

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

Boom

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

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

Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten, postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.cedar.nl/pro).

No part of this book may be reproduced in any way whatsoever without the written permission of the publisher.

info@boomamsterdam.nl
www.boomuitgeversamsterdam.nl

Protocollaire behandeling op maat: een casusbeschrijving

MAAIKE VAN DORSTEN, ERIK TEN BROEKE & KEES KORRELBOOM

Samenvatting

Bij de behandeling van veel psychische stoornissen is momenteel een *evidence-based* behandelprotocol beschikbaar, wat onmiskenbaar veel waarde heeft in de therapeutische praktijk. Echter, de standaardinterventies hebben niet altijd de verwachte uitwerking. Een goede casusconceptualisatie volgens de principes van de geïntegreerde cognitieve gedragstherapie kan behulpzaam zijn bij het optimaal aanpassen van een protocollaire behandeling aan een specifieke patiënt. In dit artikel wordt aan de hand van een gevalbeschrijving geïllustreerd hoe een geïndividualiseerde taxatie en daaruit volgend behandelplan een rol kan spelen bij het (opnieuw) behandelen van een patiënte die een forse terugval doormaakt na een op zichzelf schijnbaar effectieve, strikt protocollair uitgevoerde behandeling. Afgesloten wordt met enkele overwegingen ten aanzien van de verhouding tussen standaard- en individu-specifieke behandelingen voor de hier gepresenteerde casus en ook in meer algemene zin.

Trefwoorden: protocollaire behandeling, geïndividualiseerde behandeling, casusconceptualisatie, gevalbeschrijving, terugval, geïntegreerde cognitieve gedragstherapie

INLEIDING

Bij de behandeling van veel psychische stoornissen heeft de therapeut inmiddels de mogelijkheid gebruik te maken van zogenaamde *evidence-based* behandelprotocollen. Dergelijke protocollen hebben veel waarde in de therapeutische praktijk; zij bieden de therapeut structuur en concrete handvatten bij de behandeling van de desbetreffende stoornis. Kenmerkend voor een standaardbehandeling is dat niet of nauwelijks een expliciete patiëntspecifieke casusconceptualisatie wordt opgesteld. Het is immers al bekend wat in

het algemeen het beste beleid is bij de desbetreffende stoornis. Dat betekent overigens niet dat er geen sprake is van een impliciete casusconceptualisatie. Een (inmiddels) standaardbehandeling is immers gebaseerd op de gemeenschappelijke conceptuele aspecten van de desbetreffende stoornis. Omdat de nadruk ligt op de overeenkomsten tussen stoornissen (en patiënten), hoeven de casusconceptualisaties niettemin niet meer geëxpliciteerd te worden. Mede op basis van deze overeenkomsten zijn de protocollen ontwikkeld, in wetenschappelijk onderzoek geëvalueerd en effectief bevonden (Hermans, 2001).

In sommige gevallen schiet een protocol niettemin tekort: de patiënt knapt niet of niet voldoende op. Daarnaast kan het zijn dat de patiënt weliswaar in het algemeen wel opknapt, maar dat bepaalde aspecten van de problematiek onveranderd blijven. De standaardinterventies hebben dan niet de uitwerking die werd verwacht.

Keijsers, Verbraak, Ten Broeke en Korrelboom (2009) beargumenteren dan ook dat een goede casusconceptualisatie in veel gevallen behulpzaam kan zijn bij het optimaal aanpassen van een protocolaire behandeling aan de specifieke patiënt. Daarbij wordt voorgesteld om, na en naast de bepaling van de classificatie in termen van de DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) of DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) en de selectie van een eventueel beschikbare standaardbehandeling, door middel van het opstellen van functie- en betekenisanalyses (Korrelboom & Ten Broeke, 2014) een geïndividualiseerde interventiestrategie te bepalen. Waar beide behandelplannen met elkaar op belangrijke punten in tegenspraak zijn, moet een beargumenteerde keuze worden gemaakt voor één van beide benaderingen. Dit kan er toe leiden dat twee patiënten met een paniekstoornis ieder een (enigszins) andere behandeling krijgen, ook al bestaat er een stevig onderbouwde standaardbehandeling (zie Ten Broeke, Korrelboom, & Van der Heiden, 2011) voor een voorbeeld en argumentatie).

Een andere optie is om 'pas' nadat de standaardbehandeling niet (voldoende) effectief is gebleken of wanneer er sprake is van onverwachte terugval, een geïndividualiseerde casusconceptualisatie op te stellen en op basis daarvan een nieuw behandelplan te bepalen. Voor beide benaderingen kunnen argumenten worden aangevoerd (zie Keijsers, Van Minnen, & Hoogduin, 2011; Keijsers, Verbraak, Ten Broeke, & Korrelboom, 2009; Korrelboom & Ten Broeke, 2014).

In dit artikel wordt de visie aangehangen dat standaardbehandelingen veel waarde hebben voor de klinische praktijk en dat het opstellen van functie- en/of betekenisanalyses voorafgaand aan de behandeling kan helpen voorkomen dat die standaardbehandeling stagneert. Dit betekent dat naast de DSM-classificatie eveneens een geïndividualiseerde casusconceptualisa-

tie wordt opgesteld en op basis daarvan wordt gekozen voor een van de volgende vier opties:

120

- 1 Standaardbehandeling indien de analyses geen aanleiding geven tot aanpassing
- 2 Standaardbehandeling plus aanvullende interventies op basis van de analyses
- 3 Standaardbehandeling minus bepaalde interventies op basis van de analyses
- 4 Een goeddeels idiosyncratische behandeling op basis van de analyses, hoewel er wel een standaardbehandeling voor de betreffende ‘DSM problematiek’ is beschreven

De volgorde van deze opties is niet lukraak. De mate waarin eisen worden gesteld aan de argumentatie om voor het desbetreffende beleid te kiezen neemt toe met iedere volgende optie; er wordt immers in toenemende mate afweken van de ‘voorgeschreven’ standaardbehandeling.

Deze visie is niet zonder problemen. In de eerste plaats is nergens aangetoond dat een geïndividualiseerde casusconceptualisatie een meerwaarde kan hebben, laat staan vanzelfsprekendheid heeft, ten opzichte van een standaardbehandeling. In de tweede plaats is er het probleem van de betrekkelijke onbetrouwbaarheid van geïndividualiseerde zoekschema’s. Verschillende therapeuten maken regelmatig verschillende analyses van dezelfde casus, ook al gebruiken zij hetzelfde model. Ondanks de vooralsnog beperkte empirische ondersteuning voor de individuele casusconceptualisatie zijn wij met onder meer Hermans (2001) van mening dat zo’n individuele analyse nut heeft. Wij onderschrijven tevens de observatie van Craske (2010) dat: *“Lack of CBT competency, even among self-described CBT clinicians, may be additionally attributed to the overemphasis on training in CBT procedures at the cost of training in CBT principles”* (p.4).

