

## **Trainingsprogramma Systematische ActiveringsMethode**

### **Inleiding**

Voor u ligt het trainingsprogramma wat behoort de Systematische ActiveringsMethode ofwel SAM. De SAM is een actieve interventie. Hiermee wordt bedoeld dat het resultaat van de interventie voor een deel afhangt van de bijdrage die de patienten zelf leveren. Dit in tegenstelling tot bijvoorbeeld medicamenteuze therapie. Nu is actief meedoen voor deze groep patienten vaak een enorme opgave. Andersom is het begeleiden van depressieve patienten om deze reden dikwijls lastig voor de verpleegkundigen. Zeker bij ouderen valt de begeleiding niet mee. Ouderen hebben, meer dan bij volwassenen, dikwijls de neiging zich afhankelijk op te stellen en de verantwoordelijkheid voor eigen handelen bij de hulpverleners te leggen. Om de SAM goed te kunnen toepassen is dan ook deze training opgezet. Deze training bestaat uit 3 delen. Deel 1 bestaat uit een algemene uitleg van de SAM en de theoretische achtergrond. Deze kennis is nodig om de opzet van de SAM te kunnen begrijpen. In deel 2 staat de attitude centraal die nodig is voor de uitvoering van de SAM. Hiervoor worden de uitgangspunten van Motivational Interviewing (MI) gebruikt (Miller en Rollnick, 2002). Dit zijn technieken die gebruikt worden om de veranderingsbereidwilligheid bij mensen te vergroten. Naast uitleg over de belangrijkste uitgangspunten van MI bevat dit deel een aantal oefeningen. Let wel, om MI goed te kunnen toepassen is een langerdurende training noodzakelijk. De gebruikte technieken die voor deze training zijn gebruikt hebben alleen betrekking op het uitvoeren van de SAM. Er wordt slechts gebruik gemaakt van de uitgangspunten van MI. Deel 3 bestaat uit een uitleg van de SAM. Per bijeenkomst wordt stilgestaan bij het doel en de opzet ervan. Er worden tips gegeven en de valkuilen worden besproken.

Het volgen van deze training neemt twee dagdelen van 4 uur in beslag. Na een algemene introductie wordt de meeste tijd besteed aan de attitude tijdens het eerste deel. In het tweede deel wordt uitleg gegeven over de toepassing van de SAM. Bij deze training hoort een powerpoint presentatie.

Deze training is opgezet als een groepsgerichte training maar kan desgewenst ook op individuele basis worden gegeven.

Succes met de training, Frans Clignet

## Deel 1

### Wat is de SAM

De SAM is een kortdurende gedragsmatige cursus die tot doel heeft om depressieve symptomen te verminderen bij patiënten met een depressieve stoornis. De cursus bestaat uit 7 bijeenkomsten waarin patiënten geleerd wordt om een aantal plezierige activiteiten te ondernemen waarmee ze hun stemming kunnen verbeteren. Er wordt veel aandacht geschonken aan het krijgen van inzicht in de eigen stemming. Patiënten krijgen veel uitleg over het verband tussen de stemming en het ondernemen van activiteiten die voldoening geven. Dit zijn heel vaak plezierige activiteiten maar dit hoeft niet (iemand kan juist veel voldoening halen uit iets wat hij/zij heel moeilijk vindt). Er worden veel schema's en tabellen gebruikt om het verband tussen stemming en het aantal (positieve) activiteiten zichtbaar te maken. Door middel van oefeningen leren de patiënten om stapsgewijs het aantal (positieve) activiteiten in hun weekprogramma uit te breiden. Een deel van de oefeningen zullen tijdens de bijeenkomsten worden uitgevoerd en een deel van de oefeningen zullen in de vorm van huiswerkopdrachten worden aangeboden.

De volgende thema's komen aan bod:

- Meten van de stemming,
- Kiezen van positieve activiteiten,
- Maken en uitvoeren van een activiteitenplan,
- Inschakelen van hulpbronnen,
- Uitvoeren van een activiteitenexperiment.

De bijeenkomsten zien er ongeveer hetzelfde uit. De structuur van de bijeenkomsten is als volgt:

1. bespreken van de doelen van de bijeenkomst,
2. Huiswerk bespreken,
3. korte uitleg over het thema,
4. uitleg en oefenen van vaardigheden,
5. bespreken van huiswerk voor de komende week,
6. afspraken maken voor de volgende bijeenkomst.

### Voor wie is de SAM bedoeld?

De SAM kan worden toegepast bij patiënten met een depressieve stoornis. Uit onderzoek is gebleken dat de SAM toepasbaar is bij een grote groep patiënten. Dit kunnen volwassenen zijn maar ook ouderen. Daarnaast is de SAM getest bij depressieve patiënten die zowel ambulante behandeld worden als klinisch. De SAM kan worden toegepast worden zowel in de 1<sup>e</sup> lijn als in de 2<sup>e</sup> lijn.

Voorwaarde voor deelname is dat de patiënten moeten kunnen werken met een werkboek en in staat zijn om gebruik te maken van schema's en tabellen (of er is hulp in de directe omgeving). Daarnaast is de SAM minder geschikt voor patiënten met een cognitieve stoornis. Dit omdat van patiënten wordt verwacht dat zij zelfstandig huiswerkopdrachten uitvoeren.

