

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](http://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](http://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](mailto:info@boomamsterdam.nl)  
[www.boomuitgeversamsterdam.nl](http://www.boomuitgeversamsterdam.nl)

---

*Nieuwe ontwikkelingen in  
de cognitieve  
gedragstherapie voor de  
obsessieve-compulsieve  
stoornis*

Hoe de Inference Based Approach wel  
begrepen moet worden

.....

**Reactie op**

MANTIONE, ET AL.  
in *Gedragstherapie* 46, 4

---

HENNY VISSER

INLEIDING

.....

In het themanummer angststoornissen van *Gedragstherapie* verscheen een artikel van Mantione en anderen over nieuwe ontwikkelingen in de behandeling van de Obsessieve Compulsieve Stoornis (OCS) (Mantione, Molenaar, van Loon, & Denys, 2013). Daarin worden vier ontwikkelingen besproken, namelijk meta-cognitieve therapie, de Inference Based Approach (IBA), D-cycloserine en diepe hersenstimulatie.

Met deze bijdrage wil ik namens de Nederlandse IBA-onderzoeksgroep<sup>1</sup> reageren op de suboptimale beschrijving van (de zinvolheid) van IBA in het

1 IBA onderzoeksgroep Nederland bestaat uit Henny Visser; Harold van Megen; Patricia van Oppen en Ton van Balkom

betreffende artikel. Daarin staat dat IBA geen vernieuwende behandelwijze betreft, doch slechts een variatie op thema's die binnen de reguliere cognitieve gedragstherapie (CGT) als bekend worden verondersteld en dat publicaties over IBA steeds uit dezelfde Canadese 'pen of stal' komen. De auteurs noemen echter niet de recente, in Nederland uitgevoerde RCT, waarin de effectiviteit van IBA getoetst is. Bovendien gaat hun beschrijving van de IBA-behandeling op diverse punten mank.

Al met al kan dit de belangstelling voor IBA temperen onder de lezers van Gedragstherapie. Dat is jammer. Er is namelijk dringend behoefte aan effectieve alternatieve behandelmethoden voor OCS, omdat (Mantione refereert hier ook aan) gemiddeld 25% van de patiënten met OCS CGT weigert of vroegtijdig afbreekt (Franklin, Abramowitz, Kozak, Levitt, & Foa, 2000) en omdat van de patiënten met OCS die een behandeling met CGT afronden minstens 40% geen significante verbetering van klachten bereikt (Stanley & Turner, 1995; Whittal, Thordarson, & McLean, 2005).

Wellicht is IBA een alternatief. Over de hierboven genoemde Nederlandse RCT wordt op dit moment een artikel geschreven. Hier kan alvast opgemerkt worden dat de resultaten laten zien dat IBA effectief is. Eerder bleek al uit een RCT dat er geen significant verschil tussen IBA en CGT was (O'Connor, Aardema, Bouthillier, Guay, Robillard, Pélissier, et al, 2005).

Aangezien IBA, in tegenstelling tot wat Mantione schrijft, een andere benaderingswijze van de behandeling van OCS is dan CGT, is het niet uitgesloten dat de patiënten die niet van CGT profiteren, aan de hand van IBA wel herstellen. Meer onderzoek is nodig om dit te toetsen.

Hieronder wordt kort uiteengezet hoe IBA wel begrepen moet worden en wat de verschillen zijn tussen IBA en CGT.

