

# Hoe een ABC-mindset de klinische praktijk kan verrijken

Inzichten en concrete handvatten vanuit de zelfdeterminatietheorie

*Katrijn Brenning, Nathalie Coorevits, Jolene Van der Kaap-Deeder, Maarten Vansteenkiste*

[TIJDSCHRIFT KLINISCHE PSYCHOLOGIE, 2021, 51(1), 22-34]

## Inleiding

Dit artikel gaat nader in op de klinische relevantie van de zelfdeterminatietheorie (ZDT; Ryan & Deci, 2017; Vansteenkiste & Soenens, 2015), een toonaangevende theorie over motivatie, persoonlijke groei en psychosociaal welzijn. Hoewel de empirische evidentie voor die theorie heel overtuigend is, bestaan er tot op heden weinig concrete toepassingen in de praktijk. Positieve en verrijkende ervaringen op basis van de ZDT in de eigen klinische praktijk stimuleerden ons om de brug tussen theorie en praktijk te slaan. In wat volgt, gaan we eerst nader in op de psychologische basisbehoeften en hun cruciale rol voor het psychische welzijn van mensen. Daarna wordt uitvoerig aandacht besteed aan de manier waarop die psychologische basisbehoeften aandacht kunnen krijgen in de hulpverleningspraktijk. We nemen hiervoor concrete casussen als uitgangspunt. In dit artikel richten we ons specifiek op de doelgroep volwassenen, hoewel de concrete toepassing even vruchtbaar kan zijn voor kinderen en jongeren (zie: Verstuyf et al., 2014).

## De zelfdeterminatietheorie: drie psychologische basisbehoeften (het ABC)

De ZDT gaat uit van een positieve mensvisie: het uitgangspunt is dat de mens geneigd is om zich optimaal te ontwikkelen, zowel op individueel als op sociaal vlak. Hoewel die neiging bij iedere mens van nature aanwezig is, dient die groeitendens wel voldoende gevoed te worden. Drie psychologische basisbehoeften, die fundamenteel, aangeboren en universeel aanwezig zijn bij elk individu, worden in de ZDT beschreven als cruciale voedingsstoffen voor die groei en het psychisch welzijn van mensen (Vansteenkiste, Ryan, & Soenens, 2020). Vanwege hun essentiële rol worden ze ook wel als drie vitamines (A, B en C) voor groei omschreven: (A) Autonomie, (B) relationele verBondenheid en (C) Competentie.

*Autonomie* verwijst naar de behoefte zichzelf te mogen zijn en vrij te mogen handelen, denken en voelen. Het houdt in dat iemand achter de activiteiten of doelen staat die hij onderneemt of nastreeft, en hierbij een gevoel van keuze- of psychologische vrijheid ervaart. Wanneer dagelijkse activiteiten als een aaneenrijging van verplichtingen aanvoelen, wordt de behoefte aan autonomie gefrustreerd. *Relationele verbondenheid* verwijst naar het gevoel warme, hechte en authentieke relaties te hebben met anderen. Het gaat hierbij om diepgaande en wederkerige relaties waarbij men zowel zorg kan geven als ontvangen. Heeft iemand het gevoel uitgesloten te worden of enkel oppervlakkige relaties te hebben, dan wordt de behoefte aan verbondenheid gefrustreerd. *Competentie* verwijst naar het gevoel bekwaam te zijn om activiteiten tot een goed einde te brengen, doelen te realiseren, vaardigheden verder te ontplooien en emoties te reguleren. Als mensen het gevoel hebben te falen of erg twijfelen of ze hun doelen kunnen realiseren, wordt de behoefte aan competentie gefrustreerd.

Veelvuldig wetenschappelijk onderzoek toont aan dat de bevrediging van het ABC een positief effect heeft op het welzijn. De bevrediging van die psychologische basisbehoeften vormt de noodzakelijke brandstof (energie) voor de natuurlijke groeitendens van mensen. Wanneer die vervuld worden, is de kans groot dat een persoon van zichzelf kan zeggen dat hij 'goed in zijn vel zit'. Maar als de basisbehoeften gefrustreerd worden, zal men zich vaak minder goed of ronduit slecht voelen en kwetsbaar worden voor psychopathologie (voor een overzicht, zie: Ryan & Deci, 2017). BehoeftEFRustratie kan op twee manieren in verband worden gebracht met psychologische klachten. Ten eerste betaalt men een directe prijs voor behoeftEFRustratie (Campbell, Soenens, Weinstein, & Vansteenkiste, 2018): er treedt energieverlies op, wat zich uit in lusteloosheid, passiviteit, mentale vermoeidheid en een grotere vatbaarheid voor depressie en angstklachten. Hoewel een beperkt verlies van energie in tijd en intensiteit kan worden opgevangen (veerkracht), kan intense en/of langdurige behoeftEFRustratie internaliserende klachten tot gevolg hebben. Ten tweede kan behoeftEFRustratie ook aanzetten tot actie (Deci & Ryan, 2000; Verstuyf et al., 2014). Hoewel die gedragsactivatie gericht is op het wegwerken van behoeftEFRustratie, verlopen de acties niet noodzakelijk op een aangepaste wijze. Zo kunnen we compensatoir gedrag (bijvoorbeeld opstandig verzet, alcoholgebruik, eetbuien) of het ontwikkelen van behoeftesubstituten (bijvoorbeeld een sterke focus op imago, materialisme) zien als pogingen om een antwoord te bieden op de negatieve gevoelens ten gevolge van de behoeftEFRustratie. De basisbehoeften worden hierdoor echter onvoldoende diepgaand bevredigd; dergelijke strategieën zijn dan ook slechts een oplossing voor de korte termijn.

