

Beoordelaars instructie voor KPSP Adherentie Schaal

1. Afdoende steunende interventies te merken aan de interventies of pogingen van de therapeut

Van de therapeut wordt verwacht dat hij of zij herkent aan welke ontwikkelingsbehoeften en steun de patiënt een tekort ervaart of heeft ervaren in de kindertijd en dat deze daar met een adequate, steungevende attitude op kan reageren. Het gaat in de kern om contact maken, luisteren, naast iemand staan, begrip hebben voor het lijden zonder de regressie te bevorderen. Een nieuwe relatie aanbieden in de therapeutische relatie die anders is dan iemand gewend is maar niet zo anders dat het niet te integreren valt. Het gaat om de ander helpen, zichzelf te helpen of te steunen of te troosten

Let bij het luisteren van de opnames op de volgende elementen:

Algemeen: Je hoort dat de therapeut actief op zoek is naar het begrijpen van de binnenwereld van de patiënt, telkens aansluitend bij de patiënt. Hierbij kan gebruik worden gemaakt van de volgende interventies.

- Actief luisteren: niet stil zwijgen. Interesses en betrokkenheid laten merken.
- Therapeut is uitnodigend, volgend, begripvol, validerend, empathisch
- Focus houden: Niet van onderwerp veranderen als dat niet is aangewezen. Rustig volgen waar de patiënt is.
- Verdiepen. Vragen en doorvragen: open en gericht op verdieping van het onderwerp. Het proces van ervaring en emotie bij de patiënt verduidelijken: “Hoe bedoelt u dat?”, “Wat deed dat met u?”, “Wat doet het u dat mij te vertellen”, “Wat voelde u daarbij”.
- Informatie geven als een andere interventie niet afdoende is of patiënt zelf het niet weet of niet kan verwoorden: “De symptomen die u beschrijft wijzen op een depressie.” Over het algemeen is informatie geven met name in het begin van de behandeling adequaat steun gevend en soms ook richting het einde als klachten weer terugkomen in verband met het naderende afscheid.
- Reflecteren: “Zullen we samen eens kijken hoe dat verband houdt met...” “Ondanks het feit dat u deze week meer sociaal contact hebt gezocht, heeft u het gevoel dat het allemaal niets helpt”
- Empathie tonen: “Wat een verdrietig verhaal”, “Ik kan me voorstellen dat u daar boos, verdrietig, bang van wordt”, “Wat naar voor u”.
- Een passende vorm van emotionele expressie (catharsis) bevorderen: “Wat maakt het zo moeilijk om verdrietig te zijn? Waar bent u bang voor? Wat zou er kunnen gebeuren als u het een beetje zou toelaten?”
- Acceptatie/begrip tonen: “Ik kan mij voorstellen dat dat moeilijk was”, Ik snap dat u dat naar vond”, “Natuurlijk raakt u dat”.

- Valideren van het beleefde gevoel: “Ik kan me voorstellen dat als u zich zo rot voelt, dat u een nare week gehad hebt. Zullen we eens samen kijken wat er aan de hand was?”
- Normaliseren: “Wat u voelt is begrijpelijk, niet raar (vreemd, slecht, gek, beschamend)”, “Een depressie komt veel voor” (in het begin van een behandeling), “U bent daarin beslist niet de enige”. NB: Over het algemeen is normaliseren met name in het begin van de behandeling adequaat steunegend en soms ook richting het einde als klachten weer terugkomen in verband met het naderende afscheid.
- Regulatie van emotie bevorderen/ zelfbeheersing: als dat aangewezen is of patiënt bang is dat te verliezen “Ik begrijp dat u woedend bent, hoe zou u dit op een passende manier met uw baas/ partner etc kunnen bespreken?”
- Nieuwe en wenselijke gevoelens of perspectieven oproepen: “Zitten er ook goede kanten aan?”, “Was er behalve boosheid ook voor ander gevoel?”, “Wat voelt u nog meer als we het er zo over hebben?”
- Clarificeren: Onderzoeken of een patroon of eigen aandeel besproken kan worden.
- Discrepanties en ambivalenties benoemen ; “U vertelt een heel verdrietig verhaal, maar u zegt daarna dat het ook wel meevalt. Hoe kunnen we dat begrijpen?” Of “U vertelt nogal ernstige dingen over uw partner, toch blijft u wel bij hem. Hoe zou dat in elkaar zitten?”
- Confrontatie met de realiteit: “Ondanks het feit dat u weet dat in beweging komen, u beter laat voelen, koos u er deze week voor, het niet te doen. Zou dat verband houden met het feit dat u zich deze week weer zo somber heeft gevoeld?”
- Gedragingen of patronen bespreken waar patiënt last van heeft of van af wil:
 - o Begrijpelijk maken van de achtergrond/ reden
 - o Adviezen/suggesties hoe er beter mee om te gaan.
- Grenzen (leren) stellen.

