



www.DirectieveTherapie.nl

Dank voor uw download

U kunt er natuurlijk uit citeren, graag zelfs, maar dan wel met bronvermelding. U mag dit artikel ook ruimhartig verspreiden mits het niet voor commerciële doeleinden is. In die gevallen pas na onze schriftelijke toestemming.

Opname in bloemlezingen en readers moedigen wij aan, maar wel graag eerst even overleggen.

Alle rechten van de artikelen liggen bij
de Stichting Cognitie en Psychose.

Voor alle vragen:
info@gedachtenuitpluizen.nl

Het KOP-model

Een manier van denken, kijken en werken

Al jaren wordt er in de ggz gezocht naar verkorte vormen van psychotherapie (Alexander & French, 1948; Rijnders, 2004; Rijnders, de Jongh, & Pieters-Korteweg, 1999; Stoffer, 2005; van der Velden, 1977). Volgens Schaeffer, Schene, en Koeter (1999) werd in 1999 zeker twintig procent van de behandelingen in de ggz uitgevoerd op basis van een kortdurend behandelmodel, een percentage dat daarna verder is toegenomen (Ministerie van Volksgezondheid, 2013). Een van de toepassingsvormen van kortdurend behandelen is het KOP-model. Dit model is vijftien jaar geleden ontworpen door Rijnders et al. (1999). Het model is bedoeld om de duur van de behandeling te verkorten, maar vooral om de participatie van de patiënt in het behandelproces te vergroten. Het KOP-concept is zowel inhoudelijk als procesmatig gerelateerd aan de leertheorie en de gedragstherapie. Anders dan in de gedragstherapie ligt de nadruk meer op de copingsstijl van de patiënt dan op zijn klacht. Daarnaast wordt zowel in de probleemanalyse als in de oplossingsvormen ruim aandacht besteed aan de context, en wordt het systeem van de patiënt actief betrokken bij de probleemanalyse en de behandeling. In tegenstelling tot wat gangbaar is in de tweede lijn van de ggz wordt er in het KOP-model in principe van uitgegaan dat met enige uitleg, steun en coaching patiënten goed in staat zijn hun problemen zelf aan te pakken en op te lossen.

Dit artikel beschrijft de stand van zaken van dit model. We starten met een beschouwing over de theoretische basis van het model en de waarde ervan. Daarna beschrijven we hoe dit model op hoofdlijnen in de praktijk wordt toegepast.

KOP: HET THEORETISCHE CONCEPT

Het KOP-schema (tabel 1) is een eenvoudig hulpmiddel om de onoverzichtelijke en verwarrende massa van gevoelens en reacties die eigen is aan psychische klachten te ordenen en terug te brengen tot overzichtelijke eenheden. Van welke klachten heeft men precies last (K)? Wat zijn daar de mogelijke oorzaken of uitlokkende omstandigheden van (O)? In hoeverre is er sprake van een persoonlijk aandeel in de klachten (P)? Het schema geeft de behandelaar en

de patiënt een overzicht over de aard en de achtergrond van de klachten.

TABEL 1
Een leeg KOP-schema

	Naam patiënt:.....
Klachten (K)	▶ ... ▶ ... ▶ ...
Omstandigheden (O)	▶ ... ▶ ... ▶ ...
Persoonskenmerken (P)	▶ ... ▶ ... ▶ ...

Het KOP-model gaat ervan uit dat er een relationeel verband is tussen de omstandigheden (bijvoorbeeld een hoge temperatuur) en de kenmerken van een onderzoeksobject, in dit geval een mens. Hitte doet iets met mensen, maar wat het met elk individueel mens doet, is minder eenduidig. Om de aard of de richting van een reactie te kunnen voorspellen, hebben we de mens zelf nodig. Algemene kennis van de mens als soort is onvoldoende: we moeten de aard van het individuele beestje kennen. In het KOP-model wordt die beschreven onder de P. Dit is anders bij materie, waar kennis van één element uit een verzameling elementen voldoende is om het gedrag van elk element te voorspellen.

Op het eerste gezicht lijkt het een nadeel dat we in de menswetenschappen niets kunnen voorspellen zonder kennis van het specifieke individu of zonder de persoon om wie het gaat bij onze oordeelsvorming te betrekken. In de behandeling kan het echter juist een voordeel zijn. Het biedt een kans om de patiënt, als hij dat wenst en ertoe in staat is, bij de opzet en uitvoering van zijn behandeling te betrekken. De persoon of de patiënt wordt hierdoor medespeler, medebetrokkene en medeverantwoordelijke in het behandelproces. Dit draagt volgens onderzoek naar de zogeheten 'non-specifieke factoren' in belangrijke mate bij aan het succes van een behandeling (Assay & Lambert, 1999; Duncan & Miller, 1999; Lambert, 2013; van Audenhove, 1995; Wampold, 2001). Dit onderzoek wijst ook op het belang van de therapeutische relatie en een gedeelde probleemdefinitie.

Het KOP-model heeft een drietal belangrijke elementen. Ten eerste wordt de patiënt uitgenodigd en gestimuleerd om op te treden als 'co-therapeut'. Daarvoor is het belangrijk de vraag te stellen hoe omstandigheden, bijvoorbeeld extreme hitte of kou, door hem worden beleefd. Als iets aangenaams, of juist als iets vervelends? Vindt hij een hittegolf weliswaar lastig, maar ook wel weer prettig? Even belangrijk is de vraag hoe hij warmte of kou ondergaat. Is hij passief en afwachtend, of gaat hij juist actief op zoek naar de beste manieren om zich aan te passen of zich eraan te onttrekken? De gevolgen van omstandigheden als kou en hitte worden bij de mens mede bepaald door de waardering die hij heeft voor wat hem overkomt, hoe hij ermee omgaat en hoe hij erop reageert.

Een tweede belangrijk element in het KOP-model is de erkenning van en de aandacht voor de centrale rol van individuele kenmerken van de persoon (de P in het KOP-schema). Het is dus belangrijk om vast te stellen wat de aard van de relatie is tussen een gebeurtenis (de O van 'omstandigheid' in het schema) en hoe de patiënt geneigd is daarmee om te gaan (P). Anders gezegd: afhankelijk van de waardering door de patiënt (P) kan dezelfde O zowel leiden tot een gunstig, een neutraal of een ongunstig gevolg. Indien er sprake is van een ongunstig gevolg, vat het model dat samen onder de K van 'klacht'.

Een belangrijke eigenschap van de mens is het vermogen om te reflecteren op de eigen situatie en het eigen gedrag. Kenmerkend voor mensen met psychische problemen is dat het reflectief vermogen minder beschikbaar is. Bij sommige mensen is dit vermogen nooit of vrijwel niet tot ontwikkeling gekomen. In feite is er dan sprake van een beperking of een handicap die enkel met externe steun of maatregelen is te compenseren. Bij de meeste mensen is het reflectief vermogen enigszins tot goed ontwikkeld. Onder invloed van externe omstandigheden (stress, conflict, verlies) kan het vermogen op de achtergrond raken. Men verliest het overzicht. Dit leidt tot demoralisatie, waardoor men terugvalt op meer primitieve reactiepatronen: vechten of vluchten, in plaats van nadenken over de situatie waarin men zich bevindt en over manieren van reageren die verstandiger of gewenster zijn. Elk mens kan onder druk van de omstandigheden tijdelijk, geheel of gedeeltelijk het vermogen tot reflecteren verliezen.

Een derde belangrijk element in het KOP-model is de patiënt helpen om opnieuw of beter gebruik te maken van zijn reflectieve vermogen. Anders gezegd: het KOP-model helpt patiënten te beseffen dat ze in staat zijn keuzes te maken, en in voor hen lastige situaties alternatief gedrag aan te wenden of te ontwikkelen.

DE BALANS: REFLECTIE, RELATIVERING, UITZICHT EN
ONTWIKKELING

De uitwerking van de P uit het KOP-schema wordt altijd gestart met een zo concreet mogelijke beschrijving van de relevante kenmerken van de persoon van de patiënt. Dit gebeurt met behulp van de 'balans'. De balans is een continuüm of dimensionele weergave, die loopt van het ene uiterste naar het andere uiterste van een gedragskenmerk, aan de hand waarvan de stereotype positie van de patiënt wordt bepaald. Gedragskenmerken als iemands positie ten opzichte van anderen (uitgedrukt in mate van zorgzaamheid, verantwoordelijkheidsgevoel, waakzaamheid, sociale gerichtheid, enzovoort) worden met de balans verduidelijkt in termen van extreem of gematigd: is de patiënt 'in balans' of 'uit balans'? Uitgangspunt is dat hoe meer een positie uit balans is, hoe groter de kans op pathologie. De balans is een visualisering van de factor P in het KOP-model, die ertoe bijdraagt dat de patiënt van begin af aan beter inzicht krijgt in zijn eigen gewoonten of stereotiepe gedragspatronen. Welke rol spelen deze patronen bij het ontstaan en de instandhouding van klachten? Op welke manier kunnen zij worden bijgesteld, aangepast of ontwikkeld? De balans is het fundament voor de uitvoering en de toetsing van alle gedragsveranderingsmethodieken die in de behandeling worden toegepast.

Het KOP-concept gaat ervan uit dat individuele kenmerken van de persoon een cruciale rol spelen bij het ontstaan en de instandhouding van klachten. Het KOP-model helpt de patiënt om overzicht en grip te krijgen op de achtergrond en de oorzaken van zijn klachten. In dit overzicht worden zowel de uitlokkende omstandigheden (de O in het KOP-model) als de kenmerken van de persoon (de P in het KOP-model: hoe de patiënt geneigd is om op bepaalde omstandigheden te reageren) in beeld gebracht. Herstel van overzicht leidt tot opluchting. Demoralisatie wordt daarmee omgezet in remoralisatie. Als gevolg van remoralisatie herstelt het vermogen tot reflecteren en tot actief en weloverwogen aanpakken van het probleem. Met overzicht alleen zijn we er echter nog niet. Overzicht moet leiden tot actie, en actie moet uiteindelijk leiden tot verandering, tot reductie van klachten en tot versterking van de copingstijl van de patiënt.

Een belangrijke aanname in het KOP-concept is dat klachten worden veroorzaakt door de combinatie van stressvolle omstandigheden en de (niet-adaptieve) manier waarop de patiënt met die stressvolle omstandigheden omgaat. De balans is een hulpmiddel om de manier van omgaan met stressvolle omstandigheden in beeld te brengen. Met de balans kunnen de verschillende uitingsvormen van gedragingen en reacties zichtbaar worden gemaakt.

Stel dat iemand in het huis naast hem nieuwe burens krijgt. Dit is een situatie die niet elke dag voorkomt, waarop mensen heel verschillend kunnen reageren. Hun reacties kunnen uiteenlopen van onmiddellijk op de nieuwe burens afstappen, zich voorstellen, vragen naar hun achtergrond en eventueel hulp aanbieden, tot zich onrustig afvragen wat voor mensen het zijn, of het wel zal klikken en zichzelf voorlopig maar verborgen houden. Uiteraard bestaan er tussen deze twee uiterste vormen van reageren een heleboel tussenvormen.

Omgezet naar het beeld van de balans kan omgaan met een nieuwe situatie (in dit geval reageren op de komst van nieuwe burens) eruitzien als in tabel 2.

TABEL 2
Balans van mogelijke reacties op de komst van nieuwe burens

Actief/Optimistisch		Passief/Pessimistisch
► Erop afstappen, kennismaken		► Afwachten, je niet laten zien

Tussen deze extreme vormen zijn er uiteraard tal van meer gemiddelde tussenvormen mogelijk (tabel 3).

TABEL 3
Meer uitgewerkte balans van mogelijke reacties op de komst van nieuwe burens

Sterk actief	Enigszins actief	Gemiddeld	Enigszins passief	Sterk passief
► Er onmiddellijk op afstappen	► Rustig je ding doen en contact leggen zodra er zich een gelegenheid voordoe	► Rustig wachten op een mogelijke gelegenheid om kennis te maken	► Bezorgd de kat uit de boom kijken en wachten tot de nieuwe burens initiatief nemen	► Jezelf verborgen

We kunnen het hele scala aan reactiemogelijkheden zien als een balans. De balans is een middel om het potentiële gedrag van iemand in een situatie in beeld te brengen, maar ook om alternatieven te laten zien. De balans maakt patiënten bewust van het feit dat er altijd alternatieve reactiemogelijkheden bestaan. Dit draagt bij aan hun besef dat gedrag, gewoonten en 'eigenaardigheden' gradueel kunnen worden bijgesteld.

Het behoort niet tot onze dagelijkse bezigheden om bewust stil te staan bij het kenmerkende of het stereotiepe van het eigen handelen, of om ons af te vragen of er naast hoe we gewend zijn te reageren ook andere mogelijkheden zijn, met andere gevolgen. Gewoonlijk handelen we op basis van automatismen, en daar is meestal niets verkeers aan. Het is onmogelijk om bij elke handeling stil te staan en een bewuste afweging te maken. Dit zou gewoon te veel tijd kosten.

Om twee redenen is het belangrijk dit af en toe wel te doen. Reflecteren of in algemene zin nadenken over alternatieve mogelijkheden leidt tot groei en ontwikkeling. Daarnaast is het, als zaken niet goed lopen – wat op psychologisch of relationeel vlak tot uiting kan komen in klachten, symptomen of conflicten – belangrijk om zich af te vragen hoe dat komt, of men daar mogelijk zelf een rol in speelt en of die zaken anders, beter en met minder vervelende gevolgen zouden kunnen verlopen. Dit is de reden dat de P in het KOP-model het centrale element is in kortdurende behandelingen.

Omdat de mens niet geneigd is om stil te staan bij, of te reflecteren op, het eigen handelen is het van belang dat de behandelaar hier toe het initiatief neemt in de behandeling. Zoals we in de volgende paragraaf zullen zien, is dat op basis van het KOP-model goed mogelijk.

HET KOP-MODEL IN DE PRAKTIJK: HET BEHANDELPROCES IN VIJF STAPPEN

De kern van kortdurende interventies zoals die in dit artikel worden beschreven, wordt gevormd door het KOP-model en de balans. Geen van beide heeft de status van een wet in wetenschappelijke zin. Het zijn manieren van denken, ordenen en in beeld brengen. Ze bieden patiënt en behandelaar houvast. Ze verschaffen inzicht in de mogelijke oorzaak van problemen of conflicten en het eigen aandeel daarin. Hiermee reikt dit model praktische richtlijnen aan, waarmee de patiënt zijn stereotiepe gedrag en gewoontepatronen kan onderkennen, onder controle krijgen en desgewenst aanpassen. Aldus kan hij beter inspelen op de eisen of kenmerken van de situaties waarin hij zich bevindt. De uitvoering van een behandeling vindt plaats in vijf stappen, die hieronder worden behandeld.

STAP 1: OVERZICHT, SAMENHANG EN DIAGNOSE

Meneer Janssen is een 37-jarige bouwvakker. Hij is getrouwd en sinds kort vader van een eerste kind, een dochter. Meneer Janssen heeft een afspraak gemaakt met zijn huisarts omdat hij naar eigen zeggen 'al een aantal weken niet lekker in zijn vel zit'. Hij slaapt slecht en heeft de indruk dat hij op zijn werk niet goed meer functioneert. Wat hem erg beangstigt, zijn de plotseling opkomende driftbuien die hij de laatste tijd heeft. Meestal op zijn werk, maar ook een keer thuis tegenover zijn vrouw. Zo kent hij zichzelf niet. Hij is bang dat hij zijn kind wat aandoet. Alles lijkt hem te veel te zijn geworden. Hij snakt naar rust en hoopt dat hij er met een slaapkuurtje weer bovenop komt. Daarom vraagt hij om slaaptabletten.

Conform het protocol van het Nederlands Huisartsen Genootschap, vraagt de huisarts meneer Janssen naar de geschiedenis van zijn klacht, de context en leefomstandigheden, en naar gewoonten als alcoholgebruik, huwelijks- en werkomstandigheden en zijn slaappatroon. Ook neemt hij van hem de bloeddruk op.

De bloeddruk blijkt licht verhoogd te zijn. Uit het interview komt naar voren dat meneer Janssen de laatste tijd behoorlijk onder druk staat. Op verschillende van zijn levensdomeinen lijkt sprake te zijn van stress of conflicten: recent vaderschap, druk op het werk, overuren maken en ruzie met ouders.