Omdat behoeftEFRustratie gepaard gaat met een waaier van zowel internaliserende als externaliserende klachten, werd de mogelijkheid onderzocht of psychologische basisbehoeften fungeren als een *transdiagnostische kwetsbaarheidsfactor* voor psychopathologie.

Recente onderzoeksbevindingen bij zowel klinische als niet-klinische groepen leveren eerste evidentie voor de transdiagnostische waarde van de psychologische basisbehoeften (Campbell, Boone, Vansteenkiste, & Soenens, 2018). In het licht daarvan en gesteund door ervaringen in de eigen klinische praktijk bespreken we in wat volgt een aantal klinische inzichten.

## Concreet aan de slag

Eerder dan een verzameling van ‘tips and tricks’ vertaalt de praktijk van de ZDT zich in een ABC-mindset waarmee men aan de slag kan. Het gaat om een bril waarmee men naar de klacht kijkt, een houding van waaruit de cliënt kan worden benaderd, en een houvast bij het opstellen, aftoetsen en bijsturen van het behandelplan. Centraal in het klinische werk op basis van de ZDT staat het ondersteunen van de behoeftehuishouding van de cliënt, zonder voorbij te gaan aan zowel het specifieke behandeltraject dat hoort bij een klacht, als aan de urgentie van bepaalde klachten die een specifiek verloop van de behandeling vereisen. In de volgende paragrafen staan we achtereenvolgens stil bij de toepassingswaarde van de basisbehoeften op het vlak van de aanmeldingsklacht, de motivatie van de cliënt, de therapeutische relatie, en geven we per psychologische basisbehoefte concrete handvatten voor de behandeling. Tot slot willen we aan de hand van een casus de meerwaarde van het gebruik van de ZDT in de praktijk illustreren.

## De aanmeldingsklacht

De ABC-mindset is belangrijk vanaf het begin van de behandeling, al bij het verkennen van de aanmeldingsklacht. Wanneer cliënten zich aanmelden, is hun hulpvraag vaak gericht op het wegnemen van de psychische klacht. Ook de hulpverlener kan de klacht zien als een obstakel dat het best zo snel mogelijk opgeruimd wordt. Vanuit de ZDT heeft de klacht echter een belangrijke *signaalfunctie*: een of meerdere basisbehoeften worden tijdelijk of chronisch gefrustreerd. Vanuit het ABC-kader kunnen we, als een van de eerste stappen in de behandeling, in kaart brengen om welke basisbehoefte(n) het gaat. Aan onze geïnteresseerde en nieuwsgierige grondhouding – wat vertelt de klacht over de psychologische behoeftehuishouding? – kan de cliënt zich spiegelen om naar het eigen functioneren te kijken. Het bieden van psycho-educatie is hierbij belangrijk. Naast informatie over de aanmeldingsklacht gaat de hulpverlener dieper in op de psychologische basisbehoeften en hun functie. Kennis en reflectie over de basisbehoeften helpen om de vaak dieperliggende, fundamentele factoren die aan de basis liggen van de klacht, in kaart te brengen. Het plaatsen van die factoren in het ABC-model biedt de cliënt inzicht in het ontstaan en

voortbestaan van de klachten en de eenvoud ervan biedt houvast wanneer de cliënt zich overspoeld voelt door een veelheid van klachten. Gezien het transdiagnostische karakter van de basisbehoeften kunnen vaak ogenschijnlijk verschillende situaties en klachten herleid worden tot hetzelfde, onderliggende thema van basisbehoeftefrustratie dat in de behandeling een centrale plaats krijgt.

