

# COGNITIEVE VERWERKINGSTHERAPIE VOOR PTSS

*Een praktische  
therapeutenhandleiding*

Patricia A. Resick  
Candice M. Monson  
Kathleen M. Chard



UITGEVERIJ NIEUWEZIJD'S

Oorspronkelijke titel: *Cognitive Processing Therapy for PTSD. A Comprehensive Therapist Manual, Second edition*. The Guilford Press, New York, 2024

Uitgegeven door: Uitgeverij Nieuwezijds  
Vertaling: Janine Langeveld, Amsterdam  
Zetwerk: Holland Graphics, Amsterdam  
Omslag: Buro Blikgoed, Haarlem

Copyright © 2024 The Guilford Press. A Division of Guilford Publications, Inc.  
© Nederlandse vertaling, Uitgeverij Nieuwezijds, 2025  
Published by arrangement with The Guilford Press

ISBN 978 90 5712 612 3  
NUR 777

[www.nieuwezijds.nl](http://www.nieuwezijds.nl)



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. Tekst- en datamining van (delen van) deze uitgave is uitdrukkelijk niet toegestaan.

#### **Beperkte toestemming tot kopiëren**

De handouts uit dit boek zijn uitsluitend bedoeld voor gebruik door professionals in de psychische gezondheidszorg. De uitgever kent de individuele koper van dit boek het onoverdraagbare recht toe om die handouts te vermenigvuldigen waarbij de toestemming tot fotokopiëren in een voetnoot is vermeld. Deze licentie geldt alleen voor u, de individuele koper, voor persoonlijk gebruik of gebruik met uw cliënten.

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

Sinds de publicatie van de eerste editie van *Cognitive Processing Therapy for PTSD* in 2017, zijn in de Verenigde Staten meer dan elfduizend hulpverleners in het Department of Veterans Affairs (VA) opgeleid om te werken met cognitieve verwerkingstherapie (CPT). Daarnaast zijn er duizenden therapeuten opgeleid in andere initiatieven, gesubsidieerd door stichtingen, provinciale en deelstaatprojecten en federale programma's, en zijn er in meerdere landen effectiviteitsonderzoeken uitgevoerd. We hebben veel feedback ontvangen op de therapie en op de oorspronkelijke handleiding, en die is zo nuttig gebleken dat we die graag willen delen. Het aantal gerandomiseerde gecontroleerde onderzoeken is sinds de eerste editie meer dan verdubbeld en er zijn vele studies uitgevoerd naar de therapie-, therapeut- en patiëntfactoren die mogelijk van invloed zijn op de uitkomst en op vroegtijdige uitval.

Na de publicatie van de eerste editie hebben we een wereldwijde pandemie overleefd die nog steeds op de loer ligt, waardoor een explosie aan e-health-toepassingen is ontstaan en de wijze waarop therapie wordt aangeboden in het algemeen is veranderd. Door de pandemie is ook een tekort aan therapeuten ontstaan en de noodzaak om op een zo efficiënt mogelijke wijze en aan zo veel mogelijk mensen behandelingen voor posttraumatische-stressstoornis (PTSS) te bieden. Groepsbehandelingen, geconcentreerde behandeling in kortere tijd en behandelingen met een variabele duur hebben in de praktijk een prominenter plaats gekregen. Dit zijn allemaal onderwerpen die in deze nieuwe editie uitgebreid besproken worden. Daarnaast zijn de werkbladen en hand-outs vereenvoudigd. We hebben het woord 'uitdaging' uit dit boek verwijderd ('Uitdagende vragen' hebben we nu bijvoorbeeld veranderd in 'Onderzoekende vragen'), omdat we vonden dat dit woord verkeerd kon worden opgevat en zware connotaties oproept. Dit terwijl we patiënten juist willen aanmoedigen om hun eigen therapeut te worden, door hun denkprocessen en gewoonten aan de hand van vragen op kalme wijze te onderzoeken. Het woord 'uitdaging' staat haaks op dat streven. Op veler verzoek geven we net als in de oorspronkelijke VA-handleiding ook dit keer weer een sessieoverzicht met timing aan het begin van iedere sessie. Tot slot bevat dit boek meer informatie over cognitieve casusconceptualisatie, om therapeuten te helpen CPT persoonlijk af te stemmen op iedere cliënt met wie ze werken.

## Een opmerking over de terminologie

Wanneer we naar CPT-cliënten verwijzen, hebben we zowel de term ‘slachtoffers’ als ‘overlevers’ gebruikt, maar ‘slachtoffers’ iets vaker. Aan de ene kant zijn veel mensen die aan PTSS lijden en zich aanmelden of zijn doorverwezen voor CPT nog steeds ‘slachtoffers’ en nog geen ‘overlevers’. Bovendien kan de term ‘overlever’ suggereren dat iemand had kunnen sterven ten gevolge van een traumatische gebeurtenis, terwijl dat niet altijd het geval is. Aan de andere kant kan de term ‘overlevers’ in sommige situaties juist meer kracht geven. Soms gebruiken mensen de term ‘trauma’ om reacties te beschrijven en andere keren om de traumatische gebeurtenis te beschrijven. Wij gebruiken de term ‘trauma’ hier alleen om de gebeurtenis te beschrijven. De termen ‘patiënt’ en ‘cliënt’ worden door elkaar gebruikt; in sommige contexten is de ene term gebruikelijker dan in andere. Ook van belang is dat we met betrekking tot genderidentiteit ‘hij of zij’ gebruiken om naar cliënten in het algemeen te verwijzen, behalve wanneer we specifieke casussen bespreken die wij of andere professionals hebben behandeld. Alle praktijkvoorbeelden in dit boek zijn combinaties van individuen wier persoonlijke informatie, waaronder demografische gegevens, zijn veranderd om hun identiteit te beschermen.

