

Erik ten Broeke | Kees Korrelboom | Marc Verbraak |
Steven Meijer (red.)

Praktijkboek

Geïntegreerde Cognitieve Gedragstherapie

Protocollaire behandelingen
op maat



uitgeverij
c o u t i n h o

Praktijkboek Geïntegreerde Cognitieve Gedragstherapie

Praktijkboek Geïntegreerde Cognitieve Gedragstherapie

Protocollaire behandelingen op maat

Onder redactie van:

Erik ten Broeke
Kees Korrelboom
Marc Verbraak
Steven Meijer

Tweede, herziene druk

uitgeverij | **C**
coutinho

bussum 2023

© 2009/2021 Uitgeverij Coutinho bv

Alle rechten voorbehouden.

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen, of op enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van reprografische verveelvoudigingen uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16h Auteurswet 1912 dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan Stichting Reprorecht (www.reprorecht.nl). Voor de readerregeling kan men zich wenden tot Stichting UvO (Uitgeversorganisatie voor Onderwijslicenties, www.stichting-uvo.nl). Voor het gebruik van auteursrechtelijk beschermd materiaal in knipselkranten dient men contact op te nemen met Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten Organisatie, www.stichting-pro.nl).

Eerste druk 2009

Tweede, herziene druk 2021, tweede oplage 2023

Uitgeverij Coutinho

Postbus 333

1400 AH Bussum

info@coutinho.nl

www.coutinho.nl

Omslag: studio Pietje Precies bv, Hilversum

Foto's omslag: [iStock.com/mammuth](https://www.iStock.com/mammuth) (landschap); [iStock.com/urbancow](https://www.iStock.com/urbancow) (wegwijzer)

Noot van de uitgever

Wij hebben alle moeite gedaan om rechthebbenden van copyright te achterhalen. Personen of instanties die aanspraak maken op bepaalde rechten, wordt vriendelijk verzocht contact op te nemen met de uitgever.

ISBN: 978 90 469 0656 9

NUR: 777

Voorwoord

Rond 1990 kregen gedragstherapeuten steeds meer belangstelling voor het fundament van hun vak, de experimentele (leer)psychologie. De effectiviteit van gedragstherapie was weliswaar aangetoond, maar de vraag hoe deze in de praktijk op wetenschappelijk verantwoorde wijze beter toegepast kon worden op de individuele patiënt, bleef een uitdaging. Op theoretisch vlak speelde Paul Eelen een inspirerende rol bij het beantwoorden van deze vraag (Eelen, 1988). Op praktisch terrein trokken Kees Korrelboom en Bobby Kernkamp veel belangstelling met hun boek *Gedragstherapie. Basiskennis voor de praktijk van de psychotherapie* (1993). Het nieuwe (en vernieuwende) van hun werk was dat ze een zogenoemd tweecomponentenmodel uitwerkten, waarmee kennis uit 'de' leertheorie concreter kon worden vertaald naar de therapeutische praktijk dan tot dan toe het geval was geweest. De twee componenten waren de zogenoemde functieanalyse (FA) en de betekenisanalyse (BA). Deze componenten boden, soms afzonderlijk en vaak in onderlinge samenhang, een visie op de problematiek van patiënten van waaruit interventies konden worden ontwikkeld. Het boek ontmoette enerzijds waardering en anderzijds kritisch commentaar, bijvoorbeeld op de wat liberale wijze waarop wetenschappelijke kennis soms werd 'vertaald' naar het handwerk van de (cognitieve) gedragstherapie. In de wandelgangen van de gebouwen waar dat therapeutische handwerk werd verricht, verzuchtte men soms dat het in de praktijk van alledag zo moeilijk was om daadwerkelijk soepel met het tweecomponentenmodel te werken. In zeker opzicht (b)leek *Gedragstherapie* meer een belofte dan een volledig toepasbaar model. Niet in de laatste plaats als een poging om die belofte in te lossen, verscheen in 2004 *Geïntegreerde cognitieve gedragstherapie. Handboek voor theorie en praktijk* (Korrelboom & Ten Broeke, 2004). Uitgangspunt van dit boek was het combineren van de kracht van wetenschappelijk onderbouwde, protocollaire behandelingen met het zo nodig 'op maat' maken van specifieke behandelingen. Gedragstherapeuten zouden in staat moeten worden gesteld om protocollaire behandelingen adequaat uit te voeren, maar ook om, waar nodig, met behulp van FA's en/of BA's de behandeling aan te passen of uit te breiden. Het boek wilde dus het tweecomponentenmodel van Korrelboom en Kernkamp toegankelijker en praktischer maken. Daarbij kwam dat er in de tussentijdse periode uit verschillende hoeken van de psychologie nieuwe kennis beschikbaar was gekomen waar therapeuten hun voordeel mee zouden kunnen doen. *Geïntegreerde cognitieve gedragstherapie* wilde ook die nieuwe kennis verbinden met de praktijk van het behandelen van patiënten.

Uit de doorgaans positieve recensies en het aantal verkochte exemplaren kan worden opgemaakt dat het boek indertijd in een behoefte voorzag. Berichten uit de praktijk van de gedragstherapie en de opleidingen tot gedragstherapeut lieten zien dat de belofte van *Gedragstherapie* (Korrelboom & Kernkamp, 1993) nu in belangrijke mate was ingelost. Cognitief gedragstherapeuten gaven er in publicaties en op congressen blijk van dat het gebruik van FABA bij het taxeren van psychopathologie steeds van-