Een voorbeeld. Een cliënt meldt zich aan met angst- en hyperventilatieklachten. (A) De cliënt functioneert al geruime tijd in een overmatig sturende werkomgeving die als zeer dwingend wordt ervaren, (B) mist begrip, steun en erkenning in die werkomgeving, en (C) twijfelt aan zijn meerwaarde binnen de organisatie. Het teveel aan behoeftefrustratie heeft zich geleidelijk vertaald in het letterlijk te veel happen naar zuurstof (hyperventilatie). Dat bracht nog meer gevoelens van machteloosheid en falen teweeg. De prijs voor dat alles: angstproblematiek. Het ABC-model biedt inzicht in wat ontbreekt en welke stoorzenders dat gemis in de hand werken. Die informatie is cruciaal om de therapie te verdiepen.

Bij aanmelding zijn sommige cliënten te uitgeput om stil te staan bij en te reflecteren over hun psychologische basisbehoeften. Zo'n reflectie vraagt enige energie. Het is belangrijk om dat niet uit het oog te verliezen. Daarom maken we onderscheid tussen fysieke en psychologische basisbehoeften. Alvorens aan de slag te kunnen met de psychologische basisbehoeften moeten de fysieke behoeften (bijvoorbeeld: regelmatig slaappatroon, persoonlijke hygiëne, regelmatig eten en drinken) bevredigd zijn. Het is belangrijk het tempo van de cliënt hierbij te respecteren en haalbare doelen te stellen (bijvoorbeeld: één tot drie keer per dag eten, zich aankleden, uit bed komen). Hierdoor wordt al indirect ingespeeld op de drie psychologische basisbehoeften: werken aan de fysieke basisbehoeften is een vorm van zorg en erkenning (verbondenheid), er is aandacht voor kleine successen (competentie) en er wordt rekening gehouden met de voorkeuren en wensen van de cliënt over de invulling van de therapie (autonomie). Tevens is het belangrijk om na te gaan of het nu wel een geschikt moment is om in therapie te gaan. Dat brengt ons bij de motivatie van de cliënt.

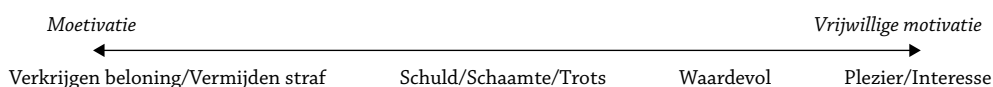
## Bewustwording motivatie cliënt

De ZDT is een motivationele theorie. Wat betekent dat concreet voor de klinische setting? Er zijn verschillende redenen waarom cliënten zich aanmelden. Dat kan gebeuren onder druk van anderen, of omdat men de schuld en schaamte voor bepaalde klachten wil vermijden, of omdat men de dagelijkse levenskwaliteit wil verbeteren. De beweegredenen kunnen bekeken worden vanuit de ZDT (Vansteenkiste & Neyrinck, 2010). Er worden vier types motivatie onderscheiden: twee types vrijwillige motivatie, de *intrinsieke* en *geïdenti-*

*ficeerde motivatie*, en twee types gecontroleerde motivatie of ‘moetivatie’, de *geïntrojecteerde* en *externe motivatie*. Bij intrinsieke motivatie kiest men voor een activiteit uit interesse of omwille van het plezier of de uitdaging die deze activiteit met zich meebrengt. Zo kan iemand ervoor kiezen om in therapie te gaan uit nieuwsgierigheid over hoe men samen met een ander kan groeien als mens. Bij geïdentificeerde motivatie vindt men de activiteit op zich niet leuk of uitdagend, maar is men wel overtuigd van het belang ervan. Iemand kan in therapie gaan omdat hij het belangrijk vindt de levenskwaliteit te verhogen. Bij geïntrojecteerde motivatie wil men een gevoel van schaamte en/of schuld vermijden of wil men anderen laten zien dat men het probleem kan oplossen. Zo kan iemand in therapie gaan omwille van de schaamte als gevolg van de klacht. Bij externe motivatie speelt het verkrijgen van een beloning, het vermijden van straf of het tegemoetkomen aan verwachtingen van anderen. Iemand gaat bijvoorbeeld in therapie om niet door een partner verlaten te worden.

Veel gedragingen worden niet bepaald door één welbepaald type motivatie, maar door een combinatie. Bijvoorbeeld: ik ga in therapie omdat ik meer levenskwaliteit wil én om te vermijden dat mijn partner mij zou verlaten. Niettemin is het belangrijk dat de balans doorslaat in de richting van vrijwillige motivatie. Uit onderzoek blijkt dat vrijwillige motivatie positieve gevolgen heeft voor de effectiviteit van therapie (Ryan, Lynch, Vansteenkiste, & Deci, 2011). Daarom is het belangrijk om aan het thema motivatie voldoende aandacht te besteden, zowel bij de aanvang van de therapie als bij tussentijdse evaluaties. Figuur 1 laat toe de vier types motivatie aan de cliënt uit te leggen en samen te bespreken.

