



www.DirectieveTherapie.nl

Dank voor uw download

U kunt er natuurlijk uit citeren, graag zelfs, maar dan wel met bronvermelding. U mag dit artikel ook ruimhartig verspreiden mits het niet voor commerciële doeleinden is. In die gevallen pas na onze schriftelijke toestemming.

Opname in bloemlezingen en readers moedigen wij aan, maar wel graag eerst even overleggen.

Alle rechten van de artikelen liggen bij
de Stichting Cognitie en Psychose.

Voor alle vragen:
info@gedachtenuitpluizen.nl

De transdiagnostische benadering

Anja wordt via haar huisarts aangemeld vanwege 'depressiviteit, angsten en een aantal andere problemen'. Zij maakt bij de intake een norse, zwijgzame indruk. Opvallend is dat ze bij binnenkomst geen hand geeft en dat ze gedurende het gehele intakegesprek haar rechterhand verborgen houdt in de lange mouwen van haar ruimvallende trui. Anja is 24 jaar oud. Ze woont sinds enkele jaren samen in Amsterdam met haar vriendin Olga, die vijf jaar ouder is.

Er spelen verschillende problemen. Anja, die al nooit de 'vrolijkste in huis is geweest' is het afgelopen jaar in toenemende mate somber geworden. Een half jaar geleden heeft ze haar baan als telefoniste bij een verzekeringskantoor opgezegd 'omdat het haar steeds meer moeite kostte om naar haar werk te gaan'. Sindsdien zit ze voornamelijk thuis achter de computer, telefoon of tv. Ze heeft nergens meer zin in en komt tot vrijwel niets. Toch is ze voortdurend moe. Doorslapen is een probleem. Meestal wordt ze 's ochtends om een uur of vier wakker, waarna ze doorgaans niet meer inslaapt. Maaltijden slaat ze geregeld over. Olga, die actrice is en voor haar werk veel door het land trekt, probeert haar wel te stimuleren tot actie, maar dat levert weinig op. Haar leven speelt zich steeds meer af buiten Anja. Anja zelf vermoedt dat de relatie niet lang meer zal duren. Ze vindt dat 'best naar', maar weet niet hoe ze het kan tegenhouden.

Al veel langer speelt de angst om te verkeren onder andere, voor haar relatief onbekende mensen. Ze is bang dat mensen haar raar zullen vinden en haar zullen afwijzen of uitlachen. Deze angsten heeft ze eigenlijk al zo lang ze zich kan herinneren. Anja is geboren met een forse afwijking aan haar rechterarm. Ze schaamt zich daarvoor. De arm is bijna de helft kleiner dan haar normale linkerarm. Op haar rechterarm en op haar rechterbeen zit bovendien een aantal grote brandvlekken als gevolg van een ongeluk met een pan met heet water toen ze negen jaar oud was. Ook voor die brandvlekken is de schaamte groot. Anja gaat nooit naar het zwembad of het strand en ook in de zomer loopt ze altijd in lange broeken en draagt ze lange mouwen. Ze draagt nooit sportkleding en doet dan ook niet aan sport. De zomer is voor haar een vreselijke tijd. Ze is altijd blij wanneer het weer herfst is en nie-

mand meer opmerkingen maakt over haar lange mouwen en lange broeken.

Anja is opgegroeid in een streng gereformeerd gezin op de Veluwe. Van jongs af aan trok ze veel op met haar neven en nichten en haar zus en broer. Dat was fijn. Schaamte voor haar arm en been speelde bij hen nauwelijks een rol. Al vrij vroeg ontdekte Anja dat ze lesbisch is. Naar haar eigen zeggen was haar streng gereformeerde familie niet de meest ideale plek om uit de kast te komen. Ze hield haar ontdekking dus maar voor zich. Haar lesbisch zijn kwam echter toch naar buiten toen ze door haar zus bij toeval werd betrappt terwijl ze aan het zoenen was met een meisje. De zus vond het niet nodig om deze ontdekking voor zich te houden en al snel was de hele familie op de hoogte van de seksuele voorkeur van Anja. Anja had het idee dat iedereen haar voor die voorkeur veroordeelde. In die periode werd ze verkracht door een iets oudere neef, met wie ze tot dan toe veel had opgetrokken. Zijn actie zou bedoeld zijn om Anja 'op andere gedachten te brengen'. Ze sprak er met niemand over, maar kort na dit voorval verbrak ze grotendeels de banden met de familie en trok ze naar Amsterdam. Daar leerde ze al vrij snel Olga kennen. Toen die voorstelde dat Anja bij haar zou komen wonen, is Anja bij Olga ingetrokken.

Anja voelt zich door haar familie en ouderlijk gezin in de kou gezet. Ze piekert hier veel over en van de verkrachting heeft ze geregeld nachtmerries en herbelevingen. Sinds de verkrachting is Anja bovendien een stuk agressiever geworden. Wanneer een man toenadering lijkt te zoeken reageert ze verbaal en soms ook fysiek uiterst vijandig. Ook met Olga zijn er de laatste maanden enkele door Anja geïnitieerde vechtpartijen geweest. Aanleiding was doorgaans dat Olga zich te veel aan Anja 'opdrong'. Achteraf vindt Anja haar agressiviteit meestal onredelijk, maar ze zegt de agressie op het moment zelf niet te kunnen tegenhouden. Desgevraagd zegt Anja niet te weten hoe het verder moet. Ze realiseert zich wel dat het zo niet veel langer kan doorgaan.

De intake van Anja kan afgesloten worden door het stellen van DSM-5-diagnoses en het indiceren van een aansluitende, stoornisspecifieke behandeling (zie hierna), zoals gebruikelijk in de ggz. De transdiagnostische benadering is echter een andere manier om tegen problematiek van cliënten aan te kijken en om met het indiceren van behandeling om te gaan. De ontstaanswijze en de kenmerken van de transdiagnostische benadering, alsmede recente transdiagnostische ontwikkelingen krijgen aandacht in dit artikel.

STOORNISPECIFIEKE BENADERING

Na de intake van Anja uit de casus werden als DSM-5-diagnoses (APA, 2013) gesteld: depressieve stoornis, sociale-angststoornis, posttraumatische-stressstoornis en periodiek explosieve stoornis. Ook worden 'trekken van een ontwijkende-persoonlijkheidsstoornis' vermeld. De depressieve stoornis wordt beschouwd als het meest urgente probleem en de sociale-angststoornis als de meest chronische. De verkrachting door de neef is het moment waarna alle klachten in heftigheid toenemen. De intaker stelt cognitieve gedragstherapie voor als beste behandeloptie.

Het bovenstaande is een beknopte weergave van een intakeverslag. Kenmerkend is dat zo'n verslag wordt afgesloten met een of meer DSM-diagnoses en een globaal behandelvoorstel. Aansluitend wordt bij de start van de behandeling dat globale behandelvoorstel aangevuld tot een concreet behandelplan dat vervolgens wordt uitgevoerd. Het concrete behandelplan is gebaseerd op behandelrichtlijnen waarbij de vastgestelde diagnoses vrijwel automatisch verwijzen naar evidence-based behandelprotocollen (Keijsers, van Minnen, & Hoogduin, 2011). Meestal is de diagnose daarbij gebaseerd op criteria die in laatste versies van de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, de DSM, staan beschreven.

Deze werkwijze, waarbij de (DSM-)diagnose zo'n centrale rol speelt, staat bekend als 'stoornis specifieke' of 'diagnosespecifieke' benadering en is al zo'n 25 jaar dominant in de ggz. Toch is de stoornis specifieke werkwijze niet zonder controverse (Rief, Frances, & Wittchen, 2013). Eén kwestie is daarbij of wat in de DSM een 'diagnose' wordt genoemd die naam eigenlijk wel mag hebben (Hoogduin, van Minnen, & de Kemp, 1999; Tucker, 1998; van Praag, 1999). Een aansluitende kwestie betreft de vraag wat de behandelaar moet doen wanneer bij een patiënt meerdere diagnoses tegelijk worden vastgesteld. Behandelrichtlijnen zijn weliswaar expliciet over de aanpak van specifieke stoornissen, maar over de werkwijze bij comorbiditeit vermelden zij weinig. Meestal voert men afzonderlijk de verschillende interventies uit die bij de vastgestelde diagnoses passen. Het is dan wel de vraag in welke volgorde die interventies moeten worden uitgevoerd. Hoewel de DSM een beperkt aantal beslisregels kent bij comorbiditeit (Dingemans, 2011), is het meestal aan de klinische inschatting van de behandelaar om te bepalen welke diagnose primair is, en aansluitend welke interventie als eerste moet worden ingezet (Keijsers, Verbraak, ten Broeke, & Korrelboom, 2009).

Voor Anja kan dit betekenen dat eerst het protocol voor depressie wordt uitgevoerd (depressie wordt in het intakeverslag immers als de meest urgente diagnose beschouwd) en daarna die voor soci-

ale-angststoornis, periodiek explosieve stoornis en posttraumatische-stressstoornis (PTSS). Maar de behandelaar kan er ook voor kiezen om met het protocol voor sociale-angststoornis te beginnen (de meest chronische aandoening van Anja, volgens het intake-rapport), of met dat voor PTSS (omdat haar problemen na de verkrachting door haar neef zo escaleerden). Wanneer de clinicus zou hebben ingeschat dat de agressieve buien van Anja haar laatste restje sociale steun (haar relatie met Olga) ernstig bedreigen, had dit een argument kunnen zijn om de behandeling eerst op de periodiek explosieve stoornis te richten. Bij discussies over de waarde van diagnosespecifieke behandelingen is comorbiditeit een probleem dat geregeld terugkeert (Widiger & Clark, 2000).

