

Unified Protocol:  
transdiagnostische behandeling  
van emotionele stoornissen,  
therapeutenhandleiding

David H. Barlow, Todd J. Farchione, Christopher P. Fairholme,  
Kristen K. Ellard, Christina L. Boisseau, Laura B. Allen,  
Jill T. Ehrenreich May



UITGEVERIJ NIEUWEZIJD

Oorspronkelijke titel: *Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders: Therapist Guide*. Oxford University Press, Oxford, 2011. This translation is published by arrangement with Oxford University Press.

Uitgegeven door: Uitgeverij Nieuwezijds, Amsterdam

Vertaling: Lieke Berkhuizen, Rijnsburg

Zetwerk: Holland Graphics, Amsterdam

Omslagontwerp: Studio Jan de Boer, Amsterdam

© 2011, Oxford University Press, Inc.

© Nederlandse vertaling 2014, Uitgeverij Nieuwezijds

ISBN 978 90 5712 390 0

NUR 770



Bij de productie van dit boek is gebruikgemaakt van papier dat het keurmerk van de Forest Stewardship Council (FSC) mag dragen. Bij dit papier is het zeker dat de productie niet tot bosvernietiging heeft geleid.

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm, geluidsband, elektronisch of op welke andere wijze ook en evenmin in een retrieval system worden opgeslagen zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Hoewel dit boek met veel zorg is samengesteld, aanvaarden schrijver(s) noch uitgever enige aansprakelijkheid voor schade ontstaan door eventuele fouten en/of onvolkomenheden in dit boek.

# Voorwoord

---

In de gezondheidszorg hebben de afgelopen jaren verbazingwekkende ontwikkelingen plaatsgevonden. Veel interventies en behandelstrategieën in de geestelijke gezondheidszorg en de medische psychologie die voorheen in brede kring werden ondersteund, staan momenteel ter discussie, doordat onderzoeksbevindingen aangeven dat ze niet alleen geen gunstige resultaten opleveren, maar misschien zelfs schadelijke effecten hebben. Van andere behandelstrategieën is juist bewezen dat ze – uitgaand van de huidige beste standaarden voor wetenschappelijk onderzoek – wel effectief zijn, met als gevolg breed gedragen aanbevelingen om de toegankelijkheid van deze behandelingen voor de bevolking te vergroten. Aan deze revolutie liggen verschillende recente ontwikkelingen ten grondslag. In de eerste plaats is er meer inzicht in psychische en lichamelijke pathologie, en dat heeft geleid tot de ontwikkeling van nieuwe interventies met preciezer behandeldoelen. In de tweede plaats zijn de onderzoeksmethoden aanzienlijk verbeterd, zodat bedreigingen voor de interne en externe validiteit van onderzoek zijn teruggedrongen, waardoor de onderzoeksuitkomsten directer toepasbaar werden voor de behandelpraktijk. Ten derde is door overheden, gezondheidszorg en beleidsmakers wereldwijd besloten dat in het belang van de bevolking de kwaliteit van de zorg omhoog moet en dat deze *evidence-based* dient te zijn, dus gebaseerd op onderzoeksresultaten (Barlow, 2004; Institute of Medicine, 2001).

Het grootste struikelblok voor therapeuten waar ook ter wereld is natuurlijk de toegankelijkheid van nieuw ontwikkelde, *evidence-based* psychologische interventies. Met workshops en boeken wordt getracht serieuze behandelaars op de hoogte te houden van de nieuwste ontwikkelingen in de geestelijke gezondheidszorg en van de toepasbaarheid daarvan bij individuele cliënten. Met dit boek willen wij therapeuten in de frontlinies van de behandelpraktijk op de hoogte brengen van deze veelbelovende nieuwe interventies.

De therapeutenhandleiding en het cliëntenwerkboek bevatten gedetailleerde, stapsgewijs beschreven procedures voor het diagnosticeren en behandelen van specifieke problemen en diagnoses.

In ons gezondheidszorgsysteem zoals zich dat momenteel ontwikkelt is men het er steeds meer over eens dat voor professionals in de geestelijke gezondheidszorg een *evidence-based* benadering de meest verantwoorde manier

van werken is. Iedereen die werkzaam is als behandelaar in de psychische gezondheidszorg koestert de wens om cliënten de best mogelijke zorg te bieden. Het doel van dit boek is om dit mogelijk te maken, en wel door de informatieklouf te dichten en de kennis die voorhanden is algemeen beschikbaar te maken.