# Dankwoord

Dit boek is het resultaat van meer dan vijfendertig jaar aan klinisch werk en onderzoek door vele mensen, die ideeën hebben aangereikt, cognitieve verwerkingstherapie (CPT) hebben getest en ons op basis van hun ervaringen hebben geholpen hand-outs en modules toe te voegen en te herzien. Lezers van de eerste editie (en eerdere versies) zal het waarschijnlijk opvallen dat we het boek de afgelopen vier jaar significant hebben gereviseerd.

We willen graag eindredacteur Jim Nageotte, redacteur Jane Keislar en redactioneel projectmanager Anna Brackett bij The Guilford Press bedanken voor hun grote geduld en steun. We zijn dankbaar dat onze familie en vrienden onze carrières en ons streven om een effectieve behandeling te ontwikkelen voor patiënten die het verdienen en nodig hebben zozeer ondersteunen. We danken alle CPT-trainers en -aanbieders die CPT met enthousiasme hebben omarmd en ons met hun feedback hebben geholpen deze benadering te vervolmaken. Tot slot danken we de vele patiënten die CPT hebben ondergaan en ons enorm veel hebben geleerd over hoe we hen kunnen helpen te herstellen. Het geeft een enorme voldoening wanneer een therapeut je een bericht doorstuurt van een cliënt die veel baat heeft gehad bij CPT en de hulp van de therapeut. We hopen dat jullie, onze lezers, het implementeren van CPT net zo waardevol zullen vinden voor jezelf en je cliënten als wij dat gedurende al die jaren hebben gevonden.

# Inhoud

Voorwoord	5
Een opmerking over de terminologie	7
Dankwoord	9
<b>DEEL I Achtergrondinformatie over posttraumatische-stressstoornis en cognitieve verwerkingstherapie</b>	<b>19</b>
<b>1 De oorsprong van cognitieve verwerkingstherapie</b>	<b>21</b>
Theoretische invloeden	21
Vroege ontwikkeling van CPT	24
Verspreiding van CPT	27
Een biologisch model van PTSS en CPT	28
<b>2 Onderzoek naar CPT</b>	<b>33</b>
Waarom is het belangrijk om RCT's uit te voeren?	33
Voor wie is CPT geschikt?	35
Verbeterd CPT comorbide symptomen en psychosociaal functioneren?	43
Werkt CPT ook in mijn behandelsetting?	54
Moet je een voorbehandeling ondergaan voordat je met CPT begint?	55
Welke factoren zijn van invloed op de effectiviteit van de behandeling?	56
De toekomst van CPT-onderzoek	59
<b>3 Beoordeling voorafgaand aan de behandeling</b>	<b>61</b>
Voor welke cliënten is CPT geschikt?	61
Wanneer moet met het CPT-protocol gestart worden?	64
Evaluatie voorafgaand aan de behandeling	67
HAND-OUT 3.1 Aangepaste PTSS Checklist-5 (PCL-5): schaal en scoring	84
HAND-OUT 3.2 PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9): schaal en scoring	91
<b>4 Cognitieve casusconceptualisatie</b>	<b>93</b>
Relevante geschiedenis	95
Mogelijk behandelingsverstoring en vermijdend gedrag	96
Mogelijke behandelingsverstoringe cognities	97
Sterktes en redenen om te veranderen voor de cliënt	98

Pogingen tot assimilatie, accommodatie en overaccommodatie onderscheiden	99
<b>5 Voorbereiding op het bieden van CPT</b>	<b>105</b>
CPT introduceren	105
Het socratisch gesprek	108
Gereedheid van de therapeut	113
Beperkingen van therapeuten: fouten en vastzittende punten	115
HAND-OUT 5.1 Cognitieve verwerkingstherapie voor posttraumatische-stressstoornis: contract	128
<b>DEEL II Handleiding voor CPT</b>	<b>131</b>
<hr/>	
<b>6 Sessie 1: Overzicht van PTSS en CPT</b>	<b>133</b>
Doelen voor sessie 1	133
Procedures voor sessie 1	133
De agenda opstellen	134
De symptomen en het functionele model van PTSS bespreken	134
PTSS bij cliënten: scores op de PCL-5 en PHQ-9 en een functioneel model introduceren	136
PTSS en de hersenen	139
Cognitieve theorie uitleggen	140
De rol van emoties uitleggen	144
Het indextrauma bespreken	146
De therapie beschrijven	147
De eerste oefenopdracht geven	149
Nagaan of de cliënt nog vragen of opmerkingen heeft	151
HAND-OUT 6.1 Wel of niet herstellen van PTSS-symptomen na traumatische gebeurtenissen	152
HAND-OUT 6.2 Oefenopdracht na sessie 1 van CPT	153
<b>7 Sessie 2: Impactverklaring</b>	<b>155</b>
Doelen voor sessie 2	155
Procedures voor sessie 2	155
De scores van de cliënt op de zelfrapportage-instrumenten doornemen	156
De impactverklaring en vastzittende punten identificeren	156
Hoe om te gaan met cliënten die zich niet aan de impactverklaring en andere oefenopdrachten houden	161
Verbanden tussen gebeurtenissen, gedachten en gevoelens onderzoeken	163
Het ABC-werkblad introduceren	167
Uitgebreider ingaan op vastzittende punten	169
De nieuwe oefenopdracht geven	170

