

GEDRAGSTHERAPIE

*Tijdschrift voor gedragstherapie
& cognitieve therapie*



JAARGANG 52 **NUMMER 2** JUNI 2019

Het tijdschrift *Gedragstherapie* wordt uitgegeven door Uitgeverij Boom in opdracht van Stichting Tijdschrift voor Gedragstherapie, waarin participeren de Vereniging voor Gedragstherapie en Cognitieve Therapie en de Vlaamse Vereniging voor Gedragstherapie. Het tijdschrift verschijnt viermaal per jaar: in maart, juni, september & december

Doelstelling

Tijdschrift *Gedragstherapie* heeft als doelstelling het publiceren van wetenschappelijk onderzoek (inclusief psychometrisch onderzoek), theoretische artikelen, literatuuroverzichten, case-studies en boekbesprekingen op het gebied van cognitieve gedragstherapie.

Redactie

Sarah Bal
Paul Boelen (*hoofdedacteur*)
Elise Debeer
Robert Didden
Idith Lavy
Sandra Mulkens
Marleen Rijkeboer
Elske Salemink
Janneke Wolters (*redactiesecretaris*)

Redactieadres

Suikerplein 65
1013 CJ Amsterdam
redactie@tijdschriftgedragstherapie.nl

Website

www.tijdschriftgedragstherapie.nl
tvg.boomtijdschriften.nl

Uitgever

Uitgeverij Boom
Postbus 15970, 1001 NL Amsterdam

Advertenties

klantenservice@boompsychologie.nl

Typografische verzorging

LINE UP boek en media bv, Groningen (opmaak)
René van der Vooren, Amsterdam (basisontwerp)

© 2019

Boom uitgevers Amsterdam /
Stichting Tijdschrift voor Gedragstherapie

Abonnementenadministratie

Uitgeverij Boom
Postbus 15970, 1001 NL Amsterdam
(020) 520 0120
abonnementen@bua.nl

Abonnementen

Leden en deelnemers van de VGCT en van de VVGT ontvangen *Gedragstherapie*, inclusief toegang tot het digitale archief, als onderdeel van hun lid- of deelnemerschap. Voor de actuele prijzen en mogelijke abonnementsvormen, zie: www.tijdschriftgedragstherapie.nl.

Abonnementenwetgeving

Vanwege de aard en inhoud van de uitgave wordt u geacht het abonnement in het kader van uw beroep of bedrijf te ontvangen en niet als consument op te treden in de zin van de artikelen art. 236 en 237 boek 6 BW. Mocht dit anders zijn, dan bent u gehouden dit binnen één maand na abonneren per e-mail, telefonisch, schriftelijk of anderszins bij de abonnementenadministratie van de uitgever aan te geven.



.....

Ik hoop dat u genoten hebt van het vorige nummer, waarin we uitgebreid aandacht besteedden aan de netwerktheoretische benadering van allerlei probleemgebieden. Het doet mij plezier het tweede nummer van 2019 bij u te introduceren. Een nummer met weer een heel ander soort inhoud en met aandacht voor diverse doelgroepen.

Marjolein van Wijk-Herbrink deed samen met haar collega's David Bernstein, Nick Broers, Jeffrey Roelofs, Marleen Rijkeboer en Arnoud Arntz onderzoek naar de relatie tussen zogenoemde 'maladaptieve schema's' uit de schematherapie van Young en gedragsproblemen bij jongeren. De auteurs laten op basis van zowel onderzoeksgegevens als een casus overtuigend zien dat schematherapie een veelbelovende benadering is voor deze problemen.

In het tweede artikel besteden Ingrid van de Ven en Harry van Els aandacht aan cognitieve gedragstherapie bij beginnende dementie. Met een casus wordt geïllustreerd waar mensen na de diagnose dementie mee te maken kunnen krijgen. Daarnaast wordt geschetst hoe CGT kan worden ingezet om de persoon met dementie en zijn of haar naaste te ondersteunen.

Elise Bennik, Klaske Glashouwer, Renate Neimeijer, Hermien Elgersma en Peter de Jong deden onderzoek naar een online positiefpsychologische interventie voor jongeren. Zij beschrijven in hoeverre oefeningen gericht op zelfcompassie, uitingen van dankbaarheid en bewustwording van eigen sterke eigenschappen van invloed waren op diverse aspecten van welbevinden, waaronder positief en negatief affect, verschijnselen van eetstoornissen en andere psychopathologie.

Melanie Schellekens, Marije Wolvers, Félix Compen, Else Bisseling en Marije van der Lee doen, in het vierde en laatste artikel, verslag van de effecten van online mindfulness-based cognitieve therapie bij mensen met kanker. Het artikel vat twee indrukwekkende gerandomiseerde gecontroleerde trials samen waarin eveneens indrukwekkende effecten op vermoeidheid en psychische klachten bij en na kanker zijn gevonden.

Al met al een mooi divers nummer, met grote en kleinere studies – en allemaal op hun eigen manier relevant voor ons werk als cognitief gedragstherapeut. In ons volgende nummer komen we terug bij de uitwisseling over de grondslag van de cognitive gedragstherapie. Op een bepaald moment houden we daar ook weer over op, maar nu valt er nog best wat over te zeggen. Er zijn vast ook wel andere ontwikkelingen in het veld waar een forumbijdrage over te schrijven is ... Diverse zorgstandaarden en generieke modules naderen hun afronding; sommige worden al geïmplementeerd. Hebt u al ervaringen

gen opgedaan die voor ons praktiserend CGT-lezerspubliek interessant zijn? Kritische noten te kraken? Enfin, u weet ons te vinden.

114

Tot slot meld ik dat onze redactie afscheid neemt van Idith Lavy. Idith was het langstzittende lid van de huidige redactie. Bijna zo'n vijftien jaar heeft Idith veel bijdragen voor ons gereviewd. Met een constructieve pen bewaakte zij dat onze stukken voldoende informatief waren voor de praktiserende gedragstherapeut. We zijn blij met de belangrijke bijdrage die zij aan ons tijdschrift heeft geleverd. Bedankt Idith!

Paul Boelen
Hoofredacteur

Jongeren met gedragsproblemen¹

Schematherapie en behandelfocus

MARJOLEIN VAN WIJK-HERBRINK, DAVID BERNSTEIN, NICK BROERS,
JEFFREY ROELOFS, MARLEEN RIJKEBOER & ARNOUD ARNTZ

Samenvatting

Jongeren met gedragsproblemen krijgen vaak afwijzende of bestraffende reacties op hun gedrag, terwijl hun gedrag juist voortkomt uit ervaringen met onverbondenheid en afwijzing (vicieuze cirkel). Dit blijkt uit een recent wetenschappelijk onderzoek (van Wijk-Herbrink et al., 2018), waarbij in een steekproef van 699 jongeren de verbanden zijn onderzocht tussen vroege onaangepaste schema's, coping, schemamodi en gedragsproblemen. Aan de hand van een casus geven wij hier een vertaling van dit onderzoek naar de klinische praktijk. We concluderen dat de behandelfocus voor jongeren met gedragsproblemen moet liggen op onderliggende schema's en bijbehorende behoeften aan verbondenheid en acceptatie, en op de schemamodi die door deze schema's worden geactiveerd. Schematherapie is een veelbelovende behandeling voor deze doelgroep. In de discussie geven we aan de hand van de casus enkele voorbeelden en illustraties van schematherapeutische technieken.

Trefwoorden: schematherapie, gedragsproblemen, behandelfocus, jongeren

1 Dit artikel is een Nederlandstalige bewerking van een eerder gepubliceerd Engelstalig artikel van dezelfde auteurs (van Wijk-Herbrink et al., 2018).

INLEIDING

116

Jasper is een jongen van 16 jaar, die in zijn kindertijd mishandeld is door zijn vader. Zelf gebruikt hij ook regelmatig geweld. Hij is geneigd andermans woorden en gedrag te interpreteren als een vernedering of aanval, waarop hij heel boos wordt en agressief gedrag laat zien. Het is moeilijk om Jasper te overtuigen van de goede bedoelingen van een ander.