De nieuwste ontwikkeling op het gebied van *evidence-based* behandelprogramma's, gebaseerd op het meest recente onderzoek en klinische evaluatie, bestaat uit bijeengebrachte, transdiagnostische interventies voor stoornissen die bepaalde kenmerken gemeen hebben en reageren op dezelfde therapeutische procedures. Het inzicht in de aard van psychische stoornissen heeft zich verdiept, en het blijkt dat de overeenkomsten in etiologie en latente structuren tussen vele klassen van stoornissen zwaarder wegen dan de onderlinge verschillen; veel stoornissen binnen een bepaalde klasse lijken erg op elkaar in termen van de ermee gepaard gaande gedragsproblemen en het functioneren van het brein. Over het algemeen zien we dat mensen met een bepaalde stoornis of bepaald probleem regelmatig ook een ander probleem of comorbide stoornis hebben, vaak uit dezelfde klasse van stoornissen. Deze stoornissen of problemen beschouwen als met elkaar samenhangend of voorkomend op een 'spectrum', is de benadering die nu wordt ingenomen door zowel toonaangevende therapeuten en onderzoekers als de DSM-5-werkgroepen die de in 2013 verschenen huidige versie van dit diagnostische handboek hebben geschreven. Dit behandelprogramma is *unified* omdat het een gemeenschappelijk, bijeengevoegd pakket bevat van therapeutische procedures die werkzaam zijn voor de gehele klasse van emotionele stoornissen. Het behandelprogramma is 'transdiagnostisch' omdat het is ontwikkeld om werkzaam te zijn bij alle stoornissen in deze klasse die een persoon kan hebben, in plaats van voor slechts één stoornis. Het werken met één pakket therapeutische principes maakt het voor een therapeut gemakkelijker en efficiënter om ook alle bijkomende problemen die een cliënt kan vertonen aan te pakken en dit op een meer omvattende en effectieve wijze te doen.

Dit programma is ontwikkeld als behandeling voor emotionele stoornissen. Tot de emotionele stoornissen worden alle angst- en (unipolaire) stemmingsstoornissen gerekend, zoals paniekstoornis met of zonder agorafobie, sociale angststoornis, gegeneraliseerde angststoornis, posttraumatische stress-stoornis, obsessieve-compulsieve stoornis en depressie. Daarnaast is het programma ook geschikt voor sterk verwante 'emotionele stoornissen' zoals hypochondrie en andere problemen die te maken hebben met buitensporige angst over de gezondheid, evenals voor vele andere stoornissen waarbij

het ervaren van dissociatie (een gevoel van onwerkelijkheid) een belangrijke klacht is. Wat al deze stoornissen met elkaar gemeen hebben – zoals recent onderzoek uitwijst – is een extreme of niet passende emotionele respons, gepaard gaand met het gevoel dat de eigen emoties niet meer onder controle kunnen worden gehouden.

Dit programma wordt meestal niet aanbevolen als behandeling van een specifieke fobie, wanneer dit het enige probleem is en er geen sprake is van andere emotionele stoornissen. Dat probleem kan efficiënter op een andere manier worden aangepakt (zie Craske, Antony, & Barlow, 2006).

David H. Barlow,  
hoogleraar psychologie en psychiatrie,  
Boston University, Boston, MA

# Inhoud

---

<b>Deel 1: Achtergrond voor therapeuten</b>	1
1 Inleidende informatie voor therapeuten	3
2 Kenmerken van emotionele stoornissen	15
3 Basisprincipes achter de behandeling en schets van de behandelprocedures	19
4 Overzicht van de globale opzet en de procedures van de behandeling	31
<b>Deel 2: Behandelmodules</b>	39
5 Module 1: Versterken van de motivatie voor de behandeling	41
6 Module 2: Emoties begrijpen	53
7 Module 2: Herkennen en monitoren van emotionele responsen	61
8 Module 3: Oefenen met emotiebewustzijn: emotionele ervaringen leren observeren	73
9 Module 4: Cognitieve beoordeling en herwaardering	91
10 Module 5: Emotievermijding	105
11 Module 5: Emotiestuurde gedragingen	117
12 Module 6: Zich bewust zijn van lichamelijke sensaties en ze verdragen	129
13 Module 7: Interoceptieve en situationele emotie-exposures	139
14 Medicatie voor angst, depressie en verwante emotionele stoornissen	153
15 Module 8: Wat is er bereikt, hoe dat vast te houden, terugvalpreventie	159
Literatuur	169
Online materialen	175
Over de auteurs	176