De huisarts legt uit dat zij denkt dat de driftbuien, de slaapproblemen en de verhoogde bloeddruk het gevolg zijn van te veel stress tegelijkertijd. De huisarts schrijft gedurende een week een kalmerend middel voor. Zij legt meneer Janssen uit dat dit hem wat rust zal brengen, maar dat het middel niet de oorzaak van zijn problemen wegneemt. Bovendien kan het niet te lang worden ingenomen. Om ervoor te zorgen dat de oorzaak gevonden en aangepakt wordt, adviseert de huisarts meneer Janssen om een gesprek te hebben met de ggz-medewerker die verbonden is aan de huisartsenpraktijk, teneinde de problemen op een rij te zetten en samen te kijken wat eraan gedaan kan worden.

Drie dagen later volgt een gesprek met de ggz-medewerker. Meneer Janssen meldt dat het al wat beter gaat. Hij slaapt beter, en dat maakt dat hij overdag weer beter functioneert. Hij heeft geen driftaanvallen meer gehad. De reden van verwijzing wordt doorgenomen. Meneer Janssen denkt dat de pillen het werk al hebben gedaan en vraagt of het nog wel nodig is om verder te praten. Daarbij speelt een rol dat hij bang is te vaak van zijn werk te moeten verzuimen.

De ggz-medewerker in de huisartsenpraktijk (verder aan te duiden als: de behandelaar) vertelt dat het een heel goed teken is dat de behandeling zo snel aanslaat. Daarnaast legt hij uit dat het om herhaling te voorkomen verstandig is om nu verder te zoeken, en te kijken wat de reden voor het ontstaan van de klachten kan zijn geweest. Meneer Janssen accepteert dit.

¶ *Hoe gaat de behandelaar met het KOP-schema om?*

Het gesprek start met een zo concreet mogelijke beschrijving van de klachten, die de behandelaar baseert op wat de patiënt antwoordt op vragen als:

- ▶ Waar heeft u precies last van?
- ▶ Wat hindert u in uw normale functioneren?
- ▶ Sinds wanneer treden de klachten op?
- ▶ Als hoe ernstig ervaart u uw klachten?
- ▶ Hebt u eerder soortgelijke klachten gehad? Zo ja, bent u daarvoor behandeld, en welk resultaat had dat?
- ▶ Ervaart u fluctuaties in uw klachten?
- ▶ Wat doet u zelf (welk gedrag) om uw klachten te beïnvloeden? Met welk resultaat?
- ▶ Wat is volgens u de oorzaak van uw probleem (ziektetheorie)?
- ▶ Hoe ziet uw ideale situatie zonder klachten eruit (gezondheidstheorie)?
- ▶ Wat denkt u dat de behandelaar zal of moet doen om die situatie te bereiken?
- ▶ Wat verwacht u van mij als behandelaar (genezingstheorie)?

Al pratend maakt de behandelaar aantekeningen op een formulier met het KOP-schema (tabel 1). Hij gaat daarbij na wat de aanmeldingsklacht is volgens de verwijzer (huisarts), en of deze overeenkomt met wat de patiënt aangeeft.

Het is belangrijk om in de loop van het gesprek het KOP-schema ter sprake te brengen en toe te lichten. Dit vergroot de kans dat de patiënt deelgenoot wordt in de uitvoering van de behandeling. Concreet kan dat als volgt gebeuren: na tien à vijftien minuten in het gesprek zegt de behandelaar iets in de trant van: 'Waarschijnlijk hebt u gezien dat terwijl we aan het praten zijn, ik wat aantekeningen maak.' De patiënt heeft dit natuurlijk opgemerkt en is nieuwsgierig naar wat de behandelaar over hem noteert. De behandelaar laat dan het schema zien, legt de structuur ervan uit en licht toe wat de aantekeningen die hij heeft gemaakt inhouden. De behandelaar legt uit dat hij al pratend probeert te beluisteren waar de patiënt last van heeft en dat hij dit onderbrengt onder de rubriek K van klach-

ten. Vervolgens vertelt de behandelaar dat hij ook luistert om een beeld te krijgen van de mogelijke oorzaken van de klachten, en dat hij dit onderbrengt onder de rubriek O van omstandigheden. Ten slotte legt de behandelaar uit dat hij probeert een beeld te krijgen van de manier waarop de patiënt met zowel die oorzaken als met zijn tegenslagen omgaat. Wat zijn de sterke en de kwetsbare kanten van het reactiepatroon van de patiënt? De behandelaar noteert dit onder de P van persoon of persoonlijke stijl.

Tijdens zijn uitleg en toelichting vraagt de behandelaar telkens naar de mening van de patiënt. Herkent die zich in wat de behandelaar over hem heeft opgeschreven? Is hij het ermee eens? Welke aanvullingen heeft hij? Welke vragen? Enzovoort.

Vrijwel altijd levert deze exercitie een schat aan informatie op en verhoogt ze in aanzienlijke mate de betrokkenheid van de patiënt bij het diagnostische en behandelproces.

In de loop van het gesprek met meneer Janssen werd het KOP-schema ingevuld, besproken en bijgewerkt. Zijn KOP-schema zag er uiteindelijk uit als in tabel 4.

De klachten van meneer Janssen komen duidelijk overeen met hoe ze al verwoord waren in het contact met de huisarts. In dit kader is het belangrijk – ook vanuit verzekeringstechnisch oogpunt – om te onderzoeken in hoeverre de klachten vallen binnen het domein van de DSM. Bij meneer Janssen is dit het geval. Zijn klachten kunnen worden omschreven als een gegeneraliseerde angststoornis (DSM-IV, 300.02), waarbij tevens sprake is van kenmerken van een periodieke explosieve stoornis (DSM-IV, 312.34). Er zijn geen aanwijzingen dat hij al eerder soortgelijke of andere psychische klachten heeft gehad. Wel komt bij de bespreking van de factor P in zijn KOP-schema naar voren dat hij makkelijk neigt tot piekeren, en eerder geneigd is risico's en gevaren te zien dan zichzelf het voordeel van de twijfel te gunnen. Als er zich iets nieuws of onverwachts voordoet, kiest hij vrijwel altijd voor een voorzichtige of behoudende positie. Dit blijkt zowel privé als op zijn werk een stabiel kenmerk te zijn. Hij is zeker zorgzaam en bezorgd. Ook zorgvuldig, maar hij kan op dit vlak doorschieten. Eigenlijk houdt hij helemaal niet van conflicten en ruzies. Hij doet liever een stap opzij. Uitdrukkingen als 'piekeren' en 'voortdurend beren op de weg zien' lijken op hem van toepassing, net als 'afwachten' en 'conflicten vermijden'.

Bij de bespreking van de actuele levenssituatie van meneer Janssen komt naar voren dat er veel stressfactoren aanwezig zijn. Vier maanden geleden is zijn dochter geboren. Alles verloopt naar wens, maar hij blijkt zichzelf regelmatig af te vragen of hij het vaderschap wel aankan. Kort geleden hebben hij en zijn vrouw een

TABEL 4
KOP-schema van meneer Janssen

Naam patiënt: J. Janssen	
Klachten (K)	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Slecht slapen ▶ Plotselinge driftaanvallen ▶ Neerslachtig zijn, nergens meer zin in hebben of enthousiast over zijn, moeilijk op gang komen ▶ Constant moe zijn: 'Ik moet me voortslepen' ▶ Verhoogde bloeddruk
Omstandigheden (O)	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Patiënt heeft een nieuw huis gekocht, dat hij in de avonden, weekends en vakantie zelf verbouwt. ▶ Patiënt heeft een conflict met zijn ouders, die de aankoop van het nieuwe huis niet zagen zitten. ▶ Patiënt heeft geen contact meer met zijn ouders. ▶ Het ontbreekt patiënt aan vrije tijd en ontspanning: 'De boog staat constant gespannen.' ▶ In het gezin van patiënt is het eerste kind geboren (een dochter).
Persoonskenmerken (P)	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Zorgzaam en bezorgd ▶ Groot verantwoordelijkheidsgevoel ▶ 'Eigenlijk helemaal niet agressief' ▶ Conflictvermijder ▶ Piekeeraar

huis gekocht. Daar moet veel aan verbouwd worden. Om kosten te besparen, doet hij dit zo veel mogelijk zelf. Door de aankoop is er een heftig conflict ontstaan met zijn ouders, die de aankoop onverantwoord vonden in deze crisistijd. Toen meneer Janssen en zijn vrouw toch doorzetten, hebben zijn ouders alle contact verbroken. Hij schaamt zich hiervoor, vindt het vreselijk dat zijn ouders hun kleinkind niet (willen) zien. Verder mist hij de ritjes op de motor die hij vroeger regelmatig met zijn vader maakte.

Om de elementen waaruit het KOP-schema bestaat in beeld te krijgen, zijn bij de uitwerking ervan enkele nuttige en verdiepende

hulpmiddelen beschikbaar, die hieronder worden besproken voor achtereenvolgens de O en de P.

¶ *Hoe brengt de behandelaar de O van de patiënt in beeld?*

De vraag naar wat er de laatste tijd in het leven van de patiënt is voorgevallen, levert vaak heel verschillende reacties op. Sommige daarvan zijn bruikbaar, andere minder bruikbaar. Het kan helpen om de ontwikkelingsgeschiedenis van de klachten in kaart te brengen en eventueel een tijdslijn te gebruiken.

- ▶ Wat zijn de omstandigheden die de klachten uitlokken en welke houden ze in stand?
- ▶ Wat is er vooraf gebeurd?
- ▶ In welk stadium of eventueel transitie-moment bevindt de patiënt zich? Is hij bijvoorbeeld net gaan samenwonen? Met een nieuwe baan begonnen? Heeft hij net een kind gekregen? Enzovoort.
- ▶ Hoe is de patiënt op dit moment in zijn leven terechtgekomen? Hoe ziet zijn perspectief op de toekomst eruit?

Aan de hand van de vragenlijst Bouwstenen Levenskwaliteit (Schacht, 2003) kan de behandelaar zich op een eenvoudige en snelle wijze een beeld vormen van de levensgebieden die in het leven van de patiënt belangrijk zijn, en de kwaliteit ervan bepalen. In de praktijk kan de behandelaar als volgt te werk gaan. Tijdens de bespreking van de ingrediënten van het KOP-schema brengt de behandelaar ter sprake dat het voor het begrijpen van de klacht van de patiënt belangrijk is om een beeld te krijgen van zijn dagelijkse functioneren op verschillende levensgebieden. Het gaat daarbij om relaties, gezondheid, werk, financiën, de buurt waarin de patiënt woont, enzovoort. Als de patiënt akkoord gaat om dit te bespreken, tekent de behandelaar op een blad papier een aantal vakken en zet boven in elk vak een levensdomein waarvan hij aanneemt dat het voor de patiënt belangrijk is (zie tabel 5).

TABEL 5
Belangrijke levensdomeinen

Werk	Gezondheid van uzelf en van uw naasten	Financiën	Woonomgeving
Relatie met partner, kinderen en ouders	Vriendenkring	Ontspanning	Andere voor u belangrijke domeinen

Een dergelijk schema is in enkele minuten in te vullen. Door de ingrediënten ervan langs te lopen, ontstaat snel een beeld van goedlopende en minder goedlopende domeinen. Ook biedt het schema vaak een ingang om de wijze van reageren van de patiënt (de P in het KOP-schema) te onderzoeken en te bespreken.

Bij meneer Janssen viel op:

- ▶ Conflict met ouders (maar ook steun van partner en zus).
- ▶ Ontbreken van vrije tijd en ontspanning.
- ▶ Angst voor de gevolgen van de economische crisis.
- ▶ Een overmatige inzet op het werk.
- ▶ Werken in zijn vrije tijd (aan zijn nieuwe huis).

¶ Hoe brengt de behandelaar de P van de patiënt in beeld?

Onder de P van het KOP-schema wordt het habituele reactiepatroon van de patiënt in kaart gebracht. Dit kan op zich lastig zijn, enerzijds omdat sommige mensen niet gewoon zijn om hun eigen functioneren met een zekere distantie te beschrijven, anderzijds omdat dit functioneren altijd voor meerdere interpretaties vatbaar is. Praten over 'omstandigheden' biedt zowel een invalshoek om over gewoontepatronen na te denken als erover met elkaar in gesprek te treden. Sommige mensen hebben gelijk een verhaal klaar over hoe hun persoonlijkheid in elkaar steekt, aangevuld met voorbeelden. De behandelaar kan proberen na te gaan welke specifieke kenmerken een rol spelen bij het ontstaan van de klachten:

- ▶ Is er vooral sprake van internaliseren of juist van externaliseren?
- ▶ Wat zijn de stereotiepe reacties, vaardigheden en gewoonten van de patiënt? Welke winst behaalde hij daar tot nu toe mee?
- ▶ Wat is de mate van introspectief vermogen van de patiënt?
- ▶ Hoe reageren of beschrijven andere mensen de patiënt?

Hierbij is het vooral belangrijk om te kijken naar de mate van flexibiliteit, en een onderscheid te maken tussen de korte en de lange termijn.

Een mogelijke manier om P in kaart te brengen is om het bij P behorende gedrag te bekijken vanuit *dimensies*. Onze stelling is dat een flexibele manier van opstellen de beste manier is om met de eisen die het leven stelt om te gaan. Dit betekent niet dat de grauwe middelmaat ideaal is, maar wel dat enige flexibiliteit in het leven, in de zin van beseffen dat er meer dan één mogelijkheid is, de beste kans van slagen biedt. Er zijn veel manieren om de wijze van omgaan met

wat zich in het leven voordoet tot uitdrukking te brengen. Verwoord in paren van extreme tegenstellingen kan het bijvoorbeeld gaan om: optimisme versus pessimisme, egoïsme versus altruïsme, en afwachten versus impulsief in actie komen

Veel persoonlijkheidsvragenlijsten als de UCL (Utrechtse Coping Lijst; Schreurs, Willige, Tellegen, & Brosschot, 1993), de V-TCI (Verkorte Trait and Character Inventory; Cloninger, 1987) en de NEO-PI-R (Costa & McCrae, 1985) zijn gebaseerd op deze tegenstellingen. Hierbij wordt in dimensionele vorm de positie van de patiënt die de lijst heeft ingevuld tot uitdrukking gebracht. Een voorbeeld: het item *novelty seeking* in de V-TCI wordt door Eurelings-Bontekoe en Snellen (2003) omschreven als ‘de neiging tot actieve exploratie van de omgeving’. Het geeft de mate van nieuwsgierigheid, ontdekkingsdrang, interesse of extravagantie van de patiënt weer, lopend van zeer weinig ontwikkeld (erg naar binnen gekeerd), via enigszins aanwezig (bijvoorbeeld afwachtend) en aanwezig (gezond nieuwsgierig) tot sterk ontwikkeld (impulsief, snel afgeleid). Een hoge of lage score is niet per definitie goed, respectievelijk verkeerd. Het item *novelty seeking* verwijst naar een bepaalde eigenschap die – rigide toegepast – in de ene situatie adaptief of in balans met de eisen van de situatie kan zijn en in een andere situatie non-adaptief.

Bij de P in het KOP-schema gaat het steeds om de vraag in hoeverre er sprake is van een vorm van flexibiliteit en een vermogen tot aanpassen of accommoderen zonder te snel in een van beide extremen te vervallen. Daarmee ontstaat niet alleen inzicht in het eigen functioneren, maar ook een beeld van alternatieve mogelijkheden. De P in het KOP-schema heeft betrekking op de stabiele patronen in het reactie- of copingsrepertoire van de patiënt. Het gaat daarbij niet alleen om zijn manifeste gedrag, maar ook om hoe de patiënt de wereld om zich heen waarneemt en hoe hij zijn eigen plaats daarin ziet, en hoe hij daarnaar handelt. De factor P uit het KOP-schema dekt dus een brede lading en kan zoals gezegd beschouwd worden als een gelaagd concept. Naast gedrag en gewoonten spelen ook cognities, verwachtingen, bepaalde schema's of valkuilen, en temperament een rol.

..... Het wereldbeeld van meneer Janssen is sterk gekenmerkt door plichten, en door straf als die plichten niet worden nagekomen: ‘Je moet voldoen aan de verwachtingen van de anderen. Doe je dit niet, dan loop je het risico te worden uitgestoten.’ Dit is hem recent in de relatie met zijn ouders overkomen. Mogelijk verklaart een dergelijk wereldbeeld het grote plichtsbesef en streefniveau van meneer Janssen, hoe hij aan zichzelf twijfelt, zijn angst om fouten te maken en zijn neiging om te werken tot hij erbij neervalt.