### **Theoretische achtergrond.**

De SAM is gebaseerd op de gedragstherapeutische benadering van een depressie. Lewinsohn (1974) noemt 3 aannames waarop de gedragstheorie van een depressie zijn gebaseerd. Deze zijn:

1. Bij depressieve patiënten is er sprake van een lage mate van respons afhankelijke positieve bekrachtigers. Onder respons afhankelijke positieve bekrachtigers wordt verstaan "alle activiteiten of events die een individu meemaakt die hem/ haar een prettig gevoel geven". Dit kan een passieve gebeurtenis zijn zoals een bezoek aan een schouwburg maar ook een actieve gebeurtenis zoals het maken van een lange wandeling. De lage mate van respons afhankelijke positieve bekrachtigers kunnen depressieve gedragingen uitlokken zoals passief gedrag, vermoeidheid en andere somatische symptomen die toegeschreven kunnen worden aan depressiviteit.
2. Een lage mate van respons afhankelijke positieve bekrachtigers verklaart in belangrijke mate andere depressieve gedrag zoals de afname van gedrag. Een depressieve patiënt doet steeds minder. Dit wordt toegeschreven aan aanhoudende extinctie. Onder extinctie wordt verstaan dat depressieve patiënten steeds minder ondernemen omdat zich nergens prettig bij voelen en daardoor steeds minder ondernemen. Het ondernemen van activiteiten dooft als het ware uit.
3. De totale hoeveelheid aan positieve bekrachtigers is afhankelijk van 3 variabelen. Deze variabelen zijn de interesses van een individu, het aanbod vanuit de omgeving en de mogelijkheden die een individu heeft om deel te kunnen nemen. Bij de mogelijkheden kan gedacht worden aan de vaardigheden die een individu heeft en aan de instrumentele mogelijkheden zoals financiële ruimte.

Bij (potentiële) positieve bekrachtigers kan een onderscheid gemaakt worden in kwantitatieve aspecten en kwalitatieve aspecten. De kwantitatieve aspecten hebben betrekking op het getalsmatige voorkomen van gebeurtenissen die tot positieve bekrachtiging kunnen leiden en de intensiteit waarmee de positieve bekrachtiging optreedt. De kwalitatieve aspecten hebben betrekking op het soort bekrachtiging (sociale, lichamelijke, intellectuele) en de functie die een bekrachtiging heeft voor het individu (de belangrijkheid van een bekrachtiging).

Om deze theoretische aannames te testen is er in de jaren 70 onderzoek gedaan door Lewinsohn en collega's (Lewinsohn 1974; Lewinsohn & Graf 1973). Hierbij werd gebruik gemaakt van de "Pleasant Events Schedule (PES)" en de "Unpleasant Events Schedule (UES)". Deze zijn ontwikkeld door McPhillamy en Lewinsohn (1971). De PES bestaat uit 320 activiteiten en gebeurtenissen die door studenten als prettig en plezierig worden ervaren. De UES bestaat uit 320 items die als onplezierig worden ervaren. In een observationele studie van Lewinsohn en Graf (1973) bij 90 participanten, verdeeld over 3 groepen (depressieve patiënten, niet depressieve psychiatrische patiënten en een normale controlegroep) wordt aangetoond dat er een relatie is tussen de stemming en het aantal plezierige activiteiten. Depressieve patiënten zijn significant minder betrokken in plezierige activiteiten dan de

overige groepen. De activiteiten die frequent geassocieerd zijn met de stemming zijn gecategoriseerd in 3 groepen te weten: gevoelens die tegengesteld zijn aan de depressieve stemming (bijv. lachen, je ontspannen voelen), ego ondersteunende activiteiten (bijv. iets doen zijn/haar eigen manier) en activiteiten die betrekking hebben op sociale interactie. Uit een observationele studie van Lewinsohn en Amenson (1978) bij depressieve en niet depressieve participanten blijkt dat mensen met een depressieve stoornis de stemmingsgerelateerde plezierige activiteiten zeer laag scoorden. Daarnaast bleken de groep depressieve patiënten onplezierige dingen significant onplezieriger te beleven dan de normale groep en de groep niet depressieve psychiatrische patiënten. Er ontstaat een vicieuze cirkel waarin mensen met een depressieve stoornis steeds depressiever worden als gevolg van het ontbreken van plezierige activiteiten en geen positieve prikkels meer krijgen om de cirkel te doorbreken. Hulp van anderen noodzakelijk.

**Vermindering positieve bekrachtigers**



Depressiecirkel

**Doel van de SAM is het doorbreken van deze cirkel**

## Deel 2

### Uitgangspunten voor de begeleiding

Om patiënten zo goed mogelijk te kunnen begeleiden zijn de volgende uitgangspunten van belang:

- De voortgang van de behandeling gaat zo snel als een patient het toestaat,
- Wat je als begeleider wil bewerkstelligen is dat de depressieve patiënten de positieve invloed die het uitvoeren van plezierige activiteiten hebben op de stemming ervaren. Deze ervaringen moet er toe leiden dat de patiënten zelf meer “plezierige” activiteiten ondernemen om zichzelf goed te voelen.
- Een veranderingsproces kost veel energie, zeker bij mensen met een depressieve stoornis.

### Therapeutische houding

#### Inleiding

De therapeutische houding is gebaseerd op de principes van Motivational Interviewing (MI). Allereerst zal een algemene uitleg gegeven worden van de genoemde principes. Vervolgens wordt een beschrijving gegeven per bijeenkomst wat de bedoeling is en op welke manieren de patiënten het beste begeleid kunnen worden.

#### Wat is MI?

MI is ontwikkeld door Miller en Rollnick (2002) is de jaren 90 en vindt zijn roots voor een deel in de Rogeriaanse traditie.

