



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

MARC VERBRAAK, WILLEMEN DIJKGRAAF-HARTLAND & MARIJE
ENGELS

Eerste hulp bij omgaan met lastige cliënten in de ambulante ggz

Iedere therapeut heeft ze in zijn *caseload*: 'lastige' cliënten. 'Lastig' in de zin dat bij hen de beschikbare stoornisspecifieke, bewezen effectieve protocollaire behandelingen (voor voorbeelden daarvan, zie: Keijsers, van Minnen, & Hoogduin, 2011) in de beleving van de therapeut maar moeilijk lopen (Waller, 2009). Vaak ervaren therapeuten die last met name in de interactie met de cliënt. Wanneer die niet goed verloopt, bemoeilijkt dat een goede therapeutische relatie. Een problematische therapeutische relatie is een belangrijke reden dat er met bewezen effectieve behandelingen minder gunstige behandelresultaten worden behaald (Reich, 2003; Sprey, 2002; Young, Weinberger, & Beck, 2001). Dit probleem doet zich vooral voor bij cliënten met een (comorbide) persoonlijkheidsstoornis. Kenmerkend voor een persoonlijkheidsstoornis zijn immers verstoorde relatiepatronen (Bender, 2005). Dit is tevens aanleiding voor therapeuten om al snel te veronderstellen dat er in het geval van een moeizaam verlopende interactie automatisch sprake is van persoonlijkheidsproblematiek bij de cliënt (Dreessen & Arntz, 1999).

Interactieproblemen kunnen dus leiden tot een moeizaam behandelverloop, tot een afwijken van het behandelprotocol en uiteindelijk tot een ongunstig resultaat. Het is daarom van groot belang om interactieproblemen vroegtijdig te signaleren en te voorkomen. Dit artikel geeft een aantal signalen en adviezen ter herkenning van en omgaan met interactieproblemen. Deze kunnen in verschillende fases en op verschillende momenten van de behandeling toegepast worden. Met checklists kan worden nagegaan in hoeverre bepaalde signalen aangeven dat de behandeling niet goed verloopt. De adviezen geven vervolgens aanwijzingen aan de therapeut hoe hiermee om te gaan, met als doel de behandeling zo optimaal mogelijk te laten verlopen. Van belang is te vermelden dat ook in andere soorten hulpverleningsrelaties deze signalen en adviezen evenzeer van toepassing kunnen zijn.

ENIGE NUANCERING VOORAF

Voordat wordt overgegaan op de beschrijving van de signalen en adviezen is enige nuancering van de in de inleiding beschreven veronderstellingen op haar plaats. Inmiddels is namelijk bij herhaling vastgesteld dat cliënten die naast een as I-stoornis ook een as II-stoornis hebben net zo veel kunnen profiteren van een bewezen effectieve as I-behandeling als cliënten met alleen een as I-stoornis (Dijkgraaf-Hartland, Brals, Verbraak, & van Dijk, 2013; Voncken, van der Wijngaart, & van Genderen, 2013). Dijkgraaf-Hartland et al. vonden zelfs dat cliënten met comorbiditeit op as II verhoudingsgewijs meer profiteerden van een niet in sessies gelimiteerde geprotocolleerde as I-behandeling, als gekeken werd naar *effect size* en klinisch relevante verbetering. Zij komen dan ook tot de conclusie dat cliënten met comorbiditeit juist protocollair behandeld zouden moeten worden.

Er komt steeds meer consensus over het feit dat bij de meest voorkomende as I-problematiek met comorbide as II-problemen niet hoeft te worden afgezien van het starten van een stoornisspecifieke bewezen effectieve behandeling van de as I-stoornis. De multidisciplinaire richtlijn persoonlijkheidsstoornissen stelde in 2008 over het handelen bij comorbide persoonlijkheidsproblematiek al het volgende: 'In het algemeen, en indien niet anders vermeld in de richtlijn, dient de as I-stoornis primair behandeld te worden, terwijl de behandelaar zich permanent bewust is van de impact van zijn interventies op de persoonlijkheidsstoornis. Gezien de beperkte literatuur over de behandeling van comorbide as I-stoornissen bij cliënten met een persoonlijkheidsstoornis wordt, indien niet anders aangegeven, verwezen naar de state-of-the-art-behandelingen zoals die in de richtlijnen van de desbetreffende as I-stoornis zijn aangegeven' (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijn Ontwikkeling, 2008, p. 122). Comorbide persoonlijkheidsproblematiek stelt wel grotere eisen aan de therapeut. Hij dient de door de persoonlijkheidsproblematiek ontstane moeilijkheden in de therapeutische relatie vaardig te kunnen hanteren.

De aanname dat het resultaat van een *evidence-based* as I-behandeling bij cliënten met comorbide persoonlijkheidsproblematiek vooral gemedieerd wordt door de kwaliteit van de therapeutische relatie roept de vraag op in hoeverre de persoonlijkheidsproblematiek van de cliënt de belangrijkste oorzaak is van stagnerende therapieprocessen en -resultaten. Hoewel duidelijk is dat interactieproblemen meer voorkomen bij cliënten met comorbide persoonlijkheidsproblematiek, is die samenhang niet erg groot. Bij het grootste deel van deze cliënten wordt de interactie door de therapeut niet als problematisch ervaren. Ook bij cliënten zonder

comorbiditeit worden door therapeuten vaak interactieproblemen ervaren (Verbraak, Dijkgraaf-Hartland, Brals, & van Dijk, 2014). Het ontbreken van een duidelijke relatie tussen problemen in de interactie en de aanwezigheid van comorbide as II-problematiek stemt overeen met onderzoek van Dreessen en Arntz (1999). Mogelijk ligt de oorzaak voor stagnatie ook bij de therapeut. Die gaat zich mogelijk anders opstellen zodra duidelijk is dat er bij de cliënt ook persoonlijkheidsproblemen spelen. De hierna volgende signalen en adviezen zijn dan ook niet per se bedoeld om toe te passen bij cliënten met comorbide persoonlijkheidsproblematiek, maar bij alle cliënten bij wie de therapeut interactieproblemen ervaart!

INLEIDING

De signalen voor interactieproblemen en de adviezen zijn afkomstig uit een handleiding voor therapeuten (Dijkgraaf, Engels, & Verbraak, 2009) en worden hierna meer in detail weergegeven. Deze signalen en adviezen zijn opgedeeld in twee delen:

- ▶ *Moeilijke momenten*: het herkennen van interactieproblemen en omgaan met moeilijke momenten in algemene zin;
- ▶ *Moeilijke mensen*: het herkennen van interactieproblemen bij moeilijke mensen en het daarmee omgaan.

Het deel *moeilijke momenten* gaat dus vooral in op interactieproblemen die zich bij iedere behandeling kunnen voordoen en niet (altijd) direct te herleiden zijn tot specifieke persoonlijkheidsproblematiek van de cliënt. De algemene interactieproblemen zijn geordend in signalen die door de therapeut opgemerkt worden aan het begin, in het midden of aan het eind van de behandeling. Aan deze signalen zijn adviezen gekoppeld hoe hiermee om te gaan. Bij het opstellen van de adviezen is uitgegaan van de in de praktijk meest voorkomende interactieproblemen. Hierbij is dankbaar geput uit het werk van Keijsers, Vossen en Keijsers (2012, 2013). Deze lijst is omwille van de bruikbaarheid beperkt gehouden.

Wanneer duidelijk is dat er sprake is van problematische interactiepatronen op basis van bij de cliënt vastgestelde persoonlijkheidsproblematiek kan gebruik worden gemaakt van het tweede deel handelend over *moeilijke mensen*. Ook hier zijn de signalen per persoonlijkheidsstoornis onderverdeeld in signalen die voornamelijk bij de start van de behandeling te zien zijn, signalen die vooral tijdens de behandeling voorkomen en signalen die vooral tegen het einde van de behandeling optreden. Het doel van de adviezen is niet om een as II-behandeling aan te bieden maar om het stagneren van

de as I-behandeling tegen te gaan. De tips zijn gebaseerd op de literatuur naar eigenaardigheden in de interactie van mensen met persoonlijkheidsproblemen. Daarbij is onder meer gebruikgemaakt van een aantal toonaangevende handboeken over persoonlijkheidsproblematiek en de behandeling daarvan uit de cognitief-gedrags-therapeutische traditie (Beck, Freeman, Davis et al., 2003; Beck, 2005; Sperry, 2006). Daarmee is de theoretische en praktische link tussen persoonlijkheidsproblematiek, de omgang daarmee in het kader van de therapeutische interactie en de bewezen effectieve psychologische behandelingen voor psychische stoornissen, die veelal gebaseerd zijn op cognitieve gedragstherapie, in belangrijke mate geborgd. Praktisch betekent dit dat de therapeut vanuit een en hetzelfde referentiekader de behandeling, de problemen die daarin kunnen rijzen en de oplossingen die hij voorhanden heeft om daarmee om te gaan, kan blijven benaderen. Daarom begint in dit deel ieder persoonlijkheidstype met een beknopte en algemene prototypische beschrijving van de interactie van de cliënt in cognitief-gedrags-therapeutische termen. In de ambulante behandelpraktijk worden op het gebied van persoonlijkheidsproblematiek voornamelijk de stoornissen uit cluster C en de theatrale, de borderline en narcistische problematiek uit cluster B aangetroffen (Andrea & Verheul, 2009). Daarom beperkt dit overzicht van signalen en adviezen zich tot deze categorieën.

MOEILIJKE MOMENTEN

We geven in het kader van de moeilijke momenten steeds eerst kort de signalen daarvan en vervolgens de bijhorende adviezen aan de therapeut. De adviezen gaan ervan uit dat de therapeut vanuit zijn kennis en kunde al beschikt over de benodigde therapeutische vaardigheden. De kern van dit deel is de therapeut een overzicht te bieden welke interventies hij inzet in geval van moeilijke momenten.

¶ *Moeilijke momenten die vooral voorkomen bij de intake en het begin van de behandeling*

Cliënt stelt zich afwachtend op en toont weinig initiatief.