Door met de patiënt diens P in kaart te brengen, te bespreken en te relateren aan zijn klachten, ontstaat inzicht in wat de achtergronden van de klachten zijn en wat hen in stand houdt. Door het daaraan gerelateerde gedrag in beeld te brengen als één positie op een balans, ontstaat uitzicht op verandering: 'Het kan ook anders.'

De begrippen zelf en het wereldbeeld van de patiënt hebben veel te maken met de manier waarop hij in de loop van zijn leven heeft geleerd wat hij van dat leven kan verwachten. Vindt de patiënt dat de wereld hem toelacht, dat hij haar onverschillig laat of dat zij hem vijandig gezind is? Gaat hij ervan uit dat hij geliefd is of dat hij toch altijd over het hoofd wordt gezien? Voelt hij zich kwetsbaar of goed in staat om zijn eigen positie te verdedigen?

¶ Korte levensgeschiedenis: enkele belangrijke mijlpalen

Het is raadzaam om tijdens een verkennend gesprek kort de levensgeschiedenis van de patiënt te doorlopen. Dit kan helpen begrijpen hoe hij op basis van wat hij in zijn leven heeft meegemaakt geleerd heeft de wereld en zijn plaats daarin vorm te geven. De behandelaar kan een dergelijke korte 'scan' van iemands levensgeschiedenis uitvoeren door systematisch enkele voor de menselijke ontwikkeling relevante levensfasen aan te stippen, en te vragen hoe de patiënt de betreffende fase heeft ervaren en hoe hij zich haar herinnert. Een eerste reeks vragen betreft de atmosfeer en de cultuur van het gezin van herkomst van de patiënt:

- ▶ In wat voor type gezin en in welke omstandigheden bent u geboren?
- ▶ Hoe bent u als baby 'ontvangen'?
- ▶ Wat waren toen u werd geboren de omstandigheden van uw gezin en familie?
- ▶ Wat is het belangrijkste wat u thuis heeft geleerd?
- ▶ Welk relatievoorbeeld hebt u gehad?
- ▶ Hoe ging uw omgeving destijds om met emoties? Werd er vaak geknuffeld?
- ▶ Hoe was de atmosfeer thuis? Was alles toegestaan en mogelijk? Of was het streng maar rechtvaardig?
- ▶ Werd u gestimuleerd?
- ▶ Waren er vaak ruzies?
- ▶ Werd er veel nadruk gelegd op plichten?
- ▶ Werd u vooral gewezen op de gevaren van uw activiteiten?

In de loop van de basisschoolperiode wordt een kind zich meer en meer bewust van de invloed van de omgeving. De mening en het oordeel van vriendjes, van de buurt en van de klas wordt belangrijker dan die van de ouders:

- ▶ Weet u nog wanneer die verandering bij u plaatsvond? Hoe verliep dat?
- ▶ Hoe hebt u geleerd uw plaats in een groep te verwerven?

De overgang naar de middelbare school betekent vaak de overgang van het vertrouwde (een vaste klas op een school in de eigen buurt) naar het minder vertrouwde (wisselende klassen op een school verder van huis):

- ▶ Hoe is dat bij u gegaan?
- ▶ Hoe hebt u geleerd om u in grotere, wisselende groepen staande te houden?
- ▶ Hoe is bij u het proces van op eigen benen staan en relatievorming verlopen?
- ▶ Welke veranderingen vonden er plaats in uw verhouding met uw ouders, schoonouders en vriendenkring? Welke op het vlak van uw carrière? Welke op het vlak van de balans tussen werk en privé?

De behandelaar probeert bij het doorlopen van de levensgeschiedenis de discussie steeds te leiden naar: 'Wat zou u daaruit geleerd kunnen hebben over uzelf, over uw sterke en uw zwakke kanten en over de wereld om u heen?' Het doorlopen van een quickscan geeft vaak een grote hoeveelheid informatie, die de behandelaar en de patiënt helpt om zowel het actuele gedrag en de tekorten daarin te begrijpen, als om er alternatieven voor te zien.

.....
 Meneer Janssen wordt zich door deze exercitie sterker bewust, dat hij zijn leven voornamelijk vorm geeft vanuit (aangeleerde) verwachtingen: als hij niet voldoet aan de eisen van anderen, telt hij niet mee en mag hij niet meedoen. Dit verklaart voor een deel zijn zorgelijke, (over)bezorgde en (over)verantwoordelijke inslag, zijn aandrang om altijd maar door te werken, zijn neiging om geen conflicten aan te gaan, maar eerder een stap opzij te doen, en zijn continu aanwezige angst om te falen in de ogen van de ander.

¶ Ondersteunende vragenlijsten

Vragenlijsten en psychologische tests kunnen op verschillende manieren het behandelproces ondersteunen. Ze bieden informatie die de diagnostiek en de differentiaaldiagnostiek ondersteunt. Een voorbeeld van de eerste vorm van ondersteuning is de MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview; Sheehan et al., 1998). Voorbeelden van de tweede vorm zijn de SCL-90 (Symptom Checklist; Arrindell & Ettema, 2003) en de 4DKL (Vier Dimensionele

Klachtenlijst; Terluin, 2002). Persoonlijkheidsvragenlijsten als de NPV (Nederlandse Persoonlijkheids Vragenlijst; Luteijn, Starren, & van Dijk, 2000) en de V-TCI (Cloninger, 1987) geven weer in hoeverre er sprake is van een afwijkende persoonlijkheidsstructuur bij de patiënt, dan wel of er kwetsbare elementen zijn in zijn functioneren als persoon. Copingslijsten als de UCL geven weer hoe het copingsrepertoire van de patiënt is georganiseerd en welke elementen ervan op kwetsbaarheid kunnen duiden. De OQ-45 (Outcome Questionnaire 45; Lambert et al., 1996) geeft inzicht in het algemeen functioneren van de patiënt.

In het bestek van ons betoog gaat het om de vraag in hoeverre en op welke manier vragenlijsten een bijdrage kunnen leveren aan de uitvoering van kortdurende psychologische interventies in de Basis GGZ. Een dergelijke vragenlijst moet voldoen aan de volgende vereisten:

- ▶ De vragenlijst moet onderscheidend vermogen hebben (bijvoorbeeld eenvoudige en gecompliceerde problematiek van elkaar kunnen onderscheiden).
- ▶ Ze moet gebruiksvriendelijk zijn (snel inzetbaar en eenvoudig uitvoerbaar).
- ▶ Ze moet betrouwbaar zijn, dat wil zeggen: de uitkomsten moeten bij de eerste en bij latere metingen een realistisch overzicht geven van de ontwikkeling in het klachtenpatroon en het algemeen functioneren van de patiënt.

Op basis van deze vereisten verdelen wij de vragenlijsten hier in twee soorten:

▶ **PROCESONDERSTEUNENDE LIJSTEN** Dit zijn lijsten die op een globale manier het psychisch functioneren van de patiënt weergeven en – om de P in het KOP-schema vast te stellen – diens copingsrepertoire. Lijsten die eenvoudig te gebruiken zijn en de aard van de klachten, de ernst ervan en het algemeen psychologisch functioneren weergeven, zijn de SCL-90 (Symptom Checklist), de BSI (Brief Symptom Inventory; Derogatis, 1975), de 4DKL (Vier Dimensionale Klachten Lijst; Terluin, 2002) en de OQ-45 (Outcome Questionnaire). Lijsten die het copingsrepertoire in beeld brengen zijn de UCL (Utrechtse Coping Lijst; Schreurs & van de Willige, 1988) en de ALCOS (Algemene Competentie Schaal; Bosscher & Smit, 1998).

Een quickscan van het algemeen psychisch functioneren kan worden verkregen met de MHI-5 (Mental Health Inventory; Furer, Koning-Zahn, & Tax, 1995). Deze lijst bevat slechts vijf items. Het invullen neemt slechts een minuut in beslag. De MHI-5 geeft geen diagnose. Wel geeft ze een globale indicatie van het psychisch func-

tioneren, die wordt uitgedrukt in gezond, licht ongezond, matig ongezond of ernstig ongezond. Zij kan de voorlopige indicatiestelling of triage voor het meest geschikte echelon ondersteunen, maar niet bepalen.

Kenmerkend voor alle hiervoor genoemde lijsten is dat ze snel en eenvoudig zijn in te vullen (binnen vijf à tien minuten) en te verwerken. Afname kan zowel op papier als (thuis) via de pc. Hoewel de uitslagen van de lijsten enige verschillende accenten leggen (de een is meer gericht op het onderscheiden van specifieke klachten, de ander op het algemeen functioneren of op het copingsrepertoire) zijn de belangrijkste voordelen van het gebruik de volgende:

- ▶ De mogelijkheid om via uitleg en discussie inzicht bij de patiënt te vergroten of te herstellen.
- ▶ Reflectie over het eigen functioneren bij de patiënt te bevorderen.
- ▶ Door reflectie de actieve participatie van de patiënt te bevorderen en hem te stimuleren om zelf aan de slag te gaan.

Regelmatige her-meting en bespreking van de resultaten stimuleert reflectie en bevordert de samenwerking tussen behandelaar en patiënt. Bovendien blijkt uit onderzoek van Lambert (2005), en Finn en Tonsager (1996), dat her-meting en bespreking een gunstig effect hebben op dropout, op het behandel-effect en op de behandelduur.

▶ **VERDIEPENDE VRAGENLIJSTEN** Soms blijven er na de eerste screening vragen onbeantwoord:

- ▶ Hoe zit het met de intelligentie van de patiënt?
- ▶ Heeft hij cognitieve defecten (bijvoorbeeld wanneer de patiënt een oudere is, werkzaam is in een bepaalde bedrijfstak of een ongeval met ernstig lichamenteel letsel heeft meegemaakt)?
- ▶ Is er sprake van specifieke, mogelijk het behandelproces remmende persoonlijkheidsfactoren?
- ▶ Zijn er specifieke risico's (is er bijvoorbeeld sprake van verslaving, geweld, decompensatie of verwaarlozing)?

Wanneer deze vragen persistent zijn én het beloop van de behandeling erdoor dreigt te stagneren, dan is het verstandig om ze door middel van aanvullend onderzoek beantwoord te krijgen. De huisarts of de POH-GGZ moet daarvoor een beroep doen op een hoger echelon, waar psychodiagnostische kennis beschikbaar is. Belangrijk is dat huisarts en POH, in samenspraak met de patiënt, de regie houden over de informatie en over het vervolgbeleid. In de genera-

listische basis-ggz (in Vlaanderen: de eerste lijn) zullen deze vragen deels door de gz-psycholoog kunnen worden beantwoord, deels zal een beroep moeten worden gedaan op de gespecialiseerde of tweedelijns ggz.

STAP 2: OVERZICHT EN SAMENHANG: K = O X P

Het invullen van de elementen van het KOP-schema is de eerste stap in de uitvoering van het vijfstappenplan waarop de hier beschreven vorm van kortdurend behandelen is gebaseerd (Rijnders, Heene, & Boone, 2013). Het bieden van overzicht en samenhang heeft verschillende doelen. Op de eerste plaats helpt het de patiënt begrijpen wat er met hem aan de hand is en hoe het komt dat hij nu klachten heeft ontwikkeld. Daarnaast is het de bedoeling uitzicht te bieden. De behandelaar bekijkt samen met de patiënt hoe een 'ongelukkige' samenloop van omstandigheden, in combinatie met mogelijke hiaten in zijn functioneren en zijn copingsrepertoire, een rol kunnen hebben gespeeld in ontstaan en instandhouding van zijn klachten. Samen bekijken ze hoe de patiënt betere controle kan krijgen over zijn omstandigheden en de hiaten in zijn persoonlijk functioneren kan opvullen. Ook is het belangrijk om door het creëren van inzicht in de achtergrond en de bepalende factoren van de klacht te werken aan 'normalisatie'. De patiënt moet leren beseffen dat zijn klachten lastig, belemmerend en vervelend zijn, maar dat het in het licht van zijn actuele levensomstandigheden en mogelijke tekorten in zijn copingsrepertoire logisch is dat ze nu zijn ontstaan. Deze logica ondersteunt op haar beurt weer het uitzicht op verandering en verbetering.

Bij meneer Janssen is sprake van veel stressoren tegelijkertijd (zie de factor O in zijn ingevulde KOP-schema in tabel 4). Zijn persoonlijk functioneren (eveneens weergegeven in tabel 4) lijkt te worden gekenmerkt door een sterk ontwikkeld verantwoordelijkheidsgevoel. In zijn dagelijks functioneren wordt hij meer geleid door angst om te falen, conflictvermijding en angst om afgewezen te worden, dan door vertrouwen in zijn eigen kunnen en verdediging van zijn territorium. Zijn oplossingsstrategie lijkt vooral te liggen in hard werken, zich aanpassen en piekeren. Waarschijnlijk bepalen deze kenmerken al zijn hele leven zijn manier van reageren.

Onder 'normale' omstandigheden (wanneer er sprake is van overzichtelijke situaties, ondersteuning en weinig verandering) valt

met eigenschappen als die van meneer Janssen heel goed te leven. Ze zijn dan te beschouwen als schoonheidsfoutjes. Met schoonheidsfoutjes kan iemand meestal redelijk tot goed functioneren (net als zijn omgeving), zolang de omstandigheden maar bekend, overzichtelijk en voorspelbaar zijn. In zeker opzicht bieden ze ook voordelen. Mensen met de eigenaardigheden als die van meneer Janssen zijn doorgaans betrouwbaar, loyaal en volgzaam.

Onder afwijkende of veranderende omstandigheden kunnen dergelijke schoonheidsfoutjes echter doorschieten in buitenproportionele reacties: iemand schiet door in zijn best doen, weet van geen ophouden en blijft piekeren. Elke nieuwe of onzekere situatie wordt aangegrepen om zich nog meer zorgen te maken. De balans tussen inspanning en ontspanning, tussen rust en onrust, tussen vertrouwen en angst, raakt uit evenwicht. Hierdoor raakt iemand zowel mentaal als fysiek ontregeld.

Met de formule $K = O \times P$ kan op een eenvoudige en elegante manier de samenhang tussen toegenomen druk in het bestaan, mogelijk te sterk ontwikkelde specifieke eigenschappen en het ontstaan van klachten zichtbaar worden gemaakt. Het weergeven van de relatie tussen klachten, omstandigheden en persoonlijke eigenschappen werkt 'ontschuldiging'. In het algemeen vergroot dit de bereidheid van de patiënt om samen te werken in de behandeling en motiveert dit hem tot actief participeren. Volgens deze formule blijken klachten wel degelijk te worden beïnvloed door externe omstandigheden. Het persoonlijk functioneren is niet zozeer 'fout' of 'gestoord', maar wordt gekenmerkt door 'te veel van het goede'. Een dergelijke beschrijving vergroot de neiging tot luisteren, tot reflecteren en tot zoeken naar aanpassing. Bovendien hoeft niet alles veranderd te worden. Het goede moet worden behouden, maar er moet wel worden gewerkt aan het voorkomen van doorschieten in te veel van het goede.

..... Bij meneer Janssen krijgt de formule $K = O \times P$ als volgt vorm: de behandelaar neemt het ingevulde KOP-schema erbij en zegt iets als: 'Wanneer we op een rijtje zetten wat we tot nu toe hebben besproken, zijn er de laatste tijd in uw leven veel dingen gebeurd die bij elk mens tot stress leiden.' Daarna somt de behandelaar de onder O genoemde onderwerpen op: 'Nu is het zo dat mensen heel verschillend met stressfactoren omgaan. Sommigen laat het gewoon koud. Anderen roepen hulp troepen in. Weer anderen zien onmiddellijk het einde naderen. Ze zien enkel nog een zwart gat, gaan piekeren en blijven nachtenlang wakker liggen. Daarom kijken we in een behandeling ook altijd naar de aard van het beestje.' Vervolgens wijst de behandelaar naar het ingevulde

KOP-schema: 'Ik denk dat u uzelf genoeg kent om te weten hoe u gewoonlijk op stress reageert...'

Een dergelijke presentatie van de samenhang tussen de onderdelen van het KOP-schema verhoogt vrijwel altijd de bereidheid tot meedenken bij de patiënt. Het is daarbij van belang om met zo veel mogelijk concrete voorbeelden de samenhang tussen O, P en K te illustreren. Als eenmaal een dialoog als die met meneer Janssen is ontstaan, komt de patiënt vaak zelf met meer voorbeelden en verbanden. Een dergelijke dialoog, gekenmerkt door toenemende participatie van de kant van de patiënt, is ook prognostisch van belang. Het duidt op herstel van overzicht, groei van inzicht en toename van betrokkenheid bij het therapeutische proces.