*Een definitie: Een directieve persoongerichte gespreksstijl, bedoeld om verandering van gedrag te bevorderen door ambivalentie ten opzichte van verandering te helpen verhelderen en oplossen (Miller & Rollnick, 2002).*

Het belangrijkste uitgangspunt bij MI is dat verandering een proces is waarvoor mensen gemotiveerd moeten zijn. Mensen veranderen omdat zij zelf het nut (voordeel) van deze verandering inzien. Mensen maken voortdurend afwegingen om bepaald gedrag te vertonen. Deze keuzes worden voor een belangrijk deel gestuurd door het idee wat mensen zelf hebben over waar ze het meeste “voordeel” van hebben. Dit hoeft niet altijd het “beste” voordeel te zijn vanuit gezondheidsperspectief. Een stevige roker bijvoorbeeld is zich goed bewust van de gevaren van het roken voor zichzelf en anderen (dat is tegenwoordig onvermijdelijk). Toch stopt hij (of zij) niet met roken omdat de nadelen volgens hem (haar) zoals toename van lichaamsgewicht of nervositeit veel groter zijn. Het geloof dat je zelf niet in staat bent om stoppen met roken (het lukt toch niet want mijn baan is veel te stressvol) zorgt er ook voor dat je niet stopt met roken. Mensen veranderen pas op

het moment dat de nieuwe situatie “aantrekkelijke” voordelen heeft en zij zijn overtuigd dat zij de verandering kunnen bewerkstelligen (self – efficacy). Aantrekkelijk is in dit verband een breed begrip. Aantrekkelijk kan ook betekenen dat in stand houden van het huidige gedrag ernstige gevolgen met zich meebrengt. Deze ernstige gevolgen kunnen alleen maar gestopt worden door te veranderen. Mensen moet dus eigenlijk aan het twijfelen worden gebracht over de voordelen van hun eigen gedrag. Het is dan belangrijk om ambivalentie te bewerkstelligen. Het bewerken van deze ambivalentie is de kern van MI. Bij MI draait het om de 3 kernbegrippen samenwerking, evocatie en autonomie.

Samenwerking: een belangrijke component is de opbouw van een therapeutische relatie. Er dient een sfeer te ontstaan die een patient het gevoel geeft dat hij/ zij geaccepteerd wordt zoals hij/ zij is. Een patient wordt beschouwd als een ervaringsdeskundige. Deze ervaringsdeskundigheid is een noodzakelijk onderdeel voor de behandeling en staat als het ware naast de professionele deskundigheid van de medewerker.

Evocatie (uitlokken): de perceptie van de cliënt is het uitgangspunt van de therapeutische relatie. Aangenomen wordt dat de bronnen- en motivatie voor verandering bij de patient aanwezig zijn. Intrinsieke verandering wordt vergroot als de eigen doelen en waarden worden gebruikt. Om te zorgen dat de eigen doelen en waarden het uitgangspunt zijn van de behandeling worden dienen patiënten te worden “verleid” om ze uit te spreken. Dit in tegenstelling tot educatie waar het uitgangspunt is dat er een gebrek aan kennis wordt verondersteld.

Autonomie: Bij MI is het van belang dat een patient richting geeft aan zijn/ haar eigen veranderingsproces. Dit impliceert dat de keuze voor verandering en de wijze waarop dat plaatsvindt bij een patient zelf ligt en niet bij een hulpverlener.

De 4 algemene principes die gelden bij MI.

Op basis van bovenstaande kernbegrippen zijn er 4 belangrijke principes die als onderlegger dienen voor MI. Deze principes zijn:

1. Uiten van empathie: een cliënt – centered empathie is een fundamenteel onderdeel van MI. De onderliggende houding is een accepterende houding. Uit de houding van de begeleider moet blijken dat hij/ zij een patient accepteert zoals hij is. Dit komt vooral tot uiting in “reflectief luisteren”. Dit is een therapeutische vaardigheid waarbij een patient het gevoel heeft daadwerkelijk begrepen te worden. Dit kan op verschillende manieren worden uitgevoerd: Herhalen, samenvatten, parafraseren, eigen gevoel verwoorden.

**Oefening:** Een patient vertelt het volgende:

“Het kost me iedere dag zoveel moeite om op staan. Ik moet mijzelf uit bed slepen. Als me dat dan gelukt is dan begint de vreselijke taak van aankleden en ontbijten. Soms komt het voor dat ik pas om half 12 met het ontbijt begin. Op zo’n moment ben ik zo teleurgesteld dat ik van ellende terug wil kruipen in bed. Als ik dit doe dan val ik weer in slaap en voel me schuldig dat ik de hele dag weer op bed heb gelegen. Zo gaat het al weken.”

**Geef de volgende empathische reactie:** herhalen, samenvatten, parafraseren, eigen gevoel verwoorden

Het is overigens niet zo dat empathie betekent dat je het ook per definitie eens bent met een patient. Als een patient iets vertelt waar je het niet mee eens bent (bijvoorbeeld: de dokter helpt mij niet, ik heb hem al weken niet gesproken) dan is het goed om dit te laten weten. Je kunt de feitelijkheid er tegenoverstellen (u heeft vorige week nog een gesprek gehad met de dokter) en het gevoel van de betreffende patient heeft benoemen (ik begrijp dat u het gevoel heeft dat het gesprek u niet geholpen heeft?).

2. Bewerkstelligen van ambivalentie: een patient zal in het begin geen motivatie hebben om te veranderen omdat hij/ zij geen zicht heeft op wat er veranderd moet (kan) worden. Om de motivatie tot verandering te prikkelen zal ambivalentie bij een patient ontwikkeld moeten worden. Ambivalentie is de twijfel die een patient heeft ten aanzien van zijn/ haar gedrag en de alternatieven. Ambivalentie betekent dat patiënten zien dat er mogelijkheden zijn om gedrag te veranderen. Zij zijn er echter nog niet van overtuigd dat de verandering in hun voordeel werkt. Om te beginnen is het nodig om ambivalentie te bewerkstelligen. Hiervoor is het nodig om twijfel te zaaien. Vergroot het gevoel bij een patient de risico's die het huidige gedrag met zich meebrengt en help een patient zich bewust te worden van zijn/ haar eigen rol. Het is hierbij vooral van belang dat gefocust wordt op de negatieve ervaringen zoals die door een patient zelf ervaren worden. Het heeft weinig zin om het gevaar voor uitdroging te benoemen als een patient erg somber is. Het is veel zinvoller om te exploreren wat voor een patient het grootste knelpunt is (bijvoorbeeld eenzaamheid). Het heeft geen zin om te proberen deze patiënten te overtuigen. Beter is het om de verschillende perspectieven tegenover elkaar te zetten en een patient helpen bij het maken van een keuze. Laat patiënten zelf een veranderingsdoel opstellen.

