

Transdiagnostische factoren

Naar een gemeenschappelijke taal voor cliënten en vaktherapeuten

De overeenkomsten tussen de verschillende vaktherapeutische disciplines zijn onvoldoende geëxpliciteerd. Is het mogelijk om een gemeenschappelijk taal te ontwikkelen voor vaktherapeuten onderling? Sluiten we daarmee meer aan bij cliënten? Geeft dit ook meer duidelijkheid aan andere behandeldisciplines? Wij zijn van mening dat het denken in termen van transdiagnostische factoren deze duidelijkheid kan verschaffen.

Kees van den Bos en Dwayne Meijnckens

Inleiding

De diversiteit aan settings waarin vaktherapeuten werken is enorm. De methoden waarmee zij werken zijn minstens even divers. Toch is er in ieder geval één grote gemeenschappelijkheid: iedere vaktherapeut heeft te maken met de driehoek cliënt-medium-therapeut. Er is altijd een cliënt (een individu of cliëntensysteem zoals een gezin), met een probleem/klacht waarvoor behandeling gezocht wordt bij één van de zeven bekende vaktherapeutische disciplines.

Andere behandeldisciplines, zorgverzekeraars en cliënten hebben behoefte aan inzicht hoe we werken. Daarom is

er de afgelopen jaren hard gewerkt aan een nieuwe kwaliteitsstandaard vaktherapie: de Generieke module Vaktherapie (zie kader). Het denken in termen van transdiagnostische factoren in de vaktherapie wordt in deze kwaliteitsstandaard geïntroduceerd. We gaan in dit artikel uit van deze basis uit de Generieke module Vaktherapie. Vragen waar het om gaat zijn:

- Kan het denken in termen van transdiagnostische factoren een stimulans zijn voor het vaktherapeutische handelen?
- Maakt het ons handelen overzichtelijker en duidelijker in relatie tot de cliënt en de betrokken naasten, hulpverleners en zorgverzekeraars?

klachten zal zijn". Vaktherapeuten richten zich juist op de klachten en problemen die de cliënt ervaart. Er is een ontwikkeling gaande in de Nederlandse ggz waarbij de belangstelling voor transdiagnostische factoren toeneemt. Heycop ten Ham, Hulsbergen en Bohlmeijer (2014) stellen dat "achter diverse DSM-gedefinieerde stoornissen een aantal gemeenschappelijke factoren schuilgaat. Deze factoren worden transdiagnostische factoren genoemd. Het begrip transdiagnostisch betekent "een rol spelend bij verschillende psychiatrische aandoeningen" (p. 18). Het gaat om bijvoorbeeld "gelijke symptomen bij verschillende stoornissen, zoals angstgevoelens en slaapproblemen bij depressie, psychotische stoornissen en angststoornissen" (p. 18). Andere categorieën van transdiagnostische factoren zijn naar hun mening gelijke gedragingen, gelijke copingsstrategieën, gelijke cognitieve, emotionele en motivationele factoren, gelijke behandelinterventies, onderliggende overeenkomstige neurobiologische factoren en universele beschermende factoren (ibid 18,19; Drost, 2014, p. 153). Het is dus een begrip waar veel uiteenlopende aspecten van zowel de problematiek van de

Transdiagnostische factoren

Transdiagnostisch wil zeggen: diagnose-overstijgend. In de geestelijke gezondheidszorg wordt hier meestal het DSM-classificatiesysteem mee bedoeld, waarin diagnostische categorieën worden onderscheiden. Van Os (2014, p. 34) schrijft dat de traditionele diagnostische categorieën "weinig informatie verschaffen over waar cliënten last van hebben, welke behandeling cliënten nodig hebben en wat het beloop van de

In dit artikel:

- uitleg over transdiagnostische factoren;
- de vier stappen van het zorgproces vanuit cliënten- en naastenperspectief;
- diagnostiek met aandacht voor de verschillende factoren die de problematiek van de cliënt beïnvloeden.



