

*Majella de Jong en Linda Bange*

In gesprek

Cognitief-gedragstherapeutische technieken  
in de huisartspraktijk

DeTijdstroom, Utrecht

© De Tijdstroom uitgeverij, 2017. De auteursrechten berusten bij de auteurs.

Omslagontwerp: Michiel van Kleef, Schoon Ontwerp

Uitgegeven door De Tijdstroom uitgeverij bv, Postbus 775, 3500 AT Utrecht.

Internet: [www.tijdstroom.nl](http://www.tijdstroom.nl).

E-mail: [info@tijdstroom.nl](mailto:info@tijdstroom.nl).

Aan de totstandkoming van deze uitgave is de uiterste zorg besteed. Voor informatie die nochtans onvolledig of onjuist is opgenomen, aanvaarden auteur(s), redactie en uitgever geen aansprakelijkheid. Voor eventuele verbeteringen van de opgenomen gegevens houden zij zich gaarne aanbevolen.

Waar dit mogelijk was is aan auteursrechtelijke verplichtingen voldaan. Wij verzoeken eenieder die meent aanspraken te kunnen ontlenen aan in dit boek opgenomen teksten en afbeeldingen, zich in verbinding te stellen met de uitgever.

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16b Auteurswet 1912 juncto het Besluit van 20 juni 1974, Stbl. 351, zoals gewijzigd bij het Besluit van 23 augustus 1985, Stbl. 471, en artikel 17 Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht, Postbus 3051, 2130 KB Hoofddorp.

Voor het overnemen van gedeelten uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) dient men zich tot de uitgever te wenden.

ISBN 978 90 5898 027 4

NUR 870

# Inhoud

Voorwoord	9
Inleiding	11
1 Het G-schema	13
1 Het 4G-schema	13
2 Het 5G-schema: de functieanalyse	18
3 Het 5G-schema, SCEGS-model en Gevolgenmodel: overeenkomsten en verschillen	21
4 Het G-schema in het consult	25
2 De positie van de klacht in het G-schema	33
1 De klacht als Gebeurtenis	33
2 Uitlokkende factoren	36
3 De klacht als Gevoel	37
4 De klacht als Gedrag	40
3 De G van Gebeurtenis	45
1 Verschillende soorten Gebeurtenissen	45
2 Keuze van te analyseren Gebeurtenissen: ernst en chronologie van de klacht	47
4 De G van Gedachten	53
1 Onderscheid feitelijke gebeurtenis en interpretatie	53
2 De invloed van Gedachten: voorzichtigheid geboden	55

## Inhoud

3	Onderscheid Gedachten en Gevoelens	56
4	Het ontstaan van (problematische) opvattingen: het cognitieve model	60
5	Verschillende soorten Gedachten	64
6	Onderscheid problematische en niet- problematische Gedachten	70
5	Inventariseren van Gedachten	73
1	Inventariseren is interveniëren	73
2	Populaire obstakels	74
3	De socratische dialoog	86
4	Het gebruik van metaforen	93
6	De G van Gevoelens	97
1	Psychologiseren en somatiseren	97
2	Adequate en niet-adequate Gevoelens	98
3	Verzet tegen negatieve emoties: de draaikolk	99
7	De G van Gedrag	105
1	Modeling: leren door het anderen te zien doen	105
2	Klassieke conditionering	106
3	Operante conditionering: leren door de gevolgen van gedrag	110
4	Problematisch gedrag: combinatie van klassieke en operante conditionering	113
8	De G van Gevolgen	115
1	Verschillende soorten bekrachtiging	115
2	Positieve en negatieve Gevolgen: beloning en bestraffing	117
3	Waargenomen of vermeende Gevolgen versus feitelijke Gevolgen	119
4	Het effect van Gevolgen op korte en lange termijn	122

5	Soorten bekrachtigingsprocedures en het effect op de duurzaamheid van Gedrag	126
6	Het gedrag van de arts als bekrachtiger van ongewenst gedrag	133
9	Registreren met behulp van het G-schema	135
1	De registratieopdracht als zoektocht	135
2	Registreren is interveniëren	137
3	Het G-schema als instrument voor registratie	138
4	Duur en moment van registratie	139
5	Nabespreking van de registratie	144
10	Het G-schema van de dokter	149
1	Problematische Gedachten van de arts	150
2	Op zoek naar de onderliggende motivatie	150
3	Gebruik van het G-schema tijdens supervisie: ervaren discongruentie	152
	Literatuur	159
	Over de auteurs	163



## Voorwoord

Dit boekje is primair bedoeld voor huisartsen. Echter, ontwikkelingen binnen de geestelijke gezondheidszorg hebben geleid tot de komst van de Praktijkondersteuner Huisarts - Geestelijke Gezondheidszorg (POH-GGZ). Veel patiënten met psychosociale problemen worden sindsdien begeleid door de POH-GGZ. We denken dat dit boekje dan ook voor de POH-GGZ zinvol kan zijn. We verwijzen in de tekst naar de arts met 'hij'. Echter, hier kan uiteraard ook 'zij' gelezen worden.

