

ARTIKEL

Positieve cognitieve gedragstherapie

Fredrike Bannink

'Treatment is not just fixing what is wrong; it is also building what is right.'

Seligman, grondlegger positieve psychologie

Samenvatting

De afgelopen decennia zien we in de psychotherapie een toename van competentiegerichte benaderingen. Dit artikel beschrijft hoe de traditionele cognitieve gedragstherapie (CGT) verandert in competentiegerichte positieve cognitieve gedragstherapie. De focus van positieve CGT is niet op pathologie, op wat er mis is met cliënten en repareren van het slechtste, maar vooral op sterke kanten, op wat er goed gaat in hun leven en creëren van het beste. Positieve CGT – ook wel ‘vierdegeneratiegedragstherapie’ genoemd – heeft tot doel het welbevinden van zowel cliënten als therapeuten te bevorderen. Het maakt gebruik van onderzoek en toepassingen van de positieve psychologie en oplossingsgerichte therapie. Zo vervangt doelmanalyse de probleemanalyse, registreren cliënten uitzonderingen op het probleem in plaats van het probleem, worden functieanalyses over uitzonderingen gemaakt en is de neerwaartse pijltechniek vervangen door de opwaartse. Met deze paradigmaverandering wordt CGT een therapievorm die bouwt aan oplossingen. Beide therapievormen kunnen overigens ook goed gecombineerd worden.

Positive cognitive behavioural therapy

Abstract

In recent decades we have witnessed the development of competency-based, collaborative approaches to working with clients. This article reveals how cognitive behavioural therapy (CBT) becomes Positive CBT, with a shift in the focus of therapy from what is wrong with

Drs. F.P. Bannink MDR, klinisch psycholoog, opleider en supervisor VGCT.

E-mail • www.fredrikebannink.com, solutions@fredrikebannink.com

clients to what is right, and from what is not working in their lives to what is. The concept of Positive CBT, also named 'Fourth Wave CBT', aimed at improving the well-being of clients and their therapists, draws on research and applications from positive psychology and solution-focused brief therapy. A functional behaviour analysis of exceptions to the problem and the 'upward arrow' instead of the 'downward arrow' technique are two of the many practical applications of Positive CBT. With this paradigm change CBT becomes a therapy which builds on solutions instead of solving problems. Both forms of CBT can also easily be combined.

Inleiding

Hoewel inmiddels een aantal stoornissen met cognitieve gedragstherapie (CGT) goed behandeld kan worden, kent traditionele CGT ook een aantal tekortkomingen. Hoe kunnen de resultaten met name op langere termijn verbeterd worden? Hoe kunnen meer cliënten van CGT profiteren dan nu het geval is? Hoe kunnen therapeuten de minst intrusieve behandelingen toepassen? Hoe kunnen therapeuten de competenties van cliënten beter aanspreken en hun *self-efficacy* vergroten? Hoe kan CGT sneller en meer kosteneffectief worden? En ten slotte: hoe kan CGT vriendelijker worden voor de therapeuten zelf? Traditionele CGT – ik spreek liever niet van 'negatieve' CGT – houdt zich vooral bezig met problemen, beperkingen en tekortkomingen. Ook bij de diagnostiek wordt niet of nauwelijks gekeken naar sterke kanten en hulpbronnen. Het zijn echter juist die competenties, sterke kanten en hulpbronnen die het belangrijkste zijn bij het bewerkstelligen van verandering.

Positieve CGT focust op sterke kanten – deze sterke-kanten-benadering komt voort uit de positieve psychologie (Bannink, 2016a). Het betreft een overkoepelend perspectief, waarbij cliënten als competent gezien worden, met vaardigheden en hulpbronnen in en buiten henzelf. Wanneer sterke kanten geactiveerd en geïntegreerd worden met nieuwe ervaringen, inzichten en vaardigheden, bieden zij de mogelijkheid om pijn en lijden te reduceren en effectiever om te gaan met stressvolle gebeurtenissen. Het resultaat is toename van welbevinden, kwaliteit van leven en sociaal functioneren. Kuyken, Padesky en Dudley (2009, p. 28) stelden:

De meeste CGT-benaderingen houden zich ofwel uitsluitend ofwel grotendeels bezig met problemen, kwetsbaarheden en trauma's. Wij pleiten ervoor dat therapeuten in elke fase van de conceptualisatie de krachtbronnen van cliënten identificeren en hiermee ook werken.