Is het mogelijk een gemeenschappelijke taal te ontwikkelen voor vaktherapeuten onderling?
Foto: Museum Boymans van Beuningen, Pieter Bruegel I: Toren van Babel.

cliënten als van de behandeling door (vak)therapeuten onder vallen. Vaktherapeuten zijn eigenlijk al gewend om in transdiagnostische termen over hun vak te praten en in de uitoefening van hun vak transdiagnostisch te handelen. Het gaat hen namelijk niet om het effect van hun methoden op de stoornis, maar het effect ervan op de ervaring die de cliënt heeft van zijn of haar problemen. Het is alleen niet bekend bij vaktherapeuten dat dit transdiagnostisch genoemd kan worden. Wanneer vaktherapeuten een omschrijving geven van hun vak gebeurt dat in algemene termen en niet diagnosespecifiek. Bijvoorbeeld (LOO, 2015, pp. 71): "In beeldende therapie wordt methodisch gewerkt met gerichte interventies met beeldende materialen, gereedschappen en technieken, bijvoorbeeld schilderen, tekenen, textiel, metaal,

steen, hout en digitale middelen. De cliënt doet tijdens dat proces fysieke, zintuiglijke, emotionele en cognitieve ervaringen op. Bijzonder aan beeldende therapie is, dat het werkstuk concreet is. De cliënt kan het loslaten, weggelaten, ernaar terugkijken en ervaren hoe het is om het eens anders te doen. Beeldende therapie wordt door veel cliënten

beleefd als een rechtstreekse weg naar diepere gevoelslagen. Het confronteert hen met patronen in denken, voelen en handelen binnen een relatief veilige situatie."

Tijdens de workshop 'Transdiagnostische factoren en positieve psychologie' van

17 februari 2016, gehouden in het kader van de ontwikkeling van de GMVT, heeft drs. Bas Heycop ten Ham een presentatie gegeven over transdiagnostische factoren met de titel 'Vaktherapie loopt voor op de rest (nu alleen nog expliciteren)'. In de workshop werd gevraagd welke doelen vaktherapeuten met hun behandeling

Vaktherapeuten richten zich juist op de klachten en problemen die de cliënt ervaart

wilden bereiken. De aanwezige vaktherapeuten noemden onder andere de volgende doelen van vaktherapie:

- Emotieregulatie/affectregulatie
- Interpersoonlijke vaardigheden / interactie
- Afstemmen op de ander / aangeven van wensen

- Ontspanning/stresshantering; spanningsregulatie/arousal
- Activering / in beweging komen / running
- Lichaamsbewustzijn / -beleving
- Aandachtsregulatie
- Autonomie / versterken eigenwaarde / eigen kracht / empowerment
- Zelfbeeld
- Plezier
- Tegengaan negatieve/positieve symptomen
- Traumabehandeling

Dit resulteert dus in een overzichtelijk lijstje, terwijl vaktherapeuten in de ggz werken met mensen van elke psychiatrische classificatie uit de DSM én ieder binnen zijn eigen discipline op een eigen manier te werk gaat. Er is tijdens het schrijven van de GMVT onderzocht of de bovenstaande doelen verder ingedikt kunnen worden tot een aantal voor vaktherapie kenmerkende transdiagnostische factoren. Dat heeft geleid tot een voorlopige keuze van zeven van deze factoren: waarnemen, arousal, executieve functies, emotieregulatie, verlies, sociaal functioneren / sociale interactie en ten slotte regelsystemen.

De cliënten en hun zorgproces

De tijd waarin de arts of de behandelaar eenzijdig kon beslissen over de behandeling van de cliënt is definitief voorbij. Cliënten- en familieorganisaties, verenigd in MIND Landelijk Platform Psychische Gezondheid, ontwikkelden in gezamenlijkheid een visie op een inspire-

Vaktherapeuten zijn al gewend om in transdiagnostische termen over hun vak te praten

rend toekomstbeeld voor een gezamenlijke focus op gezondheid binnen de GGZ (Mors & Kamevaar, 2015). Cliënten en naastenorganisaties willen daarmee een cultuuromslag bereiken: meer de nadruk leggen op herstel van gezondheid in plaats van tegengaan van symptomen van ziekte, en inzetten op zorg voor de persoon in plaats van de stoornis.

