Persoonlijke vaardigheidstherapieën voor kansarmen

Citation for published version (APA):

Beckers, B. M. C. (1986). *Persoonlijke vaardigheidstherapieën voor kansarmen*. [Doctoral Thesis, Maastricht University]. Swets & Zeitlinger. <https://doi.org/10.26481/dis.19860502bb>

Document status and date:

Published: 01/01/1986

DOI:

[10.26481/dis.19860502bb](https://doi.org/10.26481/dis.19860502bb)

Document Version:

Publisher's PDF, also known as Version of record

Please check the document version of this publication:

- A submitted manuscript is the version of the article upon submission and before peer-review. There can be important differences between the submitted version and the official published version of record. People interested in the research are advised to contact the author for the final version of the publication, or visit the DOI to the publisher's website.
- The final author version and the galley proof are versions of the publication after peer review.
- The final published version features the final layout of the paper including the volume, issue and page numbers.

[Link to publication](#)

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

If the publication is distributed under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license above, please follow below link for the End User Agreement:

www.umlib.nl/taverne-license

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us at:

repository@maastrichtuniversity.nl

providing details and we will investigate your claim.

PERSOONLIJKE
VAARDIGHEIDSTHERAPIEEN
VOOR KANSARMEN

PERSOONLIJKE VAARDIGHEIDSTHERAPIEEN VOOR KANSARMEN

PROEFSCHRIFT

ter verkrijging van de graad van doctor
in de Sociale Wetenschappen
aan de Rijksuniversiteit Limburg te Maastricht,
op gezag van de Rector Magnificus, prof. dr. F.I.M. Bonke,
volgens het besluit van het College van Dekanen
in het openbaar te verdedigen in de Aula
van de Universiteit op vrijdag 2 mei 1986,
des namiddags om 16.00 uur

door

BARBARA MARIA CATHERINA BECKERS

geboren te Heugem, Maastricht

Promotor : Prof. Dr. J.J.C.B. Bremer
Co-promotor : Dr. R.J.M. Beekers

Referenten : Prof. Dr. R.W.F. Diekstra
Prof. Dr. H. Philipsen
Prof. Dr. M.A.J. Romme

Het onderzoek werd uitgevoerd in het kader van een samenwerkingsproject tussen de Rijksuniversiteit Limburg gevestigd te Maastricht, de RIAGG Maastricht en omstreken gevestigd te Maastricht, de RIAGG Oostelijke Mijnstreek gevestigd te Heerlen, en de Toneelacademie gevestigd te Maastricht.

CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK

Beckers, Barbara Maria Catherina

**Persoonlijke vaardigheidstherapieën voor kansarmen /
Barbara Maria Catherina Beckers. - Lisse : Swets &
Zeitlinger**

Onderzoek in het kader van een samenwerkingsproject tussen
de Rijksuniversiteit Limburg, de RIAGG Maastricht en
omstreken, de RIAGG Oostelijke Mijnstreek en de
Toneelacademie te Maastricht. - Proefschrift Maastricht.

- Met lit. opg. - Met samenvatting in het Engels.

ISBN 90-265-0707-0

SISO 607.29 UDC 615.851-052-058.14(043.3)

Trefw.: psychotherapie ; kansarmen.

Typewerk: Isel van Noppen

Omslag ontwerp H. Veltman

Gedrukt bij Offsetdrukkerij Kanters B.V., Alblasserdam

© Copyright 1986 B. Beckers en Swets & Zeitlinger

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

All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted, in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording, or otherwise, without the prior written permission of the publisher.

ISBN 90 265 0707 0

Inhoudsopgave	pagina
Inleiding	1
Deel I. Ontwikkeling van een serie persoonlijke vaardig- heidstherapieën voor kansarme geestelijke gezond- heidszorg cliënten	3
1. Gestructureerde vaardigheidstherapieën voor cliënten uit de lagere sociaal-economische klassen	3
1.1. Inleiding	3
1.2. Psychotherapie en sociaal-economische klasse	3
1.3. Recente ontwikkelingen in de psychotherapeutische hulp- verlening aan cliënten uit de lagere sociaal-econo- mische klassen	8
1.3.1. Stand van zaken in de Verenigde Staten	8
1.3.2. Stand van zaken in Nederland	9
1.3.3. Ontwikkelingen in Zuid-Limburg	12
1.4. Beschrijving van de door Goldstein ontworpen methode	13
1.4.1. De vaardigheden	14
1.4.2. Modeling	16
1.4.3. Gedragsoefening	18
1.4.4. Bekrachtiging	18
1.4.5. Transfertraining	19
1.5. De Maastrichtse variant	20
1.5.1. Ontwikkeling van een aangepast pakket vaardig- heden	20
1.5.2. Productie van video-programma's	21
1.5.3. Ontwikkeling van therapie-protocollen	22
1.5.4. Bandura's "self-efficacy" theorie als theoretisch verklaringsmodel	24
1.5.5. Effectiviteit van de Maastrichtse variant	24
1.6. Persoonlijke vaardigheidstherapieën	25

2. Beschrijving van de wijze waarop de inhoud van de persoonlijke vaardigheidstherapieën werd bepaald	26
2.1. Inleiding	26
2.2. Goldstein's ontwerp	26
2.3. De in Maastricht ontwikkelde serie persoonlijke vaardigheden	28
2.3.1. "Dagelijkse problemen aanpakken"	28
2.3.2. "Veranderingen aanpakken"	43
2.3.3. "Beslissingen nemen"	47
2.3.4. "Informatie verzamelen"	52
3. Beschrijving van de wijze waarop de persoonlijke vaardigheidstherapieprogramma's worden uitgevoerd	55
3.1. Inleiding	55
3.2. Operationalisatie van de basiscomponenten uit Goldstein's methode	55
3.2.1. Modeling	57
3.2.1.1. Video-modeling	57
3.2.1.2. Modeling in levende lijve	59
3.2.2. Gedragsoefening	60
3.2.2.1. Gedragsoefening met behulp van standaard-situaties	61
3.2.2.2. Schriftelijke gedragsoefening	63
3.2.2.3. Anticiperende gedragsoefening	63
3.2.2.4. Reconstruerende gedragsoefening	65
3.2.2.5. Gedragsoefening in spelvorm	66
3.2.3. Bekrachtiging	66
3.2.3.1. Bekrachtiging door relevante anderen	67
3.2.3.2. Zelfbekrachtiging	68
3.2.4. Transfertraining	68
3.2.4.1. Huiswerkopdrachten	69
3.2.4.2. Huiswerkboekjes	70
3.2.4.3. Bepaling van "herinneringssignalen"	71
3.3. Indicaties voor deelname	71
3.3.1. "Dagelijkse problemen aanpakken"	73
3.3.2. "Veranderingen aanpakken"	73
3.3.3. "Beslissingen nemen"	74
3.3.4. "Informatie verzamelen"	74

3.4. Algemene richtlijnen voor therapeuten	75
3.5. De relatie tussen persoonlijke en interpersoonlijke vaardigheidstekorten	76
3.6. "Impliciete" leerpunten	77
3.7. Protocollen voor therapeuten	77
4. Plaats van de persoonlijke vaardigheidstherapieën à la Goldstein in het totale veld van de cognitieve gedrags- therapie	78
4.1. Inleiding	78
4.2. Beknopte inhoudelijke typering van de cognitieve gedragstherapie	78
4.3. De cognitieve gedragstherapie ingedeeld in drie categorieën	80
4.3.1. Cognitieve herstructurering	81
4.3.2. Coping-skills-therapieën	83
4.3.3. Problem-solving-therapieën	84
4.4. De persoonlijke vaardigheidstherapieën à la Gold- stein als een vorm van cognitieve gedragstherapie	85
4.5. Kanttekeningen bij de cognitieve ontwikkelingen in de gedragstherapie	87
Deel II. Theoretische aspecten	89
5. Algemeen theoretische ontwikkelingen en hun implicaties voor vaardigheidstherapieën	89
5.1. Inleiding	89
5.2. De opkomst van cognitieve verklaringsmodellen ten aanzien van de wijze waarop leerprocessen verlopen in vogelvlucht beschreven	90
5.3. Keuze van 3 relevante verklaringsmodellen	96
5.3.1. Het cognitief sociaal-leertheoretisch model van Rotter	97
5.3.1.1. Beschrijving van het model	97
5.3.1.2. Implicaties voor vaardigheidstherapieën	101

5.3.2. Het cognitief sociaal-leertheoretisch model van Bandura	102
5.3.2.1. Beschrijving van het model	102
5.3.2.2. Implicaties voor vaardigheidstherapieën	104
5.3.3. Het stressmodel van Lazarus	106
5.3.3.1. Beschrijving van het model	107
5.3.3.2. Relevantie ten aanzien van vaardigheids-therapieën	110
5.4. Constructie van een geïntegreerd cognitief sociaal-leer-theoretisch model	111
5.5. De uitvoering van de vaardigheidstherapieën à la Goldstein beschreven vanuit een cognitief sociaal-leer-theoretisch perspectief	113
5.5.1. Verhoging en generalisatie van de persoonlijke competentie-verwachtingen	115
5.5.2. Optimalisering van de respons-uitkomst-verwachtingen	116
 Deel III. Empirisch onderzoek naar de effecten van persoonlijke vaardigheidstherapieën bij kansarme geestelijke gezondheidszorg cliënten	 118
 6. Ontwikkeling van een evaluatie-instrument	 118
6.1. Inleiding	118
6.2. Literatuuroverzicht	118
6.3. Constructie van de items	124
6.4. Opzet van het onderzoek naar de psychometrische eigenschappen van de DH-lijst	125
6.4.1. Proefgroep en procedure	125
6.4.2. Resultaten factor-analyse	126
6.4.2.1. DH-subschaal 1. "Vertrouwen in eigen probleemoplossingsvaardigheid"	128
6.4.2.2. DH-subschaal 2. "Plannen maken en vooruit denken"	128
6.4.2.3. DH-subschaal 3. "Consequent handelen"	129
6.4.3. Betrouwbaarheid en stabiliteit van de 3 subschalen	130
6.4.4. Correlaties tussen de 3 DH-subschalen onderling	131

6.4.5. Bepaling van de divergerende validiteit	131
6.4.6. Invloed van demografische variabelen op de vragenlijstscores	138
6.5. Samenvatting en conclusies ten aanzien van de DH-lijst	140
7. Effecten van persoonlijke vaardigheidstherapieën	142
7.1. Inleiding	142
7.2. Opzet van effectiviteitsonderzoek	142
7.3. Effectiviteitscriteria en meetinstrumenten	143
7.3.1. Uitbreiding van het "vertrouwen in eigen probleemoplossingsvaardigheid" (DH ₁)	144
7.3.2. Verandering ten aanzien van "plannen en vooruitdenken" (DH ₂)	144
7.3.3. Verandering ten aanzien van "consequent handelen" (DH ₃)	144
7.3.4. Verandering in locus of control	145
7.3.5. Vergroting van zelfwaardering	145
7.3.6. Vermindering van rigiditeit	145
7.3.7. Verandering in copingstijlen	146
7.4. Proefpersonen	146
7.4.1. Experimentele groep	146
7.4.2. Controlegroep	149
7.5. Dataverzameling	150
7.5.1. Wijze van dataverzameling	150
7.5.2. Tijdstippen van dataverzameling	151
7.6. Dataverwerking en resultaten	151
7.6.1. Effecten ten aanzien van "vertrouwen in eigen probleemoplossingsvaardigheid" (DH ₁)	152
7.6.2. Effecten ten aanzien van "plannen en vooruitdenken" (DH ₂)	153
7.6.3. Effecten ten aanzien van "consequent handelen" (DH ₃)	154
7.6.4. Effecten ten aanzien van locus of control	155
7.6.5. Effecten ten aanzien van zelfwaardering	156
7.6.6. Effecten ten aanzien van rigiditeit	158
7.6.7. Effecten ten aanzien van copingstijlen	159
7.6.8. Effecten bij herhaalde nameting na een jaar	160
7.7. Samenvatting	161

Deel IV. Conclusies en discussie	164
8. Conclusies en discussie	164
8.1. Inleiding	164
8.2. Psychotherapie met cliënten uit de lagere sociaal-economische klassen	164
8.3. Persoonlijke en interpersoonlijke vaardigheidstherapieën	165
8.4. De cognitieve ontwikkelingen in de gedragstherapie	167
8.5. Het geïntegreerd cognitieve sociaal-leertheoretische model	169
8.6. Het effectiviteitsonderzoek	172
8.7. De wijze waarop de persoonlijke vaardigheidstherapieën worden uitgevoerd	174
Samenvatting	178
Summary	184
Literatuur	190
Bijlage I. Protocol voor de vaardigheid "Dagelijkse problemen aanpakken"	210
II. Protocol voor de vaardigheid "Veranderingen aanpakken"	224
III. De DH-lijst	233
IV. Biografische gegevens proefgroep onderzoek DH-lijst	238
Nawoord	239
Curriculum vitae	240

"Psychotherapy is most effective for those who need it the least and least effective for those who need it the most" (Goldberg, 1966).

"Die Trennung von Gesellschaft und Psyche ist falsches Bewusstsein: sie verewigt kategorial die Entzweiung des lebendigen Subjects und der von ihnen herrührende objectivität" (Adorno, 1955).

Sinds 1977 stelt het Maastrichtse Goldsteinproject zich ten doel een bijdrage te leveren aan de psychotherapeutische hulpverlening aan cliënten uit de lagere sociaal-economische klassen: de kansarmen in de geestelijke gezondheidszorg. In 1976 introduceerde de door de Nederlandse Instituten voor Multidisciplinaire Psychotherapie (afgekort IMP-en) opgerichte Stuurgroep Maatschappelijke Spreiding het begrip LIBO-client als formele omschrijving voor de (psycho)therapie-client, afkomstig uit de lagere sociaal-economische klassen. De term LIBO vormt de afkorting van Lager Inkomen, Beroepsstatus en Opleidingsniveau.

De projectgroep besloot een voor Nederland aangepaste versie te ontwikkelen van de "structured learning therapy". Deze door Arnold Goldstein (1973) ontworpen methode is gebaseerd op principes uit de sociale leertheorie (Bandura, 1966) en maakt gebruik van gedragstherapeutische procedures zoals modeling, gedragsoefening, (sociale) bekrachtiging en transfertraining. De Goldsteinmethode is een kortdurende, directieve groepstherapie gericht op het aanleren van hetzij interpersoonlijke, hetzij persoonlijke vaardigheden. De gehanteerde psychotherapeutische leermethode sluit aan aan de levensstijl, behoeften, gedragskenmerken en psychologische eigenschappen van cliënten afkomstig uit de lagere sociaal-economische klassen.

De eerste fase van het project betrof de ontwikkeling en evaluatie van een reeks interpersoonlijke vaardigheidstherapieën, zoals beschreven in "Interpersoonlijke vaardigheidstherapieën voor kansarmen" (Beekers 1982).

De tweede fase, waarvan verslag wordt gedaan in deze studie, had betrekking op de ontwikkeling en evaluatie van een serie persoonlijke vaardigheidstherapieën voor dezelfde doelgroep.

Het proefschrift dat nu voor u ligt, is uit vier delen opgebouwd. Deel I beschrijft de ontwikkeling van een serie persoonlijke vaardigheidstherapieën voor cliënten uit de lagere sociaal-economische klassen. Deel I omvat hoofdstuk 1 tot en met 4.

Hoofdstuk 1 beschrijft de ontwikkeling van de "structured learning therapy" (A. Goldstein, 1973) als mogelijk antwoord op de alom te constateren problemen in de psychotherapeutische hulpverlening aan cliënten uit de lagere sociaal-economische klassen. Ook wordt de door de Maastrichtse Goldsteinprojectgroep ontwikkelde variant op deze methode beschreven. Hoofdstuk 2 besteedt aandacht aan de wijze waarop de inhoud van de serie persoonlijke vaardigheidstherapieën tot stand kwam. In hoofdstuk 3 wordt beschreven op welke wijze de persoonlijke vaardigheidstherapie-programma's worden uitgevoerd. Hoofdstuk 4 geeft aan wat de plaats is van de persoonlijke vaardigheidstherapieën in het totale veld van de cognitieve gedragstherapeutische interventies.

Deel II, hoofdstuk 5, besteedt aandacht aan relevante theoretische ontwikkelingen. De implicaties van cognitief sociaal-leertheoretische verklaringsmodellen voor vaardigheidstherapieën à la Goldstein worden uitvoerig beschreven.

Deel III, hoofdstuk 6 en 7, vormt het verslag van een empirisch onderzoek naar de effecten van persoonlijke vaardigheidstherapieën bij vier subgroepen geestelijke gezondheidszorg-clienten, afkomstig uit de lagere sociaal-economische klassen.

In deel IV, hoofdstuk 8, is er ruimte voor conclusies en discussie. In dit hoofdstuk worden de belangrijkste topics uit dit proefschrift samengevat en van discussie voorzien.

Het proefschrift eindigt met een samenvatting, een literatuuroverzicht, een viertal bijlagen en een nawoord en is voorzien van een curriculum vitae van de auteur.

DEEL I. ONTWIKKELING VAN EEN SERIE PERSOONLIJKE VAARDIGHEIDSTHERAPIEËN VOOR KANSARME GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG CLIENTEN

HOOFDSTUK 1. GESTRUCTUREERDE VAARDIGHEIDSTHERAPIEËN VOOR CLIENTEN UIT DE LAGERE SOCIAAL-ECONOMISCHE KLASSEN

1.1. INLEIDING

In dit hoofdstuk zal worden ingegaan op de psychotherapeutische hulpverlening aan cliënten uit de lagere sociaal-economische klassen. De door Goldstein (1973) ontwikkelde, speciaal op de psychologische eigenschappen en specifieke leerstijl van deze doelgroep afgestemde "structured learning therapy" wordt beschreven. Vervolgens wordt aandacht besteed aan de wijze waarop deze methode werd uitgewerkt door de Maastrichtse Goldsteinprojectgroep. Tot slot wordt een eerste omschrijving gegeven van het onderzoeksobject van dit proefschrift: de persoonlijke vaardigheidstherapieën.

1.2. PSYCHOTHERAPIE EN SOCIAAL-ECONOMISCHE KLASSE*

Uit de literatuur blijkt dat er specifieke relaties bestaan tussen sociaal-economische variabelen en indicaties voor psychotherapie (Goldstein, 1973; Lorion, 1973; Jones, 1974). In vergelijking met cliënten uit de midden en hogere klassen worden cliënten uit de lagere klassen gekenmerkt door het feit dat ze

- vaker niet geschikt worden geacht voor psychotherapeutische behandeling;
- langer op de wachtlijst blijven staan;

* Over dit onderwerp werd eerder gepubliceerd: zie Beekers, Beckers, Bongaarts en Peters, 1980.

- meer kans maken op een ernstiger ziekte-label;
- een minder hechte relatie aangaan met hun therapeut;
- vaker voortijdig met de behandeling stoppen;
- er verwachtingen op na houden met betrekking tot therapie en therapeut, die niet overeenkomen met de verwachtingen die de therapeut daaromtrent heeft;
- vaker toegewezen worden aan de minst ervaren therapeuten;
- bij voorbaat een slechtere prognose krijgen;
- zelf niet veel vertrouwen hebben in een positief therapieresultaat.

Mensen uit de lagere sociaal-economische klassen maken nauwelijks gebruik van bestaande psychotherapeutische voorzieningen (Hollingshead en Redlich, 1958; Myers en Bean, 1968; Meltzoff en Kornreich, 1970; Gleiss, Seidel en Abholz, 1973; Goldstein, 1973).

Schofield (1964) onderscheidt twee verschillende typen psychotherapie cliënten: mister Yavis en mister Hound. De term mister Yavis verwijst naar de door de meeste psychotherapeuten als ideaal ervaren psychotherapiecliënten. Yavis vormt de afkorting voor young, attractive, verbal, intelligent, successful. Mister Yavis is het prototype van de cliënt uit de midden en/of hogere sociaal-economische klassen. De afkorting mister Hound typeert de cliënt uit de lagere sociaal-economische klassen. Hij is humble, ordinary, unattractive, naughty en dull. Lorion (1973) constateert dat cliënten uit de lagere sociaal-economische klassen veelal bij voorbaat al ongeschikt worden geacht voor psychotherapeutische behandeling. Brager (1964) constateert eveneens problemen in de psychotherapeutische hulpverlening aan cliënten uit de lagere sociaal-economische klassen. Hij wijt deze problemen aan verschillen in verwachtingspatroon c.q. opstelling tussen therapeut en cliënt. Deze verschillen zijn weergegeven in tabel 1.1.

Tabel 1.1. Verschillen in verwachtingspatroon tussen therapeut en client

therapeut:	client:
<ul style="list-style-type: none"> - legt nadruk op zelf doen, zelf-verantwoordelijkheid. Zijn leuzen zijn: "Verander jezelf. Neem zelf de verantwoordelijkheid voor de oplossing van je problemen". - gericht op introspectie: denken en woorden. - werkt ongestructureerd; is zeer permissief. - nadruk op ervaringen uit het verleden. - focus op het individu. - nadruk op innerlijk conflicten: analyse van overdrachts- en weerstands- fenomenen. - verklaringen zijn symbolisch, cirkelvormig. - intensieve overdrachts- en tegenoverdrachtsrelaties. 	<ul style="list-style-type: none"> - vraagt om een autoriteit die directieven geeft. - extrospectief: voorkeur voor doen, activiteit. - wenst structuur. - nadruk op situaties van nu. - focus op gezin, familie, groep. - nadruk op concrete levensproblemen. - verklaringen zijn eenvoudig, concreet, objectief en vanzelfsprekend. - behoefte aan minder intensieve relaties; behoefte aan informele vriendelijkheid en respect; behoefte aan empathie.

Auld en Myers (1954), Frank e.a. (1957), Rosenthal en Frank (1958), Bailey e.a. (1959), Cole e.a. (1962), Baekeland en Lundwall (1975) toonden empirisch aan dat cliënten uit de lagere sociaal-economische klassen hun psychotherapieën vaker voortijdig beëindigen dan cliënten uit de midden en/of hogere klassen.

De tot nu toe aangehaalde literatuur bevestigt dat de psychotherapeutische hulpverlening aan cliënten uit de lagere sociaal-economische klassen veelal problematisch verloopt (zie ook Lorion, 1978). Deze bevinding staat op gespannen voet met het gegeven dat psychische problemen en stoornissen relatief vaker voorkomen in de lagere sociaal-economische klassen (Hollingshead en Redlich, 1958; Srole, Langer, Michael, Opler en Rennie, 1962; Dohrenwend en Dohrenwend, 1969). Nijhof (1979) en Ormel (1981) toonden aan dat ook in Nederland geldt dat psychische stoornissen vaker voorkomen in de lagere sociaal-economische klassen.

Ormel (1981) komt tot de conclusie dat voor lager geschoolden geldt dat er zowel sprake is van een zwaardere belasting alsook van een ge-

ringere belastbaarheid. Nijhof (1979) concludeert dat de wijze waarop men in een bepaalde samenleving sociale stratificatie en de daarmee samenhangende ongelijkheid in levensomstandigheden interpreteert, van invloed is op de psychische gezondheid van de individuen die tot de laagste strata behoren. Interpretatie van sociale stratificatie en de daarmee samenhangende ongelijkheid in levensomstandigheden in termen van persoonlijke problemen, vergroot zijn inziens de kans op het tot stand komen van psychische stoornissen. Deze auteur is dus van mening dat individualisering c.q. subjectivering van maatschappelijke bepaalde problemen van invloed is op het tot stand komen van psychische stoornissen.

De relevante literatuur overziend, kan men verschillende opvattingen onderscheiden over de wijze waarop men de problemen in de psychotherapeutische hulpverlening aan cliënten uit de lagere sociaal-economische klassen kan verklaren.

Een aantal auteurs is van mening dat de negatieve houding - stereotypen en vooroordelen - van psychotherapeuten ten aanzien van cliënten uit de lagere sociaal-economische klassen in dit opzicht een belangrijke rol spelen (Heine en Trosman, 1960; Meltzoff en Kornreich, 1970; Lorion, 1973, 1974a, 1974b, 1978). Anderen concluderen dat de negatieve verwachtingen van de cliënt in deze de meest adequate verklaring vormen (Hollingshead en Redlich, 1958; Overall en Aronson, 1963; Aronson en Overall, 1966). Lorion (1974b) draagt op zijn beurt echter weer onderzoek aan dat met laatstgenoemde conclusie in strijd blijkt. Hij is van mening dat de verwachtingen van cliënten uit de lagere sociaal-economische klassen ten aanzien van psychotherapie in de loop van de tijd steeds adequater en realistischer zijn geworden tengevolge van informatieverstrekking via televisie, film, radio en populaire pers (vgl. de protoprofessionaliseringstheorieën van A. de Swaan, 1979) en dat deze verklaring zodoende niet langer opgaat. Brager (1964) is van mening dat de problemen verklaard moeten worden vanuit de interactie therapeut-client. Bij interacties tussen twee individuen afkomstig uit uiteenlopende sociaal-economische klassen spelen verschillen in houding en verwachtingspatronen een belangrijke rol. De auteur is van mening dat dergelijke verschillen aanleiding (kunnen) geven tot proble-

men in de werkrelatie die tussen therapeut en cliënt tot stand dient te komen. Minuchin (1967), Ryan (1972), Goldstein (1973), Minuchin (1973) zijn van mening dat er, wat de psychotherapeutische hulpverlening aan cliënten uit de lagere klassen betreft, vooral sprake is van een methodiek probleem: bestaande methodes - met name psycho-analytisch geïntereerd en Rogeriaans - sluiten op geen enkele wijze aan bij de levensstijl, kenmerken, behoeften en psychologische eigenschappen van cliënten afkomstig uit deze klassen.

De tot nu toe besproken literatuur illustreert dat de problemen in de psychotherapeutische hulpverlening aan cliënten uit de lagere sociaal-economische klassen op verschillende wijzen verklaard kunnen worden. Verschillende soorten verklaringen geven aanleiding tot verschillende soorten oplossingen. De voorgestelde oplossingen betreffen uiteenlopende aspecten van een en hetzelfde probleem. De in dit opzicht relevante variabelen kan men globaliter in vijf categorieën verdelen, te weten:

- a. variabelen die de houding, opvattingen, verwachtingen en persoonlijkheid van de therapeut betreffen,
- b. variabelen die de houding, opvattingen, verwachtingen en persoonlijkheid van de cliënt betreffen,
- c. variabelen die de interactie tussen therapeut en cliënt betreffen,
- d. variabelen die de levensomstandigheden en sociale positie van de cliënt betreffen,
- e. variabelen die de door de psychotherapeut gehanteerde methodiek betreffen.

Het gaat er niet om verdere pogingen te doen het relatieve belang van elk van deze variabelen afzonderlijk vast te stellen en tegen elkaar af te wegen. Veel belangrijker is dat men effectieve en pragmatische oplossingen voor de geconstateerde problemen ontwikkelt en op hun effectiviteit toetst.

1.3. RECENTE ONTWIKKELINGEN IN DE PSYCHOTHERAPEUTISCHE HULPVERLENING AAN CLIENTEN UIT DE LAGERE SOCIAAL-ECONOMISCHE KLASSEN

1.3.1. Stand van zaken in de Verenigde Staten

In 1978 constateert Lorion in een door hem geschreven overzichtsartikel dat het duidelijk is dat cliënten uit de lagere sociaal-economische klassen te weinig aan bod komen in de psychotherapeutische hulpverlening. Hij stelt dat het zoeken naar effectieve oplossingen voor de in dit opzicht te constateren problemen momenteel de hoogste prioriteit verdient. Net als Heine en Trosman (1960), Reiff en Scribner (1964), Riessman (1964), Riessman e.a. (1964), Schneiderman (1965), Grey (1969), Rubin (1976) is Lorion van mening dat men bij het zoeken naar oplossingen rekening moet houden met de typische levensstijl, kenmerken, behoeften en psychologische eigenschappen van deze groep mensen.

In de Amerikaanse literatuur kan men 4 soorten oplossingen onderscheiden:

- a. Pogingen de cliënt uit de lagere klasse beter voor te bereiden op psychotherapie. Deze voorbereiding kan op verschillende manieren gebeuren. Er kan sprake zijn van directe instructies, informatieve gesprekken en/of inoefening van adequaat therapiegedrag. Heitler (1973, 1976) is van mening dat een betere voorbereiding op psychotherapie de behandelingsresultaten bij cliënten uit de lagere sociaal-economische klassen kan verbeteren.
- b. Pogingen de stereotypen en vooroordelen van psychotherapeuten ten aanzien van cliënten uit de lagere sociaal-economische klassen te doen verdwijnen. Jacobs, Charles, Jacobs, Weinstein en Mann (1972) toonden aan dat het doorbreken van negatieve verwachtingen en attitudes van psychotherapeuten vooraf aan behandeling, positievere behandelingsresultaten tot gevolg heeft.
- c. Pogingen de psychotherapeutische methodieken aan te passen aan de psychologisch relevante kenmerken van cliënten uit de lagere sociaal-economische klassen. In dit opzicht kan men in de literatuur twee verschillende opvattingen onderscheiden.

Enerzijds de auteurs die van mening zijn dat bestaande methodieken - waaronder ook de psychoanalytische benadering - bruikbaar kunnen zijn in het psychotherapeutisch werk met cliënten uit de lagere klassen (Gould, 1967; Lerner, 1972; Gleiss, Seidel en Abholz, 1973). Deze auteurs maken daarbij de kanttekening dat men deze technieken dan wel in een aantal pragmatische opzichten - waaronder frequentie en plaats van de zittingen zowel als totale duur van de behandeling en kostenfactor - dient aan te passen aan de levensstijl en daarmee samenhangende mogelijkheden en beperkingen van de doelgroep.

Anderzijds de auteurs die van mening zijn dat bestaande op inzicht gebaseerde methodes niet geschikt zijn voor het psychotherapeutisch werk met cliënten uit de lagere sociaal-economische klassen (Minuchin, 1967; Ryan, 1972; Goldstein, 1973). Deze auteurs zijn van mening dat men nieuwe psychotherapeutische technieken dient te ontwikkelen, speciaal aangepast aan de levensstijl, maatschappelijke omstandigheden en psychologische kenmerken van bedoelde cliëntgroep.

- d. Psychotherapeutische hulpverlening door para-professionals afkomstig uit dezelfde klasse (Cowen, 1973; Sobey, 1970).

Uit de literatuur blijkt (Lorion, 1978) dat elk van deze pogingen tot oplossing van de geconstateerde problemen positieve resultaten oplevert. De beschikbare literatuur geeft geen aanwijzingen voor mogelijke superioriteit van een van deze benaderingen.

1.3.2. Stand van zaken in Nederland

In de zeventiger jaren was er, wat de geestelijke gezondheidszorg betreft, sprake van een toenemende belangstelling voor de psychotherapeutische hulpverlening aan cliënten uit de lagere sociaal-economische klassen. Deze belangstelling liep parallel aan een algemene trend in onderwijs en welzijnszorg meer aandacht te besteden aan mensen in zgn. achterstandssituaties.

Het merendeel van de in 1.2. en 1.3. aangehaalde literatuur heeft be-

trekking op de Amerikaanse situatie. In deze literatuur wordt het begrip lagere sociaal-economische klasse geoperationaliseerd op de door Hollingshead en Redlich (1958) voorgestelde wijze. De indicatoren met behulp waarvan bepaald wordt tot welke klasse men behoort zijn opleiding, beroep en inkomensniveau.

In 1976 introduceerde de door de Nederlandse Instituten voor Multidisciplinaire Psychotherapie (afgekort IMP-en) opgerichte Stuurgroep Maatschappelijke Spreiding het begrip LIBO-client als formele omschrijving voor de (psycho)therapie-client afkomstig uit de lagere sociaal-economische klassen. Bij deze omschrijving worden dezelfde indelingscriteria gehanteerd als door Hollingshead en Redlich (1958), aangepast aan de in Nederland vigerende maatschappelijke verhoudingen. De term LIBO vormt de afkorting van Lager Inkomen, Beroepsstatus en Opleidingsniveau. Lager inkomen verwijst naar een bruto-inkomen beneden de ziekenfondsgrens. Het normbedrag voor deze grens is de laatste 10 jaar sterk verhoogd. Voor 1984 bedroeg deze grens f 47.850,- bruto per jaar. Lagere beroepsstatus houdt in dat men werkzaam is als arbeider of als lagere employè. Lager onderwijsniveau impliceert lager onderwijs plus maximaal 3 jaar vervolgonderwijs.

Op basis van beschikbare gegevens kwam de bovengenoemde Stuurgroep in 1976 tot de inschatting dat de totale werkende bevolking van Nederland voor 35 à 45% uit LIBO's bestaat. Ook kwam men tot de conclusie dat LIBO's ondervertegenwoordigd waren in het cliëntenbestand van de eerder genoemde IMP-en*. Van de IMP-clienten bleek slechts 3 à 4% tot de LIBO-categorie te behoren.

Door Hollingshead en Redlich (1958) en Lorion (1973, 1978) wordt de totale groep cliënten afkomstig uit de lagere sociaal-economische klassen in twee subgroepen verdeeld, te weten de "blue collar workers" en "the poor". De eerder genoemde Nederlandse Stuurgroep doet geen uitspraken over een dergelijke onderverdeling. De indruk bestaat dat

* Ten gevolge van structuurveranderingen in de geestelijke gezondheidszorg - de zogenaamde RIAGG-vorming - zijn de IMP-en inmiddels opgeheven en zijn er OEP-en (Organisatorische Eenheden voor Psychotherapie) in elke RIAGG gevormd. RIAGG vormt de afkorting voor Regionale Instellingen Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg.

er ook in Nederland sprake is van een dergelijke tweedeling, waarbij bovendien opgemerkt kan worden dat individuen behorend tot de alleraagste groep, vrijwel niet bij de bestaande instellingen voor geestelijke gezondheidszorg over de drempel komen.

De Stuurgroep Maatschappelijke Spreiding van de Psychotherapie koos, wat de psychotherapeutische behandeling van cliënten uit de lagere sociaal-economische klassen betreft, voor een zogenaamd "retro-discriminatoir" beleid. Dit betekent dat men ernaar streefde ongewenste sociale selectie-effecten, zoals die bij de psychotherapeutische behandeling van LIBO-clianten een rol spelen, ongedaan te maken. Men streefde positieve discriminatie van LIBO-clianten na. De Stuurgroep ging, in navolging van Gould (1967), Lerner (1972), Gleiss, Seidel en Abholz (1973), Willems (1976) uit van de vooronderstelling dat bestaande op inzicht georiënteerde psychotherapiemethodes bruikbaar kunnen worden gemaakt voor het psychotherapeutisch werk met cliënten uit de lagere klassen. De Stuurgroep beoogde bestaande stereotypen en vooroordelen met betrekking tot de psychotherapeutische hulpverlening aan deze doelgroep te doen verdwijnen.

Naast de door de Stuurgroep gepropageerde oplossingen kon men hier ten lande twee tendenzen in andere richting onderscheiden. Pijpe (1976) en Stufkens (1977) werkten voorbereidingsprogramma's uit die ten doel hadden cliënten uit de lagere sociaal-economische klassen beter voor te bereiden op psychotherapie. Van der Velden (1977), Beekers e.a. (1980), Meillo en Goedhart (1980) streefden ernaar psychotherapiemethodes te ontwikkelen, aangepast aan en afgestemd op de specifieke levensstijl, behoeften en psychologische kenmerken van deze doelgroep. Samenvattend kan men dus stellen dat men ten aanzien van de psychotherapeutische hulpverlening aan cliënten uit de lagere sociaal-economische klassen in Nederland globaal gezien dezelfde ontwikkelingen kan onderscheiden als in de Verenigde Staten, zij het met de uitzondering dat het psychotherapeutisch werk met para-professionals afkomstig uit dezelfde klasse in Nederland tot nog toe niet systematisch ontwikkeld werd.

1.3.3. Ontwikkelingen in Zuid-Limburg

Eind 1977 werd er in Maastricht een projectgroep geformeerd die bestond uit medewerkers van de Rijksuniversiteit Limburg, de RIAGG Maastricht en omstreken, de RIAGG Oostelijke Mijnstreek en de Toneel-academie Maastricht. Aanleiding tot de formatie van deze projectgroep vormde de bij beide RIAGG's gesignaleerde problemen in de psychotherapeutische hulpverlening aan cliënten uit de lagere sociaal-economische klassen.

Uit beschikbaar registratiemateriaal bleek dat voor de Maastrichtse RIAGG gold dat mindergeschoolden en mensen met lagere inkomens ruim vertegenwoordigd waren in het cliëntenbestand (Beekers, 1982). Gesprekken met hulpverleners verbonden aan deze instelling leidden tot de conclusie dat men behoefte had aan uitbreiding van beschikbare hulpverleningstechnieken. Men was van mening dat het ontwikkelen van een aan de eigenschappen en mogelijkheden van de cliënten uit de lagere sociaal-economische klassen aangepaste hulpverleningsmethodiek de kwaliteit van de hulpverlening aan deze cliëntgroep ten goede zou komen. Aansluitend aan deze behoefte, besloot de projectgroep een aan de doelgroep aangepaste psychotherapiemethode te gaan ontwikkelen. Het werk van Goldstein (1973) bleek in deze een adequaat uitgangspunt te kunnen vormen. De door deze auteur uitgewerkte psychotherapiemethode is gebaseerd op een zijns inziens fundamenteel verschil in leerstijl tussen mensen uit de midden en/of hogere klassen en mensen uit de lagere klassen.

Tabel 1.2. geeft de wijze weer waarop Goldstein (1973) dit verschil typeert.

Tabel 1.2. Verschil in leerstijl tussen mensen afkomstig uit de lagere sociaal-economische klassen en mensen afkomstig uit midden en/of hogere klassen

Midden/Hogere klasse	Lagere klasse
Leerstijl gekenmerkt door:	Leerstijl gekenmerkt door:
nadruk op:	nadruk op:
- intenties	- gevolgen, resultaten
- empathie	- actie
- zelfcontrole	- externe autoriteit

Op basis van uitgebreid literatuuronderzoek komt Goldstein tot de conclusie dat aan de leerstijl van de lagere sociaal-economische klassen aangepaste psychotherapiemethodes aan de volgende eisen moeten voldoen:

- ze moeten kortdurend, directief en gestructureerd van aard zijn;
- de nadruk moet liggen op het aanleren van concrete gedragingen: skills of vaardigheden genoemd;
- als leermethode moet men gebruik maken van modeling, instructie, gedragsoefening, transfertraining, (sociale) bekrachtiging;
- het aanleren van vaardigheden moet bij voorkeur groepsgewijs gebeuren;
- tijdens de groepsbijeenkomsten moet(en) de therapeut(en) eenvoudige, duidelijke, op LIBO-clienten afgestemde, taal spreken. Ingewikkelde abstracties dient men zoveel mogelijk te vermijden. Humor moet een plaats hebben binnen de therapie.

De in navolging van Goldstein door de Maastrichtse projektgroep ontwikkelde vaardigheidstherapieën zijn erop gericht cliënten uit de lagere sociaal-economische klassen effectiever te leren omgaan met de eisen die het dagelijks leven aan hen stelt. Men leert hen de in hun levenssituatie aanwezige ruimte tot zelfcontrole en zelfbepaling beter waar te nemen en adequater te benutten, hetgeen tot gevolg zal hebben dat de zelfwaardering van de betreffende individuen versterkt wordt.

1.4. BESCHRIJVING VAN DE DOOR GOLDSTEIN ONTWERPEN METHODE*

In 1973 verscheen het door Goldstein geschreven boek "Structured Learning Therapy, toward a psychotherapy for the poor". Hij beschreef daarin voor het eerst de door hem ontwikkelde vaardigheidstherapieën voor cliënten uit de lagere sociaal-economische klassen. De methode is gebaseerd op leertheoretische principes. Men streeft ernaar cliënten

* Over dit onderwerp werd eerder gepubliceerd: zie Beekers, Beckers, Bongaarts en Peters, 1980.

concrete gedragingen - ook wel vaardigheden of skills genoemd - aan te leren door middel van modeling, gedragsoefening, (sociale) bekrachtiging en transfertraining. Men werkt in groepen die, afhankelijk van de aan te leren vaardigheden, 3 tot 15 keer bij elkaar komen. De trefwoorden directief, gestructureerd en kortdurend kenmerken de methode. In het nu volgende zullen de vaardigheden alsook de gehanteerde leertheoretische principes elk afzonderlijk worden beschreven.

1.4.1. De vaardigheden

In 1976 beschreef Goldstein 59 verschillende vaardigheden opgesplitst in 37 "basisvaardigheden" en 22 "toepassingsvaardigheden" (=application skills).

Onder een skill (vaardigheid) verstaat Goldstein een nauwkeurig omschreven doelgedrag geoperationaliseerd als een - veelal chronologisch geordende - sequentie van concreet omschreven deelgedragingen. De "basisvaardigheden" kan men opdelen in een serie interpersoonlijke vaardigheden en een serie persoonlijke vaardigheden.

Elke basisvaardigheid wordt geoperationaliseerd met behulp van leerpunten variërend in aantal van 3 tot 7 per vaardigheid. Hier volgt een voorbeeld van een interpersoonlijke basisvaardigheid met leerpunten (in letterlijke vertaling):

Vaardigheid 1.: Een gesprek beginnen

Leerpunten	1. Kies de juiste plaats en tijd
	2. Groet de ander
	3. Praat over koetjes en kalfjes
	4. Ga na of de ander luistert en met je wil praten
	5. Snij het onderwerp aan waar je het over wilt hebben.

De interpersoonlijke basisvaardigheden hebben betrekking op de interacties van het individu met anderen. De persoonlijke basisvaardigheden betreffen de wijze waarop het individu zijn dagelijks leven structureert. Bij deze vaardigheden ligt de nadruk op het aanleren van overt gedrag.

Goldstein e.a. (1976) presenteerden de interpersoonlijke basisvaardigheden aanvankelijk in 4 subgroepen, te weten:

- gespreksvaardigheden gericht op het leggen, onderhouden en afsluiten van een eerste contact met een ander: 4 afzonderlijke vaardigheden.
- gespreksvaardigheden gericht op het actief zichzelf uiten: 9 afzonderlijke vaardigheden.
- gespreksvaardigheden gericht op het reageren op anderen: 9 afzonderlijke vaardigheden.
- vaardigheden geldend als alternatieven voor agressie: 8 afzonderlijke vaardigheden.

De persoonlijke basisvaardigheden worden ook wel aangeduid met behulp van de termen "planning skills" en "cognitive skills". Voorbeelden van deze persoonlijke vaardigheden zijn:

- een doel stellen
- plannen maken
- een besluit nemen
- prioriteiten stellen

Bij de persoonlijke basisvaardigheden ligt de nadruk op het aanleren van covert d.q. denkgedrag.

Een toepassingsvaardigheid is een samenvoeging van een aantal basisvaardigheden in een zodanige combinatie en volgorde dat het aanpakken van een reëel levensprobleem door middel van deze samengestelde vaardigheid mogelijk wordt. Een voorbeeld van een dergelijke vaardigheid ter illustratie (in letterlijke vertaling):

Vaardigheid 41.:Omgaan met geld

Basisvaardigheden:

1. Een doel stellen
2. Informatie verzamelen
3. Anderen overreden
4. Beslissingen nemen
5. Waardering uitdrukken

Goldstein maakt nergens duidelijk hoe hij tot de keuze en uitwerking van de diverse vaardigheden is gekomen. Hij blijkt het door hem aan-

geboden pakket nog steeds verder uit te breiden (Goldstein e.a., 1976, 1977, 1978, 1979, 1980, 1981). Ook wordt door hem geen consequente indeling in skillseries gehanteerd.

Per vaardigheid heeft Goldstein een geluidsband samengesteld, bedoeld om tijdens de groepsbijeenkomsten een voorbeeld - in leertheoretische termen model-functie - te vervullen. Elke band bestaat uit:

- een introductie door een inleider met een hoge status. Hij beschrijft de betreffende vaardigheid en onderstreept het belang van de uitvoering daarvan,
- 10 korte "hoorspelen" waarin de leerpunten door verschillende hoofdrolspelers in uiteenlopende situaties worden toegepast,
- een epiloog door eerder genoemde inleider ter afronding.

De vaardigheden worden aangeleerd met behulp van modeling, gedrags-oefening, (sociale) bekrachtiging en transfertraining.

Deze basiscomponenten van de methode worden in het nu volgende beschreven.

1.4.2. Modeling

De term modeling is afkomstig uit onderzoek met betrekking tot sociale leerprocessen, verricht door Bandura (1969). Deze auteur ontdekte dat modeling ofwel het demonstreren van gedrag leerprocessen bij de toeschouwers tot gevolg had. Overtuigd van de effectiviteit van de door Bandura ontdekte modelingprocessen, besloot Goldstein (1973) van deze principes gebruik te maken bij de operationalisatie van zijn speciaal op de psychologische kenmerken van cliënten uit de lagere sociaal-economische klassen afgestemde psychotherapie-methode.

Goldstein was van mening dat modeling ofwel model-leren bij uitstek aansloot aan de leeroriëntatie van cliënten uit de lagere klassen. In zijn boek uit 1973 doet hij verslag van een aantal experimenten die het optreden van leerprocessen tengevolge van het demonstreren van voorbeelden bevestigen. Goldstein besloot de model-functie te operationaliseren door middel van het laten horen van concrete voorbeelden van de nieuw aan te leren vaardigheden. Deze voorbeelden werden op

geluidsband opgenomen en met behulp van een cassette-recorder aan de deelnemers gepresenteerd.

Bij de vormgeving van het modelingsprincipe moet, aldus Goldstein (1973), rekening gehouden worden met de op empirisch materiaal gebaseerde bevindingen dat modeling effectiever is wanneer het model c.q. het object van identificatie:

- meer bedreven of deskundig lijkt,
- een hogere status heeft,
- in meerdere opzichten overeenkomt met degene die het getoonde gedrag wenst aan te leren: hetzelfde geslacht, dezelfde leeftijd etc.,
- vriendelijk en behulpzaam is,
- positieve gevolgen ondervindt van het (doel)gedrag.

Deskundigheid en status worden geoperationaliseerd met behulp van de autoriteit die de inleiding verzorgt. De overige voorwaarden worden verwerkt in de vormgeving van de voorbeelden.

Wat het gedemonstreerde gedrag betreft, geldt dat de tijdens de demonstratie optredende leereffecten optimaal zijn wanneer het betreffende doelgedrag:

- duidelijk, concreet en gedetailleerd wordt uitgevoerd,
- herhaalde malen wordt getoond,
- in de vorm van een hiërarchie van moeilijkheidsgraad wordt aangeboden,
- géén irrelevante nevengevingen omvat,
- door meerdere personen wordt uitgevoerd.

Voor degene die het doelgedrag wenst aan te leren, geldt dat het leereffect tijdens de demonstratie het grootst is, wanneer:

- hem van te voren duidelijk wordt gemaakt dat het de bedoeling is dat hij het doelgedrag gaat imiteren,
- hij dezelfde achtergrond of attitude heeft met betrekking tot de doelvaardigheid als het model,
- hij het model vriendelijk gezind is,
- hij positief bekrachtigd wordt voor het imiteren van het modelgedrag.

1.4.3. Gedragsoefening

Als tweede belangrijke leerprincipe, aansluitend aan de leerstijl van cliënten uit de lagere sociaal-economische klassen koos Goldstein (1973) het principe van de gedragsoefening. Dit principe impliceert dat de deelnemers aan de vaardigheidstherapieën worden gestimuleerd de nieuw aan te leren doelgedragingen in te oefenen in een therapeutische setting die voldoende veiligheid biedt om met eigen gedrag te gaan experimenteren.

Aanvankelijk wordt er gestreefd naar letterlijke imitatie van (delen van) het gedemonstreerde gedrag. Geleidelijk aan worden steeds hogere eisen gesteld aan de cliënt. De oefensituaties worden steeds moeilijker. Men streeft uiteindelijk naar een persoonlijke versie van de betreffende leerpunten. Goldstein is van mening dat leren door gedrags-oefening effectiever is:

- naarmate de cliënt het participeren aan de gedragsoefening meer als een eigen keuze ervaart,
- naarmate er sprake is van een grotere mate van "commitment" ten aanzien van het in te oefenen gedrag,
- naarmate de cliënt in staat is tot imitatie van het doelgedrag zonder al te veel voorbereidingen en aanwijzingen van de kant van de therapeut(en),
- naarmate het aan te leren gedrag vaker positief bekrachtigd wordt.

Gedragsoefening vindt plaats zowel tijdens de groepsbijeenkomsten alsook in de eigen leefsituatie.

1.4.4. Bekrachtiging

Positieve sociale bekrachtiging neemt een belangrijke plaats in in het leerproces. Tijdens de groepsbijeenkomsten vindt sociale bekrachtiging plaats door therapeut(en) en medegroepsleden. Naast deze sociale bekrachtiging wordt ook uitgebreid aandacht besteed aan allerlei vormen van zelfbekrachtiging. Bekrachtiging blijkt het meest effectief wanneer men:

- het soort bekrachtiging dat men hanteert, afstemt op de behoeften en

wensen van de persoon wiens gedrag(ingen) bekrachtiging behoeft (ven). Hierbij dient bij voorbaat rekening te worden gehouden met het mogelijk optreden van verzadigingseffecten.

- de bekrachtiging onmiddellijk laat volgen op het optreden van het gewenste gedrag.
- kwantiteit en kwaliteit van de bekrachtiging afstemt op het niveau van de door de client geleverde prestatie(s).
- de client in de gelegenheid stelt veelvuldig bekrachtigd te worden,
- in de loop van de behandeling van een continu bekrachtigingsschema overschakelt op een onderbroken bekrachtigingsschema. Dit om te bewerkstelligen dat het gewenste gedrag in het gedragsrepertoire van het betreffende individu aanwezig blijft, ook zonder externe bekrachtiging contingent aan het stellen daarvan.

1.4.5. Transfertraining

Het begrip transfertraining verwijst naar de in therapieprogramma's ingebouwde maatregelen die erop gericht zijn te bewerkstelligen dat het nieuw aangeleerde doelgedrag ook buiten de therapeutische setting en na het verstrijken van de therapieduur wordt toegepast. Het principe van de transfertraining heeft dus ook betrekking op de duurzaamheid van het nieuw aan te leren gedrag. Het principe van de transfertraining wordt onder meer geoperationaliseerd in de vorm van huiswerkopdrachten. Teneinde transfer van in therapie aangeleerde gedrag naar de eigen leefsituatie te optimaliseren, dient de therapeut ernaar te streven dat:

- de cliënten in therapie gedragsregels aanleren met een brede toepasbaarheid,
- de cliënten tijdens de therapiesessies in de gelegenheid worden gesteld het doelgedrag zo vaak mogelijk te oefenen,
- de oefensituaties tijdens de sessies de nodige overeenkomsten vertonen met de eigen levenssituatie(s),
- het doelgedrag geoefend wordt in een breed scala van uiteenlopende stimulussituaties en met verschillende typen tegenspelers,
- positieve bekrachtiging en correctieve feedback óók in de eigen leefsituatie plaatsvinden.

1.5. DE MAASTRICHTSE VARIANT

De in 1977 in Maastricht geformeerde projectgroep - ook wel Goldstein-projectgroep genoemd - stelde zich ten doel de door Goldstein ontwikkelde "structured learning therapy" operationeel te maken voor de geestelijke gezondheidszorg in de regio Zuid-Limburg. Men achtte het noodzakelijk de door Goldstein gepresenteerde methode op een aantal punten te herzien. Besloten werd:

- a. een aangepast pakket vaardigheden te definiëren,
- b. de geluidsbanden te vervangen door video-programma's,
- c. protocollen te ontwikkelen voor de uitvoering van de vaardigheidstherapieën die recht doen aan recente theoretische ontwikkelingen ten aanzien van de verwerving van vaardigheden,
- d. onderzoek te doen naar de effecten van de aldus tot stand gekomen vaardigheidstherapieën.

De in Maastricht ontwikkelde Goldsteinversie vormt geen psychotherapeutische behandeling "an sich", maar is altijd onderdeel van een meer omvattend(e) behandeling(s)plan. Er is steeds sprake van een hoofdbehandelaar die een client tijdelijk naar een of meerdere Goldsteintherapieën verwijst. Na afloop van de Goldsteintherapie gaat de client terug naar de hoofdbehandelaar.

1.5.1. Ontwikkeling van een aangepast pakket vaardigheden

In 1.4.1. werd de inhoud beschreven van de door Goldstein e.a. ontwikkelde vaardigheidstherapieën. Besloten werd na te gaan op welke wijze het brede scala van interpersoonlijke en persoonlijke vaardigheden, zoals dat door Goldstein werd aangeboden, tot een overzichtelijk en zinvol aantal kon worden teruggebracht.

Wat de keuze van de interpersoonlijke vaardigheidstherapieën betreft, werd het model van Leary (1957) als uitgangspunt gekozen (Beekers en Halfens, 1981; Beekers, 1982).

Op basis van empirisch onderzoek besloot men een serie van 9 interpersoonlijke vaardigheden samen te stellen. Voor een nadere beschrij-

ving van de inhoud van deze serie, zie Beekers (1982).

In navolging van Goldstein werd per vaardigheid een aantal voorge-structureerde leerpunten geformuleerd die de betreffende vaardigheid in zijn afzonderlijke alsook opeenvolgende elementen beschrijven. Deze leerpunten kwamen tot stand op basis van literatuurstudie, brainstorming, discussie en rollenspel. Beekers (1982) geeft een overzicht van de leerpunten voor de interpersoonlijke vaardigheden. Wat de persoonlijke vaardigheden betreft, koos men voor de ontwikkeling van een serie van vier vaardigheden. De inhoud van deze vaardigheden werd bepaald op basis van literatuurstudie. Deze literatuurstudie zal in hoofdstuk 2 gerapporteerd worden.

1.5.2. Productie van videoprogramma's

Op basis van praktische ervaringen en literatuurstudie werd besloten de geluidsbanden te vervangen door videoprogramma's. Videoprogramma's blijken een aantal specifieke voordelen te bieden in vergelijking met de door Goldstein ontwikkelde geluidsbanden. Videoprogramma's vormen een effectievere operationalisatie van de model functie omdat:

- men op video verbale en non-verbale aspecten van het doelgedrag kan laten zien,
- visuele weergave van het modelgedrag de attentie van de deelnemers bevordert,
- visuele weergave van het modelgedrag meer mogelijkheden biedt tot herkenning van het doelgedrag en identificatie met de hoofdrolspelers. (Beekers, 1980, 1982).

Teneinde de discriminatie van relevante aspecten uit het getoonde modelgedrag te bevorderen, besloot men videomodellen te produceren in de vorm van contrastparen (Beekers, 1980). Dit betekent dat elke voorbeeldscene twee keer achter elkaar aan de cliënten wordt aangeboden: eerst zonder dat de leerpunten daarin worden toegepast, vervolgens met toepassing van leerpunten. Praktijkervaringen gaven er bovendien aanleiding toe de beide scènes per contrastpaar door dezelfde hoofdrolspelers te laten vertolken (Beekers, 1982).

De beschikbare videoprogramma's zijn gestandaardiseerd van opzet. Een inleider met hoge status introduceert zichzelf en de betreffende vaardigheid. Vervolgens worden drie voorbeeldsituaties aangeboden in de vorm van contrastparen zonder en met leerpunten. Wat deze voorbeeldsituaties betreft, is er steeds sprake van een voorbeeld uit de gezinsfeer, een voorbeeld uit de werksfeer en een voorbeeld uit het openbare leven. Ter afsluiting komt de inleider nogmaals in beeld en onderstreept het belang van het inoefenen van de betreffende vaardigheid: tijdens groepsbijeenkomsten en in de eigen leefsituatie. Voor elk van de ontwikkelde vaardigheidstherapieën werd een aldus samengesteld videoprogramma geproduceerd. Voor een beschrijving van de videoprogramma's voor de persoonlijke vaardigheden zie 5.2.2.1.

1.5.3. Ontwikkeling van therapie-protocollen

Goldstein (1973) en Goldstein e.a. (1976) geven slechts globale beschrijvingen van de door therapeut(en) tijdens de groepsbijeenkomsten te volgen werkwijze. Dit leidde ertoe dat men besloot voorgestructureerde therapie-protocollen te ontwikkelen ten einde (aspirant) Goldsteintherapeuten meer concrete richtlijnen aan te reiken voor de uitvoering van de vaardigheidstherapieën. Wat de interpersoonlijke vaardigheidstherapieën betreft, hebben deze protocollen inmiddels hun definitieve vorm gekregen (Beekers en Gooijen, 1980; Beekers, 1982). Per aan te leren vaardigheid is er sprake van 4 groepsbijeenkomsten verspreid over 4 achtereenvolgende weken. Elke bijeenkomst duurt 2 uur. Per groep nemen 5 à 8 cliënten deel. De groep wordt geleid door twee therapeuten.

Het principe van de gedragsoefening werd op eigen wijze uitgewerkt. Het bleek zinvol 3 soorten gedragsoefening - in termen van Beekers (1982) rollenspelen genoemd - van elkaar te onderscheiden, te weten:

- imiterende gedragsoefening
- anticiperende gedragsoefening
- reconstruerende gedragsoefening.

Elk van deze vormen heeft (een) specifieke doelstelling(en). Deze doelstellingen worden in tabel 1.3. schematisch weergegeven.

Tabel 1.3. Drie vormen van gedragsoefening naar doelstelling(en)

Soort gedragsoefening	Doelstelling(en)
- Imiterende gedragsoefening	<ul style="list-style-type: none"> - cliënten vertrouwd maken met gedragsoefening als leermiddel - cliënten in staat stellen eerste ervaringen op te doen met de aan te leren vaardigheid - therapeuten inzicht geven in de gedragstekorten, mogelijkheden en beperkingen van de client.
- Anticiperende gedragsoefening	<ul style="list-style-type: none"> - cliënten voorbereiden op de toepassing van de vaardigheid in eigen omgeving en wel op een zodanige wijze dat de kans op positieve ervaringen met een dergelijke toepassing maximaal is - cliënten motiveren de vaardigheden in eigen omgeving te gaan toepassen - cliënten in staat stellen tijdens de bijeenkomsten een eigen versie van de leerpunten sequentie te ontwikkelen
- Reconstruerende gedragsoefening	<ul style="list-style-type: none"> - cliënten in staat stellen een in het huiswerkverslag gerapporteerde faalervaring te reconstrueren en opnieuw in te oefenen tijdens de eerstvolgende groepsbijeenkomst. Cliënten worden zodoende in de gelegenheid gesteld een correctieve ervaring op te doen tijdens de eerstvolgende groepsbijeenkomst.

Voor een uitgebreidere beschrijving van de werkwijze bij de interpersoonlijke vaardigheidstherapieën zie Beekers (1982).

In hoofdstuk 3 wordt beschreven op welke wijze het principe van de gedragsoefening wordt geoperationaliseerd bij de uitvoering van de persoonlijke vaardigheidstherapieën.

In paragraaf 3.7. worden de therapie-protocollen beschreven zoals die voor de persoonlijke vaardigheidstherapieën ontwikkeld werden.

