

An abstract graphic on the left side of the cover, consisting of several overlapping, wavy, vertical bands of blue in various shades, from light sky blue to deep navy blue. The edges of the bands are soft and watercolor-like.

Stefan Hofmann  
Steven Hayes  
David Lorscheid

**PROCESS  
BASED  
THERAPY  
IN DE  
PRAKTIJK**

 hogrefe

# Inhoud

Proloog	7
1 De klinische wetenschap en praktijk opnieuw doordenken	9
2 De netwerkbenadering	25
3 Het uitgebreide evolutionaire metamodel	41
4 De cognitieve, de affectieve en de aandachtsdimensie	59
5 De zelf-, de motivationele en de gedragsmatige dimensie	85
6 Het biofysiologische en het socioculturele niveau	109
7 Contextgevoeligheid en retentie	133
8 Een nadere blik op processen	153
9 Het systeem verstoren	173
10 Behandelkernen	189
11 Het verloop van de behandeling	211
12 Van problemen naar bloei: het in stand houden en uitbreiden van de opbrengsten	229
13 De instrumenten van PBT gebruiken in de praktijk	241
Epiloog	249
Literatuur	251
Over de auteurs	255

Een aantal werkbladen zijn ook te downloaden via de productpagina van dit boek op [www.hogrefe.nl](http://www.hogrefe.nl)



# Proloog

Tientallen jaren hebben behandelaars in de ggz en de gedragskunde in hun opleiding te horen gekregen dat hun werk *evidence-based* moet zijn. Ze leren om wetenschappelijke literatuur te lezen. Ze worden nauwkeurig geschoold in het stellen van diagnoses. Ze leren evidence-based protocollen aan. Ze verwerven statistische vaardigheden.

Maar er is iets mis. De effectgroottes nemen niet toe. De prevalentie van geestelijke en gedragsmatige gezondheidsproblemen neemt niet af. Evidence-based zorg komt veel te weinig voor. Te veel behandelaars vinden dit model van evidence-based zorg verstikkend. En de vooruitgang in het veld zelf verloopt veel te traag.

Wij denken dat we het einde van een tijdperk zien – en het begin van een nieuw. Evidence-based zorg is de uitvoering van empirisch getoetste protocollen voor psychiatrische syndromen gaan betekenen. De biomedicalisering van menselijk lijden waarop dit model gebaseerd was, heeft niet het resultaat opgeleverd waarop de voorstanders hadden gehoopt. Protocollen namen snel in aantal toe en sloten slecht aan bij de behoeften van mensen.

Het is tijd voor iets wezenlijk anders.

Op processen gebaseerde therapie (*Process-Based Therapy*; PBT) is een nieuwe definitie van wat evidence-based therapie eigenlijk betekent. Het is geen nieuwe behandelmethode, maar een nieuwe manier om te denken over behandelmethoden. Wij denken dat het veld vooruitgang kan boeken door een veel idiografischere benadering te gebruiken en een nieuwe vorm van functionele analyse te leren op basis van veranderingsprocessen. Deze nieuwe benadering koppelt evidence-based processen aan evidence-based behandelkernen, geordend in beknoptere, maar wel meer omvattende modellen die meer gaan over wat cliënten echt willen.

In dit boek bieden we een krachtige verzameling vaardigheden en instrumenten voor het leren van deze nieuwe benadering die voortbouwt op de beste van onze klinische tradities en de solide kern van de interventiewetenschap.

Het is tijd voor iets wezenlijk anders. Als jij er klaar voor bent, zijn wij dat ook.