zelfsprekender werd. Tegelijkertijd gingen de ontwikkelingen door, in de wetenschappelijke psychologie in het algemeen én in de cognitieve gedragstherapie in het bijzonder. Betrekkelijk snel ontstond dan ook de wens om die nieuwe kennis en inzichten te integreren in het model en de werkwijze van GCGt. Daarnaast bleek er nog steeds veel behoefte te zijn aan uitleg over hoe het klaarblijkelijk toch niet zo eenvoudige model van GCGt in de klinische praktijk optimaal kon worden gebruikt. Deze wens en deze behoefte leidden tot *Praktijkboek geïntegreerde cognitieve gedragstherapie* (Ten Broeke et al., 2009). De bedoeling hiervan was om een (extra) brug te slaan tussen het model en de werkwijze van GCGt en de toepassing bij een scala van stoornissen. Het *Praktijkboek* had tevens de ambitie om de verbinding en samenhang met evidence-based protocollaire behandelingen te verhelderen en de therapeut van praktische handvatten te voorzien; daarom kreeg het de subtitel *Protocollaire behandelingen op maat* mee. Trouw aan het uitgangspunt dat een protocollaire, ‘evidence-based’ behandeling in eerste instantie de voorkeur geniet, maar met de wetenschap dat van volledige effectiviteit voorsnog geen sprake is, werd aan de hand van diverse casussen besproken hoe het model van GCGt de basis van een behandeling kan vormen. Dat geldt – zo is de stelling – zowel voor impliciet op FA en BA gebaseerde protocollaire behandelingen als voor ‘op maat gesneden’ behandelingen. Het aldus verschenen *Praktijkboek* sloot weliswaar aan op de denk- en werkwijze van het eerdere *Handboek* (Korrelboom & Ten Broeke, 2004), maar oversteeg op verschillende punten dat werk, en sprak het op bepaalde punten zelfs wat tegen. Dat was een logisch gevolg van de doorgaande ontwikkeling van ons vak, een ontwikkeling die uiteindelijk een revisie van *Handboek geïntegreerde cognitieve gedragstherapie* hoogstnoodzakelijk maakte. Die herziening (Korrelboom & Ten Broeke, 2014) was zo grondig dat geen pagina van het oude boek hetzelfde bleef, terwijl de omvang met meer dan 250 bladzijden toenam. Het nieuwe boek wilde dan ook zowel kwalitatief als kwantitatief een afspiegeling zijn van de ontwikkelingen in de cognitieve gedragstherapie: de in 2004 begonnen integratie werd verder doorgezet, de onderlinge samenhang tussen FA en BA werd verder verhelderd, er werden nieuwe elementen aan het model toegevoegd, en de interventies werden nog duidelijker aan elkaar en aan de gedragstherapeutische taxatie gekoppeld. Het gereviseerde *Handboek* beoogde de praktische toepasbaarheid van GCGt verder te vergroten en deze toepassing nog steviger te verankeren in de wetenschappelijke psychologie. Een onvermijdelijk gevolg van het verschijnen van de herziening was dat de rollen weer werden omgedraaid: op zijn beurt liep nu het *Praktijkboek* weer enigszins achter op de ontwikkelingen in de experimenteel-psychologische literatuur in het algemeen en die binnen GCGt in het bijzonder. Zo was er alle reden om ook de laatstgenoemde titel geheel te reviseren en te laten aansluiten bij de meer in detail en met meer diepgang uitgewerkte GCGt zoals die in het *Handboek* uit 2014 is voorgesteld. Die herziening ligt nu voor u. Geheel in lijn met de eerdere geschiedenis is het nu weer zo dat dit nieuw verschenen *Praktijkboek* op een aantal punten een aanvulling en uitbreiding biedt op het laatste *Handboek*, en er kunnen (kleine) verschillen in inzicht en werkwijze zichtbaar worden. Nogmaals: wij zien dat niet als een onwenselijke tekortkoming, maar als een vanzelfsprekende ontwikkeling die recht doet aan voortschrijdend inzicht in hoe de optimale toepassing van GCGt eruitziet.

Rest ons het voorrecht om de auteurs die hebben bijgedragen aan de totstandkoming van dit nieuwe *Praktijkboek* hartelijk te bedanken. Het project liep – net zoals ook bij het in 2009 verschenen *Praktijkboek* het geval was – geregeld flinke vertraging op, hetgeen ertoe leidde dat sommige hoofdstukken erg lang bleven liggen en het geduld van de auteurs flink op de proef werd gesteld. Gelukkig hebben alle betrokken auteurs de bereidheid getoond de haperingen in het proces voor lief te nemen en vol goede moed de uiteindelijke voorstellen voor revisie ter hand te nemen. Wij denken dat dit nieuwe *Praktijkboek Geïntegreerde Cognitieve Gedragstherapie* aan kracht, accuratesse en diepgang heeft gewonnen, en dat het boek zijn waarde zal hebben voor de praktiserende cognitief gedragstherapeut en voor het onderwijs in de cognitieve gedragstherapie.

Erik ten Broeke, Kees Korrelboom, Marc Verbraak & Steven Meijer,
najaar 2020

Inhoud

	Inleiding	17
1	Geïntegreerde Cognitieve Gedragstherapie. Uitgangspunten en contouren	21
	<i>Erik ten Broeke, Marc Verbraak, Steven Meijer & Kees Korrelboom</i>	
1.1	Inleiding	21
1.2	Ontwikkeling en aanpassing vanuit een evolutionair perspectief	22
1.3	Klassieke conditionering	23
1.4	Operante conditionering	26
1.5	Cognitie en emotie	29
1.6	Psychotherapie in het algemeen en cognitieve gedragstherapie in het bijzonder	34
1.7	Drie niveaus in het gedragstherapeutisch proces	36
1.7.1	Niveau 1: het therapeutisch aangrijpingspunt	36
1.7.2	Niveau 2: de therapeutische context	37
1.7.3	Niveau 3: het therapeutisch systeem	38
1.8	Drie fasen in het gedragstherapeutisch proces	39
1.8.1	Fase 1: casusconceptualisatie en behandelplan	39
1.8.2	Fase 2: interventies	51
1.8.3	Fase 3: afsluiting	52
1.9	Conclusies en revisie	53
2	Empirisch ondersteunde psychologische behandelingen. Theorie, onderzoeksgegevens en praktijktoepassingen	55
	<i>Ger P.J. Keijsers & Marc Verbraak</i>	
2.1	Inleiding	55
2.2	EST's: stand van zaken	56
2.2.1	Evidence-based zorg	61
2.2.2	Als EST's ontbreken	63
2.2.3	Aarzelingen bij therapeuten	64
2.3	Werkingsmechanisme	67
2.3.1	Werkingsmechanisme van behandeltechnieken	67
2.3.2	Rol van patiëntfactoren	71
2.3.3	Rol van de kwaliteit van de therapeutische relatie	72
2.4	Adviezen voor de praktijk	77