De hier gepresenteerde casus illustreert hoe een geïndividualiseerde taxatie en daaruit volgend behandelplan een rol kan spelen bij het (opnieuw) behandelen van een patiënte die een even onverwachte als forse terugval doormaakt na een op zichzelf schijnbaar effectieve, strikt protocollair uitgevoerde behandeling¹. Niet in het minst vanwege de opvallende dynamiek van de her-aanmelding wordt in dit geval niet gekozen voor een zo goed mogelijke ‘meer van hetzelfde, maar beter’ (zie Emmelkamp & Hoogduin, 2013), maar wordt er een casus-conceptualisatie opgesteld in termen van functien en betekenisanalyses. Dit leidt tot een nieuw en in belangrijke mate ander behandelbeleid dan de eerdere standaardbehandeling. Aansluitend worden de implicaties hiervan besproken. Afgesloten wordt met overwegingen ten aanzien van de verhouding tussen standaard- en individu-specifieke behandelingen in meer algemene zin.

CASUS MIEKE

.....

Probleeminventarisatie

.....

Mieke is een 30-jarige vrouw die zich op advies van de bedrijfsarts aanmeldt met lichamelijke spanningsklachten, emotionaliteit, doorslaapproblemen en lichamelijke en geestelijke vermoeidheid. De klachten hebben zich vanaf ongeveer drie maanden voor aanmelding geleidelijk opgebouwd. Bij de intake zijn de klachten in ernstige mate aanwezig, zoals blijkt uit de score op de Symptom Check List (SCL-90 ; Derogatis, 1977; afgenomen in de Nederlandse bewerking door Arrindell & Eetema, 1986) van 178, wat in vergelijking met de normale populatie een hoge score is (de score op de subschaal angst is 17, wat in vergelijking met de normale populatie een hoge score is). Mieke schrijft de klachten toe aan toegenomen werkdruk nadat ze vanwege een ziekmelding achterop was geraakt. Haar perfectionistische houding ten opzichte van haar werk en de angst om te falen maakten het bepaald niet gemakkelijker om de achterstanden in te lopen. Uiteindelijk heeft haar leidinggevende het vertrouwen in haar opgezegd en haar overgeplaatst naar een administratieve functie.

De hulpvraag bij aanmelding bij de eerste auteur is gericht op afname van de klachten, het tijdig (h)erkennen van haar grenzen en het stellen van realistische eisen aan zichzelf. In het kader van de DSM-classificatie werd een Aanpassingsstoornis met angst (309.24) vastgesteld en is ze geïncludeerd in een gerandomiseerde studie naar het protocol bij aanpassingsstoornissen (Van der Heiden & Verbraak, 2010). In het kader van het onderzoek krijgt zij een strikt geprotocolleerde behandeling. De enige aanvulling op dit protocol is een overleg met de leidinggevende, gericht op evaluatie en re-integratie in de eigen functie.

Beloop van de geprotocolleerde behandeling

.....

De behandeling is wat betreft inhoud en werkhouding van Mieke ‘volgens het boekje’ verlopen. De interventies waren allereerst gericht op het veranderen van de leefstijl en het opstellen en uitvoeren van een stressmanagementprogramma. Daarna is met behulp van verbale uitdaging en gedragsexperimenten de manier van omgaan met de eerdere werkomstandigheden — zoals het stellen van irreële eisen aan zichzelf en het te weinig en te laat (h)erkennen en aangeven van haar grenzen — onderzocht en waar nodig bijgesteld. In het overleg met de leidinggevende is gesproken over re-integratie in de eigen functie. Verder is er een concrete methode voor het oplossen van problemen aangeboden, waarmee Mieke heeft geleerd hoe ze in de toekomst praktische problemen anders kan aanpakken. Tot slot zijn de geleerde terugvalpreventiestrategieën concreet gemaakt en vastgelegd.

Afronding van de standaardbehandeling

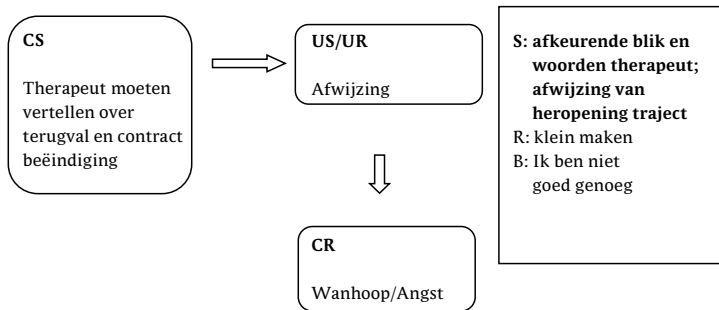
122

Na 12 sessies is Mieke nagenoeg klachtenvrij (SCL-90 score (Arrindell & Ettema, 1986): 114, wat in vergelijking met de normale populatie een gemiddelde score is. De score op de subschaal angst is 11 wat in vergelijking met de normale populatie een lage score is. In onderling overleg is de behandeling naar tevredenheid afgesloten. Na drie maanden vindt een *follow-up* gesprek plaats, waarin ze vertelt te zijn gestart met een nieuw project en dat zij de in de therapie geleerde vaardigheden nog regelmatig toepast. Er waren verder geen bijzonderheden; de behandeling werd dan ook afgesloten.

'Onverwachte' terugval

Twee maanden na het *follow-up* gesprek wordt Mieke door de bedrijfsarts echter opnieuw aangemeld vanwege 'forse klachten en volledige ziekmelding op het werk'. In de eerste sessie is ze zeer geëmotioneerd. Na enig aandringen vertelt zij de stellige verwachting te hebben dat de therapeut haar afkeurend zal toespreken met betrekking tot het 'niet goed genoeg uitvoeren van de eerder geleerde vaardigheden' en haar daarom zal afwijzen voor een herstart van de behandeling. Ze voegt eraan toe dit eigenlijk ook te verdienen, omdat ze inderdaad niet goed genoeg zou zijn. Door een begripvolle opstelling en het benadrukken van het feit dat Mieke (opnieuw) welkom is voor behandeling werd de angstige verwachting vrijwel direct gefalsificeerd. Maar de kennelijk intense angst voor afwijzing en 'niet goed genoeg zijn' waren niet expliciet naar voren gekomen in de eerdere klachtgerichte, geprotocolleerde behandeling. Duidelijk is dat er thans sprake is van sterke emotionaliteit, moedeloosheid en ontredde. De therapeut overweegt de mogelijkheid de eerder aangeboden geprotocolleerde behandeling te *updaten* en waar nodig te herhalen. Gelet echter op de heftigheid van terugval, de opvallende angst te worden afgewezen door de therapeut en — vooral — de zich nu manifesterende overtuiging 'niet goed genoeg te zijn' is ervoor gekozen de eerste twee sessies te gebruiken om 'op maat' functieanalyses (FA) en betekenisanalyses (BA) op te stellen (Korrelboom & Ten Broeke, 2014).