Voorbeelden van te weinig of onvoldoende steungevende interventies:

- Het uitblijven van validatie of empathie.
- Therapeut pusht te veel de eigen mening of een probleem.
- Is te sturend.
- Het gesprek heeft een interview stijl.
- Teveel het focus op situaties en feitelijkheden houden waardoor stil staan bij de belevingswereld of bij het beleefde gevoel tegen gehouden wordt.
- Teveel externaliserende cognities in stand houden i.p.v. het gevoel of het gedrag van patiënt zelf bespreken.

2. Client voelt zich gesteund

Let op wat de patiënt expliciet zegt en de indruk die het bij de beoordelaar oproept over de mate van ervaren steun.

Voorbeelden

- Blijk geven van een gevoel van herkenning.
- Een moeilijke of eerder weggelaten emotie toelaten.
- Laten merken dat het klopt wat de therapeut zegt.
- Laten merken dat het de patiënt aanzet tot verder nadenken.
- De patiënt maakt de indruk zich gewaardeerd en/of begrepen te voelen door de therapeut.
- Er is sprake van verdieping tot een laag die niet eerder geraakt of besproken of gevoeld of beleefd werd.

Voorbeelden van zich niet gesteund voelen:

- Hetzelfde steeds opnieuw vertellen, alsof de therapeut het niet begrijpt.
- Telkens nieuwe voorbeelden blijven noemen van hoe slecht het gaat of hoe slecht, verdrietig, boos of wanhopig de patiënt zich voelt.
- Concrete dingen van de therapeut vragen (medicatie, tips, adviezen, leefregels)
- Aangeven dat het niet klikt.
- Aangeven dat iemand zich niet begrepen voelt.

3. Steun is progressie bevorderend te merken aan de interventies of pogingen van de therapeut (niet aan de uitkomst bij de patiënt)

De therapeut bevredigd op de juiste wijze ontwikkelingsbehoeften waaraan tekort is of wordt ervaren, door het opheffen van de inperking van functie en het alsnog opgang brengen van de verdere ontwikkeling. Probeert telkens een verband te ontdekken tussen emotie of niet gevoelde emotie en de afname of toename van somberheid.

Progressie kan per persoonlijkheidsstructuur iets anders betekenen. Daarom geven we hier een grof onderscheid in neurotische, borderline en psychotische structuren

Neurotisch

- Exploreren van gevoelens, ruimte maken door de patiënt stil te laten staan bij zijn beleving en binnenwereld.

Copyright maart 2020 © (Instrument in ontwikkeling). Het is zonder uitdrukkelijke, schriftelijke toestemming van de auteurs (M.Vroegop, M.Hendriksen, R.M. Kortrijk, H.L. Van, J.J.M. Dekker en M.K. van Dijk) niet toegestaan (onderdelen van) deze vragenlijst op enigerlei wijze te kopiëren of te verspreiden. Neem voor meer informatie contact op met M.K. van Dijk, Dimencegroep, m.vandijk@dimence.nl

- Gevoelens en belevingen kunnen geëxploreerd worden zonder dat wordt meegegaan in de afweer.
- Als vermoed wordt dat een bepaald gevoel wordt afgeweerd welke met de depressie samenhangt, vragen naar nog andere gevoelens en daar de patiënt ook bij stil laten staan.
- Exploreren van de angst om te voelen.
- Proberen een verband te leggen tussen de strengheid/ autoagressie en de somberheid.
- Vergroten van zelf-compassie en zelf begrip
- Richten op milder maken van te strenge super ego eisen of te hoog ego ideaal.
- Ter discussie stellen van super ego eisen of verwachtingen
- Opwaartse interpretaties.
- Proberen een hoger bespreekniveau te bereiken als dat passend is.