Deze houding kan betekenen dat de cliënt nog afweegt of hij daadwerkelijk zijn gedrag wil veranderen. Hij moet daarin nog een beslissing nemen.

- ▶ De therapeut bespreekt op een open en positieve manier de voor- en nadelen van gedragsverandering, en van het continueren van het huidige gedrag. Daarnaast biedt de therapeut de rationale aan

van de desbetreffende stoornis en bespreekt hij het behandelproces.

Cliënt stelt zich afhankelijk op en zegt makkelijk 'ja en amen'.

- ▶ De therapeut betreft de cliënt meer bij de behandeling, en wel door hem de verantwoordelijkheid te geven voor de agenda voor de sessie, huiswerkopdrachten, gedragsexperimenten, enzovoort (Beck et al., 2003).
- ▶ De therapeut maakt gebruik van de utilizatietechniek. Bij de utilizatietechniek sluit de therapeut aan bij een specifiek gedragspatroon of een omgangsstijl van de cliënt. De oppositionele cliënt wordt geprezen voor zijn kritische inzet, de dominante cliënt voor zijn initiatieven, de narcistische cliënt wordt gevleid en de afhankelijke cliënt wordt bedankt voor zijn vertrouwen in de therapeut.

Cliënt komt gespannen en angstig over en lijkt op zijn hoede te zijn.

- ▶ De therapeut biedt veiligheid door empathisch te reageren en niet te confronteren.
- ▶ De therapeut informeert naar eventuele eerdere en nare ervaringen met psychologen of therapieën of vooroordelen hierover.
- ▶ De therapeut vertelt dat veel mensen het moeilijk vinden om in behandeling te gaan. Hij vertelt iets over de behandeling, met name dat die zo uitgevoerd wordt dat de meeste cliënten behandeling als iets positiefs gaan ervaren. De behandeling is er immers op gericht problemen te verhelpen: 'Zodra u merkt dat het werkt, zult u merken dat u net als de meeste andere cliënten naar de zittingen gaat uitzien.'

Cliënt vertoont een overmatige aandacht voor details en is breedspakig.

- ▶ De therapeut stelt vooral gesloten vragen, met name in de beginfase, wanneer hij veel informatie van cliënt nodig heeft. Sommige cliënten zijn van nature breedspakig en willen alles in detail vertellen. Dit kan ertoe leiden dat de therapeut niet toekomt aan zijn agenda of dat de sessie ontaardt in een gevecht om het woord. Als de therapeut begint met de vraag: 'Hoe is het gegaan deze week?' of: 'Hoe is het met u?', zet hij de deur open voor een uitvoerige verhandeling van de kant van de cliënt.
- ▶ De therapeut opent de sessie op een manier die weinig ruimte laat voor uitvoerige antwoorden. De therapeut kan de cliënt verzoeken om zijn gedrag te wijzigen: 'Omdat uw gevoelens en be-

hoeften belangrijk zijn voor me, wil ik in staat zijn om de belangrijkste punten te volgen. Omdat u veel meer bekend bent met de details en de betrokken mensen, hebt u de neiging om te vergeten dat ik daar niet zo veel overzicht over heb als u. U zou me kunnen helpen door de hoofdpunten samen te vatten.'

- ▶ De therapeut kan met de cliënt een nieuw behandelplan opstellen, namelijk het leren samenvatten van informatie en bondig spreken (als sociale vaardigheid).

Cliënt heeft moeite om tot een gezamenlijk behandelplan te komen.

De therapeut maakt normaliter een behandelplan op basis van de doelen van de cliënt. In het behandelplan staan de (concrete) behandelplannen vermeld, de methoden om die te bereiken en de specifieke rolverwachting van zowel de therapeut als de cliënt. De volgende problemen kunnen hierbij optreden:

1 Cliënt benoemt een vaag doel, zoals: 'Ik wil gelukkiger zijn.'

- ▶ De therapeut maakt de doelen specifieker en stelt een operationele definitie op. Vragen die hij hierbij kan gebruiken zijn: 'Hoe zou uw leven eruitzien als u gelukkiger was?'; 'Wat zou u moeten doen om gelukkiger te worden?'; 'Hoe zou u willen veranderen, of uw leven anders willen, als gevolg van de therapie?'; 'Welke veranderingen zou u willen zien in uw werk, relatie, huishouden of psychische gezondheid?' Soms helpt het om de cliënt veranderingen te laten visualiseren: 'Stel u eens voor dat we een jaar verder zijn en dat u zich een stuk beter voelt. Laten we eens kijken hoe uw leven er dan uitziet'; 'Stel, het is een doordeweekse dag, u voelt zich goed en u hebt goed geslapen. Ziet u zichzelf al uit bed gaan? Hoe voelt u zich? Wat gaat u doen?'; 'Wat wilt u tegen uw kleinkinderen over uzelf kunnen vertellen?'
- ▶ De therapeut gebruikt de SMART-methodiek om de doelen scherp en bruikbaar te krijgen. SMART staat voor een manier van formuleren van doelen die ze specifiek maakt (concreet en ondubbelzinnig), meetbaar (met observeerbaar resultaat), acceptabel (waar cliënt achter staat), realistisch (voor cliënt haalbaar) en tijdgebonden (binnen een vastgestelde en overzichtelijke termijn).

2 Cliënt stelt het doel dat anderen moeten veranderen.

- ▶ De therapeut geeft aan dat de cliënt en hij er samen meestal niet in zullen slagen om anderen te veranderen, maar wel kun-

nen kijken welke andere doelen bereikt kunnen worden, en hoe. Dit maakt al snel de haalbaarheid van de wensen van de cliënt duidelijk. Meestal is de cliënt bereid om doelen te accepteren waar hij wel grip op heeft.

3 Cliënt heeft disfunctionele gedachten wat betreft het opstellen van doelen.

Disfunctionele gedachten kunnen zijn: 'Als ik doelen stel, moet ik veranderen'; 'Als ik probeer te veranderen, lukt mij dit niet en ga ik mij nog onplezieriger voelen'; 'Ik verdien het niet om te veranderen en een beter leven te krijgen'; 'Als ik verander, gaan anderen steeds meer van mij verwachten en het lukt mij niet daaraan te voldoen'; 'Het is oneerlijk dat ik moet veranderen'. Disfunctionele gedachten over de therapeut kunnen zijn: 'Als ik doelen stel, moet ik mijzelf openstellen voor de therapeut en kan ik door hem gekwetst worden.'

- ▶ De therapeut gaat in op de disfunctionele gedachten. Bij sceptische cliënten zet hij uiteen dat de therapie voor hun klachten vanuit wetenschappelijk onderzoek in acht van de tien gevallen herstel geeft, maar dat het hiervoor een voorwaarde is dat cliënten zich inzetten.
- ▶ De therapeut helpt cliënt inzien dat als hij doorgaat met de manier waarop hij denkt en zich gedraagt, hij zich waarschijnlijk slechter gaat voelen in plaats van beter. 'Als je doet wat je deed, krijg je wat je kreeg' (Albert Einstein). De therapeut probeert de klachten van cliënt om te zetten in concrete doelen.
- ▶ De therapeut stelt op basis van de behandeldoelen die de cliënt zelf aandraagt het behandelplan op.

Cliënt zoekt bewondering en goedkeuring van de therapeut.

- ▶ De therapeut herkent dit als gedrag dat typerend is voor de problematiek van de cliënt. Hij negeert dit gedrag en bekrachtigt daarnaast zo veel mogelijk competent en assertief gedrag van de cliënt.

Cliënt presenteert zich als zelfverzekerd en pretentius.

- ▶ Dit kan een manier van de cliënt zijn om te trachten eigen onzekerheid te verbloemen. De therapeut geeft de cliënt ruimte zijn eigen plek in de therapie te vinden.
- ▶ De therapeut complimenteert de cliënt met zijn duidelijke opvattingen. Hij zorgt ervoor dat de behandeldoelen uiteindelijk

steeds door de cliënt geformuleerd worden, waarna concrete afspraken volgen.

Cliënt uit dat hij een speciale behandeling wenst of heeft speciale eisen.

- ▶ De therapeut legt de professionele regels en het beleid rondom behandelen uit die bij de instelling of praktijk worden gehanteerd, en dat alleen evidence-based behandelingen uitgevoerd worden. Behandelingen waarvan niet verwacht kan worden dat ze enig effect hebben wil natuurlijk niemand hebben, maar vanzelfsprekend wordt voor de cliënt de behandeling op maat gesneden.

Cliënt heeft een lange geschiedenis van diverse mislukte behandelingen.

- ▶ De therapeut biedt niet automatisch een nieuwe behandeling aan. Dit kan immers leiden tot de zoveelste teleurstelling voor de cliënt. De therapeut biedt drie tot vier proefsessies aan. De therapeut kan hierna, in overleg met de cliënt, inschatten of het raadzaam is om de behandeling te continueren of af te breken. Hij maakt deze inschatting mede op grond van zijn observaties tijdens deze sessies en op grond van de inzet van de cliënt tijdens de opdrachten tussen de sessies.
- ▶ De therapeut vraagt hoe de cliënt de voorgaande behandelingen heeft ervaren en wat er volgens hem ontbrak aan die insteek, de therapeut en de inzet van de cliënt waardoor deze geen effect hebben gehad. De therapeut overlegt met de cliënt of de huidige behandeling datgene wel kan bieden.

¶ *Moeilijke momenten die vooral voorkomen tijdens de behandeling*

Cliënt klaagt voortdurend.

- ▶ De therapeut toont in eerste instantie empathie.
- ▶ De therapeut bespreekt bij voortdurend van dit patroon het gedrag, bijvoorbeeld door te vragen: 'U lijkt vooral stil te staan bij zaken die niet goed gaan. Hoe helpt dit u om uw doelen te bereiken?'
- ▶ De therapeut maakt gebruik van de utilisatietechniek. Bij de utilisatietechniek sluit de therapeut aan bij een specifiek gedragspatroon of een omgangsstijl van de cliënt. De klagende cliënt wordt geprezen voor zijn kritische zienswijze en inzicht, en vanuit die-

zelfde kritische houding gevraagd naar alternatieve helpende zienswijzen of oplossingen.