Het uitblijven van een dergelijke dialoog kan op twee zaken duiden. Ten eerste kan de behandelaar er onvoldoende in geslaagd zijn de patiënt te boeien. Vaak betekent dit dat hij zich onvoldoende heeft aangepast aan de mogelijkheden van de patiënt op het vlak van abstractieniveau en denktempo. De behandelaar moet zich dan aanpassen. Ten tweede kan het een signaal zijn dat het vermogen tot reflecteren bij de patiënt (actueel of structureel) dermate beperkt is, dat een behandeling die steunt op (het herstel van) reflectie en actieve participatie door de patiënt onmogelijk is. Wanneer er sprake is van acute beperkingen in het reflectief vermogen, is dat vaak het gevolg van acute externe inbreuken op het bestaan (dreigend ontslag, dreigende scheiding, verlies, onzekerheid over het lot van naasten). Verwijzing naar passende materiële, juridische of existentiële hulp is dan aangewezen. Wanneer er sprake is van een chronisch of structureel onvermogen tot reflectie, dan is een gespecialiseerde vorm van hulp aangewezen.

Bij meneer Janssen blijkt de mogelijkheid tot reflectie voldoende aanwezig. Hij is het ermee eens dat er zich in zijn leven inderdaad veel veranderingen tegelijkertijd voordeden. De behandelaar vindt het vervolgens nuttig om iets te vertellen over de top 10 van stressfactoren (zie bijvoorbeeld www.gezondheid.nl, waar verhuizen, verbouwen en gezinsuitbreiding hoog genoteerd staan als stressfactoren).

Bij het bespreken van de factor P is het belangrijk om de schoonheidsfoutjes van de patiënt aanvankelijk in acceptabele, positieve termen te beschrijven, met uitdrukkingen als: 'groot verantwoordelijkheidsgevoel', 'sterke neiging om rekening te houden met de mening van anderen', 'bereidheid om het eigen belang opzij te

schuiven ten gunste van anderen' en 'sterke neiging tot zelfbeheersing'. Bij het bespreken van het KOP-schema en de factor P daarin met de patiënt, zou die beschrijving de volgende vorm kunnen aannemen: 'Als ik goed naar u luister, krijg ik de indruk dat ik een man tegenover me heb die het nemen van verantwoordelijkheid en zichzelf wegcijferen hoog in het vaandel heeft. Klopt het als ik dit zo zeg?' Wanneer de patiënt dit beaamt, zoekt de behandelaar vervolgens naar een mogelijkheid om het 'te veel van het goede' ter sprake te brengen. Het kan dan nuttig zijn als hij daar de gegevens van de vragenlijsten bij betreft.

Bij meneer Janssen pakt de behandelaar het als volgt aan: 'Ik kan me voorstellen, dat als iemand erg gericht is op het dienen van het belang van anderen hij zijn eigen belang soms vergeet. En juist als iemand zijn handen al vol heeft – in uw geval met vaderschap, hard werken en klussen in uw nieuwe huis – als de spanning zich opbouwt en er te weinig rust is, dat wordt het soms net te veel en springt u bij een kleinigheid al uit uw vel.'

Het accent leggen op de relatie tussen overbelast raken en de zelfcontrole verliezen is voor meneer Janssen een ongewoon gezichtspunt. Hij wil dit graag geloven, maar dat kost wel moeite. Het nieuwe inzicht wordt vanuit de macht der gewoonte tegengesproken door het zelfbeeld dat hij in de loop der jaren heeft opgebouwd. Daarin nemen plichtsbesef, schuldgevoel, straf en kans op uitstoting een veel prominentere plaats in dan mededogen, begrip of het voordeel van de twijfel gegund worden.

Op zo'n moment is het zinvol om opnieuw de leergeschiedenis of levensloop van de patiënt bij de bespreking te betrekken. Zo kan concreet worden besproken hoe levenskijk en zelfbeeld van mensen in het algemeen en van de patiënt in het bijzonder mede is gevormd door wat hij vroeger heeft meegemaakt, en wat hij daaruit over zichzelf en de wereld heeft geleerd. Ook de informatie uit de vragenlijsten kan in dit stadium een welkome bijdrage leveren aan het vergroten van overzicht en inzicht.

De door meneer Janssen ingevulde UCL (Utrechtse Coping Lijst) laat zien dat hij op drie van de zeven items afwijkt van de gemiddelde scores:

- ▶ Op 'sociale steun zoeken' scoort hij hoog tot zeer hoog. Volgens Eurelings en Snellen (2003) kan dit wijzen op een groter dan gemiddelde mate van afhankelijkheid en neiging tot steun zoeken.

- ▶ Op 'passief reactiepatroon' scoort hij zeer hoog. Dit kan volgens Eurlings en Snellen duiden op een sterke neiging om zich volledig in beslag te laten nemen door tegenslag, zich overspoeld te voelen en zich piekerend terug te trekken.
- ▶ Op 'expressie van emoties' scoort hij zeer laag, wat mogelijk duidt op een onvermogen om (ongenoegen) te uiten en een neiging om alles in te slikken.

De bespreking van gegevens uit de vragenlijst(en) met de patiënt kan de behandelaar als volgt inleiden: 'Als u het goed vindt, gaan we ook eens kijken naar de uitslagen van de vragenlijst(en) die u thuis hebt ingevuld. Oké?' De behandelaar haalt de papieren lijsten erbij en geeft uitleg over doel en betekenis. Hij relateert de uitkomsten aan de gegevens uit het KOP-schema en lokt zo veel mogelijk discussie uit. Als we de UCL als voorbeeld nemen, kan dit als volgt verlopen: 'Deze lijst geeft weer hoe mensen reageren op ongewone of stresssituaties. Van boven naar beneden laat de lijst zeven verschillende reactievormen zien. Van links naar rechts is te zien in welke mate de betreffende reactievorm bij iemand aanwezig is.' Intussen wijst de behandelaar aan en legt uit. 'Als ik naar uw lijst kijk, dan valt me meteen op dat u bij vier van de zeven vormen reageert zoals de meeste mensen doen: niet te veel, niet te weinig, maar redelijk goed in evenwicht.' Een dergelijke opening van de discussie leidt bij de patiënt vaak tot een zucht van verlichting, wat helpt bij het 'normaliseren' van zijn problematiek. De vaststelling van normaliteit brengt rust, vertrouwen en verhoogt de bereidheid tot reflecteren en meedenken.

Daarna komen de schoonheidsfoutjes, gevoelige snaren en pijnplekken in de persoonlijkheid aan de orde. Deze worden zo mogelijk als volgt besproken: 'Op zich prima eigenschappen, maar iemand kan erin doorschieten. Anders gezegd, deze eigenschappen had u vroeger nodig en waren mogelijk zelfs goede overlevingsstrategieën, maar nu zijn ze niet meer van toepassing en schieten hun doel voorbij. Ze zijn te veel van het goede. U kunt het vergelijken met een alarmsysteem dat te snel aanslaat. Dan raakt de balans uit evenwicht en kunnen er klachten ontstaan, zoals mogelijk bij u is gebeurd.'

Als opmaat naar de balans (zie boven) en naar op *social learning* (Bandura, 1997; Ofman, 2006) gebaseerde veranderingsmethoden is het belangrijk te benadrukken dat herkenning van het eigen reactiepatroon als afwijkend van wat 'algemeen gangbaar' is ook uitzicht geeft op alternatieven. Dit kan bijvoorbeeld door te bespreken hoe mensen die de patiënt goed kent anders blijken te reageren in vergelijkbare situaties, en of de patiënt van hen iets van zou kunnen leren

of overnemen. Het accent ligt hierbij op de P uit het KOP-schema. De behandelaar legt hierbij uit dat elke eigenschap zowel voor- als nadelen heeft, maar vooral tot klachten leidt wanneer ze te ver doorschiet en de patiënt te veel uitgaat van één manier van omgaan met (stressvolle) gebeurtenissen.

Als het mogelijk is, geeft de behandelaar de essentie van de P van de patiënt bij voorkeur weer in gecondenseerde vorm, bijvoorbeeld als een metafoor, als een prototype of in de vorm van een spreekwoord. Metaforen en prototypische weergaven van iemands functioneren vormen een goede brug tussen de eerste en de tweede fase van de behandeling. Ze vatten de essentie van het (non-adaptieve) functioneren in een beeld samen. Metaforen, prototypes en spreekwoorden gaan uit van vergelijkingen. Door een fenomeen dat men wel begrijpt te vergelijken met een fenomeen dat men niet begrijpt, wordt het onbegrepene begrijpelijk gemaakt. Dit kan bijvoorbeeld door het moeizame proces van het aanpassen van gewoonten te vergelijken met andere moeizame leerprocessen als leren fietsen, zwemmen of een muziekinstrument bespelen. De patiënt snapt dan vaak beter dat gedragsverandering niet vanzelf komt, maar dat ze inzet en tijd kost en altijd gepaard gaat met vallen en opstaan. Metaforen en prototypes vatten complexe fenomenen samen in een overzichtelijk geheel, wat de communicatie vereenvoudigt en erop terugkomen in een volgende sessie of bij het bespreken van het huiswerk veel eenvoudiger maakt (Stott, Mansell, Salkovskia, Lavender, & Cartwright-Hatton, 2010).

Een metafoor of een prototype houdt de patiënt ook een spiegel voor. Wanneer een patiënt door enkel voor anderen te zorgen een burn-out, depressie of paniekstoornis heeft ontwikkeld, kan de behandelaar hem vergelijken met een algemeen bekend prototype van zorgzaamheid als Florence Nightingale. Aan de hand van dit prototype kan het te eenzijdig functioneren van de patiënt worden besproken. Met het tegendeel van Florence Nightingale (wie zou daarvoor als prototype kunnen dienen?) kan een spiegelbeeld worden opgeroepen dat de patiënt kan leren imiteren.

Iets soortgelijks gaat op voor vergelijkingen. Een patiënt die depressief is, heeft vaak selectieve aandacht voor 'niet kunnen', 'tegenslag' en 'gevaar'. De behandelaar kan die selectieve aandacht vergelijken met een beslagen bril, of met een radio die maar op één zender is afgestemd. Er ontstaat dan ruimte om alternatieven te bespreken.

.....
 De neiging van meneer Janssen om zich altijd te schikken en te denken dat hij in de ogen van een ander altijd tekortschiet, wordt beschreven als een te sterk ontwikkelde neiging om op elk verzoek te reageren met: 'Ja, natuurlijk doe ik dat.' Zodra hij de eenzijdig

digheid daarvan inziet én zich bewust wordt van haar negatieve consequenties, ontstaat ruimte om te leren reageren met: 'Ja... maar ik weet niet of ik het nu al kan doen,' of: 'Ja, ik zou het graag willen doen, maar...' Ter afsluiting van deze exercitie wordt in samspraak met meneer Janssen het probleem samengevat in de formule $K = O \times P$. Bij hem wordt die als volgt geformuleerd: 'Het lijkt erop dat uw klachten (uitputting, uitbarstingen) veroorzaakt zijn door een ongelukkige samenloop van omstandigheden (te veel stress tegelijkertijd, conflict met de ouders). Ook bent u met die omstandigheden misschien niet altijd even handig omgegaan (door altijd ja te zeggen, steeds meer van uzelf te eisen, te twijfelen aan u zelf en te piekeren).'

STAP 3: DOELEN FORMULEREN

Tot nu toe lag het accent van de behandeling vooral op het genereren en herstellen van overzicht, en op het creëren van consensus over de probleemdefinitie. Dit is een noodzakelijke stap. Volgens diverse onderzoekers (Duncan & Miller, 1999; Lambert, 2005; Tryon & Winograd, 2002; Wampold, 2001) bestaat de volgende stap uit het bereiken van consensus over probleemdefinitie en doelen. Ruim dertig procent van het effect van een behandeling hangt volgens deze auteurs af van de mate waarin patiënt en behandelaar erin slagen consensus te bereiken over probleemdefinitie, doelen en werkwijze. Ook Schaefer (2004) kwam in haar proefschrift over de plaats van kortdurende therapie in de ggz tot dezelfde constatering.

Als het probleem in kaart is gebracht, moeten er doelen worden geformuleerd en moet worden vastgesteld hoe die doelen gehaald kunnen worden. Bij het stellen van doelen in de ggz is het van belang om onderscheid te maken tussen hoofd- en nevendoele. Zoals bij de introductie van het KOP-model hierboven is gesteld, wordt bij kortdurende interventies een centrale plaats toebedeeld aan het persoonlijk functioneren van de patiënt (de factor P in het KOP-schema). De manier waarop iemand gewoon is te reageren op omstandigheden (O) bepaalt in hoge mate of er sprake zal zijn van problematische gevolgen die tot uiting komen in klachten of conflicten. In het KOP-model wordt ervan uitgegaan dat P betrekking heeft op de constante kenmerken van iemands reactierepertoire. Als vervolgens duidelijk is dat tekorten in het persoonlijk functioneren van de patiënt (mede)verantwoordelijk zijn voor ontstaan en instandhouding van zijn klachten, dan is aanpassing of ontwikkeling van dit repertoire door de patiënt een centrale en cruciale factor

bij kortdurende interventies. De behandelaar helpt hem daarbij. In feite gaat het om een doel voor de lange termijn. In ieders leven doen zich immers regelmatig nieuwe, onverwachte, stressvolle of conflictueuze gebeurtenissen voor. Leren om daar beter mee om te gaan of op in te spelen is dus ook voor de toekomst van belang.

Bij meneer Janssen wordt vanuit de probleemsamenhang (K = O x P) vastgesteld dat de combinatie van enerzijds te zorgelijk, te inschikkelijk en te verantwoordelijk reageren, en anderzijds de cumulatie van stressoren, leidt tot een automatische reactie: hij gaat dan nog beter zijn best doen, nog harder werken en nog sterker twifelen aan zichzelf. Voor hem maakt de analyse aannemelijk dat deze combinatie wel eens de oorzaak van zijn moedeloosheid en agressieve uitbarstingen zou kunnen zijn. In algemene termen geformuleerd is het doel voor hem:

- ▶ Leren om deze neiging sneller te onderkennen wanneer ze zich voordoet.
- ▶ Door anderen te observeren leren welke alternatieve reacties in stressvolle situaties mogelijk zijn.
- ▶ Onderzoeken welke van die alternatieven goed bij hem passen.

Het is belangrijk om bij het bespreken van dergelijke doelen steeds de relatie tussen persoonlijke kenmerken, omstandigheden en klachten in het oog te houden en duidelijk te maken. Ook is het van belang om doelen zo te formuleren dat ze concreet en uitvoerbaar zijn, en bij voorkeur ook meetbaar. Ten slotte is het belangrijk om met de patiënt te bespreken welke invloed zijn beoogde andere manier van reageren kan hebben op zijn omgeving. Dit houdt zowel een waarschuwing als een advies in.

De waarschuwing luidt dat anders reageren vrijwel altijd een reactie van de omgeving oproept: 'Wat is er met jou aan de hand?' De natuurlijke reflex van elk mens op zo'n reactie is terugvallen in het oude, bekende gedrag. De behandelaar waarschuwt zijn patiënt hiervoor en wijst hem erop dat als hij bewust probeert anders dan gewoonlijk te reageren, hij zulke reacties kan verwachten. Hij wijst de patiënt er tevens op dat een dergelijke reactie ook is op te vatten als een compliment. De patiënt heeft zijn best gedaan om te veranderen en kennelijk is dat gelukt. Het valt op en daar reageert men op. Een dergelijke reactie kan dus ook gezien worden als een teken dat men op de goede weg zit. De behandelaar bespreekt met de patiënt niet enkel dat verandering reacties oproept. Hij bespreekt ook hoe de patiënt er het beste op kan reageren en oefent dat zo mogelijk in een rollenspel.

Het advies luidt dat de patiënt steun moet zoeken in zijn directe omgeving. Veranderen is moeilijk. Gewoonten veranderen is extreem moeilijk. Er is dus een groot risico dat de patiënt tussentijds terugvalt en de moed opgeeft. De behandelaar raadt hem daarom altijd aan om te overwegen of hij eventueel 'hulptroepen' bij zijn veranderingsproces moet inroepen. Hulp kan bijvoorbeeld betekenen aanmoediging, ondersteuning bij het voorbereiden, uitvoeren en evalueren van het huiswerk, en bemoediging bij tegenslag.

