

Bedankt voor het downloaden van dit artikel. De artikelen uit de (online) tijdschriften van Boom uitgevers zijn auteursrechtelijk beschermd. U kunt er natuurlijk uit citeren (voorzien van een bronvermelding) maar voor reproductie in welke vorm dan ook moet toestemming aan de uitgever worden gevraagd.

Boom

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever. Auteursrecht ten aanzien van tekst- en datamining en machinelearning is nadrukkelijk voorbehouden.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 jo. Besluit van 27 november 2002, Stb 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (postbus 3060, 2130 KB, www.reprorecht.nl) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912.

Voor het overnemen van (een) gedeelte(n) uit deze uitgave in bijvoorbeeld een (digitale) leeromgeving of een reader in het onderwijs (op grond van artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot Stichting Uitgeversorganisatie voor Onderwijslicenties (Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.stichting-uvo.nl).

No part of this article may be reproduced in any way whatsoever without the written permission of the publisher. No part of this publication may be reproduced in the context of text and data mining for any other purpose which is not expressly permitted by law without permission of the publisher.

Een geïntegreerd model van een holistische theorie

► MARTIJN STÖFSEL

Samenvatting De holistische theorie (HT) is een model om overzicht te krijgen over de klachten, coping en voorgeschiedenis van de cliënt. In het cognitief-gedragstherapeutisch proces speelt de holistische theorie of casusconceptualisatie een centrale rol. Vanuit een HT wordt de CGT-behandeling opgezet. In dit artikel wordt besproken waarom het zinvol en noodzakelijk is om bij complexere casuïstiek de behandeling te beginnen met het opstellen van een HT. Een geïntegreerd model, met aspecten van verschillende andere modellen, wordt uitgebreid beschreven. Dit model is vanwege zijn eenvoudige basisstructuur goed en makkelijk toepasbaar in de praktijk. Verder worden mogelijke valkuilen beschreven bij het opstellen van een HT, conform dit geïntegreerde model. Een HT heeft een schuld-reducerend effect: het maakt voor de cliënt begrijpelijk dat zijn huidige klachten voor een deel verklaard kunnen worden uit gebeurtenissen in de jeugd. Ten slotte wordt beschreven dat een HT tevens handvatten biedt om tot een beredeneerde keuze voor behandeldoelen te komen.

TREFWOORDEN — *holistische theorie, probleemsamenhang, casusconceptualisatie, cognitieve gedragstherapie, probleemkeuze, behandeldoelen*

Kernboodschappen voor de klinische praktijk

- Aan het begin van een behandeling, zeker bij complexe problematiek, is een holistische theorie (of casusconceptualisatie) een noodzakelijk middel om overzicht te krijgen over de samenhang van de klachten, de copingstijl en de leergeschiedenis van de cliënt.
- Er zijn tal van verschillende modellen voor een holistische theorie of een casusconceptualisatie. Er is geen onderzoek waaruit blijkt welk model het beste werkbaar en bruikbaar is.
- Om in de praktijk bruikbaar te zijn, moet een holistische theorie of casusconceptualisatie op een eenvoudige, beknopte en zinvolle manier zijn opgesteld.

Casus Bij Saar, een vrouw van 43 jaar, is er sprake van borderlineproblematiek. In het gesprek na de intake stelt de behandelaar samen met haar op een flap-over een holistische theorie (HT) op volgens het geïntegreerde model. Aanvankelijk weet Saar niet goed wat er van haar verwacht wordt, maar na enige aarzeling begrijpt ze het en kan ze goed meedenken met de behandelaar. Ze geeft aan dat ze tijdens dit proces een soort opluchting opmerkt, omdat er alle ruimte is voor wat er in haar leven is gebeurd. Ook verwondert ze zich op een positieve manier over sommige verbanden die de behandelaar legt. Als Saar een aantal keren begint uit te weiden, begrenst de behandelaar haar. Ze kan dat goed verdragen, omdat ze begrijpt dat het nu om de grote lijnen gaat. Als de HT klaar is, legt de behandelaar Saar aan de hand daarvan uit hoe de nare omstandigheden uit haar jeugd haar negatieve kerncognities hebben veroorzaakt en van daaruit haar coping. Daardoor worden Saars huidige klachten verklaarbaar vanuit haar levensloop. Saar voelt zich hierdoor gezien in wie ze is. Het heeft op haar een prettig ‘ontschuldiging’ effect. Aan veel van de omstandigheden die haar hebben gevormd, kon zij immers niet zoveel doen: die zijn haar overkomen. Ook begrijpt ze op basis van de HT goed welke keuzes de behandelaar haar voorlegt om de behandeling vorm te geven. Saar krijgt de flap met de HT mee naar huis. Volgens afspraak besteedt ze er veel aandacht aan om alle informatie van de flap op een mooie manier op een A4'tje te zetten. De volgende keer bespreekt ze op basis van deze HT en de eruit voortvloeiende behandeldoelen met de behandelaar haar behandelplan.

