

6. Zelfcontrole en cognitieve gedragstherapie

Nady Van Broeck

Caroline Braet

6-1 Inleiding	1
6-2 Assessment	3
6-2-1 <i>Het gesprek met het kind</i>	4
6-2-2 <i>Gestructureerde methoden</i>	5
6-2-3 <i>Vragenlijsten</i>	7
6-2-4 <i>Hulpmiddelen: Tekenen, knutsel, spel en dramatechnieken</i>	8
6-2-5 <i>Cognitieve processen meten</i>	10
6-3 <i>Basiselementen van CGT bij kinderen</i>	11
6-3-1 <i>Scheppen van een kader voor CGT</i>	11
6-3-2 <i>Het behandelingsmodel introduceren : de rationale</i>	12
6.3.3 <i>Een doel vaststellen en motivatie opwekken</i>	12
6-4 Zelfregulatie	13
6-4-1 <i>Inleiding</i>	13
6-4-2 <i>Methode</i>	14
6-4-3 <i>Klinisch Vignet</i>	19
6-5 Zelf-instructiemethoden en Stress-inoculatietraining	20
6-5-1 <i>Inleiding</i>	20
6-5-2 <i>Methode</i>	20
6-5-3 <i>Klinisch Vignet</i>	26
6.6 Probleemoplossingsmethodiek	27
6.6.1. <i>Inleiding</i>	27
6.6.2 <i>Methode</i>	28
6-6-3 <i>Toepassingsmogelijkheden</i>	29
6-7 Cognitieve herstructurering	30
6-7-1 <i>Inleiding: het informatiemodel als theoretisch kader</i>	30
6-7-2 <i>Methode</i>	31
6-7-3 <i>Toepassingsmogelijkheden</i>	35
6.8 <i>Indicaties en contra-indicaties</i>	37
6-9 <i>Besluit</i>	38

6-1 Inleiding

In alle gedragingen van mensen is er telkens ook sprake van cognitieve informatieverwerking en van een min of meer uitgesproken emotionele activatie van het lichaam. Om gedragingen en emoties te begrijpen en desgewenst te veranderen

kan men de cognitieve pijler van het geheel als aangrijpingspunt nemen. In de literatuur worden deze methoden en technieken aangeduid als cognitieve gedragstherapie. In Kendall's heuristische model (1993) kunnen wellicht de meeste wetenschappers en klinici zich herkennen: cognitieve gedragstherapie is erop gericht een verandering te bewerken in het denken, voelen en het gedrag van een persoon door het aanwenden van gedragsmatige procedures enerzijds en door het gebruik van cognitieve interventies anderzijds. De basisaanname is dat het merendeel van onze gedragingen en gevoelens gemedieerd wordt door cognitieve informatieverwerkingsprocessen die bij verandering ook tot andere uitkomsten in het gedrag en de emotionele beleving zullen leiden. Deze interne mediërende invloed op het gedrag en de emoties functioneert naast en in interactie met de invloed die uitgeoefend wordt door de reacties van de omgeving.

Het is nuttig om ook reeds bij kinderen een onderscheid te maken tussen cognitieve schemata, cognitieve structuren, cognitieve operaties en cognitieve producten (Kendall, 1993). Cognitieve structuren hebben betrekking op de wijze waarop informatie wordt georganiseerd en opgeslagen. In cognitieve schemata wordt informatie over met elkaar in verband staande gebeurtenissen, gedragingen en emoties samengebracht. Ze vormen een filter waarmee men nieuwe informatie uit de binnen- en buitenwereld selecteert, waarneemt en interpreteert. Cognitieve schemata vormen een zodanig geïntegreerd geheel van het psychisch functioneren, dat ze moeizaam te expliciteren zijn. Cognitieve operaties zijn alle bewerkingen die uitgevoerd worden op de informatie die ons bereikt, zoals aandacht toewijzen, waarnemen, opslaan en classificeren van gegevens, oproepen van herinneringen, kiezen van actie, evalueren enzovoort. Cognitieve producten ten slotte zijn het resultaat van de cognitieve verwerking zoals gedachten en beelden.

Op het theoretisch-conceptuele vlak kan men binnen de CGT drie grote benaderingen onderscheiden. De eerste en historisch oudste benadering richt zich vooral op de structuur en de inhoud van de cognitieve schemata en op het effect van bijvoorbeeld attributies, automatische gedachten en opvattingen over zichzelf en de omgeving op de emotie en het gedrag. In de therapeutische praktijk wordt dit vertaald naar methoden die gericht zijn op het wijzigen van de inhoud en de structuur van cognitieve schemata zoals herattributietraining en cognitieve herstructurering.

In de tweede benadering staat het informatieverwerkingsparadigma centraal. Het onderzoek richt zich op verschillen in informatieverwerkingsprocessen zoals disfunctionele aandachts- en geheugenprocessen (Hadwin & Field, 2010) of gebrekkige cognitieve vaardigheden zoals probleemoplossing. In de therapeutische

praktijk vinden we deze benadering terug in methoden die gericht zijn op het beïnvloeden van cognitieve processen zoals het aanleren van zelfcontrolevaardigheden en training in probleemoplossingsvaardigheden. Ook aandachtstraining (Cowitz & Ollendick, 2010) kan hiertoe gerekend worden.

Een derde, meer recente benadering richt zich niet op de inhoud van de gedachtenwereld noch op de cognitieve operaties, maar op de wijze waarop we ons verhouden tot onze gedachtenwereld. Beseffen we dat onze gedachten producten zijn van onze eigen geest zijn of denken we dat onze gedachten de realiteit weerspiegelen zoals die is? Inzien dat we de werkelijkheid enkel vervormd kunnen kennen, gekleurd door onze eigen bril, laat toe de eigen gedachten in vraag te stellen, verbanden te leggen met onze leergeschiedenis, onze ervaringen, onze emotionele toestand en onze doelen.¹ In deze visie kunnen we de inhoud van onze gedachten relativiseren en is verandering mogelijk. Zien we onze gedachten als een weerspiegeling van de realiteit, dan is relativiseren niet mogelijk en inwerken op de gedachten is niet aan de orde. In een aantal stoornissen speelt deze fusie van denken en werkelijkheid en de eraan gekoppelde pogingen tot vermijden een belangrijke rol. Bij kinderen met piekergedachten en obsessieve gedachten is de gedachte zo versmolten met de werkelijkheid dat ze niet betwijfeld worden of soepel herbezien. Theoretische benaderingen die het accent leggen op het aannemen van een andere, meer observerende en accepterende houding tegenover onze binnenwereld zijn onder meer de Mindfulness theorie en de Acceptance and Commitment theorie (ACT). Klinische methoden die hierbij aansluiten zijn meditatietrainingen voor kinderen, mindfulnessstrainingen en ACT voor kinderen (zie verder hoofdstuk 11 in dit boek).

Na een bespreking van de wijze waarop aspecten van het cognitief functioneren bij kinderen kunnen worden vastgesteld en gemeten, worden in dit hoofdstuk een aantal behandelingsmethoden besproken die gebaseerd zijn op de twee eerste bovengenoemde modellen..

6-2 Assessment

Technieken van cognitieve assessment kunnen gericht zijn op de inhoud van cognities, op het verloop van cognitieve processen of op de houding die het kind aanneemt tegenover zijn gedachten. In de momenteel meest gebruikte handboeken

¹ Deze benadering is verwant aan de filosofische visie van het fenomenalisme en met diverse andere filosofische stromingen die benadrukken dat onze kennis over de wereld en onszelf gebrekkig is en dat onze gedachten producten van onze geest zijn maar niet samenvallen met de werkelijkheid.

in Nederland en België over diagnostiek bij kinderen maakt men onderscheid tussen observaties al dan niet via taken, gesprek en interviews, vragenlijsten via anderen en zelfrapportage, inclusief belevingsonderzoek (zie Celestin-Westreich & Celestin, 2010; Kievit, Tak & Bosch, 2008, Pameijer & Van Beukering, 2004).

Voor het in kaart brengen van cognities wordt meest gebruik gemaakt van zelfrapportage, hetzij indirect bijvoorbeeld via een gesprek, hetzij direct bijvoorbeeld via vragenlijsten. Alhoewel zelfrapportage een unieke en onvervangbare bron van informatie is, worden er bij kinderen soms vragen gesteld over de betrouwbaarheid en de validiteit van deze assessmentprocedure. We zullen hieronder één en ander toelichten alsook een mogelijk alternatief: het gestructureerde gesprek. We zullen verder ook enkele assessmentprocedures beschrijven voor het meten van cognitieve processen. We moeten hierbij steeds voor ogen houden dat emoties, cognities en gedrag onvermijdelijk met elkaar verweven zijn en dat de wat kunstmatige opsplitsing slechts één methodiek is om deze dynamische driehoek te ontwarren.

6-2-1 Het gesprek met het kind

Hughes (1988) geeft aan dat een gesprek met een kind een van de meest betrouwbare bronnen is om zich een beeld te vormen van de zelfspraak van een kind. Dit zou volgens hem reeds kunnen voor kinderen van drie jaar oud alhoewel onderzoek dit nog moet uitwijzen of dit voor de leeftijd van 5 jaar wel betrouwbaar kan. Gedachten worden echter niet vanzelf door het kind naar voren gebracht. Het vraagt gesprekstechnische vaardigheden om tot een kerngedachte te komen. Het komt erop neer dat kinderen zich bepaalde situaties zeer levendig moeten kunnen voorstellen.

Als voorbeeld voor het opzetten van een gesprek geven we een inleidende zin weer met een kind van 10 jaar. 'Kan je eens een situatie voor de geest halen van de laatste tijd die je diep getroffen heeft of waarin je je slecht hebt gevoeld? Dat kan thuis geweest zijn, op school of in de leefgroep. Het mag ook een fragment zijn uit een film of iets anders dat je op televisie hebt gezien, een liedjestekst die je hebt gehoord of een boek dat je hebt gelezen.... We zitten nog steeds in onze luchtballon en kijken vanuit de lucht terug naar die situatie die je me net hebt verteld. Zou je mij eens de gedachten kunnen opsommen die op zo'n moment door je hoofd flitsen? Ik ga elk van die gedachten dan opschrijven. Probeer zo goed mogelijk aan die situatie terug te denken. Als er op dat moment een bandrecordertje in je hoofd had gezeten, wat zou daar dan allemaal opstaan?'

Box. Tips voor een goed gesprek

- *Concretiseer ('wanneer was dat gisteren, waar was je precies, wat gebeurde er, wat vertelde je aan jezelf ?, wat flitste er door je hoofd, wat zei dat stemmetje in je hoofd?'),*
- *Visualiseer ('sluit je ogen en vertel me eens precies hoe het gebeurde, zoals in een film, welk verhaal vertel je dan aan jezelf , hoe spreek je jezelf dan aan?'),*
- *Ondersteun met metaforen ('doe alsof er een bandje in je hoofd zit waarop je gedachten staan en draai het nu opnieuw af'),*
- *Geef ondertussen een teken- of boetseeropdracht,*
- *Simuleer situaties en introduceer reële voorwerpen (dokterstasje, poppetjes),*
- *Gebruik ontlokkers (bijvoorbeeld prenten waarop ambigue situaties staan),*
- *Heb oog voor de draagkracht van het kind waarbij men best afwisselt tussen uitlokken van positieve, gezonde cognities en negatieve,*
- *Daag negatieve cognities uit: 'wat zou er gebeuren als, wat is het ergste dat zou kunnen gebeuren, hoe groot schat je de kans dat dit echt zou gebeuren, wat kan dat nog meer betekenen, wat zijn voor- en nadelen, wat zijn mogelijke andere oplossingen?'*

Door de zelfrapportage aan te passen aan de mentale mogelijkheden, oog te hebben voor de motivatie van het kind, en gebruik te maken van meer gestructureerde benaderingen kan men de validiteit en betrouwbaarheid verbeteren.

6-2-2 Gestructureerde methoden

Prins (1986) liet kinderen na het uitvoeren van een beangstigende taak ('springen van een duikplank') een reeks vragen beantwoorden, zoals: 'Wat zei je tegen jezelf toen je op de duikplank stond?'. Een variant hierop is de 'Thought listing'-methode. Hierbij wordt het kind aangemoedigd om gedurende een korte tijd (bv. max. 3 minuten) zijn gedachten op papier te noteren, terwijl het een opdracht uitvoert. Dit gebeurt dan op vaste momenten tijdens de uitvoering, bijvoorbeeld na een derde van een opdracht te hebben vervuld en na tweederde van de opdracht. De 'thought listing'-procedure laat ook toe gedachten op vaste tijden in een recorder of camera in te spreken (Prins & Hanewald, 1997; Topman, Kleijn & Van der Ploeg, 1997) al dan niet na een biepton van een mobiele telefoon.

Naast de inhoud van de gedachten speelt ook de frequentie een belangrijke rol alsook het subjectieve belang dat er aan gehecht wordt (bijv. 'ik denk dat wel maar daarna ga ik gewoon door' of, 'als ik hieraan begin te denken, dan kan ik mij niet meer concentreren'), en de valentie (is de gedachte positief/fijn of negatief/naar). Het is raadzaam het kind een werkblad aan te bieden waarop de gedachten links worden genoteerd en waarbij de rechterhelft van het blad vrijgehouden wordt om de frequentie, intensiteit, valentie van de gedachten en/of de hantering ervan aan te geven op de verschillende meetmomenten. De antwoorden worden vervolgens gerubriceerd en gecodeerd.