Die focus op sterke kanten is vaak aantrekkelijker voor cliënten en zorgt er bovendien voor dat deze krachten het veranderingsproces versterken en duurzaam herstel bevorderen.'

Positieve CGT integreert ook de oplossingsgerichte therapie (Bannink, 2013, 2016b), waarin de focus is op wat werkt voor deze cliënt, in deze context, en op dit moment. De nadruk ligt op het vinden van oplossingen als tegenwicht voor het analyseren van problemen. Het is een veranderingsgerichte aanpak, waarin cliënten worden uitgenodigd te spreken over wat ze willen, wat er werkt, en hoe vooruitgang eruitziet. Cliënten worden uitgenodigd hun gewenste toekomst te beschrijven (wat ze voor de problemen in de plaats willen) en oplossingen te bedenken en uit te voeren.

Gassman en Grawe (2006) toonden aan dat succesvolle therapeuten al vanaf het begin van de sessies aandacht hebben voor sterke kanten, competenties en hulpbronnen. Ze zorgen ervoor dat cliënten het idee hebben dat ze als goed-functionerende personen worden gezien. Succesvolle therapeuten zorgen er eveneens voor dat ze op een positieve manier afsluiten door ook dan weer aandacht te hebben voor hun sterke kanten. Dit draagt bovendien bij aan een goede therapeutische relatie.

In dit artikel worden de therapeutische relatie, casusconceptualisatie, doelanalyse, zelfregistratie en functieanalyse, verandering van cognities, gedrag en emoties, huiswerksessies, feedback en reflectie, en vervolgsessies vanuit een positief CGT-perspectief besproken.

Therapeutische relatie

Het concept van de therapeutische relatie (alliantie) kent een lange geschiedenis (Bordin, 1979). Een positieve relatie wordt in alle therapiestromingen als voorwaarde gezien voor een succesvol therapieresultaat.

Therapeuten doen er goed aan om een positieve alliantie te bewerkstelligen. Ook dienen zij de alliantie regelmatig te monitoren met een van de beschikbare instrumenten en niet alleen te vertrouwen op hun klinische indrukken. De visie van cliënten op de alliantie (en niet die van therapeuten) blijkt namelijk de beste voorspeller van het therapieresultaat (Fitzpatrick, Iwakabe & Stalikas, 2005). Cliënten moeten hiernaar al vroeg tijdens de therapie gevraagd worden, omdat een goede alliantie gedurende de eerste sessies een voorspeller is van verbetering, en een slechte alliantie van drop-out.

Positieve CGT begint met het opbouwen van rapport. Therapeuten beginnen met vragen als: 'Wat voor werk doe je?' of: 'In welke klas zit je?' als het een kind betreft. Daarna volgen vragen als: 'Wat vind je leuk aan je werk?' 'Waar ben je goed in?' 'Welke hobby's heb je?' of: 'Wat is je beste vak op school?' 'Wie is je favoriete leraar?' Deze vragen zijn bedoeld als ijsbrekers, maar zijn ook het begin van het ontdekken van nuttige informatie over sterke kanten en oplossingen die al aanwezig zijn. Ze zetten ook de toon voor een lichter gesprek dan cliënten wellicht verwachten.

Daarna vragen therapeuten naar wat cliënten met de therapie willen bereiken. 'Wat zal het beste resultaat zijn van onze gesprekken?' Veel cliënten willen de gelegenheid krijgen om over problemen te vertellen, ook al omdat ze denken dat dit de bedoeling van therapie is (het probleemgerichte therapiespel). De positieve CGT-therapeut is niet probleem-fobisch en luistert respectvol, maar vraagt niet naar details en bekrachtigt daarmee *problem-talk* niet.

