

HOOFDSTUK	EXTRA																													
Hoofdstuk 1: Het werkveld van de klinische psychologie																														
<ul style="list-style-type: none"> ❖ 1.1: INTRODUCTIE - Wat is klinische psychologie eigenlijk? <ul style="list-style-type: none"> ➤ Klinische psychologie: integratie van wetenschap, theorie en praktijk om maladaptiviteit, onkunde en ongemak te voorspellen, begrijpen, alsook menselijke adaptatie, aanpassing en persoonlijke ontwikkeling promoten <ul style="list-style-type: none"> • Wetenschap • Gericht op het reduceren van ongewenste condities • Gericht op het verbeteren van gewenste condities • Integratief: bekijkt het geheel van functioneren (niet enkel psychologisch functioneren) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bio-psycho-sociaal model ➤ Klinische gezondheid: niet de afwezigheid van psychopathologie, maar een staat van welzijn waarin elk individu zijn of haar potentieel realiseert, kan omgaan met de normale stressen van het dagelijkse leven, productief kan werken en kan bijdragen tot zijn of haar gemeenschap 	<ul style="list-style-type: none"> - Klinische psychologie - Klinische gezondheid 																													
<ul style="list-style-type: none"> ❖ 1.2: SETTINGS EN POPULATIES IN DE KLINISCHE PSYCHOLOGIE - We werken met verschillende populaties <ul style="list-style-type: none"> ➤ Kinderen ➤ Adolescenten ➤ Volwassenen ➤ Ouderen ➤ Gezinnen - De klinische psycholoog heeft ook een heel aantal taken <ul style="list-style-type: none"> ➤ Diagnostiek, indicatiestelling ➤ Therapie, revalidatie ➤ Begeleiding, teambegeleiding ➤ Advies, psycho-educatie ➤ Preventie, beleid ➤ Onderzoek, onderwijs 	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="background-color: #0056b3; color: white; text-align: center;">Psychopathologie</td></tr> <tr><td style="background-color: #0056b3; color: white; text-align: center;">Relatieproblematiek</td></tr> <tr><td style="background-color: #0056b3; color: white; text-align: center;">Psychosociale revalidatie</td></tr> <tr><td style="background-color: #0056b3; color: white; text-align: center;">Gehandicaptenzorg</td></tr> <tr><td style="background-color: #0056b3; color: white; text-align: center;">Verslaafdenzorg</td></tr> <tr><td style="background-color: #0056b3; color: white; text-align: center;">Klinische neuropsychologie</td></tr> <tr><td style="background-color: #0056b3; color: white; text-align: center;">Forensische psychologie</td></tr> <tr><td style="background-color: #0056b3; color: white; text-align: center;">Klinische bedrijfspsychologie</td></tr> <tr><td style="background-color: #0056b3; color: white; text-align: center;">Sportpsychologie</td></tr> <tr><td style="background-color: #0056b3; color: white; text-align: center;">Klinische verkeerspsychologie</td></tr> <tr><td style="background-color: #0056b3; color: white; text-align: center;">Gezondheidspsychologie</td></tr> <tr><td style="background-color: #0056b3; color: white; text-align: center;">Eerste Lijn</td></tr> <tr><td style="background-color: #0056b3; color: white; text-align: center;">Diensten GGZ</td></tr> <tr><td style="background-color: #0056b3; color: white; text-align: center;">Psychiatrie AZ</td></tr> <tr><td style="background-color: #0056b3; color: white; text-align: center;">Algemene diensten AZ</td></tr> <tr><td style="background-color: #0056b3; color: white; text-align: center;">Psychiatrisch ziekenhuis</td></tr> <tr><td style="background-color: #0056b3; color: white; text-align: center;">Revalidatiecentra</td></tr> <tr><td style="background-color: #0056b3; color: white; text-align: center;">Plaatsingsdiensten</td></tr> <tr><td style="background-color: #0056b3; color: white; text-align: center;">Centrum Leerlingenbegeleiding</td></tr> <tr><td style="background-color: #0056b3; color: white; text-align: center;">Vertrouwensartsencentra</td></tr> <tr><td style="background-color: #0056b3; color: white; text-align: center;">Rust- en Verzorgingstehuizen</td></tr> <tr><td style="background-color: #0056b3; color: white; text-align: center;">Organisaties ontwikkelingshulp</td></tr> <tr><td style="background-color: #0056b3; color: white; text-align: center;">Bedrijven</td></tr> <tr><td style="background-color: #0056b3; color: white; text-align: center;">Overheidsinstellingen</td></tr> <tr><td style="background-color: #0056b3; color: white; text-align: center;">Justitiële instellingen</td></tr> <tr><td style="background-color: #0056b3; color: white; text-align: center;">Sportverenigingen</td></tr> <tr><td style="background-color: #0056b3; color: white; text-align: center;">Centra voor gehandicaptenzorg</td></tr> <tr><td style="background-color: #0056b3; color: white; text-align: center;">Onderwijsinstellingen</td></tr> <tr><td style="background-color: #0056b3; color: white; text-align: center;">Onderzoekscentra</td></tr> </table>	Psychopathologie	Relatieproblematiek	Psychosociale revalidatie	Gehandicaptenzorg	Verslaafdenzorg	Klinische neuropsychologie	Forensische psychologie	Klinische bedrijfspsychologie	Sportpsychologie	Klinische verkeerspsychologie	Gezondheidspsychologie	Eerste Lijn	Diensten GGZ	Psychiatrie AZ	Algemene diensten AZ	Psychiatrisch ziekenhuis	Revalidatiecentra	Plaatsingsdiensten	Centrum Leerlingenbegeleiding	Vertrouwensartsencentra	Rust- en Verzorgingstehuizen	Organisaties ontwikkelingshulp	Bedrijven	Overheidsinstellingen	Justitiële instellingen	Sportverenigingen	Centra voor gehandicaptenzorg	Onderwijsinstellingen	Onderzoekscentra
Psychopathologie																														
Relatieproblematiek																														
Psychosociale revalidatie																														
Gehandicaptenzorg																														
Verslaafdenzorg																														
Klinische neuropsychologie																														
Forensische psychologie																														
Klinische bedrijfspsychologie																														
Sportpsychologie																														
Klinische verkeerspsychologie																														
Gezondheidspsychologie																														
Eerste Lijn																														
Diensten GGZ																														
Psychiatrie AZ																														
Algemene diensten AZ																														
Psychiatrisch ziekenhuis																														
Revalidatiecentra																														
Plaatsingsdiensten																														
Centrum Leerlingenbegeleiding																														
Vertrouwensartsencentra																														
Rust- en Verzorgingstehuizen																														
Organisaties ontwikkelingshulp																														
Bedrijven																														
Overheidsinstellingen																														
Justitiële instellingen																														
Sportverenigingen																														
Centra voor gehandicaptenzorg																														
Onderwijsinstellingen																														
Onderzoekscentra																														
<ul style="list-style-type: none"> ❖ 1.3: BEROEPEN IN DE KLINISCHE PSYCHOLOGIE - Klinische psychologie is niet hetzelfde als een klinisch psycholoog, en is ook niet hetzelfde als psychotherapie <ul style="list-style-type: none"> ➤ Klinische psychologie: <ul style="list-style-type: none"> • Ruim praktijkveld • Bio-psycho-sociaal model zorgt er voor dat we multidisciplinair werken • Psychiater, maatschappelijk werker, ergotherapeuten, psychiatrisch verpleegkundigen, ... ➤ Klinisch psycholoog: <ul style="list-style-type: none"> • Diagnostiek, preventie en behandeling 	<ul style="list-style-type: none"> - Klinisch psycholoog - Psychotherapeut 																													

<ul style="list-style-type: none"> • Recente veranderingen in wetgeving: wettelijke bescherming van beroep klinisch psycholoog en psychotherapeut (zorgt voor duidelijker statuut en eventuele terugbetalingen) • “(...)het gewoonlijk verrichten van autonome handelingen die tot doel hebben of worden voorgesteld tot doel te hebben, bij een mens en in een wetenschappelijk onderbouwd klinisch psychologisch referentiekader, de preventie, het onderzoek, het opsporen of het stellen van een psychodiagnose van echt dan wel ingebeeld psychisch of psychosomatisch lijden en die persoon te behandelen of te begeleiden.” <p>➤ Psychotherapeut:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Focus op behandeling (ipv ook diagnostiek en preventie) • Therapeut is een verzamelnaam voor iemand die beroepsmatig een methode toepast ter genezing van lichamelijke of geestelijke gezondheidsproblemen • “(...)het gebruikelijk verrichten van autonome handelingen die tot doel hebben of worden voorgesteld tot doel te hebben, de moeilijkheden, conflicten of psychische stoornissen van een individu weg te nemen of te verlichten, het verrichten van psychotherapeutische ingrepen op basis van een psychotherapeutisch referentiekader, ten aanzien van dat individu of van een groep individuen, als een volwaardig systeem beschouwd, waarvan dat individu deel uitmaakt.” <p>➤ Belangrijk om het verschil tussen een klinisch psycholoog en psychotherapeut te kennen!</p>	
---	--

Hoofdstuk 2: Modellen in de klinische psychologie

<p>❖ 2.1: INTRO: WETENSCHAPPELIJKE BENADERING</p> <p>- We halen het evidence-based practice model uit de medische wetenschappen</p> <p>➤ Het is relatief nieuw</p> <p>➤ Betekent dat de clinicus continu contact maakt met de wetenschappelijke achtergrond om de situatie op de meest verantwoorde manier te benaderen</p> <p>➤ Benadrukt het geven van informed consent</p> <p>➤ Integratie van:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wetenschappelijke informatie • Klinische competentie • Voorkeur patiënt <p>➤ Zie artikel McFall: manifesto for a science of clinical psychology</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wetenschappelijke klinische psychologie is de enige legitieme en aanvaardbare vorm van klinische psychologie • Psychologische diensten mogen niet toegediend worden aan het publiek tenzij ze voldoen aan 4 minimale criteria <ul style="list-style-type: none"> ▪ De precieze aard van de dienst wordt duidelijk beschreven ▪ De voordelen zijn expliciet gemaakt ▪ De voordelen zijn wetenschappelijk gevalideerd ▪ Mogelijke negatieve bijeffecten worden empirisch uit de dienst gehaald • Het voornaamste en belangrijkste doel van doctoraatprogramma's in de klinische psychologie moet het produceren van zo competent mogelijke klinische wetenschappers zijn <p>- Er is ook heel wat kritiek op het EBP-perspectief in klinische psychologie</p> <p>➤ Welke type evidentie is nu eigenlijk zinnig voor ons?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Groepsdata kan niet toegepast worden op een individu • Niet alle problemen van cliënt zijn al eens onderzocht en we kunnen niet wachten tot er onderzoek naar is • Elk individu is uniek, we kunnen een mens niet vatten door algemene psychologische wetmatigheden • Klinische ervaring en intuïtie zijn relevanter dan wetenschap <p>- Hoe valide is de feedback van patiënten?</p> <p>➤ Patiënten zullen niet altijd even eerlijk zijn</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sociale wenselijkheid • Geen vergelijkingsmateriaal, dus mensen weten niet altijd wat te verwachten van een klinisch psycholoog <ul style="list-style-type: none"> ▪ Meer ervaring = slechtere uitkomsten • Korte vs lange termijn effecten 	<p>- Evidence-based practice (EBP) model</p>
---	--

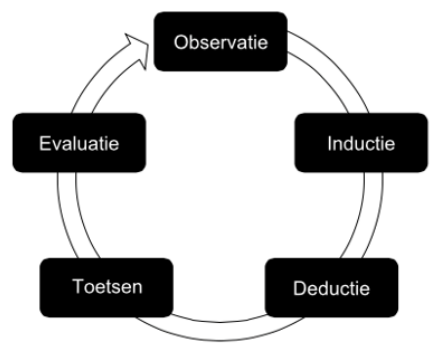
- Verklaring zelf zoeken waarom mensen afhaken of de therapie niet werkt
- Kortom: **we zien dus dat wetenschappelijke input cruciaal is!**
- **We bevinden ons momenteel in een belangrijke transitieperiode**
- We beschikken over meerdere goede databases
- We hebben veel gedifferentieerde kennis beschikbaar: er zijn aparte tijdschriften voor alles
- Er is meer vertrouwdheid met 'just in time knowledge'
- Verhoogde interesse in disseminatie
- Open access tijdschriften: gratis in plaats van super duur!

❖ **2.2: WETENSCHAPSFILOSOFISCH KADER**

- **Epistemologie (kennisleer): studie van de aard, oorsprong, voorwaarden voor een reikwijdte van kennis**
- Zie artikel van Ponterotto (kwalitatieve data-analyse)
- **We maken het onderscheid tussen de 4 grote paradigma's (Ponterotto)**
- Modernisme:
 - **Positivism**: enkel de empirische wetenschappen leveren geldige kennis op
 - Ontologie: er is maar 1 ware externe realiteit die kenbaar, identificeerbaar en meetbaar is (**naïef realisme**)
 - Epistemologie: de onderzoeker en participanten zijn onafhankelijk van elkaar, door gestandaardiseerde procedures kunnen we objectief en zonder bias zaken meten en bestuderen (**dualisme/objectivisme**)
 - Onderzoeksbevindingen zijn absoluut waar indien gerepliceerd
 - **Post-positivism**: aanvaarden dat wetenschappers inherent biased zijn, dus zo objectief mogelijk proberen zijn door de mogelijke effecten van biases te erkennen
 - Ontologie: er is 1 ware externe realiteit, maar die is maar deels kenbaar (**kritisch realisme**)
 - Epistemologie: er is een mogelijke invloed van de onderzoeker, maar onderzoeker en participanten zijn nog steeds onafhankelijk (**aangepast dualisme/objectivisme**)
 - Onderzoeksbevindingen zijn waarschijnlijk waar
- Post-modernisme
 - **Sociaal-constructivisme**: onze ervaring van de wereld wordt (deels) geconstrueerd door sociale processen die afhangen van de maatschappij waarin we leven
 - Ontologie: er zijn meervoudige, geconstrueerde, subjectieve realiteiten die beïnvloed worden door de context van de situatie (**relativisme**)
 - Epistemologie: onderzoeker en participant zijn afhankelijk van elkaar en dit staat centraal om de ervaring van de participant te vatten (**transactioneel/subjectivistisch**)
 - Onderzoeksbevindingen zijn geconstrueerd
 - **Kritisch-ideologisch**: theorie gericht op het bekritisieren en veranderen van de maatschappij, in plaats van enkel de maatschappij te proberen begrijpen of uitleggen
 - Ontologie: realiteiten worden gevormd door sociale, politieke, culturele, economische, etnische en genderwaarden die gemedieerd worden door machtsrelaties die sociaal en historisch gegrond zijn (**historisch realisme/relativisme**)
 - Epistemologie: er is een dialectische relatie tussen onderzoeker en participant met als doel transformatie of emancipatie voor de participant (**transactioneel/subjectivistisch**)
 - Onderzoeksproces is onderhevig aan waarden

- Epistemologie
- Positivism
- Post-positivism
- Sociaal-constructivisme
- Kritisch-ideologisch
- Ontologie
- Naïef realisme
- Kritisch realisme
- Dualisme / objectivisme
- Aangepast dualisme / objectivisme
- Relativisme
- Transactioneel / subjectivistisch
- Historisch realisme / relativisme
- Nomothetisch
- Constructivisme
- Constructionisme

- **(Post-)positivisme en de klinische psychologie**
- Dit wetenschapsfilosofisch kader heeft een grote invloed gehad op de klinische psychologie
 - **Nomothetisch**: algemene wetmatigheden zoeken
 - Dit is ook wat we doen in de klinische psychologie: we zoeken naar de oorzaken van pathologie
 - Doel: verklaring die leidt tot **predictie en controle** van fenomenen (hier psychopathologie)
 - Hypothetisch-deductieve methode staat centraal
- **Er zijn echter een heel aantal kritieken op deze stroming:**
- Door de **dominantie van kwantitatieve methodes** lijden we veel verlies van mogelijks andere belangrijke variabelen
- Er is geen aandacht voor **betekenis en motivatie**



<ul style="list-style-type: none"> ➤ Door de artificiële onderzoekscontext daalt de relevantie voor de onderzochte populatie ➤ Het is niet toepasbaar op individuele gevallen ➤ Exploratieve dimensie van onderzoek verdwijnt - Sociaal-constructivisme is een postmodernistische traditie die stelt dat er niet 1 realiteit is, maar meerdere geconstrueerde realiteiten <ul style="list-style-type: none"> ➤ Dit houdt in dat waarheid en objectieve kennis van de wereld onmogelijk zijn ➤ De realiteit is afhankelijk van taal: taal staat centraal, er is geen eenduidige betekenis van woorden en teksten ➤ Nadruk op het belang van context ➤ De sociale realiteit wordt actief geconstrueerd door mensen - Constructivisme vs sociaal constructionisme <ul style="list-style-type: none"> ➤ Constructivisme: de mens is voortdurend betrokken in het verwerken en evalueren van de omgeving en daarop te reageren op basis van een betekenisverlenend proces <ul style="list-style-type: none"> • Belang cognitieve processen ➤ Sociaal constructionisme: het proces van constructie wordt sociaal gemedieerd <ul style="list-style-type: none"> • Belang van relaties en interacties - Wat impliceert het sociaal-constructivisme voor de klinische psychologie? <ul style="list-style-type: none"> ➤ Stoornissen zijn sociocultureel bepaald <ul style="list-style-type: none"> • Volgens kritisch-ideologisch: sociocultureel bepaald in functie van machtsstructuren ➤ Er zijn geen absolute definities van normaliteit en abnormaliteit ➤ Belang van subjectief geleefde ervaring ➤ Er is geen (absolute) voorspelbaarheid van het therapeutisch proces - Wat impliceert het sociaal-constructivisme voor onderzoek? <ul style="list-style-type: none"> ➤ De relatie tussen patiënt en therapeut staat meer centraal ➤ Meer kwalitatief onderzoek ➤ Belang van taal: identiteit als narratieve constructie ➤ Geen streven naar absolute kennis, maar wel bruikbare kennis ➤ Kennis bestaat nooit op zich, de context moet altijd in beschouwing worden genomen (geen universele kennis) - Er zijn ook echter heel wat kritieken op postmodernisme <ul style="list-style-type: none"> ➤ Lilienfeld: postmodernism as a threat to scientific psychology <ul style="list-style-type: none"> • Groot scepticisme van wetmatigheden • Wetenschappelijke kennis is niet meer waar dan andere soorten kennis • Pessimisme over wetenschappelijke vooruitgang • Subjectivisme en notie dat de wereld sociaal geconstrueerd is • Extreem relativisme en ontkenning van universele wetenschappelijke waarheden - Wetenschapsfilosofische achtergrond is altijd aanwezig <ul style="list-style-type: none"> ➤ Onderzoek gebeurt meestal niet uit 1 epistemologisch kader, maar heeft wel verschillende klemtonen ➤ Elk kader heeft sterke en zwakke kanten in het denken over wetenschap ➤ Dit vormt de grond voor debatten in psychologie 	
<ul style="list-style-type: none"> ❖ 2.3: METAMODELLEN - Binnen de klinische psychologie bestaat er een dichotome relatie tussen de medische en contextuele visie <ul style="list-style-type: none"> ➤ Dit komt door de unieke positie van klinische psychologie als een integratie van psychologie, psychiatrie en andere disciplines ➤ De visies verschillen op de manier waarop ze kijken naar wat dé beste behandeling van een conditie hoort te zijn - Het medisch model stelt niet persé dat er een biologisch oorzaak is, maar is een algemene manier van kijken naar mensen met psychiatrische problemen <ul style="list-style-type: none"> ➤ Patiënt heeft een ziekte/stoornis ➤ Focus op symptomen en syndromen ➤ Diagnose, prognose ➤ Medisch denk- en handelwijze: unidirectionele causaliteit ➤ Zoektocht naar biologisch of psychische oorzaak ➤ Duidelijke link tussen diagnose en behandeling 	<ul style="list-style-type: none"> - Medische visie - Contextuele visie - Bio-psycho-sociale model - Biologische psychiatrie - Diathese-stress model - Diathese - Differential susceptibility model - Power threat meaning framework

- Oorzaken volgens medische visie

- In de medische visie wordt er vaak gewerkt vanuit een bio-psycho-sociaal model
- Heel veel stoornissen hebben niet gewoon 1 oorzaak
- **Biologische kwetsbaarheid:**
 - Genetica speelt in op biochemische processen, hersenafwijkingen...
- **Sociale factoren:**
 - Opvoeding, chronische stress, maatschappelijke status
- **Psychologische factoren:**
 - Vaardigheidstekort, maladaptieve cognities, leergeschiedenis...
- Interactie tussen kwetsbaarheid en stress
 - Men gaat ervan uit dat er allerlei feedback opties zijn tussen verschillende aspecten

- Behandeling volgens medische visie

- Uitdagend omdat:
 - Therapieën veel ingrediënten bevatten
 - Hoe operationaliseren we verandering?
 - Hoe differentiëren we tussen het werkzame ingrediënt (van een therapie), spontaan herstel en placebo?

- Conceptuele problemen van het medisch model

- Het is niet gemakkelijk om een duidelijk biologisch of psychologisch substraat te vinden
- Het zijn heel complexe interacties tussen biologische, psychologische en sociale factoren
 - Mensen kunnen op héél veel manieren in de problemen geraken
- Behandeling kan soms werken zonder dat we zicht hebben op causale mechanismen
 - Of de behandeling slaat aan zonder direct effect op de causale factoren die betrokken zijn bij etiologie en instandhouding van psychopathologie
- Is het correct om te focussen op symptomen en syndromen?