Voorbeeld: 'Ik heb op dit blad alle gedachten die je zonet hebt opgesomd, opgeschreven. Nu zou ik je graag willen vragen of je bij elke gedachte kan aanduiden hoe belangrijk je die vindt. Je kan daarbij denken aan een brandende lamp. Een gedachte die je héél belangrijk vindt, is een lamp die heel hard schijnt en heel veel licht geeft. Zo'n gedachte geef je bijvoorbeeld score 5 of 6. Een gedachte die je helemaal niet belangrijk vindt, kan je vergelijken met een lampje dat maar heel zachtjes brandt en dus niet zoveel licht geeft. Zo'n gedachte geef je dan bijvoorbeeld score 1 of 2'.

Box. Gebruik van dagboeken als gestructureerde methodiek

Dagboekopdrachten zijn heel geschikt als gestructureerde methodiek om cognities concreet te maken. Aan het kind wordt gevraagd gedurende bijvoorbeeld een week bepaalde situaties op te schrijven alsook wat het op dat moment denkt, doet en voelt. Vervolgens worden ook naar de antecedenten (wat ging eraan vooraf?) en de consequenten (wat gebeurde er daarna?) van die situaties gevraagd. Bij angstige kinderen vertrekt men vaak vanuit het gevoel (bijv. bang zijn) om dan zo de bijhorende disfunctionele cognities en gedragingen te genereren. Bij kinderen met psychosomatische klachten vertrekt men vaak vanuit de vervelende gedachten, zoals: 'Ik keek naar tv en ik dacht misschien heb ik wel dezelfde ziekte als dat kankerpatiëntje'. Bij dikke kinderen daarentegen zijn het vaak de observaties van het eetgedrag die het uitgangspunt vormen om de bijhorende gevoelens en gedachten te reconstrueren. In de daaropvolgende sessies wordt het dagboek grondig besproken en dit is de basis voor verdere, verdiepende gesprekken. Het opstellen van goede dagboeken evenals de bespreking ervan, vraagt wel enige vaardigheid. Tegenwoordig zijn er verschillende werkboeken op de Nederlandse markt die hiervoor kunnen gebruikt worden zoals voor kinderen met angst (Bögels, 2008), met dwangklachten (Wolters, de Haan en Paauw, 2008), voor obese

kinderen (Braet, Joossens, Swets, Mels, Moens & Tanghe, 2010), voor depressieve kinderen (Braet, 2010) en het werkboek van Stallard (2006) dat niet klachtspecifiek is.

Als laatste methodiek zijn er de semi-gestructureerde gesprekken. De neerwaartse pijltechniek zoals beschreven door Greenberger en Padesky (1995; Nederlandstalige versie in 1999) kan mits enkele aanpassingen ook bij kinderen gebruikt worden. Hierbij vertelt men de kinderen dat hun gedachten zoals bloemblaadjes zijn (bijvoorbeeld de gedachte 'ik amuseer me niet op school') maar dat elke bloem ook wortels heeft en door op zoek te gaan naar de onderliggende gedachte, kan je bij de kerngedachte terecht komen (bijvoorbeeld 'ik ben niet de moeite waard'). Heel behulpzaam hierbij is bij elke gedachte een neerwaartse pijl te tekenen en daarbij de vraag te stellen: 'wat zegt mij dit over deze gedachte, over de anderen, over de wereld of over mijzelf?'

Reeds langere tijd wordt in psychodiagnostische procedures gebruik gemaakt van zinaanvultesten, maar pas sinds kort worden deze ook gebruikt om cognities te meten (Mangnus, 2009). Het lijkt een boeiende ontwikkeling mochten gestructureerde benaderingen betrouwbaar gecodeerd kunnen worden voor een waaier van klachtspecifieke toepassingen.

6-2-3 Vragenlijsten

Het meten van de zelfspraak van kinderen vraagt een multi-method benadering. Dit heeft de laatste jaren geleid tot een toenemend aantal gestandaardiseerde cognitievragenlijsten voor kinderen vanaf de leeftijd van 8 jaar.

Box. Cognitievragenlijsten voor kinderen

- 'Penn State Worry Questionnaire' heeft een vertaalde Nederlandse versie die men bij kinderen kan afnemen (Muris, Meesters & Gobel, 2001).
- 'Rumination on Sadness Scale' heeft een door Raes, Hermans & Eelen (2003) vertaalde versie die ook bruikbaar is bij kinderen.
- 'Pain Catastrophizing Scale' voor het Nederlands aangepast voor kinderen door Verstraeten, Bijttebier, Crombez, Mertens, Mascagni en Goubert (2003).
- 'Response Style Questionnaire' heeft Nederlands vertaling waarvan Roelofs (2005) een kinderversie maakte.
- 'Metacognitions Questionnaire voor kinderen' reeds naar het Nederlands vertaald (Hermans, Crombez, Van Rijsoort & Laeremans, 2002).

- ‘Negative Affect Self-Statement Questionnaire’ in het Nederlands voor kinderen vertaald als de Vragenlijst Positieve en Negatieve gedachten (Bracke & Braet, 2000)
- ‘Cognitive Triad Inventory-Children’ heeft een Nederlandse versie voor kinderen (Timbremont & Braet, 2007).
- ‘Children’s Cognitive Error Questionnaire’ wordt besproken in een artikel over de Nederlandse vertaling (Maric, Heyne, van Widenfelt, & Westenberg, 2010).

Ook klassieke klachtgerichte lijsten (bijvoorbeeld over traumatische ervaringen) kunnen op itemniveau geschikt zijn om gedachten bij kinderen te screenen. De cognitieve theorie stelt dat cognities, emoties en coping het gevolg zijn van activatie van disfunctionele schema’s. Recent is een adolescentenversie van de Young Schema Questionnaire vertaald en onderzocht (Van Vlierberghe, Braet, Bosmans, Rosseel & Bogels, 2010) en door Rijkeboer werd een kindversie van de schemavragenlijst onderzocht (Rijkeboer & de Boo, 2010).

Van sommige vragenlijsten bestaat er een gedigitaliseerde versie. Vragenlijsten online aanbieden of via iPhones of palmtops heeft als voordeel dat kinderen dit medium vaak met meer plezier gebruiken dan potlood en papier instrumenten én dat de gegevens direct in een systeem opgenomen zijn voor verdere verwerking. Online versies kan men maken met behulp van software zoals Limesurvey en SurveyMonkey.

6-2-4 Hulpmiddelen: Teken, knutsel, spel en dramatechnieken

Bij alle CGT methoden is het vatten van de relatie gevoel-gedachten-gedrag een belangrijke uitgangspunt. Afhankelijk van de leeftijd en het ontwikkelingsniveau van het kind gebruikt men alle mogelijke hulpmiddelen om die abstracte concepten op een concrete, kindvriendelijke manier voor te stellen. Een van de belangrijkste ontwikkelingen van CGT bij kinderen gedurende de voorbije tien jaar is de ontwikkeling van dergelijke methoden (zie ook hoofdstuk 7).

6-2-4-1 Positieve en negatieve gedachten en gevoelens identificeren

Veel kinderen hebben weinig woorden om over gevoelens en gedachten te praten. Deze aanschouwelijk voorstellen door gebruik te maken van dieren, natuurfenomenen of archetypische helden die het kind kent is nuttig. Negatieve

gevoelens en gedachten kunnen verpersoonlijkt worden door dieren (slakken, muizen (muizenissen), padden of een voor het kind specifiek onaanrekkelijk dier). Mooie vogels (vrijheid, opluchting), schildpadden (bestand tegen een stootje, wijs), poezen (slim, zelfredzaam), konijnen (snel, vinnig, opgewekt), paarden (sterk, zelfbewust, betrouwbaar) zijn dieren die eerder met positieve gedachten en gevoelens geassocieerd worden. Ook natuurfenomenen kunnen negatieve gevoelens concreet maken: storm en bliksem (woede en impulsiviteit), mist en regen (somberheid, verveling), woeste golven en overstroming (paniek, controleverlies), ontploffingen en brand (impulsiviteit, agressie), donderwolken en dreigende lucht (stemming die slechter wordt, verdriet). Bloemen (de blijde gedachte is dan de wortel en de stengel, het blijde gevoel de bloem met kleurige blaadjes), bomen (stevig, wijs), zonneschijn, witte wolken, blauwe luchten, rivieren enz. kunnen staan voor helpende gevoelens en gedachten.

Bij oudere kinderen kan een gevoelscollage gemaakt worden. Uit zijn favoriete tijdschriften kiest de jongere gezichten van mensen die verschillende gevoelens uiten. Hij maakt er een collage mee en vertelt erbij hoe het bij hem zit als hij zich zo voelt. Een gevoels 'pictionary' voegt hieraan een aantrekkelijk actie- en spelelement toe. In dit voor kinderen bekende spel krijgt het kind de (enkel voor hem zichtbare) opdracht een gevoel of ervaring uit te beelden (of te tekenen) op zodanig wijze dat een observator (therapeut in individuele therapie, andere kinderen in groepstherapie) kan raden wat het is. Friedberg en Mc Clure (2002) geven in hun excellente boek over CGT in de praktijk ook het voorbeeld van een 'talk show' rollenspel. Hierin speelt de jongere de gast en de therapeut de interviewer die vragen stelt over gevoelens. Op gezette momenten krijgt de therapeut ook 'vragen van kijkers' die tijdens de uitzending opbellen om vragen te stellen aan de gast. Aan oudere kinderen en pubers kan men ook vragen om een verhaal te schrijven rond een thema met daarin de gevoelens die de jongere ervaarde. Het kan ook een gedicht of songtekst zijn.

6-2-4-2 Intensiteit en frequentie van gevoelens meten

Een volgende stap is de intensiteit en/of de frequentie van het gevoel of de gedachte leren inschatten. Herkenbare visuele analogieschalen zijn ladders, thermometers, glazen met verschillende graden van vulling, pijlen van oplopende grootte enz. Visuele analogieschalen staan meestal op papier maar kunnen net zo goed uit voorwerpen bestaan en meer actie toelaten: in het 'poker chip game' geeft het kind aan de hand van stapeltjes poker-chips (of flippo's) van variabele hoogte

aan hoe erg de pijn is die hij ervaart of (zwarte) knikkers in een bakje doen naarmate de boosheid erger is (tot het bakje overloopt).

6-2-4-3 Het verband tussen gedachten, gevoelens, gedragingen en omgevingsgebeurtenissen in kaart brengen

Om het verband tussen situaties en gedachten en gevoelens in de verf te zetten en om ontwikkelingen in de tijd aanschouwelijk te maken zijn uurwerken of een kompas interessant. Met karton en stiften wordt op een cirkel een gevoelsuurwerk of gevoelskompas getekend. In het centrum van de cirkel wordt een pijl vastgemaakt die kan verzet worden naargelang de stemming van het moment. In de sessie bij het vertellen over momenten waarop het boos, bang of triest was leert het kind het uurwerk of kompas te gebruiken.

6-2-5 : Cognitieve processen meten

Men kan ook kiezen om cognitieve processen te meten. Zo zijn er enkele tests gericht op het screenen van (dis)functionele probleemoplossende vaardigheden van het kind:

- 'Means-Ends-Problem-Solving-Inventory' vertaald in het Nederlands door Van Oost, Braem, De Ruyck en Mommerency (1989),
- 'Wally Child Problem Solving Detective Game' vertaald door Claus, de Mey, Merlevede, Bosmans & Braet (2009),
- 'SPSI-R Sociale Probleem Oplossingsschaal', vertaald door De Cuyper & Braet (2006).
- Impulsieve reacties bij het probleemoplossen kunnen gemeten worden door 'Matching Familiar Figures Test' van Kagan (1966)

Soms wordt getracht om langs gedragsmatige weg of via taakjes de achterliggende cognitieve informatieverwerkingprocessen in kaart te brengen. Zo kan worden nagegaan of er bij kinderen *vertekeningen* optreden bij het verwerken van informatie. Dit is zowel bij internaliserend als externaliserend gedrag reeds vastgesteld. Globaal gezien onderscheiden we aandachtsprocessen, interpretatieprocessen en geheugenprocessen (Hadwin & Field, 2010; Dodge, 2006).

Selectieve aandacht wordt gedefinieerd als het (on)vermogen om aandacht te geven aan belangrijke informatie en onbelangrijke informatie te negeren. Treden er vertekeningen op in dit proces, dan spreekt men van een aandachtsbias. In

onderzoek naar selectieve aandacht wordt vooral gebruik gemaakt van het 'emotionele stroopparadigma' (Braet & Crombez, 2003) of de 'dot probe taak'. De klinische toepassingen van dit onderzoek zijn nog zeer beperkt.

Methodieken die *selectieve interpretaties* bloot leggen zijn vanuit cognitief standpunt de meest interessante. Onderzoek naar selectieve interpretatie spitst zich toe op oordelen en interpretaties van ambigue informatie. Barrett and Holmes (2001) vroegen angstige kinderen hoe ze een ambigue reactie van hun moeder zouden interpreteren waarbij kinderen met angst sneller een situatie als bedreigend beoordelen. Ook de interpretatie van (gemanipuleerde) feedback is veelvuldig onderzocht. Los van de reële prestaties op een schoolse test kreeg de helft van de kinderen positieve en de andere helft negatieve feedback. Depressieve kinderen beoordelen deze feedback als meer stresserend (Jacques, Cole, & Searle, 2004).