#### HOE BENADERT IBA DWANGKLACHTEN ANDERS DAN CGT?

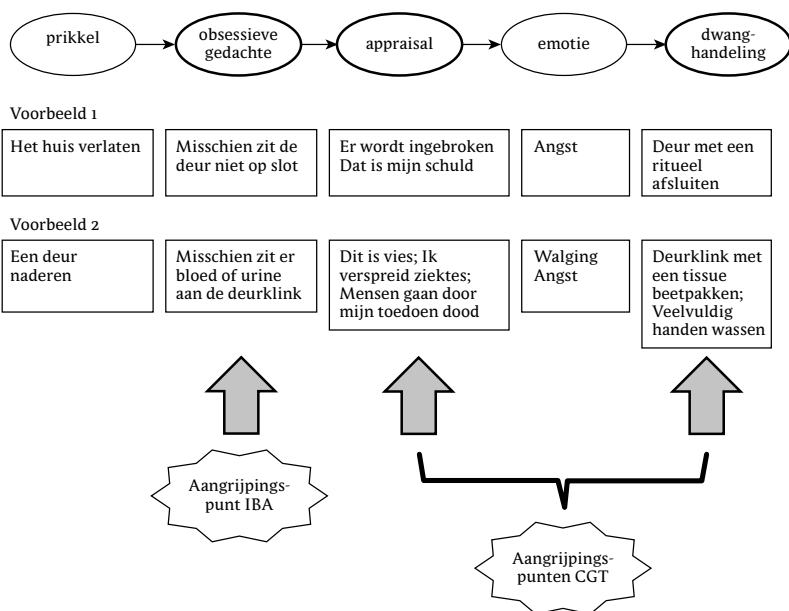
.....

Uitgangspunt van het IBA-model van OCS is dat obsessieve gedachten (ook vaak intrusies genoemd) pathologisch zijn, omdat de patiënt een bepaalde toestand vreest zonder dat daar aanleiding toe is in de waarneembare realiteit. Of zelfs terwijl de waarneembare realiteit het tegendeel van de gevreesde toestand bewijst. Een ander uitgangspunt is dat specifieke redeneerprocessen de realiteitstoetsing van de patiënt verstoren als hij geconfronteerd wordt met zijn obsessie. Deze uitgangspunten staan haaks op het cognitief gedragstherapeutisch model van OCS, dat aanneemt dat obsessieve gedachten een normaal niet-pathologisch verschijnsel zijn, en dat het probleem er in gelegen is dat de patiënt die gedachten op dysfunctionele wijze interpreteert (appraisal) (Salkovskis, 1999).

Deze verschillende uitgangspunten hebben directe implicaties voor het aangrijpingspunt van beide behandelmethoden (zie figuur 1). In de IBA-behandeling is de obsessieve gedachte zelf het aangrijpingspunt en gaat de

therapeut met de patiënt na welke redeneerprocessen ertoe leiden dat de geveesde toestand echt lijkt (waarover hieronder meer aan de hand van een voorbeeld). De patiënt leert om zich in situaties waarover hij een obsessie heeft op zintuiglijke informatie te baseren, zoals hij dat ook doet in situaties waarover hij geen obsessie heeft. Daarbij wordt nadrukkelijk vermeden om bewijzen voor en tegen de obsessieve gedachte te af te wegen. Aan de interpretatie van de obsessieve gedachte wordt in de IBA-behandeling geen aandacht besteed en de patiënt hoeft zich niet tegen de dwanghandeling te verzetten (dus ook de dwanghandeling wordt gelaten voor wat hij is).

Zoals de meeste lezers van *Gedragstherapie* zullen weten, ligt de focus van de cognitief gedragstherapeutische aanpak op het terugdringen van de dwanghandelingen door middel van exposure met responspreventie (ERP) en op het uitdagen van de interpretaties van obsessieve gedachten. Over dat laatste wordt bijvoorbeeld in een recent verschenen Nederlands protocol aanbevolen om vooral aandacht te besteden aan het overmatige belang dat de patiënt aan de dwanggedachte hecht, en aan de opvattingen die hij heeft over de dwanggedachte (Verbraak, Hoogduin, & Keijsers, 2011, p.93). In een handboek dat Clark & Beck recentelijk schreven over de behandeling van angststoornissen wordt in het hoofdstuk over OCS expliciet benadrukt om niet de obsessieve inhoud zelf, maar de appraisal van de obsessie te veranderen (Clark & Beck, 2009, p.479). Ondanks deze aanbevelingen kan het ook binnen de reguliere CGT gebeuren dat de obsessieve gedachte zelf aan bod komt. Echter, anders dan bij IBA gaat het dan om het afwegen van inhoudelijke bewijzen voor en tegen de obsessieve gedachte. Verder is het natuurlijk zo dat de patiënt aan de hand van goed uitgevoerde ERP of gedragsexperimenten tot de conclusie kan komen dat de obsessieve gedachte zelf (en niet alleen de interpretatie ervan) onjuist is. De weg daar naartoe loopt echter, anders dan bij IBA, in de meeste gevallen via het achterwege laten van de dwanghandeling.