- De contextuele visie op psychopathologie stelt dat er meerdere behandelingen even effectief kunnen zijn voor een bepaalde conditie

- De medische visie op psychische problemen heeft ons niet zo heel ver gebracht
- Mensen moeten **geloof hechten aan de rationale** die wordt gegeven voor een bepaalde behandeling
- De effectiviteit van de therapie is **afhankelijk van de match tussen de patiënt en de hulpverlener**
- **Jerome Frank:** demoralisatie
 - Het is de taak van klinische psychologen om **patiënten te remoraliseren**
- **Zie artikel Wampold**

- Bio-psycho-sociale model van Engel stelt dat we rekening moeten houden met alle verschillende niveaus van analyse

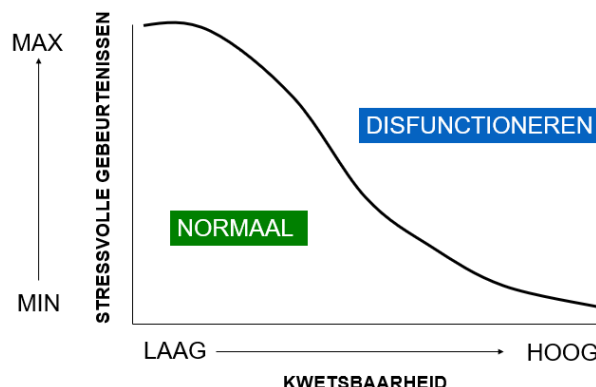
- Psychologische factoren -> psychopathologie
- Biologische factoren -> biologische psychiatrie
- Sociale factoren -> epidemiologie

- Biologische psychiatrie stelt dat de kennis van de biologie behulpzaam kan zijn bij het begrijpen van psychologische stoornissen

- Structurele en functionele hersenafwijkingen
- Biochemische afwijkingen (neurotransmitters, endocrinologie)
- Genetische afwijkingen/invloeden
- De hoeveelheid verklaarde variantie van biologische variabelen alleen is vaak redelijk beperkt
 - Logisch: er is een interactie tussen biologie, psychologie en omgeving

- Diathese-stress model

- Psychopathologie ontwikkelt zich in relatie tot een duidelijke diathese
- **Diathese:** predispositie, kwetsbaarheid

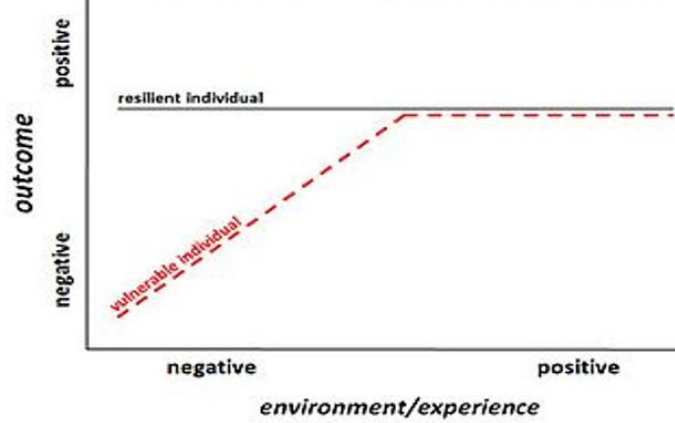


- Jerome Frank
- Engel

- Biologisch: genetica, vroege aversieve ervaringen (kunnen leiden tot veranderingen op hersenniveau)

➤ In de functie zien we dat **hoe hoger de kwetsbaarheid, hoe minder stressvolle gebeurtenissen iemand aankan eer men begint de disfunctioneren**

Diathesis-Stress/Dual-Risk Model



- Het **differential susceptibility model** is ontstaan als kritiek op het diathese-stress model

➤ Diathese-stress stelt dat een kwetsbaar individu maximaal even goed kan functioneren als een resistent persoon of slechter, maar nooit beter

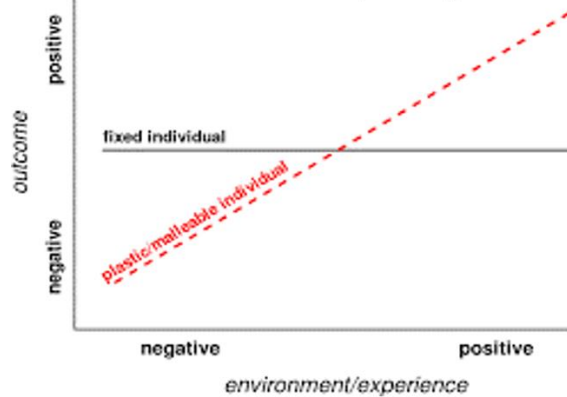
➤ Dit model stelt dat bij verhoogde diathese/kwetsbaarheid het functioneren afhankelijk is van de omgeving

- Lastige omgeving: hoger risico op het ontwikkelen van problemen
- Positieve omgeving: **beter functioneren dan mensen met een lage diathese**

➤ Als die kwetsbaarheid genetisch wordt veroorzaakt, waarom blijft die dan bestaan?

- Als er géén adaptieve voordelen aan zijn, dan zou dit kenmerk dmv natuurlijke selectie al lang uit de populatie gefilterd zijn

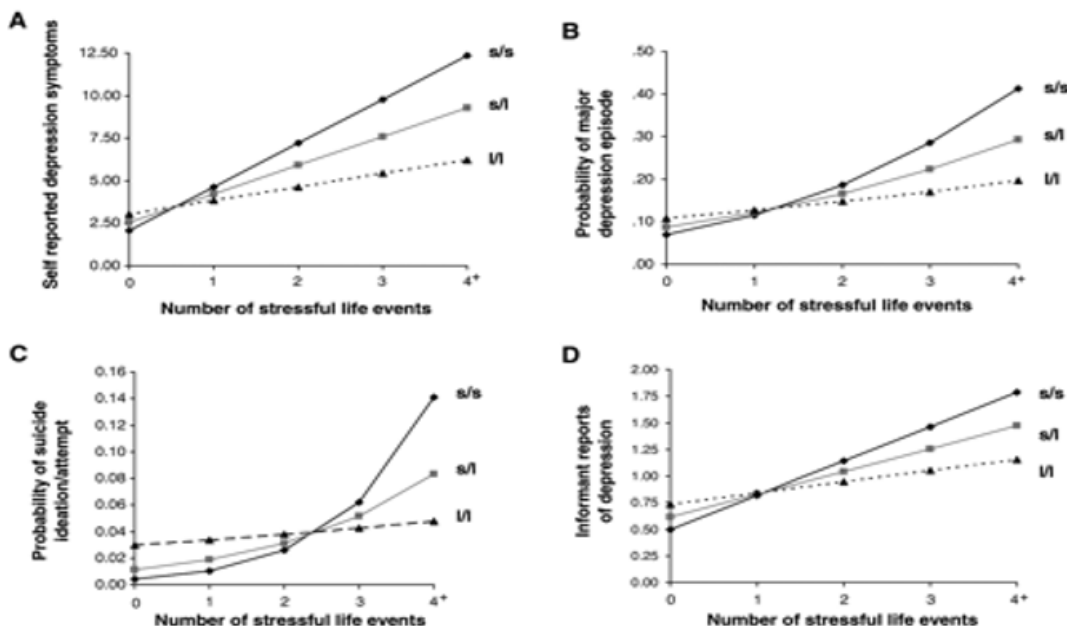
Differential Susceptibility Model



- **Onderzoek van caspi et al (2013)**

➤ Onderzoek naar 3 type genen die te maken hebben met de transportatie van serotonine

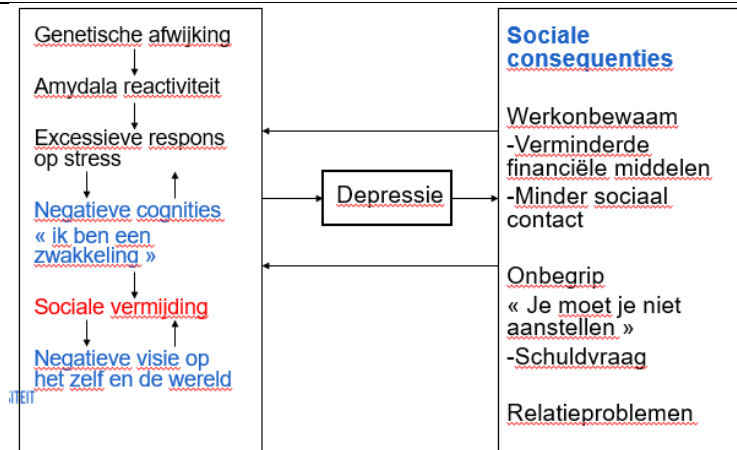
- Mensen die beschikken over 2 korte allelen (ipv 2 lange of 1 lang en 1 kort) hebben een verhoogd risico op depressie
- Hoe reageren mensen met deze genen op major life events?
 - Deze studie lijkt het diathese-stress model te bevestigen
 - In lijn met het differential susceptibiliy model zie je dat **zij met verhoogde kwetsbaarheid zonder de stresserende gebeurtenissen zich beter voelen dan zij zonder verhoogde kwetsbaarheid**



- Sociale aspecten hebben een heel brede invloeden

- Hoe definiëren we gedrag als (ab-)normaal?
- Herkenning/erkenning van psychische stoornissen

- Sociale drivers van psychopathologie
 - Ongelijkheid, discriminatie, lage maatschappelijke status, armoede, stress, ...
 - Werkloosheid is zeer schadelijk!



- **Commentaar op het bio-psycho-sociaal model**

- In verschillende biopsychosociale visies is een **biologische predispositie noodzakelijk**
- Veel discussie over biologie als oorzakelijke/noodzakelijke factoren
- Tegenbeweging na 'decade of the brain'

- **Power threat meaning framework is een patiënt emanciperende beweging**

- Je reactie (stoornis) is normaal, het kan gebeuren bij iedereen
- 'wat is er met je gebeurd' wordt 'hoe hebben machtsrelaties je beïnvloed?' (power)
- 'hoe heeft dat je beïnvloed' wordt 'welke dreigingen heeft dat gesteld?' (threat)
- Hoe heb jij daar betekenis aan verleend? (meaning) Wat heb je gedaan om dat te overleven? Wat voor gedrag heb je ontwikkeld?
- Stapt af van diagnose, constructivistisch en kritisch-ideologisch
 - ipv te vragen wat er mis met je is (post-positivistisch)

❖ **2.4: ONDERZOEKSBENADERING EN ILLUSTRATIE**

- **Hoe kunnen we depressie begrijpen?**

- Er zijn heel veel factoren direct en elkaar gelinkt
- Ruminatie wordt erger bij depressieve klachten
- Depressie komt bij 8-12% van de bevolking minstens 1 keer in het leven voor
 - Een van de meest frequente klinische stoornissen
 - Maar 21.7% krijgt adequate behandeling daarvoor in het eerste jaar van de depressie
 - Een belangrijke groep valt dus buiten het net en krijgt niet de behandeling die hij/zij nodig hebben
 - Behandelingen voor depressie hebben maar beperkte effectsizes: 0.67 (door publicatiebias eerder 0.42)
 - Wanneer het beloningssysteem om zeep is kunnen we dat minder gemakkelijk oplossen
 - Niet alle klachten worden altijd opgelost door de behandeling (geheugenklachten, aandachts- en concentratiemoeilijkheden)
- Residuele symptomen van depressie zijn predictief voor nieuwe episodes
 - 50-80% kans om een nieuwe depressieve episode te ontwikkelen
 - Dit verlaagt naar 20-40% als therapie gevolgd werd!
 - We weten dat de kans op herval stijgt naarmate iemand meer depressieve episodes ervaren heeft in het verleden; het aantal vorige episodes is 1 van de beste voorspellers voor toekomstig herval
 - Mensen met een depressieve voorgeschiedenis zullen gemiddeld 5 tot 9 depressieve episodes hebben doorheen hun leven
 - Hoe meer episodes, hoe meer kans op nieuwe episode
 - Episode brengt heel veel stress met zich mee, sociale leven lijdt onder die stress, geeft nog meer stress, verhoogt kans etc...

- **Door deze problemen geassocieerd met depressie, zijn er ook heel wat uitdagingen voor hulpverleners en therapeuten**

- Beperkt bereik van hulpverlening
- Grote populatie: lange wachtlijsten, we kunnen niet iedereen onmiddellijk helpen
- We zien aan de hoge hervalcijfers dat we momenteel nog onvoldoende inspelen op onderliggende kwetsbaarheden
- **Elke therapie is zeer afhankelijk van het cognitieve functioneren** van de patiënten

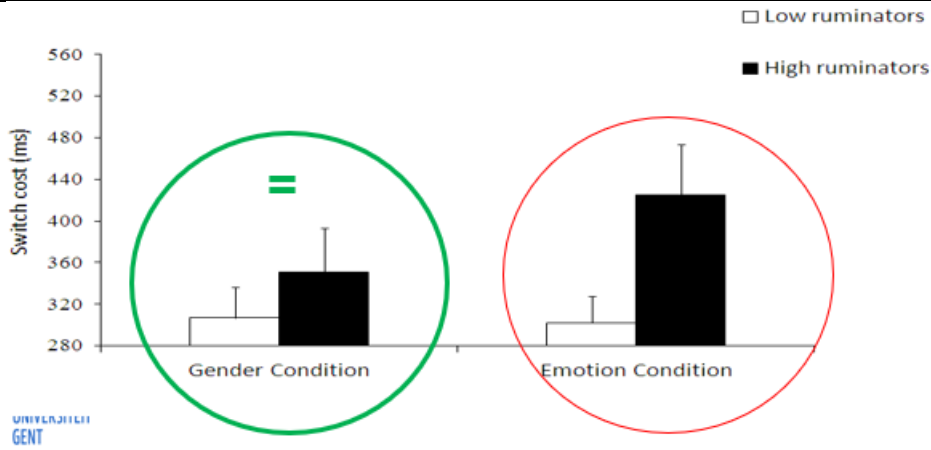
- Geheugenbias
- Interpretatiebias
- Aandachtsbias
- Verminderde cognitieve inhibitie
- Case studie
- Single case experiment
- Experience sampling
- Reflection ruminatie
- Brooding ruminatie
- Self-immersed perspective
- Self-distanced perspective
- Quasi-experimenteel
- Reductionisme
- aPASAT
- Neuroracer
- HARKing
- P-hacking

- Opbouw van de therapeutische relatie, bevragen van de problematiek, uitvoeren van de diagnostiek, geven van psychoeducatie, andere interventies...
- Dit terwijl het cognitief functioneren van patiënten vaak al sowieso verstoord is door de stoornis
 - Geheugenklachten, aandachts- en concentratiemoelijkheden, niet kunnen loskoppelen van negatieve gedachten...
- Door al deze problemen zouden we nieuwe therapieën moeten hebben
 - Onmiddellijk inzetbaar, grote doelgroep bereiken en op kostenefficiënte wijze
 - Laagdrempelig en eenvoudig te combineren met bestaande interventies
 - Vb: computergestuurde interventies of E-Health
- **De neerwaartse spiraal van depressie: de rol van informatieverwerking**
 - Depressieve patiënt heeft een **verhoogd negatief affect**
 - Door de confrontatie met stress/gebeurtenissen/gedachten zien we:
 - **Verhoogde activatie van negatief affect:**
 - **Geheugenbias:** gemakkelijker negatieve herinneringen ophalen
 - **Interpretatie bias:** alles negatief interpreteren
 - **Verlaagde regulatie van negatief affect**
 - **Aandachtsbias:** minder aandacht kunnen losmaken van negatieve informatie
 - **Verminderde cognitieve inhibitie:** dit type verwerking kan niet stopgezet worden (blijven hangen in negatieve gedachten)
 - Dit alles zorgt voor een persisterend en oncontroleerbaar negatief affect
 - Leidt tot **ruminatie**
- **Ieder type onderzoek stelt specifieke vragen en kan bijdragen tot antwoorden**
 - Voorkomen van stoornissen
 - Etiologie
 - Instandhouding
 - Behandeling
 - Preventie
- **Doelstelling in klinisch-psychologisch onderzoek specifiek**
 - Beschrijving
 - Predictie (risicofactoren)
 - Experimentele manipulatie
 - Inzicht in mechanismen van psychopathologie
- **Stappen in onderzoek:**
 - Beschrijving: definiëren en categoriseren van gebeurtenissen en relaties
 - Voorspellen: wat zal er gebeuren onder specifieke condities?
 - Manipulatie: manipulatie van vastgestelde relaties
 - Begrijpen: inzicht in de causale factoren
- **Kerndimensies van onderzoek:**
 - Individu vs populatie
 - Beschrijvend vs manipulatie
 - Kwalitatief vs kwantitatief
 - Exploratief vs hypothesetetsend
- **Beschrijvend onderzoek**
 - **Case study:** clinicus verzamelt gedetailleerde informatie over een individu met een symptoombeschrijving, familieachtergrond, historische context, ...
 - Goed om hypothesen te genereren
 - Kan NIET/BEPERKT gebruikt worden om hypothesen te ondersteunen/weerleggen
 - Kwalitatief = case study
 - Kwantitatief = **single case experiment** (ABA design)
 - **Observationele studies:** belangrijke bron aan informatie over de wijze waarop proberen zich manifesteren
 - Minder afhankelijk van zelfrapportage
 - Vb ambulante monitoring bij paniekstoornis
 - Welke fysiologische gewaarwordingen gingen daaraan vooraf?

- **Experience sampling:** data verzameling via elektronische dagboeken, GSM's, computerlogs, ... in combinatie met psychofysiologische maten
- **Interview/focusgroep:** binnen klinische context is de beleving van cliënten of hulpverleners vaak essentieel
 - Wat is de ervaring van mensen?
 - Kwalitatieve methoden om data te bekijken
- **Correlationeel onderzoek onderzoekt of 2 variabelen samenhangen**
 - Nuttig/gemakkelijk startpunt voor onderzoek
 - Laat geen causale uitspraken toe
 - 3 soorten correlationeel onderzoek:
 - Cross-sectioneel
 - **Prospectief:** is variabele op moment X predictief voor psychopathologie op moment Y?
 - Longitudinaal
 - 3^e variabele probleem...
- **Illustratie met depressie**
 - **Ruminatie** is een onderdeel van cognitieve kwetsbaarheid voor depressie
 - Maladaptieve emotieregulatie strategie
 - Repetitief
 - Perseveratief
 - Gericht op problemen en gevoelens uit het verleden
 - Niet toekomst- of oplossingsgericht!
 - Er zijn 2 subtypes van depressieve ruminatie
 - **Reflection:** de minst maladaptieve variant, want deze laat nog enige mate van probleem-solving toe
 - **Brooding:** de meest maladaptieve variant, omdat deze gekenmerkt wordt door een passief herkauwen van de negatieve gedachten en gevoelens
 - Onderzoek toont aan dat het reageren op een stressor voorspelt dat:
 - Iemand's informatieverwerking negatief vertekend zal zijn
 - De persoon langer in een toestand van negatief affect zal verkeren
 - Eventuele bestaande depressieve klachten in stand blijven
 - Nieuwe depressieve klachten zullen ontstaan
 - Daarom is depressieve ruminatie ene belangrijke cognitieve risicofactor
 - **Cognitieve controle:** executieve functies zoals shifting, inhibitie en updaten van informatie in het werkgeheugen
 - Cruciaal voor een goed functioneren van het werkgeheugen
 - WG heeft een beperkte capaciteit met tijdelijke toegang tot een beperkte set van mentale representaties
 - Daarom is cognitieve controle zo belangrijk in emotieregulatie
- **EXPERIMENT**
 - DOEL: Klopt het dat zij die moeilijker loskomen van negatieve prikkels het meeste rumineren?
 - OPZET: participanten krijgen gedurende 200ms een gezicht te zien waar ze heel snel een beslissing over moeten maken
 - 15-tal gezichten in totaal
 - Dan moeten ze optellen hoeveel gezichten ze in totaal hebben gezien
 - Emotie-conditie: hoeveel boze vs neutrale gezichten heb je gezien?
 - Geslacht-conditie: hoeveel mannelijke vs vrouwelijke gezichten heb je gezien?
 - Nog een manipulatie:
 - Switch trial: negatieve naar positieve trial (of omgekeerd)
 - No-switch trial: beide trials behoren tot dezelfde categorie

➤ **RESULTAAT:**
mensen die hoog op ruminatie scores zijn trager in de switch conditie

- Vooral in de emotie-conditie



- Longitudinale (prospectieve) studies

- Waarom zijn longitudinale studies van cruciaal belang?
- Complexe interacties tussen variabelen
 - Etiologische variabelen zijn mogelijks al vroeg aanwezig

- Experimenteel design

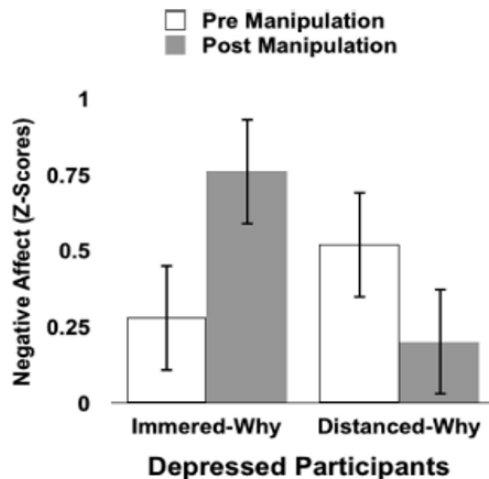
- Manipulatie van de onafhankelijke variabele heeft effect op de afhankelijke variabele (symptoom)
- Zo kunnen **causale relaties** aangetoond worden (voordeel!)
- Groepen worden at random aan condities toegewezen
- Nadelen:
- Alle uitspraken zijn afhankelijk van de hoeveelheid experimentele controle je hebt
 - **Reductionisme:** door veel controle in een labo is er geen externe validiteit meer
 - Ethische aspecten
 - Kunnen we gezonde populaties generaliseren naar klinische populaties?
- **Quasi-experimenteel** = zonder random toewijzing
- Therapie-effect studies zijn deels experimenteel
- De hoeveelheid controle is kleiner
 - De therapie bevat veel ingrediënten
 - Factoren betrokken bij verbetering zijn niet altijd betrokken bij etiologie

- Is ruminatie altijd negatief?