**Oefening:** Patiënte, een 69 jarige vrouw is erg somber en klaagt erover dat de dag zo lang duurt. Om de dag te breken gaat ze tussen 13.00 en 16.00 slapen. Het gevolg is dat ze 's nachts moeilijk kan doorslapen en gaat piekeren. Ze vertelt dat haar dochter de boodschappen voor haar haalt en haar meestal wakker maakt om 16.00. Patiënte weet dat ze wellicht beter wat kan gaan doen maar vindt het moeilijk om in actie te komen. Het alternatief: zelf de boodschappen doen om de dag te doorbreken heeft ze zelf al aan gedacht maar ziet dat nog niet zo zitten.

Zet de verschillende perspectieven tegenover elkaar? Hoe zou je dit met patiënte bespreken?

3. omgaan met weerstand: Weerstand is onvermijdelijk in veranderingsprocessen. Weerstand wordt meestal opgevat als een onwenselijk gedrag wat bestreden moet worden door bij overtuigen, overmatige informatie geven etc. Bij MI wordt weerstand gezien als een iets wat in de communicatie tussen begeleider en patient kan ontstaan. Een patient "moet" iets wat hij/ zij niet wil. Het bestrijden van weerstand leidt er meestal toe dat patiënten (iedereen) de hakken in het zand zetten en nog meer weerstand bieden. Het is beter om de weerstand te verminderen door "mee te veren" met de gevoelens van een patient. Het is in de eerste plaats van belang om weerstand als zodanig te herkennen. De belangrijkste graadmeter voor het signaleren van weerstand zijn je eigen gevoelens. Meestal herken je de weerstand van een patient op het moment dat de begeleiding er voor jouw gevoel stagnatie optreedt (je moet meer je best doen, meer uitleg geven, gevoelens van irritatie etc).

**Uitingen van weerstand:**

- Voortdurend niet haalbare alternatieven bedenken voor de gekozen oplossingen,
- Oplossingen sterk bekritisieren,
- Blijven hangen in de nadelen van de gekozen oplossingen,
- Persoonlijke opmerkingen maken in relatie tot de oplossingen (u heeft makkelijk praten....)
- etc

Bij het "meeveren" benoem je de weerstand en exploreert wat precies de bron van de weerstand is. Vergeet vooral niet om je eigen rol te betrekken in de exploratie. Vervolgens zijn er een aantal technieken die je kunt gebruiken:

- versterkte reflectie: teruggeven wat de cliënt zegt, in een versterkte of zelfs enigszins overdreven vorm.



- tweezijdige reflectie: de andere kant van de ambivalentie toevoegen (aan de ene kant..... maar je kunt ook denken.....).
- verandering van focus: de aandacht van de cliënt wegtrekken van datgene wat een struikelblok blijkt te zijn in het kader van vooruitgang.
- meegaan (maar...).
- benadrukken van eigen keuze en verantwoordelijkheid.
- herformuleren in andere context.
- paradox.

**Oefening:** Tijdens een bijeenkomst heeft een patient zijn huiswerk niet gemaakt. Na exploratie blijkt dat patient het idee heeft dat het geen zin heeft, het helpt niet. Bovendien geeft patient aan er geen tijd voor te hebben. Patient raakt zelfs wat geïrriteerd als hem gevraagd wordt waarom hij er niet aan toe gekomen is.

**Oefening 1:** verhoog de weerstand bij de patient,

**Oefening 2:** verminder de weerstand bij de patient.

4. ondersteunen van self – efficacy: bij het ondersteunen van het gevoel van patiënten dat ze in staat zijn om zelf te komen tot oplossingen is het belangrijk dat de begeleider uitstraalt dat hij/ zij vertrouwen heeft dat het goed komt. Dit moet in de houding duidelijk zijn. Een patient moet het gevoel hebben dat alles mag (ook al doet een patient niets). Er dient ingegaan te worden op de kwaliteiten van een patient. Bespreek de knelpunten en de oplossingen die een patient zelf ziet. Gebruik open vragen om het perspectief van een patient te achterhalen. Bekrachtig en ondersteun het oplossende vermogen van een patient en vul deze oplossingen evt aan met eigen suggesties.

**Oefening:** Een patiënte heeft als oplossing voor haar passieve gedrag om 3 dagen per week naar de deeltijdbehandeling te gaan. Dit is wel een erg rigoureuze maatregel omdat patiënte nog goed in staat is om zich thuis te redden.

Op welke manieren zou je kunnen aansluiten bij de oplossing van patiënte en een oplossing bedenken die wat minder rigoureuus is?

## Toepassing van MI bij de SAM.

### Algemene opmerkingen:

Bij de toepassing van de SAM kun je er het beste vanuit gaan dat je de patiënten begeleidt bij het *zelfstandig* uitvoeren van de opdrachten in het werkboek. Dit zal voor een aantal patiënten niet eenvoudig zijn. Enerzijds kunnen de patiënten nog behoorlijk depressief zijn en daardoor geremd zijn in het uitvoeren van de opdrachten. Anderzijds kan het zijn dat patiënten niet gewend zijn om zelf een actieve rol te vervullen. Het is goed om te beseffen dat patiënten die meedoen met de cursus niet altijd optimaal gemotiveerd zijn.