Generieke module Vaktherapie

Het project Generieke module Vaktherapie (GMVT), uitgevoerd in opdracht van het netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz onder de verantwoordelijkheid van de Federatie Vaktherapeutische Beroepen (FVB), had tot doel om de gemeenschappelijke kenmerken van vaktherapie zo goed mogelijk te beschrijven en daarmee onduidelijkheden op te helderen. Daarnaast was het doel om twijfels over de effectiviteit van vaktherapie weg te nemen. In de generieke module is gekozen voor het denken in termen van transdiagnostische factoren als een nieuw ordeningskader voor vaktherapie.

Er is in de GMVT een begin gemaakt met:

- Het inhoudelijk beschrijven van deze factoren;
- Een literatuuronderzoek naar de rol die deze factoren spelen bij de verschillende psychiatrische ziektebeelden zoals beschreven in de DSM-4 en DSM-5.

De in dit artikel genoemde transdiagnostische factoren betreffen een voorlopige keuze.

Wij verwijzen voor meer informatie hierover naar de geautoriseerde versie van de GMVT.

nis. Sprekend en denkend over de kracht van vaktherapie kan dan ook niet voorbij worden gegaan aan deze visie in ontwikkeling, beschreven in het document *Levenskunst* in de GGZ.

Zorgproces

Kenmerkend voor gedeelde besluitvorming, is dat cliënt én hulpverlener (en bij voorkeur ook naasten) gezamenlijk zoeken naar perspectief in alle stappen van het zorgproces. In deze visie kan het zorgproces worden opgedeeld in vier etappes, waarin steeds twee vragen worden gesteld:

1. Wat is je probleem en hoe is het zo gekomen? (diagnose);
2. Wat wil je bereiken en wat pakken we aan? (indicatie);
3. Wat gaan we doen en wat is het resultaat? (therapie);
4. Wat is ons oordeel en hoe gaan we verder? (evaluatie).

Aan de hand van de antwoorden op deze vragen krijgt de inhoud van de

zorg vorm. De cliënt en hulpverlener zoeken samen naar het probleem en de oorzaak en besluiten samen over de te volgen aanpak in de behandeling. De cliënt geeft daarbij aan wat zijn of haar doelen en andere voorkeuren zijn, terwijl de zorgprofessional een adviserende rol heeft over de behandelmogelijkheden en de voor- en nadelen per behandelvorm. Zodra een behandelvorm is gekozen, wordt deze behandeling uitgevoerd. Er wordt tussentijds regelmatig aan de cliënt gevraagd in hoeverre hij of zij voortgang ervaart en of er eventueel iets moet veranderen aan de behandeling.

1. Wat is je probleem en hoe is het zo gekomen?

Idealiter krijgt de cliënt de gelegenheid om te vertellen over zijn probleem en hoe het ontstaan is. In een multidisciplinaire setting kan het uitvragen van het verhaal van de cliënt ook door een andere behandelaar gedaan worden. Aan de hand van de bevindingen wordt in samenspraak met de cliënt of aan de hand van het dossier een analyse gemaakt van het probleem en hoe dit waarschijnlijk is ontstaan. Hierbij kan onderscheid gemaakt worden tussen

voorbeschikkende, uitlokkende, onderhoudende en therapiebelemmerende factoren (Vingerhoets, 2004). Voorbeschikkende factoren maken de cliënt ontvankelijk voor het ontwikkelen van klachten en problemen, zoals een stressvolle omgeving in de kinderjaren, slechte voeding tijdens de jeugd of erfelijke aanleg. Uitlokkende factoren zijn gebeurtenissen die de inleiding vormen tot het ontstaan van de klachten. Dit kan een crisis zijn in de relatie, een geboorte of overlijden. Hier gaat het dus om de vraag waarom juist op dit moment in het leven van de cliënt deze klachten zich voordoen. De psychische aandoening versterkende, onderhoudende en therapiebelemmerende factoren zorgen ervoor dat eenmaal ontstane klachten in stand gehouden worden, zoals achteruitgaan van conditie door gebrek aan beweging of zorg over de financiële situatie als gevolg van de psychische aandoening. Hiermee wordt duidelijk dat er sprake is van verschillende typen oorzaken voor het ontstaan en in stand houden van klachten en dat er een wisselwerking tussen deze factoren bestaat. Daarnaast wordt samen met de cliënt onderzocht welke risicofactoren een rol spelen bij het ontstaan van een crisis of terugval en of

er sprake is van beschermende factoren (Van Yperen, Bijl & Veerman, 2008) die hier juist tegenwicht aan kunnen bieden.