Een casus als bovenstaande wordt veel gezien in de jeugdzorg. De vraag is vaak: Waar moet de behandeling zich op focussen? Op het veranderen van het gedrag door middel van 'straffen en belonen'? Op het aanleren van andere vaardigheden om met boosheid om te gaan (coping)? Op het veranderen van cognities die ten grondslag liggen aan het gedrag (zoals de cognitie 'anderen vernederen mij')? Of op de traumatische herinneringen aan de mishandeling in de kindertijd?

Inherent aan de problematiek van jongeren met gedragsproblemen is dat ze vaak niet openstaan voor behandeling. Jasper bijvoorbeeld gaf in therapie vaak aan dat hij zelf geen problemen ervoer, dat hij geen therapie nodig had en dat hij geen last had van zijn verleden. Dit gebrek aan motivatie maakt dat men al snel terugvalt op een focus op gedrag, want daar is de medewerking van de jongere niet per se bij nodig. Behandeling van deze jongeren is vaak geënt op een beloningssysteem voor positief gedrag, maar dat is bijna altijd gekoppeld aan het bestraffen van negatief gedrag, want daarmee krijgt de jongere de beloning niet of wordt deze zelfs onbereikbaar. Het risico van een focus op gedrag is dat deze weinig ruimte biedt voor de emoties en overtuigingen die dat gedrag aansturen. Uitingen van boosheid worden bijvoorbeeld vaak ingeperkt of bestraft, zeker wanneer een jongere bekend is met agressieregulatieproblematiek. Schematherapie (Young, Klosko, & Weishaar, 2005) verbindt gedragsproblemen met onderliggende emoties en overtuigingen, waarbij gekeken wordt naar hoe en waarom die zijn veranderd in de persoonlijkheid van de jongere.

De theorie achter schematherapie (Young et al., 2005) stelt dat negatieve ervaringen in de kindertijd kunnen leiden tot het ontstaan van vroege, onaangepaste schema's. In tegenstelling tot de schema's van Beck (1976), de grondlegger van de cognitieve gedragstherapie, zijn deze schema's van Young niet alleen cognities, maar bevatten zij ook emoties, herinneringen en lichamelijke sensaties. Jasper heeft door de mishandelingen in zijn kindertijd het schema Wantrouwen/Misbruik ontwikkeld: de overtuiging dat anderen hem opzettelijk zullen benadelen. Dit schema kan getriggerd worden door wat een ander zegt of doet, waarbij de herinneringen aan de mishandelingen, inclusief de oude emoties en lichamelijke sensaties, geactiveerd worden. 'Zie je wel, niemand is te vertrouwen en ik word weer benadeeld,'

gaat er door zijn hoofd, waarop hij de aanval inzet. Die aanval kan gezien worden als Jaspers manier van coping met de activatie van zijn schema Wantrouwen/Misbruik. Volgens Young zijn er drie disfunctionele manieren van coping met geactiveerde schema's: overgave, vermijding en overcompensatie. Jaspers aanval valt onder overcompensatie, in tegenstelling tot het zich laten gebruiken of misbruiken, zoals bij coping met overgave het geval kan zijn. Een voorbeeld van vermijding in reactie op dit schema is dat iemand erg terughoudend is met het geven van informatie over zichzelf, uit angst dat die tegen hem gebruikt gaat worden. Zo kunnen schema's, afhankelijk van de copingreactie, een andere uitwerking hebben. Er wordt verondersteld dat unieke combinaties van schema's en copingreacties leiden tot schemamodi (zie ook: Rijkeboer, 2015). Een schemamodus (meervoud: schemamodi) is een gemoedstoestand die op een bepaald moment iemands emoties, gedachten en gedrag domineert. Schemamodi worden ook wel 'kanten van iemand' genoemd. Zo is er bijvoorbeeld een kant van Jasper die agressief gedrag vertoont, maar er is ook een kant van hem die zich heel eenzaam en angstig voelt.

Tabel 1 toont een uitwerking van de theorie dat schema's en copingreacties samen tot verschillende modi en bijbehorend gedrag leiden. De relaties tussen schema's, coping en modi zijn bevestigd in een wetenschappelijk onderzoek onder een grote groep volwassenen (Rijkeboer & Lobbestael, 2012). Dit onderzoek liet zien dat copingreacties een *mediërende* rol hebben in de relatie tussen schema's en schemamodi. Deze mediatie betekent dat een bepaald schema een copingreactie oproept, en dat deze reactie vervolgens leidt tot een schemamodus (zie figuur 1). Als dit het geval blijkt te zijn, is het wellicht logisch om een psychologische behandeling van probleemgedrag, dat bij de schemamodi hoort, meer te richten op de schema's en onderliggende basisbehoeften dan op de coping. De schema's houden immers de disfunctionele coping in stand, en zijn daarmee van invloed op het gedrag.

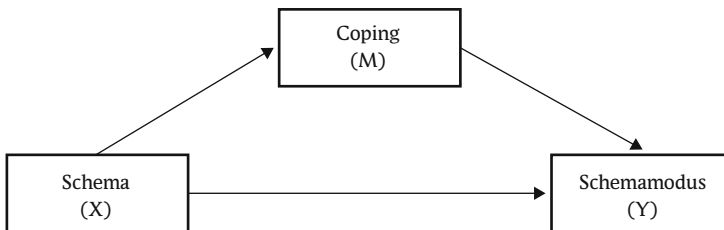
Men kan echter ook verwachten dat coping niet, of niet alleen, een medierende rol heeft in de relatie tussen schema's en schemamodi, maar dat er (ook) sprake is van een *modererende* rol. Moderatie wil in dit geval zeggen dat het afhangt van de copingreactie of, en in welke mate, het schema een effect heeft op de schemamodus (figuur 2). Dit zou een grotere behandelfocus op de coping impliceren dan in het geval van mediatie. Ook een combinatie van mediatie en moderatie, zogeheten 'gemodereerde mediatie', behoort tot de mogelijkheden: het effect van het schema op coping, en via de coping op de schemamodus, is dan afhankelijk van die (mate van) disfunctionele coping (figuur 3).

TABEL 1 *Theoretische relaties tussen schema's, coping en schemamodi*

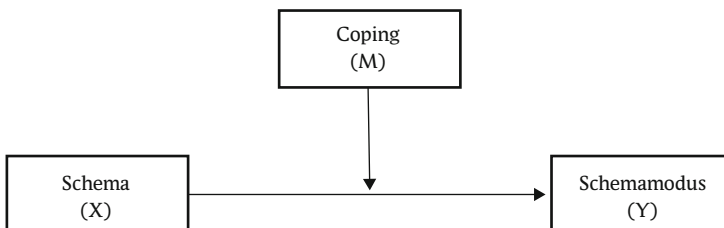
118

Schema	Copingreactie	Schemamodi	Gedrag
Verlating	Overgave	Kwetsbaar kind	Je eenzaam en verloren voelen
	Vermijding	Afstandelijke beschermer OF Gedweë gehoorzame	Geen intieme relaties aangaan Overmatig zorgen voor anderen
	Overcompensatie	Boos kind	Schreeuwen als je ook maar denkt dat je in de steek gelaten wordt
Wantrouwen/ misbruik	Overgave	Kwetsbaar kind	Je afhankelijk opstellen van een mishandelende partner
	Vermijding	Afstandelijke beschermer OF Gedweë gehoorzame	Niemand vertrouwen, niks over jezelf vertellen Heel alert zijn dat je een ander niet boos maakt
	Overcompensatie	Boos kind OF Pest en aanval	In woede uitbarsten bij (vermeend) onrecht Anderen misbruiken of aanvallen
Emotionele deprivatie	Overgave	Kwetsbaar kind	Niet om hulp of steun vragen
	Vermijding	Afstandelijke beschermer	Contacten uit de weg gaan, dagdromen
	Overcompensatie	Boos kind	Emotioneel veeleisend zijn
Sociale isolatie	Overgave	Kwetsbaar kind	Focussen op verschillen in plaats van op overeenkomsten met anderen
	Vermijding	Afstandelijke beschermer	Groepen mensen uit de weg gaan
	Overcompensatie	Boos kind	Terechte exclusie niet accepteren

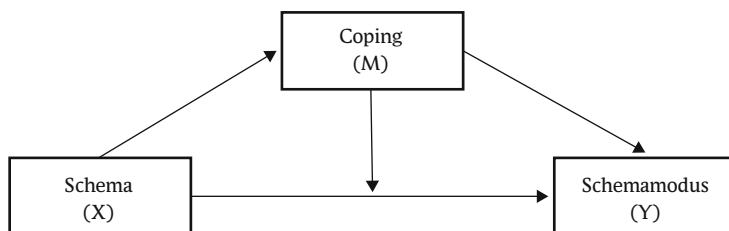
Schema	Copingreactie	Schemamodi	Gedrag
Tekortkomen	Overgave	Kwetsbaar kind OF Straffende ouder	Jezelf schuldig voelen en je schamen Overmatig kritisch zijn op jezelf of jezelf straffen omdat je faalt
	Vermijding	Afstandelijke beschermer	Emotioneel geïnhibeed zijn
	Overcompensatie	Boos kind OF Zelfverheerlijker	Anderen uitfoeteren om hun tekortkomingen Overdreven zelfvertrouwen tentoonstellen, je superieur voordoen



FIGUUR 1 Mediatie (stap 1). Een schema roept een copingreactie op, en die copingreactie leidt op haar beurt tot een schemamodus.