Cliënt neemt geen verantwoordelijkheid voor de behandeling.

- ▶ De therapeut betreft de cliënt meer bij de behandeling, en wel door hem de verantwoordelijkheid te geven voor de agenda van de sessie, huiswerkopdrachten, gedragsexperimenten, enzovoort.
- ▶ Het kan ook helpen om zich expliciet of impliciet niet al te deskundig op te stellen, bijvoorbeeld door te zeggen: 'Dat zou ik niet weten. Wat vindt u er zelf van?' of: 'Het is uw leven. Wat kunt u zelf bedenken?' Het geven van keuzes, door de cliënt verschillende opties voor te leggen, kan hierbij helpen.

Cliënt voert zijn opdrachten niet uit of vertoont weerstand tegen opdrachten.

- ▶ De therapeut onderzoekt of de opdrachten wel duidelijk genoeg zijn voor de cliënt. Indien dit niet het geval is, legt hij ze nogmaals uit.
- ▶ De therapeut onderzoekt of het doel van de opdracht wel duidelijk is voor de cliënt door hem te vragen het doel te herhalen. Zo komt de therapeut erachter of zij op één lijn zitten. Indien dit niet het geval is, kadert de therapeut de betekenis van de opdracht anders in.

Voorbeeld: Iemand met een sociale angst wordt gevraagd zijn gedachten te registreren bij de dagelijkse contacten. De cliënt voert deze opdracht met tegenzin uit. De tegenzin wordt ondervangen wanneer het de cliënt duidelijk wordt dat het er niet om gaat hoe succesvol de situaties verlopen, maar dat het eigenlijke doel is om oefensituaties te vinden waarin de cliënt de eigen gedachten kan registreren (Trijsburg, 2003).

- ▶ De therapeut herhaalt het belang van het huiswerk en geeft aan dat iedere sessie voortbouwt op het gedane huiswerk.
- ▶ De therapeut vraagt specifiek naar de beleving van de cliënt bij de opdracht als deze verbaal of non-verbaal weerstand toont, bijvoorbeeld als de cliënt angstig blijft kijken of meerdere malen reageert met: 'Ja, maar...' Dit doet de therapeut middels het reconstrueren van automatische gedachten. Hij onderzoekt relationele kernthema's door bovenstaande beleving in verband te brengen met soortgelijke ervaringen in het dagelijkse leven.

Deze manier van exploreren kan de therapeut veel informatie verschaffen over de cliënt en zijn problematiek.

Enkele hulpvragen: 'U maakt op mij een gespannen/geïrriteerde indruk als wij het over de huiswerkopdracht hebben. Klopt dat?'; 'Ik zou u willen vragen om een moment stil te staan bij mijn laatste vraag over de opdracht. Wat merkt u bij uzelf als ik u daarnaar vraag?'; 'Mag ik vragen of u vaker het gevoel heeft dat u gespannen/geïrriteerd raakt? Wanneer is dat? Wat denkt u dan?'

- ▶ De therapeut controleert of de opdrachten niet te moeilijk zijn en wel passend voor de cliënt.
- ▶ De therapeut vraagt: 'Hoe kwam het dat je je huiswerk niet hebt gedaan?' Redenen worden samen met de cliënt geanalyseerd en samen worden oplossingen bedacht om voortaan het niet maken van opdrachten te voorkomen.
- ▶ Als de cliënt zich verontschuldigt voor het niet maken van het huiswerk, geeft de therapeut aan dat het jammer is, omdat daardoor de behandeling onnodig vertraging oploopt.
- ▶ De therapeut maakt afspraken rondom onduidelijkheden bij het huiswerk, bijvoorbeeld dat de cliënt telefonisch contact opneemt om vragen rondom onduidelijkheden te kunnen stellen.
- ▶ De therapeut spreekt af dat wanneer de cliënt het huiswerk niet heeft gemaakt of meer tijd nodig heeft voor het huiswerk, hij de volgende sessie tijdig afbelt.

Cliënt komt regelmatig te laat of zegt afspraken af.

- ▶ De therapeut gaat bij zichzelf na wat de reden zou kunnen zijn voor dit gedrag. Mogelijk twijfelt de cliënt nog aan de behandeling. De therapeut bespreekt dit en laat de cliënt een bewuste keuze maken voor therapie, bijvoorbeeld door met behulp van socratisch motiveren de cliënt te helpen deze keuze te maken (Appelo, 2014).
- ▶ De therapeut geeft aan dat de onderbrekingen niet bevorderlijk zijn voor de behandeling en vraagt de cliënt wat hem kan helpen om de continuïteit te bevorderen.

Cliënt doet beroep op therapeut voor het nemen van een persoonlijke beslissing.

- ▶ De therapeut reageert empathisch op dit verzoek. De therapeut biedt de cliënt hulp om zelf tot zijn beslissing te komen. De therapeut biedt bijvoorbeeld een keuzepincipe.

Cliënt zet therapeut op voetstuk.

- ▶ De therapeut is zich bewust van het gedrag van de cliënt. Hij gebruikt dit om de cliënt te motiveren afspraken na te komen. Later kan de verantwoordelijkheid voor de acties weer meer aan de cliënt overgedragen worden.

Cliënt vertoont verliefd gedrag ten aanzien van therapeut.

- ▶ De therapeut pakt dit voorzichtig aan. Wanneer het gedrag niet belemmerend is voor de therapie en het niet uitgesproken wordt, negeert de therapeut het. De therapeut kan het zo nodig wel benoemen, waarbij hij aangeeft dat dit iets is wat vaker in therapieën kan gebeuren, en geeft daarbij duidelijk aan dat er slechts sprake is van een therapeutische relatie. De therapeut geeft aan de eerlijkheid van de cliënt op prijs te stellen.
- ▶ De therapeut onderzoekt of de cliënt nog in staat is bij hem therapie te volgen of dat hij een andere therapeut moet inschakelen.

Cliënt behandelt therapeut op laatdunkende of uitdagende manier.

- ▶ De therapeut is zich bewust van zijn eigen gevoelens (bijvoorbeeld ergernis, onzekerheid of ontmoediging) en gebruikt deze bewustwording in de omgang met de cliënt.
- ▶ Het direct bespreken hiervan leidt zelden tot een oplossing. Beter is het om het gedrag te zien als een aspect van dominantie. De oplossing is vervolgens dat al die (chagrijnige) opmerkingen geïnterpreteerd worden als een teken van onvrede met het bestaan, als een signaal van een zorgelijk bestaan, waardoor het cynisme is ontstaan. Opmerkingen maken als: 'Het roer moet inderdaad om', kunnen helpen. Maar ook: 'Wat hebt u zelf gedaan om verbeteringen te bewerkstelligen?' Iedere poging van de cliënt die enigszins bruikbaar is, wordt vervolgens becomplimenteerd. Daarna vraagt de therapeut gedetailleerd na hoe hij dit heeft toegepast. Vervolgens kan de maatregel in overleg enigszins veranderd worden en als huiswerk worden afgesproken.

Cliënt vertoont heftig boos of verdrietig gedrag ten opzichte van therapeut.

- ▶ De therapeut biedt zijn excuses aan, omdat hij blijkbaar de cliënt onbedoeld heeft gekwetst. Hij vraagt de cliënt om, zodra er voor hem gevoelige onderwerpen aan de orde komen, dat direct aan te geven, zodat dergelijke confrontaties, die niet nodig zijn voor de behandeling, voorkomen kunnen worden.

- ▶ De therapeut besteedt aandacht aan de woede-uitbarsting of het huilen. Hij zet het in een algemeen kader en bespreekt de negatieve gevolgen van dit gedrag. Vervolgens analyseert hij de situatie en probeert hij een brug te slaan naar vergelijkbare situaties in het dagelijkse leven van de cliënt. Mogelijke alternatieven voor dergelijke emotionele reacties kunnen besproken worden. Hierdoor neemt de therapeut als het ware een 'derde positie' in, waardoor hij de cliënt leert om wat afstand te nemen van zijn gedrag en zijn gedrag leert observeren.

¶ *Moeilijke momenten die vooral voorkomen aan het einde van de behandeling*

Cliënt heeft moeite met afscheid nemen van de therapeut of het beëindigen van de behandeling. Dit kan gepaard gaan met een toename van klachten aan het einde van de behandeling.

- ▶ Van belang is de eindigheid van de behandeling te bespreken en deze voor te bereiden, door te voorspellen hoe lang een behandeling in het algemeen nog duurt. De therapeut onderzoekt wat de reden is van de moeite om afscheid te nemen.
- ▶ De therapeut maakt van het afronden van de therapie een geleidelijk proces, door bijvoorbeeld de sessies te spreiden.

MOEILIJKE MENSEN

De adviezen met betrekking tot strategieën en interventies in het omgaan met interactieproblemen die specifiek gekoppeld zijn aan persoonlijkheidsproblematiek zijn geordend per persoonlijkheidstype. Besproken worden de cluster C, narcistische, borderline en theatrale persoonlijkheidsstoornissen uit de DSM-5. (Om de leesbaarheid te vergemakkelijken is er, op de theatrale en borderline persoonlijkheidsproblematiek na, gekozen voor een mannelijke cliënt en therapeut. Bij de borderline en theatrale persoonlijkheidsproblematiek is gekozen voor een vrouwelijke cliënt, omdat deze problematiek het meest voorkomt bij vrouwen.)

Steeds wordt per persoonlijkheidsstoornis begonnen met het beschrijven van enkele specifieke, vooral de interactie bepalende kenmerken. Hierbij is geput uit het werk van Beck (2005) en Sperry (2006). De kenmerken zijn ingedeeld in binnen de cognitieve gedragstherapie herkenbare en beschrijvende categorieën. Vervolgens worden bij typische signalen van interactieproblematiek, passend bij de persoonlijkheidsproblematiek van de cliënt, aansluitende adviezen gegeven.