Toelichting aan de hand van een casus

Jaap (42) zoekt hulp omdat hij slecht zijn woede kan hanteren. Vooral in conflictsituaties loopt de gevoeligheid voor prikkels dusdanig op dat het snel

ontaardt in fysiek geweld. Daarnaast heeft hij een spraakprobleem als gevolg van een hazelip. Sinds kort is hij vader. Voorbeschikkend: Vanaf zijn kindertijd heeft Jaap problemen ondervonden vanwege zijn hazelip en spraakgebrek. Hij verklaart dat hij van jongs af aan geleerd heeft om in een conflictsituatie én wanneer hij niet uit zijn woorden kon komen, 'zijn handen te laten spreken'. Hij redde zich hier altijd goed mee, ook al kwam hij af en toe in aanraking met politie en justitie. Uitlokkend: enige tijd geleden werd Jaap als gevolg van zijn

agressieregulatieproblematiek zelf ernstig mishandeld. Dat had gevolgen voor zijn relatie. Na de geboorte van zijn kind is zijn problematiek in een ander daglicht te komen staan: van een stijl van leven naar een klacht.

Therapiebelemmerende factoren: in het verleden hebben groepsbehandelingen averechts gewerkt door de combinatie van zijn spraakgebrek en zijn 'korte lontje'. Daarnaast beschrijft hij zichzelf

Meer de nadruk leggen op herstel van gezondheid in plaats van tegengaan van symptomen van ziekte

als een rechtlijnig denker, waardoor hij kritisch staat ten opzichte van andere meningen en interventies van behandelaren die eerder bij zijn behandeling waren betrokken. Risicofactoren: hij herkent nu oplopende spanningen, maar is niet meer in staat om die weer naar beneden bij te stellen in confronterende situaties met andere personen. Beschermende factoren: de relatie en zijn vaderschap kunnen hem wellicht gaan helpen om 'in het gareel' te blijven. Daarnaast heeft hij gemerkt dat hij in een specifieke context, zoals tijdens



Jaap zoekt hulp omdat hij slecht zijn woede kan hanteren. Vooral in conflictsituaties loopt de gevoeligheid voor prikkels dusdanig op dat het snel ontaardt in fysiek geweld. (Er bestaat geen relatie tussen de afgebeelde personen en de persoon uit de casus.)

Tabel 1: Agressieregulatieproblematiek van Jaap.

| | Voorbeschikkende factoren | Uitlokkende factoren | Versterkende of onderhoudende factoren en therapiebelemmerende factoren | Risicofactoren | Beschermende factoren |
|---------------------------------------|---|--|--|-------------------------------------|---|
| Biomedisch of orgaans-niveau | Genetische aanleg wat betreft impulsiviteit? | | Is er sprake van een biologische oorzaak voor zijn 'korte lontje'? Cliënt heeft geleerd om zich helemaal af te sluiten voor lichamelijke signalen van spanning of gevaar. | | |
| Psychologisch niveau | Spraakprobleem vanaf zevenjarige leeftijd. | Geboorte van zijn kind. | Geweld is een overlevingsstrategie geworden. Rechtlijnige manier van denken. | Niet uit zijn woorden kunnen komen. | |
| Relationeel niveau | Naar eigen zeggen heeft cliënt van jongs af aan een bijzondere positie in zijn gezin ingenomen. | Dreigende scheiding van partner. Daarnaast leiden conflictsituaties makkelijk tot woede-uitbarstingen die gepaard gaan met fysiek geweld. | Ervaring leert dat hij met dreiging ook de dingen gedaan krijgt op de korte termijn. Deelname aan groepstherapie werkte averechts. | Oplopend conflict. | Relatie met zijn partner, het ouderschap en specifieke relaties zoals een vrienden-groep. |
| Sociaal-maatschappelijk niveau | | Conflict met plaatselijke gemeenschap uitmondend in ernstige mishandeling van cliënt. | | | Cliënt is lid van een hechte geloofs-gemeenschap. |

het bijlarten met vrienden, heel goed in staat is om zijn fysieke agressie in de hand te houden.