Als laatste cognitieve proces zijn er de *geheugenprocessen*. Zo wordt in onderzoek positieve en negatieve zelfbeschrijvende woorden aan kinderen aangeboden waarna een geheugentest wordt afgenomen. Bishop, Dalgleish en Yule (2004) vonden een negatieve geheugenbias voor verhalen bij 5- tot 11-jarigen met depressieve kenmerken. Gebaseerd op het netwerkmodel (Bower, 1981) over de impact van emoties op geheugen kan men ook nagaan of kinderen zich vooral negatieve aspecten uit hun eigen verleden herinneren ('autobiografisch geheugen'). Dysfunctioneel zijn vooral deze herinneringen die zeer algemeen zijn. Bij getraumatiseerde kinderen en adolescenten werd een dergelijk effect reeds teruggevonden (De Decker, Hermans, Raes, & Eelen, 2003).

6-3 Basiselementen van CGT bij kinderen

6-3-1 Scheppen van een kader voor CGT

CGT in het algemeen en zelfregulatie in het bijzonder bieden het kind een kader om zijn gedachten, gevoelens en gedragingen beter te herkennen, te begrijpen en indien mogelijk ten goede te sturen. Dit leerproces kan best gebeuren in een therapeutisch kader dat ook gestructureerd en herkenbaar is. De sessies verlopen volgens een vaste structuur en de beschikbare tijd wordt verdeeld over de verschillende onderdelen. Het eerste onderdeel is een korte check van de symptomen en de stemming in de voorbije dagen. Het nemen van deze 'psychologische temperatuur' kan al met behulp van kindvriendelijke, concrete hulpmiddelen zoals een grote versierde stemmingsthermometer. Hierna volgt de

bespreking van het huiswerk. Aan het eind van elke sessie krijgt het kind een opdracht mee waarover hij verslag uitbrengt in de volgende sessie. Na de huiswerkbespreking wordt de agenda voor de sessie opgemaakt. Als de agenda vaststaat volgt het eigenlijke werk. dat wordt afgesloten met een huiswerkopdracht. Elke sessie sluit af met een vraag naar feedback. Hoe ervaarde het kind de sessie, wat vond hij helpend of storend, wat wil hij graag nog kwijt. Dit kan dan uitgewisseld worden. Een en ander kan met pictogrammen ondersteund worden.

6-3-2 Het behandelingsmodel introduceren : de rationale

In de eerste sessies van CGT bij kinderen wordt gewerkt aan een elementair inzicht in de relatie tussen Gevoelens-Gedachten en Gedrag. Een eenvoudige opdracht die al gebruikt kan worden voor kinderen met een elementair lees- en schrijfniveau is een tekening van een jongen of meisje met een hoofd, een buik, benen en armen die een ballon vasthoudt. Het kind geeft het mannetje of vrouwtje en naam. In het figuurtje tekent of schrijft hij met behulp van de therapeut wat er allemaal in dat mannetje omgaat. In het tekstballonnetje komt wat hij denkt (« de ballon is mooi »), in de buik wat hij voelt (« hij is blij ») en hoe zijn gezicht daarbij kijkt (lachend) (Friedberg & Mc Clure, 2002). Naarmate het kind ouder wordt kunnen ook de andere hierboven beschreven ideografische assessmenttechnieken gebruikt worden om dit inzicht te realiseren.

6.3.3 Een doel vaststellen en motivatie opwekken

Bram van 13 met de diagnose ADHD wordt voor behandeling doorgestuurd. Naast ouderbegeleiding wordt ook een individuele behandeling voorzien. De ouders verwachten dat hierin gewerkt zal worden aan zelfcontrole, maar Bram zelf heeft er geen zin in. In een gesprek met de therapeut over wat hem bezighoudt komt naar voor dat hij veel leuke plannen heeft maar dat die vaak in het water vallen. Hij vergeet dat hij afgesproken heeft met zijn vrienden om te gaan sporten, als hij eraan denkt blijkt op de tennisbaan dat hij zijn tennispullen vergeten is. Voor een muziekconcert is hij telkens te laat om een kaartje te bestellen en uitjes waarbij je de bus of trein moet nemen mislukken omdat hij de dienstregeling niet nagekeken heeft. De therapeut stelt voor om hier eerst werk van te maken. Dat ziet Bram wel zitten, en de therapeut gaat met hem een plannings- en organisatietraining doen. Nu de motivatie er is staat Bram wel open voor de suggesties die starten met de aanschaf van een agenda die hij zelf uitkiest zodat die mooi is en makkelijk in te

vullen en mee te nemen. Het ingesteld alarm op zijn mobiele telefoon herinnert Bram eraan dat hij zijn agenda moet bekijken. In de eerste weken werkt de therapeut aan Bram's belangrijkste doelstellingen op het vlak van leuke dingen doen met vrienden. Omdat dit prima lukt wil Bram wel verder werken aan het plannen van huiswerk en boekentas maken. Het positieve commentaar van leerkrachten als hij wel het goede materiaal mee heeft bekrachtigen zijn inspanningen.

Als kinderen of jongeren blijven twijfelen aan het nut van de therapie, dan kunnen motiverende technieken zoals een beslissingsbalans gebruikt worden. Met de therapeut maakt de therapeut een lijst van voor- en nadelen van in therapie komen en die worden tegenover elkaar afgewogen. Als het tastbaar moet zijn gebruikt de therapeut een echte weegschaal en voorwerpen of gewichtjes die de voor en nadelen weergeven (Friedberg & Mc Clure, 2002).

Als het kader voor CGT geschapen is, het basisidee begrepen en de therapeutische relatie geïnstalleerd, dan kan er van diverse CGT methoden gebruikt gemaakt gaan worden. In het volgende gaan we nader in op een aantal belangrijke methoden.

6-4 Zelfregulatie

6-4-1 Inleiding

Auteurs als Goldfried, Kanfer, Thoresen en Mahoney werkten in de jaren zeventig uit hoe een individu op grond van cognitieve vaardigheden zoals zelf-observatie, stimuluscontrole, zelf-evaluatie en zelf-bekrachtiging kan komen tot betere sturing van zijn gedrag. Deze technieken blijven ook nu nog een belangrijke methode in de moderne cognitieve gedragstherapie. Zelfcontrole kan algemeen gedefinieerd worden als de motivatie en het vermogen tot het sturen van het eigen handelen met het oog op een zelfgekozen doel. Zichzelf een doel stellen en de handelingen uitvoeren die nodig zijn om het doel te realiseren, doorzetten ook bij frustraties, zich niet laten afleiden door verleiding en kunnen wachten op de uiteindelijke beloning zijn belangrijke zelfregulatievaardigheden.

Naast de aangeboren motivatie om de omgeving te beïnvloeden voegen zich mettertijd een reeks aangeleerde motieven. Het kind gaat de waarderende en afkeurende woorden van de ouders gebruiken om zichzelf toe te spreken, aanvankelijk hardop, later in gedachten. Het duurt nagenoeg tot een jaar of 4 voordat het kind zijn eigen gedrag kan beginnen sturen met behulp van deze

geïnternaliseerde verbale instructies (Harter, 1982). Het kind kan zich dan een eenvoudig doel stellen en het nodige doen om dit doel te bereiken.

In dit leerproces maakt het verschil of ouders en kind het accent leggen op de gedragingen op weg naar het doel in plaats van op het resultaat ervan. Door waardering en bekrachtiging te koppelen aan het werkproces en de geleverde inspanning leert het kind langer doorwerken, projecten afmaken, moeilijkheden overwinnen en verschillende oplossingen uitproberen. Koppelt men de positieve waardering echter aan het resultaat, dan zal ook de zelf-evaluatie van het kind en zijn motivatie hieraan gekoppeld worden. Een mooie tekening afleveren, een goed schoolrapport mee naar huis brengen, een opgeruimde kamer hebben, enzovoort leiden dan tot positieve zelf-evaluatie en dito motivatie. Als het resultaat echter niet altijd bereikt wordt, kan dit leiden tot ontmoediging en motivatieverlies.

Met de ontwikkeling van het vermogen tot het beschouwen van het zelf als object leert het kind zichzelf observeren (Harter, 1982). Door zelfobservatie en zelfevaluatie breidt de mogelijkheid om zijn eigen gedrag te controleren uit. Men kan onmiddellijke behoeftebevrediging uitstellen. Langere tijd rustig in de klas te zitten, zijn beurt afwachten, teleurstellingen accepteren en langer durende inspanningen leveren worden mogelijk. Leeftijd, intelligentie, socio-economische status en prestatiemotivatie correleren positief met zelfregulatievaardigheden.

Bij sommige problemen van kinderen speelt een gebrekkige zelfcontrole een rol. Kinderen die niet goed in staat zijn pijn te verdragen, te wachten, prettige ervaringen uit te stellen, te delen met anderen, te werken voor een doel op lange termijn worden vaak geconfronteerd met falen, teleurstellingen en conflicten met anderen. Problemen met uitstel van beloning, weerstand tegen verleiding en tolerantie van frustratie kunnen op termijn leiden tot gevoelens van teleurstelling, minderwaardigheid en angst en somberheid. Zij kunnen baat hebben bij een CGT gericht op het vergroten van zelfregulatievaardigheden.

6-4-2 Methode

Om zelfregulatie te ontwikkelen is een duidelijk doel nodig dat het kind voldoende motiveert. Een aantrekkelijk doel kiezen en de motivatie ontwikkelen om dit te bereiken is een eerste stap naar verandering. Nadien moeten zelfobservatie, zelfevaluatie en zelfbekrachtiging aangeleerd worden. Zelfobservatie en zelfmonitoring helpen om meer te weten te komen over wat men in feite doet en te zien waar iets veranderd kan worden. Door nieuw gedrag aan te leren is er een

alternatief voor het ongewenst gedragen en zelfevaluatie en zelfbekraching versterken wat nieuw geleerd is.

6-4-2-1 Zelf-observatie en zelf-monitoring van gevoelens, gedachten en gedrag

Om het eigen gedrag te kunnen sturen moet men eerst weten over welk gedrag het gaat én hoe vaak en/of hoe intens dit gedrag zich voordoet. Minder vloeken, langer studeren, stoppen met zijn haar uittrekken, niet vergeten zijn medicatie te nemen, driftbuien onderdrukken lukt beter als men zich bewust wordt van wat er zich binnen in ons afspeelt en hoe dit bepaalt wat we gaan doen. Een eerste vereiste is dus een concrete, ondubbelzinnige omschrijving van wat je doet. Een goede zelfobservatie en zelfmonitoring opdracht kan hierbij helpen. Meer weten over het gedrag kan met behulp van opdrachten zoals 'mijn dagboek' en 'mijn statistieken'

Box. Zelfobservaties met behulp van 'mijn dagboek'

Mijn dagboek bestaat uit een aantrekkelijk boekje, al dan niet versierd met een foto van het kind zelf, waarin telkens één bladzijde per dag kan gebruikt worden om verslag uit te brengen. Op elke bladzijde worden de belangrijkste momenten van de dag gaande van opstaan tot het slapengaan vooraf genoteerd. In een tweede kolom komt dan datgene wat therapeut en kind beter willen in kaart brengen, zoals wat je allemaal eet en drinkt (in geval van te veel of te weinig eten), wanneer je met schoolwerk bezig bent (in geval van problemen met studie en werk), welke mensen je ontmoet (bij sociale angst of sociaal isolement enz.). Naargelang de capaciteiten van het kind en het moment van de therapie kunnen kolommen toegevoegd worden om te kunnen aangeven welke gedachten en gevoelens erbij hoorden. Een metafoor bovenaan de kolom maakt concreet welk gevoel of welke gedachte erbij moet genoteerd worden. Spreken van 'muizenissen' en bovenaan de kolom een muis tekenen spreekt meer tot de verbeelding dan het hebben over 'negatieve gedachten'.

Gaat het over gedrag dan kan geteld worden zoals vloeken, koekjes eten sigaretten roken en houdt het kind van bezig zijn met cijfers, dan kan het op een blad turven hoe vaak hij het gedrag stelt. In plaats van schrijven kan je ook tellen door het intikken op een polsteller of door knickers, flippo's of andere kleine voorwerpen in een daartoe bestemd doosje te steken.

Bij probleemgedrag dat zeer frequent voorkomt zoals tics, nagelbijten of haartrekken kan de intensiteit aangegeven worden op een visuele analogie-schaal zoals een thermometer of een ladder. Bij hoog frequent gedrag dat zich gedurende de hele dag voordoet kan het registreren te storend zijn voor het dagelijks leven, en dan is 'time sampling' een oplossing. Dit houdt in dat men op voorhand in het dagboek tijdzones of vaste momenten voorziet gedurende welke het kind de aan- of afwezigheid van probleemgedrag registreert. Aan een kind dat vaak verstrooid is tijdens het studeren of dat vaak de klas stoort door van zijn plaats te lopen of te praten kan gevraagd worden om op de cue-momenten te registreren wat hij aan het doen was of om in twee kolommen aan te geven of hij klasvolgend of niet-klasvolgend gedrag stelde.

Eenzelfde werkwijze kan dan ook gevolgd worden voor het observeren van aanwezig gewenst gedrag. Uitgaan van het gewenst gedrag of dit toevoegen aan de registratie biedt als voordeel dat men naderhand ook kan werken met methoden die het gedrag doen toenemen,.