Naast het stellen van doelen en het aanpassen van het persoonlijk functioneren voor de lange termijn is het belangrijk om te bespreken in hoeverre er doelen kunnen worden nagestreefd op de korte termijn. Die laatste zijn ten eerste doelen die de patiënt helpen meer controle over zijn klachten te krijgen en ten tweede doelen waarmee een betere beheersing van zijn omstandigheden kan worden gerealiseerd. Vanuit het perspectief van het KOP-model noemen we dit een 'meersporenbeleid'. Het is belangrijk om naast het werken aan de P tegelijkertijd samen met de patiënt te zoeken naar mogelijkheden en doelen waarmee de patiënt de manifestaties van zijn klachten of omstandigheden beter onder controle kan krijgen. Dit brengt verlichting en draagt daardoor bij aan het creëren van optimale condities om verandering op de P te bewerkstelligen. In de behandeling van meneer Janssen is de huisarts al gestart met het stellen van een dergelijk doel. Met behulp van rustgevendende medicatie zorgt hij ervoor dat dagelijkse patronen zich weer herstellen. Een betere nachtrust leidt niet enkel tot beter functioneren op het werk, maar draagt ook bij aan verbetering van het vermogen tot reflecteren. Bij het voorschrijven van medicijnen is het belangrijk om het motief uit te leggen en dat te relateren aan het casusconcept ($K = O \times P$).

Andere methoden die in het kader van een meersporenbeleid niet zozeer verandering op de P beogen, maar veeleer helpen de manifestatie van de klachten onder controle te krijgen, zijn varianten op ademhalings- en ontspanningsoefeningen, zoals yoga en mindfulness, maar ook wandelen en sporten. Ook hier is uitleg in de zin van aangeven wat de relatie is tussen dit nevendoeel, de basisformule en het hoofddoel van belang. Daarnaast is het belangrijk om de patiënt duidelijk te maken dat, welke methode hij ook kiest, continuïteit noodzakelijk is: hij zal de methode regelmatig moeten herhalen. In dit kader is het voor sommige activiteiten, bijvoorbeeld ademhalings- en ontspanningsoefeningen, nuttig om de patiënt te wijzen op de website van de VGCT (Vereniging voor Gedragstherapie en Cognitieve Therapie: www.vgct.nl), waar gratis informatie en instructie voor dergelijke oefeningen is te vinden. Ook online aangeboden preventieve interventies als *Grip op je dip* van het Trimbos-

instituut zijn adequate hulpmiddelen, die in het kader van een meersporenbeleid laagintensief bijdragen aan verbetering op het element K in het KOP-schema.

Als we de O betrekken bij een meersporenbeleid kan het om verschillende activiteiten gaan. Globaal gesteld hebben doelen op het vlak van O betrekking op verbetering van het omgaan met levenssituatie en omstandigheden. Dergelijke doelen kunnen deels worden bereikt door met de patiënt te zoeken naar methoden die hem meer controle geven, zoals inroepen van steun, en leren een realistisch beroep te doen op de hulp of bijstand van anderen. Als een patiënt bezwijkt onder een overmaat aan verplichtingen of gebeurtenissen, kan het helpen dat hij leert om hoofd- en bijzaken van elkaar te onderscheiden, en daarmee prioriteiten weet te stellen en te delegeren. Dit sluit overigens nauw aan bij mogelijk stereotiepe attitudes van de patiënt. In dat geval kan 'leren delegeren' bijvoorbeeld ook een hoofddoel worden. Verder kan timemanagement nuttig zijn, en soms wordt bij het bespreken van O duidelijk dat de patiënt problemen in de relationele sfeer heeft.

Het inroepen van bepaalde vormen van steun kan buiten het bereik van de behandelaar liggen. Dit is bijvoorbeeld het geval als er sprake is van materiële, sociale of juridische problemen. Dan is het raadzaam de patiënt te verwijzen naar de meest geëigende instantie, zoals de AMW, de wijkagent, het UWV, Slachtofferhulp of het Juridisch Loket.

Bij meneer Janssen leidt een discussie over het gewoontegedrag van een collega tot een dergelijke constructie. De collega verkeert in vergelijkbare omstandigheden als meneer Janssen, maar zijn reactiepatroon wordt door meneer Janssen omschreven als afstandelijk tot koel. Volgens hem maakt de collega zich nooit ergens druk over. In elk geval in de ogen van meneer Janssen reageert de collega beter dan hijzelf.

De behandelaar initieert een discussie met een vraag in de trant van: 'Stel, dat u af en toe zou reageren of denken als die collega.' Dit leidt ertoe dat meneer Janssen spontaan uitroept: 'Ja, dan zou ik ook minder last van alles hebben.' Vertaald in een variant van de empirische cyclus, vormt dit de inleiding tot de volgende stap: gedragsverandering.

STAP 4: GEDRAGSVERANDERING

De behandelaar vervolgt: 'Ik kan me zo voorstellen, dat u nu denkt: vanaf morgen ga ik net zo reageren als mijn collega'. Dit lijkt meneer Janssen inderdaad een uitstekend voornemen. Vervolgens vraagt hij de behandelaar of er geen pillen zijn om dat te bewerkstelligen.

Een reactie als die van meneer Janssen duidt op verschillende zaken. De patiënt ziet de relatie tussen enerzijds een specifieke wijze van in het leven staan en reageren, en anderzijds de gevolgen. Hij wil daar meteen verandering in brengen: in één klap moet alles anders, bij voorkeur zonder inspanning. Helaas kan dat niet. Dit moet ook altijd de boodschap van de behandelaar zijn. De keerzijde van de medaille is dat veranderen heel goed mogelijk is, mits... Over de mitsen van het veranderingsproces en hun uitvoering gaat deze paragraaf.

¶ *De weg van de geleidelijkheid*

Meer dan we beseffen, wordt ons doen en laten geleid door gewoonten en stereotiepe reactiepatronen. We functioneren voor een groot deel op onze automatische piloot. Het afleren van gewoonten is lastig. Snelle oplossingen zijn er niet. Veranderen kost inspanning, moet met overleg gebeuren en vereist discipline en oefening.

De behandelaar kan het proces van gewoonteverandering op een elegante manier verhelderen door de patiënt erop te wijzen dat deze kampt met klachten omdat hij zich er niet van bewust is in een bepaald levensdomein onbekwaam te handelen. De onbekwaamheden van meneer Janssen komen tot uitdrukking in allerlei buitensporige reacties: hij is te verantwoordelijk, te snel geneigd alles in te slikken en ploetert te lang door. De manifestatie van klachten is te beschouwen als een signaal dat de grens bereikt is. Wil de patiënt daar verandering in krijgen, dan moet hij zich eerst bewust worden van zijn onbekwaamheid. Dit wordt bereikt via overzicht en inzicht, beschreven met behulp van het KOP-schema, de formule $K = O \times P$ en de balans. Is hij zich eenmaal bewust van zijn onbekwaamheden, dan is de volgende stap dat hij bewust *bekwaamheden* gaat invoeren: hij moet leren reageren op een andere manier dan hij gewend is. Na verloop van tijd worden deze aanvankelijk bewust uitgevoerde nieuwe reactiepatronen en bekwaamheden onderdeel van zijn automatische functioneren. Er is dan onbewust bekwaam reageren ontstaan, een nieuwe gewoonte, die onderdeel kan worden van zijn 'automatische piloot'.

Uitleg over de samenhang tussen onbewust zijn versus bewust zijn van onbekwaamheden helpt de patiënt overzicht te krijgen over hoe zijn veranderingsproces zal verlopen. Het is belangrijk elke stap zo veel mogelijk te illustreren met voorbeelden uit het dagelijkse leven. Door deze voorstelling van het veranderingsproces begrijpt de patiënt niet alleen dat veranderen mogelijk is, maar ook dat veranderen niet vanzelf gaat. Inzicht in de verschillende stadia helpt hem daarbij. Vooral stap 4 in dit proces (het bewust aanleren van bekwaamheden) betekent oefenen, proberen, vallen en opstaan, en (welwillend) evalueren. Vanuit gedragstherapeutisch perspectief gaat het dan vooral om gedragsexperimenten en exposure.

¶ Leren door imiteren: social learning

De meest basale vorm van leren is door anderen te imiteren, ofwel leren door af te kijken hoe anderen iets aanpakken, en dat vervolgens nadoen. Deze vorm van leren is in de gedragstherapie bekend geworden onder de naam *social learning* (Bandura, 1997). Social learning is eenvoudig aan patiënten uit te leggen en kan op tal van terreinen worden toegepast.

De basis voor social learning is de hierboven beschreven balans. De balans maakt duidelijk in welk opzicht de patiënt afwijkend reageert van de algemene norm (gematigd, flexibel, doordacht). Beschreven onder de P in het KOP-schema, wordt deze 'afwijking' gezien als een van de oorzaken van zijn klachten: $P \times O = K$. De balans is niet alleen een statische weergave van het gedrag van de patiënt op een bepaald moment. Er kan ook het habituele of stereotiepe gedrag van anderen op worden aangegeven, wat vergelijken makkelijker maakt. Aan de hand van de balans kan ook worden gekeken in hoeverre er bij de patiënt sprake is van uitzonderingen. In de discussie is het belangrijk om enkele alternatieve vormen van omgaan met gebeurtenissen weer te geven. In tabel 6 zijn dat vijf verschillende posities, die staan voor zowel extreme als gematigde vormen van reageren. De behandelaar lokt altijd een gesprek uit waarin aan de hand van voorbeelden met de patiënt wordt gezocht naar de plek op de balans die zijn positie het beste weergeeft. Het kost vrijwel geen moeite om in de loop van dit gesprek ook de positie van anderen in de omgeving van de patiënt weer te geven.

De balans van meneer Janssen wordt weergegeven als in tabel 6.

Met de X wordt de positie van meneer Janssen weergegeven. In tabel 7 wordt naast de positie van meneer Janssen (X) ook de positie van zijn zus (Y) en van zijn collega (Z) weergegeven. In het gesprek komt naar voren dat zijn zus zeker kenmerken van zorgzaamheid en bezorgdheid vertoont, maar minder extreem

dan meneer Janssen. De collega is voor hem het toonbeeld van iemand die zich vrijwel nooit ergens zorgen over maakt.

TABEL 6
De balanspositie van meneer Janssen

Overbezorgd, extreem voorzichtig	Zorgelijk, zorgzaam	Realistisch	Onbezorgd, makkelijk	Zorgeloos, roekeloos
X				

TABEL 7
De balanspositie van meneer Janssen (X), zijn zus (Y) en zijn collega (Z)

Overbezorgd, extreem voorzichtig	Zorgelijk, zorgzaam	Realistisch	Onbezorgd, makkelijk	Zorgeloos, roekeloos
X	Y		Z	

Door eigen en andermans gedrag te bespreken als verschillende posities op een continuüm van mogelijke gedragingen en reactiepatronen ontstaat niet enkel overzicht. Uitzicht op verandering wordt er concreter en realistischer door, waarmee een basis voor gedragsverandering ontstaat. De patiënt stelt vast dat er zaken zijn die niet goed lopen. Hij begint te beseffen dat gewoontepatronen daar een rol in spelen, er ontstaat zicht op welke patronen dat zijn en op de alternatieven die hij zou kunnen uitproberen. Hieronder volgen enkele manieren waarop social learning kan worden toegepast.

- **OBSERVEREN VAN HET EIGEN GEDRAG** Reflecteren op het eigen gedrag en de consequenties ervan is voor vrijwel iedereen ongewoon. Daarom is het zinvol om de patiënt in aansluiting op stap 2 ($K = O \times P$) te vragen gedurende enige tijd het eigen gedrag in verschillende situaties te observeren en zijn bevindingen in een schema of dagboek te noteren. Ook een weergave van de balans kan dienen als weerslag van de observaties van de eigen positie en die van anderen. Observatie kan in verschillende varianten worden uitgevoerd:
 - De patiënt observeert *waar, wanneer en hoe vaak* bepaald gedrag optreedt.
 - Hij observeert *waardoor* bepaald gedrag wordt uitgelokt en bekrachtigd.

- ▶ Hij observeert wat de intensiteit van bepaald gedrag is en van mogelijke variaties in die intensiteit, eventueel gerelateerd aan uitlokkende factoren.

▶ **OBSERVEREN VAN DE CONSEQUENTIES VAN HET EIGEN GEDRAG** Als het observeren van het eigen gedrag door de behandelaar goed wordt uitgelegd en door de patiënt goed wordt uitgevoerd, levert het altijd veel informatie op. De patiënt krijgt een duidelijker beeld van zijn niet-adequate reactiepatronen. Vrijwel altijd vallen hem verbanden op. Het wordt hem duidelijker wanneer en onder welke condities bepaald gedrag zich voordoet en wat er de opbrengst of 'beloning' van is: dit kan opluchting of rust zijn, maar bijvoorbeeld ook conflict. Vervolgens kunnen mogelijkheden worden bekeken om onder bepaalde condities anders met uitlokkende omstandigheden om te gaan. Als er wisselingen in intensiteit zijn geobserveerd, levert dat informatie op over hoe de patiënt met uitlokkende factoren omgaat en hoe dat anders kan. Vrijwel altijd constateert de patiënt uitzonderingen: onder bepaalde omstandigheden doet hij iets niet, of hij doet het in mindere mate, of op een andere manier). Daaruit kan hij leren dat hij in staat is flexibeler te reageren dan hij aanvankelijk dacht. Dit geeft moed en hoop.

▶ **OBSERVEREN VAN HET GEDRAG VAN ANDEREN AAN DE HAND VAN EEN SOCIOGRAM** Nog een manier van observeren op basis van de balans is het observeren van alternatief gedrag. Hoe reageren anderen in vergelijkbare situaties? De behandelaar kan deze exercitie beginnen door de patiënt te vragen een sociogram te maken: op dezelfde balans waar de patiënt eerder het eigen gedrag heeft gepositioneerd, geeft hij nu ook het gedrag van mensen uit zijn omgeving (vrienden, familieleden, collega's) een plaats. Hierdoor wordt zichtbaar dat gedrag in een vergelijkbare situatie een grote spreiding kent. Als meerdere mensen met elkaar op de balans worden vergeleken, tekent zich vaak een normaalverdeling of Gausscurve af, met een concentratie in het middengebied. Aan de hand van deze voorstelling kunnen behandelaar en patiënt in discussie gaan over welke elementen in het gedrag van anderen de patiënt mogelijk kan overnemen, uiteraard met inachtneming van de te verwachten consequenties. Een dergelijke discussie leidt vaak tot de vaststelling dat consequenties anders kunnen uitpakken dan de patiënt verwacht of vreest. De proef op de som is uiteraard dat de patiënt nieuw gedrag uitprobeert in een concreet gedragsexperiment.

¶ *Tussenmeten en herhaaldelijk meten*

Social learning is een eenvoudige, praktische en krachtige manier van werken, die de patiënt snel overzicht en uitzicht geeft en

waarop eenvoudig gedragsveranderingen zijn te enten. Duidelijk moet zijn dat het niet vanzelf gaat en dat herhaling vereist is. Verderop in dit artikel gaan we hier dieper op in. Bij de behandeling van veel patiënten is het uitwerken van overzicht en samenhang (stap 2), het samen formuleren van doelen (stap 3) en een eerste exercitie op het terrein van de balans en social learning voldoende om hen op weg te helpen. Een eigen onderzoek laat zien dat er gemiddeld na drie gesprekken een significante verbetering wordt geconstateerd op de OQ-45. Ook op de UCL is er gemiddeld na drie gesprekken een significante verbetering zichtbaar (meer actieve coping, minder doemdenken).

Deze gegevens komen overeen met die uit buitenlands onderzoek. Volgens Howard et al. (1996) verbetert 40% van de patiënten in psychotherapie binnen drie sessies en verbetert volgens zijn bevindingen 65% van hen binnen zeven sessies. Whipple en Lambert (2011) komen tot eenzelfde conclusie. Een dergelijk gemiddeld resultaat is mooi, omdat het aangeeft dat een redelijk deel van de patiënten met ongeveer zeven sessies goed kan worden geholpen. Maar het feit dat het om een gemiddelde gaat, betekent ook dat voor een aantal patiënten (in dit geval) zeven sessies niet genoeg is om tot een bevredigend resultaat te komen. Die groep patiënten heeft meer nodig. Dit roept verschillende vragen op. Is op voorhand vast te stellen wie wel, wie niet en wie in mindere mate baat zal hebben bij de behandeling?