DSM EN EVIDENCE-BASED BEHANDELINGEN

In 1980 verscheen de derde versie van de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, de DSM-III (APA, 1980). De DSM-III was een trendbreuk. Anders dan zijn voorgangers streefde deze DSM-uitgave ernaar om de classificatie van de paar honderd emotionele stoornissen die zij beschrijft zo veel mogelijk te objectiveren, door de subjectieve interpretaties van de clinicus slechts een zeer beperkte rol te geven. Van iedere stoornis wordt een reeks symptomen en kenmerken opgesomd. Wie aan een minimumaantal hiervan voldoet, wordt geclassificeerd met de desbetreffende aandoening.

Dat de DSM-III en de daaropvolgende versies van de DSM ondanks haar naam (Diagnostic) geen diagnostisch maar een classificatiesysteem is, wordt vaak als kritiek op het systeem naar voren gebracht. De DSM doet geen uitspraken over etiologie, beloop en prognose van een stoornis, zoals bij een 'echt' diagnostisch systeem wel het geval zou zijn geweest (Hoogduin et al., 1999). De wijze van classificeren volgens de DSM-III (symptomen vaststellen en groeperen) leidt ertoe dat veel patiënten comorbide aandoeningen hebben. Bij Anja werden vier verschillende DSM-diagnoses vastgesteld. Comorbiditeit is binnen het DSM-systeem eerder regel dan uitzondering.

Dat de DSM uitgaat van een categoriale indeling en niet van een dimensionale, is een ander, vaak gehoord punt van kritiek. Volgens de DSM heb je een aandoening of je hebt hem niet. Volgens critici wordt daarmee tekortgedaan aan de werkelijkheid, waar juist veel klinische en subklinische symptomen naast en door elkaar heen bestaan. In de klinische praktijk probeert men dit probleem van de categoriale indeling soms te ondervangen door te spreken van 'trekken van ...', zoals ook in het intakeverslag van Anja is gebeurd, waar

‘trekken van een ontwijkende-persoonlijkheidsstoornis’ werden vastgesteld.

Dit is niet de enige kritiek op de DSM. Critici hebben ook aangevoerd dat het DSM-systeem heeft geleid tot een wildgroei in emotionele stoornissen. Waar de DSM 1 (APA, 1952) iets meer dan honderd verschillende diagnoses kende was dit in de DSM-IV (APA, 1994) al opgelopen tot bijna driehonderd (Thoutenhoofd & Batstra, 2013). In de DSM-5 is er in dit aantal niet veel veranderd. Deze wildgroei zou ook tot uitdrukking komen in de prevalentiecijfers van mensen met een formele DSM-diagnose. Mede omdat criteria geregeld worden verlaagd en omdat nieuwe stoornissen worden ‘ontdekt’ (volgens een aantal critici om tegemoet te komen aan de wensen van de farmaceutische industrie, of op influistering van andere belangengroepen; zie Batstra & Frances, 2012) kan inmiddels ieder jaar bij een kwart van de bevolking van de Verenigde Staten een DSM-diagnose worden vastgesteld, terwijl de helft van die bevolking ooit in zijn leven een DSM-diagnose zal ontwikkelen (Rief et al., 2013).

Ondanks deze kritiek heeft het DSM-systeem vanaf de DSM-III een uiterst belangrijke rol gespeeld bij de ontwikkeling van de huidige evidence-based behandelprotocollen. Nadat dankzij de DSM veel meer eenduidigheid was ontstaan over de benaming en kenmerken van emotionele stoornissen, konden klinici en onderzoekers over de hele wereld veel gericht gaan samenwerken om na te gaan welke interventies het beste werken bij welke (DSM-) diagnoses.

Hoewel de implementatiegraad en acceptatie van dergelijke evidence-based protocollen in de reguliere behandelpraktijk nog veel te wensen overlaat (Becker, Zayfert, & Anderson, 2004; Cowdrey & Waller, 2015), gelden deze al geruime tijd als state of the art, vooral bij beleidsmakers en academici.

TRANSDIAGNOSTISCHE BEHANDELING

Op het ogenblik tracht men de effectiviteit en efficiëntie van de (curatieve) geestelijke gezondheidszorg (ggz) te verhogen door steviger in te zetten op de implementatie en acceptatie van deze stoornisspecifieke evidence-based behandelprotocollen binnen de behandelinstellingen. Maar er is ook een beweging in gang gezet om in plaats van, of als aanvulling op de diagnosespecifieke benadering, een meer transdiagnostische visie te ontwikkelen, wat wil zeggen dat men zich meer wil richten op aspecten van de problematiek of behandeling die de specifieke stoornissen en behandelingen overstijgen of die zij gemeenschappelijk hebben (van Heycop ten Ham, Hulsbergen, & Bohlmeijer, 2014b). Zo’n transdiagnostische

visie is in zichzelf niet nieuw. In verschillende vormen bestond en bestaat zij al veel langer binnen de psychiatrie.

Psychotherapeutische behandelingen, bijvoorbeeld, zijn traditioneel grotendeels transdiagnostisch. Psychoanalyse en cliëntgerichte therapie worden van oudsher toegepast zonder veel acht te slaan op de stoornisspecifieke (DSM-)diagnose die op de patiënt van toepassing is. Binnen de cognitieve gedragstherapie spelen die diagnoses pas de laatste dertig jaar in toenemende mate een rol. Op enkele traditionele transdiagnostische kenmerken van psychotherapie wordt hieronder eerst ingegaan.

¶ Traditionele transdiagnostische elementen

Binnen psychologische behandelingen, met name binnen de cognitieve gedragstherapie, kunnen naast een aantal therapiefasen die elkaar in de tijd opvolgen (begin-, midden- en eindfase) en waarbinnen verschillende kenmerkende behandelinhoudelijke accenten dominant zijn (respectievelijk: diagnostiek/taxatie, behandeling/interventie, en afronding/afsluiting) ook verschillende 'therapeutische niveaus' worden onderscheiden (Korrelboom & ten Broeke, 2014).

Korrelboom en ten Broeke onderscheiden drie therapeutische niveaus, die zich niet zozeer sequentieel in de tijd afspelen, maar eerder simultaan op allerlei momenten in de behandeling. De therapeut wordt beschouwd als een 'veranderingsagent' die zich telkens met drie kwesties tegelijk bezighoudt: wat moet cognitief en/of gedragsmatig bij de patiënt veranderen, oftewel het niveau van het *therapeutisch aangrijpingspunt*; hoe kan dat veranderingsproces het beste worden gefaciliteerd, oftewel het niveau van de *therapeutische context*; is het wenselijk om ook andere personen in te schakelen opdat de veranderingen beter bekliven, oftewel het niveau van het *therapeutisch systeem*.

In cognitieve gedragstherapie wordt het eerste niveau, dat van het therapeutisch aangrijpingspunt, als het belangrijkste beschouwd. Het gaat over de vraag welke aspecten in het denken en het doen en laten van de patiënt de problemen veroorzaken en in stand houden, en met welke interventies die disfunctionele manieren van denken en gedragen het beste kunnen worden gewijzigd. Op het niveau van het therapeutisch aangrijpingspunt zijn dus, bijvoorbeeld, vragen aan de orde of de patiënt met exposure moet worden behandeld of dat men beter met imaginaire rescripting kan werken en op welke specifieke ervaringen en gebeurtenissen in het leven van de patiënt die exposure of imaginaire rescripting dan betrekking moeten hebben.

Maar met het bepalen van het therapeutisch aangrijpingspunt is de therapeut nog niet klaar. Hij zal de patiënt ook moeten stimule-

ren om die interventies daadwerkelijk en met de juiste inzet en intensiteit uit te voeren. Motivering van de patiënt, het overbrengen van een geloofwaardige rationale, evenals het structureren en bewaken van de therapeutische procesgang zijn slechts enkele van de elementen die hiervoor van belang zijn. Maar ook meer organisatorische aspecten van de zorg zoals de kwestie of de patiënt zelf een financiële bijdrage moet betalen voor zijn behandeling of dat de therapie door een en dezelfde therapeut of door meerdere behandelers wordt verzorgd en of aan het behandelprogramma al dan niet een eigen crisiszorg is verbonden, kunnen invloed hebben op de mate waarin de beoogde aangrijpingspunten in de praktijk al dan niet succesvol worden aangegrepen (zie bijvoorbeeld van Meekeeren, 2001). Korrelboom en ten Broeke noemen dit allemaal de contextuele aspecten van de behandeling waarmee meteen het tweede niveau, dat van de therapeutische context, is genoemd.

Ten slotte moet de therapeut zich afvragen of het wenselijk is dat ook andere personen in de omgeving van de patiënt iets in hun doen en laten veranderen. Het gaat er dan, bijvoorbeeld, om of de partner van de patiënt in de behandeling moet worden betrokken, of de kinderen. Maar ook of er afspraken moeten worden gemaakt met de huisarts in, bijvoorbeeld, het geval van ziekteangst, of met de bedrijfsarts in gevallen van burn-out. Dit wordt het niveau van het therapeutisch systeem genoemd.