Een kind moet niet alleen weten wat en hoe hij moet registreren maar ook wanneer. De cue voor het registreren kan vooraf vastliggen, zoals bijvoorbeeld na elke maaltijd, voor het slapengaan, bij het wisselen van leerkrachten in de klas of na het trillalarm ingesteld op een gsm, Het optreden van het gedrag zelf kan op zich een cue voor zelfobservatie zijn. Het kind noteert wanneer hij de TV aanzet, zich onpasselijk voelt of in huilen is uitgebarsten.

Een goede observatieopdracht houdt ook in dat met het kind de modaliteiten van de uitvoering bekeken worden. Met wie en op welke wijze erover gecommuniceerd wordt. Mogen papa en mama helpen of controleren? Wat aan de andere kinderen of de leerkracht zeggen? Betrouwbare gegevens krijgt men enkel als het kind gemotiveerd is om mee te werken.

De betrouwbaarheid van zelf-observaties kan op twee manieren gecompromitteerd worden. In de eerste plaats is er de reactiviteit van dit soort metingen of het directe effect op het probleemgedrag. Letten op wat men doet leidt vaak tot een tijdelijke vermindering van de frequentie en de intensiteit. Wil men omwille van een goede meting van het basisoniveau deze reactiviteit vermijden, dan doet men er goed aan vóór het starten van de therapie een voldoende lange periode van observatie te voorzien, eventueel ook uitgevoerd door een derde. In de tweede plaats kan het kind zelf de registratie willekeurig beïnvloeden en onnauwkeurig of onjuist noteren. Door de zelf-observatie op maat van het kind te maken, dat wil zeggen duidelijk en ondubbelzinnig, concreet, eenvoudig en gemakkelijk uitvoerbaar, kan men de betrouwbaarheid vergroten. Samen in de sessie

opbouwen, een boekje ontwerpen, de eerste bladzijden invullen en via rollenspel of bevraging de modaliteiten van uitvoering expliciteren is hiervoor de beste garantie. Met behulp van audio- of videoregistratie kan men ook zelf-observatie van gedrag dat vrijwel automatisch verloopt, trainen.

Een kind dat overmatig krabt en zich hier niet van bewust is kan erop leren letten door naar een video van zichzelf te kijken en samen met de therapeut te scoren wanneer het zich voordoet. Vermijden van schuldinductie of verwijten is trouwens dé belangrijkste voorwaarde voor een betrouwbare meting. In de communicatie met het kind en de volwassenen moet de boodschap duidelijk zijn: problemen zijn in de context van zelf-controle niet het gevolg van gebrekkige wilskracht, slechte bedoelingen, te weinig inzet, luiheid, een slecht karakter of gebrek aan liefde en waardering. Het gaat veeleer over slechte gewoonten die men nog niet in de hand heeft leren houden of over goede gewoonten die men nog niet onder de knie heeft. Deze herkadring van de problemen is aanwezig van bij de start tot aan het afsluiten van de therapie.

Box. Zelfobservaties met behulp van moderne communicatiemiddelen

Met behulp van nieuwe communicatietechnologie kunnen we de betrouwbaarheid en de validiteit van de zelfobservaties vergroten. Het moment van de meting kan door de mobiele telefoon of computer aangegeven worden door een onopvallend geluidssignaal. De gevraagde respons kan heel eenvoudig zijn, bijvoorbeeld een score intikken op een Likertschaal die de intensiteit van een gevoel aangeeft. De respons kan ook veel omvattender zijn zoals in de studie van (hier de referentie) die in een onderzoek naar depressie bij jongeren met ADHD op bepaalde tijdstippen een sms stuurt in de met een aantal vragen mbt tot hun stemming. De jongere stuurt zijn antwoord via sms door. De registratie gebeurt elektronisch in een berichtenbank die door de onderzoeker is aangemaakt. Palermo vergeleek de betrouwbaarheid van elektronische dagboeken (e-diary) versus geschreven dagboeken (p-diary) voor het evalueren en monitoren van pijn bij kinderen tussen 8 en 16 met reumatoïde artritis en kinderen met chronische hoofdpijn. E-dagboeken bleken tot betere opvolging van de opdracht te leiden en tot grotere betrouwbaarheid van de gegevens. Dit was nog meer het geval bij jongens dan bij meisjes (Palermo, Valenzuela, & Stork, 2003 ; Palermo, 2008).

6-4-2-2 Zelf-evaluatie

Zelf-evaluatie houdt in dat het kind de eigen geobserveerde gedragingen vergelijkt met een vooraf bepaald criterium. Zelf-evaluatie is niet los te koppelen van zelf-observatie en van zelf-bekräftiging en –bestraffing. In het kader van het aanleren van de verschillende zelf-controlevaardigheden kan het nuttig zijn de eisen die het kind zichzelf stelt te bekijken en indien nodig aan te passen. Een aantal kinderen bereikt gewenste doelen niet omdat ze de lat te laag leggen en te snel tevreden zijn. Anderen zijn ongelukkig en ontmoedigd omdat ze onrealistisch hoge standaarden hanteren en zichzelf op basis hiervan evalueren als incompetent en minderwaardig. Het is vaak nodig om kinderen te leren zichzelf doelen en subdoelen te leren stellen die beoordeeld worden aan de hand van criteria zoals haalbaarheid, wenselijkheid, fairheid. Een concreet actieplan maken is dan de volgende stap.

6-4-2-3 Stimuluscontrole

Als men de variabelen kent in functie waarvan probleemgedrag of het gewenst gedrag evolueren, dan kan men in de eerste plaats proberen de situatie te veranderen. Een slordig kind installeert op zijn kamer vier dozen waarin hij meteen na het spelen zijn speelgoed sorteert. De werktafel van een snel afgeleid kind wordt weg van het raam geplaatst. Gedurende een bepaalde tijd koopt een gezin met obese kinderen resoluut geen snoep meer, of gaat de keukenkast op slot. Wordt men vooral agressief als men moe is, dan worden systematische rustpauzes ingelast. Contact met bepaalde vrienden die aanzetten tot gebruik van sigaretten, alcohol of drugs wordt gedurende een bepaalde tijd gemeden, tot men geleerd heeft op een meer actieve manier een aanbod te weigeren. Deze stimuluscontrole bestaat niet enkel uit het vermijden van situaties, beter nog is het ze actief te wijzigen of te leren de situatie anders te interpreteren.

6.4.2.4 Aanleren van nieuw hanteringsgedrag

Vaak is het nodig stimuluscontrole aan te vullen met het aanleren van alternatief gedrag. Het is niet voldoende de verleiding van snoep, sigaretten, drugs of sensaties uit de weg te gaan. Echte (zelf)controle verwerft men als men een ander gedrag ter beschikking heeft zoals ontspanning of afleiding bij spanning in plaats van snoepen, leren weigeren of een tegenvoorstel doen wanneer vrienden je proberen over te halen, jezelf kunnen zien als krachtig, interessant, weerbaar en lid van de groep ook als je niet precies doet zoals de rest. Sociale vaardigheden zoals expressie van emotie, weigeren, vragen, negeren, en onderhandelen en andere nieuwe gedragingen zoals studeren, opruimen, afwerken, zich aan de tijd houden, je

spieren ontspannen enzovoort worden dan aangeleerd met behulp van modeling en gedragsoefening.

6.4.2.5 Zelf-beloning en zelf-bestraffing

Lukt het om situaties te wijzigen en ander gedrag te stellen, dan zal dit pas behouden blijven als het voor de persoon voldoende voordelen oplevert. Kind en therapeut bepalen samen welke vooral aantrekkelijke consequenties er zullen verbonden zijn aan het uitvoeren van een actie en/of het bereiken van een resultaat. Vervolgens wordt een praktische manier gezocht waarop deze bekrachtigers kunnen worden toegediend en volgens welk bekrachtigingsschema dit zal gebeuren.

Meestal kiest men voor tokens die naderhand kunnen ingeruild worden tegen meer omvattende bekrachtigers bestaande uit materiële zaken, privileges, of leuke activiteiten. Naarmate de behandeling vordert, wordt het criterium wat kwaliteit, frequentie, situaties en tijdsduur van uitvoering waaraan de controlerespons moet voldoen om zichzelf de bekrachtiger te kunnen geven veeleisender. Zelf-bestraffing wordt bij voorkeur niet gebruikt, omdat het een negatieve emotionele sfeer oproept die de motivatie kan aantasten. Als men in bepaalde gevallen toch beslist verzwakkers te gebruiken dan verdient negatieve straf of het niet aan zichzelf toestaan van een positieve consequentie de voorkeur boven positieve straf of het zichzelf toedienen van negatieve consequentie.

6-4-3 Klinisch Vignet

Klinisch vignet 2

Sam, een jongen van tien wordt aangemeld met problemen van woedeuitbarstingen en ongepast gedrag tegenover medeleerlingen en leerkrachten. Dit uit zich in ongepaste opmerkingen maken tijdens de les, opdrachten niet uitvoeren, uitvallen tegen leerkracht en medeleerlingen, roepen en schelden, en de klas uitlopen. Gelijkaardige problemen doen zich thuis voor. Sam zelf lijdt onder de afwijzing door anderen als reactie op zijn gedrag. Hij krijgt de diagnose van ODD met accent op gebrekkige zelfregulatie. Met de therapeut leren de ouders Sam thuis rustig, gestructureerd en kordaat aanpakken met vooral positieve bekrachtiging van gewenst gedrag en aangepaste verzwakkers bij ongewenst gedrag. Er wordt ook met Sam gewerkt aan zelfcontrole. Een zelf-observatie-opdracht aangevuld met gegevens van de leerkracht vormt de basis voor het beter begrijpen van wat er gebeurt. Sam kan zijn 'slechte gevoelens' identificeren. 'Ik

word dan warm van kwaadheid en heb zin om iets kapot te maken.’ Dit gevoel van verzengende woede komt op als ‘ze mij plagen’. Kritiek, weigering, plagen of zelfs negeren wordt door Sam snel geïnterpreteerd wordt als onrechtvaardig behandeld of bespot worden. Hij wordt dan witheet van woede en roept, slaat of loopt weg. Sam en de therapeut zoeken een middel om die automatische reactie te stoppen en te vervangen door een ander scenario. Sam’s adoratie voor de turtles lijkt een goede metafoor. Eerst en vooral wordt aan de hand van voorbeelden met Sam gewerkt andere interpretaties van het gedrag van anderen. Als hij toch woedend wordt en hij voelt zich boos en warm worden, zet Sam in zijn hoofd een tekenfilm van de turtles aan waarin zich precies hetzelfde probleem voordoet. Omdat het niet te vlug zou gaan laat hij die film vertraagd afdraaien. In de plaats van de slechte turtle die zijn zelfbeheersing verliest komt er een goede turtle die een andere oplossing kent: uitpraten, weggaan en kalmeren, ruilen, gewoon zeggen wat je op je hart hebt enzovoort. Dit ander gedrag, door Sam aangeduid als de tekenfilmtruc, wordt met behulp van rollenspel ingeoeffend. Na een zekere tijd is het woord ‘turtle’ op zich een signaal voor het in gang zetten van het andere scenario. Sam verwoordt het als volgt: ‘ik voel het nu al voor het heet is, toen ik gisteren over de boekentas van mijn vriend viel voelde ik me lauw worden en lichtjes opwarmen, ik kreeg zin om erop te schoppen, ik zag die gemene turtle zijn voet al opheffen, toen kwam de goede aangelopen en die raapte hem vlug op. Hij zei wel tegen mijn vriend dat hij in het vervolg zijn boekentas naast zijn bank moet zetten.’ Sam leert het ‘andere scenario’ uit in de realiteit en hij voelt zich sterk beloond door het gevoel van succes dat hij ervaart als het goed is gelopen.

6-5 Zelf-instructiemethoden en Stress-inoculatietraining

6-5-1 Inleiding

Via taal verwerft het kind cognitieve en meta-cognitieve vaardigheden die zijn gedrag en emoties beïnvloeden. Met behulp van interne spraak in de vorm van zelfinstructies kunnen we ons eigen gedrag en gevoelens beïnvloeden en sturen. Verandering nastreven door wijziging van zelfinstructies maakt deel uit van nagenoeg alle cognitieve methoden. Toch is het nuttig een aparte groep methoden te onderscheiden die zich specifiek toeleggen op het identificeren en wijzigen van al dan niet aangepaste zelfinstructies met behulp van specifieke trainingsmethoden.

6-5-2 Methode

6-5-2-1 Zelfinstructietraining

Zelfinstructietraining is aan de orde als bij de probleemanalyse blijkt dat de specifieke manier van zichzelf toespreken van een kind op onvoldoende of op een negatieve manier zijn gedrag en gevoelens beïnvloedt. Bij sommige kinderen is er nauwelijks sprake van interne verbale mediatie van gedrag. Ze schieten zo snel in actie dat er gewoon geen tijd is om na te denken en eigen gedrag te sturen. Als er wel zelspraak is kan die inefficiënt zijn en/of storende gevoelens en gedrag uitlokken. Het kan gaan over een gewone schooltaak of een vervelende ruzie met een vriend die men wil oplossen. Het kan ook zijn dat een kind zowel op school als thuis vaak gefrustreerd is omdat hij er niet in slaagt een blad met rekenopgaven juist en snel af te werken of de Knex auto die hij wilde maken geraakt nooit af. In al deze situaties kan gekeken worden of zelfinstructies iets kunnen opleveren.