**Een geïntegreerde, transdiagnostische behandeling voor emotionele stoornissen**

---

De afgelopen decennia is er veel vooruitgang geboekt op het terrein van de psychologische behandeling van angst- en stemmingsstoornissen. Er is empirische steun gevonden voor talrijke afzonderlijke behandelprotocollen, gericht op specifieke stoornissen. De laatste tijd wordt in de conceptualisering van de belangrijkste emotionele stoornissen echter steeds meer nadruk gelegd op de elementen die al deze stoornissen met elkaar gemeen hebben, in plaats van op de verschillen. Onderzoek wijst namelijk uit dat er sprake is van een aanzienlijke overlap in de fenomenologie van de verschillende stoornissen, een gemeenschappelijke predispositie of geheel van kwetsbaarheden voor het ontwikkelen van emotionele stoornissen (zie hoofdstuk 2 voor een uitgebreidere bespreking van dit onderwerp) en van generalisatie van de respons op de behandeling van de ene stoornis naar de andere. Onderzoek ondersteunt dus het idee van een geïntegreerde aanpak waarbij rekening wordt gehouden met deze overeenkomsten en die bruikbaar is voor een verscheidenheid aan emotionele stoornissen.

Uitgaand van deze veranderingen hebben wij een behandeling ontwikkeld die kan worden toegepast bij alle angst- en unipolaire stemmingsstoornissen, en mogelijk ook bij andere stoornissen met sterke emotionele componenten, zoals veel somatoforme en dissociatieve stoornissen. In het Unified Protocol worden de bijdragen van de bedenkers van cognitief-gedragstherapeutische theorieën aangewend doordat de gemeenschappelijke principes van de bestaande empirisch ondersteunde psychologische behandelingen uit die theorieën worden benoemd en geïntegreerd, namelijk: het herevalueren van maladaptieve cognitieve beoordelingen, het veranderen van de gedragsneigingen die gepaard gaan met de verstoorde emoties, het voorkómen van emotievermijding en het gebruik van procedures voor emotie-exposure. Ook wordt geput uit de vernieuwingen in het veld van de emotiewetenschap, wat tot uiting komt in aandacht voor de tekorten in de emotieregulatie die emotionele stoornissen met elkaar gemeen hebben en het aanpakken van die tekorten.

Angst- en stemmingsstoornissen worden door ons al decennialang beschreven als stoornissen van de emotie (Barlow, 1988, 1991, 2002). Emotieregulatie is een proces waarmee mensen invloed uitoefenen op het optreden, de intensiteit, de expressie en de ervaring van emoties (zie bijv. Gross & Thompson, 2007) en dit proces lijkt een belangrijk mechanisme te vormen in de ontwikkeling en het voortduren van angst- en stemmingsstoornissen. Tekorten in de vaardigheden op het gebied van adaptieve emotieregulatie vormen een centraal kenmerk van deze stoornissen, aangezien personen met angst- en stemmingsstoornissen vaak gebruikmaken van maladaptieve regulatiestrategieën die bijdragen aan het voortduren van de symptomen. Meer aandacht voor emotionele disregulatie sluit dus aan bij de conceptualiserings die momenteel in opkomst zijn waarin de nadruk wordt gelegd op overeenkomsten, en wordt bovendien gerechtvaardigd door recente onderzoeksbevindingen.

## Effectiviteit van het Unified Protocol

---

De nieuwste versie van het protocol werd getest in een pilotstudie, bestaand uit een open trial onder cliënten van 18 tot 65 jaar met heterogene angststoornissen, die zich voor behandeling hadden aangemeld bij het Center for Anxiety and Related Disorders (CARD) te Boston. Voor details over de resultaten kun je de publicatie van Ellard en collega's (2010) raadplegen. In deze pilot was sprake van significante effecten van het transdiagnostische behandelprogramma voor verschillende stoornissen bij verschillende metingen. We maakten gebruik van een conservatieve aanpassing van algoritmen die eerder werden gebruikt om de klinische significantie te bepalen van de uitkomsten van experimenten met CGT voor angst (zie bijv. Roemer & Orsillo, 2007; zie voor een volledige beschrijving Ellard et al., 2010) en vonden dat bij 73% van de deelnemers sprake was van een respons en bij 60% een functioneren op hoog niveau als einduitkomst. Bij een follow-up na zes maanden bleken de resultaten nog verder te zijn verbeterd en werd 85% ingedeeld in de categorie 'respons' en 69% in die van 'functioneren op hoog niveau als einduitkomst'. De effectgroottes die werden verkregen in de eerste voorlopige analyses lijken op zijn minst vergelijkbaar met de effectgroottes die worden beschreven in vergelijkbare studies over bestaande evidence-based CGT-protocollen (Barlow, 2008; Barlow, Allen, & Basden, 2007; Norton & Price, 2007); in ons centrum