- Niet altijd, hangt af van welk perspectief wordt aangenomen
- **Self-immersed perspective:** wanneer je terug in de tijd gaat en de situatie steeds herbeleeft
 - **Self-distanced perspective:** wanneer je afstand neemt en vanuit de 3^e persoon kijkt naar wat er met je gebeurde

- Interventie bij ruminatie

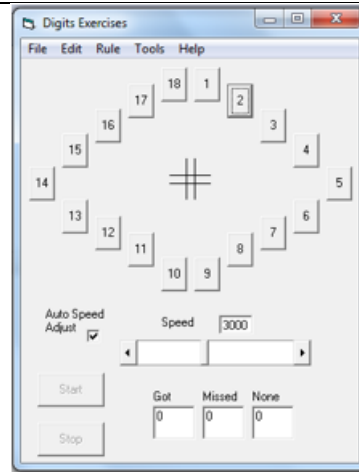
- Neurostimulatietechnieken: beperkt want dit kan enkel binnen een klinische setting toegepast worden
- Emotieregulatietraining: Piekertraining
- **Cognitieve controle training:** best geschikt voor de doeleinden
- Onmiddellijk inzetbaar
 - Groot bereik
 - Zeer kostenefficiënt
 - Laagdrempelig omdat het online wordt aangeboden
 - Kan gecombineerd worden met andere, bestaande interventies
 - Voorbeelden:
 - **Dual n back training:** participanten krijgen een visuele stimulus te zien en een auditieve stimulus die correspondeert met de stimulus die een aantal stappen voordien werd aangeboden



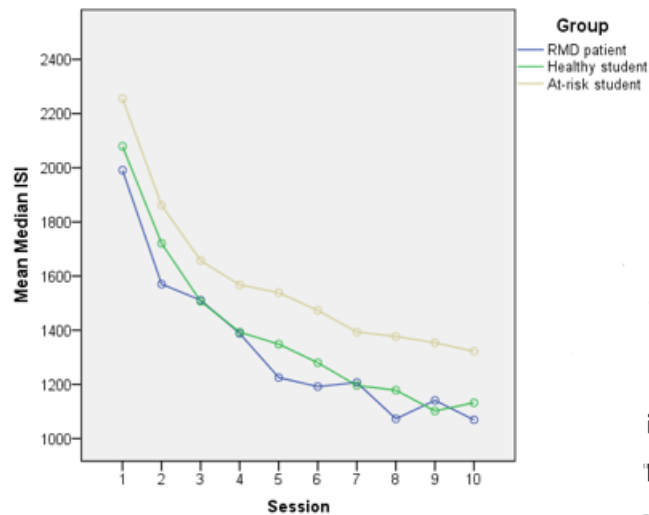
- Interferentietaken zoals **neuroracer**: participanten moet een auto binnen het traject moet houden en ondertussen een tweede taak uitvoeren (vb reageren op visuele stimuli bovenaan het scherm)

- **Adaptieve PASAT**: adaptive paced auditory serial addition

- Gewijzigde werkgeheugentaak waarbij getallen voorgelezen worden en de patiënt steeds een som dient te maken van de laatste 2 gehoorde getallen
- vb patiënt hoort 3, gevolgd door 8, en moet dus zo snel mogelijk de som van 3 en 8 maken, en te klikken op de corresponderende responsknop 11
- Dan hoort de patiënt het getal 7, en moet deze zo snel mogelijk loskoppelen van de vorige gemaakte som 11, om opnieuw het voorlaatste getal op te roepen (8), om dan opnieuw een som te maken van de laatste 2 getallen (8 + 7), en te klikken op de corresponderende respons
- Belangrijk is dat de snelheid van de taak aangepast wordt op basis van de prestatie van de patiënt



- Hiervoor gebruiken we een **adaptief interstimulus interval**: bij aanvang van de taak liggen er steeds 3 seconden tussen elk opeenvolgend voorgelezen getal
 - Na elke 4 opeenvolgende correcte responsen gaat hier 100ms van af
 - Omgekeerd: na elke 4 opeenvolgende incorrecte responsen komen er 100ms bij
 - Elke sessie duurt 15-20 minuten
- Hier zien we hoe 3 verschillende groepen vooruitgang boekten op de trainingstaak over 10 sessies heen op 14 dagen
 - We zien gezonde studenten (groen), at-risk studenten (geel) en voorheen depressieve studenten (blauw)
 - Alle 3 de groepen tonen een gelijkaardige vooruitgang op de trainingstaak
 - Hoe ouder iemand was, hoe trager ze vooruitgingen
- Cognitieve controle training zou kunnen worden ingezet tijdens een depressieve episode
 - Tijdens de wachtperiode, voorbereidend op een andere therapeutische interventie
 - Adjunctief, in combinatie met een andere interventie zoals bijvoorbeeld gedragsactivatie

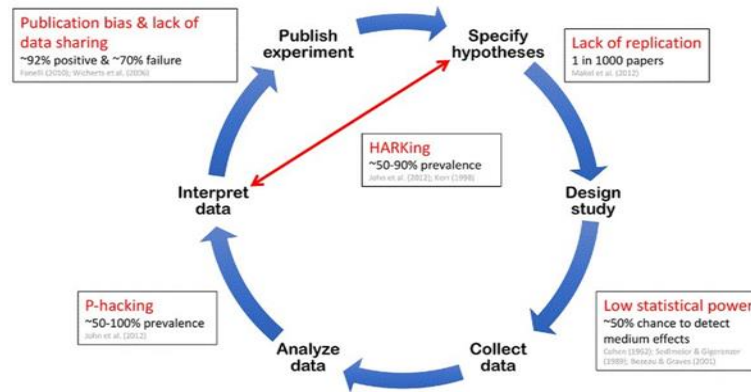


- Effectiviteit van aPASAT training in een at-risk populatie

- Studie: preventief potentieel van aPASAT
 - Studenten die vaak rumineren vergelijken met studenten die een andere training uitvoerden
 - Participanten die cognitieve controle therapie kregen een beter werkgeheugen en zelfgerapporteerd brooding nam af over 2 weken
 - Participanten die cognitieve controle therapie kregen waren minder gevoelig voor een stressinductieprocedure in het lab: minder ruminatie en negatieve gevolgen
 - Participanten die cognitieve controle therapie kregen vertoonden een daling in depressieve ruminatie, zelf tijdens de examens!
- Studie: dubbelblind randomized controlled trial naar de effectiviteit van cognitieve controle therapie als preventieve interventie in een voorheen depressieve patiënten populatie (met controle groep)

- Onmiddellijk effect van training op depressieve klachten en ruminatie
 - Minder klachten en minder ruminatie na 2 weken, zelf tot aan 3 maanden follow up
- Toename in veerkracht en afname in overige restklachten
- Mensen die de studie volledig hebben afgemaakt hadden ook minder hinder in het dagelijkse leven en minder cognitieve klachten over het algemeen
- Studie: kwalitatief onderzoek naar de belevingen en ervaringen tijdens de interventie van voordien depressieve personen
 - Suggesties voor verbetering en toepassing
 - Online aangepast platform
 - Meer feedback en betrokkenheid

The scientific workflow and where it can fail



- Visie op wetenschap?

- Elk type onderzoek belicht maar een klein stukje van de puzzel
- Denkkaders opereren soms als een spotlight waarbij er facetten onderbelicht blijven
- Veel debat over de kwaliteit van wetenschappelijke informatie
- Opletten voor:
 - Te weinig replicatie
 - **HARKing**: Hypothesizing After Results are Known
 - Lage statistische power
 - **P-hacking**: prutsen met condities totdat p-waarde toch net onder 0.05 valt
 - Publicatiebias en te weinig data delen
- Kwaliteitsvereisten:
 - Preregistratie
 - Replicatie
 - Meta-analyse

Hoofdstuk 3: Uitkomst- en procesonderzoek

❖ 3.1: GESCHIEDENIS VAN UITKOMST- & PROCESONDERZOEK

- Zie leerpad 1
- **Complexe verhouding tussen wetenschap en realiteit**
 - Wetenschap als observatie van de realiteit vs wetenschap als realiteitsvormend
 - Werkt het? -> uitkomsten
 - Hoe werkt het? -> proces
- **Historisch overzicht kort samengevat:**
 - Vroege geschiedenis: gebruik van klinische gevalstudies om kennis op te bouwen
 - Ontwikkeling van systematisch onderzoek
 - Therapie-oorlogen
 - Op weg naar methodologisch en epistemologisch pluralisme
- **Er zijn geen strikt te scheiden periodes**
 - De ideeën uit verschillende periodes blijven invloed hebben
- **Gloria interviews**
 - 1 patiënt, 3 interviews door 3 therapeuten
 - Elke therapeut belicht andere aspecten
 - Haar probleem is geen a priori gegeven: wat je te horen krijgt hangt af van de stijl van de therapeut

❖ 3.2: UITKOMSTONDERZOEK: EFFECTIVITEIT NADER BEKEKEN

- **De vraag naar uitkomsten**
 - Efficacy vs effectiveness
 - **Efficacy**: werkt een behandeling in experimentele omstandigheden? (labo)
 - **Effectiveness**: werkt een behandeling in klinische praktijk?

- Efficacy
- Effectiveness
- Absolute effectiviteit

- **Absolute effectiviteit:** werkt therapie beter dan geen therapie?
- **Relatieve effectiviteit:** werkt een bepaalde therapie beter dan een andere?
- Er zijn verschillende voorspellingen over werkzaamheid op basis van een medisch vs contextueel model

Voorspellingen medisch en contextueel model

	Medisch model	Contextueel model
Absolute effectiviteit	psychotherapie is effectief	psychotherapie is effectief
Relatieve effectiviteit	verschil ts behandelingen (dodo bird effect klopt niet)	geen verschil ts behandelingen (dodo bird effect)
Specifieke factoren	evidentie voor effect specifieke factoren	geen evidentie voor effect specifieke factoren
Algemene factoren	algemene factoren < specifieke factoren	algemene factoren > specifieke factoren
Allegiance & adherence	adherence belangrijk allegiance onbelangrijk	adherence onbelangrijk allegiance belangrijk
Therapeuteffecten	relatief kleine effecten	relatief grote effecten

- Effectsize als maat voor effectiviteit

- **Statistische significantie:** maat voor betrouwbaarheid van de relatie tussen variabelen
- **Effect size:** maat voor sterkte van het verband
 - Gestandaardiseerd verschil tussen gemiddelden van 2 groepen
 - 0.80: groot effect
 - 0.50: medium effect
 - 0.30: klein effect

- Tevredenheidsonderzoek vraagt naar hoe blij cliënten zijn met een behandeling

- Eenvoudig om uit te voeren
- Belang om cliënten een stem te geven
- Gevaarlijk om therapie te overschatten
 - Sampling bias
 - Retrospectief
 - Geen controlegroep
- Voorbeeld van een tevredenheidsonderzoek: Seligman: the Consumer Report study
 - Over het algemeen een grote tevredenheid, en geen verschil tussen verschillende therapeutische benaderingen
 - Dodo bird verdict
 - Meer verbetering bij lange termijn dan korte termijn therapie

- Praktijkgebaseerd uitkomstonderzoek

- **Effectiveness:** werken behandelingen in de praktijk?
- **Pre-postmetingen:** aan de hand van vragenlijsten voor en na de therapie peilen naar de effectiviteit (ipv enkel retrospectief)

Table 1. CORE-OM clinical scores for treatment groups: pre- and post-therapy means, differences and confidence intervals for the differences

Treatment group	n	Pre-therapy		Post-therapy		Pre/post difference		Effect size
		Mean	s.d.	Mean	s.d.	Mean	s.d.	
CBT	1045	17.3	6.7	8.6	6.5	8.7	6.8	1.38
PCT	1709	17.7	6.4	8.9	6.9	8.8	7.0	1.39
PDT	261	17.7	6.7	9.5	6.9	8.2	7.1	1.29
CBT+1	1035	17.3	6.0	8.4	5.7	8.9	6.2	1.40
PCT+1	1033	17.9	6.4	8.9	6.4	9.0	6.4	1.43
PDT+1	530	17.7	5.6	8.8	6.2	9.0	6.2	1.42

CBT, Cognitive, behavioural, or cognitive/behavioural therapy; PCT, person-centred therapy; PDT, psychodynamic/psychoanalytic therapy; CBT+1, CBT combined with one other therapy; PCT+1, PCT combined with one other therapy; PDT+1, PDT combined with one other therapy; Effect size, calculated as the mean difference divided by the pooled pre-therapy standard deviation.

- Eenvoudig om veel gegevens te verzamelen van grote groepen
- Geen controlegroepen, maar kan wel vergeleken worden met andere informatiebronnen
- Weinig controle over het invullen van de vragenlijsten (50-60% return, follow-up zeer moeilijk)
- Geen controle over behandeling
- Voorbeeld van praktijkgebaseerd uitkomstonderzoek: Stiles et al

- Relatieve effectiviteit
- Statistische significante
- Effect size
- Tevredenheids-onderzoek
- Pre-post metingen
- Praktijkgebaseerd uitkomst-onderzoek
- Kosten-effectiviteit-studies
- Randomized controlled trial (RCT)
- Empirically supported treatment (EST)
- Manual
- Adherence
- Responsiviteit
- Allegiance
- Meta-analyse
- Hello-goodbye effect
- Demand effects
- Defensive mental health

- Pre-postmeting: clinical outcomes in routine evaluation (CORE): zowel patiënt als therapeut
- **Kosteneffectiviteitsstudies** peilen naar de kosten en baten van psychotherapie
 - **Economisch geïnspireerd:** levert het de maatschappij iets op?
 - Effectieve behandelingen toedienen met zo weinig mogelijk middelen
 - Objectieve indicatoren:
 - Medicatiegebruik
 - Absenteïsme (niet komen opdagen)
 - Medische consultaties
- **Randomized controlled trials zijn de allerbekendste effectiviteitsstudies**
 - Experimentele procedure afkomstig uit medische disciplines om de effectiviteit van een behandeling voor een bepaald probleem na te gaan
 - **Vertrek vanuit de assumpties van het medisch model van psychotherapie**
 - Entiteitsmodel: psychopathologie naar analogie van een medische aandoening
 - Werkzame factoren van een behandeling zijn de specifieke (technische) interventies die inwerken op specifieke psychologische mechanismen onderliggend aan een specifiek probleem
 - Meeste gecontroleerde test van effectiviteit
 - **Empirically supported treatment (EST):** specifieke behandeling voor specifiek probleem die effectief bleek in RCT-onderzoek
 - Dit vormt een specifieke invulling van evidence based practice (EBP)
 - Belangrijkste kenmerken RCT:
 - **Minimaal 2 groepen** die vergeleken worden met betrekking tot verandering in een bepaalde uitkomstmaat (pre-post verschil)
 - Experimentele vs controlegroep of 2 behandelgroepen vergelijken
 - **Randomisatie** van participanten over groepen heen
 - **Afhankelijke variabele: uitkomst** (verandering in een bepaald symptoom)
 - **Onafhankelijke variabele: behandeling** (standaardisatie)
 - Medische RCTs zijn altijd dubbelblind, maar zo iets is onmogelijk in psychologie
- **Experimentele logica van RCT:**
 - **Interne validiteit:** gericht op het maximaliseren van de kans dat geobserveerde veranderingen toe te schrijven zijn aan de behandeling via controle en standaardisatie van:
 - **Participanten (steekproefselectie):**
 - **Homogene groep** op basis van DSM-diagnoses; specifieke criteria waaraan men moet voldoen
 - **Geen comorbiditeit** met andere stoornissen! (vb geen angst én depressie)
 - 75% van de patiënten met majeure depressie, verslaving en gegeneraliseerde angststoornis worden uitgesloten in RCTs
 - **Externe validiteit?**
 - Klinische logica >< experimentele logica
 - **Behandeling/therapeuten (manualisering)**
 - **Tijdslijmiet:** vooraf vastgelegde en beperkte therapieduur
 - Hoe langer een behandeling, hoe minder controle
 - Vooral om pragmatische redenen: tijd en geld
 - Dit beperkt echter wat kan onderzocht worden
 - Wanneer een patiënt niet verbetert na de tijdslijmiet, dan kan hij/zij misschien denken dat er iets mis is met hem/haar
 - Er is weinig onderzoek die tijdsbeperkte therapieën vergelijkt met tijdsbeperkte therapieën
 - **Manuals:** protocol voor principes/technieken van een therapie
 - **Adherence:** mate waarin een therapeut de patiënt benadert en interventies toedient zoals voorgeschreven door de manual
 - Adherence maximaliseren = meer controle
 - Medisch model: adherence is cruciaal: als specifieke elementen outcome bepalen, moet adherence gerelateerd zijn aan outcome
 - Contextueel model: behandelingen moeten coherent en consistent zijn (rationale), maar technische adherence aan protocol is niet vereist

- Onderzoek wijst uit dat er geen relatie bestaat tussen adherence en outcome
- **Conflict tussen adherence en responsiviteit**
 - **Responsiviteit:** gedrag dat wordt beïnvloed door veranderende contexten, belangrijke psychologische vaardigheid; wordt ook verondersteld binnen manuals (systematische afwijkingen in functie van de patiënt)
 - Conflict tussen systematische verschillen tgv responsiviteit en assumptie RCT dat er enkele willekeurige verschillen zijn door standaardisatie

- **Onderzoekers (allegiance controleren)**

- **Allgiance:** affiniteit van de onderzoeker met bepaalde behandeling/theorie
- Opnieuw differentiële predicties voor medisch en contextueel model
 - Onderzoekersallegiance heeft een substantieel effect op uitkomsten van vergelijkende studies
 - Relatieve behandelingseffecten zijn kleiner dan het verwachte verschil tussen behandelingen met of zonder onderzoekersallegiance
 - In een medisch model wordt onderzoekersallegiance vermeden
 - In een contextueel model is het belangrijk om geschoold te zijn binnen een bepaalde stroming
- De allegiance van een therapeut is belangrijk binnen het contextueel model: overtuiging van de rationale en werkzaamheid van de behandeling

- **Meta-analyses brengen de resultaten van verschillende RCTs op een systematische manier samen**

- Kunnen onderhevig zijn aan slechte methodes en misinterpretatie:
 - Publicatiebias (selectiebias)
 - Slechte kwaliteit van de basisstudies
 - Appels en peren vergelijken
- Vb Barth et al: vergelijken effectiviteit van 7 interventies voor depressie

- **Samenvatting van de resultaten uit effectiviteitsonderzoek**

- Absolute effectiviteit: er is een **groot effect van psychotherapie** ($d = 0.80$; de gemiddelde cliënt die therapie krijgt is beter af dan 79% van de onbehandelde cliënten)
- Relatieve effectiviteit: er zijn **geen of kleine verschillen tussen therapieën**
 - Verschillende vormen van onderzoek vinden gelijkaardige resultaten (dodo bird effect) (artikels Wampold en DeRubeis)
- Voorbij gemiddelden
 - Er zijn grote verschillen binnen groepen
 - Veel drop-out
 - Veel herval
 - Veel bijkomende behandelingen

- **Artikel Wampold**

- Pleidooi voor ene humanistische, contextuele opvatting van psychotherapie
 - Absolute effectiviteit: hoge werkzaamheid van psychotherapie
 - Relatieve effectiviteit: er is niet 1 therapie beter dan de andere
 - Geen evidentie voor specifieke factoren: therapie-ontmantelingsdesigns
- Belang om de patiënt een rationale te geven voor de problemen
- Psychotherapie: nieuwe verklaring via interactie tussen therapeut en patiënt
- Behandeling sluit aan bij aangeboden verklaring: hoop op verandering
- Of de rationale nu juist is of niet doet er niet veel toe, het belangrijkste is dat de cliënt deze aanvaardt om verandering te bewerkstelligen

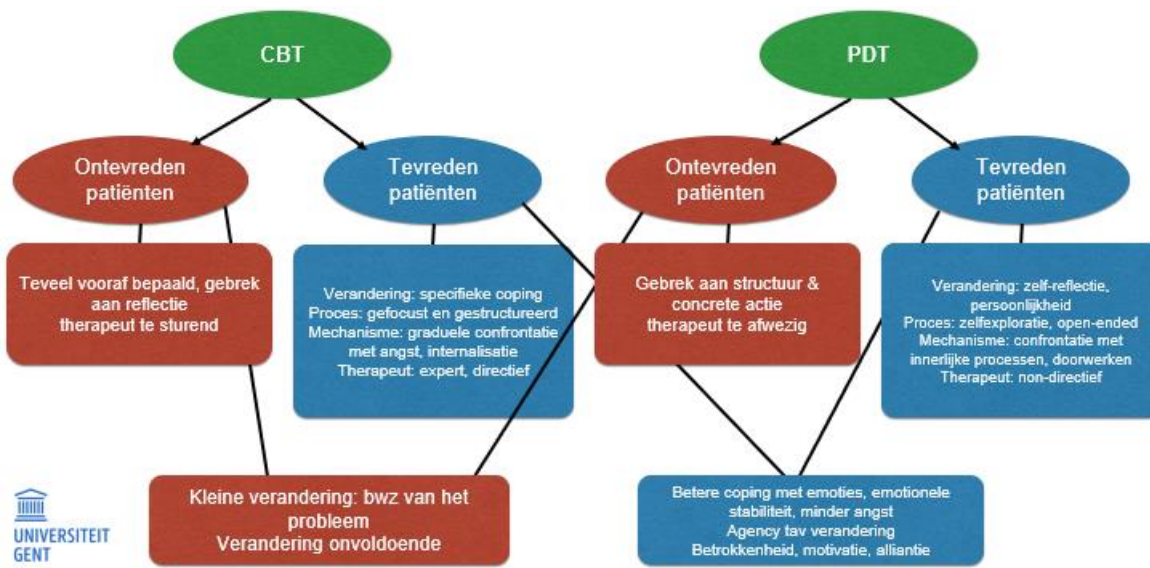
- **Artikel DeRubeis**

- Pleidooi voor het belang van specifieke factoren (medisch model)
- Kritieken op dodo bird verdict
- Kritieken op therapeutische relatie als verklaring voor uitkomstequivalentie
 - Hoeveel variantie in de uitkomsten kan verklaard worden door variatie in de therapeutische relatie
 - Betekenis verband: wie of wat is verantwoordelijk voor de variabiliteit in de therapeutische relatie?
 - Kunnen er wel causale conclusies getrokken worden uit het gevonden verband tussen uitkomsten en de therapeutische relatie?

