

GEDRAGSTHERAPIE

*Tijdschrift voor gedragstherapie
& cognitieve therapie*



JAARGANG 47 NUMMER 3 SEPTEMBER 2014

Het tijdschrift *Gedragstherapie* wordt uitgegeven door Uitgeverij Boom in opdracht van Stichting Tijdschrift voor Gedragstherapie, waarin participeren de Vereniging voor Gedragstherapie en Cognitieve Therapie en de Vlaamse Vereniging voor Gedragstherapie. Het tijdschrift verschijnt viermaal per jaar: in maart, juni, september & december

Doelstelling

Tijdschrift *Gedragstherapie* heeft als doelstelling het publiceren van wetenschappelijk onderzoek (inclusief psychometrisch onderzoek), theoretische artikelen, literatuuroverzichten, case-studies en boekbesprekingen op het gebied van cognitieve gedragstherapie.

Redactie

Sarah Bal
Paul Boelen (*hoofdredacteur*)
Rudi De Raedt
Elise Debeer
Idith Lavy
Sandra Mulkens
Elske Saleminck
Tonnie Staring
Janneke Wolters (*redactiesecretaris*)

Redactieadres

Suikerplein 65
1013 CJ Amsterdam
redactie@tijdschriftgedragstherapie.nl

Website

www.tijdschriftgedragstherapie.nl
tvg.boomtijdschriften.nl

Uitgever

Uitgeverij Boom
Postbus 15970, 1001 NL Amsterdam

Advertenties

Manon Fleur
klantenservice@boompsychologie.nl

Typografische verzorging

LINE UP boek en media bv, Groningen (opmaak)
René van der Vooren, Amsterdam (basisontwerp)

Abonnementenadministratie

Uitgeverij Boom
Klantenservice psychologie
Postbus 15970, 1001 NL Amsterdam
(020) 524 4514
klantenservice@boompsychologie.nl

Abonnementen

Leden en deelnemers van de VGCT en van de VVGT ontvangen *Gedragstherapie*, inclusief toegang tot het digitale archief, als onderdeel van hun lid- of deelnemerschap. Prijzen voor een jaarabonnement voor niet-verenigingsleden:

Particulieren

- Papier en online, binnen de Benelux €69,50, buiten de Benelux €87,50
- Online €64,50

Studenten

- Papier en online, binnen de Benelux €37,50, buiten de Benelux €49,50
- Online €32,50

Instellingen

- Papier en online, binnen de Benelux €82,50, buiten de Benelux €99,50
- Papier en IP-herkenning €165,-
- IP-herkenning €160,-
- Los nummer €18,50

Prijswijzigingen onder voorbehoud

Abonnementenwetgeving

Vanwege de aard en inhoud van de uitgave wordt u geacht het abonnement in het kader van uw beroep of bedrijf te ontvangen en niet als consument op te treden in de zin van de artikelen art. 236 en 237 boek 6 BW. Mocht dit anders zijn, dan bent u gehouden dit binnen één maand na abonneren per e-mail, telefonisch, schriftelijk of anderszins bij de abonnementenadministratie van de uitgever aan te geven.



Vereniging voor Gedragstherapie en Cognitieve Therapie



Vlaamse Vereniging Voor
Gedragstherapie

© 2014

Uitgeverij Boom/
Stichting Tijdschrift voor Gedragstherapie

.....

Hebt u een goede zomer gehad? Ik hoop het. Met frisse zin, bedaard gemoed en ontspannen lichaam weer aan de slag. Bent u weggeweest, dan zullen uw cliënten blij zijn dat u er weer bent. Dit derde nummer van ons periodiek beoogt uw kennis wat aan te vullen en de debater in u te prikkelen.

Ger Keijsers opent het nummer met de tekst die hij uitsprak bij de aanvaarding van een hoogleraarschap eerder dit jaar. Hij heeft een grote bijdrage geleverd aan de emancipatie van *evidence-based* psychotherapie. In zijn inaugurele rede verdedigt Keijsers dat effectieve psychotherapie bestaat uit theoretisch en empirisch goed onderbouwde behandeltechnieken. Het lijkt zo'n vanzelfsprekendheid, maar dat is het helaas niet.

Kristien Vuylsteke en haar collega's besteden aandacht aan de plaats van traumagerichte cognitieve gedragstherapie in de behandeling van mensen met psychogene niet-epileptische aanvallen die verband houden met traumagebeurtenissen. De casus in het artikel illustreert dat deze plaats prominent moet zijn.

Adrie Seldenrijk en haar collega's geven een overzicht van de stand van zaken op het gebied van trainingen die beogen geheugenspecifiteit bij depressieve patiënten te bevorderen. Dit is een boeiend thema. Er zijn steeds meer interventies die direct aangrijpen op onderliggende mechanismen van psychopathologie. Eerst zijn ze succesvol in het 'lab' en vervolgens blijken ze ook succesvol in de weerbarstige klinische praktijk. Trainingen voor geheugenspecifiteit zijn daar een mooi voorbeeld van.

U treft in TvG niet zo vaak vertaalde stukken aan, maar nu hebben we een uitzondering gemaakt. We leggen u namelijk een prachtig stuk voor van Glen Waller over *therapist drift*. Deze term laat zich lastig vertalen. Maar de boodschap van het stuk is duidelijk: nog te vaak zijn cognitief gedragstherapeuten weinig geneigd om cognitief-gedragstherapeutische interventies goed in te zetten. Ik ben benieuwd wat u van dit stuk vindt.

De vijfde bijdrage is van Annemieke Driessen en Erik ten Broeke. Zij zetten kort en helder beginselen van EMDR en schematherapie op een rij, en bespreken hoe deze benaderingen geïntegreerd kunnen worden in de behandeling van complexe traumagerelateerde problematiek. Een mooie bijdrage voor liefhebbers van beide richtingen (die het soms zo ernstig met elkaar onens kunnen zijn) en andere geïnteresseerden.

De avonden worden weer langer. Ik wens u veel leesplezier.

Paul Boelen *Hoofdedacteur*

Het grote psychotherapiedebat¹

Waarom zijn specifieke
behandeltechnieken belangrijk voor het
resultaat van psychotherapie en waarom
de werkrelatie?

GER P.J. KEIJSERS

Samenvatting

Deze oratietekst stelt aan de orde of psychotherapiepatiënten opknappen door specifieke behandeltechnieken of door zogenaamde *common factors*, waaronder de kwaliteit van de werkrelatie. Specifieke behandeltechnieken ontlenen hun effect aan het feit dat ze aangrijpen op verstoorde cognitieve processen die aan psychische stoornissen ten grondslag liggen. Empirische evidentie en theoretische onderbouwing van specifieke behandeltechnieken zijn sterk. Ook de kwaliteit van de werkrelatie hangt consistent samen met het psychotherapieresultaat. Dat deze werkrelatie nodig is om individuele ontplooiing en zelfinzicht van patiënten te bevorderen is niet zeker. Onderzoek naar sociale beïnvloeding en weerstand tegen verandering maakt aannemelijk dat een goede werkrelatie tot functie heeft patiënten in hun eigen veranderingsproces te involveren. Patiënten moeten immers het zware werk doen. Juist op dit punt — patiënten bereid vinden om te veranderen — is het afwachten of kortere behandelingen in de generalistische gz- en *e-health*-behandeling niet tekortschieten.

Trefwoorden: behandel-effect, therapeutische relatie, common factors, sociale beïnvloeding.

- 1 Rede uitgesproken bij de aanvaarding van de leeropdracht 'Psychologische Behandelingen, in het bijzonder ten behoeve van de Specialistische Beroepsopleiding tot Klinisch Psycholoog' bij de Faculty of Psychology and Neuroscience van de Universiteit Maastricht op 25 april 2014.

Deze rede is eerder als interne uitgave gepubliceerd bij RINO Zuid.

*Mijnheer de rector magnificus,
geachte toehoorders,*

149

Psychologische behandelingen maken een belangrijk deel uit van onze gezondheidszorg. In 2009 maakten 937.000 mensen gebruik van de ggz (Sectorrapport ggz, 2010). Inmiddels zijn we vermoedelijk het miljoen gepasseerd. Het is belangrijk dat psychologische behandelingen goed zijn en dat het ook helder is waarom ze werken.

Over de werking van psychologische behandelingen is al lange tijd een fundamentele discussie gaande. Bruce Wampold zette deze discussie op scherp met zijn boek *The Great Psychotherapy Debate* uit 2001. Wampold baseerde zich op empirische gegevens en voerde de discussie met verve. De discussie over de werking van psychotherapie is nu nog net zo actueel als dertien jaar geleden. De titel van de oratie heb ik aan Wampolds boek ontleend.

De grote discussie over de werking van psychotherapie staat dus centraal in deze oratie. De eerste reden daarvoor heeft te maken met het nieuw financieringsbeleid in de ggz. Een flink deel van de psychologische behandelingen die voorheen in de eerste en tweede lijn plaatsvonden, wordt sinds januari 2014 naar de generalistische basis-ggz overgeheveld. Binnen de generalistische basis-ggz is de omvang van de psychologische hulp echter gelimiteerd. Psychologische behandelingen moeten korter worden en een deel moet via *e-health* gaan plaatsvinden. Deze ontwikkeling in de ggz in Nederland vergt dat we ons nog beter moeten bezinnen op de werking van psychologische behandelingen. Wat moeten we doen in die kortere behandelingen en bij *e-health*? En letten we op dat we geen belangrijke dingen over het hoofd zien?

Een tweede reden om het grote psychotherapiedebat centraal te stellen in deze oratie betreft de grote verschillen in visie op de werking van psychotherapie. Psychotherapie werkt — dat is zeker — maar we weten onvoldoende waarom. Er zijn bijvoorbeeld grote verschillen in visie hierop tussen de academische wereld en de behandelpraktijk van alledag. In de vier jaar van hun academische opleiding leren onze studenten allerlei zaken over psychotherapie. Vervolgens doen ze tijdens hun stage en in het postacademisch onderwijs kennis en ervaring op die slecht op die academische kennis aansluiten. Dat is niet goed. Het brengt een verkeerde boodschap over. Dat iedere docent, opleider en begeleider gerust mag uitdragen hoe hij tegen de werking van psychotherapie aankijkt, helpt niet om psychologen stevig neer te zetten in de gezondheidszorg. Garfield en Bergin (1986) noemden dit de ‘psychotherapie-cafetaria’: Iedereen zoekt het zijne wel uit. De term ‘psychotherapie-cafetaria’ maakt het gebrek aan een eenduidige visie op de werking van psychotherapie pijnlijk zichtbaar.

In deze oratie stel ik deze visieverschillen aan de orde. Ik voer over en weer argumenten aan om vervolgens op compacte wijze weer te geven hoe de werking van psychotherapie in mijn ogen het best begrepen kan worden. Dit brengt mij bij de derde reden voor dit onderwerp voor mijn oratie. Ik wil het

praktijkveld en de universiteit dicht bij elkaar brengen door hen beide uit te dagen een stap naar elkaar toe te doen. Psychotherapeuten in de behandelpraktijk wil ik uitdagen een verouderde opvatting over zelfkennis overboord te gooien; experimenteel klinisch psychologen wil ik uitdagen om de zogenaamde *common factors* van psychotherapie tot serieus onderwerp te maken van experimenteel onderzoek. Onder 'psychotherapie' versta ik in deze oratie overigens alle gangbare vormen van psychologische behandeling.

PSYCHOTHERAPIE WERKT VANWEGE SPECIFIEKE BEHANDELTECHNIEKEN

.....

In de afgelopen decennia werden voor veertig veelvoorkomende psychische stoornissen psychologische *empirically supported treatments* (EST's) ontwikkeld (zie tabel 1). EST's zijn behandelingen waarvan in meerdere, adequate studies werd aangetoond dat de behandel effecten beter zijn dan die van andere behandelingen, *treatment as usual*, placebocondities of wachtlijstconditie (onder anderen Carr, 2009; Chambless & Ollendick, 2001; Fisher & O'Donohue, 2006; Keijsers, Van Minnen & Hoogduin, 2011; Keijsers, Vissers, Hutschemaekers & Witteman, 2010; Roth & Fonagy, 2005). EST's zijn toegespitst op patiënten met specifieke stoornissen. De inhoud van de behandelingen zijn specifiek gemaakt, zodat behandelaars de stappen in de behandeling kunnen opvolgen, en de effecten van de behandeling worden met specifieke instrumenten vastgesteld. Het empirische bewijs voor de goede effecten van deze EST's is overweldigend. Het gaat om 4800 studies (Carr, 2009; Keijsers et al., 2011). Mogelijk dat veertig psychische stoornissen niet veel lijkt, maar de meeste van deze stoornissen komen veel voor. Samen vormen ze reden voor aanmelding voor psychologische hulp bij naar schatting zeventig procent van alle patiënten in de gezondheidszorg (Sectorrapport ggz, 2010; Veerbeek, Knispel & Nuijen, 2012).

Bij deze voorstelling van zaken doet zich wel een probleem voor. Het probleem is dat bij EST's niet goed kan worden vastgesteld wat nu precies het essentiële ingrediënt van de behandeling is. EST's bestaan vaak uit pakketten van interventies. Via zogenaamde 'ontmantelingsstudies' zou vast te stellen moeten zijn welke van deze interventies essentieel zijn voor het therapeutische effect. De behandelingen pretenderen immers specifiek te zijn, dus wat precies bepaalt het effect? In *The Great Psychotherapy Debate* (2001) wijst Wampold erop dat deze ontmantelingsstudies weinig hebben opgeleverd. We beschikken over EST's, maar toch is het niet goed mogelijk om de specifiek werkzame onderdelen van een psychologische behandeling te vinden. Hoe kan dat? Zijn alle onderdelen van zo'n pakket dan even belangrijk? Daar komt nog een probleem bij. Voor de 40 psychische stoornissen werden 110 EST's ontwikkeld; voor de meeste stoornissen meerdere behandelingen. Voor patiënten met unipolaire depressie bijvoorbeeld werden maar liefst acht psychologische EST's vastgesteld (tabel 2). Daartoe behoren cognitieve

therapie, gedragsactivatie, interpersoonlijke psychotherapie en kortdurende psychodynamische psychotherapie (Keijsers et al., 2011). Hoe kunnen meerdere, behoorlijk verschillende behandelingen allemaal een goed effect hebben? Opnieuw is dan de vraag wat specifiek is voor de bereikte behandelresultaten.

TABEL 1 *Overzicht van DSM-IV-stoornissen waarvoor EST's ontwikkeld werden.*
Bron: Keijsers et al. (2011), pp. 30-34.

Angststoornissen ▶ Generaliseerde angststoornis ▶ Obsessieve-compulsieve stoornis ▶ Paniekstoornis ▶ Posttraumatische stressstoornis ▶ Sociale fobie ▶ Specifieke fobie	Depressie ▶ Bipolaire stoornis ▶ Unipolaire stoornis ▶ Unipolaire stoornis bij ouderen	Middelenmisbruik ▶ Alcoholmisbruik/-verslaving ▶ Cocaïnemisbruik/-verslaving ▶ Opiatenmisbruik/-verslaving ▶ Nicotineverslaving
Eetstoornissen ▶ Anorexia nervosa ▶ Boulimia nervosa ▶ Eetbuistoornis ▶ Obesitas	Somatoforme stoornissen en pijn ▶ Conversiestoornis ▶ Stoornis in de lichaamsbeleving ▶ Hypochondrie ▶ Chronische vermoeidheid ▶ Somatoforme pijnstoornis ▶ Chronische lage rugpijn ▶ Spanningshoofdpijn ▶ Migraine	Relatieproblemen en seksuele problemen ▶ Relatieproblemen ▶ Erectiestoornis ▶ Vrouwelijk orgasmestoornis ▶ Vaginisme en dyspareunie ▶ Stoornis in seksueel verlangen ▶ Parafilia
Impulscontrolestoornissen ▶ Periodieke explosieve stoornis en agressie ▶ Ongewenste gewoonten ▶ Pathologisch gokken ▶ Automutilatie	Persoonlijkheidsstoornissen ▶ Vermijdende persoonlijkheidsstoornis en cluster C ▶ Borderline persoonlijkheidsstoornis	Overige condities ▶ Schizofrenie ▶ Insomnia en overige slaapstoornissen ▶ Dementie

TABEL 2 Overzicht van EST's voor unipolaire depressie. Bron: Keijsers et al. (2011), p. 31.

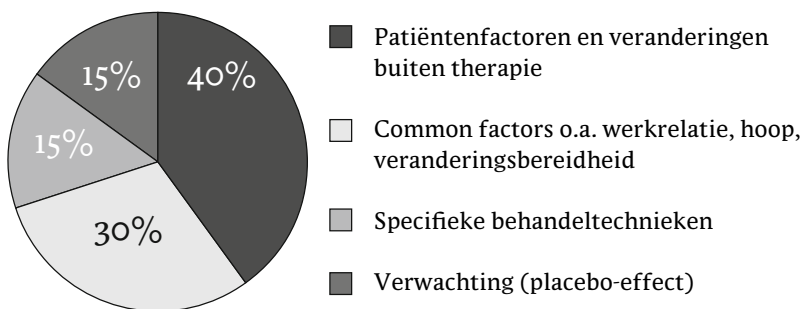
152

EST's voor unipolaire depressie

- ▶ Cognitieve gedragstherapie
- ▶ Gedragstherapie (gedragsactivatie)
- ▶ Interpersoonlijke psychotherapie
- ▶ Kortdurende psychodynamische psychotherapie
- ▶ Partnerrelatietherapie
- ▶ Zelfcontroleprocedurebehandeling
- ▶ Verbetering van sociale oplossingsvaardigheden
- ▶ Bibliotheerapie

Het antwoord van Wampold luidt dat de specifieke technieken uit de behandelpakketten alleen maar een marginale bijdrage leveren aan het effect van psychologische behandelingen. Wat alle behandelingen namelijk gemeen hebben is dat de technieken worden toegepast in een speciale therapeutische context, ook wel aangeduid met de term 'common factors', waarbij vooral de kwaliteit van de werkrelatie verantwoordelijk gehouden wordt voor het effect van psychotherapie.

Binnen het praktijkonderwijs en het praktijkveld bestaat veel sympathie voor deze opvatting: 'Uiteindelijk is het toch het goede therapeutische contact waardoor patiënten opknappen.' Ter ondersteuning van deze opvatting verwijst men binnen het praktijkonderwijs, ook in recente handboeken (bijvoorbeeld Colijn, Snijders & Trijsburg, 2009), graag naar de zogenaamde 'cirkel van Lambert' (figuur 1). De 'cirkel' is immers ontwikkeld door een gerenommeerd kenner van de onderzoeksliteratuur.



FIGUUR 1 Cirkel van Lambert: bijdragen aan het effect van psychotherapie. Bron: Lambert (1992), p. 97.

De 'cirkel' bestaat uit een taartdiagram dat het totale effect van therapie op honderd procent stelt en de taart vervolgens in stukken verdeelt die alle aan het totale effect bijdragen. Dertig procent van het psychotherapieresultaat wordt verkregen via common factors zoals de werkrelatie, en vijftien procent, slechts de helft hiervan dus, via specifieke behandeltechnieken. Omdat deze cirkel in het psychotherapie-onderwijs zo vaak aangehaald wordt, is het interessant om er enige achtergrondinformatie over te bieden.

De cirkel van Lambert verscheen voor het eerst in een hoofdstuk uit een handboek van Lambert uit 1992. Hij is gebaseerd op een literatuuroverzicht uit 1986 (Lambert, Shapiro & Bergin, 1986) en betreft psychotherapiestudies tot aan 1984. De brongegevens zijn tussen de 30 tot 54 jaar oud. De getallen uit de cirkel komen niet uit statistische analyses, maar zijn schattingen (Lambert, 1992; Van Yperen, Van der Steege, Addink & Boendermacher, 2010; Wampold, 2001). Het is allerm minst zeker of behandelingen van vijftig jaar geleden wel vergelijkbaar zijn met huidige behandelingen. Evenmin is het zeker of behandelstudies uit die periode wel voldoen aan de methodologische eisen van nu. Verder bevat het model twee denkfouten. We kunnen het effect van psychotherapie allerm minst honderd procent verklaren en evenmin kunnen we die unieke onderdelen onderscheiden omdat ze veel te sterk verweven zijn (DeRubeis, Brotman & Gibbons, 2005). De cirkel vertroebelt visies op psychotherapie meer dan dat hij behulpzaam is. Hoewel aantrekkelijk in zijn eenvoud, is het jammer dat de cirkel zo vaak herhaald wordt.

Ik keer weer terug naar het antwoord van Wampold. Heeft Wampold gelijk en zijn common factors zoals de kwaliteit van de werkrelatie beduidend belangrijker voor het effect van psychotherapie dan de specifieke behandeltechnieken? Zou dat kunnen? Ook bij dit antwoord zijn er problemen. Vijf grote metastudies naar de therapeutische alliantie en de kwaliteit van therapeutische relatie tussen 1991 en 2011, met elk meer dan honderd bronstudies (Elliott, Bohart, Watson & Greenberg, 2011; Horvath & Bedi, 2002; Horvath & Symonds, 1991; Horvath, Flückiger & Symonds, 2011; Martin, Garske & Davis, 2000), maken duidelijk dat de kwaliteit van de werkrelatie inderdaad een consistente correlatie van .22 tot .27 vertoont met het behandelresultaat. Omgerekend naar Cohens d , de belangrijkste effectmaat binnen psychotherapie-onderzoek, is dat een effect van 0.45 tot 0.55. Dat is een matig sterk effect, niet groot, maar ook niet klein.²

- 2 Een Cohens d van 0.5 wordt als een matig sterk effect beschouwd, een redelijk groot effect dus, vindt Wampold. Toch is het niet zeker of de gevonden correlaties als matig sterk gezien mogen worden. Om de correlaties om te zetten naar Cohens d gebruikte Wampold een correspondentieberekening. Die berekening is gebaseerd op punt-biseriële correlaties (Rosenthal, Rosnow & Rubin, 2000). De correlaties tussen werkrelatie en therapieresultaat zijn echter product-moment-correlaties. Gebruikelijk bij product-momentcorrelaties is de proportie verklaarde variantie te hanteren om de grootte van een effect te verduidelijken. Die proportie verklaarde variantie bedraagt 4.8% tot 7.2%.

Het is niet uitgesloten dat deze correlaties bepaald worden door goed verbeterde patiënten, die om die reden tevreden terugblikken op het contact met de therapeut. Metingen in de laatste drie behandelsessies vertonen inderdaad deze correlatie tussen .22 en .27 met het behandelresultaat. Maar toch is dat waarschijnlijk niet de enige verklaring. Ook vroege metingen van de werkrelatie, metingen in de eerste vijf behandelsessies, vertonen deze samenhang met het behandelresultaat (Horvath & Bedi, 2002; Horvath et al., 2011; Wampold, 2001). Van de andere kant is het toch lastig om het belang van de werkrelatie goed te begrijpen. Lastig bijvoorbeeld is dat de patiënt- en therapeutbeoordeling van de werkrelatie niet erg overeenkomen. Als de therapeut tevreden is over de samenwerking, hoeft het niet zo te zijn dat ook de patiënt tevreden is. Correlaties tussen .09 en .43 worden gerapporteerd. Je zou een sterkere samenhang verwachten, omdat bij de gangbare instrumenten om de kwaliteit van de werkrelatie en van de therapeutische relatie te meten de therapeutversie analoog is aan de patiëntversie en beide versies bij dezelfde sessies worden afgenomen (onder anderen Bøgwald, 2001; Keijsers, Schaap & Hoogduin, 2000; Meier & Donmall, 2005). Verder is het zo dat de samenhang van beide beoordelingen met het behandelresultaat ook niet dezelfde is. De samenhang met het behandelresultaat is sterker als de patiënt de kwaliteit van de werkrelatie beoordeelt en beduidend zwakker als de therapeut dit doet (tabel 3). Cruciaal is dus de patiëntbeoordeling van die relatie (Horvath et al., 2011; Wampold, 2001).

TABEL 3 *Correlaties (en aantal studiebevindingen). Bron: Horvath et al. (2011), p. 53.*

	Therapieresultaat volgens de patiënt	Therapieresultaat volgens onafhankelijke beoordelaars
Kwaliteit van de werkrelatie volgens de patiënt	.30 (98)	.21 (40)
Kwaliteit van de werkrelatie volgens de therapeut	.18 (31)	.13 (20)

Tot slot zou het begrijpelijk zijn geweest als de samenhang met het behandelresultaat het sterkst was bij persoonsgerichte psychotherapie en psychoanalyse. Binnen deze therapievormen wordt de werkrelatie immers als het belangrijkste instrument gezien om patiënten te helpen veranderen. Dit is echter niet het geval. De samenhang met het behandelresultaat is zeker niet geringer (zie ook Bohart, Elliott, Greenberg & Watson, 2002) bij andere therapievormen, zoals cognitieve gedragstherapie (tabellen 4 en 5).

TABEL 4 *Correlaties tussen werkrelatie en behandelresultaat (en aantal).*

Bron: Horvath en Symonds (1991), p. 145.

Psychoanalyse (psychodynamisch)	.17 (7)
Eclectisch/gemengde therapie	.28 (10)
Cognitieve gedragstherapie	.26 (4)

155

TABEL 5 *Correlaties tussen empathie en behandelresultaat (en aantal).*

Bron: Elliott et al. (2011), p. 141.

Psychoanalyse (psychodynamisch)	.19 (4)
Persoonsgerichte psychotherapie	.26 (8)
Cognitieve gedragstherapie	.31 (10)

Er zijn dus nogal wat onduidelijkheden bij Wampolds visie en de belangrijkste is misschien wel dat het onduidelijk is *op welke wijze* de werkrelatie bijdraagt aan het behandelresultaat. De werkrelatie helpt de patiënt bij het veranderingsproces, maar de visies over hoe dat gebeurt verschillen nogal per therapiestroming. Dus als iemand beweert dat het 'uiteindelijk toch het goede therapeutische contact is waardoor patiënten opknappen' dan blijft de vraag waarom en volgens welke psychologische processen dit behandelresultaat bereikt wordt. We kunnen daarom vaststellen dat Wampolds bewering in *The Great Psychotherapy Debate* waarschijnlijk in zoverre terecht is dat de kwaliteit van werkrelatie, tenminste zoals beoordeeld door de patiënt, een consistente bijdrage levert aan het behandelresultaat van psychotherapie, maar dat we tegelijkertijd moeten vaststellen dat we weinig weten over hoe dat in zijn werk gaat.

Hoe zit het met de andere bewering van Wampold? Wampold stelt namelijk dat empirische data duidelijk maken dat behandeltechnieken er nauwelijks toe doen. In de psychotherapieliteratuur staat deze opvatting bekend als het *dodo bird verdict*. Deze opvatting houdt in dat alle vormen van psychotherapie bij benadering vergelijkbaar effectief zijn. De benaming komt uit het kinderboek *Alice in Wonderland*, waarin de dodo na een hardlooppwedstrijd geen verliezers durft aan te wijzen en dus beslist dat iedereen gewonnen heeft. In de discussie over het dodo bird verdict neemt Wampold een unieke positie in vanwege zijn studie uit 1997. Tot dan toe werd het empirische be-

wijs voor het dodo bird verdict afgeleid uit grote metastudies, waarin allerlei patiëntpopulaties en allerlei behandeltechnieken bij elkaar gegooid werden. Zo'n opeenstapeling van 'appels en peren' maakt conclusies over de bijdrage van behandeltechnieken aan het resultaat van psychotherapie onmogelijk. Wampold pakte het echter beter aan. Via een meta-analyse onderzochten Wampold, Mondin, Moody, Stich, Benson en Ahn (1997) effectgrootteverschillen bij honderden vergelijkingen tussen bonafide behandelingen in studies tussen 1970 en 1995. Daarbij werden alleen directe effecten in de berekeningen meegenomen, dat wil zeggen: alleen de effecten van vergelijkingen binnen elke studie. Het effect van een bepaalde behandeltechniek in vergelijking met een andere behandeltechniek bleek gemiddeld 0.19 te bedragen. Een Cohens *d* van 0.19 wordt als een klein effect beschouwd. Wampold et al. (1997) concludeerden dan ook dat behandeltechnieken weinig bepalend zijn voor het behandelresultaat.³

De bevinding uit Wampolds meta-analyse dat behandelmethoden weinig bepalend zijn voor het behandelresultaat deed veel stof opwaaien. De bevinding lijkt slecht verenigbaar met het uitgebreide en overtuigende onderzoek naar EST's. Toch is ze dat niet. Wampold et al. (1997) lieten vergelijkingen met wachtlijstcondities achterwege. Alleen directe vergelijkingen tussen bonafide behandelcondities werden in de analyses meegenomen. Inspectie van de bronstudies van deze meta-analyse laten bovendien zien dat driekwart van de vergelijkingen vergelijkingen zijn tussen varianten van cognitieve gedragstherapie (Crits-Christoph, 1997; Hunsley & Di Giulio, 2002). Een effect size van 0.19 is het verschil tussen twee bonafide psychologische behandelingen. Dit is niet anders dan men binnen de EST-traditie ook aanneemt. Er zijn grote groepen patiënten nodig om verschillen tussen bonafide behandelingen aan te tonen (onder anderen Kazdin & Bass, 1989). Daaruit valt echter niet af te leiden, zoals Wampold doet, dat behandeltechnieken er niet toe doen. Een metafoor om dat te verduidelijken is wellicht behulpzaam. Laten we eens aannemen dat je ongeveer even snel in hartje Parijs bent met een snelle auto als met een hogesnelheidstrein. De verschillen in aankomsttijd zijn klein, stellen we vast. De vraag is dan of we daaruit kunnen concluderen dat vervoermiddelen maar een kleine bijdrage leveren aan reizen.

Zoals gezegd bestaan EST's meestal uit pakketten van behandeltechnieken die specifiek zijn gemaakt voor bepaalde groepen patiënten. Steeds duidelijker tekent zich bij EST's een matrixmodel af (tabel 6). Interventies zijn enerzijds specifiek gemaakt voor de behandeling van afzonderlijke stoornissen, zoals paniekstoornis, posttraumatische stressstoornis of unipolaire de-

3 Feitelijk concludeerden Wampold et al. (1997) dat Cohens *d* voor specifieke behandeltechnieken op zijn hoogst 0.1 zou bedragen, maar Howard, Krause, Saunders en Kopta (1997) maken duidelijk dat de uiteindelijke rekenmethode van de auteurs onjuist was, en dat hun eerdere rekenmethode met een *d* van 0.19 aangehouden moet worden.

pressie. Anderzijds zijn EST's ontworpen om op cognitieve processen⁴ in te grijpen die aan deze stoornissen ten grondslag liggen.

EST's zijn gericht op verandering van aanhoudende of telkens terugkerende ongewenste gedachten, emoties of gedrag, en ze zijn werkzaam omdat ze interveniëren op veronderstelde onderliggende cognitieve processen. Er wordt gepraat, maar er wordt ook veel geoefend, binnen en buiten de sessies (Keijsers & Becker, 2009; Keijsers, Woud & Becker, 2009). Systematische trainingsprogramma's over de weken heen komen vaak voor. Tabel 6 biedt een illustratie van verstoorde cognitieve processen, trainingsprogramma's en psychische stoornissen. Om catastrofale verwachtingen te ondermijnen worden *exposure*programma's ingezet bij bijvoorbeeld patiënten met angststoornissen (onder anderen Craske et al., 2008; Hofman, 2008), posttraumatische stressstoornis (onder anderen Van Minnen & Arntz, 2011) en obsessieve-compulsieve stoornis (onder anderen Verbraak, Hoogduin & Keijsers, 2011). Verandering van redeneringsfouten en negatieve interpretaties wordt aangepakt met behulp van cognitieve therapie bij bijvoorbeeld patiënten met een paniekstoornis (onder anderen Kampman, Keijsers & Hendriks, 2011; Schmidt & Keough, 2010), hypochondrie (onder anderen Bouman, Visser & Vervaeke, 2011) en unipolaire depressie (onder anderen Craighead, Shets, Brosse & Ilardi, 2007). Voor reallocatie van aandacht worden programma's als taakconcentratie en spiegeltraining ingezet bij bijvoorbeeld patiënten met sociale fobie (onder anderen Bögels & Mansell, 2004), eetstoornissen (Smeets, Jansen & Roefs, 2011) en stoornis in de lichaamsbeleving (onder anderen Neziroglu & Santos, 2013). Gedragsalternatieven worden ingeëoefend met behulp van zelfcontroleprocedureprogramma's en *habit reversal* bij onder meer patiënten met ongewenst gewoontegedrag (onder anderen Keijsers, Van Minnen & Hoogduin, 2006; Van Minnen, Hoogduin, Keijsers, Hellenbrand & Hendriks, 2003) en tics (Verdellen, Keijsers, Hoogduin & Cath, 2004). Op dit moment worden ook behandel-effecten onderzocht van trainingen via computerprogramma's om impliciete aandachts-, evaluatie-, interpretatie- en geheugenprocessen te beïnvloeden bij diverse psychische stoornissen (onder anderen Eberl et al., 2013; Hallion & Ruscio, 2011; MacLeod & Mathews, 2012).

Er is overweldigend bewijs dat EST's met een specifieke focus op klachten en onderliggende cognitieve processen bijzonder effectief zijn. De gebruikelijke effecten van EST's (Cohens *d*) liggen tussen 1 en 3 (Keijsers et al., 2011). Het matrixmodel maakt ook begrijpelijk waarom voor veel stoornissen meerdere EST's ontwikkeld konden worden. EST's kunnen op diverse cognitieve

4 De term 'cognitieve processen' wordt hier in heel algemene zin gebruikt. Het had ook 'mentale processen' kunnen zijn, maar wat is 'mentaal'? Het woord 'cognitief' verraadt wel een voorkeur om begrippen als 'associatie' en 'contingentie' uit de leerpsychologie of 'neuraal netwerk' en 'synaptogenese' uit de neurowetenschappen vanuit een cognitief-psychologisch perspectief te bestuderen.

TABEL 6 *Matrixmodel met psychische stoornissen en verstoorde cognitieve processen: voorbeelden.*

158

	Verstoorde cognitieve processen			
Psychische stoornissen	Catastrofale verwachtingen ondermijnen	Redenatie- en interpretatiefouten zichtbaar maken en bijsturen	Reallocatie van aandacht trainen, belasting van werkgeheugen beïnvloeden	Gedragsalternatieven of alternatieve herinneringen trainen
Fobieën, GAS, paniekstoornis	Exposure	Cognitieve therapie, cognitieve bias modificatie	Taakconcentratie	Applied relaxation
Posttraumatische stressstoornis	Exposure, EMDR		EMDR	Imagery rescripting
Obsessieve-compulsieve stoornis	Exposure	Cognitieve therapie		Responspreventie
Unipolaire depressie		Cognitieve therapie, cognitieve bias modificatie	Geheugen-training	Gedragsoefening
Eetstoornissen			Spiegeltraining	Zelfcontroleprocedures
Stoornis in de lichaamsbeleving		Cognitieve therapie	Spiegeltraining	
Impulscontrolestoornissen, tics				Habit reversal, zelfcontroleprocedures
Hypochondrie	Exposure	Cognitieve therapie		Responspreventie
Verslaving		Cognitieve bias modificatie	Executieve controle training	Socialevaardigheidstraining, zelfcontroleprocedures

processen van een stoornis aangrijpen. Wanneer Erica een specifieke fobie heeft voor muizen is het begrijpelijk dat ze een verhoogde aandacht heeft voor geritsel of bewegingen in de hoek van een kamer. Ook is het niet verwonderlijk dat Erica denkt het niet te kunnen verdragen als er plots een muis door de kamer rent. Deze angst maakt dat ze zolders en schuren gaat vermijden. Deze vermijding bevestigt weer haar catastrofale verwachtingen. Zelfs bij stoornissen als deze relatief eenvoudige muizenfobie zijn dus diverse, op elkaar ingrijpende cognitieve processen ontregeld. Dit maakt begrijpelijk dat meerdere van elkaar verschillende behandeltechnieken, zoals exposure of cognitieve therapie, effectief kunnen ingrijpen op deze samenhangende processen. De technieken zijn specifiek, maar grijpen niet op dezelfde wijze op dezelfde onderliggende cognitieve processen aan. Meerdere EST's zijn mogelijk. Het toenemende inzicht dat bij psychische stoornissen meerdere cognitieve processen ontregeld zijn, verklaart ook de interesse in transdiagnostische processen binnen de experimentele klinische psychologie van de laatste jaren (Emmelkamp et al., 2014; Harvey, Watkins, Mansell & Shafran, 2006).

Natuurlijk heeft Wampold wel gelijk dat de bijdrage van common factors als de werkrelatie ook in de behandel-effecten van EST's besloten liggen. Ook bij EST's worden behandelingen in de regel uitgevoerd in een nauwe samenwerking tussen patiënt en therapeut. Bovendien legt Wampold terecht bloot dat psychotherapie-onderzoekers mogelijk niet zorgvuldig genoeg zijn in de bespreking van grote en kleine therapie-effecten. Het vinden van grote of kleine behandel-effecten in gecontroleerde behandelstudies hangt sterk af van de kwaliteit van de controleconditie. Grote behandel-effecten zijn makkelijker te vinden als verschillen worden berekend met een wachtlijstconditie, een placeboconditie of een TAU-conditie waarbij de onderzoekers niet investeren in die controleconditie in termen van extra training of extra controle. Dit is veel gebeurd in het onderzoek naar EST's. Een zelfde effect aantonen tussen twee stoornisspecifieke, bonafide behandelingen is moeilijk en vereist grote groepen patiënten.⁵ Dat is lang niet altijd gebeurd. Onderzoekers kunnen daarin duidelijker zijn.