### Algemene aandachtspunten voor de begeleiding.

- Je volgt een patient bij het uitvoeren van de cursus. Bij hen ligt dan ook het initiatief. Het is belangrijk om dit vanaf het begin duidelijk te maken.
- In principe duurt de cursus 7 bijeenkomsten maar dit is afhankelijk van het tempo van een patient. Als het nodig is om een bijeenkomst uit te smeren over 2 keer dan is dat geen probleem. Vraag je wel af wat een extra bijeenkomst gaat opleveren.
- In het werkboek wordt uitleg gegeven over achtergronden van de cursus (depressiekring) en wat er van een patient verwacht wordt. Vraag of de patient het werkboek heeft doorgelezen en wat hij/zij ervan begrepen heeft. Vul daarna evt aan wat de patient gemist heeft of verkeerd geïnterpreteerd. Alleen tijdens de eerste bijeenkomst wordt er wat uitgebreider stilgestaan bij de depressiekring. De nadruk ligt dan niet zozeer op de theorie maar meer op de herkenning in het dagelijkse leven van de patient.
- T.a.v. empathie: een accepterende houding (alles kan, niets is fout). Het belangrijkste doel is dat de deelnemende patient ervaart dat het ondernemen van positieve activiteiten een gunstige invloed heeft op de stemming. Het maakt niet uit wat de deelnemende patient onderneemt zolang het doel maar gehaald wordt. Als een patient aangeeft iets niet te kunnen/ willen dan is dat geen probleem. Probeer na te gaan wat er wel mogelijk is en ga daar vervolgens vanuit.
- T.a.v. ambivalentie: het uitgangspunt is dat een patient deelneemt omdat hij/zij iets wil veranderen aan zijn/ haar depressiviteit. Als patiënten het moeilijk vinden om iets te ondernemen is het raadzaam om terug te gaan naar het moment waarop zij besloten om aan de SAM deel te nemen. Aan hen kan gevraagd worden of ze er nog net zo over denken. Je probeert hiermee de patiënten terug te brengen naar het moment waarop ze zelf de balans lieten doorslaan naar verandering.
- T.a.v. weerstand: dit fenomeen speelt overal, dus ook bij deze groep mensen. Weerstand moet per definitie opgevat worden als een probleem van de therapeut. Het is in de eerste plaats van belang om de weerstand te herkennen. Het is ook geen probleem om te benoemen dat je weerstand

bemerkt. Je kunt vervolgens bespreken wat er moet veranderen om de weerstand te doorbreken.

- T.a.v. bevorderen van self – efficacy: als het goed is voorziet deze cursus in een soort automatische bevordering van de self – efficacy. Je kunt als begeleider de self – efficacy bevorderen door de oplossingen van de deelnemende patient serieus in overweging te nemen (hoe onwaarschijnlijk deze ook lijkt) en vooral te benoemen waar successen zijn behaald.

# Deel 3

## Uitleg bijeenkomsten

### Bijeenkomst 1:

Deze eerste bijeenkomst staat vooral in het teken van kennismaken met de cursus en duidelijk maken wat de onderliggende gedachten zijn.

De deelnemende patiënt dient het werkboek een week voor aanvang van de cursus in bezit te hebben. Men wordt verzocht de eerste 2 delen door te nemen. Nu is het, denk ik, reëel om aan te nemen dat niet iedereen dit doet. Het is daarom ook belangrijk om na te gaan in hoeverre mensen de informatie hebben doorgenomen en begrepen. Sta stil bij de zaken die mensen niet begrijpen (of niet hebben doorgenomen). Het is wel belangrijk om ervoor te zorgen dat de patiënten een goed beeld krijgen van wat ze kunnen verwachten. Geef ook uitleg over de rol die je als begeleider neemt tijdens de cursus. Neem het werkboek vooraf zelf nog even door. Aandachtspunten.

- Beperk het geven van educatie tot het minimum. Verwijs de patiënten naar de inleidende tekst van het werkboek.
- Richt je vooral op herkenning. Als patiënten “niets herkennen” dan kan het weerstand zijn. Je kunt dit proberen te doorbreken door aan te geven dat dit fenomeen vrij gewoon is bij mensen met een depressieve stoornis. Geef aan dat een patient nu de mogelijkheid krijgt om inzicht te krijgen in hoe het bij hem/ haar werkt. Ga vooral de discussie niet aan. Richt je op de samenwerking door het stellen van gezamenlijke doelen (wat moet het eindresultaat zijn van de cursus).
- Benadruk dat positieve activiteiten zich vaak voordoen in alledaagse situaties. Verwijs evt naar het vervolg van de cursus (“hier komen we later in de cursus nog uitgebreid op terug”).
- Sta zorgvuldig stil bij de oefening in het meten van de stemming. Dit moeten de patiënten immers gedurende de gehele cursus uitvoeren.
- Bespreek altijd het huiswerk. Wanneer willen de patiënten het huiswerk gaan uitvoeren? Wat verwachten ze aan obstakels en wat hiertegen te doen? Etc.
- Leg uit dat het verhogen van activiteiten doelgericht moet zijn en niet stemmingsafhankelijk. Het is een mythe om te denken dat eerst de stemming moet veranderen voordat het gedrag verandert.

### Globale tijdsindeling (50 minuten):

5	minuten:	GDS laten invullen.
5	minuten:	introductie: welkom, algemeen praatje,
10	minuten:	uitleg over de cursus en achtergrond,
15	minuten:	uitleg en oefenen van het meten van de stemming,
10	minuten:	uitleg huiswerk,
5	minuten:	afspraken maken voor de volgende bijeenkomst.