Nagaan of de cliënt nog vragen of opmerkingen heeft	170
HAND-OUT 7.1 Logboek van vastzittende punten	171
HAND-OUT 7.2 Emoties identificeren	172
HAND-OUT 7.3 ABC-werkblad	173
HAND-OUT 7.3A ABC-werkblad: voorbeeld 1	174
HAND-OUT 7.3B ABC-werkblad: voorbeeld 2	175
HAND-OUT 7.3C ABC-werkblad: voorbeeld 3	176
HAND-OUT 7.4 Hulpguids voor vastzittende punten	177
HAND-OUT 7.5 Oefenopdracht na sessie 2 van CPT	179
<b>8 Sessie 3: ABC-werkbladen</b>	<b>181</b>
Doelen voor sessie 3	181
Procedures voor sessie 3	181
De scores van de cliënt op de zelfrapportage-instrumenten doornemen	182
Gemaakte oefenopdrachten doornemen en het niet maken van opdrachten bespreken	183
ABC-werkbladen doornemen en ze gebruiken om gebeurtenissen, gedachten en emoties te onderzoeken	184
Traumagerelateerde werkbladen gebruiken om assimilatiepogingen te onderzoeken	186
De oefenopdracht geven	188
Nagaan of de cliënt nog vragen of opmerkingen heeft	188
HAND-OUT 8.1 Oefenopdracht na sessie 3 van CPT	189
<b>9 Sessie 4: De indexgebeurtenis verwerken</b>	<b>191</b>
Doelen voor sessie 4	191
Procedures voor sessie 4	191
De ABC-werkbladen doornemen die de cliënt heeft ingevuld	192
Cognitieve verwerking: geassimileerde vastzittende punten aanpakken	193
Onderscheid maken tussen intentie (opzet), verantwoordelijkheid en het onvoorziene	199
Het Werkblad onderzoekende vragen introduceren	204
De nieuwe oefenopdracht geven	205
Nagaan of de cliënt nog vragen of opmerkingen heeft	205
HAND-OUT 9.1 Verantwoordelijkheidsniveaus	207
HAND-OUT 9.2 Werkblad onderzoekende vragen	208
HAND-OUT 9.2A Werkblad onderzoekende vragen: voorbeeld 1	209
HAND-OUT 9.2B Werkblad onderzoekende vragen: voorbeeld 2	210
HAND-OUT 9.3 Hulpguids voor het Werkblad onderzoekende vragen	211
HAND-OUT 9.4 Oefenopdracht na sessie 4 van CPT	213



<b>10 Sessie 5: Onderzoekende vragen</b>	215
Doelen voor sessie 5	215
Procedures voor sessie 5	215
De door de cliënt ingevulde werkbladen met onderzoekende vragen doornemen	215
Het Werkblad denkpatronen introduceren	220
De nieuwe oefenopdracht geven	221
Nagaan of de cliënt nog vragen of opmerkingen heeft	221
HAND-OUT 10.1 Werkblad denkpatronen	222
HAND-OUT 10.1A Werkblad denkpatronen: voorbeeld	223
HAND-OUT 10.2 Oefenopdracht na sessie 5 van CPT	224
<b>11 Sessie 6: Denkpatronen</b>	225
Doelen voor sessie 6	225
Procedures voor sessie 6	225
Een midprotocolbeoordeling van de behandelrespons doen	226
Het Werkblad denkpatronen doornemen	227
Het Werkblad alternatieve gedachten introduceren met een traumavoorbeeld	228
De nieuwe oefenopdracht geven	230
Nagaan of de cliënt nog vragen of opmerkingen heeft	230
HAND-OUT 11.1 Werkblad alternatieve gedachten	231
HAND-OUT-11.1A Werkblad alternatieve gedachten: voorbeeld 1	232
HAND-OUT 11.1B Werkblad alternatieve gedachten: voorbeeld 2	233
HAND-OUT 11.1C Werkblad alternatieve gedachten: voorbeeld 3	234
HAND-OUT 11.1D Werkblad alternatieve gedachten: voorbeeld 4	235
HAND-OUT 11.1E Werkblad alternatieve gedachten: voorbeeld 5	236
HAND-OUT 11.2 Oefenopdracht na sessie 6 van CPT	237
<b>12 Sessie 7: Het Werkblad alternatieve gedachten</b>	239
Doelen voor sessie 7	239
Procedures voor sessie 7	239
De door de cliënt ingevulde werkbladen voor alternatieve gedachten doornemen	240
Een overzicht van de vijf thema's geven	242
Het thema veiligheid introduceren	243
De nieuwe oefenopdracht geven	245
Nagaan of de cliënt nog vragen of opmerkingen heeft	245
HAND-OUT 12.1 Module problemen met veiligheid	246

<b>13</b>	<b>Sessie 8: Traumathema's – Veiligheid</b>	<b>249</b>
	Doelen voor sessie 8	249
	Procedures voor sessie 8	249
	De door de cliënt ingevulde werkbladen voor alternatieve gedachten doornemen	249
	Het thema vertrouwen introduceren	252
	De nieuwe oefenopdracht geven	252
	Nagaan of de cliënt nog vragen of opmerkingen heeft	253
	HAND-OUT 13.1 Module problemen met vertrouwen	254
	HAND-OUT 13.2 Oefenopdracht na sessie 8 van CPT	257
<b>14</b>	<b>Sessie 9: Traumathema's – Vertrouwen</b>	<b>259</b>
	Doelen voor sessie 9	259
	Procedures voor sessie 9	259
	De door de cliënt ingevulde werkbladen voor alternatieve gedachten doornemen	259
	Het thema macht en controle introduceren	263
	De nieuwe oefenopdracht geven	265
	Nagaan of de cliënt nog vragen of opmerkingen heeft	265
	HAND-OUT 14.1 Werkblad vertrouwenster	266
	HAND-OUT 14.1A Werkblad vertrouwenster: voorbeeld	267
	HAND-OUT 14.2 Module problemen met macht en controle	268
	HAND-OUT 14.3 Oefenopdracht na sessie 9 van CPT	270
<b>15</b>	<b>Sessie 10: Traumathema's – Macht en controle</b>	<b>271</b>
	Doelen voor sessie 10	271
	Procedures voor sessie 10	271
	De door de cliënt ingevulde werkbladen voor alternatieve gedachten doornemen	271
	Het thema waardering voor jezelf en anderen introduceren	276
	Het naderende einde van de therapie bespreken	277
	De nieuwe oefenopdracht geven	277
	Nagaan of de cliënt nog vragen of opmerkingen heeft	277
	HAND-OUT 15.1 Module problemen met waardering voor jezelf en anderen	278
	HAND-OUT 15.2 Registratieformulier voor gegeven en ontvangen complimenten en fijne dingen die je voor jezelf hebt gedaan	281
	HAND-OUT 15.3 Oefenopdracht na sessie 10 van CPT	282
<b>16</b>	<b>Sessie 11: Traumathema's – Waardering voor jezelf en anderen</b>	<b>283</b>
	Doelen voor sessie 11	283
	Procedures voor sessie 11	283