3	GCGt en gegeneraliseerde-angststoornis	79
	<i>Erik Stolk, Colin van der Heiden & Erik ten Broeke</i>	
3.1	Inleiding	79
3.2	GAS: wat is het en hoe vaak komt het voor?	80
3.3	Behandeling van GAS: een overzicht	81
3.4	Metacognitieve therapie bij GAS: theorie en behandeling	82
3.4.1	Theorie	82
3.4.2	Behandeling	87
3.5	Een gevalsbeschrijving	90
3.5.1	Aanmeldingsgegevens	90
3.5.2	Behandeling	91
4	GCGt en sociale-angststoornis (sociale fobie)	123
	<i>Esther Allart, Marisol Voncken & Steven Meijer</i>	
4.1	Inleiding	123
4.2	Cognitieve modellen van de sociale-angststoornis	124
4.2.1	Angst voor afwijzing	124
4.2.2	Zelfgerichte aandacht	125
4.2.3	Veiligheidsgedrag	129
4.3	Evidence-based behandeling van de sociale-angststoornis	132
4.4	Protocollaire behandeling van sociale angst in Nederland	133
4.5	Casus Eva	141
4.5.1	Informatie uit intake	141
4.5.2	Behandeling	142
5	GCGt en paniekstoornis met agorafobie	175
	<i>Machteld Gijssen, Steven Meijer & Erik ten Broeke</i>	
5.1	Wat is paniekstoornis?	175
5.2	Psychologische theorievorming met betrekking tot paniekstoornis	176
5.3	De stand van zaken met betrekking tot effectief gebleken behandelingen van paniekstoornis	183
5.4	De protocollaire behandeling van paniekstoornis	183
5.5	Casus Noortje	186
5.5.1	Aanmeldingsgegevens	186
5.5.2	Classificatie volgens DSM-5	187
5.5.3	Taxatie in termen van functie- en betekenisanalyses	187
5.5.4	Behandelplan	196
5.6	Verloop van de behandeling	199
5.6.1	Psycho-educatie (sessie 1-2)	199
5.6.2	Uitdagen van de ADU en voorbereiden flashforward- verzwakking (sessie 3)	200
5.6.3	Het desensitiseren van het rampscenario (flashforward) (sessie 4)	200
5.6.4	Het desensitiseren van herinneringen (sessie 5-6)	202

5.6.5	Interoceptieve exposure binnen en buiten de sessie (sessie 7-9)	204
5.6.6	Exposure in vivo (sessie 10-13)	205
5.6.7	Onzekerheid verdragen (sessie 14)	210
5.6.8	Behandelresultaat	211
5.7	Beschouwing	211
6	GCGt en obsessieve-compulsieve stoornis	215
	<i>Marc Verbraak & Erik ten Broeke</i>	
6.1	Inleiding: dwanggedachten en dwanghandelingen (obsessies en compulsies)	215
6.2	Diagnose: OCS	218
6.3	Etiologie	226
6.4	Behandelingen en wetenschappelijke evidentie	236
6.5	Behandelprotocol voor OCS op basis van ERP	243
6.6	Tot besluit	252
7	GCGt en specifieke fobieën	255
	<i>Ad de Jongh, Kees Korrelboom & Erik ten Broeke</i>	
7.1	Inleiding	255
7.1.1	Diagnostiek	255
7.1.2	Prevalentie	256
7.1.3	Etiologie van specifieke fobieën	256
7.1.4	Ernst van de klachten	260
7.1.5	De dynamiek van fobische klachten	261
7.2	Behandeling	264
7.3	Casus Corrie	268
7.3.1	Aanmeldingsgegevens	268
7.3.2	Complicaties tijdens de behandeling	285
7.4	Tot slot	289
8	GCGt en somatisch-symptoomstoornissen	291
	<i>Yanda van Rood, Moniek ter Kuile, Myriam Vink & Erik ten Broeke</i>	
8.1	Inleiding	291
8.2	Casus Ria, deel 1: protocollaire groepsbehandeling	296
8.2.1	De protocollaire groepsbehandeling	296
8.2.2	De behandeling van Ria	297
8.2.3	Bespreking behandeling	301
8.2.4	Postscript	302
8.3	Casus Ria, deel 2: anamnese en behandeling ggz-instelling	303
8.3.1	Anamnese	303
8.3.2	Behandelplan	309
8.3.3	De behandeling	313
8.3.4	Bespreking van de behandeling	315

9	GCGt en psychosen	317
	<i>Mark van der Gaag & Kees Korrelboom</i>	
9.1	Inleiding	317
9.2	De fenomenologie van psychotische stoornissen	318
9.2.1	Hallucinaties	318
9.2.2	Wanen	320
9.3	Het neurocognitieve model van de psychose	321
9.4	Standaardbehandeling	323
9.5	Casus Robbie	326
9.5.1	Patiënt, achtergronden en probleemomschrijving	326
9.5.2	Behandeldoelen	327
9.5.3	Verdere uitwerking van het behandelplan	334
9.6	Het verloop van de behandeling	339
9.7	Complicaties tijdens de behandeling	343
9.8	Tot slot	352
10	GCGt en burn-out	355
	<i>Máasja Verbraak-Ekelschot, Marc Verbraak & Erik ten Broeke</i>	
10.1	Inleiding	355
10.2	Wat is burn-out?	355
10.3	Diagnostische criteria voor burn-out	359
10.4	Differentiële diagnostiek	361
10.5	Behandeling van burn-out	363
10.6	Casus Mariken	365
10.7	Tot slot	386
11	GCGt en depressieve stoornis	387
	<i>Dorine Sanders, Maarten van Dijk & Erik ten Broeke</i>	
11.1	Inleiding	387
11.2	Diagnostiek van depressie	389
11.3	De behandeling van depressie: de wetenschappelijke stand van zaken	391
11.3.1	Toch differentiële effectiviteit?	392
11.3.2	Resumé	393
11.4	CGt-modellen en depressie	396
11.4.1	Het cognitieve model van depressie	401
11.4.2	Protocollaire CGt bij depressie	402
11.5	Casus Fleur	405
11.5.1	DSM-5-classificatie	406
11.5.2	Hulpvraag	406
11.5.3	Taxatie in termen van FABA	407
11.5.4	Verloop van de behandeling	418
11.6	Beschouwing	424