Ik keer weer terug naar *The Great Psychotherapy Debate*. Wampold beweert dat er weinig redenen zijn om aan te nemen dat specifieke behandeltechnieken ertoe doen. De grote hoeveelheid onderzoeksgegevens bij EST's stellen hem in het ongelijk. Het dodo bird verdict is een mythe. Bij de eerdergenoemde veer-

- 5 Bij deze discussie is ook de volgende observatie van Ollendick en King (2006) relevant: Bij vergelijkbare effecten van twee bonafide behandelingen speelt belist ook mee dat onderzoekers het moeilijk voor elkaar krijgen om een 'slecht passende' bonafide behandeling (bijvoorbeeld responspreventie voor patiënten met unipolaire depressie) met een 'goed passende' bonafide behandeling te vergelijken. Een wachtlijstconditie in een patiëntstudie vraagt al grote zorgvuldigheid. Patiënten met een bepaalde stoornis een behandeling laten ondergaan waarvoor geen theoretische of empirische grond bestaat om een effect te verwachten, is om ethische redenen ontoelaatbaar.

tig veelvoorkomende stoornissen zijn bepaalde behandelingen beslist beter dan andere (onder anderen Hunsley & Di Giulio, 2002; Keijsers et al., 2011).

160

PSYCHOTHERAPIE WERKT VANWEGE COMMON FACTORS

.....

Therapeutische technieken zijn dus van groot belang. Maar ook is het een empirisch gegeven dat common factors als de kwaliteit van de werkrelatie van invloed zijn op het behandelresultaat van psychologische behandelingen. De vraag is echter hoe dat komt. Waarom zijn common factors belangrijk? Als we vasthouden aan de dominante, existentieel-humanistische visie uit de behandelpraktijk, dan belanden deze common factors niet op de onderzoeksagenda van universiteiten. Maar ze horen daar wel thuis. Ik heb Wampold in deze oratie in meerdere opzichten in het ongelijk gesteld. Ik heb gewezen op de zwakke uitgangspunten van de cirkel van Lambert, en heb me uitgesproken tegen het dodo bird verdict en tegen het idee dat het 'toch het goede therapeutische contact is dat iemand beter maakt'. Nu wil ik uitdrukkelijk ook een lans breken vóór het werk van Wampold.

Vanuit de ontstaansgeschiedenis van de psychotherapie valt goed te typeren wat psychoanalytici en psychotherapeuten in de negentiende en twintigste eeuw met psychotherapie wilden bewerkstelligen. Mede door de opkomst van het empirisme en de wetenschap in de negentiende eeuw maakten klassieke thema's als de verhouding tussen lichaam en ziel, en het zoeken naar moraal en absolute waarheden, plaats voor een nieuwe visie op de mens: de mens als autonoom en verantwoordelijk individu. Het streven naar zelfkennis, al populair in de verlichting, kwam op een nog hoger plan en beïnvloedde het ontstaan en de ontwikkeling van de psychotherapie (Bakker, Van Melsen & Van Peursen, 1985; Mahoney, 1991). Zowel de psychoanalyse als de humanistische psychotherapie hadden tot doel zelfinzicht te bewerkstelligen en daarmee de mens te bevrijden van symptomen. De methode daartoe was zelfreflectie en de ontwikkeling van het zelf (figuur 2), op vergelijkbare wijze als Socrates dat deed in het Athene van de vierde eeuw voor Christus. Het helende gesprek stond centraal. In dat gesprek kon de patiënt zichzelf onder ogen komen.



FIGUUR 2 'Gnothi Seauton', 'ken uzelf', oud-Grieks aforisme. Gravure uit *Picta poesis* (1552) van Barthélemy Aneau, een Frans dichter en humanist. Bron: www.emblems.arts.gla.ac.uk.

Nog steeds is het 'ken uzelf'-ideaal dominant aanwezig in onze cultuur. Het is ook aanwezig in de psychologische behandelpraktijk, maar het past slecht in de huidige empirische en wetenschappelijke visie op psychologische veranderingsprocessen.⁶ De traditionele psychotherapie met het 'ken uzelf'-ideaal is gericht op persoonlijke ontwikkeling. EST's zijn dat niet. EST's zijn veranderingsgericht. Ze zijn ontwikkeld om aanhoudend ongewenst gedrag, gevoelens of gedachten op effectieve en efficiënte wijze te verminderen via empirisch gevalideerde methodieken (Barlow, 2007). Het wordt tijd om ook binnen deze veranderingsgerichte visie op psychotherapie de common factors serieus te nemen. Dat kan. Het is een kwestie van klaarliggende puzzelstukken in elkaar passen. Daartoe doe ik het volgende voorstel. Graag leg ik een visie voor op common factors en werkrelatie die:

- recht doet aan ervaringen van behandelaars en psychotherapeuten in de praktijk en verklaart waarom studenten in de praktijk heel andere zaken

6 Feitelijk is het idee dat men via zelfreflectie betere zelfkennis kan bereiken theoretisch weinig gefundeerd. Er is weinig bewijs voor het bestaan van onbewuste conflicten, noch voor het succesvol weghouden van informatie uit de bewuste aandacht gedurende een lange periode. Er zijn tal van onbewuste cognitieve processen, maar daar kunnen we, ook met training, nauwelijks bewuste toegang toe verkrijgen. De metafoor dat we 'als archeologen in onszelf moeten graven' is weinig adequaat. Adequater en ook zinvoller voor nadere bestudering is dat mensen een zelfconcept construeren en via geconstrueerde narratieven vertellen wie ze zijn. Zie Wilson en Dunn (2004) voor een voortreffelijk overzicht van de wetenschappelijke literatuur hieromtrent.

- leren over psychotherapie dan in het academische onderwijs aan de universiteit;
- aansluit bij de uitgebreide, maar nogal anekdotische vakliteratuur over moeilijk te behandelen patiënten;
- verklaart waarom common factors belangrijk zijn voor het behandelresultaat van psychotherapie, met name als de patiënt de werkrelatie beoordeelt en beslist ook in de eerste sessies;
- gebaseerd is op goed onderzochte psychologische theorieën met circa 1200 Engelstalige empirische studies in *peer-reviewed* tijdschriften tussen 1938 en 2014.⁷

Voor ik een indruk geef van dit onderzoeksveld, bied ik eerst enkele impressies uit de praktijk. In 1987 publiceerde Allan Carr het zelfhulpboek *The Easy Way to Stop Smoking*. Zijn methode om te stoppen staat beschreven in een van laatste hoofdstukken van het boek en bestaat uit niet veel meer dan het volgende: ‘Doof de laatste sigaret en steek er nooit meer een op.’ De hoofdstukken die aan deze nogal kernachtige behandelmethode voorafgaan, bestaan uit uitgebreide beschrijvingen van de wijze waarop de auteur, zelf een kettingroker, zijn eigen rookgedrag vergoelijkte: ‘mijn sigaret is mijn vriend’; ‘roken geeft me zelfvertrouwen’; enzovoort. Die tekst is zo herkenbaar en zo ontluisterend dat miljoenen rokers over de hele wereld met behulp van dit boek gestopt zijn met roken.⁸

Carr (1987) bouwde zijn boek op rond het verminderen van weerstand en vergroten van bereidheid om te veranderen (Schippers & Kampman, 1999). Het is geen toeval dat binnen de verslavingsliteratuur belangrijke modellen ontwikkeld werden over het begrijpen van weerstand, het nog niet klaar zijn voor behandeling, het niet geloven dat de behandeling gaat werken, enzovoort (onder anderen Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992). Ook is het geen toeval dat binnen de verslavingsliteratuur belangrijke behandelmethoden ontwikkeld werden om die weerstand te overwinnen. *Motivational interviewing* is een kortdurende behandeling gericht op het creëren en bestendigen van de motivatie om met het verslavende middel te stoppen. Motivational interviewing geldt als een EST bij alcoholverslaving en is even effectief als langdurende effectieve behandelingen (Miller, Wilbourne & Hettema, 2003; De Wildt, Merkx, Vedel & Schippers, 2011).

Weerstand tegen verandering en beïnvloeding is niet voorbehouden aan patiënten met verslavingen. Ze wordt gerapporteerd bij patiënten met aller-

7 De trefwoordencombinatie ‘*social influence OR persuasion*’ met daaraan toegevoegd de restrictie ‘*peer reviewed journal AND empirical study*’ leverde 1201 treffers op bij een zoekopdracht met het elektronische zoekstelsel PsycINFO, op 20 februari 2014.

8 Het idee over het succes van het boek van Carr komt van Schippers en Kampman (1999).

lei soorten klachten: angstklachten, trauma's, eetstoornissen, somatoforme stoornissen, chronische vermoeidheid, impulscontroleproblemen, bipolaire stoornis en persoonlijkheidsstoornissen. Ze wordt gerapporteerd bij chronische patiënten, somatiserende patiënten, adolescenten en delinquenten.

Vier jaar academisch onderwijs krijgen onze studenten. Dan gaan ze stage lopen. Dat een exposureprogramma opgezet moet worden is duidelijk, of dat een patiënt een training in cognitieve therapie moet ontvangen. Maar de eerste dag al gaat het mis. De patiënt ziet zo'n stagiaire niet zitten, de patiënt verklaart alweer beter te zijn of de patiënt meldt met heel andere zaken bezig te zijn dan met zijn angst voor enge ziektes. Een belangrijk deel van psychotherapie bestaat eruit bij de patiënt de bereidheid te creëren en te onderhouden om te veranderen. Het is onaangenaam en vaak ook verrassend moeilijk om je gedrag te veranderen, ook al heb je er last van (Keijsers, Vossen & Keijsers, 2012; 2013). Weerstand tegen verandering van eigen gedrag is universeel en vormt een groot onderzoeksterrein binnen de sociale psychologie en communicatiewetenschap.

De gedachtegang binnen dat onderzoeksterrein is niet zo ingewikkeld. De wijze waarop mensen zich in hun gedrag en opvattingen door anderen laten beïnvloeden kent wetmatigheden. Weerstand is een reactie tegen verandering en kan gericht zijn tegen zowel de inhoud van het veranderingsvoorstel (bijvoorbeeld als iemand gevraagd wordt om een tijdrovende huiswerkopdracht uit te voeren) of tegen de wijze waarop het veranderingsvoorstel gebracht wordt (bijvoorbeeld als iemand iets tracht af te dwingen). Ik geef enkele voorbeelden van uitgebreid bestudeerde modellen over weerstand tegen beïnvloeding.

De sociaalpsycholoog Brehm ontwikkelde het begrip *reactance*. Reactance is een vorm van verzet die optreedt als mensen menen dat hun vrijheid en hun controle over hun eigen leven in het gedrang komt. Reactance is gemakkelijk op te wekken en de effecten zijn robuust. Men houdt vast aan de eigen mening of wijst geïrriteerd het voorstel af (onder anderen Rains, 2013). Reactance is regelmatig in verband gebracht met psychotherapie (onder anderen Schaap, Bennun, Schindler & Hoogduin, 1993; Strong & Claiborn, 1982; Tennen, Rohrbach, Press & White, 1981). Vanwege hun klachten ervaren patiënten vaak een verminderde controle over hun leven. Het is allerm minst vanzelfsprekend dat patiënten dan openstaan voor een goedbedoeld advies om het nu maar eens over een andere boeg te gooien.

Het *Elaboration Likelihood Model* (ELM) van Petty en Cacioppo (1986) is een van de eerste en best onderzochte *dual processes*-modellen binnen de psychologie. ELM beschrijft wetmatigheden in sociale beïnvloeding. Volgens ELM verandert sociale beïnvloeding afhankelijk van de mate waarin informatie centraal verwerkt wordt. Als iemand fit en rustig is, een veranderingsvoorstel persoonlijk relevant is en niet in strijd met eigen opvattingen op dat moment, dan is die persoon bereid zich in het voorstel te verdiepen. Als iemand moe of gespannen is, of als het voorstel ingewikkeld is, met on-

duidelijke argumenten of met onduidelijke garanties of consequenties, dan laat iemand zich eerder leiden door heuristieken. Het best onderzocht van deze heuristieken zijn waargenomen geloofwaardigheid, betrouwbaarheid en attractiviteit. Het gaat dan om titels, diploma's, passende kleding, ontspannen indruk, fysieke aantrekkelijkheid en gelijkenis wat betreft leeftijd, milieu, opleidingsniveau en interesses (zie voor een overzicht onder anderen O'Keefe, 2002). Bovendien kunnen beide processen (centrale en perifere verwerking) elkaar versterken of afremmen. Een passend geklede voorlichter met een goed beargumenteerd voorstel bereikt extra veel (Petty, Barden & Wheeler, 2009). Deze literatuur maakt duidelijk hoe belangrijk het is en hoe nauw het komt om goed aan te sluiten bij iemands visie en beleving om bereidheid tot verandering te verkrijgen.

Er is fraai experimenteel onderzoek verricht naar *consistency and commitment*. Een voorstel dat zodanig gebracht wordt dat het aansluit bij wat iemand op dat moment denkt, wordt eerder aangenomen (onder anderen Cialdini, 2014; Knowles & Linn, 2003). Allerlei vormen van erkenning of medewerking, ook al zijn ze klein, vergroten de bereidheid tot verdere investering op de ingeslagen weg (Cialdini, 2014). Die bereidheid dient opgebouwd te worden. Mensen kiezen dan voor zaken waarvoor ze zich eerder uitgesproken hebben. Weerstand tegen verandering neemt af bij een positieve en bevestigende sfeer in het gesprek en bij het uiten van waardering en complimentjes (onder anderen Jacks & O'Brien, 2003). Verder kan weerstand tegen verandering verminderd worden door het weerstandsgedrag te bespreken (Knowles & Linn, 2003), door verhalen te gebruiken in de plaats van argumenten (onder anderen Appel & Richter, 2007; Dal Cin, Zanna & Fong, 2008), door mensen uit te nodigen vooral hun eigen weg te volgen (Quinn & Wood, 2003) en door mensen aan een gezamenlijke taak met een gezamenlijk doel te laten werken (onder anderen Cialdini, 2014).

Vanwege het 'ken uzelf'-ideaal en het geloof in individuele ontplooiing binnen de psychotherapie hebben psychotherapeuten — in termen van wetenschappelijke kennis — veel te weinig door wat ze deden. Wat ze deden was de regels van goede sociale beïnvloeding toepassen. Common factors en het zorgvuldig hanteren van de werkrelatie zijn niks anders dan voortdurend bereidheid creëren en bestendigen dat iemand met behulp van therapeutische technieken met verandering aan de slag gaat. Zonder die bereidheid komt er geen goed therapieresultaat. Common factors en kwaliteit van de werkrelatie dragen niet alleen bij aan het effect van psychotherapie. Ze vormen een essentieel onderdeel van waarom psychotherapie werkt. De psychologische behandelpraktijk houdt veel te veel vast aan de naïeve opvatting dat een goed gesprek helpt om jezelf te vinden. Mijn stelling is dat een beter theoretisch raamwerk moet worden opgezet en dat theorieën daarvoor ontleend kunnen worden aan algemeen geldende principes over sociale beïnvloeding en weerstand tegen verandering. Psychotherapie vraagt verandering, en verandering roept verzet op. Succesvolle psychotherapie bestaat daarom uit specifieke

behandeltechnieken plus een therapeutische context die erop gericht is het vanzelfsprekende verzet te verminderen. Het is goed dat de experimentele klinische psychologie verstoorde cognitieve processen identificeert, maar het is ook essentieel om common factors te bestuderen.⁹

DE TOEKOMST

.....

Effectieve psychotherapie nu en in de komende jaren bestaat natuurlijk uit theoretisch en empirisch goed onderbouwde behandeltechnieken. Maar het kan geen kwaad hier aan het einde van mijn betoog nog eens de vraag te stellen wie die technieken uitvoert. Wie verricht het werk? De therapeuten? De ontwerpers van behandelingen? Nee, de patiënten doen het werk.¹⁰ Meer dan

- 9 Common factors en werkrelatie worden in deze tekst vaak in een adem genoemd. Er is weinig consensus over wat de overige common factors precies zijn en hoe ze van de kwaliteit van de werkrelatie gescheiden moeten worden. Het gaat om zaken als 'veranderingsbereidheid', 'therapieverwachting' en 'hoop'. In deze rede is niet geprobeerd deze begrippen te ontwarren. Het is wel zinvol hier op te merken dat niet alle common factors gebaseerd zijn op sociale beïnvloeding of weerstand tegen sociale beïnvloeding. Er zijn ook algemene therapiefactoren die verandering bevorderen en weerstand verminderen, maar die meer te maken hebben met intrapersonlijke leer- en implementatieprincipes (Keijsers et al., 2012; 2013). Hier volgen enkele voorbeelden. Fysieke 'cues' (bijv. een *post-it* op de bureaulamp om op tijd pauze te nemen) zijn behulpzaam om op het juiste moment aan het juiste gedrag te denken; tactische veranderingen in een situatie (bijv. geen chips meer in huis hebben en etensresten weggooien) helpen om ongewenst automatisch gedrag te voorkomen; realistische doelen stellen, doelen concreet maken, implementatie-intenties gebruiken, grote stappen in kleine stappen opdelen en een tijdsplanning maken helpen bij het acceptabel en bereikbaar maken van gedragsveranderingen; opwekken van emoties (mits niet te sterk) tijdens gesprekken bevordert associatief leren (Ledoux, 2002). Vooral Hoogduin is een meester in het bedenken van dit soort implementatieprincipes (onder anderen Hoogduin, 2011).
- 10 Ook wat betreft de bijdrage van patiëntfactoren aan het behandelresultaat kunnen alleen maar schattingen gegeven worden. Het effect is niet te isoleren van algemene therapeutische context of therapeutische technieken. De cirkel van Lambert veronderstelde dat 40% van het effect van therapie toegewezen moet worden aan patiëntfactoren en factoren buiten de therapie. Norcross en Lambert (2011) introduceerden een verbeterd model en komen tot een schatting van 30%. Wampold (2001) concludeerde op basis van berekeningen dat 22% van het behandelresultaat van psychotherapie toegeschreven kan worden aan patiëntfactoren. Met Wampolds correspondentieberekening komt dat neer op een Cohens *d* van 1.06. Dat is groot. Predictieonderzoek naar patiëntfactoren (waaronder aard en ernst van klachten, therapiemotivatie, veranderingsbereidheid, verwachtingen en weerstand) maakt aannemelijk dat deze hoge schattingen realistisch zijn. Cooper (2008) bespreekt deze literatuur en merkt op: '*Drawing these findings together, it seems reasonable to propose that at the heart of most successful therapies is a client who's willing and able to become involved in making changes to her or his life.*' (p. 157).

vroeger weten we wat patiënten gericht kunnen doen om van hun klachten af te komen. We hebben nu 110 EST's, en ieder jaar ontwikkelen we nieuwe behandelingen. De patiënt moet echter het werk doen. Hij moet de behandeling zien zitten, vertrouwen hebben dat het gaat lukken, steun krijgen als het moeilijk is, en acceptatie en erkenning voor het moeilijke leven met klachten.

Old Joke:

'How many therapists does it take to change a lightbulb?'

'One, but the lightbulb has really got to want to change.'

Bron: Cooper (2008), p. 157.

Nu er minder tijd is binnen de generalistische ggz en we e-health gaan inzetten, verwacht ik dat we zullen kiezen voor EST's, dat wil zeggen: voor empirisch gevalideerde klachtspecifieke psychologische behandeltechnieken. Ongetwijfeld gaan huiswerkopdrachten en dagelijkse oefening een groot deel uitmaken van die kortere behandelingen. De uitdaging is echter om patiënten bereid te vinden om in de aangeboden behandeling te investeren, geïnvolveerd te raken en in korte tijd flink met de oefeningen aan de slag te gaan. Niet voor niets is adherentie (het opvolgen van behandeladviezen) het grootste struikelblok bij e-health.

Of kortere behandelingen en e-health succesvol zijn, hangt wederom sterk af van de correcte wijze van aansluiten op de patiënt. Wij moeten hen bewegen in de behandeling te investeren en daarin te blijven investeren, zonder hen daarbij onder druk te zetten. Nieuwe mediatechnieken en gebruik van apps kunnen zeer bruikbaar zijn in het ondersteunen van veranderingsprocessen. Online registraties en herhalende boodschappen kunnen bijvoorbeeld op smartphones worden geplaatst. Maar ook dan hebben we theorie over communicatie en beïnvloeding nodig om te begrijpen waarom bijvoorbeeld reminders werken bij gedragsverandering. Graag wil ik op de secties waar ik aangesteld ben, zowel binnen de Radboud Universiteit als de Universiteit Maastricht, onderzoek verrichten naar common factors binnen de psychotherapie en bijdragen aan het specificeren van die factoren.

Ik heb gezegd.

GER KEIJSERS is verbonden aan de Radboud Universiteit Nijmegen en aan de Universiteit van Maastricht.

Correspondentieadres: Ger P.J. Keijsers, Sectie Klinische Psychologie, Radboud Universiteit Nijmegen, postbus 9104, 6500 HE Nijmegen.

E-mail: g.keijsers@psych.ru.nl

Summary This inaugural lecture debates the treatment effects of specific psychological treatment techniques and of common psychotherapy factors including the working alliance. Specific psychological treatment techniques are effective because they affect impaired cognitive processes underlying specific mental disorders. Empirical evidence and theoretical underpinning generally are good. The quality of the therapeutic alliance is consistently associated with favourable psychotherapy outcomes also. It is questionable whether this effect results from patients' enhanced personal growth or self-awareness. Rather, research on social influence and resistance to change implicates that the working alliance serves to get patients who are actively involved in their change process carry out the treatment techniques. In the forthcoming years we have to find out whether briefer psychological treatments and e-health, as recently introduced in the general mental health care system in The Netherlands, are able to maintain favourable treatment outcomes, or fail to sufficiently engage a substantial proportion of patients in their treatments.

Key words *treatment results, therapeutic alliance, common factors, social influence.*

Literatuur

- Appel, M. & Richter, T. (2007). Persuasive effects of fictional narrative increase over time. *Media Psychology*, 10, 113-135.
- Bakker, R., Melsen, A.G.M. van & Peurisen, C.A. van (1985). *Inleiding tot de wijsbegeerte in christelijk perspectief*. Kampen: Uitgeversmaatschappij J.H. Kok.
- Barlow, D.H. (2007). Psychotherapy and psychological treatments: The future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 13, 216-220.
- Bögels, S.M. & Mansell, W. (2004). Attention processes in the maintenance and treatment of social phobia: Hypervigilance, avoidance, and self-focused attention. *Clinical Psychology Review*, 24, 827-856.
- Bøgwald, K.J. (2001). Do patients and their therapists agree on the content of treatments? *Journal of Nervous and Mental Disease*, 189, 830-837.
- Bohart, A.C., Elliott, R., Greenberg, L.S. & Watson, J.C. (2002). Empathy. In: J.C. Norcross (ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 89-108). New York, NY: Oxford University Press.
- Bouman, T., Visser, S. & Vervaeke, G. (2011). Protocollaire behandeling van patiënten met hypochondrie. In: G.P.J. Keijsers, A. van Minnen & C.A.L. Hoogduin (red.), *Protocollaire behandelingen voor volwassenen met psychische problemen 2* (pp. 49-84). Amsterdam: Boom.
- Carr, A. (1987). *The easy way to stop smoking*. Harmondsworth: Penguin.
- Carr, A. (2009). *What works with children, adolescents, and adults? A review of research on the effectiveness of psychotherapy*. East Sussex: Routledge.
- Chambless, D.L. & Ollendick, T.H. (2001). Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52, 685-716.
- Cialdini, R.B. (2014). *Influence: Science and practice* (5th ed.). Harlow, Essex: Pearson.
- Colijn, S., Snijders, H. & Trijsburg, W. (2009). Universele psychotherapiefactoren. In: S. Colijn, H. Snijders, M. Thunnissen, S. Bögels & W. Trijsburg (red.), *Leerboek psychotherapie* (pp. 159-168). Utrecht: De Tijdstroom.

- Cooper, M. (2008). *Essential research findings in counseling and psychotherapy*. Los Angeles, CA: BACP.
- Craighead, W., Shets, E., Brosse, A. & Ilardi, S. (2007). Psychosocial treatments for major depressive disorder. In: P. Nathan & J. Gorman (Eds.), *A guide to treatments that work* (3rd ed., pp. 289-308). New York, NY: Oxford University Press.
- Craske, M.G., Kircanski, K., Zelikowsky, M., Mystkowski, J., Chowdhury, N. & Baker, A. (2008). Optimizing inhibitory learning during exposure therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 5-27.
- Crits-Christoph, P. (1997). Limitations of the Dodo bird verdict and the role of clinical trials in psychotherapy research: Comment on Wampold et al. (1997). *Psychological Bulletin*, 122, 216-220.
- Dal Cin, S., Zanna, M.P. & Fong, G.T. (2008). Narrative persuasion and overcoming resistance. In: E.S. Knowles & J.A. Linn (Eds.), *Resistance and persuasion* (pp. 175-191). Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- DeRubeis, R.J., Brotman, M.A. & Gibbons, C.J. (2005). A conceptual and methodological analysis of the nonspecifics argument. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 12, 174-183.
- Eberl, C., Wiers, R.W., Pawelczack, S., Rinck, M., Becker, E.S. & Lindenmeyer, J. (2013). Approach bias modification in alcohol dependence: Do clinical effects replicate and for whom does it work best? *Developmental Cognitive Neuroscience*, 4, 38-51.
- Elliott, R., Bohart, A.C., Watson, J.C. & Greenberg, L.S. (2011). Empathy. In: J.C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness* (2nd ed., pp. 132-152). New York: Oxford University Press.
- Emmelkamp, P.M.G. et al. (2014). Advancing psychotherapy and evidence-based psychological interventions. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 23, suppl. 1, 58-91.
- Fisher, J.E. & O'Donohue, W.T. (2006). *Practitioner's guide to evidence-based psychotherapy*. New York, NY: Springer.
- Garfield, S.L. & Bergin, A.E. (1986). Introduction and historical overview. In: S.L. Garfield & A.E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (3rd ed., pp. 3-22). New York, NY: Wiley.
- Hallion, L.S. & Ruscio, A.M. (2011). A meta-analysis of the effects of cognitive bias modification in anxiety and depression. *Psychological Bulletin*, 137, 940-958.
- Harvey, A., Watkins, E., Mansell, W. & Shafran, R. (2006). *Cognitive behavioural processes across psychological disorders: A transdiagnostic approach to research and treatment*. Oxford: University Press.
- Hofman, S.G. (2008). Cognitive processes during fear acquisition and extinction in animals and humans: Implications for exposure therapy and anxiety disorders. *Clinical Psychology Review*, 28, 199-210.
- Hoogduin, C.A.L. (2011). Behandelingsmet behulp van zelfcontroleprocedures. In: K. van der Velden, C.A.L. Hoogduin & A. Lange (red.), *Directieve therapie* (pp. 139-158). Amsterdam: Boom.
- Horvath, A.O. & Bedi, R.P. (2002). The alliance. In: J.C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 37-70). New York, NY: Oxford University Press.
- Horvath, A.O., Flückiger, C. & Symonds, A. (2011). Alliance in individual psychotherapy. In: J.C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness* (2nd ed., pp. 25-69). New York, NY: Oxford University Press.

- Horvath, A.O. & Symonds, B.D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38, 139-149.
- Howard, K.I., Krause, M.S., Saunders, S.M. & Kopta, S.M. (1997). Trials and tribulations in the meta-analysis of treatment differences: Comment on Wampold et al. (1997). *Psychological Bulletin*, 122, 221-225.
- Hunsley, J. & Di Giulio, G. (2002). Dodo bird, phoenix, or urban legend? The question of psychotherapy equivalence. *The Scientific Review of Mental Health Practice: Objective Investigations of Controversial and Unorthodox Claims in Clinical Psychology, Psychiatry, and Social Work*, 1, 11-22.
- Jacks, J.Z. & O'Brien, M.E. (2003). Decreasing resistance by affirming the self. In: E.S. Knowles & J.A. Linn (Eds.), *Resistance and persuasion* (pp. 235-257). Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Kampman, M., Keijsers, G.P.J. & Hendriks, G.-J. (2011). Protocollaire behandeling van patiënten met een paniekstoornis met of zonder agorafobie: interoceptieve exposure, cognitieve gedragstherapie en exposure in vivo. In: G.P.J. Keijsers, A. van Minnen & C.A.L. Hoogduin (red.), *Protocollaire behandelingen voor volwassenen met psychische problemen 1* (pp. 37-77). Amsterdam: Boom.
- Kazdin, A.E. & Bass, D. (1989). Power to detect differences between alternative treatments in comparative psychotherapy outcome research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 138-147.
- Keijsers, G.P.J. & Becker, E.S. (2009). Succesvolle psychotherapie: Praten, maar vooral ook oefenen. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 64, 148-155.
- Keijsers, G.P.J., Minnen, A. van & Hoogduin, C.A.L. (2006). Kunnen ongewenste gewoonten blijvend veranderd worden? Zelfcontrole in de klinische psychologie. *De Psycholoog*, 41, 594-600.
- Keijsers, G.P.J., Minnen, A. van & Hoogduin, C.A.L. (2011). Toepassing van protocollaire behandelingen bij psychische stoornissen. In: G.P.J. Keijsers, A. van Minnen & C.A.L. Hoogduin (red.), *Protocollaire behandelingen voor volwassenen met psychische problemen 1* (pp. 13-34). Amsterdam: Boom.
- Keijsers, G.P.J., Schaap, C.P.D.R. & Hoogduin, C.A.L. (2000). The impact of interpersonal patient and therapist behaviour on outcome in cognitive-behavior therapy: A review of empirical studies. *Behavior Modification*, 24, 264-297.
- Keijsers, G.P.J., Schaap, C.P.D.R., Hoogduin, C.A.L., Hoogsteyns, B. & Kemp, E.C.M. de (1999). Preliminary results on a new instrument to assess patient motivation for treatment in cognitive-behaviour therapy. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 27, 165-179.
- Keijsers, G.P.J., Vissers, W., Hutschemaekers, G.J.M. & Witteman, C.L.M. (2010). Empirisch ondersteunde psychologische behandelingen. Moeten we dat nu wel doen? *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 65, 364-377.
- Keijsers, G.P.J., Vossen, C.J.C. & Keijsers, L.H.A. (2012). *Helpen veranderen: Motiveringsstrategieën in de ambulante psychotherapie*. Amsterdam: Boom.
- Keijsers, G.P.J., Vossen, C.J.C. & Keijsers, L.H.A. (2013). Patiënten motiveren tot het uitvoeren van protocollaire behandelingen. In: P.G.M. Emmelkamp & C.A.L. Hoogduin (red.), *Van mislukking naar succes in de psychotherapie* (pp. 23-46). Amsterdam: Boom.
- Keijsers, G.P.J., Woud, M.L. & Becker, E.S. (2009). Impliciete mentale processen. In: S. Colijn, H. Snijders, M.

- Thunnissen, S. Bögels & W. Trijsburg (red.), *Leerboek psychotherapie* (pp. 255-263). Utrecht: De Tijdstroom.
- Knowles, E.S. & Linn, J.A. (2003). Approach-avoidance model of persuasion: Alpha and omega strategies for change. In: E.S. Knowles & J.A. Linn (Eds.), *Resistance and persuasion* (pp. 117-148). Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Lambert, M.J. (1992). Psychotherapy outcome research: Implications for integrative and eclectic therapists. In: J.C. Norcross & M.R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (pp. 94-129). New York, NY: Basic Books.
- Lambert, M.J., Shapiro, D.A. & Bergin, A.E. (1986). The effectiveness of psychotherapy. In: S.L. Garfield & A.E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (3rd ed., pp. 157-212). New York, NY: Wiley.
- LeDoux, J.E. (2002). *Synaptic self: How our brains become who we are*. New York, NY: Pinguin Books.
- MacLeod, C. & Mathews, A. (2012). Cognitive bias modification approaches to anxiety. *Annual Review of Clinical Psychology*, 8, 189-217.
- Mahoney, M.J. (1991). *Human change processes: The scientific foundations of psychotherapy*. New York, NY: Basic Books.
- Martin, D.J., Garske, J.P. & Davis, K.M. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Clinical and Consulting Psychology*, 68, 438-450.
- Meier, P.S. & Donmall, M.C. (2005). Differences in client and therapist views of the working alliance in drug treatment. *Journal of Substance Use*, 11, 73-80.
- Miller, W.R., Wilbourne, P.I. & Hettema, J. (2003). What works? A summary of alcohol treatment outcome research. In: R.K. Hester & W.R. Miller (Eds.), *Handbook of alcoholism treatment approaches: Effective alternatives* (3rd ed., pp. 13-63). Boston: Allyn & Bacon.
- Minnen, A. van & Arntz, A. (2011). Protocolaire behandeling van patiënten met een posttraumatische stressstoornis. In: G.P.J. Keijsers, A. van Minnen & C.A.L. Hoogduin (red.), *Protocolaire behandelingen voor volwassenen met psychische problemen 1* (pp. 181-212). Amsterdam: Boom.
- Minnen, A. van, Hoogduin, C.A.L., Keijsers, G.P.J., Hellenbrand, I. & Hendriks, G.-J. (2003). Treatment of trichotillomania by behavior therapy or fluoxetine: A randomized, waiting-list controlled study. *Archives of General Psychiatry*, 60, 517-522.
- Neziroglu, F. & Santos, N.M. (2013). Advances in the treatment of body dysmorphic disorder. *International Journal of Cognitive Therapies*, 6, 138-149.
- Norcross, J.C. & Lambert, M.J. (2011). Evidence-based therapy relationships. In: J.C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness* (2nd ed., pp. 3-21). New York, NY: Oxford University Press.
- O'Keefe, D.J. (2002). *Persuasion: Theory and research* (2nd ed.). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Ollendick, T.H. & King, N.J. (2006). Empirically supported treatments typically produce outcomes superior to non-empirically supported treatment therapies. In: J.C. Norcross, L.E. Beutler & R.F. Levant (Eds.), *Evidence-based practices in mental health: Debate and dialogue on the fundamental questions* (pp. 308-317, 319-328). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Petty, R.E., Barden, J. & Wheeler, S.C. (2009). The elaboration likelihood model of persuasion: Developing health promotion for sustained behavior change. In: R.J. DiClemente, R.A. Crosby & M. Kegler (Eds.), *Emer-*

- ging theories in health promotion in practice and research* (2nd ed, pp. 185-214). San Francisco, CA: Jossey-Bass Public Health.
- Petty, R.E. & Cacioppo, J.T. (1986). The elaboration likelihood model of persuasion. In: L. Berkowitz (Ed.), *Advances in experimental social psychology volume 19* (pp. 123-205). New York: Academic Press.
- Prochaska, J.O., DiClemente, C.C. & Norcross, J.C. (1992). In search of how people change. *American Psychologist*, 47, 1102-1114.
- Quinn, J.M. & Wood, W. (2003). Forewarning of influence appeals: Inducing resistance and acceptance. In: E.S. Knowles & J.A. Linn (Eds.), *Resistance and persuasion* (pp. 193-214). Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Rains, S.A. (2013). The nature of psychological reactance revisited: A meta-analytic review. *Human Communication Research*, 39, 47-73.
- Rosenthal, R., Rosnow, R.L. & Rubin, D.B. (2000). *Contrasts and effect sizes in behavioral research: A correlational approach*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Roth A. & Fonagy, P. (2005). *What works for whom? A critical review of psychotherapy research* (2nd ed.). London: Guilford Press.
- Schaap, C., Bennun, I., Schindler, L. & Hoogduin, K. (1993). *The therapeutic relationship in behavioural psychotherapy*. Chichester: Wiley.
- Schippers, G. & Kampman, M. (1999). Motivatie: Wat we van verslaafden kunnen leren. In: C.P.F. van der Staak, G.P.J. Keijsers & C.A.L. Hoogduin (red.), *Motivering voor gedragsverandering* (pp. 72-88). Houten: Bohn Staf-leu van Loghum.
- Schmidt, N.B. & Keough, M.G. (2010). Treatment of panic. *Annual Review of Clinical Psychiatry*, 6, 241-256.
- Sectorrapport ggz (2010). *Zorg op waarde geschat. Update*. Amersfoort: GGZ-Nederland.
- Smeets, E., Jansen, A. & Roefs, A. (2011). Bias for the (un)attractive self: On the role of attention in causing body (dis)satisfaction. *Health Psychology*, 30, 360-367.
- Strong, S.R. & Claiborn, C.D. (1982). *Change through interaction: Social psychological processes of counseling and psychotherapy*. New York, NY: Wiley.
- Tennen, H., Rohrbach, M., Press, S. & White, L. (1981). Reactance theory and therapeutic paradox: A compliance-defiance model. *Psychotherapy*, 18, 14-21.
- Veerbeek, M., Knispel, A. & Nuijen, J. (2012). *GGZ in tabellen 2011*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Verbraak, M.J.P.M., Hoogduin, C.A.L. & Keijsers, G.P.J. (2011). Protocollaire behandeling van patiënten met een obsessieve-compulsieve stoornis. In: G.P.J. Keijsers, A. van Minnen & C.A.L. Hoogduin (red.), *Protocollaire behandelingen voor volwassenen met psychische problemen 1* (pp. 79-110). Amsterdam: Boom.
- Verdellen, C.W.J., Keijsers, G.P.J., Hoogduin, C.A.L. & Cath, D.C. (2004). Exposure with response prevention versus habit reversal in Tourette's syndrome: A controlled study. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 501-512.
- Wampold, B.E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*. Hawah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Wampold, B.E., Mondin, G.W., Moody, M., Stich, F., Benson, K. & Ahn, H. (1997). A meta-analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies. Empirically 'All must have prizes.' *Psychological Bulletin*, 122, 203-2015.
- Wildt, W. de, Merckx, M., Vedel, E. & Schippers, G. (2011). Protocollaire behandeling van patiënten met een

- stoornis in het gebruik van alcohol. In: G.P.J. Keijsers, A. van Minnen & C.A.L. Hoogduin (red.), *Protocolaire behandelingen voor volwassenen met psychische problemen 1* (pp. 381-406). Amsterdam: Boom.
- Wilson, T.D. & Dunn, E.W. (2004). Self-knowledge: Its limits, value, and potential for improvement. *Annual Review of Psychology*, 55, 493-518.
- Yperen, T. van, Steege, M. van der, Ad-dink, A. & Boendermacher, L. (2010). *Algemeen en specifiek werkzame factoren in de jeugdzorg: Stand van de discussie (rev.)*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.