Wanneer er na enkele sessies verbetering wordt geconstateerd, is een andere vraag wat het beste vervolg is. Gaat de behandelaar simpelweg op de ingeslagen weg voort, of biedt hij alternatieve vormen van behandeling aan die effectief zijn, maar minder van hem als behandelaar vergen? Hybride vormen van *e-health*, van telefonische ondersteuning of van *guided self-help* kunnen in dit geval zinvolle alternatieven zijn.

Na enkele gesprekken opnieuw de stand van zaken vaststellen wordt 'tussenmeten' genoemd en is altijd zinvol. Tussenmeten geeft weer wat het effect van de behandeling tot dusver is en het biedt handvatten om het vervolgbeleid vast te stellen. Bij tussenmeting kan uiteraard ook naar voren komen dat er nog maar weinig of zelfs geen verbetering is te constateren.

Als er na enkele gesprekken geen sprake is van verbetering zijn er twee mogelijkheden: of de behandelaar is in gebreke gebleven, of de behandeling vereist van de patiënt een inzet en participatie waaraan hij, anders dan aanvankelijk gedacht, niet kan voldoen. De laatste situatie blijkt uit het onvoldoende aanwezig of zelfs afwezig zijn van de vermogens tot reflecteren, tot wederkerigheid en tot samenwerking in het repertoire van de patiënt. Het tekort aan die vermogens speelt niet enkel binnen de therapeutische relatie, maar zal

ook naar voren komen in de manier waarop de patiënt zich manifesteert in het dagelijks leven. Anders dan op het eerste gezicht leek, zitten er zoveel ongezonde kanten aan het functioneren van de patiënt, dat actieve participatie niet haalbaar is. Indien deze situatie zich voordoet, is verwijzing naar een gespecialiseerde behandelvorm vrijwel altijd noodzakelijk.

Daarnaast kan blijken dat de behandelaar in gebreke is gebleven. Hij heeft dan onvoldoende werk gemaakt van het uitvoeren van de probleemanalyse en de probleemdefinitie op een niveau dat de patiënt kan volgen (wat betreft tempo en mate van abstractie). In dit geval moet de behandelaar zich aanpassen aan de mogelijkheden van de patiënt en het werk overdoen. In een duidelijker en rustiger tempo wikkelt de behandelaar dan opnieuw de stappen van het stappenplan af.

Als er weliswaar sprake is van enige, maar niet van significante verbetering is het raadzaam dat de behandelaar teruggaat naar stap 2. Hij bespreekt met de patiënt opnieuw het KOP-schema en de formule $K = O \times P$, en onderzoekt in samenspraak met de patiënt diens stagnaties en hun mogelijke oorzaken. Vaak blijkt dat de patiënt te weinig tijd of mogelijkheden had om het besprokene in de praktijk toe te passen. Dan is op de eerste plaats motivatie van belang. Is de patiënt er zich voldoende van bewust dat veranderen slechts mogelijk is als hij regelmatig oefent? Is hij bereid om die inspanning te leveren? Een vergelijking met leren fietsen, zwemmen of autorijden kan helpen om de patiënt duidelijk te maken dat verandering mogelijk is, maar slechts bij voldoende inspanning, herhaling en training. De uiteindelijke keuze ligt hierin bij de patiënt.

Soms is het in een dergelijke situatie zinvol om de balans op een alternatieve manier voor te stellen, en vandaaruit opnieuw de exercitie te maken en huiswerk af te spreken. Die alternatieve voorstelling is mogelijk met behulp van het kernkwaliteitenkwadrant (Ofman, 2006) en komt in de volgende paragraaf aan de orde.

¶ *Leren door te reflecteren en afstand te nemen*

Leren door te imiteren is de eerste vorm van leren die mensen toepassen. Ook in het dierenrijk komt deze vorm voor. Leren door te reflecteren vereist het vermogen om buiten de actualiteit om voorstellingen te maken van fenomenen, en in die fenomenen en hun toepassing alternatieven te onderscheiden. 'Reflectie' is het verzamelbegrip dat hierbij een belangrijke rol speelt. Al eerder hebben we vastgesteld dat reflectie niet voor iedereen vanzelfsprekend is. Met name mensen die onder invloed van bepaalde gebeurtenissen hun vermogen tot reflecteren geheel of gedeeltelijk zijn kwijtgeraakt, kunnen met eenvoudige schema's geholpen worden dit ver-

mogen terug te halen en te gebruiken. Hieronder beschrijven we twee manieren van werken met reflectie en afstand nemen: (1) het kernkwaliteitenkwadrant en (2) interactionele modellen. Deze manieren kunnen de patiënt helpen bij de versterking van zijn vermogen om vanuit een zogeheten ‘metapositie’ naar het eigen functioneren te kijken.

¶ Het kernkwaliteitenkwadrant

Het kernkwaliteitenkwadrant (tabel 8) is een elegante manier om iemand (weer) bewust te maken van zijn gewoonten en stereotiepe gedragspatronen, ook van de non-adaptieve en onhandige aspecten ervan. Het kernkwaliteitenkwadrant helpt behandelaar en patiënt om de kenmerken van de P uit het KOP-concept te differentiëren in aangepaste (‘normale’) varianten en niet-aangepaste (‘afwijkende’) varianten.

Stel, we willen onderzoeken hoe mensen reageren op iets onbekends. Het kernkwaliteitenkwadrant zou het gedrag ‘reageren op iets onbekends’ kunnen differentiëren in verantwoord (zich bijvoorbeeld uitend in gepaste nieuwsgierigheid), in voorzichtig (zich uitend in teruggetrokkenheid) en in overtrokken (zich uitend in ofwel een overmatig voorzichtige reactie, ofwel een overmatig enthousiaste). Bij mensen met psychische problemen zien we meestal dat een van beide overtrokken varianten de overhand heeft. De patiënt gaat te voorzichtig om met nieuwe zaken, wat zich uit in hetzij overmatig controleren of vermijden, hetzij in het tegendeel daarvan: de patiënt is overmatig enthousiast, roekeloos en zich niet bewust van gevaar.

Afhankelijk van de aard van de overtrokken reactiewijze spreekt het kernkwaliteitenkwadrant van valkuilen en van allergieën. Onder het kopje valkuil valt gedrag dat in de dagelijkse praktijk kan worden omschreven als ‘te veel van het goede’; onder het kopje allergie valt gedrag waaruit het doorgeschoten tegendeel blijkt. Stel, dat bij een patiënt uit de casusanalyse (K = O x P) naar voren is gekomen dat er sprake is van overmatig vermijdingsgedrag. Bij zo iemand kan ‘voorzichtigheid’ benoemd worden als kwaliteit, en ‘overmatige voorzichtigheid’, die zich bij de betreffende patiënt uit in vermijdingsgedrag, als de te ver doorgeschoten variant daarvan, de valkuil. ‘Roekeloosheid’, de uitgesproken tegenhanger van ‘overmatige voorzichtigheid’, wordt vervolgens benoemd als allergie. Dit is gedrag dat de patiënt bij sommige mensen herkent en waarvan hij een afkeer heeft.

TABEL 8
Schematische weergave van het kernkwaliteitenkwadrant

Kwaliteit	Valkuil
Allergie	Uitdaging

In tabel 9 wordt het kernkwaliteitenkwadrant weergegeven, met per kwadrant de algemene beleving, gezien vanuit de patiënt in kwestie.

TABEL 9
Schematische weergave van het kernkwaliteitenkwadrant, bezien vanuit de algemene beleving van de patiënt

Kwaliteit ▶ Wat ik normaal of vanzelfsprekend vind	Valkuil ▶ Wat anderen me soms verwijten en wat ik geneigd ben te rechtvaardigen
Allergie ▶ Wat ik bij anderen en bij mezelf verafschuw, en wat ik minacht	Uitdaging ▶ Wat ik mis in mezelf

In tabel 10 worden verschillende varianten van invulling van het kernkwaliteitenkwadrant weergegeven, in de vorm van trefwoorden.

TABEL 10
Het kernkwaliteitenkwadrant: enkele voorbeelden van invulling

Kwaliteit ▶ Aangepast ▶ Belangstellend ▶ Toegewijd	Valkuil ▶ Onderdanig ▶ Nieuwsgierig ▶ Fanatiek
Allergie ▶ Brutaal, onbeschoft ▶ Onverschillig ▶ Laat maar waaien-mentaliteit	Uitdaging ▶ Sociaal assertief ▶ Betrokken ▶ Relativerend, maar wel betrokken

Het kernkwaliteitenkwadrant is ontwikkeld door Ofman (2006), om als hulpmiddel te dienen bij management- en organisatietraining, maar ook bij de behandeling van mensen met psychische klachten en bij interpersoonlijke conflicten blijkt het een goed hulpmiddel te zijn. Het verschaft betrokkenen overzicht over hun

situatie, en inzicht in de achtergronden en de effecten van hun gedrag. Het helpt hen onderscheid te maken tussen adequaat, adaptief gedrag en niet-adequaat gedrag, zonder dat ze in zelfverwijt hoeven te vervallen. In therapeutische zin komt het kernkwaliteitenkwadrant van pas omdat het via de uitgesproken varianten (valkuil of allergie) patiënten helpt te denken in termen van dimensionale posities. Op die manier maakt het de vele varianten van reageren zichtbaar die de patiënt in een bepaalde situatie kan vertonen. Dit geeft hem rust en vergroot de mogelijkheid om keuzes te maken. Deze keuzes worden, gerelateerd aan wenselijke varianten, ondergebracht in het kwadrant uitdaging.

Bij meneer Janssen introduceert de behandelaar het kernkwaliteitenkwadrant bij de afsluiting van stap 2. Tegelijkertijd vergelijkt hij op de balans het reactiepatroon van meneer Janssen met dat van diens zus en de collega (tabel 7). De behandelaar begint met een opsomming te geven van het ingevulde KOP-schema van meneer Janssen (tabel 4): 'Ik geloof dat we langzamerhand wel kunnen zeggen dat uw moeheid, moedeloosheid en uitbarstingen niet uit de lucht komen vallen, maar iets te maken hebben met de vele stress die u de laatste tijd ervaart. Ook speelt de manier waarop u met die stress bent omgegaan mee. Waarschijnlijk heeft u te veel of te lang alles geaccepteerd, waardoor spanning kan oplopen. Wanneer die spanning te sterk wordt, explodeert u. Klopt het als ik dit zo stel, of vindt u dat het toch anders zit?'

Op deze manier wordt van de klacht van de patiënt een samenvatting gegeven, waarbij rekening wordt gehouden met zowel de uitlokkende omstandigheden als met de manier waarop de patiënt geneigd is op problemen of stress te reageren. Door de factoren omstandigheden en persoonlijke stijl naar voren te halen als medeverantwoordelijk voor het ontstaan van de klachten, wordt de kans op acceptatie door de patiënt van een dergelijke visie groter. Het ligt immers niet allemaal aan de patiënt zelf. Voor een deel is het probleem ook aan andere oorzaken toe te schrijven. Dit pleit de patiënt tot op zekere hoogte vrij van schuld en vergroot zijn bereidheid om het eigen aandeel in het probleem (de factor P) onder ogen te zien.

Meneer Janssen neemt als volgt het woord: 'Ja, nu ik erover nadenk... Gisteren nog. Toen werd mijn collega door de uitvoerder aangesproken op iets wat echt broddelwerk was. Als ik daar nu aan terugdenk, maakte ik me daar meer zorgen over dan mijn collega. Die haalde zijn schouders op en ging verder met waar hij mee bezig was.' De behandelaar: 'Toen de uitvoerder met het

broddelwerk kwam aanzetten, had dat bij u een ander effect, ook al werd u er niet op aangekeken.' Meneer Janssen: 'Ja, ik ga in zo'n geval altijd kijken hoe ik zoiets kan oplossen... Het voelt gewoon niet lekker als er klachten zijn.' De behandelaar: 'Neemt u dit dan ook mee naar huis?' Meneer Janssen: 'Nee, dat niet... maar, ik heb het er thuis nog wel met mijn vrouw over gehad, ja...'

Aan de hand van een discussie over een concrete situatie, waarin behandelaar en patiënt het gedrag van de patiënt bespreken en vergelijken met dat van anderen, kunnen verschillende acties ter verbetering worden ingezet. Een mogelijkheid is om vanuit de balans en een daarop gebaseerd sociogram gedrag te vergelijken, te imiteren en ermee te experimenteren, waarbij de patiënt alternatieve reacties kan uitproberen.

Een andere mogelijkheid is om de patiënt aan de hand van het kernkwaliteitenkwadrant te laten reflecteren op het eigen gedrag, en te bekijken in hoeverre hij alternatieve reactievormen kan ontdekken, die hij vervolgens kan uitproberen via exposure of gedrags-experimenten. Met het kernkwaliteitenkwadrant wordt de P van de patiënt gedifferentieerd in goede eigenschappen (kwaliteiten) en in minder goede (valkuilen). Die differentiatie verloopt makkelijker wanneer het kernkwaliteitenkwadrant aansluit op een exercitie met de balans. Niet alleen wordt het eigen gedrag dan in beeld gebracht in termen van 'goed' of 'te veel van het goede', het wordt des te concreter wanneer er aan de hand van balans of sociogram vergelijkingen kunnen worden gemaakt met het gedrag van anderen.

De behandelaar vervolgt de behandeling van meneer Janssen als volgt: 'Wat ik u steeds probeer te laten zien, is dat mensen op dezelfde situatie heel verschillend kunnen reageren, bijvoorbeeld toen we de situatie bespraken waarin uw uitvoerder aanmerkingen had op het werk van uw collega. Is het u opgevallen, dat ik dit steeds doe?' Meneer Janssen: 'Ja, mijn collega zal van zo'n aanmerking niet gauw wakker liggen'. Behandelaar: 'Denkt u dat dit enkel in dit geval zo is, of dat er altijd wel een verschil is tussen u en uw collega?'

Vervolgens praten behandelaar en patiënt door over stabiele verschillen tussen mensen, en de mogelijke effecten ervan op hun nachtrust. Behandelaar: 'Als we zo naar die verschillen kijken, dan versterkt dat bij mij het beeld dat u een bijzonder verantwoordelijk en zorgzaam iemand bent.' Meneer Janssen: 'Ja, maar zo hoort het toch ook. Zoals mijn collega reageert, vind ik niet normaal.' Behandelaar: 'Dat klopt, maar je kunt er ook op een an-

dere manier naar kijken. Zal ik dat proberen uit te leggen?’

Meneer Janssen: ‘Ja, graag.’ De behandelaar pakt het kernkwaliteitenkwadrant van meneer Janssen erbij: ‘Als we kijken naar hoe u zich opstelt, kunnen we u omschrijven als iemand die verantwoordelijk en zorgzaam is, die de lat voor zichzelf hoog legt en die altijd voor iedereen klaarstaat. Dit zijn goede eigenschappen. In het schema worden het “kwaliteiten” genoemd.’ Behandelaar en meneer Janssen gaan hierover in discussie.

Behandelaar: ‘Het veld ernaast heet “valkuilen”. Heeft u enig idee waar dat op zou kunnen slaan?’ Opnieuw ontstaat discussie. Behandelaar: ‘Wij gebruiken dat woord om aan te geven dat iemand soms kan doorschieten in zijn kwaliteiten. Dan wordt het “te veel van het goede”. We spreken dan van een valkuil, omdat het tegen iemand kan gaan werken. Als iemand zo aardig is voor andere mensen dat hij zijn eigen belang helemaal vergeet, kan hij aan het eind van het liedje met lege handen komen te staan.’

De discussie wordt voortgezet door ook de twee andere velden (allergie en uitdaging) te bespreken, en in te vullen aan de hand van concrete voorbeelden uit het leven van meneer Janssen: de omgang met zijn collega en het gedrag van zijn zus. Het gezamenlijk ingevulde kernkwaliteitenkwadrant van meneer Janssen ziet eruit als in tabel II.

TABEL II
Het kernkwaliteitenkwadrant van meneer Janssen

<p>Kwaliteit</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Zorgzaam ▶ Verantwoordelijk ▶ Grote inzet ▶ Kritische houding ten opzichte van zichzelf ▶ Legt de lat hoog voor zichzelf ▶ Collegiaal 	<p>Valkuil</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Overbezorgd ▶ Zichzelf wegcijferen ▶ Nooit het idee hebben dat iets goed genoeg is ▶ Te veel op het kompas van anderen varen
<p>Allergie</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Onverschillig ▶ Laat maar waaien ▶ Eigenwijs 	<p>Uitdaging</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Betrokken, maar tot op zekere hoogte ▶ Leren luisteren naar eigen mening ▶ Leren om grenzen te stellen

Vanuit een dergelijke weergave en discussie kan de behandelaar de patiënt als huiswerk observatieopdrachten meegeven:

- ▶ Observeer uw eigen kwaliteiten en valkuilen.
- ▶ Observeer het gedrag van anderen, inclusief de reacties van derden daarop.
- ▶ Onderscheid mensen naar de vier kenmerken van het kernkwaliteitenkwadrant.
- ▶ Krijg oog voor mensen die voldoen aan uw uitdaging, kijk hoe ze dat doen en wat u van hen kunt leren.