FIGUUR 2 Moderatie (stap 2). Een schema activeert, afhankelijk van de copingreactie, een specifieke schemamodus.



FIGUUR 3 *Gemodereerde mediatie (stap 3). Een schema roept een copingreactie op, en de copingreactie leidt tot een schemamodus. De mate waarin het schema de schemamodus activeert, is ook afhankelijk van de (intensiteit van) de copingreactie.*

In onderhavig onderzoek hebben wij geprobeerd de resultaten van de studie van Rijkeboer en Lobbestael (2012) te repliceren (mediatie). Daarnaast wilden we ook onderzoeken of de hypothesen met betrekking tot moderatie en gemodereerde mediatie standhouden. Daarom hebben we drie verschillende modellen getest voor de relaties tussen schema's, coping en schemamodi: een model voor mediatie (stap 1), een model voor moderatie (stap 2) en een model voor gemodereerde mediatie (stap 3). Bovendien wilden we weten hoe de constructen uit de schematherapie, dus schema's, coping en schemamodi, verband houden met internaliserende en externaliserende gedragsproblemen. Onze hypothese was dat bepaalde schema's kunnen leiden tot gedragsproblemen via coping en schemamodi (zie figuur 4). De resultaten van dit onderzoek kunnen bijdragen aan de vraag op welke elementen de behandeling van gedragsproblemen bij jongeren moet focussen. In de discussieparagraaf van dit artikel gaan we daar verder op in en geven we praktijkvoorbeelden aan de hand van de casus Jasper.

METHODE

Hieronder worden de deelnemers, procedure, instrumenten en statistische analyses van deze studie beknopt besproken. Voor details wordt verwezen naar het oorspronkelijke artikel (van Wijk-Herbrink et al., 2018).

Deelnemers en procedure

In totaal hebben aan dit onderzoek 699 jongeren meegedaan. Zij vormden een gecombineerde steekproef van jongeren met ernstige gedragsproblemen, die verbleven in de JeugdzorgPlus (gesloten jeugdzorg), en van jongeren die waren gerekruteerd op een reguliere, middelbare school. Door deze groepen jongeren te combineren, konden we bij de statistische analy-

ses profiteren van een grotere steekproef en ontstond er meer variatie in de constructen (die in beide groepen voorkomen, maar die in de klinische groep over het algemeen ernstiger zijn dan in de algemene groep). De relaties tussen deze groepen worden verondersteld hetzelfde te zijn: wanneer schema's getriggerd worden, reageert men met een bepaalde copingstijl, waardoor bepaalde schemamodi ontstaan.

De klinische steekproef bestond uit 122 jongeren (70 jongens en 52 meisjes). Zij waren tussen de 12 en 18 jaar oud ($M = 15,5$; $SD = 1,2$) en hadden voornamelijk de Nederlandse nationaliteit (84%). De meest voorkomende DSM-IV-diagnoses (APA, 2000) waren disruptieve gedragsstoornis (ODD/CD; 67%), persoonlijkheidsstoornis in ontwikkeling of trekken van een persoonlijkheidsstoornis (58%), stoornis in middelenmisbruik (31%), aandachtstekort-/hyperactiviteitsstoornis (ADHD; 26%), autismespectrumstoornis (ASS, 19%), posttraumatische-stressstoornis (PTSS; 17%), reactieve hechtingsstoornis (17%) en stemmingsstoornissen (14%).

De 'algemene' steekproef bestond uit 577 jongeren (242 jongens en 335 meisjes). Zij waren tussen de 11 en 18 jaar oud ($M = 14,4$; $SD = 1,7$) en hadden bijna allemaal de Nederlandse nationaliteit (98%). Alle procedures zijn getoetst en goedgekeurd door de ethische commissie van de Universiteit van Maastricht.

Instrumenten

Schema's — Schema's werden gemeten met de Schemavragenlijst voor Jongeren (van Vlierberghe, Rijkeboer, Hamers, & Braet, 2004). Deze vragenlijst representeert de 15 schema's van Young, waarvan wij voor deze studie alleen de vijf schema's binnen het domein Onverbondenheid en Afwijzing hebben gebruikt. De schema's in dit domein vinden hun oorsprong in problemen met de gehechtheid in de vroege kindertijd. Het gaat om de schema's Verlating (de verwachting dat belangrijke anderen je in de steek zullen laten), Wantrouwen/Misbruik (de verwachting dat anderen je opzettelijk zullen benadelen), Emotioneel tekort (de verwachting dat anderen je op emotioneel gebied nooit zullen geven wat je nodig hebt), Sociale isolatie (de verwachting dat je nergens bij hoort) en Tekortschieten/schaamte (de verwachting dat je minderwaardig of ongewenst bent). Elk schema wordt gerepresenteerd door vijf items. De jongeren geven op een zespunts-likert-schaal aan in welke mate het betreffende item op hen van toepassing is (1 = helemaal niet waar, tot 6 = helemaal waar).

Schema coping — De Schema Coping Vragenlijst (Rijkeboer, Lobbestael, Arntz, & van Genderen, 2010) bestaat uit 12 items die op een zevenpunts-schaal werden beoordeeld door de jongeren (1 = helemaal oneens, tot 7 = helemaal eens). De items representeren de drie copingstijlen Overgave, Vermijding en Overcompensatie.

Schemamodi — Voor het meten van schemamodi gebruikten we de versie met 80 items van de Schema Modi Vragenlijst (Lobbestael, van Vreeswijk, Spinhoven, Schouten, & Arntz, 2010). De jongeren beoordeelden de frequentie van de items op een zespunts-likertschaal, lopend van 1 (nooit of bijna nooit) tot 6 (altijd). We gebruikten de schemamodi die in eerdere factoranalyses (Keulen-de Vos et al., 2015; van Wijk-Herbrink, Roelofs et al., 2017) bleken te laden op hogere-ordefactoren internaliserende modi (de modi Verlaten kind, Eenzaam kind, Straffende ouder, Gedweë gehoorzame en Afstandelijke beschermer) en externaliserende modi (de modi Boos kind, Woedend kind, Impulsief kind, Ongedisciplineerd kind en Pest en Aanval). Daarnaast gebruikten we ook de score op de modus Zelfverheerlijker.

Gedragsproblemen — Deelnemers aan deze studie vulden de Nederlandse versie van de Youth Self Report in (Verhulst & van der Ende, 2013). De schalen internaliserende problemen en externaliserende problemen bestaan elk uit 32 items, die worden gescoord als 0 (helemaal niet), 1 (een beetje of soms) of 2 (duidelijk of vaak).

Statistische analyses — We volgden vier stappen om de relaties tussen schema's, coping, schemamodi en gedragsproblemen te verhelderen. In stap 1 testten we mediatiemodellen (zie figuur 1) om de resultaten van Rijkeboer en Lobbestael (2012) te repliceren. In stap 2 testten we moderatiemodellen (zie figuur 2), met dezelfde combinaties van schema's, coping en schemamodi als in stap 1. Als we bewijs vonden voor beide modellen in stap 1 en 2, testten we vervolgens geïntegreerde modellen van gemodereerde mediatie (zie figuur 3). In stap 4 testten we de relaties tussen het schemadomein Onverbondenheid en Afwijzing, coping, schemamodi en gedragsproblemen (zie figuur 4). Voor alle analyses gebruikten we de PROCESS-macro (Hayes, 2013) voor SPSS.