Het nieuwe sterke-kanten en oplossingsgerichte stelt juist wel vragen naar details over sterke kanten en oplossingen en bekrachtigt daarmee *solutions-talk*.

Het belang van het geven van erkenning, bieden van hoop, positief bekrachtigen van sterke kanten en wat werkt, en optimaliseren van de samenwerking werden elders besproken (Bannink, 2014).

Casusconceptualisatie

Casusconceptualisatie betreft de synthese tussen individuele ervaringen van cliënten en relevante theorie en onderzoek. Het proces van conceptualisatie ontwikkelt zich tijdens de therapie van descriptieve naar steeds meer verklarende niveaus. Daarnaast gaat het in positieve CGT niet (alleen) over problemen, maar ook over sterke kanten en veerkracht. Ook Kuyken, Padesky en Dudley (2009) stelden dat CGT twee overkoepelende doelen heeft:

- 1 verlichten van de nood van cliënten;
- 2 bouwen aan veerkracht.

Therapeuten dienen actief op zoek te gaan naar sterke kanten en die te betrekken bij de conceptualisatie, om zo bestaande hulpbronnen te gebruiken en cliënten te helpen hun sterke kanten te ontdekken en in te zetten – te bouwen aan veerkracht. Theorieën over veerkracht worden tijdens de casusconceptualisatie uitgewerkt, naast CGT-theorieën, relevant voor de problemen waarmee cliënten komen. Cliënten (en therapeuten) zijn zich vaak niet bewust van de strategieën die ze inzetten voor veerkracht. Door hieraan aandacht te besteden wordt de kans groter dat cliënten deze opnieuw zullen toepassen bij toekomstige uitdagingen.

Doelanalyse

In positieve CGT is de probleemanalyse, waarbij gekeken wordt naar wat er al is, vervangen door doelanalyse. Positieve CGT nodigt cliënten uit vooruit te kijken en een positieve uitkomst te ontwerpen die er eerder nog niet was (en zelfs niets met het probleem te maken hoeft te hebben).

Het vaststellen van het doel benadrukt de mogelijkheid van verandering en richt de aandacht van cliënten (en therapeuten) op mogelijkheden in de toekomst in plaats van op problemen in het heden of verleden. Een vraag naar doelformulering is: 'Wat wil je voor het probleem in de plaats?' of: 'Wanneer hoef je hier niet meer terug te komen?' Het geeft ook aan dat cliënten actief deel uitmaken van de therapeutische relatie en dat hun betrokkenheid vereist is.

Hawton en anderen (1995) stelden dat doelformulering structuur aanbrengt in CGT. Het bereidt cliënten ook voor op het einde van de therapie door duidelijk te maken dat dit het geval is wanneer het doel bereikt is, of dat de therapie ophoudt als er weinig of geen vooruitgang is. Tot slot maakt een goede doelformulering het mogelijk om het therapie-resultaat te evalueren.

Het doel dient in positieve termen gesteld te worden, zodat duidelijk wordt waar cliënten naartoe willen (toenaderingsdoel) in plaats van waar cliënten vanaf willen (vermijdingsdoel). Omdat het soms moeilijk is cliënten zover te krijgen dat ze hun aandacht niet langer op problemen, maar op positieve doelen richten, kan het helpen het volgende te zeggen. 'Het is alsof je een bril gedragen hebt die erg goed is in het focussen op symptomen en problemen. Ik wil je uitnodigen een andere bril op te zetten, die bewijs verzamelt dat je je kunt redden, bewijzen van succes. Dus is het handig om het erover eens te zijn wat succes voor jou inhoudt.' (Hawton e.a., 1995, p. 42).

Het doel dient specifiek en gedetailleerd te zijn. Cliënten hebben vaak wel een vaag idee hoe ze zouden willen zijn. Een cliënt antwoordde bijvoorbeeld dat hij 'normaal' wilde zijn. De therapeut vroeg: 'Normaal zijn houdt voor verschillende mensen verschillende dingen in. Wanneer je normaal bent, hoe ben je dan *anders* dan nu?' 'Waarom zal je merken dat je weer meer bent zoals je vroeger was?', 'Wat doe je dan dat je nu niet doet?' Elke keer wordt gevraagd naar positieve verschillen. Of de vraag aan een cliënt met weinig zelfvertrouwen: 'Hoe zou je weten dat je zelfvertrouwen is toegenomen?', 'Wat doe je dan *anders*?', 'Waarom zullen belangrijke anderen merken dat je meer zelfvertrouwen hebt?'