Ook kan de discussie leiden tot afspraken over te maken gedragsexperimenten, zoals leren om op tijd het eigen belang te onderkennen en enigszins de eigen grenzen te bewaken. Als dergelijke doelen eenmaal zijn vastgesteld, is het zinvol om met de patiënt zo concreet mogelijk vast te stellen wat hij precies gaat observeren of uitproberen, en op welk moment. Vooraf 'droog' oefenen in een rolspel is aan te bevelen, evenals wijzen op de verschillende consequenties die aan het uiten van nieuw gedrag verbonden zijn.

¶ *Interactionele modellen*

Bij de opzet van de balans, en de uitwerking ervan via social learning methoden of via het kernkwaliteitenkwadrant, ligt de nadruk op het nominale gedrag: op gedrag zoals patiënt en behandelaar dat in alledaagse of enigszins geabstraheerde termen hebben beschreven. In het geval van meneer Janssen zijn dat termen als 'groot verantwoordelijkheidsgevoel', 'de lat hoog leggen', 'zich inzetten voor anderen' en 'het eigen belang verwaarlozen'.

Een andere manier om informatie uit de balans zichtbaar en bewerkbaar te maken is door de verschillende posities te beschrijven als rollen die de patiënt inneemt in een interactieketen. Zo wordt duidelijk dat zijn gedrag niet op zichzelf staat, maar dat het wordt beïnvloed door gedrag van anderen en door gebeurtenissen. Tegelijk ziet de patiënt in dat zijn eigen gedrag ook altijd invloed heeft op anderen en op gebeurtenissen. In de psychotherapeutische praktijk zijn er twee modellen die dit fenomeen expliciet aan de orde stellen: de interpersoonlijke psychotherapie (IPT) en het interpersoonlijk circumplexmodel, beter bekend als de 'Roos van Leary'.

IPT is een behandelmodel dat in de jaren tachtig van de vorige eeuw in de Verenigde Staten is ontwikkeld door Klerman, Weissman, Rounsaville, en Chevron (1984). In Nederland heeft dit model vooral bekendheid gekregen door publicaties van Jonker en Blom (1998), en Jonker en de Vries (2000).

Het uitgangspunt van IPT is tweeledig. Het eerste uitgangspunt is dat interpersoonlijk gedrag zich mede ontwikkelt onder invloed

van de manier waarop iemand in zijn levensgeschiedenis leert zich te manifesteren en staande te houden in sociale relaties, te beginnen in de relatie met zijn ouders. Ten tweede gaat IPT ervan uit dat problemen of klachten vaak ontstaan in reactie op een van de volgende vier externe factoren: (1) verlies en rouw, (2) interpersoonlijke conflicten, (3) nieuwe gedragseisen als gevolg van rolverandering, en (4) tekorten in interpersoonlijke vaardigheden. De behandeling is opgedeeld in drie fasen die zich kenmerken door:

- 1 Fase 1: probleemordening. In deze fase brengt de behandelaar met de patiënt diens klachten in kaart en wordt gekeken welke externe factoren of welke tekorten in interpersoonlijk functioneren eventueel een rol spelen bij het ontstaan van de klachten.
- 2 Fase 2: doorwerking. Hierin wordt een van de vier factoren tot focus van behandeling gekozen en wordt met psycho-educatie en zelfreflectie gewerkt aan het verbeteren van het functioneren binnen deze focus.
- 3 Fase 3: afronding. In de laatste fase wordt de behandeling geëvalueerd en indien noodzakelijk een vervolg afgesproken.

De Roos van Leary (Leary, 1957) is ontwikkeld door de Amerikaanse psycholoog Timothy Leary. Volgens Leary kan elk gedrag begrepen worden vanuit de combinatie van twee intenties: de intentie tot binding en samenwerking met anderen, en de intentie tot het nemen van initiatief. Beide intenties zijn in het gedrag van elk mens in enige mate aanwezig. Elke intentie kan zeer zwak, zwak, gemiddeld, sterk of zeer sterk aanwezig zijn. Visueel voorgesteld gaat het om twee balansen of assen:

- ▶ De *communion*-as. Deze geeft de mate weer waarin iemand wil behoren tot een groep, een gewaardeerd groepslid wil zijn en positieve relaties wil aangaan, of met andere woorden: de mate waarin iemand zijn leven vorm wil geven vanuit samenwerking, in tegenstelling tot leven vanuit zelfstandigheid of zelfs vanuit isolement.
- ▶ De *agency*-as. Deze geeft de mate weer waarin iemand invloed wil uitoefenen, wil opkomen voor zichzelf en relaties of situaties wil aansturen, of met andere woorden: de mate waarin iemand wil leiden, in tegenstelling tot volgzzaam zijn.

Door beide assen te combineren in een kwadrant ontstaan vier gedragscategorieën of varianten van interactionele posities (tabel 12).

TABEL 12
Vier gedragsvarianten op basis van Leary

Eigengereid, autonoom	Initiatief nemend, leidend, behulpzaam
Teruggetrokken, achterdochtig	Meewerkend, afwachtend, volgzzaam

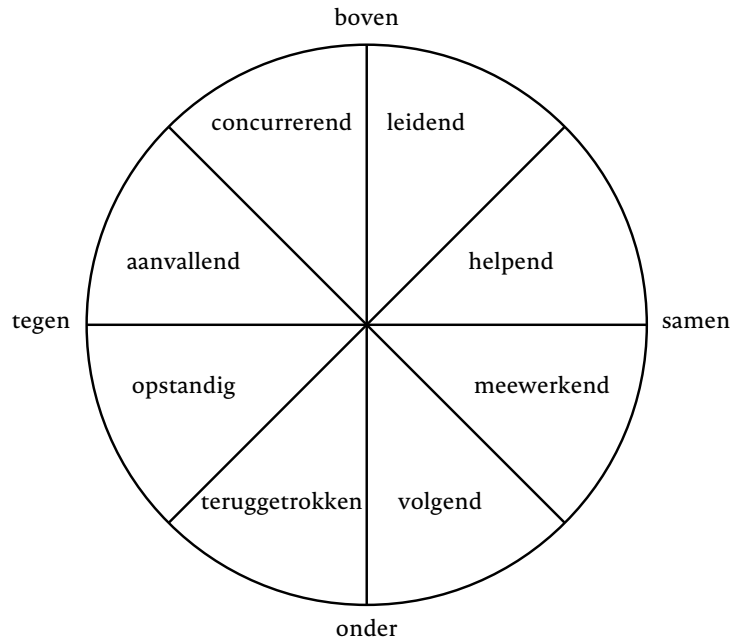
Door interactie kunnen verschillende posities elkaar versterken. Initiatiefnemend gedrag doet een appel op samenwerking. Afwachtend gedrag roept bij anderen vaak initiatief op. De posities kunnen ook met elkaar in botsing komen. Initiatief van een persoon kan in botsing komen met de intentie van iemand anders wanneer die laatste ook initiatief wil nemen. Er ontstaat dan strijd, verwijdering of in het beste geval overleg over de beide initiatieven en hoe ermee om te gaan. Leary onderscheidde op basis van zijn methodiek twee soorten interacties of relatietypen:

- 1 Complementaire relaties: hierin sluiten posities op elkaar aan, zoals de positie van leider en die van volgeling.
- 2 Symmetrische relaties: deze ontstaan als twee gelijksoortige posities met elkaar in botsing komen en om de macht gaan strijden.

Als beide actoren zich bewust zijn van elkaars posities en intenties (die kunnen verschillen of gelijkaardig kunnen zijn), en van de consequenties die het volgen van deze intenties kunnen hebben, ontstaat ruimte voor reflectie en overleg. Er is dan sprake van een relatie op metaniveau. Het vermogen om op metaniveau te reflecteren en op basis daarvan te reageren is een belangrijk kenmerk van gezond psychologisch functioneren en een hoofddoel in de behandeling.

Volgens Leary kent ieder mens een voorkeurspositie. Iedereen blijkt in vrijwel alle situaties primair vanuit hetzelfde kwadrant te reageren. Dit maakt mensen herkenbaar en stabiel. Van gezond functioneren is volgens Leary sprake als iemand weliswaar een duidelijke voorkeur voor een bepaalde positie heeft, maar toch afgestemd op de omgeving vanuit meerdere posities kan reageren, of in elk geval zich op metaniveau bewust is dat hij tussen verschillende posities kan kiezen. Hoe meer iemand altijd en overal vanuit een enkele, starre positie reageert, hoe groter de kans op rigiditeit, onaangepast gedrag of conflict.

Hierboven is bij de beschrijving van de Roos van Leary uitgegaan van een vierkant, verdeeld in vier kwadranten; in de praktijk wordt de Roos van Leary vrijwel altijd beschreven als een cirkelvormige figuur, verdeeld in acht segmenten ('taartpunten') (figuur 1).



FIGUUR 1
De Roos van Leary

In de acht segmenten worden per patiënt zijn verschillende posities weergegeven. De mate van scherpte of rigiditeit waarmee hij de betreffende positie inneemt, bepaalt de plaats van de positie binnen het segment: hoe meer rigide of exclusief het gedrag bij de patiënt voorkomt, hoe meer het in het corresponderende segment aan de buitenzijde wordt weergegeven.

Om te komen tot overzicht, inzicht en uitzicht bij de patiënt, blijkt het in de praktijk nuttig om met hem te zoeken naar de voorkeurspositie die hij inneemt:

- ▶ Hoe standvastig of rigide is hij in die positie?
- ▶ Wat zijn de consequenties van dit gedrag op hemzelf en op zijn omgeving?
- ▶ Op welke (andere) posities zijn de mensen uit zijn omgeving te situeren?
- ▶ Wat zijn de overeenkomsten en de verschillen tussen hen?
- ▶ Op welke manier wil en kan de patiënt verandering in zijn eigen positie aanbrengen?

Verandering betekent niet dat de patiënt zijn actuele positie volledig opgeeft of vervangt door een alternatief, maar dat hij leert onderscheiden en variëren. Dit is vergelijkbaar met de verhouding

in het kernkwaliteitenkwadrant tussen enerzijds valkuilen of allergieën ('te rigide', 'te eenzijdig', 'te veel van het goede') en anderzijds kwaliteiten ('in balans').

Bij meneer Janssen wordt met behulp van de Roos van Leary duidelijk dat zijn voorkeurspositie rechtsonder is te situeren. Uitgedrukt als kwaliteit gaat het bij hem om neiging tot samenwerken, beschikbaar zijn voor anderen en meegaand zijn. Hoe meer in de discussie duidelijk wordt dat dit gedrag bij hem regelmatig of vaak in extreme vorm tot uiting komt, hoe meer het erop lijkt dat kwaliteit regelmatig onttaardt in een valkuil. De behandelaar moet de positie dan meer aan de buitenkant weergeven.

In de praktijk verloopt het gesprek met meneer Janssen als volgt. De behandelaar: 'Vindt u het goed als we nog eens dieper ingaan op uw gedrag, en op uw reactie- en gewoontepatronen?' De behandelaar legt vervolgens het principe van de Roos van Leary uit. Hij maakt zo veel mogelijk vergelijkingen met posities op de balans, en maakt duidelijk dat er nu twee balansen met elkaar worden gecombineerd: de communion-as (samenwerking versus afzondering) en de agency-as (leiden versus volgen). De behandelaar laat dit zien met behulp van een schema van de Roos van Leary of tekent het uit op een vel papier.

Vervolgens bespreekt de behandelaar de positie van meneer Janssen: 'Als we uw manier van reageren toepassen op die twee posities, waar zou u uzelf dan neerzetten?' Vanwege het overzicht begint de behandelaar met vier posities. Hij doorloopt ze alle vier en bespreekt de belangrijkste kenmerken van het gedrag van meneer Janssen, zoals dat bij het bespreken van de P uit het KOP-schema, de balans en het kernkwaliteitenkwadrant ook al is gebeurd. Bij meneer Janssen leidt dit tot een keuze voor het kwadrant rechtsonder: 'gerichtheid op meewerken, maar vanuit een afwachtende, volgzame positie'.

Met de ingevulde Roos van Leary als concreet uitgangspunt zijn verschillende opties mogelijk:

- ▶ Behandelaar en patiënt kunnen de positie van de patiënt en die van anderen, en de uitzonderingen daarop in beeld brengen en bespreken. Dit kan een goed hulpmiddel zijn bij het leren van nieuw gedrag door middel van observeren en imiteren (zie boven).
- ▶ Ze kunnen discussiëren over de overeenkomsten en de verschillen tussen de eigen positie en die van anderen uit de omgeving van de patiënt.

- ▶ Ze kunnen bespreken wat volgens de patiënt de consequenties van verschillende typen gedrag zijn op interactioneel vlak, maar ook op bijvoorbeeld de eigen gemoedsrust.
- ▶ Ze kunnen op basis van de observatie van overeenkomsten en verschillen een veranderplan opstellen.

Het visualiseren van de positie van de patiënt heeft niet enkel het voordeel dat bij de patiënt overzicht en uitzicht worden hersteld, maar ook dat de behandelaar met de patiënt kan discussiëren en reflecteren over de interactionele consequenties van diens positie. Ook hier is het voor de behandelaar aan te raden om een link te leggen met het kernkwaliteitenkwadrant. Een consequentie van de positie van meneer Janssen (meegaand, gericht op samenwerken, maar ook afwachtend en volgend) is dat hij aardig wordt gevonden, maar ook dat er weinig of geen rekening met hem wordt gehouden, zeker indien dit gedrag sterk bij hem aanwezig is.

Als interactiepatronen tussen mensen eenmaal gesetteld zijn, is het moeilijk daar zonder meer en zonder uitleg uit te stappen. Zonder het te beseffen, dwingen mensen elkaar de positie in te nemen die men van hen gewend is. In de loop van de tijd ontstaat daardoor een risico dat rollen meer rigide worden. Dit kan uiteindelijk een bron van conflict worden. Hetzelfde geldt uiteraard voor de andere posities.

De positie van het rechter bovenkwadrant (leidend/samenwerkend) leidt tot de verwachting dat wie deze positie inneemt, dit altijd wel zal doen. Het wordt vanzelfsprekend dat de betreffende persoon steeds het voortouw neemt. Hij roept waardering op, maar soms ook irritatie, zeker bij uitgesproken uitvoering: 'De mening van anderen wordt niet meer gehoord,' of: 'Er wordt voor ons besloten.' Het innemen van deze positie kan ook leiden tot verwend gedrag bij anderen: 'Hij lost het wel op.' Ook hier zien we dat meer uitgesproken en rigide vormen overeenkomsten vertonen met de valkuilen en de allergieën uit het kernkwaliteitenkwadrant.

De posities links van de verticale as verwijzen globaal naar een teruggetrokken, in zichzelf gekeerde attitude. In het bovenste kwadrant gaat dit gepaard met een zekere vorm van eigengereidheid, in het onderste kwadrant met angst of achterdocht. Ook hier geldt dat beide posities zowel kwaliteiten (zelfbewust of creatief in het linker bovenkwadrant; bescheiden, bedachtzaam, voorzichtig en kritisch linksonder) als valkuilen kunnen inhouden (eigenwijs, nooit tevreden, altijd kritisch, dwangmatig, overal problemen zien). Uiteraard kunnen die posities in doorgeschoten vorm voor de omgeving irritant zijn. In vergelijking met het kernkwaliteitenkwadrant worden het dan allergieën. Conflicten of uitstoting kunnen het gevolg zijn.

Wanneer een patiënt lijdt onder een interpersoonlijk conflict, een impasse als gevolg van rolverandering of een stagnatie in zijn functioneren die zich manifesteert in klachten, disfunctioneren of conflicten, is de Roos van Leary bijzonder geschikt om hem te leren zijn eigen aandeel daarin te zien. Dit aandeel is vervolgens mogelijk terug te voeren op zijn te stereotiepe, te rigide reactie- of gewoontepatronen.