De zelfinstructietraining verloopt over een vijftal stappen. De therapeut en het kind bekijken hoe hij gewoonlijk te werk gaat. Hiervoor kan hij de 'radioreportertechniek' gebruiken. Het kind speelt een radioreporter die terwijl hij aan het werk is luidop vertelt aan de luisteraars wat hij aan het doen is. Dit is de zogenaamde 'Thinking Aloud' methode (Camp, Plomb, Herbert & Van Doorwick, 1976) Om het spel echt te maken kan de 'reportage' ook opgenomen worden en later herbeluisterd. Bij terugluisteren komen nuttige en onhandige zelfinstructies naar boven of kan blijken dat er eigenlijk te weinig zelfinstructies zijn. Terwijl ze samen luisteren bedenken ze vervolgens in een tweede fase meer helpende instructies. In een derde stap gaat de therapeut zelf aan de slag en hij gebruikt luidop de nieuwe helpende instructies. Vervolgens is het kind weer aan de beurt die nu probeert te doen wat de therapeut luidop instrueert. Als hij vindt dat dit helpt gaat hij in een laatste stap de taak uitvoeren terwijl hij zichzelf eerst luidop en naderhand steeds meer binnensmonds instrueert. Bij de oefening kan men gebruik maken van drama-elementen zoals een cape waarop de kaarten met de nieuwe instructies vastgemaakt werden of een reporterspet om niet te vergeten dat men de instructies luidop mag uitspreken.

6-5-2-2 Stress-inoculatietraining

Interne taal of zelf-instructies sturen het gedrag maar beïnvloeden ook de emotionele reacties en de lichamelijke arousal die erbij hoort. Als er sprake is van overmatige negatieve emotionele arousal eventueel geassocieerd met lichamelijke verschijnselen zoals hyperventilatie en functionele pijnklachten. kan een stressinoculatietraining zoals uitgewerkt door Meichenbaum (Meichenbaum, 1978)

meer aangewezen zijn dan cognitieve herstructurering en probleemoplossing. . Ook in situaties waarin van het kind uitzonderlijke stresshanteringsvaardigheden worden gevraagd, bijvoorbeeld bij het ondergaan van onaangename en pijnlijke medische ingrepen bij ernstige ziekte, kan een combinatie van zelf-controleprocedures en stressinoculatie nuttig zijn.

Een stressinoculatietraining verloopt over drie fasen waarin het kind zijn disfunctionele gedachten, gedragingen en gevoelens leert herkennen (1), andere zelfspraak en gedrag ontwikkelt, o.a. omtrent de betekenis van zijn lichamelijke stressreacties (2) om deze vervolgens via huiswerkopdrachten uit te testen in zijn dagelijks leven (3). In tabel 6.1. wordt schematisch weergegeven hoe dit verloopt en welke werkmethode het meest aangewezen is.

Tabel 6.1 Fasen in de Stressinoculatietraining

	Educatieve fase	Aanleerfase	Toepassingsfase: uitvoering en evaluatie
Cognities (distorties)	herkennen van cognitieve fouten in de verwerking van informatie over de gebeurtenis en over de eigen hanteringsmogelijkheden (fouten op het niveau van de aandacht, selectie, perceptie, interpretatie, activatie van gerelateerde schemata)	Correctie van de cognitieve fouten door het ontwerpen en aanleren van alternatieve zelfspraak (van globaal naar gedifferentieerd, van algemeen naar situatiespecifiek, van stabiel naar variabel, van oncontroleerbaar naar controleerbaar)	Zichzelf het nieuwe verhaal vertellen in reële situaties in het dagelijks leven met behulp van cue-cards waarop de essentie staat verwoord of afgebeeld. Nagaan in hoeverre dit lukt, welke situaties moeilijk blijven, zoeken naar gevarieerde alternatieve zelfinstructies
Fysiologische reacties	Herkennen van lichaamssignalen (ademhaling, spierspanning, temperatuurschommelingen..) Evalueren van spanning met VAS (visuele analogieschalen)	Aanleren van spierontspanning, ademrelaxatie, gebruik van rustgevende beelden	Gebruiken van ontspanningstechnieken telkens als spanning stijgt, op school, op het voetbalveld, bij de arts,
Gedrag	Herkennen van vlucht en vermijdings of vechtgedrag	Voorzien in een ander scenario of een nieuwe 'rol'	Uitvoeren van 'nieuw' scenario of 'rol' : herorganiseren van de situatie, plannen in de tijd, uitvoeren, observeren van het verloop
Werkmethoden	Gesprek (socratische dialoog), gedachten-gevoelensdagboek, muizenissen en vlindergedachten	Taart, tegensprekspel, helpend halsnoer schatkist, verhaal, rollenspel volgens anders scenario (andere attributen zoals cape, masker*)	Planning van de inoefening (wat, wanneer, hoe, met wie, hoe lang, hoe rapporteren)

Stress is voor kinderen een vrij abstract begrip. Voor jonge en minder verbale kinderen wordt stress geconcretiseerd met behulp van spel en actiemethoden. Bij stressvolle gedachten waarbij het kind te veel verantwoordelijkheid bij zichzelf legt en daardoor schuldgevoelens ervaart kan de *'verantwoordelijkheidstaart'* nuttig zijn (zie Box). Met papier, karton, play-do of andere klei wordt een *'waardoor komt het taart'* gemaakt. Daarna

noemt het kind alles wat mee kan gespeeld hebben in het veroorzaken van het resultaat. Hij geeft op de taart al die oorzaken aan en de grootte van het stuk komt overeen met het belang van de oorzaak.

Box: Verantwoordelijkheidstaart

Een kind dat zichzelf als oorzaak ziet voor de echtscheiding van zijn ouders en zich daardoor schuldig en erg verdrietig voelt kan door de taart leren zien wat nog meer meespeelde. “t Is mijn schuld’ wordt dan ‘mama en papa maakten ook ruzie over veel andere zaken”, “papa was al langer verliefd op Sonja met wie hij nu woont”, “ze maakten ook ruzie over mijn zus”, “de ouders van mijn vriend maken soms ook ruzie over zijn schoolrapport maar zij zijn nog wel bij elkaar”. De belangrijkste nieuwe gedachte wordt opgeschreven onder de taart om ze niet te vergeten. De stukken taart met de nieuwe gedachten erop geschreven kunnen dan bewaard worden in een mooie doos, een schatkist met helpende gedachten om regelmatig opnieuw te bekijken een (Friedberg, McClure, & Hillwig Garcia 2009).

Oudere kinderen die goed overweg kunnen met pen en papier schrijven de moeilijke gedachte centraal op een blad met daaronder telkens links en rechts de mogelijkheid om een pijl te trekken naar ‘mezelf de schuld geven ’ of naar ‘ik ga ermee aan de slag’ .

Box: Het tegenspreekspel

Ook een tegenspreekspel spreekt veel kinderen aan. De therapeut verwoordt de spanningsverhogende gedachte: ‘als ik naar de tandarts ga zal ik zeker opnieuw in paniek slaan en misschien wel flauwvallen en dan gaat hij in mijn tandvlees boren en dat gaat erg veel pijn doen’. Het kind moet zijn best doen om dit tegen te spreken en spier- en ademhalingsontspannende gedachten en houdingen te bedenken. ‘Ik ga rustig ademen en mijn spieren loslaten, de tandarts heeft veel ervaring, na de verdovingsprik voel ik die zone niet meer, zijn nuttige tegenspreekgedachten die ook de lichamelijke arousal verlagen. Het tegenspreekspel kan ook onder de vorm van SMS boodschappen die het kind intikt op zijn mobiele telefoon²

² Als therapeut en kind gratis sturen kunnen de boodschappen echt verzonden worden, zoniet blijft het bij intikken

Box. Stressinoculatietraining in een kindvriendelijke aanpak

Als het kind graag nog meer actie heeft, kunnen de stressverhogende gedachten, manieren van omgaan met spierspanning en ademhaling en spanningsverhogende acties kernachtig op een karton geschreven worden. Al de kaarten worden op de vloer gelegd met de tekst naar boven. Het kind probeert dan een bonenzakje of ander voorwerp op een kaart te gooien. Als dat lukt leest hij de kaart 'bedenk een tegenspreekgedachte', 'een ontspanningsinstructie' of 'een helpend gedrag'. Die helpende gedachten, ontspanningsinstructies en gedragingen worden op een andere kaart gezet en bovenop de niet helpende oude gewoontes gelegd. De kaartjes met kwetsende gedachten, en gedrag dat de spanning in het lichaam omhoog doet gaan worden naderhand verzameld en in een lelijke zwarte bokaal gestoken. De zelfgedachten en ontspanningsinstructies gaan in een mooie glazen pot waarop duidelijk staat dat het een deugdoende zelf is. Allerlei andere metaforen zijn nuttig om het verschil te leren zien tussen helpende en stressverhogende gedachten en lichaamshoudingen. Pictogrammen en voorwerpen maken het abstracte tastbaar.

De ontwikkelde zelfspraak wordt in de oefenfase ingeoeft met behulp van rollenspel. Om te markeren dat het kind die moeilijke momenten voortaan anders zal aanpakken, kan dit benadrukt worden door een hoofddekseel of een 'ander' kledingstuk. Kleine kinderen vinden het fijn om een 'helpende' cape rond hun schouders te doen of zelf een zelfgemaakt masker op te zetten om de nieuwe instructies in gedachten en gedragingen in te oefenen.

In de toepassingsfase waarin het kind gerichte concrete opdrachten krijgt wordt het nieuwe scenario in de praktijk uitgetest. Het kind krijgt opdrachten om het geleerde uit te proberen en erover te rapporteren. De huiswerkopdracht krijgt een sprekende naam die aansluit bij de metafoor die in de aanleerfase gebruikt werd. Een 'Toon wat ik kan' oefening (Friedberg, & Mc Clure, 2002), 'Vlinderwerk' of een "Kalm aan"-oefening of spreken meer tot de verbeelding en zijn minder geassocieerd met schoolse taken dan 'huiswerk'. Opeenvolgende huiswerken beginnen bij zeer eenvoudig toepassingen en worden gaandeweg complexer. Verslag uitbrengen gebeurt bondig in een vooraf gestructureerde vorm, bvb. een heen-en weerboekje tussen therapie en het echte leven thuis en op school

6-5-3 Klinisch Vignet

Helga is een meisje van dertien. Sinds een half jaar heeft ze last van hevige buikpijn, soms gepaard gaande met duizeligheid en misselijkheid. Ze eet minder, is vermagerd en ziet er algemeen bleek en vermoeid uit. Medische onderzoeken en interventies bij diverse artsen leveren weinig op. De pijn verstoort in steeds ergere mate het leven van Helga en haar ouders. Ze gaat minder en minder naar school, blijft weg op de jeugdbeweging, verliest haar interesse in gezinsuitstapjes, en wordt meer en meer depressief. Helga krijgt een pijndagboek mee, waarin zowel pijnintensiteit als dagelijkse activiteiten genoteerd worden.

Uit het dagboek blijkt dat Helga moeite heeft om een aantal stress-situaties in haar leven te hanteren. Ze is van school veranderd en weet niet hoe ze het vele huiswerk af moet krijgen. Ze is bang voor de leerkrachten en vreest achterop te raken. Vriendinnen heeft ze nog niet en ze voelt zich buitengesloten. De wijze waarop Helga over deze situaties spreekt met de therapeut en in feite ook met zichzelf kenmerkt zich door gevoelens van onmacht en mislukking. Ze reageert door zich terug te trekken in plaats van de moeilijkheden rechtstreeks aan te pakken.

Uit het pijndagboek blijkt dat anticiperen van toetsen en piekeren hierover, voor ogen zien hoe anderen spelen en niet mogen meedoen, verveling én spanning tussen de gezinsleden aan tafel vaak gepaard gaan met opkomende pijn. Telkens speelt stressverhogende zelfspraak een belangrijke rol. Daarom kiezen we voor een stressinoculatietraining om de met stress-situaties geassocieerde pijn aan te pakken. In een educatieve fase wordt op grond van de observaties het verband tussen stressverhogende zelfspraak en pijn opgespoord. Helga beseft dat zelfspraak zoals: 'Ik zal het niet kunnen, ze moeten me niet, de juf zal boos op me zijn, ik zal geen tijd genoeg hebben' enkel de spanning in haar lichaam verhoogt, hetgeen zich toont in pijn. Bovendien doet ze dan dingen die het probleem alleen maar groter maken zoals zich terugtrekken uit het contact, heen en weer hollen tussen het toilet en haar bureau, huilen enzovoort. In een aanleerfase leert Helga met behulp van rollenspel nieuwe strategieën om haar spanning te hanteren. Zelf-instructies gericht op stresshantering nemen de plaats in van stressverhogende zelfspraak. (hier misschien een hoger vermelde techniek voor gebruiken 'Ik zal het niet kunnen' wordt 'Ik weet niet of ik het ga kunnen, ik heb het in elk geval geleerd'. Helga leert de spanning in haar lichaam verlagen met behulp van spier- en ademrelaxatietechnieken. Ze kiest ook en ander gedrag, zoals haar studietijd beter organiseren of een eerste stap zetten naar een ander meisje toe. In de

toepassingsfase worden de alternatieve vaardigheden verder inge oefend in de realiteit. De pijn wordt het signaal om de nieuw geleerde vaardigheden te gebruiken. (Deze stressinoculatietraining waarin de wijziging van de zelf-instructies centraal staat, is ingebed in een ruimere therapeutische context waarin ook een sociale-vaardigheidstraining, een aanpak van de de depressie en een wijziging van de reacties van de ouders een plaats hebben.)

