

# Mediatieve gedragstherapie in het verpleeghuis: het gebruik van cognitief gedragstherapeutische analyses en cognitieve interventies met een zorgteam

Marion Klaver<sup>1</sup> en Jacqueline A-Tjak<sup>2</sup>

## SAMENVATTING

In dit artikel wordt een casus uit de verpleeghuiszorg gepresenteerd om uitleg te geven aan het gebruik van cognitieve gedragstherapeutische analyses in een mediatief behandelplan met een zorgteam. Er wordt ingegaan op de meerwaarde van het gebruik van cognitieve interventies met een zorgteam. Tot slot wordt er aandacht besteed aan de randvoorwaarden waaraan een zorgteam zou moeten voldoen voor het indiceren van mediatieve gedragstherapie.

## INLEIDING

### *Het verpleeghuis en de cognitieve gedragstherapie*

In het verpleeghuis verblijft een cliëntenpopulatie welke voor een groot deel bestaat uit oudere volwassenen (gemiddelde leeftijd 81,5 jaar) maar in toenemende mate (10%) ook uit jongere volwassenen (Pot & Wilterdink, 2003). Bij een groot deel van de diagnoses waarmee cliënten opgenomen worden in het verpleeghuis is er sprake van cognitieve- en gedragsproblemen. Het grootste deel van deze diagnoses betreft een (progressief) dementieel syndroom. Andere diagnoses in het verpleeghuis, welke cognitieve en gedragsproblemen ten gevolge hebben, zijn bijvoorbeeld CVA (cerebro vasculair accident) en de ziekte van Korsakow. Over cognitieve gedragstherapie bij ouderen is de laatste jaren steeds vaker gepubliceerd. Vooral CGT bij cognitief intacte ouderen cliënten is goed onderzocht en positief gebleken (Gallagher-Thompson & Thompson, 1996; Weijnen, 1998). Over CGT bij niet-cognitief-intacte cliënten is veel minder bekend. Cognitieve problemen zouden geen uitsluitingscriterium hoeven zijn voor een psychotherapeutische behandeling (Kuin, 2004). Vooral wanneer het cognitieve beperkingen betreft in een beginstadium van een dementeringsproces (Legra & Bakker, 2002) of wanneer het cognitieve revalidatie betreft na bijvoor-

1. GZ-psycholoog/gedragstherapeut in verpleeghuis de Poort. Zorggroep Amsterdam.

E-mail: marion.klaver@zorggroep-amsterdam.nl

2. Werkzaam als klinisch psycholoog/psychotherapeut. GGZ Dijk en Duin, Zaandam.

beeld een CVA (Judd, 1999) zijn er positieve resultaten bekend. Regelmatig zijn de cognitieve beperkingen van cliënten echter zo ernstig dat een individueel therapeutisch contact niet meer mogelijk is. Op het moment dat een cliënt niet meer zelf in staat is tot een therapeutisch contact of wanneer gedrag voornamelijk onder invloed van de omgeving staat is er de mogelijkheid om de omgeving van een cliënt in te schakelen voor het bereiken van veranderingen bij de cliënt.

In de kinderpsychologie in Nederland wordt deze manier van behandelen mediatieve therapie genoemd (Bosch, 1997) waarbij een kind via belangrijke derden (verzorger of ouders) behandeld wordt. Sinds de jaren '90 bestaat er in de verpleeghuissetting een groeiende interesse voor deze therapievorm en is de mediatieve therapie ontwikkeld tot een belangrijke activiteit van de psycholoog werkzaam in het verpleeg- of verzorgingshuis (Kuin, 2004).

#### *Mediatieve gedragstherapie*

De gedragstherapie kent een belangrijke rol toe aan omgevingsfactoren met betrekking tot het beïnvloeden of mede instandhouden van gedrag (Korrelboom en Ten Broeke, 2004). Het daadwerkelijk betrekken van de omgeving in het veranderen van problematisch gedrag is voor het eerst beschreven door Tharp & Wetzel (1969) in een triadisch werkmodel: een deskundige biedt via een mediator hulp met betrekking tot problematisch gedrag van een kind waarbij de mediator zelf het probleem in de eigen omgeving kan oplossen.

De mediator is, of zijn, degene(n) die in direct contact staat/staan met het kind en betreft (dus) meestal de ouders. In de behandeling van een cliënt in een intramurale setting is het zorgteam meestal betrokken als mediator. In eerste instantie werd het triadische werkmodel zoals beschreven door Tharp en Wetzel niet gezien als therapie maar als een consult waarin adviezen gegeven worden. De relatie tussen de therapeut en de mediator was het beste te vergelijken met die van consultgever en consultvrager (Bosch & Ringrose, 1997). In de verdere ontwikkeling van de mediatieve gedragstherapie heeft de mediatieve werkwijze een meer therapeutisch karakter gekregen en wordt het voorschrijven van expliciete gedragstechnieken aan de mediator niet gezien als een vrijblijvend advies maar als een therapeutische interventie voortkomende uit een gedragstherapeutische analyse. De relatie tussen de therapeut en mediator verschoof van consultgever en consultvrager naar die van gedragstherapeut versus co-therapeut waarbij de mediator gezien kan worden als een 'verlengde' van de gedragstherapeut.

#### *Mediatieve gedragstherapie in het verpleeghuis*

De meeste beschrijvingen van mediatief werken in het verpleeghuis lijken overeen te komen met de oorspronkelijke gedachten van Tharp en Wetzel. Onder de noemer van consultatie (Kat & Allewijn, 2001) teambegeleiding (Klomp 1997; Allewijn & Haaring 2004), klinische lessen (Geertsema, 2004) of omgangs-overleg (Allewijn & Haaring, 2004) worden er vrijblijvende gedragsadviezen of educatie gegeven waarbij de relatie tussen de therapeut en de mediator (zorgteam) beschreven wordt als adviseur-cliënt, supervisor-cliënt (Allewijn &

Haaring, 2004) of in het geval van klinische lessen gezien kan worden als leraar-leerling.