Als therapeutische hulpmiddelen bij de uitvoering van persoonlijke en interpersoonlijke vaardigheidstherapieën werden posters ontworpen en huiswerkboekjes samengesteld. Voor elk van de in Maastricht ontwikkelde vaardigheden werd een poster ontworpen met daarop de betreffende leerpuntensequentie in duidelijk leesbare drukletters. Doel van deze posters is de leerpuntensequentie onontkoombaar in de groepszittingen aanwezig te doen zijn. Ook werd voor elke vaardigheid een bijpassend

huiswerkboekje ontwikkeld. Dit als hulpmiddel voor de deelnemers bij de toepassing van de leerpunten en de uitvoering van de huiswerkopdrachten in de periode tussen de groepsbijeenkomsten.

Voor een beschrijving van de huiswerkboekjes zoals die bij de persoonlijke vaardigheidstherapieën worden gehanteerd, zie 3.2.4.2.

1.5.4. Bandura's "self-efficacy" theorie als theoretisch verklaringmodel

Om de tijdens deelname aan vaardigheidstherapieën optredende leerprocessen afdoende te verklaren, werd aansluiting gezocht bij bestaande theoretische verklaringmodellen. De cognitieve sociale leertheorie van Bandura (1977) bleek een in dit opzicht relevant theoretisch kader te kunnen vormen (zie ook Beekers, 1982). Bandura's "self-efficacy" theorie blijkt implicaties te hebben voor de wijze waarop persoonlijke en interpersoonlijke vaardigheidstherapieën worden uitgevoerd.

In hoofdstuk 5 zullen de implicaties van een drietal cognitief sociaal-leertheoretische theorieën voor vaardigheidstherapieën uitvoerig worden beschreven.

1.5.5. Effectiviteit van de Maastrichtse variant

Besloten werd de door de projectgroep ontwikkelde versie van de vaardigheidstherapieën op effectiviteit te toetsen. Het effect-onderzoek met betrekking tot de interpersoonlijke vaardigheden is inmiddels afgerond (Beekers, 1982). Uit de resultaten blijkt dat deelname aan deze programma's ertoe leidt dat:

- cliënten de betreffende vaardigheid beter beheersen,
- cliënten na afloop van de therapie melden minder problemen te ervaren met betrekking tot de aangeleerde vaardigheid,
- de zelfwaardering van de cliënten toeneemt,
- de algemene klachten waarvoor de cliënten bij de betreffende instellingen voor geestelijke gezondheidszorg in behandeling kwamen, niet significant meer afnemen dan bij een vergelijkbare controlegroep.

Deze controlegroep stond op de wachtlijst voor Goldsteintherapie. Tijdens de wachtperiode liepen de individuele contacten van de cliënt met de hoofdbehandelaar gewoon door.

Follow-up onderzoek toonde aan dat de gevonden effecten - vaardigheidsspecifiek en met betrekking tot zelfwaardering - duurzaam waren.

In hoofdstuk 7 wordt een onderzoek beschreven naar de effecten van de persoonlijke vaardigheidstherapieën à la Goldstein.

1.6. PERSOONLIJKE VAARDIGHEIDSTHERAPIEËN

In navolging van Goldstein werd door de Maastrichtse projectgroep ook een serie persoonlijke vaardigheidstherapieën ontwikkeld. Tijdens deze vaardigheidstherapieën worden aan de deelnemers daaraan strategieën aangeleerd, gericht op het effectief omgaan met diverse typen van probleemsituaties. De uitvoering van de persoonlijke vaardigheidstherapieën is gebaseerd op dezelfde principes als de uitvoering van de interpersoonlijke vaardigheidstherapieën. In de praktijk bleek echter al spoedig dat het noodzakelijk was de werkwijze zoals die bij de uitvoering van de interpersoonlijke vaardigheidstherapieën werd toegepast, in een aantal opzichten te herzien. Bij het inoefenen van persoonlijke vaardigheden speelt het aanleren van denkstappen, c.q. cognitieve gedragselementen een grotere rol dan bij het inoefenen van interpersoonlijke vaardigheden. Bij de interpersoonlijke vaardigheden ligt de nadruk op het aanleren van overt gedrag, bij de persoonlijke vaardigheden op het aanleren van covert gedrag. Het inoefenen van persoonlijke vaardigheden bleek daardoor andere eisen te stellen aan cliënt, therapeut en vormgeving van met name modeling alsook gedrags-oefening dan het inoefenen van interpersoonlijke vaardigheden.

In de nu volgende hoofdstukken zal de ontwikkeling en evaluatie van de persoonlijke vaardigheidstherapieën à la Goldstein worden beschreven.

HOOFDSTUK 2. BESCHRIJVING VAN DE WIJZE WAAROP DE INHOUD VAN DE PERSOONLIJKE VAARDIGHEIDSTHERAPIEEN WERD BEPAALD

2.1. INLEIDING

In dit hoofdstuk wordt aandacht besteed aan de wijze waarop de inhoud van de persoonlijke vaardigheidstherapieën werd vastgesteld. Het werk van Arnold Goldstein diende daarbij als uitgangspunt, aangevuld met bevindingen uit literatuuronderzoek. In het nu volgende zullen zowel Goldstein's ontwerp als de daarop in Maastricht ontwikkelde variant aan de orde komen. De bedoelde variant omvat een serie van vier persoonlijke vaardigheden, te weten "dagelijkse problemen aanpakken", "veranderingen aanpakken", "beslissingen nemen" en "informatie verzamelen". Deze vaardigheden worden in het nu volgende elk afzonderlijk beschreven.

2.2. GOLDSTEIN'S ONTWERP

Zoals reeds eerder vermeld werd, onderscheiden Goldstein e.a. (1976, 1977, 1978, 1979, 1980, 1981) in het door hen ontworpen pakket basisvaardigheden een serie skills die zij nu eens aanduiden als "personal skills", dan weer als "self-control-skills".

De door hen in 1976 in dit opzicht beschreven serie bestaat uit de volgende vaardigheden:

- setting a goal
- gathering information
- concentrating on a task
- evaluating your abilities
- preparing for a stressful conversation
- setting problem priorities
- decision making.

Deze vaardigheden (skills) hebben betrekking op de wijze waarop het individu zijn persoonlijk leven structureert: de wijze waarop men doelen stelt, informatie verzamelt, beslissingen neemt en actief probleemoplossend te werk gaat. Door toepassing van deze vaardigheden is het individu in staat adequaat het hoofd te bieden aan problematische situaties uit het dagelijks leven. Ter onderscheiding van de interpersoonlijke vaardigheden noemt Goldstein deze vaardigheden persoonlijke vaardigheden. Naar zijn mening heeft psychologische vaardigheidstraining in vele gevallen de voorkeur boven psychotherapie, waarbij hij vaardigheidstraining omschrijft als "the planned, systematic training of the specific behaviors needed and consciously desired by the individual in order to function in an effective and satisfying manner over an extended period of time, in a broad array of positive, negative and neutral personal and interpersonal contexts" (Goldstein, 1981, p.6).

Interpersoonlijke vaardigheden verwijzen naar de competenties van het individu zoals die een rol spelen in interacties met anderen.

Persoonlijke vaardigheden omschrijft Goldstein als de "emotional, cognitive, observational skills that relate to practical aspects of daily living in work, school or home environments. They include self-control, decision making, goal setting, preparing for a stressful conversation and setting problem priorities" (Goldstein, 1981, p.8).

Bij het intraineren van persoonlijke vaardigheden maakt de therapeut - conform de werkwijze bij de interpersoonlijke vaardigheidstherapieën - gebruik van voorgestructureerde leerpunten en een geluidsband met daarop een autoriteit die de vaardigheid inleidt en een aantal voorbeelden, waarin de betreffende leerpunten zijn verwerkt.

Goldstein is van mening dat de persoonlijke vaardigheden op dezelfde wijze aan cliënten kunnen worden aangeleerd als interpersoonlijke vaardigheden. Hij acht het niet noodzakelijk de basisprincipes van de door hem ontworpen leermethode aan te passen aan de typische aard van de persoonlijke vaardigheidstherapieën. Bij het aanleren van persoonlijke vaardigheden wordt dan ook gebruik gemaakt van dezelfde leerprincipes nl. modeling, gedragsoefening, (sociale) bekrachtiging en transfertraining als bij het aanleren van interpersoonlijke vaardigheden.

2.3. DE IN MAASTRICHT ONTWIKKELDE SERIE PERSOONLIJKE VAARDIGHEDEN

In 2.3.1. t/m 2.3.4. wordt de inhoud van de serie persoonlijke vaardigheden beschreven aan de hand van een literatuurstudie, waarbij de begrippen "cognitive skills", "personal skills", "problem-solving skills" als trefwoorden fungeerden.

Aansluitend aan de literatuurgegevens en het in 2.2. beschreven ontwikkelingswerk van Goldstein c.s., besloot men de volgende vier vaardigheden te kiezen: "dagelijkse problemen aanpakken", "beslissingen nemen", "informatie verzamelen" en "veranderingen aanpakken". Deze vaardigheden werden aanvankelijk aangeduid als "vaardigheden voor doelmatig handelen" en als "cognitieve vaardigheden". Bij nader inzien bleken beide benamingen zwaarwegende nadelen te hebben. De benaming "vaardigheden voor doelmatig handelen" heeft als nadeel dat hij eenzijdig verwijst naar een louter rationalistische aanpak waarin geen enkele aandacht wordt besteed aan emotionele aspecten.

De benaming cognitieve vaardigheden heeft als nadeel dat de indruk wordt gewekt dat alleen cognitieve gedragsaspecten worden aangeleerd terwijl in feite sprake is van het aanleren van een combinatie van overte en coverte (=cognities) aspecten van gedrag. Op basis van bovenstaande overwegingen besloot men de term "persoonlijke" vaardigheden te verkiezen boven "vaardigheden voor doelmatig handelen" en ook boven "cognitieve" vaardigheden.

2.3.1. "Dagelijkse problemen aanpakken"

De vaardigheid "dagelijkse problemen aanpakken" werd ontwikkeld aan de hand van de bestaande probleemoplos-literatuur. De term probleemoplossen wordt in de psychologie veelvuldig gehanteerd. In zijn algemeenheid kan men stellen dat de term verwijst naar een complex cognitief proces dat in verschillende typen probleemsituaties van toepassing is. De experimentele psychologie houdt zich reeds sinds Thorndike (1898) bezig met de bestudering van dit proces. Het probleemoplos-proces werd jarenlang alleen experimenteel onderzocht in het psychologisch laboratorium en aan de hand van puzzels, anagrammen en inzichtsproblemen

(Underwood en Schultz, 1960; Mayzner en Tresselt, 1958; O'Connell en Duncan, 1961).

Rond 1960 kan men de eerste pogingen onderscheiden, de tot dan toe ontwikkelde inzichten uit de probleemoplos-literatuur van toepassing te doen zijn op zgn. sociale problemen. In deze periode kwamen de eerste trainingen in probleemoplossen tot ontwikkeling. Zo ontwierpen Osborn (1963) en Suchman e.a. (zie Davis, 1973) als eersten trainingsprogramma's in probleemoplossen voor managers c.q. studenten. Tien jaar later werden de eerste pogingen gedaan de kennis opgeslagen in de probleemoplos-literatuur van nut te doen zijn voor de klinische zowel als ambulante geestelijke gezondheidszorg (D'Zurilla en Goldfried, 1971). Alvorens nader op deze toepassingsvorm in te gaan, wordt allereerst aandacht besteed aan een korte verkenning van de probleemoplos-literatuur.

Conform Davis (1973) kan men in de psychologische literatuur met betrekking tot probleemoplossen twee stromingen onderscheiden.

Enerzijds een groep van fundamentele onderzoekers die de basisfuncties c.q. basisprocessen bestuderen, die bij probleemoplossen een rol spelen.

Anderzijds een groep toepassingsdeskundigen, werkzaam in de industriële en educatieve sector, die de probleemoplos-vaardigheden, zoals die in het dagelijks leven van het individu van belang zijn, proberen op te sporen en te operationaliseren ten behoeve van trainingsprogramma's.

Feldhusen en Guthrie (1979) onderscheiden 3 soorten benaderingen wat de bestudering van het probleemoplos-proces betreft, te weten:

- a. de probleemoplos-modellen gebaseerd op computersimulaties,
- b. de zgn. "menselijke vermogens" opvattingen,
- c. de zgn. "creatieve" probleemoplos-modellen.

In het nu volgende zal elk van deze benaderingen nader worden toegelicht.

- a. Miller, Gallanter en Pribam (1960); Newell en Simon (1972); Gagné (1977); Scandura (1977) zijn van mening dat men computerprogramma's kan ontwikkelen die het verloop van complexe menselijke probleemoplos-processen simuleren. Bij deze benadering wordt probleemoplossen

opgevat als een combinatie van een aantal cognitieve basisfuncties die volgens vastgestelde regels met elkaar interacteren.

De mogelijkheid tot het opslaan van informatie in het geheugen en het na verloop van tijd opnieuw kunnen oproepen van de opgeslagen informatie vormen in dit opzicht essentiële voorwaarden. Waarnemings- en beoordelingsprocessen worden als sturende mechanismen opgevat bij het probleemoplos-proces dat volgens vaste, hiërarchisch gestructureerde regels lijkt te verlopen.

Uitgaande van een dergelijk model veronderstelden Feldhusen e.a. (1972) dat bij probleemoplossen een twaalfstal factoren een rol spelen. Op basis van deze factoren ontwierpen zij een problem-solving test voor kinderen. Factor-analytisch onderzoek van Speedie e.a. (1973) vond bevestiging voor 6 van deze factoren nl.:

- verificatie
- het opmerken van relevante details
- het herkennen van het probleem
- het definiëren van het probleem
- het kunnen zien van mogelijke implicaties
- bekende voorwerpen op ongebruikelijke wijzen kunnen waarnemen.

b. Uitgaande van de oorspronkelijk uit de wijsgerige antropologie in de psychologie overgenomen vermogensleer, stelt Guilford (1967) complexe typisch menselijke vermogens centraal in het probleemoplos-proces. Ook Guilford streeft ernaar meer inzicht te krijgen in aard en aantal van de mentale operaties die in dit opzicht een rol spelen. Geheugen, opname van informatie, cognitie, productie en evaluatie worden door hem als typisch menselijke basisfuncties opgevat. (Zie ook Schuerman, 1977).

Guilford en Hoepfner (1971) vonden in door hen verricht onderzoek bevestiging voor de rol van de nu volgende mentale operaties:

- het vermogen objecten/ideeën te classificeren;
- het vermogen verschillende relaties te ontdekken tussen de diverse eigenschappen van een object of situatie;
- het vermogen een reeks kenmerken te onderkennen met betrekking tot het doel dat men nastreeft;
- het vermogen de antecedenten van een situatie te kunnen analyseren conform de wetten van de logica.

Het onderzoek leverde geen empirische bevestiging op voor de rol van:

- het vermogen snel een aantal kenmerken van een voorwerp te kunnen bedenken;
- het vermogen alternatieven te genereren;
- een algemene probleemoplos-factor.

c. De model-ontwikkeling met betrekking tot creatief probleemoplossen ontstond op basis van uitgebreide research met betrekking tot creativiteit en divergent denken (Guilford, 1967). De term divergent denken verwijst naar de denkprocessen die resulteren in "nieuwe" oplossingen. Zoals de fundamentele research de factoren analyseert die in het probleemoplos-proces een rol spelen, zo neemt de toegepaste research de stadia en daarbij behorende vaardigheden onder de loupe zoals die in het creatieve probleemoplos-proces een rol spelen. Deze stadia worden veelal aangeduid als de lineaire stappen uit een strategie. Het werk van Osborn (1963) vormt een van de belangrijkste ontwikkelingen op dit gebied. Hij ontwierp een aantal zeer bekend geworden brainstormingstechnieken. Deze auteur onderscheidt de volgende 10 stappen in het creatieve probleemoplos-proces:

1. inventariseer alle aspecten aan het probleem;
2. kies een subprobleem om aan te gaan werken;
3. bepaal welke gegevens van pas komen;
4. kies manieren om deze gegevens te verzamelen;
5. bedenk alle mogelijke oplossingen;
6. selecteer de meest belovende oplossingen uit;
7. bepaal op welke manieren je de oplossingen kunt uittesten;
8. zoek de beste uit;
9. bedenk alle mogelijke gevolgen;
10. kies de beste oplossing.

Torrance en Meyers (1970) op hun beurt delen dit proces op in 6 lineaire stappen:

1. de voorwaarden creëren die probleemoplossen mogelijk maken;
2. problemen en uitdagingen zien/waarnemen;

3. het werkelijke probleem herkennen;
4. alternatieven/oplossingen bedenken;
5. ideeën evalueren;
6. de implementatie van deze ideeën voorbereiden.

Parnes, Noller en Biondi (1977) leren creatief probleemoplossen aan met behulp van 5 stappen nl.:

1. onderzoek naar feiten;
2. besluit het probleem op te lossen;
3. ideeën verzamelen;
4. oplossingen bedenken;
5. uitvoering/implementatie.

Uit de hierboven besproken modellen blijkt dat er geen overeenstemming bestaat over aantal, aard en inhoud van de stadia c.q. stappen die men in het creatieve probleemoplos-proces kan onderscheiden. Waar Osborn 10 stadia onderscheidt, onderscheiden Torrance en Meyers er 6 en Parnes e.a. 5. Wat de inhoud van de stadia betreft, blijkt dat:

- in alle drie de modellen het verzamelen c.q. bedenken van oplossingen een rol speelt.
- onderzoek naar feiten in twee van de drie modellen een rol speelt (Osborn, 1963; Parnes e.a., 1977).
- herkenning c.q. omschrijving van het probleem in twee van de drie modellen als apart stadium voorkomt (Osborn, 1963; Torrance en Meyers, 1970).
- uitvoering/implementatie in twee van de drie modellen als aparte fase wordt onderscheiden (Torrance en Meyers, 1970; Parnes e.a., 1977).
- Torrance en Meyers (1970) expliciet aandacht besteden aan het creëren van een adequate probleemoplos-set c.q. -attitude.
- Parnes e.a. (1977) expliciet aandacht besteden aan de beslissing het probleem al dan niet te gaan oplossen.
- het model van Osborn (1963) het stellen van subdoelen en het uittesten van oplossingen als aparte stadia benoemt.

Bovenstaande leidt tot de conclusie dat de auteurs die creatieve probleemoplos-modellen ontwikkelen, ieder hun eigen keuze doen wat aard en aantal van de diverse stadia betreft. Er is sprake van een groot aantal verschillende varianten op hetzelfde thema. Over het algemeen genomen kan men stellen dat deze varianten globaliter allen dezelfde lijn vertonen maar daarbij verschillende aspecten uit het totale probleemoplos-proces benadrukken c.q. meer in detail uitwerken. In de beschikbare literatuur zijn geen aanwijzingen beschikbaar die de superioriteit van één van deze modellen bevestigen. Voor elk van de door de diverse auteurs onderscheiden stadia kan men in de probleemoplos-literatuur ondersteunend feitenmateriaal ontdekken. De beschikbare gegevens bieden geen houvast in de richting van één uniform model. Het feit dat er met zoveel verschillende modellen wordt gewerkt, heeft tot gevolg dat onderzoeksgegevens onderling niet vergelijkbaar zijn en daardoor slechts van beperkte waarde c.q. beperkt generaliseerbaar.

Bovenstaande leidt tot de conclusie dat computer-simulaties (a) en vermogens-modellen (b) erop gericht zijn meer inzicht te verwerven in de wijze waarop het probleemoplos-proces verloopt. Beide soorten modellen streven ernaar de psychologische functies c.q. eigenschappen op te sporen die bij complex menselijk probleemoplossen een rol spelen. De computer-simulaties richten zich op algemeen functie-onderzoek terwijl de vermogens-modellen onderzoek doen naar specifieke eigenschappen bij welomschreven groepen. De creatieve probleemoplos-modellen (c) daarentegen stellen zich ten doel trainingsprogramma's in probleemoplossen te ontwikkelen voor specifieke doelgroepen.

Uitgaande van de vooronderstelling dat veel vormen van abnormaal gedrag en de daarmee samenhangende emotionele stoornissen kunnen worden opgevat in termen van ineffectief gedrag en de gevolgen daarvan, stelden D'Zurilla en Goldfried (1971) als eersten voor probleemoplossen een eigen plaats te geven in het veld van de gedragsmodificatie. De auteurs verkiezen de term problematische situatie boven de term probleem vanwege het feit dat de sociale kontekst vrijwel altijd een cruciale rol speelt. Onder een problematische situatie verstaan D'Zu-

rilla en Goldfried (1971, p.107):

"A specific situation or set of situations to which a person must respond in order to function effectively in his environment. To point up this situational emphasis the term problematic situation will be used in most instances instead of problem. In the present context a situation is considered problematic if no effective alternative is immediately available to the individual confronted with the situation".

Een effectieve respons kan daarbij worden opgevat als een respons of patroon van responsen die de situatie zo veranderen dat deze niet langer problematisch is, dat wil zeggen voor het individu een maximum aan positieve en een minimum aan negatieve gevolgen met zich meebrengt.

Probleemoplossen wordt door hen omschreven als een "behavioral process whether covert or cognitive in nature which:

- a. makes available a variety of potentially effective response alternatives for dealing with the problematic situation.
- b. increases the probability of selecting the most effective response from among these various alternatives."

Probleemoplossen betekent zo gezien niet hetzelfde als het stellen van een effectieve respons in een bepaalde probleemsituatie, maar duidt op het proces waarlangs men een oplossing voor het betreffende probleem tracht te vinden. Het stellen van een effectieve response vooronderstelt motivatie en beschikbaarheid van adequate uitvoeringsvaardigheden. D'Zurilla en Goldfried (1971) veronderstellen dat:

- a. ineffectiviteit in het omgaan met problematische situaties gevolgen heeft op persoonlijk en sociaal vlak die kunnen leiden tot stoornissen in emoties c.q. gedrag(ingen), die psychologische behandeling behoeven.
- b. training in algemene vaardigheden, die het individu in staat stellen "to deal independently with the challenge of day to day living" een uitbreiding c.q. versterking van het algehele copingrepertoire van het betreffende individu bewerkstelligt en een preventief effect heeft.

Spivack, Platt en Shure (1976) en Mahoney en Arnkoff (1978) komen bij hun inventarisaties van onderzoeksbevindingen met betrekking tot de

relatie tussen probleemoplossen en geestelijke gezondheid tot de conclusies dat:

- mensen met zogenaamd "normaal" gedrag anders omgaan met problemen dan subpopulaties met "abnormaal" gedrag (verslaafden, psychiatrische patienten etc.). Emotioneel gestoorden bijken minder oplossingen te kunnen bedenken voor aan hen aangeboden standaardprobleemsituaties, terwijl de door hen wel bedachte oplossingen vaak anti-sociaal van aard zijn. Bovendien blijkt deze groep nauwelijks enig idee te hebben van de mogelijke gevolgen van de door hen zelf bedachte oplossingen.
- "personal problem solving" aan individuen kan worden aangeleerd met als gevolg dat hun emotionele problemen verminderen.

Bovenstaande gegevens leidden ertoe dat men steeds meer pogingen ging doen trainingsprogramma's in probleemoplossen te ontwikkelen voor de geestelijke gezondheidszorg. Velen hanteerden daarbij het door D'Zurilla en Goldfried (1971) beschreven probleemoplos-model als uitgangspunt. Bestudering van de uitgebreide en nogal veelomvattende probleemoplos-literatuur had tot gevolg dat laatstgenoemde auteurs vijf fasen in het probleemoplos-proces wensten te onderscheiden: een algemene probleemoriëntatie-fase, een probleemdefinitie-fase, het genereren van alternatieven, een besluitvormingsfase en een verificatie-fase. Tijdens de training worden deze stappen aan het individu aangeleerd: elk afzonderlijk en als organisch geheel. De auteurs die in navolging van D'Zurilla en Goldfried soortgelijke programma's ontwikkelden, presenteren allen een eigen variant op de door deze auteurs uitgewerkte fasering. Tabel 2.1. geeft een overzicht van de overeenkomsten en verschillen tussen de diverse auteurs onderling, waarbij het model van D'Zurilla en Goldfried als referentie-punt dient.

Tabel 2.1. Overzicht van verschillende probleemoplos-modellen

proces fasen	algemene oriëntatie	probleem definitie en formulering	genereren van alternatieven	besluitvorming: evaluatie en selectie	verificatie	stadia niet benoemd in het door D'Zurilla en Goldfried uitgewerkte model
Auteurs						
Adkins, 1970	-	+	-	-	+	-informatie verzamelen in eigen kring -objectief onderzoek
Allen, Chinsky, Larcen, Lochman en Selinger, 1976	-	+	+		-	geen
Arnkoff en Stewart, 1975	+	+	+	+	-	geen
Bedell, Archer en Marlowe Jr., 1980	-	+	+	+	-	geen
Bright en Robin, 1981	-	+	+	+	-	-het tot in details plannen van de gekozen oplossing
Coché en Filick, 1975; Coche en Douglas, 1977	-	+	+	-	-	geen
Craighead, Kazdin en Mahoney, 1976	+	+	+	+	+	geen
Edelstein, Couture, Cray, Dickens en Lusebrink, 1980	-	+	+	+	-	-de gekozen oplossing in praktijk brengen
Gershaw en Biller, 1977	+	+	+	+	+	geen
Gillespie, 1977	+	+	+	+	+	geen

Goldfried en Davison, 1976	+	+	+	+	+	geen
Goldfried, 1980	+	+	+	+	+	geen
Heppner, 1978	+	+	+	+	+	geen
Hollander, 1980	+	+	+	+	+	- zich kunnen inleven in de positie van anderen - een plan maken voor de uitvoering van de gekozen oplossing
Houtz en Feldhusen, 1976	-	+	+	+	+	- informatie verzamelen en beoordelen - oorzaken opsporen - relevante details opmerken
Intagliata, 1978	+	+	+	+	-	geen
Jacobson, 1977	-	+	+	+	-	geen
Jacobson en Anderson, 1980	-	+	+	+	-	geen
Kendall en Holton, 1979	+	+	+	+	+	geen
Lorish, 1974	-	+	+	+	-	-(sub)doelen stellen - waardeverheldering - een plan maken voor de uitvoering van de gekozen oplossing
Magoon, 1969	-	+	-	+	+	- informatie verzamelen en beoordelen - de gekozen oplossing uitvoeren

Mayo en Norton, 1980	-	+	+	+	-	geen
Melchenbaum, 1977	-	+	+	+	+	-de gekozen oplossing in praktisch brengen
McGuire en Sifneos, 1970	-	+	+	+	-	-realiteits-toetsing -nagaan welke omgevingscondities van invloed zijn -de reacties van de persoon op succes en faaien vaststellen
Mendonca en Sless, 1976	+	+	+	+	+	geen
Meyers, 1978	-	+	+	+	-	-uitvoering van de gekozen oplossing
Patterson, Hops en Weiss, 1975	-	+	+	+	-	-onderhandelen
Poitras-Martin en Stone, 1977	-	+	+	+	-	geen
Van Quekelberghe, 1979	+	+	+	+	-	-het maken van een situatie- en doelanalyse -planning en uitvoering van de gekozen oplossing
Richards en Perri, 1978	+	+	+	+	+	geen
Robin, Kent, O'Leary, Foster en Prinz, 1977	-	+	+	+	-	-planning van de uitvoering van de gekozen oplossing
Stegel en Spivack, 1976	-	+	+	+	-	geen

Spivack en Shure, 1974	-	+	+	+	-	-de gekozen oplossing in praktijk brengen
Spivack, Platt en Shure, 1976	+	-	+	+	-	-de middelen vaststellen die nodig zijn om een bepaalde oplossing in praktijk te brengen -oog hebben voor beïnvloeding door anderen
Stone, Hinds en Schmidt, 1975	-	+	+	+	-	geen
Urbain en Kendall, 1980	+	+	+	+	+	geen

+ = WEL AANWEZIG
- = NIET AANWEZIG

Uit tabel 2.1. blijkt dat:

- 16 van de 37 geciteerde studies een algemene orientatiefase onderscheiden.
- 36 van de 37 geciteerde studies een probleemdefinitie fase onderscheiden.
- 35 van de 37 geciteerde studies het genereren van alternatieven als een aparte fase onderscheiden.
- 35 van de 37 geciteerde studies een besluitvormingsfase onderscheiden.
- 15 van de 37 geciteerde studies een verificatiefase onderscheiden.
- de categorie toegevoegde fasen een verzameling van tamelijk uiteenlopende fasen vormt waarbij informatie-verzameling en planning en uitvoering van de gekozen oplossing het meest frequent voorkomen.
- dat dit soort trainingsprogramma's wordt toegepast in geestelijke gezondheidszorg en onderwijs; voor preventieve en therapeutische doeleinden.

Op basis van bovenstaande gegevens besloot de Maastrichtse Goldstein-projectgroep een probleem-oplos-vaardigheid in de serie persoonlijke vaardigheidstherapieën op te nemen. Gekozen werd voor een vaardigheid probleem-oplossen waarin in ieder geval een probleemdefinitiefase, het genereren van alternatieven en een besluitvormingsfase waren opgenomen. Een en ander conform de eerder aangehaalde literatuur. De ontwikkelde probleem-oplos-vaardigheid kreeg als titel "dagelijkse problemen aanpakken" en werd geoperationaliseerd met behulp van de nu volgende leerpunten:

1. ga na wat precies het probleem is.
2. bedenk een aantal oplossingen.
3. zet de voor- en nadelen van elke oplossing op een rij.
4. kies de oplossing die je het beste past.
5. breng die oplossing in praktijk.

Toelichting: leerpunt 1 vormt de operationalisatie van de probleemdefinitiefase; leerpunt 2 van het genereren van alternatieven en leerpunt 3 en 4 operationaliseren tezamen de besluitvormingsfase. Aanleiding tot deze opsplitsing vormde de door Spivack Platt en Shure (1976) gerapporteerde bevinding dat het vooruit kunnen bedenken van gevolgen een vaardigheid op zich vormt die bij veel mensen met emotionele problemen ontbreekt. De toetsingsfase - ook wel verificatiefase genoemd - werd vervangen door een uitvoeringsfase vanwege het idee dat een uitvoeringsfase een noodzakelijk onderdeel dient te vormen van een training c.q. therapie in probleemoplossen in leertheoretisch kader. Wat de titel van de vaardigheid betreft, koos de projectgroep voor "dagelijkse problemen aanpakken", enerzijds om aan te geven dat het gaat om problemen in situationele context, anderzijds appelleert deze betiteling op toepassing van de aan te leren strategie op alledaagse (=minor) problemen. "Aanpakken" benadrukt dat men de deelnemers aan deze vaardigheidstherapie een strategie voor het actief vinden van oplossingen wenst aan te leren en dat zij niet een passief aanbod van concrete oplossingen dienen te verwachten.

De probleemoriëntatie-fase is niet in de leerpunten sequentie opgenomen, maar komt wel uitgebreid aan de orde tijdens de groepsbijeenkomsten. Deze fase betreft de attitude van het individu ten opzichte van

het hebben van problemen. Het bleek niet mogelijk deze attitude-aspecten in de vorm van één enkel leerpunt weer te geven. Deze attitude of set is impliciet in de ontworpen vaardigheidstherapie aanwezig. Trainingen in probleemoplossen blijken door de eerder beschreven auteurs (zie tabel 2.1.) bij zeer uiteenlopende populaties te worden toegepast. Tabel 2.2. geeft een overzicht van deze populaties.

Tabel 2.2. Overzicht doelgroepen probleemoplos-therapieën

Omschrijving van de client-categorie	Auteur(s)
- adolescenten	Coché en Flick (1975); Coché en Douglas (1977); Goldfried en Davison (1976); Melchenbaum (1977); Spivack, Platt en Shure (1976).
- alcoholverslaafden	Intagliata (1978); Goldfried (1980).
- delinquenten	Kendall en Hollon (1979).
- (echt)paren	Patterson, Hops en Weiss (1975); Jacobson (1977; 1979); Jacobson en Anderson (1980).
- ex-gevangenen	Goldfried en Davison (1976)
- ex-psychiatrische patiënten	Gershaw en Biller (1977); Goldfried en Davison (1976).
- ex-verslaafden	Goldfried en Davison (1976); Goldfried (1980); Melchenbaum (1977).
- gezinnen	Bright en Robn (1981); Goldfried (1980); Robn, Kent en O'Leary (1977).
- kinderen	Goldfried en Davison (1976); Houtz en Feldhusen (1976); Meyers (1978); Poltras-Martín en Stone (1977); Spivack en Shure (1974); Stone, Hinds en Schmidt (1975); Urbain en Kendall (1980).
- mensen uit de lagere sociaal economische klassen	Adkins (1970); Allen, Chinsky, Larcen, Lochman en Selinger (1976); Lorish (1974).
- middelbare scholieren	Gilliespie (1977).
- (chronische) psychiatrische patiënten	Bedel, Archer en Marlow Jr. (1980); Edelstein, Couture, Cray, Dickens en Lusebrink (1980); Melchenbaum (1977); Siegel en Spivack (1976); Spivack, Platt en Shure (1976); Goldfried (1980).
- studenten met beroepskeuze problemen	Magoon (1969); Mendonca en Sless (1976); Goldfried (1980).

- studenten met interpersoon- lijke angsten	Meichenbaum (1977); Mayo en Norton (1980).
--	--

- studenten met persoonlijke problemen	Arnkoff en Stewart (1975); Heppner (1978).
---	--

- studenten met studie- problemen	Goldfried (1980); Mayo en Norton (1980).
--------------------------------------	--

Tabel 2.2. leidt tot de conclusie dat training in probleemoplossen bij uiteenlopende doelgroepen wordt toegepast. Dit soort programma's blijkt in verschillende settings - geestelijke gezondheidszorg zowel als onderwijs - met uiteenlopende doelstellingen te worden uitgevoerd. Wat de doelstellingen betreft, is er sprake van preventieve zowel als therapeutische doeleinden.

De in dit overzicht behandelde auteurs geven een vrij concrete omschrijving van de categorieën cliënten waarop hun methodiek is afgestemd. Goldfried en Davison (1976); D'Zurilla en Goldfried (1971) en J. Hollander (1980) doen een poging de in aanmerking komende client-categorieën in meer algemene termen te vatten. D'Zurilla en Goldfried (1971) spreken over afhankelijke cliënten met een adequaat gedragsrepertoire wat betreft algemene performance skills en cliënten met emotionele blokkades. Goldfried en Davison (1976) richten zich vooral op cliënten met tekorten in probleemoplossend vermogen en cliënten met emotionele blokkades. J. Hollander (1980) benoemt de doelgroep in termen van aanpassing aan verandering: verandering van leefomgeving als ook verandering van (sociale) rol. Wat de persoonlijke vaardigheids-therapieën à la Goldstein betreft, komt de doelgroep zoals Hollander die omschrijft, veel meer in aanmerking voor deelname aan de in paragraaf 2.3.2. te beschrijven vaardigheidstherapie "veranderingen aanpakken" dan voor deelname aan de in deze paragraaf behandelde vaardigheidstherapie "dagelijkse problemen aanpakken".

Wat cliënten uit de lagere sociaal-economische klassen betreft, is training in probleemoplossen relevant omdat cliënten uit deze groep bij uitstek geconfronteerd worden met probleemsituaties waarvoor ze niet direct een adequaat response-alternatief voor handen hebben (Rapaport, 1962; Schmidt, Smart en Moss, 1968).

2.3.2. "Veranderingen aanpakken"

De vaardigheid "veranderingen aanpakken" is van toepassing wanneer het individu zelf bepaalde veranderingen wenst te realiseren in zijn (levens)situatie. Deze veranderingen kunnen betrekking hebben op woon- of werkomgeving, dagindeling, eet-, drink- of slaapgewoontes, vrijetijdsbesteding en/of sociale contacten. Wie kiest voor verandering, heeft meestal een lange weg te gaan. In de organisatiekunde spreekt men in dit kader over "planned change" (Bennis, Benne en Chin, 1973). In de leertheoretische literatuur treft men het concept "behavioral self-control" aan. Het meest wezenlijke aan het begrip "self-control" schuilt volgens Thoresen en Mahoney (1974) in het feit dat de persoon zelf "the agent of his own behavior change" vormt. Self-control of self-managementtrainingen worden voornamelijk toegepast in het kader van zelf-hulp. Doelgroepen en gekozen veranderingsdoelen lopen sterk uiteen. De betreffende therapieprogramma's zijn bedoeld om individuen, die zelf verandering(en) wensen aan te brengen in hun levenssituatie, een passende plannings- en uitvoeringsstrategie aan te leren. Men leert de deelnemers een aantal algemene gedragsveranderingsprincipes toe te passen op hun eigen gedrag.

Tabel 2.3. geeft een overzicht van bestaande trainingsprogramma's die in dit kader relevant zijn.

Tabel 2.3. Overzicht trainingsprogramma's "veranderingen aanpakken".

Auteur	Nadere omschrijving van het programma	Thema's voor verandering	Omschrijving clientcategorie
Goldiamond (1965)	<ul style="list-style-type: none">- stel vast welk gedrag je wenst te veranderen- bepaal de condities die dit gedrag controleren- ga na hoe je deze condities kunt beïnvloeden- kies een beïnvloedingsmogelijkheid uit- breng die in praktijk	<ul style="list-style-type: none">- overgewicht- studieproblemen- huwelijksproblemen- problemen m.b.t. handschrift	<ul style="list-style-type: none">- klinische patienten
Kuenstler (1976)	Geen	<ul style="list-style-type: none">- structureren vrije tijd- moeilijke taken aanpakken- nieuwe mensen ontmoeten- eigen gedrag veranderen	<ul style="list-style-type: none">- ambulante psychiatrische patienten- recent gesioneerden

Lee (1978)	<ul style="list-style-type: none"> - waarden en doelen overwegen - een uitvoerbaar plan opstellen - de nodige discipline opbrengen om dat plan uit te voeren 	<p>A. Doelen met betrekking tot de werksituatie</p> <ul style="list-style-type: none"> - prestatieniveau - persoonlijke ontwikkeling - promotie, salaris etc. - carrierekeuze etc. <p>B. Persoonlijke doelen</p> <ul style="list-style-type: none"> - familiërelaties - andere persoonlijke relaties - gezondheid - financiën - huishouden - koken en eten - karakter - stemming - scholing - hobbies - vrije tijdsbesteding - deelname aan het gemeenschapsleven - kerkelijke activiteiten etc. 	<ul style="list-style-type: none"> - mensen die zelf iets willen veranderen (geen klinische setting)
Rosen (1981)	<ul style="list-style-type: none"> - een doel bepalen - zelfobservatie van eetgedrag - actief beslissen om al dan niet op een verleiding in te gaan - zelfconfrontatie - zelfevaluatie 	<ul style="list-style-type: none"> - overgewicht 	<ul style="list-style-type: none"> - mensen met overgewicht
Van den Hart Degenkamp en Bos (1975)	<ul style="list-style-type: none"> - globaal aangeven wat de probleemgebieden zijn - de problemen operationaliseren in termen van uitvoerbare, concrete, specifieke gedragingen - vaststellen hoe men in de komende week de voor zichzelf gestelde doelen kan bereiken: in kleine haalbare stappen - de uitvoering van deze stappen voorbereiden - terugrapporteren in de groep wat men afgelopen week gedaan heeft met het oog op feedback en reinforcement 	<ul style="list-style-type: none"> - alle onderwerpen die in het dagelijks leven een rol spelen 	<ul style="list-style-type: none"> - ex-psychiatrische patienten in nazorg

Watson en Tharp, 1977	<ul style="list-style-type: none"> - een doel kiezen - precies aangeven wat er moet veranderen om dat doel te kunnen bereiken - zelfobservatie - een plan opstellen - dit plan zonodig aanpassen 	<ul style="list-style-type: none"> - eetgedrag - studiegewoontes - rookgedrag - omgang met anderen 	<ul style="list-style-type: none"> - mensen die zonder hulp van begeleiders verandering(en) tot stand wensen brengen
Williams en Long, 1975	<ul style="list-style-type: none"> - een doel kiezen - dat doel nauwkeurig vaststellen - veranderingen aanbrengen in de omgeving (omstandigheden) - ervoor zorgen dat er positieve congenities zijn - bedekte controle gaan uitoefenen over het doelgedrag 	<ul style="list-style-type: none"> - overgewicht - sport/beweging - studiegewoontes - carriereplanning - nervositeit - relatieproblemen 	<ul style="list-style-type: none"> - mensen die zonder hulp van begeleiders verandering(en) tot stand wensen te brengen

Uit tabel 2.3. blijkt dat:

- vrijwel alle auteurs adequate doelstelling en planning van de uitvoeringsfase als belangrijke tussenfasen in het veranderingsproces opvatten. De doelstellingsfase richt zich op het vertalen van globale, complexe, lange-termijn doelen in concrete, haalbare, korte-termijn doelen. De planningsfase dient de keuze van een actiestrategie en een concrete taakstelling in de tijd te garanderen.
- enkele programma's ook in een evaluatie- c.q. bijsturingsfase voorzien.
- dit soort programma's op uiteenlopende veranderingsdoelen (kunnen) worden toegepast.
- het bij deze programma's gaat om (het aanleren van) een strategie gericht op modificatie van eigen (probleem)gedrag met behulp van leertheoretische principes en procedures.
- deze programma's meestal in een zelfhulp- c.q. preventie-kader worden toegepast.
- er meestal sprake is van het aanleren van drie deelvaardigheden: het kiezen van een doel; het maken van een plan en het structureren van de uitvoering daarvan.

Op basis van bovenstaande informatie is besloten in de serie persoonlijke vaardigheidstherapieën ook een vaardigheid op te nemen, gericht op het zelfstandig tot stand brengen van verandering(en), omdat aangenomen wordt dat het beschikken over een dergelijke vaardigheid een noodzakelijke voorwaarde vormt tot effectief functioneren.

Bij de operationalisatie van deze vaardigheid werd uitgegaan van de eerdergenoemde 3 fasen: een doel kiezen, een plan maken en een uitvoeringsfase getiteld: "aan de slag gaan". Elk van deze fasen afzonderlijk werd geconcretiseerd met behulp van een drietal leerpunten. Deze leerpunten, tot stand gekomen op basis van literatuurgegevens en "try-outs" bij clientgroepen uit de lagere sociaal-economische klassen, luiden als volgt:

Veranderingen aanpakken

→ Een doel kiezen

- ↓ 1. Ga na wat je wilt bereiken.
- ↓ 2. Ga na wat haalbaar is.
- ↓ 3. Kies een haalbaar doel.

Een plan maken

- ↓ 4. Ga na wat je eraan kunt doen.
- ↓ 5. Stel vast wanneer je wat gaat doen.
- ↓ 6. Bedenk aanpassingen bij mogelijke tegenslag.

Aan de slag gaan

- ↓ 7. Repeteer vooraf wat je te doen staat.
- ↓ 8. Zorg dat er niets tussenkomt.
- ↓ 9. Begin aan je taak en maak hem af.

Het kan noodzakelijk zijn dat men deze leerpunten aan de hand van subdoelen meerdere malen moet doorlopen teneinde één bepaalde verandering tot stand te brengen.

2.3.3. "Beslissingen nemen"

De derde vaardigheid in de hier besproken serie betreft het nemen van beslissingen. Besluitvormingsprocessen worden in zeer verschillende disciplines bestudeerd o.a. de geneeskunde, de economie, de politico-logie, de geografie, de organisatiekunde en de psychologie. De aandacht voor de psychologische analyse en verklaring van het beslisproces is groeiende zowel in descriptief als in normatief opzicht. (Slovic, Fischhoff en Lichtenstein, 1977). Gulick (1979) stelt dat het nemen van beslissingen een voortdurend terugkerende activiteit is in elk menselijk leven, waarbij de te nemen beslissingen uiteraard variëren in complexiteit en belangrijkheid. Deze auteur onderscheidt de nu volgende elementen aan het beslisproces:

1. het oproepen, verzamelen, assimileren, sorteren, classificeren, evalueren en structureren van de benodigde informatie.
2. het formuleren van rationele alternatieven.
3. het kiezen van een logische en coherente actie-strategie.

De criteria met behulp waarvan men de alternatieven weegt vooraf aan het besluit, worden volgens Gulick lang niet altijd geëxpliciteerd. Het doel van het nemen van een beslissing is dat men uiteindelijk die respons weet te kiezen, die leidt tot effecten die consistent zijn met de voorkeur van degene die beslist.

Aldus omschreven lijkt er grote overeenstemming te bestaan tussen besluitvorming en problemsolving. Ook Brim e.a. (1962) achten probleemoplossen en besluitvorming onderling verwisselbare processen waartussen slechts sprake is van een accentverschil: bij beslissingen nemen ligt volgens deze auteurs meer nadruk op het analyseren van de "beliefs" van de persoon met betrekking tot probability, toekomst en wenselijkheid, dan bij probleemoplossen het geval is. Volgens Slovic, Fischhoff en Lichtenstein (1977) gaat het bij besluitvorming vooral om de wijze waarop met onzekerheden wordt omgegaan.

Tabel 2.4. geeft een overzicht van de trainingsprogramma's in het nemen van beslissingen voor zover hier relevant.

Tabel 2.4. Overzicht van trainingsprogramma's besluitvorming

Auteurs	Nadere omschrijving programma	Doelgroep
Bergland, Quatrano en Lundquist, 1975*	<ol style="list-style-type: none"> 1. Alternatieven genereren 2. Bepalen welke informatie relevant is en deze verzamelen 3. Deze informatie ordenen en evalueren 	Studenten met beroepskeuzeproblemen
Birk, 1976*	<ol style="list-style-type: none"> 1. Waarden-verheldering 2. Informatie verzamelen 3. Beslissen 	Vrouwelijke scholieren met beroepskeuze problemen
De Long, 1978*	Geen	Gedetineerden
Drumm en Knott, 1977**	<ol style="list-style-type: none"> 1. Overwegen van waarden 2. Doelen stellen 3. Identificeren van alternatieven 4. Gebruiken van informatie 5. Voorspellen van uitkomsten 6. Strategieën voor keuze opstellen 7. Opstellen van actie-plan 	Uiteenlopende populaties; preventief
Evans en Cody, 1969*	<ol style="list-style-type: none"> 1. Inventarisatie van mogelijke handelwijzen 2. De consequenties van elke mogelijke handelwijze overwegen 3. Ervaringen uit het verleden in aanmerking nemen 	studenten
Ferguson, 1976*	<ol style="list-style-type: none"> 1. Waarden-verheldering 2. Het probleem identificeren 3. Informatie verzamelen 4. Alternatieven bedenken 5. Alternatieven evalueren 6. Kiezen 	studenten met beroepskeuzeproblemen
Frasler, 1975*	Geen	Middelbare scholieren
Gelatt, 1962*	<ol style="list-style-type: none"> 1. Duidelijke doelen formuleren 2. Data verzamelen 3. De verzamelde data analyseren op relevantie 4. Mogelijke alternatieven bestuderen 5. Gevolgen evalueren 6. Kiezen 	Studenten met beroepskeuzeproblemen
Goldstein, 1976, 1981*	<ol style="list-style-type: none"> 1. Verzamelen van accurate informatie 2. Evalueren van de informatie in het licht van je doelstelling 3. Een besluit nemen dat je belang het beste dient 	-Psychiatrische patiënten -Ouders die hun kinderen mishandelen -Politie-agenten -Adolescenten

Greenwald, 1973**	<ol style="list-style-type: none"> 1. Zelf beslissen al dan niet te ver- anderen 2. Deze beslissing ook uitvoeren 3. Alternatieven bedenken 4. Een alternatief uitkiezen 	Neurotische cliënten
Grisham, 1978*	Geen	Economisch achter- gestelde jongeren
Halpern, 1967*	<ol style="list-style-type: none"> 1. Adequate informatie verzamelen 2. Meerdere oplossingen bedenken 3. De oplossingen evalueren 4. Kiezen 	Studenten
Hoogduin, 1980*	<ol style="list-style-type: none"> 1. Definieren van het keuzeprobleem 2. Het genereren van argumenten voor en tegen 3. Waardering van de argumenten 4. Uitvoering van de genomen beslissing 	Neurotische cliënten
Horan, 1979*	<ol style="list-style-type: none"> 1. Alternatieve actiemogelijkheden inventariseren 2. Doelen vaststellen en waarden ver- helderen 3. Positieve en negatieve gevolgen af- wegen en risico's bepalen 4. Verdere informatie verzamelen 5. Verzamelde informatie verwerken 6. Positieve en negatieve gevolgen van alle alternatieven nogmaals onder- zoeken 7. Maatregelen treffen om het gekozen actieplan uit te voeren. Anticiperen op tegenslag 	Mensen met beroeps- keuzeproblemen
Janis en Hoyt, 1975*	<ol style="list-style-type: none"> 1. Onderkennen dat er iets moet gebeuren 2. Onderkennen van mogelijke handelings- strategieën 3. Voorlopige selectie van handelings- strategieën 4. Keuze voor een bepaalde handelings- strategie 5. Vasthouden aan deze keuze ongeacht eventuele negatieve feedback 	Studenten met be- roepskeuzeproblemen
Kaiser, 1973*	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dataverzameling 2. Probleem formulering 3. Inventariseren van alternatieven 4. Besluitvorming 	Scholieren
Krawetz en Thomas, 1974*	<ol style="list-style-type: none"> 1. Informatie verzameling 2. (Over)weging 3. Beslissing 	Mensen met beroeps- keuzeproblemen

Olson en Greenberg, 1972**	Geen	Psychiatrische patienten
Russell en Thoresen, 1976*	<ol style="list-style-type: none"> 1. Het probleem identificeren 2. Keuzes genereren 3. Informatie verzamelen 4. Persoonlijke waarden onderkennen 5. De beste beslissing nemen 6. Evalueren van het beslisproces 	Verwaarloosde en agressieve ado- lescenten
Thomas, O'Fla- herty en Bor- kin, 1976**	<ol style="list-style-type: none"> 1. Overeenstemming m.b.t. een probleem 2. Afbakening van een deel van dit probleem 3. Formuleren van mogelijke oplossingen 4. Selectie van oplossing(en) voor implementatie 5. Beslissing tot actie 	Echtparen
Wallace, Horan, Baker en Hud- son, 1975*	<ol style="list-style-type: none"> 1. Het probleem definiëren als een keuze probleem 2. Alternatieven identificeren 3. Relevante informatie verzamelen 4. Voor- en nadelen identificeren bij elk alternatief 5. Het meest belovende alternatief uitkiezen 6. Het gekozen alternatief in praktijk brengen 	Counselors in opleiding
Yabroff, 1969*	Geen. Benoemt als voorwaarden tot adequate besluitvorming: <ul style="list-style-type: none"> -beschikbaarheid van relevante informatie -kennis van alle denkbare alternatieven -kunnen inschatten van alle denkbare gevolgen 	Studenten met be- roepskeuzeproblemen

* In onderwijssetting

** In geestelijke gezondheidszorg

Uit tabel 2.4. blijkt dat toepassing van trainingen in het nemen van beslissingen vooral plaats vindt op het terrein van onderwijs en beroepskeuze. Toepassingen in de geestelijke gezondheidszorg zijn voorts nog schaars. Uit deze tabel blijkt bovendien dat er geen sprake is van een uniform basismodel zoals dat bij probleemoplossen het geval bleek. Nadere inspectie van tabel 2.4. leidt tot de conclusie dat adequate informatie-verzameling en reductie van onzekerheden in vrijwel elk programma een rol spelen.

Ervan uitgaande dat probleemoplossen en beslissingen nemen van elkaar

onderscheiden vaardigheden vormen, besloot de Goldsteinprojectgroep naast de in 2.3.1. beschreven vaardigheid "dagelijkse problemen oplossen" ook een vaardigheid "beslissingen nemen" te ontwikkelen.

Aansluitend aan de in tabel 2.4. beschreven literatuur koos men voor een vaardigheid "beslissingen nemen" waarbij het leren omgaan met twijfels/onzekerheden en het (leren) kiezen tussen reeds beschikbare alternatieven centraal staan. Het genereren van keuzemogelijkheden c.q. formuleren van alternatieven wordt gerekend tot het domein van de vaardigheid "dagelijkse problemen aanpakken". De vaardigheid "beslissingen nemen" spitst zich toe op het inventariseren en met behulp van relevante informatie reduceren van de onzekerheden, die aan elke keuze verbonden zijn. Een en ander heeft geleid tot de nu volgende operationalisatie qua leerpunten.

1. Ga na voor welke keuze je staat.
2. Zet je twijfels op een rij.
3. Ga na welke informatie de twijfels kan verminderen.
4. Verzamel die informatie.
5. Weeg de keuze-mogelijkheden af, met die informatie.
6. Neem je beslissing: kies.

De aldus omschreven vaardigheid kan als een concretisering worden opgevat van leerpunt 4 uit de vaardigheid "dagelijkse problemen aanpakken": Kies de oplossing die je het beste past.

In de serie persoonlijke vaardigheidstherapieën heeft de vaardigheid "beslissingen nemen" de functie van hulpvaardigheid. Het aanleren van deze vaardigheid wordt niet als een apart programma aan cliënten aangeboden maar ingepast in de programma's "dagelijkse problemen aanpakken" en "veranderingen aanpakken", wanneer blijkt dat de deelnemers deze hulpvaardigheid onvoldoende beheersen.

Een en ander is gebaseerd op de veronderstelling dat cliënten in de geestelijke gezondheidszorg hun problemen vrijwel nooit direct presenteren in termen van beslisproblemen. De vaardigheidstherapieën "dagelijkse problemen aanpakken" en "veranderingen aanpakken" lijken in dit opzicht beter aan te sluiten bij het subjectieve probleembewustzijn van cliënten in de geestelijke gezondheidszorg. Vaardigheid in het nemen van beslissingen wordt dus als een noodzakelijke doch niet tevens

voldoende voorwaarde opgevat voor het volgens de leerpunten aanpakken van "dagelijkse problemen" zowel als "veranderingen".

2.3.4. "Informatie verzamelen"

In de literatuur zoals die tot nu toe besproken werd met betrekking tot de vaardigheden "dagelijkse problemen aanpakken", "beslissingen nemen", en "veranderingen aanpakken", benadrukken diverse auteurs het belang van adequate informatieverzameling. Zij gaan ervan uit dat het adequaat stellen van bovengenoemde vaardigheden alleen mogelijk is wanneer het betreffende individu over de vaardigheid beschikt om informatie te verzamelen (zie ook Bourne, Ekstrand en Dominovski, 1971; Davis, 1973; Davis, Train en Manske, 1968; Duncan, 1963).

In de door de Goldsteinprojectgroep vastgestelde operationele definitie van de vaardigheid "beslissingen nemen" vormt het verzamelen van informatie een apart leerpunt: leerpunt 4. De wijze waarop men deze informatie verzamelt, wordt daarbij niet nader omschreven. Tabel 2.5 geeft een overzicht van trainingsprogramma's - in probleemoplossen danwel besluitvorming - die het belang van het verzamelen van informatie benadrukken.

Tabel 2.5. Overzicht trainingsprogramma's "informatie verzamelen" naar inhoud.

Auteurs	nagaan welke informatie nodig is	Informatie verzamelen, ordenen, samenvatten	de informatie kritisch evalueren	omschrijving clientcategorie
Adkins, 1970	+	+	+	-mensen in achterstand-situaties
Arnkoff en Stewart, 1975	-	+	-	-studenten met persoonlijke problemen
Drumm en Knott, 1977	-	+	+	-uitteenlopende doelgroepen met preventie doelstelling
Goldstein, 1973, 1976 1980	+	+	-	-psychiatrische -patienten -bejaarden -adolescenten

Kaiser, 1973	-	+	+	-kinderen van basisonderwijs en middelbare school
Magoon, 1969	-	+	+	-studenten met beroepskeuze problemen

+ = WEL AANWEZIG
 - = NIET AANWEZIG

Hollander (1980**), Mendonca en Siess (1976*); Stone, Hinds en Schmidt (1975**), Yabroff (1969*) benadrukken het belang van "informatie verzamelen" in relatie tot probleemoplossen en besluitvorming, overigens zonder het informatie-verzamel-proces operationeel te definiëren. Waarbij * verwijst naar toepassingen in een onderwijssetting en ** naar toepassingen in een geestelijke gezondheidszorgsetting.

Uit tabel 2.5. blijkt dat:

- het verzamelen, ordenen, en samenvatten van informatie door alle 6 auteurs genoemd wordt.
- het kritische evalueren van de verzamelde informatie door 4 van de 6 auteurs genoemd wordt.

Uit ervaringen met cliënten uit de lagere sociaal-economische klassen blijkt dat veel cliënten uit deze doelgroep een vaardigheidstekort vertonen wat het verzamelen van informatie betreft. Als men al zover komt dat men inderdaad informatie verzamelt, neemt men vaak genoeg met informatie uit de zoveelste hand. Dit gegeven vormde voor de Goldsteinprojectgroep een reden te meer om een vaardigheid "informatie verzamelen" in het pakket persoonlijke vaardigheidstherapieën op te nemen. Deze vaardigheid werd geoperationaliseerd met behulp van de volgende leerpunten:

1. Ga na welke informatie je nodig hebt.
2. Bedenk manieren waarop je aan deze informatie kunt komen.
3. Kies daaruit de beste manier(en).
4. Maak een plan van wat je moet gaan doen.
5. Voer dat plan uit.
6. Zet de verzamelde informatie op een rij.

De vaardigheid "informatie verzamelen" heeft dezelfde taak en functie binnen het pakket persoonlijke vaardigheden als de vaardigheid "beslissingen nemen". De vaardigheid "informatie verzamelen" wordt ook niet als programma "an sich" aan cliënten aangeboden maar vormt een onderdeel van de vaardigheidstherapie "dagelijkse problemen aanpakken" danwel "veranderingen aanpakken".

HOOFDSTUK 3. BESCHRIJVING VAN DE WIJZE WAAROP DE PERSOONLIJKE VAARDIGHEIDSTHERAPIE-PROGRAMMA'S WORDEN UITGEVOERD

3.1. INLEIDING

In dit hoofdstuk wordt beschreven hoe de persoonlijke vaardigheidstherapieën worden uitgevoerd. Besproken wordt de wijze waarop modeling, gedragsoefening, bekrachtiging en transfertraining vorm krijgen tijdens de groepsbijeenkomsten. Ook wordt aandacht besteed aan indicaties voor deelname op vaardigheidsniveau. De door de projectgroep ontwikkelde therapie-protocollen worden gepresenteerd. Deze protocollen zijn bedoeld als handleiding voor therapeuten die deze vaardigheidstherapieën in praktijk brengen.