Psychogene niet-epileptische aanvallen met trauma als oorzakelijke factor

Trauma Focused Cognitieve Gedragstherapie als belangrijk deel van de behandeling

KRISTIEN VUYLSTEKE, CORINE FACHÉ, INGE ANTROP, DIRK VAN WEST,
MONICA DHAR¹ & SARAH BAL

Samenvatting

Het voorkomen van trauma blijkt een van de belangrijkste risicofactoren te zijn voor het ontwikkelen van psychogene niet-epileptische aanvallen (PNEA). Ondanks deze bewezen correlatie is er in de literatuur weinig beschreven over de specifieke aanpak van PNEA met trauma als oorzakelijke factor. Dit artikel wil hierop focussen, aan de hand van een praktijkvoorbeeld van een patiënte met PNEA. Ze kende een bijzonder lang hulpverleningstraject en een ziektegeschiedenis die zich kenmerkte door een toename in ernst van de aanvallen, met tot gevolg zeer ernstig disfunctioneren, belemmering van haar ontwikkeling, hoge kosten en iatrogene complicaties. Bij analyse van het praktijkvoorbeeld blijkt dat er gedurende jaren gefocust werd op het afwenden van de aanvallen, maar geen traumatherapie geboden werd. Volhoudend aanbieden van Trauma Focused Cognitieve Gedragstherapie (TF-CGT) zorgde er uiteindelijk voor dat ze genas. In de discussie formuleren we kritische bedenkingen over de aanpak van PNEA met trauma als oorzakelijke factor en TF-CGT als noodzakelijk onderdeel van de behandeling. We stellen een beslisboom op voor een adequate aanpak (figuur 1).

Trefwoorden: PNES, TF-CGT, trauma.

1 Prof.dr. Sarah Bal en prof.dr. Monica Dhar zijn gedeelde laatste auteur.

INLEIDING

.....

Psychogene niet-epileptische aanvallen (PNEA) zijn plotse paroxysmale veranderingen in gedrag of bewustzijn (aanvallen) die zeer sterk op epilepsie lijken, maar die niet gepaard gaan met de elektrofysiologische veranderingen die epilepsie typeren (Bodde et al., 2012). Ze behoren tot de groep van somatoforme stoornissen. De aanval is na adequaat medisch onderzoek niet toe te schrijven aan een bekende somatische aandoening (DSM IV-TR; APA, 2000). Er wordt verondersteld dat ze primair psychogeen van aard zijn (ICD-10; WHO, 1992). Algemeen wordt aanvaard dat PNEA niet intentioneel zijn en niet gesimuleerd worden. Er wordt door verschillende auteurs geopperd dat ze fungeren als copingsmechanisme en/of beschermingsmechanisme om interne stressoren buiten het bewustzijn te houden. Hierdoor wordt oncontroleerbare stress, zoals bij herbelevingen van trauma voorkomt, gedissocieerd van de pijnlijk bewuste ervaring (Alsaadi & Marquez, 2005; Bowman & Markand, 1996; Reilly, Baker, Rhodes & Salmon, 1999). Een voorgeschiedenis van trauma op kinderleeftijd, met name seksueel misbruik of lichamelijke mishandeling, lijkt één van de belangrijkste risicofactoren te zijn voor het ontwikkelen van PNEA (Alsaadi & Marquez, 2005; Fiszman, Alves-Leon, Nunes, D'Andrea & Figueira, 2004; LaFrance & Barry, 2005; Proença, Castro, Jorge & Marchetti, 2011). Niet alle patiënten die te maken hadden met seksueel geweld of lichamelijke mishandeling zullen echter PNEA ontwikkelen. Andere etiologische factoren zijn persoonlijkheidsproblematiek, depressie, chronische angst (Bodde, Brooks, Baker & Boon, 2009a), hoofdtrauma, intracraniële heilkunde en mentale retardatie (Reuber, Qurishi & Bauer, 2003).

De prevalentie van PNEA in de algemene populatie bedraagt volgens Alsaadi 2 tot 33/100.000. PNEA wordt vaker gezien bij vrouwen (75-99%) dan bij mannen (Alsaadi & Marquez, 2005; Bodde et al., 2012; Wood, Haque, Weinstock & Miller, 2004). Bij 5-10% van de ambulante gevolgde epilepsiepatiënten wordt de diagnose PNEA gesteld, bij opgenomen epilepsiepatiënten bedraagt dit percentage 10-40%. PNEA kennen vaak een begin in de adolescentie. In 40% van de gevallen herstellen patiënten volledig. Bij een derde van de patiënten ziet men symptoomreductie en een derde lijdt chronisch aan deze aanvallen (Alsaadi & Marquez, 2005). Reuber beschrijft dat 71% van de patiënten na 11 jaar nog steeds aanvallen vertoont (Reuber et al., 2003).

Het onderscheid maken tussen een PNEA en een epileptische aanval is niet gemakkelijk. Vooral bij kinderen en adolescenten wordt een PNEA dikwijls niet als dusdanig herkend, waardoor een doeltreffende behandeling wordt uitgesteld of niet wordt gegeven (Vincentiis et al., 2006). Het onderscheid tussen een PNEA en een epileptische aanval kan immers enkel met 100% zekerheid vastgesteld worden wanneer de epileptische activiteit via een

eeg, exact op het moment van de aanval, bepaald kan worden. Een video-eeg wordt algemeen aanvaard als de 'gouden standaard' voor het stellen van de definitieve PNEA-diagnose (Alsaadi & Marquez, 2005; LaFrance, Rusch & Machan, 2008; Wood et al., 2004). Wanneer het onderscheid tussen PNEA en epilepsie niet gemaakt wordt en de gepaste behandeling uitblijft, kan dit belemmering van de ontwikkeling en ernstig disfunctioneren tot gevolg hebben (Wood et al., 2004) alsook iatrogene complicaties geven (Vincentiis et al., 2006). Dit laatste zijn schadelijke effecten van behandeling, zoals nevenwerkingen van medicatie en gevolgen van intubatie.

Paradoxaal genoeg is een eerste belangrijke interventie het stellen van een juiste diagnose (Baslet, 2012). Uit onderzoek blijkt namelijk dat de geruststelling niet aan epilepsie te lijden voor een kleine subgroep van PNEA-patiënten voldoende is om de aanvallen onder controle te krijgen (Duncan, Razvi & Mulhern, 2011). Kanner et al. (1999) beschrijven dat deze subgroep van patiënten een lagere graad van psychopathologie heeft en beter in staat is stressvolle gebeurtenissen als uitlokkende factoren van de aanvallen te herkennen.

Er wordt in de literatuur niet expliciet beschreven dat stress ten gevolge van ongerustheid een uitlokkende factor zou zijn, hoewel de veronderstelling wel geopperd zou kunnen worden dat stress voor het krijgen van een aanval bij sommige patiënten wel een onderhoudende factor is.

Bij het merendeel van de PNEA-patiënten is psychotherapeutische behandeling echter wél nodig. Cognitieve gedragstherapie (CGT) is tot op heden de psychotherapeutische interventie die in de aanpak van PNEA het beste onderzocht werd (Goldstein, Chalder & Chigwedere, 2010) en wordt daarom aangeschreven als de behandeling met de hoogste mate van doeltreffende evidentie (Baslet, 2012). CGT in de behandeling van PNEA focust zich specifiek op de aanpak van de aanvallen en omvat de volgende werkzame elementen (Baslet, 2012). Binnen een eerste element 'bekrachtiging van zelfstandigheid' wordt de patiënt probleemoplossende vaardigheden aangeleerd, om bij het voorkomen van aanvallen stress te leren verminderen en het zelfvertrouwen te vergroten. Een tweede element betreft het aanleren van relaxatietechnieken en *refocusing*-technieken om bij de aanvang van een aanval deze te proberen af te afdwenden. Een derde element is *exposure* aan situaties die uit angst voor het voorkomen van aanvallen vermeden worden en cognitieve herstructurering, waarbij de patiënt helpende gedachten leert aan te wenden bij denkfouten die gemaakt worden. Een laatste element betreft terugvalpreventie (Baslet, 2012). Daarbij worden enerzijds alarmsignalen en werkzame therapeutische elementen op een rij gezet om een houvast te hebben bij terugval en zelf aan de slag te kunnen. Anderzijds wordt er duidelijkheid gecreëerd over waar en hoe opnieuw hulp kan gezocht worden indien nodig.

Andere interventies zijn minder wetenschappelijk onderzocht maar worden in de praktijk wel toegepast. Psychodynamische interventies bijvoor-

beeld, hebben tot doel patiënten ervan bewust te maken dat dissociatie en somatisatie als beschermingsmechanismen fungeren om traumatische herinneringen buiten het bewustzijn te houden (Gabbard, 2005; LaFrance & Barry, 2005). Aan de hand van groepstherapieën probeert men de bewuste en verbale expressie van emotionele stress te vergroten en de expressie van stress via somatische weg te verkleinen. Bij gebrek aan een consistent neurobiologisch model van PNEA is een sluitende/(aangepaste) neurochemische interventie (medicatie) nog niet mogelijk (Baslet, 2012). Depressie, angst, impulsiviteit en compulsiviteit zijn comorbide kenmerken bij PNEA en worden geassocieerd met serotoninedeficiëntie, wat pleit voor SSRI's als mogelijk zinvolle medicamenteuze ondersteuning bij PNEA (LaFrance & Barry, 2005).

Zoals hierboven beschreven is het voorkomen van trauma op kinderleeftijd een van de belangrijkste risicofactoren voor het ontwikkelen van PNEA (Alsaadi & Marquez, 2004; Fiszman et al., 2004; LaFrance & Barry, 2005; Proença et al., 2011). Een traumatische ervaring kan het ontstaan van een posttraumatische stresstoornis (PTSS) tot gevolg hebben. PTSS wordt, volgens de DSM-IV-TR (APA, 2000), gekenmerkt door drie symptoomclusters: herbelevingen, verhoogde prikkelbaarheid en vermijding. Daarnaast worden zeer vaak andere traumasymptomen, zoals schaamte, schuld en dissociatie vermeld. Sommige auteurs pleiten ervoor dat PNEA een dissociatief fenomeen is, waarbij identiteit, geheugen, bewustzijn en perceptie niet meer als geheel geïntegreerd worden om het individu te beschermen tegen pijnlijke en ondraaglijke ervaringen (Alper, 1994; Bodde et al., 2009b; Fiszman et al., 2004). Fiszman oppert zelfs de mogelijkheid om PNEA te zien als een klinische expressie van PTSS. Ondanks de sterk bewezen correlatie tussen PNEA en trauma is er in de huidige onderzoeksliteratuur tot op heden weinig terug te vinden over de aanpak van PNEA met trauma als onderliggende oorzaak.

De specifieke aanpak van PNEA in geval van trauma vraagt verder onderzoek (Baslet, 2012). In dit artikel willen we het belang hiervan belichten. We doen dit aan de hand van een praktijkvoorbeeld van een minderjarige patiënte met ernstige PNEA met trauma als oorzakelijke factor. De patiënte (Lisa) kreeg gedurende jaren de standaardbehandeling van PNEA. Dit is de aanpak die focust op het voorkomen van de aanvallen, zoals hierboven beschreven volgens Baslet (2012). Deze aanpak bleek onvoldoende helpend, aangezien de aanvallen ondanks jarenlange behandeling niet afnamen. De aanvallen begonnen pas te verminderen toen Lisa met *Trauma Focused Cognitieve Gedragstherapie* (TF-CGT) startte.

GEVALSBESCHRIJVING LISA

.....

177

Deze casus beschrijft de evolutie en behandeling van een 17-jarige getraumatiseerde patiënte (Lisa) die gedurende meer dan tien jaar pseudo-epilepsieaanvallen vertoont.

Context en ontwikkeling

.....

Lisa is afkomstig uit een tweeoudergezin en heeft vier oudere broers. Een vijf jaar oudere broer misbruikt haar seksueel van 6- tot 12-jarige leeftijd, met bedreiging en zwijgplicht als verzwarende omstandigheden. Deze broer heeft een gesloten karakter, deelt weinig gevoelens met zijn omgeving, heeft een beperkt introspectief vermogen, geeft een sociaal wenselijke indruk en gebruikt softdrugs. De jongste broer heeft een stofwisselingsziekte met neurologische gevolgen (onder andere mentale retardatie), wat een belasting betekent voor het gezin. Onder de verschillende gezinsleden heerst er een grote loyaliteit tegenover elkaar. Geheimen worden met elkaar gedeeld, maar binnen het gezin gehouden, wat kenmerkend is voor een kluwengezin.

Lisa kent een normale ontwikkeling op sociaal, motorisch en gedragsmatig vlak, tot op 6-jarige leeftijd. Op vlak van emotieregulatie vertoont ze echter vanaf babyleeftijd problemen met onder andere *breath holding spells* bij het wenen, dit zijn ongewilde ongecontroleerde onderbrekingen van de ademhaling, waarbij ze soms het bewustzijn verliest. Van jongs af aan is ze faalangstig, heeft ze een laag zelfbeeld, maar neemt ze een dominante houding aan om dit te maskeren. Op school haalt ze goede punten op vlak van taal, maar ze doet het tweede leerjaar over omwille van rekenproblemen.

Ziektebeeld en therapeutisch traject

.....

Op 6-jarige leeftijd vertoont Lisa voor het eerst een vermoedelijke epilepsieaanval, waarbij uit een eeg echter tweemaal geen argumenten voor epilepsie blijken. Ook het resultaat van de CT-scan bevindt zich binnen de normale fysiologische grenzen. Er wordt geen behandeling opgestart. Lisa blijft gedurende de vijf daaropvolgende jaren aanvalsvrij, maar vertoont wel toenemende psychosomatische klachten zoals hoofdpijn, buikpijn en angst om kanker te krijgen. Op 11-jarige leeftijd komt ze samen met haar ouders terecht bij het Vertrouwenscentrum Kindermishandeling (VK) naar aanleiding van het ontdekken door de ouders van het misbruik. Vanaf dan vertoont ze in toenemende mate angst- en hyperventilatieaanvallen die evolueren naar hyperventilatieaanvallen met bewustzijnsverlies. Haar somatisatieklachten verergeren (met onder andere pijn aan longen, ogen en hart) en ze rapporteert depressieve klachten en inslaapproblemen. Het VK verwijst haar op 12-jarige leeftijd door naar een kinderpsychiatrische dienst.

Na een crisisopname van twee weken wordt geen kinderpsychiatrische diagnose gesteld. Wel wordt vermijdingsgedrag gerapporteerd bij een angstige, onzekere en gevoelige patiënte. Haar angsten uiten zich in een voortdurende ongerustheid over het krijgen van een volgende aanval en manifesteren zich in de vorm van verschillende lichamelijke klachten. Ze vertoont manipulatief gedrag in een poging om deze angsten onder controle te krijgen. Na deze opname wordt er gedurende enkele maanden op dezelfde dienst een ambulante ondersteunende therapie aangeboden die gericht is op functioneren en krijgt ze psycho-educatie over haar aanvallen. Deze therapie brengt echter geen soelaas, haar ziektebeeld verbetert niet.

Op 14-jarige leeftijd nemen de aanvallen in frequentie toe, met spiertrekkingen en schuim om de mond. Lisa vertoont toenemend regressief gedrag, onder andere op vlak van zelfredzaamheid, spraak en hygiëne, en ze gaat niet meer naar school.

Ze wordt gezien op de spoedafdeling van een algemeen ziekenhuis en mag met pijnstilling (paracetamol 500 mg) weer naar huis. Bij een later neurologisch onderzoek wordt, door middel van een 24-uurs eeg, epilepsie uitgesloten en worden de aanvallen gekaderd als stressaanvallen met hyperventilatie en dissociatieve elementen. Na een suïdepoging (auto-intoxicatie) volgt een week opname op een andere crisisafdeling voor kinderpsychiatrie. De oorzaak van de decompensatie wordt gekaderd binnen stress in de thuissituatie, bij sociale contacten en ten gevolge van prestatiedruk op school. Het advies is stressreductie op schools vlak en een voorstel tot residentiële opname.

Tijdens deze therapeutische opname van een half jaar op een derde kinderpsychiatrische voorziening wordt vooral gefocust op het creëren van rust, met voornamelijk creatieve therapie en hippotherapie. Daarnaast krijgt ze CGT aangeboden waarbij ze relaxatieoefeningen aanleert om aan te wenden bij het opkomen van aanvallen en leert ze denkfouten herkennen en uitdagen die met haar aanvallen te maken hebben. Lisa wordt niet geconfronteerd met haar trauma, noch wordt ze gestimuleerd om met traumaverwerking te starten. De ouders krijgen ondersteunende gezinsgesprekken. De broer die het misbruik pleegde, blijft in het thuismilieu van Lisa aanwezig.

Niettegenstaande meer dan zes maanden kinderpsychiatrische opname verminderen de aanvallen niet en noodzaakt een pseudo-epilepsieaanval een medische urgentie transfer (MUG-transfer) naar een universitair ziekenhuis. Daar wordt de al genoemde 24-uurs eeg met videoregistratie afgenomen, die negatief is voor epileptische activiteit.

Op 15-jarige leeftijd bedraagt de frequentie van de aanvallen één à twee keer per week en hebben ze een gemiddelde duur van een kwartier. Tijdens de aanvallen maakt Lisa epileptiforme bewegingen met de vier ledematen, spant ze haar rug en maakt ze schokkende bewegingen. Haar aanvallen gaan vaak gepaard met urineverlies, speekselvloed en tongbeet. Haar ademhaling is verstoord en ze reageert niet op aanspreken. Tijdens deze periode wordt ze gedurende drie dagen opgenomen op een afdeling pediatrie van een al-

gemeen ziekenhuis na een epileptiforme aanval van meer dan twee uur. Bloed- en urinewaarden en klinisch neurologisch onderzoek kunnen geen somatische oorzaak aanduiden. Er wordt geen eeg afgenomen. De pediater stelt de diagnose conversiehysterie en er wordt naast medicatie (diazepam 10 mg, flupentixol 0,5 mg en melitraceen 10 mg) opnieuw ondersteunende ambulante therapie aangeboden.

Lisa wordt in de loop van volgende maanden gemiddeld drie keer per week via transport per ambulance op de spoedafdeling opgenomen omwille van ernstige aanvallen.

Gezien de toenemende frequentie en de ernst van deze aanvallen wordt ze op 16-jarige leeftijd elf weken opgenomen op alweer een andere kinderpsychiatrische afdeling. Tijdens deze opname wordt bij één van de aanvallen een daling van de zuurstofsaturatie waargenomen. Ze wordt geïntubeerd, gesedeerd en opgeladen met fenytoïne, valproïnezuur en levetiracetam omwille van het vermoeden van een status epilepticus. Lisa wordt overgebracht naar een universitaire neurologische dienst waar besloten wordt om een tweede keer een eeg met videomonitoring uit te voeren. Er wordt echter geen epileptische activiteit gezien en de patiënte wordt doorverwezen naar een neurologisch revalidatiecentrum waar ze gedurende een maand wordt opgenomen. Gezien de onenigheid tussen verschillende artsen over de aard van de aanvallen wordt hier voor een derde keer een langdurig eeg met video-registratie afgenomen. Het onderzoek is negatief voor epileptische activiteit. De definitieve diagnose psychogene niet-epileptische aanval (PNEA) wordt gesteld. Vanuit het neurologisch revalidatiecentrum wordt ze doorverwezen naar een universitaire dienst voor kinder- en jeugdpsychiatrie waar zij opgenomen wordt gedurende meer dan negen maanden.

Succesvolle opname als laatste etappe in haar behandeltraject

Bij aanvang van deze opname heeft ze dagelijks een PNEA, automutileert ze frequent, vertoont ze depressieve kenmerken en is er sprake van suïcidaliteit. Ze heeft angsten en gevoelens van schuld en schaamte. Er is sprake van perfectionisme en piekergedachten. Haar sociale ontwikkeling vertoont tekorten, ze is sociaal geïsoleerd. Lisa heeft moeite om anderen te vertrouwen en om met kritiek om te gaan. Ze is bang om afgewezen te worden en neemt vaak een dominante positie in. De CDI (Child Depression Inventory) wijst op de aanwezigheid van klinische depressieve klachten. De CBSA (Competentie Belevingsschaal voor Adolescenten) rapporteert een lage eigen competentiebeleving en op de TSCC (Trauma Symptom Checklist for Children) heeft ze een verhoogde score voor PTSS.

Tijdens de opname variëren haar aanvallen van pseudo-epilepsieaanvallen tot paniekaanvallen met psychotische beleving en fysieke agressie tegenover zichzelf en derden, waarvoor vaak een afzondering in een prikkelarme ruimte nodig is. Na deze episodes verandert het ziektebeeld in verlamming van de

benen, waardoor ze gedurende acht weken in een rolstoel zit. Haar aanvallen worden telkens geregistreerd, door zowel haar omgeving (vaak verpleging op de leefgroep) als haarzelf. Er wordt genoteerd welke situatie aan de aanval voorafging, in welke situatie ze zich bevindt op het moment van de aanval (plaats, wie is erbij aanwezig, welke activiteit), duur van de aanval en afloop van de aanval. Na elke aanval stelt Lisa een gebeurtenis-gedachten-gevoel-schema (GGG-schema) op, dat ze in individuele therapie verder gebruikt.

De aanvallen hebben een grote impact op haar omgeving. Het gezin heeft zich georganiseerd in functie van de aanvallen, zo is moeder bijvoorbeeld gestopt met werken en zijn gezinsuitstappen niet meer mogelijk.

Gezien de nefaste gevolgen van de therapieresistente PNEA wordt Trauma Focused Cognitieve Gedragstherapie (TF-CGT) als voorwaarde voor opname gesteld. Als voortraject, om dit proces van traumaverwerking te kunnen dragen, worden er ondersteunende en versterkende therapeutische groepsinterventies aangeboden (sessies: N = 50). Deze bestaan uit creatieve therapie (N = 10), faalangsttraining (N = 8), depressietraining (N = 16), emotieregulatietraining (N = 10) en psychodrama (N = 6). Als Lisa over voldoende adequate copingvaardigheden beschikt, wordt gestart met TF-CGT. Aanvankelijk kiest ze er regelmatig voor om dit uit de weg te gaan, maar ze wordt op een volhoudende manier aangemoedigd om er toch mee aan de slag te gaan. In individuele psychotherapie (twee keer per week, N = 50) krijgt ze psychoeducatie over PTSS en werkt ze rond het thema veiligheid, grenzen en krijgen van erkenning. Ze leert relaxatietechnieken aan en wordt ondersteund in het aanleren van een adequate expressie en modulatie van haar affect om met de overweldigende stress en emoties te leren omgaan. Cognitieve technieken worden aangewend om denkfouten die betrekking hebben op het trauma te herkennen en uit te dagen. Denkfouten die ze regelmatig maakt, zijn 'alles-of-niets denken' ('ik ben een mislukkeling want ik werd misbruikt'), 'de toekomst voorspellen' ('ik ga nooit een normaal leven kunnen leiden want ik ben misbruikt') en 'personaliseren' ('het is mijn fout dat ik misbruikt werd'). Ze leert haar denkfouten herkennen en deze in een GGG-schema (cognitieve driehoek) te plaatsen. Vervolgens wordt ze aangemoedigd haar denkfouten uit te dagen. Ze leert alternatieve, helpende gedachten te formuleren en deze gaandeweg ook toe te passen. Via deze technieken wordt ze tevens gestimuleerd om adequate copingvaardigheden te ontwikkelen, onder andere door haar opnieuw meer verantwoordelijkheid en autonomie te geven in het nemen van beslissingen en de uitvoering ervan. Ze wordt begeleid om aan exposure te doen door haar traumaverhaal te herschrijven en met de therapeut te bespreken, en haar gevoelens tegenover de dader te uiten door middel van een brief. Ze krijgt ten slotte ook EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing). Deze sessies worden aangeboden wanneer ze reeds zes maanden opgenomen is. Negatieve cognities ('ik ben zwak', 'ik ben machteloos') worden tegenover positieve cognities ('ik kan het', 'ik deed wat ik kon') gesteld. Tijdens de daadwerkelijke EMDR (exposure aan het trauma) krijgt

ze geen aanvallen, echter nadien (bij terugkeer op de leefgroep) doen zich aanvankelijk wel aanvallen voor. Er wordt voor gekozen om de EMDR toch door te zetten. Gaandeweg nemen de aanvallen in frequentie af.

181

Tijdens intensieve gezinstherapie (N = 32) met de ouders, Lisa en enkele keren ook met de vader, wordt op een niet-aflatende manier aangegeven dat veiligheid voor de patiënte — dit is scheiding van vader en slachtoffer — een eerste en noodzakelijke factor is om een opklaring te krijgen van het ziektebeeld. Dit wekt aanvankelijk veel weerstand op, aangezien de ouders het gevoel hebben dat ze door deze scheiding onvoldoende zorg aan de vader kunnen geven. Psycho-educatie over PTSS wordt onder andere gegeven om de noodzaak van deze scheiding duidelijk te maken. Daarnaast wordt gewerkt aan het geven en krijgen van erkenning, onder andere van haar ouders en haar broer. Lisa kan ertoe komen om via een brief haar gevoelens tegenover de vader te uiten. Dit is een schakelmoment in de therapie, hetgeen zichtbaar wordt in een sterke afname van de aanvallen. De scheiding van vader en slachtoffer kan tijdens de opname niet bewerkstelligd worden, er wordt echter wel samen met de ouders een plan uitgewerkt om te verhuizen, waarbij de scheiding van Lisa en haar broer wel voltrokken kan worden.

Binnen de gezinstherapie komen tevens thema's als loyaliteit tegenover elkaar en gezinsgeheimen aan bod. Het vergt een volhoudende manier van werken om hiervoor een opening te creëren, omdat het gezin een kluwengezin is.

Na negen maanden opname op de universitaire afdeling voor kinderpsychiatrie wordt Lisa ontslagen. Ze is weer in staat om voltiids school te volgen, haar zelfredzaamheid is opnieuw leeftijdsadequaat en ze zoekt sociale contacten op. Ze heeft een toekomstbeeld ontwikkeld waarbij ze haar eigen vaardigheden verder wil ontplooiën. De CDI, CBSA en TSCC worden opnieuw afgenomen en zijn niet meer klinisch significant. Voor verdere nazorg gaat ze naar een privétherapeut in haar buurt (ambulante zorg) om de technieken en vaardigheden die ze geleerd heeft te implementeren in haar verdere dagelijkse leven.

Ze is tot op heden (meer dan één jaar later) aanvalsvrij.

Kosten van een bijzonder lange ziektegeschiedenis en dito behandeltraject

De kosten van deze jarenlange zoektocht naar een doeltreffende diagnose en therapie zijn groot. De patiënte heeft vijftien dagen opname op de afdeling neurologie, twintig maanden opname op de afdeling kinderpsychiatrie en vijf maanden ambulante therapie achter de rug. Ze werd bij benadering 36 keer met een ambulance naar spoedeisende hulp gebracht. Ze werd geïntubeerd op intensieve zorg en geseedeerd. Ze nam 19 maanden anti-epileptica en kreeg 25 eeg's, waaronder vier 24-uurs eeg's en drie eeg's met videoregistratie. Gedurende 25 maanden vertoonde ze schoolverlet. Moeder stopte

met werken om voor de patiënte te kunnen zorgen. De symptomen dreigden een deel van haar identiteit te worden.

182

DISCUSSIE

.....

Zoals beschreven in de inleiding focussen de werkzame elementen van de standaardbehandeling van PNEA telkens op de aanvallen en is de behandeling daardoor gericht op het *symptoom*. Zoals blijkt uit het praktijkvoorbeeld kan dit onvoldoende zijn om de aanvallen te stoppen en moet simultaan de etiologische factor, in dit geval het trauma, behandeld worden. Hierbij ligt de focus op de aanpak van de *oorzaak*. Hoewel dit een logische en gangbare vaststelling is, bewijst het praktijkvoorbeeld dat de uitvoering ervan niet evident is, hetgeen tot aanzienlijke schade kan leiden. In de discussie willen we stilstaan bij hoe een TF-CGT binnen de aanpak van PNEA met trauma als oorzakelijke factor kan passen en bekijken we welke valkuilen ervoor zorgden dat deze aanpak van het trauma bij Lisa jarenlang uitgesteld werd.

Denk bij de aanwezigheid van epilepsieaanvallen niet enkel aan epilepsie

.....

Wetenschappelijk onderzoek bevestigt dat het onderscheid maken tussen PNEA en epilepsie één van de meest uitdagende opdrachten is voor de hulpverlener (Wood et al., 2004). Er ligt gemiddeld zeven jaar tussen de manifestatie van PNEA-klachten en het stellen van de juiste diagnose door een hulpverlener (Bodde et al., 2009b). Het is nochtans van cruciaal belang om het onderscheid tussen PNEA en epilepsie zo snel mogelijk te maken omdat de kans op significante morbiditeit ten gevolge van een foutieve behandeling steeds groter wordt (Vincentiis et al., 2006). Alsaadi beschrijft in dit verband neveneffecten van anti-epileptica en van agressieve en schadelijke interventies zoals intubatie. Uit de literatuur blijkt dat de diagnose gesteld wordt aan de hand van een video-eeg (Alsaadi & Marquez, 2005; LaFrance & Barry, 2008; Wood et al., 2004). Indien er sprake is van epilepsieaanvallen én wanneer er onduidelijkheid is over de diagnose zou er onmiddellijk een afname van een eeg met videoregistratie overwogen moeten worden. Bij blijvende twijfel na een eenmalig eeg met videoregistratie kan herhaling van het video-eeg de diagnose definitief bevestigen.

Lisa en haar ouders bleven gedurende tien jaar in onzekerheid over de diagnose, aangezien een video-eeg pas jaren na het voorkomen van de eerste symptomen werd afgenomen. Dit belette het starten van een adequate therapie en zorgde ervoor dat de aanvallen een deel van de identiteit van Lisa dreigden te worden. Hierdoor ontstond er een disfunctioneren op sociaal, schools en emotioneel vlak, met een grote impact op het gezin.

Onderzoek of een traumatische gebeurtenis een mogelijke etiologische factor voor PNEA is

183

Uit onderzoek blijkt dat trauma op kinderleeftijd, met name seksueel misbruik of lichamelijke mishandeling, één van de belangrijkste risicofactoren is voor het ontwikkelen van PNEA (Alsaadi & Marquez, 2004; LaFrance & Barry, 2005; Proença et al., 2011). Wanneer er onduidelijkheid bestaat over de diagnose is het daarom belangrijk om het kind/de jongere door te verwijzen naar een kinder- en jeugdpsychiater of klinisch psycholoog om de mogelijkheid van een traumatische voorgeschiedenis uit te sluiten. Een uitgebreid kinderpsychiatrisch/kinderpsychologisch onderzoek kan traumatische ervaringen, evenals PTSS-symptomen en andere traumaspecifieke symptomen in kaart brengen (Cohen, Mannarino & Deblinger, 2008).

Indien bij Lisa reeds op 6-jarige leeftijd verder onderzoek was gedaan naar het bestaan van trauma als verklarende factor voor haar aanvallen, kon mogelijks een vijf jaar durend verder verloop van misbruik voorkomen worden, kon de diagnose van PNEA sneller gesteld worden en behandeling adequater opgestart worden.

Erken het trauma en bied veiligheid

Het trauma erkennen en veiligheid bieden is een eerste en noodzakelijke interventie wanneer trauma wordt vastgesteld. Om een traumatische gebeurtenis te kunnen verwerken moet deze immers achter de rug zijn en zo lang er nog reëel gevaar of bedreiging is, moet dit eerst worden bestreden. Veiligheid bieden is dus een eerste stap wanneer getraumatiseerde jongeren voortdurende traumatiserende bedreigingen blijven ervaren (Cohen, Mannarino & Murray, 2011). Om veiligheid te kunnen bieden is er ook erkenning nodig van het trauma. Het trauma moet bespreekbaar kunnen gemaakt worden, de onmiddellijke omgeving moet van het trauma op de hoogte zijn en er is nood aan psycho-educatie om de normaliteit van de traumatische reacties te benadrukken, en om de link te kunnen leggen tussen de aanvallen en het trauma.

In het geval van Lisa werd thuis geen veilige omgeving gecreëerd. De broer die haar jarenlang misbruikte, bleef in haar thuismilieu wonen en zo werd ze continu geconfronteerd met haar trauma en de mogelijkheid tot herhaling ervan. Ook in dit geval, waar scheiding van vader en slachtoffer zeer moeilijk bleek te zijn, omdat ze dezelfde ouders hebben en onder één dak wonen, kunnen we stellen dat scheiding één van de voorwaarden voor herstel was. Daarnaast heeft Lisa tijdens haar jarenlange zoektocht naar adequate behandeling nooit erkenning gekregen voor haar trauma. Ze kreeg niet de kans om haar gevoelens te uiten tegenover de vader, hij werd niet gestraft en hun ouders bleven zowel slachtoffer als vader steunen, hetgeen bij Lisa werd

aangevoeld als gebrek aan erkenning. Pas nadat hier verandering in kwam en ze haar gevoelens ten gevolge van haar trauma kon uiten door middel van een brief aan de dader, zijn de aanvallen beginnen af te nemen.

Door veiligheid te bieden wordt stressreductie geboden. Voorafgaand aan haar laatste kinderpsychiatrische opname werd therapeutisch vaak stressreductie beoogt, onder andere door het verminderen van stress op school. Ook hier blijkt de neiging om eerder te focussen op de aanpak van de aanvallen en werd er tot aan haar laatste opname geen stressreductie aangeboden op vlak van trauma, waardoor de oorzakelijke factor stress bleef bieden en de aanvallen bleven bestaan.

Stel Trauma Focused Cognitieve Gedragstherapie niet uit

Bij jongeren met een ernstig trauma is het neurobiologisch stresssysteem ontregeld (DeBellis et al., 1999; Ford, Cortois, Steele, Van der Hart & Mijenhuis, 2005) en ontwikkelen ze negatieve *appraisals*, hetgeen aanleiding geeft tot inadequate copingstrategieën (Cohen, Mannarino, Kliethermes & Murray, 2012).

Er is meer dan voldoende wetenschappelijke evidentie dat de eerste keuze voor traumatherapie cognitieve gedragstherapie is. Binnen de traumagerichte variant hiervan (TF-CGT) zijn volgende elementen werkzaam: aanbieden van psycho-educatie en ouderlijke vaardigheden, aanleren van relaxatietechnieken en affectmodulatietechnieken, cognitieve herstructurering en verbeteren van copingvaardigheden, stimuleren tot exposure en reconstructie van het traumaverhaal, en aanbieden van ouder-kindgesprekken (Cohen et al., 2011).

Exposure en cognitieve herstructurering zijn twee belangrijke elementen. Bij exposure wordt door het activeren van het geheugen en de verschillende moeilijke gevoelens een herbeleving beoogd die tot doel heeft een integratie in de affectieve en cognitieve schema's te bewerkstelligen. Aan de hand van cognitieve technieken worden gedachten uitgedaagd, inadequate copingstrategieën gespecificeerd en kunnen efficiënte gedragsveranderingen voorgesteld en uitgetest worden (Cohen et al., 2012). Relaxatietechnieken die als doel hebben om controle te leren krijgen over de soms overweldigende stress, kunnen dit proces ondersteunen. Voorbeelden hiervan zijn ademhalingsoefeningen, mindfulnessstraining en het zoeken van gedachten en activiteiten die voor afleiding zorgen.