Te weinig verandering wordt bevorderd door:

- Te hard werken door de therapeut
- Emoties laten liggen of aan voorbijgaan.
- Te voorzichtig zijn, volgen maar geen verdieping bereiken
- Te veel vragen, te weinig rust en stiltes hanteren.
- De patiënt gerust stellen of complimenteren over niet adaptief gedrag
- Te veel begrip hebben voor de afweer, met name rationalisaties en externalisaties

High level borderline structuur

- Versterken van ego-functies: bevorderen van rijpe afweer & coping.
- Verbeteren van object relationeel functioneren.
- Zelfbeheersing en regulatie van emotie bevorderen: “Ik begrijp dat u woedend bent, hoe zou u dit op een passende manier met uw baas/ partner etc kunnen bespreken?”
- Nieuwe en wenselijke gevoelens of perspectieven oproepen: “Zitten er ook goede kanten aan?”, “Was er behalve boosheid ook ander gevoel? “ Wat voelt u nog meer als we het er zo over hebben?”
- Zwart-wit voelen en denken ter discussie stellen: zijn er ook meerdere aspecten tegelijk waar, differentieren en ambivalentie normaliseren
- Onderscheid helpen maken tussen denken en voelen
- Leren verdragen van beperkingen/ grenzen in de realiteit.
- Proberen een hoger bespreekniveau te bereiken als dat passend is.

Te weinig verandering wordt bevorderd door:

- Te hard werken door de therapeut
- Te voorzichtig zijn, volgen maar geen verdieping bereiken en

Copyright maart 2020 © (Instrument in ontwikkeling). Het is zonder uitdrukkelijke, schriftelijke toestemming van de auteurs (M.Vroegop, M.Hendriksen, R.M. Kortrijk, H.L. Van, J.J.M. Dekker en M.K. van Dijk) niet toegestaan (onderdelen van) deze vragenlijst op enigerlei wijze te kopiëren of te verspreiden. Neem voor meer informatie contact op met M.K. van Dijk, Dimencegroep, m.vandijk@dimence.nl

- Te actief zijn verbaal, teveel vragen, te weinig rust en stiltes hanteren.
- De patiënt gerust stellen of complimenteren.
- Negatieve of boze gevoelens van de therapeut zijn merkbaar in de manier van interveniëren.
- Afhankelijkheid van therapeut te veel laten bestaan
- Positieve gevoelens zijn teveel in de therapeutische relatie waardoor er een idealiserende therapeutische relatie ontstaat waarbij andere kanten niet meer gezien of niet meer besproken worden.
- Te weinig anticiperen op het naderende afscheid (geldt zowel voor het afscheid in de zitting als voor het afscheid einde behandeling).

Low level borderline structuur

- Mentaliserend vermogen bevorderen.
- Grenzen bespreken met patiënt in de therapeutische relatie.
- Grenzen bespreken t.o.v. anderen
- Arousal en angst reguleren als dat te hoog is.
- Transparant en actief aanwezig zijn in het contact, geen lange stiltes die niet verdragen kunnen worden.
- Korte en eenvoudige zinnen.
- Een niet wetende houding hebben.
- Patiënt leren niet gelijk te handelen maar proberen te begrijpen.
- Versterken van ego-functies: bevorderen van rijpe afweer & coping.
- Verbeteren van object relationeel functioneren.
- Zelfbeheersing en regulatie van emotie bevorderen: “Ik begrijp dat u woedend bent, hoe zou u dit op een passende manier met uw baas/ partner etc kunnen bespreken?”
- Nieuwe en wenselijke gevoelens of perspectieven oproepen: “Zitten er ook goede kanten aan?”, “Was er behalve boosheid ook ander gevoel? “ Wat voelt u nog meer als we het er zo over hebben?”
- Zwart-wit voelen en denken ter discussie stellen: zijn er ook meerdere aspecten tegelijk waar, differentiëren en ambivalentie normaliseren
- Onderscheid helpen maken tussen doen, denken en voelen
- Onderscheid maken tussen eigen opvattingen/gevoelens en opvattingen/gevoelens van anderen
- Leren verdragen van beperkingen/ grenzen in de realiteit.
- Proberen een hoger bespreekniveau te bereiken als dat passend is.

