

# Versterking van het zelfbeeld bij patiënten met persoonlijkheidspathologie – ‘hot cognitions’ versus ‘cold cognitions’

Kees Korrelboom\*

---

## Samenvatting

*Een negatief zelfbeeld is een van de belangrijkste aangrijpingspunten bij de behandeling van patiënten met persoonlijkheidsproblematiek. Een interventie waarmee een negatief zelfbeeld in positieve zin kan worden bijgesteld, voortkomend uit bevindingen in de cognitieve psychologie en empirische studies, wordt toegelicht. De interventie sluit aan bij de zogenaamde hot cognitions. De verschillende stappen in de behandeling worden toegelicht aan de hand van gevalsbeschrijvingen. In de beschouwing wordt ingegaan op overeenkomsten en verschillen met andere interventies en wordt stilgestaan bij de toepasbaarheid van de interventie.*

## Inleiding

Anders dan bij as- I-stoornissen is over de effectiviteit van behandelingen en interventies voor persoonlijkheidsstoornissen weinig bekend. Voorlopig zullen patiënten met persoonlijkheidsproblematiek en hun behandelaars het moeten doen met min of meer experimentele behandelingen, waarvan de wetenschappelijke status beperkt is. In dit artikel wordt een voorstel gedaan voor zo'n interventie. Deze wordt geïllustreerd aan de hand van praktijkvoorbeelden. Het betreft een procedure waarmee wordt getracht het zelfbeeld van patiënten te corrigeren. Deze procedure sluit aan op de zogenaamde *hot cognitions*. Voordat de uitgangspunten van deze interventie worden toegelicht, wordt eerst stilgestaan bij twee fundamentele kwesties. De eerste betreft het aangrijpingspunt voor interventies die zich richten op persoonlijkheidspathologie. De tweede betreft status en aard van cognities.

## Aangrijpingspunt van cognitieve gedragstherapie bij de behandeling van persoonlijkheidspathologie

Beck beschrijft hoe mensen in de loop van hun leven cognitieve sche-ma's opbouwen over de wijze waarop zijzelf en de wereld in elkaar zitten. Hij geeft aan hoe die schema's bepalend zijn voor de wijze waarop nieuwe informatie over de betrokkene en zijn omgeving wordt geïnterpreteerd. Deze interpretaties worden voorgesteld als automatische gedachten, waarvan de patiënt zich, soms met enige moeite, bewust kan worden. Het opsporen en corrigeren van pathogene automatische gedachten is de basisstrategie in cognitieve therapie. Verbale uitdaging en gedragsexperimenten zijn daarin de belangrijkste therapeutische methoden (Beck, 1995). In eerste instantie werd deze behandelmethode gebruikt om depressies te behandelen (Beck, 1967). Later

---

\* Dr. C.W. Korrelboom is hoofd behandelingen van de afdeling Persoonlijkheidsstoornissen van psycho-medisch centrum Parnassia. Correspondentieadres: Leggelostraat 85, 2541 HR, Den Haag.

werden cognitieve methoden ontwikkeld voor, onder andere, diverse angststoornissen (Clark, 1986) en boulimia nervosa (Vitousek, 1996). De laatste tien jaar past men het cognitieve model ook toe op de behandeling van patiënten met persoonlijkheidsstoornissen (Beck & Freeman, 1990). Het aangrijpingspunt van Becks behandeling van persoonlijkheidspathologie onderscheidt zich in twee opzichten van dat van de behandeling van as- I-stoornissen. Om te beginnen probeert men achterliggende schema's en assumpties van patiënten te veranderen door de automatische gedachten die daaruit voortvloeien, te beïnvloeden. In de tweede plaats besteedt men aandacht aan het opbouwen van gezondere alternatieve schema's en assumpties, voordat men de disfunctionele schema's probeert te veranderen. Men veronderstelt dat zulke gezonde schema's bij as- II-pathologie minder beschikbaar zijn dan bij as- I-pathologie. De behandelaar kan in een behandeling van as- I-problematiek volstaan met het beïnvloeden van de disfunctionele automatische gedachten, omdat na uitdaging en verwerping daarvan de reeds aanwezige gezonde schema's vanzelf opnieuw actief worden. Bij as- II-pathologie is dat niet, of althans veel minder het geval (Beck & Freeman, 1990). Cognitieve therapeuten hanteren verschillende strategieën en technieken om disfunctionele schema's direct te beïnvloeden. Hierbij wordt, meer dan bij de behandeling van as- I-stoornissen, gebruikgemaakt van experiëntiële methoden als psychodrama (Padesky, 1994) en 'lege stoel' of 'schema-dialogue' technieken (McGinn & Young, 1996). Ook is de veronderstelde ontstaansgeschiedenis van disfunctionele schema's vaak onderwerp van de behandeling.

In zijn taxonomie van cognitieve schema's die een centrale rol spelen bij persoonlijkheidsstoornissen uit het DSM-classificatiesysteem, onderscheidt Beck schema's over het zelf en over de wereld (Beck & Freeman, 1990). Daarnaast formuleert hij voor elke persoonlijkheidsstoornis een aparte basisovertuiging en een basale interactionele strategie. Zo zien ontwijkende patiënten zichzelf als incompetent en kwetsbaar, en andere mensen als kritisch en hooghartig. Ontwijkende patiënten hebben als een van de belangrijkste basisovertuigingen dat andere mensen hen zouden verachten als zij zouden ontdekken hoe zij werkelijk in elkaar zitten. De uit deze overtuigingen voortvloeiende basale interactionele strategie van ontwijkende patiënten is erop gericht om beoordeling ten koste van alles te voorkómen. De aangrijpingspunten van cognitieve therapie bij persoonlijkheidsstoornissen zijn juist deze vier aspecten: zelfbeeld, wereldbeeld, basisovertuigingen en basale interactionele strategieën.

## Cognities in cognitieve gedragstherapie

Ondanks de onmiskenbare successen van cognitieve gedragstherapie in de behandeling van angststoornissen en depressie, ontbreken bewijzen voor de juistheid van de achterliggende theorie vrijwel geheel (Oei, Llamas, & Devilly, 1999; Teasdale, 1996). Het gelijkstellen van cognities aan bewuste, rationele en primair verbale processen wordt door critici beschouwd als het zwakste punt in de cognitief-gedragstherapeutische theorievorming (Lang, 1988). In moderne emotietheorieën worden emoties beschouwd als gedragsdisposities die worden geactiveerd zodra een belang van de persoon in kwestie in het geding is (Frijda, 1986). Informatie uit de omgeving wordt waargenomen, gerubriceerd en vergeleken met informatie die beschikbaar is in het langetermijngeheugen. Wanneer een persoonlijk belang in het geding lijkt te zijn, bereidt het organisme zich voor op actie. Al deze stappen verlopen onbewust, althans zonder tussenkomst van verbale, logische redenering. De voorbereiding van het lichaam

op actie leidt over het algemeen (maar niet altijd) tot een bewuste gewaarwording van deze actietendensen door de betrokkene. Hij ervaart in dat geval emotie. Het emotieproces kent nog andere stappen. Hogere orde-evaluatie bepaalt mede of eenmaal geactiveerde actietendensen zullen worden omgezet in daadwerkelijke actie, of niet. Cultureel bepaalde opvattingen over wat gepast is, spelen hierin een rol (Frijda & Mesquita, 1994), maar ook inschattingen van de gedragmogelijkheden in de gegeven situatie, de zogenaamde secundaire appraisal (Lazarus, 1991).