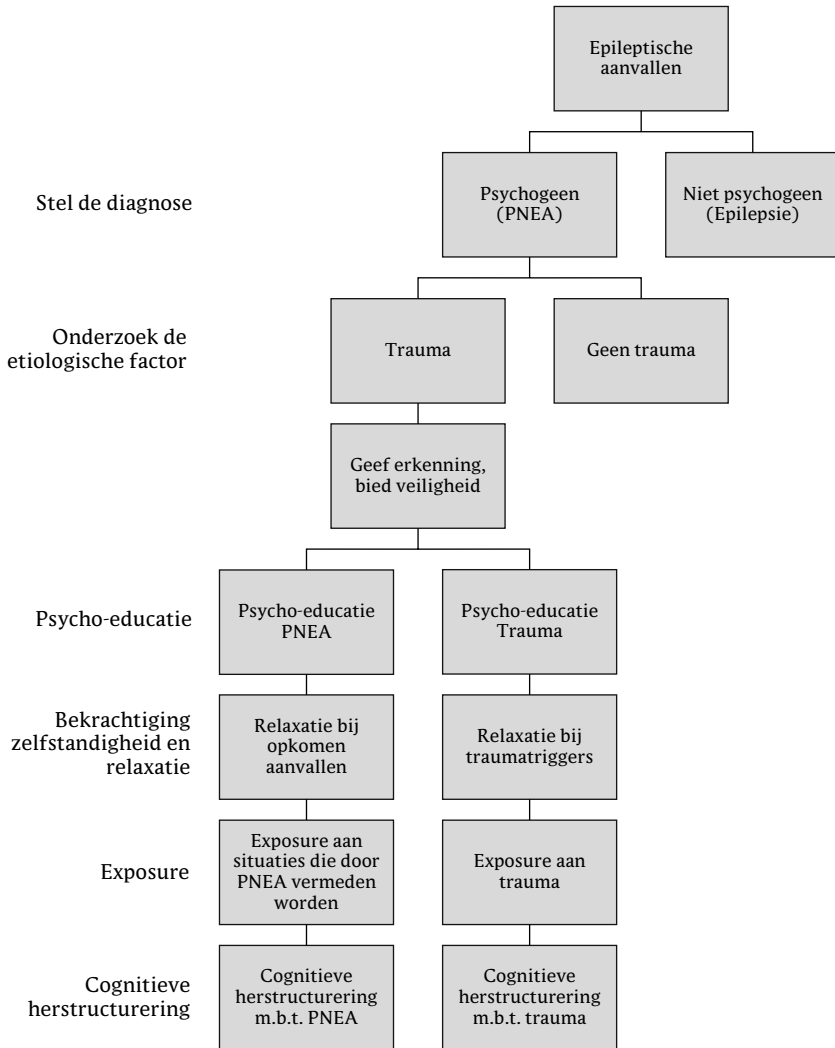
Zelfs bij aanwezigheid van comorbiditeit zoals dissociatieve symptomen (bij PNEA) of depressie hebben PTSS-patiënten duidelijk veel meer baat bij deze vorm van therapie (Hagenaars, Van Minnen & Hoogduin, 2010), dan bij louter ondersteunende gesprekstherapie (*supportive counseling*) (Foa, McLean, Capaldi & Rosenfield, 2013). In de praktijk echter blijkt zowel patiënt als therapeut soms weigerachtig te staan tegenover exposure. Voor de patiënt boezemt de graduele blootstelling aan het trauma in eerste instantie

vaak angst in. Therapeuten zijn soms bang voor een oncontroleerbare toename van klachten — paradoxaal genoeg zullen de klachten in eerste instantie ook toenemen om vervolgens af te nemen — en gaan een blootstelling aan de traumatische gebeurtenis daarom uit de weg. Ze denken dat exposure zal leiden tot drop-out en later terugval (Van Minnen, Hendriks & Olff, 2010). Daarom focussen ze sneller op randproblemen en durven, vaak uit eigen onzekerheid, niet tot de kern van de zaak te gaan (Cohen et al., 2008). Jongeren zijn zeer goed in staat na te gaan of iemand zijn verhaal aankan. Wanneer de jongere inschat dat de therapeut het niet aankan, zal hij nauwelijks wat vertellen, vaak uit bescherming van de therapeut. In die zin beïnvloeden jongeren de therapeut in zijn aanpak van de therapie. Deze hindernissen verminderen echter wanneer therapeuten meer ervaring hebben met behandeling van PTSS-patiënten (Becker, Zayfert & Anderson, 2004). Het is daarom uiterst belangrijk dat de therapeut goed geschoold is zowel in het aanwenden van traumagerichte therapeutische technieken, als in het kunnen bieden van een therapeutische relatie die voldoende veiligheid en zekerheid geeft aan het kind en de context.

In deze casus vermeed Lisa gedurende jaren het trauma bespreekbaar te maken en aan exposure te doen. De therapeuten bleken niet voldoende daadkracht gehad te hebben om deze techniek toch aan te wenden of bespreekbaar te maken. Ook binnen de context heerste dezelfde weerstand tegenover de blootstelling aan de aanpak van het trauma en zijn gevolgen. Dit benadrukt hoe belangrijk het is om ouders vanaf het begin nauw bij de therapie te betrekken en dezelfde nodige therapeutische technieken aan te wenden die aan hun kind worden geboden.

Voorgesteld model voor de behandeling van PNEA met trauma als etiologische factor

Vanuit de literatuur en de conclusies die we trekken uit het praktijkvoorbeeld komen we tot een beslisboom voor de behandeling van epileptische aanvallen die weergegeven is in figuur 1. Vanaf het aanbieden van psychoeducatie splitst de beslisboom zich enerzijds in de aanpak van de aanvallen en anderzijds in de aanpak van het trauma. We stellen voor om te overwegen met de aanpak van de aanvallen te starten om in een tweede fase de aanpak van het trauma hierin te passen en de link tussen trauma en de aanvallen te leggen. De timing van de start van TF-CGT wordt individueel bepaald en is mede afhankelijk van de draagkracht en de regulatievaardigheden van de patiënt.

FIGUUR 1 *Beslisboom aanpak PNEA in geval van trauma als etiologische factor.*

TOT BESLUIT

.....

Bij een patiënt met epileptische aanvallen bestaat het risico dat aanzienlijke schade ontstaat, met ernstig disfunctioneren op sociaal-emotioneel en schools vlak, hoge kosten en iatrogene complicaties, indien blijkt dat de epileptische aanvallen PNEA zijn en adequate behandeling jarenlang uitgesteld wordt. Om dit te voorkomen zijn de volgende interventies noodzakelijk. Allereerst is het belangrijk om een juiste diagnose te stellen. Het onderscheid

maken tussen epilepsie en PNEA is niet gemakkelijk en vergt de tijdige afname van een video-eeg. Bij vaststelling van PNEA pleiten we ervoor om zo accuraat mogelijk de etiologische factor te achterhalen. Aangezien trauma een van de belangrijkste oorzakelijke factoren is van PNEA, is hier tijdens kinderpsychiatrisch/kinderpsychologisch onderzoek verhoogde alertheid voor nodig. In geval van trauma dienen traumatische ervaringen en PTSS-symptomen in kaart gebracht te worden en moet traumabehandeling gestart worden. Bij de standaardbehandeling voor PNEA schuilt het gevaar er immers in dat de focus op het voorkomen van de aanvallen ligt en dus op het symptoom, waarbij de oorzaak (in dit geval het trauma) niet aangepakt wordt. Het praktijkvoorbeeld illustreert dat een specifieke aanpak van PNEA belangrijk is, maar mogelijk niet voldoende. Aangezien CGT de aanpak is met de meeste wetenschappelijke evidentie, is de toepassing ervan met de traumagerichte variant (TG-CGT) noodzakelijk om een opklaring van het ziektebeeld te verkrijgen. Deze therapie moet volhoudend aangeboden worden, aangezien de patiënt deze vaak zal vermijden en op die manier de aanvallen in stand zullen gehouden worden. Aangezien er slechts beperkt wetenschappelijk onderzoek is naar een specifieke aanpak van PNEA met trauma als etiologische factor, biedt dit mogelijkheden voor de toekomst.

KRISTIEN VUYLSTEKE, Universiteit Antwerpen.

CORINE FACHÉ, Universitaire Kinder- en Jeugdpsychiatrie Antwerpen (UKJA).

INGE ANTROP, Universitair Ziekenhuis Gent, afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie.

DIRK VAN WEST, Universitaire Kinder- en Jeugdpsychiatrie Antwerpen (UKJA), Universiteit Antwerpen & Capri-Jeugd, Vrije Universiteit Brussel, Klinische en Levenslooppсихologie (KLEP).

MONICA DHAR, Universiteit Antwerpen & Capri-Jeugd, Vrije Universiteit Brussel, Department of Biological Psychology.

SARAH BAL, Universitair Ziekenhuis Gent, afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie.

Correspondentieadres: Kristien Vuylsteke, Pieter Jozef Nauwelaertsstraat 7, 2600 Berchem, kristienvuylsteke@gmail.com

Summary The presence of trauma has been shown to be one of the most important risk factors for developing psychogenic non-epileptic seizures (PNES). Despite this correlation there is little evidence to be found in scientific literature on the specific approach of PNES with trauma as a causal factor. In this article we will focus on this subject, illustrated by a case study of a patient with PNES. The patient had a remarkably long diagnostic and therapeutic history, while her seizures worsened and became more frequent. This led to a serious disfunctioning, impaired development, high cost and iatrogenic complications. For many years the main focus was on the prevention and therapy of seizures, but no trauma therapy was given. Persistent offering of Trauma Focused Cognitive Behavioural Therapy (TF-CGT) brought about a full recovery. In the discussion we provide some critical remarks on the approach of PNES with trauma as a causal

factor and TF-CGT as a necessary part of the treatment. We propose a decision tree for an adequate approach.

Key words PNES, TF-CGT, trauma.

188

Literatuur

- Alper, K. (1994). Nonepileptic seizures. *Neurologic Clinics (Epilepsy II special issues)*, 12, 153-173.
- Alsaadi, T.M. & Marquez, A.V. (2005). Psychogenic nonepileptic seizures. *American Family Physician*, 72(5), 849-856.
- American Psychiatric Association (APA). (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text revision). Washington: APA.
- Baslet G. (2012). Psychogenic nonepileptic seizures: A treatment review. What have we learned since the beginning of the millenium? *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 8, 585-598.
- Becker, C.B., Zayfert, C. & Anderson, E. (2004). A survey of psychologists' attitudes towards and utilization of exposure therapy for PTSD. *Behaviour Research and Therapy* 2004, 42, 277-292.
- Bodde, N.M.G., Brooks, J.L., Baker, G.A. & Boon, P.A.J.M. (2009a). Psychogenic non-epileptic seizures — Diagnostic issues: A critical review. *Clinical Neurology and Neurosurgery*, 111, 1-9.
- Bodde, N.M.G., Brooks, J.L., Baker, G.A., Boon, P.A.J.M., Hendriksen, J.G.M., Mulder, O.G. & Aldenkamp, A.P. (2009b). Psychogenic non-epileptic seizures — Definition, etiology, treatment and prognostic issues: A critical review. *Seizure*, 18, 543-553.
- Bodde, N.M.G., Lazon, R.H.C., Wirken, J.M.A., Kruijs, S.J. van der, Aldenkamp, A.P. & Boon, P.A.J.M. (2012). Patients with psychogenic non-epileptic seizures referred to a tertiary epileptic centre: Patient characteristics in relation to diagnostic delay. *Clinical Neurology and Neurosurgery*, 114, 217-222.
- Bowman, E.S. & Markand, O.N. (1996). Psychodynamics and psychiatric diagnoses of pseudoseizure subjects. *American Journal of Psychiatry*, 153, 57-63.
- Cohen, J.A., Mannarino, A.P. & Deblinger, E. (2008). *Behandeling van trauma bij kinderen en adolescenten met de methode Traumagerichte Cognitieve Gedragstherapie* (Kind en Adolescent Praktijkreeks, 110). Houten: Bohn Stafleu van Lochem.
- Cohen, J.A., Mannarino, A.P., Kliethermes, M. & Murray, L.A. (2012). Trauma-focused CBT for youth with complex trauma. *Child Abuse & Neglect*, 36, 528-541.
- Cohen, J.A., Mannarino A.P. & Murray, L.K. (2011). Trauma-focused CBT for youth who experience ongoing traumas. *Child Abuse & Neglect*, 35, 637-646.
- DeBellis, M.D., Keshevan, M.S., Clark, D.B., Casey, B.J., Goedd, J.N., Frustaci, K. & Ryan, N.D. (1999). Developmental traumatology: Part II. Brain Development. *Biological Psychiatry*, 45, 1271-1284.
- Duncan, R., Razvi, S. & Mulhern, S. (2011). Newly presenting psychogenic non-epileptic seizures: Incidence, population characteristics, and early outcome from a prospective audit of a First seizure clinic. *Epilepsy & Behavior*, 20(2), 308-311.
- Fizman, A., Alves-Leon, S.V., Nunes, R.G., D'Andrea, I. & Figuera, I. (2004). Traumatic events and post-traumatic stress disorder in patients with psychogenic nonepileptic seizures: A critical review. *Epilepsy & Behavior*, 5, 818-825.

- Foa, E.B., McLean, C.P., Capaldi, S. & Rosenfield, D. (2013). Prolonged exposure vs supportive counseling for sexual abuse-related PTSD in adolescent girls: A randomized clinical trial. *Jama*, 310(24), 2650-2657.
- Ford, J.D., Cortois, C.A., Steele, K., Hart, O. van der & Mijenhuis, E.R.S. (2005). Treatment of complex posttraumatic self-dysregulation. *Journal of Traumatic Stress*, 18, 437-447.
- Gabbard, G.O. (2005). Basic principles of dynamic psychiatry. *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice*, 3-30.
- Goldstein, L.H., Chalder, T. & Chigwedere C. (2010). Cognitive-behavioral therapy for psychogenic nonepileptic seizures: A pilot RCT. *Neurology*, 74(24), 1986-1994.
- Hagenaars, M.A., Minnen, A. van & Hoogduin, C.A.L. (2010). The impact of dissociation and depression on the efficacy of prolonged exposure treatment for PTSD. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 19-27.
- Kanner, A.M., Parra, J., Frey, M., Stebbins, G., Pierre-Louis, S. & Iriarte, J. (1999). Psychiatric and neurologic predictors of psychogenic pseudoseizure outcome. *Neurology*, 53(5), 933-938.
- LaFrance, W.C. Jr. & Barry, J.J. (2005). Update on treatments of psychological nonepileptic seizures. *Epilepsy Behavior*, 7(3), 364-374.
- LaFrance, W.C., Rusch, M.D. & Machan, J. (2008). What is treatment as usual for nonepileptic seizures? *Epilepsy & Behavior*, 12, 388-394.
- Minnen, A. van, Hendriks, L. & Olff, M. (2010). When do trauma experts choose exposure therapy for PTSD patients? A controlled study of therapist and patient factors. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 312-320.
- Proença, I.C.G.F., Castro, L.H.M., Jorge, C.L. & Marchetti, R.L. (2011). Emotional trauma and abuse in patients with psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsy & Behavior*, 20, 331-333.
- Reilly, J., Baker, G.A., Rhodes, J. & Salmon, P. (1999). The association of sexual and physical abuse with somatization: Characteristics of patients presenting with irritable bowel syndrome and non-epileptic attack disorder. *Psychological Medicine*, 29, 399-406.
- Reuber, M., Qurishi, A. & Bauer, J. (2003). Are there physical risk factors for psychogenic non epileptic seizures in patients with epilepsy? *Seizure*, 12, 561-567.
- Vincentiis, S., Valente, K.D., Thomé-Souza, S., Kuczinsky, E., Fiore, L.A. & Negrao, N. (2006). Risk factors for psychogenic nonepileptic seizures in children and adolescents with epilepsy. *Epilepsy & Behaviour*, 8, 294-298.
- Wood, B.L., Haque, S., Weinstock, A. & Miller, B.D. (2004). Pediatric stress-related seizures: Conceptualization, evaluation, and treatment of nonepileptic seizures in children and adolescents. *Current Opinion in Pediatrics*, 16, 523-531.
- World Health Organisation. (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Genève: World Health Organisation.

Het trainen van geheugenspecificiteit bij depressieve patiënten¹

ADRIE SELDENRIJK, ELINE EIGENHUIS, ANNEKE VAN SCHAİK,
FILIP RAES & PATRICIA VAN OPPEN

Samenvatting

Verminderde specificiteit van het autobiografisch geheugen is kenmerkend voor depressieve patiënten. Ook bestaat er bewijs voor een causale rol van dit cognitieve fenomeen in het beloop van de depressieve klachten. Dit overzichtsartikel plaatst de belangstelling voor overalgemeen geheugen bij depressie in historisch perspectief. Het gaat in op psychologische en biologische mechanismen die het verband tussen overalgemeen geheugen en depressie kunnen verklaren. Vervolgens presenteert het de aanknopingspunten voor geheugenspecificiteit in het huidige behandelaanbod bij depressie. Dan volgt een uitgebreide beschrijving van de Memory Specificity Training (MeST), een korte groepscurcus waarin patiënten getraind worden om herinneringen zo specifiek mogelijk op te halen. Beschikbare resultaten van MeST en andere interventies op geheugenspecificiteit en depressieve klachten worden besproken.

Trefwoorden: depressie, autobiografisch geheugen, overalgemeen, interventie.

INLEIDING

Binnen de cognitieve gedragstherapie (CGT) wordt informatieverwerking gezien als een cruciale factor in het psychisch functioneren van de mens (Beck, 1976). Cognities hebben vanuit dit perspectief een sleutelrol in de behandeling van psychische aandoeningen zoals angststoornissen of de-

¹ Dit overzichtsartikel werd mede mogelijk gemaakt door Stichting tot Steun VCVGZ (Subo212) en KU Leuven (grant PF — 10/005).

pressies. Sinds de jaren zestig van de vorige eeuw vond steeds meer experimenteel onderzoek plaats om psychische aandoeningen in dat licht beter te begrijpen en om de mogelijkheden van cognitieve veranderingen te onderzoeken. De studies richtten zich in eerste instantie op de inhoud van de cognities, bijvoorbeeld specifieke thema's die voorkwamen bij bepaalde ziektebeelden. Later bleek dat patiënten en gezonde controlepersonen ook verschillen in de manier waarop ze informatie verzamelen, opslaan en deze zich herinneren.

Rond 1980 vond men aanwijzingen dat iemands autobiografische geheugen beïnvloed wordt door zijn huidige gemoedstoestand. Zowel observationele onderzoeken als experimentele studies met bijvoorbeeld stemmingsinductie toonden aan dat sombere proefpersonen meer moeite hebben om positieve gebeurtenissen op te halen dan om zich negatieve gebeurtenissen te herinneren (Lloyd & Lishman, 1975; Teasdale & Fogarty, 1979). Sombere proefpersonen deden er langer over om een positieve gebeurtenis te noemen. Later stuitte men in een onderzoek met suïcidale patiënten onverwacht op een ander fenomeen: *verminderde geheugenspecificiteit* (Williams & Broadbent, 1986). Suïcidale patiënten waren niet alleen langzamer dan controlepersonen in het ophalen van positieve herinneringen, het lukte hen ook minder goed dan controlepersonen om specifieke, eenmalige gebeurtenissen te noemen die zich voorgedaan hadden op een bepaalde plaats en tijd. Zij antwoordden vaak met een globale samenvatting van herinneringen en categorische gebeurtenissen, bijvoorbeeld: 'Tijdens zomervakanties vertrokken wij altijd voor drie weken naar Zwitserland naar de bergen.' Deze verminderde geheugenspecificiteit had betrekking op zowel positieve als negatieve herinneringen.

Verminderde specificiteit van persoonlijke herinneringen is sinds die tijd vaker onderzocht en bleek een vrij consistente bevinding, niet alleen bij suïcidale, maar ook bij niet-suïcidale depressieve patiënten. Voor een uitgebreid overzicht van onderzoeksresultaten op dit gebied, zie Williams et al. (2007). Inmiddels is verder duidelijk geworden dat het cognitieve fenomeen van een 'overalgemeen geheugen' klinisch relevant is. Verminderde geheugenspecificiteit blijkt een kwetsbaarheidsfactor voor depressie te zijn, die de kans op terugval verhoogt. Een overalgemeen geheugen voorspelt een slechter beloop van de depressie en een langzamer herstel (Raes et al., 2006; Sumner, Griffith & Mineka, 2010). Bovendien zijn er aanwijzingen dat een overalgemeen geheugen aanwezig blijft in patiënten na herstel van een depressieve episode. Een kleine studie (Brittlebank, Scott, Williams & Ferrier, 1993) liet zien dat depressieve patiënten die herstelden van hun depressie na farmacotherapie, bij de follow-upmeting na zeven maanden geen significant specifiekere geheugen hadden. Echter, deze conclusie was gebaseerd op een zeer kleine subgroep patiënten ($n = 13$). Een andere studie (Mackinger, Pachinger, Leibetseder & Fartacek, 2000) vergeleek vrouwen die in het verleden een depressieve episode meegemaakt hadden met vrouwen die nooit depressief waren geweest. Zij vonden dat de groep hersteld depressieven minder geheugen

genspecificiteit toonde dan de gezonde controlepersonen. Door de retrospectieve onderzoeksopzet is het niet duidelijk of het geheugen van vrouwen met depressie in hun voorgeschiedenis indertijd wel specifiek werd na herstel van die depressieve episode.

PSYCHOLOGISCHE MECHANISMEN ALS VERBINDING TUSSEN OVERALGEMEEN GEHEUGEN EN DEPRESSIE

.....

Diverse studies beschrijven psychologische mechanismen die mogelijk verklaren hoe een overalgemeen geheugen kan leiden tot het ontstaan of voortbestaan van depressieve klachten. Allereerst is er de hypothese dat een overalgemeen geheugen interfereert met het bedenken van oplossingen voor problemen. Verschillende studies toonden aan dat depressieve patiënten minder effectieve oplossingen bedachten op hypothetische sociale probleemsituaties naarmate ze minder specifieke herinneringen ophaalden (Goddard, Dritschel & Burton, 1996; Raes, Williams & Hermans, 2009). Hieraan gerelateerd vond een studie dat depressieve patiënten meer dan gezonde controlepersonen niet-specifieke denkpatronen vertoonden die hen hinderen in het stellen van doelen en het verzinnen van doelgericht gedrag om die doelen te behalen (Belcher & Kangas, 2013). Een tweede route naar depressie is geopperd via een toename in hopeloosheid als gevolg van een verminderd vermogen om concrete toekomstbeelden te schetsen (Williams et al., 1996). Recent vond men in een niet-klinische groep van Utrechtse studenten echter geen samenhang tussen verminderde toekomstspecificiteit en depressieve klachten bij follow-up (Boelen, Huntjens & Van den Hout, 2013). Een derde pad zou kunnen lopen via rumineren, een vorm van piekeren 'over de eigen depressieve symptomen en de mogelijke oorzaken en gevolgen van deze symptomen' (Nolen-Hoeksema, 2004, p. 107). Verschillende studies maakten aannemelijk dat verminderde geheugenspecificiteit en een ruminerende denkstijl — overlappend in abstractie — elkaar versterken en bijdragen aan depressieve gevoelens (Raes et al., 2006; Watkins & Teasdale, 2001; Williams, 1996). Voor meer informatie over repetitief negatief denken, verwijzen we naar het gelijknamige themanummer *Gedrags therapie* van maart 2012. Een vierde psychologisch mechanisme waarlangs een overalgemeen geheugen depressieve klachten in stand kan houden, is een verminderde blootstelling aan negatieve herinneringen (Debeer et al., 2012; Raes, Hermans, Decker, Eelen & Williams, 2003). Deze al dan niet bewuste vermijding behoedt op korte termijn voor een confrontatie met pijnlijke gevoelens, maar zou *in the long run* blijvende psychische conflicten in de hand kunnen werken. De leertheoretische verklaring hiervan is dat men — door weg te blijven van de geconditioneerde stimulus [herinneringen] — geen nieuwe interpretaties bij kan leren, waardoor er geen uitdoving van de geconditioneerde respons [pijnlijke gevoelens] plaatsvindt (Mowrer, 1960).

.....

Een aantal studies onderzocht de samenhang tussen verminderde geheugenspecificiteit en aan depressie gerelateerde biologische processen. Verschillende biologische systemen lijken een rol te spelen bij het ontstaan van een depressie (Palazidou, 2012).

Het is algemeen erkend dat het monoaminesysteem een belangrijke rol speelt bij het ontstaan van depressies. De hypothese is dat tijdens een depressie bepaalde neurotransmitters (vooral serotonine en noradrenaline) in de hersenen te weinig beschikbaar zijn. Juist deze stoffen zijn ook betrokken bij de werking van het geheugen (Meneses & Liy-Salmeron, 2012; Van Stegeren, 2008). Daarom ligt het voor de hand dat het experimenteel verlagen van de hoeveelheid beschikbare serotonine of noradrenaline een negatief effect zal hebben op het geheugen, terwijl verhogen juist tot een positief effect zal leiden. Dit principe is voor serotonine onderzocht door middel van tryptofaandepletiestudies bij depressie (Booij & Van der Does, 2005). Voor een dergelijke studie krijgen deelnemers een mengsel van aminozuren toegediend, dat de hoeveelheid L-tryptofaan — bouwsteen van serotonine — in de hersenen vermindert. Zowel herstelde depressieve patiënten (Haddad, Williams, McTavish & Harmer, 2009) als gezonde participanten met een positieve familiegeschiedenis (Alhaj et al., 2012) werden door de tryptofaandepletie minder specifiek in het ophalen van autobiografische herinneringen. De beschikbaarheid van de neurotransmitters wordt overigens ook bepaald door genetische factoren. Voor serotonine is het serotoninetransportergen polymorfisme van belang. Er bestaan varianten met 1 of 2 korte of lange allelen. Korte allelen (s/s) hangen samen met een grotere stressgevoeligheid en een hoger depressierisico (Karg, Burmeister, Shedden & Sen, 2011). Recent toonde men aan dat het verschil in geheugenspecificiteit tussen mensen met een depressieve episode in het verleden en controlepersonen alleen zichtbaar was binnen de groep mensen met s/s, de variant met grootste stressgevoeligheid (Sumner et al., 2013). Kortom, een verminderde beschikbaarheid van serotonine lijkt samen te hangen met een overalgemeen geheugen.

Een andere studie onderzocht de effecten van het verhogen van de noradrenalineconcentratie in het bloed door middel van het toedienen van yohimbine — een stof uit extracten van de schors van de Afrikaanse Yohimbe boom (Wingenfeld et al., 2013). Hoewel noradrenerge stimulatie bij zowel depressieve patiënten als gezonde controlepersonen de geheugenconsolidatie verbeterde — met name depressieve mensen presteerden beter in het opslaan van nieuwe informatie — had het geen effecten op geheugenspecificiteit. Uit deze studie blijkt geen duidelijke rol voor noradrenaline in een overalgemeen geheugen.

Ook een ontregeling van het stresssysteem, bijvoorbeeld een overactieve hypothalamus-hypofyse-bijnieras kan meewerken bij het ontstaan van depressieve klachten. Dit systeem stuurt onder andere de productie van cortisol aan, een stresshormoon dat een negatieve invloed lijkt te hebben op geheugenprestaties (Sauro, Jorgensen & Pedlow, 2003). Het toedienen van cortisol aan gezonde proefpersonen zorgde voor een daling in het aantal specifieke autobiografische herinneringen (Buss, Wolf, Wit & Hellhammer, 2004; Schlosser et al., 2010), maar leek het reeds minder specifieke geheugen van depressieve proefpersonen niet verder negatief te beïnvloeden (Schlosser et al., 2010). Men veronderstelt dat de hersenen van depressieve mensen mogelijk minder gevoelig zijn geworden voor cortisol en daarom niet reageren op acute stijging. Deze studies tonen een verband tussen verhoogd cortisol en overalgemeen geheugen.

DEPRESSIE, OVERALGEMEEN GEHEUGEN EN BEHANDELING

.....

Op basis van de hierboven besproken theorieën en onderzoeksresultaten, beschouwen we het als aannemelijk dat geheugenspecificiteit een causale rol speelt bij depressie. Modificatie van het overalgemeen geheugen dient zich vervolgens aan als manier om de hardnekkigheid van depressieve klachten te verminderen en het herstel te bespoedigen (Williams et al., 2007). Voor de klinische praktijk is het van belang na te gaan in hoeverre geheugenspecificiteit — al dan niet via bovengenoemde psychologische en biologische mechanismen — aanknopingspunten biedt voor behandeling.

Psychologische interventies

.....

Verschillende protocollen voor CGT bij depressie maken melding van het fenomeen van overalgemeen geheugen, maar bieden weinig gerichte aanknopingspunten hoe dit te behandelen (bijvoorbeeld Hermans & Van de Putte, 2004). In een aantal protocollen is wel aandacht voor het specifiek ophalen van negatieve en positieve ervaringen. Zo heeft geheugenspecificiteit in die zin een plaats in het terugvalpreventieprotocol bij recidiverende depressies door Bockting (2011). Dit protocol bevat een stukje psycho-educatie en een formulier met drie kolommen om zowel negatieve als positieve ervaringen te beschrijven, overigens zonder dat voorbeelden heel specifiek worden uitgewerkt. In de multidisciplinaire richtlijn depressie wordt in het 'Addendum ouderen' *life-review* therapie genoemd als aanbevolen behandelmethode (<http://www.ggzrichtlijnen.nl/>). De *life-review* methode laat patiënten op een gestructureerde manier terugblikken op specifieke positieve situaties in hun leven. Zo wordt gestreefd naar een positiever zelfbeeld en belichting van het leven, naar het oplossen van eventuele conflicten, en integratie van zowel positieve als negatieve elementen van het levensverhaal. Een life-

review therapie speciaal ontwikkeld om het overgeneraliseren te verminderen is het protocol *Dierbare herinneringen* (Bohlmeijer et al., 2010). Na een oriënterend gesprek waarin het onderscheid tussen specifieke en algemene herinneringen wordt uitgelegd, volgen nog vier of meer gesprekken van 45 minuten. In deze gesprekken worden met behulp van vragen positieve herinneringen opgehaald over de perioden kindertijd, jeugd, volwassenheid en leven in het algemeen. Startvragen zijn bijvoorbeeld: ‘Kunt u zich een moment op de lagere school herinneren waarin u zich heel blij voelde?’ ‘Herinnert u zich nog een moment als tiener dat u heel enthousiast was over een boek, een film, een persoon of iets anders?’ ‘Kunt u zich een dag herinneren dat u iets moest bereiken (organiseren, prestatie, enzovoort) waarin u ook slaagde en waardoor u zich erg trots op uzelf voelde?’ De gesprekken vinden plaats eens per week of eens per twee weken en eindigen zo mogelijk met een niet nader omschreven huiswerkopdracht.

Een tweetal studies heeft geheugenspecificiteit als uitkomstmaat meegenomen in het onderzoeken van de effecten van cognitieve therapie bij depressie. McBride, Segal, Kennedy & Gemar (2007) onderzochten de invloed van vier maanden cognitieve gedragstherapie (versus farmacotherapie) op geheugenspecificiteit bij depressieve patiënten en vonden na afloop van deze periode (in beide groepen; $n = 42$) een toegenomen specificiteit. In een groep van 45 mensen die reeds waren hersteld van een recidiverende depressie vonden Williams, Teasdale, Segal en Soulsby (2000) dat *mindfulness-based* cognitieve therapie, vergeleken met de gebruikelijke zorg van controleafspraken bij een arts, resulteerde in een sterker toegenomen geheugenspecificiteit. Uit deze kleine studies volgt dat cognitieve therapie mogelijk enige invloed heeft op het verminderen van een overalgemeen geheugen bij (hersteld) depressieve patiënten.

Enkele andere studies beschrijven de resultaten van trainingen gebaseerd op reminiscentie of life-review technieken. In een gerandomiseerde studie werden depressieve ouderen in vier wekelijkse sessies getraind om specifieke positieve herinneringen op te halen (Serrano, Latorre, Gatz & Montanes, 2004). De controlepersonen ontvingen geen behandeling. Na deze training vertoonden de trainingsdeelnemers vergeleken met de controlepersonen inderdaad minder overalgemeen geheugen en minder depressieve symptomen. Serrano et al. (2012) deden recent een tweede gerandomiseerde studie naar het effect van life-review op geheugenspecificiteit en depressie bij depressieve ouderen. Nu vergeleken zij life-review met een actieve controlegroep; die kreeg namelijk steunende gesprekken. Beide behandelcondities bleken een even grote afname in depressieve klachten te geven. Wel lieten — van degenen die zowel behandeling als follow-upmetingen afmaakten ($n = 14$) — alleen de life-review deelnemers een significante toename in geheugenspecificiteit zien. Weer een andere studie onderzocht de invloed van een tienweekse training bestaande uit life-review en een dagboek voor ervaringen in het heden van een groep schizofrene patiënten met depressieve

klachten (Ricarte, Hernández-Viadel, Latorre & Rosa, 2012). Vergeleken met een controlegroep die socialevaardigheidstraining en bezigheidstherapie kreeg, hadden deelnemers aan de geheugentraining nadien een betere geheugenspecificiteit en minder depressieve klachten. In de zoektocht naar werkzame mechanismen is het nadeel van de bovengenoemde studies dat we niet duidelijk kunnen concluderen of positieve effecten met betrekking tot de stemming het resultaat waren van verbeterde geheugenspecificiteit, het ophalen van positief materiaal, in het reine komen met onverwerkte negatieve ervaringen, of een combinatie van deze aspecten.

Watkins, Baeyens en Read (2009) ontwikkelden een begeleide zelfhulp-interventie waarbij depressieve patiënten getraind worden om concreet te denken over — voornamelijk negatieve — gebeurtenissen. Deze *concreteness training* (CNT) werd ontwikkeld vanuit fundamenteel onderzoek naar rumineren en overgeneraliserend denken, twee bekende kwetsbaarheidsfactoren van depressie die vooral gekenmerkt blijken te worden door ‘abstract denken’. In de training werd deelnemers gevraagd zich levendig bepaalde scenario’s in te beelden (bijvoorbeeld te laat op je werk komen en een lastige vraag van je baas krijgen) en gedetailleerd en zintuiggeoriënteerd te beschrijven hoe het dan verliep. In een gerandomiseerde studie onder depressieve patiënten lieten Watkins et al. (2012) vervolgens zien dat de toevoeging van CNT aan gebruikelijke zorg resulteert in een grotere afname van rumineren en overgeneraliserend denken dan gebruikelijke zorg of toevoeging van relaxatietraining aan gebruikelijke zorg. Ook resulteert CNT in een grotere afname van depressieve klachten dan gebruikelijke zorg.

Biologische interventies

Eerder in dit artikel vermeldde we dat er al enig bewijs bestaat voor de betrokkenheid van bepaalde biologische substraten bij geheugenspecificiteit. Een verminderde beschikbaarheid van de neurotransmitter serotonine (Alhaj et al., 2012; Hadad et al., 2009) en een verhoogd niveau van het stresshormoon cortisol (Buss et al., 2004; Schlosser et al., 2010) werden in verband gebracht met overalgemeen geheugen. Deze bevindingen openen de mogelijkheid van biologische interventies op geheugenspecificiteit. De meest voor de hand liggende neurobiologische interventie is farmacotherapie. Een klein aantal studies rapporteert over de effecten hiervan op geheugenspecificiteit. Brittlebank et al. (1993) beschreven het beloop van geheugenspecificiteit bij een groepje grotendeels opgenomen depressieve patiënten, die werden behandeld met (klassieke) antidepressiva. Er werd geen significante verbetering in geheugenspecificiteit gevonden bij degenen die na zeven maanden hersteld waren van hun depressie. Echter, deze conclusie werd getrokken op een zeer kleine groep ($n = 13$) en een controleconditie met patiënten die geen psychotrope medicatie gebruiken, ontbreekt. Peeters, Wessel, Merckelbach & Boon-Vermeeren (2002) concluderen eveneens dat geheugenspecificiteit

stabiel blijft over de tijd heen, onafhankelijk van klinische verbeteringen in depressieklachten. Deze conclusie was gebaseerd op een groep poliklinische patiënten ($n = 25$) van wie het merendeel een combinatie van (volgens de richtlijnen voorgeschreven) antidepressiva en steunende gesprekken kreeg. Ook in dit onderzoek was geen sprake van een vergelijking tussen patiënten met en zonder medicatie. McBride et al. (2007) onderzochten de invloed van vier maanden farmacotherapie of CGT op geheugenspecificiteit bij depressieve patiënten. In tegenstelling tot de vorige studies gaat het hier om een gerandomiseerde studie ($n = 42$). Ook toonden deelnemers in beide behandelcondities, naast een daling in depressieve klachten, een grotere geheugenspecificiteit ten opzichte van hun niveau bij aanvang van de behandeling. We kunnen concluderen dat studies naar de invloed van biologische interventies op geheugenspecificiteit schaars zijn. Enkele studies onderzochten de invloed van antidepressiva, waarbij sommige een toename vonden van geheugenspecificiteit na farmacotherapie (McBride et al., 2007), maar andere niet (Brittlebank et al. 1993; Peeters et al. 2002). Mogelijke interventies op geheugenspecificiteit via het functioneren van de HPA-as zijn tot op heden nog niet onderzocht.

MEMORY SPECIFICITY TRAINING: TRAINING VOOR GEHEUGENSPECIFICITEIT BIJ DEPRESSIE

.....