Deze drie niveaus kunnen op verschillende momenten en gedurende verschillende fasen in de therapie meer of minder op de voorgrond staan.

¶ *Transdiagnostische aspecten op het niveau van de therapeutische context*
Met betrekking tot transdiagnostisch behandelen zijn vooral de niveaus van de therapeutische context en het therapeutisch aangrijpingspunt relevant. Bij de therapeutische context gaat het, zoals gezegd, om een grote hoeveelheid factoren die het behandelbeloop en de kansen op succes kunnen beïnvloeden. Deze factoren storen zich niet of nauwelijks aan de diagnose van de patiënt en zijn dus transdiagnostisch. Op een aantal ervan heeft de therapeut weinig of geen invloed (wel of geen eigen bijdrage; professionele uitstraling van de therapie-instelling; toegankelijkheid van de zorg), op een aantal andere wel. Op enkele van die laatste factoren wordt hierna nader ingegaan.

► **THERAPEUTISCHE RELATIE ALS TRANSDIAGNOSTISCHE FACTOR** Een belangrijk aspect van de therapeutische context is de therapeutische relatie. Vanuit welke attitude en met behulp van welke gespreks- en relationele vaardigheden kan de therapeut zijn patiënt het beste helpen om de therapeutische stappen richting verande-

ring te zetten die op het niveau van het therapeutisch aangrijpingspunt noodzakelijk worden geacht?

Traditioneel is vooral vanuit de inzichtgevende therapieën veel waarde gehecht aan de therapeutische relatie (Trijsburg & Snijders, 2009). Vanuit de cliëntgerichte therapie zijn ‘empathie’, ‘echtheid’ en ‘onvoorwaardelijke acceptatie’ van de therapeut zelfs geïdentificeerd als de belangrijkste voorwaarden om een veranderingsproces bij de patiënt op gang te brengen. Ook andere therapeutische scholen beschouwen bepaalde relationele en therapeutkenmerken als relevant en waardevol. Omdat deze kenmerken grotendeels diagnoseafhankelijk zijn, kunnen zij als transdiagnostisch worden beschouwd.

Hoewel de rol ervan minder centraal is dan in de inzichtgevende therapieën, wordt ook binnen de cognitieve gedragstherapie belang gehecht aan de kwaliteit van de therapeutische relatie. Vanuit de cognitieve tak wordt vooral de waarde van *collaborative empiricism*, al dan niet in combinatie met de socratische dialoog, benadrukt (van Oppen & Bögels, 2011), terwijl vanuit de gedragstherapeutische traditie meer het didactische coach-pupilmodel wordt onderschreven (Korrelboom & ten Broeke, 2014). In beide gevallen gaat de therapeut samen met de patiënt op zoek naar factoren die de problemen veroorzaken en in stand houden. Dat kunnen zowel bepaalde opvattingen van de patiënt zijn als diens specifieke gedragspatronen. Er zijn wel accentverschillen in de wijze waarop deze zoektocht wordt vormgegeven. Bij *collaborative empiricism* en de daar nauw mee samenhangende socratische dialoog stelt de therapeut zich vooral nieuwsgierig op en tracht door ‘leidende vragen’ te stellen (men spreekt ook wel van *guided discovery*) de patiënt zelf op het spoor te brengen van diens disfunctionele opvattingen en gedragingen. Binnen het didactische model stelt de therapeut zich eerder als een deskundige op die naast aanmoediging ook uitleg, toelichting en richting geeft. Deze kenmerken van de therapeutische relatie zijn transdiagnostisch. Of men nu een angstpatiënt behandelt, een patiënt met eetstoornissen, of een met een depressie, *collaborative empiricism* of het coach-pupilmodel kan in alle gevallen worden toegepast.

► **COMMON FACTORS ALS TRANSDIAGNOSTISCHE FACTOR** De *common-factors*-benadering bestrijkt een terrein dat breder is dan de therapeutische relatie. Deze door Frank (Frank & Frank, 2004) naar voren gebrachte visie op het veranderingsproces in therapie schrijft aan diagnosespecifieke technieken slechts een zeer beperkte rol toe. Veel belangrijker zijn volgens dit model de gemeenschappelijke factoren die in elke therapie aanwezig moeten zijn, ongeacht de diagnose van de patiënt en ongeacht de therapeutische school waar-

toe de therapeut behoort. Volgens dit model zijn therapieën werkzaam zodra aan de volgende criteria is voldaan:

- ▶ Er bestaat een intense en vertrouwelijke relatie tussen patiënt en behandelaar.
- ▶ Er bestaat een context waarbinnen genezing wordt verwacht.
- ▶ De behandeling verloopt volgens een voor de patiënt geloofwaardige rationale.
- ▶ De behandeling kent een procedure of ritueel die op deze rationale voortborduurde en die bij zowel de patiënt als de therapeut om actie vraagt.

De common-factorsverklaring van therapie-effecten geldt daarbij niet alleen voor reguliere therapieën, zij zou ook opgaan voor alternatieve geneeswijzen zoals winti, handoplegging en horoscoop-trekken, waarbij de effecten kunnen worden verklaard doordat ook binnen deze geneeswijzen de bovengenoemde gemeenschappelijke factoren een grote rol spelen.

▶ **STRUCTUUR, PATIËNTPARTICIPATIE EN BEHANDELINTENSITEIT ALS TRANSDIAGNOSTISCHE FACTOREN** Er zijn nog meer relevante transdiagnostische aspecten binnen de therapeutische context aanwezig. Zo blijken gestructureerde behandelingen effectiever te zijn dan ongestructureerde (Bateman & Fonagy, 2000; Beck, 2011). Wanneer heldere en concrete therapiedoelen worden geformuleerd, waarbij die doelen voortdurend op de voorgrond staan tijdens frequente tussenevaluaties, is de behandeling effectiever dan wanneer dergelijke doelen niet of nauwelijks een rol spelen (Arts & Reinders, 2012; Hellenbrand, Tiemens, & Appel, 2007; Knaup, Koesters, Schoefer, Becker, & Puschner, 2009).

Voor een geslaagde therapie is ook een adequate inzet van de patiënt een noodzakelijke voorwaarde. Dat geldt voor het uitvoeren van huiswerkopdrachten, maar ook binnen de sessie zelf is een actieve patiëntparticipatie een noodzakelijke voorwaarde voor therapiesucces (Craske, 2010). Het mobiliseren van die inzet is dan ook, ongeacht de diagnose van de patiënt, een belangrijke transdiagnostische factor.

Ten slotte maakt de behandelintensiteit uit. Het blijkt voordelig te zijn om behandelingen intensief te starten, waarna de frequentie weer kan worden uitgedund. Bij een gelijkblijvend totaal aantal sessies doen behandelingen met een intensieve start het geregeld beter dan therapieën die vanaf het begin relatief weinig intensief waren (Cuijpers, Huibers, Ebert, Koole, & Andersson, 2013). Ook deze werkwijze lijkt betrekkelijk onafhankelijk te zijn van de diagnose van de patiënt en is dus transdiagnostisch.

¶ Transdiagnostische interventies op het niveau van het therapeutisch aangrijppingspunt

Op het niveau van het therapeutisch aangrijppingspunt vraagt de therapeut zich af welke (willekeurige en onwillekeurige) aspecten in het denken, doen en laten van de patiënt moeten veranderen om aan diens hulpvraag tegemoet te kunnen komen. Niet alleen is daarbij de vraag aan de orde wat er globaal moet veranderen, maar tevens de vraag met behulp van welke methoden dergelijke veranderingen het beste kunnen worden gerealiseerd. Een aantal aspecten op dit niveau heeft een transdiagnostisch karakter.

► GEÏNDIVIDUALISEERDE ZOEKSCHEMA'S VOOR DIAGNOSTIEK EN INTERVENTIEKEUZE ALS TRANSDIAGNOSTISCHE FACTOR

Behandelprotocollen bieden globale beschrijvingen van de toe te passen interventies. Zo moeten volgens de huidige richtlijnen bij de behandeling van depressieve patiënten onder meer disfunctionele, depressogene cognities worden opgespoord, uitgedaagd en gecorrigeerd, dienen sociaalangstige patiënten te worden blootgesteld aan de sociale situaties die zij vrezen; terwijl patiënten met een periodiek explosieve stoornis moeten leren zelfcontroleprocedures te gebruiken en patiënten met posttraumatische-stressstoornis bij voorkeur imaginaire exposure (IE) of *eye movement desensitization and reprocessing* (EMDR) als behandeling krijgen. Deze richtlijnen zijn echter te globaal om ze meteen concreet te kunnen toepassen op iedere patiënt met een depressie, sociale-angststoornis of periodiek explosieve stoornis. De ene disfunctionele depressogene cognitie is immers de andere niet. Ook de overtuigingskracht van de te gebruiken argumenten ter correctie van zulke disfunctionele cognities verschilt per patiënt.