Het valt op dat in deze theorieën nauwelijks plaats is voor de rationele redenering die de cognitieve gedragstherapie kenmerkt. In dit verband wordt wel verondersteld dat een onderscheid moet worden gemaakt tussen zogenaamde *cold cognitions* en *hot cognitions* (Mandler, 1984). Het is het onderscheid tussen 'weten dat' en 'voelen dat'. *Cold cognitions* verwijzen naar de verbale, propositionele aspecten van emotioneel materiaal: men weet dat een bepaalde situatie gevaarlijk is, of dat een bepaalde gebeurtenis bedroevend is; men hoeft het dan echter nog niet zo te voelen. Activering van zulke 'koude', in taal vervatte informatie zou dan ook onvoldoende zijn om tot emotionele ervaring en gedrag te leiden. *Hot cognitions* daarentegen hebben betrekking op de verwerking van holistische, generieke kennis en informatie. Men voelt het gevaar in een bepaalde situatie of ervaart de droefheid van een specifieke gebeurtenis. Emotioneel materiaal dat zo wordt geactiveerd, zou juist wel leiden tot emotionele beleving en gedrag (Teasdale, 1996).

Cognitieve gedragstherapeuten zijn de laatste jaren in theorie en praktijk steeds meer nadruk gaan leggen op deze holistische, intrinsieke, niet-verbale aspecten van cognitie en informatieverwerking – op de *hot cognitions* dus (Pretzer & Beck, 1996). Met name bij de behandeling van patiënten met persoonlijkheidspathologie wordt aanbevolen om niet uitsluitend met verbale uitdagingstechnieken te werken, maar vooral ook met ervaringsgerichte interventies als gedragsexperimenten (Beck & Freeman, 1990). Veel therapeuten ervaren het echter als een probleem om juist patiënten met persoonlijkheidsproblemen, die hun denken en handelen per definitie als egosyntoon ervaren, te stimuleren om nieuwe ervaringen te gaan opdoen in de buitenwereld. Daarom tracht men in de veilige omgeving van de therapiekamer de *hot cognitions* van de patiënt te bereiken. Tot dusverre zijn dergelijke therapeutische interventies eerder gebaseerd op ervaringen en tradities binnen de experiëntiële psychotherapieën en de gedragstherapie (Beck, 1996; Young, 1994) dan op kennis uit fundamenteel cognitief-psychologisch onderzoek. Toch moet, volgens velen, juist dáár de inspiratie worden gezocht om tot wezenlijke verbeteringen te komen van psychotherapeutische methoden en technieken (Eelen, 1988; Foa & Kozak, 1997).

In dit artikel wordt een methode voorgesteld om het zelfbeeld te veranderen van patiënten met persoonlijkheidsproblematiek. De methode is gedeeltelijk geïnspireerd op de cognitieve wetenschap en grijpt eerder aan op *hot cognitions* dan op *cold cognitions*. Het zelfbeeld van patiënten die zichzelf beschouwen als zwak, hulpeloos, minderwaardig en incompetent kan ermee worden versterkt. Volgens de taxonomie van Beck gaat het dus om patiënten met paranoïde, borderline, afhankelijke of ontwijkende persoonlijkheidskenmerken (Beck & Freeman, 1990). De methode bestaat uit verschillende stappen. Twee theoretische kaders (emotietheorieën en theorieën over evaluatieve conditionering) en vier toepassingen (muziek, zelfverbalisaties, imaginatie en motorische feedback middels lichaamshouding en gelaatsuitdrukking)

vormen de achtergronden. Na een toelichting op deze achtergronden volgt een beschrijving van de interventie zelf.

## Achtergronden: emotie als cognitief netwerk

Volgens diverse theoretici is het genereren van gedrag de belangrijkste functie van emotie. Van nature, maar ook door leren is in het langetermijngeheugen informatie opgeslagen over de belangen van het individu. Daarbinnen is informatie vastgelegd over de verschijningsvorm van gebeurtenissen die deze belangen kunnen raken (stimulusrepresentaties), over de bij die gebeurtenissen passende gedragsmogelijkheden (responsrepresentaties) en over de betekenis van die gebeurtenissen (betekenisrepresentaties). Deze kennis is georganiseerd in een associatief cognitief netwerk. Zodra voldoende elementen in dat netwerk zijn geactiveerd, wordt het gehele netwerk actief en is sprake van een emotionele episode. Dit gebeurt wanneer een persoonlijk belang in het geding is. De emotie neemt het gewone gedrag over en heeft dus een signalerende en sturende functie. Men stopt met de activiteiten die men op dat moment uitvoert, de aandacht wordt gericht op de betreffende gebeurtenis en het lichaam bereidt zich voor op actie (Frijda, 1986; Lang, 1988). Zodra een netwerk wordt geactiveerd waarin informatie is gecodeerd met een specifieke betekenis, worden netwerken met een incompatibele betekenis geïnhibeerd. Dit fenomeen kan eenvoudig worden geïllustreerd met behulp van semantische netwerken. Na de woorden 'kast', 'tafel' en 'stoel' (het semantische netwerk 'meubelstukken' is dus geactiveerd), stelt men zich bij het woord 'bank' eerder een zitplaats voor dan een geldinstelling. Het semantische netwerk 'gebouwen' is door de activatie van 'meubelstukken' immers geïnhibeerd. Zo zal in een emotioneel-cognitief netwerk 'zelfrespect' worden geïnhibeerd, zodra het concept 'schaamte' actief is en andersom (Van den Bergh & Eelen, 1986).

De emotietheorie van Lang suggereert dat emotie vooral kan worden beïnvloed door de associaties rond de responsrepresentaties te beïnvloeden, omdat deze, als aanjagers van gedrag, de kern van het emotieproces vormen. Wie het zelfbeeld wil beïnvloeden, zal zich dus vooral moeten richten op de responsrepresentaties van dat zelfbeeld.