Hierboven zagen we dat verminderde geheugenspecificiteit vrij consistent gevonden wordt bij depressieve patiënten; dat het fenomeen wordt gezien als een cognitieve kwetsbaarheidsfactor voor depressiebeloop en terugval; en dat gangbare behandelingen bij depressie misschien iets veranderen aan het overalgemeen geheugen, maar dat een gerichte interventie deze winst wellicht zou kunnen versterken en — door specifieke aandacht — verbetering van overalgemeen geheugen een duurzamer karakter kunnen geven. Dertig jaar na de ontdekking van dit cognitieve fenomeen bij depressieve patiënten werd een directe klinische toepassing ontwikkeld. Deze methode en de eerste resultaten hiervan zullen nu worden besproken. Aan de KU Leuven ontwikkelden Raes en collega's de Memory Specificity Training (MeST; Raes et al., 2009). In deze korte groeps cursus worden patiënten getraind om herinneringen zo specifiek als mogelijk op te halen. De training bestond oorspronkelijk uit vier sessies van één uur, aangeboden in een groep van drie tot acht deelnemers gedurende vier achtereenvolgende weken. Momenteel wordt gewerkt aan een versie waarin een vijfde sessie wordt toegevoegd. De sessies worden door twee psychologen geleid. Hierna volgt een gedetailleerd overzicht van de bijeenkomsten, maar eerst willen we nog de volgende opmerking maken. Er is enige overeenkomst tussen MeST en de eerder vermelde concreteness training (CNT) van Watkins en collega's (Watkins et al., 2009, 2012). Een belangrijk verschil is echter dat MeST voortbouwt op het empirisch onderzoek

naar de rol van overalgemeen geheugen bij depressie en dus hoog inzet op het werken met persoonlijke (negatieve, maar ook positieve) herinneringen. CNT komt voort uit de 'ruminatiehoek' en bouwt verder op onderzoek dat aangeeft dat een abstracte denkstijl vooral het maladaptieve aspect van rumineren uitmaakt. CNT richt zich dan ook hoofdzakelijk op het aanleren of trainen van een concrete denkstijl en doet dit voornamelijk via het werken met probleemsituaties. De dimensies specifiek versus overalgemeen (wat betreft herinneringsstijl) en concreet versus abstract (wat betreft denkstijl) vallen dus niet helemaal samen, al leunen ze dicht tegen elkaar aan.

In de eerste sessie van MeST wordt gestart met het geven van psycho-educatie. Er wordt uitgelegd dat er drie belangrijke soorten geheugenproblemen bestaan bij depressieve patiënten, namelijk (1) problemen in aandacht en concentratie waardoor bepaalde gebeurtenissen niet goed in het geheugen kunnen worden opgeslagen en/of niet vlot kunnen worden opgehaald, (2) focus op negatieve gebeurtenissen waardoor er voornamelijk negatieve gebeurtenissen in het geheugen worden opgeslagen en vervolgens herinnerd en (3) overalgemeen geheugen. Er wordt uitgelegd hoe overalgemeen geheugen samen lijkt te hangen met het ontstaan en voortbestaan van depressieve klachten. Vervolgens wordt het verschil tussen overalgemene herinneringen en specifieke autobiografische herinneringen besproken.

Th = therapeut; P = patiënt

Th: Heeft iemand een herinnering bij het woord 'bureau'?

P: Ik werk elke dag aan mijn bureau.

Th: Goed geprobeerd. Deze herinnering is echter niet specifiek. Het gaat immers om een gebeurtenis die meerdere keren is voorgevallen. Het is iets wat elke dag gebeurt (het is een soort of type gebeurtenis). De herinnering gaat niet om één specifiek moment. Kun je je één specifiek moment herinneren waar het woord 'bureau' je aan doet denken?

P: Vroeger maakte ik mijn huiswerk altijd op bed in plaats van aan mijn bureau.

Th: Dit is inderdaad een persoonlijke herinnering, maar nog niet specifiek genoeg. 'Vroeger' is niet specifiek, het gaat niet over een specifieke dag. 'Altijd' verwijst naar een gebeurtenis die zich meerdere keren heeft voorgedaan. Probeer je één specifiek moment te herinneren waar het woord 'bureau' je aan doet denken.

P: Twee maanden geleden kreeg ik op maandag een nieuw bureau op m'n werk.

Th: Heel goed! Dit is een specifieke herinnering. Het gaat om een herinnering die op een specifiek moment, eenmalig, plaatsvond.

Deelnemers worden uitgedaagd om zoveel mogelijk spatio-temporele, contextuele en sensorisch perceptuele details bij de herinnering op te halen om zo nog specifiekere te worden. De therapeut helpt hierbij met vragen als: 'Probeer je ogen dicht te doen en je weer helemaal in die situatie te verdie-

pen. Hoe zag dat bureau er precies uit? Welke kleur had het? Waren er nog meer mensen bij? Wat hoorde je in die ruimte? Wat rook je?’ Deelnemers wordt gevraagd de komende week specifieke herinneringen op te halen aan de hand van tien (neutrale en positieve) *cue*woorden en dagelijks een specifieke herinnering aan de dag op te schrijven.

In de tweede sessie wordt de inhoud van de eerste sessie kort herhaald en het huiswerk besproken. Vervolgens halen de deelnemers weer specifieke herinneringen op en delen deze met de groep. Deze keer gaat het om twee verschillende specifieke herinneringen bij eenzelfde *cue*woord, om bijkomend die ‘overalgemenisering’ tegen te gaan. Deelnemers moeten namelijk verschillen tussen deze twee herinneringen noteren, bijvoorbeeld verschillen in gezelschap, seizoen, plaats, enzovoort. Zo wordt de focus zoveel mogelijk gelegd op wat bepaalde gebeurtenissen net uniek (of specifiek) maakt. Als huiswerk dienen deelnemers twee herinneringen te bedenken bij tien (neutrale en positieve) *cue*woorden, met daarbij bijzondere aandacht voor de verschillen tussen de herinneringen. In lijn met sessie één schrijven deelnemers elke dag twee specifieke herinneringen van die dag op.

Sessie drie verloopt wat betreft structuur geheel zoals sessie twee. Het enige verschil is dat nu ook negatieve *cue*woorden worden geïntroduceerd. Er wordt geoefend met het vinden van specifieke herinneringen bij een *cue*woord en bij de negatieve tegenhanger van datzelfde woord. Bijvoorbeeld ‘handig’ en ‘onhandig’; ‘ontspannen’ en ‘gespannen’. Het oefenen met tegenstellingen wordt gebruikt om bijkomend overgeneralisaties als ‘Ik ben altijd gespannen’ te voorkomen. Het huiswerk is gelijk aan dat van sessie twee, met toevoeging van negatieve *cue*woorden.

Sessie vier begint weer met het bespreken van het gemaakte huiswerk. Deelnemers noemen in de groep voorbeelden van specifieke herinneringen die zij hebben opgeschreven. Vervolgens wordt het HALT-model geïntroduceerd. Dit model is gemaakt als hulpmiddel om deelnemers bewust te laten worden van hun neiging tot overalgemeen herinneren en om in te grijpen wanneer zij dit opmerken in het dagelijkse leven. ‘HALT’ is een ezelsbruggetje voor de drie stappen: *HA!* Ik ben overalgemeen aan het denken! Laat ik eens terugkeren naar een specifieke herinnering. Zoek een tegengestelde specifieke herinnering (‘positieve Tegenhanger’). Een voorbeeld.

Alles wat ik doe mislukt.

Ik kan niets, ik ben nergens goed in...

HA ! Ik ben weer overalgemeen aan het denken!

↓

Laat ik eens terugkeren naar een specifieke herinnering...

Die ene woensdag vorig jaar toen ik familie op bezoek had en ik de aardappels liet aanbranden.

↓

Zoek een tegengestelde specifieke herinnering (Tegenhanger)

Vorige week donderdag heb ik lasagne gemaakt voor een paar vrienden, en die vonden ze erg lekker.

Verschillende voorbeelden hiervan worden in de sessie geoefend. Vervolgens wordt de deelnemers gevraagd om de komende week twee situaties op te schrijven volgens het HALT-model. De rest van het huiswerk is gelijk aan sessie drie.

In de vijfde en laatste sessie wordt het huiswerk van de afgelopen week besproken. Ook wordt besproken hoe de deelnemers door middel van het HALT-model alert kunnen blijven op overalgemeen denken in het dagelijks leven en hoe zij hierop kunnen ingrijpen. De sessie wordt afgesloten met een uitgebreide evaluatie waarin naar de ervaringen van de deelnemers wordt gevraagd.

BEVINDINGEN TRAINING GEHEUGENSPECIFICITEIT BIJ DEPRESSIE

.....

Een eerste pilot bij een tiental opgenomen depressieve patiënten (Raes et al., 2009) suggereerde dat MeST inderdaad leidt tot een afname van overalgemeen geheugen. Bovendien bleek dat deelnemers minder rumineren en betere probleemoplossingsvaardigheden tonen naarmate hun geheugenspecificiteit na de training meer is toegenomen. Veel deelnemers vonden het prettig dat aandacht was besteed aan hun geheugenklachten. Een vervolgstudie (Raes, Schoofs, Griffith & Hermans, in voorbereiding; $n = 43$) gaf opnieuw aan dat MeST leidde tot een afname van overalgemeen geheugen bij opgenomen patiënten met een depressie terwijl een (niet-gerandomiseerde) controlegroep geen verbetering liet zien. De toegenomen geheugenspecificiteit in de behandelde groep was nog steeds te zien bij follow-up. Ook waren er in deze studie voorlopige aanwijzingen dat de getrainde patiënten bij follow-up een grotere verbetering lieten zien wat betreft (somatische) depressieve klachten in vergelijking met de controlegroep.

De positieve invloed van MeST op depressieve klachten werd verder aangetoond in een studie onder Afghaanse adolescenten (Neshat-Doost et al., 2012). Alle deelnemers ($n = 24$) waren naar Iran gevlucht, hadden een ouder verloren in de oorlog en leden aan een depressie. De helft van de groep volgde MeST, de andere helft kreeg geen interventie. Getrainde adolescenten werden specifiek in het ophalen van herinneringen vergeleken met de controlegroep. Verder bleek dat de MeST-adolescenten een significant grotere vooruitgang geboekt hadden wat betreft posttraumatische stressklachten én depressieklachten bij de follow-up. Uit analyses bleek dat deze afname in psychische klachten (deels) werd verklaard door de toename in geheugenspecificiteit als gevolg van MeST.

DISCUSSIE

.....

201

In dit artikel gaven we een overzicht van het fenomeen van verminderde specificiteit van het autobiografische geheugen bij depressie. We plaatsten de belangstelling voor overalgemeen geheugen binnen een historisch perspectief en beschreven hoe dit cognitieve fenomeen aan aandacht won als focus van behandelinterventies. Gebruikelijke zorg brengt mogelijk enige verbetering in overalgemeen geheugen bij depressieve patiënten, al trekken resultaten van andere studies dit in twijfel. Ook blijft vaak een verschil in geheugenspecificiteit bestaan tussen hersteld depressieve patiënten en gezonde controlepersonen, een verschil dat in sommige studies positief samenhangt met de kans op terugval (zie Spinhoven et al., 2006 voor een niet-replicatie). Van andere interventies die concreet aandacht besteden aan het autobiografisch geheugen, zoals life-review technieken, is bekend dat die de depressieve klachten kunnen doen verminderen. Echter, hierbij blijft onduidelijk of dit gebeurt dankzij vermindering van de cognitieve kwetsbaarheidsfactor die verminderde geheugenspecificiteit vormt, of door het ophalen van positief materiaal of verwerken van negatieve levenservaringen. Om te onderzoeken of een gerichte training in staat is de geheugenspecificiteit te verbeteren — en daarmee mogelijk ook de depressieve klachten te helpen verminderen — werd de Memory Specificity Training (MeST; Raes et al., 2009) ontworpen. De eerste MeST-resultaten werden besproken. Die zijn beloftevol, vanwege het gunstige effect op het overalgemeen geheugen, de depressieve klachten en de waardering van deelnemers.

De MeST lijkt hiermee potentie te hebben om een zinvolle bijdrage te leveren aan de behandeling van depressie. Zij gaat, meer dan de gebruikelijke zorg, concreet in op een vaak gehoorde klacht bij depressieve patiënten, namelijk geheugenproblemen. De korte duur en het trainingsachtige karakter spreekt deelnemers aan en past goed in de eerste fase van een behandeling. Het is goed voorstelbaar dat de patiënt beter in staat is de cognitief therapeutische techniek van gedachteschema's te verwerken wanneer hij in staat is gebeurtenissen en gedachten concreter te verwoorden. Ook past het goed in de ontwikkelingen op het gebied van behandelprogramma's waarin steeds vaker met modules wordt gewerkt. We gaan er niet van uit dat MeST een *stand-alone* behandeling is of moet worden, maar verwachten dat het een waardevolle *add-on* interventie kan zijn in bestaande behandelprogramma's. De nog onbeantwoorde vragen zijn of deze positieve resultaten van de MeST in grotere onderzoeksgroepen en gevarieerde settings (bijvoorbeeld de ambulante zorg) bevestigd zullen worden; of MeST betere resultaten heeft dan gebruikelijke zorg; en of de kans op depressieterugval kleiner wordt door toevoeging van MeST aan de behandeling.

Op dit moment worden op verschillende plaatsen wereldwijd studies naar de effecten van MeST uitgevoerd. Zo voeren de auteurs een pilotstudy uit

onder 25 depressieve patiënten van een depressiepolikliniek in Amsterdam. Deelnemers krijgen deze training tijdens de wachtperiode aangeboden. In deze studie worden de effecten van MeST op de geheugenspecificiteit en op de depressieve symptomen onderzocht. Verder wordt in kaart gebracht hoe patiënten MeST als uitbreiding van de gebruikelijke zorg waarderen en of de behandeling binnen de polikliniek gemakkelijk te implementeren is. Daarnaast loopt er een *randomized controlled trial* in Cambridge in samenwerking met de KU Leven waarin de effecten van MeST op korte en langere termijn worden vergeleken met een actieve controle-interventie (*supportive counseling*) in een grote groep depressieve patiënten. De resultaten van deze en andere studies zijn nodig voor we ons beginnersenthousiasme meer de vrije teugel kunnen laten.

ADRIE SELDENRIJK, GGZ inGeest en VU Medisch Centrum, afdeling Psychiatrie.

ELINE EIGENHUIS, GGZ inGeest en VU Medisch Centrum, afdeling Psychiatrie.

ANNEKE VAN SCHAİK, GGZ inGeest en VU Medisch Centrum, afdeling Psychiatrie.

FILIP RAES, KU Leuven, Faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen.

PATRICIA VAN OPPEN, GGZ inGeest en VU Medisch Centrum, afdeling Psychiatrie.

Correspondentieadres: Adrie Seldenrijk, GGZ inGeest, afdeling Academische Functie, Arent Janszoon Ernststraat 1187, 1081 HL Amsterdam

Summary Reduced specificity of autobiographical memory is a quite consistent finding in depressed patients. It appears to function as a vulnerability factor for the course of depression. This review article puts the increased attention for overgeneral memory into a historical perspective. Both psychological and biological mechanisms underlying the association between overgeneral memory and depression are being mentioned. The article reports the degree to which usual methods for depression treatment address overgeneral memory. It then elaborately describes the Memory Specificity Training (MeST), a short group-based intervention program to increase specificity of memory retrieval. Available results on both memory and mood of MeST and other interventions aimed at a more specific autobiographical memory retrieval in depressed patients are being discussed.

Key words *depression, autobiographical memory, overgeneral, intervention.*

Literatuur

Alhaj, H.A., Selman, M., Jarvis, V., Rodgers, J., Barton, S. & McAllister-Williams, R. (2012). Effect of low-dose acute tryptophan depletion on the specificity of autobiographical memory in healthy subjects with a family

history of depression. *Psychopharmacology*, 222(2), 285-292.

Beck, A.T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.

Belcher, J. & Kangas, M. (2013). Reduced goal specificity is associated with reduced memory specificity in de-

- pressed adults. *Cognition & Emotion*, 28(1), 163-171.
- Bockting, C.L.H. (2011). Protocollaire behandeling van patiënten met recidiverende depressie. In: G.P.J. Keijsers, A. van Minnen & C.A.L. Hoogduin (red.), *Protocollaire behandelings voor volwassenen met psychische klachten 1* (pp. 309-340). Amsterdam: Boom.
- Boelen, P.A., Huntjens, R.J.C. & Hout, M.A. van den (2013 Aug 16). Concurrent and prospective associations of habitual overgeneral memory and prospection with symptoms of depression, general anxiety, obsessive compulsiveness, and post-traumatic stress. *Memory*. Epub ahead of print.
- Booij, L. & Does, A.J.W. van der (2005). Tryptofaandepletie als experimenteel model voor depressie. *Neuropsychiatry*, 9(4), 91-96.
- Bohlmeijer, E., Steunenbergh, B., Leontjevas, R., Mahler, M., Daniël, R. & Geritsen, D. (2010). *Dierbare herinneringen: Protocol voor individuele life-review therapie gebaseerd op autobiografische oefening*. Enschede: Universiteit Twente.
- Brittlebank, A.D., Scott, J., Williams, J.M. & Ferrier, I.N. (1993). Autobiographical memory in depression: State or trait marker? *British Journal of Psychiatry*, 162, 118-121.
- Buss, C., Wolf, O.T., Witt, J. & Hellhammer, D.H., (2004). Autobiographical memory impairment following acute cortisol administration. *Psychoneuroendocrinology*, 29(8), 1093-1096.
- Debeer, E., Raes, F., Claes, S., Vrieze, E., Williams, J.M. & Hermans, D. (2012). Relationship between cognitive avoidant coping and changes in overgeneral autobiographical memory retrieval following an acute stressor. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 43, Suppl 1, S37-42.
- Goddard, L., Dritschel, B. & Burton, A. (1996). Role of autobiographical memory in social problem solving and depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 105(4): 609-616.
- Haddad, A.D., Williams, J.M., McTavish, S.F. & Harmer, C.J. (2009). Low-dose tryptophan depletion in recovered depressed women induces impairments in autobiographical memory. *Psychopharmacology*, 207(3), 499-508.
- Hermans, D. & Putte, J. van de (2004). *Cognitieve gedragstherapie bij depressie*. Bohn Stafleu van Loghum.
- Karg, K., Burmeister, M., Shedden, K. & Sen, S. (2011). The serotonin transporter promoter variant (5-HTTLPR), stress, and depression meta-analysis revisited: Evidence of genetic moderation. *Archives of General Psychiatry*, 68(5), 444-454.
- Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ (2008). *Addendum ouderen bij de multidisciplinaire richtlijn depressie*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Lloyd, G.G. & Lishman, W.A. (1975). Effect of depression on the speed of recall of pleasant and unpleasant experiences. *Psychological Medicine*, 5(2), 173-180.
- Mackinger, H.F., Pachinger, M.M., Leitseder, M.M. & Fartacek, R.R. (2000). Autobiographical memories in women remitted from major depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 109(2), 331-334.
- McBride, C., Segal, Z., Kennedy, S. & Gemar, M. (2007). Changes in autobiographical memory specificity following cognitive behavior therapy and pharmacotherapy for major depression. *Psychopathology*, 40(3), 147-152.
- Meneses, A. & Liy-Salmeron, G. (2012). Serotonin and emotion, learning and memory. *Reviews in the Neurosciences*, 23(5-6), 543-553.
- Mowrer, O.H. (1960). *Learning theories and behavior*. New York: Wiley.

- Neshat-Doost, H.T., Dalgleish, T., Yule, W., Kalantari, M., Ahmadi, S.J., Dyregrov, A. & Jobson, L. (2012). Enhancing autobiographical memory specificity through cognitive training: An intervention for depression translated from basic science. *Clinical Psychological Science*, 1, 84-92.
- Nolen-Hoeksema, S. (2004). The response styles theory. In: C. Papageorgiou & A. Wells (Eds.), *Depressive rumination: Nature, theory and treatment* (pp. 107-123). Chichester, UK: Wiley.
- Palazidou, E. (2012). The neurobiology of depression. *British Medical Bulletin*, 101, 127-145.
- Peeters, F., Wessel, I., Merckelbach, H. & Boon-Vermeeren, M. (2002). Autobiographical memory specificity and the course of major depressive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 43(5), 344-350.
- Raes, F., Hermans, D., Decker, A. de, Eelen, P. & Williams, J.M.G. (2003). Autobiographical memory specificity and affect regulation: An experimental approach. *Emotion*, 3, 201-206.
- Raes, F., Hermans, D., Williams, J.M., Beyers, W., Brunfaut, E. & Eelen, P. (2006). Reduced autobiographical memory specificity and rumination in predicting the course of depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 115(4), 699-704.
- Raes, F., Hermans, D., Williams, J.M.G., Geypen, L. & Eelen, P. (2006). The effect of overgeneral autobiographical memory retrieval on rumination. *Psychologica Belgica*, 46(1/2), 131-141.
- Raes, F., Schoofs, H., Griffith, J.W. & Hermans, D. (in voorbereiding). A non-randomized controlled trial investigating Memory Specificity Training (MeST) in depressed inpatients.
- Raes, F., Williams, J.M. & Hermans, D. (2009). Reducing cognitive vulnerability to depression: A preliminary investigation of Memory Specificity Training (MEST) in inpatients with depressive symptomatology. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 40(1), 24-38.
- Ricarte, J.J., Hernández-Viadel, J.V., Latorre, J.M. & Rosa, L. (2012). Effects of event-specific memory training on autobiographical memory retrieval and depressive symptoms in schizophrenic patients. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 43, S12-20.
- Sauro, M.D., Jorgensen, R.S. & Pedlow, C.T. (2003). Stress, glucocorticoids, and memory: A meta-analytic review. *Stress*, 6(4), 235-245.
- Schlosser, N., Wolf, O.T., Fernando, S.C., Riedesel, K., Otte, C., Muhtz, C., ... Wingefeld, K. (2010). Effects of acute cortisol administration on autobiographical memory in patients with major depression and healthy controls. *Psychoneuroendocrinology*, 35(2), 316-320.
- Serrano, J.P., Latorre, J.M., Gatz, M. & Montanes, J. (2004). Life review therapy using autobiographical retrieval practice for older adults with depressive symptomatology. *Psychology and Aging*, 19(2), 270-277.
- Serrano, J.P., Latorre, J.M., Ros, L., Navarro, B., Aguilar, M.J., Nieto, M., ... Gatz, M. (2012). Life review therapy using autobiographical retrieval practice for older adults with clinical depression. *Psicothema*, 24(2), 224-229.
- Spinhoven, P., Bockting, C.L., Schene, A.H., Koeter, M.W., Wekking, E.M. & Williams, J.M. (2006). Autobiographical memory in the euthymic phase of recurrent depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 115(3), 590-600.
- Stegeren, A.H. van (2008). The role of the noradrenergic system in emotional memory. *Acta Psychologica*, 127(3), 532-541.
- Sumner, J.A., Griffith, J.W. & Mineka, S. (2010). Overgeneral autobiographical memory as a predictor of the course

- of depression: A meta-analysis. *Behavior Research and Therapy*, 48(7), 614-625.
- Sumner, J.A., Vrshek-Schallhorn, S., Minneka, S., Zinbarg, R.E., Craske, M.G., Redei, E.E., ... Adam, E.K. (2014). Effects of the serotonin transporter polymorphism and history of major depression on overgeneral autobiographical memory. *Cognition and Emotion*, 28(5), 947-958.
- Teasdale, J.D. & Fogarty, S.J. (1979). Differential effects of induced mood on retrieval of pleasant and unpleasant events from episodic memory. *Journal of Abnormal Psychology*, 88(3), 248-257.
- Watkins, E.R., Baeyens, C.B. & Read, R. (2009). Concreteness training reduces dysphoria: Proof-of-principle for repeated cognitive bias modification in depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 118(1), 55-64.
- Watkins, E.R., Taylor, R.S., Byng, R., Baeyens, C., Read, R., Pearson, K. & Watson, L. (2012). Guided self-help concreteness training as an intervention for major depression in primary care: A phase II randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 42, 1359-1371.
- Watkins, E.R. & Teasdale, J.D. (2001). Rumination and overgeneral memory in depression: Effects of self-focus and analytic thinking. *Journal of Abnormal Psychology*, 110(2), 353-357.
- Williams, J.M.G. (1996). Depression and the specificity of autobiographical memory. In: D.C. Rubin (Ed.), *Remembering our past: Studies in autobiographical memory* (pp. 244-267). Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Williams, J.M.G., Barnhofer, T., Crane, C., Herman, D., Raes, F., Watkins, E. & Dalgleish, T. (2007). Autobiographical memory specificity and emotional disorder. *Psychological Bulletin*, 133(1), 122-148.
- Williams, J.M.G. & Broadbent, K. (1986). Autobiographical memory in suicide attempters. *Journal of Abnormal Psychology*, 95(2), 144-149.
- Williams, J.M.G., Ellis, N.C., Tyers, C., Healy, H., Rose, G. & MacLeod, A.K. (1996). Specificity of autobiographical memory and imageability of the future. *Memory and Cognition*, 24, 116-125.
- Williams, J.M.G., Teasdale, J.D., Segal, Z.V. & Soulsby, J. (2000). Mindfulness-based cognitive therapy reduces overgeneral autobiographical memory in formerly depressed patients. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 150-155.
- Wingenfeld, K., Kuffel, A., Uhlmann, C., Terfehr, K., Schreiner, J., Kuehl, L.K., ... Spitzer, C. (2013). Effects of noradrenergic stimulation on memory in patients with major depressive disorder. *Stress*, 16(2), 191-201.

Empirisch onderbouwde therapie en therapist drift¹

GLENN WALLER

Samenvatting

Cognitieve gedragstherapie (CGT) heeft een brede empirische basis. Dit ondersteunt haar positie als empirisch onderbouwde behandelmethode bij uitstek voor de meeste psychische stoornissen. Toch hebben veel therapeuten het gevoel dat deze therapie niet de juiste is voor hun patiënten, en dat ze niet effectief is in het echte leven (hoewel het tegendeel bewezen is). Dit artikel gaat in op het aandeel dat wij als therapeut hebben bij het misgaan van CGT. Het feit dat therapeuten er niet goed in zijn om het volledige scala aan CGT-onderdelen in te zetten dat nodig is voor een effectieve therapie, in het bijzonder het onderdeel van gedragsverandering, wordt nader beschouwd. *Therapist drift* is een algemeen voorkomend verschijnsel waarbij de therapeut veelal van een 'doe-therapie' naar een 'praat-therapie' afglijdt. De neiging om de essentiële onderdelen uit het oog te verliezen zou ontstaan door onze cognitieve distorsies, emotionele reacties en het gebruiken van veiligheidsgedrag. Aan de hand van een aantal cases worden veelvoorkomende fouten uit de klinische praktijk besproken die een belemmering vormen voor CGT (en die de toestand van de patiënt eerder verergeren dan verbeteren). Er wordt nader ingegaan op de achterliggende principes van de cases en op oplossingen die ons weer terugvoeren naar de kernonderdelen van CGT.

Trefwoorden: cognitieve gedragstherapie, empirisch onderbouwde therapie, vasthouden aan de therapie, therapist drift.

- 1 Dit artikel verscheen oorspronkelijk in de Engelse taal in *Behavior Research and Therapy* (2009), 47(2). Glenn Waller, Evidence-based treatment and therapist drift, 119-127. Opgenomen met toestemming van Elsevier.

INLEIDING

207

Van alle psychotherapeutische behandelmethoden is cognitieve gedragstherapie (CGT) empirisch het best onderbouwd (zie onder meer Roth & Foa, 1996). De methode is zeer succesvol toegepast bij diverse psychische stoornissen in onderzoeksomgevingen (zie onder meer Borkovec & Ruscio, 2001; Dimidjian et al., 2006). De resultaten uit onderzoeksprojecten zijn soms beter dan wanneer dezelfde toepassingen in klinische omgevingen worden ingezet (Kehle, 2008; Quarmby, Rimes, Deale, Wessely, & Chalder, 2007), mogelijk doordat er bij onderzoeksprojecten een grotere mate van controle is over variabelen zoals patiëntselectie. Toch is er niet overal sprake van betere resultaten en ook is er solide bewijs voor vergelijkbare responscijfers bij gebruik van CGT in niet-onderzoeksomgevingen (Franklin, Abramowitz, Kozak, Levitt, & Foa, 2000; Ghaderi, 2006; Lincoln et al., 2003; Persons, Bostram, & Bertagnolli, 1999; Persons, Roberts, Zalecki, & Brechwald, 2006; Stuart, Treat, & Wade, 2000).

Hoewel de inhoud van CGT varieert voor de verschillende psychische stoornissen, zijn de twee kernonderdelen ervan constant: cognitieve uitdagingen en gedragsverandering (in het bijzonder gedragsactivatie, vaardigheidstraining, *exposure* (blootstelling) en gedragsexperimenten). Beide onderdelen kunnen voor zowel patiënt als therapeut stressvol zijn. De ervaren stressoren (de eisen van de therapeutische opdracht) en de ervaren copingmiddelen kunnen voor alle twee uit balans zijn. Onder de noodzakelijke copingmiddelen vallen voor de patiënt waarschijnlijk ook de veerkracht om met veranderingen om te gaan, en het beschikken over de tijd en energie die nodig zijn om de veranderingen te bewerkstelligen. Voor ons als therapeut vormen onze klinische vaardigheden de voornaamste copingmiddelen. Als gevolg van de potentiële stress raken veel patiënten en therapeuten uit koers.

Een indicatie dat van het behandelplan wordt afgeweken is de aanwezigheid van therapie-interfererend gedrag bij patiënten, zoals het onvermogen om essentiële therapie-opdrachten uit te voeren, geen prioriteit geven aan de sessies bij de therapeut, enzovoort (Linehan, 1993). Niettemin is niet alle therapie-interfererend gedrag aan de patiënt toe te schrijven. Ook therapeuten kunnen zich zodanig gedragen dat een effectieve CGT minder waarschijnlijk wordt.

Thompson-Brenner en Westen (2005) bijvoorbeeld vonden aanwijzingen dat therapeuten afdwaalden van empirisch onderbouwde therapieën. Psychodynamische therapeuten hebben de neiging zich meer op het gedrag te richten wanneer ze worden geconfronteerd met een complex geval (gedefinieerd door het desbetreffende persoonlijkheidstype), en CGT-therapeuten neigen in zulke gevallen naar meer psychodynamische methoden. Deze verandering doet zich voor zonder dat er enige aanwijzing is dat de pathologie in kwestie om een andere therapie-aanpak vraagt. Het zou wrang zijn als het gedrag van

een patiënt die van aanpak verandert, therapie-interfererend wordt genoemd en gebaseerd op een permissieve cognitie (bijvoorbeeld ‘Het is niet erg als ik geen huiswerk maak’), en het gedrag van een therapeut die van aanpak verandert, als een teken van ‘creatief omgaan’ met de therapie. Een belangrijk onderdeel van CGT is dat de patiënt leert zijn eigen therapeut te worden. Derhalve is het essentieel dat we die rol op de juiste manier gestalte geven en niet de boodschap uitdragen dat de moeilijke onderdelen van CGT facultatieve extra mogelijkheden zijn. Het doel van dit artikel is te bekijken wat er gebeurt wanneer wij, therapeuten, uit koers raken, waarom het gebeurt, en welke prijs de patiënt en de therapeut daarvoor betalen.

EEN ONGEMAKKELIJK FEIT: THERAPIST DRIFT

.....

Zelfs de meest verstokte aanhanger van cognitieve gedragstherapie moet toegeven dat niet alle patiënten beter worden, ook niet met CGT. Het is belangrijk om te bezien waar deze mislukte therapiebehandelingen aan worden toegeschreven. Het klinische taalgebruik doet vermoeden dat deze mislukkingen vaak worden gezien als patiëntgerelateerd (uitgedrukt in bijvoorbeeld termen als ‘uitval’, ‘onvermogen zich te committeren’, of ‘niet toe aan behandeling’). Daarnaast erkennen therapeuten en onderzoekers dat er problemen zijn met de behandelmethoden. CGT is zeker niet altijd effectief, ook niet wanneer ze door zeer ervaren therapeuten strikt wordt toegepast.

Naast een juiste toepassing van CGT-technieken is het van essentieel belang dat patiënt en therapeut een effectieve werkrelatie hebben — een doel dat binnen CGT mogelijk wordt gemaakt door de patiënt een echte kans op verbetering en herstel te geven. Binnen deze relatie moet er niet alleen sprake zijn van empathie, maar ook van samenwerking, aangezien CGT niet iets is wat de patiënt kan worden ‘toegebracht’. Een nuttig uitgangspunt voor deze samenwerking is dat therapeuten zichzelf zien als coaches die patiënten leren hun eigen therapeut te worden. Op die manier is het mogelijk therapie te veranderen van iets wat de patiënt 1 uur per week doet in iets wat hij 168 uur per week kan doen (Waller et al., 2007). Als we op die manier te werk gaan is het essentieel dat we open en eerlijk zijn (door bijvoorbeeld alle bijzonderheden te geven over behandel mogelijkheden, evenals de ervaringen met elk van deze mogelijkheden). De werkrelatie moet ook niet-oordelend zijn; de taken om iemand te laten veranderen worden uitgevoerd zonder dat de therapeut of de patiënt de schuld krijgt wanneer vorderingen niet gladjes verlopen. De benadering van Linehan (1993) om te werken met therapie-interfererend gedrag kan hierbij goed gebruikt worden, aangezien die de nadruk legt op het oplossen van problemen in een coöperatieve in plaats van in een beschuldigende sfeer. Ook moeten we het er met onze patiënten over eens zijn dat de therapeut er niet is om de patiënt te ‘beschermen’ tegen de eisen van therapie. Die ‘bescherming’ kan zich gemakkelijk voordoen wanneer

de therapeut zijn werk ziet als het vermijden van alle pijn voor de patiënt. De patiënt moet er al vanaf de beoordeling en formulering van zijn geval bewust van worden gemaakt dat de weg naar een meer adaptieve wijze van functioneren op de korte termijn onvermijdelijk zwaar zal zijn (er kan bijvoorbeeld angst ontstaan bij het afleren van maladaptief veiligheidsgedrag).

Tot slot hangt het er ook van af of CGT plaatsvindt binnen een instelling waar behandelmethoden gebruikt worden die zowel empirisch onderbouwd zijn (*evidence-based*) als empirische onderbouwing genereren (*evidence generating*), waarbij de therapeut aan beide onderdelen bijdraagt. Het is niet altijd eenvoudig om dit te realiseren, aangezien instellingen zo'n benadering niet altijd steunen. Als therapeut moeten we dan ook werken in situaties waarin financiering verzekerd is én waarin we een uitstekende behandeling faciliteren.

Maar hoe zit het dan als de problemen in de toepassing van CGT niet met de patiënt of de therapie te maken hebben? Is het mogelijk dat de therapeut er actief aan meewerkt dat de therapie fout loopt, door te laten gebeuren dat er van de therapie wordt afgeweken? Er bestaat geen twijfel over dat dit gebeurt. Brosan, Reynolds en Moore (2007) hebben bijvoorbeeld laten zien dat therapeuten die een aanvullende CGT-training hebben gehad betere therapie leveren dan therapeuten die niet op dat niveau zijn getraind, en dat zelfs befaamde cognitieve gedragstherapeuten vaak onder een erkend aanvaardbaar niveau van vakbekwaamheid in CGT presteren.

Dezelfde auteurs hebben ook laten zien dat CGT-beoefenaars hun vermogen om CGT vakkundig toe te passen overschatten. Alle CGT-therapeuten hebben de neiging het eigen kunnen te overschatten, maar dit doet zich vooral voor als therapeuten minder ervaring hebben (Brosan, Reynolds & Moore, 2008). Therapist drift ontstaat vaak als reactie op een acute crisis in de therapie. Wanneer zulke crises plaatsvinden, slaagt de therapeut er vaak niet in de algehele therapievoortgang te plannen (bijvoorbeeld Schulte & Eifert, 2002). Het is duidelijk dat CGT-therapeuten op dat moment de doelstelling uit het oog verliezen (hoewel in mindere mate als ze meer ervaring hebben), en dat gebeurt zonder dat er een scenario is om het acute probleem aan te pakken en de oorspronkelijke behandeling te hervatten.

In de klinische praktijk worden essentiële onderdelen van CGT vaak niet gebruikt (zie onder anderen Becker, Zayfert, & Anderson, 2004; Tobin, Banker, Weisberg & Bowers, 2007). Zelfs als we van plan zijn met CGT te werken en de patiënt laten weten dat hij CGT krijgt, is dat geen garantie dat dit daadwerkelijk gebeurt. Zo laten Stobie, Taylor, Quigley, Ewing & Salkovskis (2007) zien dat patiënten die te horen hebben gekregen dat hun behandeling uit CGT bestond, niet werden blootgesteld aan de essentiële onderdelen van deze benadering (Stobie et al., 2007). Daarnaast is er een wisselwerking tussen het gedrag van de therapeut en de aard van de patiënt. Dit voorspelt het resultaat van de behandeling. Het vasthouden door de therapeut aan behandelprotocollen mag bijvoorbeeld niet zo relevant zijn voor het resultaat van CGT als het om goed gemotiveerde patiënten gaat, maar bij patiënten

met een paniekstoornis die weinig gemotiveerd zijn, voorspelt het niet vasthouden aan behandelprotocollen een mager resultaat (Huppert, Barlow, Gorman, Shear & Woods, 2006).

Kortom, onderzoek wijst uit dat therapeuten de kans kunnen vergroten dat een behandeling mislukt, al is dat niet het beoogde resultaat. Het is belangrijk in gedachten te houden dat de acties van de overgrote meerderheid van therapeuten goedbedoeld zijn. Toch zijn het juist goede bedoelingen die problemen kunnen veroorzaken. Kort gezegd: therapie-interfererend gedrag kan net zo goed van de therapeut als van de patiënt komen. Dit is iets wat meestal wel duidelijk is. Daarnaast moeten we echter ook beseffen dat het niet zozeer zo is dat deze klinische acties van de therapeut niet baten, maar dat ze de problemen van de patiënt juist kunnen bestendigen of verergeren. Een onjuiste of inadequate toepassing van CGT blijft niet zonder gevolgen. Er wordt een duidelijke prijs voor betaald, waaronder verspilde tijd en moeite van de therapeut en de patiënt. Maar er is zelfs een hogere prijs: veel van deze acties verergeren de problemen van de patiënt, verminderen het vertrouwen in herstel en maken het de patiënt nog moeilijker om te herstellen. Therapist drift is dus verre van onschadelijk, want het schip van de therapeut kan op de klippen lopen, met daarin de meegevoerde patiënt.