Op basis van de (hernieuwde) aanmeldingsklacht zou het voor de hand hebben gelegen om eerst die klachten te analyseren met behulp van een FA: welke, waarschijnlijk disfunctionele gedragingen zet patiënte in om met de omstandigheden waarin zij verkeert om te gaan? Bij deze heraanmelding is de angst voor afwijzing door de therapeut echter zo heftig en op de voorgrond aanwezig dat de therapeut allereerst besluit om in ieder geval voor zichzelf deze angst nader te analyseren. De volgende BA wordt daartoe opgesteld (figuur 1). Daarin komt meer concreet naar voren dat patiënte met name bang is voor de afkeurende houding van de therapeut en voor de verwachting dat zij niet opnieuw in behandeling zal worden genomen.



FIGUUR 1 BA 1: Verwachte afwijzing door de therapeut

VERKLARENDE DIAGNOSTIEK: FUNCTIE- EN BETEKENISANALYSES

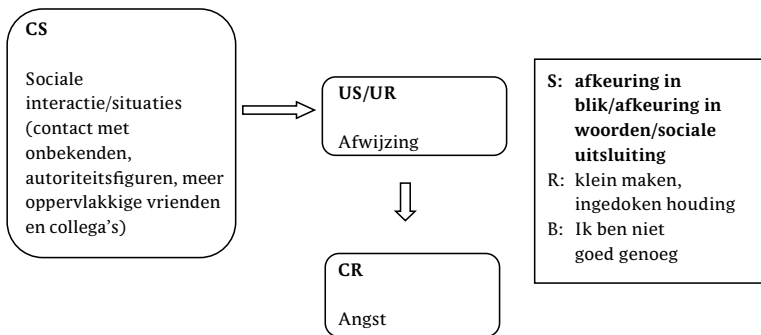
.....

Daarna wordt de aandacht op de (hernieuwde) klachten gericht. Mieke rapporteert bij de her-aanmelding huilbuien, lichamelijke spanningsklachten, piekeren, slaapproblemen, vermoeidheid, onrust en angst. Haar SCL-90 score (Arrindell & Ettema, 1986) is 230, wat in vergelijking met de normale populatie een zeer hoge score is. Op de subschaal angst scoort ze 30, wat in vergelijking met de normale populatie ook een zeer hoge score is). Sinds de ziekmelding probeert ze de confrontatie met het werk (ook de beelden en gedachten daarover) te vermijden. Niettemin heeft ze er 's nachts wel angstige dromen over. Over de periode vanaf het *follow-up* gesprek vertelt ze dat de werkdruk flink opliep. Ze raakte op een gegeven moment het overzicht kwijt, waarbij ze overvallen werd door de angst te zullen terugvallen in haar eerdere klachten. Ze liep in paniek weg van haar werkplek en kwam op de gang haar voormalige leidinggevende tegen, die een denigrerende opmerking maakte over haar emotionele toestand. In een later gesprek met de huidige leidinggevende werd ze erg emotioneel toen ze aangaf weer spanningsklachten te krijgen van haar werk en het niet meer te kunnen overzien. Daarna is ze 'ziek' naar huis gestuurd. Enkele dagen later heeft ze telefonisch te horen gekregen dat haar jaarcontract niet werd verlengd.

In de therapie bekent ze voorafgaand aan de eerste aanmelding vaker kleinerend te zijn toegesproken door de toenmalige leidinggevende, ook in aanwezigheid van een aantal collega's. De herhaalde afwijzing in combinatie met de contractbeëindiging bracht haar ernstig uit haar evenwicht en leidde tot een forse terugval met de huidige her-aanmelding als gevolg.

Bij het in kaart brengen van de achtergronden van de terugval, blijkt dat de angst voor afkeuring of afwijzing door de therapeut (figuur 1) geen eenmalig incident is. Dezelfde angst manifesteert zich in allerlei sociale situaties, zoals op het werk, bijvoorbeeld tijdens vergaderingen, maar ook tijdens informele

contacten, zoals bij een gesprek op een feestje. Als Mieke wordt gevraagd hoe een prototypische afwijzing er in haar geval uitziet, dan noemt ze dat de ander dan duidelijke afkeuring laat zien in zijn blik of woorden of dat ze buiten de groep wordt geplaatst (de zogenaamde ‘stimulus-aspecten’ van haar cognitieve representatie van ‘afwijzing’). Zij zal dan de neiging krijgen zich zo klein mogelijk te maken (de ‘respons-aspecten’) en er zullen allerlei gedachten en opvattingen zijn rondom het thema ‘niet goed genoeg zijn’ (de ‘betekenisaspecten’) (zie de uitwerking van deze stimulus-, respons- en betekenis- (SRB-) aspecten in figuur 2). De specifieke BA in figuur 1 kan dus worden veralgemeniseerd naar de BA in figuur 2.



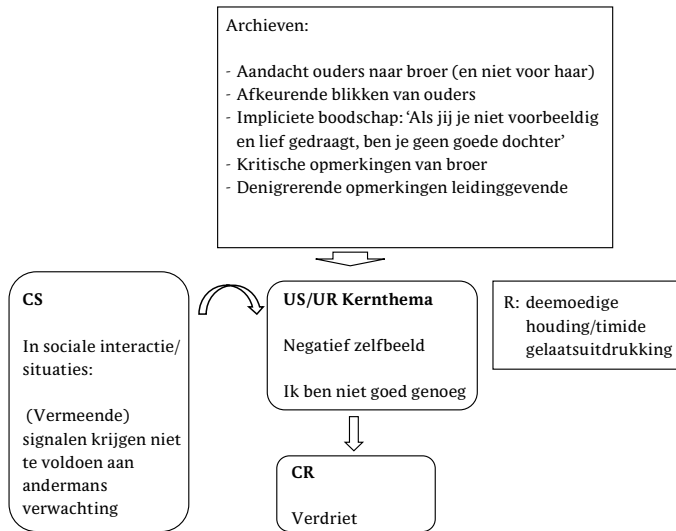
FIGUUR 2 BA 2 : Angst voor afwijzing in sociale situaties

Mieke vertelt dat ze vroeger een verlegen en braaf meisje was. Ze had veel sociale contacten, had hobby's en haalde goede cijfers op school. Haar (enige) oudere broer had wat gedragsproblemen, waaraan haar ouders veel tijd en aandacht besteedden. Van haar werd verwacht zich probleemloos te gedragen, op straffe van afkeuring. Ze begreep als klein meisje al snel dat ze een lieve en goede dochter werd gevonden zolang ze zich maar aan de regels en (vermeende) verwachtingen van haar ouders hield. Op de middelbare school nam haar broer, met wie ze vaak alleen thuis was, de impliciet kritische en afkeurende rol van haar ouders expliciet over. Zijn opmerkingen richtten zich op haar (overigens goede) prestaties op school of haar (overigens bijna altijd onberispelijke) gedrag. Wat haar is bijgebleven van deze periode is dat ze zich in steeds meer situaties onzeker ging voelen. Ze had niet alleen voortdurend de angst dat anderen haar zouden afwijzen en 'niet goed genoeg' zouden vinden, maar vooral ook dat zij daarin gelijk hadden.