en in centra elders in de wereld loopt momenteel een aantal gerandomiseerde onderzoeken met een controlegroep.

## Voor wie is deze behandeling geschikt?

---

Zoals al werd gezegd, werd deze transdiagnostische behandeling ontwikkeld met het doel mensen te helpen die lijden aan stoornissen binnen het volledige spectrum van de angststoornissen en unipolaire depressie. Hoewel in ons meest recente gerandomiseerde gecontroleerde onderzoek naar dit behandelprogramma de nadruk lag op de behandeling van cliënten met de DSM-IV-diagnosen paniekstoornis met en zonder agorafobie, obsessieve-compulsieve stoornis, gegeneraliseerde angststoornis en sociale fobie, is de behandeling in open trials eveneens met succes toegepast als behandeling voor posttraumatische stress-stoornis, agorafobie zonder paniekstoornis in de voorgeschiedenis, specifieke fobie, hypochondrie en depressieve stoornis. Wij verwachten dat dit programma verder ook nuttig kan zijn voor de behandeling van de symptomen van deze stoornissen bij cliënten die niet voldoen aan de criteria voor een angst- of stemmingsstoornis, die worden ingedeeld in de categorie angst- (of stemmings)stoornis niet anderszins omschreven (NAO), evenals bij personen die niet voldoen aan de ernstcriteria, maar die wel het risico lopen om de stoornis te ontwikkelen.

## Wat te doen als er ook andere emotionele problemen zijn?

---

De huidige bevindingen wijzen sterk in de richting van een aanzienlijke overlap tussen de verschillende angst- en stemmingsstoornissen. Op diagnostisch niveau komt dit het sterkst tot uiting in de hoge percentages huidige en *lifetime* comorbiditeit (zie bijv. Brown, Campbell, Lehman, Grisham, & Mancill, 2001; Kessler et al., 1996; 1998). Het is allesbehalve uitzonderlijk dat mensen met één bepaalde angst- of stemmingsstoornis daarnaast ook andere stoornissen hebben of hiervan kenmerken vertonen. De aanwezigheid van deze bijkomende problemen sluit behandeling met het transdiagnostische programma echter niet uit. Sterker nog; in tegenstelling tot behandelprotocollen voor enkelvoudige stoornissen was het bij de ontwikkeling van deze behandeling

juist een belangrijke overweging om te kunnen inspelen op de klinische realiteit van comorbiditeit. De behandeling kan dan ook worden gebruikt om verschillende stoornissen tegelijkertijd te behandelen. Dit uitgangspunt is in overeenkomst met onze aanvankelijke onderzoeksbevindingen, die het idee ondersteunen dat ons behandelprogramma werkzaam is als het erom gaat bijkomende problemen tegelijk met het belangrijkste probleem in de behandeling mee te nemen (Ellard et al., 2010).

## Diagnostiek en monitoring

---

Professionals in de GGZ kunnen ervoor kiezen hun cliënten met behulp van het speciaal hiervoor ontwikkelde *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV (ADIS-IV)* te screenen op de aanwezigheid van een (of meerdere) emotionele stoornis(sen). Dit semi-gestructureerde diagnostische klinische interview concentreert zich op DSM-IV-criteria van angststoornissen en de daarbij behorende gemoedstoestanden, somatoforme stoornissen en het gebruik van alcohol en andere middelen. Met behulp van de informatie uit dit interview kunnen klinici zicht krijgen op welke diagnoses aanwezig zijn en in welke mate. De ADIS-IV is verkrijgbaar via Oxford University Press (Nederlandse vertaling: Swets & Zeitlinger, red.). Natuurlijk is het verstandig daarnaast ook een medisch onderzoek te doen, zodat medische aandoeningen die de symptomen zouden kunnen verklaren of verergeren, kunnen worden uitgesloten.

