

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](http://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](http://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](mailto:info@boomamsterdam.nl)  
[www.boomuitgeversamsterdam.nl](http://www.boomuitgeversamsterdam.nl)

# *Didactiek in psychotherapie*

## Hoe didactische principes kunnen bijdragen aan effectieve psychotherapie

YARA WURTZ, MICHEL REINDERS & JOANNE VAN SLOOTEN

### *Samenvatting*

Psychotherapie kan beschouwd worden als een leerproces: het is de bedoeling dat de patiënt iets leert. Op leerprocessen zijn didactische principes van toepassing. Die zijn veelal onderzocht binnen het onderwijs en de cognitieve neurowetenschappen. Tot op heden ontbreekt het echter aan literatuur die beschrijft hoe didactische principes effectief kunnen worden toegepast binnen psychotherapie. In dit artikel wordt een overzicht gegeven van bevindingen uit de onderwijskunde en de cognitieve neurowetenschappen over effectieve didactische principes. Vanuit deze inzichten wordt een vertaalslag gemaakt naar de klinische praktijk. Welke didactische principes dragen bij aan effectieve psychotherapie en hoe kunnen wij deze principes toepassen in de klinische praktijk?

*Trefwoorden: didactische principes, psychotherapie, cognitieve leertheorie, leerprincipes, transdiagnostische vaardigheden*

### **Kernboodschappen voor de klinische praktijk**

- ▶ Therapeuten kunnen veel leren van de bevindingen uit de onderwijskunde en de cognitieve neurowetenschappen. Deze kennis leent zich goed voor de leerprocessen binnen psychotherapie.
- ▶ Veel therapeuten gebruiken didactische principes in hun therapie of in (zelfhulp)boeken.
- ▶ Opvallend genoeg zijn er geen studies die gericht onderzoek hebben gedaan naar didactische principes binnen psychotherapie.

INLEIDING

.....

Als we schrijven: ‘Psychotherapie kan beschouwd worden als een leerproces: het is de bedoeling dat de patiënt iets leert’, denken we een open deur in te trappen. Wat er geleerd wordt, kan heel divers zijn, bijvoorbeeld: beter omgaan met de gevolgen van traumatische gebeurtenissen, een positiever zelfbeeld, angst onder controle krijgen, een depressie overwinnen of assertiever worden. Op leerprocessen zijn didactische principes van toepassing. Hoe kunnen we deze principes effectief toepassen binnen psychotherapie? Het benutten van didactische principes binnen de therapie kan beschouwd worden als een transdiagnostische vaardigheid.

We zochten in diverse databases naar combinaties van termen als *psychotherapy*, *didactic principles* en aanverwante begrippen. Tot onze verbazing vonden we geen enkel artikel dat handelt over didactiek binnen psychotherapie. Aanvankelijk dachten we dat we niet zo bedreven waren in zoeken op PsycINFO en PubMed, maar ook de hulp van een ervaren bibliothecaris mocht niet baten. Het verbaasde ons, omdat collega’s in bijvoorbeeld de klinische praktijk en in (zelfhulp)boeken herhaaldelijk blijk geven van didactisch inzicht. Het gebrek aan wetenschappelijk onderzoek en discussie op dit terrein plaatste ons voor een dilemma. Hoe schrijf je een artikel als de wetenschappelijke onderbouwing ervan ontbreekt? We besloten ons te baseren op klinische indrukken en onderzoek uit aanpalende terreinen, zoals onderwijswetenschappen en cognitieve neurowetenschappen. Met dit artikel hopen we de discussie te openen over de vraag welke didactische principes bijdragen aan effectieve psychotherapie en hoe wij als psychologen deze didactische principes kunnen toepassen in de praktijk.

INZICHTEN VANUIT ONDERWIJSWETENSCHAPPEN EN COGNITIEVE  
NEUROWETENSCHAPPEN

.....

Als psychologen kunnen we veel leren van de kennis uit het onderwijs. De afgelopen decennia is veel onderzoek gedaan in onderwijskunde en de cognitieve neurowetenschappen.<sup>1</sup> Deze velden hebben bijgedragen aan ons inzicht in *hoe* mensen leren: hoe zij kennis verwerven en reproduceren op zowel cognitief vlak als vaardigheidsniveau. Door te begrijpen hoe iemand leert, kan vervolgens beter invloed uitgeoefend worden op zijn of haar leerprestaties. Daarom is het zinvol om binnen psychotherapie deze leerprocessen te begrijpen. Dit biedt concrete handvatten voor de klinische praktijk.

1 Surma en collega’s (2019) geven een opsomming van algemene didactische principes en onderbouwen dit met onderzoek. Zeer leesbaar en erg aan te bevelen voor mensen die meer willen weten over didactiek.

Wat weten we over hoe mensen leren? En hoe kan een leerproces optimaal worden gestimuleerd? Om dit beter te begrijpen, zoomen we in op een aantal interessante aspecten van het leerproces: (1) de condities die nodig zijn om tot leren te komen, (2) de instructie, en (3) de uitvoering van wat er geleerd wordt.

### *Conditie voor optimaal leren*

---

Een goed leerklimaat staat aan de basis van het leren. In een goed leerklimaat voelt een leerling zich veilig en wordt hij gestimuleerd om te leren (van de Grift, 2007). De docent heeft een belangrijke rol in het bepalen van het leerklimaat. Dit doet hij of zij door hoge, maar vooral positieve verwachtingen van de leerling te hebben. Ook de uitstraling van de docent is belangrijk. Want wat heeft de voorkeur: een gestreste, chaotische en uitgebluste docent, of een docent met veel enthousiasme, vriendelijkheid en duidelijkheid in zijn of haar uitleg? Waarschijnlijk de tweede. De docent vormt een rolmodel voor de leerling en inspireert tot leren, in lijn met de sociale leertheorie van Bandura (2001).