FIGUUR 1 Schematische weergave van IBA en CGT bij obsessieve klachten

DE IBA-BEHANDELING IN STAPPEN

.....

Een IBA-behandeling begint met het voor iedere dwanghandeling in kaart brengen van de *toestand* die de patiënt vreest. Die toestanden worden aangeduid als obsessieve twijfels. In de voorbeelden in Figuur 1: misschien zit de deur niet op slot; misschien zit er bloed of urine aan de deurklink. Vervolgens wordt aan de patiënt uitgelegd dat er verschillende soorten twijfel bestaan, namelijk obsessieve twijfel en gewone twijfel. Aan de hand van voorbeelden worden de verschillen tussen obsessieve en gewone twijfel besproken (gewone twijfels beginnen met een waarneming, zijn gemakkelijk op te lossen met de juiste informatie; obsessieve twijfels beginnen met een gedachte, waarneembare bewijzen van het tegendeel veranderen niets aan de twijfel). De patiënt observeert vervolgens gedurende een bepaalde periode hoe het proces van één obsessieve twijfel zich voltrekt; Begon deze twijfel met een waarneming die op de gevreesde toestand wijst? Hoe gaat het verder? Ga ik steeds harder twijfelen als ik er eenmaal aan gedacht heb? Verandert waarneembaar bewijs van het tegendeel iets aan mijn twijfel? Weet ik eigenlijk precies waar ik naar zoek? Hij observeert bovendien hoe dit afwijkt van het proces van gewone toevallige twijfels die zich voordoen waarover hij geen obsessie heeft, zoals: Moeten die planten water hebben?; Kan ik oversteken?; Heb ik eigenlijk nog een voorraadje tomatenpuree?

Een volgende stap in de behandeling is dat de patiënt beschrijft wat hem ervan overtuigt dat de door hem gevreesde toestand aan de hand is. Voorbeelden zijn weergegeven in Figuur 2. Dit 'obsessieve verhaal' wordt geanalyseerd. De patiënt krijgt informatie over zes specifieke OCS-redeneerprocessen die afleiden van de waarneembare realiteit van dat moment of die de juistheid van die waarneming in twijfel doen trekken. De grote gemene delers van die redeneerprocessen zijn dat de patiënt het proces van gewone gevolgtrekkingen omdraait (hij begint met een conclusie, of met te bedenken hoe iets zou kunnen, in plaats van dat hij begint met een observatie) en dat hij irrelevante informatie toepast op de situatie hier en nu (zie Figuur 2). De patiënt bepaalt voor ieder argument in het obsessieve verhaal van welk redeneerproces er sprake is en hoe hem dit afleidt van de werkelijkheid. Doel hiervan is dat de patiënt op een gegeven moment 'on the spot' kan herkennen dat hij op een dwaalspoor zit, dat hij afgeleid raakt van de werkelijkheid.

Vervolgens schrijft de patiënt een alternatief niet-obsessief verhaal (zie Figuur 2 voor voorbeelden). Hij neemt ter inspiratie met de therapeut allerlei alledaagse doch belangrijke beslismomenten door (zoals het moment voorafgaand aan het wisselen van rijstrook op de snelweg) en beschrijft nauwkeurig hoe hij bepaalt wat op dat moment de toestand is. Het gaat er om dat de patiënt herkent dat hij voldoende heeft aan zijn normale zintuiglijke waarneming om te bepalen of alles in orde is, ook in potentieel gevaarlijke situaties. In het niet-obsessieve verhaal beschrijft hij nauwkeurig hoe hij in een situatie *waarover hij geen obsessie heeft*, vaststelt dat alles in orde is. Hij legt in dit verhaal een link tussen deze niet-obsessieve situaties en de situatie waarover hij wel een obsessie heeft. Hij leest dit alternatieve verhaal gedurende enkele weken ten minste vijf keer per dag op kalme momenten (dat wil zeggen momenten waarop hij niet in de ban is van zijn obsessie).