- **Het vraagstuk van de afhankelijke variabele**
 - Wat is een goede uitkomst van psychotherapie?
 - Kunnen we uitkomsten meten?
 - Beperkingen aan meten: artikel Hill et al
 - Vraag bepaalt het antwoord dat je kan krijgen
 - Vragen weerspiegelen eerder assumpties van de onderzoekers dan de ervaring van de participant
 - Interpretaties van vragen en antwoordschalen verschillen over participanten heen
- **Beperkingen aan meten**
 - Mogelijke vormen van bias:
 - **Hello-goodbye effect:** patiënten overdrijven problemen voor de behandeling (om in aanmerking te komen) en minimaliseren hun problemen op het einde van de behandeling (om de therapeut tevreden te stellen)
 - **Demand effects/responsiviteit** cliënten: participanten vormen een interpretatie van het doel van het experiment en veranderen hun gedrag onbewust om te passen bij die interpretatie
 - **Defensive mental health:** zelfrapportage kan geen verschil maken tussen echte mentale gezondheid en defensief voorgewende mentale gezondheid

❖ 3.3: OP DE WIP TUSSEN UITKOMST- EN PROCESONDERZOEK: BLURRED LINES

- **Routine outcome monitoring (ROM)**
 - Meten tijdens de therapie (vragenlijst)
 - Ontwikkeling van schalen om klachten/welbevinden te meten
 - **Progressie van individuele patiënten bijhouden**
 - Dit dan vergelijken met verwachte behandelingsrespons
 - Therapeuten kunnen niet weten of patiënten verbeteren
 - Geformaliseerd feedback systeem
 - Data afnemen van grote groep patiënten en gemiddeldes nemen
 - **Lineaire progressie in kaart brengen**
 - Beperkingen: we kijken naar gemiddelde trajecten, niet individuele
 - Enge visie op uitkomst en proces
- **Kwalitatieve uitkomststudies nemen het perspectief aan van de cliënt**
 - **Vaak interviews:** inzicht en betekenis van therapie voor cliënt
 - Cliënten maken minder scherp onderscheid tussen uitkomst en proces
 - Voorbeeld: Nilsson et al: kwalitatieve vergelijking van de ervaringen van cliënten in psychodynamische therapie vs CBT



- **Case-based evidence: de gevalstudie herbekeken**
 - Systematische en experimentele gevalstudies
 - Overbruggt de kloof tussen praktijk en onderzoek
 - Van focus op uitkomsten (experimentele gevalstudies) naar integratie uitkomst-proces
 - Pre en post experimenten
 - Time-series analyses

- Routine outcome monitoring (ROM)
- Kwalitatieve uitkomst studies
- Case-based evidence

- Toch uitspraken over bevindingen kunnen doen door aggregatie van gevalstudies in een casestudie database

❖ 3.4: PROCESONDERZOEK: DE BLACK BOX VAN DE THERAPEUTISCHE SITUATIE

- Vraag naar proces: hoe en waarom is therapie werkzaam?

- Processen identificeren die geassocieerd zijn met een goede uitkomst
 - Oorzaak, mediator, moderator, mechanisme...
 - Holistisch begrijpen

- Complex en moeilijk te definiëren onderzoeksveld

- Doel: hulpverlening begrijpen en verbeteren

- De focus van procesonderzoek is afhankelijk van verschillende zaken

- Definitie van proces:

- Algemene condities binnen de therapeutische relatie (empathie)
- Opeenvolging acties therapeut en cliënt
- Ervaringen therapeut en cliënt
- Formele eigenschappen van de behandeling (frequentie, aantal sessies...)

- Analyse-eenheid:

- Individueel (therapeut of cliënt)
- Dyadisch of relationeel (interactie)

- Tijdschaal:

- Microprocessen
- Therapeutische episodes, events
- Volledige sessie
- Volledige therapie

- Moeilijkheden van procesonderzoek

- Complexe, soms moeilijk vatbare fenomenen

- Moeilijk te observeren en te meten

- Onderzoek binnen therapeutische context:

- Ethische implicaties
- Mogelijke interferentie in therapeutisch proces

- Therapeutfactoren: sommige therapeuten zijn gewoon beter dan anderen

- **Ervaring of opleiding zijn NIET predictief voor verschillen**

- Faciliterende interpersoonlijke vaardigheden (conflicthantering)

- Levenslang leren

- Belang van openheid voor feedback

- Cliëntfactoren:

- **Demografische variabelen spelen weinig rol**

- Ernst van de problematiek

- Persoonlijke karakteristieken

- Verwachtingen en voorkeuren

- Andere factoren die een invloed kunnen hebben

- Cluster 1: therapie is een proces van verandering door nieuwsgierigheid en diep engagement op te wekken

- De therapeut zorgt ervoor dat mensen nieuwsgierig worden naar zichzelf
- Proces van reflectie in gang zetten
- Therapeut speelt een ondersteunende rol bij het exploreren van moeilijke emoties
- Zelfaanvaarding

- Cluster 2: bezorgde, begripvolle en accepterende therapeuten laten cliënten positieve boodschappen internaliseren

- Geen oordeel van de therapeut
- Oprechtheid en authentieke zorg

- Cluster 3: professionele structuur creëert betrouwbaarheid en helderheid maar creëert ook achterdochtigheid over de oprechtheid van de zorg in de therapeutische relatie

- Professionele structuur en grenzen voor betrokkenheid
- Spanningsveld tussen professioneel kader en betrokkenheid
- Belang van expliciteren cliënt-therapeut rollen
- Belang van aandacht voor culturele verschillen

<ul style="list-style-type: none"> ➤ Cluster 4: het erkennen van de agency van een cliënt laat responsieve interventies toe die passen bij de noden van de cliënt <ul style="list-style-type: none"> • Belang van agency van cliënten: actieve rol in het volledige proces • Actieve rol in engageren en terugtrekken ➤ Cluster 5: het erkennen van de agency van een cliënt laat responsieve interventies toe die passen bij de noden van de cliënt <ul style="list-style-type: none"> • Belang van responsieve therapeut 	
<ul style="list-style-type: none"> ❖ 3.5: ENKELE BESLUITEN OVER ONDERZOEK NAAR UITKOMSTEN EN PROCESSEN - Na 100j onderzoek weten we dat dit nog steeds een relatief nieuwe discipline is ➤ Hoe gebruiken we een menselijke relatie om dingen te veranderen? <ul style="list-style-type: none"> • Geen lineaire processen, zeer complex • Beperkte voorspelbaarheid ➤ Hoe beschouwen we en gaan we om met een klinisch probleem? <ul style="list-style-type: none"> • Wetenschapsfilosofische kaders als achtergrond voor verschillende benaderingen • Evidence-based practice heeft verschillende operationalisaties ➤ Blijvend spanningsveld: <ul style="list-style-type: none"> • Medisch vs contextueel • Specifiek vs algemeen • Absolute kennis vs kennis-in-context • Top-down vs bottom-up • Nomothetisch vs idiografisch perspectief - Evaluatie van de empirically supported treatment beweging ➤ Positief: zorgde voor een meer empirische houding in de klinische psychologie ➤ Negatief: <ul style="list-style-type: none"> • Sluit heel wat bevindingen uit (patiënt- en therapeutfactoren, culturele inbedding, processen, ..) • Onhoudbaarheid medisch model? <ul style="list-style-type: none"> ▪ Er is geen one size fits all? ▪ Opdeling in specifieke en algemene factoren is een artefact van de methode/het model? • Beperkingen RCT methode: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Slechte balans tussen interne en externe validiteit ▪ Onderzoek is niet neutraal ▪ Limieten aan het meten van psychische fenomenen 	
<ul style="list-style-type: none"> ❖ 3.6: EVIDENCE BASED PRACTICE IN DE PRAKTIJK - Er is nog steeds een gigantische kloof tussen praktijk en wetenschappelijk onderzoek ➤ Clinici lezen nauwelijks wetenschappelijk onderzoek ➤ Wetenschappelijk onderzoek heeft vaak beperkte klinische relevantie ➤ Redenen: <ul style="list-style-type: none"> • Toegankelijkheid: vaak zeer duur om papers te kopen • Techniciteit (verschillende opvattingen over mens en therapeutische situatie) • Kloof tussen formele en praktische situationele kennis - Formeel vs praktisch/situationeel denken ➤ Formeel denken is algemeen en regelgebaseerd ➤ Praktisch/situationeel denken is complex, voortdurend beslissingsproces, automatisch, belang van reflectie <ul style="list-style-type: none"> • Verloopt ook grotendeels buiten het bewustzijn om - Kennis in de klinische praktijk is meervoudig, ingewikkeld en veranderend ➤ Organiseert ervaring, verfijnt beslissingsproces, niet determinerend ➤ Kunnen RCTs als bron van klinisch bruikbare kennis dienen? <ul style="list-style-type: none"> • Verder kijken dan uitkomsten • Aandacht voor individuele verschillen • Kwalitatieve en kwantitatieve data mixen • Het onderzoeksproces op zich als data gebruiken ➤ Kunnen we evidence-based practice gebruiken in de geestelijke gezondheidszorg? 	

<ul style="list-style-type: none"> • Sommige landen hangen te sterk het medisch model aan; 1 behandeling voor 1 probleem is niet houdbaar <p>- De Nieuwe GGZ</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Beweging vanuit Nederlandse geestelijke gezondheidszorg ➤ Van een Platonisch gezondheidsideaal <ul style="list-style-type: none"> • Afwezigheid van ziekte, complete staat van welbevinden • Scherp onderzoek tussen ziek-gezond • Passieve positie van de cliënt, expoert positie hulpverlener ➤ Naar een positieve definitie van gezondheid <ul style="list-style-type: none"> • Gezondheid als continuüm • Actieve betrokkenheid van de cliënt 	
---	--

Hoofdstuk 4: Algemeen klinische vaardigheden

<p>❖ 4.1: SITUERING</p> <p>- Stadia in de hulpverlening</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Vanuit het perspectief van de cliënt problemen exploreren en therapeutische relatie opbouwen ➤ Vanuit het perspectief van de expert assessment ➤ Therapiedoelstellingen, strategie selecteren en implementeren ➤ Evaluatie en beëindigen <p>- Diagnostiek en assessment</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Is altijd een individueel traject op basis van de unieke persoon, maar waar moeten we aan werken? <ul style="list-style-type: none"> • Cliënt in de context • Altijd in functie van de behandeling = functionele diagnostiek <p>- Doelen in het eerste gesprek</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Werkrelatie/vertrouwensrelatie installeren: cliënt heeft veel onzekerheden en vragen ➤ Probleemverkenning: veel ideeën genereren, informatie ordenen ➤ Eerste ordening van problemen ➤ Duidelijkheid verschaffen ➤ Issues die directe aandacht vereisen: veiligheid (cliënt of anderen) 	
<p>❖ 4.2: BASISHOUDING</p> <p>- De basishouding die wordt gebruikt tijdens een klinisch gesprek is gebaseerd op de client-centered therapie van Rogers</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Basisprincipe: iedereen heeft een inherente tendens om te streven naar groei, zelfrealisatie en zelfsturen ➤ Deze tendens realiseert zich wanneer individuen toegang hebben tot condities (in en buiten therapie) die groei bevorderen ➤ In therapie zijn er 3 condities nodig voor die groei <ul style="list-style-type: none"> • Empathie • Echtheid • Onvoorwaardelijke acceptatie ➤ Dit zijn voldoende voorwaarden voor verandering, maar dit is niet zo in elke therapie <ul style="list-style-type: none"> • Sommige therapieën (zoals CBT) vereisen meer <p>- Empathie slaat op de intrapersonlijke beleving door de hulpverlener vanuit het perspectief van de cliënt</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Empathie is niet aangeboren, het is een fluctuerende vaardigheid ➤ Hangt af van: <ul style="list-style-type: none"> • Kenmerken van de cliënt (klik maken) • Kenmerken van de setting (hoeveel tijd is er) • Interactie tussen kenmerken cliënt en hulpverlener (jij hebt andere waarden/normen dan cliënt) • Leergeschiedenis van de hulpverlener • Levenservaring van de hulpverlener • Huidige levenssituatie van de hulpverlener (goed voor jezelf zorgen!) ➤ Men moet altijd uitgaan van de maximale autonomie van de persoon <ul style="list-style-type: none"> • Hoe minder hulp men moet geven, hoe beter 	<ul style="list-style-type: none"> - Empathie - Primaire empathie - Additieve empathie - Echtheid - Congruentie - Onvoorwaardelijke acceptatie

- Mensen helpen zichzelf te helpen
 - Proberen begrijpen, verandering is niet noodzakelijk
 - Actief luisteren naar de cliënt, wat betekent een probleem in hun leven?
 - Concretiseren
- Empathie bestaat uit 3 verschillende componenten
 - **Cognitief:** wat gebeurt er?
 - **Affectief:** meevolgen met de emoties
 - **Gedrag:** nonverbaal gedrag
- **Men denkt mét de cliënt**, vanuit het referentiekader van de cliënt
 - Flexibiliteit en bereidwilligheid
- **Verbaal empathie tonen:**
 - Toon verlangen om de cliënt te begrijpen communiceren (impliciet en expliciet)
 - Praat over wat belangrijk is voor de cliënt
 - **Primaire empathie:** verwijst naar de gevoelens van de cliënt (vb: ik zie dat dit moeilijk is voor jou)
 - **Additieve empathie:** verwijst naar de impliciete boodschappen van de cliënt (vb iemand komt binnen in de therapiekamer en zucht en kijkt op smartphone; 'u heeft er niet naar uitgekeken om naar hier te komen')
- **Nonverbaal empathie tonen:**
 - Oogcontact
 - Naar voor leunen, naar cliënt kijken
 - Open arm positie
 - Nonverbaal gedrag van de cliënt spiegelen
- **Echtheid slaat op het zijn van zichzelf zonder een rol te spelen**
 - Hulpverleners zijn getraind om professioneel te zijn, maar dit slaat op het menselijk zijn en samen te werken met de cliënt
 - Maakt de emotionele afstand kleiner
 - **Congruentie:** gedrag en communicatie moeten consistent zijn/goed overeenkomen
 - Als je incongruent of inconsistent bent, dan zal de cliënt je wantrouwen
 - Discrepancie tussen verbaal en nonverbaal gedrag
 - Beginnersfouten = te vroeg empathisch/prijzend
 - **Rolgedrag downplayen:** autoriteit en status niet beklemtonen
 - Anders emotionele afstand/intimidatie van cliënt
 - **Spontaniteit:** jezelf uitdrukken op een niet-artificiële manier
 - Het is oké om stukjes van jezelf te laten zien
 - **Openheid:** open zijn over jezelf
 - Jezelf wel de vraag stellen: heeft de cliënt er iets aan als ik dit deel?
 - Beste om persoonlijke informatie te koppelen parallel aan de gevoelens van de cliënt (vb: ik voel ook niet alleen positieve gevoelens over mijn kinderen)
 - **Zelfonthulling:** sterke kanten en slechte kanten tonen aan de cliënt
 - Creëert vertrouwen en faciliterende sfeer
 - Vermindert afstand
 - Nieuw perspectief bieden
- **Onvoorwaardelijke acceptatie slaat op dat je de persoon binnen zijn/haar waardesysteem apprecieert**
 - Wil om met de cliënt te werken
 - Interesse in de cliënt als persoon
 - Acceptatie van de cliënt
 - **Betrokkenheid tonen:** wil/interesse tonen om te werken met cliënt
 - Op tijd zijn, tijd vrijmaken, privacy, vertrouwen respecteren
 - Barrières zijn een gebrek aan tijd/zorg/bezorgdheid
 - **Begrip:** cliënt voelt zich gerespecteerd
 - Empathie tonen, vragen stellen, actief luisteren
 - Parafrazeren en reflecteren
 - **Aanvaarding:** niet veroordelen!
 - Gedachten en gevoelens van de cliënt niet afkeuren
 - Onvoorwaardelijke inleving

<ul style="list-style-type: none"> • Hulpverlener moet zich comfortabel voelen bij de cliënt en eigen gedachten/gevoelens nagaan • Moeilijkheid om persoonlijke/culturele vertekeningen te plaatsen • Uitgaan van de goeie wil van de cliënt (weerstand is geen teken van kwade wil) <ul style="list-style-type: none"> ➔ Niet onvoorwaardelijk goedkeuren, wél standpunt van de cliënt serieus nemen ➤ Warmte: vermindert onpersoonlijkheid <ul style="list-style-type: none"> • Warmte lokt warmte uit • Zonder warmte zijn therapeutische technieken impotent ➤ Nabijheid: het aspect benoemen dat gebeurt in het hier en nu <ul style="list-style-type: none"> • Helpt relatie opbouwen • Zonder nabijheid is er van beide kanten onzekerheid <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bij nabijheid reflecteert hulpverlener op gedachte, gevoel of gedrag van zichzelf, de cliënt of de relatie • Geen doel op zich, maar een middel in de opbouw van de therapeutische relatie • Lijkt op reflecteren • Nabijheid is bruikbaar bij overdracht en tegenoverdracht! <ul style="list-style-type: none"> ▪ Twijfel bij cliënt ▪ Vijandigheid, irritatie, boosheid ▪ Aantrekking ▪ Vastzitten, gebrek aan richting ▪ Spanning 	
<p>❖ 4.3: LUISTERVAARDIGHEDEN</p> <ul style="list-style-type: none"> - Basisregel I: om een dynamische gesprekspartner te vormen, dien je dynamische luistervaardigheden te ontwikkelen <ul style="list-style-type: none"> ➤ Mensen willen graag dat er naar hen geluisterd wordt - Basisregel II: je bent een egoïst en je luistert slecht <ul style="list-style-type: none"> ➤ Je bent altijd bezig met je eigen agenda tijdens het luisteren ➤ Geruststellen is niet hetzelfde als luisteren <ul style="list-style-type: none"> • Geruststellen is gedrag dat je stelt in functie van jezelf ➤ Gehoord worden = serieus genomen worden - Waarom luisteren mensen niet of slecht? <ul style="list-style-type: none"> ➤ We willen onze eigen noden bevredigen <ul style="list-style-type: none"> • Dit is iets wat je moet opgeven als hulpverlener ➤ Eerst luisteren naar cliënt, dan pas krijg je het mandaat om iets te doen - Basisregel III: luisteren kan je leren/trainen <ul style="list-style-type: none"> ➤ Aandachtig luisteren: mee zijn met wat de persoon zegt ➤ Empathisch luisteren: wat gebeurt er met de gevoelens tijdens het spreken? <ul style="list-style-type: none"> • Meedenken in iemands wereld - Niet-selectieve luistervaardigheden en aandachtgevend gedrag <ul style="list-style-type: none"> ➤ Non-verbaal gedrag ➤ Verbaal volgen ➤ Gebruik van stiltes - Selectieve luistervaardigheden: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Vragen stellen <ul style="list-style-type: none"> • Aanmoediging om meer te vertellen, nagaan of je juist bent • Niet te snel, te veel vragen stellen <ul style="list-style-type: none"> ▪ Anders zal je vastlopen omdat je cognitieve capaciteit bezet is, je zal minder goed opletten • Onduidelijkheden verduidelijken • Stappen: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Inhoud van de boodschap van de cliënt identificeren ▪ Nagaan of er vage of ambigue delen in de boodschap zitten ▪ Open of gesloten vraag? ▪ Een gepast begin formuleren 	<ul style="list-style-type: none"> - Basisregel I - Basisregel II - Basisregel III - Aandachtig luisteren - Empathisch luisteren - Vragen stellen - Parafaseren - Reflecteren van gevoel - Concretiseren - Samenvatten - Terugkoppeling naar doelen - Situatie verduidelijken - Session rating scale - Hardop denken - Gesprek afsluiten

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ga effectiviteit van de vraag na ➤ Parafraseren <ul style="list-style-type: none"> • Cognitief: inhoud van de boodschap anders/duidelijker verwoorden • Cliënt helpen focussen op de inhoud van de boodschap <ul style="list-style-type: none"> ▪ Het helpt om de inhoud van de boodschap te benadrukken als aandacht aan gevoelens te vroeg of ongepast is • Maakt het ook duidelijk dat je luistert • Stappen: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Luisteren en herinneren (intern) wat de boodschap van de cliënt was ▪ Identificeer de inhoud ▪ Gepaste beginzin ontwikkelen ▪ Vertaal inhoud: geen vraag stellen, maar wel een statement in je eigen woorden ▪ Effectiviteit nagaan ➤ Reflecteren van gevoel <ul style="list-style-type: none"> • Een parafrasering van de gevoelens van de cliënt • Cliënt aanmoedigen om meer over gevoelens te praten • Cliënt gevoelens intenser laten beloven • Bewust maken van gevoelens, ze leren herkennen en er mee omgaan • Gevoelens van elkaar leren onderscheiden • Emoties zijn niet altijd gemakkelijk te herkennen; vaak zijn er meerdere emoties doorheen • Stappen: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Luisteren naar de aanwezigheid van gevoelens: er zijn 7 grote categorieën van gevoelens <ul style="list-style-type: none"> ○ Woede, angst, onzekerheid, verdriet, geluk, sterkte en zwakte ▪ Emotie uit non-verbaal gedrag detecteren ▪ Verbaal emoties teruggeven in eigen woorden: niet enkel type emotie, maar ook de intensiteit van de emotie ▪ Start reflectie met een gepaste opening ▪ Context of situatie waarin de emotie voorkomt beschrijven ▪ Ga effectiviteit van de reflectie na ➤ Concretiseren <ul style="list-style-type: none"> • Zeer belangrijke vaardigheid die zowat samengesteld is uit alle bovenstaande vaardigheden • Unieke facetten van een persoon in de relevante context begrijpen • Verduidelijking van ambiguïteit • Scherper zicht voor zowel de hulpverlener als de cliënt • Aspecten: gedrag, gedachten, gevoelens, reacties, antecedenten en consequenties • “kan je een voorbeeld geven?” • “wat bedoel je precies met...?” ➤ Samenvatten <ul style="list-style-type: none"> • Thema’s en patronen herkennen en benoemen, verschillende elementen van een boodschap van de cliënt samenbrengen 	<p>Een cliënt heeft een lang en verward verhaal verteld over zijn lastige puberzoon. Je begrijpt uit zijn houding en gezichtsuitdrukking dat hij het moeilijk heeft met zijn situatie, maar uit zijn woorden kun je nog niet precies afleiden waardoor dat komt.</p> <p>HV: "Dus je zoon is nu 14 jaar, hij geeft je regelmatig een grote mond en hij wil steeds meer dan wat hij mag. Klopt dat?"</p> <p>CL: "Ja, precies, zo is het, en bovendien..." en hij vertelt meer.</p> <p>CL: "Hoe kan ik mijn vriend vertellen dat ik het wil uitmaken? Hij zal overstuurt en verdrietig zijn. Ik denk dat ik gewoon bang ben om het hem te vertellen."</p> <p>HV: "Het klinkt alsof je nog geen manier gevonden hebt om je vriend te vertellen dat je de relatie wil beëindigen <u>ovv</u> zijn mogelijke reactie. Klopt dat?"</p> <p>HV: "Dus je zoon is nu 14 jaar, hij geeft je regelmatig een grote mond en hij wil steeds meer dan wat hij mag. Daardoor voel je je <i>machteloos</i>."</p> <p>De cliënt heeft nu de gelegenheid om je aan te vullen of te verbeteren</p> <p>CL: "Ja, precies. Maar dat niet alleen, het maakt me zo..."</p> <p>CL: "Je kan je niet voorstellen hoe ik me voelde toen ik ontdekte dat mijn vrouw me bedroog. Ik zag rood van woede! Wat moest ik doen, haar verlaten of haar een hak terug zetten?"</p> <p>HV: "Het lijkt alsof je zowel kwaad als wraakzuchtig bent nu je ontdekt hebt dat je vrouw vreemdgaat."</p> <p>CL: "Ik ben kwaad ja, maar niet echt wraakzuchtig, ik denk dat ik haar gewoon hetzelfde ambetante gevoel wil geven als ik voel."</p> <p>HV: "Het lijkt alsof je heel kwaad bent nu je ontdekt hebt dat je vrouw vreemdgaat."</p>
---	--