Naast het creëren van een fijn leerklimaat, is ook goede planning en organisatie van de les een voorwaarde om goed te kunnen leren. Dit is een uitdaging, want hoe houdt een docent een groep leerlingen betrokken, gefocust en geïnteresseerd? Een goede docent draagt verantwoordelijkheid voor de organisatie van de klas. Hij of zij zorgt voor een ordelijk verloop van de les door duidelijke regels te communiceren met de leerlingen en in te grijpen als dat nodig is. Leerlingen begrijpen waar ze aan toe zijn, waardoor er meer tijd overblijft voor instructie. Ook wordt er gezorgd voor een heldere opbouw en structuur van de les (Marzano & Toth, 2013). Hierbij kan gebruik worden gemaakt van *advance organizers*, een soort kapstok waaraan nieuwe informatie wordt opgehangen. Denk bijvoorbeeld aan een tekening of schema dat de aandacht trekt, een verwachting schept of relevante voorkennis activeert (Mesmer-Magnus & Viswesvaran, 2010).

### *Instructie: rekening houden met geheugenbelasting*

---

Door effectieve instructies zorgt een docent ervoor dat de leerling meer en diepgaander leert. Maar wat maakt een instructie effectief? Kennis over de werking van ons geheugen en specifiek onze geheugenbelastbaarheid levert hiervoor relevante inzichten. Ons geheugen bestaat onder andere uit het kortetermijn- en het langetermijngeheugen. We kunnen slechts een beperkte hoeveelheid informatie voor een beperkte tijd in ons kortetermijngeheugen opslaan. Een onderdeel van het kortetermijngeheugen is het werkgeheugen, dat zorgt voor de actieve verwerking van informatie in het kortetermijngeheugen. Hierbij zijn aandachtsprocessen belangrijk. Wanneer we informatie voldoende aandacht geven door te verwerken en te her-

halen, wordt die opgeslagen in ons langetermijngeheugen, dat geen opslagbeperkingen kent. Pas als de informatie het langetermijngeheugen bereikt, is er sprake van verworven kennis.

Een bekend werkgeheugenmodel (Baddeley, 2003) stelt dat bij het verwerken van kennis verschillende geheugensystemen betrokken zijn: een centraal executief systeem (een soort besturingssysteem verantwoordelijk voor werkingsprocessen) en twee tijdelijke opslagsystemen (visueel en auditief). Het werkgeheugen kan visuele en auditieve informatie slechts korte tijd opslaan en bewerken. Het is dus raadzaam om als docent informatie zowel visueel als verbaal aan te bieden, in plaats van via één modaliteit, bijvoorbeeld door verbale uitleg te ondersteunen met een tekening op het bord of een afbeelding.

Ook is het verstandig om bij instructie rekening te houden met onze beperkte geheugencapaciteit (Atkinson & Shiffrin, 1968; Sweller, 2010). We hebben allemaal wel meegemaakt dat een docent zo snel door de stof heen ging dat er niks bleef hangen. Of dat de inhoud van de stof zo complex was dat het ons boven het hoofd steeg. Wanneer onze beperkte geheugencapaciteit wordt overschreden, wordt er niets geleerd. Het is daarom belangrijk om informatie over te brengen op een snelheid en niveau die aansluiten bij de leerling. Laat niet-relevante informatie zoveel mogelijk buiten beschouwing tijdens instructie. Hiermee maakt een docent optimaal gebruik van de beperkte geheugencapaciteit.

Door uitgewerkte voorbeelden te gebruiken tijdens instructie, wordt het werkgeheugen eveneens minder belast. Dit heet ook wel het *worked example effect* (Sweller, 2010). Door een uitgewerkt voorbeeld te geven, hoeft een leerling slechts de stappen tot een oplossing te volgen en te begrijpen. De oplossing hoeft de leerling op dat moment nog niet zelfstandig te ontdekken, waardoor het werkgeheugen minder wordt belast. Ofwel: de leerling leert beter als de docent begrijpelijke en uitgewerkte voorbeelden geeft tijdens de instructie.

Aansluiten bij bestaande kennis zorgt er eveneens voor dat er meer denkruimte overblijft om nieuwe informatie te verwerken en op te slaan. Hoe meer geactiveerde voorkennis, hoe beter en sneller nieuwe informatie wordt begrepen en onthouden (Kole & Healy, 2007). Het helpt bijvoorbeeld om bij instructie stil te staan bij wat er eerder is besproken. Nieuwe informatie kan gelinkt worden aan eerder verworven kennis en zo beter verankerd worden (Pressley et al., 1992).

### *Uitvoering: afstemmen en oefenen*

Wanneer de lesstof is geïnstrueerd, is het tijd voor de uitvoering. Aan de slag met het leerproces. De docent moet goed kijken en afstemmen op de leerbehoeften van de leerling. Is de lesstof begrepen? Is er meer uitdaging nodig of juist minder? Gaat het te snel of juist te langzaam? Leerlingen die werken aan uitdagende doelen presteren beter dan leerlingen die aan te makkelijk-

ke doelen werken (Hattie, 2010). Het is belangrijk dat het doel uitdagend maar haalbaar is. Een uitdagend doel behalen voelt meer als een prestatie dan een eenvoudig doel. Ook wordt het boeken van succes en vooruitgang meer zichtbaar bij uitdagende doelen (Locke & Latham, 2002). Een te makkelijk doel daarentegen motiveert de leerling niet om de stof te herhalen, waardoor de informatie niet goed onthouden wordt. Er wordt geleerd als de leerstof duidelijk is, aansluit bij de leerling en voldoende uitdaging biedt.