Holistische theorie en casusconceptualisatie

De holistische theorie is een essentieel onderdeel van het cognitief-gedragstherapeutisch proces

Zowel de holistische theorie als de casusconceptualisatie is een model om de samenhang van klachten, problemen, leergeschiedenis en luxerende factoren van de problematiek van de cliënt in kaart te brengen. Het is een essentieel onderdeel van het cognitief-gedragstherapeutisch proces (zie figuur 1). Bij eenvoudige psychologische problematiek is het eenvoudig om overzicht te krijgen, maar bij complexere psychologische problematiek is het lastiger. Er speelt dan immers veel tegelijkertijd: meerdere psychologische klachten van soms heel verschillende aard, praktische problemen en problemen in de leefomgeving. Bovendien worden al deze klachten en problemen beïnvloed door de betekenis die de cliënt er vanuit de leergeschiedenis aan geeft. Bij complexe problematiek is het daarom belangrijk om aan het begin van de behandeling de verworven informatie in een overzichtelijk model onder te brengen. Van daaruit kunnen dan weloverwogen keuzes voor behandelinterventies worden gemaakt (Korrelboom & ten Broeke, 2014). Zo'n overzicht is ook nuttig bij tussentijdse evaluaties. Op die manier kan worden vastgesteld welke andere problemen er nog spelen en aan-

gepakt moeten worden. Bij het vastlopen van een behandeling kan een HT eveneens duidelijkheid geven over welke factoren dat veroorzaakt hebben. Een laatste, wellicht belangrijkste, reden is dat zo'n overzicht een goed middel is om de cliënt een verklaring te bieden over het ontstaan van zijn of haar problematiek. Hierdoor zal de behandelmotivatie toenemen. Uitgangspunt is dat een dergelijk overzicht samen met de cliënt wordt opgesteld of besproken. Dit vereist enige mate van inzicht, vertrouwen en coöperatie van de cliënt.

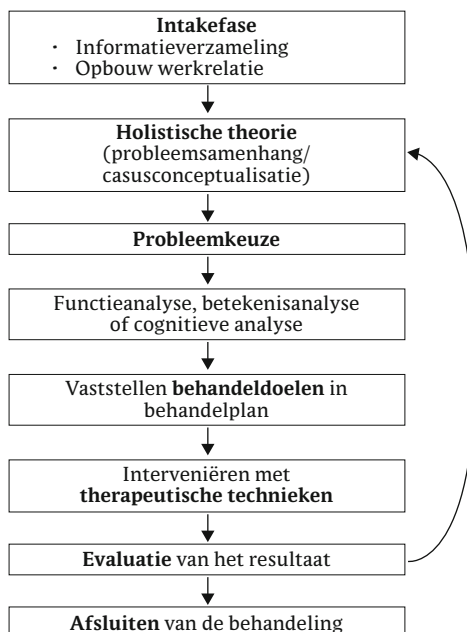
In de gedragstherapie wordt van oudsher de term 'holistische theorie' gebruikt (Hermans et al., 2017; Korrelboom & ten Broeke, 2014), terwijl in de cognitieve stromingen, de schematherapie en bij EMDR de term 'casusconceptualisatie' wordt gebruikt (ten Broeke et al., 2022). Soms wordt de casusconceptualisatie gezien als de combinatie van enerzijds de holistische theorie, en anderzijds de betekenisanalyse en functieanalyse (Hermans et al., 2017). In dit artikel worden de termen 'holistische theorie' en 'casusconceptualisatie' beschouwd als synoniemen van elkaar. Omwille van de leesbaarheid wordt de term 'holistische theorie' gebruikt, afgekort 'HT'.

Positie van de holistische theorie in het cognitief-gedragstherapeutisch proces

Na de klachten- of probleeminventarisatie wordt de HT opgesteld. Op basis daarvan wordt in overleg met de cliënt het als eerste te bewerken probleem of problemen bepaald. Vervolgens wordt daar een relevante betekenisanalyse, functieanalyse of cognitieve analyse over opgesteld (in het vervolg BA, FA en CA). Op basis daarvan worden behandeldoelen vastgesteld en interventies uitgevoerd. Na evaluatie van de bereikte behandelresultaten wordt opnieuw vanuit de HT gekeken naar eventuele andere behandeldoelen. Een HT is een dynamisch model, dat gedurende een behandeling kan worden aangepast wanneer er nieuwe inzichten ontstaan of nieuwe feiten op tafel komen.

Een holistische theorie is het resultaat van een proces tussen cliënt en behandelaar

Een HT opstellen is niet uitsluitend het invullen van de intakegegevens in een sjabloon, maar het resultaat van een proces tussen behandelaar en cliënt. Het is de neerslag van een door behandelaar en cliënt gedeelde visie op de klachten en problemen van de cliënt, en vormt daarmee de basis van diens behandeling. Door een HT begrijpt de cliënt beter waar de klachten en problemen vandaan komen en welke veranderingen er noodzakelijk zijn. Daarnaast kan de cliënt ervaren dat de behandelaar zijn of haar verhaal goed begrepen heeft, wat de werkrelatie zal versterken. Vaak heeft een HT ook een schuldreducerend effect, omdat cliënten erdoor leren inzien dat hun problemen zijn ontstaan door hun levensloop en meegemaakte ervaringen.



Figuur 1 Het cognitief-gedragstherapeutisch proces volgens Hermans en collega's (2017)

Verschillende modellen

Er zijn verschillende modellen om een holistische theorie of een casusconceptualisatie op te stellen. Een HT over complexere problematiek kent meestal een indeling in vroegproblematiek, middenproblematiek en staartproblematiek. *Vroegproblematiek* staat voor vroege jeugdervaringen en psychologische ontwikkelingsaspecten in de eerste 18 tot 20 jaar van het leven. *Middenproblematiek* staat voor de opgedane en aangeleerde copingstijl, de gevormde persoonskenmerken en instrumentele overtuigingen. *Staartproblematiek* staat voor recente klachten en problemen. Hierna worden kort een aantal modellen besproken. Stöfseel en Mooren (2017) hebben op basis van één casus de meeste van deze modellen uitgewerkt, waardoor de verschillen ertussen duidelijk worden.