Vanwege het grote aantal analyses hebben we het significantieniveau bijgesteld naar 0,001 (op basis van de *experiment-wise error*; Maxwell, 1992). Hoewel dit een streng significantieniveau is, is de steekproefgrootte groot genoeg om het aan te houden en toch voldoende power te hebben om kleine effecten te ontdekken.

RESULTATEN

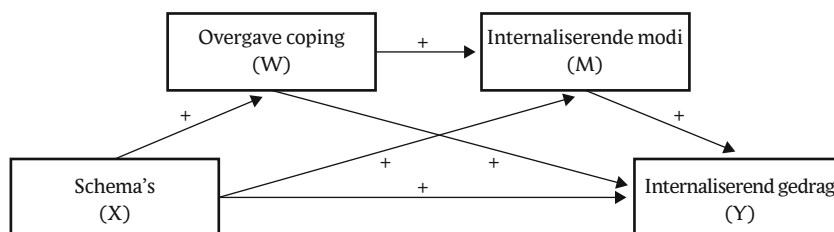
.....

Hieronder volgt een samenvatting van de resultaten (voor meer details zie: van Wijk-Herbrink et al., 2018). Bij alle getoetste relaties tussen specifieke schema's en schemamodi werd bewijs gevonden voor mediatie door coping (stap 1), terwijl bewijs voor een modererende rol van coping (stap 2) slechts in de helft van de getoetste relaties werd gevonden. In die gevallen werd, met één uitzondering, ook bewijs voor een complexere rol van coping ge-

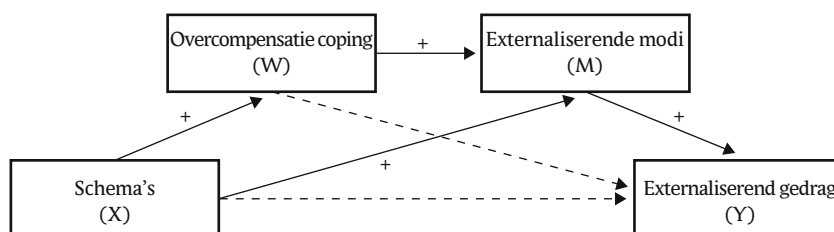
vonden (gemodereerde mediatie; stap 3). Over het algemeen is het bewijs voor mediatie dus het sterkst: schema's lokken een copingreactie uit, en die copingreactie leidt vervolgens tot een schemamodus. Vertaald naar de casus Jasper kan dat het volgende inhouden: wanneer het schema Wantrouwen/misbruik bij Jasper getriggerd wordt, lokt dat bij hem een overcompenserende reactie uit, welke de kant van hem die schreeuwt en scheldt, activeert.

In stap 4 keken we naar de relaties tussen schema's van Onverbondenheid en Afwijzing, coping, schemamodi en gedragsproblemen. De resultaten laten zien dat die schema's leidden tot zowel internaliserende als externaliserende gedragsproblemen. Daarbij liep het pad naar internaliserende problemen via overgavecoping en internaliserende modi, terwijl het pad naar externaliserende gedragsproblemen liep via overcompensatiecoping en externaliserende modi. De modi droegen het meeste bij aan de relatie tussen schema's en gedragsproblemen (meer dan de coping). Deze bevindingen suggereren dat schemamodi een grotere rol spelen bij het optreden van gedragsproblemen dan coping, wat impliceert dat de focus van behandeling naast de schema's eerder op de schemamodi dan op de coping zou moeten liggen.

(a) Internaliserende gedragsproblemen



(b) Externaliserende gedragsproblemen



FIGUUR 4 Model (stap 4) voor de relaties tussen het schemadomein Onverbondenheid en afwijzing op internaliserende gedragsproblemen (a) en externaliserende gedragsproblemen (b) via coping en schemamodi. Statistisch significante, positieve coëfficiënten ($< 0,001$) zijn aangegeven met +; stippellijnen representeren niet-significante coëfficiënten.

DISCUSSIE

124

.....

Met deze studie wilden we de theoretische relaties tussen concepten uit de schematherapie en gedragsproblemen verder analyseren. Enerzijds om te onderzoeken of de theorie achter schematherapie ook valide is bij jongeren, anderzijds om iets te kunnen zeggen over de focus van behandeling bij jongeren met gedragsproblemen. Uit de resultaten blijkt dat schema's bij jongeren – net als bij volwassenen – drie soorten copingreacties kunnen uitlokken, die op hun beurt elk weer leiden tot specifieke schemamodi (mediatie). Er werd beduidend minder steun voor het moderatiemodel gevonden. Daarnaast was een belangrijke bevinding dat zowel internaliserende als externaliserende gedragsproblemen een gezamenlijke oorsprong kennen in schema's van Onverbondenheid en Afwijzing, waarbij vooral de schemamodi een belangrijke mediërende rol spelen. De beide typen gedragsproblemen hebben een verschillende uitingsvorm, met voor beide typen specifieke gemoedstoestanden ofwel modi, maar er liggen identieke schema's en dus on vervulde basisbehoeften aan ten grondslag (namelijk behoefte aan verbondenheid en acceptatie). Deze resultaten suggereren dat er in de behandeling tegemoet moet worden gekomen aan die behoeften, wat haaks staat op de puur gedragsmatige aanpak die vaak wordt gehanteerd. Ook het negeren, wegsturen of isoleren van een jongere die boosheid uit, past niet binnen deze bevindingen. Sterker nog, zulke reacties op boosheid zullen eerder de schema's van Onverbondenheid en Afwijzing versterken, waardoor het probleemgedrag juist kan verergeren. Het isoleren, negeren of op andere wijze bestraffen van jongeren bij ongewenst gedrag zou vervangen moeten worden door een betrokken en accepterende houding, waarbij er zo veel mogelijk nabijheid wordt geboden aan de jongere. Dit wil overigens niet zeggen dat als de jongere (sociale) regels blijft overtreden, er geen ruimte is voor het verbinden van consequenties aan negatief gedrag. Duidelijke regels en grenzen opgelegd krijgen is immers ook een basisbehoefte, maar dient wel op passende en empathische wijze te gebeuren.

Middels het bieden van verbondenheid en acceptatie worden ook de gezonde modi van de jongere versterkt, wat een positief effect heeft op prosociaal gedrag (Schilder, van Wijk-Herbrink, Groenman, & van den Hoofdakker, 2019). Dit past in een recente beweging waarbij positieve psychologie wordt geïntegreerd in schematherapie, met een focus op gezonde schema's en schemamodi (Bernstein et al., 2019; Louis, Wood, & Lockwood, 2018).

Hoewel we concluderen dat de focus van behandeling van jongeren met gedragsproblemen zou moeten liggen op de schemamodi en schema's (en bijbehorende basisbehoeften), betekent dit uiteraard niet automatisch dat schematherapie ook effectief is bij deze doelgroep. Nader onderzoek zal dit moeten uitwijzen. Er is al veel bewijs voor de effectiviteit van schematherapie bij volwassenen met persoonlijkheidsstoornissen (Jacob & Arntz, 2013;

Masley, Gilanders, Simpson, & Taylor, 2012; Sempértegui, Karreman, Arntz, & Bekker, 2013), ook als het gaat om forensische patiënten met antisociaal gedrag (Bernstein et al., 2018). Onder jongeren zijn er tot dusver twee pilotonderzoeken uitgevoerd, waarbij voorlopig bewijs werd gevonden voor de effectiviteit van schematherapie bij zowel internaliserende problemen (Roelofs et al., 2016) als externaliserende problemen (van Wijk-Herbrink, Broers, Roelofs, & Bernstein, 2017).