Wij willen onze collega's van de huisartsopleiding Groningen en de huisartsen in opleiding aldaar bedanken. Jullie hebben ons door de jaren heen gevoed en geïnspireerd tot het schrijven van dit boekje. Peter Wattel bedanken we in het bijzonder voor zijn stimulerende enthousiasme, de leerzame sparmomenten en zijn waardevolle feedback.

Zwaantje Regtop willen we bedanken voor de ideeën die we hebben opgedaan in de samenwerking met haar. Haar vakmanschap en liefdevolle betrokkenheid bij haar patiënten, vormden een speciale bron van inspiratie.

Linda Bange en Majella de Jong





# Inleiding

Een belangrijke taak van de huisarts is het inventariseren en zo nodig behandelen van klachten waarmee patiënten op het spreekuur komen. Vroeger lag hierbij de nadruk op medische diagnostiek, waarbij aan eventuele vragen en ideeën van de patiënt niet nadrukkelijk aandacht werd besteed. De wensen en visie van de patiënt speelden doorgaans geen rol van belang in het proces van diagnostiek en indicatiestelling. In de loop der jaren is men gaan inzien dat kennis van de (belevings)wereld van de patiënt wel degelijk belangrijk is. Men is steeds meer tot het inzicht gekomen dat met het uitsluiten en/of behandelen van pathologie, het probleem van de patiënt niet vanzelfsprekend verholpen is (Blankenstein, 2008). Zowel bij ernstige als ook bij meer onschuldige klachten blijkt het zinvol de ideeën en (hulp)vragen van de patiënt te achterhalen. Dit stelt de huisarts beter in staat om zijn beleid af te stemmen op de behoefte van de patiënt. Stewart en collega's (2000) vonden dat een meer patiëntgerichte benadering leidt tot meer vertrouwen in behandeling, minder last van klachten, beter emotioneel functioneren, minder diagnostiek en minder verwijzingen. Op grond van deze en andere bevindingen heeft het *compliance model*, waarin de patiënt (slechts) geacht wordt te begrijpen en (medicatie)adviezen op te volgen, langzamerhand plaats gemaakt voor het *concordance model*, waarin de nadruk ligt op dialoog, wederzijds begrip en gezamenlijke *informed* besluitvorming (Cushing & Metcalfe, 2007). Naast een *klachtgerichte* benadering is er dus een *patiëntgerichte* benadering ontstaan, waarin aandacht is voor gevoelens, ideeën, zorgen en (hulp)vragen die de patiënt heeft met

betrekking tot de klacht. Hierin is tevens aandacht voor belangrijke aspecten van het leven van de patiënt die mogelijk een (in stand houdende) rol spelen in de klachten.

Het goed kunnen toepassen van deze twee benaderingen stelt nogal wat eisen aan de huisarts. Naast medische kennis moet hij ook voldoende communicatieve vaardigheden in huis hebben om de zielenroerselen van de patiënt boven tafel te krijgen. Het doel van dit boek is om de huisarts een model te bieden waarmee de belevingswereld van de patiënt op een gestructureerde manier in kaart wordt gebracht. Denkwijzen en technieken uit de cognitieve gedragstherapie (CGT) staan hierin centraal, waarbij het zogenaamde G-schema een belangrijke rol speelt. Bij de uitwerking van dit schema zal steeds zo dicht mogelijk aangesloten worden bij de actuele werkwijze van de huisarts en de problematiek waarmee hij dagelijks in zijn praktijk wordt geconfronteerd.

Het is nadrukkelijk niet de bedoeling om van de huisarts een cognitieve gedragstherapeut te maken. Het is wel de bedoeling om de huisarts een structuur te bieden om het verhaal van de patiënt nog beter in kaart te kunnen brengen en, waar nodig, nog effectiever te kunnen interveniëren. Voor de liefhebber is bij sommige onderwerpen gekozen voor extra verdieping. Om het lezen te vergemakkelijken zijn deze onderdelen in een apart kader geplaatst.

Tot slot hebben sommige, minder ervaren, huisartsen nog wel eens het idee dat ze 'niks gedaan hebben' als ze tijdens een consult voornamelijk (actief) hebben geluisterd zonder medisch inhoudelijk actief te zijn geweest. Het expliciet gebruikmaken van de CGT-denkwijzen en -methoden, zoals het G-schema, kan de betreffende huisarts meer steunen in het feit dat hij ook dan wel degelijk nuttig werk verricht.