Uiteindelijk moeten alle globale evidence-based behandelprotocollen dan ook worden geïndividualiseerd en toegespitst op de specifieke patiënt die op dat moment wordt behandeld. Om dit te realiseren wordt dikwijls een beroep gedaan op de traditionele psychotherapeutische zoekschema's voor individuele probleem-analyse en interventiekeuze (Keijsers et al., 2009). Binnen CGT gaat het daarbij onder andere om functieanalyses en/of betekenisanalyses (Korrelboom & ten Broeke, 2014).

In een functieanalyse (FA) wordt een hypothese geformuleerd over de factoren die problematisch gedrag in stand houden. Zo wordt 'vermijding' dikwijls als problematisch beschouwd, omdat dergelijk gedrag de patiënt verhindert om corrigerende ervaringen op te doen, waardoor angsten kunnen blijven voortbestaan. Zolang Anja uit de casus doorgaat haar gehandicapte arm te verstoppert (vermijding) zal ze nooit kunnen ervaren dat mensen misschien wel snel op die rare arm uitgekeken raken, of dat mensen soms eer-

der belangstellend dan afwijzend op zo'n arm reageren. Door een FA te formuleren over wat Anja precies vermijdt ('afkeuring van haar mismaakte arm door andere mensen') en hoe ze dat doet ('arm verstoppen voor andere mensen'), kan de therapeut een specifiek geïndividualiseerd therapieplan voor haar ontwerpen ('zich geregeld, doelbewust met korte mouwen onder onbekende mensen begeven') om daarmee aan het generieke voorschrift van de richtlijn ('exposure aan door de patiënt gevreesde situaties') te voldoen op een voor de specifieke problemen van Anja optimale wijze.

In een betekenisanalyse (BA) wordt een hypothese geformuleerd over de persoonlijke associaties die verantwoordelijk zijn voor de disfunctionele betekenissen die de patiënt toekent aan feitelijk niet-problematische situaties of gebeurtenissen. Zo kan het bezoeken van een supermarkt een agorafobische patiënt angst inboezemen omdat zo'n supermarkt is geassocieerd met flauwvallen of een hartaanval krijgen. Andere associaties kunnen situaties problematisch maken doordat ze op een negatieve wijze aan het zelfbeeld refereren. Door Anja systematisch te bevragen over haar herbelevingen van en gepieker over de verkrachting door haar neef en door die informatie te verwerken in een betekenisanalyse, kan de therapeut een hypothese formuleren over wat specifiek voor Anja zo erg is aan die herbelevingen. Uit zo'n BA kan dan, bijvoorbeeld, naar voren komen dat (denken aan) de verkrachting bij Anja het idee oproept dat zij een 'minderwaardig gebruiksvoorwerp' is in plaats van een 'waardevol persoon'. Op basis van deze persoonlijke betekenisverlening kan de voorgeschreven generieke diagnosespecifieke PTSS-behandeling, bestaande uit IE of EMDR, voor Anja worden aangepast tot een interventie waarbij tegelijk de met de blootstelling aan herinneringen aan het trauma de met de traumaherinneringen geassocieerde ideeën over minderwaardigheid worden gecorrigeerd.

Ook de betekenisanalyse is transdiagnostisch. Wanneer de therapeut wil onderzoeken waarom Anja zo bang is dat anderen haar mismaakte arm zien (de sociaalangstige klachten), gebruikt hij hetzelfde BA-schema als wanneer hij onderzoekt wat voor haar zo pijnlijk is aan herinneringen aan de verkrachting (de posttraumatische stressklachten). Hij noteert eerst de problematische gebeurtenis ('denken aan de verkrachting' of 'iemand ziet mijn mismaakte arm') en gaat na welk gevoel door die situatie veroorzaakt wordt ('verdriet' of 'angst'). Vervolgens formuleert hij een hypothese over het soort disfunctionele associaties (referentieel: 'ik ben minderwaardig', of sequentieel: 'ik zal worden afgewezen') waarlangs genoemde situaties de desbetreffende gevoelens oproepen (zie: Korrelboom & ten Broeke, 2014).

Idiosyncratische zoekschema's als de functieanalyse en betekenisanalyse zijn dus niet alleen generiek, maar ze zijn ook transdiagnostisch. Bij het opstellen van dergelijke analyses doet het er immers in eerste instantie niet toe welke specifieke aandoening de patiënt heeft. De vorm van de schema's is altijd hetzelfde, of men nu sociale-angstklachten wil analyseren, psychotrauma, depressie of impulsiviteit. Pas bij het invullen van de inhoud van de schema's ontstaat onderscheid.

► TOEPASSEN VAN TRANSDIAGNOSTISCHE BEHANDELINHOUDELIJKE INTERVENTIES Generalistische schema's voor individuspecifieke (idiosyncratische) probleemanalyse en interventies dienen er niet alleen toe om de generieke voorschriften van behandelrichtlijnen op iedere afzonderlijke patiënt persoonlijk af te stemmen. Dergelijke zoekschema's worden soms ook gebruikt om nieuwe aanvullende behandeldoelen aan te wijzen waarop de rechtstreeks uit de behandelrichtlijnen voortvloeiende interventies niet of onvoldoende zijn gericht. Met behulp van specifiek op die doelen gerichte interventies vult men vervolgens de bestaande interventies aan. Een enkele keer worden de bestaande interventies van voorkeur zelfs geheel achterwege gelaten om in plaats daarvan zo'n nieuwe specifieke interventie toe te passen. Van richtlijnen mag immers worden afgeweken, zolang dat op basis van goede argumenten gebeurt. In het geval van Anja, bijvoorbeeld, zou uit de aanvullende idiosyncratische casusconceptualisatie kunnen blijken dat haar minderwaardigheidsgevoelens niet alleen zijn verbonden met herinneringen aan de verkrachting door haar neef, maar dat deze ook breder zijn geassocieerd met persoonlijke negatieve opvattingen over haar uiterlijk of over een aantal andere persoonlijke kenmerken en eigenaardigheden. In dat geval kan de therapeut ervoor kiezen een meer generieke zelfwaarderingversterkende transdiagnostische interventie in te zetten, zoals *competitive memory training* (COMET; Korrelboom, 2011), ook al is 'lage zelfwaardering' geen aparte, op zichzelf staande DSM-diagnose en is COMET geen interventie uit de huidige officiële behandelrichtlijnen voor sociale-angststoornis, PTSS, depressieve stoornis, of periodiek explosieve stoornis.

Op basis van dergelijke generieke transdiagnostische analyses stelt de therapeut soms ook vast dat bij sommige depressieve patiënten piekeren (of rumineren) een belangrijk probleem is waarop geïntervenieerd moet worden, ook al is piekeren/rumineren geen formeel DSM-5-criterium voor depressie en ook al maken antipieker- of antiruminatietrainingen geen deel uit van de bestaande behandelrichtlijnen voor depressie. Ook piekeren wordt dan door velen als een transdiagnostische factor van emotionele stoornissen

beschouwd (Spinhoven, Drost, Van Hemert, & Penninx, 2015), die hoogstwaarschijnlijk ook tot fysieke aandoeningen kan leiden (Verkuil & Brosschot, 2016). Piekeren is een hoofdkenmerk van de gegeneraliseerde-angststoornis en de somatisch-symptoomstoornis, maar ook depressieve en veel andere patiënten piekeren vaak. Reductie van het piekeren vermindert niet alleen de ernst van actuele depressieve klachten (Ekkers et al., 2011), met betrekking tot depressie lijkt een piekerreductie-interventie ook een gunstige invloed te hebben op het risico van terugval (Geschwind, Peeters, Huibers, van Os, & Wichers, 2012).

Vergelijkbare redeneringen gelden in veel meer situaties. Zo kan men, bijvoorbeeld, op basis van de individuele casusconceptualisatie, besluiten bij sommige patiënten aan hun behandeling voor eetstoornissen een interventie voor perfectionisme toe te voegen (Fairburn et al., 2009). Of men kan er soms voor kiezen om bepaalde patiënten met een dwangstoornis, op indicatie, niet (of niet uitsluitend) met de gangbare exposure en responspreventie te behandelen, maar met een interventie die gericht is op het vergroten van de tolerantie voor onzekerheid (Tolin, Abramowitz, Brigidi, & Foa, 2003). Noch de DSM-5, noch de bestaande multidisciplinaire richtlijnen noemen perfectionisme en intolerantie voor onzekerheid echter als belangrijke kenmerken of als primaire behandeldoelen voor achtereenvolgens eetstoornissen en dwangstoornis. Tegelijk is ook bekend dat perfectionisme niet alleen kan voorkomen bij eetpathologie, maar bijvoorbeeld ook bij dwangstoornis (Pinto, Liebowitz, Foa, & Simpson, 2011) en depressie (Enns & Cox, 2005), terwijl intolerantie voor onzekerheid ook een kenmerk kan zijn van gegeneraliseerde-angststoornis (van der Heiden, Muris, & van der Molen, 2012). Dergelijke emotionele, cognitieve en gedragsmatige kwetsbaarheden zijn daarmee dus ook transdiagnostisch (van Heycop ten Ham & van Megen, 2014).

Evenals lage zelfwaardering, piekeren, perfectionisme en intolerantie voor onzekerheid komen ook slaapproblemen (Lucius, 2014) voor bij verschillende stoornissen. Hoewel verschillende problemen rondom het slapen ook opzichzelfstaande specifieke diagnoses zijn, maken slaapproblemen ook formeel deel uit van verschillende DSM-5-classificaties buiten de specifieke slaapproblemen. In die zin zijn ook slaapproblemen dus transdiagnostische symptomen.