De inschatting van vooruitgang, hoop, motivatie en het vertrouwen dat cliënten hebben dat ze hun doel kunnen bereiken worden vervolgens op een schaal van 10-0 gezet. Schaalvragen zijn: 'Waar wil je uitkomen, als de ideale situatie een 10 is en 0 is het tegenovergestelde?', 'Waar zet je de situatie nu op de schaal?', 'Wat maakt dat het niet lager is?', 'Hoe ziet de situatie bij een punt hoger op de schaal eruit?', 'Hoe kan je daar komen?'

Schaalvragen brengen expliciet de al afgelegde weg in beeld, voordat gekeken wordt naar vooruitgang; 'Hoe is het je gelukt op een 3 te zitten en niet lager?'

Wanneer cliënten een duidelijk beeld hebben van wat ze willen bereiken en al tot op zekere hoogte in staat zijn gebleken om datgene wat ze willen te bereiken, is het relatief makkelijk om volgende stappen te zetten. In traditionele CGT wordt vaak alleen naar de nog af te leggen weg gekeken en wordt voorbijgegaan aan alles wat cliënten al hebben gedaan. Dit maakt het moeilijker om stappen voorwaarts te zetten.

Een autowasstraat had twee soorten klantenkaarten gemaakt. De helft van de klanten kreeg elke keer als ze hun auto door de wasstraat reden een stempel, en na acht wasbeurten kregen ze er één gratis. De andere helft kreeg een andere kaart; zij moesten tien stempels hebben voor een gratis wasbeurt, maar ze kregen een voorsprong: twee vakjes waren al afgestempeld. Het doel was dus voor beide groepen hetzelfde: koop acht wasbeurten om er één gratis te krijgen. Maar de psychische impact was verschillend: in het ene geval moesten klanten vanaf nul beginnen, terwijl in het andere geval klanten al 20 procent van hun kaart vol hadden. Een paar maanden later had 19 procent van de klanten met een kaart met acht stempels een gratis wasbeurt verdiend, terwijl dat voor 34 procent van de klanten met de kaart met tien stempels gold. Bovendien had de laatste groep de wasbeurt veel eerder verdiend.

De onderzoekers concludeerden dat het meer motiveert om al een stukje van een langere weg te hebben afgelegd, dan aan het begin te staan van een kortere weg. Om mensen te motiveren is het belangrijk om hen het idee te geven dat ze dichterbij het doel zijn dan ze wellicht denken (Goldstein, Martin & Cialdini, 2007).

Zelfregistratie en positieve functieanalyse

Zelfregistraties worden bij positieve CGT anders toegepast dan bij traditionele CGT. Zelfregistraties gaan niet over symptomen en problemen, maar over sterke kanten en uitzonderingen. Door deze vorm van zelfregistratie voelen cliënten zich competent en kunnen ze kiezen meer te doen van wat werkt om hun situatie te verbeteren.

Er bestaan drie vormen van zelfregistratie, alle met een positieve focus:

- 1 dagboek voor het bijhouden van positieve gedachten;
- 2 observeren van positieve verschillen;
- 3 vinden van uitzonderingen.

(Bannink, 2014.)

In traditionele CGT worden op grond van zelfregistraties functieanalyses gemaakt van probleemgedrag; in positieve CGT worden functieanalyses gemaakt ofwel van uitzonderingen ofwel van gewenst gedrag. Onderstaande vragen behoren hierbij.