Tabel 6.2 Stressinoculatietraining van Helga

6.6 Probleemoplossingsmethodiek

6.6.1. Inleiding

In 1971 introduceerden D’Zurilla en Goldfried de ‘Problem Solving theorie’ binnen de gedragstherapie. Ze definieerden ‘Problem Solving’ (PS) als de basis van elke gestuurde gedragsverandering die verloopt in vijf opeenvolgende stappen: observatie van een probleemsituatie, probleemdefinitie in functie van een doel, genereren van alternatieven, evaluatie en besluitvorming, en verificatie. Al gauw bleek dat de studie van PS-processen ook toepassingen voor kinderen inhield zoals bijvoorbeeld bij kinderen met gedragsproblemen of depressies. Kinderen leren verschillende alternatieve oplossingen te bedenken voor één probleem, en leren de verschillende gevolgen van een bepaalde handeling overzien. Een mooi voorbeeld hiervan is het trainingsprotocol ‘Think Aloud’ van Camp, Blom, Herbert en Van Doorwick (1976) voor impulsieve kinderen waarin, gespreid over 28 sessies, ruimschoots geoefend wordt met kindvriendelijk materiaal, eerst in onpersoonlijke en later in interpersoonlijke situaties. Ook de noodzakelijke basisvaardigheden om probleemoplossend gedrag te kunnen stellen worden bijgewerkt zoals goed leren luisteren, of precies leren herhalen wat de ander zegt.

Box: Cue-cards ter ondersteuning van de probleemoplossingsmethodiek

Probleemoplossend denken vraagt enige creativiteit. Vooral ‘oplossingen bedenken’ en ‘oplossingen evalueren’ zijn moeilijke stappen. Er zijn twee soorten kaarten die kinderen hierin op weg kunnen helpen. Vaste oplossingsuggesties voor het bedenken van oplossingen staan op ‘cue cards’ waaronder: ruilen, delen, vragen, je probleem aan iemand vertellen, iets (niet) doen, iets geven, negeren, wachten, voor de gek houden, weggaan, weigeren, enzovoort. Vervolgens worden de kaartjes op volgorde gelegd gaande van: ‘zeker te proberen waard’ tot aan ‘weinig kans op

succes hier'. Verder zijn er de 'criteria'-kaartjes, bedoeld om verschillende oplossingen te leren evalueren: 'Is het fair/of niet fair?'; 'Werkt het/of werkt het niet?'; 'Is het veilig of niet veilig?'; 'Is het aangenaam/niet aangenaam?' (uit Bash & Camp, 1975).

6.6.2 Methode

In het aanleerproces maakt men best gebruik van zelfinstructies (zie paragraaf 6.5). Bekend is nog steeds het trainingsbeertje Fozzy die de kinderen leert in elke situatie vier vragen te bedenken: (1) Wat is het probleem? (2) Hoe los ik het op? (3) Volg ik mijn plan nog? (4) Hoe heb ik het gedaan? De vragen staan op vier verschillende prentkaarten afgebeeld en worden via de 'think-aloud'-procedure voor het verwerven van constructieve zelf-instructies aangeleerd (Meichenbaum, 1977). Kendall en Braswell (1985) bouwen hierop voort maar voegen er ook enkele nieuwe elementen aan toe, waaronder een extra stap. De vijf stappen worden best op kleine kaartjes genoteerd (cue-cards) en dit gebeurt bij voorkeur door vragen die het kind zichzelf stelt:

(1) Probleemoriëntatie: Wat is er aan de hand?, Wat wordt er gevraagd? Wat moet ik doen? Wat is het probleem?

(2) Doelbepaling en probleemdefinitie: Hoe los ik dit op?, Wat wil ik? Hoe kan ik nog naar dit probleem kijken? Denk ik na? Concentreer ik mij op het probleem?

(3) Oplossingen: Bedenk ik verschillende plannetjes? Welk middel heb ik om mijn doel te bereiken? Weet ik voor elk plan wat dit zal betekenen? Wat is een goed plan en wat is een beter plan? Waarom is dit een goed plan? Welk plan zou ik nu kiezen? Kan ik beslissen?

(4) Uitvoering: Volg ik mijn vooropgezet plan? Zijn er hindernissen die ik moet overwinnen? Kan ik mij erop concentreren?

(5) Evaluatie: Hoe heb ik het gedaan? Wat vind ik ervan? Heb ik de situatie goed opgelost? Wat zeg ik tegen mezelf: Goed gewerkt of volgende keer beter?

Eigenlijk kan er in elke stap iets misgaan en daarom moeten alle stappen zorgvuldig aangeleerd worden. De PS methodiek is dus niet in één sessie aangeleerd, het vraagt oefening en internalisatie. Zo vraagt stap 1 vaak affectieve educatie: welk gevoel zegt mij dat er een probleem is? En, alhoewel PS een mentaal proces is dat geïnternaliseerd moet worden, is men het er over eens dat stap 3 en 4 gedragsmatige inoefening van de nieuw aangeleerde technieken vereist en dit via rollenspel en trainingstaken. Er is hierbij ook expliciete aandacht nodig voor stap 5,

het aanleren van zelf-evaluatie en zelf-bekrachtiging (zie toegelicht bij de zelf-controleprocedures in par. 6.3). De kinderen leren zichzelf te evalueren via de vraag 'Hoe heb ik het gedaan?'. Men kan ter ondersteuning van stap 5 een Visueel-Analogue Schaal gebruiken met punten tussen 1 = slecht gewerkt en 5 = zeer goed die zowel door therapeut als kind worden ingevuld en dan met elkaar vergeleken. De therapeut fungeert daarbij als een model dat soms fouten maakt. Zo kan hij bijvoorbeeld eens te snel gaan en zichzelf dan aanmanen trager te gaan.

6-6-3 Toepassingsmogelijkheden

De PS-benadering heeft zich vooral gericht op kinderen met een gedragstekort of een tekort aan zelf-controle, bijvoorbeeld voor hyperactiviteit, overmatige agressiviteit, of ondermaatse schoolprestaties. Het vijf-stappen model vindt men nu ook terug als onderdeel van een CGT-behandeling voor internaliserende klachten zoals angst (Kendall, 1994) en depressie (Stark, 1990; 2009; Braet, 2010), maar ook in de behandeling van psychosomatische en pediatrie aandoeningen (Moens & Braet, 2008; Braet, Moens & Mels, 2008). Interessant is de aanvulling van Stark (2009) die de depressieve kinderen onderscheid leert te maken tussen PS die "problem focused" is of "emotion focused". Hiermee bedoelt hij dat sommige problemen moeilijk oplosbaar zijn (bijvoorbeeld de verwerking van echtscheiding, een trauma of een bepaalde competentie niet aankunnen) en dat je dan beter de PS-stappen kunt gebruiken om het negatieve gevoel te leren hanteren in plaats van het probleem zelf, dat toch niet oplosbaar is. Recent ziet men ook toepassingen van PS-stappen in het aanleren van sociale vaardigheden bij autistische kinderen. Parallel met de protocollen voor kinderen worden er nu ook werkboeken voor ouders ontwikkeld die men dan ook de PS-stappen aanleert. Ondanks de veelbelovende mogelijkheden, is er betrekkelijk weinig onderzoek naar deze methodiek en is het onderzoek ernaar ook bij volwassenen wat stilgevallen.

Box: Oplossingsgericht werken

Ondanks de vergelijkbaarheid in woordkeuze moet oplossingsgericht werken als een aparte methodiek worden gezien. 'Solution Focused' werken vond zijn oorsprong in systeemtherapie maar kan best worden gesitueerd bij de kortdurende, directieve behandelingsmethoden. Illustraties voor ons taalgebied zijn te vinden zowel bij volwassenen (zie bijv. Bannink, 2006) en kinderen (zie bijv. Cladder, 2010; Cladder, ea, 2009; Le Fevere de Ten Hove, 2000 en Cauffman & van Dijk, 2009). Volgens deze methodiek laat je je sturen door de oplossing in plaats van het

probleem. Dit betekent dat men niet zozeer het probleem analyseert dan wel wat men er voor in de plaats wil. De cliënt wordt als competent gezien zijn doel te formuleren en hier dan oplossingen voor te gaan zoeken. Oplossingsgericht werken introduceerde de toervraag, de continueringsvraag, de uitzonderingsvraag en het kleinst merkbare verschil. Zij waren het ook die overeenkomstig de hulpvraag van hun cliënt onderscheid maken tussen 'bezoekers' 'klagers' en 'klanten'. Zeker bij jongeren kunnen we stellen dat wanneer hun ouders hen aanmelden voor therapie het zeer zinvol is eerst na te gaan of er een werkbare hulpvraag is van alle partijen.

6-7 Cognitieve herstructurering

6-7-1 Inleiding: het informatiemodel als theoretisch kader

Gestart vanuit de klinische praktijk plaatsten auteurs zoals Ellis (1962, 1983) en Beck (1963, 1983) cognities op de voorgrond in de sturing van het gedrag en de emoties. Ze vertaalden hun ideeën vrijwel onmiddellijk in therapeutische methoden zoals de rationeel-emotieve therapie (Ellis, 1962) en de cognitieve therapie (Beck, 1963).

De cognitieve therapie rond de groep van Beck heeft als basisaanname dat iedereen (ook kinderen) voortdurend informatie verwerken en op basis van die ervaringen en gedachten cognitieve schema's opbouwen over zichzelf, de anderen en de wereld (bijvoorbeeld 'anderen zijn te vertrouwen', 'anderen hebben het beter dan ik') die als een filter nieuw inkomende informatie verwerken (zie par. 6-1). Wanneer deze schema's maladaptief zijn kunnen ze een verstoorde verwerking van de realiteit meebrengen, meer bepaald in wat waargenomen wordt en wat niet, hoe informatie wordt geïnterpreteerd en op welke wijze het gedrag moet worden gestuurd (Arntz, 1991).

Eenmaal gevormde schema's, zijn zeer resistent tegen verandering en ze zijn geautomatiseerd waardoor men zich hiervan niet steeds onmiddellijk bewust is. Enkel de hieraan gerelateerde bijproducten zoals de bijhorende gevoelens (bijv. angst, verdriet), de onwillekeurige gedachten (bijv. 'ik kan dit niet tot een goed einde brengen') of het hieraan verbonden storend gedrag (bijv. een eetbui, een vechtpartij) zijn observeerbaar.

In deze benadering is het dus essentieel om via de assessmentmethodieken (zie par. 6.2) de precieze cognitieve distorties te pakken te krijgen. De meest voorkomende denkfouten worden toegelicht in tabel xx, evenals de meer adequate interpretaties die via een therapie kunnen worden nagestreefd. Het aanleren van alternatieve gedachten kan best gericht zijn op de competentie (bijv. 'ik ben flink en

ik durf het aan in het donker te slapen') dan wanneer je enkel het aversieve herevalueert (bijv. 'donker-zijn is eigenlijk helemaal niet erg'); alhoewel dit nog beter is dan andere mediërende zinnnetjes (bijv. 'mijn zusje heeft een lampje') (Meador & Ollendick, 1984)..

6-7-2 Methode

Het drie-fasen-model. Cognitieve herstructurering aanleren kan als procedure in drie stadia worden opgesplitst: 1 identificatie van de huidige gedachten, negatieve gevoelens, onaangepaste gedragingen en de onderliggende assumpties en schema's, 2 cognitieve uitdaging, 3 het genereren van alternatieve, aangepaste cognities die niet tot overmatige angst, piekeren of spanning leiden, maar daarentegen het kind helpen om beter met bepaalde probleemsituaties om te gaan.

Bij sommige kinderen (bijv. impulsieve kinderen, jonge kinderen) loopt de *identificatiefase* moeizaam omdat ze eerder cognitieve tekorten vertonen die geremedieerd moeten worden; cognitieve herstructurering is vooral bedoeld voor kinderen met reeds gevormde cognitieve vervormingen. Eigen aan cognitief werken is dat men moeite doet de dysfunctionele gedachte te achterhalen door samen met het kind de situatie te analyseren. Men doet dit vaak vanuit het gevoel dat een kind ervaart (bijv. 'dan heb je buikpijn; wat denk je dan?' of 'welke bange gedachte heb je bij dit akelige gevoel?' of 'die sombere bui vertelt je dat er een probleem is, wat zou dat kunnen zijn?') of vanuit een storend gedrag (bijv. 'wat dacht je vlak voor die eetbui?' of 'wat dacht je toen je op de vuist ging?')(zie ook: Reinecke, Dattilio en Freeman, 1996) en Eisen en Kearny, 1995)).

Het uitdagen gebeurt vaak via een dialoog tussen kind en therapeut. Wil men hierbij cognities *vervangen* door betere, meer helpende gedachten, dan kan men jonge kinderen best die andere gedachten (op kaartjes) aanreiken terwijl oudere kinderen via een geleid proces zelf de cognities zullen noemen. Het is daarbij raadzaam steeds naar meerdere helpende de gedachten te zoeken, totdat men er enkele vindt die voor het kind behulpzaam genoeg zijn. Het *genereren van alternatieve gedachten* gebeurt meestal in een behandelsessie onder leiding van een therapeut. Maar, wil men weten of het aanslaat dan moet het kind nadien met deze gedachten gaan oefenen in gradueel moeilijker situaties. Hulpkaartjes, huiswerkopdrachten en inschakelen van ondersteunende ouders, leeftijdgenoten of leerkrachten kan dan wenselijk zijn.