Naast deze analyse kan verder gebruikgemaakt worden van het bio-psycho-sociaal model (Bos, Visser & Wijgerden, 2005). Dit is een systeemtheoretische visie gebaseerd op Engel (1977), die uitgaat van vier verschillende niveaus: het biomedische of orgaanniveau, het individuele psychologische niveau, het relationele niveau en het sociaal-maatschappelijke niveau. Deze niveaus spelen een belangrijke rol bij zowel het succesvol behandelen als bij het in stand houden van de klachten. Het gaat om het samenspel tussen die factoren: het nut van een behandeling moet altijd gezien worden binnen de context van andere belangrijke factoren

die buiten het bereik van de behandeling vallen. Zo zal een afweging gemaakt moeten worden over de inhoud van de behandeling van de psychische gevolgen van trauma als er

signalen zijn dat het huiselijk geweld gewoon doorgaat. In dit model wordt zichtbaar welke informatie al uit het verhaal van de cliënt naar voren is gekomen en waar nog informatie ontbreekt.
In Tabel 1 (Aangepast van Bos, Visser & Wijgerden, 2005) wordt aan de hand

van de informatie tot nu toe duidelijk welke factoren op welk moment een rol spelen bij het ontstaan en in stand houden van de klachten van Jaap. Waar nog informatie ontbreekt kan met Jaap

Bij gedeelde besluitvorming zoeken cliënt én hulpverlener naar perspectief in alle stappen van het zorgproces

onderzocht worden of die informatie van belang is voor zijn klachten en voor de behandeling hiervan.

Nu besluit de therapeut samen met de cliënt wat gezien de hele situatie belangrijke doelen zijn en hoe de klacht het best te behandelen is.

2. Wat wil je bereiken en wat pakken we aan?

Jaap stelt als doel het leren beheersen van vooral zijn fysieke reactieve agressie om zo een voorbeeld te kunnen zijn voor zijn kind. Uit dit algemene doel zijn vervolgens een aantal subdoelen af te leiden. Het draait dan om de vraag 'wat gaan we aanpakken?'

Om tot een antwoord op deze vraag te kunnen komen zetten we de doelen van Jaap in Tabel 2 naast de al eerder genoemde transdiagnostische factoren.

Aan de hand van deze tabel is met Jaap het volgende stappenplan afgesproken:

1. Het vergroten van zijn impulscontrole (executieve functies). Jaap geeft aan dat hij niet kan voorkomen dat hij gaat slaan als de spanning te hoog oploopt, hij kan geen stapje terug doen. Tegelijkertijd komt het in spe-

cifieke situaties bij hoog oplopende spanning nooit tot fysieke agressie.

- Er is dus al sprake van impulscontrole. In deze fase van de therapie gaat het om het leren herkennen van dit vermogen en te generaliseren naar verschillende situaties.
2. het leren herkennen van oplopende spanning (waarneming), ofwel het

aandacht, wat de transdiagnostische factor executieve functies beïnvloedt. Hierbij kan aan de orde komen hoe het waarnemingsproces gevormd is door ervaring en nu wellicht grotendeels onbewust verloopt.

3. Het reguleren van spanning (arousal). Bij arousal gaat het om meer dan alleen waarnemen. Op welke manier

Het draait dan om de vraag 'wat gaan we aanpakken?'

kunnen herkennen van lichamelijke veranderingen (interoceptieve waarneming) en later in het proces het leren herkennen van triggers die tot oplopende spanning leiden (exteroceptieve waarneming). Tevens is dit een training van het gedurende langere tijd kunnen richten van zijn

kan Jaap zijn arousal reguleren? Welke technieken past hij nu al toe en hoe kan hij dit in therapie verder ontwikkelen?