## Achtergronden: evaluatieve conditionering

Nadat klassieke conditionering door Rescorla en Wagner (1972) eenmaal was beschreven als een vorm van signaalleren, waarbij de ene (geconditioneerde) stimulus een voorspeller is van het al dan niet optreden van een andere (onconditioneerde) stimulus, is beweerd dat er nog een andere vorm bestaat van klassieke conditionering, namelijk evaluatieve conditionering. De geconditioneerde stimulus is na evaluatieve conditionering niet een voorspeller van een andere gebeurtenis geworden, maar de geconditioneerde stimulus heeft zelf een betekenisverandering ondergaan. Door een neutrale prikkel samen aan te bieden met een positief of negatief gewaardeerde prikkel (onconditioneerde stimulus), verandert de neutrale evaluatie van de eerste prikkel (inmiddels een geconditioneerde stimulus geworden) voorspelbaar in de richting van die van de tweede. Er is sprake van een *hedonic shift* (Levey & Martin, 1987). Als foto's van menselijke gezichten door de proefpersoon zelf zijn verdeeld in aangename, onaangename en neutrale gezichten en vervolgens de neutrale gezichten

(geconditioneerde stimuli) zijn gepresenteerd in samenhang met de aangename, dan wel de onaangename (onconditioneerde stimuli), worden de oorspronkelijke neutrale gezichten gewaardeerd als respectievelijk positief of negatief (Bayens, Eelen, & Van den Bergh, 1990). Later is de theorie over evaluatief leren uitgewerkt. Uiteindelijk werden twee representatiesystemen onderscheiden: een referentieel systeem, waarin kennis en gedragstendenties ten aanzien van individuele belangen zijn georganiseerd; en een verwachtingssysteem, dat wordt geactiveerd bij een mogelijke gebeurtenis van groot persoonlijk belang (Bayens, 1998).

Evaluatief en referentieel leren zijn volgens diverse auteurs belangrijk voor de praktijk van de psychotherapie (Eelen, Van den Bergh, & Bayens, 1990; Korrelboom & Kernkamp, 1993/1999; Orlemans, Eelen, & Hermans, 1995). Dat geldt vooral als het probleem van patiënten niet zozeer een verkeerde inschatting van risico's is, zoals bij fobische stoornissen, maar een activatie van ongewenste referenties en intrinsieke evaluaties (Korrelboom & Kernkamp, 1996; Korrelboom, Melis, & Winter, 1998). Niet exposure maar op contra-conditionering gebaseerde interventies hebben dan de voorkeur (Bayens, 1998; Korrelboom & Ten Broeke, 1998; Korrelboom & Kernkamp, 1993/1999). Zo bezien kunnen zelfevaluaties beïnvloed worden door aangrijpen op het evaluatieve leren en niet op het verwachtingsleren.

## **Achtergronden: muziek als therapeutisch middel**

Muziektherapie maakt al jaren onderdeel uit van de behandelmogelijkheden. Vooral opgenomen patiënten en patiënten in deeltijdbehandeling nemen, al dan niet op indicatie, deel aan muziektherapie – meer dan ambulante patiënten. Net als creatieve therapie, arbeidstherapie en psychomotore therapie speelt muziektherapie zich vaak buiten het blikveld van psychiaters en psychologen af, hoewel die de eerstverantwoordelijken zijn voor het opstellen en bewaken van behandelplannen. Aan theorievorming en praktijkontwikkeling van deze therapievormen hebben psychiaters en klinisch psychologen weinig bijgedragen. Toch zijn er interessante raakvlakken met hun vakgebieden. Binnen de receptieve muziektherapie stelde men vast dat bepaalde muziekstukken nauw zijn geassocieerd met wat men daar 'waardegebieden' noemt. Hiermee worden zaken en aspecten van het leven bedoeld die men van persoonlijk belang acht. Zo rekent men geweld, ontspanning, communicatie en gezin tot de waardegebieden. Muziek deed proefpersonen niet alleen denken aan deze zaken, ze riepen ook de bij die waardegebieden behorende gevoelens en stemmingen op (Smeijsters, Wijzenbeek, & Van Nieuwenhuijzen, 1995). In onderzoek naar evaluatieve conditionering werd aangetoond dat muziek een hedonic shift kan bewerkstelligen ten aanzien van voorheen neutrale prikkels. Door positief of juist negatief geëvalueerde muziek samen te presenteren met oorspronkelijk als neutraal gewaardeerde letters uit het Griekse alfabet, werd de waardering voor deze letters beïnvloed in de verwachte richting. In een experimentele behandeling van patiënten met dierfobieën leidde het toevoegen van gewaardeerde muziek aan een exposure in vivo-procedure tot een versterkt positief effect van deze procedure (Eifert, Craill, Carey, & O'Connor, 1988). Muziek is kennelijk een middel om evaluaties te wijzigen en kan wellicht ook worden gebruikt om evaluaties van de eigen persoon te beïnvloeden.

## Achtergronden: positieve zelfverbalisaties

Anders doen doet anders voelen. Dit contra-intuïtieve idee is voor het eerst naar voren gebracht in de James-Lange theorie over emotie (James, 1890/1992) en later uitgewerkt in Bems zelfperceptietheorie (Bem, 1972). Van een variant op dit idee, namelijk dat ook anders denken anders doet voelen, maakte Velten gebruik toen hij deelnemers aan een experiment in een bepaalde stemming bracht door hen droevige of opwekkende uitspraken over zichzelf te laten lezen (Velten, 1968). Hetzelfde idee, dat denken het voelen beïnvloedt, is terug te vinden in de moderne cognitieve therapie. Deze stelt zich ten doel om automatische gedachten die de patiënt heeft over zichzelf en de wereld om hem heen, te wijzigen. Tegenwoordig tracht men dit meestal indirect te bereiken met behulp van de socratische dialoog en gedragsexperimenten (Beck, 1995). In het recente (Meichenbaum & Cameron, 1975) en minder recente (Coué, 1925, geciteerd in Lange, Richard, Kiestra, & Van Oostendorp, 1997) verleden heeft men patiënten rechtstreeks geïnstrueerd om hun interne dialoog te wijzigen. Lange beschrijft een breedspectrum interventie die is gericht op versterking van het zelfbeeld van patiënten met een gebrekkig zelfvertrouwen. Patiënten schrijven eerst een positief verhaal over zichzelf. Positieve uitspraken uit die tekst gaan zij vervolgens dagelijks tegen zichzelf zeggen. Patiënten blijken met behulp van deze interventie in staat te zijn om hun zelfbeeld in positieve richting bij te stellen (Lange et al., 1997; Lange, Richard, Gest, De Vries, & Lodder, 1998). Zelfverbalisaties helpen kennelijk om het zelfbeeld rechtstreeks te veranderen.

## Achtergronden: imaginatie

Imaginatie wordt beschouwd als een krachtige methode om emoties te activeren en te beïnvloeden (Greenberg & Safran, 1987). Dat geldt voor klassieke gedragstherapeutische technieken als systematische desensitisatie en implosieve therapie, maar ook voor technieken die in andere therapiemethoden worden toegepast, zoals Gestalttherapie en transactionele analyse (Singer, 1974). Ook in fundamenteel psychologisch onderzoek is aangetoond dat imaginatie emotie kan opwekken. Lang vond dat imaginatie van emotionele situaties leidde tot subjectieve rapportage van bij die situaties passende stemmingen en gevoelens, en tot objectief meetbare responsen als fysiologie en motoriek (Lang, 1985). Vanwege deze bevindingen mag worden verwacht dat ook met behulp van imaginatie invloed kan worden uitgeoefend op iemands zelfbeeld.