Een bijzondere situatie is aan de hand als de patiënt vreest afwijkend geaard te zijn (bijvoorbeeld pedoseksueel) of vreest om tot verschrikkelijke daden te komen (bijvoorbeeld een baby wurgen), of magische gedachten heeft (bijvoorbeeld: 'deze pen is fout, als ik die gebruik sterft mijn moeder'). Bijzonder is dat in die gevallen zintuiglijke informatie geen uitsluitel biedt. Echter, ook in die gevallen bespreken de therapeut en de patiënt situaties waarover de patiënt geen obsessie heeft, en bepalen zij hoe de patiënt dan vaststelt dat alles in orde is. Iemand die vreest pedoseksueel te zijn, beschrijft bijvoorbeeld hoe hij vaststelt dat hij geen neonazistische sympathieën heeft. Iemand die vreest zijn baby te wurgen, beschrijft bijvoorbeeld hoe hij vaststelt dat hij zijn puppy niets aandoet. En iemand die vreest dat een pen fout is, beschrijft hoe hij vaststelt dat de vork waarmee hij eet in orde is. Het gaat steeds om de vraag: *Hoe* kom je tot de conclusie dat alles in orde is als je niet door obsessieve redeneerprocessen gehinderd wordt, waar baseer je je op?

Verder leert de patiënt dat er een overgangsmoment is waarop hij zich niet langer baseert op de waarneembare werkelijkheid en zich overgeeft aan

Voorbeeld	Obsessief verhaal (met daarin redeneertrucs)	Alternatief verhaal
<p>Een man voert steeds een uitvoerig controleritueel uit als hij zijn deur afsluit, waarbij hij zijn handelingen drie keer of een veelvoud daarvan herhaalt. Hij blijft twijfelen of de deur wel goed op slot zit. Deze twijfel doet zich voor op het moment dat hij voor de deur staat, de sleutel ziet omdraaien, de klik hoort van het in het slot vallen van de deur, het palletje in het slot ziet zitten, en voelt dat deur niet meegeeft als hij met de klink naar beneden aan de deur trekt.</p>	<p><i>Misschien zit de deur niet op slot</i>          Als je met je gedachten ergens anders bent kan het zijn dat je dingen door elkaar haalt<sup>b</sup>, misschien denk ik aan de vorige keer dat ik de deur op slot deed, maar is ie nu nog niet op slot<sup>d</sup>. Mijn vrouw vergeet wel eens om de deur op slot te doen, dat zou mij ook kunnen overkomen<sup>c</sup>. Omdat ik zo gespannen ben als ik afsluit, merk ik het misschien niet als de deur nog open is<sup>f</sup>. Als ik iets geen drie keer doe gaat het fout<sup>a</sup>.</p>	<p><i>De voordeur zit op slot.</i> In mijn schuur staat mijn gereedschapskast, met daarin scherpe voorwerpen en giftige stoffen. Het is belangrijk dat die op slot zit omdat de kinderen ook in de schuur komen. Als de deur van mijn gereedschapskast niet op slot gaat merk ik dat. Laatst zat er een poetslap tussen de deur en de post, precies ter hoogte van het slot. Ik voelde dat de deur terugveerde toen ik hem dicht deed en ik hoorde dat het slot niet klikte. Als ik de deur van die kast op slot doe, hoor ik dat hij in het slot valt, ik zie ook het palletje van het slot tussen de deur en de deurpost verschijnen en als ik aan de deur trek voel ik dat hij niet mee geeft. Ook als ik gestresst ben of boos stel ik in een fractie van een seconde vast dat de deur goed op slot gaat. Ik hoef daarvoor niet speciaal op te letten. Met dezelfde ogen, oren en tastzin kan ik vaststellen dat de voordeur op slot zit.</p>
<p>Een vrouw vermijdt het structureel om deurklinken met haar blote handen aan te raken. Zij opent deuren als het even kan met haar voeten of ellebogen, loopt met anderen mee een deur door, of pakt de deurklink als het echt niet anders kan met een doekje beet om vervolgens uitvoerig haar handen te wassen. Zij vreest dat er urine of bloed aan de deurklink zit. Deze vrees treedt op zonder dat zij iets aan de deurklink ziet zitten en zonder dat zij nattigheid of iets glibberigs aan de deurklink voelt.</p>	<p><i>Misschien zit er bloed of urine aan de deurklink</i>          Er gaan veel mensen door deze deur. Op tv heb ik gezien dat veel mensen hun handen niet wassen als ze naar het toilet zijn geweest, zulke mensen kunnen menstruatiebloed of urine achtergelaten hebben op deze deurklink<sup>d</sup>. Urine is transparant, daar kijk je dus zo doorheen<sup>f</sup>.</p>	<p><i>De deurklink is schoon.</i>          Als mijn jongste pasta bolognese gegeten heeft zitten haar snoet en handen onder de rode saus, ik zie in één oogopslag met welke vork zij gegeten heeft omdat er rode vlekken op het heft van haar vork zitten, ik zie ook dat zij haar lepel niet gebruikt heeft, het metaal van de lepel glanst egaal er zitten geen vlekken op. Ik stel vast dat de lepel schoon is. Met dezelfde ogen kan ik vaststellen dat de deurklink schoon is. Als ik ga snoeien aarzel ik niet om de snoeischaar ter hand te nemen als deze er droog uitziet, ook al gebruikt mijn man de snoeischaar soms nadat hij tegen luizen gespreid heeft en ook al is insecticide transparant. Als de snoeischaar nat is dan voel ik dat meteen. Als er geen druppels op de snoeischaar zitten stel ik vast dat er geen insecticide aan zit. Met dezelfde ogen en tastzin kan ik vaststellen dat de deurklink schoon is.</p>