**Figuur 1.** Motivatiecontinuüm.



## De therapeutische relatie

Een kwaliteitsvolle therapeutische relatie blijkt een van de meest werkzame componenten in de psychologische behandeling te zijn (Lambert, 2013). Maar ook hier kunnen we niet voorbijgaan aan het belang van de drie psychologische basisbehoeften (zie ook: Verstuyf et al., 2014). Vanuit de ZDT wordt de behandeling vormgegeven: (A) Autonomie – zonder druk uit te oefenen op de cliënt (bijvoorbeeld bij niet-uitgevoerde huiswerkopdrachten), maar door de cliënt en zijn handelen te benaderen vanuit een nieuwsgierige grondhouding met aandacht voor zijn tempo, keuze en motivatie. Het gebruik van woorden als ‘kunnen’, ‘mogen’, ‘voorstellen’ zorgt voor minder druk en meer zuurstof tijdens de behandeling.

(B) VerBondenheid – de houding van de therapeut is gericht op de onvoorwaardelijke acceptatie van de cliënt. De ervaring van authenticiteit en zorg draagt bij aan de behoeftebevrediging binnen de therapeutische relatie. (C) Competentie – de therapeut zal proberen het perspectief van de cliënt te hanteren en haalbare doelen voor te stellen. Het stellen van te hoge of te lage doelen zal de cliënt demotiveren. Bovendien zal gefocust worden op het proces van de cliënt (bijvoorbeeld: “Hoe heb je het aangepakt om dit doel na te streven?”) in plaats van op het al dan niet behalen van het streefdoel.

## Handvatten concrete invulling per basisbehoefte

Afhankelijk van de behoeften die gefrustreerd zijn, kan men een of meerdere methodieken hanteren om de behoeftebevrediging te optimaliseren. Voor elke behoefte worden in wat volgt enkele concrete handvatten besproken. Per basisbehoefte is er telkens één methodiek gericht op *bewustwording* en één gericht op *actie*. Vanuit een nieuwsgierige ABC-grondhouding kan de therapeut bewustzijnsverhogend werken en de receptiviteit voor het eigen functioneren van de cliënt versterken. Als er meer helderheid is, kunnen hieraan acties worden gekoppeld. Niet alle aangeboden handvatten werken bij iedereen op dezelfde manier; een behoefteondersteunende aanpak houdt in dat er samen gezocht wordt naar maatwerk om tegemoet te komen aan de behoeften van de cliënt.

## Autonomie

### Bewustwording van de eigen wensen en motivatie

Bij frustratie van de autonomie wordt het leven vaak omschreven als een aaneenrijging van verplichtingen; het kan gaan om een algemeen gevoel of zich beperken tot een of meerdere levensdomeinen (bijvoorbeeld: professioneel, relationeel, ouderschap). Het handelen, denken en voelen van de cliënt worden gestuurd door de druk die hij zichzelf oplegt (innerlijke criticus) of die hij ervaart vanuit de omgeving, waarbij hij voorbijgaat aan wat voor hem belangrijk is. In de therapie leert de cliënt om meer autonome keuzes te maken. Om dat doel te bewerkstelligen kan men stilstaan bij de motivatie van het menselijk gedrag. Psycho-educatie over het motivatiecontinuüm van de ZDT (zie: figuur 1) kan hierbij verhelderend werken. Tijdens een sessie kan de cliënt als oefening activiteiten situeren op het motivatiecontinuüm. Inzicht in het waarom van gedrag werkt verhelderend en moedigt de cliënt aan om op zoek te gaan naar wat hem echt boeit en raakt. Ook de methodiek van de waardenroos (gebaseerd op Tobias Lundgrens Bull's Eye; <https://www.actcursus.nl/wp-content/uploads/2017/06/Gedetailleerde-roos.pdf>) kan hier behulpzaam zijn: de

cliënt geeft dan voor verschillende levensdomeinen aan wat voor hem belangrijk is, hoe het nu is en hoe hij dat in de toekomst wil vormgeven.

### Autonoom handelen

Na de bewustwording van de eigen motivatie kan de cliënt zijn gedrag wijzigen. Maar sommige cliënten weten niet meer waar hun interesses liggen. Dan kan het goed zijn om terug te keren naar een periode in het verleden toen de cliënt zich wel goed en vitaal voelde om van daaruit de vertaalslag naar het heden te maken: “Welke elementen waren aanwezig in deze situatie? Hoe zou u die in uw huidige leven terug kunnen binnenbrengen?” Verder leert de ervaring dat cliënten vaak dingen doen die hun worden aangepreut. De cliënt krijgt dan de opdracht om bij elke vraag van buitenaf voldoende tijd te nemen om na te denken over de redenen waarom hij hierop in zou gaan (zie: figuur 1) en zo zijn autonomiebevrediging te vergroten.