Daarnaast zijn er verschillende gestandaardiseerde zelfrapportagevragenlijsten die nuttige informatie kunnen opleveren voor de casusformulering, de planning van de behandeling, en het beoordelen van de therapeutische verandering. Dit kunnen bijvoorbeeld zijn de Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS-SR; gebaseerd op Goodman et al., 1989), de zelfrapportageversie van de Panic Disorder Severity Scale (PDSS-SR; gebaseerd op Shear et al., 1997), de Penn State Worry Questionnaire (PSWQ; Meyer, Miller, Metzger, & Borkovec, 1990), en de Social Interaction Anxiety Scale (SIAS; Mattick & Clarke, 1998). Er zijn natuurlijk nog vele andere meetinstrumenten beschikbaar die in plaats van de bovenstaande gebruikt kunnen worden.

Voor het overkoepelend meten van verschillende emotionele stoornissen hebben wij gebruikgemaakt van de Beck Depression Inventory-II (BDI-II; Beck, Steer, & Brown, 1996) en de Beck Anxiety Inventory (BAI; Beck, Epstein, Brown, & Steer, 1988; Beck & Steer, 1990; Steer, Ranieri, Beck, & Clark, 1993)

als algemene maten voor symptomen van respectievelijk depressie en angst. Daarnaast adviseren we om de twee niet-diagnosespecifieke maten voor angst en depressie uit hoofdstuk 3 van het cliëntenwerkboek te gebruiken. Deze maten – de Overall Anxiety Severity and Impairment Scale (OASIS; Norman, Cissell, Means-Christensen, & Stein, 2006) en de Overall Depression Severity and Impairment Scale (ODSIS), een door ons samengestelde versie van de OASIS, aangepast om ook depressiesymptomen te meten – werden ontwikkeld als continue maten voor de ernst van angst- en depressiegerelateerde symptomen en de mate waarin deze het functioneren beperken, bruikbaar voor verschillende stoornissen en voor meerdere stoornissen tegelijkertijd.

Verder zullen therapeuten het mogelijk waardevol vinden om te onderzoeken hoe het is gesteld met de kwaliteit van leven van hun cliënten en de mate waarin hun functioneren wordt belemmerd door de symptomen. Speciaal hiervoor is een aantal betrouwbare maten met een goede validiteit beschikbaar, bijvoorbeeld de Work and Social Adjustment Scale (WSAS; gewijzigde versie van een door Hafner en Marks, 1976, ontwikkelde schaal), de Rand-modified Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey (Rand MOS SF-36; Hays, Sherbourne, & Mazel, 1993) en de Quality of Life Inventory (QOLI; Frisch, Cornell, & Villanueva, 1992).

## Medicatie

---

Cliënten die zich aanmelden voor een behandeling vanwege emotionele problemen gebruiken op dat moment vaak al psychotrope medicatie. Het is onze ervaring dat de meeste cliënten die zich bij ons centrum aanmelden een lage dosis sterk werkende benzodiazepinen, zoals Xanax of Seresta, of antidepressiva, bijvoorbeeld SSRI's zoals Seroxat of Prozac, SNRI's zoals Efexor, en, in mindere mate, tricyclische antidepressiva, voorgeschreven gekregen hebben. Over de combinatie van medicatie en CGT is geen volledige duidelijkheid en er moet nog empirisch onderzoek worden gedaan naar de meest effectieve manieren om medicijnen en CGT te combineren. Wij adviseren cliënten dan ook niet om te stoppen met hun medicijnen voordat ze aan het transdiagnostische behandelprogramma beginnen. In plaats daarvan adviseren wij hen om tijdens het doorlopen van het programma door te gaan met een stabiele dosis van hun huidige medicijnen.