DE AFHANKELIJKE PERSOONLIJKHEID

Kernopvatting

'Ik ben hulpeloos.'

Leefregel

'Ik moet niet alleen komen te staan.'

Wereldbeeld en beeld van anderen

'Anderen zijn er om voor mij te zorgen (omdat ik het niet alleen kan)'; 'Anderen zijn sterk, competent en steunend.'

Opvattingen van cliënt die de behandeling kunnen bemoeilijken

'Het lukt mij nooit om de aangeleerde vaardigheden alleen uit te proberen.'

'Als ik mij assertief opstel, zorg ik ervoor dat anderen afhaken.'

'Zonder therapie kan ik het leven niet aan.'

Gedragspatroon

Volgzaam, subassertief, gebrek aan zelfvertrouwen, vermijd problemen, geremd, weinig initiatiefrijk.

Interpersoonlijke stijl

Overmatig gehecht, voldoen aan de vermeende wensen van een ander, zelfonderwerping, zich vastklampen aan anderen, inschikkelijkheid, van anderen verwachten dat zij de verantwoordelijkheid overnemen.

Gedrag van cliënt dat de behandeling kan bemoeilijken

Van de therapeut verwachten dat hij de problemen van cliënt oplost en beslissingen voor hem neemt.

Te veel gericht zijn op het behagen van de therapeut.

Weerstand bieden tegen huiswerk dat gericht is op het verhogen van de assertiviteit en het vergroten van de zelfredzaamheid.

Ja zeggen tegen iedere opdracht, maar niet slagen in de uitvoering.

Uitlokkende gebeurtenissen die niet-functionele cognities oproepen

Verwachting op zichzelf aangewezen of alleen te zijn.

¶ *Problemen vooral in de beginfase van de behandeling*

Cliënt heeft een afwachtende en soms wat weifelende houding. Cliënt neemt niet het woord en reageert alleen op de vragen die de therapeut stelt.

- ▶ De therapeut confronteert de cliënt hier niet mee. Hij herkent de afhankelijkheid van de cliënt en reageert daar empathisch op. De therapeut is steunend. Te weinig oog hebben voor de behoefte aan afhankelijkheid resulteert bij cliënt in spanningen en mogelijk in vroegtijdig staken van de behandeling (Sprey, 2002).

Cliënt toont weinig initiatieven, hij heeft nauwelijks inbreng in de therapie.

- ▶ De therapeut betreft de cliënt bij de behandeling door hem te betrekken bij het maken van de agenda voor de sessie, de huiswerkopdrachten, enzovoort (Beck et al., 2003).

Cliënt volgt de adviezen van de therapeut probleemloos op, maar er is meer sprake van inschikkelijkheid en onderdanigheid dan van samenwerking.

- ▶ De therapeut betreft de cliënt bij de behandeling door hem te betrekken bij het maken van de agenda voor de sessie, de huiswerkopdrachten, enzovoort (Beck et al., 2003).

¶ *Problemen vooral tijdens de behandeling*

Cliënt komt in eerste instantie gespannen over, maar gaat snel een band aan met de therapeut. Langzaam aan vermindert de gespannenheid.

- ▶ Geen actie van therapeut vereist, wel volgen.

Cliënt probeert de therapeut beslissingen voor hem te laten nemen.

- ▶ De therapeut reageert vriendelijk, maar zorgt ervoor dat de cliënt ten slotte zelf de beslissing neemt. De therapeut neemt de verantwoordelijkheid van de cliënt niet over. Hij biedt alternatieven en kan hiermee helpen om de vaardigheden van cliënt geleidelijk te vergroten (Korrelboom & ten Broeke, 2004).

Cliënt zet therapeut op een voetstuk en idealiseert therapeut als redder.

De cliënt is ervan overtuigd de therapeut nodig te hebben en het niet zonder hem te redden. De therapeut kan zich gevlaid voelen en

zich als redder gaan opstellen. In dat geval komt hij tegemoet aan de niet-effectieve wensen van de cliënt.

- ▶ De therapeut dient zich te realiseren dat zijn competentie door cliënt wordt overschat, en dat dit gedragspatroon niet voortvloeit uit de bijzondere talenten van de therapeut, maar uit de afhankelijkheidsproblematiek van cliënt.

Anderzijds kan dit gedrag van de cliënt leiden tot gevoelens van ergernis bij de therapeut, die gepaard gaan met (non-verbale) uitingen van afwijzing of terugtrekken van de therapeut.

- ▶ De therapeut realiseert zich dat dit gedrag behoort bij deze persoonlijkheidsproblematiek.

Cliënt vertoont verliefd gedrag ten aanzien van de therapeut.

- ▶ Afhangelijke cliënten worden nogal eens verliefd op hun therapeut. In principe besteedt de therapeut hier weinig aandacht aan en realiseert hij zich dat de afhankelijkheid leidt tot die verliefdheidsgevoelens. Wanneer de verliefdheid de therapie belemmert, kan de therapeut de verliefdheid benoemen als iets wat vaker in de therapie kan gebeuren en daarbij duidelijk aangeven dat er slechts sprake is van een therapeutische relatie.

¶ *Problemen vooral tegen het einde van de behandeling*

Cliënt rapporteert een toename van klachten en vertoont claimend gedrag in situaties waarin de therapeut niet beschikbaar is (bijvoorbeeld tijdens zijn vakanties en tegen het einde van de behandeling).

- ▶ Bij zulke cliënten is het belangrijk om de eindigheid of een onderbreking van de behandeling expliciet te bespreken. De therapeut heeft daarbij oog voor de eventuele angst van de cliënt om er alleen voor te komen staan. Aan de hand van deze onderbreking of eindigheid wordt deze angst gethematiseerd en als oefening gebruikt om eerder geleerde technieken zelfstandig toe te (blijven) passen. Ook in het terugvalpreventieplan dient hiervoor aandacht te zijn.

DE ONTWIKKENDE PERSOONLIJKHEID

Kernopvatting

'Ik ben kwetsbaar.'

Leefregel

'Ik moet verbergen wie ik werkelijk ben.'

Wereldbeeld en beeld van anderen

'Het leven is oneerlijk. Mensen wijzen mij af, bekritisieren mij en vernederen mij.'

Opvattingen van cliënt die de behandeling kunnen bemoeilijken

'Als ik vertrouwen stel in de empathie en de zorg van de therapeut, zal ik gekwetst worden.'

'Als ik te veel negatieve dingen vertel over mijn geschiedenis en huidige leven, zal de therapeut mij afwijzen.'

Gedrag patronen

Gedrag getekend door verlegenheid, gereserveerdheid, wantrouwen, sociale onhandigheid, bevreesdheid, controle, weinig initiatief, waakzaamheid, vragen om geruststelling en dagdromen.

Interpersoonlijke stijl

Op zijn hoede zijn en anderen 'testen' op mogelijke afwijzing uit zelfbescherming. Verlangen naar acceptatie, maar afstand houden uit zelfbescherming. Bezit wel interpersoonlijke en sociale vaardigheden, maar durft deze niet echt te gebruiken. Devalueert eigen prestaties en is zelfkritisch. Heeft een verhoogd zelfbewustzijn (net als bij een sociale fobie).

Gedrag van cliënt dat de behandeling kan bemoeilijken

Vermijden om veel over zichzelf te vertellen.

Een ander beeld van zichzelf schetsen aan de therapeut.

Bij toenemende spanning in de sessie van onderwerp veranderen.

Weerstand vertonen tegen huiswerkopdrachten die spanning kunnen veroorzaken.

Uitlokkende gebeurtenissen die niet-functionele cognities oproepen

Situaties waarin intensief interpersoonlijk, sociaal of publiek optreden nodig is.

¶ Problemen vooral in de beginfase van de behandeling

Cliënt komt gespannen en angstig over. Hij lijkt op zijn hoede en reageert afstandelijk.

- ▶ De therapeut richt zich in deze fase op het bieden van veiligheid, en toont begrip voor de overgevoeligheid van de cliënt voor afwijzing. De therapeut reageert empathisch en vermijdt in deze fase confrontaties. Confrontaties worden door de cliënt namelijk ervaren als kritiek en afwijzing.

Cliënt communiceert ofwel afwachtend en geeft beperkte informatie, ofwel juist uitvoerig en omslachtig, en vaak over niet ter zake doende details.

- ▶ De therapeut richt zich in deze fase op het bieden van veiligheid en toont begrip voor de overgevoeligheid van de cliënt voor afwijzing. De therapeut reageert empathisch en vermijdt in deze fase confrontaties. Confrontaties worden door de cliënt namelijk ervaren als kritiek en afwijzing.

Cliënt test de therapeut uit.

De cliënt doet dit om te onderzoeken of de therapeut hem accepteert of afwijst, bijvoorbeeld door afspraken te veranderen, ze op het laatst af te zeggen, er te laat op te verschijnen of huiswerkopdrachten niet (voldoende) te maken. De cliënt stopt dit testgedrag als hij het idee heeft dat de therapeut hem accepteert (Sperry, 2006).

- ▶ De therapeut geeft de cliënt geen kritiek, maar zal indien mogelijk het uittestgedrag voorspellen.

Cliënt heeft moeite met het ervaren van nare gevoelens. Deze vermijdt hij.

Alden (1992) heeft een lijst opgesteld van gedragingen in de interactie die in relatie staan met het slecht kunnen verdragen van nare gevoelens: gedragsvermijding: uitnodigingen niet accepteren, afspraken afzeggen, niet bellen, enzovoort; remmingen: vermijden van oogcontact, niet starten van een gesprek, minder praten dan anderen; snel toegeven aan afspraken, maar hier toch niet achter staan; vermijden om eigen mening of visie te geven; vermijden zichzelf bloot te geven. De cliënt houdt relevante informatie achter of bagatelliseert deze door snel aan te geven dat hij het niet weet.

- ▶ De therapeut realiseert zich dat de vermijdende strategieën geen weerstand tegen de therapie zijn en dat de gevoelens die de cliënt bij hem oproept niet gericht zijn op hem persoonlijk, maar diens

angst voor afwijzing weerspiegelen. De therapeut bespreekt dat veel cliënten terecht wachten voor ze het achterste van hun tong laten zien. Heel begrijpelijk kijken ze of de therapeut betrouwbaar en deskundig is.