Bij het tot stand komen van gedragsadviezen in het verpleeghuis wordt relatief weinig gebruik gemaakt van een gedragstherapeutische gedragsanalyse waarin de omgevingsinvloeden duidelijk in kaart gebracht zijn (Hamer, 1998; 2001). Regelmatig wordt er gewerkt met standaardadviezen over hoe om te gaan met vaak voorkomende gedragsproblemen zoals agressie, apathie, dwalen en dergelijke. Hamer introduceerde eind jaren negentig het gedragstherapeutische werkmodel in het mediatief werken in het verpleeghuis. Tevens verschenen er in die perioden enkele publicaties waarin de toepasbaarheid en het belang van mediatieve gedragstherapie in het verpleeghuis beschreven worden op basis van langdurige klinische ervaring (Geelen & Bleijenberg, 1999). In deze publicaties wordt de relatie tussen de gedragstherapeut en de mediator (zorgteam) gedefinieerd als die van gedragstherapeut en co-therapeut. Het achterwege laten van een gedragstherapeutische analyse en het hanteren van standaardadviezen kan allerlei negatieve gevolgen hebben. Gedrag wordt onterecht beschouwd als iets homogeen, het risico neemt toe dat de cliënt prettige ervaringen of positieve bekrachtiging misloopt, er wordt sneller gebruik gemaakt van sederende medicatie, wat vaak een verschuiving naar ander probleemgedrag geeft (o.a. Hamer & Vink, 2001) en de standaardadviezen zijn beperkt tot het aangrijpingspunt van het overte gedrag van het zorgteam (en niet gedachten of gevoel). Daarnaast kan aangevoerd worden dat adviezen vrijblijvend zijn en regelmatig niet of inconsequent uitgevoerd worden. Dit levert op operant niveau vaak een extra bekrachtiging in de vorm van *intermittent reinforcement*.

#### *Indicatie -en selectiecriteria met betrekking tot de mediator*

In een mediatieve behandeling is er een belangrijke taak weggelegd voor de mediator. In de kinderpsychologie zijn er aandachtspunten geformuleerd met betrekking tot het aanvangen van een mediatieve behandeling wanneer de mediator de ouders betreft. Bosch (1997) noemt de volgende selectiecriteria; voldoende contact met het kind, de ouders moeten in staat zijn tot voldoende zelfwerkzaamheid, er moet sprake zijn van voldoende motivatie en er moet geen sprake zijn van te sterk interfererende eigen problemen van de ouders. Kat en Allewijn (2001) geven binnen de verpleeghuissetting een overzicht van gedragsproblemen waarbij – op basis van ervaring – het best besloten kan worden om mediatieve interventies aan te vangen. Er is echter niets bekend over de voorwaarde of selectiecriteria ten aanzien van het zorgteam zelf.

#### *Interventies in een mediatieve behandeling: van operant conditioneren naar cognitieve technieken*

De mediatieve therapie bij kinderen richt zich primair op de operante invloed en hiermee op het gedrag van de omgeving. Alhoewel de invloed van gedachten en gevoelens van ouders in een mediatieve behandeling van een kind worden onderkend, worden cognitieve technieken nauwelijks toegepast in de mediatieve gedragstherapie. In de praktijkvoorbeelden die beschreven zijn wordt er gebruik gemaakt van de cognitieve technieken zoals die bij de behandeling van indivi-

dule volwassenen bekend zijn, zoals de rationeel emotieve therapie (RET). Bosch en Ringrose (1997) stellen dat het gebruik van cognitieve technieken teveel vaardigheden vereist van ouders, vooral in intellectuele zin. Deze auteurs betrekken pas de cognities en emoties van ouders in de analyse en behandeling op het moment dat er een stagnatie optreedt in het uitvoeren van de gekozen operante interventies. Ook de mediatieve therapie met zorgteams maakt van origine met name gebruik van operante technieken. In de jaren 70 werd in de psychiatrie het mediatief gebruik van operante technieken bekend onder de naam *token-economy*. Gewenst gedrag werd beloond met tokens die konden worden gespaard en ingewisseld voor een grotere beloning zoals bijvoorbeeld sigaretten.

In het verpleeghuis worden veel – aan het operante leerprincipe gerelateerde – technieken als time-out (Appelo & Slooff, 1993), positieve bekrachtiging (Van der Gaag & Van der Plas, 1991) en negeren gebruikt.

Het gebruik van cognitieve technieken bij een zorgteam is relatief nieuw. Geelen en Bleijenberg (1999) bepleiten in twee casusbeschrijvingen de aandacht voor de emoties en gedachten van zorgteams. Recentelijk verscheen er een publicatie waarin de RET-behandeling van een individueel zorgteamlid beschreven werd (Geelen, 2003). Ook Rewilak (2001) besteedt, zonder het als cognitieve techniek te benoemen, aandacht aan helpende gedachten van zorgteamleden voordat ze een moeilijke zorgsituatie binnen treden.

Het gebruik van cognitieve technieken in een mediatieve behandeling met een zorgteam lijkt een goed toepasbare en waardevolle aanvulling van het therapeutisch arsenaal van de gedragstherapeut. Cognities van een zorgteam zijn regelmatig irrealistisch, belastend en staan een gewenste gedragsverandering van de omgeving soms in de weg. Daarnaast is er in een mediatieve behandeling in het verpleeghuis vaak sprake van doelstellingen in de vorm van acceptatie of verminderen van negatieve gevoelens ten opzichte van gedrag van cliënten. Bij een dergelijke doelstelling speelt het veranderen van cognities van het zorgteam vaak een belangrijkere rol dan het veranderen van gedrag van het zorgteam.

In de volgende gevalbeschrijving wordt een mediatief behandeling gepresenteerd waarin de gedragstherapeut – met inschakeling van een zorgteam – op basis van cognitief-gedragstherapeutische analyses zowel cognitieve – als gedragstherapeutische interventies inzet. In de discussie zal – mede aan de hand van de geïllustreerde casus – het gebruik van gedragstherapeutische analyses en cognitieve interventies in een mediatieve behandeling met een zorgteam besproken worden. Tot slot zal er een aanzet worden gedaan tot het formuleren van selectiecriteria met betrekking tot het starten van een mediatieve gedragstherapie met een zorgteam.

#### GEVALSBESCHRIJVING

##### *Cliëntgegevens*

Cliënte is een 52-jarige vrouw die sinds enkele jaren opgenomen is op een somatische afdeling van het verpleeghuis. Cliënte heeft een hersenstaminfarct doorgemaakt tengevolge van trombose met een comaduur van enkele maanden. Door dit infarct heeft zij een zeer ernstige spastische tetraplegie (krampachtige

verlamming aan alle ledematen), slikproblemen, dysartrie (moeilijke verstaanbaarheid) en bradyfrenie (traagheid en slaperigheid). Ten aanzien van de spasische verlamming in haar benen bestaan er zeer ernstige pijnklachten waarbij sprake is van causalgie: een zeer heftige, brandende en nauwelijks te verdragen pijn waardoor geen enkele aanraking in het betreffende gebied verdragen kan worden. Beweging en de invloed van emoties zouden deze pijn kunnen verergeren (Oosterhuis, 1990; Van Cranenburgh, 1989). De pijnklachten beperken in belangrijke mate de mogelijkheden voor een rustige en effectieve verzorging. Medisch is er uitgebreid aandacht geweest voor het beïnvloeden van de pijnklachten tijdens de zorg door pijnmedicatie en de uitvoering van een aantal operaties waarin de stand van de benen van cliënte werden aangepast. Sinds enkele weken is het pijngedrag van cliënte opvallend toegenomen en wordt de verzorging van cliënte steeds meer bemoeilijkt.