De door de cliënt ingevulde werkbladen voor alternatieve gedachten doornemen	283
De opdrachten om complimenten te geven en te ontvangen en fijne dingen te doen bespreken	287
Het einde van de therapie bespreken	287
Het thema intimiteit introduceren	288
De nieuwe oefenopdracht geven	289
Nagaan of de cliënt nog vragen of opmerkingen heeft	289
HAND-OUT 16.1 Module problemen met intimiteit	290
HAND-OUT 16.2 Oefenopdracht na sessie 11 van CPT	293
<b>17 Sessie 12: Intimiteit en de toekomst in de ogen kijken</b>	<b>295</b>
Doelen voor sessie 12	295
Procedures voor sessie 12	295
De door de cliënt ingevulde werkbladen voor alternatieve gedachten doornemen	295
De oorspronkelijke en nieuwe impactverklaring van de cliënt doornemen	299
Het behandelverloop en de vooruitgang van de cliënt bespreken	300
Doelen voor de toekomst bespreken	300
Een opmerking over nazorg	301
<b>DEEL III Alternatieve manieren om CPT aan te bieden en speciale aandachtspunten</b>	<b>303</b>
<b>18 Variaties in CPT</b>	<b>305</b>
CPT met geschreven verslagen	305
Aangepaste duur van CPT	315
CPT voor acute stressstoornis	320
E-health	320
Intensieve CPT	321
HAND-OUT 18.1 Oefenopdracht voor CPT+A	323
<b>19 Groeps-CPT</b>	<b>325</b>
Waarom gebruikmaken van groeps-CPT?	326
Voorscreening en informatiesessies	326
De voorwaarden scheppen voor een geslaagde groeps-CPT	328
CPT-sessies in groepsverband leiden	333
CPT+A in groepsverband	341
Nazorggroepen	342
CPT voor seksueel misbruik	343

20	Individuele variatie in cliëntbeelden	345
	Oorlogssituaties en krijgersethos	345
	Eerstehulpverleners	348
	Seksueel geweld	349
	Partnergeweld	352
	Rampen en ongelukken	353
	Cliënten met cognitieve en lichamelijke beperkingen	354
	Door verdriet gecompliceerde PTSS	355
	Trauma bij adolescenten en de effecten daarvan op andere ontwikkelingsperioden	357
	Etnische achtergrond en cultuur	358
	Religie en moraliteit	359
	Lhbtqia+	363
	Aanpassingen aan CPT voor andere talen/culturen	364
	<b>BIJLAGEN</b>	369
	A Materialen voor therapeuten	371
	BIJLAGE A.1 Casusconceptualisatieformulier	373
	BIJLAGE A.2 Snelgids voor patiëntenhand-outs voor iedere CPT-sessie	374
	B Vereenvoudigde werkbladen	377
	BIJLAGE B.1 Visueel ABC-werkblad	379
	BIJLAGE B.2 Overzicht Werkblad alternatieve gedachten	380
	BIJLAGE B.3 Vereenvoudigd Werkblad alternatieve gedachten	382
	Literatuur	383
	Index	399
	Over de auteurs	415

Kopers van dit boek mogen de hand-outs uit dit boek downloaden en afdrukken via [www.nieuwzijds.nl/downloads](http://www.nieuwzijds.nl/downloads) voor persoonlijk gebruik of gebruik met cliënten (zie de copyrightpagina voor details).

## **DEEL I**

# Achtergrondinformatie over posttraumatische-stressstoornis en cognitieve verwerkingstherapie

# 1 De oorsprong van cognitieve verwerkingstherapie

In de jaren zeventig ging men in de heersende theorie over traumaresponsen uit van eerste-orde klassieke conditionering van de angstreactie, naast tweede-orde operante conditionering die de reactie naar andere triggers generaliseerde (Kilpatrick et al., 1979, 1981). Later, nadat de diagnose posttraumatische-stressstoornis (PTSS) werd geïntroduceerd, begon men het belang in te zien van de rol die het aanleren van ontsnappings- en vermijdingsgedrag speelt bij het in stand houden van de primaire symptomen van PTSS. Als iemand sterke geconditioneerde emotionele reacties ervaart, zal deze persoon waarschijnlijk herinneringen aan het trauma die in objectief veilige situaties worden getriggerd vermijden of eraan proberen te ontsnappen. De tweefactorentheorie van klassieke conditionering en operante vermijding van Mowrer (1960) kwam meer in de belangstelling, evenals de emotionele verwerkingstheorie van PTSS van Foa en Kozak (1986), die op haar beurt was gebaseerd op de theorie van Lang (1977) dat mensen angstnetwerken ontwikkelen met stimulus-, respons- en betekenselementen. Omdat we echter te maken kregen met patiënten die op hun traumatische gebeurtenissen reageerden met uitspraken als 'Ik wist dat hij me niet zou vermoorden, maar ik voelde me zo enorm verraden' of 'Ik voel zo veel schaamte en walging over wat me is aangedaan', zagen wij reden om te twijfelen aan de aanname dat PTSS uitsluitend een vrees- of angststoornis is. Door dit soort gevallen raakten we ervan overtuigd dat de theorie over traumaresponsen toe was aan een herziening. We begonnen ons te verdiepen in cognitieve theorieën over PTSS.