Met Jaap wordt afgesproken dat in iedere sessie besproken wordt hoe het gaat en of het plan bijstelling vraagt.

Tabel 2: De doelen van cliënt Jaap in samenhang met de transdiagnostische factoren.

| Transdiagnostische factoren | Mogelijke doelen voor de behandeling van Jaap |
|---|---|
| Executieve functies: het kunnen formuleren van doelen, het kunnen plannen van manieren om die doelen te bereiken, en het effectief kunnen uitvoeren van deze plannen ¹ . | Uit een conflictsituatie kunnen stappen. |
| Waarneming: het verwerken van prikkels tot een betekenisvol geheel. | Vroegtijdig herkennen van mogelijke conflictsituaties; herkennen van oplopende spanningen. |
| Arousal: de gevoeligheid voor interne stimuli (zoals gedachten, herinneringen, lichamelijke veranderingen) en externe stimuli (de zintuiglijke gewaarwordingen); een toename van willekeurige motorische activiteit en een toename van emotionele responsiviteit. | Grip krijgen op de oplopende spanningen. |
| Emotieregulatie: het kunnen beïnvloeden van de aanwezige emoties ² op het moment zelf en de wijze waarop deze emoties al dan niet ervaren en geuit worden ³ . | Boosheid reguleren voor het tot agressie komt. |
| Verlies: de verandering in de levenssituatie van de cliënt als gevolg van een ontstaan tekort of gebrek aan een belangrijk(e) motiverend voorwerp of motiverende situatie. | Wat is hem door het spraakgebrek ontnomen en hoe is hij daar mee omgegaan? |
| Sociaal functioneren/sociale interactie: Het vermogen om interpersoonlijke relaties aan te gaan en te onderhouden, waarbij op een adequate manier autonomie wordt gehandhaafd en anderen's persoonlijke grenzen worden gerespecteerd. | Uitgaande van het bestaande spraakgebrek leren hanteren en aangeven van grenzen zonder geweld te gebruiken. |
| Regelsystemen: Onder regelsystemen worden die systemen verstaan die ten grondslag liggen aan en verantwoordelijk zijn voor het activeren van neurale systemen afgestemd op verschillende situaties en die voorzien in de juiste homeostatische regulering van de energiehuishouding en slaap. | Leren reguleren van de in- en uitademing in relatie tot het bestaande spraakgebrek. |

1. Lezak, 1982, pag. 281.

2. Over emoties en emotieregulatie is veel geschreven en de meningen lopen uiteen. Deze definitie volgt Fernandez et al., 2016, p 428: "Emotionregulation refers to the activation of a goal to influence emotion generation".

3. Jazaieri, Urry & Gross, (2013).

3. Wat gaan we doen en wat is het resultaat?

Nu wordt de keuze gemaakt door middel van welke vaktherapeutische discipline behandeling gaat plaatsvinden en welke werkvormen zullen worden ingezet. Op dit moment kunnen we op grond van evidentie nog geen definitieve uitspraken doen over welke vaktherapie bij deze specifieke problematiek kan worden ingezet. Daarom maken we een keuze op basis van de voorkeuren van Jaap en de praktijkkennis van de vaktherapeut. Daarbij wordt voortdurend bijgehouden wat de vorderingen zijn en waar nog verbetering te halen is. In het geval van Jaap is besloten tot individuele psychomotorische therapie, vanwege zijn eerdere negatieve ervaring met groepstherapie en de beschikbaarheid hiervan in zijn behandelsetting.