Tenzij er een klinische noodzaak bestaat om het anders te doen, ontmoe-

digen wij cliënten om tijdens de behandeling de dosering van hun medicatie te verhogen of met nieuwe middelen te beginnen. Als cliënten tijdens de behandeling wel met nieuwe medicatie starten, kan het lastig zijn om te bepalen of eventuele veranderingen (in positieve of negatieve zin) moeten worden toegeschreven aan de medicatie (of de bijwerkingen daarvan), de behandeling of een combinatie van beide. Dit kan voor de therapeut verwarrend en voor de cliënt frustrerend werken, en het kan uiteindelijk tot een slechter behandelresultaat leiden. Bovendien kan een aantal middelen, benzodiazepinen bijvoorbeeld, bij regelmatig gebruik een aantal negatieve effecten hebben. Ze kunnen de motivatie verminderen om te oefenen met de in de behandeling aangeleerde vaardigheden en de intensiteit van emoties dempen, waardoor het voor cliënten moeilijker wordt om optimaal te profiteren van de exposures. Wanneer medicijnen worden gebruikt om de intensiteit van emoties af te zwakken (de heftigheid van een paniekaanval bijvoorbeeld), kunnen ze via negatieve bekrachtiging ook de maladaptieve emotionele respons versterken. Voor sommige cliënten kunnen medicijnen een veiligheidssignaal worden dat hun vermogen in de weg zit om onjuiste beoordelingen van gevaar te corrigeren. Bovendien generaliseren vaardigheden die worden aangeleerd onder invloed van een geneesmiddel mogelijk niet naar momenten waarop dit middel niet aanwezig is, zoals te verwachten valt gezien de toestandsafhankelijkheid van leren. De meeste van deze problemen treden op bij sterk werkende benzodiazepinen en lijken niet te spelen bij antidepressieve medicatie. Tot slot kunnen cliënten veranderingen tijdens de behandeling toeschrijven aan hun medicatie, wat het moeilijker maakt om in gevreesde situaties het gevoel te hebben dat ze de situatie zelf aankunnen. Dat kan er vervolgens weer toe leiden dat cliënten er na afloop van de behandeling meer moeite mee hebben om de medicatie af te bouwen of hiermee te stoppen.

Het is onze ervaring dat veel cliënten die het cliëntenwerkboek met succes hebben afgerond hun medicatie zelfstandig afbouwen of ermee stoppen, zonder enige aanmoediging van de kant van de therapeut. Niettemin bevat hoofdstuk 14 van deze handleiding (die overeenkomt met hoofdstuk 13 van het cliëntenwerkboek) informatie die nuttig kan zijn voor cliënten die met hun medicatie willen stoppen.

## Wie kan het programma uitvoeren?

---

In het bij deze handleiding behorende cliëntenwerkboek worden de begrippen en technieken van de behandeling voldoende gedetailleerd beschreven, zodat de meeste GGZ-professionals wel in staat zouden moeten zijn om het programma te begeleiden. Toch hebben we wel enkele aanbevelingen over een paar minimale eisen. Wij zijn van mening dat het belangrijk is dat therapeuten bekend zijn met de basisprincipes van cognitief-gedragstherapeutische interventies. Verder is het aan te bevelen dat therapeuten een goed inzicht hebben in de principes die ten grondslag liggen aan de specifieke, in het cliëntenwerkboek beschreven procedures. Daardoor verkeren therapeuten in de beste positie om het materiaal aan te passen aan de specifieke behoeften van hun cliënten en moeilijkheden in de behandeling, mochten die optreden, te overwinnen. En, *last but not least*: wij adviseren therapeuten vertrouwd te raken met de aard van de kenmerken van emotionele stoornissen; in hoofdstuk 2 van deze handleiding staat enige basisinformatie, met aanbevolen literatuur voor wie zich verder in het onderwerp wil verdiepen.

## Voordelen van het gebruik van een werkboek

---

De eerste ‘revolutie’ in de ontwikkeling van effectieve psychologische behandelingen bestond eruit dat deze het afgelopen decennium in handleidingen werden vastgelegd. Deze gestructureerde programma’s werden zo beschreven dat therapeuten de behandeling op de manier aan konden bieden die effectief was gebleken. Voor de in dit boek beschreven behandeling geldt hetzelfde, hoewel dit protocol zich meer concentreert op het toepassen van sterk werkende, empirisch ondersteunde therapeutische procedures, dan op specifieke instructies voor de behandeling van symptomen die bij een specifieke diagnose of stoornis horen. Dit betekent niet dat er geen therapeutische vaardigheden nodig zijn om tot optimale uitkomsten te komen. Die vaardigheden zijn juist van onschatbare waarde.