DE PSYCHOLOGIE VAN THERAPIST DRIFT

.....

Afwijken van de methode is niet de enige fout die de therapeut kan begaan. Er bestaan veel andere fouten, die hier verder niet behandeld worden. Dit artikel handelt bijvoorbeeld niet over misbruik van patiënten, hoewel er meer dan genoeg bewijs is dat dit voorkomt en dat het negatieve gevolgen voor de patiënt heeft (zie bijvoorbeeld Jehu, 1994). Ook gaat het niet over struikelblokken die weliswaar onvermijdelijk zijn, maar die overkomen kunnen worden wanneer er sprake is van een goede relatie tussen patiënt en therapeut (bijvoorbeeld problemen om de patiënt te betrekken bij de therapie doordat de naam van de therapeut lijkt op die van een vroegere partner of persoon door wie patiënt misbruikt is). De stelling van dit artikel is dat wij, therapeuten, er onbedoeld vaak actief aan meewerken dat een behandeling mislukt. We creëren onze eigen struikelblokken (in plaats van gewoon over al bestaande struikelblokken heen te stappen). Er zijn drie elementen betrokken bij deze manier van actief fouten maken: cognities, emoties en gedrag van de therapeut. Deze worden hieronder uitgewerkt, waarna er concrete voorbeelden volgen.

Cognities van de therapeut

211

Therapeuten zijn ook mensen, en derhalve net zo geneigd tot cognitieve vooroordelen en distorsies als patiënten (gewoonlijk wel positiever van aard en meer op het eigenbelang gericht). Ons gedrag weerspiegelt onze eigen vervormde manier van denken. Ten eerste is de kans groot dat we door ons patroon van fundamentele attributiebias het mislukken van een behandeling aan zaken buiten onszelf toeschrijven. Hierdoor is er een disproportioneel grote kans dat we het mislukken van CGT toeschrijven aan oorzaken die patiënt- of therapiegerelateerd zijn, en zien we over het hoofd dat de therapeut vaak duidelijk actief meewerkt aan de mislukking. Deze positieve attributiebias van de therapeut kan nog versterkt worden door de neiging van patiënten tot zelfverwijt, waardoor de kans nog kleiner wordt dat we naar onze eigen rol kijken in het mislukken van de behandeling. Kortom, het is belangrijk dat we onze attributiebias nader bezien om een evenwichtiger visie op het behandelresultaat te ontwikkelen. Zoals patiënten een belangrijke rol hebben in het slagen van de behandeling, zo hebben therapeuten een belangrijke rol in het mislukken van de behandeling.

Een andere factor vormen de schema's van therapeuten. Zowel Beck (1996) als Teasdale (1996) wijst erop dat mensen manieren van denken gebruiken die passen bij de rol die ze op dat moment hebben. Zoals met alle schema's, leiden overtuigingen van een therapeut tot vooronderstellingen over wat zou moeten werken in therapie. Ook staat de therapeut door zijn schema's onwillig tegenover aanwijzingen die aangeven in hoeverre de therapie daadwerkelijk werkt. Veel therapeuten nemen bijvoorbeeld van tevoren aan dat een patiënt gemotiveerd is om te veranderen of kan worden gemotiveerd om te veranderen. Ze zijn geneigd naar aanwijzingen te zoeken die deze overtuiging staven (de patiënt zegt bijvoorbeeld dat hij vastbesloten is te veranderen) en negeren aanwijzingen dat dit niet het geval is (de patiënt verschijnt niet of heeft het huiswerk niet gemaakt). Zo heeft Geller (2002) aangetoond dat noch de therapeut, noch de patiënt de motivatie van de patiënt om werkelijk verandering te bewerkstelligen goed kan beoordelen. Neutrale waarnemers daarentegen (die niet gebonden waren aan het idee van herstel) waren wel in staat de motivatie te beoordelen, op dusdanige wijze dat de klinische verandering voorspeld kon worden. Zonder supervisie en duidelijke monitoring van de verandering is het moeilijk een beeld te krijgen van de discrepantie tussen de schema's van de therapeut en de gegevens over daadwerkelijke therapeutische vorderingen.

Ook andere cognitieve patronen spelen een rol bij therapist drift. Zo kan het verwerken van informatie plaatsvinden via zwart-witdenken. Therapeuten zien het slagen van een therapie bijvoorbeeld vaak in termen van een beperkt aantal gegevens (bijvoorbeeld verbeterde kwaliteit van leven), terwijl veronachtzaamd of genegeerd wordt dat de patiënt nog veel belang-

rijke symptomen vertoont. Onderzoekers maken zich vaak schuldig aan een soortgelijk vooroordeel, maar dan in omgekeerde richting (waarbij resultaat wordt gedefinieerd in termen van symptoomverlichting en aan kwaliteit van leven geen aandacht wordt geschonken). Ook permissieve cognities spelen een rol: we gaan ervan uit dat ons onvermogen om op koers te blijven ‘deze keer’ niet erg is en vergeten dat afdwalingen uitmonden in een patroon van onvermogen om therapie te geven. Tot slot zijn we geneigd tot magisch denken. Het belang van het veranderen van een ‘matige’ depressie in een ‘lichte’ depressie is bijvoorbeeld minimaal, aangezien het slechts enkele punten verschil oplevert op de desbetreffende schaal, maar toch is de therapeut gefocust op die verandering van categorie. Hoewel er meer cognitieve distorsies zijn die een rol kunnen spelen, is het ook belangrijk om naar de emotionele correlaten en gedragscorrelaten van deze manieren van denken te kijken.

Emoties van de therapeut

Emotionele reacties van de therapeut bij het uitoefenen van therapie zijn begrijpelijk, maar kunnen even problematisch zijn als cognitieve processen. Bij deze reacties kan het gaan om bezorgdheid of we het wel goed doen, angst voor een slechte beoordeling, schaamte bij de gedachte slecht te hebben gepresteerd, schuldgevoel en spanning. Op zich kan elk van deze reacties nuttig zijn omdat ze de therapeut motiveren betere vaardigheden te ontwikkelen en tot betere prestaties te komen, maar ze kunnen er ook toe leiden dat de therapeut gaat reageren op een manier die niet zo nuttig is voor de patiënt (bij supervisie bijvoorbeeld vermijden om cases te bespreken; onvermogen om alle opties op gelijke wijze te beoordelen; blij zijn met relatief kleine of toevallige veranderingen in de toestand van de patiënt). We moeten voorzichtig zijn met ons oordeel over onze prestaties, zodat we onze emoties kunnen gebruiken om te verbeteren (in plaats van ons erdoor te laten misleiden).

Gedrag van de therapeut

Een therapeut loopt altijd het risico dat door zijn gedrag de gezondheid van de patiënt onbedoeld verslechtert. Soms hebben de omstandigheden waaronder de therapeut werkt effect op zijn gedrag. Soms gaat het om veiligheidsgedrag van de therapeut. Beide mogelijkheden moeten in ogenschouw worden genomen om te bepalen welke invloed de therapeut heeft op de therapieresultaten.

Door omstandigheden veroorzaakt gedrag

Hoe goed we het als therapeut ook bedoelen, we moeten erop bedacht zijn dat we onszelf niet in een positie manoeuvreren waarin we ons werk niet

op optimale wijze kunnen doen. De kans hierop is vooral groot wanneer een therapeut moe of ziek is. Toch is het voor therapeuten heel gebruikelijk om op een niveau te werken dat in feite niet te handhaven is. Dit kan therapeuten worden aangerekend: ze proberen zich te houden aan excessieve, van buitenaf opgelegde aantallen behandelaftspraken; ze hebben te veel patiënten teneinde hoge inkomsten te garanderen; of ze zien zichzelf als de enige die een patiënt kan helpen, al hebben ze al een grote patiëntenlast (de therapeut geeft bijvoorbeeld toe aan eigen overtuigingen over unieke eigen vaardigheden, of geeft toe aan verzoeken van patiënten of collega's). Door vermoeidheid en stress bij de therapeut is er minder tijd en energie voor de benodigde planning, en vermindert de flexibiliteit van de therapeut tijdens de sessie zelf. Bij mensen die op deze manier onder druk staan is de kans ook kleiner dat ze een training volgen die nodig is om hun vaardigheden op peil te houden en te ontwikkelen. Onder dergelijke omstandigheden is therapist drift onvermijdelijk, tijdens sessies in de loop van de behandeling van een patiënt, maar ook binnen de persoonlijke carrière van de therapeut. Om het risico hierop uit te sluiten moeten de tijd voor de klinische praktijk, de tijd om vaardigheden op peil te houden en te ontwikkelen, en de tijd om te reflecteren over de *caseload* (zowel intern als met supervisie) met elkaar in balans zijn. Een doeltreffende therapeut zorgt actief voor doelmatige werkomstandigheden (vooral caseloads, systematische supervisie, en passende ontwikkeling van vaardigheden).

Veiligheidsgedrag van de therapeut

Het grootste probleem bij het toepassen van CGT is dat veel therapeuten er niet in slagen om gedragsverandering af te dwingen (bijvoorbeeld exposure, gedragsactivatie, inzet van vaardigheden, gedragsexperimenten), ondanks bewijs dat ze tot de krachtigste instrumenten van de behandelmethode behoren (zie onder anderen Bennett-Levy, 2003; Dimidjian et al., 2006; Jacobson et al., 1996). Het onvermogen deze elementen te implementeren wordt duidelijk aangetoond in het werk van Becker et al. (2004). Zij lieten zien dat methoden voor de posttraumatische stressstoornis die gebaseerd zijn op de exposuretechniek (methoden die duidelijk empirisch onderbouwd zijn) niet algemeen bekend zijn bij therapeuten die met deze stoornis werken, en door slechts een kleine minderheid van therapeuten gebruikt worden (ook als ze bekend zijn met de empirische onderbouwing). Het onvermogen om gedragsverandering af te dwingen, hoewel technieken en resultaten bekend zijn, kan worden gezien als het resultaat van veiligheidsgedrag van de therapeut. We zien het als onze taak om de gezondheid van de patiënt te verbeteren, en dit is moeilijk te verenigen met de ervaring dat de angst van de patiënt tijdens het gebruik van gedragsmethoden toeneemt. Daardoor trachten veel therapeuten directe pijn bij de patiënt te verminderen of te vermijden (en dus hun eigen angst of ze wel het juiste doen) door 'aardig' te

zijn tegen de patiënt. Niettemin houdt deze kortetermijnstrategie in dat we er niet op aandringen dat essentiële therapietaken worden uitgevoerd, wat leidt tot langdurige therapeutische stilstand.

Samenvatting

Fouten zijn onvermijdelijk en ze zijn te verwachten. Het gaat erom de fouten te zien en er op de juiste manier op te reageren. Regelmatige, eerlijke en in nauwe samenwerking plaatsvindende supervisie is duidelijk een essentieel onderdeel van de klinische praktijk om de behandeling in het juiste spoor te houden. Toch vindt therapist drift plaats en kent deze diverse oorzaken, die liggen in cognities, emoties en gedrag. Het sleutelelement dat therapeutische vooruitgang in de weg staat is dat de therapeut vermijdt om gedragsverandering af te dwingen — de meest stressvolle, maar ook de meest effectieve techniek van het hele instrumentarium. Het vermijden hiervan is een vorm van veiligheidsgedrag van de therapeut, waarbij zijn zorg op de korte termijn weliswaar minder wordt maar waarbij er geen invloed is op de conditie van de patiënt of deze zelfs verslechtert. Hierna volgen enkele veelvoorkomende voorbeelden van therapist drift in de klinische praktijk, om te verduidelijken hoe deze fouten kunnen worden herkend en voorkomen.

WANNEER THERAPEUTEN AFDWALEN: HOE DE TOESTAND VAN DE PATIËNT VERERGERD WORDT, EN WAT ER BETER GEDAAN KAN WORDEN

De volgende voorbeelden laten zien in welke valkuilen de therapeut kan stappen.² Gewoonlijk gaat het om: onvermogen om socratisch te werk te gaan; zich laten leiden door de eigen vervormde gedachten en emoties en toelaten dat gedragsverandering van de agenda verdwijnt. Het is belangrijk hierbij te bedenken dat er voor deze therapeutische fouten een 'prijs' wordt betaald: ze verergeren actief de psychopathologie. De kans dat een patiënt die al eerder een behandeling heeft gehad die werd aangemerkt als CGT de essentiële taken van de therapie uitvoert (bijvoorbeeld huiswerk maken) is minder groot als zijn vorige therapeut de patiënt in feite heeft verzekerd dat deze taken niet nodig waren (door er bijvoorbeeld niet op te staan dat het huiswerk werd gemaakt als de patiënt zich hiertegen verzette).

De volgende voorbeelden worden alle beschreven in de klinische context. Het principe achter het probleem wordt bekeken om te bezien welke rol het gedrag van de therapeut speelt en hoe dit gedrag het probleem kan vergroten. Tot slot worden mogelijke oplossingen aangedragen die meer de nadruk leggen op de acties van de therapeut dan op die van de patiënt of op de therapie op zich. Het is belangrijk in gedachten te houden dat dit losse voorbeelden

2 Om redenen van privacy zijn bij alle cases namen e.d. veranderd.

zijn en geen uitputtende lijst. Therapeuten kunnen zelf ook andere gevallen bedenken waarin de cognities, emoties en het gedrag van de therapeut de CGT van de patiënt verstoren. Het gaat erom na te denken over de toepassing van de besproken principes, met als doel in die andere gevallen met oplossingen te komen.

De aandacht richten op acute crises

Het is niet verbazend dat patiënten met psychische problemen stressoren ervaren en problemen hebben met coping (hoewel het minder duidelijk is of de urgentie en het belang van deze stressoren altijd met elkaar verbonden zijn). De meeste therapeuten zullen de situatie herkennen dat patiënten een sessie beginnen met een crisis die ze boven aan de agenda willen zetten.

Voorbeeld

Robert was een patiënt die naar de therapeut was verwezen vanwege problemen met het omgaan met boosheid en daaruit voortvloeiende gewelddadige uitbarstingen. Na formulering van het probleem kwam hij met zijn therapeut overeen dat hij moest werken aan de ontwikkeling van effectievere vaardigheden om met stressoren om te gaan, waarbij hij relatief stressvolle situaties niet uit de weg ging en experimenteerde met gepland assertief gedrag (in plaats van zijn gebruikelijke gedragsrepertoire van passiviteit of agressie toe te passen). Niettemin begon Robert de meeste sessies met een verhaal over een crisis die zich die week had voorgedaan (wegvallen van huursubsidie en het risico dat hij dakloos werd; problemen met het verkrijgen van een pasje voor gratis reizen; besluiten of hij wel of niet naar de verjaardag van een familielid zou gaan). Crises die vaak slechts oppervlakkig verband hielden met zijn boosheid of agressie. Dit slokte zoveel tijd van de sessie op dat het onmogelijk was het huiswerk en de resultaten van exposure en gedragsverandering te bespreken en de volgende stappen te plannen. Sommige sessies verliepen zonder problemen en gaven de therapeut het gevoel dat ze weer op het goede spoor zaten en er geen reden tot zorg was. Niettemin was de vooruitgang in de sessies te klein om te worden geconsolideerd en algemeen te worden ingezet.

Verergering van het probleem door de therapeut

De therapeut is er niet in geslaagd de noodzakelijke structuur aan te brengen (noch voor de therapie als geheel, noch voor de sessies afzonderlijk) en heeft geen prioriteit gemaakt van de taken die nodig zijn voor verandering bij de patiënt. Roberts angst voor uitvoering van de noodzakelijke taken van de therapie werd aan het eind van elke sessie enigszins weggenomen, maar op de lange termijn voelde hij zich gefrustreerd omdat er geen veran-

dering optrad. In dezelfde geest begon de therapeut met angst voor wat er zou gebeuren als hij Roberts ervaring zou wegwuiven (door de aandacht af te leiden van de acute crisis); mogelijk zou daardoor een grotere kans op uitval ontstaan bij Robert. Maar dit leidde ertoe dat de therapeut gefrustreerd werd over Roberts chaotische gedrag en het uitblijven van vorderingen. Onder deze omstandigheden kon er geen effectieve therapeutische relatie worden ontwikkeld, zodat verandering onmogelijk werd gemaakt en zowel de therapeut als de patiënt het gevoel kreeg incompetent en zonder vaardigheden te zijn.

Oplossingen

De eerste taak voor de therapeut is om het vermijdingspatroon van de patiënt aan te pakken, en dit eventueel te verbinden aan ervaringen in zijn ontwikkeling en dagelijkse copingmechanismen. Robert moet weten wat de rationale is achter elk onderdeel van de agenda, zodat hij zijn actieve rol in verandering begrijpt. De therapeut moet zich bewust zijn van het feit dat CGT het meest effectief is wanneer de patiënt de kerntaken uitvoert — in het bijzonder het verschijnen op sessies (zie onder anderen Karno, 2007) en het maken van huiswerk (zie onder anderen Carroll, Nich en Ball, 2005; Rees, McEvoy en Nathan, 2005; Westra, Dozois en Marcus, 2007). Van deze kennis kan de therapeut belangrijke psycho-educatie maken, waarbij Robert de waarde leert inzien van de kerntaken en leert zijn naleving van de eisen van een effectieve therapie te monitoren. Elke sessie dient te beginnen met het vaststellen van een agenda (met daarin de voornaamste therapietaken en bespreking van eventuele acute onderwerpen), en aan die gezamenlijk opgestelde agenda moeten Robert en de therapeut zich houden. De therapeut moet supervisie gebruiken om te reflecteren over zijn emotionele reacties, zowel op crises als op de noodzaak regels te stellen aan de invulling van sessies. De supervisie dient ook aandacht te besteden aan de permissieve cognities van de therapeut die tot de aanname hebben geleid dat therapie kan worden gegeven zonder dat wordt ingegaan op afzonderlijke voorbeelden van mislukking.

De patiënt beschermen

Veel patiënten vertonen een zekere mate van onvermogen of een traumageschiedenis die een significante rol inneemt in hun probleemformulering. Een gebruikelijke strategie van de patiënt is om verdere exposure te vermijden. Als in zulke gevallen het vermijdende gedrag niet wordt aangepakt, kunnen zorgen van de therapeut over de kwetsbaarheid van de patiënt verhinderen dat essentiële taken van therapie worden uitgevoerd. In feite wordt het vermijdende gedrag versterkt.

Voorbeeld

217

Op het moment dat Simon werd doorverwezen leed hij al vier jaar aan chronische vermoeidheid. Voor hij ziek werd was hij directeur geweest van een klein bedrijf waar het financieel misliep. Een serie medische tests had geen fysieke oorzaak voor zijn toestand aan het licht gebracht. De therapeut omschreef zijn problemen als angstgerelateerd. Zijn onvermogen werd als volgt omschreven: op de korte termijn werd hij niet blootgesteld aan mogelijke stressoren en faalangst, maar op de langere termijn werd zijn gevoel van incompetentie en faalangst versterkt, wat een depressieve stemming tot gevolg had. Simon stemde ermee in met gedragsverandering te experimenteren, om te zien of een grotere gedragsactivatie zijn depressie mogelijk minder maakte. Hij werkte mee aan het opstellen van voorspellingen over het mogelijke resultaat wanneer hij een verandering doorvoerde (door bijvoorbeeld een uur eerder op te staan dan twee uur in de middag, zoals hij gewoonlijk deed). Toen deze doelstelling aan het begin van de volgende sessie werd besproken, bleek dat Simon de dag erna geen enkele verandering had doorgevoerd, met als reden dat hij zich die dag nog veel vermoeider voelde. De therapeut concludeerde dat Simon 'kwetsbaarder' was dan hij eerst had verondersteld (dat wil zeggen fysiek kwetsbaarder, depressiever en beschikkend over minder copingmiddelen dan gedacht). Daarom vreesde de therapeut dat huiswerk onherstelbare schade zou toebrengen aan zowel de patiënt als de therapeutische relatie, wat Simons depressie zou verergeren en zijn vertrouwen in therapie zou wegnemen. De therapeut stelde de taak daarom bij tot een halfuur eerder opstaan. De week erna deed zich echter hetzelfde probleem voor en de therapeut stelde de opdrachteisen nog meer naar beneden bij. Dit leidde tot een patroon van onvermogen om gedrag te veranderen, hoe laag de eisen ook waren. De case werd tijdens supervisie volgens de gebruikelijke routine behandeld, maar de therapeut had het gevoel dat de supervisor niet begreep hoe kwetsbaar de patiënt was en dat het advies om de gedragsverandering weer op de rails te krijgen in deze specifieke case onjuist was. Tijdens de supervisie ging veel tijd verloren aan de uiteenzetting van de therapeut waarom zijn patiënt niet kon worden behandeld als anderen.

Verergering van het probleem door de therapeut

De kern van het probleem is dat de therapeut de verantwoordelijkheid heeft genomen voor zowel het directe geluk van de patiënt als voor verandering. Aangezien Simons angst in eerste instantie door verandering duidelijk zou toenemen, conflicteren deze twee zaken met elkaar. Het resultaat is dat de therapeut er niet in slaagt te wijzen op de noodzaak van daadwerkelijke gedragsverandering. Simon heeft dus geleerd beangstigende maar belangrijke

taken, emoties en cognities in de therapie te vermijden. Gezien de druk die de therapeut van verschillende kanten ervaart, voelt hij zich verplicht om de patiënt zowel te beschermen als te helpen herstellen — doelstellingen die met elkaar in tegenspraak zijn en die de stress voor de therapeut vergroten en de resultaten voor de patiënt ongunstig beïnvloeden.

Oplossingen

Wat in dergelijke gevallen als eerste moet worden bekeken is of de patiënt wel voldoende betrokken is bij de geplande therapie. De twee kernvragen daarbij zijn of de therapeut de patiënt wel heeft betrokken in een functionele werkalliantie, en of hij het principe van de behandeling adequaat heeft uitgelegd. Aan de therapeutische alliantie moet voortdurend worden gewerkt, zodat patiënt en therapeut hun relatie als een samenwerkingsverband zien waarin sprake is van wederzijds vertrouwen en respect. Het is mogelijk dat Simon dit vertrouwen niet ontwikkelde omdat de therapeut de werkwijze niet had uitgelegd en te autoritair was bij het presenteren van de geplande interventies. Er kan alleen een toelichting op de rationale achter een behandeling gegeven worden wanneer patiënt en therapeut het eens zijn over de formulering van het probleem. Simon stemde ermee in om met gedragsverandering te experimenteren, maar het is mogelijk dat hij zo tegemoetkwam aan de wensen van de therapeut in plaats van dat hij de noodzaak inzag om gezamenlijk actief aan verandering te werken. Als dus ook maar iets erop wijst dat de patiënt niet werkt aan de overeengekomen verandering, is het van belang terug te verwijzen naar de formulering, zodat begrepen wordt waarom er zich een probleem voordoet en ook begrepen wordt wat er moet worden gedaan om de behandeling weer in het juiste spoor te krijgen.

In al dit soort gevallen moeten tijdens supervisie de aannames en angsten van de therapeut worden gezien. Vaak nemen therapeuten aan dat de patiënt onmiskenbaar een positieve verandering laat zien bij elke fase in het therapieproces, en dat het acceptabeler is om geen enkele verandering te bewerkstelligen dan een negatieve (bijvoorbeeld nog meer angst). Deze aannames kunnen vergezeld gaan van angst van de therapeut dat zijn therapeutische vaardigheden zullen worden beoordeeld en onvoldoende worden bevonden, wat leidt tot mogelijke gevoelens van schaamte of schuld en angst voor een negatieve beoordeling. Dit patroon vormt de basis van veiligheidsgedrag bij de therapeut: niet aandringen op het bereiken van langetermijnvoordelen (vermindering van de depressie), uit angst voor negatieve ervaringen op korte termijn (de angst van de patiënt wordt groter; de therapeut wordt als minder competent gezien). Dit veiligheidsgedrag van de therapeut stelt Simon in staat zijn eigen veiligheidsgedrag te ontwikkelen: vermijden van verandering, wat op de korte termijn leidt tot vermindering van angst maar op de lange termijn uitmondt in het onvermogen een positievere levensstijl te ontwikkelen.

De therapeut moet duidelijk maken dat de verantwoordelijkheid voor het realiseren van verandering bij Simon ligt, en moet toelichten wat de voor- en nadelen van veiligheidsgedrag zijn. Wanneer de therapie ‘vastzit’, is het van essentieel belang om de doelstellingen van de therapie en de prioriteiten van de patiënt opnieuw te bezien en te bespreken. Gezien het feit dat ‘vastzitten’ in wezen het product is van twee onderling met elkaar verbonden vormen van veiligheidsgedrag (dat van de therapeut en dat van de patiënt), moet deze herformulering plaatsvinden tijdens zowel de therapiesessie als de supervisie. In overleg dient het tempo verhoogd te worden, er moeten regelmatige en meer frequente evaluatiemomenten vastgesteld worden, en alle behandelmogelijkheden moeten overwogen worden. Daarnaast moet de therapeut weten dat hij niet wordt beoordeeld aan de hand van noodzakelijke, negatieve veranderingen op de korte termijn (bijvoorbeeld verhoogde angst bij de patiënt). Eerder dient hij tijdens supervisie geholpen te worden de aandacht te richten op de waarde van resultaten op de lange termijn (bijvoorbeeld meer gedragsactivatie, verminderde isolatie, verminderde depressie) die waarschijnlijk samenhangen met de negatieve kortetermijnveranderingen. Dit perspectief stelt de therapeut in staat om de patiënt behandelmogelijkheden te bieden met langetermijnvoordelen (waarvoor op korte termijn wel een prijs betaald wordt) of om pogingen tot verandering te staken als de patiënt niet bereid is de deal te aanvaarden.

Meewerken aan therapie-interfererend gedrag

Linehan (1993) heeft een aantal vormen van therapie-interfererend gedrag beschreven. Een van de meest voorkomende in CGT bij diverse stoornissen is dat huiswerkopdrachten niet worden gemaakt. Er zijn echter ook andere, die van toepassing zijn bij specifieke stoornissen.

Voorbeeld

Ginny was een patiënt met boulimia nervosa. Zij begon een CGT-training met als doel haar overtuiging te veranderen dat ze heel snel zou aankomen als ze normaal at. Er werd haar gezegd dat ze per dag moest noteren wat ze at en dat ze elke week gewogen zou worden.

Tijdens de eerste sessies weigerde ze echter zich te laten wegen. Ze zei dat ze het fijn zou vinden als ze wat tijd had om zich erop voor te bereiden, en dat ze er de volgende keer klaar voor zou zijn. Hoewel dit voortdurend een onderwerp bleef van de therapiesessies (dat veel tijd opslokte), bleef ze weigeren. Ginny begon wel met het bijhouden van wat ze at, maar vond dit een onplezierige taak (‘ik ben bang dat ik door bij te houden wat ik eet zo overbewust word dat ik eetbuien krijg’). Ze was opgelucht toen ze ‘vergat’ haar eetnotities mee te brengen of in te vullen en de therapeut er niet op aandrong dat ze die opdracht uitvoerde.

Verergering van het probleem door de therapeut

Het gedrag van de therapeut verergert het probleem van Ginny op een aantal manieren. Ten eerste leidt het niet toelichten van de reden voor het wegen en het bijhouden van wat Ginny eet ertoe dat ze niet kan inzien dat deze twee aan elkaar gekoppeld zijn (de bedoeling is de patiënt in staat te stellen een meer op feiten gebaseerd verband te zien tussen wat ze eet en wat er met haar gewicht gebeurt, in plaats van te blijven geloven dat kleine hoeveelheden voedsel tot catastrofale gewichtstoename leiden). Daardoor kan de patiënt niet beseffen dat het noteren van wat ze eet als activiteit op zich weinig effectief is (dat wil zeggen wanneer de patiënt niet gewogen wordt). Ten tweede is er tijdens de therapie veel tijd besteed aan de discussie over het wel of niet wegen, waardoor de kans kleiner is geworden dat Ginny een effectieve hoeveelheid CGT heeft ontvangen. Tot slot zal het steeds moeilijker worden de opdrachten weer ter sprake te brengen wanneer de therapeut Ginny heeft toegestaan ze te vermijden. De therapeut heeft haar geholpen om aan de opdrachten van de therapie te ontsnappen en deze te vermijden. Deze ontsnapings- en vermijdingsconditioneringen (die allebei heel snel geschapen zijn) zullen overslaan naar latere fasen in de therapie. Hoe langer de therapeut en de patiënt bezig zijn te discussiëren over de waarde van het wegen, des te langer kan Ginny het gevoel hebben dat ze therapie 'doet'. Toch is er meer reden om haar te omschrijven als iemand die behandelsessies bijwoont dan als iemand die betrokken is bij de therapie.

Oplossingen

De eerste stap naar een oplossing van dit probleem is om de essentiële onderdelen van CGT voor boulimia uiteen te zetten en toe te lichten (als uiteengezet in bestaande handboeken voor behandeling, bijvoorbeeld Fairburn, 2008; Fairburn, Marcus en Wilson, 1993), en de noodzaak om de daadwerkelijke voedselinname te verbinden aan een mogelijke verandering van het gewicht. Als tweede stap dient het belang van therapie-interfererend gedrag te worden besproken, zonder daarbij de schuld aan Ginny of haar therapeut te geven (Linehan, 1993), zodat ze alle twee kunnen inzien dat het niet kunnen werken met de empirisch onderbouwde agenda betekent dat de behandeling geen zin heeft. Vervolgens moeten waarschijnlijk de angsten van Ginny worden weggenomen, namelijk de angst dat ze door bij te houden wat ze eet, last krijgt van eetbuien en de angst dat ze door zich te laten wegen, zal gaan lijnen. Van deze angsten zouden voorspellingen voor gedragsexperimenten moeten worden gemaakt (Cooper, Whitehead & Boughton, 2004; Waller et al., 2007), zodat ze ze kan afzetten tegen alternatieven (bijvoorbeeld dat haar eetgedrag er niet door beïnvloed wordt). Als echter de rationale voor deze opdrachten is uiteengezet en Ginny nog steeds haar huiswerk niet

maakt of zich niet laat wegen, kan het nodig zijn een ‘vijfminutensessie’ te houden (Waller et al., 2007). In dergelijke gevallen worden de opdrachten die een aantal sessies niet zijn uitgevoerd boven aan de agenda gezet, en als de opdrachten dan nog niet zijn gemaakt of als de patiënt weigert, moet de sessie heel snel, maar zonder confrontatie beëindigd worden (bijvoorbeeld met de boodschap dat de opdracht essentieel is om voortgang te boeken, dat de therapeut ervan overtuigd is dat Ginny het kan, en met het voornemen om de volgende week af te spreken als de opdracht is gedaan). Deze zeer korte sessie houdt in dat de therapeut het onvermogen van de patiënt om zich te committeren aan het werk van de therapie niet versterkt (door bijvoorbeeld drie kwartier lang over andere onderwerpen te praten), maar duidelijk maakt dat verandering in handen van de patiënt ligt. Deze techniek is heel effectief om de patiënt actief te betrekken, want bijna altijd begint de patiënt hierna de opdrachten van de therapie uit te voeren.

De fysieke behoeften van de patiënt negeren

Veel therapeuten omschrijven CGT als een poging om cognities, emoties en gedrag aan elkaar te koppelen, waarbij de drie als onderling met elkaar verbonden moeten worden behandeld, wil de psychopathologie veranderd worden. De fysiologische elementen van een stoornis worden daarbij echter genegeerd (bijvoorbeeld de betrokkenheid van het autonome zenuwstelsel bij een paniekstoornis; verhongeringseffecten bij anorexia; psychomotorische retardatie bij depressie). Dit wordt het best zichtbaar in het *hot cross bun* model van psychobiologische verstoring in psychologische en psychiatrische gevallen (Greenberger & Padesky, 1995). Als de fysiologische elementen van de stoornis van een patiënt worden genegeerd, laten we een instandhoudende factor ongemoeid die kan interfereren met cognitieve uitdagingen en gedragswerk.

Voorbeeld

Jane, een management consultant, had geleidelijk sociale angst ontwikkeld (met incidentele paniekaanvallen), die van invloed was op haar werk en sociale leven. Ze beschikte over diverse vormen van veiligheidsgedrag, waaronder sociale vermijding en automedicatie in de vorm van alcohol. De therapeut van Jane legde verbanden tussen haar vroegste ervaringen, haar cognities van kwetsbaarheid, haar emotionele toestand en haar gedrag (terugtrekking uit als bedreigend ervaren sociale situaties; alcohol drinken om met angst voor negatieve beoordeling en paniek om te gaan). De CGT begon met het uitdagen van haar overtuiging dat ze in een sociale situatie het risico liep op een negatieve beoordeling, en de therapeut begon hiertoe gedragsexperimenten te ontwikkelen.

De fysiologische arousal van Jane bleef echter zeer hoog, en ze trok zich terug uit de experimenten op momenten dat ze nog zeer angstig was, waardoor ze de overtuiging kreeg dat ze er net op tijd aan was ontsnapt. Haar veiligheidsgedrag hield in dat ze nog meer op haar hoede was voor als bedreigend ervaren situaties. Janes therapeut bleef de gedragsexperimenten op de agenda zetten, maar Jane bleef ze uit de weg gaan op het moment dat de fysiologische arousal het hoogst was. Haar symptomen werden derhalve niet minder.

Verergering van het probleem door de therapeut

De therapeut is er niet in geslaagd het fysiologische element van Janes stoornis in de gevalsbeschrijving op te nemen. Op die manier wordt haar angsttoestand verergerd door autonome feedbackcircuits, met als gevolg dat Jane een paniekerige angst ontwikkelde voor een mogelijke hartaanval (in plaats van slechts gericht te zijn op negatieve beoordeling). Het onvermogen van de therapeut om rekening te houden met de panieksymptomen en fysiologie houdt in dat de paniek van Jane groter wordt, en dat haar pogingen om de sociale angst te boven te komen teniet worden gedaan. Daardoor is de behandeling niet gebaseerd op de principes en protocollen als uiteengezet in bestaande literatuur (bijvoorbeeld Andrews et al., 2002; Clark & Wells, 1995).

Oplossingen

Wat de therapeut allereerst beter had kunnen doen, was deze case zodanig formuleren dat het fysiologische element duidelijk werd verbonden aan cognities, emoties en gedrag. Aangezien de aanvankelijke formulering niet altijd juist is, had de therapeut de routine moeten hebben om erop terug te komen en het met de patiënt te bespreken. Bij het herzien van wat er goed en fout was aan de formulering zou de therapeut tot de conclusie zijn gekomen dat het noodzakelijk was om de conceptualisatie van Janes case te herzien door het fysiologische element erin op te nemen. In plaats van handhaving van de klinische taken (ondanks aanwijzingen dat ze niet effectief waren), hadden de gedragsexperimenten van Jane kunnen bestaan uit exposure met responspreventie, waarbij ontspanningstraining zou worden ingezet om haar meer het gevoel van controle te geven over haar arousal.

Doorgaan wanneer therapie niet werkt

Niet iedere patiënt heeft baat bij een behandeling voor psychische stoornissen. Hoewel CGT een groter effectiviteitspercentage laat zien dan de meeste behandelmethoden, slagen veel patiënten er niet in zich te committeren aan de therapie. Ze vallen uit, of voltooien de behandeling zonder hersteld te zijn (of zonder er zelfs wat aan te hebben gehad). In het laatste geval is het

van belang in een zo vroeg mogelijk stadium te onderkennen dat de therapie niet werkt. Er zijn aanwijzingen dat een vroege respons op cognitieve gedragsinterventies een sleutelindicator is voor waarschijnlijk behandelresultaat bij boulimische eetstoornissen (bijvoorbeeld Agras et al., 2000; Wilson, Fairburn, Agras, Walsh & Kraemer, 2002). In tegenstelling hiermee leggen onderzoeken naar depressie nadruk op het langetermijnbelang van verbeteringen tijdens zowel de eerste als de laatste fasen en onderdelen van de behandeling (Tang & DeRubeis, 1999). Waar dosering, frequentie of inhoud van de therapie kan worden aangepast, zou dit ook uitgeprobeerd moeten worden, teneinde te bepalen wat de effecten hiervan zijn. Fairburn (2008) bijvoorbeeld benadrukt in zijn protocol voor het werken met eetstoornissen dat er gereageerd moet worden op vroege indicatoren dat de persoon tijdens de eerste sessies niet verandert, in plaats van dat de therapeut wacht tot het eind van de eerste fase om te bezien of er verandering is opgetreden. Wanneer wijzigingen in de behandeling vervolgens niets opleveren, zou als eerste de vraag gesteld kunnen worden: 'Heeft voortzetting van de therapie zin?' Er is echter nog een tweede overweging: 'Is het zeker dat er geen prijs betaald wordt voor voortzetting van de therapie?'