## Achtergronden: motorische feedback via lichaamshouding en gelaatsuitdrukking

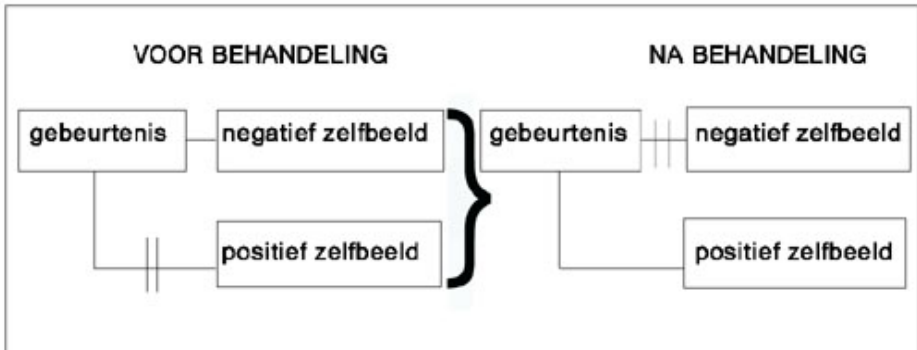
Zich baserend op Darwins emotietheorie toonde Ekman aan dat emotiecongruente gelaatsuitdrukkingen in verschillende culturen op dezelfde wijze worden geïnterpreteerd. Een eskimo herkent woede in het boze gezicht van een Europeaan en een Afrikaan herkent verdriet in het treurige gezicht van een Aziat (Ekman, 1989). Dit verschijnsel komt voort uit het feit dat emoties een belangrijk signaal zijn voor de betrokkene én voor diens omgeving. Voor soorten die in een sociaal verband leven, is het belangrijk dat anderen weet hebben van wat er omgaat in de verschillende groepsleden (Frijda, 1986). Emotionele expressie laat zien wat er in iemand omgaat en – omgekeerd – induceert emotie (Laird, 1974). Wie een kwaad gezicht trekt, is

geneigd zich kwaad te voelen en hetzelfde geldt voor een angstig, een bedroefd of een vrolijk gezicht (Ekman, Levenson, & Friesen, 1983). Om die reden zijn lichaamshouding en gelaatsuitdrukking gekozen als onderdelen van de hierna te beschrijven methode om het zelfbeeld te beïnvloeden.

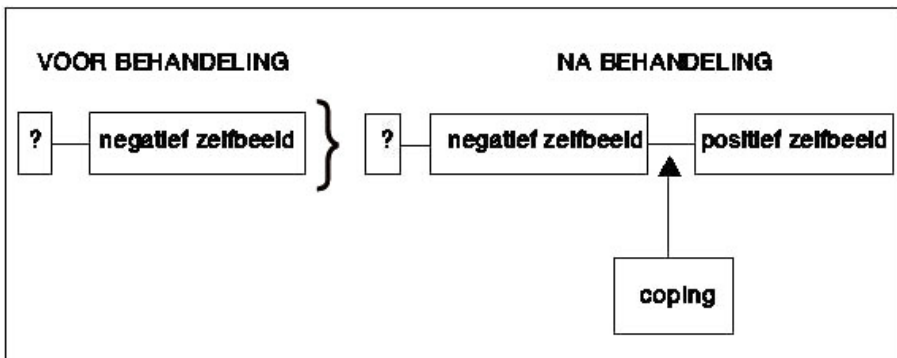
## Beïnvloeding van hot cognitions rondom het zelfbeeld

Alle ingrediënten die deel moeten uitmaken van de te beschrijven interventie zijn nu besproken. De cognitieve representatie van het zelfbeeld wordt opgevat als een cognitief netwerk, bestaande uit stimulus-, betekenis- en responsrepresentaties. Beïnvloeding van deze cognitieve representatie is gebaseerd op noties uit de evaluatieve conditionering; de patiënt wordt gelijktijdig geconfronteerd met twee in emotioneel opzicht incompatibele, imaginaire situaties. Daarbij wordt gebruikgemaakt van het gegeven dat zowel imaginatie en motorische feedback als muziek en directe verbale manipulatie invloed kunnen hebben op de aard en inhoud van cognitieve representaties. Op die manier worden de hot cognitions getroffen, en niet de cold cognitions. De interventie heeft tot doel om de cognitieve representatie van een positief zelfbeeld toegankelijker te maken. Daardoor wordt de kans dat het negatieve zelfbeeld wordt geactiveerd kleiner.

Men kan zich twee situaties voorstellen. In de ene wordt het negatieve zelfbeeld (op te vatten als ongeconditioneerde stimulus 1) geactiveerd door concrete en voorspelbare gebeurtenissen en situaties, zoals 'kritiek krijgen', 'vergaderingen', en 'feestjes'. Deze gebeurtenissen en situaties kan men beschouwen als geconditioneerde stimuli. Met het activeren van het negatieve zelfbeeld inhiberen deze geconditioneerde stimuli het positieve zelfbeeld (op te vatten als ongeconditioneerde stimulus 2). Dit is weergegeven in figuur 1. In dit geval streeft men ernaar het positieve zelfbeeld direct te koppelen aan de geconditioneerde stimuli, op zo'n manier dat de situatie na behandeling omdraait: de geconditioneerde stimuli activeren het positieve zelfbeeld en inhiberen het negatieve zelfbeeld. Dit is contra-conditionering: de geconditioneerde stimuli roepen automatisch aspecten van het positieve zelfbeeld op. In het andere geval wordt het negatieve zelfbeeld op onvoorspelbare wijze en door niet concrete situaties geactiveerd. In die situatie roepen onduidelijke geconditioneerde stimuli het negatieve zelfbeeld (ongeconditioneerde stimulus 1) op en wordt het positieve zelfbeeld (ongeconditioneerde stimulus 2) geïnhibeerd (figuur 2). Bij het ontbreken van heldere geconditioneerde stimuli associeert men het positieve zelfbeeld liever direct met het negatieve zelfbeeld. De procedure is daardoor op onderdelen anders dan in het eerste geval. Zo heeft de tweede procedure niet alleen te maken met contra-conditionering, maar bergt zij ook duidelijk aspecten van coping in zich. De patiënt moet immers actief iets doen om het reeds geactiveerde, negatieve zelfbeeld weg te drukken en te vervangen door aspecten van het positieve zelfbeeld. Beide procedures worden hierna beschreven. De interventie bestaat uit meerdere stappen en strekt zich over verschillende therapie sessies uit.



Figuur 1 Koppeling aan de geconditioneerde stimulus.



Figuur 2 Koppeling aan de ongeconditioneerde stimulus.