'Vakjesmodel' Dit is het oudste en bekendste model, onder andere beschreven door Orlemans (1987) en door Hermans en collega's (2017). In dit model worden de verschillende klachten en probleemgebieden beschreven in vakjes. De verbanden tussen de vakjes worden aangegeven met pijlen. Het vakjesmodel wordt veel gebruikt in N=1-onderzoeken, en is een overzichtelijk en eenvoudig te begrijpen model. Het nadeel ervan is dat het voor complexere problematiek niet toereikend is. Er moeten dan zoveel vakjes en pijlen worden ingetekend dat het model onoverzichtelijk wordt. Ook kent het vakjesmodel geen inhoudelijke ordening of hiërarchie.

SORC-model Dit model is als holistische theorie uitgebreid beschreven door Sprey (2017) en is gemodelleerd op twee principes. Het eerste principe is een indeling volgens het SORC-principe, waarbij de ‘S’ staat voor de stimulus (de uitlokkende gebeurtenis), de ‘O’ voor de interne processen (met name de cognities), de ‘R’ voor het gedrag (met name het kerngedrag van de persoonlijkheidsproblematiek) en de ‘C’ voor de consequenties (de zowel positieve als negatieve gevolgen van het gedrag). Het tweede principe is een indeling in tijd, waarbij ‘vroeg’ staat voor de leergeschiedenis, ‘midden’ voor de uitgekristalliseerde kerncognities, de coping en het kerngedrag (zoals dat is aangeleerd of bepaald in de leergeschiedenis), en ‘staart’ voor hoe de problemen zich in het hier-en-nu voordoen.

Casusconceptualisatie volgens Beck Vanuit de cognitieve stromingen is het model van de *cognitieve casusconceptualisatie* ontwikkeld, met name door Aaron Beck en voortgezet door zijn dochter Judith (Beck, 2022). Dit model gaat uit van levensgebeurtenissen die hebben geleid tot kerngedachten of kerncognities. Deze beïnvloeden instrumentele cognities, die op hun beurt in bepaalde situaties automatische gedachten oproepen. Dat leidt dan weer tot problematische gevoelens. Dit model wordt ook in EMDR-kringen gebruikt.

Casusconceptualisatie in de schematherapie In de schematherapie wordt een model gebruikt dat gebaseerd is op de cognitieve casusconceptualisatie van Beck. Met name de schemata en de modi hebben er een plek in gekregen (Vreeswijk et al., 2008). Er zijn diverse verfijningen van dit model ontwikkeld, die echter door een streven naar volledigheid zo uitgebreid zijn geworden dat ze qua overzicht aan waarde hebben ingeboet.

Factsheet VGCT Door de VGCT (2018) is een factsheet uitgegeven met een model voor een HT. Omdat dit factsheet door de VGCT is uitgegeven, lijkt aan het model een zekere status te kleven. Er is echter geen enkele consensus dat dit het beste model is. Ook is er de nodige kritiek op: het zou te veel een ‘invuloefening’ zijn geworden en er zitten allerlei dubbelheden in – wat is bijvoorbeeld het onderscheid tussen ‘zelfbeeld’ en ‘kernovertuigingen’? De vermeende status die dit factsheetmodel ten onrechte heeft is een van de redenen om dit artikel te schrijven.

Model van van Heycop ten Ham Het model van van Heycop ten Ham en collega’s (2017) doet zeker recht aan de cliënt, maar kent ook een bepaalde ingewikkeldheid. In de praktijk is het daardoor minder goed bruikbaar om de cliënt overzicht te bieden.

ACT-model Binnen ACT wordt een model gebruikt dat vanzelfsprekend leunt op de onderliggende ACT-theorie, en dan met name op de zes ACT-basisprocessen (Hayes et al., 2011). Het is daarom niet goed bruikbaar voor ‘gewone’ cognitief-gedragstherapeutische behandelingen. Wel biedt het zeker goede aanknopingspunten voor het opzetten van een ACT-behandeling.

Verklarende analyse Door Tempel en collega's (2022) is gedetailleerd beschreven hoe een degelijke en verantwoorde verklarende analyse kan worden opgesteld. Hun model is echter speciaal bedoeld voor de jeugdzorg. Ondanks de gedegenheid ervan zitten er in dit model ook lastige dubbelheden. Wat is bijvoorbeeld het verschil tussen 'klachten' en 'gevolgen'? Of tussen 'vaardigheden' en 'krachten'?

Model van Wispelwey Wispelwey (2011) heeft een bruikbaar model beschreven voor adolescenten. Het model blinkt uit door een combinatie van compactheid en overzichtelijkheid. Het in dit artikel gepresenteerde geïntegreerde model is een doorontwikkeling van het model van Wispelwey.

Welk model?

Er is geen wetenschappelijke evidentie voor welk model beter of effectiever is dan de andere. Sterker nog, de empirische fundering van al deze modellen is niet erg doortimmerd. Zo blijkt de mate waarin verschillende behandelaars bij een en dezelfde cliënt tot dezelfde casusconceptualisatie komen betrekkelijk gering (Eells, 2009). Wel zijn er aanwijzingen dat het succes van een behandeling mede afhankelijk is van de mate waarin de behandelaar

overzicht over de behandeling heeft (Hermans et al., 2017; Korrelboom & ten Broeke, 2014). De keuze voor een interventie kan dan weloverwogen worden gemaakt, gebaseerd op gepersonaliseerde kennis en inzicht in de problematiek van de cliënt. Belangrijk is daarom dat een behandelaar in elk geval een van de genoemde modellen gebruikt. Bij eenvoudige en eenduidige problematiek heeft een HT overigens weinig toegevoegde waarde (Korrelboom & ten Broeke, 2014).