12	GCGt en (complexe) posttraumatische-stressstoornis (C-PTSS)	425
	<i>Matty Geurink, Hans-Jaap Oppenheim & Erik ten Broeke</i>	
12.1	Inleiding	425
12.2	'Complexe' of ernstige PTSS	426
12.3	Dissociatie bij PTSS en dissociatieve stoornissen	428
12.4	Eerstekeuzebehandeling van PTSS	429
12.4.1	Imaginaire exposure (IE)	430
12.4.2	Cognitieve therapie (CT)	430
12.4.3	Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR)	431
12.5	Conceptualisatie en interventies bij affectregulatieproblemen, (zelf)destructief gedrag, dissociatie, interpersoonlijke problemen en disfunctionele opvattingen	439
12.5.1	Affectregulatieproblemen	439
12.5.2	(Zelf)destructief gedrag	442
12.5.3	Dissociatie, interpersoonlijke problemen en disfunctionele opvattingen	442
12.6	Casus Ana	446
12.6.1	Klachten bij aanmelding in de ggz en eerste behandeling	447
12.6.2	FACT-behandeling	449
12.7	Psychologische behandeling van Ana	453
12.7.1	Oriënterend gesprek	453
12.7.2	Periode 1: Verwerven van stabiliteit door het verminderen van herbelevingen, het vergroten van assertiviteit en verbetering van emotieregulatie	454
12.7.3	Periode 2: Verwerven van een realistische kijk op zichzelf in heden en verleden	472
12.8	Beschouwing	475
13	GCGt en stoornissen in het gebruik van een middel: alcohol, cocaïne en cannabis	479
	<i>Wencke de Wildt, Maarten Merx & Kees Korrelboom</i>	
13.1	Inleiding	479
13.2	Wat is verslaving?	479
13.2.1	Kenmerken van de stoornis	479
13.2.2	Voorkomen	481
13.2.3	Etiologie en pathogenese	482
13.2.4	Comorbiditeit	487
13.3	Evidence-based behandelingen van verslaving	488
13.3.1	Effectiviteit	488
13.3.2	Motiverende gespreksvoering (MGV)	489
13.3.3	Evidence-based CGt-standaardbehandeling	491
13.3.4	De behandeling van comorbiditeit	494

13.4	Casus Willy	497
13.4.1	Introductie van de patiënt en het behandelplan	497
13.4.2	Het verloop van de behandeling: ambulante detoxificatie	499
13.4.3	Het verloop van de behandeling: ambulante CGt	499
13.4.4	Complicaties tijdens de behandeling	510
13.5	Tot slot	519
14	GCGt en ziekteangststoornis	521
	<i>Anja Greeven & Kees Korrelboom</i>	
14.1	Inleiding	521
14.2	Diagnostiek somatisch-symptoomstoornis en ziekteangststoornis	522
14.3	Het cognitief-gedragstherapeutische model van ziekteangststoornis	524
14.4	De behandeling van ziekteangst	529
14.4.1	De therapeutische relatie bij de behandeling van ziekteangst	529
14.4.2	De opbouw van en de gang van zaken tijdens de behandeling	530
14.4.3	Veelvoorkomende complicaties	534
14.5	Casus Vanessa	536
15	GCGt en ongewenste gewoonten. Trichotillomanie en excoriatiestoornis	547
	<i>Ger P.J. Keijsers, Leila van Heijningen, Kees Hoogduin & Marc Verbraak</i>	
15.1	Inleiding	547
15.2	Diagnostische criteria en kenmerkende pathologie	547
15.3	Etiologische factoren	549
15.4	Behandelonderzoek	551
15.5	Behandeling: cognitieve gedragstherapie gebaseerd op zelfcontroleprocedures	553
15.5.1	Moeite om niet met het gewoontegedrag te beginnen	553
15.5.2	Niet onmiddellijk in de gaten hebben dat gewoontegedrag wordt uitgevoerd	555
15.5.3	Enkele vaste situaties – allerlei situaties	556
15.5.4	Moeite om te stoppen met het gewoontegedrag	560
15.6	Terugvalpreventie	572
16	GCGt en schematherapie bij borderline-persoonlijkheidsstoornis	575
	<i>Michiel van Vreeswijk, Jenny Broersen & Steven Meijer</i>	
16.1	Inleiding	575
16.2	De persoonlijkheidsstoornis	576
16.2.1	Classificeren van een persoonlijkheidsstoornis volgens de DSM-5	576
16.2.2	Theorievorming rondom persoonlijkheidsstoornissen: stand van zaken	579
16.2.3	Behandeling van persoonlijkheidsstoornissen: stand van zaken	579

16.3	Schematherapie: wat is het?	580
16.3.1	Het schematherapiemodel	580
16.3.2	Het doel van schematherapie	583
16.3.3	Interventies binnen schematherapie	583
16.3.4	Onderzoeksbevindingen en effectiviteit van ST	587
16.3.5	Toepassing van schematherapieprotocollen	588
16.4	Casus Veronique	589
16.4.1	Probleeminventarisatie	589
16.4.2	Proefbehandeling ten behoeve van diagnostiek, analyses en vervolg	590
16.4.3	Functie- en betekenisanalyses	594
16.4.4	Behandelplan	597
16.4.5	Verloop van de behandeling	601
16.4.6	Terugblik op de complicaties van de behandeling	609
16.5	Nawoord	612

17 GCGt en chronische en acute suïcidaliteit 615

Agaath Koudstaal, Ad Kerkhof & Steven Meijer

17.1	Inleiding	615
17.2	Wat is suïcidaliteit?	615
17.3	Hoe vaak komt het voor?	617
17.4	Ontstaan van suïcidaal gedrag	617
17.4.1	Premotivationale fase	619
17.4.2	Motivationale fase	623
17.4.3	Intentionele fase	627
17.5	Fasering	635
17.6	Algemene uitgangspunten bij diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag	636
17.6.1	Contact	636
17.6.2	Betrekken van naasten	636
17.6.3	Veiligheid en continuïteit van zorg	637
17.7	Specifieke principes bij de diagnostiek	637
17.8	Specifieke uitgangspunten bij de behandeling	638
17.9	Vervolg casus Victor: taxatie en behandeling	639
17.10	Vervolg casus Nina	642
17.10.1	Taxatie suïcidaliteit	646
17.10.2	Beschrijvende diagnose/structuurdiagnose	648
17.10.3	Behandeling	649
17.10.4	Laatste fase van de therapie	657
17.11	Nawoord	658