Oorspronkelijk kende schematherapie een focus op de schema's van de cliënt, maar voor cliënten met zwaardere (persoonlijkheids)problematiek is de modusgerichte benadering ontwikkeld (Young et al., 2005). Young en collega's beschrijven dat een aanpak uitsluitend gericht op schema's bij zulke cliënten kan vastlopen, bijvoorbeeld omdat de vermijdende of overcompenserende reacties onvoldoende doorbroken kunnen worden, en er dus geen toegang verkregen wordt tot de onderliggende schema's. Ook kan een cliënt blijven hangen in een te kritische houding naar zichzelf (modus Kritische ouder). Een andere reden kan zijn dat de cliënt forse stemmingswisselingen laat zien (wat geïnterpreteerd kan worden als een snelle wisseling van modi), die steeds weer om een andere benadering vragen. Bij jongeren met ernstige gedragsproblemen is er vaak sprake van complexe en vastgeroeste problematiek, waarop de modusgerichte benadering beter aansluit. Bovendien is onze klinische ervaring dat jongeren het concept van schemamodi beter begrijpen dan het abstractere concept van schema's. Zij herkennen allemaal dat zij verschillende kanten hebben, die elk op hun eigen manier denken, voelen en doen.

Hoewel we bij jongeren eerder een modusgerichte benadering hanteren dan een schemagerichte benadering, richt de behandeling zich eveneens op de onderliggende schema's en bijbehorende basisbehoeften. Schemamodi kunnen immers worden gezien als een actieve vorm van onderliggende schema's, en in de behandeling wordt altijd teruggegrepen op de behoeften en ervaringen in de kindertijd die hieraan ten grondslag liggen. Ook bij een modusgerichte benadering is het doel dus om niet alleen schemamodi, maar ook onderliggende schema's te bewerken. Een recente studie heeft laten zien dat de modusgerichte benadering inderdaad ook veranderingen teweegbrengt op het niveau van schema's (Bernstein et al., 2018).

Terug naar de casus Jasper die we aan het begin van dit artikel presenteerden. Als de focus van zijn behandeling moet liggen op zijn schema's en schemamodi, moeten we eerst onderzoeken welke schema's en schemamodi dat zijn. Laten we beginnen bij de modi, want die zijn het meest concreet. Jaspers agressieve gedrag kunnen we labelen als zijn modus Pest en aanval, en zijn boosheid als zijn modus Boos kind. Waarschijnlijk is zijn agressie een (overcompenserende) reactie op het idee vernederd of aangevallen te worden, waarbij vermoedelijk emoties van schaamte en angst een rol spelen. Deze emoties horen bij zijn modus Kwetsbaar kind. Onderliggend schema

is de overtuiging dat anderen hem expres zullen vernederen, gebruiken of aanvallen (schema Wantrouwen/Misbruik). Waarschijnlijk zijn er nog meer schema's en schemamodi te identificeren bij Jasper, maar in dit artikel beperken we ons tot de hier genoemde.

In de schematherapie gebruiken we verschillende technieken: werken met schemamodi in het hier-en-nu, experiëntiële technieken en technieken uit de cognitieve gedragstherapie. Bij het werken met schemamodi is het van belang om de functie van het problematische gedrag te valideren, maar de jongere tegelijkertijd (of snel erna) te confronteren met het disfunctionele aspect ervan (empathische confrontatie). Uit onderhavig onderzoek blijkt dat jongeren zoals Jasper veel behoefte aan verbondenheid, begrip en acceptatie hebben, maar door hun overcompenserende gedrag juist een tegenovergestelde reactie uitlokken, namelijk afwijzing. Door begrip te tonen voor het ontstaan van de agressieve kant van Jasper, voelt hij zich meer gezien en gehoord, waardoor hij meer geneigd zal zijn om met de behandelaar samen te werken en er ruimte ontstaat om naar de nadelen van zijn agressieve gedrag te kijken. De behandelaar gaat als het ware een coalitie aan met (de gezonde kant van) Jasper tegen zijn agressieve kant. Het werken met modi kan ondersteund worden door het gebruik van kaarten waarop de verschillende modi staan afgebeeld, zoals de Bernstein iModes (Bernstein, 2018) of de Moduskaarten voor Jongeren (Conrisq Groep, 2018). Hieronder geven we aan de hand van de casus Jasper een voorbeeld van een empathische confrontatie.

Voorbeeld van een empathische confrontatie

Behandelaar: 'Jasper, ik snap dat er bij jou een kant is ontstaan die agressief is. Die kant van jou is er gekomen om je te beschermen tegen het geweld van je vader. Dat is wat jij als voorbeeld hebt gehad en waar jij als kleine jongen mee hebt moeten dealen. Je bent nu groot, maar de kleine Jasper moet zich behoorlijk vernederd en angstig hebben gevoeld. Natuurlijk wilde je je nooit meer zo voelen! Daarom is die kant van jou ontstaan, de kant die zelf de touwtjes in handen neemt en die ervoor zorgt dat jij de macht over anderen hebt. Ik vind dat helemaal niet raar. Maar weet je, hoewel die kant van jou je probeert te beschermen, heeft die kant ook nadelen. Die kant zorgt ervoor dat mensen kritisch op je zijn of willen dat je je houding verandert, wat jij weer opvat als vernedering of aanval. Ook dat is logisch, want deze overtuiging van jou is in je kindertijd zo vaak bevestigd, dat je de wereld als het ware door die bril bent gaan zien: "Anderen zijn er voortdurend op uit om mij te vernederen of aan te vallen." Maar zie je hoe dit elkaar in stand houdt? Mensen reageren op die agressieve kant van jou met kritiek, waarop jij nog bozer wordt en jouw agressieve kant nog sterker het gevoel heeft voor jou op te moeten komen, enzovoort.'

Ook wanneer jongeren geneigd zijn om hulpverlening te vermijden, kan een empathische confrontatie uitkomst bieden. De behandelaar valideert dan de functie van de vermijding, bijvoorbeeld door te refereren aan het lange hulpverleningstraject dat jongeren vaak al hebben doorlopen, of misschien

aan ervaringen uit de kindertijd waarin volwassenen niet altijd beschikbaar waren of onbetrouwbaar bleken. De vermijding wordt dan ineens een logisch gevolg van die ervaringen en een manier van de jongere om zichzelf te beschermen tegen nieuwe teleurstellingen, in plaats van dat hij erom bekritiseerd wordt.

Na voldoende validatie kan de behandelaar voorzichtig de nadelen van de vermijding gaan benoemen: ook mensen die het goed met de jongere voorhebben, worden afgestoten, waardoor de jongere erg alleen komt te staan. Door respect te blijven tonen voor de functie van de vermijding, kan de therapeutische relatie voorzichtig groeien en ontstaat er bij de jongere meer motivatie voor behandeling.

Met behulp van experiëntiële oefeningen kunnen negatieve emoties en schema's die zijn ontstaan in de kindertijd, worden bestreden. Door middel van bijvoorbeeld de *meerstoelentechniek* kunnen enerzijds agressieve, vermijdende of andere disfunctionele kanten, en anderzijds kwetsbare en gezonde kanten van Jasper een dialoog met elkaar voeren. Een aantal schemamodi worden dan elk fictief op een stoel gezet, waarbij Jasper de opdracht krijgt om, zodra hij op een bepaalde stoel plaatsneemt, de gedachten en gevoelens van die modus te vertolken. Een andere experiëntiële oefening is om middels *imaginatie met rescripting* terug te gaan naar de kindertijd, in Jaspers geval bijvoorbeeld naar de mishandelingen door vader. De behandelaar probeert dan in het imaginaire beeld alsnog tegemoet te komen aan de basisbehoeften van Jasper, in dit geval door Jasper te beschermen en veiligheid te creëren. Zo doet Jasper corrigerende emotionele ervaringen op, die bijdragen aan het verminderen van zijn schema Wantrouwen/misbruik en die zijn overcompenserende modi/gedrag minder noodzakelijk maken. Technieken uit de cognitieve gedragstherapie kunnen worden ingezet om het schema Wantrouwen/misbruik verder uit te dagen en om Jasper te laten oefenen met nieuw gedrag. Voor een uitgebreidere omschrijving van de technieken binnen schematherapie verwijzen wij naar literatuur over schematherapie in het algemeen (bijvoorbeeld naar Young et al., 2005) of over schematherapie specifiek voor jongeren met gedragsproblemen (van Wijk-Herbrink, 2018, hoofdstuk 8).