Voorbeeld

Sally was een vrouw van 24 die bij een financiële instelling werkte. Ze had een gewoonte van substantieel cocaïnegebruik ontwikkeld binnen de omgang met haar collega's, maar vervolgens had ze dit uitgebreid naar haar leven thuis. Ze was tijdens de weekenden ook begonnen met *binge drinking* van alcohol en met de inname van ecstasy, als onderdeel van haar sociale leven. Ze had zelf hulp gezocht om van haar alcoholmisbruik af te komen (er waren geen fysieke tekenen van afhankelijkheid). Het gebruik van stimulerende middelen wilde ze niet aanpakken omdat ze dat niet als een probleem zag. Er werd een gecombineerd programma opgesteld van CGT en *contingency alcohol management*. Na een snelle (en tijdelijke) vermindering van alcoholinname bleef Sally's alcoholmisbruik vervolgens constant. Wanneer ze de inname verminderde, werd ze extreem angstig en isoleerde ze zichzelf. Niettemin gaf ze aan zeer gemotiveerd te zijn en had ze iedere week heel duidelijke argumenten waarom er geen verandering was opgetreden. Haar therapeut was ervan overtuigd dat Sally zeer binnenkort verdere veranderingen zou realiseren, en noemde haar geval niet meer tijdens supervisie. Toen hem ernaar gevraagd werd, rationaliseerde hij door te zeggen: 'Het heeft geen zin haar geval te bespreken zolang ze de volgende stap niet heeft gezet, maar ik verwacht dat dat heel snel gebeurt, en breng haar dan weer bij de supervisie ter sprake.'

Verergering van het probleem door de therapeut

De therapeut heeft niet onderkend dat het gebruik van stimulerende middelen door patiënt haar angsttoestanden verergert (zie onder anderen Parrott, Sisk & Turner, 2000), en dat deze beperking in de behandeling van de patiënt (er wordt niet gewerkt aan de stimulerende middelen) verhindert dat de therapie werkt. De therapeut heeft niet onderkend dat het misschien tijd is om de therapie op te geven, omdat hij overmatig betrokken is bij het herstel van de patiënt (Geller, 2005). Zijn onvermogen om in deze case voortgang te boeken betekent dat hij bang is te worden beoordeeld als een ongeschikte therapeut, wat resulteert in aanhoudende inspanningen (hoewel ze onproductief zijn). Er treedt bij de patiënt op deze manier geen verbetering op, en de therapeut komt er nooit achter wat hij beter had kunnen doen. Het gevoel van eigenwaarde van de therapeut zal schade oplopen, of de patiënt krijgt de schuld, of beide. Uiteindelijk is de prijs hoger dan enkel de instandhouding van Sally's stoornis en de schade aan de ervaren competentie van de therapeut. Door de sessies met Sally voort te zetten verspilt de therapeut in feite tijd die aan de behandeling van andere patiënten had kunnen worden besteed.

Oplossingen

De therapeut is er niet in geslaagd de resultaten op een proactieve manier te monitoren. Hoewel hij beseftte dat er 'nog niets was verbeterd', dacht hij niet na over een strategie om het falen van de therapie aan te pakken. De therapeut had aandacht moeten besteden aan reflectie en daarnaast de resultaten duidelijk moeten maken aan zowel patiënt als supervisor (bijvoorbeeld gedragsevaluatie, bloeuitslagen). De therapeut had ook duidelijk moeten maken dat het bereiken van resultaat verandering vereiste in dat deel van Sally's gedrag waaraan ze niet wilde werken. Supervisie en teamevaluaties zijn cruciale instrumenten om de therapeut aan dergelijke mogelijkheden te herinneren, en zijn nodig om te bepalen wanneer behandeling moet worden afgebroken omdat ze niet effectief is. Supervisors moeten weten wanneer bepaalde patiënten van de supervisielijst verdwijnen, en van de therapeut een duidelijk argument krijgen voor het blijven geven van therapie aan de patiënt of, indien nodig, voor het beëindigen van de behandeling.

Toevlucht zoeken in derdegeneratie-therapieën

CGT (met inbegrip van dialectische gedragstherapie) is getest bij een groot aantal stoornissen en heeft de empirische onderbouwing ontwikkeld die de brede toepassing ervan rechtvaardigt. Ze is ook getest buiten de klinieken en onderzoeksomgevingen waar ze is ontstaan, en bleek daar even nuttig te zijn

(zie onder anderen Ghaderi, 2006; Persons et al., 1999, 2006). Veel derdegeneratie-therapieën hebben geen duidelijke empirische onderbouwing (waaronder repliceerbaarheid buiten de oorspronkelijke kliniek of onderzoeksbasis) en zijn niet geschikt voor het hele spectrum van stoornissen waarop ze zijn uitgetest. Andere therapieën zijn geschikt voor slechts een beperkt aantal stoornissen (bijvoorbeeld schematherapie, mindfulnesstraining, Eye Movement Desensitization and Reprocessing). Dat wil niet zeggen dat deze therapieën in de toekomst geen betere onderbouwing krijgen of dat ze in sommige gevallen niet nuttig zijn. Het is echter wel van belang om een duidelijke, op praktijk en theorie gebaseerde rationale te hebben voor het gebruik van een dergelijke benadering.

De eerste vraag die we ons moeten stellen is of de empirisch onderbouwde benadering (in de meeste gevallen CGT) is uitgetest voordat er een andere therapeutische benadering wordt gebruikt. Als dat niet het geval is, is er dan een gegronde theoretische reden om in dit specifieke geval geen empirisch onderbouwde benadering te gebruiken? De zorg is hier dat therapeuten soms het bewijs van *best practice* negeren (door of de effectiefste benadering al snel te staken zonder er een rationale voor te geven, of door er überhaupt niet aan te beginnen) ten einde een derdegeneratie-therapie te kunnen bieden. Bij deze benadering ontbreekt het vaak aan een duidelijk element van gedragsverandering (bijvoorbeeld gedragsactivatie bij depressie; gedragsexperimenten bij sociale angst), waarmee het mogelijke effect kleiner wordt.

Voorbeeld

David was een depressieve man die als gevolg van terugkerende stemmingsproblemen met pensioen was gegaan. Hij kreeg antidepressiva voorgeschreven die wel enig effect hadden, maar stemmingsstabilisatoren waren niet effectief. In het verleden had hij algemene counseling gehad, maar hij was nog nooit eerder naar CGT doorverwezen. Na de beoordeling, die de aandacht vooral richtte op vroegere ervaringen en belangrijkste overtuigingen van de patiënt, raadde de therapeut David een behandeling met schematherapie aan. Het voorstel was om David zijn schema's en schemamodi te laten begrijpen, maar er lag weinig nadruk op gedragsverandering (zie bijvoorbeeld Young, Klosko & Weishaar, 2003). Hoewel David deze benadering nuttig vond om de ontwikkeling van zijn depressie te begrijpen, veranderde zijn stemming niet merkbaar in de loop van 45 sessies. Uiteindelijk werd de therapie gestaakt. Hij omschreef zijn onvermogen te veranderen als 'mijn eigen fout. Ik denk gewoon niet dat ik mijn manier van denken ooit zal veranderen — die hoort gewoon bij me'.

Verergering van het probleem door de therapeut

226

De beslissingen van de therapeut worden ingegeven door de langlopende aard van de depressie, wat resulteert in het gebruik van een behandelwijze die voorbijgaat aan gedragsverandering door ontwikkelingsanalyse en cognitieve uitdagingen van overtuigingen.³ Er is geen aanwijsbare reden om geen gebruik te maken van de bestaande, op handboeken gebaseerde protocollen voor de behandeling van een dergelijk geval (zie bijvoorbeeld Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979; Lejuez, Hopko & Hopko, 2001). Aangezien de patiënt nooit op enige wijze had gewerkt met gedragsverandering, is er reden om aan te nemen dat CGT met daarin een groot aandeel gedragsactivatie de effectiefste benadering zal zijn (Dimidjian et al., 2006; Jacobson et al., 1996), met eventueel gebruik van antidepressiva. Gezien de terugkerende aard van de depressie zou mindfulnessstraining ook gerechtvaardigd kunnen zijn, om zo het risico op terugval te verkleinen (Segal, Williams & Teasdale, 2002). In plaats daarvan werkte de therapeut met een derdegeneratie-therapie zonder ooit de empirische onderbouwing te formuleren of in beschouwing te nemen die voor dit geval relevant was.

Een even belangrijk punt is dat de patiënt geen behandel mogelijkheden zijn voorgelegd. Om de patiënt als cotherapeut bij de therapie te betrekken is het van wezenlijk belang dat hij weet wat de belangrijkste behandel mogelijkheden en hun voor- en nadelen zijn. Anders gezegd, de patiënt moet de kans krijgen weloverwogen in te stemmen met de aangeboden behandeling, maar daartoe is hij niet in staat als hem slechts één mogelijkheid geboden wordt. De empirische basis geeft de therapeut een waardevol instrument in handen waarmee hij patiënten kan betrekken door aan te geven hoe de behandeling er in de realiteit uit zal zien. Dit komt vaak neer op: 'Je kunt een gemakkelijke behandeling krijgen die waarschijnlijk minder effectief is, of een behandeling waarbij het hard werken is, maar waarbij je een grotere kans hebt op een goed resultaat.' Onder deze omstandigheden kan de therapeut, zelfs als de patiënt voor de minst effectieve benadering kiest, terugkomen op deze discussie tijdens het verdere verloop van de behandeling. De keuze voor een 'gemakkelijkere' therapie kan worden aangeduid als mogelijke reden voor het feit dat de behandeling niet werkt, zodat via een gezamenlijke herevaluatie kan worden gezien hoe verder te gaan ten behoeve van het beste resultaat voor de patiënt. Zonder deze keuze is het waarschijnlijk dat de patiënt het falen aan zichzelf toeschrijft, zonder de overtuiging dat hij kan verbeteren. Dit betekent dat David nog verder is gesterkt in de verwachting dat

- 3 Een andere verklaring is dat de therapeut gewoon werkte met de therapeutische methode van zijn voorkeur, ongeacht de aard van het probleem. Klinische ervaring geeft aan dat dit een algemeen voorkomend verschijnsel is dat geheel contra-therapeutisch is.

een ‘praat-therapie’ precies is wat het is — een therapie waarin verandering van gedrag niet noodzakelijk is. Derhalve zal het nog moeilijker worden hem te betrekken bij een dergelijke gedragsverandering wanneer zijn depressie steeds terugkeert. In zo’n situatie wordt er wel degelijk een prijs betaald voor het gedrag van de therapeut.

Oplossingen

De therapeut diende te bekijken in hoeverre Davids gemoedstoestand in stand werd gehouden door gedrag (in het bijzonder het ontbreken van mogelijke positieve ervaringen). Voordat gekozen wordt voor andere therapieën, zouden de depressogene cognities van het ‘hier en nu’ uitgetest en uitgedaagd moeten worden via gedragsexperimenten en gedragsactivatie. Supervisie is essentieel om te garanderen dat therapeuten kiezen voor een behandeling die de grootste kans van slagen heeft, en om te garanderen dat de empirisch onderbouwde benadering lang genoeg wordt toegepast om beproven effectief (of anderszins) te zijn.

CONCLUSIE: PROBLEMEN, PRINCIPES EN OPLOSSINGEN DOOR ‘PRAAT-THERAPIEËN’ TE WIJZIGEN IN ‘DOE-THERAPIEËN’

Mits correct toegepast geeft cognitieve gedragstherapie van alle therapieën de beste resultaten voor de meeste stoornissen. Een belangrijk probleem is dat ze in veel gevallen niet correct wordt toegepast — zelfs niet door zeer ervaren CGT-therapeuten (zie onder anderen Brosan et al., 2007). Wat op zijn minst deels een ‘doe-therapie’ moet zijn, wordt geheel een ‘praat-therapie’. In dit overzicht is de rol bekeken die wij als therapeut hebben door toe te laten dat de therapie ineffectief wordt, en onze actieve (zij het onbedoelde) rol in het ziek houden van de patiënt. Therapie mislukt vaak omdat we uit het oog verliezen waarom bepaalde opdrachten moeten worden uitgevoerd, waarbij we (op zijn best) afglijden naar een ineffectieve therapie of (op zijn ergst) naar actieve schade. Onze cognities (bijvoorbeeld overtuigingen dat elk uitblijven van vooruitgang te maken heeft met de patiënt), emoties (bijvoorbeeld angst om negatief beoordeeld te worden als een falende case bij supervisie wordt ingebracht) en veiligheidsgedrag (bijvoorbeeld bij de patiënt niet aandringen om zich te committeren aan gedragsverandering) zijn sleutelementen in dit afdwalen van CGT. Zowel de therapeut als de patiënt ondervindt schade van het resultaat. ‘Aardig zijn’ voor de patiënt of deze ‘beschermen’ kan het probleem verergeren.

Als ‘aardig’ doen tegen de patiënt in dit soort situaties dus ineffectief is, is het enige alternatief dan om ‘vervelend’ tegen de patiënt te doen? Deze dichotomie is uiteraard een klassiek voorbeeld van zwart-witdenken. Er zijn diverse oplossingen aangedragen om met deze problemen om te gaan. Deze

methoden leiden waarschijnlijk tot positieve resultaten voor de patiënt op de middellange en lange termijn, en bieden ons de mogelijkheid om effectievere therapeuten te zijn binnen eenzelfde tijdsbestek. Niettemin moeten én de therapeut én de patiënt de angst ondergaan die op de korte termijn nodig is om de effectiefste, gedragsgerelateerde onderdelen van de behandeling uit te kunnen voeren. Het gebruik van deze methoden vereist een houding van de therapeut (zie onder anderen Geller, 2005; Geller, Williams & Srikaneswaran, 2001; Linehan, 1993) die duidelijk gericht is op de wederzijdse investering van patiënt en therapeut in consistente, empirisch onderbouwde benaderingen van psychologische behandeling. Deze benadering houdt ook het gebruik van transparante, gerechtvaardigde *non-negotiables* in (bijvoorbeeld geen zelfbeschadiging, huiswerk maken) binnen het kader van een klinische praktijk onder supervisie. De langetermijndoelstelling van symptoomvermindering en herstel is deze investering waard, en maakt het voor patiënt en therapeut lonend om de angst toe te laten die onvermijdelijk is in de eerste fasen van cognitieve gedragstherapie.

Summary Cognitive-behavioural therapy (CBT) has a wide-ranging empirical base, supporting its place as the evidence-based treatment of choice for the majority of psychological disorders. However, many clinicians feel that it is not appropriate for their patients, and that it is not effective in real life-settings (despite evidence to the contrary). This paper addresses the contribution that we as clinicians make to CBT going wrong. It considers the evidence that we are poor at implementing the full range of tasks that are necessary for CBT to be effective — particularly behavioural change. Therapist drift is a common phenomenon, and usually involves a shift from 'doing therapies' to 'talking therapies'. It is argued that the reason for this drift away from key tasks centres on our cognitive distortions, emotional reactions, and use of safety behaviours. A series of cases is outlined in order to identify common errors in clinical practice that impede CBT (and that can make the patient worse, rather than better). The principles behind each case are considered, along with potential solutions that can get us re-focused on the key tasks of CBT.

Key words: *cognitive-behavioural therapy, evidence-based therapy, adherence, therapist drift.*

Literatuur

- Agras, W.S., Crow, S.J., Halmi, K.A., Mitchell, J.E., Wilson, G.T., & Kraemer, H.C. (2000). Outcome predictors for the cognitive behavioral treatment of bulimia nervosa: data from a multisite study. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1302-1308.
- Andrews, G., Creamer, M., Crino, R., Hunt, C., Lampe, L., & Page, A. (2002). *The treatment of anxiety disorders: Clinician guides and patient manuals* (2nd ed.). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Beck, A.T. (1996). Beyond belief: A theory of modes, personality and psychopathology. In: P.M. Salkovskis (Ed.), *Frontiers of cognitive therapy* (pp. 1-25). New York, NY: Guilford.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of*

- depression*. New York, NY: Guilford.
- Becker, C.B., Zayfert, C., & Anderson, E. (2004). A survey of psychologists' attitudes towards and utilization of exposure therapy for PTSD. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 277-292.
- Bennett-Levy, J. (2003). Mechanisms of change in cognitive therapy: The case of automatic thought records and behavioural experiments. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 31, 261-277.
- Borkovec, T.D., & Ruscio, A.M. (2001). Psychotherapy for generalized anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62, 37-45.
- Brosan, L., Reynolds, S., & Moore, R.G. (2007). Factors associated with competence in cognitive therapists. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 35, 179-190.
- Brosan, L., Reynolds, S., & Moore, R.G. (2008). Self-evaluation of cognitive therapy performance: Do therapists know how competent they are? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36, 581-587.
- Carroll, K.M., Nich, C., & Ball, S.A. (2005). Practice makes progress? Homework assignments and outcome in treatment of cocaine dependence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 749-755.
- Clark, D.M., & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. In: R.G. Heimberg, M. Liebowitz, D.A. Hope, & F.R. Schneier (Eds.), *Social phobia: Diagnosis, assessment and treatment* (pp. 69-93). New York: Guilford.
- Cooper, M.J., Whitehead, L., & Boughton, N. (2004). Eating disorders. In: J. Bennett-Levy, G. Butler, M. Fennell, A. Hackmann, M. Mueller, & D. Westbrook (Eds.), *Oxford guide to behavioural experiments in cognitive therapy* (pp. 267-286). Oxford, UK: Oxford University Press.
- Dimidjian, S., Hollon, S.D., Dobson, K.S., Schmalings, K.B., Kohlenberg, R.J., Addis, M.E., et al. (2006). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 658-670.
- Fairburn, C.G. (2008). *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. New York, NY: Guilford.
- Fairburn, G.G., Marcus, M. D., & Wilson, G. T. (1993). Cognitive-behavioral therapy for binge eating and bulimia nervosa: A comprehensive treatment manual. In: C.G. Fairburn, & G.T. Wilson (Eds.), *Binge eating: Nature, assessment and treatment* (pp. 361-404). New York, NY: Guilford.
- Franklin, M.E., Abramowitz, J.S., Kozak, M.J., Levitt, J.T., & Foa, E.B. (2000). Effectiveness of exposure and ritual prevention for obsessive-compulsive disorder: Randomized compared with nonrandomized samples. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 594-602.
- Geller, J. (2002). Estimating readiness for change in anorexia nervosa: Comparing clients, clinicians and research assessors. *International Journal of Eating Disorders*, 31, 251-260.
- Geller, J. (April 2005). *Working relationships: What level of investment is optimal for our clients?* Paper presented at the London International Conference on Eating Disorders, London.
- Geller, J., Williams, K.D., & Srikaneswaran, S. (2001). Clinician stance in the treatment of chronic eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 9, 365-373.
- Ghaderi, A. (2006). Does individualization matter? A randomized trial of standardized (focused) versus individualized (broad) cognitive behavior therapy for bulimia nervosa. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 273-288.

- Greenberger, D., & Padesky, C.A. (1995). *Mind over mood: A cognitive therapy treatment manual for clients*. New York, NY: Guilford.
- Huppert, J.D., Barlow, D.H., Gorman, J. M., Shear, M. K., & Woods, S. W. (2006). The interaction of motivation and therapist adherence predicts outcome in cognitive behavioral therapy for panic disorder: Preliminary findings. *Cognitive and Behavioral Practice*, 13, 198-204.
- Jacobson, N.S., Dobson, K.S., Truax, P.A., Addis, M.E., Koerner, K., Gollan, J.K., et al. (1996). A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 295-304.
- Jehu, D. (1994). *Patients as victims: Sexual abuse in psychotherapy and counselling*. Chichester: Wiley.
- Karno, M.P. (2007). A case study of mediators of treatment effectiveness. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 31(Suppl.), S33-S39.
- Kehle, S.M. (2008). The effectiveness of cognitive behavioral therapy for generalized anxiety disorder in a frontline service setting. *Cognitive Behaviour Therapy*, 37, 192-198.
- Lejuez, C.W., Hopko, D.R., & Hopko, S.D. (2001). A brief behavioral activation treatment for depression. *Behavior Modification*, 25, 255-286.
- Lincoln, T.M., Rief, W., Hahlweg, K., Frank, M., von Witzleben, I., Schroeder, B., et al. (2003). Effectiveness of an empirically supported treatment for social phobia in the field. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 1251-1269.
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioural treatment of borderline personality disorders*. New York, NY: Guilford.
- Parrott, A.C., Sisk, E., & Turner, J.J. (2000). Psychobiological problems in heavy 'ecstasy' (MDMA) polydrug users. *Drug and Alcohol Dependence*, 60, 105-110.
- Persons, J.B., Bostram, A., & Bertagnolli, A. (1999). Results of randomized controlled trials of cognitive therapy for depression generalize to private practice. *Cognitive Therapy and Research*, 23, 535-548.
- Persons, J.B., Roberts, N.A., Zalecki, C.A., & Brechwald, W.A.G. (2006). Naturalistic outcome of case formulation-driven cognitive-behavior therapy for anxious depressed outpatients. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1041-1051.
- Quarmby, L., Rimes, K.A., Deale, A., Wesely, S., & Chalder, T. (2007). Cognitive behaviour therapy for chronic fatigue syndrome: Comparison of outcomes within and outside the confines of a randomised controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 1085-1094.
- Rees, C.S., McEvoy, P., & Nathan, P.R. (2005). Relationship between homework completion and outcome in cognitive behaviour therapy. *Cognitive Behaviour Therapy*, 34, 242-247.
- Roth, A., & Fonagy, P. (1996). *What works for whom? A critical review of psychotherapy research*. London, UK: Guilford.
- Schulte, D., & Eifert, G.H. (2002). What to do when manuals fail? The dual model of psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 312-328.
- Segal, Z.V., Williams, J.M.G., & Teasdale, J.D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. London, UK: Guilford.
- Stobie, B., Taylor, T., Quigley, A., Ewing, S., & Salkovskis, P.M. (2007). Contents may vary: A pilot study of treatment histories of OCD patients. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 35, 273-282.
- Stuart, G.L., Treat, T.A., & Wade, W.A. (2000). Effectiveness of an empirically based treatment for panic disorder delivered in a service clinic setting: 1-year followup. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 506-512.

- Tang, T.Z., & DeRubeis, R.J. (1999). Reconsidering rapid early response in cognitive behavioral therapy for depression. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6, 283-288.
- Teasdale, J.D. (1996). The relationship between cognition and emotion: The mind-in-place in mood disorders. In: D.M. Clark, & C.G. Fairburn (Eds.), *Science and practice of cognitive behaviour therapy* (pp. 67-93). Oxford, UK: Oxford University Press.
- Thompson-Brenner, H., & Westen, D. (2005). Personality subtypes in eating disorders: Validation of a classification in a naturalistic sample. *British Journal of Psychiatry*, 186, 516-524.
- Tobin, D.L., Banker, J.D., Weisberg, L., & Bowers, W. (2007). I know what you did last summer (and it was not CBT): A factor analytic model of international psychotherapeutic practice in the eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 40, 754-757.
- Waller, G., Corstorphine, E., Cordery, H., Hinrichsen, H., Lawson, R., Mountford, V., et al. (2007). *Cognitive-behavioural therapy for the eating disorders: A comprehensive treatment guide*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Westra, H.A., Dozois, D.J., & Marcus, M. (2007). Expectancy, homework compliance, and initial change in cognitive-behavioral therapy for anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 363-373.
- Wilson, G.T., Fairburn, C.G., Agras, W.S., Walsh, B.T., & Kraemer, H. (2002). Cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa: Time course and mechanisms of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 267-274.
- Young, J.E., Klosko, J.S., & Weishaar, M.E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York, NY: Guilford.

Schematherapie en EMDR gecombineerd bij complexe traumagerelateerde problematiek

ANNEMIEKE DRIESSEN & ERIK TEN BROEKE

Samenvatting

Terwijl voor PTSS bewezen effectieve behandelingen beschikbaar zijn, is dat voor complexe traumagerelateerde stoornissen minder het geval. De weerbarstige therapeutische praktijk vraagt dan ook om een goede casusconceptualisatie waarmee de behandeling vormgegeven kan worden. Daarnaast dient de therapeut creatief met bestaande therapeutische methoden en technieken om te gaan om het proces te optimaliseren en waar nodig vlot te trekken. Wij menen dat de behandelmethoden schematherapie en EMDR elkaar bijzonder goed kunnen aanvullen. Het schematherapeutische model heeft veel raakvlakken met de 'EMDR-rechtsom'-zoekstrategie, waarin gezocht wordt naar de belangrijkste pijlers onder schema's of kernopvattingen. Tijdens het uitvoeren van het EMDR-standaardprotocol kunnen varianten van technieken uit de schematherapie, zoals imaginatie met *rescripting*, een waardevolle bijdrage leveren wanneer het verwerkingsproces stagneert. We beschrijven in dit artikel welke mogelijkheden de combinatie van EMDR en schematherapie naar onze mening biedt en illustreren dit met een casus.

Trefwoorden: complexe traumagerelateerde problematiek, schematherapie, EMDR, imaginatie met rescripting.

INLEIDING

Voor de posttraumatische stressstoornis (PTSS) zijn inmiddels goed onderzochte en bewezen effectieve behandelingen beschikbaar. De praktijk is echter weerbarstig: traumagerelateerde problematiek, vooral als die het zogenoemde 'type 2-trauma' betreft, kan complex zijn en gepaard gaan met diverse comorbide stoornissen en problemen. Dit zorgt niet zelden voor gril-

ligheid in de behandeling en betekent een flinke uitdaging voor zowel de therapeut als de patiënt.

Een goede casusconceptualisatie is dan ook noodzakelijk, om als therapeut de lijn van de behandeling vast te kunnen houden, en voor de patiënt om te begrijpen waarom behandeling op deze wijze nodig is. Twee verschillende, onder therapeuten toenemend populaire benaderingen om te komen tot een casusconceptualisatie en daaruit afgeleid behandelplan zijn schematherapie en EMDR. In dit artikel wordt bepleit dat bij complexe traumagerelateerde casussen in het algemeen en bij complexe PTSS in het bijzonder EMDR en schematherapie zich wat betreft de wijze van conceptualiseren en de toepassing van specifieke interventies goed laten combineren. EMDR en schematherapie zijn immers beide gericht op het herstellen van de gevolgen van traumatische, ontwrichtende ervaringen. Hoewel uit de klinische praktijk blijkt dat beide vaak worden gecombineerd of in aanvulling op elkaar worden toegepast, zijn er nog maar weinig beschrijvingen in de literatuur te vinden over hoe deze combinatie eruit kan zien. Aalders en Van Dijk (2012) zijn daarop een uitzondering met hun boek *Schemagerichte therapie in de praktijk*. Zij wijden een hoofdstuk aan de combinatie van schematherapie en EMDR en illustreren dit aan de hand van twee casussen. Zij beschrijven onder andere hoe EMDR met imaginatie met rescripting wordt gecombineerd en hoe de EMDR-rechtsomzoekstrategie kan worden geïntegreerd in een schematherapeutisch kader.

Hoewel vooral onderzocht bij de behandeling van persoonlijkheidsproblematiek, is het aannemelijk dat schematherapie ook bij complexe traumagerelateerde problematiek een bruikbare methode is. Er is immers betrekkelijk veel overlap tussen bijvoorbeeld complexe PTSS en de ernstigere varianten van persoonlijkheidsproblematiek, met name de borderline persoonlijkheidsstoornis. Dit geldt zeker voor de meest prominente symptomatologie en in veel gevallen ook voor de etiologie. Naar de mogelijkheden van EMDR bij complexe traumagerelateerde stoornissen is evenmin gedegen onderzoek gedaan. Niettemin is aannemelijk dat EMDR ook bij deze problematiek goede mogelijkheden biedt, mits ingebed in een geïntegreerd behandelplan.

Dit artikel beschrijft hoe schematherapie en EMDR bij complexe traumagerelateerde problematiek in samenhang kunnen worden toegepast. Daartoe wordt achtereenvolgens besproken wat wordt verstaan onder complexe traumagerelateerde problematiek, hoe schematherapie in grote lijnen wordt vormgegeven en hoe EMDR kan worden ingezet bij een dergelijke behandeling. Ter illustratie wordt een casus gepresenteerd.

COMPLEXE TRAUMAGERELATEERDE PROBLEMATIEK: EEN UITDAGING VOOR THERAPEUT EN PATIËNT

.....

De term 'complexe traumagerelateerde problematiek' gebruiken we hier als overkoepelende term voor diverse stoornissen en problemen die voort-

komen uit (vroegkinderlijke) herhaalde traumatisering. Daarbij kan, maar hoeft geen sprake te zijn van complexe PTSS.

De term 'complexe PTSS' wordt in de praktijk vaak gebruikt voor ingewikkelde traumagerelateerde problematiek waarbij de diagnose PTSS de lading onvoldoende dekt. Hoewel de bruikbaarheid van deze diagnose in de praktijk zelden wordt betwist (maar zie: Van Minnen, 2008), is complexe PTSS niet in de DSM-5 (APA, 2013) opgenomen vanwege onvoldoende empirische evidentie. Wel is in de DSM-5 een subtype van PTSS opgenomen: PTSS met dissociatieve problematiek. In de nog te verschijnen ICD-11 (WHO, verwacht in 2017) lijkt complexe PTSS niettemin wel een plaats te krijgen. Daarbij worden de volgende criteria genoemd: herbelevingen, vermijding en verhoogde arousal (PTSS-criteria) plus veranderde affectregulatie (met onder andere verhoogde emotionaliteit, agressieve uitbarstingen, impulsief gedrag en dissociatie), veranderde zelfperceptie (met onder andere schaamte, gevoelens van waardeloosheid, schuldgevoel, wanhoop), verstoorde relaties met anderen (moeite met hechting, verminderde interesse in relaties en verminderde sociale betrokkenheid) (Bisson, 2013).

Zoals gezegd valt niet alleen complexe PTSS binnen het bestek van dit artikel; evengoed kan het gaan om PTSS met comorbide as I- en as II-stoornissen en (meestal) forse psychosociale ontregeling. Daarnaast kan worden gedacht aan dissociatieve en somatoforme stoornissen waaraan traumatische gebeurtenissen ten grondslag liggen.

Naar de behandeling van complexe PTSS is nog maar beperkt empirisch onderzoek gedaan. Er bestaat een consensusdocument van de ISTSS (Cloitre et al., 2012) waarin de voorkeur wordt gegeven aan een fasegerichte behandeling bij complexe PTSS. Deze fasegerichte behandeling beslaat achtereenvolgens de fases: stabilisatie en symptoomreductie, verwerken van traumatische herinneringen en reïntegratie/terugvalpreventie. Deze fases hebben overigens onvermijdelijk een grillig verloop binnen de therapie en volgen elkaar zelden netjes op. Er zijn daarnaast onderzoeken waaruit blijkt dat juist het verwerkingsgerichte deel van de behandeling de grootste therapeutische waarde heeft, omdat dit deel veranderingen geeft op symptoomniveau. Zo blijkt uit een overzichtsstudie van Korn (2009) dat PTSS-symptomen bij patiënten met complexe PTSS pas verminderen wanneer specifieke traumagerichte interventies hebben plaatsgevonden. Ook Van Minnen komt tot deze conclusie na het onderzoeken van verschillende studies bij patiënten met ernstige comorbiditeit (Van Minnen, Harned, Zoellner & Mills, 2013). Er zijn volgens haar bemoedigende behandelresultaten te boeken wanneer wordt vastgehouden aan het standaard behandelprotocol voor PTSS, eventueel geïntegreerd in een uitgebreider behandelaanbod waarin ook de comorbide stoornissen worden behandeld. Het uitstellen van verwerkingsgerichte behandeling door te (blijven) stabiliseren wordt door haar afgeraden.

Wat de patiëntengroep die hier centraal staat kenmerkt, is dat het maken van een casusconceptualisatie niet eenvoudig is en dat goed in kaart moet

worden gebracht welke verbanden er bestaan tussen verschillende aspecten van de persoonsontwikkeling, de huidige klachten, symptomen en stoornissen. Een goed therapeutisch model is noodzakelijk om de complexiteit van deze traumagerelateerde problematiek in kaart te brengen. Onze ervaring is dat de combinatie van schematherapie en EMDR hierin veel mogelijkheden biedt. Het model van de schematherapie maakt gebruik van de relatie tussen biografische (met name traumatische) ervaringen en de invloed daarvan op huidige gedragspatronen en symptomen. EMDR biedt niet een dergelijk ‘groot’ kader, maar heeft als therapeutische methode juist haar sporen verdiend in het heel systematisch en precies opsporen van herinneringen die de huidige problemen aansturen en onderhouden. Om de impact van deze ervaringen ongedaan te maken, dan wel te verminderen, zijn zowel technieken uit de schematherapie — zoals imaginatie met rescripting, historisch rolspel en stoelentechnieken — als EMDR uitermate bruikbaar.

Wij richten ons in dit artikel daarmee op fase twee, de ‘behandelfase’ waarin de traumatische ervaringen worden verwerkt (zie: Cloitre et al., 2012). Het is belangrijk om hierbij te noemen dat het bij traumata kan gaan om zowel gebeurtenissen die vallen onder *abuse* als onder *neglect*. De eerste gaan over situaties die er niet hadden moeten zijn maar er wel waren, zoals misbruik en mishandeling. De tweede gaan over wat er wel had moeten zijn maar er niet (voldoende) was: het gaat dan om behoeften (aan bijvoorbeeld zorg, veiligheid en steun) die on vervuld zijn gebleven, doordat er sprake was van verwaarlozing. Het eerste soort trauma geeft in de regel meer actieve PTSS-symptomen dan het tweede, terwijl de gevolgen van neglect zeker zo ontwrichtend kunnen zijn en een belangrijke rol spelen in de behandeling.

SCHEMATHERAPIE: EEN BEKNOPTE KENNISMAKING

.....

Schematherapie is door Jeffrey Young ontwikkeld vanuit de cognitieve gedragstherapie en is met name gericht op de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen. Het is een behandelmodel waarin elementen van verschillende therapeutische stromingen zijn geïntegreerd. Naast aandacht voor disfunctionele cognities zijn ook problematische emoties, ineffectieve coping, biografische gegevens en de therapeutische relatie focus van de behandeling. Binnen de schematherapie wordt gewerkt met het zogenaamde ‘schemamodel’ en het ‘modusmodel’. Beide modellen worden hieronder beknopt beschreven. Voor uitgebreide beschrijvingen zie onder meer: Aalders en Van Dijk (2012), Arntz en Jacob (2011), Van Genderen en Arntz (2012) en Young, Klosko en Weishaar (2005).

Schemamodel

Schema's worden gedefinieerd als 'algemene patronen, die bestaan uit herinneringen, emoties, cognities en lichamelijke gewaarwordingen, met betrekking tot zichzelf en de relaties met anderen, die vroeg in de ontwikkeling beginnen en zich het hele leven herhalen' (Young et al., 2005). Er worden doorgaans achttien schema's onderscheiden, die verdeeld zijn over vijf zogenaamde 'schemadomeinen'. Elk schemadomein correspondeert met een emotionele basisbehoefte van een kind (zie tabel 1; zie ook: Young et al., 2005). De aanname is dat disfunctionele schema's ontstaan wanneer deze basisbehoeften gedurende de individuele ontwikkeling niet voldoende worden vervuld. Steeds meer onderzoeksbevindingen bevestigen dat traumatische of emotioneel belastende ervaringen in de jeugd sterk samenhangen met het ontstaan van psychische stoornissen. Daarom is een belangrijk doel van schematherapie om patiënten te leren meer aandacht te hebben voor hun behoeften en deze beter te vervullen (Arntz & Jacob, 2011).

TABEL 1 *Overzicht van basisbehoeften en schema's. Bron: Young, Klosko & Weishaar (2005).*

Basisbehoefte (schemadomein)	Schema
Veilige hechting, acceptatie, fysieke en emotionele verzorging	▶ Verlating, instabiliteit ▶ Wantrouwen, misbruik ▶ Emotioneel tekort ▶ Minderwaardigheid, schaamte ▶ Sociaal isolement, vervreemding
Autonomie, competentie, identiteitsgevoel	▶ Afhankelijkheid ▶ Kwetsbaarheid voor ziekte en gevaar ▶ Kluwen, onderontwikkeld zelf ▶ Mislukken, falen
Realistische grenzen, zelfcontrole	▶ Veeleisendheid ▶ Onvoldoende zelfcontrole/zelfdiscipline
Vrijheid in expressie van behoeften en emoties	▶ Onderwerping ▶ Zelfopoffering ▶ Goedkeuring en erkenning zoeken
Spontaniteit, spel	▶ Negativisme, pessimisme ▶ Emotionele geremdheid ▶ Extreem hoge eisen ▶ Bestraffendheid

Modusmodel

237

Naast het schemamodel wordt een zogenoemd 'modusmodel' onderscheiden. Oorspronkelijk was dit model bedoeld voor de behandeling van de borderline persoonlijkheidsstoornis, maar inmiddels is het model zodanig geëvolueerd dat het ook bruikbaar is bij andere persoonlijkheidsstoornissen en zelfs hardnekkige as I-stoornissen (Arntz & Jacob, 2011).

Een schemamodus wordt omschreven als een actuele emotionele toestand die verbonden is met een bepaald schema (Arntz & Jacob, 2011). Er wordt onderscheid gemaakt tussen zogenaamde 'kindmodi' (die kwetsuren en pijnlijke gevoelens in zich dragen), 'disfunctionele oudermodi' (die worden gezien als internalisaties van disfunctionele reacties van de ouders op het kind) en 'copingmodi' (die worden ingezet om met problematische situaties om te gaan en meestal gericht zijn op de vermindering van pijnlijke gevoelens). Naast deze problematische modi veronderstelt het model het bestaan van gezonde modi: de gezonde volwassene en het gelukkige of blijde kind. Een belangrijk doel van schematherapie is om patiënten te leren de gezonde volwassene in zichzelf te versterken, de disfunctionele copingmodi en oudermodi te verminderen en het blijde kind verder te ontwikkelen (Young et al., 2005). Zie tabel 2 voor een overzicht van modi.