De tweede fase van deze ‘revolutie’ is de ontwikkeling van een versie van het gestructureerde programma voor cliënten. Cliënten kunnen deze versie onder begeleiding van een therapeut zelf gebruiken bij de behandeling. Met het cliëntenwerkboek streven wij ernaar een wetenschappelijk verantwoorde

gids af te leveren, geschreven op het niveau van de cliënt, die een waardevolle aanvulling kan vormen op reeds bestaande programma's die worden aangeboden door professionals uit verschillende disciplines. Zoals in de komende paragrafen zal worden beschreven, brengt dit verschillende voordelen met zich mee.

## **Vorderen in eigen tempo**

Door de beschikbaarheid van het cliëntenwerkboek kunnen cliënten hun eigen individuele tempo aanhouden. Sommige cliënten willen het programma misschien wat sneller doorwerken en plannen vaker sessies, terwijl andere cliënten als gevolg van andere drukke bezigheden – in verband met hun werk of doordat ze veel moeten reizen bijvoorbeeld – het liever wat rustiger aan doen. Het kan heel gunstig werken als cliënten in de periode tussen onregelmatig geplande sessies het cliëntenwerkboek bij de hand hebben om dingen nog eens na te lezen.

## **Naslagwerk bij de hand**

Hoewel cliënten tijdens de sessie het besprokene goed lijken te begrijpen, gebeurt het regelmatig dat ze na hun vertrek uit de spreekkamer van de therapeut belangrijke zaken vergeten of door elkaar halen. Een van de grootste voordelen van het cliëntenwerkboek is dat dit een naslagwerk biedt waarin tussen de sessies door informatie kan worden opgezocht over begrippen, en dat uitleg en instructies geeft. Ook op momenten van sterke emoties kunnen cliënten meteen een beroep doen op het werkboek. Dat kan van belang zijn voor het leerproces, aangezien teruggaan naar de informatie en het gebruiken van de aangeleerde vaardigheden 'op het moment zelf' kunnen leiden tot een beter inzicht in de begrippen die relevant zijn voor de behandeling en in de manier waarop deze procedures effectief kunnen worden toegepast.

## **Beschikbaarheid voor familieleden en vrienden**

Uit onderzoek in ons centrum blijkt dat het een positieve invloed heeft als gezinsleden, en dan vooral de partner, op de hoogte zijn van en soms ook (met aanwijzingen van de therapeut) betrokken zijn bij de behandeling (zie bijv. Barlow, O'Brien, & Last, 1984; Cerny, Barlow, Craske, & Himadi, 1987). Zo bleek in een onderzoek onder cliënten met een paniekstoornis met agora-

fobie dat het cliënten van wie de partner bij hun behandeling werd betrokken bij een follow-up na twee jaar beter verging dan cliënten van wie de partner niet bij de behandeling was betrokken. In een onderzoek door Chambless en Steketee (1999) werd in overeenstemming hiermee gevonden dat een grotere mate van vijandigheid jegens de cliënt, door familieleden geuit voorafgaand aan de behandeling, een slechtere respons op de behandeling voorspelde. Aan de andere kant voorspelde kritiek die op een niet-vijandige manier werd geuit of kritiek op specifieke gedragingen zonder de cliënt als persoon af te kraken juist een betere respons op de behandeling. Identieke resultaten werden gevonden in een recenter onderzoek door Zinbarg, Lee en Yoon (2007).

Het betrekken van gezinsleden bij de behandeling lijkt op verschillende manieren een gunstige invloed te hebben. Ten eerste is het zo dat gezinsleden die meer vertrouwd zijn met wat de stoornis precies inhoudt en de theorie achter de behandeling cliënten kunnen helpen met het overwinnen van vermijdingsgedragingen. Ten tweede kan dit begrip de gezinsleden ook helpen om zelf op te houden met gedragingen die de behandeling kunnen schaden, bijvoorbeeld doordat ze zonder het zelf in de gaten te hebben tegemoetkomen aan het vermijdingspatroon van de cliënt. Ten derde kan informatie aan de gezinsleden helpen eventuele misverstanden over emotionele stoornissen te corrigeren, waardoor vijandigheid kan afnemen en empathie, begrip en compassie worden bevorderd. Natuurlijk zullen sommige cliënten liever hebben dat hun partner of andere familieleden niet al te veel over hun probleem te weten komen en ook niet te veel bij het behandelprogramma worden betrokken. Wanneer dit het geval is, kan de therapeut misschien met cliënten in gesprek gaan om erachter te komen wat hen er precies van weerhoudt om het probleem met de partner te delen, en de voordelen (en nadelen) te bespreken die het kan hebben om deze informatie wel met de partner te delen. Hoewel het in onze ervaring over het algemeen dus een gunstig effect heeft om familieleden en vrienden bij de behandeling te betrekken, kunnen er ook situaties zijn waarin dit niet de aangewezen weg is (ernstige huwelijksproblemen bijvoorbeeld). In dit soort gevallen moedigen wij betrokkenheid van de belangrijke ander niet aan.