## Theoretische invloeden

---

In de jaren zestig en zeventig onderzocht Aaron T. Beck de oorzaken van depressie en ontwikkelde zijn cognitieve theorie, die focust op hoe mensen negatieve en valse denkbeelden uit de omgeving of samenleving opnemen die ze een gevoel van schaamte of depressie bezorgen. Samen met collega's ontwikkelde hij een behandelhandleiding voor cognitieve therapie bij depressie (Beck et al., 1979). Hoewel dit een van de eerste behandel-

handleidingen was, wilden we iets specifiekers en progressievers ontwikkelen om therapeuten sessie voor sessie handvatten te bieden voor de behandeling van PTSS. Daarnaast wilden we cliënten helpen hun eigen therapeut te worden, door hun nieuwe, evenwichtiger copingstrategieën en denkwijzen aan te leren. De cognitieve theorie voor depressie van Beck en collega's richtte zich op huidige gedachten, maar wij geloofden dat we voor de behandeling van PTSS eerst terug moesten keren naar de traumatische gebeurtenissen, om te onderzoeken op welk punt hun denken door het trauma was beïnvloed en of en hoe ze de traumatische gebeurtenissen op dat moment emotioneel hadden verwerkt. We ontwikkelden het idee dat mensen die niet in staat waren geweest om te herstellen, vanaf het moment van de traumatische gebeurtenissen 'vastzaten' in hun denken, en we begonnen dat soort gedachten 'vastzittende punten' te noemen.

Aanvullende inspiratie haalden we uit het werk van McCann en collega's (McCann, Sakheim & Abrahamson, 1988; McCann & Pearlman, 1990), die de constructivistische zelfontwikkelingstheorie van traumatische victimisatie hadden ontwikkeld. Deze theorie was gebaseerd op de constructivistische zienswijze van Mahoney (1981), die stelt dat mensen actief hun persoonlijke realiteit creëren, in die zin dat ze nieuwe ervaringen aanpassen aan hun idee van wat de 'realiteit' is (Mahoney & Lyddon, 1988). McCann en collega's ontwikkelden een constructivistische theorie van trauma waarin mensen betekenis ontleen aan gebeurtenissen. Ze theoretiseerden dat naast het referentiekader (de behoefte aan een stabiel en coherent raamwerk voor het begrijpen van ervaringen) met name de schema's (mentale structuren en behoeften) die betrekking hebben op veiligheid, vertrouwen, macht en controle, waardering voor jezelf en anderen, en intimiteit door trauma worden beïnvloed. Deze schema's kunnen betrekking hebben op henzelf of op anderen. Omdat deze constructen zo vaak naar voren kwamen tijdens onze gesprekken met cliënten, kregen we het idee dat we het werk van McCann en collega's weleens in een kortere cognitieve therapie zouden kunnen integreren.

We werden ook beïnvloed door Hollon en Garber (1988), die stelden dat wanneer iemand een schemacongruente traumatische gebeurtenis meemaakt (hij of zij weet bijvoorbeeld uit ervaring dat ook goede mensen nare dingen kunnen overkomen), deze gebeurtenis vervolgens wordt geassimileerd in reeds bestaande overtuigingen, zonder dat er een verandering optreedt in die overtuigingen of interpretaties van de gebeurtenis. Dit is het proces dat zich voltrekt wanneer iemand gezonde overtuigingen heeft en geen PTSS ontwikkelt. Wanneer er echter een discrepantie is tussen de informatie en het schema (de nieuwe gebeurtenis komt niet overeen met iemands bestaande overtuigingen), kan een van de twee volgende dingen gebeuren. De eerste mogelijkheid is dat de persoon zijn of haar herinnering of inter-

pretatie probeert te veranderen, zodat deze kan worden geassimileerd in zijn of haar bestaande overtuigingen/schema's zonder de eerdere overtuigingen te veranderen (bijvoorbeeld: 'Het was geen verkrachting, het was een misverstand; ik moet iets gedaan hebben waardoor hij dacht dat het oké was'). De tweede mogelijkheid is dat de persoon bestaande overtuigingen (bijvoorbeeld: 'Verkrachting gebeurt alleen door onbekenden') verandert, om de nieuwe, afwijkende informatie te assimileren (bijvoorbeeld: 'Het is mogelijk om verkracht te worden door iemand die je kent'). Dit nieuwe leren wordt accommodatie genoemd en is een van de doelen van therapie. Het idee van Hollon en Garber was uiteraard gebaseerd op het werk van Piaget (1971), maar niet eerder in de context van traumatherapie in overweging genomen.

In deze editie verfijnen we onze inzichten in de cognitieve processen die betrokken zijn bij het verwerken van trauma nog verder (zie hoofdstuk 4), om uiteindelijk een geïndividualiseerde cognitieve conceptualisatie van de klinische presentatie van een gegeven patiënt mogelijk te maken. Om precies te zijn verklaren we voortbouwend op de theorie van Hollon en Garber (1988) dat cliënten met *PTSS trachten* informatie te assimileren die niet strookt met hun schema. Deze pogingen zijn echter niet succesvol en leiden tot de klassieke intrusieve symptomen van *PTSS* (ongewenste herinneringen, nachtmerries), omdat de accommodatie niet is gelukt. Op deze manier blijft de informatie van de traumatische herinnering ongecategoriseerd of onverwerkt en veroorzaakt symptomen. In deze herziene editie helpen we tevens verschillende cognities te identificeren die traumaverwerking in de weg kunnen staan en geven we aanwijzingen voor het aannemen van een socratische houding bij het aanbieden van cognitieve verwerkingstherapie (CPT).

In ons werk met traumaoverlevers kwam bovendien naar voren dat mensen hun overtuigingen soms tot in het extreme kunnen veranderen, ook al verdraaiden ze daarmee de traumatische gebeurtenissen in hun pogingen te assimileren. Ze overgeneraliseerden hun overtuigingen tot hele klassen of schema's, zoals 'Ik neem altijd verkeerde beslissingen', 'Niemand is te vertrouwen' of 'Ik moet over iedereen om me heen controle hebben'. We noemden dit fenomeen 'overaccommodatie' (Resick & Schnicke, 1992, 1993). Hoewel we ons in de beginfase van de ontwikkeling van CPT bevonden, beseften we dat het belangrijk was om eerst aan de slag te gaan met de mislukte accommodatie van het trauma en pas naar de overgeaccommodeerde overtuigingen te kijken wanneer het indextrauma (oftewel het meest pijnlijke trauma) was opgelost. Wanneer cliënten bijvoorbeeld eenmaal ophouden zichzelf de schuld te geven van de traumatische gebeurtenis, is het gemakkelijker om het idee dat ze geen goede beslissingen kunnen nemen aan te pakken. We hebben het werk met overgeaccommodeerde schema's dan ook een plek later in de therapie gegeven.