### Verbondenheid

Bewustwording van de huidige en gewenste staat van relationeel functioneren

Verbondenheidsfrustratie wordt veroorzaakt door een discrepantie tussen het huidige en het gewenste relationeel functioneren van de cliënt. Een eerste stap bestaat erin het relationeel functioneren in kaart te brengen. Hierbij kunnen vragen aan bod komen zoals: “Wie zijn de personen die deel uitmaken van uw leven? Wat zijn de waarden binnen deze relatie?” Vervolgens kan worden bekeken hoe de cliënt tot meer verbondenheid kan komen, begeleid met vragen zoals: “Welke waarden vind jij belangrijk binnen een relatie? Welke veranderingen wens je binnen jouw sociale netwerk? Welke uitdagingen stel je voorop wat betreft je eigen relationeel functioneren?” Het is hierbij belangrijk onderscheid te maken tussen veranderbare en onveranderbare factoren. De cliënt dient na te denken over waar hij zelf aan kan werken versus wat buiten de eigen mogelijkheden ligt. In wat volgt, worden twee actiemethodieken voorgesteld: voor veranderbare respectievelijk onveranderbare factoren.

### Communiceren over de eigen behoeften

Bij veranderbare factoren ligt de focus op wat de cliënt zelf kan doen om aan zijn behoefte aan verbondenheid beter tegemoet te komen. Er is nogal eens sprake van een kloof tussen wat iemand voelt (binnenkant) en wat hij te kennen geeft aan anderen (buitenkant). De behandeling richt zich op het leren communiceren van de eigen behoeften. Het kan zinvol

zijn om een partner of belangrijke derde uit te nodigen om over onderlinge behoeften te praten binnen het veilige en ondersteunende kader van de therapie. Het GROK-kaartspel (gebaseerd op Geweldloos Communiceren van Marshall Rosenberg; <https://www.earth-games.nl/grok.html>) kan hierbij een handig hulpmiddel zijn om gevoelens en onderliggende behoeften te verwoorden. Naast het communiceren van de eigen behoeften aan het bestaande netwerk kan de cliënt er ook naar streven zijn netwerk uit te breiden. Er wordt dan bekeken hoe dat stap voor stap te realiseren is, waarbij de hulpverlener heel concreet te werk gaat en rekening houdt met het tempo van de cliënt. Elke sessie wordt afgesloten met een concreet en haalbaar doel. Het SMART-principe (Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch en Tijdsgebonden) kan hierbij nuttig zijn.

### Psycho-educatie over de mens als sociaal wezen

In sociale relaties spelen er ook factoren die men niet zelf kan veranderen. Het doel kan dan zijn om de cliënt de gedragingen van de ander zo goed mogelijk te laten begrijpen – zonder dat dit goedkeuring of aanvaarding moet inhouden. Zo kan de cliënt de opdracht krijgen om de ander te leren lezen of analyseren (in plaats van te willen veranderen). Er kan aandacht besteed worden aan de mogelijke ontstaansgeschiedenis van het relationeel functioneren van de ander (bijvoorbeeld door psycho-educatie over hechtingsrepresentaties, persoonlijkheid en psychopathologie). Men dient er evenwel rekening mee te houden dat zo'n oefening voldoende 'theory of mind' (inzicht in het perspectief van de ander) bij de cliënt veronderstelt. Hoewel het in kaart brengen van de mogelijke drijfveren van de ander het gedrag niet goedkeurt, kan het inzicht de cliënt helpen om het beter te plaatsen. Tevens kan het een realistischere inschatting mogelijk maken van wat aan veranderingen van de ander verwacht kan worden, waardoor het contact met de ander minder behoeftefrustrerend wordt.

### Competentie

#### Bewustwording van de eigen competenties

Bij competentiefrustratie hebben mensen vaak het gevoel nergens goed in te zijn. Zij vergelijken (onbewust) hun leven en prestaties met die van anderen (sociale vergelijking). Hoewel het 'better-than-average'-effect aantoont dat de meeste mensen zichzelf stiekem als iets beter beoordelen dan de meeste anderen om zich heen, beschouwen sommigen zichzelf als net minder goed dan de gemiddelde andere ('worse-than-average'). In beide gevallen worden de eigen competenties afgezet tegenover de competenties van anderen, terwijl het wenselijker is om het eigen functioneren als referentiepunt te nemen. Het is



de bedoeling om de focus te verschuiven van sociale vergelijking naar het groeipotentieel van de cliënt. Gestart kan worden met het samen met de cliënt in kaart brengen van de eigen kwaliteiten. Het model van Ofman (Ofman & Van der Weck, 2000), dat toelaat onderscheid te maken tussen kernkwaliteit, valkuil, uitdaging en allergie, kan hierbij een handige tool zijn. De kernkwaliteiten worden samen met de cliënt opgeschreven zodat hij ze na de sessie kan nalezen. Mensen met een verhoogde competentiefrustratie (laag zelfbeeld) lijken positieve eigenschappen minder makkelijk te onthouden vanwege selectieve waarneming. Bovendien kan het een verrijkende ervaring zijn voor de cliënt om belangrijke naasten hierover te bevragen (“Wat zie jij als mijn kwaliteiten?”). Zodra de cliënt zicht heeft op de eigen kwaliteiten, kan hij uitgedaagd worden. De persoonlijke groei wordt gemonitord, waarbij intra-individuele vergelijkingen (met het eigen basisniveau) worden gehanteerd.