Stefan G. Hofmann

Steven C. Hayes

David N. Lorscheid

# 1

## De klinische wetenschap en praktijk opnieuw doordenken

Bill, een dertigjarige man, gaat in therapie na een recente relatiebreuk met zijn vriendin. Hij voelt zich gedeprimeerd. Door de breuk is hij meer gaan piekeren, waardoor zijn stemming nog verder daalde. Sara is een empathische jonge therapeute die net haar stage heeft afgerond, waarbij ze een gangbaar cognitief-gedragstherapeutisch (CGT-) protocol heeft geleerd om depressie te behandelen. Ze hield zich elke sessie vakkundig aan een gestructureerde handleiding voor de behandeling van depressie. Nadat ze eerst onderzoek had uitgevoerd en psycho-educatie had gegeven, legde ze het driecomponentenmodel van stemmingen uit en beschreef ze de cognitieve, emotionele en biofysiologische dimensies. Ze gebruikte monitoringformulieren om Bills gedragingen, gedachten en gevoelens bij te houden, en ging vervolgens focussen op zijn disfunctionele gedachten en maladaptieve gedragingen. Sara richtte zich met name op Bills neiging tot rumineren, zoals was beschreven in de therapiehandleiding.

Na twaalf sessies onderzocht Sara Bills depressie met de Beck Depression Inventory (BDI). Er was sprake van een matige maar duidelijke afname. Beiden waren tamelijk tevreden over het resultaat. Op basis van zijn verbetering zou Bill zelfs een 'responder' genoemd kunnen worden als hij deel had genomen aan een klinische trial. Nadat Sara bij de laatste sessie van het protocol was aangeland, besloot ze dat het tijd was om met de behandeling te stoppen. Ze stuurde Bill naar huis met de instructie om te blijven oefenen met de vaardigheden die hij in de behandeling had geleerd, waaronder zijn gedragsactivatie-oefeningen en de vaardigheden om ruminatie en andere cognitieve fouten aan te pakken.

Toen Bill Sara's spreekkamer verliet, bedankte hij haar. Op weg naar huis had hij echter een gevoel van onbehaaglijkheid. Hij voelde zich minder gedeprimeerd dan eerst, maar hij beseftte dat hij emotioneel en in het algemeen wat betreft zijn leven niet was waar hij wilde zijn. Hij voelde zich na de breuk nog

steeds eenzaam en niet verbonden. Hij zette het van zich af met de gedachte dat therapie niet alles kan doen. Misschien was hij gewoon niet het soort mens dat een vaste relatie kon hebben. Het gevoel van onbehagen bleef. Hij vroeg zich af wat hij nu zou gaan doen.

Sara voelde zich goed over haar casus. Ze volgde een goed gevalideerd protocol voor depressie. Ze dacht dat ze het er goed van af had gebracht. Op grond van traditionele uitkomstmetingen was de casus duidelijk geslaagd. Daarom noteerde ze deze uitkomst als zodanig. Haar aandacht verschoof al snel naar andere casussen en cliënten. De herinnering aan Bill vervaagde geleidelijk.

Sara zou er nooit achter komen dat Bill zich al onbehaaglijk en kwetsbaar voelde toen hij de laatste sessie verliet. Ze zou nooit te weten komen dat zijn eenzaamheid hem binnen een paar maanden volledig zou beheersen en dat hij zou terugvallen in een depressie en zelfs suïcidale gedachten had.

Wat kan er zijn misgegaan? We zullen er nooit achter komen of alle problemen van Bill succesvol zouden kunnen worden aangepakt, maar we weten wel zeker dat een aantal daarvan eigenlijk helemaal niet aan de orde zijn geweest. Sara had helemaal geen aandacht besteed aan sommige aspecten van Bills problemen, zoals zijn eenzaamheid, zijn relaties en zijn gevoel van sociaal isolement en ongelukkigheid. Bill dacht vaak over deze kwesties na en vroeg zich af waar ze vandaan kwamen en wat ze in stand hield. Sara had deze kwesties maar kort aangestipt en dacht dat ze vanzelf over zouden gaan nadat ze zich had gericht op Bills neiging tot ruminatie en zijn gedeprimeerde stemming en handelen. Relatievaardigheden waren geen werkelijk onderdeel van de gestructureerde handleiding voor de behandeling, die ze zo goed kende. Aangezien ze de depressie succesvol had behandeld met een evidence-based verzameling methoden, dacht ze dat dat genoeg zou zijn. Alleen was dat niet zo.