## Redeneerprocessen

a Conclusies in de omgekeerde volgorde trekken / iets stellen zonder bewijs

b Algemene feiten ten onrechte op een specifieke situatie toepassen

c Eerdere gebeurtenissen ten onrechte op een specifieke situatie toepassen

d Een puur ingebeeld verhaal behandelen alsof het om de realiteit hier en nu gaat

e Gebeurtenissen uit een andere categorie verwarren met hier en nu

f Wantrouwen van de zintuiglijke waarneming

FIGUUR 2 *Obsessieve en alternatieve verhalen*

een obsessief verhaal. De patiënt oefent om dit moment zo vroeg mogelijk te herkennen. Hij herkent aan de hand van observatieoefeningen dat dit een keuzemoment is waarop hij kan kiezen tussen ‘de wereld van de waarneembare werkelijkheid’ en ‘de wereld van OCS’. De patiënt oefent weken achtereen steeds als een confrontatie met de betreffende obsessie zich voordoet om voordat hij een dwanghandeling gaat uitvoeren één minuut de tijd te nemen en zich af te vragen of er *hier en nu* iets is wat het rechtvaardigt om een dwanghandeling te doen.

Als de behandeling succesvol verloopt, slaagt de patiënt er op een gegeven moment in om tijdens die minuut te herkennen dat er hier en nu geen sprake is van een toestand die om een speciale maatregel vraagt en kan hij zijn dwanghandeling achterwege laten. Dan wordt de obsessieve twijfel achter een volgende dwanghandeling volgens dezelfde stappen behandeld en zo verder. Een volgende ronde verloopt vaak sneller omdat veel van het geleerde opnieuw toegepast kan worden. Bovendien is het vaak zo dat de patiënt verschillende dwanghandelingen verricht vanwege één en dezelfde gevreesde toestand.

#### TOT BESLUIT

.....

IBA is een andere behandeling dan CGT. Het gaat uit van een ander theoretisch model van OCS dan het reguliere cognitieve model en heeft een ander primair aangrijpingspunt dan CGT. In een IBA-behandeling leert de patiënt dat hij zich in niet-obsessieve situaties op zijn zintuigen en normale waarneming baseert als hij moet beslissen of alles in orde is, en dat hij aan deze belangrijkste informatiebron voorbij gaat in obsessieve situaties. Hij leert hoe hij zich door specifieke redeneerprocessen in obsessieve situaties laat afleiden van de waarneembare realiteit en hij leert hoe hij die afleiding stop kan zetten. Dit stelt hem in staat om vast te stellen dat alles in orde is en dat er geen noodzaak is om een dwanghandeling uit te voeren.