Het onderzoek naar deze en andere transdiagnostische factoren is nog betrekkelijk pril. Inmiddels is redelijk veel bekend over de mate waarin onder meer lage zelfwaardering, rigiditeit, perfectionisme, intolerantie voor onzekerheid, slaapproblemen en piekeren bij verschillende emotionele stoornissen voorkomen en over de rol die zij in die stoornissen spelen. Veel minder is bekend over de mate waarin specifieke stoornissen volgens de DSM afnemen of verdwij-

nen naarmate veronderstelde, onderliggende transdiagnostische factoren succesvol worden behandeld (van Heycop ten Ham, Hulsbergen, & Bohlmeijer, 2014a). Zo'n effect is inmiddels aangetoond met betrekking tot de behandeling van lage zelfwaardering. Een succesvolle specifieke behandeling van lage zelfwaardering heeft een gunstig effect op angststoornissen en op depressieve stoornissen (Staring et al., 2016; Van der Gaag & Korrelboom, submitted). Ook zijn er sterke aanwijzingen dat dit opgaat voor het reduceren van intolerantie voor onzekerheid bij patiënten met een gegeneraliseerde-angststoornis (Ladouceur et al., 2000; van der Heiden et al., 2012).

Gezien haar klachtenpatroon zouden een antipiekerinterventie en (zoals al eerder werd gesuggereerd) een op versterking van de algehele zelfwaardering gerichte interventie zinvolle aanvullende transdiagnostische interventies kunnen zijn voor Anja.

► **TRANSDIAGNOSTISCHE OP INFORMATIEVERWERKINGSPROCESSEN GERICHTE INTERVENTIES** Op een meer fundamenteel niveau is er de afgelopen jaren veel bekend geworden over afwijkende, grotendeels automatisch verlopende informatieverwerkingsprocessen (in tegenstelling tot de hierboven besproken afwijkende concrete, inhoudelijke opvattingen en gedragingen) bij diverse patiëntenpopulaties. Ook dat onderzoek biedt aangrijpingspunten voor transdiagnostisch behandelen (Harvey, Watkins, Mansell, & Shafran, 2004), door de inzet van zogenoemde cognitieve bias modificatie (CBM-)trainingen: geautomatiseerde, dikwijls op de computer gebaseerde trainingen om deze (veelal automatische) processen te beïnvloeden. Aandachtsbias, overmatige, automatische aandacht voor angstopwekkende stimuli, blijkt onder andere bij de verschillende angststoornissen een rol te spelen. Als gevolg van deze vaststelling heeft men voor patiënten met angststoornissen specifieke trainingen ontwikkeld om een aandachtsbias te beïnvloeden. Deze trainingen zijn vervolgens met wisselend succes ingezet bij de behandeling van patiënten met angststoornissen (Heeren, Mogoșe, Philippot, & McNally, 2015), en er zijn aanwijzingen dat ze zinvol kunnen zijn als aanvullende interventie bij, onder meer, PTSS (Kuckertz et al., 2014).

Ook bestaan er trainingen om interpretatiebias te corrigeren, waarbij de automatische neiging om ambigue informatie van de negatieve kant te benaderen wordt omgevormd naar een meer evenwichtige wijze van interpreteren (Holmes, Lang, & Shah, 2009). Dikwijls moeten daartoe ontbrekende letters in een reeks zinnen worden aangevuld, waarbij de patiënt telkens 'geleid' wordt naar een positieve interpretatie: 'Toen u de kamer binnenstapte, keken de mensen u vr..ndel..k aan.' Aansluitend wordt vaak nog een

controlevraag gesteld: 'Waren de mensen blij met uw binnenkomst?' De zinnen kunnen zowel visueel als auditief worden aangeboden en vaak stimuleert men de patiënt om deze aanbiedingen tegelijkertijd zo levendig mogelijk te imagineren.

Verder bestaan er inmiddels trainingen om disfunctionele automatische toenadering (*approach/avoidance tendencies*) te beïnvloeden. Alcoholverslaafden leerden om op een computerscherm met behulp van een joystick alcoholgerelateerde plaatjes van zich af te duwen (vermijden) en plaatjes die gerelateerd waren aan frisdrank naar zich toe te trekken (toenaderen). Toen deze approach-avoidancetraining werd toegevoegd aan een reguliere verslavingsbehandeling bleken de behandelresultaten beter te zijn dan wanneer deze training achterwege werd gelaten (Wiers, Eberl, Rinck, Becker, & Lindenmeyer, 2011).

Patiënten met een depressieve stoornis, maar ook die met PTSS, hebben een overgegeneraliseerde geheugenbias. Deze patiënten hebben er moeite mee om zich zowel specifieke plezierige als specifieke onplezierige autobiografische herinneringen voor de geest te halen. Ze weten, bijvoorbeeld, wel dat men als kind vaak dagjes uitging met het ouderlijk gezin, maar ze hebben geen heldere herinneringen aan specifieke uitstapjes. Experimenteel zijn specifieke trainingen ontwikkeld om ook deze cognitieve bias te reduceren. De resultaten die tot nu toe met deze trainingen werden bereikt zijn beloftevol. Niet alleen bleek het mogelijk patiënten in een training (*memory specificity training* (MEST) te leren meer specifieke herinneringen op te halen, reductie van de overgeneralisatie was ook geassocieerd met een reductie in depressieve (Neshat-Doost et al., 2013) en PTSS-symptomen (Moradi, Moshirpanahi, Parhon, Mirzaei, & Dalgleish, 2014).

De hierboven beschreven interventies zijn transdiagnostisch omdat ze niet rechtstreeks op het specifieke klachten- en symptomenpatroon ingrijpen van de (DSM-)stoornis waaraan de patiënt lijdt. Ze grijpen aan op een verondersteld onderliggend mechanisme dat niet beperkt is tot de specifieke diagnose van de patiënt. Bij de behandeling van Anja zou een MEST-training kunnen worden overwogen en wellicht ook een aandachtsbias-modificatietraining. Overigens worden deze trainingen nog volop onderzocht en bestaat er nog veel discussie over hun klinische effectiviteit (Hallion & Ruscio, 2011).

► **VEERKRACHTBEVORDERENDE TRANSDIAGNOSTISCHE INTERVENTIES** Ten slotte moet worden gewezen op de transdiagnostische rol die gezonde persoonskenmerken en gedragingen kunnen spelen. Dergelijke kenmerken en gedragingen belemmeren mogelijk de ontwikkeling van psychopathologie en emotionele pro-

blemen terwijl zij tegelijk het herstel ervan kunnen helpen bevorderen wanneer deze onverhoopt toch tot ontwikkeling zijn gekomen (Bolier et al., 2013; Mancini, Prati, & Black, 2011; Nierenberg et al., 2016). Voor een deel gaat het om het ontbreken of in mindere mate voorkomen van allerlei problematische kenmerken en gedragingen die eerder werden genoemd. Zo is minder piekeren beter dan veel piekeren, een positieve zelfwaardering gunstiger dan een lage en een sterke negatieve interpretatiebias ongunstiger dan een zwakke negatieve interpretatiebias. Maar er zijn ook enkele kenmerken geïdentificeerd die intrinsiek een goede geestelijke gezondheid bevorderen. Men spreekt van welbevinden (Bohlmeijer & Westerhof, 2014). Een goed welbevinden zou beschermen tegen de ontwikkeling van emotionele problemen en de veerkracht bevorderen om tegenslag het hoofd te bieden. Voor een deel wordt welbevinden bepaald door sociaal-maatschappelijke factoren, zoals gunstige economische omstandigheden, keuzevrijheid, sociale gelijkheid, integratie en coherentie. Voor een ander deel gaat het om meer persoonlijke omstandigheden als een goede gezondheid, betekenisvolle persoonlijke relaties en een bevredigende baan. Ook psychologische factoren beïnvloeden welbevinden. Het gaat dan om autonomie, zelfacceptatie, het ervaren van competentie en het vermogen tot empathie, affectie en intimiteit (Bohlmeijer & Westerhof, 2014).

Omdat zulke positieve eigenschappen allerlei verschillende emotionele problemen in positieve zin beïnvloeden kan welbevinden ook met recht een transdiagnostische factor worden genoemd. Toch behoort het versterken of opbouwen van aspecten van welbevinden nog niet tot de dagelijkse praktijk binnen de ggz. Het transdiagnostisch versterken van persoonlijke kenmerken als zelfwaardering, autonomie en zelfcompassie komt weliswaar steeds vaker voor, maar is in het algemeen toch nog betrekkelijk uitzonderlijk binnen de ggz. In het geval van Anja zouden naast het al eerdergenoemde COMET-protocol voor versterking van de zelfwaardering ook andere, verwante ‘welbevindenbevorderende interventies’ overwogen kunnen worden.

RECENTE TRANSDIAGNOSTISCHE ONTWIKKELINGEN

Hierboven werd beschreven dat bepaalde transdiagnostische inzichten en werkwijzen al veel langer bestaan binnen de psychotherapie en hoe die dikwijls zonder veel problemen kunnen worden ingepast in of gecombineerd met een meer moderne overwegend diagnosespecifieke benadering. Daarnaast is de laatste tijd ook een

aantal nieuwe transdiagnostische ontwikkelingen tot stand gebracht. Daarover gaat het hierna.