Over het verleden van cliënte is zeer weinig bekend. Cliënte is op het moment van haar herseninfarct gescheiden en heeft drie jonge zoons (9,11 en 17 jaar). Cliënte is niet bekend met een psychiatrische voorgeschiedenis en heeft vóór het infarct gewerkt als verpleegkundige in een ziekenhuis. Over de ontwikkeling van cliënte, haar persoonlijkheid en coping kunnen haar zonen, vanwege hun jonge leeftijd weinig melden. Ook cliënte zelf is – vanwege de ernstige communicatieve beperkingen – niet in staat hier informatie over te geven. Er is weinig tot geen contact met andere familieleden.

#### *Teamgegevens*

Het zorgteam bestond uit 11 teamleden welke in de directe zorg betrokken waren. Hiervan was 15 % man en 85 % vrouw, de gemiddelde leeftijd was 32. Het zorgteam was heterogeen van samenstelling qua opleidingsniveau (lbo-, mbo- en hbo niveau), culturele achtergrond en functie (ziekenverzorgende, geriatrisch verpleegkundige, verpleeghulp). Er zijn geen aanwijzingen voor kluwen- of loszandgedrag bij het zorgteam (Klomp, 1997).

Het gedrag van het zorgteam in de verzorgingssituatie werd bekeken op twee verschillende niveaus binnen de FA van cliënt (zie figuur 1).

- Op antecedent niveau speelt de vraag hoe een cliënte met aanrakingspijn verzorgd moet worden vanuit medische/fysiotherapeutische optiek. Hierbij moet gedacht worden aan de hoeveelheid te besteden tijd, volgorde van handelingen en technische uitvoering. Uitgangspunt hierbij was dat de verzorging geen onnodige handelingen zou verrichten welke pijngedrag bij cliënte zouden uitlokken.
- Op consequent niveau spitst zich de vraag toe op de operante reactie van teamleden op pijngedrag.

De bejegening van het team bleek op antecedent niveau van constante en goede kwaliteit gezien vanuit fysiotherapeutisch en medisch oogpunt bij aanrakingspijn.

Op consequent niveau bleek het team bij elke mate van pijngedrag zorg te bieden. De mate van aandacht voor cliënte nam toe bij een toename van de ernst van het pijngedrag in de vorm van geruststellend toespreken, begrip tonen, moed

inspreken, nagaan waarom cliënte pijngedrag uit door het herhaaldelijk vragen hierover stellen aan cliënte.

*Probleemconcretisering: Aard en ernst van het pijngedrag.*

Door middel van teambesprekingen en de observaties in de dagrapportage kan de aard van het pijngedrag tijdens de verzorgingssituaties worden beschreven als huilgedrag, van zachtjes jammerend tot hard, indringend, gillen, ook beschreven als 'gorgelend en bijna stikkend, gaat door merg en been', knijpen van de verzorging in armen of zij, wegduwen van de verzorging. Dit gedrag was aanwezig tijdens de verzorgingssituaties waarin cliënte werd gewassen, aan- of uitgekled, in of uit bed gehaald en aanraking van het lichaam niet vermeden kan worden. In het verdere verhaal zal de term 'verzorgingssituatie' verwijzen naar de bovenstaande situatie.

Pijngedrag komt bij elke verzorgingssituatie voor maar is wisselend qua duur en ernst.

Hierbij werd de duur/ernst van het pijngedrag verdeeld in twee categorieën.

- Matig pijngedrag: pijngedrag dat niet tijdens de hele zorg aanwezig is en gematigd is qua inhoud (b.v.: zachtjes huilen)
- Ernstig pijngedrag: pijngedrag dat aanhoudend tijdens het grootste gedeelte of de gehele zorgtijd aanwezig is en ernstig qua inhoud (b.v. hard huilen en gillen)

*Hulpvraag en behandeldoelen.* De hulpvraag van zowel cliënte, haar familie als het team betreft het verbeteren van de verzorgingssituatie

Er werd samen met het zorgteam gekomen tot een viertal doelstellingen.

- Vermindering van negatieve gevoelens bij het team ten aanzien van pijngedrag
- Adequate benadering door het team ten aanzien van het pijngedrag van cliënte op consequentieniveau
- Afname in de frequentie van het ernstig storende pijngedrag van cliënte
- Stabilisatie (geen verdere achteruitgang of verergering) van cliëntes stemming, activiteitsniveau en hulpbehoefte

*Metingen*

Er werden verschillende metingen verricht op verschillende momenten van de behandeling ten aanzien van de gestelde doelen.

*Gevoelens van het zorgteam ten aanzien van het pijngedrag van cliënte.* De mate van negatieve gevoelens (irritatie/boosheid, spanning/angst en medelijden), ten aanzien van het pijngedrag werd voor de behandeling, tijdens de behandeling in maand 6 en maand 12 en na de behandeling in kaart gebracht via een schaal van 0-10 waarbij 0 = 'goed gevoel', en 10 = 'slecht gevoel'.

*Frequentie van de twee geformuleerde categorieën pijngedrag.* De frequentie van twee categorieën pijngedrag ('matig' en 'ernstig') werd op verschillende tijdstippen (voor de aanvang van de behandeling, in maand 6 en 12 tijdens de behan-

deling en 2 maanden na de behandeling) door middel van de dagrapportage vastgesteld door het aangeven van de aard van het pijngedrag per verzorgingssituatie.

*Stemming, activiteitenniveau en hulpbehoevendheid van cliënte.* Stemming, activiteitenniveau en hulpbehoevendheid werd gemeten via speciaal voor het verpleeghuis vervaardigde gedragsobservatieschalen. De *Beoordelingsschaal Oudere Patiënten* (BOP; Van der Kam & Wimmers, 1971) bevat 35 vragen over onder meer hulpbehoevendheid, stemming en activiteitenniveau. De scoring verloopt via een driepuntsschaal. De verkorte *Gedragsobservatieschaal voor Intramurale Psychogeriatric* (GIP-28; De Jonghe et al., 1997) bevat 28 gedragsobservaties welke een scoren geven op drie subschalen: apathie, cognitie en affect. Het betreft een schaal voor de intramurale psychogeriatric maar er zijn tevens normgegevens voor een somatische verpleeghuisgroep, de normgroep waar cliënte toe behoort. Deze metingen werden vóór de behandeling gedaan en herhaald na de behandeling.