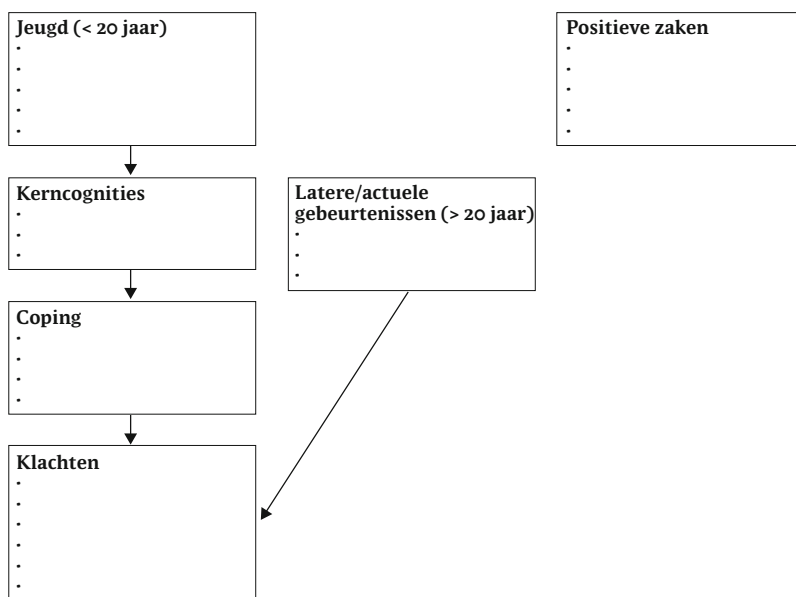
Gezien het belang van de HT in het cognitief-gedragstherapeutisch proces, is het belangrijk om een zo eenvoudig mogelijk, maar wel zinvol en effectief model te gebruiken. In een HT moet ook complexe problematiek op een overzichtelijke manier kunnen worden beschreven. Een belangrijke voorwaarde is dat de samenhang in heldere en begrijpelijke taal aan de cliënt kan worden uitgelegd. In een HT moeten ook positieve factoren, krachtfactoren of beschermende factoren worden opgenomen.

Belangrijk is dat een behandelaar in elk geval een van de genoemde modellen gebruikt

Holistische theorie volgens het geïntegreerde model

Aangezien er geen *evidence* of consensus is om wel of niet voor een bepaald model te kiezen, lijkt het goed om die keuze te laten bepalen door een combinatie van efficiëntie, volledigheid en cliëntvriendelijkheid. Op basis van deze factoren pleit ik voor het gebruik van een model met een beperkt aantal basale rubrieken. Deze rubrieken hebben dan geen verwarrende moge-

lijke dubbelheden, zoals in sommige andere modellen. Aangezien wel alle aspecten van de hier genoemde modellen erin beschreven kunnen worden, is het daarmee een soort integratie van al deze modellen. Vandaar dat gekozen is voor de term 'geïntegreerd model'. Dit model is vooral schatplichtig aan het model dat Wispelwey (2011) beschreef. Het is echter doorontwikkeld, zodat het breder toepasbaar is. Het is goed te gebruiken bij eenvoudige problematiek, maar zeker en juist ook bij complexe problematiek. In het laatste geval dwingt het model de behandelaar om de kern van de problematiek en het ontstaan daarvan te beschrijven. Figuur 2 toont een weergave van de essentie van het geïntegreerde model.



Figuur 2 Sjabloon van de holistische theorie volgens het geïntegreerde model

Werkwijze

Een belangrijk kenmerk van een HT is dat het een gezamenlijk proces is van behandelaar en cliënt. Daarom vindt het opstellen ervan ook gezamenlijk plaats. Ideaal is om een flap-over of whiteboard te gebruiken, waarop de behandelaar schrijft terwijl deze voortdurend overlegt met de cliënt. Omdat de cliënt de HT groot op het whiteboard of de flap-over ziet verschijnen, komt de HT indringender binnen en stimuleert het tot meedenken. De HT hoort bij de diagnostische fase, maar is eigenlijk ook een psycho-educatieve interventie. Omdat de cliënt erdoor leert dat de klachten logisch voortvloeien uit zijn of haar voorgeschiedenis, biedt de HT een soort 'ontschuldiging'. Het beste moment om de HT op te stellen, is tijdens de sessie na de intake. Vaak heeft de behandelaar dan al een rudimentaire HT in het hoofd.

Bij het invullen van de HT is het goed om zoveel mogelijk de woorden van de cliënt te gebruiken. Soms is het handig om er een hypothese van de behandelaar in op te nemen, ook al herkent de cliënt die (nog) niet, maar dan wel met een aanduiding dat de hypothese van de behandelaar komt, bijvoorbeeld door er haakjes omheen te zetten. Daarmee benadrukt de behandelaar dat de HT een gezamenlijk document is. Belangrijk is dat de behandelaar niet te diep ingaat op wat de cliënt noemt. Het gaat bij de HT om een ‘helikopterview’. Als de cliënt te veel gaat uitweiden, is het de taak van de behandelaar om te begrenzen. Het hier gepresenteerde model van een geïntegreerde HT kan goed in één sessie opgesteld worden. Een HT kan natuurlijk veranderen als er later meer informatie naar boven komt. Na voltooiing ervan is het handig om te controleren of de HT compleet is en of alle rubrieken – van boven naar beneden – logisch uit elkaar voortvloeien.