¶ *Problemen vooral tijdens de behandeling*

Als de cliënt eenmaal vertrouwen heeft in zijn therapeut, zal hij opener zijn en meer durven te vertellen over zijn angsten.

- ▶ De therapeut blijft voorzichtig met confrontaties. Bij confrontaties voelt de cliënt zich ongemakkelijk en trekt hij zich alsnog terug. Een gevoel van onvoorwaardelijke acceptatie is belangrijk voor deze cliënten.

Cliënt voelt zich sterk afhankelijk van therapeut en gedraagt zich ook als zodanig. De therapeut wordt op een soort voetstuk geplaatst.

Dit is een keerzijde van onvoorwaardelijke acceptatie. De cliënt beschouwt de therapeut als zijn betrouwbaarste vriend. Dit leidt ertoe dat cliënt hem betreft bij het nemen van belangrijke beslissingen.

- ▶ Ondanks gevoelens van geveleid zijn of juist van ergernis, is de therapeut zich ervan bewust dat hij geïdealiseerd wordt door de cliënt. Hij stelt vriendelijke maar strikte grenzen aan het afhankelijke gedrag van de cliënt, zonder deze het idee van afwijzing te geven, bijvoorbeeld door te zeggen: 'Ik ga je niet zeggen wat je moet doen, maar ik zal je steunen terwijl je naar je eigen antwoord op zoek gaat' (Sperry, 2006).

Cliënt heeft moeite met daadwerkelijke gedragsveranderingen. Dit zal langzaam gaan.

- ▶ De therapeut voorkomt frustratie bij zichzelf door realistische verwachtingen en kleine doelen in het oog te houden (Beck et al., 2003).

¶ *Problemen vooral tegen het einde van de behandeling*

Cliënt vindt het moeilijk om de therapie te beëindigen.

- ▶ De therapeut heeft hiervoor aandacht en spreidt de sessies. De eventuele angsten worden besproken, vooral angsten die betrekking hebben op afwijzing. De cliënt krijgt door de beëindiging juist ruimte om nieuwe sociale en interpersoonlijke ervaringen op te doen (Sperry, 2006).

DE OBSESSIEVE-COMPULSIEVE PERSOONLIJKHEID

Kernopvatting

'Ik ben verantwoordelijk.'

Leefregel

'Ik mag geen fouten maken.'

Wereldbeeld en beeld van anderen

'Het leven is onvoorspelbaar'; 'Anderen zijn onverantwoordelijk en incompetent.'

Opvattingen van cliënt die de behandeling kunnen bemoeilijken

'Als mijn therapeut niet alles weet over mij en mijn problemen kan hij mij niet goed helpen.'

'Als ik niet al mijn huiswerk opdrachten goed doe, werkt de therapie niet.'

'Als ik mijn eigen verwachtingen en de verwachtingen naar anderen te laag stel, gebeuren er vreselijke dingen.'

Gedragspatroon

Workaholic, betrouwbaar, koppig, bezitterig, inperkend, twijfelzuchtig en perfectionistisch. Hou zichzelf onder controle omdat het leven onvoorspelbaar is.

Interpersoonlijke stijl

Beleefd en loyaal, autoritair bij gelijken of ondergeschikten, maar eerbiedig bij superieuren (*law and order*).

Gedrag van cliënt dat de behandeling kan bemoeilijken

Sterke behoefte aan controle over de sessie.

Overgevoeligheid voor gebrek aan begrip bij de therapeut.

Weerstand vertonen tegen opdrachten gericht op spontaan zijn of gericht op delegeren van verantwoordelijkheid.

Uitlokkende gebeurtenissen die niet-functionele cognities oproepen

Situaties die in relatie staan met autoriteiten, ongestructureerde situaties, overtreden van regels, onverwachte emoties en vragen of verzoeken van intieme, naaste vriendschappen.

¶ Problemen vooral in de beginfase van de behandeling

Cliënt vertoont een overmatige aandacht voor details en is breedspakig.

De cliënt maakt zich zorgen dat hij iets wat fundamenteel is voor

de behandeling vergeet te vertellen. Dit kan aanleiding geven tot een 'gevecht' tussen de cliënt en de therapeut om de controle over de zitting. Als dit leidt tot frustraties bij de therapeut, kan dit vervolgens leiden tot verwarring bij de cliënt.

- ▶ De therapeut realiseert zich dat het gedragspatroon voortvloeit uit de overmatige behoefte aan controle en perfectionisme van de cliënt. Zowel therapeut als cliënt is meer gebaat bij gerichte en gesloten vragen (Sperry, 2006).
- ▶ De therapeut kan de cliënt onderbreken met positieve interventies, bijvoorbeeld: 'Ik vind dat u dit helder en duidelijk hebt uitgelegd.' Vervolgens wordt een structuur aangeboden waar korte antwoorden vanzelfsprekend zijn: 'Ik ga u nu enige tientallen vragen stellen waar u alleen ja of nee op hoeft te antwoorden.' Daarna volgt een aantal gesloten vragen.
- ▶ Probeer ook bij vragen naar details steeds de vragen gesloten te houden. Bij wijdlopende antwoorden kan gerefereerd worden aan de tientallen vragen die nog gesteld moeten worden.

Cliënt heeft moeite om gezamenlijk met de therapeut tot een behandelplan te komen.

Dit kost soms veel tijd. Zo brengen dergelijke cliënten vaak kopieën en aantekeningen mee van voorgaande behandelingen, alsook medische rapporten. Verwacht wordt dat de therapeut deze documenten met aandacht zal doornemen. Doet hij dat niet, dan voelt de cliënt zich niet serieus genomen (Sperry, 2006). De rigiditeit van de cliënt, zijn moeite met emoties en het feit dat hij relaties als minder belangrijk beschouwt, spelen een belemmerende rol bij het gezamenlijk en gemakkelijk opstellen van het behandelplan (Beck et al., 2003).

- ▶ In het algemeen moet de therapeut problemen als behandeldoel nemen die de cliënt zelf aandraagt (Beck et al., 2003).
- ▶ Stel een behandelplan op dat gebaseerd is op de behandeldoelen van cliënt die in relatie staan met de as I-problematiek. In het behandelplan staan het behandeldoel vermeld, de methode om dit doel te bereiken en de specifieke rollen van zowel therapeut als cliënt.

Cliënt wil graag een 'modelcliënt' zijn, en probeert te voldoen aan de wensen van de therapeut door de sessies netjes voor te bereiden, huiswerk te maken, en dergelijke.

- ▶ De therapeut voegt snel in bij de cliënt. Hoe meer het gedrag van de therapeut lijkt op dat van de cliënt, des te meer commitment

er is voor de behandeling. Op microniveau betekent dit: strak op tijd beginnen, strak op tijd eindigen, deadlines stellen en mopperen als deze niet gehaald worden, alle informatie die de cliënt meeneemt doorlezen en er vragen over stellen, gesprekken zakelijk, inhoudelijk en strak gestructureerd houden.

¶ Problemen vooral tijdens de behandeling

Cliënt vertoont weerstand tegen opdrachten.

Dit is bijvoorbeeld het geval wanneer de cliënt gevraagd wordt een opdracht uit te voeren en hij direct aangeeft dat hij deze opdracht irrelevant of onhaalbaar vindt.

- ▶ Voor de therapeut is het van belang niet vanuit zijn gevoelens van irritatie te reageren, maar rustig te blijven uitgaan van het probleem van de cliënt, namelijk diens behoefte de controle te houden en emoties te vermijden (Beck et al., 2003). De therapeut gebruikt bij de uitleg van de opdracht steeds de as I-stoornis als ingang. Bovendien worden de opvattingen van de cliënt juist gebruikt om de opdrachten vorm te geven.

¶ Problemen vooral tegen het einde van de behandeling

Cliënt heeft moeite om de behandeling te beëindigen.

Als het opbouwen van een therapeutisch relatie voor de cliënt al moeilijk is, dan is het beëindigen van de therapie dat ook. De cliënt is klaar voor afronding als hij verwacht geen onoverkomelijke problemen meer tegen te komen.

- ▶ De therapeut maakt van het afronden een geleidelijk, maar zeer overzichtelijk proces. Door het stellen van strikte deadlines maakt de therapeut gebruik van de rigiditeit van de cliënt.

DE NARCISTISCHE PERSOONLIJKHEID

Kernopvatting

'Ik ben speciaal en uniek.'

Leefregel

'Ik hoef mij niet aan de regels te houden en heb recht op een speciale behandeling.'

Wereldbeeld en beeld van anderen

'Het leven is een feestmaal, waarvan je mag proeven wanneer je maar wilt. Mensen zijn mij bewondering en een voorkeurs-

behandeling verschuldigd. Ik verwacht dit en eis dit ook op. Anderen zijn inferieur en bewonderaars.'

Opvattingen van cliënt die de behandeling kunnen bemoeilijken

'Als ik mij niet superieur opstel, ziet mijn therapeut mij als minderwaardig.'

'Als ik mijn therapeut niet aanpak als ik mij gekleineerd voel door hem, blijft hij dit doen.'

'Als ik het niet afdwing, zal ik niet op een speciale manier worden behandeld.'

Gedragspatroon

Verwaand, begripvol, sociaal, snobistisch, zelfverzekerd, egocentrisch, hoogdravend, ongeduldig, arrogant en lichtgeraakt. Bij kritiek of narcistische krenking kan cliënt reageren met woede-uitbarstingen, afhankelijk van de sociale situatie.

Interpersoonlijke stijl

Minachtend, uitbuitend, neemt snel verantwoordelijkheid, sociaal vaardig maar zonder empathie, humorvol, charismatisch, verbaal sterk. Denkt in *good guys/bad guys* en boven/onder. Gebruikt anderen om er beter van te worden, hen te devalueren en zichzelf te verheffen. Drukt eigen mening door. Heeft leiderschapskwaliteiten en is op zoek naar bevestiging.