Voordat een docent verdergaat naar een volgend niveau, moet de leerling de noodzakelijke kennis en vaardigheden beheersen (Bloom, 1968). Dit wordt ook wel *mastery learning* genoemd. Begin met eenvoudigere, onderliggende kennis, zodat vaardigheden die op elkaar voortbouwen stapsgewijs worden geleerd. Een patiënt zal bijvoorbeeld eerst in staat moeten zijn om irrationele of niet-helpende gedachten te herkennen alvorens er overgegaan kan worden op gedragsexperimenten.

Om informatie blijvend te onthouden is nog een laatste stap nodig: oefenen, oefenen en oefenen. De cognitieve psychologie beschrijft in dit verband een relevant leerprincipe: *deliberate practice*, oftewel: doelgericht leren. Dit didactische principe gaat over het nut van doelbewust oefenen. Ericsson, de grondlegger van dit principe, stelt dat 'expert performance reflects a long period of deliberate practice', ook wel bekend als het adagium 'oefening baart kunst'. Hij legt uit dat 'individual differences in ultimate performance can largely be accounted for by differential amounts of past and current levels of practice' (Ericsson et al., 1993). Hierin wordt de kracht van herhaling benadrukt bij het leerproces. Het behalen van topprestaties is vooral te danken aan herhaaldelijk oefenen en minder aan *innate talent*. Het is belangrijk om het oefenen te spreiden over de tijd. Dit inzicht komt voort uit het *distributed practice effect*, het fenomeen dat oefening door de tijd heen leidt tot een beter leereffect dan oefening in een les (Dunlosky et al., 2013).

Zelfs met alle gedegen kennis over inzichten uit de onderwijs- en cognitieve neurowetenschappen, blijft lesgeven een vak. Dit geldt niet alleen voor lesgeven voor een klas, maar ook voor psychotherapie. We vervolgen ons artikel met een vertaalslag naar de klinische praktijk. Hoe passen we didactische principes effectief toe in therapie?

#### DIDACTISCHE PRINCIPES IN DE KLINISCHE PRAKTIJK

.....

Een grondige bespreking van het toepassen van didactiek binnen psychotherapie vergt een heel boekwerk. We beperken ons daarom tot een aantal enigszins willekeurig gekozen principes. In ons leerplan maken we – opnieuw enigszins willekeurig – onderscheid in drie fasen: (1) de planning van de les of therapie, (2) de uitvoering van de les of therapie, en (3) de relatie tussen 'leraar' en 'leerling'.

*Planning: hoe geef ik richting aan een behandeling?*

Een goede organisatie bepaalt hoe effectief een therapie kan zijn. Door als therapeut te weten waar je heen wilt, gebruik te maken van een goede opbouw en na te denken over *hoe* je iets overbrengt, schep je belangrijke voorwaarden om het leerproces van de patiënt in goede banen te leiden.

**Als je niet weet waar je heen wilt, weet je ook niet dat je verdwaald bent** — Elk schooljaar heeft een leerplan. Het is duidelijk welke stof de leerling aan het eind van het jaar dient te beheersen. Dat is overzichtelijk. Er wordt regelmatig getoetst hoever de leerling gevorderd is. Sinds een aantal jaren hanteren postdoctorale opleidingen voor psychologen ook eindtermen voor hun opleiding, het zogenaamde ‘competentiegerichte leren’. Ook verreweg de meeste therapieën hebben een doel. Het doel is de vlag aan de horizon. Komt de vlag dichterbij, dan is de therapie succesvol. Zonder duidelijk eindcriterium of vlag aan de horizon kan de effectiviteit van de therapie niet getoetst worden.

Binnen behandelprotocollen of online behandelingen hebben ook alle sessies een doel. Er staat keurig uitgewerkt wat de therapeut in welke sessie moet doen. Het lijkt vanzelfsprekend dat elke sessie een doel heeft. Wat wil je met de patiënt bereiken in de betreffende sessie? Toch komen we geregeld therapeuten in opleiding tegen die met enige verbazing reageren als we stellen dat niet alleen de therapie als geheel, maar ook elke sessie apart een doel nodig heeft (zie bijvoorbeeld: Natesan et al., 2020).

Enkele opmerkingen over het nut van een doel per sessie. Kom beslagen ten ijs: bereid een sessie voor en weet wat je wilt bereiken. Wanneer je weet waar je heen wilt in een sessie, kun je achteraf ook constateren dat je niet hebt bereikt wat je wilde. Dat levert belangrijke informatie op. Hoe komt het dat je niet hebt bereikt wat je wilde? Heb je dingen besproken die niet relevant zijn voor de patiënt? Heb je zelf gearzeld om bepaalde interventies toe te passen? Ging je te snel? Begrijpt de patiënt waar je het over hebt? Zijn er geheugenproblemen bij de patiënt? Kortom: als je in een sessie niet het resultaat bereikt wat je hoopte, is het tijd voor een analyse, zodat de therapie op een betere koers terecht kan komen.

**Maak een opbouw in wat de patiënt zou moeten leren** — Wanneer iemand leert rekenen, zit daar een bepaalde opbouw in. Vermenigvuldigen kun je pas leren wanneer je al kunt optellen. Dit sluit aan bij het eerder beschreven mastery learning en geldt ook voor therapie. We noemen een paar voorbeelden.