Deelname aan de hier beschreven vaardigheidstherapieën vormt geen behandeling op zich maar maakt steeds deel uit van een meer omvattend individueel behandelingsplan. Aan deze therapie-vorm deelnemende cliënten zijn meestal reeds sinds langere tijd in behandeling bij een ambulante danwel klinische instelling voor Geestelijke Gezondheidszorg. De cliënten worden door hun hoofdbehandelaar voor deelname aan een of meerdere vaardigheidstherapie(ën) doorverwezen. Na beëindiging van de vaardigheidstherapie(ën) wordt de behandeling voortgezet door de oorspronkelijke hoofdbehandelaar c.q. verwijzer. Vanwege de gewenste continuïteit in de behandeling wordt deze laatste op de hoogte gebracht van datgene wat client werd aangeleerd tijdens de persoonlijke vaardigheidstherapie. Bij deze informatie-overdracht wordt vooral aandacht besteed aan de wijze waarop de hoofdbehandelaar c.q. verwijzer de uitvoering van de nieuw aangeleerde vaardigheid door de client kan blijven stimuleren en bekrachtigen (zie ook paragraaf 3.2.3.1.).

3.2. OPERATIONALISATIE VAN DE BASISCOMPONENTEN UIT GOLDSTEIN'S METHODE

Goldstein (1973), Goldstein e.a. (1976) hanteren de uit de sociale leertheorie afgeleide principes modeling, gedragsoefening, bekrachtig-

ging en transfertraining als uitgangspunt bij de ontwikkeling en uitvoering van de door hen ontworpen vaardigheidstherapieën. Goldstein is van mening dat deze principes op dezelfde wijze van toepassing zijn bij het aanleren van interpersoonlijke en persoonlijke vaardigheden. Tijdens de uitvoering van persoonlijke en interpersoonlijke vaardigheidstherapieën streeft men zijns inziens immers dezelfde doelstelling na, namelijk de deelnemers een nauwkeurig omschreven handelingsstrategie aan te leren met betrekking tot een bepaald doelgedrag. Het feit dat bij de interpersoonlijke vaardigheidstherapieën de nadruk ligt op het aanleren van handelingsstrategieën met het accent op overt gedrag en bij de persoonlijke vaardigheidstherapieën op covert gedrag, is zijns inziens van ondergeschikt belang. Al experimenterend met de uitvoering van de persoonlijke vaardigheidstherapie-programma's kwam de Goldsteinprojectgroep echter tot de conclusie dat de typische eigen aard van de persoonlijke vaardigheden wel degelijk aanpassingen in de vormgeving van de hoofdcomponenten noodzakelijk maakte.

Alvorens tot de meer gedetailleerde beschrijving van deze aanpassingen over te gaan, wordt eerst de algemene opzet van de persoonlijke vaardigheidstherapieën weergegeven. Elk programma is gericht op het aanleren van één bepaalde vaardigheid. De therapie wordt uitgevoerd door twee therapeuten die de groepsbijeenkomsten leiden. Per aan te leren vaardigheid is er sprake van 4 à 8 wekelijkse bijeenkomsten van elk 2 uur. Aan elke vaardigheidstherapie nemen minimaal 5 en maximaal 8 cliënten deel. De deelnemers zijn allen mensen met een lager inkomen, lagere beroepsstatus en lager opleidingsniveau en reeds sinds langere tijd in behandeling, ambulant danwel klinisch, bij een instelling voor geestelijke gezondheidszorg. Een cliënt wordt voor deelname aan een vaardigheidstherapie verwezen vanwege gedragstekorten ten aanzien van de betreffende vaardigheid. De vaardigheidstherapieën worden uitgevoerd in een groepsruimte van $\pm 50 \text{ m}^2$ waarin de stoelen in U-vorm staan opgesteld. Vanuit hun stoelen dienen de deelnemers een goed uitzicht te hebben op het zogenaamde speelveld: dat deel van de ruimte waarin gedragsoefening en modeling plaatsvinden. Als hulpmiddelen dienen bovendien in de ruimte aanwezig te zijn: een video-afspeelunit, een bord met daarop de betreffende leerpunten (=poster), een

flap-over, een viltstift, een stapel zogenaamde huiswerkboekjes en pennen of potloden.

Na deze algemene opmerkingen ten aanzien van setting en therapeutische hulpmiddelen zullen in het nu volgende de wijzen worden beschreven waarop modeling, gedragsoefening, (sociale) bekrachtiging en transfer-training worden geoperationaliseerd.

3.2.1. Modeling

In hoofdstuk 1 werd reeds aangegeven dat modelingsprocessen een belangrijke rol spelen in de door Goldstein (1973) ontworpen leermethode (zie ook paragraaf 1.4.2.). Ook voor de in Maastricht ontwikkelde variant op de Goldsteinmethode geldt dat het modelingsprincipe een belangrijke plaats inneemt in het leerproces. Zowel tijdens de interpersoonlijke als tijdens de persoonlijke vaardigheidstherapieën wordt aan dit principe op twee uiteenlopende wijzen vorm gegeven, namelijk met behulp van video-voorbeelden en met behulp van voorbeelden "in levende lijve" (=live-modeling). In het nu volgende zal worden beschreven hoe een en ander in concreto gerealiseerd wordt.

3.2.1.1. Video-modeling

Voor elk van de persoonlijke vaardigheidstherapieën werd een videoprogramma ontwikkeld, waarin de betreffende vaardigheid in zijn diverse aspecten wordt getoond. De opbouw van deze videoprogramma's is standaard. De redenen waarom de Goldsteinprojectgroep video-modeling verkoos boven modeling door middel van geluidsbanden, zijn reeds beschreven in paragraaf 1.5.2.

Iedere videoband begint met een inleiding door een ter zake deskundige autoriteit waarin de leerpunten worden behandeld en het nut van de betreffende vaardigheid benadrukt. Daarna worden een drietal voorbeeld-situaties getoond, waarin de vaardigheid in praktijk wordt gebracht door verschillende hoofdrolspelers. De getoonde situaties betreffen achtereenvolgens openbaar leven, gezin en werk. Net als bij de inter-

persoonlijke vaardigheidstherapieën worden deze voorbeeldsituaties bij drie van de vier persoonlijke vaardigheidstherapie-programma's - "dagelijkse problemen aanpakken", "beslissingen nemen", en "informatie verzamelen" - in de vorm van contrastparen aan de kijker aangeboden. Contrastparen wat betreft het wél en niét toepassen van de betreffende leerpuntensequentie. Het aanbieden van contrastparen heeft immers als voordeel dat daardoor discriminatie van relevante aspecten - dat wil zeggen de leerpunten - vergemakkelijkt wordt. Deze contrastparen worden elk door één en dezelfde hoofdrolspeler vertolkt (voor een nadere toelichting zie ook paragraaf 1.5.2.).

Het videoprogramma "veranderingen aanpakken" omvat 4 voorbeeldsituaties, waarin de betreffende leerpunten wél worden toegepast. Er worden geen contrastparen aangeboden vanwege het feit dat men er niet in slaagde een in de vorm van contrastparen samengestelde, discriminatie van de betreffende leerpuntensequentie bevorderende, weergave van de gepresenteerde voorbeeldsituaties te ontwikkelen. Van de in het programma getoonde voorbeeldsituaties worden er 3, opgedeeld in fragmenten, aan de kijker aangeboden. Deze 3 fragmenten betreffen achtereenvolgens "een doel stellen", "een plan maken" en "aan de slag gaan". Het vierde voorbeeld wordt in totaliteit aan de kijkers gepresenteerd. Het videoprogramma "veranderingen aanpakken" is als volgt opgebouwd:

- inleiding met betrekking tot "veranderingen aanpakken" door een autoriteit.
- inleiding door dezelfde autoriteit nu met betrekking tot "een doel stellen".
- 3 voorbeelden waarin men 3 verschillende hoofdpersonen "een doel ziet stellen".
- inleiding door autoriteit met betrekking tot "een plan maken".
- 3 voorbeelden waarin men de eerder getoonde hoofdpersonen "een plan ziet maken".
- inleiding door autoriteit met betrekking tot "aan de slag gaan".
- 3 voorbeelden waarin men de eerder getoonde hoofdpersonen "aan de slag ziet gaan".
- voorbeeld 4 waarin men een hoofdpersoon volgt die de leerpunten 1 t/m 9 integraal toepast.

Bij de samenstelling van de video-programma's voor de persoonlijke vaardigheidstherapieën werd rekening gehouden met de door Goldstein (1973) geïnterpreteerde richtlijnen ter optimalisering van het modelingsprincipe. Voor een overzicht van deze zgn. "modeling enhancers" zie paragraaf 1.4.1. De leerpuntensequenties waaruit de persoonlijke vaardigheden zijn opgebouwd, hebben vrijwel allen betrekking op covert gedrag. Deze leerpunten worden door de in de videoprogramma's optredende hoofdrolspelers "hardop denkend" toegepast, soms in de vorm van een monoloog, soms ook in dialoog met een antagonist. De gepresenteerde video-voorbeelden beogen de deelnemers een realistisch beeld te geven van de betreffende vaardigheid in zijn praktische toepassing. Door middel van deze voorbeelden streeft men ernaar adequate responsinformatie over te brengen aan de deelnemers.

Kijkend naar de video-programma's, worden de deelnemers op het spoor gezet van situaties en thema's uit de eigen leefsituatie, die voor het toepassen van de betreffende vaardigheid in aanmerking komen. De video-voorbeelden vormen voor de therapeuten een belangrijk hulpmiddel om de leerpunten te verduidelijken. Tijdens de eerste groepsbijeenkomsten neemt video-modeling een centrale plaats in. In de daaropvolgende bijeenkomsten raakt deze vorm van modeling steeds meer op de achtergrond. Live-modeling oftewel modeling "in levende lijve" door de deelnemers voor elkaar, neemt dan de plaats en functie van video-modeling over.

3.2.1.2. Modeling in levende lijve

Vanaf de tweede groepsbijeenkomst wordt de video-modeling steeds meer vervangen door modeling van de groepsdeelnemers voor elkaar. Binnen de veilige muren van de groepskamer laat men elkaar zien hoe men de betreffende leerpuntensequentie in eigen situaties kan toepassen. Wanneer een van de deelnemers niet in staat blijkt de leerpuntensequentie meteen zelf op de door hem ingebrachte probleem-situaties toe te passen, schakelen de therapeuten één of meer overige groepsleden als model in. De therapeuten schakelen alleen diegenen als model in, waarvan duidelijk is dat zij de betreffende leerpuntensequentie voldoende be-

heersen. De modellen krijgen als opdracht van de therapeut de betreffende leerpuntensequentie op de door hun medegroepslid ingebrachte situatie toe te passen. De therapeut schakelt per situatie minimaal 2 modellen in. Deze modellen treden na elkaar op, op het speelvlak in front van de groep, duidelijk zicht- en hoorbaar voor de toeschouwende mede-groepsleden. De modellen passen de betreffende leerpuntensequentie "hardop denkend" toe, gezeten in een stoel die op het speelvlak staat opgesteld. Het model zit "en profile" voor de groep, de ogen gericht op het bord met leerpunten. Na afloop van elke modeling vindt er een nabespreking plaats waarbij de leerpuntensequentie als richtlijn dient. Degene voor wie de modeling vooral bestemd is, dat wil zeggen, degene die de betreffende situatie heeft ingebracht, krijgt als opdracht van de therapeut goed op te letten hoe het model de betreffende leerpunten toepast. Nadat het model de situatie met behulp van de leerpunten heeft afgerond, vraagt de therapeut aan degene die de situatie heeft ingebracht, welke deelgedragingen hij van het geobserveerde model wenst over te nemen.

Bij "dagelijkse problemen aanpakken"; "beslissingen nemen" en "informatie verzamelen" wordt er tijdens de eerste groepsbijeenkomst geoefend met behulp van standaard-situaties. De therapeuten modelen samen op welke wijze de oefenbeurten met standaard-situaties verlopen. Men gaat op dezelfde wijze te werk als bij modeling ten aanzien van door deelnemers zelf ingebrachte situaties.

3.2.2. Gedragsoefening

Gedragsoefeningen - tijdens de groepsbijeenkomsten en in de eigen leefomgeving - vormen een centraal onderdeel van de gehanteerde leer-methode.

In relatie tot de interpersoonlijke vaardigheidstherapieën worden drie vormen van gedragsoefening onderscheiden, te weten: imiterende gedragsoefening, anticiperende gedragsoefening en reconstruerende gedragsoefening. Voor een beschrijving van de wijze waarop deze vormen van gedragsoefening, in relatie tot de interpersoonlijke vaardigheids-therapieën, ook wel rollenspelen genoemd, worden uitgewerkt, zie Bee-

kers (1982). Ten aanzien van de persoonlijke vaardigheidstherapieën blijken andere vormen van gedragsoefening aangewezen dan bij de interpersoonlijke vaardigheidstherapieën. Voor zowel persoonlijke als interpersoonlijke vaardigheidstherapieën geldt dat gedragsoefening plaats vindt tijdens de groepsbijeenkomsten en in de eigen leefsituatie. Wat de persoonlijke vaardigheidstherapieën betreft, kan men vijf vormen van gedragsoefening onderscheiden, te weten:

- gedragsoefening met behulp van standaard-situaties
- anticiperende gedragsoefening
- reconstruerende gedragsoefening
- schriftelijke gedragsoefening
- gedragsoefening in spelvorm.

Zoals bij de interpersoonlijke vaardigheidstherapieën de interactie van het individu met andere personen wordt ingeoefend, zo wordt bij de persoonlijke vaardigheidstherapieën de interactie van het individu met een door hem als problematisch ervaren situatie geoefend. Terwijl bij de interpersoonlijke vaardigheidstherapieën de ontmoeting met de ander daadwerkelijk in scene wordt gezet in het hier en nu van de groeps-situatie, wordt bij de persoonlijke vaardigheidstherapieën de problematische situatie meestal alleen verbaal geschetst en "in imagine" aanwezig verondersteld.

In het nu volgende zal elk van de bovengenoemde vormen van gedragsoefening afzonderlijk worden besproken.

3.2.2.1. Gedragsoefening met behulp van standaard-situaties

Bij de interpersoonlijke vaardigheidstherapieën wordt tijdens de eerste groepsbijeenkomsten imiterende gedragsoefening toegepast. Na vertoning van het video-model waarin de betreffende leerpuntensequentie wordt toegepast, krijgen alle groepsleden successievelijk opdracht tot imitatie van het gedrag van de hoofdrolspeler op het speelveld. Bij de praktische uitvoering van de persoonlijke vaardigheidstherapieën bleek echter al heel snel dat deze imiterende gedragsoefening een andere functie vervulde dan bij de interpersoonlijke vaardigheidstherapieën. Imitatie van de video-modellen werd meer een training in geheugen-

functie dan een daadwerkelijke eerste ervaring met de toepassing van de betreffende leerpuntensequentie. Op grond van deze bevindingen, werd besloten deze vorm van gedragsoefening niet op de persoonlijke vaardigheidstherapieën van toepassing te doen zijn. Er werd een passend alternatief ontwikkeld in de zin van gedragsoefening met behulp van standaard-situaties. Bij de persoonlijke vaardigheidstherapieën "dagelijkse problemen aanpakken"; "beslissingen nemen" en "informatie verzamelen" wordt tijdens de eerste twee groepsbijeenkomsten geoefend met standaard-situaties. Het oefenen met behulp van standaard-situaties wordt gemodeld door de therapeuten alvorens de groepsdeelnemers aan de beurt komen. Doel van deze vorm van gedragsoefening is

- cliënten vertrouwd te maken met gedragsoefening als leermiddel
- cliënten in staat te stellen eerste ervaringen op te doen met de aan te leren vaardigheid
- therapeuten inzicht te geven in de gedragstekorten, mogelijkheden en beperkingen van de client.

Voor een overzicht van een lijst met relatief eenvoudige standaard-situaties, zie de door de projectgroep ontwikkelde handleidingen voor therapeuten (bijlage I). Gegeven het vanuit de sociale leertheorie afgeleide basisprincipe, dat de vaardigheidstherapieën erop gericht dienen te zijn de persoonlijke competentie-verwachtingen van de deelnemers te versterken door middel van succesvolle toepassing van de betreffende vaardigheid (Bandura, 1977), is het van groot belang dat de therapeuten de eerste gedragsoefeningen afstemmen op het (aanvankelijk nog lage) competentieniveau van de deelnemers op dat moment. Vanuit dat niveau wordt vervolgens verder opgeklommen volgens een speciaal op het individu afgestemde hiërarchie qua moeilijkheidsgraad. De standaard-situaties vormen bovendien hulpmiddelen om de deelnemers duidelijk te maken, welk soort situaties voor gedragsoefening in de groep in aanmerking komen.

Bij de vaardigheidstherapie "veranderingen aanpakken" wordt geen gebruik gemaakt van het oefenen met behulp van standaard-situaties. Men start meteen met oefeningen ten aanzien van zelf ingebrachte situaties. Een en ander in samenhang met de typische eigen aard van deze vaardigheid, gericht op het realiseren van door individuen zelf gewenste veranderingen, in tegenstelling tot veranderingen die door anderen worden opgelegd.

3.2.2.2. Schriftelijke gedragsoefening

Bij de vaardigheidstherapieën "dagelijkse problemen aanpakken", "beslissingen nemen" en "informatie verzamelen" wordt in de derde bijeenkomst een schriftelijke gedragsoefening uitgevoerd. Een van beide therapeuten presenteert een standaardsituatie (zie lijst met standaardsituaties in bijlage I) aan de groepsdeelnemers met als opdracht de betreffende leerpuntensequentie op deze situatie toe te passen. De co-therapeut deelt pen en papier uit aan de deelnemers. De mogelijkheid tijdens deze oefening aantekeningen te maken, blijkt uit ervaring een noodzakelijke geheugensteun te vormen en het overzicht over de toe te passen leerpuntensequentie te bevorderen. Deelnemers die niet kunnen schrijven, worden zo onopvallend mogelijk, geholpen door een van beide therapeuten. Na beëindiging van het denk- en opschrijfwerk wordt de concrete invulling van de leerpuntensequentie "en groupe" nabesproken. Deze nabespreking dient als feedback op de individuele toepassing van de leerpuntensequentie.

Doel van deze vorm van gedragsoefening is:

- de deelnemers model te doen zijn ten opzichte van elkaar wat het zelfstandig toepassen van de leerpuntensequentie betreft.
- de deelnemers in staat te stellen ervaring op te doen met de uitvoering van de betreffende leerpuntensequentie.
- therapeuten inzicht te geven in de mate waarin de deelnemers de leerpuntensequentie beheersen.

3.2.2.3. Anticiperende gedragsoefening

Vanaf de tweede groepsbijeenkomst wordt steeds meer aandacht besteed aan het inoefenen van door deelnemers zelf ingebrachte situaties. Dit ter bevordering van betrokkenheid, transfer (=overdracht van datgene wat men tijdens de groepsbijeenkomsten leert naar de eigen leefomgeving) en generalisatie. Anticiperende gedragsoefening vormt een van de manieren waarop aan het inoefenen van door deelnemers zelf ingebrachte situaties vorm wordt gegeven. Anticiperend betekent dat deze oefeningen betrekking hebben op situaties, die nog moeten plaatsvinden en

waar men bij voorbaat tegenop ziet. Vanaf de tweede groepsbijeenkomst krijgen alle deelnemers tijdens elke zitting een beurt, wat deze vorm van gedragsoefening betreft. Alvorens een bepaalde deelnemer de betreffende leerpuntensequentie op de door hemzelf ingebrachte situatie te laten toepassen, schakelen de therapeuten overige groepsleden als model in (zie ook paragraaf 3.2.1.2.). In overleg met de deelnemer wordt bepaald hoeveel modellen wenselijk worden geacht en welke gedragselementen hij van de geobserveerde modellen wenst over te nemen. Doel van deze anticiperende gedragsoefening is:

- de deelnemers voor te bereiden op de toepassing van de betreffende vaardigheid in eigen omgeving en wel op zodanige wijze dat de kans op effectieve afhandeling maximaal is.
- de deelnemers te motiveren de vaardigheid in eigen omgeving te gaan toepassen.
- de deelnemers in staat te stellen een eigen versie van de betreffende leerpuntensequentie te ontwikkelen.
- de deelnemers in staat te stellen ervaringen op te doen met de uitvoering van de betreffende leerpunten-sequentie.

De anticiperende gedragsoefeningen vinden óf in monoloogvorm óf in de vorm van een dialoog plaats, "hardop denkend" in front van de groep. Is er sprake van oefeningen in monoloogvorm, dan zit de betreffende client in een stoel vóór de groep, "en profile" ten opzichte van medegroepsleden, teneinde te voorkomen dat er onderlinge discussies ontstaan over de invulling van de leerpunten tijdens de oefeningen. Is er sprake van een dialoog, dan zitten therapeut en client op twee stoelen tegenover elkaar, wéér in front van de groep. De dialoog werd als oefenvorm gekozen vanwege zijn mogelijkheden de client op soepele en natuurlijke wijze te kunnen ondersteunen bij het hardop onder woorden brengen van de betreffende denkstappen. Wat de vaardigheidstherapie "veranderingen aanpakken" betreft, wordt de ondervragersrol in deze dialoog vanaf de 5e zitting door een mede-groepslid overgenomen, nadat expliciete modeling van deze rol door de therapeuten heeft plaatsgevonden. Op deze wijze beoogt men de actieve beheersing van de leerpuntensequentie te bevorderen.

Tijdens de oefeningen staat het bord met leerpunten zodanig opgesteld, dat dit goed leesbaar is voor alle deelnemers. Terwijl de ene therapeut de gedragsoefening leidt, maakt de ander leerpuntsgewijs aantekeningen op de eveneens in front van de groep opgestelde flap-over. De therapeuten streven ernaar de deelnemers deze gedragsoefeningen zo zelfstandig mogelijk te laten doorlopen.

Er wordt in een zo hoog mogelijk tempo geoefend. Mede-groepsleden worden zonodig als model ingeschakeld. Bovendien worden ze door de therapeuten actief betrokken bij de vertaling van het getoonde gedrag in termen van de betreffende leerpuntensequentie.

3.2.2.4. Reconstruerende gedragsoefening

Reconstruerende gedragsoefening wordt toegepast wanneer er sprake is van faalervaringen bij de uitvoering van huiswerkopdrachten. De wijze waarop deze vorm van gedragsoefening wordt uitgevoerd, is gelijk aan die van de anticiperende gedragsoefening. Doel van deze vorm van gedragsoefening is het individu in staat te stellen een in het huiswerkverslag gerapporteerde faalervaring wat de toepassing van de leerpuntensequentie betreft, te reconstrueren en de betreffende situatie nogmaals te doorlopen tijdens de groepsbijeenkomst. Tijdens deze vorm van gedragsoefening krijgt de deelnemer een soort herkansing wat de toepassing van de leerpuntensequentie betreft.

Uit ervaring blijkt deze vorm van gedragsoefening ingewikkeld en tijdsintensief. Ingewikkeld omdat het vaak moeilijk is om met de client tot een bevredigende en betrouwbare reconstructie van de betreffende situatie te komen. Op grond van deze bevindingen werd dan ook besloten deze vorm van gedragsoefening zo min mogelijk toe te passen. De therapeuten dienen de huiswerkopdrachten voor de deelnemers zo te kiezen dat de kans op faalervaringen daarbij minimaal is.

3.2.2.5. Gedragsoefening in spelvorm

Tijdens de vierde bijeenkomst van de vaardigheidstherapie "dagelijkse problemen aanpakken" vinden zogenaamde gedragsoefeningen "in spelvorm" plaats. Elke deelnemer krijgt een beurt wat deze vorm van gedragsoefening betreft. De therapeuten brengen een door henzelf bedachte probleemsituatie in. Ze passen deze situatie zoveel mogelijk aan aan de betreffende deelnemer in die zin dat ze een situatie kiezen die aansluit aan diens alledaagse leefsituatie en die in de lijn ligt van de situaties die tot dan toe door hemzelf werden ingebracht. Deze situatie wordt door therapeut en client in scene gezet met behulp van in de groepsruimte aanwezige attributen. De therapeut die de gedragsoefening leidt, vraagt medegroepsleden als antagonist(en) op te willen treden. Nadat de situatie voldoende is voorbereid, krijgt de deelnemer die de beurt heeft, de opdracht deze situatie te gaan spelen, waarbij vermeld wordt dat tijdens het uitspelen van deze situatie een probleem zal ontstaan. Wat dit probleem is, zal pas in de loop van het spel blijken. De protagonist krijgt als opdracht de betreffende leerpuntensequentie, hardop denkend, op dit probleem toe te passen. Dit hardop denken vindt plaats op een daartoe door de therapeut op het speelveld neergelegd matje, ook wel "denkmat" genoemd. Door op deze "denkmat" te stappen, geeft client aan de toeschouwers te kennen dat hij bezig is met het stellen van covert gedrag.

Doel van deze vorm van gedragsoefening is de deelnemers oefening te laten opdoen met het element van verrassing en overrompeling dat de meeste probleemsituaties in het dagelijks leven kenmerkt.

3.2.3. Bekrachtiging

In hoofdstuk 1 werd reeds aangegeven dat positieve (sociale) bekrachtiging een belangrijke plaats inneemt in de door Goldstein ontwikkelde leermethode. Ook wat de Maastrichtse variant daarop betreft, geldt het bekrachtigingsprincipe als een centraal element bij het op gang brengen van de beoogde leerprocessen.

Het bekrachtigingsprincipe wordt op identieke wijze toegepast bij het

aanleren van interpersoonlijke en persoonlijke vaardigheden. Overeenkomstig de bron, kan men twee soorten bekrachtiging onderscheiden, te weten bekrachtiging door relevante anderen en zelfbekrachtiging. In het nu volgende zal worden beschreven op welke wijze elk van beide wordt geoperationaliseerd tijdens de groepsbijeenkomsten.

3.2.3.1. Bekrachtiging door relevante anderen

Bekrachtiging door relevante anderen vindt plaats tijdens de groepsbijeenkomsten, in de eigen leefsituatie en in de individuele behandelingssituatie van waaruit de deelnemer voor deelname aan vaardigheidstherapieën werd verwezen. Deze bekrachtiging kan materieel danwel immaterieel van aard zijn. Voorbeelden van materiële bekrachtigers zijn sigaretten, een kop koffie.

Immateriële sociale bekrachtigers kunnen verbaal danwel non-verbaal worden toegediend. Voorbeelden van verbale sociale bekrachtigers zijn opmerkingen in de trant van "goed zo", "prima", "uitstekend".

Voorbeelden van non-verbale sociale bekrachtigers zijn een schouderklop, een applaus in de groep, een duim-op gebaar.

Ter optimalisering van het effect ervan, worden al deze bekrachtigers zo direkt mogelijk gekoppeld aan het stellen van het nieuw aan te leren gedrag door de betreffende persoon. De kwantiteit en/of kwaliteit van de bekrachtigers dient zoveel mogelijk te worden afgestemd op de door het individu geleverde prestaties rekening houdend met diens actuele vaardigheidsniveau, leermogelijkheden en geleverde inspanning. Aanvankelijk vindt sociale bekrachtiging alleen plaats door de therapeuten; in de loop van de bijeenkomsten gaan successievelijk medegroepsleden, personen in de thuisomgeving en - na beëindiging van de groepsbijeenkomsten - ook de hoofdbehandelaar c.q. verwijzer deze bekrachtigende functie overnemen.

Personen uit de eigen leefomgeving worden in dit opzicht niet expliciet ingeschakeld door de vaardigheidstherapeuten maar worden geacht vanzelf als natuurlijke bekrachtigers te fungeren. Het begrip natuurlijk verwijst naar de veronderstelling dat positieve sociale bekrachtiging een normaal onderdeel vormt van het dagelijks functioneren.

Hoofdbehandelaars c.q. verwijzers worden verzocht de toepassing van de betreffende leerpuntensequentie positief te blijven bekrachtigen en stimuleren ook nadat de groepsbijeenkomsten zijn afgelopen.

In de loop van de tijd streeft men ernaar dat het stellen van de vaardigheid steeds meer intrinsiek bepaald wordt en dat extrinsieke vormen van bekrachtiging daardoor geleidelijk aan overbodig worden.

3.2.3.2. Zelfbekrachtiging

Tijdens de bijeenkomsten leggen de therapeuten aan de deelnemers uit dat zelfbekrachtiging een belangrijke rol kan spelen bij het aanleren van vaardigheden. Men leert de deelnemers zichzelf te belonen voor het adequaat stellen van het betreffende doelgedrag. Het onderscheid materieel versus immaterieel is ook hier van toepassing. Voorbeelden van materiele vormen van zelfbeloning zijn het zichzelf trakteren op een kop koffie of gebak in een lunchroom, gaan winkelen, naar de bioscoop gaan, een etentje buitenshuis, een bos bloemen of een extra tijdschrift. Voorbeelden van immateriele zelfbeloning zijn coverte zelfuitspraken in de trant van "prima", "goed zo", "o.k.".

De zelfbeloningen dienen zodanig gekozen te worden, dat deze een vervulling vormen van eigen interessen, wensen, behoeften en verlangens. De door henzelf vastgestelde vormen van zelfbeloning worden door de cliënten in hun huiswerkboekjes genoteerd (zie 3.2.4.2.).

Ook hier geldt dat men er in de loop van de tijd naar streeft dat het stellen van de betreffende vaardigheid steeds meer intrinsiek bepaald wordt en dat extrinsieke vormen van bekrachtiging geleidelijk aan overbodig worden.

3.2.4. Transfertraining

Ter bevordering van de overdracht van datgene wat cliënten tijdens de groepsbijeenkomsten leren naar de eigen leefsituatie, worden tijdens de persoonlijke en interpersoonlijke vaardigheidstherapieën, naast de in 3.2.3.2. genoemde afspraken omtrent zelfbekrachtiging de nu vol-

gende maatregelen genomen:

- er worden huiswerkopdrachten gegeven
- er wordt gebruik gemaakt van huiswerkboekjes
- er worden "herinneringssignalen" afgesproken

3.2.4.1. Huiswerkopdrachten

Tijdens de groepsbijeenkomsten geven de therapeuten huiswerkopdrachten mee aan de deelnemers. Deze huiswerkopdrachten betreffen de uitvoering van de nieuw aan te leren vaardigheid in de eigen leefsituatie. Deze opdrachten kunnen betrekking hebben op de betreffende vaardigheid in haar totaliteit of op de uitvoering van bepaalde onderdelen daarvan. Tijdens de eerste zitting wordt het belang van het daadwerkelijk uitvoeren van deze opdrachten benadrukt. De therapeuten geven aan dat de ervaringen met de huiswerkopdrachten steeds het centrale oefenmateriaal zullen vormen voor de eerstvolgende groepsbijeenkomst. Het huiswerk voor de periode tussen de eerste en tweede groepsbijeenkomst is standaard. Het bestaat uit de volgende opdrachten:

- a. let op hoe anderen in uw omgeving deze vaardigheid uitvoeren en ga na wat daarbij opvalt met het oog op de besproken leerpuntensequentie.
- b. pas de eerste twee (soms de eerste drie) leerpunten van deze vaardigheid toe in uw eigen situatie. (Of men twee of drie leerpunten opgeeft, is afhankelijk van het vaardigheidsniveau van de betreffende deelnemers).

Vanaf de tweede groepsbijeenkomst start men steeds met de bespreking van de huiswerkervaringen. Daadwerkelijke uitvoering van de opgegeven huiswerkopdrachten wordt door de therapeuten expliciet bekrachtigd. Ten opzichte van deelnemers die het huiswerk niet hebben uitgevoerd, laat men duidelijk teleurstelling blijken: kort maar krachtig. Therapeuten geven in zo'n geval nogmaals aan dat de uitvoering van het afgesproken huiswerk onmisbaar is bij het aanleren van de vaardigheid. Faalervaringen met huiswerkopdrachten worden op de flap-over genoemd. Deze faalervaringen worden, na beëindiging van de huiswerkbe-

spreking, teniet gedaan c.q. gecorrigeerd met behulp van een reconstruerende gedragsoefening.

Vanaf de tweede zitting vindt het opgeven van huiswerk direct na de beëindiging van de anticiperende gedragsoefening plaats. De huiswerkopdrachten zijn dan niet meer voor iedere deelnemer gelijk maar worden individueel opgegeven, afgestemd op het prestatieniveau en de leermogelijkheden van het betreffende individu. Ter optimalisering van de motivatie van het individu om de opgegeven opdrachten ook uit te voeren, worden de gemaakte afspraken op de flap-over genoteerd. Per huiswerkopdracht wordt steeds genoteerd wát de betreffende client gaat doen (hoeveel leerpunten en welke precies), wàr (op welke plaatsen), wánnr (op welke dag, tijd, plaats). Tijdens de laatste zitting wordt een soort onderhoudsdosis huiswerk bepaald. Ook wordt met de deelnemers nagegaan hoe zij de nieuw aangeleerde vaardigheid kunnen blijven toepassen zonder de hulp c.q. bekrachtiging van medegroepsleden en therapeuten.

3.2.4.2. Huiswerkboekjes

Voor elk van de ontworpen vaardigheidstherapieën werd een bijpassend huiswerkboekje ontwikkeld. Dit als hulpmiddel voor de deelnemers bij de toepassing van de leerpunten en de uitvoering van de huiswerkopdrachten in de periode tussen de groepsbijeenkomsten. De clienten noteren daarin waar en wanneer ze welke leerpunten gaan toepassen, en (eventueel) met wie. Ook is er ruimte vrijgemaakt voor het opschrijven van ervaringen, opgedaan bij de uitvoering van de huiswerkopdrachten. Het huiswerkboekje wordt door de clienten beheerd en blijft hun eigendom. Net als bij een dagboek is het aan hen of zij daaruit iets openbaar willen maken en zo ja, wat dan. Dit geldt ook ten opzichte van de therapeuten. Clienten die niet kunnen schrijven, worden door de therapeuten op onopvallende wijze geholpen bij het opschrijven van hun opdrachten. Bij de huiswerkbesprekingen tijdens de groepsbijeenkomsten dienen deze boekjes als persoonlijke geheugensteun voor de clienten. De therapeuten zien erop toe dat de boekjes daadwerkelijk worden gebruikt, ze controleren echter niet hoe de betreffende client zijn notities maakt.

3.2.4.3. Bepaling van "herinneringssignalen"

Ter bevordering van de continuïteit in het stellen van de nieuw aangeleerde vaardigheid, wordt tijdens de laatste groepsbijeenkomst in overleg met elk van de deelnemers afzonderlijk een "herinneringssignaal" vastgesteld. Een "herinneringssignaal" is een door de deelnemer zelf gekozen voorwerp dat hem in sterke mate herinnert aan datgene wat hij tijdens de groepsbijeenkomsten leerde alsook aan de voornemens die hij daar maakte met betrekking tot het blijven stellen van de betreffende vaardigheid, ook nadat de groepsbijeenkomsten zijn afgelopen. Men kan in dit opzicht gebruik maken van stickers, ansichtkaarten, een beeld met een symbolische waarde etc. Ook het huiswerkboekje kan als "herinneringssignaal" fungeren. Met de deelnemers wordt afgesproken dat zij dit signaal een zodanige plaats geven, dat ze het regelmatig bewust waarnemen.

3.3. INDICATIES VOOR DEELNAME

Nadat in 3.2. werd beschreven op welke wijzen de basiscomponenten uit Goldstein's methode worden geoperationaliseerd tijdens de uitvoering van de persoonlijke vaardigheidstherapieën, zal hierna nader worden ingegaan op de indicaties voor deelname op vaardigheidsniveau.

De vaardigheidstherapieën à la Goldstein zijn ontwikkeld voor geestelijke gezondheidszorg cliënten uit de lagere sociaal-economische klassen; ook wel aangeduid als LIBO-clënten. Deelname aan persoonlijke vaardigheidstherapieën is aangewezen voor LIBO-clënten, bij wie er sprake is van evidente vaardigheidstekorten ten aanzien van een of meerdere van de in dit proefschrift beschreven persoonlijke vaardigheden, te weten "dagelijkse problemen aanpakken", "beslissingen nemen", "informatie verzamelen" en "veranderingen aanpakken". Dergelijke vaardigheidstekorten zijn te onderkennen door nadere inspectie van de recente levensloop van de betreffende individuen. Het gaat uiteraard niet om een als normaal te beschouwen incidenteel tekort maar om een tekort dat met een zekere regelmaat blijkt terug te keren. Dergelijke tekorten worden veelal manifest naar aanleiding van veranderingen van

Levensomstandigheden die het gevolg kunnen zijn van onder andere het verlies van partner en/of werk, het uit huis gaan van opgroeiende kinderen, de beëindiging van een langdurig verblijf in een (psychiatrische) kliniek of ook de beëindiging van een langerdurende periode van vermijdingsgedrag ten gevolge van psychische stoornissen. Dergelijke omstandigheden hebben vaak tot gevolg dat het gebruikelijke coping-repertoire niet langer afdoende is. Daarbij wordt in het midden gelaten of:

- a. het niet beheersen van de vaardigheid (een onderdeel van) het centrale probleem van de client vormt;
- b. het beheersen van de vaardigheid een noodzakelijke voorwaarde vormt voor de uitvoering van het door de hulpverlener ten aanzien van deze client opgestelde behandelingsplan;
- c. het niet beheersen van de vaardigheid het centrale probleem van de client (mede) in stand houdt;
- d. men verwachten kan dat deze clienten, wanneer zij de betreffende vaardigheid voldoende beheersen, beter in staat zullen zijn probleemsituaties het hoofd te bieden of te voorkomen.

A t/m d werden eerder beschreven in Beekers (1982). Clienten worden voor deelname aan persoonlijke vaardigheidstherapieën in aanmerking genomen wanneer doorverwijzende individuele hulpverlener en client zelf van oordeel zijn dat de client de betreffende vaardigheid(heden) onvoldoende beheerst.

De indicatie voor deelname wordt gesteld door de verwijzende hulpverlener op basis van bovenstaande informatie. Er zijn vooralsnog geen gestandaardiseerde schriftelijke vragenlijsten beschikbaar die bij de indicatie-stelling behulpzaam kunnen zijn.

Gezien het feit dat er sprake is van vier verschillende persoonlijke vaardigheidstherapieën, besloot de Goldsteinprojectgroep ten behoeve van de overzichtelijkheid voor potentiële verwijzers het type client per vaardigheid als volgt te specificeren.

3.3.1. "Dagelijkse problemen aanpakken"

De vaardigheidstherapie "dagelijkse problemen aanpakken" is erop gericht deelnemers effectiever te leren omgaan met - al of niet verwachte - voorvallen, die de dagelijkse gang van zaken verstoren en waarvoor het betreffende individu niet onmiddellijk een effectief respons-alternatief voor handen heeft. Wat deze vaardigheidstherapie betreft, is er dus primair sprake van een "reageer"-vaardigheid. Het toepassen van de leerpuntensequentie is een alternatief voor en bovendien incompatibel met een inadequate (emotionele) reactie. Deelname aan deze vaardigheidstherapie is geïndiceerd voor cliënten die aan één of meer van de volgende voorwaarden voldoen:

- in voor hen problematische situaties paniek-reacties vertonen met alle gedragsinhiberende gevolgen vandien.
- in voor hen problematische situaties slechts één reactiewijze als oplossing zien of ter beschikking hebben, waarbij bovendien soms geldt dat men zichzelf niet in staat acht deze oplossing in praktijk te brengen.
- in voor hen problematische situaties afwachtend en apathisch reageren.

3.3.2. "Veranderingen aanpakken"

De vaardigheidstherapie "veranderingen aanpakken" beoogt cliënten te leren door henzelf gewenste veranderingen daadwerkelijk tot stand te brengen.

De vaardigheidstherapie "veranderingen aanpakken" is geïndiceerd voor cliënten die aan één of meer van de volgende voorwaarden voldoen:

- zichzelf voortdurend voor onmogelijke opgaven stellen,
- wel globaal iets willen maar daarbij niet tot concrete plannen en/of activiteiten komen,
- impulsief aan veranderingen beginnen, maar die niet afmaken,
- wel plannen maken om dingen te veranderen maar daar verder niets mee doen,
- snel opgeven bij tegenslag.

De gewenste verandering kan zowel betrekking hebben op het functioneren van de persoon zelf als op nader omschreven aspecten van zijn levensomstandigheden.

3.3.3. "Beslissingen nemen"

De vaardigheidstherapie "beslissingen nemen" is geïndiceerd voor cliënten die:

- te overhaast tot besluitvorming overgaan zonder stil te staan bij de mogelijke gevolgen op korte of langere termijn voor de persoon zelf en voor zijn omgeving;
- geconfronteerd met een welomschreven keuze niet tot een zelfstandige beslissing kunnen komen en het nemen van de beslissing zolang uitstellen totdat anderen of "de tijd" deze beslissing voor hen nemen.

Deelname aan deze vaardigheidstherapie is aangewezen wanneer een cliënt aan één of meer van bovengenoemde voorwaarden voldoet.

3.3.4. "Informatie verzamelen"

De vaardigheidstherapie "informatie verzamelen" is geïndiceerd voor cliënten die niet in staat blijken:

- na te gaan op welke wijzen ze door hen benodigde informatie(s) kunnen verzamelen;
- een concreet plan te maken voor de wijze waarop ze deze informatie(s) wensen te verwerven;
- de door hen ingewonnen informatie(s) te ordenen, samen te vatten en te evalueren.

Deelname is aangewezen wanneer een cliënt aan één of meer van bovengenoemde voorwaarden voldoet.

3.4. ALGEMENE RICHTLIJNEN VOOR THERAPEUTEN

Nadat in 3.3. uitgebreid werd ingegaan op de door de Goldsteinprojectgroep vastgestelde indicaties voor deelname aan persoonlijke vaardigheidstherapieën, worden in 3.4. een aantal algemene richtlijnen voor therapeuten behandeld, die bij de uitvoering van de persoonlijke vaardigheidstherapieën van belang zijn.

Elke persoonlijke vaardigheidstherapie wordt begeleid door twee therapeuten. Eén van beide heeft de "regie" over de gedragsoefening en heeft al zijn aandacht nodig voor datgene wat zich op het speelveld afspeelt. De tweede therapeut kan tijdelijk als model of als antagonist worden ingeschakeld. Bij voorkeur is hij echter bij de groep waar hij waakt over de toeschouwende cliënten en model-gedrag vertoont met betrekking tot bekrachtiging-door-toeschouwers. Voor zover nodig, maakt hij met viltstift aantekeningen op de flap-over. Beide therapeuten hebben dezelfde taak, waarbij ze afwisselend de regie op zich nemen. Ze treden structurerend, directief en duidelijk leiding nemend op. Vragen worden direct gesteld aan met name genoemde individuen en nooit aan de groep in het algemeen. Elke bijeenkomst worden de deelnemers, ieder afzonderlijk, in de gelegenheid gesteld de betreffende vaardigheid in te oefenen in de door hen als veilig ervaren groeps-situatie. De therapeuten dienen de beschikbare tijd evenredig over het totaal aantal deelnemers te verdelen. Cliënten die de neiging hebben breedspakig te zijn, worden tijdig afgestopt en bijgestuurd onder verwijzing naar de betreffende leerpuntensequentie. Actieve deelname van groepsleden wordt zoveel mogelijk bevorderd en gestimuleerd door de therapeuten. Dit kan gebeuren door de deelnemers in een model-functie ten opzichte van elkaar in te schakelen maar ook door hen te vragen het door hun mede-groepslid(leden) gestelde gedrag in termen van de leerpunten te vertalen. Tempo en directiviteit komen het leerproces ten goede doordat ze mogelijk aanwezige spanningen reduceren en de attentie en betrokkenheid van de deelnemers bij het therapie-programma bevorderen.

Tijdens de groepsbijeenkomsten wordt geen expliciete aandacht besteed aan groepsdynamische processen en aspecten. Interacties tussen deelnemers onderling worden vrijwel steeds uitgelokt en voorgestructureerd

door de therapeuten. Ook al worden interacties tussen deelnemers onderling niet nader geanalyseerd en/of geëxpliciteerd in groepsdynamische termen, toch blijken groepsfenomenen in de zin van universaliteit van schijnbaar private problematiek door middel van "sharing" een rol te spelen. Deze "sharing" heeft volgens Yalom (1975) universalisering van individuele problematiek tot gevolg. Wat de hier beschreven vaardigheidstherapieën betreft, geldt dat sharingprocessen tot gevolg hebben dat de deelnemers ieder voor zich de eigen klachten en problemen gaan relativeren waardoor opluchting ontstaat. De onderlinge herkenning heeft bovendien tot gevolg dat de motivatie om aan de oplossing van de geconstateerde vaardigheidstekorten te werken, versterkt wordt.

3.5. DE RELATIE TUSSEN PERSOONLIJKE EN INTERPERSOONLIJKE VAARDIGHEIDSTEKORTEN

Ten aanzien van zowel "dagelijke problemen aanpakken" als "veranderingen aanpakken" geldt dat in de leerpunten-sequentie een of meerdere leerpunten zijn opgenomen, die de aanwezigheid van basale interpersoonlijke vaardigheden veronderstellen. Voor beide vaardigheden geldt dat het laatste leerpunt betrekking heeft op de daadwerkelijke uitvoering van de uitgedachte strategie c.q. aanpak (zie ook 2.3.1. en 2.3.2.). Bij deze uitvoering spelen vrijwel altijd ook interpersoonlijke situaties een rol. Adequate afhandeling van deze situaties vereist de aanwezigheid van basale interpersoonlijke vaardigheden in het copingrepertoire van het betreffende individu. Wanneer deze vaardigheden wel in het copingrepertoire aanwezig zijn maar door omstandigheden enigszins in onbruik geraakt, kan het noodzakelijk zijn deze vaardigheden op te frissen door middel van een anticiperende gedragsoefening. Is er echter sprake van aperte tekorten in interpersoonlijk gedrag, en heeft een dergelijke opfrisoefening onvoldoende effect, dan is deelname aan een of meerdere interpersoonlijke vaardigheidstherapieën geïndiceerd. Omgekeerd geldt eveneens dat tijdens deelname aan interpersoonlijke vaardigheidstherapieën persoonlijke vaardigheidstekorten kunnen worden geconstateerd bij de deelnemers die deelname

aan een of meerdere persoonlijke vaardigheidstherapieën noodzakelijk maken.

Is er sprake van aperte vaardigheidstekorten wat betreft de directe regulering van paniek, angst en spanning, dan vormt training in palliatieve - op directe regulatie van emotie(s) gerichte - vaardigheden een noodzakelijke voorwaarde vooraf aan deelname aan persoonlijke vaardigheidstherapieën.

3.6. "IMPLICIETE" LEERPUNTEN

Bij de persoonlijke vaardigheidstherapieën worden naast de expliciet omschreven leerpuntensequenties nog een aantal - meer impliciete - aandachtspunten behandeld, die de algemene attitude van het individu ten aanzien van de vaardigheid betreffen. Hoewel min of meer logisch en vanzelfsprekend voortvloeiend uit de eigen aard van de vaardigheid, bleek het toch noodzakelijk dat de therapeuten tijdens de groepsbijeenkomsten expliciet aandacht besteedden aan deze attitude-aspecten. Voor een overzicht van de impliciete leerpunten "dagelijkse problemen aanpakken" zie bijlage I; voor "veranderingen aanpakken" idem bijlage II.

3.7. PROTOCOLLEN VOOR THERAPEUTEN

Voor elk van de vier persoonlijke vaardigheidstherapieën werden protocollen ontwikkeld voor therapeuten als richtlijn bij de uitvoering daarvan. In bijlage I wordt het protocol voor de vaardigheidstherapie "dagelijkse problemen aanpakken" beschreven. In bijlage II voor "veranderingen aanpakken". De protocollen voor de vaardigheidstherapieën "informatie verzamelen" en "beslissingen nemen" zijn op dezelfde wijze opgebouwd als het protocol voor de vaardigheidstherapie "dagelijkse problemen aanpakken".

HOOFDSTUK 4. PLAATS VAN DE PERSOONLIJKE VAARDIGHEIDSTHERAPIEËN À LA GOLDSTEIN IN HET TOTALE VELD VAN DE COGNITIEVE GEDRAGSTHERAPIE

4.1. INLEIDING

De in hoofdstuk 2 beschreven persoonlijke vaardigheidstherapieën maken deel uit van de cognitieve gedragstherapie. De term cognitieve gedragstherapie verwijst naar de totale verzameling cognitief georiënteerde psychotherapeutische interventies, gebaseerd op leertheoretische principes en uitgangspunten. In het nu volgende zal worden nagegaan:

- waar de term cognitieve gedragstherapie feitelijk naar verwijst (paragraaf 4.2.).
- op welke wijze men enige ordening zou kunnen aanbrengen op het terrein van de cognitieve gedragstherapie (paragraaf 4.3.).
- wat de plaats is van de persoonlijke vaardigheidstherapieën à la Goldstein binnen dit geheel (paragraaf 4.4.).
- wat de knelpunten zijn in de cognitieve ontwikkeling in de gedragstherapie (paragraaf 4.5.).

4.2. BEKNOPT INHOUDELIJKE TYPERING VAN DE COGNITIEVE GEDRAGSTHERAPIE

In zijn onderzoek naar huidige trends in psychotherapie en counseling concludeert Smith (1982) dat: "cognitive-behavioral options represent one of the strongest if not the strongest theoretical emphases today" (p.808). Wat de gedragstherapie betreft, kan men constateren dat de ontwikkeling van cognitieve interventies de laatste jaren een grote vlucht heeft genomen.

Het werk van Beck en Ellis uit het begin van de zestiger jaren vormde de basis voor de opkomst van de cognitieve gedragstherapie. Op basis van klinische ervaringen kwamen deze auteurs, beiden psychoanalytici van oorsprong, tot het inzicht dat cognities een belangrijke rol

spelen bij het ontstaan van psychische problemen. Beck (1964, 1967, 1976) ontwierp een cognitieve therapie ter behandeling van depressieve patienten. Ellis (1962, 1970) ontwikkelde in de loop van de tijd de "Rational Emotive Therapy" ook wel bekend als de RET. Beide auteurs bekommerden zich nauwelijks om de theoretische onderbouwing van de door hen ontwikkelde methodes; de klinische bruikbaarheid ervan vormde hun belangrijkste interessegebied.

In de zeventiger jaren kan men een internationale doorbraak constateren wat de invoering van cognitief georiënteerde psychotherapeutische interventies betreft.

Van Quekelberghe (1979) omschrijft de cognitieve gedragstherapie als een bonte verzameling van therapeutische technieken en modellen die allen iets met cognities te maken hebben. De cognitieve gedragstherapie wordt ook wel aangeduid als cognitieve therapie of als "cognitive-behavioral interventions". Deze laatste benaming geeft aan dat er wat deze interventies betreft, meestal sprake is van een combinatie van zowel cognitief als gedragsgerichte interventies. De tot nu toe ontwikkelde cognitief gedragstherapeutische interventies verkeren merendeels nog in een experimenteel stadium.

De cognitief gedragstherapeutische interventies werden dus ontwikkeld door clinici als antwoord op praktijkproblemen. Er was geen sprake van een duidelijke theoretische grondslag.

Sinds de vijftiger jaren kan men ook in de theorievorming een groeiende aandacht voor cognitieve aspecten en factoren onderscheiden. Tot nu toe werden echter nog weinig pogingen gedaan deze algemene theoretische ontwikkelingen te vertalen in concrete (psycho)therapeutische interventies. Wel kan men constateren dat in de cognitieve gedragstherapie steeds vaker geprobeerd wordt de - veelal op praktische ervaringen met cliënten gebaseerde - cognitieve gedragstherapeutische interventies in te passen in bestaande cognitieve verklaringsmodellen. Uit bovenstaand blijkt dat er nog steeds sprake is van een behoorlijke kloof tussen de algemene psychologische theorievorming en de psychotherapeutische praktijk. Beide ontwikkelen zich los van elkaar.

Het merendeel van de cognitief gedragstherapeutische interventies stelt zich ten doel de mogelijkheden tot zelfcontrole bij het individu te vergroten. De geleidelijke invoering van het aanleren van meer

zelfcontrole aan cliënten betekende een belangrijke ommekeer in de gedragstherapie. Het individu wordt zodoende in steeds mindere mate als een willoos object van zijn omgeving opgevat maar als een subject dat zijn omgeving waarneemt, interpreteert en tot op zekere hoogte ook kan veranderen. Het object van de gedragstherapie wordt daarmee meer subject. Therapeutische interventies veranderen van, overwegend door anderen gestuurde, vormen van manipulatie in het aanreiken van hulpmiddelen aan het individu die hij zelfstandig kan toepassen met als doel een grotere mate van zelfcontrole te verwerven (Schulte, 1977). Afziend van de grote diversiteit in accent en procedures onderscheiden Mahoney en Arnkoff (1978) 3 vooronderstellingen die in alle cognitieve therapieën op leertheoretische basis gehanteerd worden:

1. mensen leren aangepast en onaangepast gedrag en emoties aan door middel van cognitieve processen (selectieve aandacht, symbolische codering etc.)
2. deze cognitieve processen kunnen functioneel geactiveerd worden door procedures die overeen komen met de procedures uit de experimentele leerpsychologie
3. de cognitieve gedragstherapeut heeft tot taak deze cognitieve processen op te sporen en te veranderen door middel van door hem speciaal ten behoeve van deze client/patient ontworpen correctieve leerervaringen.

Men gaat er in de cognitieve gedragstherapie van uit dat elke situatie cognitief verwerkt wordt door het individu en dat deze verwerking daaropvolgend gedrag en/of emotie bepaalt. Cognitief gerichte interventies worden gekenmerkt door het feit dat verandering van cognities en/of gedachten als ingang dient om verandering in gedrag en/of emotie tot stand te brengen.

4.3. DE COGNITIEVE GEDRAGSTHERAPIE INGEDEELD IN 3 CATEGORIEËN

Wat het totale veld van de cognitieve gedragstherapie betreft, blijkt er sprake van een grote diversiteit aan interventies. In navolging van Mahoney en Arnkoff (1978) en Eelen (1982b) kan men het totale veld van

de cognitieve gedragstherapie indelen in drie categorieën, te weten:

- de cognitieve herstructurering
- de coping-skills-therapieën
- de problem-solving-therapieën

In de nu volgende paragrafen zullen deze drie categorieën elk afzonderlijk worden beschreven.

4.3.1. Cognitieve herstructurering

De gedragstherapeutische methodieken gericht op cognitieve herstructurering gaan uit van de vooronderstelling dat foutieve denkprocessen de basis vormen voor gedragsproblemen en onaangepaste emoties. Cognitieve herstructurering heeft als doel dergelijke denkprocessen op te sporen en te veranderen. Binnen het domein van de cognitieve herstructurering zijn twee scholen te onderscheiden:

a. de rationele therapie ontwikkeld door Albert Ellis (1962).

Aanhangers van deze school gaan, in navolging van Ellis, uit van de vooronderstelling dat irrationele denkenhoudens de voornaamste oorzaak vormen van emotionele problemen. Niet de werkelijkheid zelf maar veeleer de opvattingen van het individu over deze werkelijkheid doen emotionele problemen ontstaan. Opvattingen van het individu over de werkelijkheid die aanleiding geven tot het ontstaan van emotionele problemen zijn volgens Ellis veelal irrationeel van aard. De RET streeft ernaar de client(en) te leren deze opvattingen - ook wel irrationele ideeën genoemd - rationeel te ontleden met behulp van een zogenaamd ABC-schema. In dit ABC-schema verwijst A naar een beschrijving van de betreffende situatie in objectieve termen; B naar een beschrijving van de - meestal irrationele - opvattingen van het individu met betrekking tot deze situatie en C verwijst naar de emotionele reactie van het individu in de betreffende situatie. In de rationele therapie leert men irrationele gedachten bij zichzelf opsporen en corrigeren. Diekstra (1979) ontwierp een gemodificeerde versie van deze methodiek.

b. de cognitieve therapie ontwikkeld door Beck.

Beck (1970, 1976) werd getroffen door de rol die irrationele gedachten en fantasieën leken te spelen bij het tot stand komen van depressies. Op basis van klinisch onderzoek stelde hij vijf irrationele denkpatronen vast die hij verantwoordelijk acht voor het tot stand komen van depressies. Deze patronen zijn:

- de tendens tot personalisatie, dat wil zeggen de neiging om de oorzaak van al wat gebeurt aan zichzelf toe te schrijven, met name wat negatieve gebeurtenissen betreft.
- denken in extremen, met andere woorden denken in termen van goed-fout, juist-onjuist, schuldig-onschuldig, etc.
- selectieve abstractie waardoor men details uit hun context haalt en teveel gewicht toekent.
- algemene conclusies trekken uit willekeurige gegevens.
- overgeneralisatie, inhoudend dat men algemene conclusies trekt op basis van één enkel voorval.

Beck is van mening dat deze - min of meer pathologische - irrationele denkpatronen verankerd liggen in de vaste schema's waarmee het individu zichzelf, zijn omgeving en de toekomst interpreteert en benadert. Dit drievoudige object van cognities staat bekend als de zgn. cognitieve triade van Beck.

De rationale therapie is erop gericht de client zijn foutieve denkstijl(en) te doen inzien en deze vervolgens te wijzigen door middel van een reeks opdrachten c.q. gedragsopgaven die in de therapiezittingen worden ingeoefend en in de thuissituatie als "huiswerk" moeten worden uitgevoerd. De client leert zelfstandig materiaal te verzamelen dat zijn - veelal foutieve - denkstijl ter discussie stelt. De therapiegesprekken hebben de vorm van een socratische dialoog, dit in tegenstelling tot de confronterende debatten zoals Ellis die in de RET voert. Conform zijn oorsprong wordt de rationale therapie à la Beck voornamelijk toegepast bij depressieve patienten (Beck 1970, 1976; Beck, Rush, Shaw, Emery 1979).

De hierboven beschreven vormen van cognitieve herstructurering vertonen duidelijke accentverschillen wat het focus van interventie betreft. Beide scholen hebben met elkaar gemeen dat zij zich ten doel

stellen het individu een meer rationele manier van denken aan te leren met het nodige relativisme, scepsis en humor. De door Ellis ingenomen standpunten met betrekking tot rationaliteit en irrationaliteit maken over het geheel genomen een sterk dogmatische indruk. Het relativiteitsprincipe lijkt zodoende slechts eenzijdig van toepassing en wel op de client. Diekstra's RET vertoont in dit opzicht meer overeenkomst met Beck's cognitieve therapie dan met de door Ellis ontwikkelde RET. Het rationaliteitsprincipe wordt door Diekstra minder dogmatisch toegepast dan door Ellis. Tijdens de therapie gaat Beck minder confronterend te werk dan Ellis.

Zowel Ellis als Beck streven ernaar individuen op andere wijze met denkinhouden te leren omgaan. Beiden gaan uit van de vooronderstelling dat veranderingen in denkprocessen aanleiding zullen geven tot verandering van gedrag en emoties.

4.3.2. Coping-skills-therapieën

De coping-skills-therapieën omvatten een verzameling uiteenlopende interventies gericht op het aanleren van vaardigheden die de client in staat stellen adequater om te gaan met situaties die een grote mate van spanning bij hem oproepen.

Het door Lazarus (1966) ontworpen stressmodel vormt het uitgangspunt voor deze benadering. De coping-skills-therapieën omvatten oefeningen in het toepassen van doelgerichte zelfinstructie, ontspanningstechnieken, aandachtsafleidingstechnieken, alsook het inoefenen van gedrag. Nadruk wordt gelegd op het versterken van de palliatieve copingfuncties - d.w.z. het adequater reguleren van emoties - teneinde instrumentele vormen van coping, gericht op het direct aanpakken en veranderen van de betreffende situatie, mogelijk te maken.