'Niet goed genoeg zijn' is voor Mieke een emotioneel beladen kernthema. De leerervaringen die als het ware bewijzen dat zij 'niet goed genoeg' is worden weergegeven in een zogenaamd archief. Het opnemen van een archief met leerervaringen in een BA die een kernthema beschrijft verklaart het ontstaan van dat thema (zie Korrelboom & Ten Broeke, 2014, voor een toe-

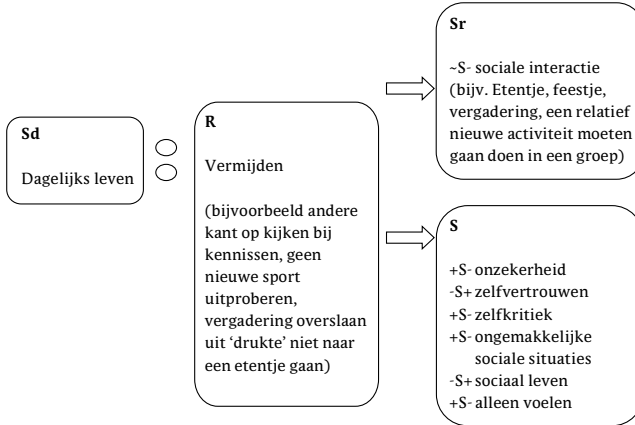
lichting). Of dat ook betekent dat die ervaringen een dermate belangrijke invloed uitoefenen op het *voortbestaan* dat het gerichte interventies zoals herstructureren van herinneringen of EMDR rechtvaardigt is een vraag die nog beantwoord moet worden. In veel gevallen verheldert het archief de leer-geschiedenis van het (kern)thema, maar in lang niet alle gevallen zal het archief direct in de behandeling betrokken behoeven te worden. Dan kan worden volstaan met interventies als ‘Competitive Memory Training’ (COMET Korrelboom, 2011) en gedragsexperimenten.

Bij Mieke lijken deze ervaringen ervoor gezorgd te hebben dat bij (vermeende) tekenen niet te voldoen aan de verwachting van de ander een negatief zelfbeeld wordt geactiveerd. Dit zorgt voor verdriet (zie figuur 3).

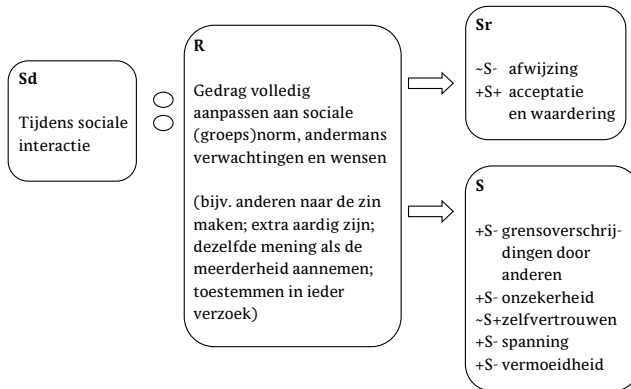


FIGUUR 3 BA 3 : Negatief zelfbeeld in sociale situaties

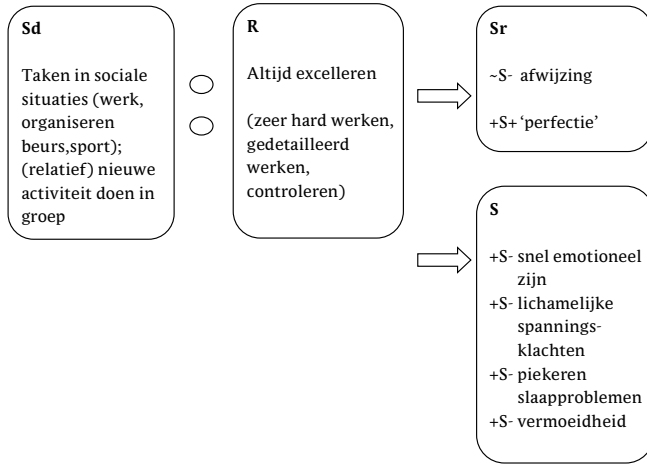
Om afwijzing te voorkomen is ze steeds meer gaan proberen 1) onder sociale gelegenheden uit te komen, 2) te excelleren als er gepresteerd moest worden en 3) zich aan te passen aan de (vermeende) verwachtingen van de ander. Dit brengt echter allerlei negatieve gevolgen met zich mee, zoals een verdere afname van zelfvertrouwen en een toename in spanningsklachten (meer specifiek: zie figuur 4 t/m 7).