- 1 Benoem het negatieve zelfbeeld. Bijvoorbeeld: 'Ik ben incompetent'.
- 2 Stimuleer de patiënt om competente aspecten van zichzelf te benoemen die met deze opvatting in tegenspraak zijn. Noteer deze uitspraken.
- 3 Leg de rationale uit. Bijvoorbeeld: 'U bent te zeer gericht op alles wat u niet kunt en vergeet daarbij de dingen die u wel kunt. U moet leren deze positieve aspecten van uzelf, die immers ook bij u horen, meer in uw zelfbeoordeling te betrekken'.
- 4 Laat de patiënt een opstel schrijven waarin zijn competente kenmerken prominent figureren. Gebruik daartoe, bijvoorbeeld, de metafoor van de advocaat. Die benadrukt immers de goede kanten van zijn cliënt en voert voor de slechte kanten verzachtende omstandigheden aan.
- 5 Laat de patiënt een beeld beschrijven (stimulusrepresentatie) aan de hand van zijn opstel, waarin zijn competentie bij uitstek blijkt. Laat hem dat beeld visualiseren en controleer of dat lukt.
- 6 Laat de patiënt een zin formuleren (betekenisrepresentatie) die competentie in die situatie benadrukt.
- 7 Laat de patiënt een lichaams- en gelaatsuitdrukking aannemen die kracht en competentie symboliseren (responsrepresentatie). Maak gebruik van situaties waarin de patiënt zich wel zelfverzekerd voelt, of gebruik desnoods mimiek en gelaatsuitdrukking van publieke figuren als sporters, politici of artiesten.



- 8 Laat de patiënt, als hij zich voelt aangesproken door muziek, een cassettebandje meenemen waarop muziek staat die voor hem, bijvoorbeeld, kracht en competentie symboliseert (stimulus- en responsrepresentatie).
- 9 Laat de patiënt punt 5, 6 en 7 tegelijk uitvoeren en speel intussen de muziek uit 8. Laat dit enkele minuten duren en vraag de patiënt of het is gelukt een gevoel van competentie te ervaren. Stel zonodig bij en herhaal dit enkele keren.
- 10 Laat de patiënt dit dagelijks thuis oefenen, bijvoorbeeld vier keer een set van vijf à tien minuten waarin per set een aantal keren de stappen 5, 6, 7 en 8 worden gecombineerd.

Nu doet zich de mogelijkheid voor om verder te gaan volgens één van de twee hiervoor besproken varianten. Koppelt men het positieve zelfbeeld direct aan de geconditioneerde stimulus (f iguur 1) dan gaat men als volgt te werk:

- 1 Stel een hiërarchie op van situaties waarin de patiënt dikwijls wordt geconfronteerd met zijn negatieve zelfbeeld.
- 2 Bepaal hoe de patiënt zich in die situatie zou willen gedragen.
- 3 Laat de patiënt zich een laag item uit die hiërarchie voorstellen, waarin hij zelf onderdeel is van de situatie en pas stap 9 toe, waarbij stap 5 wordt vervangen door de visualisatie van stap 12 (oproepen dus van een competent gevoel met behulp van zin, houding en muziek en een competent optreden in een tot dan toe moeilijke situatie) en controleer of dit lukt. Stel zonodig bij en herhaal.
- 4 Laat de patiënt dit thuis oefenen volgens een schema vergelijkbaar met stap 10.
- 5 Herhaal met een hoger item uit de hiërarchie.

Kiest de behandelaar voor de variant waarbij het positieve zelfbeeld direct wordt gekoppeld aan het negatieve zelfbeeld, in plaats van de uitlokkende situaties, dan zijn de stappen na 10 als volgt:

- 1 Laat de patiënt zijn negatieve zelfbeeld (zie stap 1) beschrijven in een kenmerkend beeld, lichaamshouding en gelaatsuitdrukking en een negatieve aan zichzelf refererende uitspraak.
- 2 Laat de patiënt dit oproepen en controleer of dit inderdaad leidt tot gevoelens die horen bij het negatieve zelfbeeld.
- 3 Laat de patiënt, zodra hij deze voorstelling heeft opgeroepen, deze weer 'wegdrukken' met behulp van stap 9 (bij het positief zelfbeeld behorend(e) beeld, zin, houding en muziek) en controleer of dit lukt. Stel zo nodig bij en herhaal.
- 4 Laat de patiënt dit thuis oefenen volgens een schema vergelijkbaar met stap 10.
- 5 Instrueer de patiënt dat hij dit wegdrukken (maar dan, om praktische redenen, zonder muziek) moet toepassen in het dagelijks leven, zodra het negatieve zelfbeeld wordt geactiveerd.

## Enkele klinische illustraties

### *De getekende vrouw*

Mevrouw Aarts was veertig jaar toen zij zich meldde met sociaal-fobische klachten, die al jaren bestonden. Bij eerdere behandelingen had zij geen baat gevonden. Mevrouw Aarts schaamde zich voor haar uiterlijk; zij had lelijke littekens op haar gezicht en benen. Ook met een aantal andere aspecten van haar uiterlijk had zij problemen. Nadat zij jarenlang een stevige alcoholverslaving had onderhouden, zocht zij de oplossing

van haar problemen nu in andere vormen van actieve en passieve vermijding. Zo produceerde zij een voortdurende stroom grappen en grollen, waarin zij zichzelf stevig op de korrel nam. Passieve vermijding bestond eruit dat zij gelegenheden uit de weg ging waar haar uiterlijk te zeer in het middelpunt van de belangstelling zou kunnen staan. 'Sociale fobie (specifiek type) bij een vrouw met ontwijkende kenmerken' werd als DSM-classificatie geformuleerd. Inclusief follow-up heeft de behandeling uit negen sessies bestaan. Volgens de SCL-90 en in haar eigen beleving was mevrouw Aarts aanzienlijk opgeknapt. De behandeling bestond vrijwel uitsluitend uit toepassing van het hiervoor beschreven protocol. Muziek is bij mevrouw Aarts niet toegepast, omdat dit onderdeel ten tijde van de behandeling nog niet was opgenomen in het protocol. De cognitie 'Ik ben onacceptabel' werd als thema van het zelfbeeld geformuleerd, terwijl 'acceptatie' als incompatibel thema werd benoemd. Het positieve opstel had vooral betrekking op haar hulpvaardigheid en op haar vermogen om andere mensen die het moeilijk hadden, te steunen en te helpen. De conclusie van het opstel luidde dat je niet alles kunt hebben in het leven; mevrouw Aarts moest haar zwakke punten accepteren, omdat het 'totaalplaatje' van haar persoon positief uitviel. 'Ik heb er niet om gevraagd; ik zal mijn uiterlijk moeten accepteren' was de positieve zelfverbalisatie die uit het opstel werd gedestilleerd. Een rustige, accepterende attitude werd in lichaamshouding en gelaatsuitdrukking geoperationaliseerd door de schouders op te halen en al zuchtend te laten vallen, terwijl zij rechtop zat met een krachtige, enigszins ironische blik en de handpalmen open naar boven hield. Met name het trainingsaspect in de interventie ('iedere dag een stukje verder') had mevrouw Aarts, die jarenlang dressuurpaarden had getraind, bijzonder aangesproken.