18	GCGt: hechting en problemen in de behandelrelatie	661
	<i>Agaath Koudstaal, Steven Meijer, Kirsten Hauber & Marc Verbraak</i>	
18.1	Inleiding	661
18.2	Hechting en het vragen om hulp bij het oplossen van problemen	663
18.3	Gehechtheidstheorie en kernbegrippen	668
	18.3.1 Ontstaan van gehechtheidsrepresentaties	668
	18.3.2 Gehechtheidsstijlen: het autonomiecontinuüm	670
	18.3.3 Flexibiliteit van gehechtheidsstijlen	672
18.4	Gehechtheidsstijlen en de behandelrelatie of therapeutische alliantie	673
	18.4.1 Autonome (veilige) gehechtheidsstijl in de behandelrelatie	673
	18.4.2 Gereserveerde gehechtheidsstijl in de behandelrelatie	674
	18.4.3 Gepreoccupeerde gehechtheidsstijl in de behandelrelatie	675
	18.4.4 Staat van desorganisatie in de behandelrelatie	676
18.5	Taxatie	678
18.6	Casuïstische uitwerking van de taxatie van de gehechtheidsstijl	685
	18.6.1 Casus Marianne: gepreoccupeerde gehechtheidsstijl	686
	18.6.2 Casus Herman: gereserveerde gehechtheidsstijl	693
18.7	Slot	698
19	Behandelen vanuit een transdiagnostisch perspectief	701
	<i>Kees Korrelboom</i>	
19.1	Inleiding	701
19.2	Wat is een diagnose in de ggz?	701
19.3	Bestaande transdiagnostische factoren op het niveau van het therapeutisch aangrijpingspunt	704
19.4	Bestaande transdiagnostische factoren op het niveau van de therapeutische context	708
19.5	Bestaande transdiagnostische factoren op het niveau van het therapeutisch systeem	711
19.6	Recente transdiagnostische ontwikkelingen	712
	19.6.1 Nieuwe transdiagnostische behandelinhoudelijke interventies	713
	19.6.2 Transdiagnostische procedures voor cognitive bias modification (CBM)	715
	19.6.3 Veerkrachtbevorderende transdiagnostische interventies	717
19.7	Een transdiagnostisch netwerkmodel voor psychopathologie	718
19.8	Conclusies	720
	Noten	723
	Bibliografie	729
	Namenregister	789
	Zakenregister	797
	Over de auteurs	811

Inleiding

De nadruk in dit nieuwe *Praktijkboek Geïntegreerde Cognitieve Gedragstherapie* ligt op de bespreking van de behandeling van diverse stoornissen vanuit het perspectief van GCGt.

Het eerste hoofdstuk, 'Geïntegreerde Cognitieve Gedragstherapie. Uitgangspunten en contouren', schetst wat in onze ogen moet worden verstaan onder GCGt, en beschrijft welke uitgangspunten we daarbij vanuit de wetenschap en de praktijk innemen. In zeker opzicht is het een beknopte samenvatting van *Geïntegreerde cognitieve gedragstherapie. Handboek voor theorie en praktijk* (Korrelboom & Ten Broeke, 2014).

Hoofdstuk 2, 'Empirisch ondersteunde psychologische behandelingen. Theorie, onderzoeksgegevens en praktijktoepassingen', gaat in op de stand van zaken op het gebied van standaard- of protocollaire behandelingen. Protocollaire behandelingen worden daarbij in historisch en wetenschappelijk perspectief geplaatst. Er wordt met name besproken hoe men in de praktijk met dergelijke behandelingen kan en zou moeten werken. Van daaruit wordt ook aandacht besteed aan de discussie omtrent de relevantie voor de praktijk van protocollaire behandelingen, die 'in het veld' vaak nog wordt gevoerd.

In de daaropvolgende hoofdstukken 3 tot en met 15 komen achtereenvolgens deze stoornissen aan bod: gegeneraliseerde-angststoornis, sociale-angststoornis (sociale fobie), paniekstoornis (en agorafobie), obsessieve-compulsieve stoornis, specifieke fobieën, somatisch-symptoomstoornissen, psychosen, burn-out, depressieve stoornis, (complexe) posttraumatische-stressstoornis, stoornissen in het gebruik van een middel, ziekteangststoornis, en ongewenste gewoonten.

Hoofdstuk 16, 17 en 18 zijn algemenere hoofdstukken. Ze gaan over respectievelijk: GCGt bij persoonlijkheidsstoornissen (waarbij overigens sprake is van schematherapie, en niet van een protocollaire behandeling), het hanteren van suïcidaliteit, en de betekenis van (problematische) hechting bij het uitvoeren van (G)CGt.

Het boek wordt afgesloten met een hoofdstuk over behandelen vanuit een transdiagnostisch perspectief (hoofdstuk 19).

Voor de behandelde specifieke stoornissen zijn in principe steeds protocollaire behandelingen beschikbaar (zie Keijsers et al., 2017). Die behandelingen vormen dan ook telkens het uitgangspunt bij de in de hoofdstukken besproken behandeling. Door de uitwerking in kaders komen in de desbetreffende hoofdstukken drie aspecten telkens aan de orde. In de eerste plaats wordt besproken hoe vanuit GCGt in het algemeen tegen de desbetreffende stoornis en meer specifiek tegen de casus kan worden aangekeken. Het tweede aspect betreft de vraag of met het GCGt-model in gedachten kan worden begrepen welke afwegingen hebben geleid tot welke aanpassingen in de door de therapeut uitgevoerde standaardbehandeling. Ten derde wordt zo goed mogelijk de vraag beantwoord op welk moment in de behandeling het GCGt-model wellicht meer

specifiek richting had kunnen geven aan aanpassingen in de standaardbehandeling. De kaders hebben uitdrukkelijk niet het doel de uitgevoerde behandeling te bekritisieren; ze willen slechts aanzetten tot reflectie op het praktisch therapeutisch handelen van cognitief gedragstherapeuten. Het hoofddoel is te laten zien waar de kracht van GCGt ligt.