Het artikel van Mantione dat in het themanummer angststoornissen van dit tijdschrift verscheen, geeft een andere voorstelling van zaken. Daarin staat dat het uitgangspunt van IBA is dat obsessieve twijfel zal leiden tot fantasieën over nare gevolgen, waarbij de fantasieën uiteindelijk een waan worden (Mantione et al., 2013, p.251). Dat is onjuist. Het uitgangspunt van IBA is dat de patiënt een toestand vreest die in strijd is met de waarneembare realiteit van dat moment. Voorts schrijft Mantione dat in de IBA-behandeling ‘denkfouten ook getoetst worden op geloofwaardigheid en de patiënt gevraagd wordt zijn gedachten kritisch te onderzoeken op bewijzen voor en tegen’ (Mantione et al., 2013, p.252). Het kritisch afwegen van inhoudelijke bewijzen voor en tegen obsessieve gedachten (kennis vergaren, experts raadplegen, kansberekeningen maken etc.) wordt in de IBA-behandeling echter ontmoedigd. De patiënt houdt zich in de IBA-behandeling in plaats daarvan bezig met de vraag: ‘Wat doe ik, als ik afweeg of alles in orde is, in een ob-



sessieve situatie anders dan in een vergelijkbare situatie waarover ik geen obsessie heb?’ Tot slot wordt het obsessieve verhaal niet vervangen door een alternatief verhaal, zoals Mantione schrijft (Mantione et al., 2013, p.252), maar gebruikt de patiënt het alternatieve verhaal om een normaal realiteits-toetsingsproces te leren toepassen in de obsessieve situaties.

**HENNY VISSER**, Innova Instituut voor onderzoek, opleiding en innovatie, GGZ Centraal Onderzoekslijn Angst- en Dwangstoornissen. Correspondentieadres: GGZ Centraal, Marina de Wolf Centrum, Postbus 1000, 3850 BA Ermelo, telefoon 0341-566680, email h.visser1@ggzcentraal.nl

### Literatuur

- Clark, D.A. & Beck, A.T. (2009). *Cognitive therapy of anxiety disorders; science and practice*. New York: Guilford Press.
- 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.
- Mantione, M., Molenaar, C., van Loon, A., & Denys, D. (2013). Nieuwe ontwikkelingen in de cognitieve gedragstherapie voor de obsessieve-compulsieve stoornis. *Gedragstherapie*, 46, 247-260.
- O'Connor, K., Aardema, F., Bouthillier, D., Guay, S., Robillard S, Pélissier MC, Landry P, Todorov C, Tremblay M, Pitre D (2005). Evaluation of an inference based approach to treating obsessive-compulsive disorder. *Cognitive Behaviour Therapy*, 34, 148-163.
- Salkovskis, P.M. (1999). Understanding and treating obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy* 37: S29-S59
- Stanley, M.A., & Turner, S.M. (1995). Current status of pharmacological and behavioral treatment of obsessive-compulsive disorder. *Behavior Therapy*, 26, 163-86.
- Verbraak, M., Hoogduin, K. & Keijsers, G. (2011). Protocolaire behandeling van patiënten met een obsessieve-compulsieve stoornis (2011). In Keijsers, G., Van Minnen, A. & Hoogduin, K. (Red.) *Protocolaire behandelingen voor volwassenen met psychische klachten*. Amsterdam: Boom Cure & Care.
- Whittal, M.L., Thordarson, D.S. & McLean, P.D. (2005). Treatment of obsessive-compulsive disorder: cognitive behavior therapy vs. exposure and response prevention. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1559-76.

# Nu verschenen: de Nederlandse vertaling van de DSM-5



## Complete DSM-5 nu voor het eerst in het Nederlands vertaald

Het handboek geeft de complete achtergronden en toelichting bij het classificatiesysteem.

Met het handboek hebt u alle informatie tot uw beschikking om tot een individuele, op de patiënt toegesneden diagnose te komen.

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

## Reserveer alvast in onze webshop:



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



paperback 9789089532756 ca. € 59,95

Bestel al uw exemplaren op [www.dsm-5-nl.org](http://www.dsm-5-nl.org)

## Boom Psychologie & Psychiatrie

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.

## Bestel vakliteratuur met korting in de VGCT Boekenclub

### Log in via het Ledennet en profiteer van aantrekkelijke aanbiedingen

- Exclusieve korting voor VGCT-leden
- Elke zes weken nieuwe acties
- Zo'n 20% korting op boeken van verschillende uitgeverijen



Kortingsacties zijn tijdelijk. Ga naar de VGCT boekenclub voor meer informatie over de looptijd.

Boom  
Psychologie

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