¶ *Samenvoegen en onderling integreren van afzonderlijke protocollen*

Een recente ontwikkeling is het samenvoegen en integreren van bestaande diagnosespecifieke behandelprotocollen. Veel van die protocollen hebben meerdere onderlinge raakvlakken en overeenkomsten. Vanuit dat gegeven wordt geprobeerd om sommige protocollen samen te voegen of met elkaar te integreren. Dat gebeurt vanuit een transdiagnostische visie.

► **UNIFIED PROTOCOL** Het sterkst is die transdiagnostische insteek op dit moment waarschijnlijk te vinden bij het *unified protocol* (Barlow et al., 2011). Het unified protocol is een poging om de verschillende protocollen die nu nog worden toegepast bij de diverse angst- en stemmingsstoornissen terug te brengen tot een enkel protocol. De laatste jaren wordt het unified protocol experimenteel toegepast bij angststoornissen, unipolaire depressie en een aantal andere, sterk aan angst en emotionele disregulatie gelieerde problemen, zoals dissociatieve stoornissen en een aantal somatisch-symptoomstoornissen. Verschillende overwegingen en bevindingen liggen ten grondslag aan het unified protocol. Zo heeft men vastgesteld dat er een hoge parallelle (gelijktijdig voorkomende) en sequentiële (op verschillende momenten in het leven voorkomende) comorbiditeit bestaat tussen de verschillende angst- en stemmingsstoornissen. Ook is duidelijk geworden dat er forse overeenkomsten bestaan tussen diverse effectief gebleken diagnosespecifieke behandelprotocollen die bij deze stoornissen worden toegepast. Verder blijkt een effectieve behandeling van de ene angst- of stemmingsstoornis dikwijls een gunstig effect te hebben op het beloop van andere, niet rechtstreeks behandelde comorbide angst- of stemmingsstoornissen. Ten slotte bouwt het unified protocol voort op het toenemende aantal aanwijzingen dat angst- en stemmingsstoornissen waarschijnlijk worden gekenmerkt door een gemeenschappelijk onderliggend construct dat negatief affect wordt genoemd. De aanwijzingen hiervoor zijn vooralsnog vooral indirect. Zij zijn naar voren gekomen in factoranalytisch en neurologisch onderzoek, alsmede in onderzoek naar emotieregulatie en emotionele verwerking (Ellard, Fairholme, Boisseau, Farchione, & Barlow, 2010). De verschillende interventies binnen het unified protocol worden niet in een sessie-tot-sessieprotocol toegepast, maar zijn verdeeld over een aantal relatief losse behandelmodules waaraan, naar behoefte, telkens één of meer sessies kunnen worden besteed. Alles bij elkaar kan het unified protocol in twaalf tot achttien sessies worden doorlopen. Naast drie modules voor motivatie-

versterking, informatieverstrekking en (aan het eind) terugvalpreventie, richten vijf modules zich rechtstreeks op het niveau van het therapeutische aangrijpingspunt:

- 1 bewustwording van emotionele ervaringen;
- 2 cognitieve flexibiliteit en het vermogen om te herinterpreteren;
- 3 tegengaan van gedragsmatige en emotionele vermijding;
- 4 identificering van lichamelijke sensaties en deze leren verdragen;
- 5 interoceptieve en situationele exposure aan emotionerende triggers.

Het unified protocol is transdiagnostisch omdat alle acht modules bij verschillende specifieke diagnoses kunnen worden toegepast. Tot nu toe is de effectiviteit van het unified protocol in enkele pilotstudies getest. De resultaten van deze studies zijn vooralsnog redelijk gunstig (De Ornelas Maia, Nardi, & Cardoso, 2015).

Voor het toch sterk angstig en depressief ingekleurde klachtenpatroon van Anja, zou het unified protocol een goede behandeloptie kunnen zijn, waarbij de nadruk waarschijnlijk zou liggen op de modules herinterpretatie, het doorbreken van vermijdingsgedrag en exposure aan emotionerende triggers.

► **ENHANCED CBT** Het transdiagnostische aspect van Fairburns enhanced CBT (CBT-e) heeft een enigszins beperktere reikwijdte dan het unified protocol van Barlow. Fairburn richt zich uitsluitend op de groep eetstoornissen (Fairburn et al., 2009). Maar daarbinnen maakt hij geen onderscheid meer tussen de verschillende typen eetstoornissen die in de DSM-5 worden vermeld. Patiënten met een extreem lage Body Mass Index (BMI < 17.5) moeten wel langer met CBT-e worden behandeld (veertig sessies in plaats van de gangbare twintig). Daarnaast bestaan zowel van de twintig-sessies als van de veertig-sessies CBT-e-protocollen twee versies. Er is een focale vorm (CBT-ef) die zich uitsluitend richt op wat Fairburn als de kernpathologie beschouwt van eetstoornissen (overwaardering van lichaamsvorm en -gewicht) en een bredere versie (CBT-eb) die zich tevens richt op enkele bijkomende problemen zoals lage zelfwaardering, perfectionisme en interpersoonlijke problemen.

Anorexia nervosa, boulimia nervosa en binge eating disorder (eetbuisstoornis) worden binnen CBT-e dus op een identieke wijze behandeld. De verschillen tussen deze stoornissen zijn volgens Fairburn immers klein, terwijl de overeenkomsten juist groot zijn. Dit uitgangspunt van CBT-e wordt onder meer ingegeven door het feit dat bij patiënten met een eetstoornis gedurende hun leven dikwijls afwisselend en opeenvolgend verschillende DSM-eetstoornis-

sen kunnen worden vastgesteld. Het is niet ongewoon dat iemand begint met een eetbuistoornis, dan een periode anorectisch is om vervolgens aan de criteria voor boulimia nervosa te voldoen.

Met het CBT-e-protocol worden op het ogenblik verschillende studies uitgevoerd. De eerste resultaten vallen positief uit voor CBT-e (Fairburn et al., 2009, 2015). Voor Anja, die geen eetstoornis heeft, lijkt CBT-e echter geen relevante interventie te zijn, al is de (transdiagnostische) aandacht die binnen CBT-e aan lage zelfwaardering kan worden besteed voor haar wel van belang.

¶ Een netwerkmodel voor psychopathologie

Inmiddels vat steeds meer de mening post dat een puur diagnosespecifieke aanpak van psychopathologie zijn langste tijd heeft gehad (Van der Gaag, 2014, 2016). Voor een van de belangrijkste aannamen van de stoornisspecifieke werkwijze is de afgelopen decennia immers nauwelijks enige empirische ondersteuning gevonden. Bewijs voor het bestaan van onderliggende somatische, neurologische, genetische of hormonale afwijkingen die betrouwbaar kunnen worden gerelateerd aan specifieke, in de DSM beschreven emotionele stoornissen en die geacht kunnen worden grotendeels verantwoordelijk te zijn voor de manifeste symptomen en kenmerken van deze diagnostische categorieën, is vrijwel afwezig. Daarom wordt in toenemende mate het idee van aparte emotionele ziekte-categorieën met elk een eigen kenmerkende onderliggende pathofysiologie en een eigen ziektebeloop en prognose verworpen. Al dan niet met erkenning voor de grote waarde die het DSM-classificatiesysteem heeft gehad voor de ontwikkeling van de psychiatrie in de afgelopen decennia worden andere benaderingen voorgesteld. Een daarvan is het netwerkmodel (Borsboom & Cramer, 2013).

Volgens het netwerkmodel stuurt niet een onderliggende specifieke stoornis de symptomen van de patiënt aan, maar sturen in netwerken georganiseerde symptomen zichzelf en elkaar onderling aan. Sommige symptomen hebben daarbij sterke onderlinge associaties, terwijl andere symptomen veel lossere verbanden met elkaar hebben (Wigman et al., 2015). Bovendien werken sommige symptomen, kenmerken en emoties excitatoir op elkaar in en andere juist inhibitoir. Dat kan in principe ook gelden voor beschermende persoonlijke factoren en omstandigheden, zoals veerkracht, sociale steun en welbevinden.

Wanneer transdiagnostisch verwijst naar aspecten die door de verschillende DSM-diagnoses heen lopen, is het netwerkmodel eerder a-diagnostisch dan transdiagnostisch. Het netwerkmodel gaat in zijn uiterste consequentie immers geheel voorbij aan het idee van aparte, categoriaal in te delen stoornissen en stelt een geheel ander systeem voor om emotionele problemen in kaart te brengen.

Volgens de netwerkanalyse moet niet zozeer een generieke emotionele ziekte worden vastgesteld om tot een adequaat behandelplan te kunnen komen. Het gaat veeleer om een inventarisatie van specifieke, individuele klachten, symptomen, emoties en andere relevante (persoonlijke en omgevings)kenmerken, alsmede om de omstandigheden en de mate waarin deze zich voordoen en om de mate waarin deze aspecten, al dan niet in onderlinge samenhang, optreden. Het is daarmee een sterk gepersonifieerd model, waarin ieder individu wordt gekenmerkt door zijn eigen netwerk van symptomen, klachten en krachten.