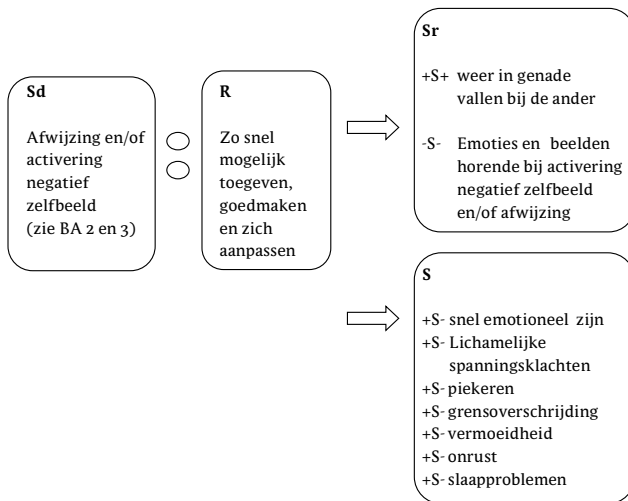
FIGUUR 4 FA 1: Vermijdingsgedrag



FIGUUR 5 FA 2: Veiligheidsgedrag



FIGUUR 6 FA 3 : Veiligheidsgedrag



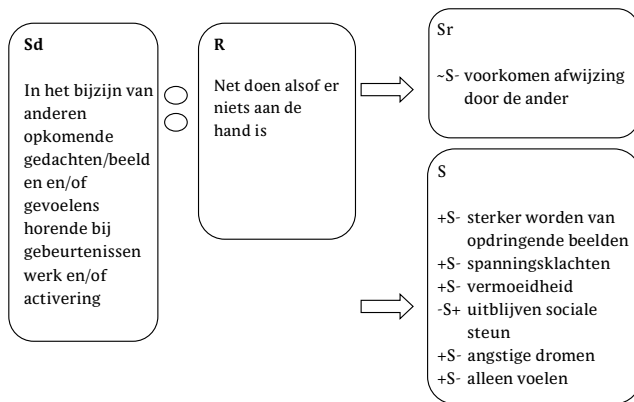
FIGUUR 7 FA 4 : Veiligheidsgedrag

Voor Mieke hebben deze strategieën door de jaren heen ‘bewezen’ succesvol te zijn: ze heeft haar studie glansrijk doorlopen, een prettig sociaal leven opgebouwd, een stabiele partner gevonden met wie ze samenwoont en een goede eerste baan gevonden, zonder enige ervaring van daadwerkelijke afwijzing. Achteraf gezien herkent Mieke dat dit al die jaren gepaard is gegaan

met veel spanningsklachten en angst. Opvallend genoeg vindt zij overigens dit ook een normale consequentie van 'niet goed genoeg'.

De denigrerende opmerkingen van haar leidinggevende, in reactie op het niet af kunnen krijgen van het werk, was de uiteindelijke bevestiging van datgene wat ze zichzelf over de jaren heen al had voorgehouden maar waarmee ze de confrontatie tot op dat moment had weten voorkomen: *'als ik niet op mijn beste kunnen presteer en mij niet aanpas aan de ander, dan zal ik worden afgewezen; ik ben immers niet goed genoeg'*

Ze heeft hierdoor niet standvastig kunnen zijn in het opkomen voor zichzelf, maar de beschuldigingen van de leidinggevende toegegeven in de hoop weer bij haar in genade te vallen. Tevens heeft ze deze gebeurtenissen met bijhorende gedachten en emoties verborgen gehouden voor haar partner, vrienden, functioneel leidinggevende, bedrijfsarts en therapeut, vanwege de overtuiging dat als haar omgeving dit zou weten, ze negatief over haar zouden denken en haar ook zouden afwijzen. Dit heeft echter een negatief effect: de beelden zullen zich sterker en frequenter opdringen, de spanningsklachten nemen toe en ze zal zich steeds meer alleen voelen staan (figuur 8).



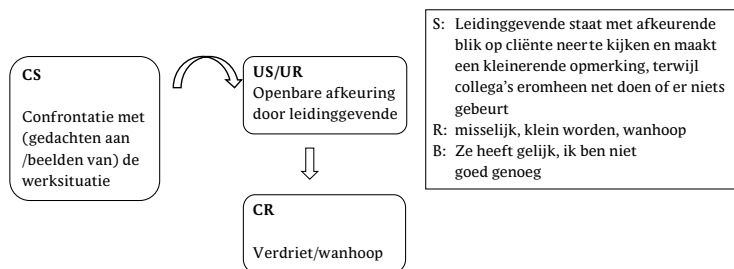
FIGUUR 8 FA 5: Coping

In de analyses wordt weergegeven dat de klachten van Mieke het gevolg zijn van gedrag dat wordt onderhouden ('bekrachtigd') door de aanhoudende vrees te zullen worden afgekeurd of niet aan andermans (vermeende) verwachting te zullen voldoen. Om dit te voorkomen probeert ze sociale situaties uit de weg te gaan en — indien dat niet mogelijk is — zichzelf zo onberispelijk en zo sociaal wenselijk mogelijk te gedragen. Dit gaat onherroepelijk gepaard met spanningsklachten, die Mieke dan ook vanzelfsprekend vindt, gelet op het 'feit' dat zij 'niet goed genoeg' is. Door het vermijdingsgedrag, maar vooral door het

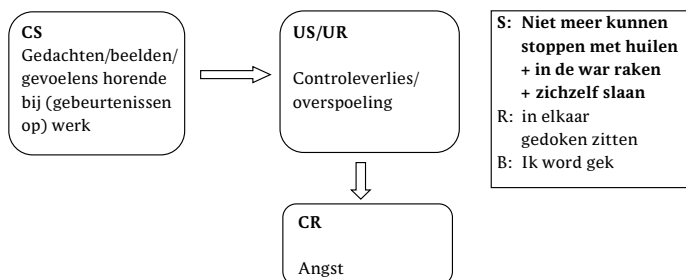
geperfectioneerde veiligheidsgedrag heeft Mieke nauwelijks corrigerende ervaringen op kunnen doen. Sterker nog, door het voortdurend toeschrijven van negatieve ervaringen aan haar eigen toedoen, dit niet bespreekbaar te maken in haar sociale omgeving en een steeds verder toenemend sociaal isolement, is deze negatieve zelfovertuiging steeds meer bestendig.

Daarnaast is een bijkomend probleem ontstaan. Bij confrontaties met (gedachten aan en beelden van) de werksituatie voelt Mieke zich erg verdrietig en wanhopig. Ze ziet hierbij weer voor zich dat ze in een volle kantoortuin de afkeuring van haar toenmalige leidinggevende over zich heen krijgt, waarbij er opvattingen worden geactiveerd rondom ‘inderdaad niet goed genoeg zijn’. Door de sterke emoties hierbij is ze geleidelijk bang geworden voor gedachtes, gevoelens en herinneringen die op een of andere manier met ‘afwijzing’ en ‘niet goed genoeg zijn’ in verband staan. Ze heeft de verwachting hierdoor overspoeld te worden en probeert deze te voorkomen en te onderdrukken door krampachtig afleiding te zoeken, haar gedachten op iets anders te richten of door harde muziek op te zetten. Dit heeft doorgaans echter een paradoxaal effect: het denken aan afwijzing en ‘niet goed genoeg zijn’ wordt er alleen maar sterker door. In de volgende analyses wordt de wanhoop en de angst van Mieke voor overspoeling nader in kaart gebracht (zie figuur 9 t/m 12).

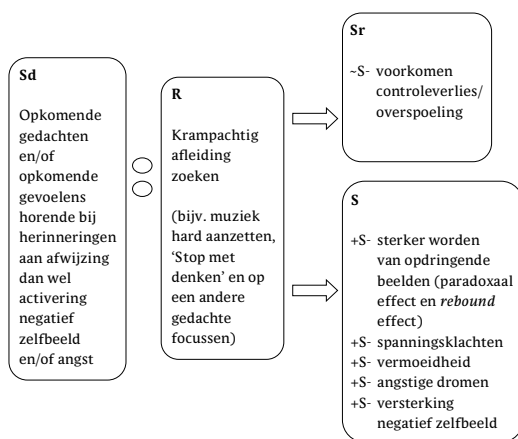
In afwachting van haar eerste therapiesessie, wetend dat ze zou moeten spreken over het ontslag op haar werk, de eerdere gebeurtenissen en haar huidige klachten en daarbij de eerder beschreven verwachting door de therapeut daarop afgewezen te worden, is Mieke inderdaad overspoeld geraakt door emoties. Daardoor kon ze niet langer mooi weer spelen, en ontkwam ze er niet aan haar angsten en problemen dan maar op tafel te gooien.