*Beklijving van geleerde voor toekomst.* Er werd een vragenlijst voor verzorgenden gemaakt waarop vragen gesteld werden over:

- de verandering op het gebied van gedrag, gedachten en gevoel van het zorgteam,
- wat het zorgteam geleerd heeft
- wat het zorgteam nog steeds gebruikt (om generalisatie naar andere casuïstiek in kaart te brengen).

*Analyses.* Naast een beschrijvende diagnose via de DSM werden er verklarende functieanalyses (FA's) gemaakt (Korrelboom & Ten Broeke 2004). Door de beperkingen van cliënte was een individueel praatcontact onmogelijk en werd er gekozen voor een mediatieve aanpak. Het behandelplan kwam tot stand vanuit de FA's van cliënte en van het zorgteam.

*Functieanalyses.* Voor het maken van de FA's werden twee verschillende modellen gehanteerd. Voor de FA van cliënte werd – gezien cliënte haar beperkte mogelijkheden informatie te geven over haar gevoelens en gedachten – volstaan met het model  $SD: R \rightarrow C$  (A-Tjak, 2005). Voor de FA van het zorgteam werd het drie-factoren model van Orlemans (1976) gebruikt om met het zorgteam zowel cognitieve – als gedragsmatige interventies te kunnen inzetten. De FA's zijn weergegeven in Figuur 1 en 2.

#### *Behandelplan: de werkhypothesen*

Uit de functieanalyses kan opgemaakt worden dat de invloed van het zorgteam met betrekking tot cliëntes pijngedrag met name ligt op het consequentieniveau (zie FA cliënte). Door de reactie van het zorgteam (veel en blijvende aandacht voor het pijngedrag en herhaalde pogingen tot zorgverlening ongeacht de ernst van het pijngedrag) houdt het zorgteam het pijngedrag van cliënte mede in stand. Het niet gewenste gedrag van het zorgteam op consequentieniveau lijkt – vanuit de FA van het zorgteam – met name onder invloed te staan van gevoelens van machteloosheid en irreële en belastende cognities van het zorgteam over het (voort)bestaan van het pijngedrag van cliënte. Om de doelstellingen te behandelen zal daarom eerst gewerkt moeten worden aan het verminderen van de gevoe-

lens van machteloosheid van het zorgteam (FA zorgteam) om vervolgens het gedrag van het zorgteam op consequentieniveau (FA cliënte) aan te kunnen pakken. De voorspelling is dat na het beïnvloeden van deze twee aangrijpingspunten de frequentie van het ernstige pijngedrag zal afnemen.

*Figuur 1*

Funcctieanalyse van de cliënt

---

**Sd**

Pijn in de verzorgingssituatie

**R**

Pijngedrag in de vorm van:

- Huilgedrag van zachtjes jammerend tot hard, indringend, gillen en ook beschreven Als 'gorgelend en bijna stikkend'
- Wegduwen van verzorging
- Knijpen van de verzorging in armen of zij

**C**

*Op onmiddellijke en korte termijn*

- Hypothetisch\*: Verlichting van negatieve gevoelens (-S-)
- Toename van aandacht van zorgteam in de vorm van geruststellend toespreken en toename verzorgingstijd (+S+)
- Afname van aandacht van het zorgteam (zorgteam praat met elkaar voor afleiding) (-S+)

*Op lange termijn*

- Minder vriendelijke opstelling door tegenzin van het zorgteam (+S-)
  - Uitstel van de verzorging (+S-)
  - Hypothetisch (= afgeleid uit gedrag van cliënte): Toename van de pijn (+S-)
- 

\*) = afgeleid uit gedrag van cliënte

*Figuur 2*

Funcctie-analyse zorgteam

---

**CS**

Huilen, gillen, knijpen en wegduwen door cliënte (= pijngedrag)

**CER**

- Medelijden
- Irritatie/Boosheid
- Spanning/Angst

**COV**

- 'er moet iets aan die pijn te doen zijn!'
- 'ik doe het niet goed!'
- 'mevrouw mag mij niet'
- 'straks stikt ze'
- 'ik kan dit niet meer aan'
- 'mevrouw heeft pijn dus ik faal in mijn verzorging'
- 'mevrouw moet verzorgd worden'

**CAR**

- Mevrouw geruststellend toespreken ('maakt u zich geen zorgen, we verzorgen u zo voorzichtig mogelijk')
- Begrip tonen ('ik weet dat het voor u moeilijk is')
- Moed inspreken ('we zijn bijna klaar met de verzorging')
- Nagaan waarom mevrouw huilt, gilt, knijpt en verzorging wegduwt door vragen te stellen ('waarom slaat u mij?')
- Verzorging blijven bieden in alle omstandigheden
- Teamleden leiden elkaar af door over 'koetjes en kalfjes' te praten
- Onderling praten/klagen over mevrouw

**C**

*Op onmiddellijke en korte termijn:*

- Afname van gevoel van machteloosheid (-S-)
- Afname van gevoelens van schuld (-S-)
- Toename groepscohesie door gedeelde frustratie over cliënte (+S+)
- Toename gevoelens van incompetentie en falen (+S-)
- Behoud of toename van pijngedrag (+S-)

*Op lange termijn:*

- Toename van de groepscohesie door gedeelde frustratie over cliënte (+S+)
  - Burn-out verschijnselen (+S-)
  - Behoud of toename van pijngedrag bij cliënte (+S-)
  - Toename gevoelens van frustratie en tegenzin (+S-)
- 

*Uitvoering*

De behandeling duurde totaal 14 maanden. In deze periode werden 13 teambesprekingen gehouden met een frequentie van 1 keer per maand en een duur van 1 uur met een gemiddelde samenstelling van 5 verzorgende per bijeenkomst inclusief het unithoofd. Het unithoofd werd gekozen als procesbewaker en intermediair tussen de gedragstherapeut en het zorgteam. Als procesbewaker was het unithoofd (mede) verantwoordelijk voor het bewaken van de uitvoering van de opdrachten (observatieopdrachten, gedragsexperimenten) door het team in de tijd tussen de teambesprekingen in. Daarnaast was het unithoofd als intermediair verantwoordelijk voor het signaleren en overdragen van problemen en informatie tijdens de behandeling aan de gedragstherapeut. Van elke teambespreking werd een verslag gemaakt dat gebruikt werd als naslagwerk voor de teamleden die niet aanwezig waren in de teambespreking. Om het behandelproces te kunnen volgen was er naast de maandelijkse teambespreking regelmatig contact met het unithoofd (minimaal 1 keer per week). Aan het einde van de behandeling werden de ingezette en effectief gebleken interventies op een apart blad in het zorgdossier gevoegd om het team bij het verzorgen van cliënte kort te helpen herinneren aan de gekozen (en helpende) werkwijze. Het overzicht van de teambijeenkomsten in de tijd en de (beknopte) inhoud van de teambesprekingen is weergegeven in tabel 1.