Gedrag van cliënt dat de behandeling kan bemoeilijken

Het proberen te imponeren van de therapeut.

De therapeut als minderwaardig behandelen.

Weerstand vertonen tegen huiswerkopdrachten die door de therapeut worden voorgesteld.

Uitlokkende gebeurtenissen die niet-functionele cognities oproepen

Situaties waarin cliënt zich beoordeeld voelt.

¶ Problemen vooral in de beginfase van de behandeling

Cliënt presenteert zich als zelfverzekerd, arrogant en pretentius.

De cliënt spreekt alsof hij op gelijke voet staat met de therapeut en niet als iemand die om hulp komt. Klachten worden op een zelfverheerlijkende wijze gepresenteerd. In het uiten van speciale wensen en eisen naar de therapeut of het secretariaat geeft hij aan bepaalde voorrechten te hebben, zoals speciaal op hem toegesneden afspraken. Ook tast hij af of de therapeut wel voldoende vaardigheden heeft om hem te helpen.

- ▶ De therapeut laat zich niet door cliënt sturen om iets te doen wat hij niet wil. De benadering door de cliënt van de therapeut met vleierij of devaluatie is niet persoonlijk bedoeld (Beck et al., 2003). De therapeut neemt altijd, zeker in eigen gedachten, een metapositie in.

Cliënt presenteert zich in zijn verhalen als bijzonder.

- ▶ Als de therapeut bij zichzelf ergernis bemerkt, neemt hij een metapositie in.
- ▶ Hij sluit aan bij de verhalen van de cliënt. Hij spreekt zijn bewondering uit over de prestaties van de cliënt (en waarom ook eigenlijk niet). Hij bereikt hiermee dat de cliënt de indruk krijgt met een verstandig persoon te maken te hebben. Daarmee zorgt de therapeut ervoor dat de behandeling kan beginnen.

Cliënt werkt niet mee.

De cliënt stelt zich superieur op. Hij zal de positie van de therapeut proberen te ondergraven en reageert afhoudend op diens zienswijzen en suggesties. Zo onderbreekt hij de therapeut en lijkt hij niet te luisteren. Hij geeft aan dat de therapeut niet in staat is om de uniekheid van zijn probleem in te zien, of onderwerpt hem aan een vragenvuur, en spreekt daarmee twijfel uit over of de therapeut wel de juiste persoon is om hem bij zijn specifieke probleem te begeleiden.

- ▶ Om tot een goede samenwerking te komen spreekt de therapeut in metaforen en verhalen. Hij gaat mee in de grandiositeit van de cliënt, en wel door deze te bevestigen, en geeft vooral geen uiting aan zijn eigen opvattingen. Dit betekent dat de therapeut zich erg bewust moet zijn van zijn eigen gedachten en gevoelens. Wanneer de therapeut de 'test' doorstaan heeft, zal de cliënt hem minder als concurrent beschouwen en meer openstaan voor de boodschap dat samenwerking noodzakelijk en in beider belang is.

Cliënt heeft moeite met zijn hulpvragende rol.

- ▶ De therapeut voldoet in de beginfase geduldig aan het bevestigen van de grandiositeit van de cliënt. Wanneer de therapeut de grandiositeit van de cliënt voldoende bevestigt, wordt hij (tijdelijk) geïdealiseerd als een uitstekende therapeut.

Cliënt prefereert open vragen boven gesloten vragen, zodat hij zelf de regie kan houden.

De therapeut stelt bij voorkeur gesloten vragen in de diagnosti-

sche fase, maar ook daarna nog, vooral wanneer hij specifieke informatie van de cliënt nodig heeft. Te veel gesloten vragen zorgen er echter voor dat de cliënt de vragen zelf ter discussie gaat stellen.

- ▶ De therapeut ondervangt dit door ook in voldoende mate open vragen te stellen, om de cliënt in enige mate zijn verhaal te kunnen laten vertellen.

¶ *Problemen vooral tijdens de behandeling*

Cliënt behandelt therapeut op een laatdunkende of uitdagende manier.

- ▶ De therapeut verdedigt zich niet. Hij staat boven de concrete inhoud van de 'aanval' van de cliënt en vat die niet persoonlijk op, maar concentreert zich op de inhoud van het gesprek.

Cliënt is gevoelig voor krenkingen.

Dit kan er in de therapie toe leiden dat het non-verbale gedrag van de therapeut snel door de cliënt geïnterpreteerd wordt als verveling of afwijzing.

- ▶ De therapeut kan dit het beste maar gewoon negeren. Het bespreken ervan wordt namelijk door de cliënt opgevat als een teken van onzekerheid van de therapeut (terecht of onterecht). Ook hier geldt dat de therapeut een metapositie moet innemen.

¶ *Problemen vooral tegen het einde van de behandeling*

Over het algemeen zullen deze cliënten, zodra de klachten verbeterd zijn, de behandeling zo spoedig mogelijk willen beëindigen.

- ▶ Geen actie vereist.

DE BORDERLINE PERSOONLIJKHEID

Kernopvatting

'Ik ben hulpeloos, slecht en alleen.'

Leefregel

'Ik moet de regie houden.'

Wereldbeeld en beeld van anderen

'Anderen zijn geweldig, nee dat zijn ze niet, een doel hebben is belangrijk, nee toch niet. Ik tolereer niet dat het leven niet gaat

zoals ik dat wil. De ander is niet loyaal en kan zijn steun onverwacht terugtrekken.'

Opvattingen van cliënt die de behandeling kunnen bemoeilijken

'Ik kan alleen beter worden en overleven als ik mij compleet overgeef aan mijn therapeut.'

'Als ik mijn therapeut vertrouw, zal hij mij uiteindelijk afwijzen en verlaten. Daarom kan ik hem beter als eerste afwijzen.'

'Als ik mij concentreer op het oplossen van problemen, werkt dit toch niet en zal ik mij hier uiteindelijk rot door gaan voelen.'

Gedragspatroon

Rancuneus gedrag, impulsief gedrag op allerlei gebied, acting-out-gedrag, automutilatie. Uiten van hulpeloos gevoel, chronisch gevoel van leegte en 'nietigheid', onregelmatig slaapritme en depersonalisatie/dissociatie.

Interpersoonlijke stijl

Regisseren, een paradoxale stijl. Idealiseren en vastklampen aan de ander, versus het devalueren en tegenwerken van de ander. Gevoeligheid voor mogelijke afwijzing en verlating. Separatieangst is de belangrijkste motivator in de interactie met anderen, rolomkering (anderen worden vaak gezien als de oorzaak van het probleem). Hierop wordt gereageerd met woede-uitbarstingen en splitsen.

Gedrag van cliënt dat de behandeling bemoeilijkt

Overmatig op de therapeut steunen om zich beter te voelen.

Afdwingen van een speciale behandeling.

De therapeut kleineren.

Uitlokkende gebeurtenissen die niet-functionele cognities oproepen

Vermeende verlating door anderen. Situaties waarbij persoonlijke doelen een rol spelen. Het vasthouden van intiemere relaties.

J Problemen vooral in de beginfase van de behandeling

Cliënte vertoont grote stemmingswisselingen, met sterke fluctuaties in de waardering van therapeut.

De cliënte manipuleert door een emotioneel appel te doen op de therapeut, en probeert hem te bewegen haar te geven wat zij wil.

- ▶ De therapeut bewaart in alle gevallen zijn professionele distantie.

Indien de cliënte zich woedend uit:

- ▶ De therapeut realiseert zich dat kwaadheid, die vaak impulsief is, en onverwachts of grof wordt geuit, deel uitmaakt van de problematiek van cliënte. Hij besteedt aandacht aan de woedeaanval door de gevoelens van boosheid toe te laten en te valideren. Hiermee geeft hij aan een veilige haven te zijn voor gevoelens. Deze houding vormt voor cliënte een nieuwe ervaring. Hij kan ook aandacht besteden aan de woedeaanval door de situatie in het hier-en-nu te exploreren en te bespreken. Hierdoor voelt cliënte zich begrepen. Bij het overschrijden van grenzen (bijvoorbeeld schelden tegen de therapeut, hem persoonlijk aanvallen, hem fysiek bedreigen of zijn bezittingen bedreigen) geeft de therapeut aan dit absoluut niet te tolereren. Hij reageert met de volgende opmerkingen: 'Nee, dat kan ik niet toestaan. Je moet ophouden met tegen mij te schreeuwen. Het is prima dat je kwaad bent, maar het is niet prima dat je tegen mij schreeuwt.' Als de cliënte niet ophoudt, verbindt de therapeut hier consequenties aan: 'Ik wil dat je een paar minuten naar de wachtkamer gaat, totdat je gekalmeerd bent. Als je gekalmeerd bent, kun je terugkomen en mij verder vertellen over je kwaadheid, maar zonder tegen mij te schreeuwen.' De therapeut geeft haar hiermee twee boodschappen: de eerste is dat de therapeut over de woede van de cliënte wil horen, de tweede is dat cliënte haar woede binnen gepaste grenzen moet uiten (Young, Klosko, & Weishaar, 2003).

Cliënte is tegenstrijdig in haar gedrag.

Het ene moment zet de cliënte een persoon op een voetstuk en even later devalueert ze diezelfde persoon. Dit doet ze ook met de therapeut. Devaluatie kan geuit worden door boosheid, acting-out-gedrag of door zich terug te trekken (Sperry, 2006; Sprey, 2002).

- ▶ De therapeut accepteert de cliënte met haar tegenstrijdigheden en toont begrip hiervoor. Uitbarstingen en afleidingsmanoeuvres beteugelt hij echter. Therapeutische confrontatie is niet geïndiceerd, in ieder geval niet in de eerste fase van de therapie.

Cliënte automutileert in het begin van de behandeling.

- ▶ De therapeut spreekt met cliënte af dat zij de schadelijkste vormen van automutieren vervangt door iets dat eveneens een ster-

ke sensorische prikkel geeft (zoals een koude douche nemen, ijsklontjes vasthouden of hardlopen). De therapeut spreekt in ieder geval met haar af dat zij eerst contact zoekt met hem, of met een andere voor haar belangrijke en steunende persoon, voor zij tot actie overgaat.