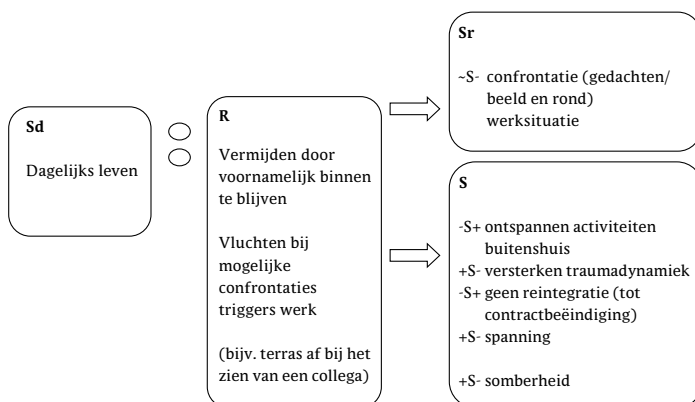
FIGUUR 9 BA 4 : Verdriet en wanhoop met betrekking tot werk



FIGUUR 10 BA 5: Angst voor overspoeling



FIGUUR 11 FA 6: Veiligheidsgedrag



FIGUUR 12 FA 7: Vermijdingsgedrag

CONCLUSIES EN BEHANDELPLAN OP BASIS VAN DE FUNCTIE- EN
BETEKENISANALYSES

.....

Mieke komt in behandeling in verband met lichamelijke spanningsklachten, emotionele labiliteit, doorslaapproblemen en lichamelijke en geestelijke vermoeidheid. Klachten die in veel gevallen direct en klachtgericht behandeld kunnen worden en in de praktijk ook worden. Een dergelijke behandeling is in de regel gebaseerd op een FA die zegt dat probleemgedrag zoals ‘onvoldoende grenzen stellen’ of ‘te veel hooi op de vork nemen’ of ‘te veel rekening houden met de wensen en (al dan niet vermeende) belangen van anderen’ (R) heeft geleid tot de klachten (+S-), overigens zonder dat expliciet wordt gekeken naar de reden dat het gedrag persisteert (de Sr). De, in dit geval later gemaakte, specifieke taxatie werpt hierop niettemin wel licht. De desbetreffende functie- en betekenisanalyses schetsen een beeld waarin wordt verondersteld dat de klachten het negatieve gevolg zijn van ver doorgevoerd vermijdings- en veiligheidsgedrag (zie FA 1 t/m 4). Gedrag dat in belangrijke mate kan worden teruggevoerd op een ‘onderliggend’ negatief zelfbeeld (BA 3) en de daarmee samenhangende voortdurende angst voor afwijzing in sociale situaties (BA 2). In termen van de DSM-IV-TR (APA, 2000) roept dat overigens de vraag op of er niet (ook) sprake is geweest van een sociale fobie. Mieke ontkende bij de intake echter klachten die daarop wezen. Wellicht beschouwde Mieke zichzelf niet als sociaal angstig omdat ze bijna altijd goed sociaal functioneerde zolang ze in haar comfortzone van *pleasen* en vermijden kon blijven.

De nadere taxatie van de aangemeldklachten bracht de desbetreffende dynamiek niettemin wel naar voren; met de nodige consequenties voor het op te stellen behandelplan.

EEN NIEUW BEHANDELPLAN

.....

Met behulp van functie- en betekenisanalyses is in kaart gebracht hoe de problematiek van Mieke door de bril van het model van geïntegreerde cognitieve gedragstherapie (Korrelboom & Ten Broeke, 2014; Ten Broeke, Korrelboom, & Van der Heiden, 2011) kan worden begrepen. Daarmee kan afgewogen worden of voor een standaardbehandeling moet worden gekozen of dat de behandeling beter ‘op maat’ gemaakt kan worden. Bij Mieke ondersteunden de analyses de veronderstelling dat ‘meer van hetzelfde’ of uitsluitend het toepassen van een CGT protocol voor sociale fobie (Mulken & Bögels, 2011) onvoldoende zouden zijn, omdat daarmee een belangrijke voedingsbodem van haar overspannenheid, namelijk de overtuiging ‘niet goed genoeg te zijn’ en de daarop aansluitende angst om te worden afgewezen en te worden buitengesloten, ongemoeid zouden blijven.

Het nieuw opgestelde behandelplan op maat legt niet alleen nadruk op het beïnvloeden van het gedrag dat telkens leidt tot de klachten maar vooral op wat het persisteren van het gedrag veroorzaakt.

Na het bespreken van het nieuwe behandelplan en daarop gebaseerde psycho-educatie is Mieke gestart met het weer oppakken van haar dagstructuur en het heractiveren van het in de eerdere therapie geleerde stressmanagement. Vanwege de merkbare, ontregelende invloed van de nare herinneringen aan de vernedering door haar leidinggevende en de angst voor overspoeling als ze zichzelf zou toestaan daaraan te denken is daarna begonnen met imaginaire exposure (BA 4; BA 5) in combinatie met responspreventie (FA 6) en het oppakken van activiteiten buitenhuis (FA 7). Drie sessies verder, met dagelijkse huiswerkopdrachten, is de emotionele lading grotendeels van de cognitieve representatie van de kerngebeurtenis 'vernedering door leidinggevende' af en is de verwachting gek te worden bij het toelaten van de emoties voldoende gefalsificeerd.