Tabel 1  
Overzicht en inhoud van de teambesprekingen (=Tb)

Maand	0	1	2	3	4	5	6	7
		Tb1	Tb2	Tb3	Tb4	Tb5	Tb6	Tb7
	Voor- meting	Inventa- risatie	Inventa- risatie	Cogni- tieve therapie	Cogni- tieve therapie	Cogni- tieve therapie	Cogni- tieve therapie	Cogni- tieve therapie
Maand	8	9	10	11	12	13	14	
	Tb8	Tb9	Tb10	Tb11	Tb12	Tb13		
	Cogni- tieve therapie	Gedrags- therapie	Gedrags- therapie	Gedrags- therapie	Vast- stellen werk- zame inter- venties	Bij- stellen werk- zame inter- venties	Nameting	

### Interventies

Vanuit de variabelen van het zorgteam (heterogeen van samenstelling, beperkt intellectueel- en verbaal functioneren, groepsbenadering) werd er gekozen voor interventies die redelijk eenvoudig overdraagbaar waren, beperkt verbaal van inhoud en met de nadruk op doen en beleven. De interventies worden besproken in de volgorde van uitvoering en conform de doelstellingen en geformuleerde werkhypothesen van het behandelplan.

*Vermindering van negatieve gevoelens bij het team ten aanzien van pijngedrag.* Om de negatieve gevoelens van het zorgteam te verminderen werd er gekozen voor een cognitieve aanpak via de G-training van Rombouts (1988) welke mede geïnspireerd is op het boek over rationeel emotioneel educatie van Dijkstra, Knaus en Ruys (1982). Deze G-training is geschreven als zelfhulpmethode voor psychiatrische cliënten en werkt met concrete en makkelijk toepasbare vragen om cognities uit te dagen ('Is deze gedachte waar?' en 'Helpt deze gedachte?'). Disfunctionele cognities werden op kaartjes gezet. Over de cognities werden groepsgewijs of in subgroepen vragen gesteld zoals wat voel je als je dit denkt, is het waar, klopt het, helpt het, wat zou je iemand anders adviseren te denken, om zo tot alternatieve gedachten te komen. Met de alternatieve gedachten werd een gedragsexperiment uitgevoerd waarbij het zorgteam bewust oefende met de alternatieve gedachten, en hun aandacht leerde focussen op de effecten van hun inzet.

*Adequate benadering door het team ten aanzien van cliënten pijngedrag op consequentieniveau.* Het team kreeg educatie over de operante leerprincipes om te verhelderen hoe hun betrokken reactie op cliënten gedrag het pijngedrag mede in stand hield.

De zorg werd achterwegen gelaten wanneer het pijngedrag zo ernstig was dat zorg geven niet meer mogelijk was. De grens werd geformuleerd in concrete gedragstermen van cliënte:

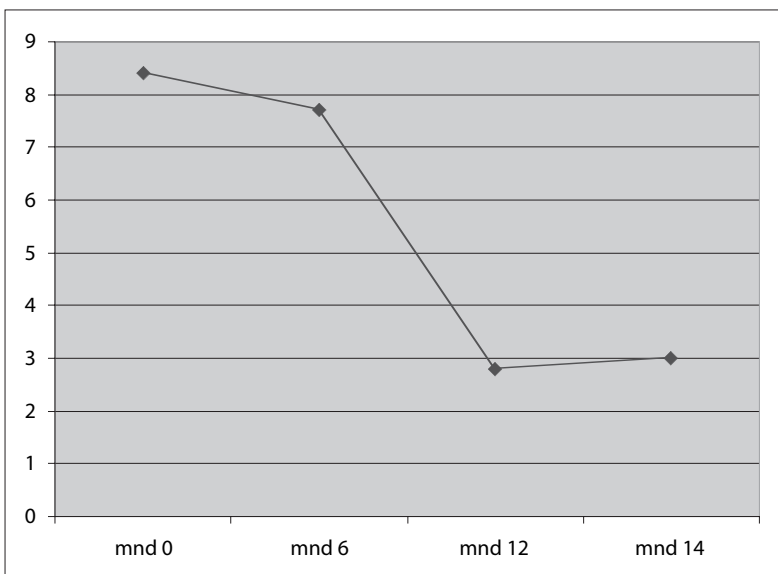
- Wanneer cliënte zo erg huilt/schreeuwt dat ze zich verslikt
- Wegduwen of knijpen
- Cliënte haar dekens over haar hoofd trekt
- Of een combinatie van deze gedragingen

Voor het kenbaar maken van deze grens aan cliënte werd er een gedragsinstructie (voorbeeldzin) gegeven: 'Ik weet dat u veel pijn heeft maar als u zo huilt of duwt dan is het niet goed mogelijk u op een juiste manier zorg te geven'. In alle andere situaties – waarin wel overgegaan werd tot zorgverlening – leerden teamleden minder aandacht te geven aan pijngedrag. Het aandacht geven aan het pijngedrag werd veranderd in het aandacht geven door afleiding te bieden. Er werd positieve aandacht gegeven voor een rustig verlopend zorgproces. Ook hier werd een gedragsinstructie (voorbeeldzin) gegeven: 'Wat fijn voor u dat de zorg rustig verlopen is en u niet zo heeft hoeven huilen, ik heb het ook als prettig ervaren'.

## RESULTATEN

### *Verminderen van de negatieve gevoelens van het team ten aanzien van cliëntes pijngedrag*

De negatieve gevoelens van het team namen over het verloop van de behandeling en ook bij follow-up systematisch af (zie figuur 3). In de vragenlijst die het verzorgingsteam in de nameting kreeg werd deze verschuiving geïllustreerd door opmerkingen als 'Ik voel me rustiger nu ik het beter begrijp', 'ik voel me zekerder'

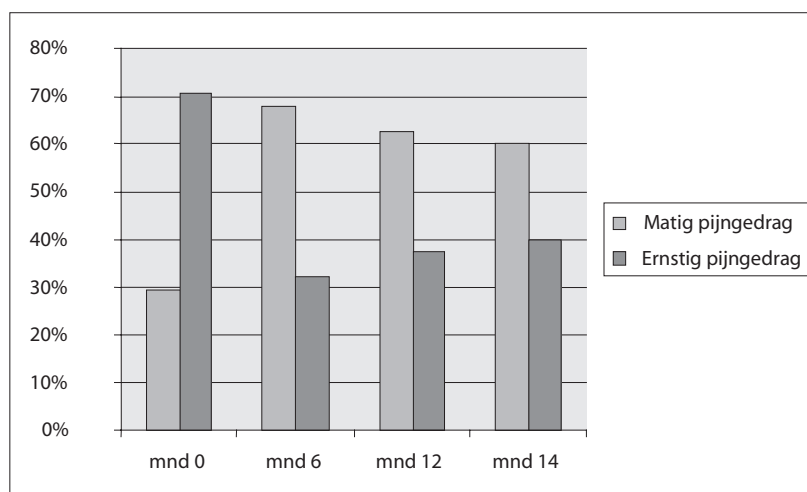


*Figuur 3*  
Verloop negatieve gevoelens van het zorgteam ten aanzien van cliëntes pijngedrag