### *De dolle man*

Mijnheer Beekman was vijftientwintig jaar toen hij zich aanmeldde vanwege obsessieve klachten. Zijn angstbeeld was dat hij zichzelf ooit zou laten gaan en gillend en schreeuwend, zich de kleding van het lijf trekkend, door zijn huis of over straat of door het bedrijf waar hij werkte, zou rennen. De DSM-classificatie luidde: 'obsessief-compulsieve stoornis bij een man met afhankelijke en ontwijkende trekken'. Opzien tegen anderen met wegcijferen van zichzelf werd als afhankelijk kenmerk gezien, terwijl angst voor emotionaliteit en schaamte voor zichzelf als ontwijkende kenmerken werden beschouwd. Aan het eind van de behandeling, die tien zittingen duurde en waarbij uitsluitend het hiervoor beschreven protocol (opnieuw zonder muziek) werd toegepast, was meneer Beekman zowel volgens de vragenlijst als in zijn eigen beleving aanzienlijk vooruitgegaan. Hij vond dat hij een 'ander mens' was geworden. 'Controleverlies' en 'onbelangrijk zijn' waren de thema's in zijn negatieve zelfbeeld, zodat illustraties van controle en op de voorgrond treden centraal stonden in het opstel, imaginatie en zelfverbalisatie. In zijn opstel beschreef hij gebeurtenissen uit zijn leven waarbij hij zich koelbloedig had getoond en hij blij had gegeven over zelfcontrole te beschikken. Zijn imaginatie had betrekking op een toespraak die hij ooit had gehouden bij de begrafenis van een dierbare vriendin. Opgeheven hoofd, gebalde vuist en een rechte rug waren de belangrijkste kenmerken van zijn positieve lichaamshouding en gelaatsuitdrukking. 'Ik ben de baas over mijn eigen gedrag' was de positieve zelfverbalisatie.

### ***Een bijzondere, maar zwakke jonge vrouw***

Mevrouw Cornelisse werd aangemeld vanwege angstklachten. Zij was tweeëntwintig. Ze had last van agorafobie en hypochondere preoccupaties. In haar presentatie en omgang met het klachtenpatroon viel enige theatraliteit en afhankelijkheid te bemerken. Zij leek er steeds op een overdreven manier op uit te zijn om aan anderen steun en complimenten te ontlokken. Deze instelling belemmerde haar in het maken van eigen keuzes ten aanzien van werk, opleiding en ook ten aanzien van relationele problemen in de familie. 'Paniekstoornis met agorafobie bij een jonge vrouw met afhankelijke en theatrale trekken' was de DSM-clasificatie. De angstklachten werden eerst op de gebruikelijke wijze met exposure en op herinterpretatie gerichte interventies behandeld. Dit verliep succesvol. Vervolgens werd volgens het protocol een interventie gedaan ten aanzien van het zelfbeeld, om haar te helpen met haar keuzeproblemen. Patiënte zag zichzelf als tamelijk bijzonder, maar gaf toe dat ze zich dikwijls zwak en klein voelde in vergelijking met, bijvoorbeeld, haar ouders, met wie zij een ernstig conflict had. 'Ik kan het zelf' werd het tegenthema. Zij werd gestimuleerd om een opstel te schrijven, waarin haar eigen kijk op dingen, haar eigen bijzonderheid en haar eigen vaardigheden en kundigheden werden benadrukt. Een van die situaties werd gebruikt voor de positieve imaginatie. Als muziek koos zij het nummer *I will survive* en als lichaamshouding nam zij een houding aan als die van de heer Beekman. Zodra zij in staat was met deze middelen (imaginatie, zin, houding en muziek) een krachtig gevoel op te roepen, stelde zij zich voor een moeilijk gesprek te gaan voeren met haar vader. Zij liet de positieve imaginatie los, nam haar houding aan, zette de muziek aan en nam haar positieve zin in gedachten, waarna zij vader toesprak op een wijze die zij eerst in schrijfopdrachten had voorbereid. Nadat twaalf zittingen waren besteed aan de behandeling van de angstklachten en zeven aan het zelfbeeld, meldde mevrouw Cornelisse dat haar zelfvertrouwen aanzienlijk was toegenomen. Ook mensen uit haar omgeving zouden die mening zijn toegedaan. De behandeling is nog niet afgesloten en het beoogde gesprek met vader moet nog plaatsvinden. De resultaten kunnen daarom nog niet worden afgemeten aan haar scores op de SCL-90.

### ***De zorgelijke dame***

Mevrouw Driel, ten slotte, was een zorgelijke dame van in de veertig met angstklachten en depressies. Hoewel in een eerdere behandeling de scherpste kantjes van haar angsten waren afgehaald, bleef zij last houden van wat zijzelf tobberijen noemde. 'Gegeneraliseerde angststoornis bij een dwangmatige en afhankelijke vrouw' was de DSM-classificatie. Zij schreef een opstel over vrijheid in de natuur (en maakte daarover ook abstracte aquarellen tijdens de creatieve therapie die zij gelijktijdig volgde). 'Laat het op je afkomen' was haar zin en haar lichaamshouding en gelaatsuitdrukking kenmerkten zich door ontspanning en een glimlach. De muziek was een vrolijk-cynisch liedje van Annie M.G. Schmidt. Zodra het mevrouw Driel lukte de 'luchtige houding' aan te nemen, oefende zij verder door een opgeroepen 'tobberig' gevoel weg te drukken met deze luchtige houding. Aan het eind van de behandeling, die ongeveer twintig zittingen in beslag heeft genomen, was mevrouw Driel minder somber en angstig, zonder dat zij overigens luchthartig kon worden genoemd. Ook haar score op de SCL-90 was verbeterd, zij het niet indrukwekkend.

## Beschouwing

Er is een experimentele methode beschreven die bedoeld is om het zelfbeeld te beïnvloeden van patiënten met persoonlijkheidspathologie. Binnen cognitieve gedragstherapie gebruikt men doorgaans gedragsexperimenten om aansluiting te vinden bij de zogenaamde hot cognitions van patiënten. Dikwijls echter zijn juist patiënten met persoonlijkheidspathologie er maar moeilijk toe te bewegen om door hen gekoesterde opvattingen, die zij als 'ik-eigen' beschouwen, in het dagelijks leven met zulke experimenten uit te testen. Als alternatief voor gedragsexperimenten neemt men wel zijn toevlucht tot methoden uit de experiëntiële en Gestaltpsychologie (Beck, 1996; McGinn & Young, 1996). Deze methoden steunen echter noch op empirische, noch op theoretisch-experimentele onderbouwing. Het eerste geldt ook voor de hier beschreven interventie, het tweede niet.