De partner van patiënte toonde zich betrokken en ondersteunend toen Mieke de aard en doelstelling van de dagelijkse opdrachten met hem deelde. Diens steun en veroordeling van het gedrag van haar leidinggevende gaf haar wederom een corrigerende ervaring met betrekking tot het uitblijven van afwijzing (FA 5 ; BA 1) en haar vanzelfsprekende interpretatie van de vernedering/afwijzing dat het volkomen terecht was dat hij haar afwees omdat zij immers 'niet goed genoeg' is! Mieke kon steeds beter zien en ervaren dat het gedrag van de leidinggevende buitensporig, onnodig en onterecht was. Daarop is in de eerstvolgende therapiesessie aangesloten door de verwachting afgevoerd te worden in sociale situaties verbaal uit te dagen (BA 2) en met behulp van geleidelijke en gerichte gedragsexperimenten verder te falsificeren. Zo is Mieke gestart met yoga en is ze naar een etentje van de familie van haar partner meegegaan (zie FA 1), waarbij erop is gelet dat het uitblijven van de afwijzing niet kon worden toegeschreven aan de inzet van veiligheidsgedrag (FA 2 t/m 4). Hierbij liep Mieke ertegen aan dat ze, na zich jarenlang te hebben aangepast aan de wensen en verwachtingen van anderen, het lastig vond te bepalen wat haar eigen wensen, verwachtingen en behoeften zijn. Ter ontwikkeling hiervan heeft ze over de loop van de therapie een registratie- en bezinningsdagboek bijgehouden. De daaruit naar voren komende hiaten in haar assertiviteitsvaardigheden (waaronder 'nee zeggen' en reageren op kritiek) zijn geoefend in en buiten de therapie. Het ging allengs merkbaar beter met patiënte. Er bleef niettemin, tijdens of na sommige gedragsexperimenten, min of meer op de achtergrond een verdrietig gevoel bestaan.

ZELFBEELDPROBLEMATIEK

.....

De hypothese wordt opgesteld dat door haar nieuw aangeleerde gedrag de overtuiging werd geactiveerd 'niet goed genoeg' te zijn; een overtuiging die

niet voldoende wordt gecorrigeerd door de positieve ervaringen die Mieke gedurende de behandeling opdeed. In de sessie is het negatieve zelfbeeld kritisch bekeken. Zodra er bij Mieke twijfel over de geloofwaardigheid ervan ontstond is individuele COMET voor negatief zelfbeeld ingezet (Korrelboom, 2011). Na enkele sessies, met intensief oefenen tussendoor, lukt het Mieke haar alternatieve opvatting met bijhorende houding en lichamelijk gevoel op te roepen in situaties die eerder automatisch het negatieve zelfbeeld naar voren haalden. Door dit in te zetten voorafgaand, tijdens en na de exposure-oefeningen haalt ze steeds overtuigender corrigerende ervaringen binnen. Na verloop van tijd kon Mieke concluderen dat de voorspelde afwijzing daadwerkelijk uitblijft, ook bij het geleidelijk laten varen van haar vermijdings- en veiligheidsgedrag. Het geleerde generaliseerde bijna als vanzelf, zoals het op een feestje bespreekbaar maken van de gebeurtenissen op haar werk met vriendinnen. Door het groeiende besef 'gewoon goed' te zijn en daarin door haar omgeving gesteund, heeft ze in een afsluitend gesprek op het werk haar leidinggevende op de hoogte gesteld van de denigrerende opmerkingen van haar oud-leidinggevende. Toen bleek dat er al een dossier opgebouwd werd tegen de desbetreffende collega, was dit voor Mieke een enorme boost, maar riep het ook verdriet op over het kwijtraken van haar baan. Toen ze hier op een adequate manier mee omging en steun zocht bij haar partner, vriendinnen en ouders, mocht worden geconcludeerd dat ze grote stappen vooruit had gezet. Tot slot zijn de geleerde vaardigheden uit de eerdere behandeling en de recente sessies omgezet in een terugvalpreventieplan. Na 15 sessies gespreid over 5 maanden is de behandeling afgerond. Zowel bij de 3 maanden *follow-up* als na een jaar is het resultaat stabiel gebleven. Mieke geeft na een jaar aan dat het over het algemeen goed met haar gaat. Haar SCL-90 score (Arrindell & Ettema, 1986) is 121, wat in vergelijking met de normale populatie een gemiddelde score is. Op de subschaal angst scoort ze 12, wat in vergelijking met de normale populatie ook een gemiddelde score is. Ze past de geboden handvatten nog geregeld toe en heeft het idee dat ze hierdoor haar ontwikkeling verder heeft doorgezet. In de meeste sociale situaties heeft ze geen last meer van angst en durft ze over het algemeen 'zichzelf te zijn'. Het negatieve zelfbeeld wordt minder snel geactiveerd, en als het wordt geactiveerd, herkent ze dit nu en begrijpt ze wat ze zelf kan doen om hierop in te grijpen. Ook merkt ze wanneer ze te veel hooi op haar vork neemt. Ze kan en durft daarop in te grijpen. Ze heeft dan ook voldoende energie en weinig last van negatieve, onnodige emotionaliteit.

OVERWEGINGEN EN BESLUIT

.....

134

Bij de eerste aanmelding presenteert Mieke de klachten horende bij een ‘overspannenheid’. Dit klachtenpatroon is aanleiding om patiënte een strak vormgegeven standaardbehandeling te geven, waarbij de nadruk sterk ligt op het direct terugdringen van de klachten door directe gedragsverandering en minder op de vraag wat de achtergrond is van de ontstane klachten en welke factoren de oorspronkelijke disfunctionele gedragingen in stand houden. Voor een dergelijk beleid bij aanpassingsstoornissen zijn op zichzelf goede argumenten aan te voeren. Binnen de werkwijze van geïntegreerde cognitieve gedragstherapie worden deze argumenten niet zozeer in twijfel getrokken. Wel wordt er voor gepleit voorafgaand aan de behandeling een globale taxatie te doen met behulp van FA’s en BA’s en het daaruit voortkomende behandelplan te vergelijken met de standaardbehandeling. Indien er een opvallende discrepantie bestaat tussen beide behandelplannen moet worden afgewogen in hoeverre een aanpassing van de standaardbehandeling verdeelbaar is (Keijsers et al., 2009; Korrelboom & Ten Broeke, 2014;).

Toen Mieke na aanvankelijk succes sterk terugviel en zij gedesillusioneerd en angstig voor de reactie van de therapeut opnieuw werd aangemeld, werden alsnog hypothesen opgesteld rond het persisteren van het problematische gedrag en werd de dynamiek van de problematische emoties in kaart gebracht. Daarbij werd gebruikgemaakt van het gestructureerde zoekmodel van geïntegreerde cognitieve gedragstherapie: functie- en betekenisanalyse. Aan de hand daarvan is een op maat gemaakt behandelplan opgesteld. De daarop gebaseerde behandeling is met goed resultaat afgerond.