<ul style="list-style-type: none"> • Kan ook gebruikt worden om het praten van de cliënt te onderbreken of om de vooruitgang te bespreken <ul style="list-style-type: none"> ▪ Zo onthoudt de cliënt wat er gezegd geweest is • Stappen: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Luister en herinner de boodschap of serie boodschappen over de tijd (wat zijn sleutel gedachten en gevoelens) ▪ Identificeer patroon, thema of verschillende elementen die samen horen (wat vermeldt de cliënt herhaaldelijk) ▪ Selecteer een gepaste beginzin met 'jij' of naam cliënt ▪ Selecteer woorden die het thema of patroon weergeven (eigen woorden gebruiken) ▪ Ga effectiviteit van de samenvatting na <p>- Regulerende luistervaardigheden</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Terugkoppeling naar doelen <ul style="list-style-type: none"> • Procesbewaking: expliciete bespreking van de doelen zorgt voor een gedeelde verantwoordelijkheid over hoe het gesprek verloopt • Gezamenlijk proces ➤ Situatie verduidelijken <ul style="list-style-type: none"> • Therapeutische relatie herstellen bij onduidelijkheden, discrepanties of problemen <ul style="list-style-type: none"> ▪ Als je iets fout hebt begrepen of gezegd, de relatie er niet onder laten lijden • Gezamenlijke verantwoordelijkheid, maar het is meestal de hulpverlener die dit doen <ul style="list-style-type: none"> ▪ Meta-gesprek ▪ Session rating scale: hoe heeft de cliënt deze sessie ervaren? ▪ Klinisch aanvoelen ➤ Hardop denken <ul style="list-style-type: none"> • Als je even niet goed weet wat te zeggen, of de cliënt inzicht wilt bieden in jouw denkproces • Helpt de samenwerking en doet de cliënt veilig voelen • Voorbeeld geven van probleemoplossend denken ➤ Gesprek afsluiten <ul style="list-style-type: none"> • Tijdsbewaking • Nadenken over wat te bespreken: naar het einde van het gesprek toe niet meer beginnen over ernstige trauma's • Timemanagement en afronding 	<p>Vb. Samenvatting om verschillende elementen samen te brengen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - CI (student): "Ik dacht altijd dat ik leerkracht wou worden, maar nu weet ik het niet meer. Ik dacht altijd dat het een ideaal beroep was voor een vrouw. Maar ik weet niet of dat een goede reden is." - HV: "Je vraagt je af of leerkracht worden echt is wat je wil of wat je denkt dat een vrouw zou moeten doen." <p>Vb. Samenvatten om thema te identificeren:</p> <ul style="list-style-type: none"> - CI (35-jarige man): "Eén van de redenen waarom we scheidden is dat zij mij altijd dwong dingen te doen. Ik kon nooit nee tegen haar zeggen. Ik gaf altijd toe. Ik zal het wel moeilijk hebben om nee te zeggen tegen mensen." - HV: "Je ontdekt dat je de neiging hebt om toe te geven of niet te doen wat jij zelf wel in verschillende belangrijke relaties, niet enkel met je ex-vrouw." <p>Vb. Samenvatten om tempo te reguleren:</p> <ul style="list-style-type: none"> - CI (26-jarige vrouw): "Ik had een verschrikkelijke week. De verwarming viel kapot, mijn hond geraakte vermist, mijn auto stond in panne en daarbovenop ben ik ook nog eens twee kilo verdikt. Het lijkt alsof alles op me afkwam" - HV: "Laat ons eerst even stoppen voor we verder gaan. Het lijkt alsof de tegenslagen zich opgestapeld hebben deze week." 	
<p>❖ 4.4: NUANCERENDE VAARDIGHEDEN</p> <ul style="list-style-type: none"> - Luisteren reflecteert over het algemeen hoe de cliënt zichzelf begrijpt, terwijl de responsen van de hulpverlener reflecteren hoe de hulpverlener de cliënt/problematiek begrijpt ➤ De cliënt moet de noodzaak tot actie zien vanuit een meer objectief/adaptief referentiekader - Verbanden leggen en interpreteren ➤ Nieuwe kijk op problemen aanbieden door te contextualiseren of associaties te leggen tussen verschillende gedragingen of mogelijke verklaringen ➤ Relatie identificeren tussen impliciete boodschappen van de cliënt en het gedrag ➤ Gedrag van de cliënt op een alternatieve manier of met een andere verklaring bekijken ➤ Het begrip van de cliënt rond eigen problematiek verhogen als basis voor verandering 	<p>CL: "Ik begrijp mezelf niet. Ik kan gemakkelijk seksueel opgewonden raken als we niet thuis zijn, zelfs in de auto of op restaurant. Maar thuis lukt het me vrijwel nooit."</p> <p>HV: "Ik kan verkeerd zijn hoor, maar het lijkt alsof je vooral seksuele opwindning ervaart wanneer je op ongewone plaatsen bent, dus weg van de 'gewone sleur', waar er een zekere spanning aan verbonden is."</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Interpreteren - Confronteren - Positief heretiketteren - Informatie geven

- Het doel is om de cliënt zelf tot eigen inzichten proberen te laten komen
 - Kan uiteenlopende reacties uitlokken
 - Indien vijandig: onderwerp laten rusten en er een andere keer op terugkomen
- Timing is heel belangrijk: meestal niet in eerste contacten, maar wanneer cliënt er klaar voor is
 - Tijdstip in de sessie: best in het begin of het midden, zodat er tijd genoeg is voor bespreking
- Zorg dat de interpretatie gebaseerd is op wat de cliënt zegt, en niet wat jij als hulpverlener denkt
- Taal en toon: vanuit eerste persoon enkelvoud spreken, 'het is mogelijk', 'wellicht...'
- Stappen:
 - Detecteer impliciet deel in boodschap van cliënt
 - Hoe past deze boodschap binnen een theoretische oriëntatie
 - Wat zijn positieve aspecten van het probleem waar de cliënt controle over heeft?
 - Gebruik woorden die matchen met de woorden van de cliënt
 - Ga effectiviteit van de interpretatie na

- Confronteren

- De hulpverlener beschrijft discrepanties, conflicten en gemengde boodschappen

"Je zegt dat je je op je gemak voelt en tezelfdertijd merk ik dat je aan je handen aan het prutsen bent."

"Enkele weken geleden vertelde je hoe belangrijk deze gesprekken voor je zijn. Nu merk ik dat je de voorbije twee afspraken afgezegd hebt."
- Soorten **discrepanties**:
 - Verschil verbaal en non-verbaal gedrag

"Je lijkt er je van bewust te zijn dat je hem het grootste deel van de tijd graag ziet, Toch kan zijn gedrag je soms ook kan irriteren."
 - Verschil verbaal gedrag en actie (ik ga x doen en doet het niet)

"Jullie zijn al drie keer uit elkaar geweest sinds het begin van therapie en nu vertellen jullie me dat jullie een kind willen om je relatie te verbeteren. Veel koppels vertellen me dat een kind de stress in de relatie verhoogt, eerder dan verlaagt. Hoe kunnen jullie die twee dingen met elkaar verzoenen?"
 - Verschil twee verbale boodschappen (ik hou van mijn zoon maar hij is de nagel aan mijn doodskist)
 - Verschil twee non-verbale boodschappen (lachen en huilen)
 - Verschil twee personen (koppel, ouder-kind, hulpverlener-kind)
 - Verschil verbale boodschap en context/situatie (koppel heeft serieuze conflicten en wil kind)
- Niet-veroordelend, niet-aanvallend discrepanties aanduiden
- Incongruente of gemengde boodschappen van de cliënt identificeren

HV: "Je lijkt bezorgd om de scheiding van je ouders."

CL: "Eigenlijk voel ik me daar gelukkig om. Ik ben blij dat ze eindelijk gescheiden zijn" (zegt dit op verdrietige toon)
- Aandacht van de cliënt focussen op aspecten van zijn/haar gedrag

HV: "Je zegt dat je gelukkig bent en tezelfdertijd hoor ik in je stem dat je je ongelukkig voelt."
- **Focus op inconsistentie van het probleem, niet de persoon**

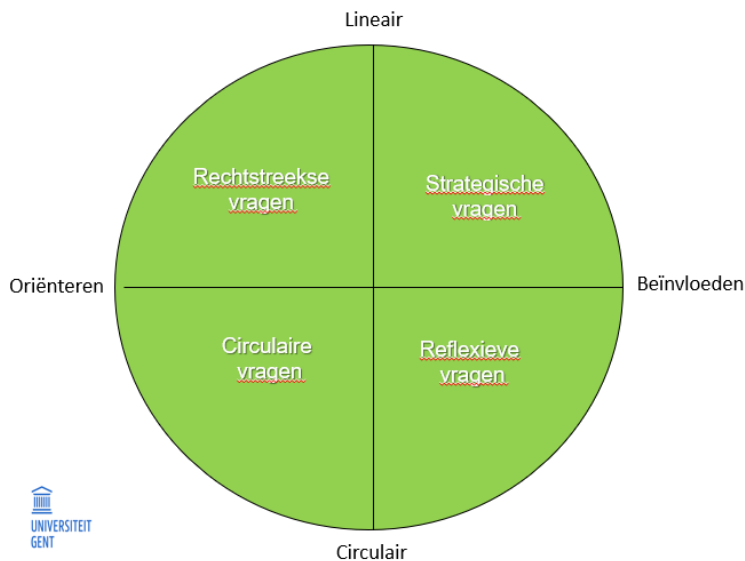
CL: "Ik weet echt niet waar je het over hebt. Ik voel me helemaal niet ongelukkig."
- Wees concreet/specifiek en geef een voorbeeld, niet vaag
- Exploratief, niet corrigerend ('wat ik niet goed begrijp is...')
- Enkel als er voldoende vertrouwen is in de relatie
- Timing:
 - Enkel op het moment dat de cliënt er iets mee kan aanvangen
 - Tijd genoeg na confrontatie geven voor reactie en discussie
 - Niet te veel confrontaties na elkaar
- Werkt vooral op begrip en bewustzijn, heeft dus beperkingen
- Soorten defensieve reacties
 - Hulpverlener diskwalificeren: hoe weet jij dat, je hebt zelf geen kinderen...
 - Hulpverlener overtuigen dat zijn/haar visie fout is
 - Belang van het onderwerp devalueren
 - Ergens anders steun zoeken: ik vertelde mijn vrienden...
 - Akkoord gaan, maar geen gevolg geven
 - Onzekerheid tonen
- Stappen:
 - Zoek naar discrepanties of gemengde boodschappen
 - Probeer verschillende elementen in de discrepantie samen te vatten (gebruik 'en' ipv 'maar')

<ul style="list-style-type: none"> • Gebruik woorden van de cliënt zelf om de confrontatie beter te laten aankomen • Ga effectiviteit van de confrontatie na - Positief heretiketteren <ul style="list-style-type: none"> ➤ Persistentere schuld/schaamte verminderen en veranderbereidheid vergroten ➤ Cliënt leren kijken naar positieve aspecten <ul style="list-style-type: none"> • Hulpmiddel: intenties zijn belangrijker dan het gedrag zelf ➤ Moet wel echt gemeend zijn, sluit aan bij compassie - Informatie geven <ul style="list-style-type: none"> ➤ Kan gaan over juridische aspecten, bijdragen, steun, diagnose, hulpgroepen, ... ➤ Alternatieve identificeren en evalueren ➤ Mythes doorprikken ➤ Cliënten motiveren om dingen die ze vermijden te exploreren ➤ Is niet hetzelfde als advies geven! <ul style="list-style-type: none"> • Psycho-educatie: uitleg stoornis en aanpak ➤ Timing: <ul style="list-style-type: none"> • Nagaan welke informatie de cliënt al heeft en ga na of deze valide/voldoende is • Wacht op cues van de cliënt ➤ Wat?: <ul style="list-style-type: none"> • Ga na welke informatie nuttig is voor de cliënt • Baseer je op betrouwbare en valide bronnen • Structureer informatie ➤ Hoe?: <ul style="list-style-type: none"> • Vermijd vakjargon, geef volledige informatie (ook negatieve dingen) • Doseer: niet té veel informatie • Vraag naar gevoelens van de cliënt over de informatie • Gebruik pen en papier 	
<ul style="list-style-type: none"> ❖ 4.5: WEDERZIJDSE BEÏNVLOEDING - Het proces van hulpverlening is niet eenzijdig, verandering bewerkstelligen beïnvloedt beide partijen <ul style="list-style-type: none"> ➤ Er zijn verschillende stadia waar mensen in kunnen blijven steken als ze willen veranderen <ol style="list-style-type: none"> 1) Precontemplatie: problematisch gedrag zonder motivatie om te veranderen 2) Contemplatie: problematisch gedrag realiseren, maar nog geen motivatie om te veranderen (meeste mensen in therapie bevinden zich in deze fase) 3) Preparatie: cognitief en gedragsmatig klaar/gemotiveerd 4) Actie: gedrag veranderen 5) Behouden: nieuw gedrag vervangt oud gedrag (essentieel) 6) Terugval: cyclus opnieuw door moeten • Verandering komt heel traag op gang <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dit kan de cliënt misschien ongerust/boos op jou als de verandering niet snel genoeg komt ▪ Kan ook zijn dat dit cognitieve dissonantie oproept bij cliënt door het verschil in visies tussen de hulpverlener en cliënt; dissonantie proberen verminderen door: <ul style="list-style-type: none"> ○ Hulpverlener te diskwalificeren ○ Rationaliseren ○ Informatie zoeken die de hulpverlener tegenspreek ○ Hulpverlener proberen veranderen ○ Het idee van de hulpverlener aanvaarden - Wanneer zal de cliënt het commentaar van de hulpverlener aanvaarden? <ul style="list-style-type: none"> ➤ Hangt af van hoe de hulpverlener overkomt <ul style="list-style-type: none"> • Expert/competent • Attractief • Te vertrouwen ➤ Hangt af van de cliënt: leeftijd, geslacht, ras, attractiviteit, cognitieve stijl, motivatie, betrokkenheid - Hulpverlener aanvaarden: expertise <ul style="list-style-type: none"> ➤ Niet dogmatisch of autoritair overkomen ➤ Staat haaks op hoe mensen denken dat je competent overkomt 	<ul style="list-style-type: none"> - Strategische vraag - Reflexieve vraag - Rechtstreekse vraag - Circulaire vraag - Roos van Leary - Expertise - Attractiviteit - Vertrouwen - Vertrouwenstest - Informatie vragen - Geheim vertellen - Gunst vragen - Zichzelf diskwalificeren - Hulpverlener in verlegenheid - Motivatie van hulpverlener

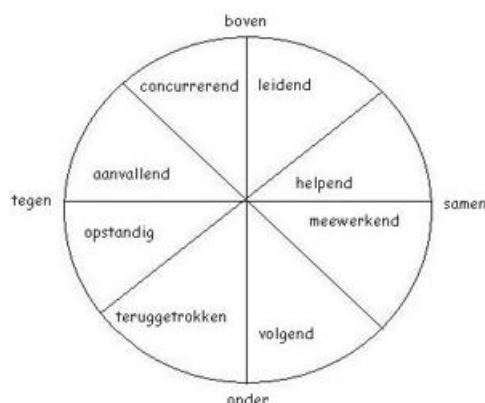
- Cliënt zelf probleem laten exploreren en oplossingen generen
 - Gelijkheid en vriendelijkheid tonen
 - Niet profileren als “de expert”: intimideert cliënten
- Cliënt heeft perceptie dat de hulpverlener zal helpen om problemen te verminderen
 - Afhankelijk van:
 - **Eerste gesprekken** (statisch): opleidingsniveau, training, certificaten, anciënniteit, taal, ...
 - **Later** (dynamisch): expertise niet meer zo belangrijk, wel het geheel van nonverbale en verbale gedragingen
 - Nonverbaal gedrag: oogcontact, leunen, vloeiend praten
 - Verbaal gedrag:
 - Goede vragen die gedachten uitdagen
 - Aansluiten bij de cliënt en luisteren
 - Tempo in de sessie
 - Concretiseren wat de cliënt aangeeft
 - Interpretaties

➤ **Goede vragen stellen:** vanaf het eerste contact tot de laatste sessie moet de hulpverlener intelligente vragen stellen

- Vragen variëren langs 2 dimensies
 - Oriëntatie vs beïnvloeding
 - Lineair vs circulair
- **Strategische vraag:** mensen laten nadenken over hoe dingen in elkaar zitten
 - Uitgaan van oorzaak-gevolg relaties
 - Laten nadenken over verandering, maar heel gestuurd door de hulpverlener
 - **Lineair beïnvloeden**
 - Vb: wat zou er gebeuren als u 's ochtends vroeger zou beginnen werken waardoor u vroeger thuis zou komen?
 - **Reflexieve vragen:** cliënt laten nadenken over wat een bepaald gedragspatroon doet
 - Faciliteert ook verandering, maar zonder richting aan te geven, laat mogelijkheden open
 - Neutraal
 - **Circulair beïnvloeden**
 - Vb: als u niet zou overwerken hoe zou het leven van jullie dan veranderen?
 - **Rechtstreekse vragen:** onderzoekend, deductief, inhoudelijk, om probleem uit te leggen
 - Duiden vaak iemand of iets aan dat verkeerd is en moet veranderen
 - **Lineaire oriëntatie**
 - Vb: waarom komt uw man laat thuis van werk?
 - **Circulaire vragen:** dynamiek tussen mensen, systemisch denken, veel meer mogelijkheden over hoe mensen hierover gaan spreken
 - Alles is met alles verbonden
 - Exploratief, nieuwsgierigheid therapeut
 - Informatie over patronen tussen mensen
 - **Circulaire oriëntatie**
 - Vb: wat is er anders aan de dagen dat uw man niet overwerkt?



- **Positionering:** weerstand bij de cliënt roept non-therapeutische responsen op
 - Afhankelijk van de positie op de roos van Leary
 - **Roos van Leary:** model voor interpersoonlijk gedrag dat uitgaat van 2 assen



- **Dominantie:** sociaal boven of ander iemand staan
- **Affiliatie:** tegen of samen

- **Onderdanig gedrag ontlokt dominant gedrag**
- **Samengedrag ontlokt samengedrag**

- Onderdanig opstellen naar de cliënt om ze meer leiding te doen nemen
- Weerstand: kwestie van communicatieve stijl
 - Weerstand is een belangrijke bron van informatie
 - Afhankelijk van het stadium van verandering
 - Mee omgaan door motiverend gesprek

- **Hulpverlener aanvaarden: attractiviteit**

- Mate waarin hulpverlening op een zo aangenaam mogelijke manier is verlopen

1^{ste} gesprek met Marie die heel onzeker is of ze al dan niet in therapie zou komen
- **Het effect van de interventie is het grootst bij wederkerige aantrekking**

“Het kan je misschien helpen als ik je wat uitleg geef van wat therapie nu precies is, wat mijn rol is, wat jouw rol is en de dingen waarover we zouden kunnen praten.

... Mijn rol is om je te helpen praten over de dingen die je bezig houden, om je te helpen begrijpen en om je te helpen een aantal stappen te zetten om de problemen op te lossen of om je leven een andere richting te geven. Weet dat alles wat je vertelt binnen deze vier muren blijft...”
- Attractiviteit bestaat uit een oppervlakkige en relationele dimensie
 - Oppervlakkige attractiviteit (statisch): vooral in de eerste sessies

Structureren op einde van de therapie-sessie
 - Attractiviteit wordt vervangen door competentie effect in latere sessies

“John, we zijn een paar maanden geleden aan deze therapie begonnen. Je hebt de laatste gesprekken al een paar keer vermeld hoe goed je je voelt en hoe je nu beter kan omgaan met vrouwen. Ik denk dat we binnen een tweetal gesprekken de therapie kunnen afronden omdat ik ervan overtuigd ben dat je voldoende stappen gezet hebt en de dingen alleen aankunt.”
- Structuur aanbrengen:
 - Structuur onderhandelen, niet opleggen
 - Nooit als straf!
 - Reden voor structurering geven (andere fase)
 - Let op of de cliënt er klaar voor is
 - Te veel structuur is niet goed
 - Kan competentie niet vervangen

- **Hulpverlener aanvaarden: vertrouwen**

- Moeilijk te installeren, maar heel gemakkelijk te breken
 - Vraagt tijd, verandert steeds, vraagt wederkerige interacties
- Nonverbaal vertrouwen uitstralen:
 - Congruentie tussen verbaal en nonverbaal gedrag
 - Nonverbaal cliënt aanvaarden bij onthulling
 - Nonverbale responsiviteit en dynamiek
- Verbaal vertrouwen uitstralen
 - Accuraat parafraseren
 - Consistentie tussen zeggen en doen
 - Vertrouwelijkheid

CL: “Heb jij ooit al met zo’n ernstig geval als ik gewerkt?”