De hoofdstukken zien er niet allemaal hetzelfde uit, maar in de regel zijn ze als volgt opgebouwd. Eerst wordt er een overzicht gegeven van de aard en het voorkomen van de aandoening, en daarna volgt een samenvatting van de state of the art van de beschikbare standaardbehandeling(en). Vervolgens wordt in de lopende tekst een concrete casus beschreven, waarbij het niet zozeer gaat om een 'kijkje in de therapiekamer', maar veeleer om een 'kijkje in het hoofd van de behandelaar'. De weergegeven behandelingen bleken soms niet vlekkeloos volgens protocol uitvoerbaar. De lezer kan vervolgens nagaan welke keuzes de desbetreffende therapeut maakt, soms al bij de start, maar zeker gedurende een behandeling. In aansluiting daarop keken, samen met de auteur/behandelaar, een of meerdere redactieleden door de lens van GCGt met terugwerkende kracht nog eens naar de casus. In de hiervoor al genoemde kaders worden de casussen van begeleidende tekst voorzien, zoals in een schaa krubriek weleens de verschillende fasen van een partij of zelfs specifieke zetten van een verhelderende en evaluerende bespreking worden voorzien. De auteur(s) en de redactie schreven de kaders soms gezamenlijk, maar in andere gevallen was er sprake van een duidelijke(re) rolverdeling waarin alleen de redactie zich wijdde aan de kaders. Nogmaals: in alle gevallen bieden de kaders geen commentaar (laat staan kritiek) op de in de therapie gemaakte keuzes, maar zijn ze bedoeld als een leerzame, verhelderende bespreking in termen van het model van GCGt. Aldus krijgt de lezer zicht op (1) de standaardbehandeling van een bepaalde stoornis, (2) de wijze waarop die standaardbehandeling flexibel en op de specifieke casus afgestemd kan worden ingezet (of juist niet: indien nodig kan ervan worden afgeweken), en (3) het optimale gebruik van FABA bij het 'op maat' maken van een behandeling. Aangezien er, evenmin als bij CGt in het algemeen, geen wetboek GCGt is waarin dwingend wordt voorgeschreven hoe een en ander behoort te worden gedaan, zijn er soms (ook) interessante verschillen te ontdekken tussen de conceptuele en technische keuzes die de behandelaren maar ook de redactieleden maken. Dat is op zich geen probleem, maar wijst wel op de achilleshiel van een betrekkelijk gecompliceerd taxatiemodel als dat van GCGt: hoe omvangrijker, flexibeler en vollediger een (taxatie)model is, hoe eerder er spraakverwarring en verschillen van visie en therapieplanning kunnen optreden. Een wetboek (G)CGt zal en moet er overigens zeker niet komen, maar het zo precies mogelijk formuleren en het expliciteren van denk- en werkwijze(n) kan wel bijdragen aan een gemeenschappelijke taal en praktijk – en dat kan niet anders dan goed zijn voor de dagelijkse praktijk van CGt. Dit nieuwe *Praktijkboek* is de volgende, maar zonder twijfel niet de laatste stap op dit pad.

Het *Praktijkboek* is onvermijdelijk niet compleet. Niet alle DSM-5-stoornissen (waarvoor een protocollaire behandeling is beschreven; zie Keijsers et al., 2017) passeren de revue. Wij gaan er niettemin van uit dat deskundige cognitief gedragstherapeuten met dit praktijkboek in de hand in staat zullen zijn om protocollaire behandelingen te integreren in een op maat gesneden benadering. Sterker nog, dat zal ook nodig zijn,

want het denken in termen van specifieke stoornissen met een daarbij horende unieke behandeling doet maar weinig recht aan de klinische praktijk, en evenmin aan de wetenschappelijke ontwikkelingen (zie bijvoorbeeld hoofdstukken 2 en 19 van dit boek). De belangrijkste voorwaarde voor het breed en universeel toepasbaar maken van het denkkader van (G)CGt is dat goed onderbouwde en goed toepasbare individuele zoekschema's worden gehanteerd, of dat nu een protocollaire behandeling of een therapie op maat betreft (zie ook Ten Broeke & Korrelboom, 2004). Wij denken dat de schema's die in GCGt worden voorgesteld aan die voorwaarden voldoen (zie Korrelboom & Ten Broeke, 2014; zie ook hoofdstuk 1 van dit boek). Tegelijkertijd is in de afgelopen vijftien jaar duidelijk gebleken dat het 'geïntegreerd' gebruiken van FA en BA meer oefening en training vraagt dan aanvankelijk wellicht werd gedacht. Want hoewel er in voorkomende casuïstiek vaak voor meer dan één 'oplossing' kan worden gekozen, verliest het model snel zijn kracht en waarde als (1) technisch foutieve of zelfs onmogelijke FA's en BA's worden opgesteld (voor een illustratie van deze kwesties, zie Van Emmerik & Rijnders, 2017), (2) verschillende modellen onsamenhangend door elkaar en naast elkaar worden gebruikt (voor een voorbeeld, zie A-Tjak, 2005; zie ook de reactie van Ten Broeke et al., 2006), en – zeker niet onbelangrijk – (3) de samenhang tussen FA en BA onderling en met het opgestelde behandelplan ontbreekt of problematisch is. Wij hopen dat dit *Praktijkboek* bijdraagt aan een verantwoorde, gepersonaliseerde toepassing van empirisch ondersteunde protocollaire behandelingen in de behandelpraktijk.