#### Het stellen van haalbare doelen

Competentiefrustratie wordt vaak veroorzaakt door het nastreven van te hoge doelen, terwijl het stellen van te lage doelen ervoor zorgt dat cliënten hun vaardigheden onvoldoende gebruiken of ontwikkelen. Competentieverhogend werken gebeurt door samen met de cliënt de lat op een realistische hoogte te leggen: doelen die aansluiten bij het eigen kunnen, maar de cliënt ook – als hij er klaar voor is – uitdagen. Dat kan uitgewerkt worden voor de verschillende rollen en domeinen die voor de cliënt belangrijk zijn: werknemer, partner, ouder, of als cliënt in therapie. Cliënten zijn zich vaak niet bewust van de verwachtingen die ze aan zichzelf opleggen. Het is dan ook belangrijk dat de cliënt leert om die te expliciteren (“Wat wil ik precies? Welk doel streef ik na?”). Die verhelderde doelen kan de cliënt dan kritisch tegen het licht houden: “Zijn al die verwachtingen (even) waardevol? Komen die verwachtingen daadwerkelijk uit mijzelf of worden ze mij eerder aangepraat door anderen?” Wanneer de cliënt de gewenste en realistische doelstellingen in kaart heeft gebracht, kunnen opdrachten worden uitgewerkt. Dat kan een dagelijks haalbare to-dolijst zijn, het reserveren van tijd voor ontspanning, of zelfs een (professionele) heroriëntatie. Concretisering van de doelen en opdrachten verhoogt de kans dat de cliënt aan de slag gaat. Omdat het hier vaak gaat om lang bestaande patronen (mogelijk als onderdeel van perfectionisme of een vermijdende copingstijl), is het doorbreken ervan vaak geen sinecure. Des te belangrijker om ook bij die opdrachten de lat niet te hoog te leggen, zoals een plotselinge shift in de levensstijl van de cliënt. Ook dient er voldoende aandacht besteed te worden aan positieve feedback, niet alleen door de therapeut, maar ook door de cliënt zelf, bijvoorbeeld door middel van het bijhouden van een positief dagboek waarin genoteerd wordt wat gelukt is. Tot slot is het belangrijk dat de cliënt de positieve gebeurtenissen bewust toeschrijft aan de eigen inspanningen en niet aan externe factoren, zoals aan de therapeut of aan geluk (zie verklaringstijlen; Seligman, 1975).

## De casus Sofie

*“Ik heb veel om gelukkig te zijn, maar ik ben het niet.”*

Sofie (49 jaar, zorgkundige, gehuwd, twee kinderen) neemt contact op met een psycholoog omdat ze merkt dat ze vastloopt in haar denkpatroon. Ze weet zich omringd door mensen en is actief op verschillende levensdomeinen, maar toch ontbreekt het haar aan levensvolvoering. Sofie voelt zich onzeker, ervaart een diffuus gevoel van angst en raakt makkelijk uit balans. Ze voelt zich erg moe en is regelmatig afwezig op haar werk.

Gezien de aanhoudende vermoeidheid wordt in eerste instantie gefocust op de *fysiologische behoeften* van Sofie. Wat betekent het thema rust voor haar? Het blijkt dat ze de standaardnormen hanteert voor rust, maar niet stilstaat bij wat haar echt helpt om de batterij op te laden. De meeste ontspanningsactiviteiten voert ze uit vanuit een zekere interne druk, zoals joggen omdat het hoort. Om zicht te krijgen op wat haar werkelijk ontspant, wordt een imaginatieoefening gedaan waarbij teruggegaan wordt naar ervaringen met helende rust.

Sofie twijfelt of psychotherapie haar kan helpen. De analyse van het rustthema laat zien dat ze gevoelig is voor interne en externe druk. Wat is haar *motivatie* om in psychotherapie te gaan of om überhaupt iets te ondernemen? Het motivatiecontinuüm wordt met haar besproken en Sofie vult dat aan met voorbeelden uit haar dagelijkse leven. Jaren geleden werd een depressie bij Sofie vastgesteld. Ze denkt met een zekere schrik terug aan die periode. Dat wil ze geen tweede keer meemaken. Heel veel activiteiten, inclusief de therapie, staan in het teken van het voorkomen van een terugval. Sofie laat zich makkelijk meevoeren door de innerlijk dwingende stem die haar steeds confronteert met het doemscenario van de depressie. Ze lijkt een kader te missen om gefundeerde beslissingen te nemen. Daarom wordt een constructiever kader aan haar denkwereld toegevoegd: psycho-educatie over de *basisbehoeften* doet haar intrede.