Box *De Socratische dialoog.*

Cognitieve herstructurering vraagt aangepaste gesprekstechnische vaardigheden, hetgeen niet alleen uit een protocol te leren valt. Het komt er immers op aan dat het kind zelf overgaat tot het formuleren van adequatere gedachten. Dit gebeurt best in een veilige, gezamenlijke onderneming van kind en therapeut, wat kan leiden tot een aantal inzichten (bijv. 'doordat ik mij voortdurend afvraag of ik nog niet rood word, vergeet ik mij op mijn tekst te concentreren en breng ik het er niet zo goed van af') en tot betere, meer aangepaste cognities (bijv. 'iedereen maakt wel eens een fout, als ik mij maar goed op mijn tekst concentreer, dan lukt het wel'). De therapeutische houding is hier dus van groot belang. De therapeut wordt verondersteld het kind aan te moedigen om anders te kijken, anders te denken, zich anders te gedragen. We spreken in dit verband van de Socratische dialoog, waarbij Socrates model staat voor een goed leermeester die geen antwoorden geeft maar slechts vragen stelt en steeds opnieuw twijfel zaait over de zekerheid of waarheid van een dysfunctionele gedachte en zich behulpzaam opstelt in het formuleren van meer helpende gedachten.

Hulpmiddelen om tot inzichten te komen. Men kan ter ondersteuning kindvriendelijke werkbladen en huiswerkopdrachten meegeven met daarop bepaalde uitnodigende vragen.

- Stark (1990) leert W-vragen te gebruiken: wat, waar, wanneer, wie, waarom. Bij elke gedachten die gepaard gaat met een negatief gevoel of een storend gedrag kan men dan die vragen stellen zoals: 'bij wie krijg ik deze gedachte?', 'waarom?', etc.
- Greenberger en Padesky (vertaald in het Nederlands in 1999) ontwierpen hulpmiddelen zoals kansberekeningen maken bijvoorbeeld: 'hoe groot schat je de kans in dat dit gebeurt?', 'wat is het ergste dat kan gebeuren?' en meerdimensioneel denken: 'kan je mensen ook anders indelen of zie je enkel betrouwbare en onbetrouwbare?'.
- Stallard (2006) ontwierp hulpmiddelen voor het analyseren van een moeilijk moment (de negatieve cirkel), bewijzen zoeken (die de gedachten wel én niet ondersteunen), een als/dan quiz, denkwolkjes, 'pretbedervers', thermometers, neerwaartse pijl naar kerngedachten, de woedevulkaan en het stop-denk-doe-verkeerslicht.
- In andere gevallen kan het kind via een *gedragsexperiment* tot een beter inzicht komen, bijvoorbeeld door tijdens de sessie een video-opname te maken van een sociaal-angstig meisje terwijl het haar spreekbeurt houdt voor jou. Via een gestructureerd werkblad (zie figuur xx) wordt op voorhand

het resultaat voorspeld en worden de mogelijke problemen opgesomd. Vervolgens worden strategieën bedacht om die problemen te overwinnen (bijv. op de tekst concentreren, niet naar de grond staren, STOP zeggen tegen vervelende gedachten die dan opduiken). Nadien wordt het resultaat van het experiment geëvalueerd alsook de gedachte die men wou uitdagen.

Er zijn dus twee manieren om 'correcties' te bewerkstelligen, namelijk via de weg van het inzicht of via de weg van de ervaring, het experiment. Het is onze ervaring (en bevestigd in onderzoek van Kendall e.a., 1997) dat deze twee wegen elkaar aanvullen en dat beide noodzakelijk zijn, zeker bij kinderen.

Figuur xx. Werkblad. Gedachte die wordt uitgedaagd via een experiment

<i>Experiment</i>	<i>Voorspelling</i>	<i>Mogelijke problemen</i>	<i>Strategieën om deze problemen te overwinnen</i>	<i>Resultaat van het experiment</i>	<i>Hoe sterk ondersteunt dit resultaat de gedachte die werd uitgedaagd? (0 - 100 %)</i>

Tabel xx. Veel voorkomende denkfouten bij kinderen en de na te streven wijzigingen

<p>selectieve aandacht voor spanningsverhogende prikkels <i>De hond van de burens heeft verschrikkelijk grote tanden.</i></p> <p><i>Alles ging fout, hij heeft het duidelijk op mij gemunt.</i></p>	<p>breder analyse van het ervaringsveld</p> <p><i>De hond zit vast aan een lijn en het hek is dicht.</i></p> <p><i>Noteer vandaag de namen van de kinderen die vriendelijk tegen je waren.</i></p>
<p>interpretatie van de situatie als een gevaar, een bedreiging of als een onoplosbaar probleem <i>Ik kan geen vraagstukken oplossen.</i></p>	<p>interpretatie van de situatie als een (op te lossen) probleem, een moeilijkheid, een uitdaging, een test <i>Ik weet niet goed hoe ik eraan moet beginnen, ik zal beginnen met goed lezen.</i></p>
<p>selectieve abstractie van één element van de ervaring:</p> <p><i>Ik ben dom want mijn papa heeft het gezegd.</i></p> <p><i>Als ik in mijn bed lig hoor ik van alles dat me bang maakt.</i></p>	<p>ervaringselement in context plaatsen <i>Papa was wel erg boos toen hij dat gezegd heeft</i></p> <p><i>Ons huis is oud en kraakt altijd; iedereen hoort wel iets als je in bed ligt; het is beter gewoon te luisteren naar het ruisen van de bomen.</i></p>
<p>dichotomiseren In twee categorieën (goed/slecht, zwart/wit, geslaagd/mislukt, alles/niets, waar/vals, rustig/gespannen, ziek/gezond)</p>	<p>gedifferentieerd</p> <p>classificeren, gebruikmakend van dimensies</p> <p><i>Als ik 5 van de 7 dagen werk, dan is het goed.</i> <i>Als er vandaag één jongen tegen me praat, is dit een goed begin. Ik zal mij bij elk rapport op één negatieve opmerking voorbereiden.</i></p>

*Dit lukt
wel al wat, volgende keer nog beter,*

overgeneraliseren

minimaliseren van positieve elementen (succes, hantering, plezier) en overdrijving van negatieve elementen (angst, woede, onenigheid, onmacht...)
Iedereen maakt ruzie met mij, niemand vindt me aardig. Iedereen heeft het beter, iedereen lacht mij uit, ik zal altijd zo zijn, ik zal nooit nog zo'n vriendje hebben.

differentiëren

objectiveren van positieve en negatieve elementen van de ervaring
X maakt soms ruzie met mij, Y meestal niet, met X maak ik dikwijls ruzie, met Y speel ik vaak.

personaliseren

egocentrisch interpreteren van een situatie of van gebeurtenissen (gedrag van anderen) als rechtstreeks betrokken op zichzelf
Als ik eraan kom, beginnen ze allemaal te lachen. Mijn broer maakt opzettelijk lawaai om mij bang te maken. Mama beweert dat mijn vriendje niet komt van wege de regen maar ik weet wel beter: hij wil niet met mij spelen.

diversifiëren

wat er gebeurt meer zien als resultaat van een veelheid van factoren, en niet zozeer in relatie tot jezelf
Ze waren juist een mop aan het vertellen toen ik eraan kwam. Als mijn broer laat opblijft hoor ik hem bezig in zijn kamer.

6-7-3 Toepassingsmogelijkheden

Alhoewel de bijsturing van het informatieproces via cognitieve herstructurering veelbelovend lijkt, merken we dat onderzoekers en therapeuten deze behandeling aanvullen met andere gedragsveranderingstechnieken, emotionele coping technieken en schemagerichte veranderingstechnieken. Zo lang men niet heeft uitgeklaard welke methodiek best werkt en zolang we niet weten welke méér effectief is zal CGT blijven bestaan uit een diversiteit van technieken waarvan cognitieve herstructurering slechts één deel uit maakt.

Kendall (2011) stelt dat er bij elk specifiek patroon van klachten (bijv. angst, depressie, psychosomatiek, overdreven agressiviteit) typische denkfouten aan de oorsprong liggen. Zo vertonen depressieve jongeren vaak overgeneraliseringsen

(bijv. 'niemand vindt me aardig'), ze nemen te vaak de verantwoordelijkheid voor iets op zich (bijv. 'ik heb dat feestje helemaal verknald'), en – in tegenstelling tot angstige kinderen – beschikken ze over weinig positieve gedachten. Agressieve jongeren zouden vooral fouten maken in ambiguë situaties: ze interpreteren stevast de situatie als bedreigend (bijv. 'ik word uitgelachen'). Angstige kinderen zouden de gevolgen van een gebeurtenis zeer snel catastrofaal inschatten, en ze vertonen ook denkfouten in beoordelingsmomenten (bijv. 'ik moet nog harder mijn best doen, ik doe vast iets fout'). Dit betekent dat er specifieke behandelingsprogramma's nodig zijn die per klacht de typische denkfouten aanpakken (zie oa. Braet & Bögels, 2008). Een nieuwe interessante toepassing ook voor adolescenten is de schematherapie.

Schema-therapie

Volgens de Schema-theorie (Young, 1990) zijn dysfunctionele cognities gekoppeld aan diepgewortelde kernovertuigingen (schema's), zoals bijv. 'ik ben een mislukking of, anderen zijn niet te vertrouwen'. Deze schema's zijn vaak rigide scripts ontwikkeld in de vroege kindertijd op grond van negatieve (relationele) ervaringen die bepalend zijn hoe je jezelf in relatie tot anderen waarneemt en beleeft. Ook later kunnen nog nieuwe schema's ontwikkelen op grond van negatieve ervaringen op school of in familieverband. Kenmerkend aan schema's is dat ze moeilijk toegankelijk zijn en vaak 'slappend' totdat er zich een stress-situatie voordoet die het schema activeert. Schema's kan men ook nog indirect afleiden uit de conditionele en instrumentele assumpties die iemand heeft (bijv. 'als ik zo'n fouten maak, betekent dit dat ik dom ben' of 'het is beter niemand te vertrouwen').

Men stelt dat een behandeling die geen oog heeft voor de onderliggende schema's oppervlakkig is, wat zou kunnen verklaren waarom men ook weer kan terugvallen. Het in kaart brengen van de meest voorkomende schema's kan met de Young Schema Questionnaire (YSQ, Young & Brown, 1990) die over goede psychometrische kwaliteiten beschikt en waarvan er nu ook een adolescentenversie en kinderversie bestaat in ons taalgebied (zie par 6.2).

De Schema-therapie werd ontwikkeld vanuit de klinische praktijk bij volwassenen. De toepassing ervan bij jongeren moet nog geëvalueerd worden. Toch zijn er een aantal opmerkelijke initiatieven te noemen waarbij Schema-therapie nu ook bruikbaar blijkt bij adolescenten. Zo kan men in een dialoog met de jongere via een neerwaartse pijl techniek de kernovertuiging zelf opzoeken en de betekenis ervan achterhalen. Schema's zullen vaak een zware emotionele lading hebben en dan worden best ook experiëntiële verwerkingstechnieken aangewend zoals

psychodrama-technieken. Gezien schema's meestal in een interpersoonlijke context ontwikkelen, kan het gebeuren dat de therapeutische relatie aangewend moet worden om deze schema's bij te sturen. 'Reparenting' is zo'n techniek waarbij de therapeut de taak van de ouder op zich neemt zodat de jongeren in staat is ook functionele schema's op te bouwen.

6.8 Indicaties en contra-indicaties

Het aanwenden van cognitieve interventies veronderstelt bij het kind een aantal cognitieve en meta-cognitieve vaardigheden. Nagenoeg alle cognitieve methoden maken gebruik van taal in hun pogingen om aanwezige disfunctionele reacties te beïnvloeden. Naast taalontwikkeling vereist dit proces ook voldoende geheugencapaciteit om verbale labels op te slaan in het schema dat het kind opbouwt omtrent een situatie. Andere factoren waarmee rekening moet worden gehouden zijn de aandachtsspanning, het inzicht en het redeneervermogen.

Ook bij jonge kinderen, ongeveer vanaf de leeftijd van vijf jaar, kunnen cognitieve methoden aangewend worden, op voorwaarde dat ze concreet en aantrekkelijk zijn, bijvoorbeeld met eenvoudige instructies, gekoppeld aan een visuele cue en aangeleerd onder de vorm van een spel. Het materiaal dat men gebruikt is relevant, concreet en aantrekkelijk en verwijst naar gebeurtenissen uit het leven van het kind. Spelmateriaal, tekeningen, cue-cards, rituele gebaren en geluiden, stripverhalen, videofragmenten en andere visuele, auditieve, tactiele en proprioceptieve ondersteuningsmiddelen helpen om de cognities en de erbij horende mentale beelden levendig en actief te houden in het werkgeheugen van het kind. Bewegen van het lichaam, voordoen, het gebruik van een bord of flap maken de therapie sessie minder statisch.

Of een kind cognitieve technieken wil aanwenden hangt ook af van de motivatie. Als hij het niet nodig vindt, saai of onaantrekkelijk, dan blijft de aanwezige competentie onbenut.