1

Geïntegreerde Cognitieve Gedragstherapie. Uitgangspunten en contouren

Erik ten Broeke, Marc Verbraak, Steven Meijer & Kees Korrelboom

1.1 Inleiding

De eerste uitgave van *Geïntegreerde cognitieve gedragstherapie. Handboek voor theorie en praktijk* (Korrelboom & Ten Broeke, 2004) wilde een handvat geven en ondersteuning zijn voor zowel beginnende als meer ervaren cognitief gedragstherapeuten. Dat geldt evenzeer voor de in 2014 uitgekomen geheel gereviseerde uitgave (Korrelboom & Ten Broeke, 2014). Door het destijds toevoegen van het woord 'geïntegreerde' aan 'cognitieve gedragstherapie' zou ten onrechte de indruk hebben kunnen ontstaan dat een nieuw soort cognitieve gedragstherapie werd beschreven. Dat is niet het geval. De term 'geïntegreerd' wil vooral benadrukken dat cognitieve gedragstherapie enerzijds geworteld moet zijn in de klinische en empirische kennis en ervaring die in meer dan honderd jaar toegepaste klinische psychologie is opgebouwd, en zich in het verlengde daarvan laat inspireren door bevindingen in de experimentele psychologie. Heel concreet komt deze dubbele loyaliteit deels erop neer dat getracht wordt om de in vele duizenden empirische studies opgedane kennis over de effecten van psychotherapie te integreren met de steeds verder groeiende kennis over leren, emotie, cognitieve processen, sociale beïnvloeding en psychosociale ontwikkeling uit het meer fundamentele psychologische onderzoek. Een ander aspect van de nagestreefde integratie betreft het op basis van die fundamentele psychologische kennis telkens aanscherpen en ontwikkelen van effectief gebleken therapeutische interventies en het onderling met elkaar verbinden van die interventies. Vooral dat laatste is een belangrijke doelstelling van de revisie van het *Handboek*. Een dergelijke ambitie vraagt om een vertaalslag van de psychologische laboratoria naar de behandelkamers. In het *Handboek* (Korrelboom & Ten Broeke, 2014) ligt de nadruk dan ook juist op deze vertaalslag. Na een uitvoerige beschrijving van theoretische achtergronden gaan de auteurs in op het ontwerpen van geïndividualiseerde diagnostische modellen met behulp van functieanalyses (FA's), betekenisanalyses (BA's) en – veel minder prominent – de holistische theorie (HT). Tegen de achtergrond van deze diagnostische modellen worden interventies beschreven vanuit het oogpunt van veronderstelde aangrijpingspunten. Zo maken Korrelboom en Ten Broeke onderscheid tussen interventies gericht op het onderzoeken en zo mogelijk falsificeren van disfunctionele verwachtingen, interventies die gericht zijn op het (direct of indirect) corrigeren van intrinsieke betekenissen van geheugenrepresentaties, interventies die bedoelen vaardigheden te verbeteren, en – sinds 2014 – interventies

gericht op aandachtsmanipulatie, afstand nemen en acceptatie. Naast een bespreking van interactionele stijlen op de dimensie 'socratisch – didactisch' komen ook theorieën en praktische uitwerkingen over het inschatten en vormgeven van de aard van de therapeutische relatie aan de orde. Tot slot wordt naast de inhoudelijke theoretische en conceptuele kaders om tot een goede en onderbouwde behandeling te komen, ook aandacht besteed aan het gedragstherapeutisch proces waarbinnen verschillende en belangrijke niveaus en fasen kunnen worden onderscheiden.

Hierna worden bij wijze van vertrekpunt van dit *Praktijkboek* de belangrijkste contouren en uitgangspunten van deze GCGt samengevat. Gestart wordt met een schets van de theoretische en conceptuele kaders; daarna wordt in grote lijnen het gedragstherapeutische proces beschreven. Tenzij het anders staat aangegeven, wordt daarbij steeds uitgegaan van volwassen patiënten die een ambulante behandeling krijgen gericht op het (zo goed mogelijk) herstellen van de klachten waarvoor zij hulp zoeken. Dat neemt niet weg dat de lezer van harte wordt uitgenodigd om dat wat wordt gepresenteerd te vertalen naar, en op maat te maken voor, andere situaties, patiëntengroepen en settings.

1.2 Ontwikkeling en aanpassing vanuit een evolutionair perspectief

Ieder organisme is afhankelijk van de omgeving waarin het leeft. In breed evolutionair perspectief gezien is die omgeving doorgaans niet erg vriendelijk. Vanuit dat perspectief is er namelijk dikwijls sprake van een situatie van gebrek die om aanpassing en strijd vraagt. Waar er geen gebrek is, heersen competitie en bedreiging. Het is dus een voordeel om zo goed mogelijk te zijn aangepast aan die vaak zo uitdagende en veeleisende omgeving. Brute kracht, bepantsering, camouflage, het vermogen om te vliegen, zwemmen of onder de grond weg te kruipen, alsmede eigenschappen als snelheid en lenigheid, bevorderen de overlevingskansen. Daarnaast, of in combinatie daarmee, is ook het vermogen om gebruik te maken van leerervaringen een belangrijk voordeel om zo goed mogelijk het hoofd te kunnen bieden aan de diverse uitdagingen binnen de eigen leefomgeving. Vrijwel alle levende organismen kunnen dan ook in meerdere of mindere mate leren van eerdere ervaringen. Sommige organismen beheersen alleen zeer simpele vormen van leren, terwijl hogere organismen ook het vermogen tot meer complexe vormen van leren beheersen. De meer complexe vormen borduren daarbij voort op de meer eenvoudige (Razran, 1971). In totaal onderkent Razran vier verschillende niveaus van leren, waarbinnen weer elf verschillende subcategorieën kunnen worden onderscheiden. Binnen de meest simpele vormen gaat het om niet-associatieve leerparadigma's als habituatie en sensitatisatie, terwijl het bij de meest complexe vormen van leren gaat om de invloed van meerdere CS'en wanneer die zich in onderlinge samenhang aan de proefpersoon voordoen (Razran spreekt hier van '*configured*' of 'samengesteld' leren), alsmede om symbolisch leren, waarin taal en redeneren een vooraanstaande rol spelen. Zo is gedurende de evolutie volgens Razran dus een hiërarchie ontstaan van soortspecifieke leervermogens. Volgens die hiërarchie kunnen bijvoorbeeld protozoën al wel habitueren (wennen aan bepaalde prikkels), maar nog niet sensibiliseren (gevoeliger worden voor specifieke stimulatie), terwijl wormen ook kunnen