Regressie bevorderend bij deze patiënten groep kan zijn:

- De angst te hoog te laten oplopen of te lang laten voortduren.
- Te weinig zichtbaar of transparant zijn in het contact.
- De patiënt te veel gerust stellen of adviseren.
- Reageren vanuit projectieve identificatie en/of tegenoverdracht
- Meegaan in de feitelijke waarheid of in de equivalentie.

- Te weinig anticiperen op het naderende afscheid (geldt zowel voor het afscheid in de zitting als voor het afscheid einde behandeling).

Psychotische structuur

- Mentaliserend vermogen bevorderen
- Onderscheid helpen maken tussen buiten en binnenwereld.
- Onderzoeken hoe een bepaalde mate van contact toch mogelijk is ondanks de angst en paranoia die zal blijven.
- Verdragen dat de intimiteit maar tot op zekere hoogte tot stand komt in de therapeutische relatie.
- Proberen een hoger bespreekniveau te bereiken als dat passend is.

Regressie bevorderend bij deze patiënten groep kan zijn:

- De angst te hoog te laten oplopen of te lang te laten voortduren.
- Te weinig zichtbaar of transparant zijn in het contact.
- Te intens het contact aangaan waardoor de angst teveel oploopt.
- De patiënt gerust stellen, adviseren of complimenteren.
- Meegaan in de feitelijke waarheid of in de equivalentie.
- Teveel intimiteit willen/eisen in de therapeutische relatie.
- Te weinig verdragen dat het afscheid geen grote impact op de patiënt heeft omdat het contact niet intens is aangegaan.

4. CARE

Het gaat hier om dat de therapeut minimaal 1 x een situatie die relevant is voor het focus, CARE uitvraagt en bespreekt. Het gaat niet om de hoeveelheid maar om de kwaliteit van het CARE uitvragen van een relevante gebeurtenis.

Concreet.

Situaties die de cliënt inbrengt moeten als het ware als een film in de kamer worden gebracht. Dat doet de therapeut door ervoor te zorgen dat hij de film voor zich gaat zien door op detail niveau de situatie uit te vragen; Met wie, waar, hoe, en wat heeft de client vervolgens gedaan.

Actueel.

Het moet gaan over 'het hier en nu'. Niet over vroeger en toen maar over het hier en nu. Als vroegere ervaringen besproken worden gaat het om de betekenis in het hier en nu.

Relationeel.

Copyright maart 2020 © (Instrument in ontwikkeling). Het is zonder uitdrukkelijke, schriftelijke toestemming van de auteurs (M.Vroegop, M.Hendriksen, R.M. Kortrijk, H.L. Van, J.J.M. Dekker en M.K. van Dijk) niet toegestaan (onderdelen van) deze vragenlijst op enigerlei wijze te kopiëren of te verspreiden. Neem voor meer informatie contact op met M.K. van Dijk, Dimencegroep, m.vandijk@dimence.nl

Het moet gaan over een situatie met daarin externe interpersoonlijke relaties, interne interpersoonlijke relaties en/of intrapersonlijke relaties. Met andere woorden: relaties met de aanwezige ander, relatie met de afwezige ander of relaties met jezelf. *Emotioneel.*

Welke emoties er gevoeld werden of worden in de situatie of in het hier en nu; bang, blij, boos, verdrietig enz.

5. Therapeut houdt de focus op het passende bespreekniveau

Passende voorbeelden op:

Niveau 1: Het gaat voornamelijk over klachten, stemmingswisselingen of de omslag naar een depressie en wat kan iemand doen om zich een beetje beter te voelen (zonder adviezen te geven, het in te vullen of opdrachten te geven).