Een patiënt was uitermate zelfkritisch. Elke vooruitgang die ze boekte, was onvoldoende en onbevredigend voor haar. Of het nu ging om dagstructuur, ontspanningsoefeningen of het onder controle krijgen van haar obses-

sieve gedachten, het draaide er altijd op uit dat het niet genoeg was en dat dit haar schuld was. Het was noodzakelijk om deze patiënt eerst te leren milder voor zichzelf te worden, voordat ze überhaupt iets anders kon bereiken.

Wanneer een patiënt een assertiviteitstraining krijgt, zijn er makkelijker en moeilijker situaties om te oefenen. Vaak is het lastiger om assertiever te worden in familieverband, waar rollen vaak al jaren vast liggen. In de opbouw is het vaak beter om te beginnen met oefenen in een situatie waarin de patiënt een grote kans op succes heeft.

Het lijkt allemaal vanzelfsprekend, maar in de praktijk zien we geregeld dat patiënten te moeilijke interventies voorgeschoteld krijgen. Dat ligt niet alleen aan de therapeut. Veel patiënten willen het dringendste probleem het eerste aanpakken. Helaas is het dringendste probleem vaak ook het ingewikkeldste. Naar patiënten gebruiken we vaak de volgende metafoor: wanneer een brandweercommandant bij een grote brand arriveert, maakt deze eerst een plan. Dat plan is lang niet altijd om eerst de hoofdbrand te blussen. Soms is het verstandig om eerst het aanpalende bejaardenhuis nat te houden en de bewoners te evacueren, of is het beter om eerst een schuurtje met gasflessen veilig te stellen, voordat de hoofdbrand aangepakt wordt.

Om een voorbeeld uit de praktijk te noemen: een patiënt met een burn-out komt thuis te zitten. Hij maakt zich veel zorgen over zijn vermoeidheid en concentratieproblemen, en is bang zijn baan te verliezen. De patiënt zit vaak huilend op de bank en zijn vriendin kan hiermee niet omgaan. Dat geeft spanningen. De relatieproblemen zijn 'gevolgschade' en zeker niet het hoofdprobleem. Toch kan het beter zijn om eerst rust in de relatie te creëren, teneinde te voorkomen dat terwijl de therapeut de hoofdbrand probeert te blussen 'het schuurtje ontploft'.

**Houd het simpel ('less is more')** — In de voorbereiding van de 'les' is het niet alleen belangrijk om aandacht te besteden aan de inhoud, maar ook aan de presentatie. Hoe breng je de inhoud over? In een interview gooide een reclameman één tennisbal naar de interviewer, die de bal behendig opving. Daarna gooide de reclameman tien ballen naar de interviewer. Alle ballen vielen op de grond. De reclameman probeerde duidelijk te maken dat één enkele boodschap beter te onthouden is dan een veelheid aan informatie.

Dit principe geldt ook in therapie. Houd het simpel: geen ingewikkelde verhalen, niet te veel suggesties tegelijk. Simpele boodschappen zijn beter te onthouden dan ingewikkelde boodschappen. Dit sluit ook aan bij de eerder beschreven werking van het geheugen. Omdat het werkgeheugen slechts een beperkte capaciteit heeft, moet de therapie overzichtelijk en behapbaar blijven door informatie beknopt te houden. In dit kader is het handig om de therapie samen te vatten in één motto, bijvoorbeeld: 'Wees milder voor jezelf', 'Ik wil een zelfstandige en onafhankelijke vrouw worden' of: 'Nu is het tijd voor mijzelf.' Het motto kan de spiegel worden waarin de patiënt beslissingen kan zien. Als een patiënt bijvoorbeeld twijfelt over een beslis-



sing of actie, kan de therapeut de vraag stellen: 'Wat zou een vrouw doen die iets zelfstandiger is dan jij?' Wees niet te bang om verschillende motto's uit te proberen en te kijken welk motto het beste aanslaat bij de patiënt. Het is ons vermoeden dat in de verkiezingscampagne van Obama verschillende motto's zijn uitgetoetst, alvorens men ontdekte dat 'Yes, we can' de meeste weerklank vond.

Sluit aan bij de belevingswereld en het taalgebruik van de patiënt, zodat die zich nieuwe kennis en inzichten sneller en beter eigen maakt. En sluit aan bij reeds bestaande kennis (Surma et al., 2019). Voorbeeld: een overspannen tuinder die dag en nacht in zijn kas aan het werk was, vertelde dat hij absoluut geen vrij kon nemen, omdat hij een paar duizend komkommers 'aan het infuus' had liggen. De therapeut bouwde voort op deze metafoor en opperde dat ook artsen zich tijdens weekenden en vakanties lieten vervangen. Misschien viel er voor hem als tuinder ook iets te regelen?

**Als je iets uitgelegd hebt, wil dat nog niet zeggen dat de patiënt het ook begrepen heeft** — Toen een therapeut na de tiende sessie een therapie evalueerde, bleek de patiënt dusdanige concentratieproblemen te hebben dat ze niets had onthouden van wat er besproken was. De patiënt schaamde zich voor haar geheugenproblemen en had al die tijd vriendelijk naar de therapeut geknikt. Dat was een rijklijk late ontdekking.