- 1 Wanneer is/was het probleem er niet of minder (al is het een beetje)?
- 2 Wanneer is/was het probleem (even) geen probleem?
- 3 Wanneer is/was er een moment waarop het probleem er is, maar het je lukt er beter mee om te gaan?
- 4 Wanneer is/was er iets van wat je voor het probleem in de plaats wilt (het doel, de gewenste toekomst)?
- 5 Wat doe je als je de aandrang om te ... (drinken, roken, eten, automutileren, drugs te gebruiken, dwanghandelingen, enzovoort) overwint? Het gaat om succesvolle responspreventie, goed toe te passen bij cliënten met bijvoorbeeld verslavingsproblematiek of een obsessieve-compulsieve stoornis.

Wanneer er een goed beeld is verkregen van de omstandigheden waaronder uitzonderingen optreden is de volgende stap te kijken naar de consequenties. Bij traditionele CGT heeft probleemgedrag positieve consequenties die ondermijnd moeten worden, en moeten negatieve consequenties worden benadrukt. De uitzonderingen hebben ook positieve consequenties, maar die moeten niet ondermijnd, maar juist benadrukt worden. Wanneer cliënten zich meer bewust worden op welk manier het ze lukt om hun gebruikelijke patroon te doorbreken, worden situaties waarin dit lukt steeds meer gezien als uitzonderingen waarop verder gebouwd kan worden.

Soms kunnen positieve uitzonderingen ook negatieve consequenties hebben, bijvoorbeeld omdat er minder aandacht (van gezin, familie, therapeut) is als het probleem vermindert of verdwijnt.

Ik beschouw mijn supervisor Burger (1994, p. 30) als de eerste positieve CGT-therapeut in Nederland; hij was al van mening dat functieanalyses over gewenst gedrag kunnen worden gemaakt.

Het zou overigens heel goed mogelijk zijn de procedure te laten starten bij gewenst gedrag (dat misschien nog niet of te weinig wordt vertoond). Alleen de koppeling van therapeutische maatregelen aan de C's zou dan gespiegeld moeten worden, in die zin dat inhiberende C's worden ondergraven en stimulerende C's worden versterkt.'

Veranderen van cognities

Als cliënten niet gelukkig zijn of niet het gewenste resultaat krijgen, moeten ze iets anders gaan doen dan ze doen. Ze dienen dan hun gedrag, cognities, of beide te veranderen. Dat leidt meestal ook tot verandering in gevoelens.

Bij het veranderen van cognities gaat het erom te veranderen hoe cliënten denken en waaraan ze aandacht schenken. Dat kan op vijf manieren.

- 1 Geef cliënten erkenning voor hun gevoelens en hun verleden, zonder dat deze bepalen wat ze kunnen doen.
- 2 Verander waaraan cliënten aandacht schenken bij problemen.
- 3 Focus op wat cliënten in de toekomst willen in plaats van wat ze niet willen.
- 4 Vind helpende cognities over henzelf en hun situatie.
- 5 Gebruik een spiritueel perspectief om cliënten te helpen moeilijkheden te overwinnen en sterke kanten en hulpbronnen te vinden waarvan ze nog niet wisten dat ze die hadden.

Uitgangspunt in positieve CGT is dat een probleem er nooit steeds in dezelfde mate is. Het veranderen van de aandacht naar (eerdere) successen van cliënten in plaats van mislukkingen zorgt voor een positieve verwachting. Cliënten worden uitgenodigd meer compassievolle en helpende verhalen over zichzelf te creëren en zichzelf en/of hun situatie in een positiever licht te zien (Gilbert, 2010).

Met de opwaartse pijltechniek worden cliënten uitgenodigd kernovertuigingen over zichzelf, anderen en de wereld op te sporen die zorgen voor positieve reacties op bepaalde situaties – in tegenstelling tot de neerwaartse pijltechniek uit de traditionele CGT om negatieve reacties op bepaalde gebeurtenissen op te sporen (Bannink, 2014).

Veranderen van gedrag

Problemen zijn op te lossen, niet door te analyseren waarom het probleem is ontstaan, maar door iets te veranderen aan wat cliënten doen om het op te lossen. Dat kan door vast te stellen hoe ze steeds op dezelfde manier reageren (het probleempatroon) en hen uit te nodigen te experimenteren met ander gedrag (doorbreken van het patroon). Bij therapie ligt de focus op wat cliënten concreet anders kunnen doen.