Het gros van de programma's omvat oefening(en) zowel in palliatieve als in instrumentele copingvaardigheden.

Men kan binnen deze categorie de volgende varianten onderscheiden:

- a. de zelf-instructie-trainingen van Meichenbaum (1974, 1977),
- b. de "covert-modeling" van Cautela (1971),
- c. de door Goldfried (1971) ontworpen systematische desensitisatieprocedure,

- d. de "anxiety-management-training" à la Suinn en Richardson (1971),
- e. de "stressinoculatie-training" zoals onder andere ontwikkeld door Meichenbaum (1971).

Voor een nadere beschrijving van elk van deze subvormen afzonderlijk gelieve men de daartoe aangegeven literatuurbronnen te raadplegen.

De besproken coping-skills-therapieën hebben met elkaar gemeen dat men de deelnemers daaraan traint in een aantal verschillende manieren waarop men met opkomende spanning(en) kan omgaan. De aangeleerde strategieën zijn algemeen toepasbaar en niet gefocussed op specifieke stimuli c.q. typische probleeminhouden. De nadruk ligt op het tot stand brengen van een grotere mate van zelfcontrole.

De coping-skills-therapieën zijn allen gericht op het leren reguleren van emoties die een adequate en doelgerichte taakuitvoering in de weg staan. Deze emoties hebben veelal de vorm van angst of agressie. De in dit verband nagestreefde doelen geven blijk van een zekere eenzijdigheid. Nadere inspectie van een aantal tot deze benadering te rekenen programma's (o.a. Novaco, 1975; Meichenbaum, 1977) leidt tot de conclusie dat over het algemeen gestreefd wordt naar rationalisatie en beheersing wat dit soort gevoelens betreft.

4.3.3. Problem-solving-therapieën

In het nu volgende worden de problem-solving-therapieën beschreven. Er zal achtereenvolgens aandacht worden besteed aan historische ontwikkeling, doelstelling en werkwijze.

D'Zurilla en Goldfried deden in 1971 als eersten een poging voorgestructureerde en systematisch omschreven probleemoplossingsstrategieën te gaan toepassen bij de behandeling van psychiatrische problematiek. Deze auteurs gaan ervan uit dat het aanleren van een voorgestructureerde probleemoplossingsstrategie aan psychiatrische patiënten relevant is vanwege de huns inziens zeer uitgebreide generalisatie-mogelijkheden. D'Zurilla en Goldfried gaan uit van de veronderstelling dat abnormaal gedrag en/of emotionele stoornissen opgevat kunnen worden

als vormen casu quo gevolgen van ineffectief gedrag. Wanneer het individu niet in staat is bepaalde (situationele) problemen adequaat op te lossen geeft dat volgens hen aanleiding tot ongewenste effecten in de vorm van angsten, depressies, etc. Spivack c.s. (1976) werkten deze benadering verder uit. Ze ontdekten dat er een verschil bestaat in probleemoplossend vermogen en probleemoplossingsvaardigheden tussen normale en gedragsdeviante populaties en dat training in probleem oplossen bij een aantal deviante populaties tot positieve resultaten leidde. (Platt, Scura en Hannon, 1973; Platt en Spivack, 1972a, 1972b, 1973, 1974; Shure en Spivack, 1972; Shure, Spivack en Jaeger, 1971; Siegel en Spivack, 1976 Spivack en Shure, 1974; Spivack, Platt en Shure, 1976). Tal van auteurs gingen daarna op deze zelfde onderzoekslijn verder: leertheoretici zowel als systeemgeoriënteerde auteurs (o.a. Haley c.s. 1976). Probleemoplossingsstrategieën werden toegepast zowel met betrekking tot individuele problemen als ook met betrekking tot huwelijks-, relatie- en gezinsproblematiek. De tot nu toe bereikte resultaten wekken positieve verwachtingen met betrekking tot verdere ontwikkelingen in deze richting (Mahoney en Arnkoff, 1978).

Problem-solving-therapieën worden bij uiteenlopende problemen en klachten toegepast. Deze therapieën zijn primair gericht op het versterken van de instrumentele copingfuncties van de deelnemers. Tijdens deze therapieën wordt nauwelijks aandacht besteed aan het aanleren en versterken van palliatieve copingwijzen.

4.4. DE PERSOONLIJKE VAARDIGHEIDSTHERAPIEËN À LA GOLDSTEIN ALS EEN FORM VAN COGNITIEVE GEDRAGSTHERAPIE

In 1979 besloot de Maastrichtse Goldsteinprojectgroep om naast de serie interpersoonlijke vaardigheidstherapieën ook een serie persoonlijke vaardigheidstherapieën te ontwikkelen. Een en ander in navolging van Goldstein e.a. (1976) en aansluitend aan de literatuur met betrekking tot de behoeften van cliënten uit de lagere sociaal-economische klassen (Rapaport, 1962; Schmidt, Smart en Moss, 1968; Trower, Bryant en Argyle, 1978; Bedell, Archer en Marlowe, 1980).

Deze persoonlijke vaardigheidstherapieën kunnen als een vorm van

"cognitive behavioral interventions" worden opgevat en wel vanwege het feit dat het aanleren van de vaardigheden plaats vindt door middel van diverse vormen van gedragsoefening; verbale overtuiging en cognitieve herstructurering. Tijdens deze vaardigheidstherapieën worden aan de deelnemers daaraan behandelingsstrategieën aangeleerd die coverte en overte gedragsaspecten omvatten.

Conform de in 4.3 behandelde indeling sluiten de in Maastricht ontwikkelde persoonlijke vaardigheidstherapieën eveneens aan bij de probleemoplos-therapieën zoals besproken in 4.3.3.

Tijdens deze persoonlijke vaardigheidstherapieën leert men de deelnemers daaraan immers algemene handelingsstrategieën aan met behulp waarvan zij uiteenlopende soorten probleemsituaties weloverwogen en doelgericht kunnen afhandelen. Men streeft ernaar de aan te leren strategie in de meest uiteenlopende soorten probleemsituaties in te oefenen. Dit inoefenen gebeurt aan de hand van een aantal vooraf vastgestelde gedragsregels, ook wel leerpunten genoemd. Deze leerpunten operationaliseren de verschillende fasen van het probleemoplosproces, die men de deelnemers wil aanleren. Er is sprake van een pragmatisch gerichte therapievorm die toch voldoende ruimte biedt voor de uniciteit van de individuele client. Elke deelnemer wordt immers aangespoord een eigen versie van de aangeboden algemene strategie te ontwikkelen.

Men kan ook een belangrijk verschil constateren tussen de in 4.3.3. beschreven problem-solving-therapieën en de in dit proefschrift beschreven persoonlijke vaardigheidstherapieën. De in 4.3.3. besproken therapieën worden veelal als programma "an sich" aan clienten aangeboden terwijl de persoonlijke vaardigheidstherapieën alhier beschreven, steeds onderdeel vormen van een ruimer opgezet behandelingsplan en dus slechts een deelaspect van een meer uitgebreide behandeling vormen.

4.5. KANTTEKENINGEN BIJ DE COGNITIEVE ONTWIKKELINGEN IN DE GE- DRAGSTHERAPIE

Naast positief commentaar op de ontwikkelingen in cognitieve richting, geeft de betreffende literatuur ook een aantal punten van kritiek weer (Mahoney, 1977a, 1977b, 1980; Mahoney en Arnkoff, 1978; P. Eelen, 1982a en 1982b; H. Landsheer, 1983). Deze punten van kritiek betreffen:

- a. de wijze waarop men het concept cognitie definieert. Diverse auteurs geven verschillende definities voor dit concept. Er bestaat geen overeenstemming over het feit of dit concept verwijst naar een discrete gebeurtenis of naar een proces.
- b. de wijze waarop men cognities meet c.q. opspoort. Cognities worden veelal geïdentificeerd met interne zelfspraak. Eventuele aanwezigheid van cognities alsook de inhoud(en) daarvan zijn niet voor directe observatie toegankelijk. Een en ander wordt veelal op indirecte wijze vastgesteld.
- c. de wijze waarop cognitieve technieken en procedures worden beschreven. De grens tussen therapeutische interventies die cognities als aangrijpingspunt tot verandering kiezen en interventies die gedrag als aangrijpingspunt tot verandering kiezen, is vaak moeilijk te trekken. Wat de meeste behandelingsprogramma's betreft, is er sprake van mengvormen met accentverschillen.
- d. het feit dat in cognitieve gedragstherapieën veelal wordt uitgegaan van het isomorfisme tussen woorden en beliefs. Men veronderstelt dat woorden - in de vorm van directe verbale expressies maar ook in de vorm van interne dialogen c.q. interne zelfspraak - cognities adequaat en volledig representeren. Er wordt meestal geen onderscheid gemaakt tussen bewust en onbewust verlopende cognitieve processen. De meeste auteurs veronderstellen dat cognities steeds als bewuste inferentie- en labelingsprocessen kunnen worden opgevat. Eelen (1982b) stelt echter dat men wat cognities betreft een onderscheid kan maken tussen automatische processen en gecontroleerde processen. Automatische processen verlopen zeer snel en zonder dat bewuste aandacht daarbij een rol speelt. Gecontroleerde processen verlopen daarentegen serieel, intentioneel, met bewuste aandacht en zijn

in tegenstelling tot automatische processen in principe wel verbaal toegankelijk.

- e. integratie-problemen wat betreft cognitieve psychologie en cognitieve gedragstherapie. De plaats van cognities in het Stimulus - Organisme - Respons - Consequentie (afgekort SORC-) schema is momenteel heftig in discussie (Burger, 1983; Orlemans, 1983; Landsheer, 1983; Eelen, 1982a). Orlemans (1983) is van mening dat cognities als O-variabelen moeten worden opgevat. Dit betekent dat hij cognities niet als "covert operants" beschouwt. Burger (1982) daarentegen beschouwt cognities als R-variabelen en daarmee als cove-rants. Eelen (1982a) is van mening dat cognities niet zomaar als "covert operants" kunnen worden opgevat. Hij definieert cognities als uitspraken over gedrag en de gevolgen daarvan (vgl. Bandura, 1977). Deze uitspraken als zodanig kunnen zijns inziens niet direct beïnvloed worden door beloning en/of straf. Men kan cognities wel indirect in de werkelijkheid gaan toetsen. Bij deze toetsing spelen omgevingscontingenties een belangrijke rol. Op basis van de ervaren contingenties kan het individu besluiten zijn opvattingen over de werkelijkheid (=cognities, beliefs) te handhaven of te verwerpen.
- f. het feit dat in de cognitieve gedragstherapie rationaliteit veelal gelijkgesteld wordt aan psychische gezondheid.

HOOFDSTUK 5. ALGEMEEN THEORETISCHE ONTWIKKELINGEN EN HUN IMPLICATIES VOOR VAARDIGHEIDSTHERAPIEEN

5.1. INLEIDING

Sinds 1950 kan men constateren dat er in de psychologische theorievorming steeds meer aandacht wordt besteed aan de rol van cognitieve factoren bij het tot stand komen van gedrag(sverandering). Cognitieve factoren worden inmiddels als belangrijke gedragsdeterminanten opgevat. In de cognitief sociaal-leertheoretische modellen wordt gedrag steeds opgevat als een resultante van een wederzijdse beïnvloeding van persoon en situatie. Feitelijk gedrag leidt tot een (al dan niet beoogde) verandering van de situatie en leidt tot een bevestiging of bijsturing van de cognities betreffende eigen competenties en mogelijkheden.

Attributies, etiketteringen, interpretaties van situaties en verwachtingen ten aanzien van eigen mogelijkheden sturen het gedrag van een individu in belangrijke mate. In dit hoofdstuk zullen 3 psychologische theorieën worden beschreven die gedrag opvatten als de resultante van een wederzijdse beïnvloeding van persoon en situatie en waarin cognitieve concepten in de zin van attributies, etiketteringen, verwachtingen een centrale rol spelen. Achtereenvolgens zal aandacht worden besteed aan de theorieën van Rotter (1954), Bandura (1969, 1977) en Lazarus (1966).

In de theorie van Rotter ligt de nadruk op verwachtingen, reinforcement-contingenties en beheersingsoriëntatie.

Bandura ontwikkelde een cognitieve sociale leertheorie met behulp waarvan men het tot stand komen van gedrag(sverandering) kan verklaren. Persoonlijke competentie-verwachtingen en respons-uitkomstverwachtingen vormen de pijlers waarop deze theorie is opgebouwd. Lazarus werkte een stressmodel uit, gebaseerd op de informatieverwerkingsmodellen uit de experimentele psychologie waarin attributie-processen

een belangrijke rol spelen.

Bestudering van deze theorieën leidt tot de conclusie dat de beschikbaarheid van een geëigend persoonlijk en interpersoonlijk gedragsrepertoire geen voldoende voorwaarde vormt voor het metterdaad stellen van dergelijk gedrag. Bovendien kan men concluderen dat vaardigheids-therapie-programma's, gericht op verandering van persoonlijk en interpersoonlijk gedrag, ook aandacht zullen moeten besteden aan het tot stand komen van realistische zelfbeweringen, verwachtingen en attributies. In het nu volgende zal daarom aandacht worden besteed aan de implicaties van de eerder genoemde theorieën voor persoonlijke en interpersoonlijke vaardigheidstherapieën à la Goldstein. Dit hoofdstuk omvat tevens een beknopte beschrijving van de opkomst van cognitieve verklaringsmodellen ten aanzien van de wijze waarop leerprocessen verlopen. Ook wordt een poging gedaan de in de theorieën van Rotter, Bandura en Lazarus beschreven concepten in één model te verenigen.

In 5.8. tenslotte, wordt een samenvatting gegeven van de wijzen waarop de door Bandura, Rotter en Lazarus ontwikkelde theoretische principes en uitgangspunten worden geoperationaliseerd tijdens de uitvoering van de persoonlijke vaardigheidstherapieën. In 5.8.1. wordt weergegeven op welke wijzen de persoonlijke competentie-verwachting(en) van de deelnemers worden beïnvloed. In 5.8.2. wordt aandacht besteed aan de wijzen waarop men de respons-uitkomst-verwachtingen van de deelnemers tracht te optimaliseren.

5.2. DE OPKOMST VAN COGNITIEVE VERKLARINGSMODELLEN TEN AANZIEN VAN DE WIJZE WAAROP LEERPROCESSEN VERLOPEN, IN VOGELVLUCHT BESCHREVEN

Sinds het ontstaan van de psychologie als wetenschap heeft het onderzoek naar de wijze waarop leerprocessen verlopen, een belangrijke rol gespeeld. In de experimentele psychologie werd leren aanvankelijk als een louter associatief proces opgevat dat het individu passief onderging (McGeoch, 1942). De veronderstelling daarbij was dat er tijdens dit leerproces op neurale niveau nieuwe associaties tot stand komen tussen stimulus en respons. Hogere mentale processen, in de zin van

waarneming, beoordeling, symbolisering etc. speelden in deze opvattingen nauwelijks een rol. Men ging uit van een natuur-wetenschappelijk wetenschapsmodel. Pavlov's experimenten (1955, 1960) met betrekking tot het aan- en afleren van geconditioneerde reflexen bij honden zijn gebaseerd op de principes van het associatief leren. De door Pavlov ontdekte wetmatigheden worden aangeduid als klassieke conditionering. Bij het aanleren van geconditioneerde reflexen dienen de reeds aanwezige, aangeboren reflexen als uitgangspunt. Leerprocessen worden bepaald door manipulaties van buitenaf met betrekking tot de stimulus-kant van een bepaald gedrag. Teneinde de bevindingen bij zijn inmiddels klassiek geworden salivatie-experimenten te verklaren veronderstelde Pavlov dat de associatie tussen geconditioneerde stimulus en (on)geconditioneerde respons tot stand kwam op basis van een nieuwe neurale verbinding tussen deze beide. Het experimenteel onderzoek van deze auteur vormt een eerste mijlpaal in de psychologie wat betreft de ontwikkeling van een coherente theorie en een eenduidig taalgebruik met behulp waarvan men processen die optreden bij het aanleren van gedrag kan verklaren.

Voortbouwend op het werk van Pavlov kwam Skinner (1938, 1953) op basis van gevarieerde dierexperimenten tot de conclusie dat een groot aantal gedragingen van dieren verklaard kon worden vanuit aanwezige omgevingscontingenties. Ter onderscheiding van de klassieke conditionering à la Pavlov worden de door Skinner ontdekte wetmatigheden aangeduid als operante conditionering. Het operante conditioneringsmodel beschouwt de omgevingsreacties op een bepaalde respons als een centraal element in het leerproces. Zowel het klassieke als het operante conditioneringsmodel hanteren het behavioristische S-O-R schema als uitgangspunt.

Het klassieke model kent een centrale rol toe aan stimulus substitutie, het operante model aan de beïnvloeding van respons-reïncement contingenties. Het feit dat Pavlov neurologische termen hanteert en Skinner functionele, vormt een essentieel onderscheid tussen deze twee paradigma's. Beide auteurs gaan overigens uit van de vooronderstelling dat elke vorm van gedrag verklaard kan worden door middel van lineaire relaties tussen overte responsen en omgevingsstimuli. Mediërende processen in het organisme hebben in de door hen ontwikkelde theorieën

geen plaats. Toepassing van klassieke en operante conditioneringsprincipes bij de verklaring van complex menselijk gedrag, bracht in de loop van de tijd een aantal problemen aan het licht (Lachman e.a., 1979). Genoemde principes bleken niet in staat complex menselijk gedrag afdoende te verklaren. Een halve eeuw onderzoek met betrekking tot klassieke conditioneringsprincipes leverde steeds meer evidentie op voor de rol van motivationele en emotionele factoren bij het tot stand komen van complex menselijk gedrag (McGuigan en Lumsden, 1973; Prokasy, 1965). In het klassieke stimulus - organisme - respons model werden deze factoren gelocaliseerd in de zogenaamde "black box" van het organisme. Men ging ervan uit dat deze factoren niet nader geconcretiseerd c.q. onderzocht konden worden. Onderzoek ten aanzien van dergelijke factoren - ook wel aangeduid als "hogere" mentale functies - paste niet in een natuurwetenschappelijk wetenschapsmodel.

Op den duur werd echter duidelijk - op basis van experimenteel onderzoek als ook klinische ervaring - dat het klassieke en het operante conditioneringsparadigma - ieder an sich - simplistische reducties vormden van een zeer complexe werkelijkheid (Hornton en Turnage, 1976). Verbale conditioneringsexperimenten (Dulany, 1968; Jacobson, 1969; Spielberger en De Nike, 1966) toonden aan dat verbale conditioneringseffecten alleen optraden bij proefpersonen die inzicht hadden in de betreffende respons-reinforcement contingentie(s).

De term respons-reinforcement contingentie(s) verwijst naar het feit dat het individu een relatie ervaart tussen zijn eigen gedrag en de belonende gevolgen daarvan. De geciteerde verbale conditioneringsexperimenten bevestigen de veronderstelling dat cognitieve factoren een belangrijke rol spelen bij conditioneringsprocessen. Met de invoering van computermodellen in de psychologische research als simulatie van complex menselijke leerprocessen werd duidelijk dat leren als een actief informatie-verwerkingsproces moest worden opgevat. Daarmee eindigde het tijdperk van de louter associationistische opvattingen. Newell en Simon (1972) en Anderson en Bower (1973) komen aan de hand van de eerder genoemde computer analogieën met betrekking tot complex menselijk gedrag tot de conclusie dat leren moet worden opgevat als een proces waarin opname, opslag en verwerking van informatie essentieel zijn. Miller, Gallanter en Pribram's boek met als titel "Plans

and the structure of behavior" (1960) vormde de eerste mijlpaal wat de ontwikkelingen in cognitieve richting betreft. In dit werk werd de aanzet gegeven tot het ontwikkelen van cognitief georiënteerde verklaringen met betrekking tot complex menselijk gedrag.

In tabel 5.1. wordt een overzicht gegeven van de wijze waarop Merluzzi, Rudy en Glass (1981) de verschillen tussen de associationistische en de op verwerking van informatie gebaseerde verklaringsmodellen samenvatten.

Tabel 5.1. Beschrijving van verklaringsmodellen conform Merluzzi, Rudy en Glass (1981)

	Associationism	Information processing
Metascientific assumptions	Mind is passive Behavior is a product of the environment Tabula rasa Behavior is modifiable	Mind is dynamic and active Behavior is a product of mental acts Innate properties Mind is modifiable
Subject Matter	Performance Conditioning Testing learning theory	Mental processes Thought and language Comprehension and knowledge
Methodologies	Reversal and multiple baseline designs Classical and operant research paradigms	Convergent validation techniques Use of reaction time to decouple cognitive processes Computer simulations
Concepts	Stimulus, respons, associations, reinforcement, incentives, and so forth	Input, output, encoding, storage, retrieval, competence executive processor, primary and secondary memory, and so forth
Theories	Mechanistic: S-R-S-R	Computerlike: mind, as a rule governs learning

Schema ontleend aan Merluzzi, Rudy, Glass, 1981.

Bovenstaand schema geeft het verschil tussen de eerder genoemde opvattingen in absolute termen weer. In werkelijkheid blijken er ook opvattingen te bestaan, die tot het grensgebied van beide paradigma's gerekend kunnen worden en zodoende een mengeling vormen van kenmerken van beide verklaringsmodellen samen.

Uit dit schema blijkt dat er wezenlijke verschillen bestaan tussen het

associationistische paradigma en het paradigma gebaseerd op informatie-verwerkingsmodellen wat betreft:

- vooronderstellingen
- object van onderzoek
- gehanteerde concepten
- theorie-vorming

In tegenstelling tot de associationistische opvattingen leggen de informatieverwerkingsmodellen de nadruk op de bestudering van de invloed van zgn. hogere mentale processen als denken en taal bij het tot stand komen van gedrag. Men richt sterk de aandacht op de invloed van cognitieve processen en functies.

Naast de computer-modellen vormde ook het werk van Piaget (1932) een belangrijke stimulans in cognitieve richting. Piaget bestudeerde de cognitieve ontwikkeling van het individu. Hij richtte zijn aandacht vooral op de gevolgen van de interactie tussen individu en omgeving voor diens ontwikkeling op sociaal, emotioneel en intellectueel vlak en wel vanuit de veronderstelling dat mentale structuren de ervaringen van het individu organiseren en zodoende diens gedrag reguleren. Piaget vat het zich ontwikkelende kind op als een actief informatie verwervend en informatieverwerkend systeem en niet als een louter passieve ontvanger van omgevingsstimuli.

Miller en Dollard (1941) ontwierpen als eersten binnen de leertheoretische traditie een conditioneringsmodel waarbij ze de nadruk legden op de functie van "hogere mentale processen" zoals aandacht en symbolisering. Deze nieuwe stroming in de leertheorie werd naderhand aangeduid als de sociale leertheorie. Rotter (1954) en Bandura (1969; 1974; 1977) werkten deze sociale leertheorie elk op hun eigen wijze verder uit. Rotter ontwikkelde een versie van deze theorie die de nadruk legt op de begrippen reinforcement-waarde en verwachtingen (zie 5.3.1.). Bandura ontdekte het principe van het "vicarieus leren" en ontwikkelde de "self-efficacy" theorie ter verklaring van het al dan niet tot stand komen van gedrag(sverandering) bij het individu.

Bandura's onderzoek met betrekking tot sociale leerprocessen bij kinderen leverde resultaten op die strijdig zijn met de operante conditioneringsprincipes van Skinner (Bandura, 1969). De term vicarieus leren verwijst naar de leerprocessen die kunnen optreden bij het ge-

tuige zijn van gedrag van anderen. Het geobserveerde gedrag blijkt dan een zogenaamde model-functie te vervullen. Bandura ontdekte dat leerprocessen ook indirect kunnen verlopen zonder directe aanwezigheid van omgevingscontingenties. Skinner beschouwde de directe aanwezigheid van dergelijke contingenties als sine qua non voor het optreden van leer-effecten. Het werk van Bandura bevestigde nogmaals dat symboliseringsprocessen een belangrijke rol spelen bij het aanleren van complex menselijk gedrag. Bandura's "self-efficacy" theorie (zie 5.3.2.) beoogt het al dan niet optreden van gedragsverandering(en) te verklaren met behulp van verwachtingsconcepten. Het individu wordt als een actief informatie verwervend en informatie verwerkend systeem opgevat (Bandura, 1977).

Bovenstaande leidt tot de conclusie dat de opvattingen over de wijze waarop leerprocessen verlopen, de laatste decennia aan sterke veranderingen onderhevig zijn geweest. De aanvankelijk enigszins simplistische en reductionistische conditioneringsmodellen hebben plaats gemaakt voor complexe cognitief georiënteerde verklaringsmodellen die meer recht beogen te doen aan de complexe leerprocessen die bij het menselijk functioneren een rol spelen. Wat het klassieke en operante conditioneringsmodel betreft, geldt dat beide modellen waarde behouden bij de verklaring van bepaalde deelaspecten die ook bij complex menselijk gedrag een rol spelen. Beide modellen hebben een belangrijke bijdrage geleverd aan de ontwikkeling van specifieke interventietechnieken voor de psychologische praktijk. Opvattingen over de wijze waarop leerprocessen verlopen, hebben repercussies op het vlak van persoonlijkheidsleer, psychopathologie, psychotherapie c.q. de leer van de gedragsmodificatie. Op al deze terreinen speelt de relatie tussen emotie en cognitie een belangrijke rol. De traditionele conditioneringsopvattingen beschouwen emoties als autonome klassiek geconditioneerde responsen. De cognitief georiënteerde opvattingen daarentegen leggen de nadruk op de rol van de beoordelings- c.q. appraisal-functie als mediator tussen stimulus en emotionele respons (Murray, 1964). De beoordeling van een bepaalde situatie blijkt afhankelijk te zijn van de hoeveelheid beschikbare informatie, kenmerken van de situatie zowel als typische kenmerken en eigenschappen van het betreffende individu.

Bedoelde beoordelingsprocessen kunnen in principe zowel onbewust, automatisch, reflexmatig alsook bewust, intentioneel verlopen. De moeizame voortgang van het onderzoek naar aard, inhoud en verloop van deze processen toont de weerbarstigheid en complexiteit van deze materie aan.

Cognitief georiënteerde opvattingen leiden tot anderssoortige therapeutische interventies dan de traditionele conditioneringsopvattingen. Eerstgenoemde benaderingen stellen de beïnvloeding van cognitieve aspecten centraal terwijl laatstgenoemde uitdoving van emotionele responsen nastreven.

5.3. KEUZE VAN DRIE RELEVANTE VERKLARINGSMODELLEN

De in hoofdstuk 1 en 2 besproken vaardigheidstherapieën zijn erop gericht veranderingen in gedrag en cognities tot stand te brengen bij de deelnemende cliënten. De leerprocessen die bij deze vorm van vaardigheidstherapie aan de orde zijn, kunnen niet afdoende verklaard worden met behulp van traditionele conditioneringsmodellen. Cognitieve processen blijken een belangrijke rol te spelen. Dit impliceert dat bij pogingen theoretische verklaringsmodellen te vinden, die de wijze waarop deze leerprocessen verlopen, kunnen verklaren, aansluiting gezocht moet worden bij primair cognitief georiënteerde opvattingen. In het nu volgende worden successievelijk de theorieën van Rotter (1954), Bandura (1969, 1977) en Lazarus (1966) besproken op hun relevantie voor de in hoofdstuk 1 beschreven persoonlijke zowel als interpersoonlijke vaardigheidstherapieën. Deze theorieën hebben met elkaar gemeenschappelijk dat ze gedrag en emoties niet unidirectioneel trachten te verklaren maar uitgaan van de vooronderstelling dat gedrag, emoties en ook andere persoonlijkheidskenmerken en omgevingsinvloeden elkaar reciproof determineren. Er wordt een centrale rol toegekend aan de invloed van cognitieve beoordelingsprocessen.

5.3.1. Het cognitief sociaal-leertheoretisch model van Rotter

In het nu volgende zal het model van Rotter worden beschreven, alsook de implicaties daarvan voor vaardigheidstherapieën.

5.3.1.1. Beschrijving van het model

De door Rotter (1954, 1966, 1975) ontwikkelde sociale leertheorie gaat uit van de veronderstelling dat gedrag een functie vormt van verwachtingen en reïncement-waarde. De verwachtingen betreffen de subjectief ervaren waarschijnlijkheid(heden) dat het eigen gedrag al dan niet een bepaald effect tot gevolg zal hebben (respons -> gevolg). Deze verwachtingen zijn het product van de cognitieve verwerking van eerdere ervaringen in soortgelijke situaties. Het begrip reïncement-waarde verwijst naar de waarde die het individu toekent aan de (mogelijke) gevolgen van zijn eigen gedrag. Een positieve persoonlijke waardering van deze gevolgen impliceert dat er sprake is van door het individu gewenste gevolgen. Een negatieve persoonlijke waardering impliceert dat er sprake is van gevolgen die aversief zijn voor het betreffende individu. Deze waarderingen zijn niet uniform van aard maar subjectief bepaald. Rotter is van mening dat gedrag in sociale situaties aan- en afgeleerd wordt door middel van de beloningen die al dan niet op dat gedrag volgen (vgl. het operante conditioneringsmodel van Skinner). Hij stelt voorts dat het effect van de betreffende beloningen voor een belangrijk deel bepaald wordt door de mate waarin het individu een causale relatie ervaart tussen zijn eigen gedrag en de al dan niet reïncenderende gevolgen daarvan. Het gaat dus om de mate van controle die een individu ervaart in de relatie tussen eigen gedrag en omgeving. De auteur spreekt in dit verband over een interne versus externe locus of control. Het begrip interne locus of control impliceert dat een individu de algemene verwachting koestert dat er een causale relatie bestaat tussen zijn eigen gedrag en de gevolgen daarvan. Individuën met een overwegend interne locus of control zullen zich dan ook zelf sterk inspannen om door hen gewenste doelen daadwerkelijk te bereiken. Personen met een overwegend externe locus of control wijten de

gevolgen van eigen gedrag primair aan het (nood)lot, toeval, geluk en/of de macht van anderen. Individuën met een dergelijke locus of control zullen zich zelf minder inspannen om door hen gewenste doelen ook werkelijk te bereiken, waardoor hun kansen op succeservaringen evenredig verminderen.

Het begrippenpaar interne-externe locus of control wordt in de literatuur aangeduid als het I-E begrip, waarbij I verwijst naar een interne locus of control en E naar een externe locus of control. De basis voor de I-E oriëntatie op volwassen leeftijd wordt volgens Rotter gelegd in de kindertijd. Aard en aantal van de reacties uit de omgeving op het gedrag van het kind bepalen welke beheersingsoriëntatie dit kind in de loop van de tijd zal ontwikkelen met betrekking tot de gevolgen van eigen gedrag. Is er sprake van veelvuldige responscontingente stimulering, dan zal het kind op den duur een overwegend interne beheersingsoriëntatie opbouwen. Vindt er daarentegen weinig responscontingente maar wel veel stimuluscontingente stimulering plaats dan zal op den duur een overwegend externe beheersingsoriëntatie tot stand komen. De term responscontingente stimulering impliceert dat elke respons die gesteld wordt meteen beantwoord c.q. beloond wordt met een reactie daarop uit de omgeving. Stimuluscontingente stimulering verwijst naar het feit dat het kind gebombardeerd wordt met stimuli van buitenaf onafhankelijk van de eigen respons.

De op basis van de persoonlijke leergeschiedenis van het individu bij hem tot stand gekomen beheersingsoriëntatie zal op den duur kwantiteit zowel als kwaliteit - dat wil zeggen frequentie zowel als aard - van het door het individu te stellen gedrag gaan bepalen. Aangezien beide oriëntaties zichzelf (kunnen) bekrachtigen, kunnen er vicieuze cirkelprocessen ontstaan waarin interne oriëntaties steeds meer intern worden en externe oriëntaties steeds meer extern. Verwachtingen en feitelijk gedrag blijken dus wederzijds aan elkaar gerelateerd.

Figuur 5.1. geeft deze cirkelprocessen schematisch weer.

Figuur 5.1. De relatie tussen aard van de beheersingsoriëntatie en feitelijk gedrag

Ofschoon Rotter geen uitspraken doet over de mogelijke gevolgen van een externe oriëntatie, is het op langere termijn waarschijnlijk dat juist door het gebrek aan succeservaringen een externe oriëntatie op den duur aanleiding zal geven tot apathie- c.q. verminderde gedragsfrequentie en een depressief affect tengevolge van een steeds sterker wordende geleerde hulpeloosheid (Seligman, 1975).

Rotter (1975) is van mening dat de beheersingsoriëntatie van het individu een persoonlijkheidskenmerk vormt dat redelijk stabiel is over diverse situaties. Toch blijkt de predictieve waarde van dit construct met betrekking tot specifiek gedrag in specifieke situaties beperkt (Lefcourt 1966, 1976). Rotter (1975) is van mening dat de predictieve waarde van het I-E construct het grootst is in situaties die nieuw zijn voor de persoon en/of ambigu van aard onder voorwaarde dat het in de betreffende situatie te stellen gedrag voldoende reinforcementwaarde heeft voor de persoon.

Het begrip locus of control kan dus als een belangrijke determinerende variabele worden opgevat bij het al dan niet stellen van gedrag. Extern gecontroleerden, ook wel externals genoemd, zullen niet snel actief ingrijpen in hun eigen situatie, teneinde hun problemen en/of klachten op te lossen. Ze verwachten immers weinig effect van eigen handelen. Intern gecontroleerden, ook wel internals genoemd, zullen daarentegen wellicht meer gemotiveerd zijn hun problemen en/of klachten actief aan te pakken.

Lefcourt (1966, 1976) en Phares (1976) beschrijven intern gecontroleerden in vergelijking tot extern gecontroleerden als mensen die:

- meer initiatieven nemen
- meer verantwoordelijkheid op zich nemen in prestatiesituaties
- actief informatie verzamelen
- de eenmaal verzamelde informatie efficiënter gebruiken
- meer oog hebben voor omgevingskenmerken.

Miller (1983) bestudeerde de relatie tussen beheersingsoriëntatie en ziektegedrag. Op basis van literatuurstudie kwam hij tot de conclusie dat de aard van de beheersingsoriëntatie gevolgen heeft voor de wijzen waarop chronische patiënten met hun ziekte omgaan. Extern gecontroleerden bleken vaker gebruik te maken van ontkenning en veelvuldiger gebukt te gaan onder schuldgevoelens. Passief, inactief als ze waren deden ze weinig of geen pogingen zelf iets aan hun situatie te veranderen. Intern gecontroleerden bleken in een dergelijke situatie actiever op te treden. Ze verzamelden informatie over hun ziekte, besteedden zorg en aandacht aan zichzelf, stelden doelen en namen beslissingen. Tabel 5.2. geeft een overzicht van de door Miller (1983) geconstateerde relatie tussen beheersingsoriëntatie en ziektegedrag.

Tabel 5.2. Relatie tussen beheersingsoriëntatie en ziektegedrag conform Miller (1983)

	Internals	Externals
Role definition and satisfaction	More clearly defined more satisfying	Less clearly defined less satisfying
Relating to authority	Peer-like interactions	Passive-like interactions
Self-esteem	Higher or more stable self-esteem	Lower or less stable self-esteem
Responsibility for self-care	Active knowledge-seeking behavior	Do not actively seek information, accept what is given
Compliance with health-care regimen	Manipulate regimen	Compliant
Confidence in abilities	Self-confident	Lack self-confident
Problem-solving abilities	More successful	Less successful
Goals-setting behavior	Realistic in goals set	Unrealistic
Level of motivation	Motivation	Tend toward helplessness at times
Involvement in decision making	More involvement	Less involvement

5.3.1.2. Implicaties voor vaardigheidstherapieën

Uit de sociale leertheorie van Rotter kan men een aantal consequenties trekken wat betreft:

- a. opzet en uitvoering van de in dit proefschrift beschreven vaardigheidstherapieën,
- b. de indicatie-stelling daartoe,
- c. mogelijke effectiviteitscriteria bij de evaluatie van de effecten daarvan.

ad.a. Conform Rotter dienen opzet en uitvoering van de alhier beschreven vaardigheidstherapieën erop gericht te zijn de beheersingsoriëntatie van de deelnemers in meer interne richting om te buigen. Bij deze ombuiging kan het principe van de responscontingente bekrachtiging een belangrijke rol spelen. Toepassing van dit principe op de hier beschreven vaardigheidstherapieën impliceert dat:

- men de deelnemers aan deze vaardigheidstherapieën aan den lijve laat ervaren dat er positieve uitkomsten verbonden zijn aan de door hen gestelde responsen. De deelnemers leren op deze wijze dat het tonen van eigen inzet daadwerkelijk doelbereik tot gevolg heeft.
- men de deelnemers realistische respons-uitkomst informatie dient te verschaffen zowel bij modeling als bij gedragsoefening.

ad.b. Wat de indicatie-stelling betreft, kan men op basis van de in 5.3.3.1. beschreven onderzoeksresultaten (Lefcourt, 1966; Miller, 1973; Lefcourt, 1976; Phares, 1976) veronderstellen dat extern gecontroleerden bij uitstek in aanmerking komen voor deelname aan vaardigheidstherapieën à la Goldstein. Tijdens deze vaardigheidstherapieën streeft men er immers naar de deelnemers meer initiatieven te doen nemen en meer verantwoordelijkheid op zich te laten nemen in door hen als problematisch ervaren situaties. Dit betekent dat men door deelname aan de hier beschreven vaardigheidstherapieën een meer interne locus of control na-

streeft. Abramowitz (1972), Kilman e.a. (1975), Kilman en Sotile (1976), Schwartz en Higgins (1979), Koppelaar en Vlaender (1983) toonden bovendien aan dat externals meer en beter leren in een gestructureerde leersituatie en internals meer in een ongestructureerde leersituatie waarin ze een behoorlijke mate van vrijheid en ruimte voor eigen inbreng ervaren. Bovenstaande impliceert dat extern georiënteerden het meest van de hier beschreven vaardigheidstherapieën kunnen profiteren.

ad.c. Het model van Rotter suggereert dat het concept "locus of control" weleens een belangrijk effectiviteitscriterium zou kunnen vormen bij de evaluatie van de effecten van gedragsmodificatieprogramma's. Aangezien de in dit proefschrift beschreven persoonlijke vaardigheidstherapieën erop gericht zijn deelnemers te leren actiever en doelgerichter om te gaan met door hen als problematisch ervaren situaties, lijkt het zinvol het concept "locus of control" als effectiviteitscriterium in aanmerking te nemen. In het in hoofdstuk 7 beschreven effectiviteitsonderzoek zal derhalve worden nagegaan in hoeverre deelname aan persoonlijke vaardigheidstherapieën à la Goldstein aanleiding geeft tot verandering van I-E oriëntatie in meer interne richting.

5.3.2. Het cognitief sociaal-leertheoretisch model van Bandura

5.3.2.1. Beschrijving van het model

In 1977 publiceerde Bandura de door hemzelf ontworpen "self-efficacy" theorie als verklaringsmodel voor de wijze waarop gedrag(sverandering) tot stand komt. Het individu wordt daarbij als een actief informatie-verwerkend-systeem opgevat. Attributieprocessen spelen in deze theorie een centrale rol.

Bandura gaat uit van de vooronderstelling dat de verwachtingen die individuen hebben ten aanzien van hun eigen kunnen frequentie en intensiteit van gedrag bepalen. De auteur is van mening dat "self-efficacy", door hem ook wel aangeduid als "sense of personal mastery" en

door Beekers (1982) vertaald als "persoonlijke competentie-verwachting", de belangrijkste gedragsdeterminant vormt.

Bandura maakt een zeer nadrukkelijk onderscheid tussen persoonlijke competentie-verwachting(en) en respons-uitkomst-verwachting(en). Het begrip persoonlijke competentie-verwachting(en) wordt door hem uitgewerkt wat betreft consequenties voor de psychotherapeutische praktijk. Het begrip respons-uitkomst-verwachting(en) niet. De persoonlijke competentie-verwachting betreft de mate waarin een individu zichzelf in staat acht een welomschreven doelgedrag al dan niet te stellen. Deze verwachting is individu-specifiek en kan tevens situatie- en tijdspecifiek zijn. Ze vormt de resultante van subjectieve beoordelingsprocessen. Deze verwachting heeft dus betrekking op de relatie tussen persoon, gedrag en situatie.

Het begrip respons-uitkomst-verwachting daarentegen heeft betrekking op de relatie tussen een bepaald gedrag en de gevolgen daarvan. Deze verwachting heeft dus niet alleen betrekking op het eigen functioneren maar is veel algemener van aard. Persoonlijke competentie-verwachtingen en respons-uitkomst-verwachtingen komen tot stand op basis van subjectieve beoordelingen, interpretaties en voorspellingen. Richting - positief danwel negatief - en sterkte van deze verwachtingen bepalen of het individu al dan niet tot actie overgaat in de betreffende situatie; hoeveel energie hij wenst te investeren en hoe lang hij iets volhoudt. Negatieve en positieve verwachtingen kunnen elkaar vicieus versterken. De door Bandura ontwikkelde theorie is van toepassing op overt en covert gedrag. Bandura is van mening dat persoonlijke competentie-verwachtingen gebaseerd zijn op vier informatiebronnen, te weten:

- a. "performance accomplishments", dat wil zeggen daadwerkelijk gebleken bekwaamheid wat het stellen van het doelgedrag betreft.
- b. vicarieuze ervaringen met het betreffende doelgedrag.
- c. verbale overtuiging door ter zake deskundige anderen.
- d. fysiologische gewaarwordingen.

Bandura is bovendien van mening dat van deze vier informatiebronnen de eerste de meest invloedrijke is. Deze bevinding heeft gevolgen voor de psychotherapeutische praktijk. De auteur draagt een groot aantal empirische argumenten aan die de superioriteit van "performance based"

procedures onderstrepen. De term "performance based" verwijst naar al die psychotherapeutische procedures en technieken die daadwerkelijke inoefening en "succesvolle" uitvoering van het doelgedrag door het individu nastreven. Door te postuleren dat verwachtingen van eigen competentie(s) in specifieke situaties uiteindelijk bepalend zijn voor het optreden van gedrag en dat deze verwachtingen primair gebaseerd zijn op eigen gedragservaringen, maakt Bandura inzichtelijk dat gedragsverandering cognitieve veranderingen veronderstelt. Deze cognitieve veranderingen blijken bovendien het best gerealiseerd te kunnen worden met behulp van procedures die "performance accomplishments" bewerkstelligen.

De auteur is dan ook van mening dat men cliënten tijdens psychotherapie in staat dient te stellen zelfstandig en effectief te functioneren in door hen als problematisch ervaren situaties. Daarbij is het van centraal belang dat men de betreffende cliënten leert de aldus opgedane ervaringen cognitief te verwerken in termen van persoonlijke competentie, teneinde blijvende veranderingen tot stand te brengen in de beoordeling van het individu van zichzelf en zijn eigen mogelijkheden.

5.3.2.2. Implicaties voor vaardigheidstherapieën

Uit de "self-efficacy-theory" van Bandura kan men consequenties trekken wat betreft:

- opzet en uitvoering van de in dit proefschrift beschreven vaardigheidstherapieën,
- de indicatie-stelling daartoe,
- mogelijke effectiviteitscriteria bij de evaluatie van de effecten daarvan.

Wat opzet en uitvoering van de vaardigheidstherapieën à la Goldstein betreft (zie ook Beekers, 1982) kan men stellen dat Goldstein-therapeuten er - in navolging van Bandura - naar streven de persoonlijke competentie-verwachtingen van de deelnemers te versterken. Er wordt terdege rekening gehouden met Bandura's standpunt dat ervaringen met het daadwerkelijk stellen van de (nieuw) aan te leren vaardigheid de

persoonlijke competentie-verwachtingen het sterkst beïnvloeden. Programma-ontwikkeling en uitvoering van de vaardigheidstherapieën zijn er immers op gericht het individu dat aan de vaardigheidstherapie deelneemt, in staat te stellen zoveel mogelijk positieve ervaringen op te doen met het stellen van de aan te leren vaardigheid: tijdens de groepsbijeenkomsten en in de eigen leefomgeving.

Conform Bandura's theorie dienen de therapeuten bij de uitvoering van vaardigheidstherapieën een aantal maatregelen te nemen die de kans op verwerking van eigen ervaringen met het stellen van de betreffende vaardigheid in termen van persoonlijke competentie optimaliseren. Bandura geeft in dit kader de nu volgende grondregels weer:

1. de therapeuten dienen de deelnemers in staat te stellen door hen als problematisch ervaren situaties zo zelfstandig mogelijk te bemeesteren. Dit geldt voor de gedragsoefeningen tijdens de groepsbijeenkomsten en in de eigen leefsituatie. Algemeen geldt: hoe meer hulp en begeleiding deelnemers ervaren van de kant van de therapeuten, des te groter de kans dat men het bemeesteren van de betreffende situatie niet aan eigen inspanning toeschrijft en dus codeert in termen van een falende persoonlijke competentie.
2. de therapeuten dienen de oefensituaties, tijdens de groepsbijeenkomsten en bij de huiswerkopdrachten, zo te kiezen dat de deelnemers deze zonder al te veel inspanning en met positief effect kunnen afhandelen. Algemeen geldt dat hoe meer inspanning het een deelnemer kost de betreffende vaardigheid met positief effect te stellen, des te geringer het effect van deze ervaring op de persoonlijke competentie-verwachting.
3. de therapeuten dienen de oefensituaties, tijdens de groepsbijeenkomsten en bij de huiswerkopdrachten, te kiezen volgens een geleidelijk oplopende hiërarchie van moeilijkheidsgraad. Algemeen geldt hoe moeilijker de situatie die een individu zelfstandig en met positief resultaat weet af te handelen, des te groter het effect daarvan op de persoonlijke competentie-verwachting.
4. de therapeuten dienen de oefensituaties, tijdens de groepsbijeenkomsten en bij de huiswerkopdrachten, zo te kiezen dat het aantal verschillende situaties dat de deelnemers met positief effect weten te bemeesteren, zo groot mogelijk is. Algemeen geldt: hoe groter

het aantal verschillende situaties dat een individu met positief effect weet te bemeesteren, des te sterker zal diens persoonlijke competentie-verwachting generaliseren.

Bij de in hoofdstuk 3 beschreven uitvoering van de persoonlijke vaardigheidstherapieën worden deze grondregels als leidraad gehanteerd.

Wat de indicatie-stelling betreft, kan men verwachten dat individuen die gekenmerkt worden door lage persoonlijke competentie-verwachtingen ten aanzien van de betreffende vaardigheid het meest van de hier beschreven vaardigheidstherapieën zullen profiteren. Ten aanzien van deze cliënten is er sprake van een lage algemene persoonlijke competentie-waardering.

Wat de effectiviteitscriteria betreft, kan men concluderen dat het, gezien de doelstellingen van de beschreven vaardigheidstherapieën, geboden lijkt naast beheersingsoriëntatie ook persoonlijke competentie-waardering als criterium in aanmerking te nemen bij het in hoofdstuk 7 te beschrijven effectiviteitsonderzoek.

5.3.3. Het stressmodel van Lazarus

De persoonlijke en interpersoonlijke vaardigheidstherapieën à la Goldstein zijn erop gericht de deelnemers effectiever te leren omgaan met door hen als problematisch ervaren situaties. Men streeft ernaar de *instrumentele copingfuncties van het individu te versterken*. Het door Lazarus (1966) ontwikkelde stressmodel is een cognitief georiënteerd verklaringsmodel met betrekking tot de wijze waarop individuen reageren op door hen als (be)dreigend en/of problematisch ervaren situaties.

Genoemd model is in tweeërlei opzicht relevant:

1. als theoretisch verklaringskader,
2. als hulpmiddel bij het bepalen van het toepassingsgebied van de in dit proefschrift beschreven vaardigheidstherapieën.

In het nu volgende zal het door Lazarus ontwikkelde model worden behandeld, alsook de relevantie daarvan voor vaardigheidstherapieën.

5.3.3.1. Beschrijving van het model

In het door Lazarus (1966) ontwikkelde stressmodel staan cognitieve processen centraal. Met behulp van een aantal van deze processen evalueert en interpreteert het individu als actieve informatie-verwerker alle op hem afkomende stimuli. Evaluatie van dergelijke stimuli in termen van (be)dreiging leidt tot stressreacties bij het individu. Deze stressreacties omvatten altijd een fysiologische en een psychologische component.

De fysiologische component betreft de lichamelijke sensaties waar het optreden van stress mee gepaard gaat. De psychologische component betreft de door het betreffende individu ervaren emoties. Lazarus is van mening dat emoties altijd worden voorafgegaan door een cognitieve activiteit in de vorm van een subjectief bepaalde evaluatie van de betreffende stimulussituatie. Deze cognitieve activiteit wordt door Lazarus ook wel aangeduid als "appraisal". (Be)dreiging en appraisal vormen de kernbegrippen in de door Lazarus ontwikkelde theorie. Onder (be)dreiging verstaat men de verwachting van het individu dat hij in een bepaalde, specifiek omschreven situatie enige vorm van schade en/of letsel ("harm") zal ondervinden. Deze schade betreft niet alleen direct waarneembare vormen van lichamelijk letsel maar ook psychisch bepaalde vormen van beschadiging in de zin van blokkade van het bereiken van door het betreffende individu belangrijk geachte doelen. De beoordeling van een bepaalde situatie naar mate van (be)dreiging verloopt aan de hand van subjectieve maatstaven en criteria en anticipeert op daadwerkelijke confrontatie met de betreffende situatie. Volgens Lazarus is deze anticipatie altijd (be)dreigender dan de feitelijke confrontatie (Mechanic, 1962; Stal, Scheffer, 1982).

Zoals reeds eerder werd gesteld, leidt het ervaren van (be)dreiging tot fysiologische zowel als psychische arousal-reacties. Deze arousal-reacties leiden ertoe dat het betreffende individu pogingen gaat doen het verhoogde arousal-niveau, dat als een onaangename evenwichtsver-

storing wordt ervaren, te verminderen. Dergelijke pogingen duidt men in de literatuur aan met behulp van de term copingwijzen. Lazarus maakt in dit opzicht een onderscheid tussen palliatieve en instrumentele wijzen van coping. Palliatief betekent gericht op verzachting c.q. reductie van spanningsemoties met behulp van afleidings- en ontspanningstechnieken. De term instrumenteel verwijst naar pogingen van het individu de problematische situatie direct te beïnvloeden en te veranderen. Voor het effectief functioneren van een individu is het van belang dat hij beide soorten copingwijzen ter beschikking heeft. Wanneer een individu er niet in slaagt het, ten gevolge van het waarnemen van spanning, bij hem ontstane arousal-niveau te verminderen - door toepassing van instrumentele, danwel palliatieve copingvormen - kan dit op den duur aanleiding geven tot het ontstaan van (psycho)-somatische problemen en ziekteprocessen.

Lazarus (1966) definieert coping als het totale spectrum van gedragsmatige, cognitieve en emotionele reacties die een bepaald individu beschikbaar heeft om ervaren (be)dreiging te reduceren of te elimineren. De auteur is van mening dat bij het copingproces 3 vormen van situatie- c.q. stimulusbeoordeling een rol spelen, te weten "primary appraisal"; "secondary appraisal" en "reappraisal". "Primary appraisal", ook wel aangeduid als primaire taxatie (Jaspers, 1980), betreft de eerste, anticipatoire beoordeling van een bepaalde situatie in termen van (be)dreiging. "Primary appraisal" leidt enerzijds tot een eerste emotionele reactie van het individu op de betreffende (stimulus)situatie, anderzijds ook tot een eerste impuls tot handelen, namelijk aanvallen of wegvlugten. Is een bepaalde situatie eenmaal als (be)dreigend geïnterpreteerd door het individu, dan selecteert hij vervolgens strategieën met behulp waarvan hij het door hem geanticipeerde letsel of schade kan elimineren of reduceren. Jaspers (1980) spreekt over secundaire taxatie en omschrijft deze vorm van taxatie als de beoordeling van het vermogen tot coping.

"Reappraisal" of ook wel hertaxatie genoemd, vloeit voort uit nieuwe informatie en/of reflectie over de eerdere perceptie(s) c.q. feedback over het effect van de reacties van het individu.

De uitkomsten van de boven beschreven taxatie-processen vormen een functie van de kenmerken van de situatie enerzijds en de overtuigin-

gen, attitudes, cognitieve stijlen en andere persoonlijke disposities van het individu anderzijds.

De "primary appraisal" wordt volgens Lazarus beïnvloed door de volgende factoren:

- de motivationele kenmerken van het individu;
- diens waarden- en normenpatroon; intelligentie- c.q. opleidings- en ontwikkelingsniveau;
- hanteerbaarheid, nabijheid in tijd en mate van ambiguïteit van de betreffende stimulus(situatie).

De secondary appraisal door:

- de intensiteit van de ervaren (be)dreiging, waarbij geldt dat een milde vorm van (be)dreiging aanleiding geeft tot realistische probleemoplossingsstrategieën, extreme vormen tot pathologische probleemoplossingsstrategieën.
- de factoren waaraan het individu de oorzaak van het hem (be)dreigende onheil toeschrijft (conform Rotter's I-E onderscheid): acht hij zichzelf, danwel enige macht of kracht in de buitenwereld verantwoordelijk voor het ontstaan ervan?
- de mate waarin het individu zichzelf in staat acht een door hem verkozen actiestrategie al dan niet uit te voeren (vgl. het in 5.3.2. behandelde begrip persoonlijke competentie-verwachting).
- situationele beperkingen.
- motivationele aspecten.
- persoonlijkheidskenmerken (b.v. faalangst, rigiditeit).
- mogelijke disposities tot defensieve reacties.

Lazarus doet geen uitspraken over de positieve of negatieve effecten van het ervaren van (be)dreiging op het prestatie-niveau van het individu. Hermans (1980) en Bremer (1983) zijn van mening dat het ervaren van enige mate van (be)dreiging positieve effecten kan hebben op het prestatie-niveau. Van dergelijke effecten blijkt sprake te zijn wanneer het individu het ervaren conflict niet als (be)dreiging maar als uitdaging interpreteert. Hermans (1980) spreekt in dit geval van positieve faalangst. Het eveneens door deze auteur ingevoerde begrip negatieve faalangst verwijst naar een mate van (be)dreiging die de prestaties van het betreffende individu belemmert. Het ervaren van

(be)dreiging zal veelal aanleiding geven tot defensieve reacties en vermijdingsgedrag; het ervaren van uitdaging tot het toepassen van doelgerichte probleemoplossingstrategieën.

5.3.3.2. Relevantie ten aanzien van vaardigheidstherapieën

Het model van Lazarus en de vaardigheidstherapieën à la Goldstein hebben beide betrekking op hetzelfde object, namelijk de wijze waarop individuen reageren op door hen als problematisch ervaren situaties. Het model van Lazarus als theoretisch verklaringsmodel, de vaardigheidstherapieën als therapievorm gericht op het aanleren van instrumentele copingvaardigheden voor het dagelijkse leven. Wat de hier beschreven vaardigheidstherapieën betreft, maakt dit model inzichtelijk dat men de deelnemers instrumentele copingstrategieën aanleert als antwoord op door hen als (be)dreigend ervaren (stimulus)situaties. De vaardigheidstherapieën zijn er immers op gericht individuen aan te zetten tot actief ingrijpen in door hen als problematisch ervaren (stimulus)situaties. Er wordt geen aandacht besteed aan het aanleren van palliatieve, op regulatie van emoties gerichte copingstrategieën. Bovenstaande maakt inzichtelijk dat deelname aan vaardigheidstherapieën versterking van een specifiek deelaspect van het copingrepertoire van het individu nastreeft, te weten versterking van instrumentele copingfuncties. Deelname aan deze vaardigheidstherapieën is dus aangewezen voor individuen met tekorten aan instrumentele copingvaardigheden. Individen bij wie versterking van palliatieve functies wenselijk wordt geacht, komen dus niet voor deelname aan deze vorm van vaardigheidstherapieën in aanmerking. In het in hoofdstuk 7 beschreven onderzoek naar de effecten van persoonlijke vaardigheidstherapieën zal het concept instrumentele copingfunctie als een belangrijk effectiviteitscriterium in aanmerking worden genomen.

Lazarus' model maakt nogmaals duidelijk dat cognitieve verwerkingsprocessen een centrale rol spelen bij het tot stand komen van gedrag(sverandering). Wat de opzet en uitvoering van de beschreven vaardigheidstherapieën betreft, betekent dit dat de therapeuten expliciet aandacht moeten besteden aan het bevorderen van realistische apprai-

sal-processen bij de deelnemers. Men dient erop toe te zien dat de deelnemers de eigen mogelijkheden en prestaties ten opzichte van door hen als (be)dreigend ervaren situaties realistisch waarnemen en cognitief verwerken in termen van persoonlijke competentie en controle.

5.4. CONSTRUCTIE VAN EEN GEINTEGREERD COGNITIEF SOCIAAL-LEERTHEORETISCH MODEL

In figuur 5.2. wordt een poging gedaan de door Bandura, Rotter en Lazarus ontworpen modellen te integreren.

1. omvat motivatie, waarden- en normensysteem, intelligentie, locus of control en andere persoonlijkheidstrekken.
2. deze coping-respons kan instrumenteel danwel palliatief van aard zijn.
3. reappraisal vindt steeds plaats in termen van doelbereik en spanningsreductie.

Figuur 5.2. Schematische weergave van een geïntegreerd cognitief sociaal-leertheoretisch model

Bij de constructie van bovenstaand model werd het stressmodel van Lazarus als uitgangspunt gehanteerd. De door Bandura en Rotter ontwikkelde concepten werden in dit model ingepast.

Wat de door Bandura ontwikkelde theorie betreft, geldt:

- dat de "self-efficacy" - of ook wel persoonlijke competentieverwachting genoemd - van invloed is op de secundaire appraisal-processen en zodoende mede bepaalt of er een coping respons zal worden gesteld en zo ja, welke.
- dat "performance accomplishments" - in de zin van reappraisals van

de situatie op grond van de respons-uitkomst bij een bepaalde coping-respons - van invloed zijn op de sterkte van de "self-efficacy" en zodoende kwantiteit en kwaliteit van het gedrag van het individu in de toekomst mede bepalen.

Wat de door Rotter ontwikkelde theorie betreft, geldt:

- dat de "locus of control" van invloed is op de secundaire appraisalsprocessen en zodoende mede bepaalt of er een copingrespons zal worden gesteld en zo ja, welke.
- dat de "locus of control" feedback ontvangt in de zin van informatie over (c.q. reappraisal van) de respons-uitkomst van een bepaalde coping-respons in termen van doelbereik c.q. persoonlijke controle.

Het feit dat de "locus of control" een "trait" vormt en de "self-efficacy" een "state", is in dit kader van ondergeschikt belang. De term "trait" betekent dat er sprake is van een redelijk stabiele, gegeneraliseerde eigenschap van de persoonlijkheid. De term "state" verwijst daarentegen naar een momentane toestand die de resultante vormt van de interactie tussen persoon en situatie op een bepaald moment en van waaruit niet zonder meer gegeneraliseerd kan worden naar andere tijdstippen en situaties. "State" en "trait" eigenschappen zijn niet strijdig met elkaar maar vullen elkaar aan.