In deze editie maken we ook helder voor therapeuten dat mensen nieuwe binnenkomende informatie kunnen assimileren in overgeaccommodeerde overtuigingen, die hun al aanwezige negatieve overtuigingen lijken te bevestigen. Zo gezien gaat assimilatie niet slechts om het beoordelen van dingen die in het verleden zijn gebeurd, maar eerder over wat er gebeurt wanneer mensen met nieuwe informatie te maken krijgen. Door een negatieve aandachtsbias hebben mensen met PTSD de neiging om hun aandacht te richten op negatieve en aan gevaar gerelateerde informatie die bestaande overgeaccommodeerde overtuigingen bevestigt en daar gemakkelijk in geassimileerd kan worden.

## Vroege ontwikkeling van CPT

---

Het eerste onderzoek naar CPT bestond uit een open onderzoek naar CPT in groepsverband (Resick & Schnicke, 1992). De eerste CPT-handleiding werd in 1993 gepubliceerd. Deze was voornamelijk gericht op PTSD als gevolg van verkrachting en omvatte de resultaten van de eerste 35 deelnemers aan groepsbehandeling en de eerste 9 cliënten in individuele behandelingen (Resick & Schnicke, 1993).

Tijdens het ontwikkelingsproces van een aangepaste vorm van CPT voor volwassenen die als kind seksueel waren misbruikt, voerde Chard (2005) het eerste onderzoek uit naar volwassen overlevenden van misbruik in de kindertijd bij wie PTSD was vastgesteld. Ze merkte op dat niet ieders overtuigingen door trauma aan diggelen werden geslagen (Janoff-Bulman, 1992), omdat ze al negatieve overtuigingen hadden ontwikkeld als gevolg van hun negatieve ontwikkelingservaringen. Ze constateerde dat als cliënten als kind misbruikt waren (emotioneel, lichamelijk of seksueel) of andere eerdere trauma's hadden meegemaakt, ze mogelijk al negatieve overtuigingen over zichzelf en hun rol in de traumatische gebeurtenissen hadden (en misschien zelfs altijd al gehad hadden), zoals 'Ik verdien het dat me slechte dingen overkomen'. Elk nieuw trauma werd dan zonder aanpassing geassimileerd, omdat het niet afweek maar overeenkwam met het schema. Vervolgens rees de vraag: waarom zouden deze mensen PTSD hebben als hun overtuigingen al overeenkwamen met de nieuwe gebeurtenissen? Het is mogelijk dat deze individuen geen *nieuwe* PTSD ontwikkelden, maar dat ze al PTSD hadden. De nieuwe gebeurtenissen hadden hun vervormde overtuigingen over zichzelf en anderen, en over hun rol in de traumatische gebeurtenissen, echter mogelijk versterkt. Met andere woorden: ze gebruikten de nieuwe gebeurtenissen mogelijk als 'bewijs' dat hun eerdere overtuigingen accuraat waren. Hun PTSD werd dan erger en hun overtuigingen raakten nog dieper verankerd (Resick, 2001; Resick et

al. 2007). Aan de andere kant vroegen mensen zich, ondanks eerdere negatieve schema's over zichzelf en anderen, soms nog steeds af: 'Waarom ik?' of 'Waarom opnieuw?' Ze merkten mogelijk nog steeds dat nieuwe traumatische gebeurtenissen niet overeenkwamen met hun schema, omdat ze alles hadden gedaan wat in hun vermogen lag om datgene wat ze als oorzaak van het eerdere trauma beschouwden te veranderen ('Ik probeerde perfect te zijn') of omdat ze zagen hoe andere families met elkaar omgingen en er maar niet achter kwamen wat zij dan verkeerd deden. En als ze de gebeurtenis probeerden te assimileren, door hun herinnering aan de gebeurtenis te veranderen om deze in overeenstemming te brengen met eerdere positieve of negatieve overtuigingen, dan zouden ze, als die tactiek zou werken, geen PTSS hebben. De herhaalde intrusieve herinneringen aan de gebeurtenis treden op, omdat de verklaringen die de traumaoverlever heeft bedacht het probleem niet hebben opgelost en hij of zij nog steeds in een innerlijk conflict verkeert.

Een ander verschil tussen de theoretische benadering die heeft geleid tot CPT en de theorieën waarop andere therapieën zijn gestoeld, ligt in de reikwijdte en soorten van emoties die in CPT worden aangepakt. Omdat PTSS tot het verschijnen van de vijfde editie van de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5, American Psychiatric Association, 2013) werd geclassificeerd als een angststoornis, was het merendeel van de bestaande theorieën over PTSS gefocust op vrees en angst. Als traumatherapeuten werden we echter getroffen door hoeveel 'onterechte' schuld, schaamte, walging, verdriet en dergelijke er onder onze cliënten heersden. In de longitudinale onderzoeken die we uitvoerden zei bijna iedereen bang te zijn geweest tijdens de gebeurtenis. De meesten waren daar echter overheen gekomen, waardoor angst niet altijd de drijvende kracht leek te vormen achter de flashbacks, intrusieve herinneringen, nachtmerries en vermijdingsstrategieën. Bovendien zou het, als PTSS alleen over angstconditionering zou gaan, niet uitmaken wat het trauma was; de mate van PTSS zou hetzelfde zijn. De epidemiologische onderzoeken naar PTSS (bijvoorbeeld Kessler et al., 1995) maakten duidelijk dat niet alle trauma's hetzelfde effect hadden: verkrachting en andere interpersoonlijke trauma's zorgden voor een grotere mate van PTSS dan onpersoonlijke trauma's, zoals natuurrampen en ongelukken. Naast angst was er nog iets anders aan de hand, omdat de mensen die deze traumatische gebeurtenissen hadden ervaren ze afzetten tegen hun overtuigingen en eerdere ervaringen.