- 1 Schenk aandacht aan patronen waarin cliënten vastzitten of anderen met hen vastzitten en nodig uit daaraan iets te veranderen.
- 2 Observeer wat cliënten (anders) doen wanneer het beter gaat en nodig uit daarvan meer te doen.

Veel therapeuten hebben het idee dat het jaren duurt voordat een significante verandering mogelijk is, vooral bij complexe chronische problematiek. Een snelle verandering is echter vaak mogelijk wanneer de focus op de gewenste toekomst is en cliënten worden aangemoedigd in actie te komen. Het verleden is belangrijk in die zin dat het hen beïnvloed heeft en heeft gebracht tot waar ze nu zijn, maar het is niet altijd wenselijk om het verleden ook hun toekomst te laten bepalen. Positieve CGT geeft erkenning voor wat er is gebeurd en gaat dan verder met het veranderingsproces.

Cliënten kunnen ongewenste gedragspatronen op drie manieren doorbreken door:

- 1 het probleemgedrag te veranderen;
- 2 een paradoxale aanpak te gebruiken, waarbij het probleem expres wordt opgeroepen of erger gemaakt;
- 3 nieuw gedrag te verbinden aan het problematische gedragspatroon, door elke keer als het probleem er is, iets te doen wat goed voor hen is.

Cliënten kunnen daarnaast op vier manieren observeren wat ze (anders) doen wanneer het beter gaat en hun unieke oplossingspatronen vinden en toepassen:

- 1 vinden van uitzonderingen;
- 2 letten op wat er gebeurt als het probleem begint of eindigt;
- 3 invoeren van een oplossingspatroon uit andere succesvolle situaties;
- 4 nagaan waarom het probleem niet erger is dan het is.

De modificatieprocedures die in traditionele CGT door therapeuten worden geadviseerd worden in positieve CGT ook vaak toegepast – denk bijvoorbeeld aan exposure –, maar zijn dan door cliënten zelf bedacht en eerder al met succes ingezet. Daardoor is de kans groter dat ze deze blijven gebruiken dan wanneer een therapeut ze adviseert.

Veranderen van emoties

Traditionele CGT probeert een duidelijk beeld te krijgen van situaties die problemen opleveren door cliënten te helpen zich bewust te worden van het verschil tussen cognities en emoties, tijdens de therapie empathisch te reageren op emoties en hen te helpen disfunctionele cognities tegen het licht te houden. Hierbij is het de taak van therapeuten om negatieve emoties te verminderen door medicatie en/of psychotherapeutische interventies, bedoeld om cliënten minder bang, boos of depressief te maken.

Seligman, grondlegger van de positieve psychologie, beschreef echter teleurstellende resultaten met die aanpak (2011, p. 54):

Als therapeut hielp ik zo nu en dan een patiënt af te komen van zijn woede, angst en verdriet. Ik dacht dat ik dan een gelukkige patiënt zou krijgen, maar dat gebeurde nooit. Ik kreeg een lege patiënt. Dat komt omdat de vaardigheid om te floreren – om positieve emoties te ervaren, zingeving, goed werk en positieve relaties te hebben – iets is wat boven de vaardigheid om lijden te minimaliseren uitstijgt.'

In positieve CGT wordt vooral aandacht besteed aan positieve emoties en het (meer) in balans brengen van negatieve en positieve gevoelens: 'Hoe zal je je voelen als de dingen waarop je hoopt zijn uitgekomen?', 'Wat zal je anders denken, doen en voelen wanneer je merkt dat het de goede kant opgaat in je leven?'. Ook het naar voren halen van het verleden door vragen te stellen over eerdere successen en competenties en het geven van complimenten zorgen voor positieve emoties.

De *broaden-and-build-theorie* van positieve emoties (Fredrickson, 2009) stelt dat negatieve emoties het repertoire aan gedachten en gedrag vernauwen, terwijl positieve emoties de aandacht juist verbreden en aanmoedigen tot nieuwe, gevarieerde en verkennende gedachten en gedrag.