Naast de theoretisch-experimentele achtergrond is er nog een ander belangrijk verschil tussen de Gestalt- en experiëntiële interventies enerzijds en deze beïnvloeding van het zelfbeeld anderzijds. In de eerstgenoemde wordt niet alleen vanwege het ontstaan van persoonlijkheidsproblematiek veel waarde gehecht aan traumatiserende ervaringen in het verleden, men meent ook dat het noodzakelijk is deze ervaringen direct in de behandeling te betrekken. Patiënten moeten de confrontatie aangaan met hun geïnternaliseerde ouders, ze moeten zich vernederende en traumatiserende ervaringen opnieuw voor de geest halen en ze dienen in contact te treden met het kind in hen (Beck, 1996; McGinn & Young, 1996). In de hier beschreven methode wordt weliswaar het belang onderkend van traumatiserende ervaringen voor de ontstaansgeschiedenis van bepaalde opvattingen en attitudes, maar voor het veranderen hiervan worden bij voorkeur goede ervaringen uit heden en verleden gebruikt. Patiënten worden pas gestimuleerd de confrontatie aan te gaan met hun verleden, wanneer dat verleden voor hen nog actueel is, zoals kan blijken uit herbelevingen, preoccupaties en disfunctionele vermijding van herinneringen aan dat verleden. Deze oriëntatie op goede ervaringen en goede eigenschappen komt sterk overeen met een van de uitgangspunten van rationele rehabilitatie. In deze methode, die is bedoeld om chronische patiënten te helpen om zo goed mogelijk te leren leven met hun handicap, wordt gezocht naar topervaringen, die vervolgens worden gebruikt om problematische situaties te deconditioneren. Rationele rehabilitatie lijkt een positief effect te hebben op het zelfbeeld van patiënten (Appelo, 1999).

De experimentele methode die in deze bijdrage is beschreven, is in eerste instantie een contra-conditioneringstechniek. Er wordt immers naar gestreefd om het zelfbeeld te deconditioneren van negatieve opvattingen over zichzelf en vervolgens te herconditioneren aan positieve connotaties. Verondersteld wordt dat door deze procedure zodanig wijzigingen optreden in soort en aard van de associaties binnen het cognitieve netwerk waarin het zelfbeeld is gerepresenteerd, dat specifieke gebeurtenissen, na herconditionering, een anders samengesteld associatief netwerk rondom dat zelfbeeld activeren. Aan de andere kant kan de interventie ook worden beschouwd als een training in copingvaardigheden. De patiënt leert immers om, zodra het negatieve zelfbeeld wordt geactiveerd, deze activatie zelf actief te blokkeren met behulp van lichaamshouding, gelaatsuitdrukking en zelfverbalisaties. Deze kunnen worden beschouwd als cues die de patiënt leert in te zetten om direct zijn zelfbeeld te beïnvloeden. In die zin zijn er overeenkomsten met cue conditionering (Van Dyck &

Spinhoven, 1991) en (opnieuw) met rationele rehabilitatie (Appelo, 1999). Maar in het laatste geval worden uitsluitend externe objecten als cue gebruikt.

De hier beschreven methode is een variant op moderne contra-conditioneringstechnieken zoals die eerder in algemene zin zijn beschreven (Korrelboom & Kernkamp, 1993/1999) en vervolgens voor specifieke stoornissen en problemen als psychotrauma (Korrelboom & Ten Broeke, 1998), paniekaanvallen (Melis & Korrelboom, in voorbereiding) en obsessies (Korrelboom & Melis, in voorbereiding). In de bovenvermelde casuïstiek ging het doorgaans om betrekkelijk milde persoonlijkheidsproblematiek. In ernstiger gevallen zal waarschijnlijk ook van andere interventies gebruik moeten worden gemaakt. Patiënten zullen dan, bijvoorbeeld, eerst moeten worden gestimuleerd om succeservaringen op te doen, of zij zullen een assertiviteitstraining moeten volgen, of zij zullen moeten leren om persoonlijke crises te hanteren of leren hoe zij tot een zinvolle daginvulling kunnen komen. In deze ernstiger gevallen is het waarschijnlijk ook noodzakelijk om de behandeling te intensiveren. Ook in zo'n behandeling kan de interventie ten aanzien van het zelfbeeld echter een centrale rol spelen. Anders dan nu gebruikelijk is kan, bijvoorbeeld, in de muziektherapie en in de psychomotore therapie expliciet worden geoefend met juist die muziek en dié lichaamshouding en gelaatsuitdrukking die het gewenste positieve effect kunnen hebben op het zelfbeeld. Dramatherapie en wellicht ook creatieve therapie kunnen, vertrekkend vanuit de interventie op het zelfbeeld, eveneens meer geïntegreerd worden opgenomen in het behandelplan. Zodra al deze bijkomende interventies leiden tot enige succeservaring, kan worden getracht het zelfbeeld te beïnvloeden langs de hier beschreven weg. Op het ogenblik wordt een onderzoek voorbereid, waarin de methode nader op zijn waarde zal worden getoetst.

---

### **abstract**

*Influencing a negative self-image is one of the most important purposes in the treatment of patients with personality problems. An intervention is described which is based on findings in cognitive science and on behavioral procedures with a proven efficacy. Distinctive is the way in which 'hot cognitions' are called into play. The intervention is described in a step-wise manner and is illustrated with several short case examples. Similarities and differences with other interventions, and possible applications of the protocol within an encompassing treatment package are described.*

## **Referenties**

- Appelo, M. (1999). Rationele rehabilitatie: een pilotstudy. *Gedragstherapie*, 32, 57-69.
- Bayens, F. (1998). Koele witte wijn, als plots de deurbel rinkelt: Referentie en evaluatie versus verwachting en voorbereiding bij Pavloviaans leren. *Gedragstherapie*, 31, 7-49.
- Bayens, F., Eelen, P., & Bergh, O. van den (1990). Contingency awareness in evaluative conditioning: A case for unaware affective-evaluative learning. *Cognition & Emotion*, 4, 3-18.
- Beck, A.T. (1967). *Depression: causes and treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Beck, A.T., & Freeman, A. (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: The Guilford Press.
- Beck, J. (1995). *Cognitive therapy. Basics and beyond*. New York: The Guilford Press.
- Beck, J. (1996). Cognitive therapy of personality disorders. In P.M. Slakovskis (Ed.), *Frontiers of cognitive therapy*. New York: Guilford Press.