Vervolgens kan de HT gebruikt worden om samen met de cliënt vast te stellen waar in de behandeling aan gewerkt gaat worden: de behandelspeerpunten. Conform het cognitief-gedragstherapeutisch proces (zie figuur 1) worden van de gekozen behandelspeerpunten een BA, een FA of een CA opgesteld en vervolgens de eerste interventies bepaald. Op basis daarvan wordt een behandelplan opgesteld.

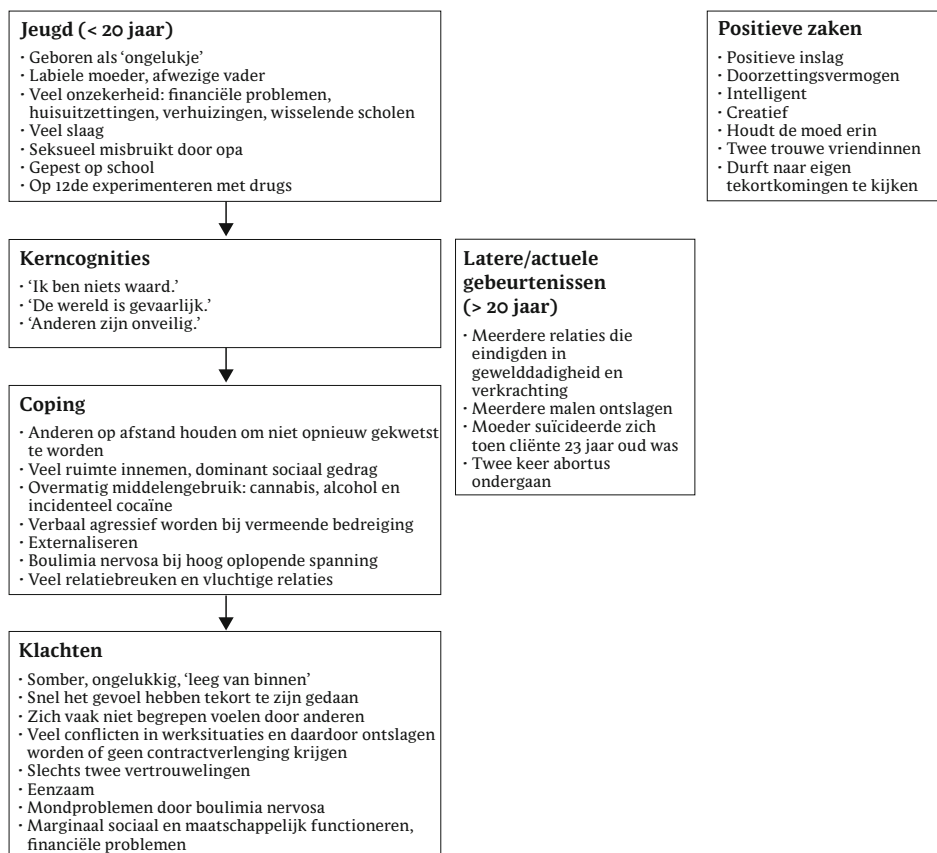
De voltooide HT is een mooi overzichtelijk document over het leven van de cliënt en zijn of haar problemen. De HT kan vervolgens gebruikt worden om behandeldoelen op te stellen, maar ook om de behandeling te evalueren. Daartoe moet de HT als document beschikbaar zijn. Een handige manier is om de cliënt te vragen of deze de HT op papier wil uitwerken. De cliënt krijgt de flap-over van de HT dan mee naar huis of maakt er een foto van. Door de cliënt de HT te laten uitwerken, wordt tevens duidelijk gemaakt dat er in de behandeling een actieve rol verwacht wordt. Figuur 3 toont een uitgewerkte HT van een vrouw met borderlineproblematiek.

*Invullen van de
holistische theorie in
geïntegreerde vorm is
een vloeiend proces en
juist niet een
invuloefening*

De zes rubrieken

De HT in geïntegreerde vorm bestaat uit zes rubrieken, waarvan de eerste vier rubrieken elkaar logisch opvolgen. Dit maakt invullen ervan tot een vloeiend proces en juist niet tot een invuloefening. De logica begint bij de invloeden vanuit de jeugd. Cliënten komen echter niet daarvoor in behandeling, maar vanwege de klachten die ze momenteel hebben. We beginnen het invullen dan ook bij de rubriek ‘klachten’ en redeneren van

daar, samen met de cliënt, toe naar de rubriek ‘jeugd’. Het mooist is om telkens van een rubriek naar een hogere rubriek te gaan. Het is echter geen enkel probleem om al eerder zaken bij andere rubrieken te beschrijven. Ook kunnen sommige zaken in twee rubrieken beschreven worden. Dit wordt hierna toegelicht.



Figuur 3 Holistische theorie van een vrouw van 43 jaar met borderlinepersoonlijkheidsproblematiek

Klachten In deze rubriek worden in het kort alle klachten beschreven die de cliënt noemt. Een simpele vraag hierbij is: 'Van welke klachten heb je op dit moment last?' De behandelaar vult aan op basis van wat deze al weet uit de intakegesprekken. De klachten zoals ze hier beschreven worden zijn de gevolgen van de coping die in de volgende rubriek beschreven wordt.