Samenvattend kan gesteld worden dat het belangrijk is om de behandeling van jongeren met gedragsproblemen te richten op onderliggende schema's en schemamodi, met daarbij oog voor de bijbehorende basisbehoeften. Jongeren met gedragsproblemen hebben behoefte aan verbondenheid en acceptatie, ondanks dat hun gedrag vaak een tegenovergestelde reactie oproept. Het is daarom van belang om in de behandeling niet alleen te reageren op het probleemgedrag, maar om de functie van dat gedrag te achterhalen en begrip te tonen voor onderliggende, gefrustreerde basisbehoeften. Schematherapie is daarom een veelbelovende therapie voor jongeren met gedragsproblemen, maar het onderzoek naar de effectiviteit ervan bij deze doelgroep staat nog in de kinderschoenen. Momenteel wordt een klinische trial

met pseudo-randomisatie uitgevoerd bij de Heldringstichting, een instelling voor JeugdzorgPlus (gesloten jeugdzorg). In deze trial worden de effecten van een behandeling met schematherapie, ingebed in een schematherapeutisch behandelklimaat, vergeleken met de standaardbehandeling binnen de JeugdzorgPlus (bijvoorbeeld CGT of EMDR, ingebed in een behandelklimaat gericht op competentievergroting en belonen). Daarnaast wordt er een pilot-onderzoek opgezet naar de haalbaarheid en effectiviteit van systeemgerichte schematherapie bij deze doelgroep, met het doel om jongeren en hun gezinnen te begeleiden bij een (snellere) terugkeer naar huis.

Marjolein van Wijk-Herbrink is werkzaam bij de OG Heldringstichting, onderdeel van de Conrisq Groep te Zetten.

David Bernstein, Nick Broers, Jeffrey Roelofs en Marleen Rijkeboer zijn verbonden aan de Universiteit Maastricht, faculteit Psychologie en Neurowetenschappen.

Arnoud Arntz is verbonden aan de Universiteit van Amsterdam, afdeling Klinische Psychologie.

Correspondentieadres: Marjolein van Wijk-Herbrink, Postbus 1, 6670 AA Zetten.

E-mail: m.vanwijk@ogheldring.nl.

Summary *Adolescents with behavior problems: schema therapy and treatment focus*

This article is a modification of a recently published study (van Wijk-Herbrink et al., 2018) on the relationships between early maladaptive schemas, coping, schema modes, and behavior problems. This study showed that behavior problems are rooted in experiences of disconnection and rejection. In the present article, we discuss the implications of the results for clinical practice using a case example. We conclude that treatment of adolescents with behavior problems should focus on schemas and corresponding emotional needs for connection and acceptance, and on the schema modes that are activated by these schemas. Schema therapy may therefore be an effective treatment for this patient population. In the discussion, we illustrate schema therapy techniques using the case example.

Key words *schema therapy, behavior problems, treatment focus, adolescents*

Literatuur

- | | |
|---|---|
| <p>American Psychiatric Association. (2000). <i>Diagnostic and statistical manual of mental disorders</i> (4th ed., text revised). Washington, DC: American Psychiatric Association.</p> <p>Beck, A. T. (1976). <i>Cognitive therapy and the emotional disorders</i>. New York: International Universities Press.</p> | <p>Bernstein, D. P. (2018). <i>Bernstein iModes</i>. Geraadpleegd op www.i-modes.com</p> <p>Bernstein, D. P., Arntz, A. R., Keulen-de Vos, M., Clercx, M., de Vogel, V., Lancel, M., ... Deenen, T. A. M. (2018). Effectiveness of schema therapy versus treatment-as-usual for forensic inpatients with personality disorders: A randomized clinical trial. Manuscript ingediend voor publicatie.</p> |
|---|---|

- Bernstein, D. P., van Oorsouw, K., Candel, I., Clercx, M., & Alberts, H. (2019). Schemacoaching voor jongeren en hun netwerk. In J. Roelofs & M. Boots (red.), *Schematherapie bij kinderen en jeugdigen: Een praktische handleiding*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum. In voorbereiding.
- Conrisq Groep. (2018). *Clïëntgericht werken met Schematherapie: Modus-kaarten*. Geraadpleegd op www.oghel-dringstichting.nl/schematherapie
- Hayes, A. F. (2013). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach*. New York, NY: Guilford Press.
- Jacob, G. A., & Arntz, A. (2013). Schema therapy for personality disorders: A review. *International Journal of Cognitive Therapy*, 6, 171-185.
- Keulen-de Vos, M. E., Bernstein, D. P., Clark, L. A., de Vogel, V., Bogaerts, S., Slaats, M., & Arntz, A. (2015). Validation of the schema mode concept in forensic PD patients. *Legal and Criminological Psychology*, 22, 420-441.
- Lobbestael, J., van Vreeswijk, M., Spinhoven, P., Schouten, E., & Arntz, A. (2010). Reliability and validity of the Short Schema Mode Inventory (SMI). *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 38, 437-458.
- Louis, J. P., Wood, A. M., & Lockwood, G. (2018). Development and validation of the Positive Parenting Schema Inventory (PPSI) to complement the Young Parenting Inventory (YPI) for Schema Therapy (ST). *Assessment*. doi.org/10.1177/1073191118798464
- Masley, S. A., Gillanders, D. T., Simpson, S. G., & Taylor, M. A. (2012). A systematic review of the evidence base for schema therapy. *Cognitive Behaviour Therapy*, 41, 185-202.
- Maxwell, S. (1992). Recent developments in MANOVA applications. In B. Thompson (Ed.), *Advances in social science methodology* (Vol. 2, pp. 137-168). Greenwich, CT: JAI Press.
- Rijkeboer, M. M. (2015). De diagnostiek van schema's, copingstijlen en schemamodi. In G. Bosmans, P. Bijttebier, I. Noens, & L. Claes, (red.), *Diagnostiek bij kinderen, jongeren en gezinnen: Deel III: Ontwikkelingsdomeinen in het vizier* (pp. 153-173). Leuven: Acco.
- Rijkeboer, M. M., & Lobbestael, J. (2012, May). *The relationships between early maladaptive schemas, schema modes and coping styles: An empirical study*. Paper presented at the 5th World Conference of Schema Therapy, New York, USA.
- Rijkeboer, M. M., Lobbestael, J., Arntz, A., & van Genderen, H. (2010). *Schema Coping Inventory*. Utrecht: Universiteit Utrecht.
- Roelofs, J., Muris, P., van Wesemael, D., Broers, N. J., Shaw, I., & Farrell, J. (2016). Group-schematherapy for adolescents: Results from a naturalistic multiple case study. *Journal of Child and Family Studies*, 25, 2246-2257.
- Schilder, D. L. C., van Wijk-Herbrink, M. F., Groenman, A. P., & van den Hoofdakker, B. J. (2019). Early maladaptive schemas and behavior in adolescents: The mediating role of externalizing and healthy schema modes. Ingediend.
- Sempértégui, G. A., Karreman, A., Arntz, A., & Bekker, M. H. (2013). Schema therapy for borderline personality disorder: A comprehensive review of its empirical foundations, effectiveness and implementation possibilities. *Clinical Psychology Review*, 33, 426-447.
- van Vlierberghe, L., Rijkeboer, M. M., Hamers, P., & Braet, C. (2004). *Schemavragenlijst voor Jongeren*. Gent: Ghent University, Department of Psychology.
- van Wijk-Herbrink, M. F. (2018). *Schema therapy in adolescents with externalizing behavior problems: Bridging theory*

- and practice* (Proefschrift). Geraadpleegd op www.ogheldring.nl/blog/proefschrift-schematherapie
- van Wijk-Herbrink, M. F., Bernstein, D. P., Broers, N. J., Roelofs, J., Rijkeboer, M. M., & Arntz, A. (2018). Internalizing and externalizing behaviors share a common predictor: The effects of early maladaptive schemas are mediated by coping responses and schema modes. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 46, 907-920.
- van Wijk-Herbrink, M. F., Broers, N. J., Roelofs, J., & Bernstein, D. P. (2017). Schema therapy in adolescents with disruptive behavior disorders. *International Journal of Forensic Mental Health*, 16, 261-279.
- van Wijk-Herbrink, M. F., Roelofs, J., Broers, N. J., Rijkeboer, M. M., Arntz, A., & Bernstein, D. P. (2017). Validation of Schema Coping Inventory and Schema Mode Inventory in adolescents. *Journal of Personality Disorders*, 32, 220-241.
- Verhulst, F. C., & van der Ende, J. (2013). *Handleiding ASEBA-vragenlijsten voor leeftijden 6 tot en met 18 jaar* [Manual for the ASEBA forms for ages 6-18]. Rotterdam: ASEBA The Netherlands.
- Young, Y. E., Klosko, J., & Weishaar, M. (2005). *Schemagerichte therapie: Handboek voor therapeuten*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Cognitieve gedragstherapie bij beginnende dementie