Cliënte is alert op verbale en non-verbale tekenen van therapeut, en deze worden door haar (te) snel geïnterpreteerd als afwijzing.

- ▶ Therapeut investeert meer dan bij andere cliënten in het duidelijk communiceren, het assertief zijn en geduldig zijn ten opzichte van cliënte, teneinde misvattingen te voorkomen. Therapeut let erop congruent te zijn in verbale opmerkingen en non-verbale tekenen.

Cliënte heeft vaak een lange geschiedenis van diverse behandelingen zonder effect.

- ▶ De therapeut biedt niet automatisch een nieuwe behandeling aan. In plaats daarvan kunnen er drie tot vier 'proefsessies' afgesproken worden, waarna de therapeut kan inschatten of het raadzaam is om de behandeling te continueren. Hij kan op grond van zijn observaties tijdens deze sessies en op grond van de inzet van cliënte (die tussen de sessies door opdrachten moet uitvoeren) deze inschatting maken.

Cliënte neemt niet de verantwoordelijkheid voor haar eigen gedrag.

De therapeut merkt dat het moeilijk is om met cliënte tot behandeldoelen te komen. Bij het opstellen van de behandeldoelen geeft cliënte bijvoorbeeld aan dat zij zich beter of gelukkiger wil voelen, maar noemt zij verandering van gedrag niet als behandeldoel.

- ▶ Therapeut vraagt door, om de doelen specifieker te krijgen. Vragen die hij hierbij kan gebruiken zijn: 'Hoe zou je leven eruitzien als je gelukkiger was? Hoe zou je willen veranderen of je leven anders willen als gevolg van de therapie? Welke veranderingen zou je willen zien in je werk, relatie, huishouden, psychische gezondheid, enzovoort?' Soms helpt het om cliënte haar veranderingen te laten visualiseren: 'Stel je eens voor dat je een jaar verder bent en je een stuk beter voelt. Oké? Laten we eens kijken hoe je leven er dan uitziet. Stel, het is een doordeweekse dag, je voelt je goed en hebt goed geslapen. Zie je jezelf al uit bed gaan? Hoe voel je je? Wat ga je doen?'
- ▶ De therapeut onderzoekt of de cliënte disfunctionele gedachten heeft ten aanzien van de doelen die zij wil bereiken. Disfunctio-

nele gedachten kunnen zijn: 'Als ik doelen stel, moet ik veranderen'; 'Als ik probeer te veranderen, lukt mij dit niet'; 'Ik verdien het niet om te veranderen en een beter leven te krijgen'; 'Als ik iets verander, gaan anderen steeds meer van mij verwachten en dat lukt mij niet.' Disfunctionele gedachten over de therapeut kunnen zijn: 'Als ik doelen stel, moet ik mijzelf openstellen voor de therapeut en kan ik door hem gekwetst worden.' Therapeut gaat in op deze disfunctionele gedachten.

- ▶ Bij sceptische cliënten erkent therapeut dat therapie geen garantie geeft op succes, maar geeft hij aan hoopvol te zijn op basis van wat hij weet van cliënte en van het resultaat van dergelijke behandelingen in het algemeen. Hij helpt haar inzien dat als zij doorgaat met de manier waarop zij denkt en zich gedraagt, zij zich waarschijnlijk niet beter, maar slechter gaat voelen. Hij probeert de klachten van cliënte om te zetten in doelen.

¶ *Problemen vooral tijdens de behandeling*

Cliënte vertoont heftig gedrag.

Dit heftige gedrag wordt vaak veroorzaakt doordat cliënte een voorval erger maakt dan het misschien in de ogen van anderen lijkt. Dit komt omdat een of meer disfunctionele cognitieve schema's worden geactiveerd. De crisis wordt nog verder aangewakkerd omdat cliënte bang is voor heftige emoties.

- ▶ De therapeut normaliseert het uiten van emoties en komt niet meteen aan met praktische oplossingen, maar laat merken dat hij die emoties accepteert. Verder biedt hij steun en troost. De therapeut laat merken dat hij cliënte niet in de steek zal laten. Bij een crisis (intoxicatie of suïcidedreiging) volgt de therapeut het crisisprotocol van de instelling of praktijk.

Cliënte maakt het huiswerk niet (voldoende).

- ▶ Therapeut legt huiswerk niet strikt op, maar beveelt het sterk aan, en geeft aan dat het geen ramp is als het huiswerk niet helemaal lukt. Therapeut zorgt ervoor dat het aanbevolen huiswerk aansluit op wat er in de sessie is gebeurd. Hij begint met een kleine opdracht en breidt dit gedurende de behandeling langzaam uit.

Cliënte dreigt met automutilatie.

- ▶ De therapeut besteedt hier altijd aandacht aan. Hij gaat samen met de cliënte na welke antecedente en consequente factoren een rol spelen bij de automutilatie. Met zelfcontroletechnieken leert hij cliënte hierop in te grijpen. Als het onheil is afgeweerd

gaat therapeut door met de behandeling van de as I-stoornis, maar vraagt hij aan het begin van elke sessie of de neiging om te automutileren de afgelopen dagen heeft gespeeld. Indien ja, dan gaat hij daar vanuit het zelfcontroleprogramma zo nodig verder op door. Hij stopt daar pas mee als hij vrij zeker weet dat dit onderwerp niet meer speelt. Bij uitblijven van resultaat of toename van de dreiging volgt de therapeut het crisisprotocol van de organisatie of praktijk.

Cliënte is suïcidaal.

- ▶ De therapeut verhoogt tijdelijk de frequentie van de sessies. Ook een paar extra telefonische contacten zijn in dit geval nuttig. In deze sessies onderzoekt de therapeut de aanleiding voor de plannen om suïcide te plegen en geeft hij de cliënte zo veel mogelijk steun. Als de cliënte het goed vindt, maakt hij afspraken met personen uit haar omgeving die bereid zijn tijdelijk wat meer voor haar te zorgen. Hij zoekt hiervoor bij voorkeur geen familieleden uit die in het verleden hebben bijgedragen aan het ontstaan van de problematiek. De therapeut overlegt zo nodig met collega's, bijvoorbeeld over mogelijke medicatie. Mocht dit allemaal onvoldoende zijn, dan regelt hij een crisisopname, al dan niet vrijwillig. De therapie kan niet verder gaan als de therapeut voortdurend bang is dat de cliënte suïcide pleegt (Young et al., 2003). De therapeut maakt indien nodig gebruik van het crisisprotocol van de organisatie of praktijk.

¶ *Problemen vooral tegen het einde van de behandeling*

Cliënte heeft moeite met het beëindigen van de behandeling.

Afscheid nemen is meestal moeilijk voor cliënten met een borderline persoonlijkheid. Op basis van ervaringen uit hun verleden zijn ze geneigd zich snel in de steek gelaten te voelen.

- ▶ De therapeut bereidt het einde van de therapie met de cliënte zorgvuldig voor. Daarbij wordt het afscheid geïnterpreteerd als 'een noodzakelijk en nuttige stap', en de verlating als 'herinneringen die kunnen worden gekoesterd en niet vergeten worden'.

DE THEATRALE PERSOONLIJKHEID

Kernopvatting

'Ik maak indruk en ben aantrekkelijk.'

Leefregel

'Ik moet indruk maken.'

Wereldbeeld en beeld van anderen

'Het leven maakt mij nerveus. Daarom heb ik recht op speciale zorg. Anderen zijn bewonderend en te verleiden.'

Opvattingen van cliënte die de behandeling kunnen bemoeilijken

'Als ik de therapeut vermaak, zal hij mij aardig vinden.'

'Als ik mijn problemen aandik, zal de therapeut mij zeker willen helpen.'

'Als ik mij "normaal" gedraag in de therapie, ben ik "gemiddeld" en word ik als saai beschouwd.'

Gedragspatroon

Charmeren, sensatie zoeken, labiel, wispelturig en oppervlakkig.

Interpersoonlijke stijl

Aandacht zoeken, manipuleren, overdrijven en flirten.

Gedrag van cliënte dat de behandeling kan bemoeilijken

Verleidend en aandachtzoekend gedrag.

Weerstand vertonen tegen opdrachten waarbij cliënt zich niet speciaal voelt.

Uitlokkende gebeurtenissen die niet-functionele cognities oproepen

Situaties waarin de persoon niet in het middelpunt staat.

¶ **Problemen vooral in de beginfase van de behandeling**

Cliënte is vooral bezig met het verkrijgen van bewondering en goedkeuring van de therapeut, is onduidelijk in haar verhaal, en toont sterke en snel wisselende emoties.

Dramatiseren of onduidelijk worden van cliënte is in de regel een reactie op ervaren gebrek aan empathie of begrip van de kant van de therapeut.

- ▶ De therapeut stelt zo min mogelijk open of ongestructureerde vragen, maar snijdt duidelijke thema's aan, om te voorkomen dat de cliënte afdwaalt.
- ▶ De therapeut confronteert cliënte niet met tegenstrijdigheden in haar verhaal of gedrag, omdat dit kan leiden tot vijandigheid. Hij toont empathie en begrip.

Cliënte gedraagt zich in het contact met een mannelijke therapeut vaak op een uitdagende, speelse en vaak onderdanige dan wel *hard to get* manier. Bij een vrouwelijke therapeut heeft zij juist de neiging om een koele, cynische machtsstrijd aan te gaan.

- ▶ De therapeut is zich hiervan bewust, en gaat hier met begrip en enige zakelijkheid mee om.

Cliënte ziet zichzelf als slachtoffer van acties van anderen. Zij ervaart zichzelf niet als iemand die middels haar eigen gedrag invloed kan uitoefenen.

Cliënte reageert externaliserend: de oorzaak van haar klachten ligt buiten haarzelf.