## **HET SPEL VAN PROTOCOLLEN VOOR SYNDROMEN**

Heeft Bill een ziekte die depressie heet? En hoe kan die worden gedefinieerd? Het lijkt een duidelijke en gemakkelijk te beantwoorden vraag, maar dat is het niet. COVID-19 is een virus dat een wereldwijde pandemie veroorzaakte. Op het moment van dit schrijven zitten we er middenin. Veel mensen zijn overleden als gevolg van het virus. Anderen die geïnfecteerd waren, hadden nauwelijks symptomen, sommigen zelfs geen enkel. De lichaamstemperatuur meten is een snelle manier om te bepalen wie het virus zou kunnen hebben, maar mist vele gevallen. Een veel accuratere test is om te kijken naar antilichamen of naar de RNA-fragmenten van het virus zelf. De aanwezigheid van die biologische markers definieert de ziekte nauwkeurig.

Zo'n test bestaat er niet voor depressie of angst, of schizofrenie, of welke psychische stoornis dan ook. Geen enkele. En er is geen vaccin dat mensen immuun maakt voor het krijgen van een bepaalde psychische stoornis. Toch houdt de psychiatrie al tientallen jaren vast aan een medisch ziektemodel, dat ervan uitgaat dat symptomen van een psychologische stoornis de uitingen zijn van een onderliggende ziekte. De *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen; DSM) en de *International Classification of Diseases* (ICD) zijn daar de instrumenten voor. Eerdere versies van de DSM en de ICD waren gebaseerd op de psychoanalytische theorie en gingen ervan uit dat psychische stoornissen het gevolg waren van diepgewortelde conflicten. Moderne versies wijzen op disfuncties in biologische, psychologische en ontwikkelingsprocessen als primaire oorzaak. Bovenal heeft de academische psychiatrie de afgelopen veertig jaar gehoopt om biologische markers te vinden voor psychische stoornissen, bijvoorbeeld in genen of hersencircuits.

Deze zoektocht blijft zonder succes, en terwijl de wetenschappelijke kennis toenam, is dit lang verhoopte resultaat steeds verder uit beeld geraakt. Zo bleken de volledige genetische analyses van bijna een half miljoen mensen geen steun op te leveren voor de relevantie van alle vaak bestudeerde genen voor veelvoorkomende psychiatrische stoornissen (Border et al., 2019). Het lijkt erop dat genetische factoren kunnen interacteren met elkaar en met iemands geschiedenis en context om op heel veel verschillende manieren psychische problemen teweeg te brengen.

Dit gebrek aan succes heeft niet geleid tot het verlaten van het latenteziekte-model. Het waarschijnlijk populairste idee is geweest dat psychische stoornissen worden veroorzaakt door een of andere onbalans van neurotransmitters. Daarom ontwikkelden, testten en vermarktten farmaceutische bedrijven middelen om het neurotransmittersysteem te veranderen, met name serotonine, dopamine, GABA en glutamaat. Deze middelen werden getest in gerandomiseerde, op het placebo-effect gecontroleerde studies. Sommige van deze onderzoeken rapporteerden een bescheiden effect op sommige symptomen van een veronderstelde stoornis (maar vele andere studies niet). Sommige doortastende en vernieuwende psychologische onderzoekers begonnen de werkzaamheid van die middelen te vergelijken met die van psychologische interventies, met name CGT, maar ook andere vormen van evidence-based behandeling. Om te zorgen dat de psychologische behandelingen gefocust bleven op de symptomen en om deze onderzoeken adequaat uit te voeren, moesten behandelprotocollen worden ontwikkeld.

De resultaten waren schokkend voor het veld. Ze werden vaak gepubliceerd in vooraanstaande psychiatrische tijdschriften en lokten veel controverse uit. Het goede nieuws was dat deze onderzoeken vaak ontdekten dat met name CGT