131

Een illustratie

INGRID VAN DE VEN & HARRY VAN ELS

Samenvatting

Steeds meer mensen krijgen door de vergrijzing te maken met een naaste met dementie. Dementie gaat gepaard met progressieve veranderingen in het cognitief functioneren en het gedrag. Het steeds zoeken naar een nieuw evenwicht vraagt veel van de persoon zelf, maar ook van het aanpassingsvermogen van naasten. Over naasten van mensen met dementie is bekend dat zij een hoog risico hebben op het ontwikkelen van angst en depressie. Naast het veranderende gedrag van de persoon met dementie, spelen er veel andere factoren een rol die bijdragen aan het al dan niet ontwikkelen van psychische klachten. Uit literatuuronderzoek blijkt dat er nog weinig evidentie is over welke cognitief-gedragstherapeutische interventies effectief zijn bij de behandeling van klachten van mensen met dementie en hun naasten. Een casus illustreert de problematiek waar mensen na de diagnose dementie mee te maken kunnen krijgen en hoe een cognitief-gedragstherapeutische behandeling eruit kan zien.

Trefwoorden: dementie, cognitieve gedragstherapie, mantelzorger, psychogeriatric, Samen Verder na de Diagnose

INLEIDING

Dementie is een syndroom van cognitieve stoornissen die leiden tot beperkingen in het dagelijkse functioneren. Het kan verschillende oorzaken hebben en uiteenlopende uitingsvormen. Het verloop is progressief en vergt continu aanpassing van de persoon zelf en van zijn naasten. In Nederland woont ongeveer 70% (180.000) van de mensen met dementie thuis met be-

hulp van mantelzorgers en professionals (Vink, Kuin, Westerhof, Lamers, & Pot, 2017).

In de DSM-5 wordt overigens niet meer van dementie gesproken, maar van een ‘uitgebreide neurocognitieve stoornis’, omdat dementie als te stigmatiserend wordt beschouwd. Omdat de term ‘dementie’ nog het gangbaarst is, spreken we in dit artikel van dementie.

De beginfase van dementie gaat veelal gepaard met onzekerheid en angst (‘Wat is er aan de hand?’). De diagnose dementie kan duidelijkheid geven, maar daarmee start ook een pijnlijk proces van acceptatie en adaptatie.

Dementie heeft veel negatieve associaties en is voor veel mensen een schrikbeeld. Zowel voor de naasten als voor degene die de diagnose dementie krijgt is het moeilijk zich staande te houden. Mensen met dementie geven geregeld aan niet meer voor vol te worden aangezien, buitengesloten te worden en zich ook zorgen te maken over hun eigen toekomst en die van hun naasten. De veerkracht van de onderlinge relaties komt onder druk te staan doordat communicatiemogelijkheden veranderen, taken en rolpatronen verschuiven, en de toekomst onzeker is.

Uit onderzoek bij naasten van mensen met dementie blijkt dat de zorg vaak ten koste gaat van het eigen psychisch functioneren en het eigen welzijn (Pot, Deeg, & van Dyck, 1997). Over het algemeen hebben de naasten meer psychische klachten, gebruiken ze meer psychofarmaca en wordt bij hen een hogere prevalentie en incidentie van depressieve stoornissen en angststoornissen gevonden, vergeleken met een controlegroep. Uit de studie van Joling en collega’s (2010) bleek dat partners van mensen met dementie een vier keer zo grote kans hebben op depressie vergeleken met mensen met een partner zonder dementie.

In dit artikel gaat de aandacht uit naar de ambulante behandelmogelijkheden van ouderen met psychische problemen gerelateerd aan beginnende dementie. Om een idee te krijgen van hoe een psychologische behandeling bij deze doelgroep eruit zou kunnen zien, zal eerst een literatuuronderzoek beschreven worden. Hierin is gezocht naar antwoorden op de volgende vragen:

- ▶ Welke factoren spelen een rol bij het ontwikkelen van psychische problemen bij mensen met dementie en hun naasten?
- ▶ Welke psychologische behandelinterventies zijn effectief?

Een praktijkvoorbeeld wordt beschreven ter illustratie. Het betreft een zelfstandig wonend echtpaar waarvan de vrouw de diagnose dementie heeft. Beiden hebben psychische klachten en krijgen een gemeenschappelijke behandeling met systemische en cognitief-gedragstherapeutische interventies.

STRESSFACTOREN

.....

133

Het progressieve karakter van dementie leidt tot veranderingen die stress veroorzaken. Grofweg kan er een onderscheid gemaakt worden in drie categorieën stressfactoren die mee kunnen spelen in het ontwikkelen van een depressie bij mensen met beginnende dementie (Scholey & Woods, 2003):

- ▶ de confrontatie met veranderingen in gedrag en de betekenis die aan deze gedragsveranderingen toegekend wordt;
- ▶ heractivering van oude traumatische gebeurtenissen als gevolg van vermindering van effectieve coping;
- ▶ interactieproblemen door veranderingen in de vaste rollen binnen het systeem.

De persoon met dementie ervaart op vaak pijnlijke wijze de eigen veranderingen. Hij kan last krijgen van depressieve of angstige gevoelens, boze uitbarstingen of van oude trauma's die opspelen. Door (angst om te) falen of doordat er te veel uit handen genomen wordt, is het moeilijk om eigenwaarde en zelfrespect overeind te houden.

Naast van mensen met dementie die hulp bieden bij het dagelijks functioneren worden 'mantelzorgers' genoemd. In de literatuur blijkt dat vrijwel alle mantelzorgers problemen ervaren in de zorg voor hun naaste met dementie. De meest voorkomende problemen zijn 'moeite met veranderingen in het gedrag van de persoon met dementie' en 'opzien tegen opname van de naaste in een instelling' (Zwaanswijk, van Beek, Peeters, Meerveld, & Francke, 2010). Wanneer er geen mantelzorgers zijn, of wanneer deze overbelast zijn, neemt de kans op een opname toe (Brodaty, McGilchrist, & Harris, 1993).

Het zorgstressmodel (Aneshensel, Pearlin, Mullan, Zarit, & Whitlatch, 1995) beschrijft de wijze waarop de zorg voor iemand met dementie gevolgen heeft voor het welbevinden van de mantelzorger. De mantelzorger krijgt te maken met primaire stressfactoren, in de vorm van ander gedrag van zijn naaste door de symptomen van dementie, en met emotionele en gedragsmatige gevolgen. Mantelzorgers geven vanuit hun eigen achtergrond en kennis betekenis aan het nieuwe gedrag van de persoon met dementie, bijvoorbeeld: 'Hij begrijpt niks meer', of 'Ik mag hem niet boos maken.' Deze subjectieve belevingen kunnen gekleurd zijn door opkomend oud zeer, bijvoorbeeld door eerdere verlieservaringen of momenten dat de relatie niet goed liep. Gevoelens van angst, eenzaamheid, boosheid, verantwoordelijkheid, schuld en schaamte gaan daar geregeld mee samen.

Naast de primaire stressfactoren die direct gerelateerd zijn aan de symptomen van dementie, zijn er ook secundaire stressfactoren. Dit zijn de gevolgen van dementie voor bestaande rolpatronen binnen en buiten de relatie. De gelijkwaardigheid in de relatie staat onder druk, wat gevolgen heeft voor

de rolverdeling in het hele systeem. Een hypothese van Barton, Armstrong, Freeston en Twaddle (2008) is dat een sombere stemming van mantelzorgers zich kan ontwikkelen als ongunstige levensgebeurtenissen – een naaste krijgt dementie – andere hooggewaardeerde doelen in de weg gaan staan. Bijvoorbeeld een leuke oma voor je kleinkinderen willen zijn, terwijl je echtgenoot met dementie geen drukte meer aankan door de dementie. Dit kan leiden tot een innerlijk conflict tussen wensen en verantwoordelijkheidsgevoel. Hierdoor kan iemands identiteit destabiliseren en het gevoel van eigenwaarde verminderen. Een hoog verantwoordelijkheidsgevoel kan er ook toe leiden dat mantelzorgers zich gaan inzetten voor onhaalbare doelen en bijvoorbeeld gaan proberen ervoor te zorgen dat er niks verandert.