- ▶ De therapeut stelt gerichte vragen en herhaalt deze regelmatig, teneinde cliënte te helpen meer inzicht te krijgen in haar ervaringen, die te beschouwen als alledaagse gebeurtenissen en te herkennen dat het vooral om haar persoonlijke gedachten en gevoelens gaat.

Cliënte idealiseert de therapeut en verwacht van hem dat hij regelt dat alles beter wordt.

In het begin van de therapie is de therapeut de redder die alles beter maakt. De cliënte heeft het idee dat de therapeut intuïtief aanvoelt waar zij behoefte aan heeft, zonder dat dit eerst gezamenlijk moet worden onderzocht.

- ▶ De therapeut neemt al bij het begin van de behandeling een actieve rol aan bij het onderzoeken van de behoeften van de cliënte. Dit ontnemt de cliënte het idee dat de therapeut intuïtief aanvoelt waaraan zij behoefte heeft. De fantasie van de machtige redder zal snel verdwijnen.

¶ *Problemen vooral tijdens de behandeling*

Cliënte heeft de neiging een afhankelijke rol aan te nemen in relaties.

- ▶ De therapeut bekrachtigt competent en assertief gedrag. Afhankelijk gedrag wordt genegeerd, evenals manipulerend gedrag.
- ▶ De therapeut is zich ervan bewust dat het hulpeloze gedrag van cliënte bij hem 'reddergevoelens' kan oproepen. Hij vermijdt uitingen van hulpeloos gedrag van cliënte te bekrachtigen.

Cliënte is niet gewend om samen te werken, maar wel om geholpen en gered te worden.

- ▶ Om dit te doorbreken stelt de therapeut cliënte socratische vragen die haar helpen zelf tot oplossingen te komen. Vanaf het begin van de behandeling is bekrachtigen van assertief en competent gedrag belangrijk.

¶ *Problemen vooral tegen het einde van de behandeling*

Cliënte ervaart het beëindigen van de therapie vaak als moeilijk.

In deze fase van de behandeling gaat de cliënte soms weer oude, niet-functionele theatrale patronen vertonen: de mannelijke therapeut wordt weer als redder gezien, de vrouwelijke therapeut als vriendin; voor een mannelijke cliënt geldt het omgekeerde.

- ▶ De therapeut benadrukt dat het afsluiten van de behandeling een mogelijkheid is om andere duurzame relaties te faciliteren.
- ▶ De therapeut spreidt de sessies. Dit geeft de cliënte de gelegenheid om de therapeut langzaamaan minder als steunpilaar te zien en zich ook te richten op het aangaan van relaties met anderen. Door grotere intervallen tussen de sessies leert zij beter om te gaan met het beëindigen van de behandeling.

TOT SLOT

Comorbide persoonlijkheidsproblematiek staat het toepassen van evidence-based protocollaire behandeling voor as I-stoornissen niet in de weg (Dijkgraaf-Hartland et al., 2013). Dat dit in de dagelijkse klinische praktijk toch niet zo eenvoudig is, lijkt niet verklaard te kunnen worden door het feit dat er in die gevallen altijd ingewikkelde relaties ontstaan. Interactieproblemen worden vaak wel ervaren door therapeuten en kunnen aanleiding zijn om van het behandelprotocol af te wijken (Verbraak et al., 2014). De hierboven beschreven technieken kunnen therapeuten helpen in het herkennen, benoemen en omgaan met interactieproblemen.

Tot slot nog het volgende. Een mogelijke alternatieve verklaring voor interactieproblemen in de dagelijkse klinische praktijk zou wel eens kunnen liggen in het niet, of niet goed, toepassen van het

behandelprotocol. Eerder is al betoogd dat in de praktijk in niet meer dan ongeveer 20% van de geëigende gevallen een bewezen effectieve interventie wordt toegepast die beschreven is in behandelrichtlijnen en -protocollen (Verbraak, 2012). Een veelvoorkomende verklaring daarvoor is de complexe cliënt. Dergelijke cliënten moet de therapeut vooral gestructureerd, dus protocollair, behandelen, waarbij hij gebruik moet maken van de hierboven beschreven technieken.

Deze bijdrage is een voorpublicatie van een hoofdstuk dat zal verschijnen in het boek Moeilijke momenten met lastige mensen: Richtlijnen, strategieën en technieken, onder redactie van Martin Appelo, Marc Verbraak en Kees Hoogduin. Bij de vervaardiging van deze bijdrage werd gebruikgemaakt van de volgende eerdere publicaties: Dijkgraaf, Engels, & Verbraak, 2009; Dijkgraaf-Hartland, Brals, Verbraak, & van Dijk, 2013; Verbraak, Dijkgraaf-Hartland, Brals, & van Dijk, 2014.

PROF. DR. MARC VERBRAAK is naast klinisch psycholoog, psychotherapeut en cognitief gedragstherapeut, bijzonder hoogleraar Gezondheidszorgpsychologie aan de Radboud Universiteit, Behavioural Science Institute en hoofdopleider gz-psychologen van de gz-opleiding Radboud Centrum Sociale Wetenschappen te Nijmegen. Daarnaast is hij hoofd van het zorgprogramma Jeugd binnen Pro Persona GGZ.

DRS. WILLEMIEN DIJKGRAAF-HARTLAND is klinisch psycholoog, psychotherapeut, cognitief gedragstherapeut bij de HSK Groep te Breda.

DRS. MARIJE ENGELS is gz-psycholoog en cognitief gedragstherapeut bij ME-motion psychologische behandeling en training te Den Haag.

Referenties

- Alden, L. (1992). Cognitive-interpersonal treatment of avoidant personality disorder. In P. Keller & S. Heyman (Eds.), *Innovation in clinical practice: A sourcebook*. (Vol. 11, pp. 5-21). Sarasota: Professional Resources Exchange.
- Andrea, H. & Verheul, R. (2009). Categoriele classificatie, epidemiologie en comorbiditeit. In E. H. M. Eurelings-Bontekoe, R. Verheul, & W. M. Snellen (red.), *Handboek persoonlijkheidspathologie* (Tweede, herziene druk) (pp. 91-118). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Appelo, M. (2014). *Socratisch motiveren* (Derde, geheel herziene druk). Amsterdam: Boom.
- Beck, A. T., Freeman, A., Davis, D. D. and associates (2003). *Cognitive therapy of personality disorders: Second edition*. New York: The Guilford Press.
- Beck, J. S. (2005). *Cognitive therapy for challenging problems*. New York: The Guilford Press.
- Bender, D. S. (2005). The therapeutic alliance in the treatment of personality disorders. *Journal of Psychiatric Practice*, 11, 63-87.
- Dijkgraaf-Hartland, W., Brals, C., Verbraak, M., & van Dijk, M. (2013). Comorbide persoonlijkheidsproblematiek en de effectiviteit van protocollaire behandeling. *Directieve Therapie*, 33, 14-30.
- Dijkgraaf, W., Engels, M., & Verbraak, M. (2009). *Moeilijke momenten, moeilijke mensen: Praktische hulp en adviezen*

- ter voorkoming van, en omgang met, interactieproblemen (Interne publicatie). Arnhem: HSK.
- Dreessen, L., & Arntz, A. (1999). Personality disorders have no excessively negative impact on therapist-rated therapy process in the cognitive and behavioural treatment of axis I anxiety disorders. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 6, 384-394.
- Keijsers, G., van Minnen, A., & Hoogduin, K. (2011). Toepassing van protocollaire behandelingen bij psychische stoornissen. In G. Keijsers, A. van Minnen & K. Hoogduin (red.), *Protocollaire behandelingen voor volwassenen met psychische klachten: Deel 1*. (pp. 13-34). Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Keijsers, G. P. J., Vossen, C. J. C., & Keijsers, L. H. A. (2012). *Helpen veranderen: Motiveringsstrategieën in de psychotherapie*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Keijsers, G., Vossen, C., & Keijsers, L. (2013). Patiënten motiveren tot het uitvoeren van protocollaire behandelingen. In P. Emmelkamp & K. Hoogduin (red.), *Van mislukking naar succes in de psychotherapie* (pp. 23-46). Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Korrelboom, K., & ten Broeke, E. (2004). *Geïntegreerde cognitieve gedragstherapie: Handboek voor theorie en praktijk*. Bussum: Uitgeverij Coutinho.
- Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijn Ontwikkeling (2008). *Multidisciplinaire richtlijn persoonlijkheidsstoornissen*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Reich, J. (2003). The effect of axis I disorders on the outcome of treatment of anxiety and unipolar depressive: A review. *Journal of Personality Disorders*, 17, 387-405.
- Sperry, L. (2006). *Cognitive behavior therapy of DSM-IV-TR personality disorders. Second edition. Highly effective interventions for the most common personality disorders*. London: Routledge.
- Sprey, A. (2002). *Praktijkboek persoonlijkheidsstoornissen: Diagnostiek, cognitieve gedragstherapie en therapeutische relatie*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu van Loghum.
- Trijsburg, R. W. (2003). Weerstand. In R. W. Trijsburg, S. Colijn, E. Collumbien, & G. Lietaer (red.) *Handboek Integratieve Psychotherapie* (1v 3.6, pp. 1-30). Leusden: De Tijdstroom.
- Verbraak, M. J. P. M. (2012). Illusies van de psycholoog: Gezondheidszorgpsychologie in tijden van doelmatigheid. *Directieve Therapie*, 32, 235-255.
- Verbraak, M., Dijkgraaf-Hartland, W., Brals, C., & van Dijk, M. (2014). De mediërende rol van interactieproblemen in de relatie tussen persoonlijkheidsproblematiek en behandelresultaat. *Directieve Therapie*, 34, 202-218.
- Voncken, M. J., van der Wijngaart, R., & van Genderen, H. (2013). Angstbehandeling bij patiënten met een comorbide persoonlijkheidsstoornis. *Gedragstherapie*, 46, 287-302.
- Waller, G. (2009). Evidence-based treatment and therapist drift. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 119-127.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York: The Guilford Press.
- Young, J. E., Weinberger, A. D., & Beck, A. T. (2001). Cognitive therapy for depression. In D. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders* (pp. 264-308). New York: Guilford Press.