Een voor de hand liggende vraag is of er niet ook een rubriek 'gevolgen' moet worden toegevoegd. Een dergelijke rubriek zou echter juist tot overlap en onduidelijkheid leiden. Het verband tussen coping en klachten kan beter later specifiek onderzocht worden in een BA, FA of CA. Ook is er geen aparte rubriek 'in stand houdende factoren'. Enerzijds omdat ook die tot verwarring en dubbelheden zou kunnen leiden (er is namelijk allerlei overlap tussen klachten, coping en in stand houdende factoren), anderzijds omdat de in stand houdende factoren meestal wel duidelijk worden uit de samenhang tussen levensloop, coping en klachten. Ook hier geldt dat het

omwille van het overzicht beter is om dit later in een BA, FA of CA te onderzoeken.

Coping Om de stap van de rubriek ‘klachten’ naar ‘coping’ te maken, kan de behandelaar bijvoorbeeld vragen: ‘Hoe ga jij met jezelf en de wereld om, zodat je deze klachten hebt gekregen?’ Het woord ‘coping’ is voor cliënten vaak lastig te begrijpen. Er kan natuurlijk ook een andere term gebruikt worden, bijvoorbeeld ‘patronen’ of ‘hoe je met jezelf en de wereld omgaat’.

Er kan sprake zijn van overlap tussen de rubrieken ‘klachten’ en ‘coping’. Verslaving bijvoorbeeld heeft aspecten zowel van coping als van klachten. Verslaving als coping betekent dat de verslaving wordt ingezet om iets te bewerkstelligen, meestal verdoving of vermindering van nare gevoelens, terwijl verslaving als klacht betrekking heeft op de negatieve gevolgen ervan. Verder kan coping zowel disfunctionele als functionele kanten hebben. Perfectionisme bijvoorbeeld is zowel coping als iets positiefs, omdat perfectionisten erg gewaardeerd worden vanwege hun zorgvuldige werk.

Kerngedachten of kerncognities Om de stap van de rubriek ‘coping’ naar ‘kerngedachten’ te maken, kan de behandelaar de vraag stellen: ‘Hoe denk je in de kern over jezelf, over anderen en over de wereld, waardoor het nodig was om deze coping te ontwikkelen?’ Deze stap is vaak het lastigst. Het kan helpen om de cliënt te vragen een zinnetje te formuleren dat begint met: ‘Ik ben ...’ dat kernachtig iets uitdrukt over hoe de cliënt over zichzelf denkt en voelt. Het mag ook een zinnetje zijn dat begint met: ‘De wereld is ...’ of: ‘Anderen zijn ...’. Maar uiteindelijk moet de cliënt ook een zinnetje formuleren dat begint met: ‘Ik ben ...’, want dat zegt het meeste over zijn of haar kerngedachten.

Er kan zich hierbij een aantal problemen voordoen. Het kan zijn dat de cliënt wel erkent dat hij of zij denkt: ‘Ik ben niet goed genoeg’, maar dat het lastig is om dat op te schrijven, omdat er ook perioden zijn waarin hij of zij het idee heeft: ‘Ik ben goed zoals ik ben.’ In dat geval worden beide zelfbeelduitspraken – die elkaar zelfs kunnen tegenspreken! – opgeschreven: de negatieve uitspraak bij de ‘kerngedachten’ en de positieve bij de ‘positieve zaken’. Door juist beide relevante zelfbeelduitspraken op te schrijven, voelen cliënten zich veel beter gezien. Het kan verhelderend zijn om de cliënt te vragen naar de mate van geloofwaardigheid van de kerngedachten. In geval van zowel een positieve als een negatieve variant van een kerngedachte (bijvoorbeeld: ‘Ik ben een slecht mens’ en: ‘Ik ben een goed mens’) hoeven de geloofwaardigheidspercentages bij elkaar opgeteld niet per se op 100% uit te komen.

Een ander probleem is dat men in de rubriek ‘kerngedachten’ soms zelfbeelduitspraken wil opnemen die in feite tot de rubriek ‘coping’ behoren. Vaak gebruikt men dan actieve werkwoorden als ‘moeten’ of ‘willen’. Een zin als: ‘Ik moet altijd mijn best doen’ lijkt bijvoorbeeld een zelfbeelduitspraak, maar is het niet. ‘Mijn best doen’ is namelijk coping om een onderliggend negatief zelfbeeld te compenseren (bijvoorbeeld: ‘Ik ben niet goed genoeg’).

Er worden in dit geïntegreerde model geen andere niveaus van cognities beschreven. Dat is immers voor het doel van een HT – namelijk overzicht bieden en een globale verklaring geven voor het ontstaan van de klachten – minder interessant. Zinvoller en minder verwarrend is het om meer genuanceerde of instrumentele cognities te beschrijven in een BA, FA of CA.

Jeugd (tot ongeveer het 20ste levensjaar) De logica van deze rubriek is dat tot ongeveer het 20ste levensjaar iemands neuroplasticiteit nog dermate hoog is dat de situaties die hij of zij dan meemaakt in sterke mate de psychologische ontwikkeling beïnvloeden, en daarmee de kerngedachten en coping. Daarna zullen nare omstandigheden een minder grote invloed hebben op iemands psychologische ontwikkeling.

Om de stap van ‘coping’ naar ‘jeugd’ te maken, kan de behandelaar de vraag stellen: ‘Wat is er in je jeugd gebeurd waardoor je zo over jezelf bent gaan denken?’ Vooral in de rubriek ‘jeugd’ is het belangrijk om alles kort en bondig te beschrijven, zeker als er zich vroeger veel nare gebeurtenissen hebben voorgedaan. Het gaat er niet om dat alles uit de jeugd beschreven wordt, maar om in grote lijnen weer te geven wat via kerngedachten en coping de huidige klachten heeft veroorzaakt. In de rubriek ‘jeugd’ kunnen ook zaken benoemd worden als de ‘leefregels’ die de cliënt heeft aangeleerd tijdens zijn of haar jeugd, maar ook bepalende andere zaken, zoals eventuele een lichte verstandelijke beperking of ADHD, temperament of aangeboren lichamelijke beperkingen.