*Het beperkt aandacht geven aan pijngedrag en het achterwege laten van de zorg op onmogelijk geworden zorgmomenten*

De zorggrens is in het begin van de behandeling 3 maal aanwezig geweest. In plaats van het achterwege laten van de zorg bleek het gebruik van de voorbeeldzin ('Ik weet dat u veel pijn heeft maar als u zo huilt of duwt dan is het niet goed mogelijk u op een juiste manier zorg te geven') motiverend te werken voor cliënte, het pijngedrag nam af zodat uit bed halen alsnog haalbaar was op die dag. Uit de vragenlijst in de nameting gaf 83 % van het zorgteam aan dat hun gedrag op consequentieniveau veranderd was. De inhoud van de gedragsverandering kwam overeen met de geformuleerde zorggrenzen en gedragsalternatieven. Voorbeelden hiervan waren: 'proberen niet teveel aandacht te besteden aan de pijn', 'ik ga niet meer onmiddellijk troosten wanneer cliënte huilt, als je er aandacht aan schenkt gaat cliënte juist meer schreeuwen en huilen', 'grenzen stellen en aangeven', 'niet blijven vragen waarom cliënte nu pijn heeft'

*Afname van de frequentie van het ernstige pijngedrag.* Het verloop van de frequenties van het matige – en ernstige pijngedrag staan in figuur 4. Het ernstige pijngedrag bleek af te nemen in de tijd met een startpercentage van 70% in de voormeting tot 38% aan het eind van de behandeling en 40% in de nameting.



*Figuur 4*

Verloop van de frequentie van het type pijngedrag tijdens de behandeling

*Stabiliseren van cliëntes stemming, activiteitsniveau en hulpbehoefendheid*

Bevindingen op de BOP en de GIP-28 in de voor- en nameting zijn weergegeven in tabel 2. Er zijn geen (significante) verschillen op de BOP tussen de voor- en nameting. Deze bevindingen zijn tevens terug te vinden op de GIP-28. Dit houdt in dat er geen verdere progressie van het beeld is opgetreden. Op de GIP-28 is op de subschaal affect zelfs een lichte afname te zien.

Tabel 2  
Voor- en nameting BOP en GIP(28)

BOP	Voormeting	Nameting
1. Hulpbehoevendheid (0-46)	19	17
2. Agressiviteit (0-10)	2	4
3. Lichamelijke invaliditeit(0-6)	6	4
4. Depressief gedrag (0-6)	4	4
5. Psychische invaliditeit (0-8)	1	0
6. Inactiviteit (0-14)	8	7
<b>GIP(28)<sup>1</sup></b>		
1. Apathie	20	22
2. Cognitie	13	12
3. Stemming	22	19

1. Gebruikte normgroep (De Jonghe, et al., 1997): somatische verpleeghuisbewoners (N = 289).

## DISCUSSIE

Mediatief behandelen is een belangrijke vorm van behandelen in de verpleeghuissetting. Enerzijds omdat cliënten regelmatig te beperkt zijn in het cognitief en gedragsmatig functioneren waardoor een individuele behandeling niet meer mogelijk is maar ook vanwege de grote invloed van de omgeving in het ontstaan en mede instandhouden van ongewenst gedrag in een intramurale setting. De gedragstherapie is bij uitstek een geschikt mediatief therapiemodel om bij gedragsproblemen in een intramurale setting te gebruiken. De gedragstherapie gaat uit van concreet in het hier en nu observeerbaar gedrag en doelstellingen, het gaat uit van leerprincipes waarin omgevingsvariabelen – en hun invloed op het probleemgedrag – duidelijk in kaart worden gebracht.

In tegenstelling tot individuele gedragstherapeutische behandelingen waar het behandelplan tot stand komt op basis van de FA's of BA's in combinatie met de holistische theorie volstaat in de meeste gevallen de FA in een mediatieve behandeling in het verpleeghuis. In een mediatieve behandeling met een zorgteam is het wenselijk een FA te maken van zowel de cliënt als van het zorgteam. De twee FA's vormen als het ware een systeem, ze geven de interactie weer tussen cliënt en het zorgteam. Het gedrag van de cliënt (R) is de CS in de FA van het zorgteam. En de CAR van het zorgteam is een onderdeel van de consequenties in de FA van de cliënt. De FA van de cliënt en het zorgteam geven tevens op een eenvoudige manier helderheid over welke variabelen als aangrijpingspunt gebruikt kunnen worden, en in welke volgorde, voor het behalen van de gestelde doelen.

In de FA van cliënt zijn de aangrijpingspunten ter beïnvloeding van het gedrag van cliënt op Sd en op consequentieniveau. Op Sd niveau gaat het om het beperken of achterwege laten van de prikkels welke het ongewenste gedrag van cliënt oproepen. Niet altijd wordt het Sd-niveau in de FA van de cliënt verhelderd, m.n.

wanneer het interne Sd's betreffen welke niet gecommuniceerd kunnen worden door de cliënt. Wanneer de Sd wel duidelijk wordt dan is het niet altijd mogelijk om op Sd niveau iets te wijzigen. In de casus was het bijvoorbeeld niet mogelijk om de verzorging standaard achterwege te laten.

Op consequentieniveau gaat het om het gedrag van de omgeving welke als bekrachtiging kan werken met betrekking tot het ongewenste gedrag. Op dit niveau wil je in een mediatieve behandeling bereiken dat het ongewenste gedrag zo min mogelijk mede in stand gehouden wordt door het gedrag van het zorgteam.