Huiswerksuggesties

Huiswerk is bedoeld om de aandacht van cliënten te richten op die ervaringen en situaties die het meest nuttig zijn om hun doel te bereiken. Bij positieve CGT zijn het registreren en het maken van huiswerkopdrachten alleen belangrijk als cliënten dat nuttig vinden. Verandering van cognities, gedrag en gevoelens vindt vaak al tijdens de sessies plaats en hoeft dus niet (alleen) tussen de sessies te gebeuren.

Er bestaan drie soorten gedragsexperimenten (Bennett-Levy e.a., 2004):

- 1 experimentele manipulatie van de omgeving;
- 2 observatie-experimenten;
- 3 ontdekkingsexperimenten.

Positieve CGT gebruikt dezelfde gedragsexperimenten steeds met een positieve focus.

- 1 Cliënten onderzoeken de uitzonderingen: 'Wat heb ik eerder anders gedaan dan ik normaal gesproken doe? Hoe hielp dat? Is het een goed idee om dit nog een keer te doen?'
- 2 Cliënten observeren en verzamelen bewijs, relevant voor hun positieve gedachten of overtuigingen. Cliënten proberen bijvoorbeeld de vraag te beantwoorden: 'Zullen mensen me aardig vinden als ik naar dit feestje ga?'
- 3 Cliënten 'doen alsof' de gewenste toekomst is gerealiseerd. Ze kunnen ook 'doen alsof' ze één of twee punten hoger op de schaal zijn gekomen.

Feedback en reflectie

Aan het eind van elke sessie worden cliënten uitgenodigd feedback te geven. Feedback is het kompas om het veranderingsproces van cliënten succesvol te sturen. Vaak wordt gebruik gemaakt van de Session Rating Scale (Duncan e.a., 2003).

Miller, Duncan en Hubble (1997) stelden dat gebruik van feedback cliënten uitnodigt om volwaardige partners te zijn in alle aspecten van de therapie. Wanneer zij op de chauffeursstoel mogen zitten in plaats van achterin de bus, krijgen ze er vertrouwen in dat een positief resultaat mogelijk is.

Reflectie door de therapeut op de sessies draagt ook bij aan een beter therapieresultaat en aan betere professionele vaardigheden. Dit kan individueel of in supervisie of intervisie plaatsvinden (Bannink, 2012).

Vervolgssessies

Tijdens vervolgssessies onderzoeken cliënten en therapeuten wat er beter gaat. Therapeuten vragen naar een gedetailleerde beschrijving van de positieve uitzonderingen, geven complimenten en leggen de nadruk op de input van cliënten bij het vinden van oplossingen.

Aan het eind van elke sessie wordt cliënten gevraagd of ze een volgende afspraak nuttig vinden en zo ja, wanneer ze willen terugkomen. Het komt regelmatig voor dat cliënten een afspraak willen die verderop in de tijd ligt dan gebruikelijk is bij andere vormen van psychotherapie.

Het doel van elke vervolgssessie is om de tijd tussen de gesprekken zo uit te vragen dat er in ieder geval van enige verbetering sprake is. Dit kan door na te gaan of wat de therapeut en cliënten tijdens de vorige sessie gedaan hebben nuttig was in de ogen van de cliënten en hen het idee gaf dat het beter gaat. Het kan ook door cliënten te helpen uitzoeken wat ze doen of wat er gebeurd is dat tot verbeteringen leidde, zodat ze kunnen uitzoeken wat ze vaker kunnen doen of cliënten te helpen uitzoeken of de verbeteringen ervoor zorgden dat het goed genoeg gaat, zodat verdere sessies niet meer nodig zijn. Indien cliënten geen

verbetering zien, is het van belang ervoor te zorgen dat de therapeut en cliënt niet méér van hetzelfde doen als dat niet werkt en te kijken wat er anders gedaan kan worden.