### Psycho-educatie

Sofie krijgt uitleg over fysiologische basisbehoeften (zoals slaap, voedsel, warmte) en het onderscheid met de drie psychologische basisbehoeften, het ABC, en dat wetenschappelijk onderzoek aantoont dat die in belangrijke mate bijdragen aan ons psychisch welzijn. Haar wordt gevraagd na te gaan welke basisbehoeften mogelijk gedurende langere tijd zijn gefrustreerd waardoor haar klacht mede tot ontwikkeling is gekomen.

Het thema van universele behoeftebevrediging spreekt Sofie aan. Er worden links gelegd met de basisbehoeften van de doelgroep waarmee Sofie werkt evenals met die van haar kinderen. Door het thema van de basisbehoeften te verbreden ontstaan bij Sofie nieuwsgierigheid en energie om de therapie verder vorm te geven. Wat is er nodig om de behoeften te bevredigen? De therapeut stelt enkele cruciale vragen: “Is het lang geleden dat die behoeften werden gevoed? Welke specifieke eigenschappen uit de context of bij Sofie zelf hebben geleid tot ondervoeding van die belangrijke basisbehoeften?” Die grondige behoefte-exploratie brengt belangrijke thema’s aan het licht die een rol spelen bij de behoeftefrustratie: haar overmatige zorgzaamheid, de moeizame relatie met haar man en de weinig uitdagende werksetting.

Sofie kan het best omschreven worden als een zorgende vrouw. Ze zorgt voor haar gezin, haar ouders en haar sociale omgeving. Wanneer wordt ingezoomd op die zorgzaamheid, blijkt dat ze hierbij zelden een eigen tempo kan volgen (A). Ze is een pion die door anderen op onvoorspelbare wijze kan worden ingezet. Ze mist hierdoor structuur in haar dagelijkse leven en heeft het gevoel een soort telegeleide auto te zijn. De autonomiefrustratie wordt duidelijk. Met Sofie wordt onderzocht hoe ze zorgzaam kan zijn, maar toch een grens kan stellen aan anderen en rekening houden met haar eigen behoeften. Sofie uit heel wat frustraties over de verbondenheid met haar partner (B). Die wordt dan ook betrokken bij de invulling van de basisbehoeften. Haar frustraties worden geconcretiseerd: wat missen de partners in de relatie? Wat is er minimaal haalbaar om hier wederzijds aan tegemoet te komen zonder voorbij te gaan aan de eigen behoeften? Hoe kan Sofie op een zorgende manier haar behoeften kenbaar maken aan haar partner? Sofie is niet echt oud, maar ze voelt zich toch minder vitaal. Ze houdt het daarom bij haar oude vertrouwde job (C). Er is niets mis mee en ze kan het rustiger aan doen als de batterij leeg is. De routine biedt haar veiligheid, maar is tegelijk niet uitdagend en stimuleert niet tot bijleren. Samen met de therapeut onderzoekt ze wat er binnen of buiten de huidige werksetting ondernomen kan worden waardoor veiligheid en uitdaging beter in balans zijn. Er wordt een ‘charter’ opgesteld waarin kleine stappen worden beschreven die Sofie het komende jaar op professioneel vlak zal ondernemen, waarbij er voldoende adempauzes zijn ingebouwd om te evalueren of alles nog in overeenstemming is met haar basisbehoeften. De ABC-bril die door de therapeut werd aangereikt, neemt Sofie over naarmate de sessies vorderen. Zo wordt ze geleidelijk aan haar eigen therapeut die zicht houdt op wat ze nodig heeft om te groeien en op mogelijke stoorzenders in haar behoeftehuishouding. Sofie werkt verder toe naar het punt waarbij ze zich autonoom (“Ik ben een waardevol iemand voor wie op de juiste manier gezorgd dient te worden”), verbonden (“Ik ben geliefd en voel nog meer de liefde van anderen, ook al is mijn aanpak veranderd”) en competent (“Ik heb inzicht en ik blijf leren”) voelt.

Hoewel die handvatten belangrijk zijn voor een positief behandelingsverloop, mogen we niet voorbijgaan aan eventueel dieper gelegen processen die mede aan de basis kunnen liggen van bepaalde behoeftefrustraties. Zo moeten we ons afvragen welke mechanismen ervoor zorgen dat Sofie haar zelfzorg verwaarloost en welke negatieve assumpties verantwoordelijk zijn voor het feit dat zij zich zo verantwoordelijk voelt voor anderen. Waar en wanneer heeft ze geleerd haar behoeften niet meer vrij uit te spreken? Hierbij kan gebruik gemaakt worden van methodieken zoals de schematherapie. Maar ook dan blijft het ABC van de basisbehoeften zinvol als rode draad bij het verdiepende klinische werk.