Bij meneer Janssen wordt benadrukt dat hij vanuit het perspectief van zijn leer- of ontwikkelingsgeschiedenis vooral geleerd heeft om zich volgzzaam te gedragen. Uit zijn leergeschiedenis blijkt dat rollen die meer worden gekenmerkt door zelfstandigheid, op eigen kompas varen en een tegengeluid laten horen, niet werden getolereerd. Ze zijn daardoor onderbelicht en onderontwikkeld gebleven. Hoog tijd dus om via observeren, reflecteren, imiteren en rustig uitproberen te zorgen dat ook deze gedragspatronen onderdeel worden van zijn reactie- en copingsrepertoire.

Een andere invalshoek zou kunnen zijn dat hij leert beseffen dat hij in een nieuwe levensfase is gekomen (gezin, vaderschap, eigen huis), die zowel van hem als van zijn omgeving andere rollen en een andere onderlinge verhouding vereist. Kennelijk beschikken zowel meneer Janssen als zijn omgeving op dit moment over onvoldoende repertoire om deze switch te maken. Daarbij kan worden aangetekend dat hij, door tegen de zin van zijn ouders (maar met instemming van echtgenote, schoonfamilie en zus) een huis te kopen, al heeft laten zien dat hij zijn rolgedrag kan aanpassen aan zijn nieuwe situatie. De vraag is uiteraard in hoeverre zijn ouders tot zo'n aanpassing in staat zullen zijn en hoe hij met hen kan omgaan wanneer zij in hun visie volharden.

Verandering komt niet vanzelf. Gewoonten veranderen is een moeizaam proces. De voorwaarden om tot verandering te komen zijn: motivatie, doorzettingsvermogen, herhaling en steun.

- Motivatie kan ontstaan door lijdensdruk, door inzicht en onder externe druk.

Bij meneer Janssen is sprake van lijdensdruk. Hij lijdt onder de gebeurtenissen. Hij ligt er wakker van, voelt dat hij op zijn werk, als echtgenoot en als vader niet functioneert en schaamt zich voor zijn impulsdoorbraken. Bij hem ontstaat er inzicht wanneer hem met behulp van het KOP-schema duidelijk wordt dat zijn impulsdoorbraken niet uit de lucht komen vallen en ook niet het gevolg zijn van slechte eigenschappen, maar waarschijnlijk ont-

staan door opeengehoopte spanningen en frustraties die geen uitweg vinden.

Er is bij meneer Janssen ook sprake van externe motivatie. Zijn echtgenote en zijn zus steunen hem in zijn besluit, zeggen dat ze de reactie van zijn ouders overtrokken vinden en adviseren hem om zich daar minder van aan te trekken en meer voor zichzelf op te komen.

- ▶ **Doorzettingsvermogen en herhaling.** Motivatie alleen is niet voldoende om een blijvende gedrags- of gewoonteverandering op gang te brengen en in stand te houden. Oude gewoonten moeten ontdaan worden van hun automatisme en nieuw gedrag moet de kans krijgen om zich te ontwikkelen en in te slijpen: oefening baart kunst. Het is raadzaam als de behandelaar bij het bespreken van gedragsverandering een vergelijking maakt met de inspanningen van iemand die wil leren zwemmen, autorijden of een muziekinstrument bespelen. Daarin komen de ingrediënten van het leerproces concreet naar voren: eenvoudig beginnen, kijken hoe anderen het aanpakken, dit proberen na te doen, dagelijks oefenen, een eigen stijl vinden, accepteren dat leren een proces van vallen en opstaan is, en steun zoeken bij een deskundige. Nieuw gedrag is hier het gevolg van een hypothese die patiënt en behandelaar samen hebben ontwikkeld. Het is belangrijk dat de behandelaar niet alleen bespreekt welke onderdelen van dit nieuwe gedrag de patiënt als huiswerk gaat oefenen of in de praktijk brengen, maar dat hij het ook tijdens de sessie doorspreekt: In welke situatie zou de patiënt het nieuwe gedrag kunnen en durven uitproberen? Is er iemand beschikbaar die de patiënt in vertrouwen durft te nemen en die hij zou kunnen vragen om steun? Het is belangrijk om in de sessie die aan het in praktijk brengen voorafgaat het nieuwe gedrag te oefenen in een rollenspel, bij voorkeur vanuit verschillende posities. In wezen gaat het hier om gedragsexperimenten en om exposure. Er kan niet genoeg benadrukt worden dat de behandelaar deze fundamentele elementen uit het leer- en veranderingsproces secuur, zorgvuldig en op maat van de mogelijkheden van de patiënt (op het vlak van tempo en abstractieniveau) moet bespreken én oefenen.
- ▶ **Steun.** Psychische klachten zijn nog altijd omgeven met schaamte, waardoor het isolement van mensen met dergelijke klachten vaak groot is. Veel minder dan bij somatische klachten is het bij psychische klachten vanzelfsprekend dat collega's, vrienden, buren en bekenden van de patiënt op de hoogte zijn, en daardoor potentieel beschikbaar om hem te steunen. Juist in een lastig leerproces als het leren ombuigen van gewoonten, is steun in de

vorm van support, opvang en meedenken heel belangrijk. Het is daarom raadzaam dat de behandelaar het element 'steun vinden en vragen' betreft bij de bespreking van het behandelplan.

STAP 5: TERUGVALPREVENTIE

Terugval komt in de ggz veel voor. Iemand die een eerste depressie heeft gehad, heeft vijftig procent kans op een tweede depressie, en na een tweede depressie gemiddeld zeventig procent kans op een volgende depressie (Bockting, Spinhoven, Wouters, Koeter, & Schene, 2009). Bij andere psychische klachten ligt het risico op terugval op een vergelijkbaar niveau. Het voorkomen van terugval behoort dus een belangrijk onderdeel van elke behandeling te zijn. Een van de manieren om de kans op terugval te verminderen is de integrale manier.

¶ *De integrale manier om terugval te voorkomen*

De formule $K = O \times P$ is een bruikbare basis om terugval niet enkel bij het afsluiten, maar gedurende het hele behandelingsproces onder de aandacht van de patiënt te brengen. De formule laat de patiënt bewust worden van kwetsbare elementen in zijn gedragsrepertoire: onbekwaamheden, valkuilen, oud zeer en zwakke plekken bij het reageren op bepaalde gebeurtenissen. Met behulp van de factor P kunnen beperkingen in het gedrags- of gewoonterepertoire die risico op disfunctioneren met zich meebrengen beter in kaart worden gebracht. De detectie van kwetsbaarheden in het persoonlijk functioneren is een stimulans om dit functioneren te verbeteren.

Aan de andere kant houdt het feit dat de patiënt zich bewust is van de factoren die een risico op terugval met zich meebrengen een waarschuwing in. En een gewaarschuwd mens telt voor twee. Voor meneer Janssen bijvoorbeeld is het goed om te beseffen dat zijn neiging om de lat hoog te leggen op zich door de behandeling niet zal verdwijnen. Sterker nog, in de behandeling kan bij kwaliteiten expliciet aan de orde komen dat deze eigenschap zeker positieve kanten heeft. Maar meer inzicht in de kwaliteiten en de valkuilen die bij dit gedrag horen betekent ook dat de patiënt meer oog krijgt voor het risico dat hij hierin kan doorschieten. Zo vergroot hij de controle en het beheer over zijn eigen gedrag. Controle of beheer over een neiging wordt nog sterker, als de patiënt zich bewust is van alternatieven en als hij heeft geleerd hoe hij alternatief gedrag in de praktijk kan brengen. Beseffen dat bepaalde situaties zijn kwetsbaarheden kunnen vergroten (doorgaan tot het bittere eind, doorschieten in de angst dat men niet goed bevonden wordt) kan even-

eens helpen om zijn gedrag bijtijds bij te sturen. We kunnen daarbij denken aan situaties waarin de patiënt eigenlijk te veel tegelijk moet doen, situaties die zich met enige regelmaat in ieders leven voordoen. Voor meneer Janssen zijn het in elk geval situaties waarin hij een afwijkende mening heeft, of situaties waarin hij het gevoel krijgt dat anderen hem dwingende eisen opleggen of hem al bij voorbaat veroordelen.

Alert zijn op de relatie tussen kwetsbaarheden (P) en uitlok-kende factoren (O) kan bijdragen aan de preventie van terugval. De patiënt hierop attent maken is een taak die gedurende het hele behandelproces aan de orde moet komen. Dit betekent dat op ver-schillende momenten de vraag aan de orde moet komen hoe de patiënt in vergelijkbare situaties kan voorkomen dat hij weer in zijn eigen valkuilen terechtkomt. De neiging van meneer Janssen om snel te bezwijken voor de noden en eisen van anderen is niet enkel aanleiding om te bespreken hoe hij zich terughoudender, minder betrokken en minder snel aangespoord zou kunnen opstellen, maar ook hoe hij situaties die tot dergelijk gedrag aanleiding geven (drukte op zijn werk, een dwingend opgevatte intonatie in iemands stem, aangesproken worden door een meerdere) eerder kan herken-nen. Een gewaarschuwd mens telt immers voor twee. In geval van toenemende stress zijn we allemaal geneigd in onze eigen valkuilen terug te vallen, niet omdat die het beste voor ons werken, maar omdat we ze het beste kennen. In geval van aanhoudende klachten is het daarom belangrijk dat behandelaar en patiënt vanuit een metapositie het KOP-model opnieuw invullen: Wat zijn de signalen in termen van klachten? Is er iets veranderd in de omstandigheden van de patiënt? Heeft het aanhouden van zijn klachten vooral te maken met zijn persoonlijke stijl?

DRS. PAUL RIJNDERS is klinisch psycholoog, supervisor VGCT en tevens lid van het bestuur van de VGCT. Hij is werkzaam bij het Zeeuws hand- en polscentrum te Goes en bij Mentaal Beter te Terneuzen. Hij verzorgt opleidingen en trainin-gen in het KOP-model en kortdurende gedragstherapie in Nederland en in enkele andere landen in Europa.

DR. ELS HEENE is klinisch psycholoog en gedragstherapeut. Ze werkt bij Mentaal Beter Zeeuws Vlaanderen te Terneuzen. Daarnaast is ze werkzaam als onder-zoeker en stagebegeleider bij de vakgroep Experimenteel Klinische Psycholo-gie van de Universiteit Gent. Sinds 2007 is ze coördinator van de opleiding cognitieve gedragstherapie voor Gent (VVGCT).

Referenties

- Alexander, F., & French, T. (1948). *Studies in psychosomatic medicine*. New York: Ronald Press.
- Arrindell, W. A., & Ettema, J. H. M. (2003). *SCL-90: Handleiding bij een multidimensionale psychopathologie indicatie*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Assay, T. P., & Lambert, M. J. (1999). The empirical case for the common factors in therapy: Quantitative findings. In M. A. Hubble, B. L. Duncan, & S. D. Miller (Eds.), *The heart and soul of change: What works in therapy* (pp. 33-56). Washington, DC: APA.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy. The exercise of control*. New York: Freeman.
- Bockting, C., Spinhoven, P., Wouters, L., Koeter, M., & Schene, A. (2009). Long-term effects of preventive cognitive therapy in recurrent depression: a 5 year follow-up study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 7, 1621-1628.
- Bosscher, R. J., & Smit, J. H. (1998). Confirmatory factor analysis of the General Self-Efficacy Scale. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 339-343.
- Cloninger, C. R. (1987). A systematic method for clinical description and classification of temperament and character. *Archives of General Psychiatry*, 50, 975-990.
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1985). *The NEO Personality Inventory Manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Derogatis, L. (1975). *The brief symptom inventory*. Baltimore, MD: Clinical Psychometric Research.
- Duncan, B. L., & Miller, S. D. (1999). Clients theory of change: Consulting the client in the integrative process. *Journal of Psychotherapy Integration*, 10, 169-187.
- Eurelings-Bontekoe, E., & Snellen, W. (2003). *Dynamische Persoonlijkheids Diagnostiek (derde druk)*. Amsterdam: Pearson.
- Finn, S. E., & Tonsager, M. E. (1996). Information gathering and therapeutic models of assessment complementary paradigm. *Psychological Assessment*, 9, 374-385.
- Furer, J., Koning-Zahn, C., & Tax, B. (1995). *Het meten van de gezondheidstoestand: 3. Psychische Gezondheid*. Assen: Van Gorcum.
- Howard, K. I., et al. (1996). A phase model of psychotherapy: Causal mediation of outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 678-685.
- Jonker, K., & Blom, M. B. J. (1998). Interpersoonlijke psychotherapie. In F. A. Albersnagel, P. M. G. Emmelkamp, & R. H. van den Hoofdakker (red.), *Depressie: Theorie, diagnostiek & behandeling* (pp. 251-253). Houten/Diegem: Bohn Stafleu van Loghum.
- Jonker, K., & de Vries, J. (2000). Interpersoonlijke psychotherapie bij depressie: een vorm van integratieve psychotherapie?! In R. W. Trijsburg, S. Colijn, E. Collumbien, et al. (red.), *Handboek integratieve psychotherapie* (pp. vii.7, 1-20). Utrecht: De Tijdstroom.
- Klerman, G., Weissman, M., Rounsaville, B., & Chevron, E. (1984). *Interpersonal psychotherapy for depression*. New York: Basic Books.
- Lambert, M. J., Hansen, N. B., Umphress, V., Lunner, K., Okiishi, J., Burlingame, G., et al. (1996). *Administration and scoring manual for the Outcome Questionnaire (OQ-45.2)*. Wilmington, DE: American Professional Credentialing Services LLC.
- Lambert, M. (2005). Early response in psychotherapy: Further evidence for the importance of common factors rather than 'placebo effects'. *Journal of Clinical Psychology*, 61, 855-869.
- Lambert, M. (2013). The efficacy and effectiveness of psychotherapy In M. Lambert (Ed.) *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behaviour change sixth edition* (pp. 169 - 217). New York: John Wiley & Sons Inc.
- Leary, T. (1957). *Interpersonal diagnosis of personality*. New York: Ronald Press.
- Luteijn, F., Starren, J., & van Dijk, H. (2000). *Tweede herziene handleiding bij de NPV*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2013). *Voorhangbrief POH-GGZ en Generalistische Basis GGZ*. Den Haag.

- Ofman, D. (2006). *Bezieling en kwaliteit in organisaties*. Utrecht: Kosmos/Servire.
- Rijnders, P. B. M., de Jong, A. A., & Pieters-Korteweg, E. S. P. (1999). *Kortdurend behandelen in de GGZ: een inleiding*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Rijnders, P. B. M. (2004). *Overzicht, inzicht, uitzicht: Een protocol voor kortdurende psychotherapie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Rijnders, P., Heene, E., & Boone, F. (2013). *Van probleem naar oplossing: In vijf stappen naar psychisch evenwicht*. Werkboek. Amsterdam: Boom.
- Schacht, R. (2003). Vragenlijst tevredenheid levensdomeinen. *Psycho-praxis*, 5, 257-262.
- Schaeffer, B., Schene, A., & Koeter, M. (1999). Kortdurende hulpverlening in de gespecialiseerde GGZ. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 54, 901-915.
- Schaeffer, B. A. (2004). *Brief psychological treatment in mental health care* (Thesis). Amsterdam: University of Amsterdam.
- Schreurs, P. J. G. & van de Willige, G. (1988). *Omgaan met problemen en gebeurtenissen*. De Utrechtse Coping Lijst (UCL). Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Schreurs, P. J. G., van de Willige, G., Tellegen, B., & Brosschot, J. F. (1993). *De Utrechtse Coping Lijst (UCL)*. Omgaan met problemen en gebeurtenissen. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Sheehan, D., Lecrubier, Y., Sheehan, K., et al. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59, 22-33.
- Stoffer, R. (2005). *Het vijf-gesprekken model: Een handleiding*. Delft: Eburon.
- Stott, R., Mansell, W., Salkovskia, P., Lavender, A., & Cartwright-Hatton, S. (2010). *Oxford guide to metaphors in CBT: Building cognitive bridges*. Oxford: Oxford University Press.
- Terluin, B. (2002). 4DKL. *Vierdimensionele klachtenlijst*. Leiderdorp: Datec.
- Tryon, G., & Winograd, G. (2002). Goal consensus and collaboration. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationship that work* (pp. 106-122). New York: Oxford University Press.
- van Audenhove, C. (1995). *Indicatiestelling in de psychotherapie*. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 21, 182-193.
- van der Velden, K. (1977). *Directieve therapie*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods and findings*. Hillsdale, NY: Erlbaum Associates.
- Whipple, J., & Lambert, M. (2011). Outcome measures for practice. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7, 87-111.