De gemaakte keuze voor een vaktherapeutische discipline bepaalt welke werkvormen in de behandeling zullen worden ingezet. Een psychomotorisch therapeut kiest andere werkvormen dan een muziektherapeut. Met andere woorden: in het concrete vaktherapeu-

de voortgang. Wanneer het resultaat van de behandeling daar aanleiding toe geeft, start in samenspraak met de cliënt een nieuwe behandelcyclus. Dit betekent dat zij samen weer nieuwe doelen opstellen. Bijvoorbeeld: als de behandeling van Jaap resulteert in voldoende impulscontrole, verbeterde waarneming en spanningsregulatie, kunnen zij onderzoeken of er sprake is geweest van verlieservaringen als gevolg van de hazelip en het spraakgebrek, die ook zijn huidige functioneren nog beïnvloeden. Idealiter wordt dan de keuze gemaakt om ofwel de behandeling middels psychomotorische therapie te continueren of om af te ronden en dit deel van de problematiek op te pakken bij een andere discipline binnen of buiten de vaktherapie. Als de huidige therapeut de gewenste methode niet onder de knie heeft of niet aan eventuele andere wensen kan voldoen, zal worden doorverwezen naar een andere (vak)therapeut. Wanneer vaktherapeuten van verschillende vaktherapeutische disciplines denken en handelen vanuit dezelfde transdiagnostische factoren zal een

Over de auteurs

Kees van den Bos is psycholoog, psychomotorisch therapeut en yogadocent. Als inhoudelijk secretaris was hij mede-auteur van de Generieke module Vaktherapie. In zijn eigen praktijk richt hij zich vooral op het behandelen van de gevolgen van trauma en agressieregulatieproblematiek.

E: keesvandenbos@telfort.nl

Dwayne Meijnckens is projectmedewerker bij MIND Landelijk Platform Psychische Gezondheid, de koepel voor cliënten- en naastenorganisaties in de ggz. Daar is hij verantwoordelijk voor de cliënten- en naastenparticipatie in de ontwikkeling van kwaliteitsstandaarden in opdracht van het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz. Vanuit die hoedanigheid is hij betrokken bij de inbreng van het cliënten- en naastenperspectief in de Generieke module Vaktherapie.

E: dwayne.meijnckens@wijzijn-mind.nl

Het denken in termen

van transdiagnostische factoren nodigt uit om vaktherapie-overstijgend te redeneren

tische handelen (het doen) zullen we grote verschillen kunnen aantreffen tussen alle vaktherapeutische beroepen, terwijl vaktherapie-overstijgend de overeenkomsten juist meer opvallen. Het denken in termen van transdiagnostische factoren nodigt uit om vaktherapie-overstijgend te redeneren. Het aantal mogelijke antwoorden op de vraag 'wat gaan we doen en wat is het resultaat?' is teruggebracht tot een overzichtelijk aantal waaruit de werkvormen voortvloeien.

4. Wat is ons oordeel en hoe gaan we verder?

Aan het eind van de behandeling bekijken de cliënt en de vaktherapeut

dergelijke overgang voor de cliënt makkelijker kunnen verlopen. Er wordt immers vanuit hetzelfde model gewerkt, alleen de werkvormen verschillen.

Tot slot

In dit artikel stonden twee zaken centraal: het aansluiten bij de cliënt en transparantie in het vaktherapeutisch werken. Hoe begrijpen we waar de cliënt vandaan komt en wat hij wil bereiken, terwijl we in gezamenlijke taal met meerdere disciplines kunnen werken aan (delen van) zijn probleem? In potentie is de koppeling van het zorgproces vanuit cliënten- en naastenperspectief en het denken in termen van

transdiagnostische factoren een krachtig middel voor het vaktherapeutisch beroep.

Door in alle vier de fasen van het zorgproces steeds de twee bijbehorende vragen te stellen, krijgt en ervaart de cliënt de ruimte om de behandeling aan te laten sluiten aan zijn behoeften. De zeven transdiagnostische factoren ondersteunen enerzijds bij het expliciteren van de problemen van de cliënt, en helpen anderzijds bij het expliciteren wat de cliënt wil bereiken middels vaktherapie. Het vaktherapie-overstijgend denken ondersteunt de vaktherapeut bij het kiezen van werkvormen voor de behandeling. Het veelkoppige monster van de vaktherapie met een ontelbare hoeveelheid werkvormen en mogelijke interventies wordt teruggebracht tot een overzichtelijk aantal antwoorden op de 'vraag wat gaan we doen'. Denken

vanuit de cliënt en werken met transdiagnostische factoren stroomlijnen onze werkwijze(n).