Als de cliënt van wie de HT wordt opgesteld jonger dan 20 is, is het handig om in de rubriek ‘jeugd’ de grote bepalende situaties te beschrijven en in de rubriek ‘latere gebeurtenissen’ de recente gebeurtenis te beschrijven die de reden van aanmelding was.

Latere gebeurtenissen (na het 20ste levensjaar) In deze rubriek komen bepalende gebeurtenissen die via de al aanwezige coping tot de klachten hebben geleid. Denk hierbij aan: ontslag, scheiding, een ongeluk, een later ontstane ziekte of een lichamelijke beperking.

Positieve zaken Een mooie toevoeging in dit model is om ook de positieve zaken van de cliënt te benoemen. Dit maakt de HT voor de cliënt realistischer. Iedereen heeft immers ook positieve zaken in zijn of haar leven ervaren. ‘Positieve zaken’ is een globale rubriek, waarin positieve aspecten, krachten, en helpende en beschermende factoren van de cliënt beschreven kunnen worden. Die worden niet verder uitgesplitst, omdat dat ook weer tot verwarring en dubbelheden kan leiden, wat niet past bij het globale karakter van de HT. Verder is het bemoedigend voor de cliënt wanneer ook de behandelaar positieve zaken benoemt. Bij ‘positieve zaken’ valt te denken aan: een goede relatie, veel vrienden, doorzettingsvermogen, snel inzicht, sportief, intelligent, integer, goed contact kunnen leggen, goede carrière, enzovoort.

Sommige cliënten vinden het moeilijk om positieve zaken te noemen. Juist dan is het goed om er extra aandacht aan te besteden, zodat er toch een

aantal positieve zaken genoteerd kan worden. Bij sombere en negatieve mensen kan er dan bijvoorbeeld genoteerd worden ‘vermogen om hulp te zoeken’, ‘goed klachten kunnen verwoorden’, ‘doorzettingsvermogen’, ‘vriendelijk voor anderen’, ‘zorgvuldig omgaan met anderen’, enzovoort.

In theorie zouden positieve zaken ook kunnen worden ingedeeld in de rubrieken ‘jeugd’, ‘kerngedachten’ of ‘coping’, maar dat heeft weinig toegevoegde waarde. Verder kunnen er in de rubriek ‘positieve zaken’ soms positieve zelfbeelduitspraken terechtkomen, bijvoorbeeld: ‘Ik ben goed, zoals ik ben’, terwijl de cliënt in de rubriek ‘kerngedachten’ heeft staan: ‘Ik ben niet goed genoeg.’ Het hangt dan vaak van de omstandigheden af welke interne uitspraak geactiveerd wordt. Ook kunnen in de rubriek ‘positieve zaken’ vormen van coping komen te staan die eveneens in de rubriek ‘coping’ staan. Sommige coping heeft immers zowel negatieve als positieve aspecten.

Opstellen van een holistische theorie opstellen zonder cliënt

Het is voor het therapieproces het meest ideaal om de HT samen met de cliënt op te stellen. Dit betekent wel dat de cliënt enigszins coöperatief moet zijn en enig inzicht in zichzelf moet hebben. Bij sommige cliëntgroepen zal dat lastig zijn. Denk bijvoorbeeld aan forensische cliënten die gedwongen behandeld worden, aan mensen die vanwege een verstandelijke beperking minder inzicht in zichzelf hebben of aan mensen die vanwege een bepaalde persoonlijkheidsproblematiek minder goed over zichzelf kunnen mentaliseren. In zulke gevallen is het zeker zinnig zijn om als behandelaar zelfstandig een HT op te stellen.

Na de holistische theorie: probleemkeuze en analyses

Wanneer de HT is afgerond, is in overeenstemming met het cognitief-gedragstherapeutisch proces de fase aangebroken van de probleemkeuze. Het is belangrijk om deze stap samen met de cliënt te zetten, bijvoorbeeld door te vragen: ‘Wat zijn de punten waar jij aan zou willen werken in deze behandeling?’ Hermans en collega’s (2017) beschrijven daarvoor criteria, die eerder al door Brinkman (1978) zijn geformuleerd: wat zijn de waarschijnlijkheidswaarde, de problematische waarde, de behandelbaarheid, de concreetheid, de centraliteit van het probleem en de hulpvraag van de cliënt? De belangrijkste criteria zijn de problematische waarde, ook wel ‘lijdensdruk’ genoemd, en de hulpvraag van de cliënt. Immers, onder de lijdensdruk zit de motivatie van de cliënt om iets te veranderen. De hulpvraag van de cliënt geeft enige richting hoe de cliënt dat ziet.

Op basis van de lijdensdruk en de hulpvraag van de cliënt, het overzicht dat de HT biedt en de inschatting van de behandelaar kunnen dan op de HT de speerpunten worden aangegeven waar de behandeling zich op gaat richten. Deze punten kunnen worden gemarkeerd op de flap-over of white-

board, bijvoorbeeld met een andere kleur stift. Volgens het cognitief-gedragstherapeutisch proces wordt dan van die behandelsteepunten een relevante analyse gemaakt: een BA, een FA of een CA. Op basis daarvan worden vervolgens de behandeldoelen geformuleerd, die uiteindelijk in het behandelplan beschreven worden.