Het is handig om elke sessie te beginnen met de vraag: 'Laten we even terugkomen op de vorige sessie. Wat was daarin voor u belangrijk?' Op die manier houdt de therapeut het leerproces van de patiënt beter in de gaten. Je kunt het vergelijken met een proefwerk. Snapt de patiënt de lijn in de therapie en waarom hij bepaalde oefeningen doet? Snapt de therapeut wel wat er belangrijk is voor de patiënt? Het therapieproces is beter te sturen wanneer de therapeut van sessie tot sessie monitort wat er bij de patiënt gebeurt. Het is belangrijk om een patiënt expliciet uit te nodigen feedback te geven en een sfeer te scheppen waarin dit mogelijk is. Patiënten zien feedback vaak als (ongoorloofde) kritiek op de therapeut. Het is goed om expliciet te melden dat feedback de therapeut helpt om een betere therapie te geven.

Het is niet alleen handig dat de patiënt kan recapituleren wat er in de vorige sessie gebeurd is, het is ook van belang dat wat er besproken is gevolgen heeft voor het leven van de patiënt. Een goede vervolgvraag is: 'Fijn om te horen wat u belangrijk vond in de vorige sessie. Wat kon u ermee afgelopen week in uw leven?' Een van onze patiënten vertelde dat ze zulke fijne en goede gesprekken had met haar vorige therapeut, maar toch altijd de sessie verliet met de vraag: 'Ja, en nu?' Met andere woorden, er was geen verbinding gelegd tussen de goede gesprekken en de toepassing in haar leven.

*De uitvoering: van inhoud naar proces*

Een goede uitvoering van de therapie zorgt ervoor dat patiënten meer en diepgaander leren. Ruimte voor oefening en een goede afstemming op de patiënt zijn hierbij van essentieel belang.

**Inzicht is het halve werk (van snappen naar kunnen)** — Van oudsher wordt er in de westerse maatschappij veel nadruk gelegd op inzicht, waarbij de gedachte is dat inzicht voldoende is voor verandering. Helaas is dat meestal niet het geval. Veel patiënten begrijpen bij aanvang van de therapie al wat er loos is en wat zij moeten veranderen. Anders is vaak een paar gesprekken voldoende om dat inzicht te bewerkstelligen. Daarmee is de klus niet geklaard. Als de patiënt iets begrepen heeft, wil dat nog niet zeggen dat hij er iets mee kan. Gelukkig zijn er steeds meer therapieën waarin de patiënt gevraagd wordt te oefenen. Wat kan een patiënt de komende week concreet oefenen om zijn inzicht om te zetten in actie? Inzicht vertalen naar oefenbare situaties is een belangrijke stap. Doelbewust oefenen (deliberate practice) vergroot zijn vaardigheid (Hambrick et al., 2020).

Een ander veelvoorkomend probleem is dat de patiënt wel begrijpt dat iets moet veranderen, maar geen idee heeft *hoe* hij dat inzicht moet omzetten in een oefening. Doelen die de patiënt stelt zijn te vaag, te groot of niet haalbaar. Sommige situaties zijn niet oefenbaar, omdat ze nauwelijks voorkomen. Het is de taak van de therapeut om inzicht om te zetten naar behapbare oefeningen.

Verder is het belangrijk om de patiënt aan het denken te zetten en niet te snel oplossingen aan te dragen als de patiënt daarom vraagt. Een eigen oplossing heeft altijd meer impact dan iets wat voorgezegd is door de therapeut. Leren betekent dat het denkraam van de patiënt geactiveerd moet worden. Dat doet een therapeut niet door alles voor te zeggen. Wanneer zelf een oplossing bedenken te hoog gegrepen is voor een patiënt, kan de therapeut meerdere suggesties bieden en de patiënt daartussen laten kiezen (worked example effect).

**Oefenen, oefenen en oefenen** — Wat heb je in je leven geleerd zonder te oefenen? De meeste mensen die we deze vraag stellen, kunnen geen voorbeeld noemen van iets wat ze leerden zonder oefening. Niet voor niets eindigt elk hoofdstuk in een schoolboek met oefeningen. Zowel tijdens de sessie als thuis kan er geoefend worden. Veel therapeuten doen dat al, maar het kan consequenter. Een voorbeeld: een patiënt wilde zich assertiever opstellen tegenover haar moeder. De therapeut besprak hoe ze dat zou kunnen aanpakken. De patiënt resumeerde de strategie en gaf daarmee te kennen dat ze perfect begreep wat ze zou kunnen zeggen. In het daaropvolgende rolspel bleef de patiënt steken in de eerste zin. Begrijpen bleek onvoldoende

om de vaardigheid uit te voeren. Oefenen kun je breed opvatten. Het hoeft niet alleen een oefening te zijn in een vaardigheid. Soms kan de oefening zijn dat een patiënt met zijn vrouw gaat brainstormen over een andere aanpak van dingen. Volgens Hill en Norcross (2023) heeft huiswerk een positief effect op het resultaat van therapie. Wat ons betreft is het devies: in elke sessie oefenen, en geen patiënt naar huis zonder huiswerk.

**Maak gebruik van verschillende sensorische modaliteiten** — Stel, iemand volgt een opleiding tot docent en levert tijdens een les een leerplan in. Het plan bestaat eruit dat de docent een gesprek voert met de klas. Ongetwijfeld zal deze docent in opleiding voor dit plan een dikke onvoldoende krijgen, want een plan zonder opdrachten en oefeningen levert geen voldoende op. Wanneer een plan alleen gebruikmaakt van verbale instructies, zal het over het algemeen als magertjes worden beoordeeld. Het gebruik van visuele, auditieve of sensomotorische cues is belangrijk, want daardoor wordt het werkgeheugen optimaal benut.