Vanuit de netwerkgedachte wordt veel belang gehecht aan intensieve registratie van symptomen en andere relevante gegevens *on the spot*. Daarbij maakt men intensief gebruik van smartphones en andere ICT-toepassingen. De Experience Sampling Method (ESM; Myin-Gemeyns, Delespaul, & van Os, 2003) is er daar een van. Bij deze intensieve maar toch handzame registratiemethode worden op meerdere willekeurige momenten symptomen kort uitgevraagd, waardoor er een individueel beeld kan worden gegeven van de fluctuatie van symptomen over tijd en plaats. Op basis van dergelijke methoden kan men symptoomclusters identificeren. Aansluitend kan men nagaan welke van die symptomen de meest centrale posities innemen in deze clusters en daarmee dus een centrale rol spelen in het 'aanzetten' van weer andere symptomen. Dergelijke centrale knooppunten zou men dan in de behandeling bij voorkeur als eerste moeten neutraliseren om zo ook meteen op andere plekken in het netwerk veranderingen teweeg te kunnen brengen.

Omdat het netwerkmodel niet uitgaat van afzonderlijke specifieke diagnoses, maar van losse klachten, symptomen en andere kenmerken die in allerlei samenstellingen kunnen voorkomen, is het een transdiagnostische (en in zekere zin dus zelfs een a-diagnostische) benadering. De werkwijze wordt op het ogenblik op diverse plaatsen en manieren onderzocht, en de bevindingen zijn voornamelijk bevredigend (McNally, 2016).

Toch zal de aard van de symptoomgerichte psychologische interventies die op basis van een netwerkanalyse worden geïndiceerd waarschijnlijk niet heel erg verschillen van de interventies die voortkomen uit het huidige diagnosespecifieke model. Ook daar intervenueert men over het algemeen op het niveau van klachten en symptomen, gebruikmakend van interventies die ooit binnen een 'DSM-context' zijn ontwikkeld. Wanneer een patiënt ongeacht de DSM-classificatie 'gedragsinhibitie' als een centraal symptoomknooppunt in zijn symptoomnetwerk heeft staan, zal hij wellicht worden behandeld met de aan depressiebehandelingen ontleende methode van gedragsactivering. Het belangrijkste verschil zal daarbij zijn dat in de netwerkmethodologie patiënten met een gedragsinhibi-

tie die niet als depressief zijn gediagnosticeerd even gemakkelijk met zo'n aanpak kunnen worden behandeld als patiënten die wel een geclassificeerde (DSM-)depressie hebben.

Omdat binnen de netwerkanalyse niet het genezen van de 'stoornis' het ultieme doel is, maar het neutraliseren van de meest centrale symptomen in het netwerk, alsmede hun onderlinge verbindingen, zullen interventies vanuit de netwerkanalyse regelmatig zijn gericht op symptomen die niet altijd centraal staan in de DSM-classificaties. Zo maken slaapproblemen slechts in beperkte mate deel uit van verschillende DSM-classificaties, maar maken zij wel vaak deel uit van netwerkanalyses. Slaapproblemen zijn een hoogfrequent maar weinig specifiek symptoom in allerlei emotionele problemen.

Een laatste verschil met de traditionele stoornisspecifieke benadering is dat het netwerkmodel gemakkelijk ruimte laat voor het versterken van positieve, beschermende kenmerken, waar het stoornisgerichte DSM-systeem dat niet doet. Wanneer men, bijvoorbeeld, de lage zelfwaardering van Anja zou willen verhogen, dan vindt men daarvoor in de DSM-classificatie weinig of geen aanknopingspunten, terwijl een gebrekkige zelfwaardering, evenals andere positieve en beschermende eigenschappen en factoren heel goed in een netwerkanalyse kan worden opgenomen (Wigman et al., 2015). Dat zou, bijvoorbeeld, het geval kunnen zijn wanneer Anja in een reeks van ESM-metingen zou hebben aangegeven dat ze dikwijls gebukt gaat onder gevoelens van onzekerheid en negatieve zelfbeoordelingen, en wanneer verder uit die metingen zou blijken dat deze gevoelens en cognities op hun beurt weer veel andere symptomen 'aanzetten'. Op basis van zulke registraties zou men vervolgens kunnen besluiten om lage zelfwaardering als een belangrijk richtpunt voor de behandeling aan te wijzen.

Dit artikel is een lichte bewerking van het hoofdstuk "Transdiagnostische benadering" in de derde herziene druk van Klinische psychologie: Diagnostiek en therapie, dat onder redactie van Elin Simon, Eva de Hullu, Guus Smeets en Henk T. van der Molen in het voorjaar van 2018 verschijnt bij Noordhoff Uitgevers.

Prof. dr. Kees Korrelboom is klinisch psycholoog en psychotherapeut. Hij werkt als senior onderzoeker, klinisch psycholoog en 'boegbeeld' voor de TOPGGZ afdeling Angststoornissen van PsyQ Haaglanden, onderdeel van de Parnassia Groep. Daarnaast is hij als bijzonder hoogleraar klinische psychologie verbonden aan het Departement Medische en Klinische Psychologie van Tilburg University.

Referenties

- American Psychiatric Association (APA). (1952). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (APA). (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). Washington DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (APA). (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Arts, W., & Reinders, M. (2012). Het afsluiten van eideloze behandelingen. *Gedragstherapie*, 45, 405-416.
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Boisseau, C. L., Allen, L. B., & Ehrenreich May, J. T. (2011). *Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders; therapist guide*. Oxford: Oxford University Press.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2000). Effectiveness of psychotherapeutic treatment of personality disorder. *British Journal of Psychiatry*, 177, 138-143.
- Batstra, L., & Frances, A. (2012). Diagnostic inflation: Causes and a suggested cure. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 200, 474-479.
- Beck, J. S. (2011). *Cognitive therapy: Basics and Beyond* (2nd ed.). New York: The Guilford Press.
- Becker, C. B., Zayfert, C., & Anderson, E. (2004). A survey of psychologists' attitudes towards and utilization of exposure therapy for PTSD. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 277-292.
- Bohlmeijer, E., & Westerhof, G. (2014). Welbevinden: Introductie. In B. van Heycop ten Ham, M. Hulsbergen, & E. Bohlmeijer (red.), *Transdiagnostische factoren: Theorie en Praktijk* (pp. 383-407). Amsterdam: Boom.
- Bolier, L., Haverman, M., Kramer, J., Westerhof, G. J., Riper, H., Walburg, J. A., ... Bohlmeijer, E. (2013). An Internet-based intervention to promote mental fitness for mildly depressed adults: Randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 15, 209-226.
- Borsboom, D., & Cramer, A. O. J. (2013). Network analysis: An integrative approach to the structure of psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9, 1-121.
- Cowdrey, N. D., & Waller, G. (2015). Are we really delivering evidence-based treatments for eating disorders? How eating-disordered patients described their experience of cognitive behavioral therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 75, 72-77.
- Craske, M. G. (2010). *Cognitive behavioral therapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Cuijpers, P., Huibers, M., Ebert, D. D., Koole, S. L., & Andersson, G. (2013). How much psychotherapy is needed to treat depression? A meta-regression analysis. *Journal of Affective Disorders*, 149, 1-13.
- De Ornelas Maia, A. C. C., Nardi, A. E., & Cardoso, A. (2015). The utilization of unified protocols in behavioral cognitive therapy in transdiagnostic group subjects: A clinical trial. *Journal of Affective Disorders*, 172, 179-183.
- Dingemans, P. (2011). Classificeren. In M. Verbraak, S. Visser, P. Muris, & K. Hoogduin (red.), *Handboek voor GZ-psychologen* (pp. 71-83). Amsterdam: Boom.
- Ekkers, W. D. J., Korrelboom, K., Huijbrechts, I. P. A. M., Smits, N., Cuijpers, P., & van der Gaag, M. (2011). Competitive memory training for treating depression and rumination in depressed older adults: a randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 588-596.
- Ellard, K. K., Fairholme, C. P., Boisseau, C. L., Farchione, T. J., & Barlow, D. H. (2010). Unified protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorders: Protocol development and initial outcome data. *Cog-*