Niveau 2: Explorerende vragen naar het verband tussen levensomstandigheden, gevoelens (die meestal niet gevoeld worden) en somberheid. Het onderwerp kan per zitting verschillen, afhankelijk van waar de patiënt zelf mee komt, maar de therapeut probeert steeds een zelfde soort thema of focus te vinden die de verschillende (soms ogenschijnlijk uiteenlopende gebeurtenissen) met elkaar verbindt.

Niveau 3: Explorerende en CARE interventies gericht op het exploreren van het focus aan de hand van de interpersoonlijke thematiek die de patiënt inbrengt. Ook hiervoor geldt dat het onderwerp per zitting kan verschillen, afhankelijk van waar de patiënt zelf mee komt, maar de therapeut probeert steeds de verschillende (soms ogenschijnlijk uiteenlopende interpersoonlijke gebeurtenissen) te verbinden met het focus, met het (niet) gevoelde, afgeweerde of afgesplitste gevoel, en de somberheid.

Niveau 4: Explorerende vragen gericht op het ontdekken van een interpersoonlijk patroon in de verschillende hiervoor besproken interpersoonlijke problemen of gebeurtenissen, de relatie met het (niet) gevoelde, afgeweerde of afgesplitste gevoel, en de somberheid.

Niveau 5: Explorerende, ego sparende, steungevende vragen naar het eigen aandeel van de patiënt in het interpersoonlijk patroon. Meestal op dit niveau komt een patiënt zelf met de vraag hoe het nou zo komt dat hij of zij telkens enz... Als dat niet komt, komt het uiterst nauw om voorzichtig te vragen hoe dat nou steeds zo komt en wat het eigen aandeel zou kunnen zijn. Relatie met stemming moet steeds worden gelegd.

Niveau 6: Explorerende vragen naar hoe het komt dat het patroon uit niveau 5 zo gekomen is vanuit de gedachte dat niemand zo geboren is. Hier krijgt het verleden dat in het heden nog actief is, voor het eerst echt een plaats en ruimte. Relatie met stemming moet steeds worden gelegd.

Copyright maart 2020 © (Instrument in ontwikkeling). Het is zonder uitdrukkelijke, schriftelijke toestemming van de auteurs (M.Vroegop, M.Hendriksen, R.M. Kortrijk, H.L. Van, J.J.M. Dekker en M.K. van Dijk) niet toegestaan (onderdelen van) deze vragenlijst op enigerlei wijze te kopiëren of te verspreiden. Neem voor meer informatie contact op met M.K. van Dijk, Dimencegroep, m.vandijk@dimence.nl

Niveau 7: Explorerende vragen naar hoe de patiënt gegeven de uitkomst van niveau 5 en 6, met zichzelf omgaat en hoe dat effect heeft op zijn stemming. Relatie met stemming moet steeds worden gelegd.

6. Is er sprake van merkbare verstorende emoties of uitingen van de therapeut die de therapeutische relatie negatief beïnvloeden?

Voorbeelden van mogelijke irritatie bij de therapeut:

- Almaar doorvragen als een interview
- Geen rust of pauzes
- Eigen mening over de problematiek te veel op de voorgrond stellen cq te veel overtuigen
- Tempo (te) hoog
- Ja maar of dat bedoel ik niet of ik wil nog even terug naar ...
- Te strenge kaders stellen
- Onaardig zijn
- Vragen van de patiënt niet onderzoeken op de betekenis maar afdoen op face value
- Zonder uitwerking van onderwerp veranderen

Voorbeelden van mogelijk teveel positieve gevoelens bij de therapeut:

- Patiënt niet voldoende begrenzen: door laten praten, niet op het focus richten, te gezellig babbelen
- Te snel meegaan in de waarheid van de patiënt
- Partij kiezen (dus het opgeven van de equidistantie)
- Meningen over anderen (die de therapeut niet kent) te veel valideren als waar
- Te weinig explorerend naar negatieve gevoelens of belevingen over een bepaalde gebeurtenis die samenhangt met het focus of met een breuk in de therapeutische relatie.