HV:
 - Openheid en eerlijkheid
 - Accuraatheid van informatie geven
 - let defensief reageren op ‘test’ van de cliënt

– Niet “Ja, heel vaak; af en toe; Oh, voor mij ben jij niet zo’n ernstig geval,...”
- Vertrouwen wordt het meeste geschaad door incongruentie, oordelen of evaluatieve reacties en passiviteit
- **Soms voelt de cliënt de nood om de hulpverlener te testen aan de hand van een vertrouwenstest**
 - De hulpverlener kan dit niet altijd herkennen, reageert op de inhoudt, ziet cliënt als vijandig of reageert zelf defensief

- **Informatie vragen:** feiten, opinie of opvattingen van de hulpverlener
 - Impliciete vraag: **kan jij mij helpen?**
 - Meestal zoeken naar bevestiging dat de hulpverlener in staat is om jou te begrijpen
 - Heb jij hetzelfde meegemaakt als mij?..
- **Geheim vertellen:** test of de hulpverlener de cliënt kan aanvaarden zoals hij/zij is, vertrouwelijkheid bewaart en kwetsbaarheid niet misbruikt
 - Impliciete vraag: **kan ik me kwetsbaar opstellen?**
 - Hulpverlener mag zeker niet beoordelend reageren, wel verbaal en nonverbaal open reageren
- **Gunst vragen:** of je de gunst verleent of niet is niet belangrijk, wel hoe betrouwbaar je beloftes nakomt
 - Impliciete vraag: **ben jij betrouwbaar?**
 - Soms kan je de gunst inwilligen, maar bij weigering moet je direct en tactvol te zijn
- **Cliënt diskwalificeert zichzelf:** zal de hulpverlener me nog accepteren als ik mijn donkere kant laat zien?
 - Impliciete vraag: **kun jij me accepteren?**
 - Best neutraal op reageren: reflecteren, interesse tonen, niet positief of negatief
- **Cliënt brengt de hulpverlener in verlegenheid** door sessie af te bellen, vragen om te bellen tijdens de sessie etc...
 - Impliciete vraag: **heb jij grenzen?**
 - Best open en direct reageren
 - Grenzen communiceren geeft de cliënt veiligheid
- **Motivatatie van de hulpverlener:** vraag naar hoeveel andere cliënten, hoe hou je ze uit elkaar etc
 - Impliciete vraag: **is jouw zorg voor mij echt?**
 - Antwoord dat de cliënt gezien wordt als mens
 - Eerlijkheid en echtheid is belangrijk

CL: "Ik heb dit nooit aan iemand kunnen vertellen, zelfs mijn man niet, maar ik heb een abortus gedaan een paar jaar geleden"

HV:

Niet "Een abortus, echt? Je hebt het zelfs niet aan je man verteld?"

Wel "Wat je me nu zegt is ons geheim, iets tussen jou en mij, je kan erop vertrouwen dat ik het aan niemand zal zeggen"

CL: "Zou u dat boek willen terugbrengen, ik durf mij daar niet meer te vertonen; Zou u voor mij willen bellen naar mijn baas?"

Wat *niet* helpt: iets beloven wat je niet kan waarmaken

Wat *wel* kan: enkel iets beloven dat je kan waarmaken en waarmaken wat je belooft

CL: "Ik ben niet opgewassen tegen al de druk van het reizen, toen ze me drugs aanboden leek me dat de enige oplossing."

HV:

Niet "Wist je niet dat je je lichaam schade toebracht als je doorging zoals je deed?"

Wel "De druk was zo hard dat het moeilijk was om er onderuit te kunnen."

CL: "Mag ik uw GSM eventjes gebruiken voor we beginnen, ik zou nog eens moeten bellen."

HV:

Niet "Ofwel ja natuurlijk, doe nog maar eens, of Nee, zeker niet"

Wel "De laatste 2 keer dat ik je zag, vraag je mijn GSM te gebruiken voor de sessie. We hebben dan minder tijd voor de sessie. Zou het mogelijk zijn om je telefoons ergens anders op een ander moment te doen, of wil je een ander tijdstip,"

CL: "Ik kan me niet voorstellen dat iemand zoveel energie heeft om de hele dag mensen te zien. Je moet wel uitgeput zijn."

HV:

Niet "Ofwel oh, nee, ik kan daar tegen; of ja, ik ben nu wel bekap"

Wel "Voel je je onzeker over hoeveel energie ik nog heb om naar jou te luisteren? Wat me bij jou helpt om energie te krijgen is..."

❖ 4.6: INTEGRATIE EN DISCUSSIE

- Er is veel verwarrende data rond de effectiviteit van therapie

- Er is een groot verschil tussen de effectiviteit van therapeuten
- Cognitieve gedragstherapie is verbazend effectief, zelf op het internet!

- Kernvragen

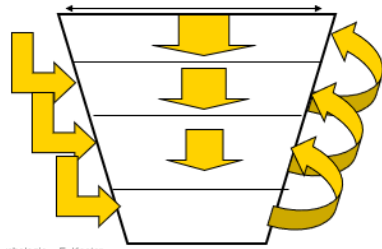
- Waarom wordt er weinig verschil gevonden tussen ESTs?
 - Sommige groepen worden gemakkelijker behandeld dan andere
 - Oorzakelijke factoren zijn interpersoonlijk
- Is het zelf belangrijk om stil te staan bij differentiële effecten op groepsniveau?

<ul style="list-style-type: none"> - Binnen de hele discussie over wat nu de werkzame factoren in een therapie, worden de cliënten zelf genegeerd <ul style="list-style-type: none"> ➤ Veel evidentie voor het menselijke potentieel tot verandering <ul style="list-style-type: none"> • Zelfgegenereerde verandering en spontaan herstel • Placebo • Weerbaarheid en groei • Zelfexpressie ➤ Tijdens de behandeling zelf <ul style="list-style-type: none"> • Betrokkenheid en participatie • Perceptie van de cliënt ten opzichte van hulpverlening • Cliënten sturen de hulpverlener in een helpende richting • Cliënten bepalen wat ze van de behandeling integreren in hun leven 	
--	--

Hoofdstuk 5: De structuur van de Vlaamse GGZ

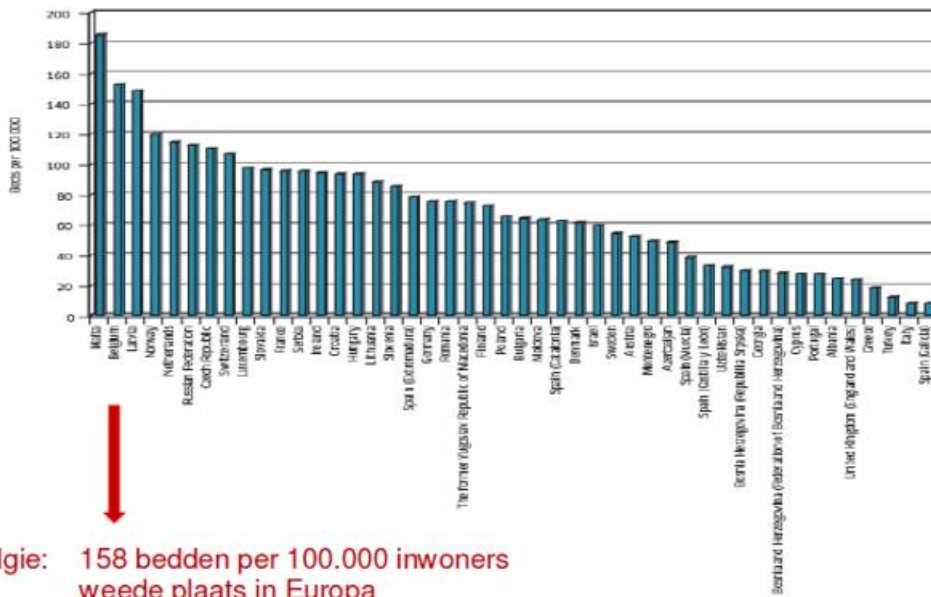
<ul style="list-style-type: none"> ❖ 5.1: ZORG GEBASEERD OP CIJFERS <ul style="list-style-type: none"> - Er zijn enorm veel Belgen met nood aan psychologische ondersteuning <ul style="list-style-type: none"> ➤ 1.2 miljoen Belgen slikken antidepressiva ➤ Er zijn enorme wachtlijsten ➤ Niet alle settings uit je hoofd kennen, maar wel een overzicht hebben en zeker de belangrijkste voorzieningen kennen <ul style="list-style-type: none"> • Echelon-denken • Mogelijks op het examen krijgen we een casus waarbij je dan advies moet geven en dit moet kunnen motiveren - De relevantie van wetenschappelijke cijfers bij beleid <ul style="list-style-type: none"> ➤ Psychiatrische diagnose is niet hetzelfde als psychiatrisch zorggebruik <ul style="list-style-type: none"> • Er is weinig onderzoek naar de zorgbehoefte in de populatie ➤ Hoe kan je de behoefte aan zorg bestuderen? <ul style="list-style-type: none"> • Vragenlijsten • Zorginstellingen vragen naar gegevens • Bevraging stakeholders: wachtlijsten? Politie? Justitie? ➤ 8-10% van de populatie heeft een duidelijke zorgbehoefte, maar 50-60% van deze mensen ontvangt geen zorg <ul style="list-style-type: none"> • Waarom is er zo een hoge frequentie van onbehandelde zorgbehoevenden? <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mate van toegankelijkheid van voorzieningen ▪ Beschikbaarheid van adequate hulp(verlener) ▪ Antitherapeutische houding van sommige potentiële cliënten ➤ Subklinische populatie neemt een groter aandeel van de zorg in dan mensen met een klinische diagnose, omdat ze gewoon met meer zijn <ul style="list-style-type: none"> • We hebben meer gegevens nodig over de verdeling van stoornissen in de populatie, naast de prevalentie van categoriale diagnoses 	
--	--

<ul style="list-style-type: none"> ❖ 5.2: ORGANISATIE: KLASSIEKE VISIE <ul style="list-style-type: none"> - We gebruiken het Echelon-model: generalistisch beginnen en specialistisch eindigen <ul style="list-style-type: none"> ➤ Gebaseerd op het medisch gezondheidszorgsysteem: een patiënt met hoofdpijn wordt niet nagekeken door een chirurg <ul style="list-style-type: none"> • Zo snel en efficiënt mogelijk hulp bieden • Minimalistisch: cliënt altijd op een zo laag mogelijke lijn houden ➤ Nulde lijn: cliënt, gezin, familie, sociaal netwerk... ➤ Eerste lijn: algemene behandeling, soort van poortwachter die indien nodig doorverwijst naar de juiste hulpverlening <ul style="list-style-type: none"> • Laagdrempelige en snel toegankelijke hulp <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vb; CLB ➤ Tweede lijn: specialere behandeling, uitgebreide diagnose, ambulante verzorging <ul style="list-style-type: none"> • Vb CCGZ ➤ Derde lijn: intensieve hulpverlening, gespecialiseerde residentiële hulp 	<ul style="list-style-type: none"> - Echelon model - Nulde lijn - Eerste lijn - Tweede lijn - Derde lijn
---	---



- Vb psychiatrie

- Hier zien we dat er in België heel wat personen in derde lijn zitten in vergelijking met de rest van de wereld



5.3: BELANGRIJKSTE SETTINGS

Zorgaanbod 1^e lijn

- Medisch: kinder-, jeugd- en huisartsen
 - Belangrijke samenwerking: als psycholoog je laten opnemen in een doorverwijsnetwerk
 - Preventieve zorg
 - Kind en Gezin:
 - Via deze institutie zijn er veel doorverwijzingen naar 2^e lijn
 - Vertrouwenscentra voor kindermishandeling
 - Kinderopvang
 - CKG: centra voor kindzorg en gezinsondersteuning (dag- en nachtopvang van kinderen in een crisissituatie en ambulante opvang en begeleiding van risicogezinnen)
- Politie en justitie
 - Zitten op alle echelons
 - Eerste opvang van mensen met psychosociale problemen
 - Crisisinterventie, slachtoffers
 - Doorverwijzing naar andere voorzieningen
 - Taken van strikt preventieve aard
- Thuiszorg: thuisverpleegkundigen en paramedici
 - Afbouw van psychiatrisch bedden: langdurige opnames leiden tot institutionalisatie
 - Beschut Wonen (BW) en Psychiatrisch Verzorgingstehuis (PVT)
 - Er zou een verdere uitbouw van psychiatrische thuiszorg moeten zijn
 - Vroege detectie en vroege interventie
 - Goed voor acute psychiatrisch cliënten die niet gevaarlijk zijn
 - Chronische patiënten
- CLB en onderwijs: deze instellingen zien een héél groot deel van de populatie
 - Psychosociale hulpverlening
 - Stimuleren positief schoolklimaat
 - Ideaal om Gezondheid Voorlichting en Opvoeding (GV° interventies en omgevingsacties te plannen en te realiseren (stress, voedsel, verslaving)
- Telefonische hulpverleningsinitiatieven
 - Anoniem; discreet, vertrouwelijk en veilig
 - Permanent (vooral buiten de kantooruren en in crisissituaties)
 - Gesprekspartner is een vrijwilliger
 - Stelt veel vragen zodat emoties ventileren
 - Crisisinterventie, ondersteuning, begeleiding en doorverwijzing

- CGGZ
- Psychosociale revalidatiecentra
- Therapeutische gemeenschap
- PAAZ/PAUZ
- Psychiatrisch verzorgingstehuis (PVT)
- Algemeen psychiatrisch ziekenhuis (APZ)

- **Vreemdelingenorganisaties**
 - Er is heel weinig interculturele hulpverlening
 - Verbonden met machtsfactoren tussen culturele groepen
 - Confrontatie met waarden en normen van verschillende culturen
 - Doorverwijzing is niet evident
- Plaatsingsdiensten en pleeggezinnen
- Sociale diensten
- Welzijnswerk
 - Zeer breed doelpubliek; mensen in nood en crisis
 - Advies, schuldbemiddeling
 - CAW: centra algemeen welzijnswerk
- **Zorgaanbod 2^e lijn**
- **Privé psychiaters**
 - Meestal werken deze mensen deels in een institutie, deels privé
 - Verwant met psychologen en psychotherapeuten
 - Sterk anoniem karakter, daardoor waarschijnlijk een ondergewaardeerde bijdrage tot geestelijke gezondheidszorg
 - Vooral ondersteuning met geneesmiddelen
 - Lange wachtlijsten
 - Diagnostiek voor ernstige psychiatrische problematiek
 - Opnames: institutionele links
- **Zelfstandig gevestigde klinisch psychologen**
 - Zeer brede groep van patiënten, afhankelijk van waar de psycholoog in is gespecialiseerd
 - Goede integratie binnen zorgnetwerk is cruciaal!
 - Meestal al enkele jaren ervaring en hebben een psychotherapie opleiding gevolgd
 - Supervisie: te rade gaan bij oudere collega's
 - Intervisie: te rade gaan bij leeftijdsgenoten
- **Centra voor geestelijke gezondheidszorg (CGGZ)**
 - Bestaan altijd uit een multidisciplinair team: psychiater, psycholoog, maatschappelijk werker, geneesheer
 - Kinderteam en volwassenenteam
 - Ingebed in zorgsysteem, zowel naar 1^e als 3^e lijn
 - Nauwe connectie met psychiatrische ziekenhuizen
 - Vaak lange wachtlijsten
 - Vaak comorbiditeit
 - Meest frequente klachten:
 - Kinderen en jongeren: relatieproblemen (46%), gedragsproblemen (24%), psychische problemen (20%)
 - Volwassenen: psychische problemen (57%), relatieproblemen (46%), middelen afhankelijkheid (15%)
 - Werkwijze:
 - Aanmelding bij huisarts of andere diensten (zeer divers)
 - Intakegesprek
 - Teamvergadering
 - Psychotherapie (individueel, groeps- of partnertherapie, oudertherapie of gezinstherapie)
 - Residentiële doorverwijzing is mogelijk, tijdsduur is meestal onbeperkt
- **Spoedopnamediensten en crisisinterventiecentra**
 - Voornamelijk jongvolwassenen, mannelijk en met zwakke SES en maatschappelijke marginalisering
 - 70% is depressie, psychotische verwardheid en middelenmisbruik
 - 15% gedragsproblemen en suïcidepogingen
 - 10% situationele problemen (crisis in leefomgeving)
 - Primaire doel: reductie van acuut fysiek en psychiatrisch risico
 - Impliceert farmacologische of gedragsmatige interventies
 - Ontwikkeling van ernstige pathologie en lijden voorkomen

- Laagdrempelig en toegankelijk: 70-80% komt op eigen initiatief
 - Toegankelijkheid hangt wel af van de nabijheid, onmiddellijke beschikbaarheid en doorzichtigheid
- 24/7 opvang
- Goede doorverwijzing is cruciaal
- **Psychosociale revalidatiecentra**
 - Specifieke behandelingsvorm voor mensen met psychische kwetsbaarheden, competenties en steunnetwerken laten ontwikkelen die nodig zijn om zelfstandig te leven in de maatschappij
 - Wat heeft iemand nodig om autonoom te functioneren?
 - Gericht op mensen met permanente psychiatrische kwetsbaarheid
 - Geen specifieke doelgroep in de psychiatrische terminologie
 - Grijze zone: psychische stoornissen die vaak verbonden zijn aan een andere problematiek (neurologisch of ander somatisch lijden)
 - Kan ambulante, semi-residentieel of residentieel zijn

- **Zorgaanbod 3e lijn**

- **Algemeen ziekenhuis**
 - Laagdrempelig aanspreekpunt
 - Bij lichamelijke ziektes of stoornissen is er vaak een psychische component
 - Herkenning nood aan psychische hulp
- **Psychiatrische Afdeling van een Algemeen/Universitair Ziekenhuis (PAAZ/PAUZ)**
 - Ook gekend als urgentiepsychiatrie
 - Kortdurende opname met verdere doorverwijzing
 - Observatie en informatieverzameling om het functioneren te weten te komen
 - Weinig specialisatie
 - Stabiliserende interventies
 - Ambulante zorg (polikliniek): nog 1x per maand langskomen
 - Diagnostiek:
 - Individuele test en gesprekken om DSM diagnose te stellen
 - Neuropsychologisch onderzoek
 - Therapie:
 - Afhankelijk van de specialisatie
 - Psycho-educatie
 - Sociale vaardigheidstraining, relaxatie
 - Psycholoog: individuele therapie of groepstherapie
 - Sociaal netwerk: relatietherapie, gezinstherapie
 - Doorverwijzing:
 - Terug naar huis met ambulante consultaties (psychiater of psycholoog)
 - Terug naar huis met dagbehandeling PAAZ
 - Terug naar huis met verwijzing CGGZ
 - Doorverwijzing naar psychiatrisch centrum: dit gebeurt bij weinig evolutie, diagnose met bijzondere problematiek
- **Psychiatrisch centrum**
 - **Psychiatrisch Verzorgingstehuis (PVT)**
 - Verblijfspsychiatrie voor een oudere populatie of personen met een mentale handicap
 - Langdurige en gestabiliseerde psychische stoornis die geen ziekenhuisbehandeling meer vergt
 - Niet in aanmerking voor normale rusthuizen
 - Geen nood aan ononderbroken psychiatrisch toezicht
 - Wel nood aan continue begeleiding
 - **Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis (APZ)**
 - Actieve behandelingsfunctie
 - Beperkt in tijd: 2-3 maand
 - Vooral diagnostiek (verschil met PAAZ: hier is er wél specialisatie)
 - Psychosen, stemmingsstoornissen, gedragsstoornissen, persoonlijkheidsstoornissen, eetstoornissen, trauma...

- Resocialisatie: herintegratie in het normale leven
- Rehabilitatie: langdurige behandeling (1-2 j)
- Multidisciplinair
- Programma's differentiëren volgens: psychopathologie, populatie, werkwijze, modaliteit, open vs gesloten
- Semi-residentiële opvang
- Beschut wonen
- Dagactiviteitencentrum
- Psychiatrische thuiszorg
- **Therapeutische gemeenschap**
 - Drugvrije therapeutische gemeenschappen (eventueel wel medicatie)
 - Intensief, langdurig programma met als doel stopzetten van verslaving aan middelen
 - Fysieke ontwenning gebeurt in een crisisinterventiecentrum of medische setting
 - Eerder voor een jong publiek: 18-35
 - **Uitsluitingscriteria:** aanwezigheid primair psychiatrische pathologie
 - Dit is al afgezwakt, nu bestaan er al therapeutische gemeenschappen voor dubbele diagnose
 - **Community as method:** werkstructuur van de commune is het vehikel dat gebruikt wordt voor het therapeutisch traject
- Instellingen voor gehandicapten
- Revalidatiecentra en beschutte werkplaatsen
- Arbeidsherintegratie
- **3^e lijn: gedwongen opname**
 - Dit kan enkel als er een absolute nood is
 - Iemand betekent een gevaar voor zichzelf of de samenleving
 - Heel duidelijke aanwijzingen
 - Weigeren om vrijwillig in behandeling te gaan
 - Geen misdrijf
 - **Gewone procedure** voor gedwongen opname
 - Verzoekschrift langs vredesgericht + geneeskundig verslag van maximaal 15 dagen oud
 - **Spoedprocedure**
 - Langs procureur des konings
 - Omstandig geneeskundig verslag dat dringendheid aantoont
 - Continue observatie: is de opname nog nodig?
 - Gedwongen opname is traumatiserend en gebeurt via de politie
 - Geïnterneerden
 - Psychiatrische behandeling primeert op gevangenisstraf
 - Gesloten afdeling
 - Soms gespecialiseerde instellingen, soms algemene psychiatrie
 - Zware belasting voor behandelmilieu

❖ 5.4: ORGANISATIE: NIEUWE ONTWIKKELINGEN

- **Het huidige zorgaanbod is vooral gebaseerd op een historische organisatie**
 - Ziektemodel: focus op genezing en expertiseniveaus van de organisatie
 - Het veld is in transitie echter, en we kunnen uitkijken naar een nieuwe structuur van de geestelijke gezondheidszorg
- **Definiëring van gezondheid**
 - Ziektemodel: de afwezigheid van ziektes waardoor iemand in staat is zijn/haar potentieel te bereiken
 - Het vermogen zich aan te passen en een zinvol leven te leiden, gegeven psychische, lichamelijke en sociale uitdagingen
 - Impliceert dat mensen nog steeds een stoornis kunnen hebben, maar hier adaptief mee omgaan

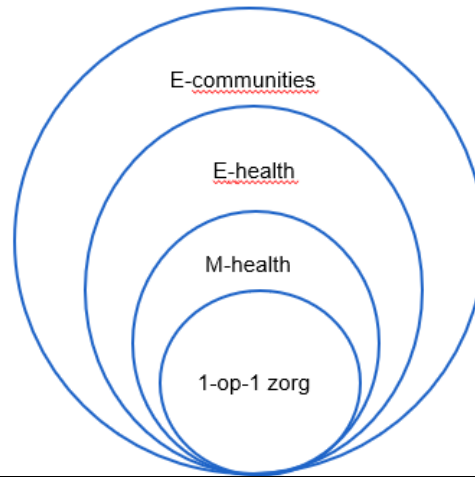
- Zelfs bij heel ernstige klachten blijft er ruimte om een zinvol bestaan te leiden
- Als je te hard richting het ziektemodel gaat, is er kans op vervreemding en voeling te verliezen met het verhaal van de cliënt

	Oud GZModel	Nieuw GZmodel
Type gezondheid	Afwezigheid ziekte	Vermogen tot aanpassing en eigen regie
Type zorg	Sick care	Health care
Type behandeling	Bestrijding symptomen	Hulp bij nastreven van relevante doelen
Type prognose	Pessimistisch	Mogelijkheden
Type hoop	Behandeling	Eigen kracht en regie
Type filosofie	Help me	Help mezelf te helpen

- **Nieuw GGZ voorstel**

➤ **Uitgangspunten**

- De kant van de cliënt en eigen regie staan centraal
- Actief beluisteren wat de persoon zelf wilt
- Focus op zinvol bestaan: allerlei psychische of somatische problemen zijn geen reden om niet een zinvol bestaan te leiden
- Vermaatschappelijking van zorg: laagdrempeliger maken
- Prominente plaats voor ervaringsdeskundigheid: veel meer plaats voor de inbreng van de patiënt
 - Gedeelde expertise
- Ondersteunende rol van mhealth en ehealth
 - Internetondersteuning combineren met klassieke therapie
 - E-communities



❖ **5.5: INNOVATIES IN ZORGMODELLEN**

- **Met ehealth en mhealth zijn er veel zorginnovaties**

- Diagnostiek: zelfrapportage is veel minder biased (online dagboek)
- Blended therapie: zowel 1-op-1 therapie en ehealth/mhealth
 - Think life: andere manier om met zelfmoord om te gaan waar mensen thuis mee aan de slag kunnen
- E-communities: psychosenet
- Internettherapieën

- **Voordelen**

- Eigen regie en keuzevrijheid vergroten
- Drempelverlagend en destigmatiserend
- Onafhankelijk van plaats en tijd
- Contact in eigen omgeving
- Sluit beter aan bij gebruikerservaring (niet iedereen praat graag)
- Eenvoudiger voortgang bijhouden en bewaken
- Grotere openheid bij cliënt
- Uitgebreidere informatie

- **Nadelen**

- Mag echte therapie niet vervangen
- Wat is het doel?
- Grote hoeveelheid data: privacy?

