënte casus 2¹

Functieanalyse:



Betekenisanalyse:



Figuur 4: Gedrag therapeut casus 2

¹ De kernopvattingen, intermediaire assumpties en automatische cognities zijn geplaatst binnen de betekenisanalyses en gelden als cognitieve representaties van de UCS/UCR.

vervolg van een cognitief gedragstherapeutische behandeling ten aanzien van het leren omgaan met de verleiding van eten en lichte spanningen.

De samenwerkingsrelatie nader beschreven

Binnen de therapeutische relatie is bij deze onzekere, sociaal angstige vrouw gewerkt aan het creëren van een veilige werkrelatie, waarbij cliënte gestimuleerd werd om haar emoties te uiten. Hierbij is ingestoken op het verhogen van het vertrouwen in anderen, het laten ervaren van de prettige werking van het uiten van emoties, het bekrachtigen van beoogde, gewenste gedragingen buiten de zittingen en het geven van zelfvertrouwen op het gebied van eigen controle ten aanzien van het eetgedrag. Dit laatste is ook getracht te bereiken door niet in te gaan op de wens van cliënte om, bij een tussentijdse terugval, direct overgaan tot het aanbrengen van een maagband.

Het bevorderen van vertrouwen in anderen, het uiten van emoties, en het toepassen van gewenste gedragingen buiten de zittingen zijn binnen de therapie gestimuleerd door middel van expliciete positieve bekrachtiging (aandacht geven en complimenteren), bijvoorbeeld als ze tijdens de zittingen haar emoties verwoordde, buiten de zittingen problemen adequaat had aangepakt, en als bleek dat zij sociale contacten had uitgebreid. Hierbij merkte de therapeut dat zij spaarzamer is in het gebruik van positieve bekrachtiging dan op voorhand gedacht. Vaak voelde de therapeut zich ongemakkelijk en overdreven bij het uiten van complimenten over ogenschijnlijk kleine vorderingen van cliënte. Dat het gewenst gedrag bij cliënte toenam, bekrachtigde echter de therapeut positief bij het geven van complimenten en falsificeerde de cognitie dat dit overdreven was.

Voorbeelden van functie- en betekenisanalyses van het therapeutisch proces zijn weergegeven in figuur 3 en 4.

Het inzetten van Functional Analytic Psychotherapy ten aanzien van de therapeutische relatie is van meerwaarde geweest voor de behandeling. Cliënte heeft herhaaldelijk genoemd dat zij de therapeutische relatie heeft gezien als een verlengstuk van haar dagelijks leven. Opedane ervaringen binnen de therapeutische relatie paste zij dan ook toe in haar contacten met anderen. Hieruit kan dan ook geconcludeerd worden dat het inzetten van FAP-methoden en bewuste vormgeving van de therapeutische relatie binnen elke behandeling van grote meerwaarde is.

BESCHOUWING

In beide casussen blijkt sprake van complexe problematiek, geheel volgens de voorwaarden die gesteld worden aan de cliëntenkeuze bij $N=1$ -studies. Juist als hier sprake van is, blijkt het vaak lastig om alleen met protocollaire, empirisch geverifieerde behandelmethoden uit te komen. Men kan zich overigens afvragen hoe vaak het voorkomt dat zich enkelvoudige problematiek aandient. In

de tweede/derde lijn is dit meestal niet het geval, en hier bleek dat dit ook in de eerste lijn (casus 1) niet zo was. Overigens ontbreken precieze gegevens hierover. Maar hoge comorbiditeitscijfers worden in de GGZ vaak beschreven.

Deze bijdrage bevat natuurlijk geen hard bewijs dat met deze aanvulling/methode cliënten beter behandeld worden. Wel is het zo dat beide therapeuten die de behandeling uitgevoerd hebben het met veel plezier in hun cognitief-gedragstherapeutische proeve van bekwaamheid hebben geïncorporeerd, het gevoel hadden dat ze daardoor meer greep op de behandeling kregen en de behandeling 'lege artis' konden blijven uitvoeren. Ook zijn er in beschreven casuïstiek aanwijzingen dat de cliënten het positief gewaardeerd hebben. Nader onderzoek is wel noodzakelijk.

Opgemerkt kan nog worden (Veeninga, 2010) dat het expliciet hanteren van de werkrelatie als middel tot verandering in de cognitieve gedragstherapie een wat onderbelicht onderdeel van de opleiding tot gedragstherapeut is. Het lijkt zinvol om hier bij alle opleidingsonderdelen, niet alleen bij N=1-studies maar ook bij cursorisch onderwijs en supervisie, meer aandacht aan te besteden. Mogelijk kan dit helpen om minder snel achter allerlei nieuwe hypes aan te hollen die vaak niet meer oude wijn in nieuwe zakken blijken te zijn en ook nog steeds niet bewezen effectiever (Cuijpers et al., 2010). Ook zou er dan minder 'noodzaak' zijn om over te gaan op zogenaamde individuspecifieke behandelingen, een 'kwaal' die vooral ervaren therapeuten lijkt te treffen (Keijsers et al., 2010).

SUMMARY

A behavioral approach to the therapeutic interaction. A useful and practical addition to case studies?