Therapeutische relatie

De therapeutische relatie speelt bij schematherapie een belangrijke rol en heeft twee kenmerken: een therapeutische houding van empathische confrontatie en het gebruik van zogenaamde *limited reparenting*. Bij empathische confrontatie toont de therapeut consequent begrip voor (de redenen van) het schemabestendige gedrag en confronteert tegelijkertijd de patiënt met de noodzaak tot verandering. Limited reparenting houdt in dat er binnen de grenzen van de therapeutische relatie geboden wordt wat de patiënt als kind tekort gekomen is. Voorbeelden van limited reparenting zijn het geven van troost en steun, maar ook het stellen van grenzen aan onangepast gedrag (Young et al., 2005). Bij de behandeling van complexe traumagerelateerde problematiek kan goed gebruik worden gemaakt van het schematherapeutisch model. Het model biedt een kader waarin de samenhang tussen de verschillende symptomen en hun herkomst — de beschadigende ervaringen — in kaart kunnen worden gebracht. Een casusconceptualisatie volgens het schematherapeutisch model is dan ook zeer bruikbaar voor zowel patiënt als therapeut om de ingewikkelde pathologie, de vaak problematische interpersoonlijke relaties en de onderliggende patronen te begrijpen en van daaruit een therapieplan op te stellen.

TABEL 2 *Overzicht van de modi. Bron: Van Genderen & Arntz (2012) en Arntz & Jacob (2011).*

238

Groep modi	Modus
Disfunctionele kindmodi	▶ Kwetsbare, eenzame, verdrietige, verlaten, misbruikte en afhankelijke kindmodi ▶ Razende, boze, impulsieve en ongedisciplineerde kindmodi
Disfunctionele oudermodi	▶ Veeleisende oudermodus ▶ Straffende oudermodus ▶ Schuldinducerende oudermodus
Copingmodi	▶ Willoze, inschikkelijke modus ▶ Onthechte beschermermodus ▶ Vermijdende beschermermodus ▶ Boze beschermermodus ▶ Onthechte zelfsussermodus ▶ Zelfverheerlijkermodus ▶ Aandacht- en erkeningzoekermodus ▶ Perfectionistische overcontroleerdermodus ▶ Wantrouwende overcontroleerdermodus ▶ Pest- en aanvalmodus ▶ Bedrog- en manipulatiemodus ▶ Roofdiermodus
Functionele modi	▶ Blij/gelukkige kindmodus ▶ Gezonde volwassenenmodus

Schematherapeutische interventies

Binnen de schematherapie wordt gebruikgemaakt van diverse cognitieve, experiëntiële en gedragsmatige interventies en procedures uit verschillende therapeutische stromingen. De ervaring leert dat uitleg van het model aan de patiënt op basis van een individuele casusconceptualisatie veelal zeer verhelderend werkt. De patiënt wordt zich ervan bewust dat gebeurtenissen die eerder 'gewoon' en vanzelfsprekend leken een grote emotionele impact op zijn leven hebben. Dit geeft vaak een geruststellend gevoel van erkenning, maar ook een boos en verdrietig gevoel, wanneer de impact tot de patiënt doordringt. Een voorbeeld hiervan is een patiënt die zich voor het eerst realiseert dat hij emotioneel verwaarloosd is omdat zijn ouders er nooit waren wanneer hij ze nodig had, of wanneer hij zich realiseert waarom het steeds niet lukt om gezonde relaties aan te gaan of een baan vast te houden.

Verschillende cognitieve technieken helpen de patiënt om zijn schema's en modi te begrijpen en verbaal aan te vechten, zodat uiteindelijk de modus van de gezonde volwassene wordt versterkt. Voorbeelden zijn G-schema's, de socratische dialoog, de historische toets en de neerwaartse pijltechniek (voor een overzicht, zie: Ten Broeke, Van der Heiden, Meijer & Hamelink, 2008; Van Genderen & Arntz, 2012). Experiencele technieken zijn bedoeld om emoties die verband houden met oude schema's op te roepen en vervolgens te 'helen'. Zij ontleen hun kracht aan overtuigende, corrigerende ervaringen in de veilige context van de therapiekamer, onder andere in de relatie met de therapeut. Imaginatie (met rescripting), stoelentechnieken en (historisch) rollenspel zijn voorbeelden van specifieke interventies die in dit kader kunnen worden ingezet. Interventies gericht op daadwerkelijke gedragsverandering en het toepassen van inzichten in het dagelijks leven zijn gericht op het bestendigen van nieuwe inzichten en gezonde (gedrags)patronen (Van Vreeswijk, Broersen, Giesen-Bloo & Haeyen, 2008; Young et al., 2005).

EMDR (EYE MOVEMENT DESENSITIZATION AND REPROCESSING)

.....

EMDR is een *evidence-based* behandelprotocol voor de behandeling van PTSS en aanverwante stoornissen (Shapiro, 2001). Kenmerkend voor het EMDR-protocol is dat stapsgewijs de meest relevante traumatische herinnering(en) in het geheugen worden geactiveerd, waarna de patiënt een afleidende mentale of motorische taak wordt gegeven. De competitie tussen de geactiveerde herinnering en de aandacht die de taak vraagt, zorgt ervoor dat de emotionale en levendigheid van het traumatische beeld sterk afneemt. Dit leidt tot het verdwijnen van de intrusieve beelden en zorgt voor een herinterpretatie van de betekenis van de traumatische ervaringen voor het leven in het hier en nu (voor details, zie: De Jongh & Ten Broeke, 2013).

Inmiddels heeft EMDR zich ontwikkeld tot een geïntegreerd behandelmodel, gebaseerd op de aanname dat psychopathologie in belangrijke mate ontstaat en voortduurt doordat onverwerkte, beschadigende ervaringen in het geheugen worden opgeslagen en een sterk negatieve invloed uitoefenen op het functioneren van de patiënt. Daardoor is het indicatiegebied voor EMDR breder geworden dan uitsluitend PTSS. Ook bij de eerdergenoemde complexe traumagerelateerde problematiek, zoals complexe PTSS, kan EMDR een waardevolle bijdrage leveren aan de behandeling (Ten Broeke, De Jongh & Oppenheim, 2012).

Ordening van traumatische ervaringen

.....

Complexe traumagerelateerde problematiek stelt de EMDR-therapeut voor een flinke uitdaging, zeker als het gaat om complexe PTSS ten gevolge van type 2-trauma. Er moet dan een casusconceptualisatie (CC) worden opge-

steld, die ordening aanbrengt in de vele traumatische ervaringen die de patiënt heeft moeten doorstaan. De CC moet zicht geven op welke herinneringen met name moeten worden bewerkt, en in welke volgorde dat dient te gebeuren. Ten Broeke et al. (2012) doen een voorstel hoe de CC zodanig kan worden vormgegeven dat EMDR gericht op traumaverwerking kan worden ingezet. Dat voorstel ontbeert vooralsnog een stevige wetenschappelijke fundering en is gebaseerd op ervaringen bij de behandeling van patiënten met complexe traumagerelateerde problematiek in de klinische praktijk. Kortweg komt de voorgestelde werkwijze op het volgende neer.

In zekere zin wordt in een fasemodel gedacht, waarbij al in de eerste fase van de behandeling wordt gestreefd naar het verzwakken van de ontregelende invloed van herbelevingen en intrusies. Dit wordt ‘machteloosheid eerst’ genoemd. Hiertoe wordt een top 3 vastgesteld van herinneringen — herbelevingen die de patiënt in het dagelijks leven het meest ontregelen. Het gaat dan per definitie om herinneringen waartegenover de patiënt goeddeels machteloos staat. Door EMDR kan die ontregeling in de meeste gevallen betrekkelijk snel worden verminderd. In samenhang met andere ‘stabiliserende’ interventies wordt zodoende de draaglast verminderd en de draagkracht versterkt.

Daarna zoeken patiënt en therapeut samen naar een ordeningsprincipe om de vele herinneringen aan ingrijpende gebeurtenissen uit het leven van de patiënt in kaart te brengen en groepsgewijs te ordenen. Hierbij kan gebruik worden gemaakt van ordening op basis van geïdentificeerde daders of op basis van perioden in het leven van de patiënt. Een wat meer geavanceerde wijze van ordenen ontstaat als gebruik wordt gemaakt van een drietal algemene thema's die worden geoperationaliseerd in zogenaamde ‘kernthema's’ ofwel kernopvattingen (zie tabel 3).

Telkens wordt gezocht naar herinneringen die horen bij een bepaalde dader of periode, of naar herinneringen die in de ogen van de patiënt gelden als bewijsmateriaal voor de desbetreffende kernthema's. Deze laatste werkwijze wordt wel ‘EMDR-rechtsom’ genoemd (Ten Broeke et al., 2012). EMDR-rechtsom wordt onderscheiden van het zogenaamde ‘EMDR-linksom’. In het laatste geval is de samenhang tussen de klachten en de beschadigende gebeurtenissen niet direct inzichtelijk — zoals bij PTSS wel het geval is — en moet de leergeschiedenis chronologisch in kaart worden gebracht. EMDR-rechtsom daarentegen is gebaseerd op de aanname dat de vorming van disfunctionele opvattingen aan de basis kan liggen van psychopathologie en dat het verzwakken van het bewijs voor die opvattingen het functioneren van de patiënt zal bevorderen. Met die opvattingen is de patiënt immers niet geboren, maar deze zijn ontstaan op basis van een scala aan ervaringen waaruit als het ware bepaalde conclusies zijn getrokken. Die conclusies kunnen zich manifesteren als intermediaire opvattingen of kernopvattingen (Ten Broeke et al., 2008). Kernopvattingen worden ook wel kernthema's genoemd (zie:

TABEL 3 *Voorbeeld van ordening van herinneringen aan ingrijpende gebeurtenissen.*

Algemeen thema	Geoperationaliseerd in kernthema/ kernopvatting (voorbeeld)
Interpersoonlijk wantrouwen	‘Mannen zijn levensgevaarlijk.’
Schuld	‘Ik ben verantwoordelijk voor wat mij is overkomen.’
Zelfbeeld	‘Ik ben waardeloos.’

Korrelboom & Ten Broeke, 2014). De met EMDR te behandelen herinneringen worden dan gevonden en geordend op basis van de actuele ‘bewijskracht’ voor de disfunctionele opvattingen. Vanzelfsprekend wordt dan gestart met de meest overtuigende bewijzen (zie: Ten Broeke et al., 2012).

Het EMDR-proces bij complexe traumagerelateerde problematiek

Het uitgangspunt van EMDR is dat het herstel — de verwerking — min of meer ‘vanzelf’ verloopt zodra het proces adequaat is opgestart (De Jongh & Ten Broeke, 2013; Shapiro, 2001). Dit uitgangspunt is gerechtvaardigd bij de meeste (PTSS-)patiënten, maar minder vanzelfsprekend bij mensen met complexe traumagerelateerde problematiek, zoals complexe PTSS. De affecttolerantie is dan soms zeer beperkt, er treedt regelmatig pathologische dissociatie op (zowel in het dagelijks leven als binnen de behandelsessies), de emotieregulatie schiet vaak tekort en de gevormde kernthema’s met betrekking tot zelfbeeld en mensbeeld zijn dermate negatief en rigide dat deze soms niet ‘vanzelf’ gecorrigeerd worden tijdens EMDR. In dit kader wordt regelmatig gebruikgemaakt van zogenoemde *cognitive interweaves* (Shapiro, 2001; Ten Broeke et al., 2012). Daarmee worden goed getimed vragen bedoeld die aanwezige, maar op dat moment onvoldoende beschikbare inzichten in het bewustzijn roepen, zodat die kennis deel kan gaan uitmaken van het (informatie)verwerkingsproces.

COMBINATIE VAN SCEMATHERAPIE EN EMDR

Een gemeenschappelijk element bij zowel schematherapie als EMDR is de nadruk op het ‘repareren’ van de invloed van beschadigende ervaringen, die ontwrichtend inwerken op het functioneren van de patiënt in het heden.

Dit laatste is vanzelfsprekend prototypisch het geval bij complexe PTSS. Eveneens gemeenschappelijk is dat er bij beide benaderingen naar wordt gestreefd de traumatische gebeurtenissen te herinterpreteren door het activeren van de desbetreffende herinneringen en deze van hun ontwrichtende emotionele lading en disfunctionele betekenis te ontdoen.

EMDR-rechtsom heeft sterke raakvlakken met aspecten van de casusconceptualisatie die bij schematherapie wordt opgesteld. Met name als het gaat om het expliciteren van de samenhang tussen enerzijds schema's/kernopvattingen en anderzijds de daaraan ten grondslag liggende ervaringen zijn de overeenkomsten evident. Oorspronkelijk wordt binnen de schematherapie bij het zoeken van relevante ervaringen vooral gewerkt met (varianten van) de zogenaamde 'affectbrugstrategie'. Een affectbrug wordt gebruikt bij het zoeken naar herinneringen aan ontwrichtende ervaringen die in zeker opzicht een verklaring bieden voor problematische emotionele of fysieke reacties in het heden. Door de patiënt zich te laten concentreren op een recente, representatieve ervaring waarbij de problematische emoties of lichamelijke reacties optraden, kan — zo neemt men aan — op geleide daarvan de patiënt contact maken met ervaringen uit het verleden waarin vergelijkbare emoties aanwezig waren of zelfs ontstonden (Watkins, 1971). De aldus gevonden herinneringen kunnen dan bewerkt worden met technieken als imaginatie met rescripting (Arntz & Weertman, 1999; Van Genderen & Arntz, 2012). Bij EMDR-rechtsom wordt explicieter een zoekstrategie naar relevant bewijsmateriaal gehanteerd en wordt het standaard EMDR-protocol ingezet als interventie. Er is geen enkele dwingende reden de beide werkwijzen niet te zien als aanvullend of ten minste als wederzijdse inspiratiebron. De verschillende strategieën om herinneringen te selecteren die behandeld moeten worden, kunnen overigens ook gecombineerd worden. Zo kan binnen een bepaalde periode — bijvoorbeeld 'misbruik van het achtste tot het elfde levensjaar' — worden gezocht naar herinneringen die 'bewijzen' dat (1) 'niemand te vertrouwen is' en dat (2) de patiënt 'een slecht mens is'. Een variant op deze zoekstrategie is het opsporen van de gevoelsmatig belangrijkste bewijzen van een schema. Hierbij wordt het schema gebruikt als kernthema (zie boven) en wordt middels de EMDR-rechtsom-strategie gezocht naar de herinneringen die bij de belangrijkste bewijzen horen. In aanvulling op het gericht navragen door de therapeut kan goed gebruik worden gemaakt van het faciliteren van het zoekproces door (aspecten van) de affectbrug te gebruiken. Leidend is steeds of er een ordening ontstaat waarin de patiënt zich herkent en die ook de therapeut voldoende handvatten geeft om de behandeling te structureren.

Ook waar het de therapeutische interventies betreft, kan sprake zijn van integratie en inspiratie. Zo wordt binnen het EMDR-proces met patiënten met complexe traumatisering regelmatig gebruikgemaakt van (delen van) IR (zie onder).

Er zijn echter ook verschillen. Zo wordt bij EMDR meer gebruikgemaakt van specifieke zoekstrategieën bij de selectie van de meest relevante herinneringen, terwijl bij schematherapie de nadruk ligt op het gebruik van affectbruggen. Beide benaderingen kunnen overigens prima worden gecombineerd. Daarnaast wordt binnen de schematherapie (veel) actiever ingegrepen in het script van de herinnering — en niet onbelangrijk: nog vóór het trauma daadwerkelijk plaatsvindt — terwijl bij EMDR wordt ingezet op de ‘reinigende’ werking van werkgeheugenbelasting en het volgen van spontane associaties, zonder dat de therapeut intervenueert. Niettemin wordt tijdens EMDR bij complexe stoornissen regelmatig gebruikgemaakt van cognitive interweaves. In de praktijk wordt — en niet alleen door ons — gebruikgemaakt van imaginatie met rescripting bij wijze van cognitive interweave tijdens een EMDR-proces. Veel hangt daarbij af van de creativiteit en de vaardigheden van de therapeut.

De therapeut kan voor de behandeling van traumatische ervaringen steeds de keuze maken uit imaginatie met rescripting of EMDR. Deze keuze is grotendeels afhankelijk van de voorkeur en ervaring van de therapeut en zijn inschatting van wat op dat moment in de therapie het meest werkzaam, wenselijk of nodig is. Die inschatting is tamelijk arbitrair, aangezien er geen richtlijnen voor bestaan. Hoewel de effectiviteit van EMDR bij het behandelen van traumatische herinneringen onomstotelijk is aangetoond en EMDR daarom in zeker opzicht de voorkeur zou moeten genieten, bestaat inmiddels ook voor imaginatie met rescripting evidentie voor effectiviteit (zie bijvoorbeeld: Arntz, 2012; Arntz, Sofi & Van Breukelen, 2013). Naast dergelijke wetenschappelijke argumenten kan het volgende in de overwegingen worden betrokken. In de klinische praktijk wordt vaak onderscheid gemaakt tussen situaties van abuse en die van neglect.

Onze ervaring is dat bij situaties waarin er sprake is geweest van misbruik (wanneer er iets heeft plaatsgevonden wat er niet had moeten zijn) EMDR een goede behandelinterventie is. Bij dit soort situaties zijn de intrusies en herinneringsbeelden vaak heftig, en betrekkelijk eenvoudig te identificeren. Bij situaties van verwaarlozing (waarin er iets ontbrak wat er juist wel had moeten zijn, zoals troost, steun of aandacht) is onze ervaring dat imaginatie met rescripting (al dan niet gecombineerd met EMDR) een goede therapeutische interventie kan zijn. Hier zijn de herinneringsbeelden als zodanig weliswaar minder intrusief en beladen, maar kan de impact op het zelfbeeld en de kans op de ontwikkeling van disfunctionele schema's juist erg groot zijn. De nu volgende casus ('Jolanda') wil een illustratie zijn van de praktische betekenis van genoemde overwegingen.

CASUS JOLANDA

244

Jolanda is een 44-jarige vrouw, die zich aanmeldt met herbelevingen, nachtmerries, verhoogde arousal en schrikachtigheid: er wordt voldaan aan de criteria van een PTSS. De klachten zijn ontstaan na een (onterechte) aanhouding en verblijf in een politiecel. Jolanda heeft een nare jeugd gehad, maar vraagt daar aanvankelijk geen aandacht voor in de behandeling. De therapeut begint vanwege de forse PTSS-klachten vrij snel in de behandeling met EMDR, met de herbelevingsbeelden als target. Wanneer dit recente trauma als het ware is opgeruimd, wordt duidelijk dat er meer aan de hand is dan alleen PTSS. Pas na de behandeling van de PTSS ontstaat er (met name bij Jolanda) kennelijk meer ruimte voor het onderkennen van langer bestaande, onderliggende problematiek. Jolanda voelt zich namelijk schuldig naar haar moeder, met wie zij recent na een ruzie het contact verbroken heeft. De therapeut brengt samen met Jolanda haar levensgeschiedenis meer uitgebreid in kaart. Hieruit blijkt dat zij fors emotioneel en pedagogisch is verwaarloosd door haar alcoholistische moeder en stiefvader, regelmatig is geslagen door beiden en een aantal jaren seksueel is misbruikt door haar oudere broer. Zij heeft haar moeder destijds om hulp gevraagd, maar deze liet Jolanda in de kou staan. Jolanda heeft lang gedacht en willen geloven dat moeder haar niet goed begrepen had, en heeft geprobeerd de hele ervaring te vergeten. Dit lukte redelijk, totdat moeder haar er tijdens de laatste ruzie mee om de oren sloeg. Dit was voor haar de aanleiding om het contact te verbreken. Vanwege haar verwrongen ideeën over wat zij als kind nodig had maar niet heeft gekregen (neglect), en over wat er wel was maar niet had mogen gebeuren (abuse), geeft de therapeut hierover educatie, gebruikmakend van het schematherapeutische model.

Er is in termen van het schemamodel sprake van de schema's emotioneel tekort, wantrouwen/misbruik, sociaal isolement, zelfopoffering en onderwerping (zie tabel 1). De volgende modi staan bij Jolanda centraal: het angstige kind, de onthechte beschermer en de kritische/schuldinducerende ouder (zie tabel 2). Het model helpt Jolanda om de repeterende patronen en haar gedrag te begrijpen. Vanwege het breken met moeder blijken op emotioneel vlak flinke loyaliteitsconflicten en schuldgevoelens te bestaan. Jolanda blijft voelen dat ze moeder niet mag laten vallen, en is bang dat ze na moeders dood spijt zal krijgen van haar beslissing, want 'het blijft toch je moeder'. De therapeut besluit om een aantal beschadigende gebeurtenissen uit haar kindertijd met behulp van imaginatie met rescripting te bewerken, om ook op gevoelsniveau bewustwording en vervulling van haar behoeften als kind te bewerkstelligen.

Voorbeeld imaginatie met rescripting

245

Jolanda moest als 4-jarig meisje bij de snackkraam om de hoek piccalillysaus halen voor moeder, die aan het koken was. Ze kon het woord ‘piccalilly’ niet onthouden en wist bij de snackkraam niet meer wat ze moest bestellen. Met hulp van de verkoper kwam ze uit op pindasaus. Toen ze met een potje pindasaus thuiskwam, werd moeder daar razend over. Ze schold Jolanda uit voor mislukt kind, sloeg het potje uit haar handen en smeede de pindasaus tegen het plafond. Jolanda was hevig geschrokken en voelde zich slecht over het feit dat ze de boodschap verkeerd had onthouden. Ze was erg bang en verdrietig.

Tijdens de imaginatie van dit voorval stapt de therapeut zelf in beeld, omdat Jolanda desgevraagd geen idee heeft wat er had moeten gebeuren. Haar modus van ‘gezonde volwassene’ schiet in deze situatie tekort door gebrek aan een goed voorbeeld. De therapeut spreekt moeder in het beeld streng toe over haar gedrag. Samen met Jolanda bedenkt de therapeut een passende maatregel voor moeder. Ze besluiten om moeder naar haar slaapkamer te sturen met de deur op slot, zodat het rustig is in huis. Daarna troost de therapeut kleine Jolanda en legt ze uit dat het niet haar schuld is. Ze maken samen het eten af.

Jolanda leert door de imaginatie met rescripting om de situatie vanuit een ander perspectief te zien (‘het was niet normaal wat er gebeurde’). Ze is opgelucht en blij verrast dat er ‘eindelijk eens iemand tegen mijn moeder in opstand komt’. De troost die zij ervaart tijdens de IR doet haar veel goed en maakt emoties los. Na een aantal sessies imaginatie met rescripting lukt het haar om zich ook emotioneel meer los te maken van moeder.

Ondanks de heftige emoties die zijn geassocieerd met deze herinnering wordt niet gekozen voor EMDR omdat de modus ‘gezonde volwassene’ bij Jolanda nog nauwelijks tot ontwikkeling is gekomen en de therapeut daarom aanneemt dat zij niet ‘op eigen kracht’ tot adaptieve informatieverwerking kan komen.

Ondertussen houdt Jolanda last van (nachtelijke) angsten en verhoogde alertheid, met slaapproblemen als gevolg. Wanneer de therapeut met een affectbrug de herkomst van deze gevoelens met Jolanda onderzoekt, blijkt dat ervaringen van seksueel misbruik door haar negen jaar oudere broer, toen Jolanda tussen de 9 en 12 jaar oud was, deze angst- en slaapklachten aansturen. Door vervolgens te vertellen over het misbruik — iets wat ze nooit eerder heeft gedaan — nemen de herbelevingen en intrusies van het misbruik toe. De therapeut besluit om deze ervaringen met EMDR te bewerken. Binnen de EMDR-sessies wordt vanwege *blocking* gebruikgemaakt van cognitive interweaves met rescripting. De term ‘blocking’ verwijst naar een algehele stagnatie van het proces van informatieverwerking (Ten Broeke et al., 2012), waardoor de emotionele lading, in termen van scores op de SUD-

schaal (Subjective Unit of Distress-schaal), opgeroepen door het meest traumatische beeld niet verder afneemt.

246

Voorbeeld EMDR met rescripting

Target: 'Ik was onderweg naar de kamer van mijn broer. Ik zie mezelf staan op de overloop, met mijn nachtjapon aan. Het is donker en koud.' De SUD start op 10 en is na drie sessies gedaald naar 8. De angst die zij ziet in haar gezicht en lichaam maken het beeld voor haar nog erg akelig. De associaties zijn vooral fysiek van aard (warm/koud gevoel, misselijkheid), maar veranderen niet. Jolanda lijkt de emoties tegen te houden. De SUD zakt ook niet verder. De therapeut besluit om deze blocking te verhelpen door een op rescripting gerichte cognitive interweave in te zetten:

- T: Wat komt er op?
 J: Dat ik daar alleen zit, in elkaar gebogen, met mijn armen over mijn hoofd.
 T: Wat heeft de kleine Jolanda nodig?
 J: Hulp.
 T: Oké, concentreer je daarop.
 [Er volgt een set oogbewegingen.]
 Wat komt er op?
 J: Er was geen hulp.
 T: Stel je voor dat jij als volwassen Jolanda in het beeld komt. Hoe ga je de kleine Jolanda helpen?
 J: Ik sla een arm om haar heen.
 T: Heel goed, ga daar mee door.
 [Er volgt een set oogbewegingen.]
 Wat komt er op?
 J: Mijn broer is er ook.
 T: Zeg maar tegen je broer: 'Blijf van haar af, laat haar met rust'.
 J: Blijf van haar af! Je mag dit niet doen met haar! Laat haar met rust!
 T: Heel goed, Jolanda. Wat is er nog meer nodig?
 J: Mijn broer moet weg.
 T: Oké, heel goed! Waar moet hij heen?
 J: Ik stuur hem weg, in de donkere nacht. Hij moet naar buiten, en ik doe de deur op slot.
 T: Concentreer je daarop.
 [Er volgt een set oogbewegingen.]
 Wat komt er op?
 J: Hij kan er nu niet meer in. Het is veilig.
 T: En hoe is het met de kleine Jolanda? Wat heeft zij nog nodig?
 J: Met kleine Jolanda is het goed, want ik ben nu bij haar.

T: Heel goed, concentreer je daarop.
[Er volgt een set oogbewegingen.]

Bij 'back to target' is de SUD naar 4 gedaald. De EMDR kan daarna volgens basisprotocol verder uitgevoerd worden tot het target neutraal (SUD = 0) is geworden. Hoewel er hierna nog wel wat beelden met behulp van EMDR moeten worden geneutraliseerd, gaat het verloop ervan meer 'vanzelf'. Dat wil zeggen dat de therapeut minder hoeft te helpen met cognitive interweaves in het algemeen, en rescripting in het bijzonder. Het proces is als het ware vlotgetrokken door rescripting aan de EMDR toe te voegen.

BESCHOUWING EN AANMOEDIGING

.....

In dit artikel lieten we zien dat de behandeling van complexe traumagerelateerde problematiek vaak grillig verloopt en een uitdaging vormt voor de therapeut. Met de bestaande behandelprotocollen voor PTSS komt men vaak niet uit. Een goede casusconceptualisatie is dan ook onontbeerlijk om tot een effectieve behandeling(strategie) te komen. Schematherapie en EMDR kunnen een belangrijke rol spelen in de behandeling van complexe traumagerelateerde problematiek en kunnen elkaar wederzijds aanvullen. Schematherapie heeft inmiddels zijn sporen verdiend in de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen, en EMDR is een van de eerstekeuzebehandelingen bij PTSS. Binnen het model van de schematherapie kan EMDR goed geïntegreerd worden, als techniek en als zoekstrategie (EMDR-rechtsom). Daarnaast kan de in schematherapie veelgebruikte imaginatie met rescripting, met geavanceerde cognitive interweaves, in het EMDR-proces worden geïntegreerd om het verwerkingsproces als het ware vlot te trekken.

Dit artikel is vooral gebaseerd op ervaringen uit de klinische praktijk: er is nog geen empirische evidentie voor de combinatie van EMDR en schematherapie. Onderzoek zal deze praktijkervaringen verder moeten onderbouwen. Ook kan onderzoek preciseren wanneer en hoe deze behandelmodellen en hun technieken het beste kunnen worden toegepast, zodat richtlijnen kunnen worden ontwikkeld. Wij willen therapeuten aanmoedigen om vooral creatief om te gaan met het combineren van EMDR en schematherapie, en gebruik te maken van hun mogelijkheden en wederzijdse inspiratie. Belangrijk is daarbij wel dat de therapeut zo dicht mogelijk bij de bestaande werkwijze blijft en steeds kan verantwoorden waarom hij bepaalde keuzes maakt. Laten we vooral blijven praten over wat er wel en niet kan, in plaats van wat er wel en niet 'mag'.

We houden ons aanbevolen voor reacties en ervaringen uit de praktijk.

ANNEMIEKE DRIESSEN is klinisch psycholoog, psychotherapeut en cognitief gedrags-therapeut, werkzaam bij PsyQ Haaglanden, afdeling Psychotrauma, Carel Reijnderskade 197, 2593 HR Den Haag. E-mail: a.driessen@psyq.nl

ERIK TEN BROEKE is klinisch psycholoog en cognitief gedragstherapeut, vrijgevestigd te Deventer.

Summary In contrast to PTSD, the evidence pertaining to evidence-based treatments for complex trauma-related disorders is scarce. Therefore, clinicians have to be able to develop a comprehensive 'tailor-made' case conceptualization, and they must be creative and flexible, in order to facilitate the sometimes difficult or even disrupted therapeutic process. In our opinion schema focused therapy (SfT) and EMDR can oftentimes supplement and even strengthen each other in clinical practice. There are several similarities between the SfT framework and the so-called 'two method approach for EMDR' used in The Netherlands. These similarities are summarized. Furthermore, several specific SfT techniques, especially 'imagery and rescripting', can be used during the EMDR process to facilitate 'blocked processing'. In this article we describe how — in our view — SfT and EMDR can be combined in clinical practice. This is illustrated by means of a case presentation.

Key words *complex trauma-related disorders, schemafocused therapy, EMDR, imagery and rescripting.*

Literatuur

- Aalders, H. & Dijk, J. van (2012). *Schema-gerichte therapie in de praktijk*. Amsterdam: Hogrefe Uitgevers.
- American Psychiatric Association (APA) (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th edition) (DSM-5).
- Arntz, A. (2012). Imagery rescripting as a therapeutic technique: Review of clinical trials, basic studies, and research agenda. *Journal of Experimental Psychopathology*, 3, 2, 189-208.
- Arntz, A. & Jacob, G. (2011). *Schematherapie. Een praktische handleiding*. Amsterdam: Uitgeverij Nieuwezijds.
- Arntz, A., Sofi, D. & Breukelen, G. van (2013). Imagery rescripting as treatment for complicated PTSD in refugees: A multiple baseline case series study. *Behaviour Research and Therapy*, 51, 274-283.
- Arntz, A. & Weertman, A. (1999). Treatment of childhood memories: Theory and practice. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 715-740.
- Bisson, J.I. (2013). What happened to harmonization of the PTSD diagnosis? The divergence of ICD11 and DSM5. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 22, 205-207.
- Broeke, E. ten, Heiden, C. van der, Meijer, S. & Hamelink, H. (2008). *Cognitieve therapie: De basisvaardigheden*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Broeke, E. ten, Jongh, A. de & Oppenheim, H. (red.) (2012). *Praktijkboek EMDR: Casusconceptualisatie en specifieke patiëntengroepen*. Amsterdam: Pearson Assessment and Information B.V.
- Cloitre, M., Courtois, C.A., Ford, J.D., Green, B.L., Alexander, P., Briere, J., ... Hart, O. van der (2012). *The ISTSS expert consensus treatment guidelines*

- for complex PTSD in adults. Retrieved from <http://www.istss.org>.
- Genderen, H. van & Arntz, A. (2012). *Schematherapie bij borderline persoonlijkheidsstoornis*. Amsterdam: Uitgeverij Nieuwezijds.
- Jongh, A. de & Broeke, E. ten (2013). *Handboek EMDR: Een geprotocolleerde behandelmethode voor de behandeling van psychotrauma*. Amsterdam: Pearson Assessment and Information B.V.
- Korn, D.L. (2009). EMDR and the treatment of complex PTSD: A review. *Journal of EMDR Practice and Research*, 3(4), 264-278.
- Korrelboom, K. & Broeke, E. ten (2014). *Geïntegreerde cognitieve gedragstherapie: Handboek voor theorie en praktijk*. Bussum: Coutinho.
- Minnen, A. van (2008). Wie durft? Tien misverstanden over exposure bij de behandeling van PTSS-patiënten. *Gedragstherapie*, 41, 313-329.
- Minnen, A. van, Harned, M.S., Zoellner, L. & Mills, K. (2013). Vermeende contra-indicaties voor (imaginaire) exposurebehandeling voor PTSS onder de loep. *Tijdschrift voor Gedragstherapie en Cognitieve Therapie*, 4, 261-286.
- Shapiro, F. (2001). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols and procedures*. New York: Guilford Press.
- Vreeswijk, M.F. van, Broersen, J., Giesen-Bloo, J. & Haeyen, S. (2008). Technieken in schematherapie (pp. 93-105). In: M.F. van Vreeswijk, J. Broersen & M. Nadort (red.), *Handboek schematherapie: Theorie, praktijk en onderzoek*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Watkins, J.G. (1971). The affect bridge: A hypnoanalytic technique. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 19(1), 21-27.
- World Health Organization (WHO) (in voorbereiding, verwacht in 2017). *The international classification of diseases* (11th edition). Geneve: WHO.
- Young, J.E., Klosko, J.S. & Weishaar, M.E. (2005). *Schemagerichte therapie: Handboek voor therapeuten*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Nieuw bij Boom Psychologie



Volledig geactualiseerd: standaardwerk voor de jeugd-ggz

- 21 krachtige en effectieve behandelprotocollen voor uiteenlopende psychische klachten bij kinderen en adolescenten
- Aangepast aan de DSM-5 en recente ontwikkelingen in het werkveld
- Twee nieuwe behandelingen: voor ernstige voedselweigeren en angststoornissen bij kinderen met autisme-spectrumstoornissen

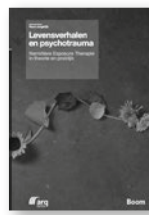
9789089532053 € 79,50

Herziening veelgebruikte persoonlijkheidsvragenlijst



handleiding 9789089533654 € 107,52
zelfscorende formulieren 9789089533661 € 102,22

Handboek narratieve exposure therapie



9789461056375 € 37,50

Online zelfhulp cursus Borderline



online toegang € 29,50

Unieke visie op jeugdhulpverlening



9789089532466 € 22,50

Lees meer over deze uitgaven op www.boompsychologie.nl

Boom Psychologie

info@boompsychologie.nl | (020) 524 45 14
Krijgt u onze nieuwsbrief al? Schrijf u in via de website!

Prijzen gelden in 2014,
onder voorbehoud
van wijzigingen.

Nu verkrijgbaar:

Beknopt overzicht van de criteria van de DSM-5®



Handzame uitgave met de criteria van de DSM-5

Het beknopt overzicht bevat de DSM-5-classificaties, de hoofdstukken over het gebruik van de DSM-5 en de classificatiecriteria.

U gebruikt dit naslagwerk in combinatie met het Handboek DSM-5 om de criteria bij een psychische stoornis snel en eenvoudig te kunnen raadplegen.

paperback 9789089532237 € 59,95
ringband 9789089532251 € 59,95

DSM-5: het ultieme naslagwerk



Reserveer verwachte DSM-5-uitgaven nu al in onze webshop

hardcover 9789461059598 € 149,95
paperback 9789089532220 € 112,95

paperback 9789089532756 € 49,95

Bestel al uw exemplaren op www.dsm-5-nl.org

Boom Psychologie

info@boompsychologie.nl | (020) 524 45 14
Krijgt u onze nieuwsbrief al? Schrijf u in via de website!

Prijzen gelden in 2014, onder voorbehoud van wijzigingen.

www.tijdschriftgedragstherapie.nl is vernieuwd!

- Nieuwe vormgeving
- Regelmatig gratis artikelen
- Eenvoudig zoeken in het archief



Boom
Psychologie

Eén adres voor
al uw vakliteratuur

www.boompsychologie.nl
info@boompsychologie.nl
(020) 524 45 14

GEDRAGSTHERAPIE

Zevenenveertigste jaargang, nummer 3, september 2014

Pagina 147–254

147 *Redactioneel*

148 **Ger P.J. Keijsers**

Het grote psychotherapie-debat—Waarom zijn specifieke behandeltechnieken belangrijk voor het resultaat van psychotherapie en waarom de werkrelatie?

173 **Kristien Vuylsteke, Corine Faché, Inge Antrop, Dirk van West, Monica Dhar¹ & Sarah Bal**

Psychogene niet-epileptische aanvallen met trauma als oorzakelijke factor—Trauma Focused Cognitieve Gedragstherapie als belangrijk deel van de behandeling

190 **Adrie Seldenrijk, Eline Eigenhuis, Anneke van Schaik, Filip Raes & Patricia van Oppen**

Het trainen van geheugenspecificiteit bij depressieve patiënten

206 **Glenn Waller**

Empirisch onderbouwde therapie en therapist drift

232 **Annemieke Driessen & Erik ten Broeke**

Schematherapie en EMDR gecombineerd bij complexe traumagerelateerde problematiek