Zo is het gebruik van een whiteboard onontbeerlijk. In elke therapiekamer hoort er een te hangen, omdat plaatjes impact hebben. Tijdens een sessie zegt een patiënt: ‘Ik moet steeds denken aan de tekening die u enkele sessies geleden maakte.’ Daarbij wijst ze op het whiteboard, dat die sessie nog onbeschreven is. Sommige patiënten vinden het confronterend wanneer wat zij denken op het bord geschreven wordt of in een tekening verbeeld. Wij vragen patiënten altijd om de afbeeldingen te fotograferen met hun telefoon, zodat zij die thuis nogmaals kunnen bekijken.

Ook kunnen patiënten audio-opnamen maken van het therapeutische gesprek. Ontspanningsoefeningen nemen we standaard op met de spraakrecorder van de telefoon van de patiënt. Verder kunnen sensomotorische cues deel uitmaken van het leerproces. Denk aan de houding van de patiënt. Gevoelens kunnen gekoppeld worden aan een lichamelijke sensatie, zoals bij de hypnotische techniek van de *clenched fist*, waarbij gevoelens van kracht gekoppeld worden aan het ballen van de vuist (Stein, 1963). Een uitgebreide variant op deze methode is later door Korrelboom geprotocolleerd en onderzocht in de COMET-methode (Korrelboom, 2011), waarbij een positief zelfbeeld gekoppeld wordt aan lichaamshouding en gelaatsuitdrukking.

**Herhalen, herhalen, herhalen** — Op school wordt leerstof regelmatig herhaald, soms in de vorm van een samenvattende paragraaf, soms in een ‘herhalingsweek’ vlak voor een tentamen. Herhalen is belangrijk. Dat geldt ook voor therapie. Een patiënt met angst- en pijnklachten verzet zich aanvankelijk tegen elke verandering. Ze wil absoluut geen ander mens worden, zegt ze. In de sessies die daarop volgen blijft de therapeut in allerlei variaties de boodschap herhalen dat enige verandering nodig is om tot klachtenreductie te komen. Uiteindelijk pakt de patiënt de boodschap op en gaat aan de slag.

We vragen patiënten regelmatig te recapituleren wat de lijn is in de therapie. Niet alleen om te controleren of de patiënt begrepen heeft waarmee we bezig zijn (een soort proefwerk), maar ook als herhaling. Hoe vaker iemand iets doet of recapituleert, hoe beter het geleerde beklijft. Aan het eind van elke sessie kan de therapeut standaard vragen wat de patiënt meeneemt uit die sessie.

In de ontspanningsoefeningen die we opnemen op de spraakrecorder van de patiënt voegen we regelmatig nuttige boodschappen en herlabelingen toe. Een voorbeeld van een stukje tekst: ‘Concentreer u op uw linkerhand. Laat de spieren los en ontspan uw hand. Het is niet alleen belangrijk om uw hand te ontspannen, maar ook om uzelf af en toe rust te gunnen en pauzes te nemen. U hoeft niet 24 uur per dag klaar te staan voor anderen. Concentreer u vervolgens op uw linker onderarm en ontspan deze ...’ De patiënt gebruikt deze ontspanningsoefening dagelijks, en krijgt daarbij en passant en bij herhaling relevante therapeutische boodschappen door, als tegenhanger voor de boodschappen die hij aan zichzelf geeft en die vaak ongezond zijn, zoals: ‘Ik moet altijd voor iedereen klaarstaan.’

#### *De relatie: interactie tussen patiënt en therapeut*

Om tot leren te komen, is het belangrijk dat de patiënt zich veilig voelt en gestimuleerd wordt om te leren.

**Loop niet meer dan één pas vooruit; volg het tempo van de patiënt** — Een docent staat qua kennis op een hoger niveau dan een leerling. Als een docent het leerproces begint op zijn of haar eigen niveau, veroorzaakt dat frustratie en onbegrip bij de leerling. Ook wanneer hij of zij sneller door de leerstof heen gaat dan de leerling kan bevatten, frustreert dit. De docent dient het leerproces niet te beginnen op het eigen niveau, maar op het niveau van de leerling. Of zoals een bevriende docent tegen ons zei: ‘Loop niet meer dan één pas vooruit op de leerling.’

Het is belangrijk om te bepalen wat het niveau van de patiënt is en aan te sluiten bij dat niveau. In protocollen voor de behandeling van angst voor ziekte zal men lezen dat het niet verstandig is om de patiënt gerust te stellen. Dit zou de problematiek versterken. In veel gevallen klopt dat, maar er zijn ook patiënten die een dusdanig hoog angstniveau hebben dat het te veel gevraagd is om af te zien van geruststelling. Afzien van geruststellen kan in een bepaalde fase van de therapie betekenen dat de therapeut te ver vooruitloopt op de patiënt.

In het kader van het ontwikkelen van autonomie leerde een patiënt zelf beslissingen te nemen in haar leven en niet telkens de therapeut om advies te vragen. De therapeut was consequent in zijn aanpak en gaf geen enkel advies meer. In de feedback op de sessie zei de patiënt dat ze druk bezig was

te leren zelf beslissingen te nemen, maar dat het te hoog gegrepen was om ineens alles zelf te moeten beslissen. Dat waren te veel stappen tegelijk.