De rol van de ouders

De therapeutische vooruitgang is beter wanneer de ouders in de interventie worden betrokken en thuis meewerken aan de generalisering van zelfinstructies en andere aangeleerde methodieken in diverse probleemsituaties. De ouders kunnen daarom het best getraind worden als 'helper-therapeut' (Bosch & Ringrose, 1997). Van ouders wordt ook verwacht dat ze als model fungeren en dat ze het nieuwe

gedrag gepast bekrachtigen met behulp van symbolische (bijv. inruilbare fiches), materiële (bijv. kleine cadeautjes) en sociale bekrachtiging (bijv. leuke activiteiten in het vooruitzicht stellen; aanmoedigende woorden).

CGT kan in een gezinstherapeutisch kader gebruikt worden. Met behulp van aangepast concreet materiaal zoals een monopolyspel of ganzenbord dat verwijst naar (conflict) situaties uit het dagelijks leven helpt de therapeut de gezinsleden om hun gedachten en gevoelens hierover te identificeren en te uiten. Wie bij het spelen van het spel op een vakje komt legt uit hoe hij zich in die situatie voelt, wat hij erbij denkt en waarom hij in een bepaalde situatie zo handelt. Dit kan leiden tot meer begrip en tot vinden van een onderhandeld compromis (zie ook Hoofdstuk 8 in dit boek).

6-9 Besluit

Cognitieve gedragstherapie biedt vele mogelijkheden in de behandeling van kinderen. Toch moet gesteld worden dat het gedrag een onmisbare toegang blijft om verandering te bewerkstelligen. Vooral bij kinderen is gedragsinoefening nodig ter bevordering en generalisering van de nieuw aangeleerde cognities. Therapieën voor kinderen zijn in dit opzicht niet alleen 'praat-therapieën' maar ook, en misschien wel vooral, doe-therapieën. Cognitie blijft steeds één element van het functioneren van het kind, naast affectieve, motorische en fysiologische componenten. Uiteraard neemt dit element in belang toe naarmate het kind ouder wordt. Telkens blijven de meer klassieke gedragstherapeutische technieken hun plaats behouden, met name de gedragsinoefening en de blootstelling enerzijds en operante technieken gericht op motivatie, generalisatie en behoud van verandering anderzijds.

Samengevat kan men stellen dat ook cognitieve technieken beter bekliven als zo veel mogelijk zintuigen van het kind geprikkeld en gebruikt worden om de nieuwe ervaringen te verwerken en op te slaan. Stelt men zich bij cognitieve therapie een ernstige volwassene en een volgzaam kind voor die gedurende lange tijd samen aan een tafel blijven zitten en rustig keuvelen over gedachten, dan is men ver verwijderd van een aan het kind aangepast veranderingsmodel.

Referentielijst

- Arntz, A. (1991). Principes en technieken van de cognitieve therapie. *Directieve Therapie*, 11, 252- 268.
- Bannink, F.P. (2006). *Oplossingsgerichte Mediation [Solution-Focused Mediation]*. Amsterdam: Pearson.
- Barrett, P.M., & Holmes, J. (2001). Attachment Relationships as Predictors of Cognitive Interpretation and Response Bias in Late Adolescence. *Journal of Child and Family Studies*, 10, 51-64.
- Bash, M., & Camp, B. Think aloud program: Group manual. Unpublished manuscript. University of Colorado Medical School, 1975.
- Beck, A.T. (1963). Thinking And Depression. *Archives of General Psychiatry*, 14, 324-33.
- Beck, A.T. (1983). Cognitive therapy of depression: New perspectives. In: P.J. Clayton & J.E. Barnett (Eds), *Treatment of depression: Old controversies and new approaches* (265–290). Raven Press: New York.
- Bishop, S., Dalgleish, T. & Yule, W. (2004). Memory for emotional stories in high and low depressed children. *Memory*, 12, 214-230.
- Bögels, S. (2008). *Denken + Doen = Durven*. Bohn/Stafleu: van Loghum.
- Bosch, J.D., & Ringrose, H.J. (1997). Mediatetherapie met ouders: Individueel en in groepen. *Praktijkreeks Gedragstherapie*, deel 6. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum
- Bower, G. H. (1981). Mood and memory. *American Psychologist*, 2, 129-148.
- Bracke, D., & Braet, C. (2000). De Vragenlijst Positieve en Negatieve Gedachten bij kinderen. *Gedragstherapie*, 33, 2000, 43-62.
- Braet, C. (2010). Pak aan, handleiding voor therapeuten. Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Braet, C., & Bögels, S. (2008). *Protocollaire behandelingen voor kinderen met psychische klachten*. Amsterdam: Boom.
- Braet, C., & Crombez, G. (2003). Cognitive interference due to food cues in childhood obesity. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 32, 32-39.
- Braet, C., Joossens, L., Swets, E., Mels, S., Moens, E., Tanghe, A. (2010). *Kinderen en jongeren met overgewicht. Handleiding voor begeleiders*. Antwerpen/Appeldoorn: Garant.

- Braet, C., Moens, E., & Mels, S. (2008). Multidisciplinaire behandeling van kinderen met overgewicht. In C. Braet & S. Bögels (Eds.), *Protocolaire behandelingen voor kinderen met psychische klachten* (453-472). Amsterdam: Boom.
- Camp, B., Blom, G., Herbert, F., & Van Doorwick, W. (1976). Think aloud: A program for developing self-control in young aggressive boys. University of Colorado School of Medicine.
- Cauffman, L., & van Dijk, D.J. (2009). Handboek oplossingsgericht werken in het onderwijs. Boom onderwijs.
- Celestin-Westreich, S., & Celestin, L.P. (2010). Kind-, opvoedings- en gezinsdiagnostiek in FACE©-perspectief. Leuven / Den Haag: ACCO.
- Cladder, J.M., Nijhoff-Huyse, M.W.D. & Mulder, G.A.L.A. (2009). Cognitieve gedragstherapie met kinderen en jeugdigen; probleemgericht én oplossingsgericht. Amsterdam: Pearson Assessment and Information B.V.
- Cladder, H. (2010). *Oplossingsgerichte korte psychotherapie*. Pearson Assessment and Information.
- Claus, L., De Mey, W., Merlevede, E., Bosmans, G., Van Leeuwen, K., Braet, C. (2009). Kindtrainingen. Een volwaardige component van vroege interventieprogramma's voor antisociaal gedrag?. *Gedragstherapie*, 42, 49-68.
- De Cuyper, S., & Braet, C. (2006). *Sociale Probleem Oplossingsschaal – Herziene versie*. Universiteit Gent.
- de Decker, A., Hermans, D., Raes, F., & Eelen, P. (2003). Autobiographical memory specificity and trauma in inpatient adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 32, 22-31.
- D'Zurilla, T. J., & Godfried, M. R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78, 107-26.
- Eisen, A. R., & Kearney, C. A. (1995). *Practitioner's guide to treating fear and anxiety in children and adolescents. A cognitive-behavioral approach*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. New York: Lyle Stewart.
- Ellis, A., & Bernard, M.E. (1983). Rational-emotive approaches to the problems of childhood. New-York: Plenum Press.
- Friedberg, R.D., McClure, J.M., & Hillwig Garcia, J. (2009). *Cognitive Therapy Techniques for Children and Adolescents: Tools for Enhancing Practice*. Guilford Press.

- Friedberg, R.D., McClure, J.M., & Hillwig Garcia, J. (2009). *Clinical practice of cognitive therapy with children and adolescents: the nuts and bolts*. Guilford Press.
- Greenberger, D. , & Padesky, C. (1999). *Je gevoel de baas. Leer je negatieve denkpatronen te veranderen*. Harcourt.
- Harter, S. (1982). A developmental perspective on some parameters of selfregulation in children. In P. Karoly & F.H. Kanfer (Eds.), *Selfmanagement and behavior change 6* (pp. 165-204). New York: Pergamon Press.
- Hermans, D., Crombez, G., Van Rijsoort, S., & Laeremans, I. (2002). De Meta-Cognities Vragenlijst. *Gedragstherapie*, 35, 341-352.
- Hughes, C. A. (1988). *The test-taking strategy*. Invited paper presented at the annual meeting of the Learning Strategies Trainers, Washington, DC.
- Jacquez, F., Cole, D.A., & Searle, B. (2004). Self-Perceived Competence as a Mediator Between Maternal Feedback and Depressive Symptoms in Adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 32, 355-367.
- Kagan, J.(1966). Reflection-impulsivity: the generality and dynamics of conceptual tempo. *Journal of Abnormal Psychology*, 71, 17-24.
- Kendall, P.C. (1993) 'Cognitive-behavioral therapies with youth', *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 1053-1058.
- Kendall, P.C. (1994). Treating anxiety disorders in children: results of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 100-110.
- Kendall, P.C., & Braswell, L. (1985). *Cognitive-behavioral therapy for impulsive children*. New-York: The Guilford Press.
- Kendall, P.C., Flannery-Schroeder, E., Panichelli-Mindel, S.M., Southam-Gerow, M., Henin, A., & Warman, M. (1997). Therapy for youths with anxiety disorders: a second randomized clinical trial, *Journal of consulting and Clinical Psychology*, 65, 366-380.
- Kieviet, Th., Tak, J.A., & Bosch, J.D. (2008.). *Handboek psychodiagnostiek voor de hulpverlening aan kinderen*. Utrecht: De Tijdstroom.
- LeFevre de Ten Hove, M. (2000). *Korte therapieën*. Leuven: Garant.
- Mangus, P. (2009). Nederlandstalige versie van de Sentence Completion Test for Depression (SCD-15-NL), *Gedragstherapie*, 42, 95-108.
- Maric, M., Heyne, D., van Widenfelt, B., & Westenberg, P. (2010). Distorted Cognitive Processing in Youth: The Structure of Negative Cognitive Errors and Their Associations with Anxiety. *Cognitive Therapy and Research*,

- Meador, A.E., & Ollendick, Th.H. (1984). Cognitive behaviour therapy with children: An evaluation of its efficacy and clinical utility. *Child & Family Behavior Therapy*, 6, 25-44.
- Meichenbaum, D.H. (1977). *Cognitive-behavior modification. An integrative approach*. New-York: Plenum Press.
- Moens, E., & Braet, C. (2008). Protocolaire behandeling van somatofore stoornissen. In C. Braet & S. Bögels (Eds.), *Protocolaire behandelingen voor kinderen met psychische klachten* (131-156). Amsterdam: Boom.
- Muris, P., Meesters, C., & Gobel, M. (2001). Reliability, validity, and normative data of the Penn State Worry Questionnaire in 8-12-yr-old children. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 32, 63-72.
- Pameijer, N., & Van Beukering, T. (2004). *Handelingsgerichte diagnostiek: een praktijkmodel voor diagnostiek en advisering bij onderwijsleerproblemen*. Leuven/Voorburg: ACCO.
- Prins, P.J.M. (1986). Children's self-speech and self-regulation during a fear provoking behavioral test. *Behavior research and therapy*, 24, 181-191.
- Prins, P.J.M., & Hanewald, C.J.F.P. (1997). Self-statements of test-anxious children: thought-listing -and questionnaire approaches. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 440-447.
- Raes, F., Hermans, D., & Eelen P. (2003). De Nederlandstalige versie van de Ruminative Response Scale (RRS-NL) en de Rumination on Sadness Scale (RRS-NL). *Gedragstherapie*, 36, 97-104.
- Reinecke, M. A., Dattilio, F. M., & Freeman, A., (Eds.) (2003). *Cognitive therapy with children and adolescents (2nd Ed): A Casebook for clinical practice*. New York: Guilford Press.
- Rijkeboer, M.M., & de Boo, G.M. (2010). Early maladaptive schemas in children: Development and validation of the schema inventory for children. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 41, 102-109.
- Roelofs, J. (2005). *Nederlandse experimenteel vertaalde kinderversie van de Response Style Questionnaire*. Universiteit Maastricht.
- Stallard, P. (2006). *Denk goed, voel je goed. Werkboek cognitieve gedragstherapie voor kinderen en jongeren*. Nieuwezijds B.V.
- Stark, K.D. (1990). *Childhood depression: School based intervention*. New-York: Guilford Press.

- Stark, K. D. (2009). *The ACTION Treatment Program: Roots in Self-Control Therapy*. Texas: Houston.
- Timbremont, B., & Braet, C. (2007). *Cognitieve triade vragenlijst*. Universiteit Gent.
- Topman, R.M., Kleijn, W.C., & Van der Ploeg, H.M. (1997). Cognitieve balans van negatieve en positieve gedachten en examenvrees. *Gedragstherapie*, 30, 85-103.
- Van Oost, P., Braem, M., De Ruyck, H., & Mommerency, G. (1989). *Bevorderen van sociale competentie bij kinderen*. Leuven/Amersfoort: ACCO.
- Van Vlierberghe, L., Braet, C., Bosmans, G., Rosseel, Y., & Bögels, S. (2010). Maladaptive schemas and psychopathology in adolescence: On the utility of Young's schema theory in youth. *Cognitive Therapy and Research*, 34, 316-332.
- Verstraeten, K., Bijttebier, P., Crombez, G., Mertens, G., Mascagni, T., & Goubert, L. (2003). De Pain Catastrophizing Scale for Children: Predictieve validiteit in een klinische steekproef. *Gedragstherapie*, 36, 299-307.
- Wolters, T., de Haan, E., & Paauw, C. (2008). *Bedwing je dwang*. Bohn/Stafleu: van Loghum.
- Young, J.E. (1990). *Cognitive Therapy for Personality Disorder: A Schema-Focused Approach*. Sarasota, Florida: Professional Resource Press.
- Young, J.E., & Brown, G. (1990). *Young Schema Questionnaire*. New York: Cognitive Therapy Center of New York.