Bestudering van de door Rotter en Bandura ontwikkelde theorieën leidt tot de conclusie dat beide elkaar complementeren. In de theorie van Rotter ligt de nadruk op de uitwerking van het belang van het begrip reinforcement-waarde. In de theorie van Bandura ligt de nadruk op de uitwerking van het begrip persoonlijke competentie-verwachting. Het begrip respons-uitkomst verwachting wordt door laatstgenoemde auteur weliswaar genoemd maar niet nader uitgewerkt. De wijze waarop Rotter het begrip reinforcement-waarde uitwerkt, kan als een nadere operationalisering en concretisering van het door Bandura gehanteerde begrip respons-uitkomst-verwachting worden opgevat.

Wat de door Lazarus ontwikkelde theorie betreft, geldt:

- dat deze theorie het belang van cognitieve beoordelingsprocessen bij het hanteren van als (be)dreigend ervaren situaties benadrukt.

- dat deze theorie duidelijk maakt dat de cognitieve beoordeling van een als (be)dreigend ervaren situatie in drie fasen verloopt.
- dat deze theorie duidelijk verenigbaar is met de theorieën van Rotter en Bandura.

Uit bovenstaand blijkt dat de door Bandura, Rotter en Lazarus geschetste modellen verenigbaar zijn met elkaar en elkaar aanvullen. Het eerder beschreven geïntegreerde model stelt ons in staat de tijdens deelname aan vaardigheidstherapieën optredende leerprocessen afdoende te verklaren. Conform dit model dient er tijdens deze vaardigheidstherapieën naar gestreefd te worden dat:

- de persoonlijke competentie-verwachtingen van de deelnemers zoveel mogelijk versterkt worden (conform Bandura).
- de respons-uitkomst-informatie bij de deelnemers geoptimaliseerd wordt (conform Rotter).
- de appraisal-processen, die in elke door het individu als (be)dreigend ervaren situatie een rol spelen, zo realistisch mogelijk verlopen. Dit betekent dat men de kans op het optreden van verstoringen in het waarnemingsproces zoveel mogelijk dient te minimaliseren door het verschaffen van objectieve feedback en informatie ten aanzien van persoon zowel als situatie.

5.5. DE UITVOERING VAN DE VAARDIGHEIDSTHERAPIEEN A LA GOLDSTEIN BESCHREVEN VANUIT EEN COGNITIEF SOCIAAL-LEERTHEORETISCH PERSPECTIEF

De wijzen waarop de door Bandura, Rotter en Lazarus ontwikkelde theoretische concepten worden geoperationaliseerd tijdens de groepsbijeenkomsten, zullen inmiddels voor een groot deel evident zijn. De complexe verwevenheid van deze principes in de diverse programma-onderdelen maakt het wenselijk de beschreven vaardigheidstherapieën nog eens door te lichten aan de hand van de eerder weergegeven centrale theoretische concepten, te weten appraisal processen, persoonlijke competentie-verwachtingen en respons-uitkomst-verwachtingen. Appraisal processen zijn voortdurend gaande en spelen ten aanzien van elk onder-

deel van de beschreven vaardigheidstherapieën een rol. Er worden geen maatregelen genomen, gericht op directe beïnvloeding van de "primary appraisal" processen. Uitgaande van de veronderstelling dat de "primary appraisal" processen, indirect beïnvloed worden door het aanleren van de leerpuntensequentie als adequaat instrumenteel coping-alternatief in als (be)dreigend ervaren situaties. Wanneer de deelnemers in staat worden gesteld, tijdens de groepsbijeenkomsten en in de eigen leefsituatie, te ervaren dat het toepassen van de leerpuntensequentie de gevoelens van persoonlijke competentie en controle verhoogt, zal dat tot gevolg hebben dat de "primary appraisal" in toekomstige, soortgelijke (stimulus)situaties meer in termen van uitdaging en minder in termen van (be)dreiging zal plaatsvinden. "Primary appraisal" in termen van uitdaging verhoogt de kans op effectief functioneren in de betreffende (stimulus)situatie.

Persoonlijke competentie-verwachtingen en respons-uitkomst-verwachtingen zijn van invloed op de "secondary appraisal" processen. Deze verwachtingen tesamen bepalen of er al dan niet een instrumentele coping-respons zal worden gesteld door het individu in de betreffende (stimulus)situatie. In 5.5.1. worden de maatregelen beschreven die door vaardigheidstherapeuten worden genomen om de persoonlijke competentie-verwachtingen van de deelnemers te verhogen en te doen generaliseren over meerdere (stimulus)situaties. In 5.5.2. worden de maatregelen beschreven, gericht op optimalisering van de respons-uitkomst-verwachtingen.

Persoonlijke competentie-verwachtingen en respons-uitkomst-verwachtingen worden in belangrijke mate bepaald door "reappraisal" processen ten aanzien van de eigen prestaties wat het toepassen van de leerpuntensequentie betreft. Door middel van deze "reappraisal" processen worden reeds aanwezige persoonlijke competentie-verwachtingen en respons-uitkomst-verwachtingen getoetst en bijgesteld. Dergelijke toetsing en bijstelling vindt plaats door middel van concrete informatie, feedback en positieve bekrachtiging ten aanzien van de eigen prestaties met betrekking tot de leerpuntensequentie. Tijdens de vaardigheidstherapieën ligt de nadruk op het verhogen en doen generaliseren van de persoonlijke competentie-verwachtingen van de deel-

nemers en het optimaliseren van de respons-uitkomst-verwachtingen. Door bij het geven van informatie, feedback en bekrachtiging de nadruk te leggen op persoonlijke competentie en gedragseffectiviteit, wordt de "primary appraisal" in toenemende mate gekenmerkt door het ervaren van uitdaging in plaats van (be)dreiging; de "secondary appraisal" door een toenemende mate van vertrouwen in eigen mogelijkheden en komt bij de "reappraisal" de nadruk te liggen op evaluatie van eigen prestaties in termen van doelbereik en persoonlijke competentie. Bovenstaande heeft tot gevolg dat de deelnemers aan de hier beschreven vaardigheidstherapieën in een positieve spiraal terecht komen, wat betreft de beoordeling van eigen competentie en effectiviteit in confrontatie met door hen als problematisch ervaren situaties. Een en ander leidt ertoe dat de betreffende leerpuntensequentie steeds vaker zal worden toegepast in soortgelijke (stimulus)situaties.

5.5.1. Verhoging en generalisatie van de persoonlijke competentieverwachtingen

Verhoging van de persoonlijke competentieverwachtingen wordt als volgt gerealiseerd door de therapeuten:

- vanaf de eerste zitting geven dezen er bij voortduring blijk van dat zij er alle vertrouwen in hebben dat de deelnemers de betreffende vaardigheid in de daartoe ter beschikking staande tijdspanne zullen leren beheersen.
- ze stellen de deelnemers in staat zoveel mogelijk oefening op te doen met de daadwerkelijke toepassing van de leerpuntensequentie tijdens de groepsbijeenkomsten en in de eigen leefsituatie.
- ze kiezen de oefensituaties zodanig dat er sprake is van een oplopende hiërarchie wat betreft moeilijkheidsgraad en dat faalervaringen zo veel mogelijk worden voorkomen.
- ze streven ernaar de deelnemers elk van de eerder beschreven vormen van gedragsoefening (zie 3.2.2.) tijdens de groepsbijeenkomsten in toenemende mate van zelfstandigheid te laten doorlopen om zodoende de kans, dat men de kwaliteit van de eigen verrichtingen toeschrijft aan de veilige omstandigheden in de groep en/of aan de hulp en

begeleiding van de therapeuten, te minimaliseren en de kans, dat men elke ervaring kan toeschrijven aan persoonlijke competentie, te optimaliseren.

- ze geven de deelnemers concrete en gedetailleerde feedback wat de uitvoering van de leerpuntensequentie betreft. Bij het geven van feedback ligt de nadruk op competenties en wordt zo min mogelijk aandacht besteed aan gedragstekorten. Verrichtingen conform de leerpuntensequentie worden expliciet positief bekrachtigd. Door middel van deze feedback en bekrachtiging stelt men de deelnemers in staat positieve verwachtingen te ontwikkelen wat de eigen mogelijkheden tot instrumentele coping betreft.
- ze stellen de deelnemers in de gelegenheid huiswerkervaringen die de persoonlijke competentie-verwachtingen negatief beïnvloeden, te herhalen tijdens de eerstvolgende groepsbijeenkomst en alsnog cognitief te verwerken in termen van persoonlijke competentie en controle.
- ze zien erop toe dat de deelnemers negatieve ervaringen met de toepassing van de leerpuntensequentie die voortvloeien uit situatieve beperkingen ook cognitief in die zin verwerken en niet in termen van persoonlijk falen en te kort schieten.

Generalisatie van persoonlijke competentie-verwachtingen wordt als volgt gerealiseerd door de therapeuten:

- ze tonen de deelnemers videovoorbeelden van de toepassing van de leerpuntensequentie die betrekking hebben op uiteenlopende stimulus-situaties.
- ze kiezen de oefensituaties - tijdens de groepsbijeenkomsten en bij de huiswerkopdrachten - zodanig dat er sprake is van een gevarieerd aanbod wat betreft aard van de situatie alsook kenmerken en eigenschappen van eventueel aanwezige antagonisten.

5.5.2. Optimalisering van de respons-uitkomst-verwachtingen

Het optimaliseren van de respons-uitkomst-verwachtingen ten aanzien van de aan te leren vaardigheid gebeurt tijdens de gedragsoefeningen en tijdens de modeling. Een en ander wordt als volgt gerealiseerd:

- men stelt de deelnemers in staat de effectiviteit van de betreffende vaardigheid te ervaren in de gedragsoefeningen tijdens de groepsbijeenkomsten en in de eigen leefomgeving.
- men biedt de deelnemers videovoorbeelden aan waarin toepassing van de betreffende leerpuntensequentie een positievere afloop bewerkstelligt dan de afwezigheid daarna.
- "video-autoriteit" en therapeuten dragen de opvatting uit dat het in praktijk brengen van de leerpuntensequentie de kans op effectieve afhandeling van de betreffende situatie(s) optimaliseert.
- de deelnemers zijn getuige van toepassing(en) van de leerpuntensequentie met een positief effect door derden: tijdens de groepsbijeenkomsten en in de eigen leefsituatie.
- bij de nabespreking van huiswerkopdrachten en gedragsoefeningen wordt expliciet aandacht besteed aan de positieve effecten die toepassing van de leerpuntensequentie met zich meebrengt(-bracht).

DEEL III. EMPIRISCH ONDERZOEK NAAR DE EFFECTEN VAN PERSOONLIJKE
 VAARDIGHEIDSTHERAPIEËN BIJ KANSARME GEESTELIJKE GEZOND-
 HEIDSZORG CLIENTEN

HOOFDSTUK 6. ONTWIKKELING VAN EEN EVALUATIE-INSTRUMENT

6.1. INLEIDING

In hoofdstuk 5 werden een aantal algemene psychologische criteria besproken met behulp waarvan de effectiviteit van de in dit proefschrift beschreven persoonlijke vaardigheidstherapieën kan worden vastgesteld. Besloten werd naast deze meer algemene criteria ook een criterium te kiezen dat de doelstellingen van de persoonlijke vaardigheidstherapieën directer representeert. Op basis van een overzicht van elders verricht onderzoek kwam men tot de conclusie dat er momenteel geen pasklaar evaluatie-instrument voor handen was, direct afgestemd op de doelstellingen van de hier beschreven persoonlijke vaardigheidstherapieën.

Besloten werd een dergelijk instrument te ontwikkelen. In 6.3. wordt aandacht besteed aan de wijze waarop dit instrument tot stand kwam. In 6.4. wordt verslag gedaan van een onderzoek naar de psychometrische eigenschappen van dit instrument. Paragraaf 6.5. omvat samenvatting en conclusies.

6.2. LITERATUUROVERZICHT

Besloten werd een literatuuronderzoek te doen teneinde na te gaan wat er aan effectiviteitscriteria voorhanden bleek. Daartoe werd een inventarisatie verricht van eerder en elders verricht onderzoek. De gerapporteerde studies hebben allen betrekking op de evaluatie van de effecten van trainings- c.q. therapieprogramma's gericht op het aanleren van "probleemoplossen" (zie tabel 6.1.), en van "beslissingen nemen" (zie tabel 6.2.). Wat "informatie verzamelen" betreft bleek

geen effectiviteitsonderzoek voorhanden. Ten aanzien van "veranderingen aanpakken" geldt dat men in de literatuur weliswaar allerlei onderzoeken aantreft die betrekking hebben op verandering van eetgedrag, rookgedrag, type-A-gedrag etc. Deze onderzoeken zijn hier weinig relevant vanwege de specificiteit van de daarin nagestreefde gedragsverandering(en). Deze specificiteit heeft tot gevolg dat in de onderzoeksopzet alleen zeer specifieke meetinstrumenten in aanmerking worden genomen, zoals bijvoorbeeld die ter bepaling van calorie-inname, aantal sigaretten per dag etc. Men treft geen meetinstrumenten aan die beogen vast te stellen of en in hoeverre deelnemers aan dergelijke programma's een strategie hebben aangeleerd met behulp waarvan ze verandering tot stand kunnen brengen. De vaardigheidstherapie "veranderingen aanpakken" is erop gericht deelnemers een dergelijke algemeen toepasbare veranderingsstrategie aan te leren. Dit impliceert dat een passend evaluatie-instrument het al dan niet aanwezig zijn van een dergelijke strategie dient te evalueren.

De tabellen 6.1. en 6.2. geven een overzicht van elders gehanteerde effectiviteitscriteria. Men kan constateren dat in de meeste studies algemene en meer specifieke criteria naast elkaar worden toegepast. Uit beide tabellen blijkt dat de verschillende studies het probleemoplos- danwel beslisproces op verschillende wijzen operationaliseren (zie ook 2.3.1. en 2.3.3.).

Tabel 6.1. Overzicht van effectiviteitsonderzoeken betreffende "dagelijkse problemen aanpakken"

Auteurs	Evaluatie-Instrumenten
Affen, Chinsky, Larcen, Lochman en Selinger, 1976	- schriftelijke Interpersoonlijke problem-solving tests - problem-solving gedragstest - sociometrische maat - I-E vragenlijst
Arnkoff en Stewart, 1975	- mondelinge probleemoplostest
Bedell, Archer en Marlow Jr., 1980	- kennis- en informatie-test - zelfevaluatie-test waarbij de pp. twee probleemsituaties kreeg aangeboden ter oplossing

Coché en Fillick, 1975	<ul style="list-style-type: none"> - Means Ends Problem Solving test - MPI - de Minimult (Kincannon, 1966)
Coché en Douglas, 1977	<ul style="list-style-type: none"> - Means Ends Problem Solving test - MPI - de Minimult (Kincannon, 1966) - adjective checklist
Edeistein, Couture, Cray, Dickens en Lusebrink, 1980	<ul style="list-style-type: none"> - elke deelnemer kreeg 4 probleemsituaties ter oplossing - gedragstest probleemoplossen
Hollander, 1980	<ul style="list-style-type: none"> - schriftelijke motivatie-test - een schriftelijke tevredenheidstest - de MEPS
Houtz en Feidhusen, 1976	<ul style="list-style-type: none"> - de Purdue problem solving inventory - een speciaal voor dit onderzoek geconstrueerde schriftelijke transfer test
Intagliata, 1978	<ul style="list-style-type: none"> - MEPS - gestructureerd interview - sociale competentie maat
Jacobson, 1977	<ul style="list-style-type: none"> - zelfrapportage m.b.t. probleemoplossen - observatie door een onafhankelijke observator
Jacobson, 1979	<ul style="list-style-type: none"> - observatie opdrachten - observatie door een onafhankelijke observator
Jacobson en Anderson, 1980	<ul style="list-style-type: none"> - observaties door onafhankelijke observatoren
Klarreich, 1975	<ul style="list-style-type: none"> - Tennessee Self concept scale - Fundamental Relations Orientation Behaviour (FRO-B) - Life Skills Problem Checklist
Lorish, 1974	<ul style="list-style-type: none"> - Kohlberg Moral Judgement Protocols - Carkhuff Empathy Scales - Crites Career Maturity Inventory
Mayo en Norton, 1980	<ul style="list-style-type: none"> - schriftelijke zelfrapportage
Mendonca en Sless, 1976	<ul style="list-style-type: none"> - imaginair rollenspel met behulp van tape-recorder - decision difficulty checklist
Meyers, 1978	<ul style="list-style-type: none"> - sociale angst schaal - negatieve zelfevaluatie-schaal - gedragsbeoordelingslijst - sociometrische maat - gedragsmaat

Patterson, Hops en Weiss, 1975	- een gedragsmaat plus observaties
Poltras-Martin en Stone, 1977	- schriftelijke probleemoplostoets ad hoc ontwikkeld
Richards en Perri, 1978	- tentamen cijfers - beoordelingen door counselors - schriftelijke zelfevaluaties - schriftelijke probleemoplostoets - programma-evaluaties - de survey of study habits and attitudes
Robin, Kent, O'Leary, Foster, en Prinz, 1977	- zelf-observaties - communicatie checklist - beoordelingen door observatoren
Siegel en Spivack, 1976	- Interpersoonlijke probleemoplos vragenlijsten - Matching Familiar Figures test (Kagan 1965) - MEPS
Spivack, Platt, en Shure, 1976	- MEPS - gedragsmaat voor sociale aanpassing
Stone, Hinds en Schmidt, 1975	- 3 ad hoc ontwikkelde probleemoplostests

Tabel 6.1. leidt tot de volgende constatering:

1. ten aanzien van de in de aangehaalde onderzoeken gehanteerde effectiviteitscriteria geldt dat er geen sprake is van een of meerdere evaluatie-instrumenten die algemeen gebruikelijk zijn. De variatie in toegepaste meetinstrumenten is erg groot.
2. in een groot aantal onderzoeken wordt een combinatie van schriftelijke evaluatie-instrumenten en directe gedragsobservaties toegepast.
3. ten aanzien van schriftelijke evaluatie-criteria en gedragsobservaties geldt dat vrijwel elke onderzoeker deze op eigen wijze inhoud geeft en operationaliseert. Er blijkt weinig overeenstemming te bestaan over in dit kader relevante algemene psychologische dimensies en gedragscriteria.

Deze constatering blijken ook van toepassing te zijn op de in tabel 6.2. beschreven effectiviteitsonderzoeken ten aanzien van "beslissingen nemen".

Tabel 6.2. Overzicht van effectiviteitsstudies ten aanzien van "beslissingen nemen" in alfabetische volgorde van auteurs

Auteurs	Evaluatie-Instrumenten
Bergland, Quatrano en Lundquist, 1975	<ul style="list-style-type: none"> - attitude questionnaire - vocational information survey - Career Planning Inventory - Vocational Planning Questionnaire
Evans en Cody, 1969	- gedragstest plus onafhankelijke beoordelaars
Russell en Thoresen, 1976	- schriftelijke gesimuleerde problematische beslissituaties
Wallace, Horan, Baker en Hudson, 1975	- op cassette recorder opgenomen problematische beslissituaties

Op basis van tabel 6.1. en 6.2. kan men constateren dat er weinig consensus bestaat ten aanzien van het in dit kader te hanteren evaluatie-instrumentarium.

Wat de meer algemene effectiviteitscriteria betreft, is sprake van een bonte verzameling evaluatie-instrumenten die allen uiteenlopende aspecten van de persoonlijkheid operationaliseren. De in hoofdstuk 5 beschreven algemene theoretische verklaringsmodellen relevant in relatie tot de in dit proefschrift beschreven persoonlijke vaardigheidstherapieën, vormen een hulpmiddel bij het uitselecteren van die evaluatie-instrumenten die in dit kader van belang zijn. Op basis van voornoemde modellen besloot men beheersingsoriëntatie, persoonlijke competentieverwachting(en) en instrumentele copingfuncties als effectiviteitscriteria in aanmerking te nemen (zie hoofdstuk 7).

Wat de specifieke criteria betreft, kan men eveneens weinig onderlinge consensus constateren. Ook in het Nederlands taalgebied is geen eenvoudig afneembaar, kort en overzichtelijk meetinstrument voor handen met behulp waarvan men de specifieke doelstellingen van de beschreven vaardigheidstherapieën directer en specifiek zou kunnen toetsen. Dit stelt ons voor de taak wat dit betreft een eigen evaluatie-instrument te ontwikkelen. Bedoeld evaluatie-instrument dient het constructieve persoonlijke (on)vaardigheid adequaat te operationaliseren. Een con-

struct dat nader gedefinieerd kan worden als het vermogen effectief te reageren in problematische situaties, en wel in die zin dat men in dergelijke situaties primair handelt op basis van rationele overwegingen en principes. Besloten werd een evaluatie-instrument te ontwikkelen in de vorm van een schriftelijke vragenlijst en niet in de vorm van een of meerdere gedragsobservaties. Men gaf de voorkeur aan ontwikkeling van een evaluatie-instrument in de vorm van een schriftelijke vragenlijst omdat bestudering van literatuur relevant in relatie tot gedragsobservatie(s) als evaluatie-instrument tot de conclusie leidde dat constructie, inhoudsvalidering en betrouwbaarheidsbepaling met betrekking tot gedragsobservatie(s) problemen oplevert, waar voornamelijk geen adequate standaard-oplossingen voor voorhanden zijn (Lipinsky en Nelson, 1974; McFall, 1977; Bellack, Hersen, Turner, 1978; Bellack, Hersen, Lamparski, 1979; Higgins, Alonso, Pendleton, 1979; McFall en Marston, 1980; Van Hasselt, Hersen en Bellack, 1981). Het feit dat tijdens de in dit proefschrift beschreven persoonlijke vaardigheidstherapieën de nadruk wordt gelegd op het aanleren van coverte gedragsaspecten c.q. denkstappen, blijkt de constructie van een directe vaardigheidstoets en/of anderssoortige gedragsobservaties als evaluatie-instrument nog eens extra te bemoeilijken. In tegenstelling tot overt gedrag wordt covert gedrag gekenmerkt door het feit dat dit niet direct waarneembaar is, en veelal alleen indirect kan worden waargenomen. Dit heeft gevolgen voor de meetbaarheid ervan. Naast de hierboven weergegeven inhoudelijke argumenten, speelden de nu volgende pragmatische overwegingen een rol bij de keuze voor de constructie van een schriftelijke vragenlijst als evaluatie-instrument. De constructie van een directe vaardigheidstoets en/of anderssoortige vorm van gedragsobservatie vereist meer mankracht en financiële middelen dan de constructie van een schriftelijke vragenlijst. Op basis van bovenstaande overwegingen - zowel inhoudelijk als pragmatisch van aard - besloot men een aangepast evaluatie-instrument te ontwikkelen in de vorm van een schriftelijke vragenlijst. Deze vragenlijst dient qua taalgebruik te worden aangepast aan het taalgebruik van de LIBO-doelgroep. De ontwikkeling van deze lijst zal in het nu volgende worden beschreven.

6.3. CONSTRUCTIE VAN DE ITEMS

De ontwikkeling van de vragenlijst bedoeld ter operationalisatie van het construct "persoonlijke (on)vaardigheid" werd gestart met het aanleggen van een pool items representatief voor het beoogde construct. Deze items werden gegenereerd door twee psychologen, bekend met inhoud en doelstelling(en) van de persoonlijke vaardigheidstherapieën. Aldus ontstond een vragenlijst van 33 items die de DH-lijst werd genoemd. DH vormt de afkorting voor Doelmatig Handelen.

Geïnspireerd door Shapiro (1961) en conform de constructie van de interpersoonlijke vaardigheidsmeters (Beekers, 1982) werden per ontworpen item drie antwoordmogelijkheden vastgesteld, namelijk een zogenaamde "ziek" uitspraak, een "half beter" en een "beter" uitspraak.

Voorbeeld:

Als ik moet kiezen, zit ik:

0 meestal te lang te wikken en te wegen

0 regelmatig te lang te wikken en te wegen

0 vrijwel nooit te lang te wikken en te wegen

De eerste 24 items van de DH-lijst werden allen op de hier besproken wijze vastgesteld. Vanwege het feit dat cognities veelal in de vorm van definitieve stellingen worden geponeerd, werden de items 25 t/m 33 weergegeven in de vorm van stellige uitspraken met als antwoordmogelijkheden: "waar", "enigszins waar" en "niet waar" zoals bijvoorbeeld:

Mij zit altijd alles tegen

0 waar

0 enigszins waar

0 niet waar

Voor een overzicht van de aldus geconstrueerde vragenlijst zie bijlage III.

6.4. OPZET VAN HET ONDERZOEK NAAR DE PSYCHOMETRISCHE EIGENSCHAPPEN VAN DE DH-LIJST

In het nu volgende wordt een onderzoek beschreven naar de psychometrische eigenschappen van de in 6.3. beschreven DH-lijst. In 6.4.1. worden proefgroep en procedure beschreven. In 6.4.2. worden de resultaten van de in dit kader uitgevoerde factor-analyse besproken. Verder wordt aandacht besteed aan de betrouwbaarheid en stabiliteit van de 3 subschalen waar de DH-lijst uit blijkt opgebouwd. Tot slot wordt verslag gedaan van onderzoek naar de divergerende validiteit van de ontwikkelde vragenlijst.

6.4.1. Proefgroep en procedure

Een groep van 2000 mannen en vrouwen, variërend in leeftijd van 25-55 jaar, aselect getrokken uit het bevolkingsarchief van de gemeente Maastricht, werd aangeschreven met het verzoek hun medewerking te willen verlenen aan door de capaciteitsgroep Medische Psychologie van de Rijksuniversiteit Limburg te verrichten onderzoek. Dit verzoek om medewerking ging vergezeld van een voorgefrankeerde antwoordkaart waarop de betreffende persoon kon aankruisen of hij/zij al dan niet wenste mee te doen aan dit onderzoek.

498 Mensen vulden deze antwoordkaart bevestigend in en stuurden haar aan onderzoekster retour. Deze groep bestond uit 237 mannen en 261 vrouwen. De leeftijdscategorie 25-55 jaar werd gekozen vanwege het feit dat de deelnemers aan Goldsteintherapieën grotendeels binnen deze leeftijdscategorie kunnen worden ondergebracht.

De DH-lijst werd per post toegezonden aan deze 498 proefpersonen. Van deze 498 proefpersonen stuurden er 377 de vragenlijst ingevuld en wel retour.

In bijlage IV wordt een overzicht gegeven van de uiteindelijk resterende groep van 377 proefpersonen in termen van sexe, leeftijd, burgerlijke staat, werksituatie en opleidingsniveau.

Door de afdeling bevolking van de Gemeente Maastricht wordt alleen informatie verschaft ten aanzien van de variabelen sexe en leeftijd.

Op de variabelen burgerlijke staat, werksituatie en opleidingsniveau rust een embargo op basis van privacy-overwegingen.

De oorspronkelijke steekproef van 2000 Maastrichtenaren bestond uit 1000 mannen (=50%) en 1000 vrouwen (=50%). Van de vrouwen waren 438 personen $\geq$ 25 jaar en $<$ 35 jaar (=43.8%); 278 personen $\geq$ 35 jaar en $<$ 45 jaar (=27.8%) en 284 personen $\geq$ 45 jaar en $<$ 55 jaar (=28.4%).

Van de mannen waren 402 personen $\geq$ 25 jaar en $<$ 35 jaar (=40.2%); 326 personen $\geq$ 35 jaar en $<$ 45 jaar (=32.6%) en 272 personen $\geq$ 45 jaar en $<$ 55 jaar (=27.2%).

Vergelijking met de in bijlage IV beschreven proefgroep, leidt tot de conclusie dat de verdeling naar sexe en leeftijd in de oorspronkelijke steekproef over de gehele lijn genomen overeenstemt met de verdeling van deze variabelen in de uiteindelijke proefgroep.

Binnen de oorspronkelijke steekproef van 2000 proefpersonen kan niet worden nagegaan in welke opzichten de 25% die zich bereid verklaarde aan dit onderzoek mee te doen, overeenkomen met c.q. verschillen van de 75% die niet wenste mee te werken. Deze gedwongen leemte in de karakterisering van de proefgroep heeft uiteraard gevolgen voor de generaliseerbaarheid van de gevonden resultaten.

In de proefgroep blijken ongeveer evenveel vrouwen als mannen opgenomen. Voor beide subgroepen geldt dat alle opleidingsniveau's in de proefgroep vertegenwoordigd zijn. Conform algemene bevolkingsgegevens blijkt het aantal mannen in het hoogste opleidingsniveau groter dan het aantal vrouwen daarin.

Wat leeftijdsopbouw betreft, blijkt de groep mannen vrijwel identiek aan de groep vrouwen. Het aantal ongehuwde mannen blijkt groter dan het aantal ongehuwde vrouwen.

Het aantal niet-werkende vrouwen blijkt beduidend groter dan het aantal niet-werkende mannen. De categorie niet-werkende vrouwen omvat al die vrouwen die geen betaalde baan buitenshuis hebben.

6.4.2. Resultaten factor-analyse

Teneinde te kunnen bepalen uit welke factoren de geconstrueerde vragenlijst was opgebouwd besloot men een principale factoren-analyse uit

te voeren over het conform 6.4.1. verkregen databestand. Uit dit databestand werden die items van de DH-lijst verwijderd, waarbij meer dan 70% van de antwoorden in een van de beide extreme antwoordcategorieën viel, aangezien het discriminerend vermogen van het betreffende item daardoor te zeer te niet werd gedaan (14 items). Over de resterende 19 items werd een principale factoren-analyse uitgevoerd. Bij de interpretatie van de gegevens uit deze factor-analyse werden alleen die items in aanmerking genomen met factorladingen ≥ 0.30 . De 19 items bleken allen aan deze voorwaarde te voldoen. Varimaxrotatie leidde tot de conclusie dat een 3-factoren oplossing het best op het beschreven data-bestand bleek te passen.

Tabel 6.3. Principale factoren-analyse over 19 items

Item	factor	F ₁	F ₂	F ₃
1		<u>0.61</u>	-0.04	-0.02
2		<u>0.49</u>	-0.03	-0.16
3		<u>0.50</u>	-0.04	-0.12
4		<u>0.59</u>	0.06	-0.18
5		<u>0.73</u>	0.00	-0.12
6		<u>0.69</u>	-0.15	-0.08
7		<u>0.66</u>	-0.03	-0.15
8		<u>0.46</u>	-0.08	-0.25
9		-0.12	<u>0.64</u>	0.14
10		-0.03	<u>0.55</u>	0.12
11		-0.08	<u>0.48</u>	0.15
12		-0.01	<u>0.42</u>	0.20
13		0.08	<u>0.68</u>	0.01
14		-0.17	0.13	<u>0.47</u>
15		-0.07	0.06	<u>0.48</u>
16		-0.15	0.18	<u>0.43</u>
17		-0.19	0.25	<u>0.50</u>
18		-0.03	0.08	<u>0.36</u>
19		-0.25	0.04	<u>0.33</u>
Eigenwaarden		4.38	2.40	1.39
Verklaarde variantie		23.1%	12.6%	7.3%

Op grond van inhoudelijke relevantie, gefundeerd door de factor-analytische bevindingen uit tabel 6.3. werd de DH-lijst opgedeeld in 3 subschalen met respectievelijk 8, 5 en 6 items. In het nu volgende zullen deze subschalen elk afzonderlijk worden besproken en van een passende benaming worden voorzien.

6.4.2.1. DH-subschaal 1: "Vertrouwen in eigen probleemoplossingsvaardigheid"

Subschaal 1 omvat de volgende 8 items:

1. Door tegenslag laat ik mij volledig/wel wat/vrijwel niet uit het veld slaan.
2. Als ik moet kiezen, zit ik meestal/regematig/vrijwel nooit te lang te wikken en te wegen.
3. Problemen zijn me vrijwel altijd/soms/vrijwel nooit de baas.
4. Als er een probleem is, zie ik daar vrijwel altijd/soms/vrijwel nooit tegenop.
5. Door problemen laat ik mij vaak/soms/bijna nooit ontmoedigen.
6. Als er problemen zijn, ben ik nergens meer: waar/enigszins waar/niet waar.
7. Ik zit gauw bij de pakken neer: waar/enigszins waar/niet waar.
8. Ik kan goed knopen doorhakken: waar/enigszins waar/niet waar.

De items van subschaal 1 hebben betrekking zowel op "problemen aanpakken" als op "beslissingen nemen" (item 2 en 8). Ze betreffen de houding van het individu ten aanzien van beslissingen/problemen. Alle items dragen de trekken van een sterk-zwak continuüm: problemen/beslissingen zijn mij de baas versus ik ben problemen/beslissingen de baas. De score op deze subschaal kan variëren van 0 (=minimumscore) tot 16 (=maximumscore). Een score van 0 betekent dat het betreffende individu weinig of geen vertrouwen heeft in zijn eigen probleemoplossings- c.q. besluitvaardigheid. Een score van 16 betekent dat het individu wel degelijk vertrouwen heeft in eigen probleemoplossings- c.q. besluitvaardigheid.

6.4.2.2. DH-subschaal 2: "Plannen maken en vooruit denken"

Subschaal 2 omvat de volgende 5 items:

1. Plannen maken vind ik nuttig/vind ik niet zo erg nuttig/vind ik helemaal niet nuttig.
2. Ik maak vaak/soms/vrijwel nooit plannen.
3. Ik denk vaak/soms/bijna nooit na voordat ik ergens aan begin.
4. Als ik aan iets moeilijks begin, bedenk ik meestal/soms/bijna nooit vooraf hoe ik het ga aanpakken.
5. Ik denk vaak/soms/bijna nooit vooruit.

De items van subschaal 2 hebben met elkaar gemeenschappelijk dat ze betrekking hebben op de mate van vooruitdenken c.q. plannen. De maximumscore (=10) betekent dat de betreffende persoon zichzelf als een vooruitdenkend en weldoordacht individu beoordeelt. De minimumscore (=0) houdt een ontkenning van deze beoordeling in.

6.4.2.3. DH-subschaal 3: "Consequent handelen"

Subschaal 3 omvat de volgende 6 items:

1. Als iets me niet bevalt, dan doe ik daar vrijwel altijd/soms/vrijwel nooit iets aan.
2. Als ik iets moet weten, zorg ik meestal/vaak/vrijwel nooit dat ik er ook achter kom.
3. Van mijn goede voornemens komt vrijwel nooit/zo nu en dan wel/vrijwel altijd iets terecht.
4. Als ik iets van plan ben, dan doe ik daar meestal/soms/eigenlijk nooit iets aan.
5. Als ik ergens aan begin maak ik dat ook af/soms niet af/bijna nooit af.
6. Moeilijke dingen stel ik vrijwel altijd/soms/vrijwel nooit uit.

De items van subschaal 3 hebben allen betrekking op de mate waarin het individu eenmaal gemaakte voornemens ook daadwerkelijk realiseert c.q. doorzet. In totaliteit lijkt deze schaal betrekking te hebben op de mate van handelend optreden van een individu ten aanzien van als problematisch ervaren situaties. De maximumscore (=12) betekent dat het betreffende individu zichzelf als een doorzetter en aanpakker beoordeelt. De minimumscore (=0) betekent dat de betreffende persoon zichzelf ervaart als iemand die snel opgeeft c.q. bij de pakken neer gaat zitten.

Samenvattend kan men de bij factoranalyse van de DH-lijst gevonden drie factoren karakteriseren als:

- I. Vertrouwen in eigen probleemoplossingsvaardigheid
- II. Plannen maken en vooruit denken
- III. Consequent handelen

6.4.3. Betrouwbaarheid en stabiliteit van de 3 subschalen

Vervolgens besloot men de betrouwbaarheid en stabiliteit van de in 6.4.2. beschreven subschalen te bepalen. Voor elk van de 3 subschalen werd de betrouwbaarheid bepaald met behulp van Cronbach's alpha: een veelvuldig gehanteerde coëfficiënt voor itemconsistentie. Cronbach's alpha's werden berekend over de totale groep van 377 proefpersonen zoals beschreven in bijlage IV. De alpha's variëren van 0.61 tot 0.82.

Tabel 6.4. Interne consistentie (Cronbach's alpha) en test-hertest-correlaties (Pearson) over een interval van 12 maanden.

DH-subschalen	1.	2.	3.	N
Betrouw- baarheids- coëfficiënten				
Cronbach's alpha	0.82	0.70	0.61	377
Pearson-correla- ties na 12 maanden	0.74	0.68	0.63	134

In tabel 6.4. zijn tevens de test-hertest-correlaties na 12 maanden opgenomen. Uit de in bijlage IV beschreven proefgroep van 377 proefpersonen werd een 0.5 sample getrokken ten behoeve van de test-hertest bepaling. 193 proefpersonen kregen de DH-lijst nogmaals ter invulling toegestuurd na verloop van een jaar. Van de 193 proefpersonen stuurden er 134 de DH-lijst ingevuld en wel retour.

Bij de test-hertest gegevens is overigens niet alleen de betrouwbaarheid van het gehanteerde meetinstrument aan de orde maar ook de stabiliteit van het meetobject. De Pearson-correlaties tussen beide meetmomenten variëren tussen 0.63 en 0.74. Qua betrouwbaarheid maar ook qua stabiliteit blijken de DH-subschalen derhalve acceptabel. DH-sub-schaal 3 "consequent handelen" is in deze de relatief zwakste schaal.

6.4.4. Correlaties tussen de drie DH-subschalen onderling

Teneinde na te gaan of de ontwikkelde schalen onderling voldoende onafhankelijk zijn, werden de Pearsoncorrelaties bepaald tussen de 3 subschalen onderling (zie tabel 6.5.). De berekeningen werden uitgevoerd over de in bijlage IV beschreven groep van 377 proefpersonen.

Tabel 6.5. Correlaties tussen de 3 DH-subschalen onderling

Correlatie	DH ₁	en	DH ₂	:	0.12	niet significant
Correlatie	DH ₂	en	DH ₃	:	0.31	significant
Correlatie	DH ₁	en	DH ₃	:	0.37	significant

Interpretatie van de in tabel 6.5. gepresenteerde correlatie-coëfficiënten leidt tot de conclusie dat:

- "vertrouwen in eigen probleemoplossingsvaardigheid" (DH₁) en "plannen maken en vooruit denken" (DH₂) niet significant aan elkaar gerelateerd zijn,
- "plannen maken en vooruit denken" (DH₂) significant correleert met "consequent handelen" (DH₃) en wel in de zin van: hoe meer men vooruit denkt des te consequenter zal men ook handelen,
- "vertrouwen in eigen probleemoplossingsvaardigheid" (DH₁) significant correleert met "consequent handelen" (DH₃) en wel in de zin van: hoe meer "vertrouwen in eigen probleemoplossingsvaardigheid" des te consequenter zal men ook handelen.

6.4.5. Bepaling van de divergerende validiteit

Teneinde na te gaan of de 3 subschalen waaruit de DH-lijst blijkt opgebouwd, eigenstandige aspecten van persoonlijke (on)vaardigheid operationaliseren, werd besloten een onderzoek te doen naar de divergerende validiteit van de 3 subschalen. Doel van dit onderzoek was na te gaan in hoeverre de 3 subschalen iets meer c.q. iets anders meten dan een vijftal bestaande psychologische vragenlijsten die inhoudelijk verwante constructen beogen te meten Deze verwante constructen zijn:

- beheersingsoriëntatie

- copingstijl
- zelfwaardering
- rigiditeit
- neuroticisme

Dit zijn vijf algemeen theoretische constructen, relevant in relatie tot de hier besproken persoonlijke vaardigheidstherapieën. In hoofdstuk 5 werd reeds aangegeven waarom de constructen beheersingsoriëntatie, zelfwaardering en (instrumentele) copingstijl(en) in dit kader van belang zijn.

De constructen rigiditeit en neuroticisme worden in aanmerking genomen teneinde te kunnen bepalen in hoeverre de geconstrueerde vragenlijst "Doelmatig handelen" algemeen neurotische tendenzen en rigiditeit meet.

Deze constructen werden geoperationaliseerd met behulp van de nu volgende schriftelijke vragenlijsten:

- a. de Rigiditeitsschaal (RG) uit de NPV (Luteijn, 1974),
- b. de Utrechtse Coping Lijst (UCL) (Schreurs e.a., 1984),
- c. de Delftse Vragenlijst (DV): een neuroticisme-schaal ontwikkeld door Appels (1974, 1975),
- d. de interne en externe locus of control schaal conform Emmelkamp (1975),
- e. de zelfwaarderings(selfesteem)schaal (SE), ontwikkeld door Rosenberg (1965) en in het Nederlands bewerkt door Sanders (1977).

Deze vragenlijsten zullen in het nu volgende elk afzonderlijk kort worden toegelicht.

ad.a. De rigiditeitsschaal (RG-schaal) uit de Nederlandse Persoons Vragenlijst (NPV; Luteijn, 1974) heeft betrekking op het planmatig (willen) laten verlopen van gebeurtenissen volgens vaste gewoontes en principes.

Voor meer informatie ten aanzien van de psychometrische eigenschappen van de RG-schaal zie Luteijn (1974). Betrouwbaarheidsanalyse en factoranalyse van de scores van de 377 cases zoals beschreven in bijlage IV bevestigden de door Luteijn in dit opzicht gepresenteerde bevindingen. Een in Maastricht uitge-

voerde factoranalyse leidde tot de conclusie dat er wat de RG-schaal betreft, sprake is van één onderliggende factor met een eigenwaarde van 4.07. Als coëfficiënt voor interne consistentie werd Cronbach's alpha berekend. Deze bedroeg 0.80.

ad.b. De door Schreurs, Tellegen, van de Willige (1984) ontwikkelde Utrechtse Coping Lijst (UCL) operationaliseert het concept copingstijlen in de vorm van een schriftelijke vragenlijst. Schreurs c.s. kwamen op basis van door hen uitgevoerde factoranalyses tot de conclusie dat de UCL uit 7 subschalen is opgebouwd. Tabel 6.6. geeft een overzicht van deze subschalen en de door Schreurs c.s. gevonden coëfficiënten voor interne consistentie (Cronbach's alpha).

Factor-analyse over de UCL data van de in bijlage IV beschreven steekproef uit de Maastrichtse bevolking leverde vijf factoren en daarmee 5 subschalen op. Deze subschalen blijken overeen te komen met de door Schreurs onderscheiden UCL₁, UCL₂, UCL₃, UCL₄ en UCL₇. Voor een eigen factor-structuur van diens UCL₅ en UCL₆ werd geen bevestiging gevonden. Vandaar dat deze 2 subschalen dan ook niet in het verdere onderzoek werden betrokken. Tabel 6.6. geeft tevens een overzicht van de in Maastricht gevonden factoren en coëfficiënten voor interne consistentie.

Tabel 6.6. Overzicht van in de UCL aangetoonde factoren en interne consistenties

factor label Schreurs	interne consistentie Schreurs	factor label Maastricht	interne consistentie Maastricht
UCL ₁ actief het probleem aanpakken	0.82	aanpakken als reactie op spanning	0.77
UCL ₂ palliatieven	0.74	afleiding zoeken	0.73
UCL ₃ afwachten en vermijden	0.73	afwachten en vermijden	0.71
UCL ₄ sociale steun zoeken	0.74	steun zoeken bij anderen	0.82
UCL ₅ depressief reactie- patroon	0.69	----	----
UCL ₆ uiten van emoties	0.62	----	----
UCL ₇ geruststellende cogni- ties	0.67	jezelf geruststellen, relativeren	0.71

Het feit dat in Maastricht 5 factoren werden gevonden en in Utrecht 7, hangt samen met verschillen in de samenstelling van de steekproeven waarop deze gegevens werden gebaseerd. Schreurs (1984) voerde zijn onderzoek uit bij 600 employees van de Nederlandse Spoorwegen. De leeftijd van de deelnemers aan dit onderzoek varieerde van 23 tot 64 jaar. De gemiddelde leeftijd was 43 jaar. 4,4% van de respondenten was van het vrouwelijk geslacht, 95,6% van het mannelijke geslacht.

Voor de Maastrichtse proefgroep geldt dat het aantal mannen en vrouwen ongeveer gelijk verdeeld was, ook was de leeftijdsverdeling beter verspreid over de drie onderscheiden leeftijds-categorieën (zie bijlage IV).

In het in dit proefschrift beschreven onderzoek wordt gebruik gemaakt van de UCL-subschalen 1 en 3 omdat deze schalen betrekking hebben op het aan- en afwezig zijn van instrumentele copingfuncties. De overige subschalen (UCL₂, UCL₄, UCL₇) zijn minder relevant en wel vanwege het feit dat zij betrekking hebben op het aan- en afwezig zijn van palliatieve copingfuncties. In de persoonlijke vaardigheidstherapieën à la Goldstein ligt de nadruk op het aanleren van instrumentele copingstijlen en wordt geen aandacht besteed aan de uitbreiding van het palliatieve coping-repertoire van de deelnemers.

ad.c. De door Appels (1974, 1975) ontwikkelde Delftse Vragenlijst operationaliseert het concept neuroticisme. Deze lijst heeft als voordeel boven andere neuroticisme-schalen dat ze kort, handzaam, snel af te nemen en te verwerken is.

Bleef het gebruik van deze DV door Appels beperkt tot een studentenpopulatie, Arrindell, Damsma en Ettema (1980) toonden aan dat de Delftse Vragenlijst ook bij anderssoortige populaties - normalen en fobici - betrouwbaar en valide is.

Factor-analyse over de in bijlage IV beschreven 377 cases bevestigde de veronderstelling dat de Delftse Vragenlijst uit één factor is opgebouwd met een eigenwaarde van 8.78. De coëfficiënt voor interne consistentie bedroeg 0.92.

ad.d. In het hier beschreven onderzoek is ter operationalisatie van het IE-concept op pragmatische gronden gekozen voor de verkorte versie van de oorspronkelijke lijst ontwikkeld door Emmelkamp (1975). Voor meer informatie over de psychometrische eigenschappen van deze lijst, zie Emmelkamp (1975). De oorspronkelijke lijst werd ontwikkeld door Andriessen (1972).

Bij een factoranalyse over de in bijlage IV beschreven 377 cases bleek er sprake van één factor met een eigenwaarde van 3.17. De coëfficiënt voor interne consistentie bedroeg 0.77.

ad.e. Als operationalisatie-wijze voor zelf-waardering werd de "self-esteem" (SE-)schaal van Rosenberg (1965) gekozen. Deze schaal werd eerder toegepast in het door Beekers (1982) gerapporteerde effectonderzoek betreffende de interpersoonlijke vaardigheids-therapieën.

De Rosenberg-schaal werd voor het Nederlandse taalgebied vertaald en bewerkt door Sanders (1977) die ook de psychometrische eigenschappen ervan bepaalde. De door de Goldsteinprojectgroep toegepaste versie omvat 15 items met elk zes antwoordcategorieën. Factor-analyse over de in bijlage IV beschreven 377 cases leverde één factor op met een eigenwaarde van 5.34. De coëfficiënt voor interne consistentie bedroeg 0.88.

Bij de bepaling van de divergerende validiteit geldt dat hoge correlaties tussen de DH-subschalen en de onder a t/m e beschreven vragenlijsten impliceren dat deze lijsten verwante constructen operationaliseren en dat hetgeen gemeten wordt door middel van de DH-subschalen, geen apart construct vormt met een eigen identiteit zoals oorspronkelijk beoogd werd. Hoge correlaties impliceren correlaties ≥ 0.70 .

Blijkt er echter sprake te zijn van lage correlaties, dan betekent dat, dat de DH-subschalen bestaansrecht hebben als vragenlijsten die eigenstandige psychologische constructen operationaliseren.

In dit opzicht lage correlaties impliceert correlaties ≤ 0.70 .

In tabel 6.7. wordt een overzicht gegeven van de correlaties tussen de scores op elk van de drie subschalen van de DH-lijst en de scores op de RG-schaal, de subschalen 1 en 3 van de UCL, de DV-schaal, de IE-schaal en de SE-schaal. Deze correlaties werden berekend over de in bijlage IV beschreven proefgroep van 377 proefpersonen.

Tabel 6.7. Overzicht Pearson correlaties tussen DH_1 , DH_2 , DH_3 en RG, UCL_1 , UCL_3 , DV, IE en SE.

	DH_1	DH_2	DH_3
RG	-0.22*	-0.03	0.11
UCL_1	+0.41*	+0.42*	+0.37*
UCL_3	-0.52*	-0.13*	-0.37*
DV	-0.63*	-0.12*	-0.40*
IE	+0.46*	+0.23*	+0.28*
SE	+0.57*	+0.04	+0.32*

* significant $p \leq 0.001$

Uit tabel 6.7. kan men ten aanzien van DH-subschaal 1 concluderen dat:

- deze subschaal significant negatief correleert met rigiditeit zoals gemeten met behulp van de rigiditeitsschaal uit de NPV.
- deze subschaal significant positief correleert met "actief het probleem aanpakken" als copingstijl (UCL_3) en significant negatief correleert met "afwachten/vermijden" als copingstijl (UCL_3).
- deze subschaal significant negatief correleert met neuroticisme zoals gemeten met behulp van de Delftse Vragenlijst.
- deze subschaal significant positief correleert met een interne "locus of control".
- deze subschaal significant positief correleert met zelfwaardering zoals gemeten met behulp van de SE-schaal.

Ten aanzien van DH-subschaal 1 kan men dus stellen dat deze subschaal óók aspecten van (instrumentele) copingstijlen, rigiditeit, neuroticisme, beheersingsoriëntatie en zelfwaardering meet. De correlaties zijn echter niet zo hoog dat er niet meer gesproken kan worden van operationalisatie van een eigenstandig construct. De correlaties zijn allen ≤ 0.70 . "Vertrouwen in eigen probleemoplossingsvaardigheid" zoals geoperationaliseerd in DH-subschaal 1 blijkt "meer" te zijn dan alleen een optelsom van aspecten van (instrumentele) copingstijlen, rigiditeit, neuroticisme, beheersingsoriëntatie en zelfwaardering. Wat dit "meer" inhoudt kan op dit moment niet nader geconcretiseerd worden.

Ten aanzien van DH-subschaal 2 kan men concluderen dat:

- deze subschaal niet significant correleert met rigiditeit zoals gemeten met behulp van de rigiditeitsschaal uit de NPV.
- deze subschaal significant positief correleert met "actief het probleem aanpakken" als copingstijl (UCL₁) en significant negatief correleert met "afwachten/vermijden" als copingstijl (UCL₃).
- deze subschaal significant negatief correleert met neuroticisme zoals gemeten met behulp van de Delftse Vragenlijst.
- deze subschaal significant positief correleert met interne "locus of control".
- deze subschaal niet significant correleert met zelfwaardering zoals gemeten met behulp van de SE-schaal.

Ten aanzien van DH-subschaal 2 kan men dus stellen dat deze subschaal ook aspecten van (instrumentele) copingstijlen, neuroticisme en beheersingsoriëntatie meet. De correlaties zijn echter niet zo hoog dat er niet meer gesproken kan worden van operationalisatie van een eigenstandig construct. De correlaties zijn allen ≤ 0.70 . De hoogte van de gevonden correlaties is over het algemeen genomen lager dan bij subschaal 1.

"Plannen en vooruitdenken" zoals geoperationaliseerd in DH-subschaal 2 blijkt "meer" te zijn dan alleen een optelsom van aspecten van (instrumentele) copingstijlen, neuroticisme en beheersingsoriëntatie. Wat dit "meer" inhoudt, kan op dit moment niet nader geconcretiseerd worden.

Ten aanzien van DH-subschaal 3 kan men concluderen dat:

- deze subschaal niet significant correleert met rigiditeit zoals gemeten met behulp van de rigiditeitsschaal uit de NPV.
- deze subschaal significant positief correleert met "actief het probleem aanpakken" als copingstijl (UCL₁) en significant negatief correleert met "afwachten/vermijden" als copingstijl (UCL₃).
- deze subschaal significant negatief correleert met neuroticisme zoals gemeten met behulp van de Delftse Vragenlijst.
- deze subschaal significant positief correleert met een interne "locus of control".

- deze subschaal significant positief correleert met zelfwaardering zoals gemeten met behulp van de SE-schaal.

Ten aanzien van DH-subschaal 3 kan men dus stellen dat deze subschaal ook aspecten van (instrumentele) copingstijlen, neuroticisme, beheersingsoriëntatie en zelfwaardering meet. De correlaties zijn echter niet zo hoog dat er niet meer gesproken kan worden van operationalisatie van een eigenstandig construct. De correlaties zijn allen ≤ 0.70 . De hoogte van de gevonden correlaties is over het algemeen genomen lager dan bij subschaal 1.

"Consequent handelen" zoals geoperationaliseerd in DH-subschaal 3 blijkt "meer" te zijn dan alleen een optelsom van aspecten van (instrumentele) copingstijlen, neuroticisme, beheersingsoriëntatie en zelfwaardering. Wat dit "meer" inhoudt, kan op dit moment niet nader geconcretiseerd worden.

6.4.6. Invloed van demografische variabelen op de vragenlijstscores

Besloten werd na te gaan in hoeverre de variabelen leeftijd, geslacht en opleidingsniveau van invloed waren op de scores op de 3 subschalen van de DH-lijst.

In tabel 6.8. wordt een overzicht gegeven van de correlaties tussen de totaalscores op elk van de subschalen afzonderlijk en de variabele leeftijd.

Tabel 6.8. Pearson correlaties tussen totaalscore per vragenlijst en leeftijd

		leeftijd	
totaalscore	DH ₁	-0.05	niet significant
	DH ₂	0.09	niet significant
	DH ₃	0.03	niet significant

Bovenstaande tabel toont aan dat er geen significante invloed aantoonbaar is van de variabele leeftijd op de totaalscore per subschaal.

Teneinde de invloed van de variabele geslacht te bepalen, werd per subschaal een twee-zijdige t-toets uitgevoerd. Door middel van deze t-toetsen werden in dit opzicht aanwezige verschillen op significantie getoetst.

Tabel 6.9. geeft een overzicht van gevonden t-waarden en significantie-niveau's.

Tabel 6.9. Tweezijdige t-toetsen verschil in totaalscores mannen versus vrouwen per vragenlijst

		N	M	SD	T	P
DH1	mannen	184	12.02	2.73	5.33	0.00*
	vrouwen	187	10.39	3.15		
DH2	mannen	184	8.51	1.71	-3.00	0.00*
	vrouwen	187	7.96	1.82		
DH3	mannen	184	9.26	1.66	-0.79	0.43
	vrouwen	187	9.12	1.83		

* significant op $p \leq 0.05$ niveau

Uit tabel 6.9. blijkt dat de variabele geslacht significant van invloed is op de totaalscores op DH₁ en DH₂. Wat betreft DH₃, zijn er geen significante verschillen tussen mannen en vrouwen aantoonbaar. Bovenstaande impliceert dat vrouwen, in vergelijking tot mannen over het algemeen genomen:

- minder vertrouwen hebben in hun eigen probleemoplossingsvaardigheid
- zichzelf minder als vooruitdenkers/planners beschrijven.

Tenslotte werd het verband bepaald tussen de variabele opleidings-niveau en de totaalscore per subschaal van de DH-lijst. Tabel 6.10. geeft een overzicht van de resultaten van de daartoe uitgevoerde variantie-analyses.

Tabel 6.10. Resultaat variantie-analyses betreffende totaalscore per subschaal versus opleidingsniveau

Totaalscore	F $\alpha = 0.05$	Significantie
DH ₁	4.38	.00*
DH ₂	4.60	.00*
DH ₃	2.50	.01*

* significant op $p \leq 0.05$ niveau

Uit bovenstaande tabel kan men afleiden dat de variabele opleidingsniveau significant van invloed is op de totaalscore per subschaal en wel in die zin dat een hoger opleidingsniveau gepaard gaat met een significant hogere score op elk van de drie subschalen.

Wat de demografische variabelen betreft kan men dus concluderen dat de variabele leeftijd geen significante invloed heeft op de totaalscores per subschaal, de variabelen geslacht en opleidingsniveau wel.

6.5. SAMENVATTING EN CONCLUSIES TEN AANZIEN VAN DE DH-LIJST

In dit hoofdstuk werden de constructie en validering beschreven van een meetinstrument ter evaluatie van de effecten van persoonlijke vaardigheidstherapieën. Bij factoranalytisch onderzoek bleek de geconstrueerde vragenlijst "Doelmatig Handelen" opgebouwd uit 3 subschalen. Analyse van de inhoud van de betreffende items leidde ertoe de gevonden subschalen als volgt te benoemen:

- "vertrouwen in eigen probleemoplossingsvaardigheid" (DH₁)
- "plannen en vooruitdenken" (DH₂)
- "consequent handelen" (DH₃).

Voor elk van deze subschalen werd de coëfficiënt voor interne consistentie (Cronbach's alpha) bepaald en de test-hertest betrouwbaarheid vastgesteld. De in dit opzicht gevonden waarden varieerden van 0.61-0.82. DH-subschaal 1 vormt de in dit opzicht sterkste schaal; DH-subschaal 3 de zwakste. Ook werd nagegaan in hoeverre de variabelen leeftijd, geslacht en opleidingsniveau van invloed waren op de scores op de 3 DH-subschalen. De variabele leeftijd bleek geen significante in-

vloed te hebben op de totaalscores per subschaal, de variabelen geslacht en opleidingsniveau wel.

Bij de bepaling van de divergerende validiteit van de 3 subschalen bleek dat de DH_2 ook aspecten van (instrumentele) copingstijlen, neuroticisme en beheersingsorientatie meet. DH_3 blijkt bovendien aspecten van zelfwaardering te meten en DH_1 aspecten van zelfwaardering en aspecten van rigiditeit. De hoogte van de gevonden correlaties is echter niet zodanig dat er geen sprake meer is van operationalisatie van eigenstandige aspecten van persoonlijke (on)vaardigheid. Deze aspecten kunnen op dit ogenblik niet nader geconcretiseerd worden.

Er werd niet gecontroleerd op sociale wenselijkheid.

De hierboven beschreven resultaten van het onderzoek naar de psychometrische eigenschappen van de 3 subschalen van de DH-lijst kunnen bevredigend worden genoemd. Op basis van bovenstaande gegevens, werd dan ook besloten DH-subschaal 1, 2 en 3 als effectiviteitscriteria in aanmerking te nemen bij het in hoofdstuk 7 te beschrijven onderzoek naar de effecten van de in dit proefschrift beschreven persoonlijke vaardigheidstherapieën.

HOOFDSTUK 7. EFFECTEN VAN PERSOONLIJKE VAARDIGHEIDSTHERAPIEËN

7.1. INLEIDING

Hoofdstuk 7 vormt het verslag van een onderzoek naar de effecten van de in dit proefschrift beschreven persoonlijke vaardigheidstherapieën. Achtereenvolgens zal aandacht worden besteed aan de opzet van dit onderzoek (7.2.), de keuze van criteria en meetinstrumenten (7.3.) en de beschrijving van proefgroep (7.4.). In 7.5. wordt de wijze van data-verzameling aan de orde gesteld. 7.6. en 7.7. behandelen dataverwerking en resultaten. De resultaten worden per criterium weergegeven. Ook wordt nagegaan of er sprake is van stabiliteit van bereikte resultaten na een jaar. In 7.8. wordt aandacht besteed aan samenvatting en conclusies.