De therapeut overziet de situatie van de patiënt meestal beter dan de patiënt zelf. Dat mag ook wel, na een uitvoerige academische studie. Het brengt echter het risico met zich mee dat de therapeut te veel uitgaat van zijn of haar eigen kennisniveau. Blijf kijken wat behapbaar en begrijpelijk is voor de patiënt. Het devies luidt: doceer en doseer. We vergelijken therapie vaak met stijldansen. Het is de bedoeling dat een van de partners de dans leidt. Leiden betekent niet dat deze partner de ander over de dansvloer sleurt. Wanneer er niemand in de dans leidt, wordt het een rommeltje. Dat brengt ons bij therapeuten die minder dan één pas vooruitlopen. Zij geven geen enkele aanwijzing over hoe een patiënt zich verder kan ontwikkelen. Ter overpeinzing de volgende vraag: ‘Zou u uw kind naar een school willen sturen waar de leraar niet meer zegt dan “hm, hm”?’

**De therapeut als docent** — Ongetwijfeld herinneren we ons allemaal die ene docent uit onze middelbareschooltijd die ons inspireerde of die we sympathiek vonden, waardoor we voor dat vak net een hoger cijfer haalden dan voorgaande jaren. De persoon van de docent doet ertoe, zoals beschreven in de sociale leertheorie van Bandura (2001). Dit geldt ook voor de persoon van de therapeut.

Allereerst is het belangrijk om het goede voorbeeld te geven. Een therapeut is ongeloofwaardig als hij voortdurend van hot naar her rent, met de tong op de schoenen de spreekkamer binnenzeilt en vervolgens de patiënt vertelt dat die, om niet in een burn-out te belanden, wat rustiger moet leven.

Als een therapeut een patiënt ontspanningsoefeningen of meditatieve technieken aanleert, is het handig als hijzelf zich kan ontspannen of mediteren. Therapeuten met een neiging tot perfectionisme geven niet het beste voorbeeld voor patiënten die moeten leren minder de puntjes op de i te zetten.

Als therapeuten goede adviezen willen geven aan patiënten, is het raadzaam dat zij proberen hun eigen adviezen op te volgen. Dat leert veel over hoe ingewikkeld het is om jezelf te veranderen. Het geeft ook de nodige compassie wanneer een patiënt het ingewikkeld vindt om te veranderen. Vertel ook iets over je eigen worstelingen. Dat steunt de patiënt. *Practice what you preach*. We komen geregeld therapeuten tegen die beter voor hun patiënten zorgen dan voor zichzelf.

Het is belangrijk dat de patiënt de therapeut sympathiek vindt. Van vriendelijke mensen is iemand eerder geneigd dingen aan te nemen dan van on aardige. Het valt aan te bevelen dat de therapeut iets vertelt over zijn of haar eigen onhandige acties. Het uitstralen van perfectie van de kant van de therapeut vergroot de spanning in de relatie (Brooks et al., 2019). Het toegeven van fouten – wanneer het er niet te veel zijn – maakt een therapeut geloofwaardiger en menselijker.

Ook *self-disclosure* lijkt bevorderlijk te zijn voor de relatie. Voorbeelden van worstelingen van de therapeut in het verleden maken diens adviezen sterker. De patiënt begrijpt dat de adviezen niet uit een boekje komen, maar gestoeld zijn op ervaring. Uiteraard moet self-disclosure een doel dienen in de relatie met de patiënt, want tenslotte gaat de therapie niet over de therapeut.

De meeste therapeuten denken tussen de sessies door na over hun patiënt en over de aanpak in de therapie. Meldt dat ook aan de patiënt: 'Ik moest van de week nog aan je denken ...' Patiënten reageren vaak aangenaam verrast en ervaren betrokkenheid. Maak duidelijk dat de patiënt bijzonder is en niet een van de velen in een rij.

#### DISCUSSIE

.....

Ons blijft de vraag intrigeren waarom er niets wordt geschreven over de didactiek van psychotherapie, terwijl zoveel therapeuten didactische principes toepassen in hun therapie en klaarblijkelijk velen het belangrijk vinden. Wellicht is het antwoord dat het zeer ingewikkeld is om deze elementen te onderzoeken. Psychotherapie is een complex en dynamisch proces, dat door patiënten op verschillende momenten verschillend wordt ervaren. Ook wanneer een didactisch principe wordt toegepast in therapie, is de uitwerking ervan niet uitsluitend het werk van de therapeut, maar een product van de interactie tussen therapeut en patiënt op een bepaalde plaats en tijd. Daarbij is het meten van de invloed van een didactisch principe op de uitkomst van therapie lastig: omdat binnen een studie allerlei patiënten en stoornissen met elkaar gecombineerd worden, blijft onduidelijk hoe, wanneer en bij wie iets werkt (Hill & Norcross, 2023).

De focus op didactiek ontslaat ons geenszins van de plicht om protocollen te benutten en evidence-based behandelingen uit te voeren. Patiënten verdienen de beste zorg naar de huidige stand van wetenschap. Het is de vraag of aandacht voor didactiek leidt tot betere resultaten in de behandeling. We weten dat niet zeker. Toch is het niet onzinnig om te verwachten dat het toepassen van didactische uitgangspunten leidt tot betere resultaten. Binnen het onderwijs zijn er tal van ideeën over hoe docenten mensen iets leren. Van die kennis kunnen therapeuten profiteren.

Hopelijk stimuleert dit artikel tot meer discussie over het toepassen van didactische principes in therapie. Onderzoek op dit terrein lijkt ons ook zeer gewenst. Het is onze ervaring dat het toepassen van didactiek de therapie afwisselender, dynamischer en leuker maakt. Hopelijk geldt dat ook voor de lezer.