Een interessante vraag is of de terugval met bijhorende consequenties voorkomen had kunnen worden. De eerste behandeling heeft, door het letterlijk volgen van het protocol, ingegrepen op de gevolgen van het probleemgedrag, de ‘overspanningsklachten’ (FA 2 t/m 4). De nadruk lag daarbij op het aanleren van nieuwe vaardigheden om adequater met stressvolle situaties om te gaan. Op zichzelf is dat vanzelfsprekend geen slecht beleid. Mieke meldde zich immers aan met lichamelijke spanningsklachten, emotionaliteit, door slaapproblemen en lichamelijke en geestelijke vermoeidheid; klachten die rechtstreeks in verband stonden met de werksituatie. Niettemin schoot dat beleid in het geval van Mieke op de wat langere termijn tekort. Het is vanzelfsprekend achteraf altijd makkelijk(ker) vast te stellen wat beter was geweest dan ‘slechts’ het protocol te volgen. Een vergelijkbaar risico dreigt ook hier: omdat de tweede behandeling goed heeft uitgepakt is het bewezen dat altijd een meer uitgebreide taxatie met FA’s en BA’s moet worden uitgevoerd. Dat is dus niet bewezen. Niettemin menen wij dat zelfs een globale taxatie met behulp van FA’s en BA’s de achterliggende dynamiek van de klachten zodanig bloot had kunnen leggen dat andere behandelkeuzes waren gemaakt dan het standaardprotocol voorschrijft en zelfs toelaat. Met name zou meer oog zijn

geweest voor Mieke's opvallende angst voor afwijzing aan de ene kant en de hoge mate van gevoeligheid voor kritiek en afwijzing doordat ogenblikkelijk de overtuiging 'ik ben niet goed genoeg' werd geactiveerd. Ondanks het gestructureerd uitvragen van de klachten volgens de Standaard Onderzoek bij psychische Stoornissen (SOPS) in combinatie met het vaststellen van de DSM-IV-TR classificatie (APA, 2000) met behulp van de mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI; Sheehan et al., 1998, Nederlandse vertaling door Van Vliet, Leroy, & Van Megem, 2000) heeft Mieke dit niet genoemd, mogelijk omdat ze dat ook niet in die termen bij zichzelf herkende. Hier wordt aangenomen dat een individuele casusconceptualisatie deze sociale fobie in een eerder stadium mogelijk al op tafel had kunnen krijgen door de leergeschiedenis in kaart te brengen en een aantal representatieve voorbeelden van Mieke's vergaande vermijdings- en veiligheidsgedrag uit te werken. Dit had kunnen leiden tot een eerdere heroverweging van de DSM-IV-TR classificatie (APA, 2000), en daarmee ook tot een andere standaardbehandeling. Overigens kan geenszins worden uitgesloten dat een andere, meer correcte DSM-classificatie en dus een andere standaardbehandeling tot een stabielere resultaat had geleid.

MAAIKE VAN DORSTEN is gz-psycholoog en gedragstherapeut in opleiding bij HSK Amsterdam.

ERIK TEN BROEKE is klinisch psycholoog en is vrijgevestigd gedragstherapeut in de regio Deventer. Daarnaast is hij mede-eigenaar van STER-opleidingen te Deventer.

KEES KORRELBOOM is klinisch psycholoog en psychotherapeut. Hij is hoofd wetenschappelijk onderzoek en zorginnovatie van PsyQ Haaglanden in Den Haag.

Correspondentieadres : Maaïke van Dorsten, Kabelweg 21, 1014 BA Amsterdam, m.vandorsten@hsk.nl

Summary In the treatment of many psychological disorders currently an evidence-based standard treatment is available. This has unambiguous value in the therapeutic practice. However, the standard interventions do not always result in the expected outcome. A good case conceptualization, according to the principles of integrated cognitive behavioral therapy, can aid in optimal adjusting a standard treatment to a patient-specific treatment. In this paper it is illustrated how a personalized valuation and consequent treatment plan can play a role in (once again) treating a patient with a major relapse after an apparently effective, strictly performed standard treatment. Finally, some considerations about the standard treatment versus individualized treatment will be discussed for the presented case and more in general.

Key words *Standard treatment, individualized treatment, case conceptualization, relapse, case example, integrated cognitive behavioral therapy*

Literatuur

136

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Arrindell, W.A., & Ettema, J.H.M. (1986). *SCL-90, Handleiding bij een multidimensionele psychopathologie indicator*. Lisse: Swets & Zeitlinger
- Broeke, E. ten, Korrelboom, K., & Heiden, C. van der (2011). Cognitieve Gedragstherapie. In: Verbraak, M., Visser, S., Muris, P., & Hoogduin, K. (red.), *Handboek voor gz-psychologen* (pp.153-174). Amsterdam: Boom.
- Craske, M. G. (2010). *Cognitive-behavioral therapy*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Derogatis, L.R. (1977). *SCL-90 Administration, scoring and procedures manual 1 for the R(vised) version and other instruments of the psychopathology rating scale series*. Baltimore: Clinical Psychometrics Research Unit, Johns Hopkins University School of Medicine.
- Emmelkamp, P.M.G., & Hoogduin, K. (2013) *Van mislukking naar succes in de psychotherapie*. Amsterdam: Boom.
- Heiden, C. van der & Verbraak, M.J.P.M. (2010). *Behandelprotocol bij aanpassingsstoornissen: Therapeutenboek en werkboek* (volledig herziene versie). Amsterdam: Boom.
- Hermans, D. (2001). De protocolbenadering als paard van Troje : Over de vaste tegenstelling tussen op maat gesneden en protocollaire behandelingen. *Gedragstherapie*, 34, 163-171.
- Keijsers, G., Minnen, A. van, Hoogduin, K. (2011). Toepassing van protocollaire behandelingen bij psychische stoornissen. In G. Keijsers, A. van Minnen & K. Hoogduin (red.) *Protocollaire behandelingen voor volwassenen met psychische klachten* (pp. 13-34). Amsterdam: Boom.
- Keijsers, G., Verbraak, M., Broeke, E. ten, & Korrelboom, K., (2009). Psychologische behandelingen volgens een protocol. In: E. ten Broeke, K. Korrelboom & M. Verbraak (red.), *Praktijkboek geïntegreerde cognitieve gedragstherapie. Protocollaire behandelingen op maat*. (pp. 39-60). Bussum: Uitgeverij Coutinho.
- Korrelboom, K. (2011). *Comet voor negatief zelfbeeld*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Korrelboom, K. & Broeke, E., ten (2014). *Geïntegreerde Cognitieve Gedragstherapie. Handboek voor theorie en praktijk*. Bussum: Coutinho.
- Mulkens, S. & Bögels, S. (2011). Protocollaire behandeling van patiënten met een sociale angststoornis. In G. Keijsers, A. van Minnen & K. Hoogduin (red.) *Protocollaire behandelingen voor volwassenen met psychische klachten* (pp.145-179). Amsterdam: Boom.
- Sheehan, D., Janavs, R., Baker, K., Harnett-Sheehan, K., Knapp, E. & Sheehan, M. (1998) *MINI Neuropsychiatric interview*. Tampa: University of South Florida. Nederlandse vertaling door Van Vliet, I.M., Leroy, H., Van Megem, H.J.G.M. (2000). *MINI neuropsychiatric interview*. Utrecht: Universitair Medisch Centrum Utrecht.