Hoofdstuk 6: Ethiek en deontologie

❖ **6.1: ETHISCHE BEGRIPPEN**

- **Wat is ethiek?**

- De studie van de moraal
 - Bestudeert en bevroegt kritisch en systematisch
 - Systematische reflectie op morele vragen op basis van rationele argumenten
- **Moraal:** geheel van opvattingen over wat waardevol is in het leven
 - Verbonden aan een levensvisie, idealen

- Ethiek
- Moraal
- Waarden
- Normen
- Deugden
- Descriptieve ethiek

<ul style="list-style-type: none"> • Op basis van intuïtie, emoties of rationele overwegingen • Niet statisch • Microniveau: hoe gaan we om met mensen • Mesoniveau: welke organisatie vinden we goed? • Macroniveau ➤ Waarden: abstracte cognitieve begrippen die beschrijven wat mensen waardevol vinden <ul style="list-style-type: none"> • Vb: rechtvaardigheid, solidariteit ➤ Normen: handelingsvoorschriften op basis van waarden <ul style="list-style-type: none"> • Morele normen, fatsoennormen, juridische normen ➤ Deugden: goede eigenschappen die de handelswijze van de mens bepalen <ul style="list-style-type: none"> • Verinnerlijkte waarden ➤ Descriptieve ethiek: wat zijn de heersende opvattingen in een gemeenschap? ➤ Prescriptieve/normatieve ethiek: hoe zouden we ons moeten gedragen? ➤ Meta-ethiek: studie van fundamentele morele vraagstukken <ul style="list-style-type: none"> • Zijn waarden universeel of cultureel gebonden? • Zijn mensen vrij en dus verantwoordelijk voor hun daden? 	<ul style="list-style-type: none"> - Prescriptieve ethiek - Meta-ethiek
<p>❖ 6.2: ETHISCHE/NORMATIEVE THEORIEËN</p> <ul style="list-style-type: none"> - In de teleologische ethiek gaat men een handeling afwegen op basis van de gevolgen <ul style="list-style-type: none"> ➤ Utilitarisme: grootste geluk voor het grootst aantal mensen <ul style="list-style-type: none"> • Een handeling kan dus niet uit eigenbelang zijn ➤ Problemen: <ul style="list-style-type: none"> • Hoe breng je alle gevolgen in rekening? <ul style="list-style-type: none"> ▪ Keten van reacties is onmogelijk om in te schatten • Mogen we elk middel gebruiken om het doel te bereiken? • Hoe bepalen we wat een gewenste uitkomst is? - In de deontologische of beginsethiek beoordelen we welke handeling op zich moreel juist is, ongeacht de feitelijke gevolgen <ul style="list-style-type: none"> ➤ Plichtethiek: wat de gevolgen ook zijn, we moeten handelen vanuit een bepaalde waarde ➤ Vb 10 geboden, beroepscode, categorische imperatief (Kant) ➤ Problemen: <ul style="list-style-type: none"> • Absolute waarden: is er geen ruimte voor uitzonderingen? • Bestaat er zoiets als universele redelijkheid? • Te veel gericht op autonomie/individualisme, alsof waarden niet afhankelijk kunnen zijn van situaties/anderen <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mensen zijn bij uitstek sociale wezens - In de deugdenethiek brengen we het belang van de persoon die de handelingen uitvoert en het motief waarmee iemand handelt ook in rekening <ul style="list-style-type: none"> ➤ We gaan van een ideale handeling naar een ideaal karakter <ul style="list-style-type: none"> • Plato, Aristoteles ➤ Zorgethiek: mens situeren in verbondenheid met anderen 	<ul style="list-style-type: none"> - Teleologische of gevolgenethiek - Utilitarisme - Deontologische of beginsethiek - Plichtethiek - Deugdenethiek - Zorgethiek
<p>❖ 6.3: INTRO: DEONTOLOGIE VAN HET BEROEP</p> <ul style="list-style-type: none"> - Er is altijd een machtsverhouding in een therapeutische relatie <ul style="list-style-type: none"> ➤ De cliënt is kwetsbaar en dit moet beschermd worden ➤ Kader voor alle psychologen <ul style="list-style-type: none"> • Verschillende waarden kunnen met elkaar botsen • Onderliggende waarden van gedragsregels vatten om er flexibel mee om te gaan ➤ In België is de beroepscode wettelijk verankerd en heeft bijbehorende tuchtregels ➤ Er zijn 4 basispijlers: <ul style="list-style-type: none"> • Respect • Integriteit • Verantwoordelijkheid • Deskundigheid - Respect is een houding van bewuste en zorgvuldige aandacht voor wie of wat zich aandient <ul style="list-style-type: none"> ➤ Persoonlijke voorkeuren opzijzetten ➤ Niet te snel een oordeel trekken 	<ul style="list-style-type: none"> - Informatieplicht - Zwijgplicht - Zelfbeschikkingsrecht - Negatieve vrijheid - Positieve vrijheid - Spreekplicht - Spreekrecht - Schuldig verzuim - Rolintegriteit - Aansprakelijkheidsverantwoordelijkheid

- Neutraliteit niet verbinden aan voorwaarden
 - **Informatieplicht:** recht op vrije deelname en inzagerecht
 - **Zelfbeschikkingsrecht:** plicht tot eerbied voor morele waarden
 - Therapie is onvermijdelijk een waarde geladen proces
 - Waarden ondervragen is niet hetzelfde als oordelen
 - Deskundigheid: bereidheid tot kritische reflectie, besef relativiteit persoonlijke voorkeuren, overdracht en tegenoverdracht...
 - **Zwijgplicht:** recht op geheimhouding (alles wat je te weten komt tijdens de uitoefening van je beroep, per toeval, per vergissing en ook info over derden)
 - Vormt de basis voor de vertrouwensrelatie
 - Uitzonderingen:
 - **Spreekplicht** (anders **schuldig verzuim**): bij een noodtoestand waarbij je direct moet handelen, zelf getuige zijn van de feiten
 - **Schuldig verzuim:** iedereen heeft de plicht tot hulp bieden aan mensen in nood
 - **Spreekrecht:** aangifte doen bij de procureur des konings (misdrijven op minderjarigen, getuigen onder eed, feiten waar de cliënt slachtoffer van is en toestemming voor heeft gegeven, gedeeld beroepsgeheim met toestemming van cliënt en eigen verdediging)
 - Er zijn veel dilemma's rond beroepsgeheim
 - Debat over de nadruk op autonomie en individuele vrijheid
 - **Regelethiek:** niet meer ingrijpen
 - Autonomie als **negatieve vrijheid:** vrij zijn van dwang en beperkingen
 - Maar: mensen zijn onlosmakelijk verbonden aan elkaar
 - Het is niet omdat iemand theoretisch vrij is, dat er ook een handelingsvrijheid is
 - **Zorgethiek:** te veel ingrijpen
 - Autonomie als **positieve vrijheid:** bescherming van de individuele autonomie, mogelijkheid tot zelfbestuur
 - Legt heel veel verantwoordelijkheid op mensen: alles is je eigen verantwoordelijkheid want niemand ontnemt je de kansen om iets (niet) te doen
 - Mensen helpen om vrij te zien
 - Autonomie zien in verbondenheid met anderen
 - Autonomie is niet voor iedereen vanzelfsprekend
 - Spanningsveld tussen ontvoogding cliënt en zorgverlamming
- **Integriteit bestaat uit eerlijkheid, rechtvaardigheid, betrouwbaarheid, onomkoopbaarheid en waarheidsliefde**
 - Kunnen reflecteren over eigen fouten en beweegredenen
 - Dit betekent niet dat we geen fouten mogen maken als hulpverleners
 - **Eerlijkheid en nauwkeurigheid:** correcte en duidelijke informatie
 - **Oprechtheid en openheid:** wat zeggen en wat niet?
 - **Rolintegriteit:** grens tussen wat wel en wat niet verenigbaar is met de beroepsuitoefening
 - Geen oneigenlijk bevorderen van persoonlijke belangen
 - Geschenken?
 - Geen absolute richtlijnen: zorgt voor verschillen in de machtsverhouding
 - Geschenken mogen niet gelijk staan aan betaling
 - De hulpverlening hangt niet af van hoe duur een cadeau is
 - Meervoudige relaties vergroten de kans op machtsmisbruik (vb gezinstherapie)
 - Verbod op seksuele relaties tussen de hulpverlener en de cliënt
 - Dit is nooit een egalitaire relatie
 - Toelaatbaarheid lichamelijk contact in therapie...
- **Verantwoordelijkheid handelt over de bereidheid om zich te verantwoorden voor professioneel handelen**
 - **Aansprakelijkheidsverantwoordelijkheid:** deontologische code moet gekend zijn en nageleefd worden
 - **Zorgverantwoordelijkheid:** de kwaliteit van het klinisch werk en de continuïteit van zorg moet gerespecteerd worden
 - Vb als je langdurig afwezig bent, zorg dat je cliënten ergens terecht kunnen

- Zorgverantwoordelijkheid
- Intellectuele deskundigheid
- Vaktechnische deskundigheid
- Emotionele deskundigheid
- Morele deskundigheid

<ul style="list-style-type: none"> ➤ Verantwoordelijkheid voor eigen functioneren nemen - Deskundigheid kan worden ingevuld vanuit respect, integriteit en verantwoordelijkheid ➤ Intellectuele deskundigheid: problemen kunnen analyseren, hoofd- en bijzaken onderscheiden, synthetiseren, verzamelde kennis creatief kunnen toepassen ➤ Vaktechnische deskundigheid: technische know-how, zorg voor kwaliteit, eigen grenzen en competenties kennen ➤ Emotionele deskundigheid: zelfkennis, motivatie, eigen functioneren, persoon van de therapeut ➤ Morele deskundigheid: vermogen om ethisch te handelen, hangt samen met waarden <ul style="list-style-type: none"> • Ethische gevoeligheid • Ethisch redeneren • Ethische keuzes maken • Ethisch gedrag uitvoeren 	
---	--

<ul style="list-style-type: none"> ❖ 6.4: MORELE DILEMMA'S ANALYSEREN - Stappenplan van Rothfus voor morele dilemma's 1) Situatie in kaart brengen: beschrijving situatie, onderscheid tussen feiten, gedachten en gevoelens 2) Morele probleem vaststellen: dilemma formuleren 3) Handlingsalternatieven verkennen 4) De betrokkenen noemen en hun belangen afwegen 5) De relevante waarden en normen omschrijven en afwegen 6) Een handlingsalternatief kiezen (argumenteer vanuit gevolgenethiek, plichtsethiek en deugdenethiek) 	<ul style="list-style-type: none"> - Stappenplan Rothfus
---	---

Gastcollege 1: Ontwikkelingsgerichte psychotherapie

<ul style="list-style-type: none"> ❖ 1.1: FOCUS ONTWIKKELINGSGERICHTE PSYCHOTHERAPIE - Algemeen focussen we op stoornissen bij kinderen en jongeren ➤ Longitudinaal onderzoek ➤ Dit is ontwikkelingspsychopathologie, niet ontwikkelingspsychologie ➤ Centraal uitgangspunt: kindfactoren x omgevingsfactoren <ul style="list-style-type: none"> • Volgt ook een diathese-stress model - Er zijn twee manieren om een diagnose te stellen ➤ Categoriale diagnostiek: DSM 5 stoornissen, je hebt de stoornis of je hebt ze niet <ul style="list-style-type: none"> • Traditioneel, houden aan criteria ➤ Dimensionele diagnostiek: vragenlijsten en gesprekken <ul style="list-style-type: none"> • Kinderen situeren op een continuüm gaande van weinig tot veel problemen <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ernst van de score = ernst van de psychopathologie ➤ We combineren beide soorten diagnostiek - We hebben een cognitieve visie op de mens ➤ Mensen zijn denkende wezens: hoe we omgaan met informatie bepaalt hoe we ons voelen <ul style="list-style-type: none"> • Schema's: aandacht, interpretatie, geheugen... <ul style="list-style-type: none"> ▪ Belangrijk instandhoudend mechanisme - Studie van de deviaties aan de normale ontwikkeling wordt gebaseerd op empirisch onderzoek ➤ Liefst van al op groepsniveau - Behandeling ➤ Vooral cognitieve gedragstherapie (CBT) ➤ Gericht op denken – voelen – doen 	<ul style="list-style-type: none"> - Categoriale diagnostiek - Dimensionele diagnostiek
---	---

<ul style="list-style-type: none"> ❖ 1.2: DEPRESSIE BIJ JONGEREN: KLINISCH BEELD - Symptomen ➤ Stemming: somber/prikkelbaar ➤ Onvermogen om plezier te hebben ➤ Weinig interesse of motivatie ➤ Maar: we moeten rekeninghouden met leeftijdsspecifieke symptomen want: <ul style="list-style-type: none"> • Er zijn leeftjidsverschillen op gebied van sociale, emotionele en cognitieve ontwikkeling • Leeftijdsspecifieke ontwikkelingstaken <ul style="list-style-type: none"> ▪ Baby's: hechting 	
--	--

- Depressie uit zich als eet-, slaap- en groei problemen, huilen, apathie, terugtrekken uit interactie
 - Kleuters: **separatie**
 - Depressie uit zich als huilen, prikkelbaarheid, spelremming, somatische klachten, afhankelijkheid, separatieangst
 - Basisschool: **prestatie motivatie**
 - Depressie uit zich als schuchter, negatieve gedachten, somatische klachten, onderpresteren (leerremming), agitatie, ongehoorzaam
 - Adolescentie: **individuele**
 - Depressie uit zich als overafhankelijkheid of overafhankelijkheid:
 - **Overafhankelijkheid**: ontkennen en afweren van depressieve symptomen en gedachten, compenseren met stoer gedrag, alcohol- en drugs misbruik, seksueel promiscu gedrag, delinquentie
 - **Overafhankelijkheid**: schoolangst, onzekerheid, hypoactiviteit
- **Prevalentie van depressie**
- 2% tijdens kindertijd
 - Meer dan 10% tijdens adolescentie
 - 29.2% van de Europese jongeren vertoont subklinische depressieve symptomen
 - Hoge kans op herval!
 - 20-60% hervalt 1 jaar na herstel
 - 70% hervalt na 5 jaar!

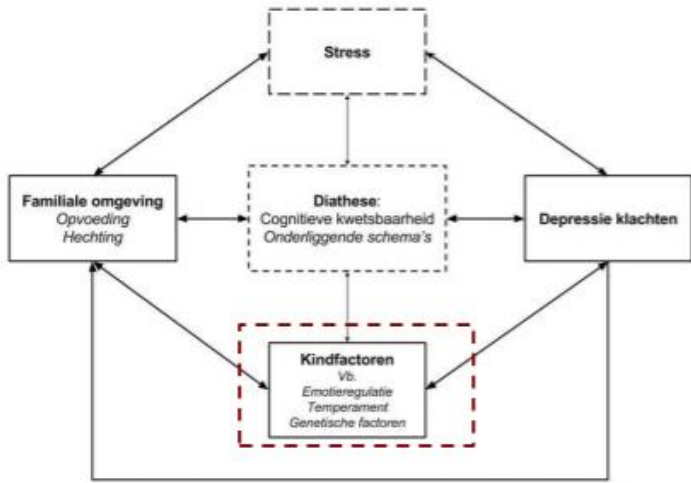
❖ **1.3: ROL VAN COGNITIE EN EMOTIE**

- **Er is een grote rol van cognitieve processen**

- Bepaalde schema's maken sommige mensen kwetsbaarder voor depressie
 - Interactie met stress, kindfactoren en familiale omgeving
- Schema's sturen informatieverwerking
 - Schema: cognitieve structuur die sturend is in onze informatieverwerking
 - Worden vroeg ontwikkeld, onbewust aanwezig
 - Negatieve ervaringen leiden mogelijks tot disfunctionele schema's
- Schema's worden geactiveerd door stressvolle gebeurtenissen of stimuli

- **Er is een nieuwe invalshoek op de cognitieve visie op depressie**

- Mogelijks ligt het niet enkel aan de schema's die we hebben, maar aan een **verstoorde cognitieve controle**
 - Meer afgeleid door negatieve informatie en hogere inhibitie van deze gezichten in vergelijking met gezonde controle
 - Moeite aandacht weg te richten van negatieve stimuli
 - Minder aandacht voor positieve stimuli



- **Rol van kindfactoren – emotieregulatie**

- Depressie is een stoornis in **emotieregulatie**: de manier waarop mensen omgaan met positieve en negatieve gevoelens
 - Er zijn hier adaptieve en maladaptieve strategieën voor
 - Negatieve gevoelens niet genoeg reguleren
 - Positieve gevoelens niet voldoende stimuleren

- **Link tussen cognitieve processen en emotieregulatie**

- Emotionele inertie leidt tot vastzitten in een cyclus van negatieve gevoelens en gedachten
 - Leidt tot rumineren

❖ **1.4: BEHANDELINGSPROGRAMMA'S**

- **Vaak richt behandeling zich op de verlichting van acute symptomen ipv onderliggende mechanismen**

- Schema
- Emotieregulatie

- Mastery experiences

- We zouden ons echter moeten richten op onderliggende mechanismen!
 - Er zijn recente varianten van CBT die veelbelovend lijken
 - **Gedragsactivatie:** cirkel van negatief denken doorbreken
 - **Mindfulness en acceptance en commitment therapy (ACT):** hebben vooral een invloed op emotieregulatie en rumineren
 - Bovenop standaardbehandeling: emotieregulatie/cognitieve controle training
 - Vooral evidentie bij volwassenen

- Hoe behandelen we depressie?

- Er is sowieso een behandeling nodig (ernstig lijden en slechte prognose)
 - Programma's bestaan al voor kinderen vanaf 8j
- Eerste fase: diagnostiek
 - Via verschillende methodes en verschillende personen
 - **Screening: dimensioneel**
 - Vragenlijsten voor kind en ouders/leerkracht
 - Vragenlijsten die peilen naar risico- en beschermende factoren
 - Emotieregulatie
 - Cognities
 - Executieve functies
 - Ervaren stress thuis/school
 - Sociale vaardigheden
 - Efficiënt, goedkoop en gemakkelijk te scoren
 - **Diagnostisch onderzoek: categoriaal**
 - Klinisch interview

- Wat zijn de algemene componenten van de behandeling?

- Opbouw therapeutische relatie: empathie, respect, betrokkenheid
 - Gevoelens reflecteren, positief aanmoedigen
 - Nondirectief zelfinzicht bevorderen
- Rationele geven voor de behandeling
- Psycho-educatie
 - Symptomen?
 - Impact omgeving/school?
 - Prognose? Kans op herval?
 - Eventueel: rol van medicatie?
- Kind x omgeving: contextuele aanpak
 - Individuele interventie
 - Oudertraining
 - Gezinsgesprekken
 - Betrekken van schoolomgeving

- Wat zijn de specifieke componenten van de behandeling? (invalshoek vanuit CBT)

- Inzetten op affect, cognitie en gedrag
 - Gedrag:
 - **Mastery-experiences:** kleine opdrachten met garantie op succes
 - Activiteitsniveau gradueel doen toenemen: lijsten maken, weekplanning, huiswerkopdrachten
 - SoVa-training: opbouw positieve interacties/conflicten leren oplossen
 - Affect:
 - Emotieregulerende interventies (gevoelensdagboek, focus op positieve gevoelens)
 - Opkikkertjes, gevoelens zien als een signaal
 - Cognitie:
 - Bewustwording via een gesprek, ontlokkers of socratische dialoog
 - Zwart kijken doorbreken: sombere gedachten vervangen, cognitief herstructureren
 - Probleemoplossend denken: ouders en leerkracht betrekken, zichzelf gedifferentieerd evalueren
 - Sommige situaties kan het kind niet zelf oplossen: ervaringen uit het verleden, thuisituatie,... werken met ruimere context!