Daarnaast maakte bijna iedereen met PTSS zichzelf verwijten en/of gaf anderen onterecht de schuld, wat leidde tot gevoelens van schuld en schaamte. Toen Resick na de gebeurtenissen van 11 september 2001 een ongepubliceerde handleiding voor een algemene versie van CPT schreef (Resick, 2001), maakte ze onderscheid tussen 'natuurlijke' en 'bewerkte'

emoties. De ‘natuurlijke’ emoties zijn de emoties waarmee wij mensen van nature zijn uitgerust en waar we niet actief over na hoeven te denken (bijvoorbeeld: vechten of vluchten leidt tot angst of woede; een verlies roept verdriet op). De emoties die we ‘bewerkt’ noemen, komen voort uit foutieve cognities over de traumatische gebeurtenis. Hoewel het mogelijk even kan duren voor natuurlijke emoties afnemen, als we ze niet vermijden, verdwijnen emoties die door gedachten worden gegenereerd (‘Het moet mijn schuld geweest zijn, want goede mensen overkomt dit soort dingen niet’) direct als de gedachte op basis van accuratere informatie wordt aangepast. Als de getraumatiseerde persoon echter blijft hangen in valse overtuigingen over het trauma, kunnen de negatieve emoties een leven lang aanhouden.

Het eerste gerandomiseerde gecontroleerde onderzoek (RCT) naar CPT vergeleek CPT met verlengde exposure (prolonged exposure; PE) en een wachtlijst met minimale aandacht bij vrouwen die een verkrachting hadden meegemaakt. De overgrote meerderheid van de deelnemers (85%) waren ook andere interpersoonlijke trauma’s overkomen en 41% had in de kindertijd seksueel misbruik meegemaakt (Resick et al., 2002). De bevindingen van het onderzoek werden ook onderzocht om te kijken of de resultaten in de loop van de tijd overeind bleven. Resick, Williams en collega’s (2012) voerden een langetermijn-follow-up van gemiddeld 6 jaar na behandeling uit met alle personen die konden worden getraceerd (70%) en voerden een zogenoemde *intention-to-treat*-analyse (ITT) uit met dezelfde waarden als de baseline. Hieruit kwam naar voren dat cliënten die ofwel CPT of PE hadden ontvangen nog steeds zeer lage symptomen bleven houden en geen verandering in PTSS of depressie vertoonden.

De tweede RCT omvatte vrouwen wier indextrauma waarmee ze in therapie gingen een vorm van interpersoonlijk geweld was die ze als kind of volwassene hadden meegemaakt (Resick et al., 2008). In dit onderzoek werden de componenten van CPT uit elkaar gehaald om te kijken of de cognitieve therapie én de geschreven verslagen noodzakelijke componenten waren. Hieruit kwam naar voren dat CPT met verslagen (later CPT+A genoemd) geen toegevoegde waarde had in vergelijking met een behandeling zonder de verslagen (nu CPT), die over het geheel genomen beter werkte dan een behandeling met alleen geschreven verslagen. Het protocol dat in deel II van dit boek wordt beschreven, is CPT (zonder geschreven verslagen), hoewel het alternatief met geschreven verslagen in hoofdstuk 18 van deel III ook nog aan bod komt.

Monson en collega’s (2006) ontvingen een subsidie van het U.S. Department of Veterans Affairs (VA) om het eerste onderzoek naar CPT+A met veteranen uit te voeren. De meerderheid van de deelnemers waren mannelijke veteranen van de Vietnamoorlog. Aangezien de meesten van hen al jaren in therapie waren en ze allemaal een verleden van middelmatig misbruik

hadden, had het feit dat 40% van deze veteranen binnen 12 sessies niet langer aan de diagnose PTSD voldeed onmiddellijk effect op het werkveld. Monson en collega's namen ook waar dat er meer overeenkomsten dan verschillen waren tussen traumaoverlevers en dat de manier waarop veteranen hun trauma's interpreterden in hoge mate overeenkwam met die van slachtoffers van interpersoonlijk geweld in eerdere onderzoeken.

Sinds deze eerste onderzoeken zijn er tientallen RCT's en vele programma-evaluatieonderzoeken uitgevoerd. In het volgende hoofdstuk beschrijven we het onderzoek naar CPT en hoe deze therapie zich verder heeft ontwikkeld, welke populaties onderzocht zijn en welke factoren van invloed zijn op de uitkomsten.

## Verspreiding van CPT

---

In 2006 ontvingen de auteurs van deze handleiding subsidie van het VA Central Office voor het ontwikkelen van materialen om CPT via het VA-systeem in de VS te verspreiden. We schreven een behandelhandleiding voor actieve militairen en veteranen, ontwikkelden lesmaterialen (zoals slides met commentaar, video's, een handleiding voor trainers en een handleiding voor consultants) en leidden vervolgens een eerste groep nationale trainers op. Omdat het VA-systeem maar een handjevol mensen omvatte dat met CPT had gewerkt, waren veel van de trainers afkomstig uit St. Louis (voormalige faculteitscollega's, postdoctorale fellows of afgestudeerde studenten). Tot dan toe had Resick slechts eendaagse workshops geleid, zonder opvolging met casusoverleg. Monson merkte terecht op dat wij het aanleren van de socratische methode als het moeilijkste onderdeel van de therapie benadrukken. Dit motiveerde ons om te bedenken hoe we deze vaardigheid konden overbrengen op andere therapeuten, die misschien hadden geleerd dat ze nooit een vraag mochten stellen of gedachten moesten laten gaan in plaats van ze te veranderen. Daarnaast moesten we therapeuten de grondgedachten leren achter de benadering van het stellen van vragen om cliënten te helpen hun vastzittende punten (foutieve gedachten en overtuigingen die door het trauma zijn ontstaan, zoals eerder uitgelegd) te onderzoeken, door ze in de context te plaatsen van wat ze werkelijk wisten ten tijde van het trauma, te bepalen welke keuzes ze werkelijk hadden (als ze al een keuze hadden) en na te gaan waarom ze bepaalde keuzes maakten. Bovendien moesten we cliënten helpen onderscheid te maken tussen intentie, verantwoordelijkheid en het onvoorzienbare. Tot slot stelde Chard voor om een logboek van vastzittende punten toe te voegen dat gedurende de therapie als een 'levend' document zou dienen. Dit logboek zou cliënten en therapeuten kunnen helpen gefocust te blijven op de ongezonde cog-

nities en niet af te dwalen naar meer op ondersteuning gerichte vormen van therapie.