## Bijeenkomst 2:

In deze bijeenkomst wordt aandacht geschonken aan het kiezen van plezierige activiteiten. Er wordt gestart met het bespreken van de huiswerkopdracht. Probeer tijdens het bespreken al voorzichtig een link te leggen tussen (positieve) activiteiten en de stemming. Besteed ook aandacht aan het uitvoeren van het huiswerk (wat viel mee/ tegen).

Geef een korte uitleg over de plezierige activiteitenlijst. Deze lijst moet vooral opgevat worden als een inspiratiebron. Patiënten mogen de activiteiten kiezen van de lijst maar het hoeft niet. Patiënten kunnen de lijst aanvullen met eigen activiteiten. Let op dat patiënten zich niet overschatten/ onderschatten. Onderschatting= als patiënten maar zeer weinig activiteiten kiezen (vraag hen of ze er nog een paar kunnen bedenken). Als patiënten te weinig activiteiten kiezen is er een kans dat ze geen verschil in de stemming bemerken. Als patiënten zichzelf overschatten dan kan het voorkomen dat zij teleurgesteld worden als het niet lukt.

Aandachtspunten:

- Geef patienten de ruimte om de activiteiten te bedenken en zie er op toe dat zij de activiteiten in het schema beschrijven.
- De activiteiten uit de lijst zijn niet altijd activiteiten die uitgevoerd moeten worden door de patiënten. Soms zijn het ook dingen die anderen doen (bijv. een compliment krijgen). Het gaat er in deze gevallen om dat patiënten zich bewust worden van deze signalen (je kunt iets pas waarderen als je je ervan bewust bent).
- Probeer niet teveel te sturen in het uitvoeren van de activiteiten. Het is belangrijk om de patient te volgen. Het belangrijkste doel is dat de patienten leren om het verband tussen het ondernemen van plezierige activiteiten en de (verbetering) van de stemming te ervaren. Stel daarom je eisen niet te hoog. Wees er tegelijkertijd alert op dat patienten niet te weinig activiteiten kiezen. Leg uit dat ze dan waarschijnlijk niet zoveel verschil merken (ga uit van ongeveer 5 of meer).
- Het is nog niet de bedoeling dat er een plan gemaakt wordt. Het is de bedoeling dat patienten dagelijks een aantal van de gekozen activiteiten uitvoeren (het is ook goed als zij 2 keer hetzelfde doen) en dan de stemming scoren.
- Als je merkt dat er sprake is van weerstand dan is het goed om dit te benoemen en met de patient te bespreken hoe de weerstand verminderd kan worden. Je moet er vanuit gaan dat patienten wel mee willen doen.
- Bij het scoren van de activiteiten gaat het niet alleen om de (absolute) hoogte van de score maar ook hoe de scores zich verhouden tot elkaar. De aanname is dat mensen hun stemming positiever scoren als ze iets leuks gedaan hebben. Als mensen hun stemming hoger scoren, in vergelijking met “niets doen”, dan is het al goed. Dit moet ook genoemd worden naar de patient.
- Vraag aan het begin van **iedere bijeenkomst** of er nog wat veranderd is in vergelijking met de vorige keer!

### Globale tijdsindeling (45 minuten)

- 5 min: algemeen praatje, peilen van de stemming etc.
- 10 min: huiswerk bespreken.
- 5 min: korte introductie op de plezierige activiteitenlijst (hoe te gebruiken),
- 5 min: kort doornemen van de lijst,
- 10 min: invullen van plezierige activiteiten
- 5 min: uitleg geven over het huiswerk (invullen van activiteiten + stemming)
- 5 min: afspraken maken voor de volgende bijeenkomst

### Bijeenkomsten 3 en 4:

In deze bijeenkomst wordt het weekplan gemaakt. Het is de bedoeling dat de ervaringen van de vorige bijeenkomst hierin worden betrokken. Focus je, tijdens het bespreken van het huiswerk, op het verband tussen de stemming en het aantal plezierige activiteiten. Schenk kort aandacht aan de zaken die niet gelukt zijn maar op een niet veroordelende manier. Het is de bedoeling dat een patiënt, samen met de begeleider, een weekplan gaat samenstellen waarin een aantal plezierige activiteiten worden opgenomen. Zoals in het werkboek wordt aangegeven moet een verdeling worden gemaakt tussen eenmalige activiteiten en terugkerende activiteiten. Het is belangrijk om patiënten goed na te laten denken over eenmalige en terugkerende activiteiten. Het weekplan is bedoeld voor een langere periode. Het weekplan moet een soort "richtlijn" worden waar de patiënten op terug kunnen vallen als de cursus is afgelopen. Dit moet wel duidelijk gemaakt worden tijdens de uitleg aan het begin. Het is daarom ook belangrijk om zo zorgvuldig mogelijk het weekplan te maken.

**Belangrijk:** het maken van een weekplan wil nog niet gelijk zeggen dat dit weekplan ook in 1 keer moet worden uitgevoerd. Je kunt een patient bijvoorbeeld laten kiezen welke activiteiten de patient als eerste wil uitvoeren. Het is zelfs nog niet eens nodig dat het weekplan al helemaal ingevuld wordt!!!!!!

### Aandachtspunten:

- Gebruik vooral de ervaringen die patiënten in de vorige bijeenkomst hebben opgedaan. Zowel de positieve als negatieve ervaringen kunnen gebruikt worden om te leren. Het is vooral van belang om een houding te hebben van "alles is goed, niets is fout". Als er sprake is van te weinig verbetering van de stemming dan kan het zijn dat er te weinig onderscheid is in vergelijking met de overige activiteiten. Sta ook stil bij de dingen die mensen zijn "overkomen" (bijvoorbeeld als iemand een compliment ontvangen heeft)
- De patient is het referentiepunt. Probeer de patiënten uit te lokken om activiteiten te benoemen door wat meer door te vragen. Het helpt hierbij om de patient iets beter te leren kennen door wat over hem/haar te lezen in het dossier.