In de FA van het zorgteam wordt inzichtelijk gemaakt wat het probleemgedrag van de cliënt bij het zorgteam oproept: wat denken ze over het gedrag, wat voelen ze ten aanzien van het gedrag en met welk gedrag reageren ze op het probleemgedrag van cliënt. Er zijn twee redenen om te interveniëren in de FA van het zorgteam, ten eerste wanneer gewenste gedragsveranderingen van het zorgteam (consequentieniveau in de FA van de cliënt) verhinderd worden door negatieve gevoelens en gedachten van het zorgteam. Ten tweede wanneer de doelstelling van de behandeling gericht is op het welbevinden van het zorgteam in plaats van het beïnvloeden van het gedrag van de cliënt. Op het moment dat gedrag van het zorgteam onder invloed staat van negatieve gevoelens en gedachten kan het eerst werken aan deze negatieve gevoelens en gedachten een goede ondersteuning zijn om het gedrag van het team succesvol en blijvend te veranderen. In de casus van de cliënte met ernstig pijngedrag hield de gedachten 'Mevrouw heeft pijn dus ik doe het niet goed' en de hiermee samengaannde negatieve gevoelens (objectief) adequaat gedrag van het zorgteam tegen. Regelmatig komen er in het verpleeghuis probleemgedragingen voor die zeer hardnekkig zijn en beperkt veranderbaar door het inzetten of achterwege laten van gedrag van de omgeving. In een dergelijke situatie is een doelstelling in termen van het beïnvloeden van het gedrag van cliënt minder realistisch. De doelstelling is dan eerder gelegen in het gevoel van het zorgteam (bijvoorbeeld minder negatief of belastend gevoel). Met een dergelijke doelstelling wordt er gewerkt in de FA van het zorgteam.

Zoals hierboven al gesteld is kan het wenselijk zijn de cognities van een zorgteam in de behandeling te betrekken. Zorgteams hebben regelmatig last van irreële en belastende cognities in relatie tot ongewenste gedragingen van cliënten. (bijvoorbeeld: 'Cliënt heeft controle over dit gedrag maar doet dit om mij te pesten' of 'Cliënt wil mij pijn doen' bij respectievelijk repeterend vraaggedrag of slaan ten gevolgen van organische schade (Rewilak, 2001)). Niet altijd hoeft het ook te komen tot uitgebreide cognitieve interventies zoals in deze casus het geval was. Irreële cognities van zorgteams vinden ook hun bijstelling in het verloop van het therapieproces door het stellen van (terloopse) uitdagingvragen of het geven van psycho-educatie. Welke cognitieve – of gedragstherapeutische interventies gekozen worden hangt bij een behandeling met een zorgteam mede af van de mogelijkheden van het team als geheel. Over het algemeen is het niveau van zorgteams in het verpleeghuis – net als bij het zorgteam van deze studie – heterogeen van aard. De meeste cognitieve- en gedragstherapeutische interventies zijn echter goed toepasbaar bij zorgteams mits men bereid is creatief te zijn en oog te hebben voor een passende manier om aan te sluiten bij de verschillende

niveaus. In deze studie werd succesvol gebruik gemaakt van de G-training van Rombouts (1988) in combinatie met gedragsexperimenten en psycho-educatie. Andere cognitieve interventies toegankelijk voor een zorgteam zijn aan RET-gerelateerde uitdagingen (Geelen & Bleijenbergh, 1999).

Wanneer de FA van het zorgteam voorop staat in de behandeling zou de rol van het zorgteam gedefinieerd kunnen worden als die van cliënt. De gedragstherapeut helpt het zorgteam effectiever te functioneren in relatie tot het ongewenste gedrag van cliënt. Wanneer de FA van de cliënt op de voorgrond staat in de behandeling is de rol van het zorgteam die van (co)-therapeut, het zorgteam probeert het gedrag van de cliënt te beïnvloeden onder supervisie van de gedragstherapeut.

In de besproken casus was de mediatieve behandeling de inzet van een daadwerkelijke hulpvraag van cliënt en haar familie: het verbeteren van de verzorgingssituatie. Door het werken aan de doelstellingen van het zorgteam ten aanzien van het verbeteren van de verzorgingssituatie werd tevens gewerkt aan de doelstelling van cliënt en haar familie. De resultaten van de behandeling voor cliënt zijn terug te vinden in de metingen van cliënt haar algemene conditie (GIP en BOP). Ook familie gaf aan dat ze vonden dat de verzorging verbeterd was. Deze mening was gebaseerd op een afname van negatieve uitingen van cliënt over de verzorging aan de familie.

Regelmatig wordt een mediatieve behandeling gestart naar aanleiding van een hulpvraag van de verzorging zonder dat de cliënt in kwestie zelf een hulpvraag heeft. Het is de taak van de gedragstherapeut om de ondernomen interventies met het zorgteam te kunnen verantwoorden in termen van welbevinden van de cliënt. In het geval dat er gewerkt wordt aan het gevoel van het zorgteam zal cliënt hier over het algemeen niet snel iets negatiefs van merken: zorgteamleden leren zich prettiger te voelen in het omgaan met probleemgedrag zonder het gedrag van cliënt te willen beïnvloeden. Het werken aan een gevoel van 'hanteerbaarheid' bij het zorgteam zou zelfs prettige ervaringen voor de cliënt kunnen opleveren.

Aan welke criteria moet een zorgteam voldoen om succesvol een mediatief gedragstherapeutische behandeling te kunnen doorlopen? Selectiecriteria in termen van zorgteamvariabelen voor het aanvangen van een mediatief gedragstherapeutische behandeling zijn niet bekend. Op basis van de hier gepresenteerde studie en uitgebreide klinische ervaring in het werken met zorgteams is daar wel een aanzet voor te geven.

Het is prettig om een kleine, vaste kern van verzorgende te hebben (minstens 3 inclusief het unithoofd) waarbij het unithoofd de rol van intermediair/procesbewaker weet te volbrengen. Het team is bij voorkeur een 'gezond' team zonder opvallend negatieve systeemprocessen dat open staat voor of gewend is te werken met een psycholoog. Het team is motiveerbaar en is in staat tot een teambesprekingfrequentie van minimaal 1 maal per maand en moet vaardigheden tot observeren en registreren hebben zonder dat hier uitermate veel aandacht aan besteed hoeft te worden. Het is wenselijk tijd te besteden aan een stukje pretherapie waarin een team informatie krijgt over wat mediatieve behandeling inhoudt, welke stappen genomen zullen worden, de mogelijkheid van registratieopdrach-

ten of gedragsexperimenten en de verantwoordelijkheden van de therapeut, het unithoofd en de andere teamleden.

Concluderend: mediatieve therapie in het verpleeghuis werkt, en wel des te beter wanneer er gebruik gemaakt wordt van gedragstherapeutische analyses, er naast de FA van de cliënt aandacht is voor de FA van zorgteam, afhankelijk van de FA's gebruik gemaakt wordt van cognitieve interventies bij het team en het team aan bepaalde voorwaarden voldoet.

#### SUMMARY

*Behavioral mediation therapy of a nursing home resident: the use of cognitive behavioral analyses and cognitive interventions with the nursing staff*

This paper presents a case report of a nursing home resident in order to explain the use of cognitive behavioral analyses in a mediation therapy with the nursing staff. In particular the additional value of cognitive interventions in working with the nursing staff will be discussed. In addition, attention is paid to prerequisites for using mediation therapy with the nursing staff.