7.2. OPZET VAN EFFECTIVITEITSONDERZOEK

Bij de bepaling van de effecten van persoonlijke vaardigheidstherapieën gaat het om de vraag of en zo ja in welke mate de ontwikkelde therapie programma's aan hun doel beantwoorden.

Het onderzoek werd opgezet conform het door Beekers (1982) verricht onderzoek naar de effecten van interpersoonlijke vaardigheidstherapieën. Ten aanzien van de persoonlijke vaardigheidstherapieën geldt dat de constructie van meetinstrumenten specifieke problemen oplevert gezien het feit dat tijdens deze vaardigheidstherapieën de nadruk ligt op het aanleren van covert c.q. "denk"gedrag. In tegenstelling tot overt gedrag wordt covert gedrag gekenmerkt door het feit dat dit niet direct waarneembaar is en veelal alleen indirect kan worden waargenomen. Dit heeft directe gevolgen voor de meetbaarheid ervan.

In het nu volgende zal worden nagegaan of de ontwikkelde vaardigheidstherapie-programma's in staat blijken de daarmee beoogde doelstellingen te realiseren. Er is geen sprake van evaluatie met behulp van directe vaardigheidstoetsen en/of andere vormen van gedragsobservatie(s). Evaluatie van bereikte resultaten vindt plaats aan de hand van

bestaande en zelf-geconstrueerde vragenlijsten die in dit opzicht relevante psychologische concepten operationaliseren. In het onderhavige onderzoek zijn zowel een controle-conditie als een follow-up meting verdisconteerd. Het gehanteerde evaluatie-instrumentarium werd op psychometrische eigenschappen onderzocht vooraf aan de uitvoering van het effectiviteitsonderzoek. Bovendien werden door middel van training en instructies van de therapeuten de nodige voorzieningen getroffen, ter uniformering van de uitvoering van de persoonlijke vaardigheids-therapieën (voor een beschrijving van gehanteerde therapie-protocollen zie hoofdstuk 3 alsook bijlage I en II).

7.3. EFFECTIVITEITSCRITERIA EN MEETINSTRUMENTEN

In hoofdstuk 5 werd reeds duidelijk gemaakt dat de aldaar beschreven cognitief sociaal-leertheoretische verklaringsmodellen ook implicaties hebben voor effectiviteitsonderzoek. De theorie van Rotter geeft er aanleiding toe de "locus of control" in het effectiviteitsonderzoek te betrekken. De theorie van Bandura benadrukt het belang van persoonlijke competentie-waardering en de theorie van Lazarus dat van appraisal processen en copingstijlen.

Rigiditeit werd als relevante dimensie in aanmerking genomen omdat men mag verwachten dat rigiditeit persoonlijke vaardigheid negatief zal beïnvloeden.

Naast bovengenoemde meer algemene psychologische criteria werd ook het in hoofdstuk 6 beschreven meetinstrument ter operationalisatie van persoonlijke (on)vaardigheid als effectiviteitscriterium in aanmerking genomen. Dit meetinstrument, ook wel vragenlijst Doelmatig Handelen genoemd, bestaat uit 3 subschalen, te weten:

- vertrouwen in eigen probleemoplossingsvaardigheid (DH_1)
- plannen en vooruitdenken (DH_2)
- consequent handelen (DH_3)

Voor een overzicht van de psychometrische eigenschappen van deze vragenlijst zie hoofdstuk 6.

Voor een overzicht van de wijze waarop locus of control, zelfwaardering, copingstijlen en rigiditeit werden geoperationaliseerd, zie

6.4.5. In de betreffende paragraaf treft men tevens een overzicht aan van de psychometrische eigenschappen van de vragenlijsten die werden gekozen als operationalisering van deze algemene psychologische constructen.

In het nu volgende zal elk van de gehanteerde effectiviteitscriteria afzonderlijk worden beschreven wat betreft de in relatie daartoe geformuleerde vraagstelling.

7.3.1. Uitbreiding van het "vertrouwen in eigen probleemoplossingsvaardigheid" (DH₁)

De dimensie "Vertrouwen in eigen probleemoplossingsvaardigheid" werd geoperationaliseerd met behulp van de in hoofdstuk 6 beschreven DH-subschaal 1. Verwacht wordt dat deelname aan persoonlijke vaardigheidstherapieën zal leiden tot een grotere mate van vertrouwen in eigen probleemoplossingsvaardigheid bij de deelnemers.

7.3.2. Verandering ten aanzien van "plannen en vooruitdenken" (DH₂)

DH-subschaal 2 operationaliseert de mate waarin een individu zichzelf als een planner en vooruitdenker beoordeelt. Verwacht wordt dat deelname aan persoonlijke vaardigheidstherapieën leidt tot een versterking van de neiging tot plannen en vooruitdenken.

7.3.3. Verandering ten aanzien van "consequent handelen" (DH₃)

DH-subschaal 3 operationaliseert de mate waarin een individu consequent handelt. Verwacht wordt dat deelname aan persoonlijke vaardigheidstherapieën leidt tot een versterking van de neiging tot "consequent handelen".

7.3.4. Verandering in locus of control

Locus of control werd geoperationaliseerd met behulp van de door Emmelkamp (1975) ontwikkelde variant op de IE-schaal van Andriessen (1972). Verwacht wordt dat deelname aan persoonlijke vaardigheids-therapieën de IE-oriëntatie van de deelnemers zal veranderen in de richting van meer interne controle.

7.3.5. Vergroting van zelfwaardering

Zelfwaardering werd geoperationaliseerd met behulp van de Self-Esteem (SE) schaal, ontwikkeld door Rosenberg (1965) en vertaald en bewerkt door Sanders (1977).

Tijdens de persoonlijke vaardigheidstherapieën wordt ernaar gestreefd specifieke persoonlijke vaardigheden c.q. competentie(s) uit te breiden en te versterken. Hetzelfde geldt ten aanzien van de verwachtingen van het betreffende individu met betrekking tot deze competenties en/of vaardigheden. Verwacht wordt dat uitbreiding en versterking van specifieke persoonlijke vaardigheden c.q. competentie(s) een toename in de mate van a-specifieke zelfwaardering tot gevolg heeft. De term a-specifieke zelfwaardering verwijst naar een gegeneraliseerd vertrouwen in eigen competentie(s) en/of vaardigheden. Een en ander leidt tot de veronderstelling dat deelname aan persoonlijke vaardigheidstherapieën een toename in algemene zelfwaardering tot gevolg zal hebben.

7.3.6. Vermindering van rigiditeit

Het gedragskenmerk rigiditeit werd geoperationaliseerd met behulp van de RG-schaal uit de NPV (Luteijn, 1974). Verwacht wordt dat deelname aan persoonlijke vaardigheidstherapieën tot gevolg zal hebben dat de rigiditeit van de deelnemers zal verminderen omdat men meer gedrags-alternatieven ter beschikking krijgt.

7.3.7. Verandering in copingstijlen

Het concept copingstijlen werd geoperationaliseerd met behulp van de door Schreurs e.a. (1983, 1984) ontwikkelde Utrechtse Coping-Lijst (UCL). In deze lijst zijn zeven verschillende copingstijlen opgenomen. In hoofdstuk 6 werd reeds aangegeven welk van deze copingstijlen in dit kader relevant zijn.

Verondersteld wordt dat deelname aan persoonlijke vaardigheidstherapieën zal leiden tot een hogere score op UCL₁ ("aankpakken als reactie op problemen") en een lagere score op UCL₃ ("afwachten, vermijden").

7.4. PROEFPERSONEN

In een periode van 2 jaar werden pre-, post- en follow-up metingen verricht bij 52 deelnemers aan persoonlijke vaardigheidstherapieën.

7.4.1. Experimentele groep

De experimentele groep wordt gevormd door een groep cliënten/patiënten van een viertal instellingen voor ambulante danwel klinische geestelijke gezondheidszorg.

Voor al deze cliënten/patiënten geldt dat zij aan persoonlijke vaardigheidstherapieën deelnamen omdat hun individuele behandelaars van oordeel waren dat zij aan de in 3.3. beschreven indicatie-criteria voldeden. Op deze cliënten werd geen enkele vorm van verdere selectie toegepast door de persoonlijke vaardigheidstherapeuten.

Ten tijde van deelname aan de persoonlijke vaardigheidstherapieën werden de contacten met de individuele behandelaars in de regel opgeschort of geminimaliseerd.

Bij al deze cliënten/patiënten zijn ook enige biografische gegevens verzameld. Van de totale groep is 59% van het mannelijk geslacht, 41% van het vrouwelijk geslacht. 10% is jonger dan 25 jaar, 6% ouder dan 55 jaar. 29% is ≥ 25 jaar en < 35 jaar. Nog eens 29% is ≥ 35 jaar en < 45 jaar. 25% is ≥ 45 jaar en ≤ 55 jaar. Terwijl 57% gehuwd is of sa-

menwoont, blijkt 20% ongehuwd, 22% gescheiden en 2% weduwe of weduwnaar. 29% heeft geen baan buitenshuis.

Wat schoolloopbaan betreft, blijkt 61% lager onderwijs te hebben gevolgd plus één of twee jaar vervolgonderwijs, 16% voltooide een lagere beroepsopleiding, 14% voltooide MULO/MAVO-onderwijs, 10% genoot meer onderwijs. Allen blijken via het Ziekenfonds verzekerd.

De experimentele groep nam deel aan persoonlijke vaardigheidstherapieën ontwikkeld voor Libo-clienten/-patienten. Deze therapieën werden op vier verschillende plekken in de geestelijke gezondheidszorg toegepast. Variërend naar reden van verwijzing c.q. aard van de aanwezige problematiek, kan men vier subgroepen cliënten onderscheiden, te weten:

1. LIBO-clienten met overwegend psychosociale problematiek in behandeling bij de RIAGG-Heerlen (=AGGZ-groep).
2. LIBO-clienten met (sociaal-)psychiatrische problematiek, in behandeling bij het team Langdurige Structurerende Begeleiding van de RIAGG-Maastricht (=SPD-groep).
3. LIBO-clienten met overwegend psychiatrisch bepaalde WAO-problematiek, in behandeling bij het preventieteam van de RIAGG-Sittard (=WAO-groep).
4. LIBO-clienten opgenomen op de Afdeling Klinische Gedragstherapie van het Psycho-Medisch Streekcentrum Vijverdal vanwege ernstige fobische, dwang- en/of depressieve symptomatologie (=AKG-groep).

Groep 1 vertegenwoordigt cliënten die tot de mildere probleem-categorieën kunnen worden gerekend. Groep 2, 3 en 4 vertegenwoordigen cliënten die tot de meer ernstige probleem-categorieën kunnen worden gerekend.

Groep 1 - de AGGZ-groep - nam deel aan de persoonlijke vaardigheidstherapieën "dagelijkse problemen aanpakken" en "veranderingen aanpakken".

Groep 2 - de SPD-groep - nam deel aan de persoonlijke vaardigheidstherapieën "dagelijkse problemen aanpakken", "beslissingen nemen" en "veranderingen aanpakken".

Groep 3 - de WAO-groep - nam deel aan de persoonlijke vaardigheids-

therapieën "dagelijkse problemen aanpakken", informatie verzamelen" en "veranderingen aanpakken".

Groep 4 - de AKG-groep - nam deel aan de persoonlijke vaardigheids-therapieën "dagelijkse problemen aanpakken", "beslissingen nemen", "informatie verzamelen" en "veranderingen aanpakken".

Onderlinge vergelijking van de experimentele groep totaal en de in 6.4.1. beschreven steekproef uit de Maastrichtse bevolking leidde tot de in tabel 7.1. weergegeven resultaten.

Tabel 7.1. Overzicht resultaten co-variantie-analyse steekproef Maastrichtsenaren versus cliënten met als covariaten geslacht, leeftijd en opleidingsniveau

	Soort groep	N	M-aangepast	Significant verschil
DH ₁	cliënten	38	5.23	Ja ***
	steekproef	326	11.05	
DH ₂	cliënten	38	8.12	Ja *
	steekproef	326	8.76	
DH ₃	cliënten	38	6.79	Ja ***
	steekproef	326	8.64	
UCL ₁	cliënten	38	16.32	Ja ***
	steekproef	326	20.28	
UCL ₃	cliënten	38	12.66	Ja **
	steekproef	326	13.96	
IE	cliënten	38	38.16	Ja ***
	steekproef	326	43.30	
SE	cliënten	38	40.81	Ja ***
	steekproef	326	53.73	
RG	cliënten	38	27.61	neen
	steekproef	326	26.28	

* p < .05

** p < .01

*** p < .001

Uit tabel 7.1. blijkt dat cliënten in vergelijking tot de steekproef Maastrichtenaren:

- significant minder vertrouwen hebben in eigen probleemoplossingsvaardigheid (DH_1).
- significant minder plannen en vooruitdenken (DH_2).
- significant minder geneigd zijn consequent te handelen (DH_3).
- significant minder gebruik maken van copingstijl UCL_1 "aanpakken als reactie op problemen".
- significant meer gebruik maken van copingstijl UCL_3 "afwachten, vermijden".
- significant meer extern georiënteerd zijn.
- significant minder zelfwaardering hebben.

Ten aanzien van rigiditeit blijken geen significante verschillen aantoonbaar tussen de steekproef Maastrichtenaren en de groep cliënten.

Voor een overzicht van de biografische gegevens ten aanzien van de steekproef Maastrichtenaren zie bijlage IV.

7.4.2. Controlegroep

De controlegroep wordt gevormd door een groep cliënten/patienten van dezelfde instellingen voor ambulante danwel klinische geestelijke gezondheidszorg als de experimentele groep. Voor de deelnemers aan de controle-conditie geldt dat zij allen langer dan 4 weken moesten wachten alvorens zij aan persoonlijke vaardigheidstherapieën konden deelnemen. Tijdens deze wachtperiode liep het contact tussen de toekomstige deelnemer en zijn hoofdbehandelaar/verwijzer normaal door. De aard van dit behandelingscontact werd niet nader onderzocht.

Bij cliënten, waarvan te voorzien was dat zij een periode op de wachtlijst zouden doorbrengen, werden aldus een aantal "controlemetingen" verricht om vast te stellen of de verkregen resultaten inderdaad in grotere mate bereikt worden door deelname aan een persoonlijke vaardigheidstherapie dan door "spontaan" herstel en/of anderssoortige behandeling.

De controlegroep bestond uit 34 proefpersonen. Van deze mensen is 65% van het mannelijke en 35% van het vrouwelijke geslacht. 6% van deze personen is jonger dan 25 jaar, 9% ouder dan 55 jaar. 38% is ≥ 25 jaar en < 35 jaar. 35% is ≥ 35 jaar en < 45 jaar. 12% ≥ 45 jaar en ≤ 55 jaar. Terwijl 62% gehuwd is of samenwoont, blijkt 18% ongehuwd, 21% gescheiden. Er zijn geen weduwen en/of weduwnaars in deze groep aanwezig. 62% van deze mensen heeft geen baan buitenshuis. Wat schoolloopbaan betreft, blijkt 47% lager onderwijs te hebben gevolgd plus één of twee jaar vervolgonderwijs, 33% voltooide een lagere beroepsopleiding, 15% voltooide MULO/MAVO-onderwijs, 6% genoot meer onderwijs. Allen blijken via het Ziekenfonds verzekerd.

7.5. DATAVERZAMELING

In het nu volgende worden achtereenvolgens de wijze van dataverzameling en de tijdstippen van dataverzameling beschreven.

7.5.1. Wijze van dataverzameling

In het kader van zowel de controle als de experimentele metingen werden de betrokken cliënten uitgenodigd voor een semi-gestructureerd interview. Deze interviews werden gehouden door verschillende project-groepleden, met name collega-psychologen en doctoraal-studenten Sociale Gezondheidskunde van de Rijksuniversiteit Limburg. Als vaste regel werd daarbij gehanteerd dat de interviewer geen therapeut van de betreffende cliënt mocht zijn. De interviewer organiseerde, telefonisch of schriftelijk, een ontmoeting met de betreffende cliënt. De SE-schaal, RG-schaal, IE-lijst, DH-lijst en de Utrechtse Coping Lijst werden zelfstandig ingevuld door de betreffende cliënten, de Biografische Vragenlijst werd door de interviewer afgenomen.

Af en toe is er sprake van onvolledige meetpakketten tengevolge van het feit dat een aantal interviews om redenen van tijd en organisatie moesten worden afgebroken voordat alle scores waren verzameld.

7.5.2. Tijdstippen van dataverzameling

De voormeting vond plaats een week voordat de experimentele, danwel controleconditie inging. De nameting werd gehouden + één week na beëindiging van experimentele danwel controle-fase. De follow-up meting vond plaats + 12 maanden na beëindiging van de betreffende vaardigheidstherapie. Deze herhaalde meting na een jaar kan niet worden opgevat als een follow-up meting in de strikte zin van een herhaalde meting na een intervalperiode zonder therapeutische interventie(s). Vrijwel alle deelnemers aan persoonlijke vaardigheidstherapieën gaan immers na afloop terug naar hun verwijzer c.q. hoofdbehandelaar. Alleen voor de WAO-groep was dit niet het geval. Ook kon niet worden nagegaan wat er tijdens deze periode aan min of meer ingrijpende levensgebeurtenissen (=life events) heeft plaatsgevonden bij de betreffende individuen. Dergelijke gebeurtenissen kunnen de follow-up resultaten in positieve dan wel negatieve richting vertekenen.

7.6. DATAVERWERKING EN RESULTATEN

Onderzoeksbevindingen, verwerkingsmethoden en resultaten zullen worden beschreven per criterium c.q. per ter operationalisatie daarvan gehanteerd meetinstrument in 7.6.1. t/m. 7.6.7. Met behulp van t-toetsen wordt nagegaan:

- of experimentele en controlegroep al dan niet significant van elkaar verschillen op de voormeting (2-zijdige toetsing),
- of de controlegroep bij de nameting significant anders scoort dan bij de voormeting (2-zijdige toetsing),
- of de experimentele groep bij de nameting significant hoger scoort dan bij de voormeting (eenzijdige toetsing).

De experimentele metingen hebben betrekking op cliënten die $\geq 75\%$ van de groepsbijeenkomsten hebben meegemaakt. In 7.6.8. wordt aandacht besteed aan de stabiliteit van de effecten na een jaar.

De resultaten zullen over de totale groep alsook per subgroep - AGGZ, SPD, WAO, AKG - worden weergegeven.

7.6.1. Effecten ten aanzien van "vertrouwen in eigen probleemoplossingsvaardigheid" (DH₁)

Wat DH-subschaal 1 betreft, zijn 51 experimentele en 31 controle-metingen verzameld. Beide groepen verschillen niet significant van elkaar op de voormeting (T=1.32; n.s.).

Tabel 7.2. geeft een overzicht van de gevonden verschillen tussen voor- en nameting voor controle- en experimentele groep. Wat de experimentele groep betreft, worden de resultaten totaal en per subgroep weergegeven.

Tabel 7.2. Verschil tussen voor- en nameting experimentele en controlegroep ten aanzien van DH₁

Soort groep	N	M	sd	T	p
Controlegroep	31	voor 6.61	3.46	0.70	n.s.
		na 6.97	4.54		
Experimentele groep totaal	51	voor 4.92	3.92	3.35	0.001
		na 6.27	4.06		
AGGZ-exp.	16	voor 4.31	4.38	3.30	0.002
(skill 1,2)		na 6.25	4.91		
SPD-exp.	14	voor 3.14	2.14	1.41	n.s.
(skill 1,2,3)		na 4.21	2.19		
WAO-exp.	10	voor 7.80	3.39	1.15	n.s.
(skill 1,2,4)		na 8.40	3.10		
AKG-exp.	11	voor 5.45	4.30	1.16	n.s.
(skill 1,2,3,4)*		na 7.00	4.49		

- * skill 1 = dagelijkse problemen aanpakken
- skill 2 = veranderingen aanpakken
- skill 3 = beslissingen nemen
- skill 4 = informatie verzamelen

Tabel 7.2. laat zien dat er significante verschillen aantoonbaar zijn tussen voor- en nameting ten aanzien van DH_1 bij de experimentele groep totaal en bij de AGGZ-subgroep. Voor beide groepen geldt dat deelname aan persoonlijke vaardigheidstherapieën het "vertrouwen in eigen probleemoplossingsvaardigheid" vergroot. Wat de controlegroep betreft, zijn geen significante verschillen tussen voor- en nameting aantoonbaar.

7.6.2. Effecten ten aanzien van "plannen en vooruitdenken" (DH_2)

Wat DH -subschaal 2 betreft, zijn 52 experimentele en 30 controle metingen verzameld. Beide groepen verschillen niet significant van elkaar op de voormeting ($T=-0.42$; n.s.).

Tabel 7.3. geeft een overzicht van de gevonden verschillen tussen voor- en nameting wat betreft DH_2 ten aanzien van experimentele en controlegroep. Wat de experimentele groep betreft, worden de resultaten totaal en per subgroep weergegeven.

Tabel 7.3. Verschil tussen voor- en nameting experimentele en controlegroep ten aanzien van DH_2

Soort groep	N	M	sd	T	p
Controlegroep	30	voor 8.43	1.16	1.80	n.s.
		na 8.63	1.40		
Experimentele groep totaal	52	voor 8.35	1.86	0.52	n.s.
		na 8.48	1.63		
AGGZ-exp. (skill 1,2)*	17	voor 8.29	1.65	1.26	n.s.
		na 8.76	1.48		
SPD-exp. (skill 1,2,3)	14	voor 8.50	2.92	-0.89	n.s.
		na 7.93	1.91		
WAO-exp. (skill 1,2,4)	10	voor 8.70	0.48	1.15	n.s.
		na 9.30	1.77		

AKG-exp.		voor	7.91	1.14		
	11				0.18	n.s.
(skill 1,2,3,4)*		na	8.00	1.67		

* skill 1 = dagelijkse problemen aanpakken
 skill 2 = veranderingen aanpakken
 skill 3 = beslissingen nemen
 skill 4 = informatie verzamelen

Tabel 7.3. laat zien dat er geen significante verschillen aantoonbaar zijn ten aanzien van DH_2 . Dit geldt voor de experimentele groepen zowel als voor de controlegroep.

7.6.3. Effecten ten aanzien van "consequent handelen" (DH_3)

Wat DH -subschaal 3 betreft, zijn 51 experimentele metingen en 30 controlemetingen verzameld. Beide groepen verschillen niet significant van elkaar op de voormeting ($T=-1.79$; n.s.).

Tabel 7.4. geeft een overzicht van de gevonden verschillen tussen voor- en nameting wat betreft DH_3 ten aanzien van experimentele en controlegroep. Wat de experimentele groep betreft, worden de resultaten totaal en per subgroep weergegeven.

Tabel 7.4. Verschil tussen voor- en nameting experimentele en controlegroep ten aanzien van DH_3

Soort groep	N	M	sd	T	p
Controlegroep	30	voor	6.27 1.98		
		na	6.37 1.86	0.41	n.s.
Experimentele groep totaal	51	voor	7.22 2.56		
		na	7.79 2.51	2.00	0.03
AGGZ-exp.	17	voor	6.76 0.57		
		na	7.65 0.63	2.02	0.03
SPD-exp.	14	voor	6.64 2.20		
		na	7.43 3.30	1.28	n.s.

WAO-exp.		voor	9.00	2.05		
	10				-0.61	n.s.
(skill 1,2,4)		na	8.70	2.14		
AKG-exp.		voor	7.00	2.78		
	11				0.00	n.s.
(skill 1,2,3,4)*		na	7.00	2.21		

- * skill 1 = dagelijkse problemen aanpakken
skill 2 = veranderingen aanpakken
skill 3 = beslissingen nemen
skill 4 = informatie verzamelen

Tabel 7.4. laat zien dat er significante verschillen tussen voor- en nameting aantoonbaar zijn ten aanzien van DH_3 bij de experimentele groep totaal en bij de controlegroep. Voor beide groepen geldt dat deelname aan persoonlijke vaardigheidstherapieën de mate van "consequent handelen" significant doet toenemen. Wat de controlegroep betreft, zijn geen significante verschillen tussen voor- en nameting aantoonbaar.

7.6.4. Effecten ten aanzien van locus of control

Wat locus of control betreft, zijn 41 experimentele en 30 controle-metingen verzameld. Beide groepen verschillen niet significant van elkaar op de voormeting ($T=1.57$; n.s.).

Tabel 7.5. geeft een overzicht van de gevonden verschillen tussen voor- en nameting wat betreft locus of control ten aanzien van experimentele en controlegroep. Wat de experimentele groep betreft, worden de resultaten totaal en per subgroep weergegeven.

Bij de AKG-groep werden geen gegevens ten aanzien van locus of control verzameld.

Tabel 7.5. Verschil tussen voor- en nameting experimentele en controlegroep ten aanzien van locus of control

Soort groep	N		M	sd	T	p
Controlegroep	30	voor	36.96	7.37	1.26	n.s.
		na	38.07	9.04		
Experimentele groep totaal	52	voor	34.61	7.70	2.91	0.003
		na	37.49	7.33		
AGGZ-exp.	17	voor	35.12	5.66	2.28	0.01
		na	38.59	7.93		
SPD-exp.	14	voor	32.50	7.73	1.51	n.s.
		na	34.57	8.49		
WAO-exp.	10	voor	36.70	8.11	1.14	n.s.
		na	39.70	6.68		

* skill 1 = dagelijkse problemen aanpakken
 skill 2 = veranderingen aanpakken
 skill 3 = beslissingen nemen
 skill 4 = informatie verzamelen

Tabel 7.5. laat significante verschillen zien tussen tussen voor- en nameting bij de AGGZ-groep en bij de experimentele groep totaal. Beide groepen blijken bij de nameting significant toegenomen m.b.t. interne controle.

Wat de controlegroep betreft, kan men geen significant verschil tussen voor- en nameting constateren.

7.6.5. Effecten ten aanzien van zelfwaardering

Wat de SE-schaal betreft, zijn 41 experimentele en 28 controlemetingen verzameld. Beide groepen verschillen niet significant van elkaar op de voormeting ($T=1.04$; n.s.).

Tabel 7.6. geeft een overzicht van de gevonden verschillen tussen voor- en nameting wat betreft zelfwaardering ten aanzien van experi-

mentele en controlegroep. Wat de experimentele groep betreft, worden de resultaten totaal en per subgroep weergegeven.

Bij de AKG-groep werden geen gegevens ten aanzien van zelfwaardering verzameld.

Tabel 7.6. Verschil tussen voor- en nameting experimentele en controlegroep ten aanzien van zelfwaardering

Soort groep	N	M	sd	T	p
Controlegroep	28	voor 42.82	10.40	0.05	n.s.
		na 42.89	11.26		
Experimentele groep totaal	41	voor 40.26	9.16	1.87	0.03
		na 42.72	10.44		
AGGZ-exp. (skil 1,2)*	17	voor 41.73	8.71	2.83	0.006
		na 47.60	10.62		
SPD-exp. (skil 1,2,3)	14	voor 35.50	7.70	0.79	n.s.
		na 37.28	7.09		
WAO-exp. (skil 1,2,4)	10	voor 43.00	11.22	0.83	n.s.
		na 44.70	9.45		

* skil 1 = dagelijkse problemen aanpakken
 skil 2 = veranderingen aanpakken
 skil 3 = beslissingen nemen
 skil 4 = informatie verzamelen

Tabel 7.6. toont significante verschillen tussen voor- en nameting bij de AGGZ-groep en bij de experimentele groep totaal. Beide groepen blijken bij de nameting over significant meer zelfwaardering te beschikken.

Wat de controlegroep betreft, kan men geen significante verschillen tussen voor- en nameting constateren.

7.6.6. Effecten ten aanzien van rigiditeit

Wat de rigiditeitsschaal betreft, zijn 52 experimentele en 30 controle-metingen verzameld. Beide groepen verschillen niet significant van elkaar op de voormeting ($T=1.57$; n.s.).

Tabel 7.7. geeft een overzicht van de gevonden verschillen tussen voor- en nameting wat betreft rigiditeit ten aanzien van experimentele en controlegroep. Wat de experimentele groep betreft, worden de resultaten totaal en per subgroep weergegeven.

Tabel 7.7. Verschil tussen voor- en nameting experimentele en controlegroep ten aanzien van rigiditeit

Soort groep	N	M	sd	T	p
Controlegroep	30	voor 32.77	8.80	0.31	n.s.
		na 33.03	9.08		
Experimentele groep	52	voor 29.24	9.54	-1.41	n.s.
totaal		na 27.07	10.82		
AGGZ-exp.	17	voor 27.35	8.84	-0.06	n.s.
(skil 1,2)*		na 27.23	9.56		
SPD-exp.	14	voor 35.50	7.94	-1.31	n.s.
(skil 1,2,3)		na 28.50	14.35		
WAO-exp.	10	voor 29.56	7.47	0.06	n.s.
(skil 1,2,4)		na 29.67	8.25		
AKG-exp.	11	voor 26.00	12.46	-1.12	n.s.
(skil 1,2,3,4)*		na 22.56	11.33		

- * skil 1 = dagelijkse problemen aanpakken
 skil 2 = veranderingen aanpakken
 skil 3 = beslissingen nemen
 skil 4 = informatie verzamelen

Tabel 7.7. toont geen significante verschillen tussen voor- en nameting wat betreft rigiditeit: voor de experimentele groep noch voor de controlegroep.

7.6.7. Effecten ten aanzien van copingstijlen

Wat de UCL betreft, zijn de subschalen UCL₁ en UCL₃ relevant. Ten aanzien van elk van beide subschalen werden 41 experimentele en 28 controlemetingen verzameld. UCL₁ verwijst naar de copingstijl "aanpakken" als reactie op problemen. UCL₃ naar de copingstijl "afwachten/vermijden" als reactie op problemen.

Wat UCL₁ en UCL₃ betreft, kan men geen significante verschillen constateren bij de voormeting tussen de experimentele groep en de controlegroep. Voor UCL₁ geldt T=0.28, n.s. Voor UCL₃ geldt T=0.07, n.s.

Tabel 7.8. geeft een overzicht van de gevonden verschillen tussen voor- en nameting wat betreft UCL₁ en UCL₃ ten aanzien van experimentele en controlegroep. Wat de experimentele groep betreft, worden de resultaten totaal en per subgroep weergegeven.

Bij de AGG-groep werden geen UCL-data verzameld.

Tabel 7.8. Verschil tussen voor- en nameting experimentele en controlegroep ten aanzien van UCL₁ en UCL₃

Soort groep	N		M	sd	T	p
Controlegroep	28	UCL ₁ voor	21.03	3.79	-2.13	0.04
		UCL ₁ na	19.89	4.08		
		UCL ₃ voor	12.43	2.74	0.46	n.s.
		UCL ₃ na	13.29	2.48		
Experimentele groep totaal	41	UCL ₁ voor	21.59	4.22	-1.02	n.s.
		UCL ₁ na	20.87	4.96		
		UCL ₃ voor	12.57	3.36	-0.83	n.s.
		UCL ₃ na	12.27	2.97		
AGGZ-exp. (skIII 1,2)*	17	UCL ₁ voor	23.24	4.78	-0.97	n.s.
		UCL ₁ na	22.12	5.48		
		UCL ₃ voor	10.87	2.45	1.50	n.s.
		UCL ₃ na	11.80	3.14		
SPD-exp. (skIII 1,2,3)*	14	UCL ₁ voor	20.85	3.53	-0.16	n.s.
		UCL ₁ na	20.62	4.70		
		UCL ₃ voor	12.31	4.44	-0.12	n.s.
		UCL ₃ na	12.23	3.22		

WAO-exp.	10	UCL ₁	voor	21.68	4.86		
(skill 1,2,4)*						-0.85	n.s.
		UCL ₁	na	21.07	4.23		
		UCL ₃	voor	14.50	1.07		
						-0.89	n.s.
		UCL ₃	na	14.13	1.36		

- * skill 1 = dagelijkse problemen aanpakken
skill 2 = veranderingen aanpakken
skill 3 = beslissingen nemen
skill 4 = informatie verzamelen

Tabel 7.8. toont geen significante verschillen tussen voor- en nameting wat betreft UCL₁ en UCL₃ ten aanzien van de experimentele groep. Wat de controlegroep betreft, kan men een significante achteruitgang tussen voor- en nameting constateren ten aanzien van UCL₁.

7.6.8. Effecten bij herhaalde meting na een jaar

Ongeveer een jaar na deelname zijn 41 ex-deelnemers aan de experimentele conditie uitgenodigd voor een tweede nameting. Daarbij werd van 7 proefpersonen geen medewerking verkregen, terwijl 1 ex-deelnemer onbereikbaar bleek ondanks twee pogingen tot schriftelijke contactname. De 7 individuen die van hun medewerking afzagen, noemden als redenen daartoe:

- tijdgebrek
- ziekte
- niet herinnerd willen worden aan eerdere levensperiode.

Bij de 33 mensen die wel hun medewerking verleenden, werden dezelfde data verzameld als bij de eerste nameting. Deze 33 personen maakten deel uit van de AGGZ-subgroep, de SPD-subgroep en de WAO-subgroep. Bij de AKG-groep werden geen follow-up gegevens verzameld.

Nagegaan werd of de bij de experimentele groep bereikte resultaten gehandhaafd bleven tijdens de follow-up periode.

In tabel 7.9. worden de verschillen tussen nameting 1 en nameting 2 op mogelijke significantie getoetst.

Tabel 7.9. Verschil tussen nameting 1 en nameting 2

Meetinstrument	Nameting	M	sd	T	p
DH ₁	1	6.03	3.90	0.87	n.s.
	2	6.51	4.68		
DH ₂	1	7.88	2.09	2.63	0.01
	2	8.48	1.75		
DH ₃	1	7.69	2.36	0.41	n.s.
	2	7.82	2.73		
IE	1	37.09	7.65	0.57	n.s.
	2	37.76	7.74		
SE	1	43.29	8.67	1.49	n.s.
	2	46.19	12.76		
RG	1	27.84	11.17	0.28	n.s.
	2	28.43	9.22		
UCL ₁	1	19.59	4.17	2.12	0.04
	2	20.86	3.99		
UCL ₃	1	12.71	2.77	-0.09	n.s.
	2	12.68	2.96		

Tabel 7.9. toont dat de tijdens de experimentele periode bereikte vooruitgang stabiel blijft. Ten aanzien van DH₂ en UCL₁ kan men bij nameting 2 een significante vooruitgang constateren. Deze vooruitgang was niet aantoonbaar bij nameting 1.

7.7. SAMENVATTING

Op vastgestelde tijdstippen werden door middel van een voormeting en twee nametingen uitkomst-gegevens verzameld bij een aantal cliënten die deelnamen aan persoonlijke vaardigheidstherapieën en bij een aan-

tal cliënten die op de wachtlijst stonden voor deelname aan persoonlijke vaardigheidstherapieën. Tijdens de wachtperiode liep de individuele behandeling bij de doorverwijzende hulpverleners normaal door. Deze gegevens werden verzameld teneinde de vraag naar de effectiviteit van de ontwikkelde persoonlijke vaardigheidstherapie-programma's te kunnen beantwoorden. Deze programma's werden toegepast bij LIBO-clienten. Al deze cliënten waren in behandeling bij een ambulante danwel klinische instelling voor geestelijke gezondheidszorg. De totale experimentele groep kan worden onderverdeeld in een AGGZ-groep, een SPD-groep, een WAO-groep en een AKG-groep (voor een nadere toelichting zie 7.4.1.).

De gehanteerde uitkomst-criteria kan men onderverdelen in algemene psychologische criteria, afgeleid uit de in hoofdstuk 5 beschreven relevante theoretische ontwikkelingen en specifieke criteria geoperationaliseerd met behulp van de in hoofdstuk 6 beschreven vragenlijst "Doelmatig Handelen".

Deze vragenlijst bleek uit 3 subschalen te bestaan:

- vertrouwen in eigen probleemoplossingsvaardigheid (DH_1)
- plannen en vooruitdenken (DH_2)
- consequent handelen (DH_3).

Ten aanzien van de controlegroep geldt dat er geen significante verschillen tussen voor- en nameting aantoonbaar zijn.

Voor de totale experimentele groep geldt dat men significante verschillen tussen voor- en nameting kan constateren ten aanzien van DH_1 en DH_3 . Ditzelfde geldt ook voor subgroep 1: de AGGZ-groep. Wat de overige subgroepen betreft - SPD, WAO, AKG - blijken geen significante verschillen tussen voor- en nameting aantoonbaar.

Deelname aan persoonlijke vaardigheidstherapieën blijkt dus alleen enig resultaat te hebben bij deelnemers uit subgroep 1: de cliënten met milde, psychosociale problematiek.

Bij de 3 overige subgroepen, allen cliënten/patienten met zwaardere psychische problematiek, zijn geen significante resultaten aantoonbaar.

Als algemene, psychologische uitkomstcriteria zijn de IE-schaal, de SE-schaal, de rigiditeitsschaal uit de NPV en de subschalen 1 en 3 uit

de Utrechtse Coping Lijst gehanteerd. Bij de experimentele groep totaal zijn significante verschillen tussen voor- en nameting aantoonbaar ten aanzien van IE en SE.

Ditzelfde geldt ook voor subgroep 1: de AGGZ-groep. Wat de overige subgroepen betreft - SPD, WAO, AKG - blijken geen significante verschillen tussen voor- en nameting aantoonbaar.

Weer geldt dat alleen enig resultaat aantoonbaar is bij deelnemers uit subgroep 1: de cliënten met milde, psychosociale problematiek. Bij de 3 overige subgroepen, allen cliënten/patiënten met zwaardere psychische problematiek, zijn geen significante resultaten aantoonbaar.

Wat de controlegroep betreft, kan men alleen significante verschillen tussen voor- en nameting constateren ten aanzien van UCL₁. Bij de nameting blijken de proefpersonen significant minder gebruik te maken van de copingstijl "aanpakken" als reactie op problemen dan bij de voormeting.

Wat de experimentele groep betreft, is er een herhaalde nameting uitgevoerd een jaar na deelname aan persoonlijke vaardigheidstherapieën. Bij deze herhaalde nameting blijkt dat de tijdens deelname aan persoonlijke vaardigheidstherapieën bereikte resultaten stabiel blijven tijdens de follow-up periode. Ten aanzien van UCL₁ kan men tijdens deze periode een significante vooruitgang constateren. Deze vooruitgang bleek niet aanwezig bij nameting 1.

In hoofdstuk 8 worden de hier beschreven resultaten van discussie voorzien.

DEEL IV. CONCLUSIES EN DISCUSSIE

HOOFDSTUK 8. CONCLUSIES EN DISCUSSIE

8.1. INLEIDING

In hoofdstuk 8 worden de belangrijkste conclusies uit dit proefschrift samengevat en van discussie voorzien. Achtereenvolgens zal aandacht worden besteed aan de relatie tussen psychotherapie en lagere sociaal-economische klasse; de relatie tussen persoonlijke en interpersoonlijke vaardigheidstherapieën; de cognitieve ontwikkelingen in de gedragstherapie; het geïntegreerd cognitief sociaal-leertheoretisch model; het effectiviteitsonderzoek en de wijze waarop de persoonlijke vaardigheidstherapieën worden uitgevoerd.

8.2. PSYCHOTHERAPIE MET CLIENTEN UIT DE LAGERE SOCIAAL-ECONOMISCHE KLASSEN

Sinds de formatie van de Goldsteinprojectgroep heeft de toepassing van met name de interpersoonlijke vaardigheidstherapieën een grote vlucht genomen. De ervaringen tot nu toe bevestigen dat de ontwikkeling en implementatie van een kortdurende psychotherapie-methode speciaal afgestemd op de psychologische kenmerken en eigenschappen van LIBO-clienten vrucht heeft afgeworpen. De ontwikkelde methode blijkt in een bestaande behoefte te voorzien, niet alleen in Zuid-Limburg maar inmiddels ook in de rest van Nederland en in België. Ze wordt inmiddels in tal van instellingen voor ambulante en klinische geestelijke gezondheidszorg toegepast.

In de zeventiger jaren werd in de nationale en internationale vakliteratuur uitgebreid aandacht besteed aan het psychotherapeutisch werk met clienten uit de lagere sociaal-economische klassen. Deze aandacht blijkt in de tachtiger jaren enigszins gekenterd mede onder invloed van sociaal-economische ontwikkelingen.

Mr. Hound, met als profielkenmerken humble, old, unattractive, non-verbal en dull - conform Schofield (1964) het prototype van de LIBO-client - heeft evenveel recht op psychotherapeutische behandeling als Mr. Yavis. Mr. Yavis met als profielkenmerken young, attractive, verbal, intelligent, successful, vormt het prototype van de client uit de midden en/of hogere klassen. Naast ontwikkeling, evaluatie en bijstelling van behandelingsalternatieven, aangepast aan de psychologische kenmerken en eigenschappen van LIBO-lienten, dient ook aandacht te worden besteed aan de wijze waarop klasse-bepaalde verschillen in houding en verwachtingspatroon - tussen client en therapeut - het verloop van het (psycho)therapeutisch behandelingsproces kunnen beïnvloeden. Het is van belang dat (psycho)therapeuten dergelijke verschillen tijdig leren signaleren, hanteren en in het door hen opgestelde behandelingsplan verdisconteren.

Lange (1984) toonde nogmaals aan dat óók in Nederland geldt, dat de sociaal-economische achtergrond van een client bepaalt in welk - ambulant dan wel klinisch, (sociaal) psychiatrisch dan wel psychotherapeutisch - behandelingskanaal hij terecht komt en niet de aard en ernst van zijn psychische, psychosomatische en/of psycho-sociale problematiek.

8.3. PERSOONLIJKE EN INTERPERSOONLIJKE VAARDIGHEIDSTHERAPIEËN

Goldstein (1973) is van mening dat men bij het aanleren van vaardigheden een onderscheid dient te maken tussen interpersoonlijke vaardigheden en persoonlijke vaardigheden. Effectief functioneren vooronderstelt de aanwezigheid van beide soorten vaardigheden in het coping-repertoire van het individu. In navolging van Goldstein besloot de Maastrichtse projectgroep naast een serie interpersoonlijke vaardigheidstherapieën ook een serie persoonlijke vaardigheidstherapieën te ontwikkelen.

Bij deze persoonlijke vaardigheidstherapieën ligt de nadruk vooral op het aanleren van coverte gedragsaspecten. Wanneer de deelnemers aan deze vaardigheidstherapieën deze coverte gedragsaspecten, ook wel denkstappen genoemd, voldoende beheersen, betekent dat niet dat zij

ook automatisch de interpersoonlijke vaardigheden ter beschikking hebben, die bij de uitvoeringsfase van elk van de vier persoonlijke vaardigheden van belang zijn. Tekorten en/of excessen in interpersoonlijk gedrag kunnen tot gevolg hebben dat het in praktijk brengen van de persoonlijke vaardigheden bemoeilijkt wordt.

Persoonlijke en interpersoonlijke vaardigheden kunnen dus niet als afzonderlijke entiteiten worden opgevat: beide vooronderstellen elkaar en vullen elkaar aan. Deelname aan de hier beschreven persoonlijke vaardigheidstherapieën veronderstelt de aanwezigheid van basale interpersoonlijke vaardigheden in het gedragsrepertoire van het betreffende individu. Wanneer dergelijke vaardigheden niet in het gedragsrepertoire aanwezig zijn, is deelname aan interpersoonlijke vaardigheidstherapieën aangewezen vooraf aan deelname aan persoonlijke vaardigheidstherapieën.

Tijdens persoonlijke vaardigheidstherapieën wordt vooral aandacht besteed aan het inoefenen van covert gedrag. Er wordt geen, voor de betreffende persoon nieuw en onbekend, interpersoonlijk gedrag ingeoefend. Persoonlijke vaardigheidstherapieën zijn dus met name geïndiceerd bij die cliënten met tekorten in probleemoplossend gedrag die over voldoende basale interpersoonlijke vaardigheden beschikken.

Bij de indicatiestelling voor deelname aan persoonlijke vaardigheidstherapieën dient derhalve de beoordeling van het interpersoonlijke vaardigheidsniveau van het betreffende individu te worden betrokken. Het interpersoonlijke vaardigheidsniveau kan worden vastgesteld met behulp van de door de Goldsteinprojectgroep ontwikkelde interpersoonlijke vaardigheidsmeters, ook wel skillmeters of skims genoemd. Deze vaardigheidsmeters hebben de vorm van korte schriftelijke vragenlijsten in multiple-choice vorm (zie Beekers, 1982). Voor de beoordeling van het persoonlijke vaardigheidsniveau kan gebruik gemaakt worden van de in hoofdstuk 6 beschreven DH-lijst nadat deze voldoende is genormeerd. Overigens liggen op het gebied van de complexe samenhang tussen persoonlijke en interpersoonlijke vaardigheden nog vele (onderzoeks)-vragen open.

Wat de persoonlijke en interpersoonlijke vaardigheidstherapieën betreft, kan men constateren dat bij beide sprake is van beïnvloeding van covert zowel als overt gedrag. Bij de persoonlijke vaardigheids-

therapieën ligt de nadruk op het aanleren van covert gedrag en bij de interpersoonlijke vaardigheidstherapieën op het aanleren van overt gedrag.

De term "persoonlijke" vaardigheidstherapieën impliceert dat er sprake is van het aanleren van vaardigheden die primair betrekking hebben op de omgang van het individu met zichzelf. Dit in tegenstelling tot de "interpersoonlijke" vaardigheidstherapieën die primair betrekking hebben op het aanleren van vaardigheden in de omgang met anderen.

Ten aanzien van zowel persoonlijke als interpersoonlijke vaardigheidstherapieën à la Goldstein, kan men constateren dat er nogal wat LIBO-clienten voor deelname worden aangemeld met een combinatie van persoonlijke en interpersoonlijke vaardigheidstekorten. Bij deze client-categorie is moeilijk te bepalen welk van beide typen vaardigheidstekorten het eerst moet worden opgeheven. Wellicht dat voor deze groep clienten deelname aan een vaardigheidstherapieprogramma waarin persoonlijke en interpersoonlijke vaardigheden naast elkaar worden ingeoefend, de voorkeur verdient boven successievelijke deelname aan een serie specifieke persoonlijke danwel interpersoonlijke vaardigheidstherapieën na elkaar in de tijd. De in hoofdstuk 2 beschreven probleemoplos-literatuur kan bij de ontwikkeling van een dergelijk programma behulpzaam zijn.

8.4. DE COGNITIEVE ONTWIKKELINGEN IN DE GEDRAGSTHERAPIE

Zowel ten aanzien van theorievorming als psychotherapeutische praktijk kan men sinds de zestiger jaren in de gedragstherapie een toenemende trend in cognitieve richting onderscheiden. In 4.2.3. werden bij deze ontwikkeling een aantal kanttekeningen geplaatst. De cognitieve theorievorming lijkt vooralsnog in de kinderschoenen te staan. Bij de empirische onderbouwing daarvan blijken cognities onduidelijke en moeilijk operationaliseerbare variabelen.

In de psychotherapeutische praktijk riepen begrippen als cognitie, cognitief, cognitieve (gedrags)therapie lange tijd weerstand op. Onder praktiserende psychotherapeuten lijkt vooralsnog de mening te overheersen dat enerzijds gevoelens en de beïnvloeding daarvan het cen-

trale aandachtspunt dienen te vormen van psychotherapie en dat anderzijds aandacht voor cognitieve aspecten en processen het risico met zich brengt van rationalisatie en verdringing van emoties met alle negatieve gevolgen vandien.

In de experimentele sociale psychologie en in het experimenteel onderzoek ten aanzien van leerprocessen komt echter steeds duidelijker de belangrijke rol naar voren van cognitieve verwerkingsprocessen - in de vorm van attributies, etiketteringen en waarderingen - bij het tot stand komen van (menselijk) gedrag. Deze bevinding heeft consequenties voor de psychotherapeutische praktijk. De periode van eenzijdige verheerlijking van het primaat van de emoties en het negeren van cognitieve factoren lijkt hiermee teneinde. Wanneer dit primaat echter alleen maar wordt ingewisseld voor een even eenzijdige verheerlijking van cognitieve aspecten en processen, betekent dat geen winst. Zoals bij menselijk functioneren in het algemeen de balans tussen cognitieve processen en aspecten enerzijds en belevingen en emoties anderzijds in evenwicht dient te zijn, evenzo spelen bij het herstel daarvan in psychisch opzicht *mutatis mutandis* dezelfde processen en aspecten een rol.

Ook al is het inzicht in de rol van cognitieve processen bij ontstaan en instandhouding van emoties groeiende, toch behoeft de wijze waarop cognitie, emotie en gedrag met elkaar interacteren nog het nodige empirisch onderzoek.

Ook wat de cognitieve gedragstherapeutische interventies betreft, is vooralsnog onduidelijk wat de relatieve bijdrage is van cognitieve versus gedragsgerichte technieken in het therapeutisch veranderingsproces. Boelens en Debats (1983) kwamen bij onderzoek van depressieve patiënten tot de conclusie dat een combinatie van gedragsgerichte en cognitieve interventies de beste resultaten oplevert. Op basis van een door hen uitgevoerde meta-analyse met betrekking tot de effecten van Rationeel Emotieve Therapie - een cognitieve therapie-methode ontworpen door Ellis (1970) - kwamen Engels en Diekstra (1986) tot de conclusie dat een combinatie van cognitieve technieken en gedragsgerichte interventies in een en dezelfde behandeling geen betere resultaten oplevert dan een louter uit cognitieve interventies bestaande behandeling. Uit bovenstaande blijkt dat er in de literatuur onenigheid

bestaat over het feit of het nu wel of niet effectief is cognitieve technieken en gedragsgerichte interventies in één behandeling te combineren. De in dit opzicht beschikbare onderzoeksresultaten leiden duidelijk tot tegenstrijdige conclusies. Engels en Diekstra (1986) zijn van mening dat een gecombineerde behandeling te hoge eisen stelt aan de deskundigheid en vaardigheden van therapeuten en daardoor minder effectief blijkt.

De in hoofdstuk 5 beschreven theoretische ontwikkelingen impliceren dat bij elke vorm van gedragsverandering en dus ook bij iedere vorm van gedragstherapie cognitieve verwerkingsmechanismen een rol spelen. Het is derhalve de vraag of de subclassificatie "cognitieve gedragstherapie" niet eerder verwarring schept dan dat ze enige verheldering oplevert. Elke vorm van gedragstherapie heeft immers betrekking op de complexe wisselwerking tussen de beïnvloeding van emoties, cognities en (overt) gedrag. Een louter cognitivistische benadering in deze is even beperkt en eenzijdig als een louter behavioristische benadering.

8.5. HET GEÏNTEGREERD COGNITIEF SOCIAAL-LEERTHEORETISCH MODEL

Het in hoofdstuk 5 gepresenteerde geïntegreerd cognitief sociaal-leertheoretisch model vormt een poging de interactie persoon-situatie zodanig weer te geven dat verwachtingsconcepten en andere cognitieve beoordelingsprocessen aan elkaar gerelateerd kunnen worden. De door Rotter (1954), Lazarus (1966) en Bandura (1977) geschetste theoretische modellen vormen de bouwstenen waaruit het geïntegreerd model is opgebouwd. De modellen van Rotter, Lazarus en Bandura blijken complementair aan elkaar respectief onderling verenigbaar.

De door Bandura (1977) ontwikkelde "self-efficacy"-theorie biedt een bruikbaar theoretisch verklaringsmodel voor de wijze waarop persoonlijke danwel interpersoonlijke vaardigheidstherapieën het vertrouwen in eigen kunnen van de deelnemers bevorderen. Toename van dit vertrouwen blijkt tot gevolg te hebben dat individuen niet langer gevangen blijven in een spiraal van faalervaringen ten aanzien van de betreffende vaardigheid met alle gedragsinhiberende gevolgen vandien.

Uit Bandura's self-efficacy-theorie zijn de in hoofdstuk 5 beschreven

implicaties afgeleid voor de wijze waarop (vaardigheids)therapieën worden uitgevoerd. Voordeel van deze theorie is dat daarin cognitieve processen en (sociale) omgevingsinvloeden als gedragsdeterminanten in aanmerking worden genomen.

Bandura is van mening dat persoonlijke competentie-verwachtingen en respons-uitkomst-verwachtingen de belangrijkste gedragsdeterminanten vormen. Hij is bovendien van mening dat beide soorten verwachtingen onafhankelijk zijn van elkaar. Eastman en Marzillier (1984), Marzillier en Eastman (1984) echter stellen dat beide soorten verwachtingen niet onafhankelijk zijn van elkaar maar onderling gerelateerd. De controverse tussen de opvattingen van Bandura en die van Eastman en Marzillier zal door nader empirisch onderzoek moeten worden beslecht.

In de theorie van Rotter (1954) ligt de nadruk op de uitwerking van het begrip reinforcement-waarde. In de theorie van Bandura ligt de nadruk op de uitwerking van het begrip persoonlijke competentie-verwachting. Het begrip respons-uitkomst-verwachting wordt wel genoemd maar niet nader uitgewerkt. De wijze waarop Rotter het begrip reinforcement-waarde uitwerkt, kan als een nadere operationalisatie en concretisering van het door Bandura gehanteerde begrip respons-uitkomst-verwachting worden opgevat.

Het door Lazarus (1966) ontwikkelde stressmodel benadrukt het belang van cognitieve beoordelingsprocessen bij het hanteren van als (be)dreigend ervaren situaties. Het aan dit model ontleende coping-concept neemt een belangrijke plaats in in psychologische theorie-vorming zowel als psychotherapeutische praktijk. Coping vormt, aldus Jaspers (1980), een speciale vorm van aanpassing waarbij geen gebruik wordt gemaakt van vertrouwde, routine-matig aanwezige gedrags- en reactiepatronen. Deze vorm van aanpassing is aangewezen in situaties gekenmerkt door een grote mate van (be)dreiging en onzekerheid. Over de wijze waarop het concept coping dient te worden geoperationaliseerd, bestaat weinig overeenstemming (Schreurs e.a. 1984). Kernvraag daarbij is of dit concept op algemeen ("trait") danwel specifiek ("state")-niveau gemeten dient te worden. De in dit proefschrift toegepaste operationalisatie in de vorm van de Utrechtse Coping Lijst (Schreurs

e.a., 1984) vormt een meting op "trait"-niveau. Doel van de toegepaste meetmethode is een overzicht te verkrijgen van de mate waarin het individu gebruik maakt van een voorgegeven aantal copingstijlen. In het hier beschreven onderzoek worden 5 van de door Schreurs e.a. (1984) behandelde copingstijlen in aanmerking genomen, te weten:

1. vermijden, afwachten
2. steun zoeken
3. aanpakken als reactie op spanning(en)
4. afleiding zoeken
5. jezelf geruststellen, relativieren.

Conform Lazarus' opvatting ten aanzien van een adequaat copingrepertoire veronderstelt effectief persoonlijk functioneren de aanwezigheid van instrumentele en palliatieve copingfuncties. De term instrumenteel verwijst naar copingwijzen gericht op directe verandering van de spanning-oproepende situatie. De term palliatief verwijst naar copingwijzen gericht op emotie-regulatie. Beide soorten copingfuncties kunnen zeer adaptief zijn in spanningsbeladen situaties, zonder dat de ene soort op zich geestelijk gezonder en/of effectiever genoemd kan worden dan de andere. De interactie persoon-situatie bepaalt welk van beide copingfuncties in een concrete situatie het meest haalbaar en adaptief is. Een adequaat copingrepertoire veronderstelt niet alleen de aanwezigheid van beide soorten copingfuncties maar ook een zekere mate van flexibiliteit in de toepassing daarvan. Een gemis aan flexibiliteit in deze wordt wel als kenmerkend gezien voor het ontstaan van psychopathologie (B. Bakker, 1983).

Het lijkt zinvol na te gaan of men ten aanzien van coping en copingstijlen een soortgelijk indelingssysteem en bijpassend meetinstrument zou kunnen ontwikkelen als Leary (1957) ontwierp ten aanzien van interpersoonlijk gedrag. Een dergelijk systeem heeft als voordeel dat naast kwaliteit van gedrag ook kwantiteit en flexibiliteit daarvan in kaart gebracht worden. Met behulp van een dergelijk instrument zou men eventuele tekorten en excessen ten aanzien van specifieke instrumentele danwel palliatieve copingstijlen kunnen signaleren. Het overzicht over deze tekorten en/of excessen zou dan vervolgens als richtlijn kunnen dienen bij het opstellen van een psychotherapeutisch behande-

lingsplan, gericht op herstel, uitbreiding en flexibilisering van het copinggedrag. Een dergelijke wijze van probleem-analyse komt de holistische benadering van het functioneren van individuen ten goede en voorkomt een louter klachtgerichte aanpak.

In het in hoofdstuk 5 beschreven geïntegreerd cognitief sociaal-leertheoretisch model worden de theorieën van Bandura, Rotter en Lazarus aan elkaar gekoppeld. Dit model biedt de mogelijkheid de tijdens deelname aan persoonlijke vaardigheidstherapieën optredende leerprocessen afdoende te verklaren. Uit dit model zijn de volgende doelstellingen voor (vaardigheids)therapieën af te leiden:

- verhoging en generalisering van de persoonlijke competentie-verwachtingen van de deelnemers.
- optimalisering van de respons-uitkomst-informatie bij de deelnemers.
- bevordering van realistische appraisal-processen.

Voortgezet onderzoek is nodig ter nadere empirische toetsing van het in hoofdstuk 5 gepresenteerde cognitief sociaal-leertheoretisch model.

8.6. HET EFFECTIVITEITSONDERZOEK

Het in hoofdstuk 7 beschreven effectiviteitsonderzoek had betrekking op vier subgroepen LIBO-clienten, te weten: een AGGZ-groep, een SPD-groep, een AKG-groep en een WAO-groep. Voor een nadere beschrijving van deze subgroepen zie 7.4.1.

De resultaten werden gepresenteerd over de totale groep en per subgroep. Wat de totale groep en de AGGZ-subgroep betreft, kan men significante verschillen tussen voor- en nameting constateren op 2 van de 3 specifieke uitkomstcriteria (DH_1 en DH_3) en op 2 van de 5 algemene uitkomstcriteria (SE en IE).

Wat de drie psychiatrisch georiënteerde subgroepen betreft, kan men geen enkel significant verschil tussen voor- en nameting constateren. Bovenstaande leidt tot de conclusie dat de hier beschreven persoonlijke vaardigheidstherapieën met enig resultaat kunnen worden toegepast bij LIBO-clienten in de ambulante, geestelijke gezondheidszorg bij wie sprake is van milde psychosociale problematiek.

Bij LIBO-clienten met zwaardere problematiek, van meer psychiatrische aard, blijken de persoonlijke vaardigheidstherapieën geen enkel effect te sorteren.