- Een patient kan er erg tegenop zien om een activiteit op te pikken (te moeilijk, te tijdrovend etc). In dit geval kan een activiteit in deelactiviteiten over de week worden verdeeld.
- Laat je niet ontmoedigen als een patient zijn/ haar week niet goed kan invullen. Gebruik desnoods 2 bijeenkomsten om een goed plan te maken. Er is niets op tegen als een patient meer tijd nodig heeft.
- De patient hoeft nog niet alle activiteiten direct uit te voeren. Het kan voorkomen dat een activiteit wat later start of dat een patient het nog te moeilijk vindt. Dit is op zich geen punt. Het plan kan altijd nog worden aangepast als dit nodig is.
- Mocht je merken dat een patient niet langer dan een paar dagen vooruit kan kijken maak dan tussentijds nog een afspraak. Dit kan ook als je merkt dat een patient wat meer begeleiding nodig heeft bij het uitvoeren van het plan.
- Leg uit dat het weekplan bedoeld is om meer controle te krijgen over het eigen leven en de eigen stemming.

#### Globale tijdsindeling (45 minuten)

- 5 min: algemeen praatje, peilen van de stemming etc.  
 10 min: huiswerk bespreken.  
 5 min: uitleg over het maken van een act. plan (eenmalig/ terugkomend, niet alles tegelijk).  
 20 min: maken van een weekplan  
 5 min: bespreken van huiswerk + afspraken maken.

**Belangrijk:** als er meer bijeenkomsten nodig zijn dan is dat geen probleem. Je kunt er zelfs voor kiezen een bijeenkomst te splitsen in 2 korte momenten (van bijvoorbeeld 20 min).

#### Bijeenkomst 5:

Deze bijeenkomst staat in het teken van het uitvoeren van het activiteitenplan en de problemen die patiënten tegen kunnen (zullen) komen. Patiënten leren om hulp te vragen aan anderen. Tijdens het bespreken van het huiswerk wordt vooral stil gestaan bij de relatie tussen het ondernemen van positieve activiteiten + de stemming.

Bij het zoeken van hulp bij anderen is het de bedoeling om uitleg te geven over wat je onder hulp kunt verstaan. Hulp kan zijn dat iemand met je mee gaat bij het ondernemen van een activiteit (bijvoorbeeld naar de dierentuin) maar hulp kan ook betekenen dat iemand je helpt herinneren. Benoem eveneens dat niet alleen familieleden en vrienden de patiënt kunnen helpen. Zelfs de buurvrouw of hulpverleners kunnen helpend zijn. Het schema is hierin een goed hulpmiddel.

#### Aandachtspunten:

- Het huiswerk is bedoeld om de relatie tussen plezierige activiteiten en de stemming te bespreken. Dit is de primaire doelstelling van de cursus. Dus niet zozeer wat er wel/ niet gelukt is, dat komt later in de cursus aan de orde. Als een patiënt echt tot niets is gekomen dat kun je stilstaan bij de oorzaken hiervan. Misschien is de patient op dat moment te depressief om deel te nemen (kun je evt toetsen door bijvoorbeeld een GDS af te nemen).
- Als patiënten aangeven geen bekenden te hebben dan is dat per definitie niet waar omdat ze jou kennen. Exploreer met de patient welke mogelijkheden hij/ zij heeft. Het hoeven zeker niet altijd mensen te zijn die dichtbij staan. Dit hangt erg af van de aard van het contact. Kijk ook vooral naar minder voor de hand liggende bronnen zoals kerkgemeenschappen etc.
- Gebruik het weekschema om te bekijken bij welke activiteit een patiënt eventueel geholpen kan worden door anderen.

#### Globale tijdsindeling:

- 5 min: algemeen praatje, peilen van de stemming etc.
- 10 min: huiswerk bespreken.
- 5 min: uitleg over wie die anderen kunnen zijn en welke rol zij kunnen hebben.
- 10 min: onderzoeken wie de patient evt kunnen helpen: familie, vrienden, burens, hulpverleners, medepatiënten etc.
- 10 min: invullen van het hulpbronnenschema.
- 5 min: bespreken van het huiswerk en afspraken maken.

#### Bijeenkomst 6:

In deze bijeenkomst wordt een hulpmiddel besproken wat patiënten kunnen gebruiken om dingen die ze moeilijk vinden toch te kunnen uitvoeren. Patiënten worden geleerd om een Activiteiten Experiment (AE) uit te voeren. Een patient kan erg opzien tegen het uitvoeren van een activiteit op grond van allerlei (onredelijke) aannames. Om deze aannames te testen kan een patient gebruik maken van een AE.

Bij een activiteitenexperiment kan een activiteit gekozen worden uit het activiteitenplan waar de patient moeite mee heeft. Dit hoeft niet. Er kan ook een activiteit gekozen worden buiten het activiteitenplan. Het motto is: "ik durf het niet maar ik doe het toch". Het schema kan een patient helpen om zo succesvol mogelijk een Activiteiten Experiment uit te voeren. Het kan zijn dat een patient een zetje nodig heeft om iets uit te voeren. Dit zetje kun je geven op verschillende manieren. Zo kun je de ambivalentie proberen te vergroten door de verschillende perspectieven tegenover elkaar te zetten, of een activiteit in kleinere stukjes te hakken. Je kunt ook kijken naar het ergste wat er kan gebeuren als een patient het AE uitvoert. Besteed in eerste instantie veel aandacht aan het uitzoeken van de activiteit. Te snel overstappen naar het invullen van het schema kan er toe leiden dat patiënten zich onder druk gezet voelen.