Rol van de therapeut

De rol van de positieve CGT-therapeut is anders dan die in traditionele CGT. Positieve CGT-therapeuten zien cliënten als experts op het gebied van hun eigen leven en ten aanzien van de vraag wat hun ervaringen voor hen betekenen. Volgens de metafoor van het 'leiden van één stap achter' staan therapeuten één stap achter hun cliënten en tikken hen door het stellen van vragen op de schouder en nodigen hen uit naar de gewenste toekomst te kijken en een brede horizon aan mogelijkheden te zien om hun doel te bereiken.

Therapeuten nemen een 'houding van niet-weten' aan en ontwikkelen vaardigheden in het stellen van vragen om cliënten uit te nodigen informatie te verschaffen over zichzelf en hun situatie en met eigen oplossingen te komen. Ze duwen of trekken niet, en leiden en adviseren niet. Hierdoor krijgen cliënten meer vertrouwen in de therapie, meer vertrouwen dat ze hun doel kunnen bereiken en meer hoop.

Conclusie

Positieve CGT – ook wel 'vierdegeneratie-CGT' genoemd – laat zien hoe CGT eruitziet wanneer het wordt gecombineerd met positieve psychologie en oplossingsgerichte therapie. De focus is niet op wat er mis is met cliënten en hoe het slechtste gerepareerd kan worden, maar op wat er goed gaat in hun leven en het beste gecreëerd kan worden. Het betreft een paradigmaverandering van probleemgericht naar sterkte- en oplossingsgericht. De Universiteit van Maastricht onderzoekt momenteel de vergelijking tussen deze twee vormen van CGT. De eerste resultaten zijn veelbelovend.

LITERATUUR

- Bannink, F.P. (2012). *Positieve supervisie en intervisie*. Amsterdam: Hogrefe.
- Bannink, F.P. (2013). *Oplossingsgerichte vragen. Handboek oplossingsgerichte gespreksvoering, 3e gewijzigde druk*. Amsterdam: Pearson.
- Bannink, F.P. (2014). *Positieve cognitieve gedragstherapie*. Amsterdam: Pearson.
- Bannink, F.P. (2016a). *Positieve psychologie – de toepassingen*. Amsterdam: Boom.
- Bannink, F.P. (2016b). *101 oplossingsgerichte vragen voor hulp bij: deel 1: angst; deel 2: depressie; deel 3: trauma*. Amsterdam: Pearson.
- Bennett-Levy, J., Butler, G., Fennell, M., Hackman, A., Mueller, M. & Westbrook, D. (2004). *Oxford guide to behavioural experiments in cognitive therapy*. New York: Oxford University Press.

- Bordin, E. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16, 252-260.
- Burger, A.W. (1994). *Functie-analyse van neurotisch gedrag*. Amsterdam: Van Rossen
- Duncan, B., Miller, S., Sparks, J., Claud, D., Reynolds, L., Brown, J., e.a. (2003). The Session Rating Scale: Preliminary psychometric properties of a 'working' alliance measure. *Journal of Brief Therapy*, 3, 3-12.
- Fitzpatrick, M.R., Iwakabe, S., & Stalikas, A. (2005). Perspective divergence in the working alliance. *Psychotherapy Research*, 15, 69-79.
- Fredrickson, B.L. (2009). *Positivity*. New York: Crown.
- Gassman, D., & Grawe, K. (2006). General change mechanisms: the relation between problem activation and resource activation in successful and unsuccessful therapeutic interactions. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13, 1-11.
- Gilbert, P. (2010). *Compassion Focused Therapy*. The CBT distinctive features series. New York: Routledge.
- Goldstein, N.J., Martin, S.J., & Cialdini, R.B. (2007). *Yes! 50 secrets from the science of persuasion*. Londen: Profile Books.
- Hawton, K., Salkovskis, P.M., Kirk, J., & Clark, D.M. (1995). *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems: a practical guide*. Oxford: Oxford University Press.
- Kuyken, W., Padesky, C.A., & Dudley, R. (2009). *Collaborative case conceptualization*. New York: Guilford.
- Miller, S.D., Duncan, B., & Hubble, M.A. (1997). *Escape from Babel: Toward a unifying language for psychotherapy practice*. New York: Norton.
- Seligman, M.E.P. (2011). *Flourish*. New York: Free Press.