De door Goldstein ontworpen vaardigheidstherapieën hadden ten doel de problemen in de psychotherapeutische hulpverlening aan cliënten uit de lagere sociaal-economische klassen op te lossen. Uit het hier beschreven onderzoek naar de effecten van de in Maastricht ontwikkelde variant, werd duidelijk dat:

- de door Goldstein ontwikkelde vaardigheidstherapieën vooral effectief blijken bij een subgroep LIBO-clienten met milde, psychosociale problematiek. (Zie ook Beekers, 1982.)
- de interpersoonlijke vaardigheidstherapieën meer resultaten opleveren dan de hier beschreven persoonlijke vaardigheidstherapieën. (Zie ook Beekers, 1982.)

Goldstein's optimisme ten aanzien van de effectiviteit van de door hem ontwikkelde leermethode blijkt dus niet geheel gerechtvaardigd. De methode blijkt immers vooral effectief bij LIBO-clienten met milde, psychosociale problematiek die nog voldoende zijn opgenomen in het algemeen sociaal-maatschappelijk verkeer. Voor deze clientcategorie geldt dat er sprake is van meer motivatie om vaardigheden te leren, meer mogelijkheden tot succesvolle toepassing van nieuw aangeleerde vaardigheden en meer bekrachtiging vanuit de omgeving dan bij mensen met zwaardere problematiek die vaak langdurige psychiatrische behandelingen achter de rug hebben. Jarenlange psychiatrische behandeling blijkt vaak tot gevolg te hebben dat het interessegebied van mensen steeds kleiner wordt en dat ook hun cognitieve en andere realiteitstoetsende functies steeds verder degenereren. Hoe verder mensen in algemeen maatschappelijk opzicht aan de kant komen te staan, hoe moeilijker het is hen te overtuigen van het nut van het uitbreiden van hun persoonlijk en interpersoonlijk gedragsrepertoire.

De persoonlijke vaardigheidstherapieën zijn minder effectief dan de interpersoonlijke vaardigheidstherapieën. Deze beperkte effectiviteit kan mede verklaard worden door:

- a. het feit dat bij de persoonlijke vaardigheidstherapieën het aanleren van covert gedrag centraal staat. Het aanleren van leerpunten-

sequenties waarin de nadruk ligt op overt gedrag (=de interpersoonlijke vaardigheidstherapieën), sluit beter aan aan de in hoofdstuk 1 beschreven leeroriëntatie van cliënten uit de lagere sociaal-economische klassen dan het aanleren van leerpuntensequenties waarbij de nadruk ligt op het aanleren van covert gedrag (=de persoonlijke vaardigheidstherapieën).

- b. het feit dat de groepsbijeenkomsten bij de persoonlijke vaardigheidstherapieën meer een praat- dan doe-karakter hebben.
- c. het feit dat de ten aanzien van de persoonlijke vaardigheidstherapieën ontwikkelde leerpuntensequentie erg abstract en algemeen van aard zijn.
- d. het feit dat de uitvoering van de persoonlijke vaardigheidstherapieën de aanwezigheid van basale interpersoonlijke vaardigheden vooronderstelt.
- e. het feit dat er tijdens de persoonlijke vaardigheidstherapieën "tweesporig" gewerkt moet worden door therapeuten. Er wordt gebruik gemaakt van cognitieve herstructurering zowel als gedragsoefening. Dit vereist een grote mate van deskundigheid van de kant van de therapeuten (vgl. Engels en Diekstra, 1986).
- f. het feit dat er bij het effectiviteitsonderzoek alleen gebruik gemaakt werd van afgeleide criteria in de zin van meer algemene cognitieve factoren en dimensies en er geen gebruik gemaakt werd van directe vaardigheidstoetsen en/of andere vormen van gedragsobservatie(s) als evaluatie-instrument.

8.7. DE WIJZE WAAROP DE PERSOONLIJKE VAARDIGHEIDSTHERAPIEËN WORDEN UITGEVOERD

Praktische ervaringen met de uitvoering van de persoonlijke vaardigheidstherapieën leidden tot de nu volgende kanttekeningen:

- a. het feit dat er tijdens deze vaardigheidstherapieën geen aandacht wordt besteed aan het aanleren van palliatieve copingwijzen heeft tot gevolg dat deelnemers met een in dit opzicht ontoereikend copingrepertoire niet voldoende kunnen profiteren van deelname aan persoonlijke vaardigheidstherapieën. Problematische situaties word-

en vaak gekenmerkt door paniekreacties. Het toepassen van palliatieve copingwijzen vormt in dergelijke situaties vaak een voorwaarde vooraleer instrumentele coping mogelijk wordt.

- b. het toepassingsgebied van de persoonlijke vaardigheidstherapieën blijkt te breed en algemeen uitgezet. Dit heeft tot gevolg dat de door deelnemers ingebrachte thema's te sterk divergeren zowel wat betreft aard als omvang. Het vooraf ingeschatte voordeel van deze benadering, dat de deelnemers tijdens de groepsbijeenkomsten kunnen ervaren hoe de betreffende leerpuntensequentie op zeer verschillende inhouden kan worden toegepast (=generalisatie-training), brengt in praktijk als nadeel met zich mee dat deelnemers tijdens de groepsbijeenkomsten herhaaldelijk geconfronteerd worden met situaties die voor hen zelf minder herkenbaar en ook minder relevant zijn. Het daaruit voortvloeiend gebrek aan betrokkenheid beïnvloedt de tijdens de groepsbijeenkomsten beoogde leerprocessen negatief. Wat de taak en functie van de persoonlijke vaardigheidstherapeuten betreft, kan het feit dat het toepassingsgebied van de persoonlijke vaardigheidstherapieën zo breed en algemeen is uitgezet, nadelig zijn omdat daardoor van hen deskundigheid en inzicht verwacht wordt ten aanzien van de meest uiteenlopende probleemsituaties en klachtgebieden. Dergelijke eisen ten aanzien van kennis- en vaardigheidsniveau van therapeuten blijken veelal niet haalbaar.
- Een en ander pleit voor de toepassing van persoonlijke vaardigheidstherapieën per specifieke klachtensoort c.q. probleemcategorie. Dit stelt minder hoge eisen aan de therapeuten en maakt het bovendien mogelijk dat men de deelnemers doelgerichter kan trainen in relevante instrumentele en palliatieve copingwijzen. Als voorbeelden van specifieke probleemcategorieën zijn aan te geven: rouwproblemen, echtscheidingsproblemen, problemen ten gevolge van "het lege nest syndroom"; psychische problematiek ten gevolge van werkloosheid en arbeidsongeschiktheid; psychische problematiek ten gevolge van (voortijdige) pensionering; homogene fobische problematiek.
- c. het aanleren van persoonlijke vaardigheden blijkt in grotere mate te appelleren op het reflectie- en denkvermogen van de deelnemers dan het aanleren van interpersoonlijke vaardigheden. Hoewel bij

opzet en uitwerking van de persoonlijke vaardigheidstherapieën zoveel mogelijk rekening werd gehouden met de in hoofdstuk 1 besproken leeroriëntatie van individuen afkomstig uit de lagere sociaal-economische klassen, blijft de mogelijkheid bestaan dat tijdens de uitvoering daarvan een te sterk beroep wordt gedaan op het analytisch vermogen van de deelnemers ten aanzien van eigen denkgedrag door middel van zelfreflectie. Bovenstaande kan het beloop van de tijdens persoonlijke vaardigheidstherapieën beoogde leerprocessen belemmerd hebben. Het is mogelijk dat de tijdens de persoonlijke vaardigheidstherapieën gehanteerde leermethodes onvoldoende zijn aangepast aan de typische eigen aard van de in hoofdstuk 1 beschreven leerstijl van LIBO-clienten.

- d. na verloop van tijd werd duidelijk dat het merendeel van de hulpverleners, die cliënten voor deelname aan persoonlijke vaardigheidstherapieën verwezen, vooralsnog onvoldoende geschoold blijkt persoonlijke vaardigheidstekorten en -excessen tijdig en adequaat in te schatten. Interpersoonlijke vaardigheidstekorten en -excessen vormen voor hulpverleners vertrouwder en bekender terrein dan persoonlijke vaardigheidstekorten en -excessen.

Deze ervaring pleit voor exploratie van de mogelijkheid om de betreffende hulpverleners meer inzicht te geven in de rol van cognitieve aspecten c.q. covert gedrag in relatie tot problemen en/of klachten zoals die door cliënten gepresenteerd worden. Daartoe dienen ter onderkenning van in dit opzicht relevante gedragstekorten en -excessen de nodige assessment-methoden ontwikkeld te worden met behulp waarvan het totale gedragsrepertoire van een individu in beeld gebracht kan worden wat betreft persoonlijke zowel als interpersoonlijke vaardigheden. Bij de ontwikkeling van dergelijke assessment-methoden dient het onderscheid tussen instrumentele en palliatieve copingwijzen in aanmerking te worden genomen (Lazarus, 1966).

- e. uit ervaringen met de uitvoering van persoonlijke en interpersoonlijke vaardigheidstherapieën blijkt bovendien dat de wijzen waarop elk van beide worden gerealiseerd, gevolgen heeft voor het beloop van de daarmee beoogde leerprocessen. De tot nu toe opgedane ervaringen met de uitvoering van elk van beide leidt tot de conclusie

dat het spelelement zoals dat geoperationaliseerd wordt bij het aanleren van interpersoonlijke vaardigheden, het beloop van de beoogde leerprocessen bij LIBO-clienten positief beïnvloedt. Tijdens de interpersoonlijke vaardigheidstherapieën wordt er relatief weinig gepraat over en vooral, in (rollen)spelvorm, geoefend met de betreffende leerpuntensequentie. De bijeenkomsten worden zodoende gekenmerkt door een grote mate van activiteit en een hoog werktempo. Bij de persoonlijke vaardigheidstherapieën wordt er in verhouding veel meer gepraat over de betreffende leerpuntensequentie en hebben de gedragsoefeningen veel minder een doe- en activiteitskarakter: er wordt veel meer gepraat over. Tijdens de persoonlijke vaardigheidstherapieën wordt nauwelijks gebruik gemaakt van oefeningen in (rollen)spelvorm met inschakeling van medegroepsleden als antagonisten. Een en ander heeft een geringer activiteitsniveau van de deelnemers tijdens de bijeenkomsten tot gevolg. Deze bijeenkomsten krijgen zodoende een meer statisch karakter waardoor de betrokkenheid van de deelnemers bij het leerproces minder wordt.

- f. de uitvoeringsfase die bij elk van de vier persoonlijke vaardigheidstherapieën een rol speelt, vooronderstelt de aanwezigheid van basale interpersoonlijke vaardigheden in het gedragsrepertoire van de deelnemers. Tijdens de uitvoering van de persoonlijke vaardigheidstherapieën bleek een groot aantal deelnemers niet over de noodzakelijke interpersoonlijke vaardigheden te beschikken om de uitvoeringsfase van de persoonlijke vaardigheden te kunnen realiseren. Dit gegeven impliceert een belangrijke beperking van de mogelijke effectiviteit van deelname aan persoonlijke vaardigheidstherapieën. Het niet ter beschikking hebben van voldoende interpersoonlijke vaardigheden heeft tot gevolg dat men niet in staat is de uitvoeringsfase van de persoonlijke vaardigheden in praktijk te brengen. Men kan dan geen positieve ervaringen opdoen met de uitvoering van de nieuw aangeleerde persoonlijke vaardigheden en blijft daardoor gevangen zitten in een spiraal van negatieve persoonlijke competentie-verwachtingen.

Dit proefschrift beschrijft de ontwikkeling en evaluatie van een serie persoonlijke vaardigheidstherapieën voor kansarme geestelijke gezondheidszorg cliënten.

Hoofdstuk een geeft een overzicht van recente ontwikkelingen in de psychotherapeutische hulpverlening aan cliënten uit de lagere sociaal-economische klassen. Na een beschrijving van de in relatie tot deze clientgroep gehanteerde psychotherapiemethodieken, worden vervolgens de redenen weergegeven waarom de Maastrichtse Goldsteinprojectgroep koos voor aanpassing van de "Structured Learning Therapy" van Arnold Goldstein. Vorm en inhoud van deze methode worden uitvoerig beschreven. Het betreft een structurerende, kortdurende, directieve psychotherapie-methode, gebaseerd op modeling, gedragsoefening, bekrachtiging en transfertraining.

De methode is gericht op het aanleren van vaardigheden en uitbreiding van het gedragsrepertoire. De ontwikkelde vaardigheidstherapieën hebben betrekking op het aanleren van persoonlijke en interpersoonlijke vaardigheden. Dit proefschrift betreft ontwikkeling en evaluatie van een serie persoonlijke vaardigheidstherapieën voor kansarme geestelijke gezondheidszorg cliënten.

Hoofdstuk twee betreft de wijze waarop de inhoud van de persoonlijke vaardigheidstherapieën werd vastgesteld. Deze inhoud werd bepaald op basis van literatuur-onderzoek, waarbij het werk van A. Goldstein als uitgangspunt diende. De door de Goldsteinprojectgroep ontwikkelde persoonlijke vaardigheidstherapieën "dagelijkse problemen aanpakken"; "beslissingen nemen"; "informatie verzamelen" en "veranderingen aanpakken" worden elk afzonderlijk beschreven.

Hoofdstuk drie beschrijft de wijze waarop de persoonlijke vaardigheidstherapieën worden uitgevoerd. Deelname aan deze vaardigheidstherapieën vormt een aanvulling op c.q. ondersteuning van meer uitgebreide individuele behandelingsprogramma's.

Elke therapie is gericht op het aanleren van één bepaalde vaardigheid, geoperationaliseerd met behulp van een voorgestructureerde leerpuntensequentie. Bij de persoonlijke vaardigheidstherapieën ligt de nadruk op het aanleren van covert gedrag c.q. "denkstappen". In een vast aantal wekelijkse groepsbijeenkomsten van elk twee uur, onder begeleiding van 2 therapeuten, wordt de leerpuntensequentie ingeoeft met behulp van gedragsoefening, feedback, modeling, (sociale) bekrachtiging, didactische instructie en transfer-training. De wijzen waarop deze leerprincipes worden geoperationaliseerd tijdens de groepsbijeenkomsten, worden uitputtend beschreven. De indicaties voor deelname aan persoonlijke vaardigheidstherapieën worden besproken. Ook worden een aantal algemene richtlijnen voor vaardigheidstherapeuten weergegeven.

Hoofdstuk vier beschrijft de opkomst van de cognitieve gedragstherapie. Er wordt aandacht besteed aan recente ontwikkelingen op dit terrein. De cognitieve gedragstherapie wordt ingedeeld in drie categorieën: cognitieve herstructurering, coping-skills-therapieën en problem-solving-therapieën. Ook worden de redenen weergegeven waarom de persoonlijke vaardigheidstherapieën à la Goldstein als een vorm van problem-solving-therapie kunnen worden opgevat. Tot slot worden een aantal kanttekeningen geplaatst bij de momenteel in de gedragstherapie te constateren trend in cognitieve richting.

In hoofdstuk vijf worden recente ontwikkelingen beschreven in de opvattingen ten aanzien van de wijze waarop leerprocessen verlopen. Deze ontwikkelingen betreffen de herontdekking van de rol van cognitieve factoren bij het tot stand komen van gedrag(sverandering). Nagegaan wordt wat de consequenties van deze ontwikkelingen zijn voor vaardigheidstherapieën. De theorieën van Rotter, Bandura en Lazarus worden uitgebreid beschreven. Persoonlijke competentie-verwachtingen, respons-uitkomst-verwachtingen en appraisal-processen blijken een belangrijke rol te spelen bij het aanleren van persoonlijke zowel als interpersoonlijke vaardigheden. Ook wordt een poging gedaan de door Rotter, Bandura en Lazarus ontwikkelde modellen aan elkaar te relateren. Tot slot wordt beschreven wat de relevantie is van dit geïnterpreteerd cognitief sociaal-leertheoretisch model voor de wijze waarop persoonlijke en interpersoonlijke vaardigheidstherapieën worden uitgevoerd.

In hoofdstuk zes wordt de constructie en validering beschreven van een zelfontworpen meetinstrument ter evaluatie van de effecten van persoonlijke vaardigheidstherapieën. Gekozen werd voor de ontwikkeling van een meetinstrument in de vorm van een schriftelijke vragenlijst. Er worden geen directe vaardigheidstoetsen en/of andersoortige vormen van gedragsobservatie als effectiviteitscriteria gehanteerd. Bij factor-analytisch onderzoek bleek de geconstrueerde vragenlijst "Doelmatig Handelen" uit 3 subschalen opgebouwd. Analyse van de inhoud van de betreffende items leidde ertoe de gevonden subschalen als volgt te benoemen:

- a. vertrouwen in eigen probleemoplossingsvaardigheid (DH_1)
- b. plannen en vooruitdenken (DH_2)
- c. consequent handelen (DH_3).

Voor elk van deze subschalen werd de coëfficiënt voor interne consistentie (Cronbach's alpha) bepaald en de test-hertest betrouwbaarheid vastgesteld. De in dit opzicht gevonden waarden varieerden van 0.61 tot 0.82. DH -subschaal 1 vormt de in dit opzicht sterkste schaal, DH -subschaal 3 de zwakste. Ook werd nagegaan in hoeverre de variabelen leeftijd, geslacht en opleidingsniveau van invloed waren op de scores op de 3 DH -subschalen. De variabele leeftijd bleek geen significante invloed te hebben op de totaalscores per subschaal, de variabelen geslacht en opleidingsniveau wel.

Bij de bepaling van de divergerende validiteit van de 3 subschalen bleek dat DH_2 ook aspecten van copingstijlen, neuroticisme en beheersingsoriëntatie meet. DH_3 blijkt bovendien aspecten van zelfwaardering te meten en DH_1 aspecten van zelfwaardering en van rigiditeit. De hoogte van de gevonden correlaties is echter niet zodanig dat er geen sprake meer is van operationalisatie van eigenstandige aspecten van persoonlijke (on)vaardigheid. Wat deze aspecten in concreto inhouden, blijft voornamelijk onduidelijk.

In hoofdstuk zeven wordt de vraag naar de effectiviteit van de persoonlijke vaardigheidstherapieën aan de orde gesteld.

Bij deelnemers aan persoonlijke vaardigheidstherapieën werden metingen verricht een week vooraf aan en een week na afloop van deelname. Dezelfde metingen vonden op vergelijkbare tijdstippen ook plaats bij

mensen die op de wachtlijst stonden voor deelname aan persoonlijke vaardigheidstherapieën. Deze zgn. wachtlijst-clienten houden tijdens de wachtperiode normaal contact met hun hoofdbehandelaar c.q. verwijzer. Bij de experimentele groep werd een 2e nameting verricht een jaar na beëindiging van deelname aan persoonlijke vaardigheidstherapieën. Als effectiviteitscriteria hanteerde men de in hoofdstuk 6 beschreven vragenlijst Doelmatig Handelen, de IE-schaal, de SE-schaal, de RG-schaal en subschaal 1 en 3 uit de Utrechtse Coping Lijst. De gegevens werden verzameld bij kansarme cliënten in behandeling bij een ambulante danwel klinische instelling voor geestelijke gezondheidszorg. De experimentele groep kan in de volgende subgroepen worden onderverdeeld:

1. LIBO-clienten met overwegend milde, psychosociale problematiek (AGGZ-groep; N=17)
2. LIBO-clienten met (sociaal-)psychiatrische problematiek (SPD-groep; N=14)
3. LIBO-clienten met psychiatrisch bepaalde WAO-problematiek (WAO-groep; N=10)
4. LIBO-clienten opgenomen op de afdeling klinische gedragstherapie van een psychiatrisch ziekenhuis (AKG-groep; N=11).

Voór de totale experimentele groep (N=52) geldt dat men significante verschillen tussen voor- en nameting kan constateren ten aanzien van DH_1 , DH_3 , IE en SE. Ten aanzien van subgroep 1 - de subgroep met overwegend milde, psychosociale problematiek - geldt dat er eveneens sprake is van significante verschillen tussen voor- en nameting ten aanzien van DH_1 , DH_3 , IE en SE.

Ten aanzien van de overige 3 subgroepen, met zwaardere problematiek van meer psychiatrische aard, bleken geen significante verschillen tussen voor- en nameting aantoonbaar.

Voor de controlegroep geldt dat men alleen significante verschillen tussen voor- en nameting kan constateren ten aanzien van UCL_1 . Bij afloop van de controleperiode blijken de proefpersonen significant minder gebruik te maken van de copingstijl "aanpakken" als reactie op problemen dan bij de voormeting.

Experimentele en controlegroep verschillen op geen enkel criterium significant van elkaar op de voormeting.

Wat de experimentele groep betreft, is sprake van een herhaalde nameting een jaar na deelname aan persoonlijke vaardigheidstherapieën. Bij deze herhaalde nameting blijkt dat de tijdens deelname aan persoonlijke vaardigheidstherapieën bereikte resultaten stabiel blijven tijdens de follow-up periode. Ten aanzien van DH_2 en UCL_1 kan men tijdens deze periode significante vooruitgangen constateren die niet aantoonbaar waren bij nameting 1.

Concluderend kan men dus stellen dat persoonlijke vaardigheidstherapieën enigszins effectief blijken bij LIBO-clienten met overwegend milde, psychosociale problematiek. Bij LIBO-clienten met zwaardere problematiek van meer psychiatrische aard blijkt geen enkel significant effect aantoonbaar.

In hoofdstuk acht komen de belangrijkste thema's uit dit proefschrift nogmaals aan de orde en worden van kritische kanttekeningen voorzien. Wat de psychotherapeutische hulpverlening aan clienten uit de lagere sociaal-economische klassen betreft, is de conclusie gerechtvaardigd dat naast methodiekvariabelen ook houdings- en verwachtingsaspecten een rol spelen. Sociaal-economische factoren bepalen in welk behandelingskanaal een client terecht komt en niet de aard en omvang van de bij hen aanwezige psychische, psychosociale en/of psychosomatische problematiek. De ruime aandacht die men in de zeventiger jaren kan constateren voor het psychotherapeutisch werk met clienten uit de lagere klassen, blijkt in de jaren tachtig enigszins gekenterd.

Vervolgens wordt aandacht besteed aan de relatie tussen persoonlijke en interpersoonlijke vaardigheidstherapieën. Geconstateerd wordt dat beide niet geheel los staan van elkaar maar elkaar onderling aanvullen.

Ten aanzien van de cognitieve ontwikkelingen in de gedragstherapie concludeert men dat vooralsnog onduidelijk is wat de relatieve bijdrage is van cognitieve versus gedragsgerichte technieken in het therapeutisch veranderingsproces. Een louter cognitivistische benadering in deze is even beperkt en eenzijdig als een louter behavioristische benadering.

Ten aanzien van het in hoofdstuk vijf geschetst geïntegreerd cognitief sociaal-leertheoretisch model, kan men concluderen dat dit model de

interactie persoon-situatie zodanig weergeeft dat verwachtingsconcepten en andere cognitieve beoordelingsprocessen aan elkaar gerelateerd kunnen worden. Dit model dient in de toekomst nader empirisch getoetst te worden.

De recente ontwikkelingen ten aanzien van het concept "coping" worden samengevat. Geconcludeerd wordt dat dit concept een steeds belangrijker plaats gaat innemen in de psychologische theorie-vorming en ook ten aanzien van de psychotherapeutische praktijk. Er is dringend behoefte aan de ontwikkeling van een assessment-methode met behulp waarvan men het copingrepertoire van een individu in kaart kan brengen: palliatief zowel als instrumenteel, zowel wat betreft kwaliteit, als ook wat betreft kwantiteit en flexibiliteit.

Wat het uitgevoerde effectiviteitsonderzoek betreft, kan men concluderen dat persoonlijke vaardigheidstherapieën enig effect sorteren bij kansarme cliënten in de ambulante geestelijke gezondheidszorg met overwegend milde, psychosociale problematiek. Bij cliënten met zwaardere problematiek, van meer psychiatrische aard, blijken geen significante resultaten aantoonbaar. Besproken wordt hoe men deze beperkte effectiviteit kan verklaren. Het hoofdstuk eindigt met een aantal kanttekeningen bij de wijze waarop de persoonlijke vaardigheidstherapieën worden uitgevoerd.

SUMMARY

This dissertation describes the development of a psychotherapy method made to teach lower class clients "personal" skills as well as some research into the effectiveness of these so called personal skill therapies. Attention is paid to the place of these personal skill therapies in the general field of cognitive behavior therapy.

Chapter one reviews recent developments in the practice of psychotherapy with lower class clients. Current methods are described and also the reasons why the Goldsteinproject in Maastricht chose to adapt the Structured Learning Therapy designed by Arnold Goldstein to the psychological needs and possibilities of lower-income people in the Netherlands. Shape and content of this method are fully described. The procedure is structured, brief and directive and based on modeling, behaviour-rehearsal, reinforcement and transfer-training. It aims at the acquisition of skills and the extension of behavioural patterns. These skill therapies aim at the acquisition of personal and interpersonal skills. This dissertation concerns development and evaluation of the personal skill therapies.

Chapter two describes the way the personal skill therapies were composed. The content of the personal skill therapies was established by means of a search of the relevant literature. The previous work done by Arnold Goldstein served as the starting point for this search. The personal skill therapies as developed by the Goldsteinproject Maastricht are discussed separately. These personal skill therapies are labelled 'daily problem solving', 'decision-making', 'information gathering' and 'effecting changes'.

Chapter three describes the personal skill therapy program in its ultimate design. The personal skill therapies are meant to be part of a more encompassing treatment program designed by an individual therapist. Each therapy program aims at the acquisition of a single personal skill. Each skill is divided into a fixed set of preprogrammed bits of behaviour. These are the so-called learning points. These learning

points serve for guidance in the performance of the personal skill concerned. During the personal skill therapies emphasis is laid on the acquisition of covert behaviour. Each therapy program consists of a predetermined number of groupsessions on a fixed day of the week. Each session is to be led by two therapists and takes two hours. The method is based on the behavioural principles of behavioural rehearsal, feedback, modeling, (social) reinforcement, instruction and transfer-training. The indications for participation in this category of skill therapies are described as well as some general guidelines for Goldstein therapists.

The fourth chapter deals with the rise of cognitive behavior therapy. Recent developments are described. Cognitive behavior therapy is divided into three categories: cognitive restructuring, coping-skill therapies and problem solving therapies. The growing tendency 'to go cognitive' will be discussed critically. Finally the reasons are discussed why personal skill therapies are to be considered as a kind of problem solving therapy.

The fifth chapter describes recent developments in the opinions concerning the way learning processes take place. These developments relate mainly to the rediscovery of the role played by cognitive factors in explaining behaviour and behaviour-modification. The consequences of these developments for skill therapies are discussed. The cognitive social-learning theories developed by Rotter, Bandura and Lazarus are reviewed extensively. Expectations of personal efficacy, respons-outcome-expectations and appraisal-processes are of crucial significance in the acquisition of personal and interpersonal skills. The chapter also contains the description of an integrated cognitive social-learning model that integrates the concepts developed by Rotter, Bandura and Lazarus. The chapter finishes with a description of the relevancy of this integrated model for the way the personal skill therapies are put into practice.

Chapter six reports the development of a measurement-device meant to facilitate efficient investigation of the effects achieved by the personal skill therapies for lower class clients. The chapter also

contains a report of an investigation into the validity of this instrument. The instrument takes the form of a (written) questionnaire and is labelled the questionnaire 'goal-directed performance' in Dutch abbreviated as DH-questionnaire. The criteria for effectivity did not take the shape of direct skill tests or any other form of behavioural observation.

A factor-analytic study of the DH-questionnaire yielded 3 main factors. Content analysis of the relevant items revealed that these 3 factors could be labelled as:

1. confidence in one's own personal problem solving ability
2. planning and thinking in advance
3. taking consequent action.

Internal consistency as well as test-retest reliabilities varied between 0.63 and 0.82. Subscale 1 forms the in this respect strongest scale, subscale 3 the weakest. Also investigated was whether the variables age, sex and education influenced the scores on the 3 subscales. Education did not significantly influence the scores on the subscales, the variables sex and age did.

Research into the divergent validity of the 3 subscales led to the conclusion that subscale 2 also measures certain aspects of coping-styles, neuroticism and locus of control. Subscale 3 additionally measures certain aspects of self-esteem and subscale 1 certain aspects of self-esteem and rigidity. The magnitude of the correlations found is not as such that it can be concluded that the three subscales do not measure specific aspects of personal skill. What these aspects are remains unclear.

In chapter seven some research is presented into the effectiveness of the personal skill therapies.

Participants of cognitive skill therapies were subjected to data-collection-interviews one week in advance of and one week after termination of participation in personal skill therapies. The same data were collected at comparable points in time by clients waiting for participation in personal skill therapies, who continued their regular appointments with their individual therapists. As far as the experimental condition is concerned follow-up data were collected one year after termination of participating in personal skill therapies.

As outcome-criteria were selected the in chapter 6 described questionnaire 'goal-directed performance', the internal-external locus of control questionnaire, the self-esteem questionnaire, the rigidity questionnaire and the subscales 1 and 3 of the 'Utrecht Coping Questionnaire'. Data were collected with clients treated at institutions for mental health service: one clinic and three community centres.

The experimental condition is divided into the following subgroups:

1. lower-class clients with predominantly mild, psychosocial problems (AGGZ-group; N=17);
2. lower-class clients with predominantly (social-) psychiatric problems (SPD-group; N=14);
3. lower-class clients who have been rejected for work because of psychiatric problems (WAO-group; N=10);
4. lower-class clients in treatment at a psychiatric-hospital-unit for clinical behaviour therapy (AKG-group; N=11)).

For the experimental condition in total (N=52) significant differences between pre- and post-measures were found with regard to DH_1 , DH_3 , IE and SE. As far as subgroup 1, the group with mild psychosocial problems, is concerned the same differences were found. The three other subgroups, with more severe problems, more psychiatric by nature, showed no significant differences between pre- and post-measures.

As far as the waiting-list-control-condition is concerned significant differences between pre- and post-measurement could only be detected on behalf of UCL_1 . On post-measurement the clients of the waiting-list-control-condition appear to use the coping style "tackling the problem" significantly less than on the pre-measurement.

Experimental condition and waiting-list-control-condition did not differ significantly on the pre-measures.

As far as the experimental condition is concerned a second post-measurement was organized one year after participation in personal skill therapies. This second post-measurement showed that the results of the personal skill therapies have been maintained during the follow-up period. On DH_2 and UCL_1 significant improvements are shown which did not exist at the time of post-measurement 1.

The conclusion can be drawn that personal skill therapies are slightly effective in working with lower class clients with predominantly mild,

psychosocial problems. As far as lower-class clients with more severe problems, more psychiatric by nature are concerned no significant results were found.

In chapter 8 the main topics of this dissertation are reviewed and critically discussed.

As far as psychotherapy for lower class clients is concerned the conclusion seems justified that treatment problems are determined by methodological variables, attitude-factors, and expectancy variables. Socio-economical variables decide in which treatment-setting a client will be treated instead of content and intensity of the existing psychic, psycho-social and/or psychosomatic problem. The broad attention for psychotherapy with lower class clients of the seventies turned slightly down in the eighties.

Attention is paid to the interrelationships between personal skill therapies and interpersonal skill therapies. The conclusion is reached that both kinds of skill-therapies supplement each other.

As far as the cognitive trend in behaviour therapy is concerned the conclusion is drawn that at this moment there is no exact evidence of the way in which cognitive factors, physiological aspects, emotions and behaviour are interrelated. This conclusion has consequences for the psychotherapeutic practice to that effect that treatment-programs should consider all these different aspects of human behaviour. A purely cognitivistic approach seems as limited and one-sided as a purely behaviouristic approach.

As far as the in chapter five presented cognitive paradigm based on social learning theory is concerned, the conclusion can be drawn that this paradigm represents the interaction person-situation in such a way that expectational-concepts and other cognitive labelling-processes are integrated. This paradigm needs further empirical exploration.

Recent developments with regard to the coping-concept are summarized. This concept seems to be taking first place in general psychological theory as well as psychotherapeutic practice. There seems to be a growing need for the development of a method for assessing the coping abilities and skills of an individual person: palliative as well as instrumental, as far as quality is concerned as well as intensity and flexibility.

As far as the research into the effectiveness of the personal skill therapies is concerned it appeared that these therapies are most effective with lower class clients of ambulatory mental health institutions: clients with predominantly mild psychosocial problems.

As far as lower class clients with more severe problems are concerned no significant results are found. Attention is paid to the ways these results can be interpreted. The chapter ends with some critical remarks on the way the personal skill therapies are put into practice.

- ABRAMOWITZ C.V., Abramowitz S.I., Roback H.H., Jackson C. Differential effective grouptherapies as a function of client internal-external control. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1972, 42, 849-853.
- ADKINS W.R. Live skills: structured counseling for the disadvantaged. *Personell and Guidance Journal*, 1970, 49, 108-116.
- ALLEN G., Chinsky J., Larcen S., Lochman J.E., Selinger H. *Community psychology and the schools*. Wiley and Sons, Toronto, 1976.
- ANDERSON J.R., Bower G.H. *Human associative memory*. Washington DC Winston, 1973.
- ANDRIESSEN J.H.T.H. Interne of externe beheersing. *Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie*. 1972, 27, 173-198.
- ANDRIESSEN J.H.T.H., Cadsand van J.P. Een analyse van de Nederlandse I-E schaal. *Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie*, 1983, 38, 7-24.
- APPELS A. *Voorlopige handleiding bij de Delftse Vragenlijst*. Swets en Zeitlinger BV, Amsterdam, 1974.
- APPELS A. Over de geestelijke gezondheid van de Delftse studenten. *Universiteit en Hogeschool*, 1975, jaargang 22, 2, 87-92.
- ARNKOFF D.B., Stewart J. The effectiveness of modeling and videotape feedback on personal problem-solving. *Behavior Research and Therapy*, 1975, 13, 127-133.
- ARONSON H., Overall B. Treatment expectations of patients in two social classes. *Social Work*, 1966, 11, 35-41.
- ARRINDELL D.W., Damsma S.A., Ettema, H. De score op de Delftse Vragenlijst (DV) als neuroticisme-index in epidemiologisch onderzoek. *Tijdschrift Sociale Geneeskunde*, 1980, 58, 599-602.
- AULD F., Myers J.K. Contributions to a theory for selecting psychotherapy patients. *Journal of Clinical Psychotherapy*, 1954, 10, 56-60.
- AVERILL J. Personal control over aversion stimuli and its relationship to stress. *Psychological Bulletin*, 1973, 88, 286.

- BAEKELAND A., Lundwall G. Dropping out of treatment: a critical review. *Psychological Bulletin*, 1975, 82, 738-783.
- BAILEY M.A., Warshaw L., Eichler R.M. A study of factors related to length of stay in psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 1959, 15, 442-444.
- BAKKER-DE PREE B.J. Vrije Differentiatie: een nieuwe gedragstherapeutische methode. *Gedragstherapie*, 1983, 16, 255-269.
- BANDURA A. Principles of behavior modification. New York, Holt, Rinehart, Winston, 1969.
- BANDURA A. Behavior theory and the models of man. *American Psychologist*, 1974, 29, 859-869.
- BANDURA A. Self-efficacy: Towards a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 1977, 84, 191-215.
- BANDURA A. Reflections on self-efficacy. In: C.M. Franks, G.T. Wilson. *Annual Review of Behavior Therapy, Theory and Practice*. New York, Brunner Mazel, 1979.
- BANDURA A. Recycling misconceptions of perceived self-efficacy. *Cognitive therapy and research*, 1984, 8, 231-255.
- BECK A.T. Thinking and depression 2: theory and therapy. *Archives of general psychiatry*, 1964, 10, 561-571.
- BECK A.T. Depression: clinical, experimental and theoretical aspects. New York, Harper and Row, 1967.
- BECK A.T. Cognitive therapy: nature and relation to behavior therapy. *Behavior Therapy*, 1970, 1, 184-200.
- BECK A.T. Cognitive therapy and the emotional disorders. New York, International University Press, 1976.
- BECK A.T., Rush A.J. Shaw B.F., Emery G. Cognitive therapy of depression. New York, J. Wiley and Sons, 1979.
- BECKERS B. Psychotherapie met arbeiderscliënten, theorie en praxis. Doct. scriptie klinische psychologie, KU Nijmegen, 1978.
- BECKERS B., Beekers M. Vaardigheden voor doelmatig handelen. *Tijdschrift Klinische Psychologie*, 1982, 12e jaargang, 4, dec. 28-51.
- BEDELL J.R., Archer R.P., Marlowe Jr. H.A. A description and evaluation of a problem solving skills training program. In: D. Upper, S.M. Ross (eds.): *Behavioral group therapy, an annual review*. Champaign, Ill. Research Press, 1980.

- BEEKERS M. Videomodellen in vaardigheidstherapieën. De Psycholoog, 1980, 11, 629-636.
- BEEKERS M., Beckers B., Bongaarts J., Peters J. Psychotherapeutische hulpverlening aan cliënten uit de lagere sociaal-economische klassen: een keuze voor Goldstein. Tijdschrift voor Psychotherapie, 1980, 6, 87-98.
- BEEKERS M. Gooijen J. Spel met grenzen: een Goldsteintherapie. Tijdschrift voor Psychotherapie, 1980, 6, 326-337.
- BEEKERS M., Halfens R. Met het oog op vaardigheidstherapieën: cliënten over hun interpersoonlijk gedrag. Tijdschrift voor Psychotherapie, 1981, 6, 318-327.
- BEEKERS M. Interpersoonlijke vaardigheidstherapieën voor kansarmen. Swets en Zeitlinger, Lisse, 1982.
- BEEKERS M., Beckers B. 'Goldsteintherapieën': Vaardigheidstherapieën op maat. Groep en systeem, Redactie G. Schwencke, Bergen op Zoom, 1984, 91-105.
- BELLACK A.S., Hersen M., Turner S.M. Role-playing tests for assessing social skills: Are they valid? Behavior Therapy, 1978, 9, 448-461.
- BELLACK A.S., Hersen M., Lamparski D. Role-playing tests for assessing social skills: Are they valid? Are they useful? Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1979, 47, 335-342.
- BENNIS W.G., Benne K.D., Chin R. The planning of change. 2nd edition, New York, Holt, Rinehart, Winston, 1973.
- BERGLAND B.W., Quatrano L.A., Lundquist G.W. Group social models and structured interaction in decision-making. The Vocational Guidance Quarterly, 1975, 29-36, september.
- BIRK J.M. Experience-bases career exploration with high school women. In: Krumboltz J.D., Thoresen C.E. (eds): Counseling Methods. New York, Holt, Rinehart, Winston, 1976.
- BOELEN W., Debats D. Vergelijking van een puur gedragsmatige met een puur cognitieve behandeling voor depressieve patiënten. In: Beer R., Mulder H. (red.): Psychologische benaderingswijzen van depressie. Lisse, Swets en Zeitlinger, 1983.
- BOURNE L.E. Jr., Ekstrand B.R., Dominovski R.L. The psychology of thinking. Englewood Cliffs, New Jersey, Prentice Hall, 1971.

- BRAGER H. New concepts and patterns for service: the mobilization for youth program. In: Riessman F., Cohen J., Pearl A. (eds): Mental health of the poor. New York Free Press, 1964.
- BRANNINGAN S.C., Rosenberg L.E., Loprete L.J. Internal-external expectancy, maladjustment and psychotherapeutic intervention. Journal of Personality Assessment, 1977, 41, 71-78.
- BREMER J.J.C.B. Stress als uitdaging of bedreiging. In: E.J. Boer, F. Verhage, Ch. J. de Wolff (red.): Stress..uitdaging en bedreiging. Lisse, Swets en Zeitlinger, 1983.
- BRIGHT P.D., Robin A.L. Ameliorating parent-adolescent conflict with problem-solving communication training. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 1981, 12, 275-280.
- BRIM O.G., Glass P.C., Cavin D.E., Goodman N. Personality and decision processes. Stanford, Stanford University Press, 1962.
- BURGER A.W. Cognities als O-factor in het SORKC-schema: een slechte basis voor therapieën. Gedragstherapie, 1982, 15, 50-54.
- BUTLER L., Meichenbaum D. The assessment of interpersonal problemsolving skills. In: Butler L., Meichenbaum D. (eds.): Assessment-strategies for cognitive-behavioral interventions. New York, Academic Press, 1981.
- CAUTELA J.R. Covert conditioning. In: A. Jacobs en L.B. Sachs (eds.): The psychology of private events: perspectives on covert response systems. New York, Academic Press, 1971.
- COCHÉ E., Douglas A.A. Therapeutic effects of problem-solving training and play-reading groups. Journal of Clinical Psychology, 1977, 33, 820-827.
- COCHÉ E., Flick A. Problem-solving training groups for hospitalized psychiatric patients. Journal of Psychology, 1975, 91, 19-29.
- COLE N.J., Branch C.H., Allison R.B. Some relationships between social class and the practice of dynamic psychotherapy. American Journal of Psychiatry, 1962, 118, 1004-1012.
- COWEN E.L. Social and community interventions. In: P. Mussen, M. Rosenzweig (eds): Annual Review of Psychology, 1973, 24, 423-472.
- CRAIGHEAD W.E., Kazdin A.E., Mahoney M.J. Behavior modification: principles, issues and applications. Boston, Houghton Mifflin, 1976.

- DAVIS G.A. Current status of research and theory in human problem-solving. *Psychological Bulletin*, 1966, 66, 36-54.
- DAVIS G.A. *Psychology of problem-solving*. New York, Basic Books Inc., 1973.
- DAVIS G.A., Train A.J., Manske M.E. Trial and error versus 'insightful' problem solving: effects of distraction, additional response alternatives and longer response chains. *Journal of Experimental Psychology*, 1968, 76, 337-340.
- DIEKSTRA R. Rationeel emotieve educatie. In: Diekstra R., Dassen W.: *Inleiding tot de rationele therapie*. Lisse, Swets en Zeitlinger, 1979.
- DOHRENWEND B.P., Dohrenwend B.S. *Social status and psychological disorder: a causal inquiry*. New York, Wiley, 1969.
- DRUMM D.J., Knott J.E. *Structured groups for facilitating development: acquiring life skills; resolving life themes and making life transitions*. Vol. 1., New Areas in counseling series, New York, Human Science Press, 1977.
- DULANY D.E. Awareness, rules and propositional control: a confrontation with S-R behavior theory. In: T.R. Dixon, D.L. Horton (eds): *Verbal behavior and general behavior theory*. Englewood Cliffs, New Jersey, Prentice Hall, 1968.
- DUNCAN C.P. Effects of instructions and information on problem solving. *Journal of Experimental Psychology*, 1963, 65, 321-327.
- D'ZURILLA M.R., Goldfried M.R. Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 1971, 78, 107-126.
- EASTMAN C., Marzillier J.S. Theoretical and methodological difficulties in Bandura's self-efficacy theory. *Cognitive Therapy and Research*, 1984, 8, 213-229.
- EDELSTEIN B.A., Couture E., Cray M., Dickens P., Lusebrink N. Group training of problem solving with psychiatric patients. In: D. Upper, S.M. Ross (eds) *Behavioral group therapy: an annual review*. Champaign, Ill. Research Press, 1980.
- EELLEN P. Cognities als O of R? *Gedragstherapie*, 15, 1982a, 52-55.
- EELLEN P., Bergh van den O. *Cognitieve gedragstherapie: een hybride*. *Tijdschrift Klinische Psychologie*, 12, 1982b, 4, 4-28.

- ELLIS A. Reason and emotion in psychotherapy. New York, Student Press, 1962.
- ELLIS A. The essence of rational therapy: a comprehensive approach to treatment. New York, Institute for Rational Living, 1970.
- EMMELKAMP P.J. Behavioral treatment of agoraphobia. Dissertatie RU Utrecht, 1975.
- ENGELS G.I., Diekstra R.W.F. Effectivity of rational-emotive therapy: a meta-analysis of outcome studies accepted for publication. Journal of Clinical and Consulting Psychology, 1986.
- EVANS J.R., Cody J.J. Transfer to similar and dissimilar situations. Journal of Counseling Psychotherapy, 1969, 16, 427-432.
- FELDHUSEN J.F., Guthrie V.A. Models of problem solving processes and abilities. Journal of Research and Development in Education. 1979, 12, 22-32.
- FELDHUSEN J.F., Houtz J.C., Ringenbach S. The Purdue Elementary Problem Solving Inventory. Psychological Reports, 1972, 31, 891-901.
- FERGUSON J. Career guidance in the community college. In: Krumboltz J.D., Thoresen C.E. (eds.): Counseling Methods, New York, Holt, Rinehart, Winston, 1976.
- FISKE D.W., Hunt H.F., Luborsky L., Orne M.T., Parloff M.R., Reiser M.F., Hussan Tuma A. Planning of research on the effectiveness of psychotherapy. Archives of General Psychiatry, 1970, 22, 22-32.
- FRANK J., Gliedman L., Imber S., Nash E. Jr., Stone A. Why patients leave treatment. Archives Neurological Psychiatry, 1957, 77, 283.
- GAGNÉ R.M. The conditions of learning. 3rd ed. New York, Holt, Rinehart, Winston, 1977.
- GELATT H.B. Decision-making: a conceptual frame of reference for counseling. Journal of Counseling Psychology, 1962, vol. 9, 3, 240-245.
- GERSHAW M., Biller H.B. The other helpers. New York, Lexington Books, 1977.
- GILLESPIE J. Psychological education: a high school minicourse in utilizing peer counseling to teach helping and problem-solving skills and decrease feelings of alienation. Dissertation Abstracts International, 1977, 37, 12-A pt 1, 7636.

- GLASS C.R., Levy L.H. Perceived psychophysiological control: the effects of power versus powerlessness. *Cognitive Therapy and Research*, 1982, 6, 91-103.
- GLEISS, Seidel, Abholz. Soziale Psychiatrie: zur Ungleichheit in der psychiatrischen Versorgung. Frankfurt a/d Main, Fischer Verlag, 1973.
- GOLDFRIED M.R. Systematic desensitization as training in selfcontrol. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1971, 37, 228-234.
- GOLDFRIED M.R. Psychotherapy as coping skills training. In: Mahoney, M.J. (ed.): *Psychotherapy process*. New York, Plenum Press, 1980.
- GOLDFRIED M.R., Davison G.C. *Clinical behavior therapy*. New York, Holt, Rinehart, Winston, 1976.
- GOLDIAMDOND I. Self-control procedures in personal behavior problems. *Psychological Reports*, 1965, 17, 851-868.
- GOLDSTEIN A.P. Structured learning therapy: toward a psychotherapy for the poor. New York, Academic Press, 1973.
- GOLDSTEIN A.P., Sprafkin R.P., Gershaw W.J. Skill-training for community living: applying structured learning therapy. New York, Pergamon Press, 1976.
- GOLDSTEIN A.P., Sprafkin R.P., Gershaw W.J. *Skills for adolescents*. New York, Structured Learning Associates, 1977.
- GOLDSTEIN A.P., Sherman M., Gershaw N.J., Sprafkin R.P., Glick B. Training aggressive adolescents in prosocial behaviour. *Journal of Youth and Adolescence*, 1978, 7, 73-92.
- GOLDSTEIN A.P. Privileged communication. No. 064-26-0135, Syracuse University, New York, 1979.
- GOLDSTEIN A.P., Sprafkin R.P., Gershaw N.J., Klein P. *Skillstreaming the adolescent*. Champaign, Ill., Research Press, 1980.
- GOLDSTEIN A.P. *Psychological skill training, the structured learning therapy*. New York, Pergamon Press, 1981.
- GOULD R.E. Dr. Strangelass or how I stopped worrying about the theory and began treating the blue-collar worker. *American Journal of Orthopsychiatry*, 1967, 37, 78-86.
- GREENWALD H. *Direct decision therapy*. San Diego, California, Edits, 1973.

- GREY A.L. Social class and the psychiatric patient: a study in composite character. In: A.L. Grey (ed): Class and personality in society. New York, Atherton, 1969.
- GUILFORD J.P. The nature of human intelligence. New York, McGraw-Hill, 1967.
- GUILFORD J.P., Hoepfner R. The analysis of intelligence. New York, McGraw Hill, 1971.
- GULICK R.M. Decision analysis as a learning strategy. In: O'Neil H.F., Spielberger Ch. D. (eds.): Cognitive and affective learning strategies. New York, Academic Press, 1979.
- HALEY J. Problem solving therapy. San Fransisco, Jossey-Bass, 1976.
- HALPERN G. Assessment of decision processes. Proceedings 75th Annual Convention APA, 1967.
- HART van den O., Degenkamp K., Bos Th. Een open (nazorg)groep: eigen doelen stellen en uitvoeren. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid, 1975, 30, 516-528.
- HASELT van V.B., Hersen M., Bellack A.S. The validity of role-play tests for assessing social skills in children. Behavior Therapy, 1981, 12, 202-216.
- HEINE R.W., Trosman H. Initial expectations of the doctor-patient interaction as a factor in continuance in psychotherapy. Psychiatry, 1960, 23, 275-278.
- HEITLER J.B. Preparation of lower-class patients for expressive group psychotherapy. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1973, 41, 251-260.
- HEITLER J.B. Preparatory techniques in initiating expressive psychotherapy with lower-class, unsophisticated patients. Psychological Bulletin, 1976, 83, 339-352.
- HEPPNER P.P. A review of the problem-solving literature and its relationship to the counseling process. Journal of Counseling Psychology, 1978, 25, 366-375.
- HERMANS H.J.M. Prestatiemotief en faalangst in gezin en onderwijs. Lisse, Swets en Zeitlinger, 1980.
- HIGGINS R.L., Alonso R.R., Pendleton M.G. The validity of role-play assessments of assertiveness. Behavior Therapy, 1979, 10, 655-662.

- HOLLANDER J. Problemsolving Training. *Intermediair*, 1980, 16de jaargang, 28, 11, 1-9.
- HOLLINGSHEAD A.B., Redlich F.C. Social class and mental illness. New York, Wiley, 1958.
- HOMME L.E. Perspectives in psychology XXIV. Control of coverants, the operants of the mind. *Psychological Record*, 1965, 151, 501-511.
- HOOGDUIN K. Over het nemen van beslissingen. In: Velden van der K. (ed.): *Direktieve Therapie deel 2*. Deventer, Van Loghum Slaterus, 1980.
- HORAN J.J. Counseling for effective decision-making. Boston Mass., Duxbury Press, 1979.
- HORNTON D.L., Turnage T.W. Human learning. Englewood Cliffs, New Jersey, Prentice Hall, 1976.
- HOUTZ J.C., Feldhusen J.F. The modification of fourth graders problem-solving abilities. *Journal of Psychology*, 1976, 93, 229-237.
- INTAGLIATA J.C. Increasing the interpersonal problem-solving skills of an alcoholic population. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1978, 46, 480-498.
- JACOBS D., Charles E., Jacobs T., Weinstein H., Mann D. Preparation for treatment of the disadvantaged patient. Effects on disposition and outcome. *American Journal of Orthopsychiatry*, 1972, 42, 666-674.
- JACOBSON L.I. The effects of awareness, problem-solving ability and task difficulty on the acquisition and extinction of verbal behavior. *Journal of Experimental Research in Personality*, 1969, 3, 206-213.
- JACOBSON N.S. Problem solving and contingency contracting in the treatment of marital discord. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1977, 45, 92-100.
- JACOBSON N.S. Increasing positive behavior in severely distressed marital relationships: the effects of problem-solving training. *Behavior Therapy*, 1979, 10, 311-326.
- JACOBSON N.S., Anderson E.A. The effects of behavior rehearsal and feedback on the acquisition of problem-solving skills in distressed and nondistressed couples. *Behavior Research and Therapy*, 1980, 18, 25-36.

- JANIS J.L., Hoyt M.F. Increasing adherence to a stressful decision via a motivation balance-sheet procedure: a field experiment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1975, 5, 833-839.
- JASPERS J.P.C. *Gijzelingen in Nederland*. Lisse, Swets en Zeitlinger, 1980.
- JOE V.C. Review of the internal-external control construct as a personality variable. *Psychological Reports*, 1971, 28, 619-640, Monograph Supplement 3 - V28.
- JONES E. Social class and psychotherapy: a critical review of research. *Psychiatry*, 1974, 37, 307-320.
- KAISER F.J. *Entscheidungsstraining*. Bad Heilbrunn, Julius Klinkhardt, 1973.
- KAZDIN A.E. Covert modeling and the reduction of avoidance behavior. *Journal of Abnormal Psychology*, 1973, 81, 87-95.
- KENDALL P.C. On the efficacious use of verbal self-instructional procedures with children. *Cognitive Therapy and Research*, 1977, 1, 331-341.
- KENDALL P.C., Hollon S.D. Cognitive-behavioural interventions: Overview and current status. In: P.C. Kendall, S.D. Hollon (eds): *Cognitive-behavioural interventions: theory, research and procedures*. New York, Academic Press, 1979.
- KENDALL P.C., Zupan B.A. Individual versus group application of cognitive-behavioral self-control procedures with children. *Behavior Therapy*, 1981, 12, 344-359.
- KENDALL P.C., Hollon S.D. *Assessment-strategies for cognitive behavioural interventions*. New York, Academic Press, 1981.
- KILMAN P.R., Albert B.M., Sotile W.M. Relationship between locus of control, structure of therapy and outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1975, 43, 588.
- KILMANN P.R., Laval R., Wanlass R.L. Locus of control and perceived adjustment to life events. *Journal of Clinical Psychology*, 1978, 34, 512-513.
- KILMANN P.R., Sotile, W.M. The effects of structured and unstructured leader roles on internal and external group participants. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1976, 44, 848-856.

- KOPPELAAR L., Vlaander G.P.J. Externe beheersing en het effect van therapie en training. *Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie*, 1983, 38, 25-33.
- KRAWETZ S.P., Thomas K.R. A learning theory approach to counseling indecisive clients. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 1974, 198-208.
- KUENSTLER G. A planning group for psychiatric outpatients. *The American Journal of Occupational Therapy*, 1976, 30, 634-639.
- LACHMAN R., Lachman J.L., Butterfield E.C. *Cognitive psychology and information processing: an introduction*. Hillsdale, New York, Erlbaum, 1979.
- LANGE M. Drie vormen van behandeling in de geestelijke gezondheidszorg. Lisse, Swets en Zeitlinger, 1984.
- LAZARUS R.S. *Psychological stress and the coping process*. New York, McGraw Hill, 1966.
- LAZARUS R.S. Cognitive behavior therapy as psychodynamics revisited. M.J. Mahoney (ed): *Psychotherapy process*. New York, Plenum Press, 1980.
- LANDSHEER H. De bittere teleurstelling van de gedragsdiagnosticus. *Gedragstherapie*, 1983, 16, 153-159.
- LEARY T. *Interpersonal diagnosis of personality*. New York, Ronald Press company, 1957.
- LEE W. *Formulating and reaching goals*. Champaign Ill., Research Press Company, 1978.
- LEFCOURT H.M. Internal-external control of reinforcement: a review. *Psychological Bulletin*, 1966, 65, 206-220.
- LEFCOURT H.M. *Locus of control*. Hillsdale, New York, Lawrence Erlbaum Associates, 1976.
- LERNER B. *Therapy in the ghetto*. Baltimore, Johns Hopkins University Press, 1972.
- LEVENTHAL H., Meyer D., Nerenz D. The common sense representation of illness danger. In: Rachman S. *Contributions to medical psychology*. London, Pergamon press, 1980, 2, 7-30.
- LIPINSKY D., Nelson R. Problems in the use of naturalistic observation as a means of behavioral assessment. *Behavior Therapy*, 1974, 5, 341-351.

- LOCKE E.A. Is 'behavior therapy' behavioristic? *Psychological Bulletin*, 1971, 76, 318-327.
- LORION R.P. Socio-economic status and traditional treatment approaches reconsidered. *Psychological Bulletin*, 1973, 79, 263-270.
- LORION R.P. Patient and therapist variables in the treatment of low-income patients. *Psychological Bulletin*, 1974a, 81, 344-354.
- LORION R.P. Social class, treatment attitudes and expectations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1974b, 42, 520.
- LORION R.P. Research on psychotherapy and behavior change with the disadvantaged. In: Garfield S.L., Bergin A.E. (eds): *Handbook of psychotherapy and behavior change*, second edition. New York, Wiley, 1978.
- LORISH R.C. Teaching counseling and problem-solving skills to disadvantaged young adults. *Dissertation Abstracts International*, 1975, 35, maart 9A, 5819.
- MAGOON J. Developing skills for educational and vocational problems. In: Krumboltz J.D., Thoresen C.E. (eds): *Behavioral counseling: cases and techniques*. New York, Holt, Rinehart, Winston, 1969.
- MAHONEY M.J. Cognition and behavior modification. Cambridge Mass., Ballinger, 1974.
- MAHONEY M.J. Reflections on the cognitive learning trend in psychotherapy. *American Psychologist*, 1977a, 32, 5-13.
- MAHONEY M.J. Cognitive therapy and research: a question of questions. *Cognitive Therapy and Research*, 1977b, 1, 5-16.
- MAHONEY M.J. Personal science: a cognitive learning therapy. In: A. Ellis en R. Grieger (eds): *Handbook of rational psychotherapy*. New York, Springer, 1977c.
- MAHONEY M.J. *Psychotherapy process*. New York, Plenum Press, 1980.
- MAHONEY M.J., Arnkoff D.B. Cognitive and self control therapies. In: Garfield S.L., Bergin A.E. (eds): *Handbook of psychotherapy and behavior change*, second edition. New York, Wiley and Sons, 1978.
- MARZILLIER J., Eastman C. Continuing problems with self-efficacy theory: a reply to Bandura. *Cognitive Therapy and Research*, 1984, 8, 257-262.
- MAYO L.L., Norton R. The use of problem solving to reduce examination and interpersonal anxiety. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 1980, 11, 287-289.

- MAYZNER M.S., Tresselt M.E. Anagram solution times: a function of letter order and word frequency. *Journal of Psychology*, 1958, 56, 376-379.
- MCFALL R.M., Marston A.R. An experimental investigation of behavior research in assertive training. *Journal of Abnormal Psychology*, 1970, 76, 2, 295-303.
- MCFALL R.M. Analogue methods in behavioral assessment: Issues and prospects. In Cone J.D., Hawkins R.P. (eds.) *Behavioral assessment*. New York, Bruner/Mazel, 1977.
- MCGEOCH J.A. *The psychology of human learning*. New York, Longmans, Green, 1942.
- MCGUIGAN F.J., Lunsden D.B. (eds.) *Contemporary approaches to conditioning and learning*. New York, Wiley, 1973.
- MCGUIRE M.T., Sifneos P.E. Problem solving in psychotherapy. *Psychiatric Quarterly*, 1970, 44, 667-673.
- MECHANIC D. *Students under stress: a study in the social psychology of adaptation*. New York, The Free Press of Glencoe, 1962.
- MEICHENBAUM D. *Cognitive behavior modification*. Morristown, New York, General Learning Press, 1974.
- MEICHENBAUM D. A self-instructional approach to stress management: a proposal for stress-inoculation training. In: J. Sarason, C.D. Spielberger (eds): *Stress and anxiety*. Volume 2, New York, Wiley, 1975, 227-263.
- MEICHENBAUM D. A self-instructional approach to stress management: a proposal for stress-inoculation training. In: G. Spielberger, J. Sarason (eds): *Stress and anxiety in modern life*. New York, Winston and Sons, 1976.
- MEICHENBAUM D. *Cognitive behavior modification*. New York, Plenum Press, 1977.
- MEILLO J., Goedhart A. Sociodrama, een sociale therapie. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 1980, 35, 15-31.
- MELTZHOFF J., Kornreich M. *Research in psychotherapy*. New York, Atherton Press, 1970.
- MENDONCA J.D., Siess T.F. Counseling for indecisiveness: problem-solving and anxiety management. *Journal of Counseling Psychology*, 1976, 23, 339-347.