*Keywords: Mediation therapy, cognitive behavioral analyses, nursing staff, cognitive intervention, treatment of a nursing home resident*

#### LITERATUUR

- Allewijn, M., & Haaring, L. (2004). De psycholoog als begeleider van verzorgende teams. Samen sta je sterk. In M. T. Vink, Falck, R. P. (red.), *Psychologie in de ouderenzorg. Een vak apart*. Reeks psychologie en ouderen deel 7 (pp. 35-52). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Appelo, M.T., & Slooff, C. J. (1993). *De begeleiding van de chronisch psychiatrisch patiënt. Een methodische handleiding op leertheoretische basis*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- A-Tjak, J. (2005). Functieanalyse, betekenisanalyse en cognitieve casus conceptualisatie: hart en ziel van de gedragstherapie. *Gedragstherapie*, 38, 227-239.
- Bosch, J.D. (1997). Mediatieve therapie vanuit de leertheorie. In *Mediatieve therapie, verslag van een symposium*. Baarn: Uitgave sectie Ouderenpsychologie NIP.
- Bosch, J.D., & Ringrose, H.J. (1997). *Mediatie therapie met ouders. Individueel en in groepen*. Praktijkreeks Gedragstherapie. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Cranenburgh, B. van (1989). *Inleiding in de toegepaste neurowetenschappen, deel 3: Pijn, hfst neurogene pijnsyndromen* (pp. 136-140). Lochem: De Tijdstroom.
- Diekstra, R., Knaus, W., & Ruys, T. (1982). *Rationeel Emotieve Educatie. Een trainingsprogramma voor kinderen en volwassenen*. Lissen: Swets en Zeitlinger
- Gaag, M. van der & Plas, J. van der (1991). *Doelgericht begeleiden van psychiatrische patiënten. Een werkboek voor gedragsverandering*. Lochem: De Tijdstroom.
- Gallagher-Thompson, D., & Thompson, L.W. (1996). Applying cognitive-behavioral therapy tot the psychological problems of later life. In S.H Zarit & B.G. Knight (Eds.). *A guide to psychotherapy and aging: Effective clinical interventions in a life stage context*. Washington: American Psychiatric Press.
- Geelen, R., & Bleijenbergh, G. (1999). Proef op de som. Illustratie van gedragstherapie in het psychogeriatrische verpleeghuis. *Gedragstherapie*, 32, 79-104.
- Geelen, R. (2003). RET het teamlid! Rationeel Emotieve Theorie ter ondersteuning van verzorgenden. *Denkbeeld*, 4, 14-18.

- Geertsema, H. (2004). De psycholoog als docent. Psychologie is voor iedereen. In M.T. Vink & R.P. Falck (Red.), *Psychologie in de ouderenzorg Een vak apart*. Reeks psychologie en ouderen. Deel 7 (pp. 73-83). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Hamer, A.F.M. (1998). Veranderen via een omweg. Mediatieve therapie. In M.T. Vink & P. Broek (red.), *Oud geleerd oud gedaan. Gedragstherapie bij ouderen* (pp. 72-95). Uitgaven serie Psychologie en ouderen deel 3. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Hamer, T., & Vink, M.T. (2001). Gedragsanalyses ABC-training voor verzorgenden. In A.M. Pot, P. Broek & R. Kok (Red.), *Gedrag van slag Gedragsproblemen bij ouderen met dementie*. Reeks psychologie en ouderen. Deel 5 (pp. 77-85). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Jonghe, J.F.M. de, Ooms, M. E., & Ribbe, M.W. (1997). Verkorte Gedragsobservatieschaal voor de intramurale Psychogeriatric (GIP-28). *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 28, 119-123.
- Judd, T. (1999). *Neuropsychotherapy and Community Integration. Brain Illness, Emotions, and Behavior*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Kam, P. van der, Mol, F., & Wimmers, M.F.H.G. (1971). *Beoordelingschaal voor oudere patiënten (BOP)*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Kat, M., & Allewijn, M. (2001). Consultatie: medicatie of psychosociale interventie? In A.M. Pot, P. Broek & R. Kok (red.), *Gedrag van slag Gedragsproblemen bij ouderen met dementie*. Reeks psychologie en ouderen, deel 5 (pp. 77-85). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Klomp, M. (1997). Teamprocessen en teambegeleiding in de ouderenzorg. Beïnvloeding van los-zand- en gesloten teams. In M.T. Vink & P. Broek (red.), *Relaties en de omgeving van ouderen. Een therapeutisch instrument*. (pp. 70-92). Uitgaven serie Psychologie en ouderen deel 2. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Korrelboom, K., & Broeke, E. ten (2004). *Geïntegreerde cognitieve gedragstherapie Handboek voor theorie en praktijk*. Bussum: Coutinho.
- Kuin, Y. (2004). De psycholoog als behandelaar. Er is meer mogelijk dan mediatief. In M.T. Vink & R.P. Falck (red.), *Psychologie in de ouderenzorg Een vak apart*. Reeks psychologie en ouderen deel 7 (pp. 35-52). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Legra, M.J.H., & Bakker, T.J.E.M. (2002). Rationeel-Emotieve therapie in de psychogeriatric: een nieuwe toepassing? Casusbeschrijving van een dagbehandelingspatiënt. *Tijdschrift voor Geriatrie en Gerontologie*, 33, 101-106.
- Oosterhuis, H.J.G.H. (1990). *Klinische Neuropsychologie*. Houten: Bohn, Scheltema & Holkema.
- Orlemans, J.W.G. (1976). *Inleiding tot de Gedragstherapie*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Pot, A.M., & Wilterdink, T. (2003). Psycholoog in de verpleeghuiszorg: een veelzijdig vak. *Directieve therapie*, 23, 24-336.
- Rewilak, D. (2001). Behavior management strategies. In D.K. Conn, N. Hermann, A. Kaye, D. Rewilak & B. Schogt (Eds.) *Practical psychiatry in the long term care facility. A handbook for staff*. (pp. 199-223). Toronto: Hogrefe & Huber.
- Rombouts, A.J.A.J. (1988). G-training (ongepubliceerde cursus)
- Tharp, R., & Wetzel, R. (1969). *Behavior modification in the natural environment*. New York: Academic Press.
- Weijnen, I.J.C. (1998). 't is vast 'K'....Individuele gedragstherapie. In M.T. Vink & P. Broek (red.), *Oud geleerd oud gedaan. Gedragstherapie bij ouderen*. Uitgaven serie Psychologie en ouderen. Deel 3 (pp. 40-57). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