#### Aandachtspunten:

- Dit is een relatief lastige bijeenkomst omdat je patiënten wil aanzetten tot iets waar zij moeite mee hebben.
- Als een patient het Activiteiten Experiment **echt** niet wil uitvoeren maak er dan geen hoofdzaak van. Je kunt niet meer doen dan uitleg geven. Probeer wel een AE in te vullen en laat het verder aan de patient om er wel of geen gebruik van te maken.

#### Globale tijdsindeling (45 Min):

- 5 min: algemeen praatje, peilen van de stemming etc.
- 10 min: huiswerk bespreken,
- 5 min: uitleg Activiteiten Experiment
- 10 min: uitzoek van de activiteit.
- 10 min: Invullen Activiteiten Experiment
- 5 min: bespreken huiswerk + afspraken maken.

#### Bijeenkomst 7:

Het doel van deze bijeenkomst is consolideren van aangeleerde vaardigheden. Alles wat er behandeld is in de cursus passeert nogmaals de revue. Het schema helpt de patient om alle vaardigheden nog even door te nemen. Het gaat er vooral om dat er met de patiënten wordt doorgenomen hoe zij zelf invloed kunnen uitoefenen op hun stemming in de toekomst. Benadruk vooral het verband tussen het ondernemen van plezierige activiteiten en de stemming. Verder is deze is deze bijeenkomst vooral bedoeld als afsluiter. Deze bijeenkomst wordt ook gebruikt voor het afnemen van de GDS.

#### Aandachtspunten:

- Ga niet weer alles opnieuw uitleggen. Probeer de patient te volgen in wat hij/ zij ervan begrepen heeft. Haal eventuele misverstanden weg en refereer aan het werkboek.
- Loop met de patient nog even het werkboek door bij het evalueren van de cursus. Dit kan voor de patient de herkenning vergroten en bovendien heb je zelf als begeleider zicht op hoe het werkboek gebruikt is.
- Leg de nadruk op wat patiënten zelf kunnen ondernemen als zij zich somber beginnen te voelen. Blijf echter wel reëel.
- Sta er ook bij stil hoe de patient de begeleiding ervaren heeft!!!

#### Globale tijdsindeling (45 minuten)

- 5 min: algemeen praatje, peilen van de stemming etc.
- 10 min: huiswerk bespreken,
- 20 min: terugblik op de cursus + vooruitblik,
- 5 min: invullen GDS
- 5 min: afsluiting van de cursus

### Hoe met huiswerk om te gaan

Het huiswerk is belangrijk onderdeel van de cursus. Het is belangrijk om dit in het begin van de cursus al te bespreken. Ga na of een patient het ziet zitten om het huiswerk te maken. Probeer, samen met de patient, te exploreren wat er voor nodig is om het huiswerk zo goed mogelijk is en maak hierover afspraken. Het is op zich geen probleem als een patient het huiswerk een keer maar voor een deel uitgevoerd heeft. Waar het om gaat is dat de patient het verband ziet tussen de stemming en het aantal positieve activiteiten. Als blijkt dat een patient regelmatig zijn/ haar huiswerk niet gemaakt heeft dan dient dit besproken te worden. De verantwoordelijkheid voor de voortgang ligt op dit punt bij de patient zelf. Mocht het maken van huiswerk een probleem zijn dan kunnen tussentijds afspraken wellicht helpen (of een collega vragen om de patient te herinneren). Het is goed om de patient zijn/ haar eigen keuzes te laten maken. Probeer de patient wel te stimuleren om positieve activiteiten uit te voeren zodat zij de invloed hiervan op hun stemming ervaren. Het motto is: “alles is goed, niets is fout, zolang je er maar wat van leert”.

### Slotopmerkingen

Deze trainingsmodule moet ertoe leiden dat de SAM uitgevoerd wordt op de manier zoals het bedoeld is. Nu is dat niet altijd mogelijk. Dit kan te maken hebben met de situatie van de patient maar ook met je eigen situatie. Het is mogelijk om iets te veranderen aan de cursus. Zo is het bijvoorbeeld mogelijk om bijeenkomst 3 in twee keer te doen. Dit is op zich geen probleem zolang je het doel van de cursus niet uit het oog verliest; het verminderen van depressieve symptomen door inzicht te geven in het verband tussen de stemming en het ondernemen van plezierige activiteiten. Bij het uitvoeren van de SAM zul je merken dat het voor patiënten een hele opgave kan zijn om de cursus vol te houden. Dit is logisch gezien de aard van de stoornis. Geef echter niet te snel op. Probeer de patiënten te stimuleren om de cursus toch vol te houden (rek desnoods de cursus wat uit). Mocht je tot de conclusie komen dat het voor een patient echt niet mogelijk is om de cursus te volgen dan moet je stoppen en het later nogmaals proberen.

Veel succes met de SAM.

### Referenties.

Lewinsohn, P. M. (1974). A behavioral approach to depression. In R. J. Friedman & M. M. Katz (Eds.), *The psychology of depression: Contemporary theory and research*. New York: John Wiley & Sons. 157-186...

Lewinsohn PM & Graf (1973); Pleasant activities and depression, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 41, 261 – 68.

McPhillamy DJ en Lewinsohn PM (1971): *Depression as a function of levels of desired and obtained pleasure*, Journal of abnormal Psychology, vo. 83, no 6, 651 – 657.

Lewinsohn PM en Amenson CS (1978): *Some relations between Pleasant and Unpleasant mood related events and depression*, Journal of abnormal psychology, vol.87, no 6, 644 – 654.

Miller WR, Rollnick S (2002): *Motiatlional interviewing, preparing people for change 2<sup>th</sup> edition*, Guilford press, New York.