- MERLUZZI Th.V., Rudy Th.R., Glass C.R. The information processing paradigm: implications for clinical science. In: Merluzzi Th.V., Glass C.R., Genest M.: Cognitive assessment. New York, The Guilford Press, 1981.
- MEYERS J.J. Problem solving therapy with socially anxious children. Lisse, Swets en Zeitlinger, 1978.
- MILLER J.F. Coping with chronic illness: overcoming powerlessness. Philadelphia, F.A. Davis Company, 1983.
- MILLER N.E., Dollard J. Social learning and imitation. New Haven Connecticut, Yale University, 1941.
- MILLER G.A., Gallanter E., Pribram K.N. Plans and the structure of behavior. New York, Holt, Rinehart, Winston, 1960.
- MINUCHIN S. Gezinstherapie. Utrecht/Antwerpen, Aula 511, Het Spectrum, 1973.
- MINUCHIN S., Montalvo B., Guernsey B.G. Jr., Rossman B.L., Schumer F. Families of the slums. New York, Basic Books Inc., 1967.
- MURRAY E.J. Motivation and emotion. Englewood Cliffs, New Jersey, Prentice Hall, 1964.
- MYERS J.K., Bean L.L. A decade later: a follow-up of social class and mental illness. New York, Wiley and Sons, 1968.
- NEWELL A., Simon H.A. Human problem solving. Englewood Cliffs, New Jersey, Prentice Hall, 1972.
- NOVACO R. Anger control: the development and evaluation of an experimental treatment. Lexington, Mass, D.C. Heath, 1975.
- NIJHOF G. Sociale ongelijkheid en psychische storingen. Nijmegen, Link, 1979.
- O'CONNELL F.J. Jr., Duncan C.P. Anagram solving as a function of letter spacing. Psychological Reports, 1961, 8, 117-118.
- ORLEMANS H. Cognities als O-factor in het SORKC-schema. Een reactie op de notitie van Aad Burger in dit tijdschrift. Gedragstherapie, 1983, 16, 161-165.
- ORMEL H. Moeite met leven of een moeilijk leven. Intermediair, 1981, 17, 35, 57-63.
- OSBORN A.F. Applied imagination: principles and procedures of creative problem-solving. 3rd ed., New York, Scribner, 1963.

- OVERALL B., Aronson H. Expectations of psychotherapy in patients of lower socio-economic class. *American Journal of Orthopsychiatry*, 1963, 33, 421-430.
- PARNES S.J., Noller R.G., Biondi A.M. (eds) *Guide to creative action*. New York, Scribner's, 1977.
- PATTERSON G.R., Hops, H., Weiss R.L. Interpersonal skills training for couples in early stages of conflict. *Journal of Marriage and the Family*, 1975, 295-303.
- PAVLOV J.P. *Selected works*. J. Gibbons (ed): Moscow, Foreign Languages Publishing House, 1955.
- PAVLOV J.P. *Conditioned reflexes* (1927). New York, Dover, 1960.
- PHARES J.E. *Locus of control in personality*. Morristown, New York, General Learning Press, 1976.
- PIAGET J. *The moral judgement of the child*. New York, Brace and World Inc., 1932.
- PLATT J., Scura W.C., Hannon J.R. Problem-solving thinking of youthful incarcerated heroine addicts. *Journal of Community Psychology*, 1973, 1, 278-281.
- PLATT J., Spivack G. Problem-solving thinking of psychiatric patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1972a, 39, 148-151.
- PLATT J., Spivack G. Social competence and effective problem-solving thinking in psychiatric patients. *Journal of Clinical Psychology*, 1972b, 28, 3-5.
- PLATT J., Spivack G. Studies in problem-solving thinking of psychiatric patients: I. Patient-control differences. II. Factorial structure of problem-solving thinking. *Proceedings of the 81 annual Convention of the American Psychological Association*, 1973, 8, 463-464.
- PLATT J., Spivack G. Means of solving real-life problems. I. Psychiatric patients versus controls and cross-cultural comparisons of normal females. *Journal of Community Psychology*, 1974, 2, 45-48.
- POITRAS-MARTIN D., Stone G.L. Psychological education: a skill-oriented approach. *Journal of Counseling Psychology*, 1977, 24, 153-157.
- PROKASY W.F. (ed.) *Classical conditioning*. New York, Appleton-Century-Crofts, 1965.

- PIJPE G. Psychotherapie met de patient van laag ontwikkelingsniveau. Tijdschrift voor Psychotherapie, 1976, 2, 71-80.
- QUEKELBERGE von R. Modelle kognitiver Therapien. In de reeks Fortschritte der klinischen Psychologie, 20, München, Urban en Schwarzenberg, 1979.
- RAPAPORT L. The state of crisis: some theoretical considerations. Social Service Review, 1962, 36, 211-217.
- REED R.P. Group psychotherapy effects on internal-external locus of control. Unpublished Ph.D. dissertation, University of New Mexico, 1975.
- REIFF R., Scribner S. Issues in the new national mental health program relating to labor and low-income groups. In: F. Riessman, J. Cohen, A. Pearl (eds): Mental health of the poor. New York, Free Press, 1964.
- RICHARDS C.R., Perri, M.G. Do self-control treatments last? An evaluation of behavioral problem-solving and faded counselor contact as treatment maintenance strategies. Journal of Counseling Psychology, 1978, 25, 376-383.
- RIESSMAN F. New approaches to mental health treatment for labor and low-income groups: a survey. New York, National Institute of Labor Education, 1964.
- RIESSMAN F., Cohen J., Pearl A. (eds.) Mental Health of the poor. New York, Free Press, 1964.
- ROBIN A.L., Kent R., O'Leary K.D., Foster S., Prinz R. An approach to teaching parents and adolescents problem-solving communication skills. Behavior therapy, 1977, 8, 639-643.
- ROSEN L.W. Self-control program in the treatment of obesity. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 1981, 12, 163-166.
- ROSENBERG M. Society and the adolescent self-image. Princeton, Princeton University Press, 1965.
- ROSENTHAL D., Frank J.D. The fate of psychiatric clinic outpatients assigned to psychotherapy, Journal of Nervous and Mental Disorders, 1958, 127, 330-343.
- ROTTER J.B. Social Learning and clinical psychology. Englewood Cliffs, New Jersey, Prentice Hall, 1954.

- ROTTER J.B. Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 1966, 80, 1-28.
- ROTTER J.B. Some problems and misconceptions related to the construct of internal versus external control of reinforcement. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1975, 43, 56-67.
- RUBIN L.B. *Worlds of pain*. New York, Basic Books, 1976.
- RUSSELL M.L., Thoresen, C.E. Teaching decision-making skills to children. In: Krumboltz J.D., Thoresen C.E. (eds.) *Counseling methods*. New York, Holt, Rinehart, Winston, 1976.
- RYAN W. *Psychotherapy for the poor: liberating or oppressive? Ongepubliceerde dissertatie*. Universiteit van San Fransisco, 1972.
- SANDERS G.J.E.M. *Het gewone en het bijzondere van de homoseksuele leefsituatie*. Deventer, Van Loghum Slaterus, 1977.
- SCANDURA J.H. *Problem solving, a structured process approach*. New York, Academic Press, 1977.
- SCHMIDT W., Smart R.G., Moss M.K. *Social class and the treatment of alcoholism*. Toronto, University of Toronto Press, 1968.
- SCHNEIDERMAN L. Social class, diagnosis and treatment. *American Journal of Orthopsychiatry*, 1965, 35, 99-105.
- SCHOFIELD W. *Psychotherapy: the purchase of friendship*. Englewood Cliffs, New Jersey, Prentice Hall, 1964.
- SCHREURS P., Tellegen B., Vromans I., Willige van de G. *De ontwikkeling van de Utrechtse copinglijst*. Psychologisch Geschrift No. 83.01. IKPP, RU Utrecht, 1983 (intern rapport).
- SCHREURS P., Tellegen B., Willige van de G. *Gezondheid, Stress en Coping: de ontwikkeling van de Utrechtse Coping Lijst*. Tijdschrift voor Gedrag, 1984, 1.
- SCHUERMAN J.A. *Revalidatie van gedragsdeviaties bij cerebraal gestoorde*. Proefschrift RL Maastricht, september 1977.
- SCHULTE D. *Theoretische Grundlagen der Verhaltenstherapie*. In: *Handbuch der Psychologie*. Bd.8/1, S 981-1026, Göttingen, 1977.
- SCHWARTZ R.D., Higgins R.L. Differential outcome from automated assertion training as a function of locus of control. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1979, 47, 686-694.

- SELIGMAN M.E.P. Helplessness: on depression, development and death. San Francisco, W.H. Freeman, 1975.
- SELIGMAN M.E.P. Human helplessness: theory and applications. Academic Press, New York, 1980.
- SHAPIRO M.D. A method of measuring psychological changes specific to the individual psychiatric patient. *British Journal of Medical Psychology*, 1961, 34, 151-155.
- SHURE M., Spivack G. Means- ends thinking, adjustment and social class among elementary-school children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1972, 38, 348-353.
- SHURE M., Spivack G., Jaeger M. Problem-solving thinking and adjustment among disadvantaged pre-school children. *Child Development*, 1971, 42, 1791-1803.
- SIEGEL J.M., Spivack G. A new therapy for chronic patients. *Behavior Therapy*, 1976, 7, 129-130.
- SKINNER B.F. The behavior of organisms. New York, Appleton Century, 1938.
- SKINNER B.F. Science and human behavior. New York, MacMillan, 1953.
- SLOVIC P., Fischhoff, B., Lichtenstein, S. Behavioral decision theory. *Annual Review of Psychology*, 1977, 28, 1-39.
- SMITH D. Trends in counseling and psychotherapy. *American Psychologist*, 1982, 37, 802-809.
- SOBEY F. The nonprofessional revolution in mental health. New York, Columbia University Press, 1970.
- SPEEDIE S.M., Houtz J.C., Ringenbach S., Feldhusen J.F. Abilities measured by the Purdue Elementary Problem Solving Inventory. *Psychological Reports*, 1973, 33, 959-963.
- SPIELBERGER C.D. de Nike L.D. Descriptive behaviorism versus cognitive theory in verbal operant conditioning. *Psychological Review*, 1966, 73, 306-326.
- SPIVACK G. Platt J.J., Shure M. The problem solving approach to adjustment. London, Jossey-Bass Publication, 1976.
- SPIVACK G., Shure M. Social adjust of young children: a cognitive approach to solving real-life problems. London, Jossey-Bass Publishers, 1974.

- SROLE L., Langer T.S., Michael S.T., Opler M.K., Rennie T.A.C. Mental health in the metropolis: The Midtown Manhattan Study. New York, McGraw-Hill, 1962.
- STAL P., Scheffer W. Omgaan met problemen. Nijmegen, ITS, 1982.
- STONE G.H., Hinds W.C., Schmidt G.W. Teaching mental health behaviors to elementary school children. Professional Psychology, 1975, february, 34-40.
- STUFKENS T. Een introductiecursus voor Psychotherapie. Utrecht, dissertatie RU, 1977.
- SUINN R.M., Richardson A. Anxiety-management training: a non-specific behavior therapy program for anxiety control. Behavior Therapy, 1971, 2, 489-510.
- SWAAN de A., Gelderen van R., Kense V. Het spreekuur als opgave. Sociologie van de psychotherapie II. Utrecht, Aula boeken, 662, Het Spectrum, 1979.
- THOMAS E.J., O'Flaherty K., Borkin J. Coaching marital partners in family decision-making. In: Krumboltz J.D., Thoresen C.E. (eds.) Counseling methods. New York, Holt, Rinehart, Winston, 1976.
- THORESEN C.E., Mahoney M.J. Behavioral self-control. New York, Holt, Rinehart, Winston, 1974.
- THORNDIKE E.S. Animal intelligence: an experimental study of the associative processes in animals. Psychological Review Monographs, 1898, 8, 2-4.
- TORRANCE E.P., Meyers R.E. Creative learning and teaching. New York, Dodd, 1970.
- TROWER P., Bryant B., Argyle M. Social skills and mental health. Pittsburgh, University of Pittsburgh Press, 1978.
- UNDERWOOD B.J., Schultz R.W. Meaningfulness and verbal learning. Chicago, Lippincott, 1960.
- URBAIN E.S., Kendall P.C. Review of social-cognitive problem-solving interventions with children. Psychological Bulletin, 1980, 88, 109-143.
- VELDEN van der K., Vreeken T. Recht op hulp: twee notities over de opzet van een maatschappelijk relevant RIAGG in Rotterdam. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid, 1977, 32, 760-772.

- WALLACE W.G., Horan J.J., Baker S.B., Hudson G.R. Incremental effects of modeling and performance feedback in teaching decision-making counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 1975, 22, 570-572.
- WASKOV I.E., Parloff M.B. (red.) *Psychotherapy change measures*. Washington, 1975 NIMH.
- WESTERLAAK van J.M., Kropman J.A., Collaris J.W.M. *Beroepenklapper* Nijmegen, ITS, 1975.
- WHATSON D.L., Tharp R.G. *Self-directed behavior: self-modification for personal adjustment*. 2nd edition, Monterrey, Brooks-Cole, 1977.
- WILLIAMS R.L., Long J.D. *Toward a self-managed life style*. Boston, Houghton Mifflin Company, 1975.
- WILLEMS M. e.a. *Paper project inzichtgevende psychotherapie met arbeiders*. IMP Amsterdam, 1976.
- WILLIGE van de G., Schreurs P., Tellegen B. *Het meten van coping gedrag: de Utrechtse Copinglijst*. Intern verslag Vakgroep Klinische Psychologie Utrecht, januari 1983.
- YABROFF. *Learning decision making*. In: Krumboltz, J.D., Thoresen C.E. (eds.) *Behavioral Counseling: cases and techniques*. New York, Holt, Rinehart, Winston, 1969.
- YALOM, J.D. *The theory and practice of group psychotherapy*. Second edition, New York, Basic Books Inc. Publishers. 1975.

Bijlage I: Protocol voor de vaardigheid "dagelijkse problemen aanpakken"

De vaardigheidstherapie "dagelijkse problemen aanpakken" omvat 4 wekelijkse bijeenkomsten van 2 uur onder leiding van 2 therapeuten, die elkaar afwisselen wat de uitvoering van de verschillende programma-onderdelen betreft. De therapeuten maken vooraf duidelijke afspraken over de onderlinge rolverdeling. Een aantal van 6 cliënten per therapie lijkt optimaal zowel wat de modelfunctie betreft alsook met het oog op de per bijeenkomst beschikbare tijd. De bijeenkomsten worden als volgt gestructureerd:

ZITTING 1

0.00 - 0.20 u. KENNISMAKING EN INTRODUCTIE

1. Kort doel en duur van de groep aangeven
2. Kennismaking door middel van het uitwisselen van namen
3. Nadere toelichting op het doel. Deelnemers duidelijk maken dat
 - a. het erom gaat de deelnemers een strategie (=systematische manier van omgaan met) aan te leren met behulp waarvan ze problemen adequaat kunnen aanpakken.
 - b. de term probleem altijd verwijst naar problematische situaties. Het gaat om situaties die zich plotseling voordoen en waar men geen gewoonte- of routine-oplossing voor voorhanden heeft. De therapeuten dienen duidelijk aan te geven dat de aandacht vooral gericht wordt op probleemsituaties, die paniek, apathie of een andere, meestal inadequate, reactiewijze bij het betreffende individu oproepen. Doel van de bijeenkomsten is de deelnemers adequater met soortgelijke situaties te leren omgaan.

- c. deze therapie niet beoogt het centrale probleem of symptoom van de deelnemers voor hen op te lossen.
 - d. er tijdens de bijeenkomsten vooral geoefend zal worden door de deelnemers.
 - e. deze oefeningen alledaagse situaties zullen betreffen uit de eigen leefsituatie.
 - f. deze oefeningen zullen verlopen in een volgorde van makkelijk naar steeds iets moeilijker.
4. Eerste inventarisatie van probleemsituaties. De therapeuten geven aan om wat voor soort probleemsituaties het gaat door zelf een aantal voorbeelden te noemen (zie lijst standaard probleemsituaties p.221 e.v.). Elke deelnemer wordt gevraagd 1 à 2 voor hem relevante alledaagse probleemsituaties op te noemen.

0.20 - 0.40 u. VIDEO-MODELING PLUS DIDACTISCHE INSTRUCTIE

- 1. Introductie van de vaardigheid op video door de autoriteit. Men laat de eerste voorbeeldsituatie aan de deelnemers zien waarin de betreffende leerpunten niet worden toegepast.
- 2. Nabespreking van het videovoorgebeeld aan de hand van de volgende vragen:
 - * wat gebeurde er?
 - * wat vindt u van de getoonde reactie-wijze?
 - * herkent u deze reactie-wijze?
- 3. Introductie van de leerpunten op video. Men laat de deelnemers het eerstvolgende video-voorbeeld zien, waarin de betreffende leerpunten wél worden toegepast.
- 4. Nabespreking van het zojuist getoonde video-voorbeeld aan de hand van de volgende vragen:
 - * wat gebeurde nu?
 - * zag u de leerpunten?

In deze nabespreking dienen de 5 leerpunten, punt voor punt, nagevraagd te worden bij de cliënten.

5. Ter didactische instructie van de impliciete leerpunten moet door de therapeuten benadrukt worden dat:
- a. het zinvol kan zijn eerst na te denken en daarna pas iets te gaan doen.
 - b. men bij oefeningen in het aanpakken van problemen het beste eenvoudig en gemakkelijk kan beginnen.
 - c. problemen/problematische situaties, een normaal (onder)deel vormen van het dagelijks leven waarmee iedereen op zijn tijd geconfronteerd wordt.
 - d. men problemen niet uit de weg dient te gaan maar wel aan te pakken en op te lossen.
 - e. een bepaald probleem/een bepaalde problematische situatie altijd meerdere oplossingen kent.
 - f. dē (=enige, goede) oplossing niet bestaat.
 - g. wat voor de een een goede oplossing vormt, voor een ander een slechte kan zijn.
 - h. het bij het maken van een keuze uit mogelijke oplossingen van groot belang is, dat de voordelen opwegen tegen de nadelen.

De in a t/m h beschreven impliciete leerpunten worden regelmatig herhaald door de therapeuten, zodat ze elke zitting wel een aantal keren onder de aandacht komen.

0.40 - 0.45 u. Korte toelichting en samenvatting met betrekking tot leerpunt 1 en 2.

0.45 - 0.55 u. MODELING door een van beide THERAPEUTEN met betrekking tot 1 à 2 standaardsituaties: uitsluitend wat betreft leerpunt 1 en 2 (voor lijst standaard-situaties zie p.221 e.v.).

0.55 - 1.50 u. GEDRAGSOEFENING door de CLIENTEN waarbij elke deelnemer een beurt krijgt met betrekking tot een standaard-situatie (p.221 e.v.) uitsluitend wat betreft leerpunt 1 en 2. De client die de beurt heeft, gaat vóór de groep in een stoel zitten. De gedragsoefeningen van de deelnemers worden beurtelings geleid door de therapeuten. Terwijl een van hen de betreffende client instrueert, ondervraagt en ondersteunt, noteert de ander op de flap-over de wijze waarop leerpunt 1 en 2 worden ingevuld. De client, die de beurt heeft, zit en profile voor de groep: duidelijk zichtbaar voor de mede-groepsleden en therapeuten met goed uitzicht op het bord met leerpunten en op de flap-over. Teneinde discussie met groepsgenoten tijdens de oefening te voorkomen, zit de client half met zijn rug naar de groep gekeerd (= "en profile"). Wat de PROBLEEMDEFINITIE - leerpunt 1 - betreft, geldt dat deze aan 3 eisen moet voldoen:

- a. het betreffende probleem moet in concrete termen gesteld zijn.
- b. de probleemdefinitie moet alle relevante feiten omvatten.
- c. dat aspect aan het probleem waar men iets aan wenst te veranderen, moet expliciet in de probleemdefinitie zijn opgenomen.

De wijze waarop men een probleem definieert, blijkt gevolgen te hebben voor de richting waarin men oplossingen bedenkt. De nu volgende probleemsituatie diene daarbij als voorbeeld.

Stel u voor:

U hebt een afspraak met uw huisarts. U wilt er op de fiets heengaan. U stapt het fietsenhok binnen en ziet tot uw schrik dat uw fiets een platte band heeft.

Het in deze situatie aanwezige probleem kan men op minstens 3 verschillende manieren definiëren:

- a. probleem-definitie 1: Uw fiets is kapot. Hoe kunt u ervoor zorgen dat die weer gerepareerd wordt?
- b. probleem definitie 2: U wilt op tijd bij uw huisarts zijn teneinde de afspraak te laten doorgaan. Hoe speelt u dat klaar?
- c. probleem definitie 3: U wilt zo snel mogelijk aan de huisarts doorgeven dat u te laat komt. Hoe kunt u dit aanpakken?

Tijdens de oefeningen in de groep dient de deelnemers duidelijk te worden gemaakt dat men een en hetzelfde probleem op meerdere wijzen kan verwoorden. De persoon die de beurt heeft, bepaalt voor welke probleem-definitie hij kiest en dus ook in welke richting hij oplossingen gaat zoeken.

Bij leerpunt 1 'Ga na wat precies het probleem is' heeft de therapeut tot taak de cliënten bij de concretisering van hun probleem behulpzaam te zijn door het stellen van vragen, gericht op concretisering (wie, wat, waar, wanneer). Dit geldt voor alle zittingen.

Achtereenvolgens krijgt elk groepslid de opdracht leerpunt 1 en 2 toe te passen ten aanzien van een standaardsituatie (zie lijst op p.221 e.v.).

Leerpunt 2, het bedenken van alternatieven, kan men afwisselend groepsgewijs en individueel oefenen. Herhaalde oefening van deze leerstappen tijdens de eerste zitting is van groot belang, waarbij de therapeuten er zorg voor dienen te dragen dat de deelnemers er plezier in krijgen zoveel mogelijk oplossingen te bedenken zonder daarbij enige vorm van selectie toe

te passen. Ook oplossingen die in eerste instantie weinig reëel en/of gebruikelijk lijken, worden in de rij van mogelijke oplossingen opgenomen. Doel daarvan is het creatief denken te bevorderen.

1.50 - 1.60 u. HUISWERK

1. Introductie huiswerkbeginsel
2. Introductie huiswerkboekje
3. Opgave eerste huiswerk:
 - a. kijk hoe anderen in uw omgeving met problemen omgaan: wat valt u daaraan op in termen van de leerpunten?
 - b. noteer aan het eind van elke dag wat voor probleemsituaties er op die dag hebben plaatsgevonden (dagboek).
 - c. pas op een van deze situaties leerpunt 1 en 2 toe.

ZITTING 2

0.00 - 0.30 u. HUISWERKBESPREKING:

1. Ieder krijgt een beurt.
2. Adequaat huiswerk gedrag wordt positief bekrachtigd.
3. Bij niet gemaakt huiswerk laten de therapeuten hun teleurstelling blijken.
4. De therapeuten noteren op de flap-over per client welke leerpunten wel en welke niet werden gerealiseerd. Niet-gerealiseerde leerpunten worden in de loop van de zitting extra geoefend.
5. Modeling door groepsgenoten en didactische instructie van therapeuten met betrekking tot inadequaat huiswerk.

- 0.30 - 0.50 u. VIDEO-MODELING PLUS DIDACTISCHE INSTRUCTIE
Video-voorbeeld 2 wordt getoond - met en zonder leerpunten - en nabesproken volgens de procedure beschreven bij zitting 1.
- 0.50 - 1.00 u. MODELING DOOR EEN THERAPEUT
Leerpunt 1 t/m 5 worden door een therapeut toegepast op een standaard probleemsituatie (zie lijst op p.221 e.v.). Dezelfde situatie kan worden gebruikt als bij sessie 1: nu met toepassing van alle leerpunten.
- 1.00 - 1.45 u. GEDRAGSOEFENING DOOR DE CLIENTEN
1. De cliënten krijgen ieder een beurt met betrekking tot de standaardsituaties zoals gebruikt in sessie 1. Nu met de opdracht leerpunt 1 t/m 5 toe te passen.
 2. Cliënten krijgen elk een beurt met als opdracht leerpunt 1 t/m 5 toe te passen met betrekking tot de huiswerksituatie uit zitting 1. De opstelling tijdens deze beurten is gelijk aan de opstelling in zitting 1.
 3. Met betrekking tot leerpunt 1 "ga na wat precies het probleem is" geldt dat de therapeut erop dient toe te zien dat het probleem zo duidelijk en concreet mogelijk geformuleerd wordt door de betreffende cliënt.
 4. Met betrekking tot leerpunt 2 "bedenk een aantal oplossingen" geldt dat de cliënt leert zelf een aantal, in ieder geval meer dan 1, oplossingen te bedenken. Bij dit leerpunt kan de groep worden ingeschakeld om degene die de beurt heeft te tonen dat men voor het gestelde probleem inderdaad een reeks oplossingen kan bedenken.
 5. Met betrekking tot leerpunt 3 "zet de voor- en nadelen van elke oplossing op een rij" geldt dat de deelnemers leren voor- en nadelen te benoemen

en vervolgens tegen elkaar af te wegen. De gevolgen van een bepaalde oplossingen kan men steeds opdelen in korte en lange-termijn gevolgen en in gevolgen voor de persoon zelf versus gevolgen voor zijn omgeving.

6. Met betrekking tot leerpunt 4 "kies de oplossing die je het best past" geldt dat elke deelnemer moet leren de voor hem meest passende oplossing te kiezen. Wanneer de betreffende persoon het moeilijk vindt om een keuze te maken, kunnen de therapeuten een afwegingssysteem demonstreren met behulp van het toekennen van cijfers c.q. het toekennen van plussen en minnen.
7. Met betrekking tot leerpunt 5 "breng die oplossing in praktijk" geldt dat deze stap door de betreffende persoon zo mogelijk kort maar krachtig wordt ingeoefend tijdens de groepsbijeenkomsten. Er vindt echter geen uitgebreide interpersoonlijke vaardigheidstraining plaats. Bij aperte interpersoonlijke vaardigheidstekorten is deelname aan interpersoonlijke vaardigheidstherapieën aange-
wezen.

1.45 - 1.60 u. HUISWERK

Aan het eind van deze tweede zitting krijgen deelnemers de volgende huiswerkopdrachten mee:

1. Noteer aan het eind van elke dag welke probleemsituaties u heeft meegemaakt. Deze situaties zullen tijdens de volgende bijeenkomst als oefenmateriaal worden gebruikt.
2. Kies een van de onder punt 1 bedoelde situaties uit en pas daarop leerpunt 1 t/m 5 toe.

ZITTING 3

- 0.00 - 0.30 u. HUISWERKBESPREKING
Deze verloopt op dezelfde wijze als beschreven bij zitting 2.
- 0.30 - 0.50 u. SCHRIFTELIJKE GEDRAGSOEFENING
De deelnemers krijgen van de therapeuten de opdracht, ieder voor zich, leerpunt 1 t/m 5 toe te passen op één van de standaardsituaties, gepresenteerd door een van beide therapeuten. Men werkt allen dezelfde situatie uit, met of zonder pen en papier als hulpmiddel.
- 0.50 - 1.00 u. NABESPREKING
Kort verslag van de eerder uitgewerkte situatie per persoon in de groep.
- 1.00 - 1.45 u. GEDRAGSOEFENING
Elk der deelnemers krijgt een beurt met daarbij als opdracht leerpunt 1 t/m 5 toe te passen op een door henzelf ingebrachte situatie. Aan nog niet begrepen leerpunten wordt zonodig extra aandacht besteed door modellen in te schakelen en door extra oefenbeurten te geven. De nog niet begrepen leerpunten kan men desgewenst ook ieder op zich nog een keer oefenen: los van elkaar. De opstelling tijdens deze gedrags-oefening werd reeds beschreven bij zitting 2. Aan de bekrachtiging van gewenst gedrag wordt expliciet aandacht besteed door de therapeuten.
- 1.45 - 1.60 u. HUISWERK
Als huiswerk krijgen de deelnemers dezelfde opdrachten mee als bij zitting 2.

ZITTING 4

0.00 - 0.30 u. HUISWERKBESPREKING

Deze verloopt op dezelfde wijze als aangegeven bij zitting 2 en 3.

0.30 - 1.30 u. GEDRAGSOEFENING

Elke deelnemer krijgt een beurt met een standaard-situatie in spel-vorm. Nadat een van de therapeuten aan de rand van het speelveld, in front van de groep, de betreffende situatie in grote lijnen heeft geschetst, wordt deze vervolgens uitgespeeld, gebruik makend van in de ruimte aanwezige attributen. Medegroepsleden treden zonnodig als antagonist op. De client krijgt als opdracht de betreffende leerpunten-sequentie toe te passen op het probleem dat tijdens de spelsituatie zal ontstaan. Het spel verloopt zodanig dat het verrassings- c.q. overrompelingseffect dat probleemsituaties in het dagelijks leven kenmerkt, behouden blijft. De client kan op deze wijze ervaring opdoen met het inoefenen van het zgn. "stop en denk" principe door letterlijk en figuurlijk afstand te nemen van de betreffende situatie. Door op de zgn. denkmak (=een welomschreven plaats in de ruimte om rustig na te denken) te gaan staan, heeft hij op ieder gewenst moment de mogelijkheid voor zichzelf ruimte te creëren om de probleem-oplosstrategie voor zichzelf, dat wil zeggen in gedachten, toe te passen.

Gedrag, adequaat conform de leerpunten, wordt expliciet bekrachtigd door de therapeuten.

1.30 - 1.60 u. HUISWERK LAATSTE ZITTING

Aan elk van de deelnemers wordt naast het huiswerk, zoals in zitting 2 en 3 beschreven, tenslotte ook een soort continuë huiswerkopdracht meegegeven. Daarbij

wordt nagegaan en afgesproken hoe elk van de cliënten voor zich ervoor kan zorgen, dat men de nieuw geleerde vaardigheid in de eigen leefomgeving blijft toepassen, ook na afloop van de groepsbijeenkomsten.

Lijst van standaard-probleem-situaties

Stel u voor:

1. U staat voor uw huisdeur en merkt dat u geen huissleutel heeft.
Er is niemand thuis.
2. U bent in een grote zelfbedieningszaak. Het is een paar minuten voor sluitingstijd. U hebt nog een paar boodschappen gedaan voor het bezoek van vanavond. Terwijl u in de rij staat voor de kassa, merkt u dat u geen geld bij u heeft.
3. U hebt om 10 uur een afspraak op het arbeidsbureau. Om kwart voor 10 pakt u uw fiets en merkt dat een band plat staat.
4. U krijgt onverwacht bezoek. Het is 16.00 uur 's middags. U wilt koffie gaan zetten en merkt dat de koffie op is.
5. U moet om 9.00 uur bij de huisarts zijn. Om 8.30 uur krijgt u een telefoontje van V&D dat ze een huishoudelijk apparaat waar u al een hele tijd op zit te wachten in de loop van de ochtend komen brengen.
6. U bent uitgenodigd op een verjaardagsfeestje. Het is zondagavond. Als u om 8 uur op het punt staat naar de jarige toe te gaan, dringt het tot u door dat u helemaal vergeten bent een cadeautje te kopen.
7. U staat op het punt de deur uit te gaan op weg naar een afspraak met uw huisarts. U hebt uw jas reeds in de hand, op dat moment ziet u een bekende auto voor uw huis stoppen. Familieleden uit Venlo blijken u met hun bezoek te komen verrassen.
8. U hebt dringend contant geld nodig. Het is 15.45 uur. Bij de bank aangekomen leest u op een papier op de deur 'Wegens omstandigheden gesloten'.

9. Uw auto is voor een beurt in de garage. U hebt afgesproken de auto om 13.30 uur op te halen. Als u om 13.30 uur de garage binnenstapt, gaat de monteur net aan uw auto beginnen. U hebt om 14.00 uur een afspraak op uw werk.
10. U draagt een bril met sterke glazen. U hebt boodschappen gedaan in de stad. Op weg naar de auto wordt u overvallen door een fikse regenbui. U stapt uw auto in, pakt uw bril van uw neus om deze met uw zakdoek schoon te vegen. Plotseling merkt u dat uw bril in twee stukken is gebroken.
11. U staat bij een tankstation ergens langs de autoweg. U bent klaar met tanken. U stapt het kantoortje binnen om te betalen. De man achter de kassa reikt u het bonnetje aan en zegt: 'Dat is dan 54 gulden 80 mijnheer'. Op dat moment merkt u dat u géén geld of cheques bij u heeft om te betalen.
12. U gaat naar een receptie ter ere van één van uw collega's. U hebt extra zorg besteed aan uw kleding. U loopt voor deze gelegenheid op hoge hakken. Op het moment waarop u de reeds druk bezette zaal binnenstapt, breekt de hak van uw rechterschoen af.
13. Het is 17.00 uur. U wilt nog snel even boodschappen doen voor het avondeten en merkt dat u niet genoeg geld in huis heeft.
14. Het is woensdagavond 20.15 uur. U hebt de t.v. aanstaan. U verheugt zich op de Europacup-wedstrijd die om 20.30 uur begint. Om 20.20 uur valt het beeld weg.
15. Een kennis van u heeft het wafelijzer van u geleend. U wilt het graag terug hebben. De kennis heeft geen telefoon. U bent al een aantal keren bij haar aan de deur geweest, maar u treft steeds niemand thuis.

16. Het is 10 voor acht 's avonds. U heeft met een vriend afgesproken dat hij u om acht uur komt afhalen om samen naar een feestje te gaan in een dorp 20 km verderop. De telefoon gaat. Het is uw vriend die meedeelt, dat hij verhinderd is vanavond. U heeft zelf geen auto.
17. Een vriendin, die u al lang niet meer gezien hebt, belt op en zegt dat ze vanavond langs wil komen. U hebt helemaal geen zin in haar bezoek.
18. U hebt een huisarts waar u al lang niet meer tevreden over bent. U wilt eigenlijk een ander.

N.B. De therapeuten kunnen deze lijst zelf verder aanvullen aan de hand van eigen ervaringen en naar aanleiding van ervaringen tijdens de groepsbijeenkomsten.

De vaardigheidstherapie "veranderingen aanpakken" neemt 8 bijeenkomsten van elk 2 uur in beslag. Deze bijeenkomsten worden als volgt gestructureerd:

ZITTING 1

0.00 - 0.20 u. KENNISMAKING EN INTRODUCTIE

1. Kort doel en duur van de cursus aangeven.
2. Kennismaking door middel van het aan elkaar uitwisselen van namen.
3. De therapeuten lichten het doel van de cursus toe, waarbij zij duidelijk maken:
 - a. dat het de bedoeling is een generaliseerbare strategie (= systematische manier van omgaan met) voor het aanpakken van veranderingen aan te leren en wel via het met elkaar aanpakken van een aantal zelfgewenste veranderingen na elkaar in de tijd.
 - b. dat deze vaardigheid uiteenlopende onderwerpen en levensgebieden kan betreffen, zoals:
 - * veranderingen ten aanzien van de woonsituaties, bijvoorbeeld de inrichting van huis, tuin, buurt, etc.
 - * veranderingen in dagelijkse activiteiten, bezigheden c.q. werkzaamheden: buitenshuis zowel als thuis, betaald en onbetaald.
 - * veranderingen in vrije-tijdsbesteding, bijvoorbeeld wat betreft hobby's, sport en ontspanning.
 - * veranderingen in relaties met anderen: collegae, partner, (schoon)familie, vrienden, kennissen, burenen.
 - * veranderingen ten aanzien van kennisniveau en

deskundigheden, dat wil zeggen in opleidings- en/of scholingsniveau.

* veranderingen van leefwijze zoals bijvoorbeeld eet-, rook-, drink- en slaapgewoonten.

Voor de therapeuten is het van belang te weten dat:

- gewoontes die de persoon als niet onder eigen controle staand ervaart, niet voor behandeling in dit programma in aanmerking komen.
 - dwangfenomenen, hyperventilatie, massale verslavingsproblematiek en evidente fobische symptomen voor behandeling moeten worden doorverwezen voor gedragstherapie specifiek gericht op de behandeling van dergelijke symptomatiek.
 - de vaardigheidstherapie "veranderingen aanpakken" het meest geëigend is voor die cliënten, die nadat de ergste druk van hun problemen c.q. klachten is afgehaald weer ruimte ervaren voor constructieve activiteiten. Het gaat dus om cliënten die weer iets willen (opbouwen).
 - deelnemers aan deze vaardigheidstherapie duidelijk moet worden gemaakt dat het aanpakken van verandering niet vanzelf verloopt maar inspanning van cliënten vereist wat betreft denkwerk en daadwerkelijke activiteit(en); alsook enige mate van zelf-controle en doorzettingsvermogen.
4. Inventarisatie van veranderingen: aan elke deelnemer wordt gevraagd twee veranderingen op te noemen, waar hij aan wil werken. Deze opties worden door een van beide therapeuten op de flap-over genoteerd.

1. De therapeuten leggen de deelnemers uit dat het "aanpakken van veranderingen" uit drie fasen bestaat, te weten:
 - a. een doel stellen
 - b. een plan maken
 - c. aan de slag gaan
2. Ook wordt duidelijk gemaakt dat voor elk van deze fasen drie leerpunten gelden. De vaardigheid "veranderingen aanpakken" omvat in totaliteit dus 9 leerpunten.
3. De therapeuten geven aan, dat tijdens deze eerste zitting de eerste fase, met behulp van leerpunt 1 t/m 3, zal worden uitgelegd en geoefend.
4. Ter video-modeling wordt vervolgens de introductie van de vaardigheid door de autoriteit getoond, als ook het eerste voorbeeld van 'een doel stellen'.
5. Het eerste video-voorbeeld wordt nagesproken aan de hand van de nu volgende vragen:
 - * wat zag u gebeuren?
 - * zag u leerpunt 1, 2, 3?N.B. De leerpunten worden na elkaar nagevraagd met behulp van directe, gerichte vragen aan met name genoemde deelnemers.
6. Vervolgens worden video-voorbeeld 2 en 3 afgehandeld op dezelfde wijze als besproken onder punt 5.

Bij het bespreken van de leerpunten dienen de therapeuten de deelnemers erop te attenderen, dat bij het "aanpakken van veranderingen" naast de leerpuntensequentie zoals aangegeven op het bord met leerpunten, de volgende, zgn. "impliciete" leerpunten van belang zijn:

- * bezint eer ge begint
- * veranderen kan maar kost duidelijk inspanning
- * men moet niet alleen denken maar ook doen

* geef niet te snel op als er onverwacht iets mis gaat.

Deze didactische instructies dienen in de loop van de bijeenkomsten regelmatig te worden herhaald.

0.50 - 1.40 u. GEDRAGSOEFENING

1. Ter inoefening van de leerpunten 1, 2 en 3 krijgen de deelnemers achtereenvolgens de opdracht deze leerpunten toe te passen op de makkelijkste van de twee eerder door hen aangegeven en op de flap-over genoteerde veranderingen.
2. Terwijl de ene therapeut de gedragsoefening in de vorm van een socratische dialoog in front van de groep leidt, maakt de ander leerpuntsgewijs aantekeningen op de flap-over.
3. De client die de gedragsoefening uitvoert, zit tegenover de therapeut op het speelveld in front van de groep met het gezicht naar de flap-over en het bord met leerpunten. Ten opzichte van de groep zitten ze "en profile". Dit om te voorkomen dat er tijdens de gedragsoefening discussie ontstaat met mede-groepsleden.

Ten aanzien van het "stellen van een doel" dienen de therapeuten er rekening mee te houden dat:

- a. men cliënten doelen leert stellen, die haalbaar voor hen zijn. Te hoog gestelde doelen leiden tot faalervaringen met alle demotiverende effecten vandien.
- b. men de client zijn eigen doelen moet laten kiezen. De therapeut moet samen met de client zien uit te vinden wat deze wil en wat diens mogelijkheden daarin zijn. Ook het opleggen van doelen door de therapeut aan de client verhoogt de kans op faalervaringen en werkt demotiverend.

- c. de doelen en wensen zo concreet mogelijk geformuleerd worden: wat wil men, hoe, waar, wanneer en met wie. Steeds rekening houdend met de haalbaarheid van een en ander voor de betreffende persoon.
- d. oordelen van de deelnemers over zichzelf zoveel mogelijk gekoppeld moeten worden aan specifieke situaties.
- e. de gedragingen en instelling van de persoon zelf steeds als onderwerp van verandering dienen, aangezien controle over anderen c.q. de omgeving van de therapiegroep uit niet mogelijk is.
- f. men de deelnemers wil leren hun onvrede om te zetten in activiteit(en).
- g. de veranderingsdoelen liefst in positieve richting worden geformuleerd. Bijvoorbeeld: leerpunt 3 formuleert men bij voorkeur in de zin van "ik wil meer..." in plaats van "ik wil minder..." (uit onderzoek is immers bekend dat het toepassen van beloningsprocedures meer kans op succes geeft dan het toepassen van strafprocedures. Bij "ik wil meer..." kan men voornamelijk gebruik maken van beloningsprocedures; bij "ik wil minder..." komt men vaak niet om het toepassen van "straf"procedures heen).

1.40 - 1.60 u. HUISWERK

- 1. Introductie van huiswerkbeginsel en huiswerkboekjes.
- 2. De therapeuten geven de volgende twee huiswerkopdrachten mee:
 - a. kijk hoe anderen "veranderingen aanpakken" en wat daaraan opvalt in termen van de reeds behandelde leerpunten
 - b. pas leerpunt 1 t/m 3 toe op de verandering die eerder tijdens deze zitting op de flap-over werd vastgelegd maar nog niet geoefend.

ZITTING 2

0.00 - 0.40 u. HUISWERKBESPREKING

1. Elke deelnemer krijgt een beurt.
2. Adequaat huiswerkgedrag wordt expliciet bekrachtigd door de therapeuten.
3. Bij niet gemaakt huiswerk laten de therapeuten hun teleurstelling blijken.
4. De therapeuten noteren op de flap-over per client welke leerpunten wel/niet begrepen blijken. Niet begrepen leerpunten worden in de loop van de zitting extra geoefend.
5. De therapeuten wisselen elkaar af in het ondervragen van clienten en het maken van leerpuntsgewijze notities op de flap-over.

0.40 - 1.00 u. VIDEO-MODELING EN DIDACTISCHE INSTRUCTIES

1. De therapeuten geven duidelijk aan dat nu de tweede fase uit het veranderingsproces aan de orde is, nl.: "een plan maken".
2. Video-modeling: deze verloopt op dezelfde wijze als beschreven bij zitting 1.
3. Ook de nabespreking van de drie video-voorbeelden van "een plan maken" verloopt op dezelfde wijze als bij zitting 1.

1.00 - 1.50 u. GEDRAGSOEFENING

Deze verloopt op dezelfde wijze als beschreven bij zitting 1. Ten aanzien van de leerpunten van "een plan maken" geldt, dat:

- a. leerpunt 4: "bedenk manieren waarop je het in leerpunt 3 gestelde doel kunt verwezenlijken" ook apart geoefend kan worden - individueel en/of "en groupe" - teneinde de groepsdeelnemers meerdere oplossingen te leren bedenken.

- b. de overige groepsleden tijdens de individuele gedragsoefeningen worden aangespoord actief mee te denken over alternatieve mogelijkheden om het gestelde doel te bereiken. De door de groep aangedragen mogelijkheden worden door een van de therapeuten op de flap-over genoteerd en vervolgens op haalbaarheid beoordeeld door het individu dat de beurt heeft.
- c. leerpunt 5 erop gericht is de betreffende client zijn manier te laten uitkiezen uit de tot nu toe geïnt inventariseerde mogelijkheden alsook de gekozen mogelijkheid concretiseren in tijd, plaats, betrokken personen, e.d.
- d. wat leerpunt 6 betreft, geoefend wordt in het anticiperen op mogelijke tegenslag door bij voorbaat oplossingen daarvoor te bedenken.
- e. leerpunt 4, 5 en 6 wordt toegepast op dezelfde veranderingen als in zitting 1.

1.50 - 1.60 u. HUISWERK

Alle deelnemers krijgen de opdracht leerpunt 4, 5 en 6 toe te passen op de huiswerksituatie uit zitting 1.

ZITTING 3

0.00 - 0.40 u. HUISWERKBESPREKING

Deze verloopt conform zitting 2.

0.40 - 0.70 u. VIDEO-MODELING EN DIDACTISCHE INSTRUCTIES

1. De video-modeling verloopt conform zitting 1 en 2.
2. De therapeuten geven duidelijk aan dat nu fase 3 uit het veranderingsproces aan de orde is, nl. het "aan de slag gaan". De therapeuten lichten toe hoe deze fase logisch en consequent voortvloeit uit de eerder behandelde doelstellings- en planningsfase.

0.70 - 1.10 u. GEDRAGSOEFENING

Deze verloopt conform zitting 1 en 2. De leerpunten 7, 8 en 9 worden nu ingeoeffend met betrekking tot dezelfde veranderingen als in zitting 1 en 2.

1.10 - 1.20 u. HUISWERK

Alle deelnemers krijgen de opdracht leerpunt 7, 8, 9 toe te passen op de huiswerksituatie uit zitting 1 en 2.

ZITTING 4 T/M 7

Mutatis Mutandis geldt hier dat er steeds sprake is van:

* HUISWERKNABESPREKING: 0.00 - 0.40 u.

* GEDRAGSOEFENING : 0.40 - 1.50 u.

* HUISWERKOPDRACHT : 1.50 - 1.60 u.

Nadat de deelnemers leerpunt 1 t/m 9 hebben doorge-
werkt, beginnen ze opnieuw bij leerpunt 1. De leer-
puntensequentie wordt tijdens deze zittingen meerdere
malen achter elkaar doorgewerkt, waarbij geldt dat
elke deelnemer hierbij zijn eigen tempo aanhoudt.
Zodoende kunnen de verschillende deelnemers tijdens
een en dezelfde bijeenkomst verschillende fasen uit
het veranderingsproces inoefenen. De therapeuten
laten, aan de hand van een voorbeeld van een van de
deelnemers zien, dat het noodzakelijk kan zijn de
leerpuntensequentie meerdere malen achter elkaar toe
te passen teneinde een en dezelfde verandering tot
stand te brengen (=werken met subdoelen).

Het is bovendien van belang dat de therapeuten erop
toezien dat de deelnemers in de loop van de tijd de
leerpunten uit het hoofd leren zonodig met behulp van
didactische hulpmiddelen in de vorm van ezelsbrugge-
tjes, speelse repetities in de groep, het benutten
van transitional objects etc.

Nadat in de vijfde zitting de socratische dialoog tussen therapeut en client nogmaals expliciet aan de deelnemers is gemodeld door de therapeuten, wordt deze vervolgens steeds door 2 clienten uitgevoerd. De socratische dialoog is gericht op verheldering van de denkstappen die bij "veranderingen aanpakken" een rol spelen.

In de zesde of zevende zitting wordt video-voorbeeld 4 aan de deelnemers getoond, waarin de leerpunten 1 t/m 9 in een vloeiende lijn worden toegepast door een jonge vrouw, op zoek naar een partner.

ZITTING 8

0.00 - 0.40 u. HUISWERKBESPREKING
Conform zitting 2.

0.40 - 1.40 u. GEDRAGSOEFENING
Conform zitting 2.

1.40 - 1.60 u. HUISWERK
In de laatste zitting wordt met elke deelnemer afzonderlijk "continue" huiswerk afgesproken. Op deze wijze tracht men te bewerkstelligen dat de deelnemers de nieuw aangeleerde vaardigheid blijven stellen in hun dagelijkse levenssituatie ook nadat de groepsbijeenkomsten zijn afgelopen.

Bijlage III: De DH-lijst

1. Door tegenslag laat ik mij

- ☐ volledig uit het veld slaan
- ☐ wel wat uit het veld slaan
- ☐ vrijwel niet uit het veld slaan

2. Als ik moet kiezen, zit ik

- ☐ meestal te lang te wikken en te wegen
- ☐ regelmatig te lang te wikken en te wegen
- ☐ vrijwel nooit te lang te wikken en te wegen

3. Problemen zijn me

- ☐ vrijwel altijd de baas
- ☐ soms de baas
- ☐ vrijwel nooit de baas

4. Als er een probleem is, zie ik daar

- ☐ vrijwel altijd tegenop
- ☐ soms tegenop
- ☐ vrijwel nooit tegenop

5. Door problemen laat ik mij

- ☐ vaak ontmoedigen
- ☐ soms ontmoedigen
- ☐ bijna nooit ontmoedigen

6. Als er problemen zijn, ben ik nergens meer.

- ☐ waar
- ☐ enigszins waar
- ☐ niet waar

7. Ik zit gauw bij de pakken neer.

- ☐ waar
- ☐ enigszins waar
- ☐ niet waar

8. Ik kan goed knopen doorhakken.

- ☐ waar
- ☐ enigszins waar
- ☐ niet waar

9. Plannen maken

- ☐ vind ik nuttig
- ☐ vind ik niet zo erg nuttig
- ☐ vind ik helemaal niet nuttig

10. Ik maak

- ☐ vaak plannen
- ☐ soms plannen
- ☐ vrijwel nooit plannen

11. Ik denk

- ☐ vaak na voordat ik ergens aan begin
- ☐ soms na voordat ik ergens aan begin
- ☐ bijna nooit na voordat ik ergens aan begin

12. Als ik aan iets moeilijks begin, bedenk ik

- ☐ meestal vooraf hoe ik het ga aanpakken
- ☐ soms vooraf hoe ik het ga aanpakken
- ☐ bijna nooit vooraf hoe ik het ga aanpakken

13. Ik denk

- ☐ vaak vooruit
- ☐ soms vooruit
- ☐ bijna nooit vooruit

14. Als iets me niet bevalt, dan doe ik daar

- ☐ vrijwel altijd iets aan
- ☐ soms iets aan
- ☐ vrijwel nooit iets aan

15. Als ik een beslissing moet nemen, dan doe ik dat

- ☐ meestal te laat
- ☐ soms te laat
- ☐ vrijwel nooit te laat

16. Van mijn goede voornemens komt

- 0 vrijwel nooit iets terecht
- 0 zo nu en dan wel iets terecht
- 0 vrijwel altijd iets terecht

17. Als ik iets van plan ben, dan

- 0 doe ik dat meestal ook
- 0 doe ik dat soms ook
- 0 doe ik dat eigenlijk nooit

18. Als ik ergens aan begin

- 0 maak ik dat ook af
- 0 maak ik dat soms niet af
- 0 maak ik dat bijna nooit af

19. Moeilijke dingen stel ik

- 0 vrijwel altijd uit
- 0 soms uit
- 0 vrijwel nooit uit

20. Tegen het leven van alledag voel ik me

- 0 niet opgewassen
- 0 niet zo best opgewassen
- 0 best opgewassen

21. Ik ben iemand die

- 0 vrijwel altijd wel weer op zijn pootjes terecht komt
- 0 vaak weer op zijn pootjes terecht komt
- 0 bijna nooit weer op zijn pootjes terecht komt

22. Als ik iets moet weten, zorg ik

- 0 meestal dat ik er ook achter kom
- 0 vaak dat ik er ook achter kom
- 0 vrijwel nooit dat ik er ook achter kom

23. Ik heb mijn leven

- 0 vrijwel altijd zelf in de hand
- 0 soms zelf in de hand
- 0 vrijwel nooit zelf in de hand

24. Ik heb

- 0 veel vertrouwen in de toekomst
- 0 wel enig vertrouwen in de toekomst
- 0 geen vertrouwen in de toekomst

25. De dingen lopen

- 0 meestal anders dan ik gedacht had
- 0 soms anders dan ik gedacht had
- 0 vrijwel nooit anders dan ik gedacht had

26. Op een eenmaal genomen besluit

- 0 kom ik bijna nooit terug
- 0 kom ik regelmatig terug
- 0 kom ik bijna altijd terug

27. Ik ga

- 0 bijna altijd te impulsief tot actie over
- 0 soms te impulsief tot actie over
- 0 bijna nooit te impulsief tot actie over

28. Een mens is nooit te oud om te leren.

- 0 waar
- 0 enigszins waar
- 0 niet waar

29. Mij zit altijd alles tegen.

- 0 waar
- 0 enigszins waar
- 0 niet waar

30. Met gezond verstand kom je een heel eind.

- 0 waar
- 0 enigszins waar
- 0 niet waar

31. Als ik iets persé wil, dan lukt me dat ook altijd.

- 0 waar
- 0 enigszins waar
- 0 niet waar

32. Ik handel vaak als een kip zonder kop.

- ☐ waar
- ☐ enigszins waar
- ☐ niet waar

33. Als de dingen niet precies gaan zoals ik gedacht had, houd ik er liever meteen mee op.

- ☐ waar
- ☐ enigszins waar
- ☐ niet waar

Bijlage IV. Biografische gegevens proefgroep onderzoek DH-lijst

N=377		Mannen N=186			Vrouwen N=191			Totaal
leeftijd		25-35	35-45	45-55	25-35	35-45	45-55	
		%	%	%	%	%	%	%
Burger- lijke staat	ongehuwd	28	5	19	13	2	6	13
	samenwonend	9	5	0	4	2	0	4
	gehuwd	57	84	77	81	90	82	77
	gescheiden	6	5	4	2	5	8	5
	weduwe/weduwnaar	0	0	0	0	2	4	1
werksi- tuatie	werkend	81	84	74	60	51	27	64
	niet werkend	19	16	26	40	49	73	36
Oplei- dings- niveau	1.	6	10	21	11	20	31	15
	2.	4	7	2	1	2	2	3
	3.	11	17	28	8	24	14	16
	4.	4	16	11	5	5	4	7
	5.	4	3	4	19	15	12	10
	6.	9	7	4	16	8	8	9
	7.	30	21	17	22	15	16	21
	8.	25	10	6	14	8	8	13
	9.	9	5	4	4	2	2	5
totaal		21	15	12	22	17	13	100

Toelichting bij bovenstaande tabel:

- de categorie niet-werken omvat tevens de sub-categorieën huisvrouw, W.W., W.W.V., A.O.W., A.A.W., Ziektewet en anderszins.
- het opleidingsniveau werd ingedeeld conform de Nijmeegse beroepenklapper (Van Westerlaak, Kropman, Collaris, 1975) in de volgende 9 niveau's:
 1. LO of VGLO/LAVO of enige jaren ULO/MAVO zonder meer
 2. LO of VGLO/LAVO of enige jaren ULO/MAVO plus specifieke part-time opleiding
 3. diploma lager beroepsonderwijs of primaire hulshoudschool zonder meer
 4. diploma lager beroepsonderwijs of primaire hulshoudschool plus specifieke part-time opleiding
 5. diploma ULO/MAVO of enige jaren VHMO zonder meer
 6. diploma ULO/MAVO of enige jaren VHMO plus specifieke part-time opleiding
 7. diploma VHMO of middelbaar beroepsonderwijs
 8. diploma hoger beroepsonderwijs
 9. diploma universiteit of hogeschool.

Aan het werk dat aan dit proefschrift ten grondslag ligt, hebben velen bijgedragen.

Allereerst wil ik mijn promotor Prof. Dr. J.J.C.B. Bremer en co-promotor Dr. M. Beekers bedanken voor hun begeleiding en ondersteuning bij het tot stand komen van dit proefschrift.

Jos Bongaarts, AnneMieke Brands, Jan Gooijen, Leo Maassen en Martha Moonen dank ik voor hun steun en inzet als medeprojectgroepsleden. Jan van Houtem voor zijn bijdrage aan de data-verwerking.

AnneMieke Brands, Carla Colner, Lilian Houben, Gemma Janssen en Martha Moonen leverden een belangrijke bijdrage aan de data-verzameling.

Van de Toneelacademie dank ik Jacques Giessen, Pieter Hoes, Doc Jansen, Clement Mantz, Leo Maassen, Sjef Troisfontaine en ook een aantal studenten voor hun bijdrage aan het tot stand komen van de video-programma's.

Georges Crolla, Jan Peumans, Irene Pijnenburg, Jan Schijen en de medewerkers van de afdeling klinische gedragstherapie van het Psychomedisch Streekcentrum Vijverdal ben ik erkentelijk voor hun aandeel bij de uitvoering van de persoonlijke vaardigheidstherapieën.

Isel van Noppen dank ik voor de wijze waarop zij alle typewerk verzorgde: accuraat, zorgzaam, onvermoeibaar en steeds opgewekt. Op de meest onmogelijke tijden kon ik bij haar terecht om dingen op te halen en afspraken te maken. Zij was altijd weer bereid de vereiste aanpassingen in het manuscript aan te brengen.

Voorts wil ik de referenten - Prof. Dr. R. Diekstra, Prof. Dr. H. Philipsen en Prof. Dr. M. Romme - bedanken voor de wijze waarop zij dit proefschrift beoordeelden. En natuurlijk ook alle respondenten die aan dit onderzoek hebben meegewerkt.

Jos Peters dank ik omdat hij de basis schiep waarop de Goldsteinprojectgroep tot ontwikkeling kon komen.

Last but not least wil ik mijn ouders bedanken, omdat zij degenen zijn die al mijn studies mogelijk maakten.

Bea Beckers werd op 26 april 1952 geboren in Heugem (gemeente Maastricht). Na het behalen van haar gymnasium & diploma aan het Jeanne D'Arc Lyceum te Maastricht, studeerde zij psychologie aan de Katholieke Universiteit te Nijmegen. In juni 1978 behaalde ze haar doctoraalexamen klinische psychologie. Haar doctoraal-scriptie had betrekking op het onderwerp psychotherapie en "lower class".

Van september 1978 tot 1 juli 1984 was ze als wetenschappelijk medewerkster in tijdelijke dienst verbonden aan het Goldsteinproject van de afdeling Medische Psychologie van de Rijksuniversiteit Limburg. Het Goldsteinproject (1977-1985) was een project waarin medewerkers van de Rijksuniversiteit Limburg, de Toneelacademie Maastricht en de RIAGG's Heerlen en Maastricht samenwerkten aan de ontwikkeling van een kortdurende psychotherapiemethode voor cliënten uit de lagere sociaal-economische klassen.

Tussen 1978 en 1984 volgde ze diverse postdoctorale psychotherapieopleidingen. Dit leidde inmiddels tot erkenningen als gewoon lid van de Vereniging voor Gedragstherapie alsook de Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie. Ook behaalde ze haar registratie als klinisch psychologe en als psychologe/psychotherapeute bij het NIP. In maart 1985 werd ze als supervisor erkend door de Vereniging voor Gedragstherapie.

Sinds juli 1984 is ze als klinisch psychologe/gedragstherapeute verbonden aan de afdeling psychotherapie van het RIAGG te Heerlen.