- Onderzoekresultaten

<ul style="list-style-type: none"> ➤ CBT is effectief bij matige depressie ➤ De combinatie van medicatie en CBT is significant beter bij ernstige depressie <ul style="list-style-type: none"> • CBT heeft vooral invloed op negatieve/zelfmoordgedachten • Medicatie is vooral effectief in de acute behandel fase 	
<p>Gastcollege 2: Introductie tot relatie- en gezinstherapie</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ❖ 2.1: DEFINITIE - Relatie en gezinstherapie verwijst vaak naar een setting ➤ Therapie met meer dan 1 persoon ➤ Omdat er meer dan 1 persoon is, brengt dit soort therapie ook een heleboel uitdagingen met zich mee <ul style="list-style-type: none"> • Therapeutische alliantie creëren met iedereen die voor je zit <ul style="list-style-type: none"> ▪ Iedereen het gevoel geven dat je hem/haar empathisch begrijpt • Meervoudige partijdigheid: geen kant kiezen, elke visie beluisteren (onpartijdigheid bestaat niet) • Triadische effecten: effect bedoeld voor 1 persoon heeft ook effect op andere persoon <ul style="list-style-type: none"> ▪ Oplossen adhv metacommunicatie • Meer dan 1 psycholoog in therapieruimte: letten op inhoud en proces <ul style="list-style-type: none"> ▪ Soms ook met one-way screen of reflecting team - Relatie en gezinstherapie kan ook verwijzen naar een theoretisch kader ➤ Bij dit soort therapie gaat men ervan uit dat problemen van mensen fundamenteel interpersoonlijk zijn (ipv intrapersoonlijk) <ul style="list-style-type: none"> • Interacties tussen mensen staan centraal: gedrag, emotie en cognitie • Interventies moeten zich dus richten op wat er tussen mensen gebeurt 	<ul style="list-style-type: none"> - Meervoudige partijdigheid - Triadische effecten
<ul style="list-style-type: none"> ❖ 2.2: HISTORIEK - Deze therapievorm is ontstaan in de jaren '50 in de VS ➤ Deze visie ging radicaal in tegen de destijds gangbare kijk op problemen <ul style="list-style-type: none"> • Oorzaak ligt intrapsychisch, zonder rekening te houden met de omgeving van individuen <ul style="list-style-type: none"> ▪ Impliciet individuele benadering van psychische problemen - Echter, deze individuele benadering bleek onvoldoende te zijn ➤ Bij problemen tussen partners, ouders-kinderen, gezinnen ➤ Bij problemen met de omgeving: kansarme, afwezig vader ➤ Bij de verklaring van klinische observaties <ul style="list-style-type: none"> • Soms zorgde dat de verbetering van 1 familielid een ander familie ook deed verbeteren (of omgekeerd) • Herval van genezen patiënten na terugkeer naar huis ➤ Stilaan groeide het inzicht dat relationele/familiale/omgevingsfactoren invloed hebben ➤ Vanaf de jaren '50 werd hier onderzoek naar gedaan, vooral naar het gezin - Studie van communicatie in gezinnen van een gezinslid schizofrenie heeft ➤ Er was een probleem met de communicatie binnen gezinnen waar de kans op herval groot was <ul style="list-style-type: none"> • Overbetrokkenheid • Expressed emotion: kritiek en vijandigheid • Verwarrende manieren van communiceren - 1958: onderzoeksinstituut gericht op de opleiding van gezinstherapeuten die geleerd werden om de link tussen familierelaties/communicatie en ontwikkeling van herstel/ziekte bij een van haar leden te achterhalen ➤ Nieuwe epistemologie: van intra- naar interindividueel ➤ Zoektocht naar verklarende modellen: hoe functioneren systemen? <ul style="list-style-type: none"> • Cybernetica, algemene systeemtheorie, communicatietheorie 	<ul style="list-style-type: none"> - 1958: geboorte relatie en gezinstherapie
<ul style="list-style-type: none"> ❖ 2.3: THEORETISCHE UITGANGSPUNTEN (3) - 1: sociale complexiteit als vertrekpunt ➤ We schrijven gedrag toe aan sociale complexiteit, niet stabiele en individuele karakteristieken <ul style="list-style-type: none"> • Karakteristieken zijn zeer moeilijk te veranderen ➤ Lagen van sociale complexiteit: <ol style="list-style-type: none"> 1) Intrapsychische processen 2) Individueel gedrag 	

3) Interacties

4) Relaties

5) Groepen

6) Maatschappij

- Psychoanalytici focussen op niveau 1 en 2

- Systeemtherapeuten focussen op alle 6 de niveaus

➤ Waarom nemen we sociale complexiteit mee?

- Een individu gedraagt zich niet alleen: we zijn bijna altijd in interactie met anderen

- Interpersoonlijke relaties zijn belangrijk voor ons

- Existentiële nood aan verbondenheid

- Stress-bufferende rol

- Goed netwerk is van belang

- Biologisch: lichaam reageert op relaties

- Partnerrelatie/gezin is een belangrijk doel in ons leven

➤ Vb: holding hand studies:

- Participanten kijken naar videomonitor

- Rood kruis = 20% kans op elektrische schok

- Blauw kruis = 0% kans op elektrische schok

- Conditie:

- Hand van partner vasthouden

- Hand van zelfde gender vreemde vasthouden

- Geen hand vasthouden

- In de conditie waar men de hand van de partner vasthoudt was er veel minder activatie in de hypothalamus (hersenenregio die geactiveerd wordt bij fysieke/emotionele bedreigingen)

- Vaakst bij vrouwen met een goede relatie

- **Biologische systemen reageren op de biologische aanwezigheid van een partner**

➤ Relaties zijn gericht op de overleving van de soort

➤ **Relaties hebben een impact op het individu**

- Mensen in een relatie zijn gelukkiger: meer geld, meer seks, betere gezondheid

- Meeste emoties komen uit interpersoonlijke relaties

➤ **Individu heeft impact op relaties**

- Hechtingskarakteristieken en neuroticisme

➤ **Relaties worden beïnvloed op groepsniveau en op maatschappelijk niveau** (vb homo in België vs Iran)

➤ Individueel gedrag, denken, voelen, betekenisverlening krijgt altijd betekenis in een context

- Daarom is het niet zinvol om de verschillende niveaus te isoleren bij het begrijpen van problematiek

- 2: individu in zijn context

➤ Mensen zijn het product van hun context (niet passief!)

➤ Wat bedoelen we precies met context?

- Gezins- en familierelaties

- Sociale netwerk (vrienden, collega's)

- Publieke systemen rond individu

- Groepen, subculturen, sociale klasse

- Maatschappelijke waarden, normen, conventies, sociale perspectieven...

➤ Voor elke cliënt stellen we ons de vragen:

- Welke contextfactoren zijn probleeminstandhoudend en welke zijn probleemoplossend?

- Hoe wordt de cliënt door al deze aspecten van zijn/haar context beïnvloed?

- Focus op sterktes/gave terreinen!!! (typisch aan deze therapie)

➤ Elk niveau is een aangrijpingspunt voor interventie

➤ Fundamenteel onderzoek toont het belang van contextuele factoren aan op het functioneren van het individu, koppel, gezin aan

- Therapie is 1u/week, context = 167u/week

- Deze context in rekening brengen bij assessment, case-formulation en interventies verhoogt de therapeutische impact

➤ Voorbeeld: fysieke mishandeling/verwaarlozing van kinderen

- Kind: bepaalde karakteristieke die hem/haar kwetsbaar maken voor mishandeling
 - Jonger dan 5, ontwikkelingsachterstand, ziekte, moeilijk temperament, agressief gedrag
 - Individueel
- Ouder: kwetsbaar
 - Misbruikte ouder, psychologische problemen, beperkte skills
 - Individueel
- Context: veel stress, partnerrelatieproblemen, weinig steun
 - Context
- Gedragspatroon: interacties
 - Kind doet iets wat door ouders aversief en intentioneel ervaren wordt
 - Fysieke straf volgt met een groot letsel door woede en gebrek aan inhibitie
- De therapie kan ingrijpen op verschillende niveaus van problematiek
 - Family-based en gestructureerd: minstens 5 maand
 - Gericht op kind: traumagericht, individuele therapie
 - Gericht op ouders: ouderschapsvaardigheden verbeteren
 - Gericht op familie/netwerk: sociale steun
- Ouder-kind interactie therapie
 - 6 sessies: motivatie van ouders verhogen om in ouderschapstraining te gaan
 - 7 sessies: live coaching van ouders en kinderen in positieve kindgerichte interacties
 - 7 sessies: live coaching van ouders en kinderen in disciplineren

3: bi-directionele beïnvloeding

- Omdat de context centraal staat, impliceert dat ook een focus op wat er tussen mensen gebeurt
 - Oneindige circulaire beïnvloeding
- Hoe werken context en individu op elkaar in?
- Voor de ontwikkeling van relatie- en gezinstherapie waren verklaringen van psychopathologie lineaire unidirectionele modellen
 - **Lineaire causaliteit:** een element leidt tot een effect in een ander element, zonder dat dat ander element een effect heeft op het eerste elementen
 - Dit soort model is enkel toepasselijk in bepaalde situaties die een eenvoudige oplossing vragen
 - Menselijke problemen zijn veel ingewikkelder: dit is een slecht model om de wereld van levende wezens te beschrijven
- **Lineair model is zeer nefast binnen relaties: “wie is de oorzaak van het probleem?” -> “de ander”**
 - Lineaire causaliteit is contraproductief omdat het zeer moeilijk is om vast te stellen wie de oorzaak nu is
 - Lineaire verklaringen leiden tot verklaringen in termen van persoonlijkheidskenmerken (stabiel en individueel)
- **Circulaire causaliteit daarentegen verplaatst de focus naar hoe gedrag A en B elkaar beïnvloedt/versterkt**
 - **De schuldvraag valt weg**
 - Vraagt metaperspectief van de therapeut
 - Probleem is niet de persoonlijkheid, maar de interactie/cyclus tussen 2 mensen
 - Een cyclus is iets wat we kunnen aanpakken, een persoonlijkheid niet

Gastcollege 3: Introductie op de psychoanalyse

❖ 3.1: PREMISSE 1: DE MENS IS EEN VERDEELD SUBJECT

- In de mens zit geen ‘echte mens’ verborgen, via therapie leggen we niet de ware ik bloot

- **Driftmatigheid** is de basis
 - Mensen zitten in een biologisch lichaam met instincten
 - Echter, we zijn niet puur instinctmatig (niet zoals dieren)
- Onze driftmatigheid wordt getriggerd door zijnsvragen
- Seksualiteit is deels cultureel bepaald: dit toont aan dat het niet puur biologisch is
- **Existentiële vragen** met een biologische basis:
 - Lichamelijke seksualisering en zelfbeeld: wat is het om een man/vrouw te zijn?
 - Liefde en seks vallen niet altijd samen: kan ons ’s nachts wakker houden

- Identificatie
- Subjectwording

<ul style="list-style-type: none"> • Verhouding tussen kinderen en ouders: hoe moet ik mijn kind opvoeden (of omgekeerd)? • Relatie tot de dood: welke zin heeft mijn leven? Waarom sterft iemand? <p>- Dit soort vragen verdelen het subject</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Het soort antwoorden die we vinden op existentiële vragen verdelen ons omdat we van antwoorden wisselen doorheen het leven, maar blijven als geheugenspoor <ul style="list-style-type: none"> • Het 'ik' verandert van gedacht, maar de gedachten blijven ➤ Hoe gaan we om met existentiële vragen? <ul style="list-style-type: none"> • Identificatie: jezelf gelijkstellen met iets <ul style="list-style-type: none"> ▪ Antwoorden van anderen overnemen ➤ Zelfgevoel: het subjectgevoel is verdeeld <ul style="list-style-type: none"> • Subjectwording: gevoel van wie we zijn is verdeeld <ul style="list-style-type: none"> ▪ Komt op de plaats van driftmatigheid, maar lost deze nooit op 	
<p>❖ 3.2: PREMISSE 2: PSYCHISCH FUNCTIONEREN IS EEN SAMENSPEL TUSSEN 3 DIMENSIES</p> <p>- Er zijn 3 soorten functioneren/dimensies</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Imaginair functioneren ➤ Symbolisch functioneren ➤ Reëel functioneren <p>- Imaginair functioneren is afgeleid van het woord imago (beeld)</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Mentaal functioneren in beelden <ul style="list-style-type: none"> • We vormen een beeld van onszelf, van anderen en van de wereld ➤ Hoe vormen we die beelden? <ul style="list-style-type: none"> • Identificatie: we bouwen beelden op uit diffuse informatie waarin we patronen zoeken en een coherent beeld opbouwen • Miskenning: om toch totaalbeelden te vormen van de informatie, zijn we geneigd om tekorten weg te filteren of in te vullen <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wat we niet letterlijk observeren vullen we met onze gedachten aan ▪ Mensen bouwen intern beelden op en leven in die beelden ▪ Beelden functioneren als waarheden ➤ Misverstanden: mensen kiezen wat ze zien <ul style="list-style-type: none"> • Mensen zijn geneigd hun interpretatie aan te nemen als de werkelijkheid ➤ Dit alles heeft een effect op onze manier van omgaan met zijnsvragen <p>- Symbolisch functioneren verwijst naar taal: de mens categoriseert</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Niet hetzelfde als symbolen of symbolisme ➤ Woorden die ons vertellen wat de werkelijkheid is <ul style="list-style-type: none"> • Mensen kleven ook woorden op zichzelf ➤ Hoe meer categorisatie (verwoording), hoe meer complexiteit <ul style="list-style-type: none"> • Helpt het denken en structureren ➤ Categorieën/woorden zijn verbonden in structuren: betekenaars roepen andere op die er associatief mee verbonden zijn <ul style="list-style-type: none"> • Bepaalt omgang met zijnsvragen • Studie op individueel niveau + naargelang type pathologie • De ander: persoon waarvan ik een beeld heb • De Ander: ideeën die het handelen sturen ➤ Het symbolische en het imaginaire spelen op elkaar in: rode draad, betekenis in het spreken ➤ Psychoanalyse bepleit een studie van de betekenaar op zich <p>- Reëel functioneren bestaat uit alles wat het imaginaire en symbolische functioneren niet vatten</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Confrontatie met prikkels (intern/extern) die het intern evenwicht verstoren en onbehagen oproepen <ul style="list-style-type: none"> • Gebeurtenissen die de denkactiviteit starten omdat ze het lichaam beroeren ➤ Psychoanalyse herneemt de vraag naar het reële op individueel niveau 	<ul style="list-style-type: none"> - Imaginair functioneren - Identificatie - Miskenning - Symbolisch functioneren - De ander - De Ander - Reëel functioneren
<p>❖ 3.3: PSYCHOANALYSE VANDAAG</p> <p>- Effectiviteitsonderzoek naar psychoanalyse met RCT</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Psychoanalyse is even effectief (in korte vorm) als andere vormen van psychotherapie ➤ Meest effectief: <ul style="list-style-type: none"> • Kortdurende behandeling met lage frequentie • Langdurige behandeling met hoge frequentie 	

<ul style="list-style-type: none"> ➤ Afhankelijk van het type vraag kies je een behandelingschema ➤ Gemiddelde effect size = 0.75 ➤ Een langdurige behandeling is heel effectief - Psychoanalytische therapie wijzigt het functioneren van het brein ➤ Activatie in hersencircuits die instaan voor emotieregulering en emotiecontrole neemt toe naarmate de stoornis verdwijnt 	
---	--

Gastcollege 4: Gedragstherapie

<ul style="list-style-type: none"> ❖ 4.1: THEORETISCH KADER - Alle gedrag is aangeleerd, ook sociaal gedrag (hoe we moeten reageren) ➤ Zowel gedachten, gevoelens als overt gedrag ➤ Gedrag: zinvolle reactie op een betekenisvolle situatie <ul style="list-style-type: none"> • Gedrag hangt af van de betekenis die we geven aan een situatie • Ook klinisch gedrag <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wat is de betekenis van een situatie voor een cliënt waardoor ze irrationeel gedrag gaan stellen? - Van leertheorie naar gedragstherapie ➤ Gedragstherapie: toepassing van procedures uit de leertheorie <ul style="list-style-type: none"> • Gedragstherapie is de toepassing van bevindingen uit de experimentele psychologie <ul style="list-style-type: none"> ▪ Observeerbare principes (niet het onbewuste) ▪ Evidence-based denken: effectief + efficiënt ▪ Gestructureerd werken met aandacht voor complexiteit ▪ Verankering in experimenteel onderzoek: experimentele psychopathologie ➤ Leertheorie: een voorlopige verklaring voor het tot stand komen van het leerprincipe - We beschouwen de therapie als een experiment met 1 persoon waarin de hypothese over zijn/haar probleemgedrag wordt getoetst ➤ Abnormaal gedrag is aangeleerd via leerprocessen <ul style="list-style-type: none"> • Uitwendig zichtbaar gedrag = aangrijpingspunt voor behandeling <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ook onzichtbaar gedrag 	<ul style="list-style-type: none"> - Gedrag - Gedragstherapie - Leertheorie
--	--

<ul style="list-style-type: none"> ❖ 4.2: ALLE GEDRAG IS AANGELEERD - Klassieke conditionering: een neutrale stimulus krijgt een nieuwe betekenis door associatie met intrinsiek beladen gebeurtenis ➤ De geconditioneerde stimulus activeert de representatie van de ongeconditioneerde stimulus, en lokt zo de geconditioneerde respons uit - Er zijn 3 paden naar het aanleren van betekenissen ➤ Directe ervaring ➤ Modelleren ➤ Informatie - Operante conditionering werkt via bekrachtiging en straffen ➤ Verklaart hoe problematisch gedrag in stand gehouden wordt <ul style="list-style-type: none"> • Samenhang tussen gedrag en gevolgen 	<ul style="list-style-type: none"> - Klassieke conditionering - Operante conditionering
--	---

<ul style="list-style-type: none"> ❖ 4.3: THE MANY WAVES OF CBT - First wave ➤ Skinner en Watson: behaviorisme <ul style="list-style-type: none"> • Klassieke en operante leerprincipes gebruiken om menselijk gedrag te begrijpen • Stimuluscontrole • Contingency management ➤ Gedrag kan echter niet losgekoppeld worden van de betekenis <ul style="list-style-type: none"> • We kunnen niet het gedrag an sich behandelen • Gedrag is een betekenisvolle reactie op een betekenisvolle situatie! <ul style="list-style-type: none"> ▪ Betekenisvol: we reageren niet op de fysieke stimulus zelf, maar op de COGNITIEVE VERWERKING van die stimulus - Second wave ➤ Ellis en Beck: cognitieve therapie en rationeel emotieve therapie <ul style="list-style-type: none"> • Onderliggende thema's en tussenliggende gedachten nader bekijken • Een stimulus activeert betekenissen 	<ul style="list-style-type: none"> - First wave - Second wave - Third wave - Fourth wave
---	--

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Die betekenissen roepen een emotie op ▪ Die emotie activeert gedrag ➤ Het doel in cognitieve therapie is om die betekenissen die geactiveerd worden door een stimulus te veranderen - Third wave ➤ Niet meer proberen de cognities te wijzigen, maar de functie/houding tov/relatie tot de cognitie <ul style="list-style-type: none"> • Niet gericht op symptoomreductie persé <ul style="list-style-type: none"> ▪ Door aanvaarding komt er symptoomreductie ➤ Integratie van mindfulness <ul style="list-style-type: none"> • Dialectical behavioral therapy: specifiek voor borderline persoonlijkheidsstoornis • Acceptance and commitment based therapy: experiëntiële vermijding doorbreken, openstaan en met aandacht ervaren en aanvaarden • Mindfulness based cognitieve behaviour therapy: gedachten en gevoelens worden gezien als mentale gebeurtenissen ipv aspecten van het zelf of accurate reflecties van de werkelijkheid <ul style="list-style-type: none"> ▪ Metacognitief perspectief, accepterend, gedecentreerd... - Fourth wave ➤ Focus op cognitieve processen: aandacht, interpretatie en geheugen ➤ Methoden uit de experimentele psychopathologie <ul style="list-style-type: none"> • Aandachtsbiasttraining: depressieve mensen kunnen de aandacht niet losmaken van negatieve stimuli (dot probe taak) 	
<ul style="list-style-type: none"> ❖ 4.4: KLINISCHE CONCEPTUALISATIE - Gedragstherapie is als een experiment met 1 proefpersoon waarin een hypothese over zijn/haar probleemgedrag wordt getoetst ➤ Abnormaal gedrag is aangeleerd via leerprocessen <ul style="list-style-type: none"> • Uitwendig zichtbaar gedrag is een belangrijk aangrijpingspunt voor behandeling • Niet uitwendig zichtbaar gedrag is ook belangrijk - Hoe verloopt het gedragstherapeutisch proces? ➤ Aanmelding: wie komt met wat naar hier? <ul style="list-style-type: none"> • Concretisering klachten en ruimere context cliënt ➤ Klachtenanalyse: ontwikkelingsgeschiedenis en verloop van de klachten <ul style="list-style-type: none"> • Ziektheorie en attributies • Hanteringsgedrag en sociale ondersteuning ➤ Voorlopige probleemsamenhang <ul style="list-style-type: none"> • Inventarisatie, ordening en samenhang van de problemen ➤ Probleemanalyse en diagnosestelling <ul style="list-style-type: none"> • Onderzoeksvragen, hypothesen formuleren, tests afnemen en opdrachten • Conclusies tests en opdrachten, conclusies hypothesen en conclusies onderzoeksvragen ➤ Holistische theorie ➤ Indicatiestelling en advies <ul style="list-style-type: none"> • Behandelplan, actieplanning • Evidence-based kader ➤ Gedragstherapeutische casusconceptualisatie op maat voor iedere persoon - De voorlopige probleemsamenhang verklaart en onderkent de holistische theorie ➤ Functionele analyses <ul style="list-style-type: none"> • Klassieke conditionering: welke situaties/stimuli zijn moeilijk voor de cliënt • Operante conditionering: hoe wordt dit gedrag/deze betekenis in stand gehouden? - Gedragstherapeutische interventies ➤ Operante en klassieke principes: gestructureerd behandelplan <ul style="list-style-type: none"> • Cognitieve technieken • Emotieve technieken • Gedragsexperimenten: sterke motor verandering • Blootstellingstechnieken/exposure therapie • Psycho-educatie • Mediatetherapie • Derde generatie gedragstherapie technieken 	

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">➤ Klassieke conditionering ongedaan maken door de associatie tussen de ongeconditioneerde en de geconditioneerde stimulus te breken➤ Operante conditionering ongedaan maken door de consequenties van een gedrag te veranderen | |
| <p>❖ 4.5: GEDRAGSTHERAPIE: MYTHES EN WAARHEDEN</p> <p>- Gedragstherapie is:</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Gebaseerd op de leerpsychologie➤ Enkel voor eenvoudige problemen➤ Enkel gericht op het hier en nu➤ Altijd van korte duur➤ Gericht op inzicht➤ Manipulatief en autoritair➤ Enkel gebaseerd op S-R➤ Gebaseerd op wetenschap➤ Gebaseerd op de binnenwereld➤ Gericht op de autonomie van de cliënt | |