Ervaringen

Deze geïntegreerde vorm van een HT kan bij iedere cliënt worden toegepast. Bij eenduidige problematiek (waarbij slechts één oorzaak speelt, bijvoorbeeld iemand die na een ernstig ongeval PTSS heeft gekregen, maar die geen andere klachten heeft) heeft een uitgebreide HT echter weinig toegevoegde waarde voor de behandeling. In alle andere gevallen kan het geïntegreerde model wel gebruikt worden, zeker bij complexe problematiek. Het is voor zowel cliënt als behandelaar vaak heel bevredigend om juist bij complexe problematiek een globaal overzicht te krijgen van hoe de klachten zijn ontstaan en bekrachtigd in de loop van het leven van de cliënt. Door supervisanten en cursisten wordt de – bijna tegenstrijdige – combinatie van eenvoudigheid, overzichtelijkheid en volledigheid van het geïntegreerde model geroemd. Het model is tevens een goede eerste stap in de samenwerking met de cliënt. Cliënten voelen zich ‘gezien’ door het opstellen van deze vorm van een HT. Vanuit de HT kan ook logisch beredeneerd worden in welke volgorde de behandelstappen genomen moeten worden.

Deze geïntegreerde vorm van een HT kan bij iedere cliënt worden toegepast

Martijn Stöfse is klinisch psycholoog-psychotherapeut in eigen praktijk en docent bij diverse nascholingsinstituten. *Correspondentieadres:* Julianastraat 38, 6714 AV Lunteren. E-mail: martijn@stofsel.nl

Summary

An integrated model of a clinical case formulation

In the cognitive behavioral therapy (CBT) process, the clinical case formulation (CCF) or case conceptualization plays a central role. A CBT treatment plan is based on this formulation. This article discusses why it is useful – and necessary – to start a treatment with the making of a CCF, especially in more complex cases. An integrated model is described in detail and is easily applicable in practice, due to its simplicity. Possible pitfalls when making a CCF according to this integrated model are mentioned. It is best to develop a CCF together with the client. A CCF often has a relieving or ‘exonerating’ effect on clients, as it helps them see how their current issues logically stem from past experiences and the way they coped with them. Finally, it is explained that a CCF also provides guidance for making a well-reasoned choice of treatment goals.

Keywords *clinical case formulation, problem coherence, case conceptualization, cognitive behavioral therapy, problem choice, treatment goals*

Referenties

- Beck, J. (2022). *Cognitieve gedragstherapie*. Uitgeverij Nieuwezijds.
- Brinkman, W. (1978). Het gedragstherapeutisch proces. In J. W. G. Orlemans, P. Eelen, & W. P. Haaijman (red.), *Handboek voor gedragstherapie* (pp. A3-A14). Van Loghum Slaterus.
- Eells, T. (2009). Contemporary themes in case formulation. In P. Sturmey (Ed.), *Clinical case formulation: Varieties of approaches* (pp. 291-315). John Wiley and Sons. <https://doi.org/10.1002/9780470747513.ch22>
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., Wilson, K. G., & Sandoz, E. K. (2011). Case formulation: Listening with ACT ears, seeing with ACT eyes. In S. C. Hayes, K. D. Strosahl, & K. G. Wilson (Eds.), *Acceptance and commitment therapy: Second edition: The process and practice of mindful change*. The Guildford Press.
- Hermans, D., Eelen, P., & Orlemans, H. (2017). *Inleiding tot de gedragstherapie*. Bohn Stafleu van Loghum. <https://doi.org/10.1007/978-90-313-6408-4>
- Korrelboom, K., & ten Broeke, E. (2014). *Geïntegreerde cognitieve gedragstherapie*. Coutinho.
- Orlemans, J. W. G. (1987). Modellen voor probleemkeuze en functieanalyse. In J. W. G. Orlemans, P. Eelen, & W. P. Haaijman (red.), *Handboek voor gedragstherapie*. Van Loghum Slaterus.
- Sprey, A. (2017). *Handboek persoonlijkheidsstoornissen*. Bohn Stafleu van Loghum. <https://doi.org/10.1007/978-90-368-1760-8>
- Stöfse, M., & Mooren, T. (2017). *Trauma en persoonlijkheidsproblematiek*. Bohn Stafleu van Loghum. <https://doi.org/10.1007/978-90-368-1084-5>
- Tempel, H., van Dijk, A., & de Castro, B. O. (2022). Eerst begrijpen, dan (be)handelen: Het belang van de verklarende analyse. *Kind & Adolescent Praktijk*, 21, 6-12. <https://doi.org/10.1007/s12454-022-1210-x>
- ten Broeke, E., van der Heiden, C., Meijer, S., Driessen, A., & Korrelboom, K. (2022). *Cognitieve gedragstherapie: De basisvaardigheden*. Boom.
- van Heycop ten Ham, B., de Vos, B., & Hulsbergen, M. (2017). *Praktijkboek gedragstherapie 1*. Boom.
- VGCT. (2018). *Factsheet holistische theorie* [Interne uitgave]. VGCT.
- Vreeswijk, M., Broersen, J., & Nadort, M. (2008). *Handboek schematherapie*. Bohn Stafleu van Loghum. <https://doi.org/10.1007/978-90-313-6628-6>
- Wispelwey, M. (2011). Betekenisgevende gedragstherapie: Een nieuw model van probleemsamenhang. *Kind & Adolescent Praktijk*, 10, 112-119. <https://doi.org/10.1007/s12454-011-0030-1>