De eerste twee jaar van dit verspreidingsproject werden 22 workshops per jaar gegeven. Daarna werd het project langzaam afgebouwd, naarmate meer VA-therapeuten de training hadden voltooid met workshops en casusopvolging. Gedurende het hele proces deelden de trainers waardevolle suggesties voor het stroomlijnen van de hand-outs en ideeën om ze toegankelijker te maken voor mensen met een lager opleidingsniveau of traumatisch hersenletsel. We ontwikkelden ook 'hulpbladen' om vastzittende punten uit te leggen en moeilijke vragen te beantwoorden. Op het moment dat we dit schrijven, zijn er tienduizenden hulpverleners via de VA opgeleid in CPT. Buiten de context van de VA is CPT ook wijd verspreid via ggz-instellingen door de hele Verenigde Staten en verschillende andere landen, en via diverse gesubsidieerde implementatietrials waarin verschillende strategieën voor het opleiden van therapeuten in CPT werden getest (bijvoorbeeld LoSavio, Dillon, Murphy & Goetz, et al., 2019; Monson et al., 2018).

Tot dusverre zijn de CPT-handleidingen in veertien talen vertaald en lijkt de therapie in verschillende culturen goed te werken (zie hoofdstuk 20). Omdat de cognitieve impact van een traumatische gebeurtenis zeer individueel is, kunnen cliënten in verschillende culturen beschrijven waarom ze denken dat hun gebeurtenis heeft plaatsgevonden en wat deze voor hen betekent. Hoewel er met betrekking tot bepaalde concepten mogelijk verschillen bestaan, kunnen de meeste goed vertaald worden. En zelfs in zeer strikte traditionele culturen kan erop gewezen worden dat niet alle mensen hetzelfde denken en dat overtuigingen flexibel kunnen zijn. Mensen kunnen van gedachten veranderen.

## Een biologisch model van PTSS en CPT

---

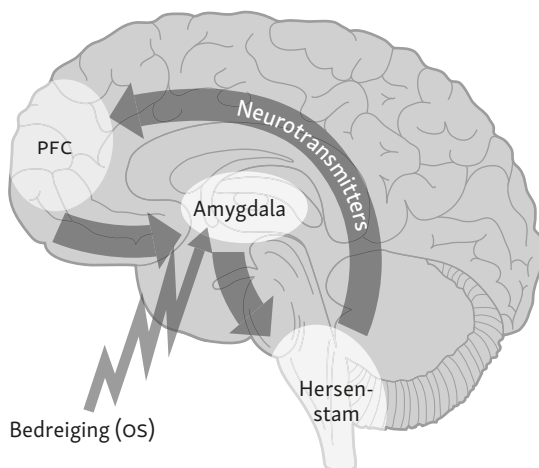
De meest recente toevoeging aan onze training en conceptualisatie betreft de verbanden tussen het biologische fundament van PTSS en de redenen waarom CPT werkt. Het grootste deel van dit materiaal omvat onderzoek naar activatie van de amygdala, die sterke emoties triggert en neurotransmitters door het hele brein verstuurt om de alarmrespons te activeren. Andere factoren die niet direct werden opgemerkt, maar in feite vaker gevonden worden tijdens onderzoeken, zijn de verminderde responsiviteit en verkleining van de prefrontale cortex (Shin et al., 2006) bij mensen met PTSS.

Bij een normale vecht-of-vluchtreactie vermindert de activiteit van de prefrontale cortex (die de zetel is van besluitvorming en de amygdala controleert) en van andere immuunfuncties en normale lichamelijke processen, zoals vertering van voedsel, om alle beschikbare hulpbronnen vrij

te maken om te kunnen vechten of vluchten. De natuurlijke emoties die gepaard gaan met vluchten en vechten zijn angst en woede. Tijdens een levensbedreigende situatie is het belangrijker om de hersenstam en neurotransmitters die helpen bij de vecht-of-vluchtreactie te activeren dan om na te denken over wat je die avond gaat eten of dat je misschien een andere baan moet zoeken. In een goed gemoduleerde alarmrespons (zie figuur 1.1), is de prefrontale cortex echter voldoende geactiveerd om op te merken wanneer het gevaar is geweken en om boodschappen naar de amygdala te sturen, om de vecht-of-vluchtreactie te stoppen en terug te keren naar normaal parasympathisch functioneren. Met andere woorden: er is een wederkerige relatie tussen de prefrontale cortex en de amygdala.

In studies met mensen met PTSS ontdekten onderzoekers echter dat de amygdala een verhoogde respons en de prefrontale cortex een sterk verminderde activiteit vertoonde, en dat er een functionele relatie bestaat tussen de twee (Shin et al., 2004). Omdat de amygdala zo enorm geactiveerd en de activiteit in de prefrontale cortex verminderd is (zie figuur 1.2), duurt het bij iemand met PTSS veel langer om te beseffen dat het vermeende gevaar voorbij is en weer te kalmeren.

In imagingstudies hebben Hariri en collega's (Hariri et al., 2000, 2003) ontdekt dat wanneer deelnemers foto's van emotionele gezichten of gevaarlijke objecten werden getoond en hun vervolgens werd gevraagd om ofwel (1) foto's te kiezen die overeenkwamen met de originele foto's of (2) de emoties of objecten te benoemen, er in het eerste geval geen verandering in de activatie van de amygdala plaatsvond. Toen de deelnemers echter werd gevraagd om de objecten te benoemen of om te beschrijven of op elke



**FIGUUR 1.1** Goed gemoduleerde alarmrespons. OS, ongeconditioneerde stimulus; PFC, prefrontale cortex.