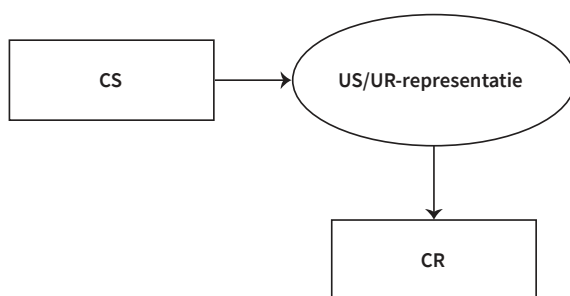
profiteren van die laatste vorm van leren. Ieder organisme dat over de mogelijkheid van een hogere vorm van leren beschikt, beheerst, volgens Razran, noodzakelijkerwijs ook de lagere vormen. Zo helpen sensitisatie en habituatie vooral om sneller en adequater te reageren op belangrijke gebeurtenissen die al aan de gang zijn. Voorspellen en controleren daarentegen bevorderen met name de anticipatie op het mogelijk optreden van dergelijke gebeurtenissen. Zij vormen volgens Razran dan ook een volgende stap op de evolutionaire ladder. Wie kan voorspellen welke kansen en bedreigingen hem zo dadelijk te wachten staan, heeft een voordeel ten opzichte van diegenen die dat niet kunnen. Wie het best is voorbereid om adequaat op die kansen en bedreigingen in te spelen kan dat voordeel immers maximaal uitbuiten. Voorspelbaarheid en controleerbaarheid spelen daarbij een centrale rol en worden dan ook traditioneel binnen de leerpsychologie bestudeerd. Beide aspecten behoren tot het associatieve leren (Eelen, 1988). Voorspelbaarheid wordt onderzocht binnen het paradigma van de klassieke conditionering. Operante conditionering daarentegen is het paradigma waarin in kaart wordt gebracht hoe organismen door middel van hun gedrag controle (leren) krijgen over hun omgeving. Er wordt hierna op deze twee, want voor de cognitieve gedragstherapie uiterst relevante, leerparadigma's nader ingegaan. Zij vormen immers de basis van de (cognitieve) gedragstherapie (zie ook Eelen & Vervliet, 2006, voor een in dit kader interessante stellingname met betrekking tot de toevoeging 'cognitieve' aan cognitieve gedragstherapie).

1.3 Klassieke conditionering

Klassieke conditionering betreft het leren van associaties tussen stimuli. Daarbij worden twee vormen onderscheiden: signaal-leren en evaluatief leren. Bij signaal-leren is een stimulus de voorspeller geworden voor het daadwerkelijk optreden van een belangrijke gebeurtenis. De aldus geconditioneerde stimulus wordt de CS genoemd (*conditional stimulus* of voorwaardelijke prikkel). De voorspelde ramp of beloning is een intrinsiek betekenisvolle stimulus en wordt de US genoemd (*unconditional stimulus* of onvoorwaardelijke prikkel). De reactie op een dergelijke betekenisvolle stimulus wordt de UR genoemd (*unconditioned response* of onvoorwaardelijke respons). Korrelboom en Ten Broeke (2014) kiezen ervoor om te spreken van US/UR in plaats van het in tijd onderscheiden US en UR, aangezien de stimulus (bijvoorbeeld een schok) niet kan worden ervaren zonder de daardoor opgewekte, in feite ermee samenvallende respons (pijn).

In het laboratorium voorspelt – bijvoorbeeld – de CS 'belletje' de US/UR 'voedsel' (bij appetitieve conditionering) of de US/UR 'schok' (bij aversieve conditionering). In het dagelijks leven is 'einde van de maand' de CS voor de US 'uitbetaling salaris', terwijl een 'toeterende auto' (CS) de US/UR 'gevaarlijke situatie' voorspelt. Voor de boulimiapatiënt is de 'gebakswinkel' een CS voor de US/UR 'grote hoeveelheden beschikbaar voedsel', terwijl de paniepatiënt een 'licht gevoel in het hoofd' als de voorbode beschouwt van een 'hersenvloeding' (US/UR). In moderne opvattingen van klassieke conditionering wordt veelal uitgegaan van een cognitief verklaringsmechanisme, zoals uit de voorgaande voorbeelden blijkt. De CS 'belletje' lokt niet rechtstreeks de CR

(*conditional response* of voorwaardelijke reactie) 'speeksel afscheiden' uit, maar doet dit via een omweg. Eerst wordt de cognitieve representatie van 'voedsel' (de US/UR-representatie) geactiveerd, en die activering zet het dier aan tot anticipatoire 'speekselafscheiding' (CR). In feite vertelt de CR 'speekselafscheiding' ons als toeschouwers dat het dier heeft geleerd dat de CS 'belletje' een betrouwbare voorspeller is geworden van de US/UR 'voedsel'. Het leerproces speelt zich dus af op het niveau van de twee in het klassieke leerproces betrokken stimuli, de CS en de (cognitieve representatie van de) US/UR. Er wordt geleerd dat tussen die twee een associatie bestaat. In het geval van signaal-leren is dat een *sequentiële associatie*, waarbij de ene stimulus (CS) voorafgaat aan de andere (de US/UR) of deze zelfs veroorzaakt (in feite een *causale associatie*). Zo'n sequentiële associatie is overigens meestal niet gebaseerd op een een-op-eenrelatie: de US volgt niet altijd op de CS. Doorgaans gaat het om waarschijnlijkheden: als de CS optreedt, is de kans dat de US zal volgen groter dan wanneer de CS er niet is (zie figuur 1.1 voor een grafische weergave van deze samenhang).



Figuur 1.1 Sequentiële associatie tussen CS en US/UR-representatie

Naast de sequentiële associatie tussen CS en US/UR wordt binnen klassieke conditionering ook een zogenoemde *referentiële associatie* onderscheiden. Bij referentiële associaties doet de CS *bij wijze van spreken* denken aan de US/UR (zie figuur 1.2a) of wordt de CS geacht identiek te zijn aan de US/UR (zie figuur 1.2b). Benadrukt moet worden dat 'doen denken aan' niet letterlijk moet worden genomen. Dat de CS 'doet denken aan' de US/UR betekent niet dat de persoon bewust en actief aan de US/UR denkt dan wel de representatie van die US/UR bewust en waarneembaar 'in gedachten' heeft. Veeleer is sprake van de aanname dat de CS een representatie van de US/UR in het geheugen activeert, wat tot uitdrukking komt in een emotionele reactie (CR) op de CS. In de klinische praktijk is de veronderstelde referentiële associatie tussen CS en US/UR dan ook vooral een hypothese op basis waarvan bepaalde interventies overwogen kunnen worden, en niet zozeer een bewuste, rechtstreeks navraagbare ervaring van een opkomende herinnering. Voorbeelden uit het dagelijks leven betreffen 'kop' en 'schotel', 'Bonnie' en 'Clyde', en 'voetbal' en 'hooligans'. Voorbeelden uit de klinische praktijk zijn de CS 'seksuele toenadering' die de seksueel getraumatiseerde patiënt kan 'doen denken aan' de US/UR 'verkrachting', met bijvoorbeeld herbelevingen als CR. Voor de sociaal angstige patiënt kan de 'glimlach van een voorbijganger' een CS zijn die de US/UR 'mislukking zijn' in het geheugen oproept, met angst, onzekerheid of