- Bem, D.J. (1972). Self-perception theory. In L. Berkowitz (Ed.), *Advances in experimental social psychology*, Vol. 6. New York: Academic Press.
- Bergh, O. van den., & Eelen, P. (1986). Emotie en representatie. In J.W.G. Orlemans, P. Eelen & W.P. Haaijman (red.), *Handboek voor Gedragstherapie*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Clark, D.M. (1986). A cognitive approach to panic. *Behaviour Research & Therapy*, 24, 461-470.
- Dyck, R. van, & Spinhoven, Ph. (1991). Hypnotherapie. In W. Vandereycken, C.A.L. Hoogduin & P.M.G. Emmelkamp (red.), *Handboek psychopathologie, deel 2*. Houten/Antwerpen: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Eelen, P. (1988). Leerpsychologie en gedragstherapie. In J.W.G. Orlemans, P. Eelen & W.P. Haaijman (red.), *Handboek voor Gedragstherapie*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Eelen, P., Bergh, O. van den, & Bayens, F. (1990). Fobieën: leertheorieën. In J.W.G. Orlemans, P. Eelen & W.P. Haaijman (red.), *Handboek voor Gedragstherapie*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Eifert, G.H., Craill, L., Carey, E., & O'Connor, Ch. (1988). Affect modification through evaluative conditioning with music. *Behaviour Research & Therapy*, 26, 321-330.
- Ekman, P. (1989). The argument and evidence about universals in facial expressions of emotions. In H. Wagner & A. Manstead (Eds.), *Handbook of social psychophysiology*. Chichester: Wiley.
- Ekman, P., Levenson, R.W., & Friesen, W.V. (1983). Autonomic nervous system activity distinguishes among emotions. *Science*, 221, 1208-1210.
- Foa, E.B., & Kozak, M.J. (1997). Beyond the efficacy Ceiling? Cognitive behavior therapy in search of a theory. *Behavior Therapy*, 28, 601-611.
- Frijda, N.H. (1986). *The emotions*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Frijda, N.H., & Mesquita, B. (1994). The social roles and functions of emotions. In S. Kitayama & H.R. Markus (Eds.), *Emotion and culture. Empirical studies of mutual influence*. Washington D.C.: American Psychological Association.
- Greenberg, L.S., & Safran, J.D. (1987). *Emotion in psychotherapy*. New York: The Guilford Press.
- James, W. (1890/1992). *De hoofdsom van de psychologie. Een selectie uit de Principles of Psychology, samengesteld door Douwe Draaisma*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Korrelboom, C.W., & Broeke, E. ten (1998). Trauma, geheugen en contra-conditionering van de UCS-representatie. *Directieve Therapie*, 18, 217-236
- Korrelboom, C.W., & Kernkamp, J.H.B. (1993/1999). *Gedragstherapie. Basiskennis voor de praktijk van de psychotherapie*. Muiderberg/Bussum: Coutinho.
- Korrelboom, C.W., & Kernkamp, J.H.B. (1996). Over standaardbehandelingen en de praktische waarde van referentiële associaties. *Gedragstherapie*, 29, 253-267.
- Korrelboom, C.W., & Melis, P. (in voorbereiding). De behandeling van obsessief-compulsieve stoornis. In E. ten Broeke & C.W. Korrelboom (red.), *Geïntegreerde gedragstherapie. Behandelprotocollen*. Bussum: Coutinho.
- Korrelboom, C.W., Melis P., & Winter, E. (1998). Glastra, Konings en de Vries; niet Houtman en van Boere. Evaluatief/referentieel leren en de behandeling van dwangstoornis. *Gedragstherapie*, 31, 67-87.
- Laird, J.D. (1974). Self-attribution of emotion: The effects of expressive behavior on the quality of emotional experience. *Journal of Personality and Social Psychology*, 29, 475-486.
- Lang, P.J. (1985). The cognitive psychophysiology of emotion: fear and anxiety. In A.H. Tuma & J.D. Maser (Eds.), *Anxiety and the anxiety disorders*. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Lang, P.J. (1988). Fear, anxiety and panic: context, cognition and visceral arousal. In S. Rachman & J.D. Maser (Eds.), *Panic: psychological perspectives*. Hillsdale N.J.: Erlbaum.
- Lange, A., Richard, R., Gest, A., Vries, M. de, & Lodder, L. (1998). The effects of positive self-instruction: a controlled trial. *Cognitive Therapy & Research*, 22, 225-236.
- Lange, A., Richard, R., Kiestra, J., & Oostendorp, E. van (1997). Cognitive treatment through positive self-verbalization: a multiple case study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 25, 161-171.
- Lazarus, R.S. (1991). *Emotion and adaptation*. New York: Oxford University Press.
- Levey, A.B., & Martin, I.M. (1987). Evaluative conditioning; A case for hedonic transfer. In H.J. Eysenck & I.M. Martin (Eds.), *Theoretical foundations of behavior therapy*. New York: Plenum Press.
- Mandler, G. (1984). *Mind and body*. New York: Norton.
- McGinn, L.K., & Young, J. (1996). Schema-focussed therapy. In P.M. Salkovskis (Ed.), *Frontiers of cognitive therapy*. New York: Guilford Press.

- Meichenbaum, D., & Cameron, R. (1975). The clinical potential of modifying what clients say to themselves. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 11, 103-117.
- Melis, P., & Korrelboom, C.W. (in voorbereiding). De behandeling van paniekstoornis en agorafobie. In E. ten Broeke & C.W. Korrelboom (red.), *Geïntegreerde gedragstherapie. Behandelprotocollen*. Bussum: Coutinho.
- Oei, T.P.S., Llamas, M., & Devilly, G.J. (1999). The efficacy and cognitive processes of cognitive behaviour therapy in the treatment of panic disorder with agoraphobia. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 27, 63-88.
- Orlemans, J.W.G., Eelen, P., & Hermans, D. (1995). *Inleiding tot de gedragstherapie*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Padesky, Ch. A. (1994). Schema change processes in cognitive therapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 1, 267-278.
- Pretzer, J.L., & Beck, A.T. (1996). A cognitive theory of personality disorders. In J.F. Clarkin & M.F. Lenzenweger (Eds.), *Major theories of personality disorder*. New York: The Guilford Press.
- Rescorla, R.A., & Wagner, A.R. (1972). A theory of Pavlovian conditioning: variations in the effectiveness of reinforcement and non-reinforcement. In A. Black & W.F. Prokasy (Eds.), *Classical conditioning II: current research and theory*. New York: Appleton, Century, Crofts.
- Singer, J.L. (1974). *Imagery and daydream methods in psychotherapy and behavior modification*. New York: Academic Press.
- Smeijsters, H., Wijzenbeek, G., & Nieuwenhuijzen, N. van (1995). De relatie tussen muziekfragmenten en waardegebieden in de receptieve muziektherapie met depressieve patiënten. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 37, 582-594.
- Teasdale, J.D. (1996). Clinically relevant theory: integrating clinical insight with cognitive science. In P.M. Salkovskis (Ed.), *Frontiers of cognitive therapy*. New York: Guilford Press.
- Velten, E. (1968). A laboratory task for induction of mood states. *Behaviour Research & Therapy*, 6, 473-482.
- Vitousek, K.M. (1996). The current status of cognitive-behavioral models of anorexia nervosa and bulimia nervosa. In P.M. Salkovskis (Ed.), *Frontiers of cognitive therapy*. New York: Guilford Press.
- Young, J.E. (1994). *Cognitive therapy for personality disorders: a schema-focussed approach*. Sarasota, FL: Professional Resource Press.