De komende jaren wordt de Generieke module Vaktherapie geïmplementeerd. Het zal duidelijk worden of de genoemde zeven factoren het werk van vaktherapeuten in voldoende mate beschrijven. Verder moet inzichtelijk worden gemaakt hoe deze factoren zich verhouden tot de verschillende disciplines, werkvormen en interventies. Daarna kan worden gekeken hoe de effecten van het transdiagnostisch denken in de vaktherapie het beste kunnen worden gemeten – en kan worden bepaald wat het daadwerkelijke effect is. Dit maakt de werkwijzen van vaktherapeuten, voor de buitenwereld, inzichtelijker. En dat is belangrijk voor cliënten en naasten, hulpverleners van andere disciplines, zorgverzekeraars en niet te vergeten vaktherapeuten onderling.

Literatuur

- Bos, K. van den, Visser, A. & Wijgerden, T. van (2005). Onverklaarbare chronische klachten. In J.J.L. van der Klink & B. Terluin (red.), *Psychische problemen en arbeid. Handboek*

voor een activerende begeleiding door huisarts en bedrijfsarts (pp. 427-450). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

- Drost, J. (2014). *Worry and rumination: underlying processes and transdiagnostic characteristics* (proefschrift). Leiden: Universiteit Leiden.
- Engel, G.L. (1977). *The need for a new medical model a challenge for biomedicine. Science* 196, 129-136.
- Fernandez, K.C., Jazaieri, H. & Gross, J.J. (2016). Emotion regulation: a transdiagnostic perspective on a new RDoC domain. *Cognitive Therapy Research*, 40, 426-440. doi:10.1007/s10608-016-9772-2
- Heycop ten Ham, B., Hulsbergen, M. & Bohlmeijer E. (2014). Introductie. In: B. Heycop ten Ham, M. Hulsbergen & E. Bohlmeijer (red). *Transdiagnostische factoren. Theorie en praktijk* (pp. 15-41). Amsterdam: Boom.
- Jazaieri, H.M.A., Urry, H.L. & Gross, J.J. (2013). Affective Disturbance and Psychopathology: an emotion regulation perspective. *Journal of experimental psychopathology* 4(5), 584-599. doi:10.5127/jep.030312
- Lezak, M.D. (1982). The problem of assessing executive functions. *International Journal of Psychology*, 17, 281-297.
- LOO VTB (2016). *Landelijk Domeinprofiel Bachelor opleidingen. Vaktherapeutische beroepen*. Utrecht: FVB.
- Mors, Y. & Kamevaar, A.M. (2015). *Levenskunst in de GGZ een inspirerend toekomstbeeld voor een gezamenlijke focus op gezondheid binnen de GGZ*. Visiedocument GGZ cliënten- en familieorganisaties (consultatieversie). Gevonden op

Samenvatting

Dit artikel beschrijft wat transdiagnostische factoren zijn en op welke wijze ze kunnen worden toegepast in de vaktherapeutische behandeling van problematiek van cliënten. Dit gebeurt aan de hand van de vier etappes waarlangs de cliënten- en familieorganisaties, verenigd in MIND Landelijk Platform Psychische Gezondheid het zorgproces hebben gestroomlijnd. Het geheel is geïllustreerd met een casus.

<http://www.vraagsturingindezorg.nl>

- Os, J. van (2014). *De DSM-5 voorbij! Persoonlijke diagnostiek in een nieuwe GGZ*. Leusden: Diagnosis.
- Vingerhoets A. (2004). Onbegrepen chronische klachten in een wisselend biopsychosociaal perspectief: oog voor de dynamiek. *Tijdschrift Sociale Gezondheidszorg* 82, 358-63.
- Yperen, T. van, Bijl, B. & Veerman, J.W. (2008). Op weg naar veelbelovend. In T. van Yperen & J.W. Veerman (red). *Zicht op effectiviteit. Handboek voor praktijkgestuurd effectonderzoek in de jeugdzorg* (pp. 35-56). Delft, Eburon.