## Conclusie

Voor een klinisch psycholoog kan het een hele verrijking zijn de ABC-bril op te zetten. In een ABC-ondersteunende therapeutische relatie wordt voortdurend de vraag gesteld wat de cliënt nu nodig heeft om weer op koers te raken. Het is de kunst om de klacht te verwelkomen als een signaal dat wijst op onderliggende behoeftefrustratie, terug te gaan naar de meest basale behoeften (fysiologische basisbehoeften) van de cliënt, zijn motivatie te verkennen en handvatten te bieden voor behoefteondersteunend handelen. Gezien de transdiagnostische waarde van de psychologische basisbehoeften is het toepasingsgebied breed. De ZDT kan bij een verscheidenheid aan problematieken (bijvoorbeeld: angst, depressie, burn-out, verslaving, relationele problemen) een uitgangspunt zijn. Het voorgestelde model poneert hierbij geenszins de plaats in te nemen van andere kaders, maar kan een betekenisvolle aanvulling vormen.

## Literatuur

- Campbell, R., Boone, L., Vansteenkiste, M., & Soenens, B. (2018). Psychological need frustration as a transdiagnostic process in associations of self-critical perfectionism with depressive symptoms and eating pathology. *Journal of Clinical Psychology, 74*, 1775-1790. doi:10.1002/jclp.22628
- Campbell, R., Soenens, B., Weinstein, N., & Vansteenkiste, M. (2018). Impact of partial sleep deprivation on psychological functioning: Effects on mindfulness and basic psychological need satisfaction. *Mindfulness, 9*, 1123-1133. doi:10.1007/s12671-017-0848-1
- Deci, E.L., & Ryan, R.M. (2000). The "what" and "why" of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry, 11*, 227-268. doi:10.1207/S15327965PLI1104\_01
- Lambert, M.J. (Ed.). (2013). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6th ed.). New York, NY: Wiley.
- Ofman, D., & Van der Weck, R. (2000). *De kernkwaliteiten van het enneagram*. Schiedam: Scriptum.
- Ryan, R.M., & Deci, E.L. (2017). *Self-determination theory: Basic psychological needs in motivation, development, and wellness*. New York, NY: Guilford.

- Ryan, R.M., Lynch, M.F., Vansteenkiste, M., & Deci, E.L. (2011). Motivation and autonomy in counseling, psychotherapy, and behavior change: A look at theory and practice. *Counseling Psychologist*, 39, 193-260. doi:10.1177/0011000009359313
- Seligman, M.E.P. (1975). *Helplessness: On depression, development, and death*. San Francisco, CA: W.H. Freeman.
- Vansteenkiste, M., & Neyrinck, B. (2010). Optimaal motiveren van gedragsverandering: psychologische behoeftebevrenging als motor van therapie succes. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 36, 171-189.
- Vansteenkiste, M., Ryan, R.M., & Soenens, B. (2020). Basic psychological need theory: Advancements, critical themes, and future directions. *Motivation and Emotion*, 44, 1-31. doi:10.1007/s11031-019-09818-1
- Vansteenkiste, M., & Soenens, B. (2015). *Vitamines voor groei: ontwikkeling voeden vanuit de Zelf-Determinatie Theorie*. Leuven: Acco.
- Verstuyf, J., Vansteenkiste, M., De Pauw, S., Boone, L., Van der Kaap-Deeder, J., & Weymeis, H. (2014). 'Moetivatie' of motivatie? Over de vitamines voor therapietrouw, duurzame gedragsverandering en groei. *Signaal*, 89, 22-49.

## Personalia

Katrijn Brenning, professor en postdoctoraal onderzoeker aan de Universiteit Gent, vakgroep Ontwikkelings-, Persoonlijkheden- en Sociale Psychologie; coördinator Groepspraktijk PIT-TIG (Gullegem).  
E-mail: katrijn.brenning@ugent.be

Nathalie Coorevits, praktijkassistent aan de Universiteit Gent, vakgroep Ontwikkelings-, Persoonlijkheden- en Sociale Psychologie; zelfstandig klinisch psycholoog (Zingem).

Jolene Van der Kaap-Deeder, professor aan de Norwegian University of Science and Technology, Department of Psychology.

Maarten Vansteenkiste, professor aan de Universiteit Gent, vakgroep Ontwikkelings-, Persoonlijkheden- en Sociale Psychologie.

## Verantwoording

Geen strijdige belangen mee gedeeld.