A cognitive behavioral treatment approach (CBT) of two clients with complicated psychiatric problems is described. In addition to *evidence based treatment methods*, emphasis was also laid on the application of *Functional Analytic Psychotherapy (FAP)*, a behavioristic approach focusing on the client's as well as the therapist's behavior (interactions) during treatment sessions in order to maintain a good working alliance and help the client as well as the therapist to develop more appropriate behavior.

Key words: Cognitive Behavior Therapy; Functional Analytic Psychotherapy

LITERATUUR

- Cuijpers, P., Bockting, C., Oppen, P. van, & Huibers, M. (2010). De derde golf van psychotherapie bij depressie: Noodzakelijke vernieuwing of de kleren van de keizer? *Gedragstherapie*, 34, 25-34.
- Duncan, L.B., Miller, S.D., Sparks, J.A., Claud, D.A., Reynolds, L.R., Brown, J., & Johnson, L.D. (2003). The Session Rating Scale: Preliminary properties of "working" alliance measure. *Journal of Brief Therapy*, 3, 3-12.
- Gilbert, P., & Leahy, R.L. (2007). *The therapeutic relationship in the cognitive behavioral psychotherapies*. New York: Routledge.
- Hafkenscheid, A. (2004a). De interpersoonlijke communicatietheorie van Donald Kiesler: de theorie (deel 1) en de praktijk (deel 2). *Psychopraxis*, 6, 15-19 en 59-64.
- Hafkenscheid, A. (2004b). *Functional Analytic Psychotherapy (FAP): een leertheoretisch kader om het psychotherapeutische proces te begrijpen en te beïnvloeden*. *Gedragstherapie*, 37, 219-224.
- Huibers, M., Bockting, C., Oppen, P. van, & Cuijpers, P. (2010). De kwaliteit van cognitieve therapie in Nederland. *Gedragstherapie*, 43, 115-118.
- Jong, Laura de (2009). N=1 over een korte behandeling bij een dwangmatige cliënt. Ongepubliceerde casusbeschrijving.
- Keijsers, Ger P.J., Vissers, Wiede, Hutschemaekers, Giel J.M., & Wittemen, Cilia L.M. (2010). Empirische ondersteunde psychologische behandelingen. Moeten we dat nu wel doen? *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 65, 364-376.
- Kohlenberg, R.J., & Tsai, M. (1994). Functional Analytic Psychotherapy: A radical behavioral approach to treatment and integration. *Journal of Psychotherapy Integration*, 4, 175-201.
- Kohlenberg, R.J., Kanter, J.W., Bolling, M., Wexner, R., Parker, C., & Tsai, M. (2006). Functionele analytische psychotherapie, cognitieve therapie en acceptatie. In: Mindfulness en Acceptatie, de derde generatie gedragstherapie. Amsterdam: Harcourt.
- Rauwerda, N. (2010). *Een kortdurende cognitief gedragstherapeutische behandeling bij: Morbide Obesitas*. Ongepubliceerd manuscript.
- Sprey, A. (2002). *Praktijkboek persoonlijkheidsstoornissen*. Diagnostiek, cognitieve gedragstherapie en de therapeutische relatie. Houten: Bohn, Stafleu, Van Loghum.
- Veeninga, A., & Hafkenscheid, A. (2010). Persoonsgerichte supervisie in de psychotherapieopleiding. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 36, 108-119.
- Veeninga, A. (2010). Mechanisch toepassen van behandelprotocollen: een doodlopende weg? *Gedragstherapie*, 43, 257-261.

BIJLAGE 1

Session Rating Scale (SRS V.3.0) Nederlandse versie

Naam: _____
Leeftijd: _____ jaar
Geslacht: M/V
Datum: _____

Beoordeel het behandelcontact van vandaag door op elke lijn een kruisje te plaatsen dat uw gevoel over dit behandelcontact het beste weergeeft.

Hoe meer u het kruisje naar rechts plaatst, des te positiever uw gevoel over dit behandelcontact. Hoe meer u het kruisje naar links plaatst, des te negatiever uw gevoel over dit behandelcontact.

Relatie

Ik voelde me *niet* gehoord, begrepen en gerespecteerd.

|-----|

Ik voelde me gehoord, begrepen en gerespecteerd

Doelen and Thema's

We hebben *niet* gewerkt (gepraat over) waaraan ik wilde werken (waarover ik wilde praten).

|-----|

We hebben gewerkt (gepraat over) waaraan ik wilde werken (waarover ik wilde praten).

Benadering of werkwijze

De benadering van de behandelaar sloot *niet* aan bij wat ik zoek of nodig heb.

|-----|

De benadering van de behandelaar sloot aan bij wat ik zoek of nodig heb.

Algeheel

Er miste iets in het behandelcontact vandaag

|-----|

Over het geheel genomen voldeed het behandelcontact van vandaag goed voor mij.

Institute for the Study of Therapeutic Change
www.talkingcure.com

© 2002, Scott D. Miller, Barry L. Duncan, & Lynn Johnson

Dutch translation: Anton Hafkenscheid; a.hafkenscheid@sinaicentrum.nl