- nitive and Behavioral Practice, 17, 88-101.
- Enns, M., & Cox, B. (2005). Perfectionism, stressful life events, and the 1-year outcome of depression. *Cognitive Therapy & Research*, 29, 541-553.
- Fairburn, C. G., Bailey-Straebl, S., Basden, S., Doll, H. A., Jones, R., Murphy, R., ... Cooper, Z. (2015). A transdiagnostic comparison of enhanced cognitive behaviour therapy (CBT-E) and interpersonal psychotherapy in the treatment of eating disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 70, 64-71.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A., O'Connor, M. E., Bohn, K., Hawker, D., ... Palmer, R. L. (2009). Transdiagnostic cognitive-behavioral therapy for patients with eating disorders: A two-site trial with 60-week follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 166, 311-319.
- Frank, J. D., & Frank, J. (2004). Therapeutic components shared by all psychotherapies. In A. Freeman, M. J. Mahoney, P. DeVito, & D. Martin (Eds.), *Cognition and psychotherapy* (2nd ed., pp. 45-78). New York, vs: Springer Publishing Co.
- Geschwind, N., Peeters, F., Huibers, M., van Os, J., & Wichers, M. (2012). Efficacy of mindfulness-based cognitive therapy in relation to prior history of depression: Randomized controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 201, 320-325.
- Hallion, L. S., & Ruscio, A. M. (2011). A meta-analysis of the effect of cognitive bias modification on anxiety and depression. *Psychological Bulletin*, 137, 940-958.
- Harvey, A., Watkins, E., Mansell, W., & Shafran, R. (2004). *Cognitive behavioural processes across psychological disorders: A transdiagnostic approach to research and treatment*. Oxford: Oxford University Press.
- Heeren, A., Mogoşe, C., Philippot, P., & McNally, R. J. (2015). Attention bias modification for social anxiety: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychological Review*, 40, 76-90.
- Hellenbrand, I., Tiemens, B., & Appel, T. (2007). Lange behandelingen ontberen scherpe behandeldoelen: Een exploratief onderzoek naar mogelijkheden voor verkorting van de wachtlijst. *Psychopraxis*, 9, 84-87.
- Holmes, E. A., Lang, T. J., & Shah, D. M. (2009). Developing interpretation bias modification as a 'cognitive vaccine' for depressed mood: Imagining positive events makes you feel better than thinking about them verbally. *Journal of Abnormal Psychology*, 118, 76-88.
- Hoogduin, K., van Minnen, A., & de Kemp, E. (1999). DSM-IV: Verleden, heden en toekomst. *Directieve Therapie*, 19, 71-85.
- Keijsers, G., van Minnen, A., & Hoogduin, K. (2011). Toepassing van protocollaire behandelingen bij psychische stoornissen. In G. Keijsers, A. van Minnen, & K. Hoogduin (red.), *Protocollaire behandelingen voor volwassenen met psychische klachten 1* (pp. 13-35). Amsterdam: Boom.
- Keijsers, G. J., Verbraak, M., ten Broeke, E., & Korrelboom, K. (2009). Psychologische behandelingen volgens een protocol. In E. ten Broeke, K. Korrelboom, & M. Verbraak (red.), *Praktijkboek geïntegreerde cognitieve gedragstherapie: Protocollaire behandelingen op maat* (pp. 39-61). Bussum: Coutinho.
- Knaup, C., Koesters, M., Schoefer, D., Becker, T., & Puschner, B. (2009). Effect of feed-back of treatment outcome in specialist mental health care: Meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 195, 15-22.
- Korrelboom, K. (2011). *COMET voor negatief zelfbeeld*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Korrelboom, K., & ten Broeke, E. (2014). *Geïntegreerde cognitieve gedragstherapie: Handboek voor theorie en praktijk* (2e geheel herziene druk). Bussum: Coutinho.
- Kuckertz, J. M., Amir, N., Boffa, J. W., Warren, C. K., Rindt, S. E. M., Norman, S., ... McLay, R. (2014). The effectiveness of an attention bias modification program as an adjunctive treatment for post-traumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 63, 25-35.

- Ladouceur, R., Dugas, M. J., Freeston, M. H., Léger, E., Gagnon, F., & Thibodeau, N. (2000). Efficacy of a cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: Evaluation in a controlled clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 957-964.
- Lucius, S. (2014). Slaapstoornissen. In B. van Heycop ten Ham, M. Hulshuis, & E. Bohlmeijer (red.), *Transdiagnostische factoren: Theorie en Praktijk* (pp. 93-125). Amsterdam: Boom.
- Mancini, A. D., Prati, G., & Black, S. (2011). Self-worth mediates the effects of violent loss on PTSD symptoms. *Journal of Traumatic Stress*, 24, 116-120.
- McNally, R. J. (2016). Can network analysis transform psychopathology? *Behaviour Research and Therapy*, 86, 95-104.
- Moradi, A. R., Moshirpanahi, S., Parhon, H., Mirzaei, J., & Dalgleish, T. (2014). A pilot randomized controlled trial investigating the efficacy of Memory Specificity Training in improving symptoms of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 56, 68-74.
- Myin-Germeys, I., Delespaul, P. A. E. G., & van Os, J. (2003). Experience sampling onderzoek bij psychose: Een overzicht. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 45, 131-140.
- Neshat-Doost, H. T., Dalgleish, T., Yule, W., Kalantari, M., Ahmadi, S. J., Dyregrov, A., & Jobson, L. (2013). Enhancing autobiographical memory specificity through cognitive training: An intervention for depression translated from basic science. *Clinical Psychological Science*, 1, 84-92.
- Nierenberg, B., Mayerson, G., Serpa, S., Holovatyk, A., Smith, E., & Cooper, S. (2016). Application of well-being therapy to people with disability and chronic illness. *Rehabilitation Psychology*, 61, 32-43.
- Pinto, A., Liebowitz, M. R., Foa, E. B., & Simpson, H. B. (2011). Obsessive compulsive personality disorder as a predictor of exposure and ritual prevention outcome for obsessive compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 453-458.
- Rief, W., Frances, A., & Wittchen, H-U. (2013). DSM-5 — Pros and Cons. *Verhaltenstherapie*, 23, 280-285.
- Spinhoven, P., Drost, J., van Hemert, B., & Penninx, B. W. (2015). Common rather than unique aspects of repetitive negative thinking are related to depressive and anxiety disorders and symptoms. *Journal of Anxiety Disorders*, 33, 45-52.
- Staring, A. B. P., van den Berg, D., Cath, D., Schoorl, M., Engelhard, I., & Korrelboom, K. (2016). Self-esteem treatment in anxiety: Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) versus Competitive Memory Training (COMET) in a randomized controlled crossover trial. *Behaviour Research and Therapy*, 82, 11-20.
- Thoutenhoofd, E., & Batstra, L. (2013). Overleef de psychiatrie de DSM-5? Diagnostische inflatie trivialisert term stoornis. *De Psycholoog*, 48, 10-17.
- Tolin, D. F., Abramowitz, J. S., Brigidi, B. D., & Foa, E. B. (2003). Intolerance of uncertainty in obsessive compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 17, 233-242.
- Trijsburg, W., & Snijders, H. (2009). De therapeutische relatie en de werkliaantie. In S. Colijn, H. Snijders, M. Thunissen, S. Bögels, & W. Trijsburg (red.), *Leerboek psychotherapie*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Tucker, G. J. (1998). Putting DSM-IV in perspective. *American Journal of Psychiatry*, 155, 159-161.
- van der Gaag, M. (2014). De laatste der DSM's. *Directieve Therapie*, 34, 219-222.
- van der Gaag, M. (2016). Van classificaties naar symptoomnetwerken. *Directieve Therapie*, 36, 51-62.
- van der Gaag, M., & Korrelboom, K. (submitted). Transdiagnostic effects of Competitive Memory Training (COMET) on depression and self-esteem in multiple disorders: meta-analysis and mediation analysis.
- van der Heiden, C., Muris, P., & van der Molen, H. T. (2012). Randomized

- controlled trial of the effectiveness of meta-cognitive therapy and intolerance-of-uncertainty therapy for generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 50, 100-109.
- van Heycop ten Ham, B., Hulsbergen, M., & Bohlmeijer, E. (2014a). Introductie. In B. van Heycop ten Ham, M. Hulsbergen, & E. Bohlmeijer (red.), *Transdiagnostische factoren: Theorie en Praktijk* (pp. 15-36). Amsterdam: Boom.
- van Heycop ten Ham, B., Hulsbergen, M., & Bohlmeijer, E. (red.). (2014b). *Transdiagnostische factoren: Theorie en Praktijk*. Amsterdam: Boom.
- van Heycop ten Ham, B., & van Megen, H. (2014). Perfectionisme, intolerantie voor onzekerheid en dwangmatig gedrag. In B. van Heycop ten Ham, M. Hulsbergen, & E. Bohlmeijer (red.), *Transdiagnostische factoren: Theorie en Praktijk* (pp. 211-241). Amsterdam: Boom.
- van Meekeren, E. (2001). *Borderline stoornis: Crises in hechten en onthechten*. Amsterdam: Benecke, N.I.
- van Oppen, P., & Bögels, S. M. (2011). Algemene aspecten van cognitieve therapie. In S. M. Bögels & P. van Oppen (red.), *Cognitieve therapie: theorie en praktijk* (2e, geheel herziene druk, pp. 31-59). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- van Praag, H. (1999). Op DSM gebaseerde diagnostiek: De nieuwe heilige koe van de psychiatrie. *Directieve Therapie*, 19, 85-94.
- Verkuil, B., & Brosschot, J. (2016). Piekeren en rumineren en fysieke gezondheid; een meta-analyse. *Directieve Therapie*, 36, 49-51.
- Widiger, T. A., & Clark, L. A. (2000). Toward DSM-V and the classification of psychopathology. *Psychological Bulletin*, 126, 946-963.
- Wiers, R. W., Eberl, C., Rinck, M., Becker, E. S., & Lindenmeyer, J. (2011). Retraining automatic action tendencies changes alcoholic patients' approach bias for alcohol and improves treatment outcome. *Psychological Science*, 22, 490-497.
- Wigman, J. T. W., van Os, J., Borsboom, D., Wardenaar, K. J., Epskamp, S., Klippel, A., ... Wichers, M. (2015). Exploring the underlying structure of mental disorders: Cross-diagnostic differences and similarities from a network perspective using both a top-down and a bottom-up approach. *Psychological Medicine*, 45, 2375-2387.