## **Na afloop van het programma kunnen cliënten het werkboek raadplegen**

Het cliëntenwerkboek zal cliënten helpen om ook nadat de behandeling is afgesloten effectief met hun emotionele problemen om te gaan. Aangezien voor

veel cliënten de kans groot is dat de symptomen op enig moment na de behandeling terugkomen, meestal in tijden van meer stress, kan het hen helpen om het cliëntenwerkboek nog eens te raadplegen voor nuttige informatie over het hanteren van hun symptomen, en daarmee hopelijk te voorkomen dat deze symptomen escaleren in een volledige terugval. In hoofdstuk 14 van het cliëntenwerkboek worden specifieke manieren beschreven waarop cliënten hun vooruitgang vast kunnen houden en terugval kunnen voorkómen. Voor velen van hen zal het cliëntenwerkboek verder een hulpmiddel zijn om ook nadat de behandeling is beëindigd nog verder vooruit te gaan. Het is heel goed mogelijk dat cliënten, terwijl ze met nieuwe uitdagingen aan de slag gaan, nieuwe betekenissen vinden in de inhoud van het cliëntenwerkboek en uiteindelijk een beter inzicht verwerven in de uitgangspunten van de behandeling.

## Het hele cliëntenwerkboek ineens of per hoofdstuk?

---

Sommige therapeuten geven er misschien de voorkeur aan om de hoofdstukken van het cliëntenwerkboek in fasen aan hun cliënten te verstrekken, in plaats van het gehele werkboek in één keer mee te geven. Hiermee wordt voorkomen dat cliënten hoofdstukken overslaan, en het moedigt aan tot een meer gestructureerde benadering van het leren van de behandelprocedures. Een mogelijk nadeel van deze aanpak is dat losse hoofdstukken, doordat het werkboek in delen wordt verzameld, gemakkelijker zoek kunnen raken. Als dit gebeurt heeft een cliënt aan het eind van de behandeling een incompleet cliëntenwerkboek, waardoor het moeilijker wordt om het werkboek in latere fasen van de behandeling of na afloop ervan als naslagwerk te gebruiken. Sommige cliënten vinden het bovendien zinvol om vooruit te lezen, om hun inzicht in de samenhang tussen eerder besproken begrippen en later toegepaste procedures te vergroten en om een algemeen overzicht te krijgen van het behandelprogramma als geheel. Over het algemeen geldt dat hoe meer tijd cliënten besteden aan het lezen van het cliëntenwerkboek en nadenken over de begrippen die van belang zijn in de behandeling, hoe grondiger hun inzicht in de behandelprocedures en hoe meer baat ze bij de behandeling hebben. Als cliënten tijdens de sessie beginnen over de inhoud van een hoofdstuk dat nog niet aan de orde is gekomen, kan de therapeut hun aandacht terugleiden naar het onderwerp waar op dat moment aan wordt gewerkt en het huiswerk voor de komende sessie. Mocht een therapeut er toch de voorkeur aan geven om



het boek in fasen aan hun cliënten te verstrekken, dan hebben wij hier geen bezwaar tegen.

## **Vergoeding van het cliëntenwerkboek**

---

Meestal wordt de prijs van werkboeken op een van de volgende twee manieren in die van het programma of het honorarium van de therapeut opgenomen: de werkboeken kunnen in een grotere hoeveelheid door het programma of de therapeut worden aangeschaft, waarna de kosten worden opgenomen in de totale kosten van het programma of de sessie. Maar er zijn ook therapeuten of programma's – vooral degene die werken met een vaststaand honorarium-systeem – waarin cliënten wordt gevraagd om de aanschaf van het cliëntenwerkboek zelf te bekostigen. Ook dan is het mogelijk dat de therapeut of het programma de boeken in een grotere hoeveelheid tegelijk aanschaf en het aan het begin van de behandeling doorverkoopt aan de cliënt.