Yara Wurtz (gz-psycholoog), Michel Reinders (klinisch psycholoog) en Joanne van Slooten (gz-psycholoog) zijn werkzaam bij het Expertisecentrum Psychosomatiek GGZ inGeest te Amstelveen.

*Correspondentieadres:* Yara Wurtz, GGZ inGeest, Laan van de Helende Meesters 433, 1186 DL Amstelveen. E-mailadres: y.wurtz@ggzingeest.nl

**Summary** *The use of didactic principles within psychotherapy*

Psychotherapy can be regarded as a learning process. The goal for the patient is to learn something. Didactic principles apply to learning processes. These have often been studied in education and cognitive neurosciences. To date, however, there is a lack of literature describing how didactic principles can be effectively applied within psychotherapy. This article provides an overview of findings from educational science and cognitive neuroscience on effective didactic principles. Subsequently, these insights are translated into clinical practice, where the following questions are asked: which didactic principles contribute to effective psychotherapy? And how can we apply these principles in clinical practice?

**Keywords** *didactic principles, psychotherapy, cognitive learning theory, teaching principles, transdiagnostic skills*

**Referenties**

- Atkinson, R. C., & Shiffrin, R. M. (1968). Human memory: A proposed system and its control processes. In *Psychology of learning and motivation* (Vol. 2, pp. 89-195). Academic Press.
- Baddeley, A. (2003). Working memory: Looking back and looking forward. *Nature Reviews Neuroscience*, 4, 829-839.
- Bandura, A. (2001). Social cognitive theory: An agentic perspective. *Annual Review of Psychology*, 52, 1-26. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.1>
- Bloom, B. S. (1968). *Learning for mastery*. Instruction and curriculum. Regional Education Laboratory for the Carolinas and Virginia.
- Brooks, A. W., Huang, K., Abi-Esber, N., Buell, R. W., Huang, L., & Hall, B. (2019). Mitigating malicious envy: Why successful individuals should reveal their failures. *Journal of Experimental Psychology: General*, 148, 667-687. <https://doi.org/10.1037/xge0000538>
- Dunlosky, J., Rawson, K. A., Marsh, E. J., Nathan, M. J., & Willingham, D. T. (2013). Improving students' learning with effective learning techniques: Promising directions from cognitive and educational psychology. *Psychological Science in the Public Interest*, 14, 4-58. <https://doi.org/10.1177/1529100612453266>
- Ericsson, K. A., Krampe, R. T., & Tesch-Römer, C. (1993). The role of deliberate practice in the acquisition of expert performance. *Psychological Review*, 100, 363-406. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.100.3.363>
- Hambrick, D. Z., Macnamara, B. N., & Oswald, F. L. (2020). Is the deliberate practice view defensible? A review of evidence and discussion of issues. *Frontiers in Psychology*, 11. [www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2020.01134](http://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2020.01134)
- Hattie, J. (2010). *Visible learning: A synthesis of over 800 meta-analyses relating to achievement* (Reprinted). Routledge.

- Hill, C. E., & Norcross, J. C. (2023). Skills and methods that work in psychotherapy: Observations and conclusions from the special issue. *Psychotherapy*, 60, 407-416.
- Kole, J. A., & Healy, A. F. (2007). Using prior knowledge to minimize interference when learning large amounts of information. *Memory & Cognition*, 35, 124-137. <https://doi.org/10.3758/BF03195949>
- Korrelboom, K. (2011). *COMET voor negatief zelfbeeld*. Bohn Stafleu van Loghum.
- Locke, E., & Latham, G. (2002). Building a practically useful theory of goal setting and task motivation: A 35 year odyssey. *American Psychologist*, 57, 705-717. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.57.9.705>
- Marzano, R. J., & Toth, M. D. (2013). *Teacher evaluation that makes a difference: A new model for teacher growth and student achievement*. ASCD.
- Mesmer-Magnus, J., & Viswesvaran, C. (2010). The role of pre-training interventions in learning: A meta-analysis and integrative review. *Human Resource Management Review*, 20, 261-282. <https://doi.org/10.1016/j.hrmr.2010.05.001>
- Natesan, S., Bailitz, J., King, A., Krzyzaniak, S. M., Kennedy, S. K., Kim, A. J., Byyny, R., & Gottlieb, M. (2020). Clinical teaching: An evidence-based guide to best practices from the council of emergency medicine residency directors. *The Western Journal of Emergency Medicine*, 21, 985-998. <https://doi.org/10.5811/westjem.2020.4.46060>
- Pressley, M., Wood, E., Woloshyn, V. E., Martin, V., King, A., & Menke, D. (1992). Encouraging mindful use of prior knowledge: Attempting to construct explanatory answers facilitates learning. *Educational Psychologist*, 27, 91-109. [https://doi.org/10.1207/s15326985ep2701\\_7](https://doi.org/10.1207/s15326985ep2701_7)
- Stein, C. (1963). The clenched fist technique as a hypnotic procedure in clinical psychotherapy. *The American Journal of Clinical Hypnosis*, 6, 113-119. <https://doi.org/10.1080/00029157.1963.10402330>
- Surma, T., Vanhoyweghen, K., Sluijsmans, D., Camp, G., Muijs, D., & Kirschner, P. (2019). *Wijze lessen: Twaalf bouwstenen voor effectieve didactiek*. Ten Brink Uitgevers.
- Sweller, J. (2010). Cognitive load theory: Recent theoretical advances. In *Cognitive load theory* (pp. 29-47). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511844744.004>
- van de Grift, W. (2007). Quality of teaching in four European countries: A review of the literature and application of an assessment instrument. *Educational Research*, 49, 127-152.