In het zorgstressmodel hebben de primaire en secundaire stressfactoren invloed op het welbevinden van de mantelzorger, maar ook de mate waarin de mantelzorger beschikt over hulpbronnen, bijvoorbeeld in de vorm van sociale steun. De voornaamste factoren die mantelzorgers blijken te beschermen tegen stress zijn steun (praktische hulp of emotionele steun) en coping (Baars & van Meekeren, 2013; Videler & van Alphen, 2013). Ook de kwaliteit van de relatie tussen mantelzorger en persoon met dementie is cruciaal voor de gezondheid en het welbevinden op lange termijn van beiden, en kan een beschermende factor zijn (Zarit & Zarit, 2007).

EFFECTIEVE PSYCHOLOGISCHE EN COGNITIEF-GEDRAGSTHERAPEUTISCHE BEHANDELINTERVENTIES

.....

Psycho-educatie over dementie is in de praktijk een veelvuldig gebruikte psychologische interventie bij de begeleiding van de partner of mantelzorger. De literatuur is kritisch over het effect van psycho-educatie, omdat algemene, onpersoonlijke psycho-educatie lang niet altijd tot verlichting van de klachten leidt. Het lijkt zelfs vaak schuld- en faalgevoelens te versterken. In enkele studies (Aakhus, Engedal, Aspelund, & Selbaek, 2009; Graham, Ballard, & Sham, 1997) is aangetoond dat meer kennis over dementie kan leiden tot meer angst- en schuldgevoelens bij mantelzorgers. Boots (2016) beschrijft in haar proefschrift dat de aandacht voor vroegtijdige diagnostiek niet heeft geleid tot passende interventies in deze vroege fase. Zo is veel informatiemateriaal over dementie vaak gericht op een matig gevorderd stadium, waarin mensen met dementie en mantelzorgers in de beginfase zich nog helemaal niet herkennen.

In de literatuur zijn slechts weinig onderzoeken gevonden naar de effectiviteit van cognitieve gedragstherapie bij comorbide psychische problemen van zelfstandig wonende mensen met dementie. Teri en Gallagher-Thompson (1991) onderzochten de behandeling van mensen met dementie en somberheidsklachten. Hierbij blijken gedragsmatige interventies die de ondersteuning van mantelzorgers vereisen, het effectiefst. Een voorbeeld is de

‘plezierige-activiteitenlijst’. Spector en collega’s (2015) beschrijven een pilot met een driefasenmodel voor angstproblemen bij mensen met dementie, waarbij ook de mantelzorger betrokken is. Dit geeft hoopvolle resultaten, maar nog geen zicht op de effectiviteit van specifieke interventies.

Met betrekking tot angsten of boosheid ten gevolge van het opkomen van oud zeer bij de persoon met dementie, kan gedacht worden aan het achterhalen van de uitlokkende stimulus om daarop te interveniëren met gedragsexperimenten. Het herkennen en normaliseren van de impact van oud zeer helpt ook om het gedrag in een persoonlijk levenslopperspectief te zien, waardoor er meer begrip kan ontstaan voor het gedrag. Wanneer het oude zeer leidt tot posttraumatische-stressklachten (PTSS-klachten) kan *eye movement desensitization and reprocessing* (EMDR) als behandelinterventie overwogen worden. Vink en Soeteman (2016) en Meihuizen (2017) zijn – op basis van casuïstiek – positief over het toepassen van EMDR bij PTSS-klachten bij ouderen met dementie.

De meeste psychotherapeutische interventies voor naasten die tot nu toe op effectiviteit zijn onderzocht, zijn gericht op het verbeteren van de wijze waarop naasten met probleemgedrag of andere stresssituaties omgaan. In de afgelopen jaren zijn er een aantal reviews verschenen (onder andere Cooper, Balamurali, Selwood, & Livingston, 2007; Pinquart & Sorensen, 2006) waarin ook CGT-interventies meegenomen zijn. Bij deze reviews zit echter de beperking dat het, vanwege de heterogeniteit aan klachten en behandelinterventies, lastig is om de veranderingsmechanismen te bepalen. Sorensen, Pinquart en Duberstein (2002) noemen een aantal psychotherapeutische interventies voor naasten van mensen met dementie die een gunstig effect kunnen hebben op de ervaren belasting en depressieve klachten, zoals het leren monitoren van het eigen gedrag en de eigen cognities en emoties; het uitdagen van negatieve gedachten en assumpties over dementie of probleemgedrag; het verbeteren van probleemoplossend vermogen door het zoeken van steun en het aanleren van vaardigheden; tijdsmanagement en vaardigheden om emotionele reacties en overbelasting beter onder controle te houden; en het leren om plezierige activiteiten te ondernemen en positieve ervaringen op te doen ter compensatie van de stress die de zorg met zich meebrengt.

Brodaty, Green en Koschera (2003) concluderen in hun meta-analyse dat interventies voor mantelzorgers wel effect hebben op mate van kennis, copingvaardigheden en stemming, maar niet op de ervaren last. Bij het onderzoek naar welke elementen het succesvolst waren bleek dit met name de betrokkenheid van de persoon met dementie in een gezamenlijk gestructureerd programma te zijn.

De interventie Samen Verder na de Diagnose is zo’n gezamenlijk gestructureerd programma en richt zich op het versterken van de veerkracht van de relatie tussen de persoon met dementie en de naaste. Deze interventie, gebaseerd op de *Early Diagnosis Dyadic Intervention* (EDDI), later SHARE genoemd, is door het Trimbos-instituut vertaald en aangepast aan de Ne-

derlandse doelgroep. In de interventie wordt een gezamenlijk toekomstplan opgesteld dat rekening houdt met de waarden en voorkeuren van zowel de persoon met dementie als de naaste in de toekomst (Whitlatch, Judge, Zarit, & Femia, 2006). Dit doet het cliënpaar door samen met een gz-psycholoog in gesprek te gaan over de betekenis van de diagnose dementie in hun leven. Er wordt gewerkt aan de veranderende onderlinge communicatiepatronen; het inzicht krijgen in en bespreekbaar houden van (verschil in) persoonlijke waarden; het elkaar steunen bij het belang van tijd voor ieder apart en samen; het inzetten en vragen van hulp in de toekomst en het delen van voorkeuren en wensen met het systeem. De resultaten uit het pilotonderzoek waren hoopvol, aangezien er een significant effect werd gevonden op de stemming van de persoon met dementie en een bijna significant effect ten aanzien van vrouwen in eigen kunnen bij de mantelzorger (Trimbos-instituut, 2015). Ook onderzoeksresultaten van de effectiviteit van de Amerikaanse variant zijn positief (Whitlatch et al., 2017). Momenteel loopt er een effectiviteitsstudie naar Samen Verder na de Diagnose in Nederland.

Uit praktijkervaringen blijkt dat principes uit de cognitieve gedragstherapie ook bij mensen met dementie en naasten goed helpen om ervaringen te verhelderen, en behandeldoelen te bepalen en te behalen. Dat wil niet zeggen dat cognitieve gedragstherapie bij iedereen met dementie individueel toepasbaar is. James (2013) beschrijft in zijn boek hoe de behandeling aangepast kan worden en pleit voor ondersteuning van de mantelzorger bij de behandeling wanneer de persoon met dementie en de behandelaar niet samen kunnen werken aan de inhoud van de sessie van het CGT-raamwerk.

Aanvullend op de effectiviteit van interventies blijkt uit eigen praktijkervaring van de eerste auteur dat *Inquiry Based Stress Reduction* (IBSR; Rhijn & Leuning, 2016) effectief kan zijn bij het ontkrachten van niet-helpende overtuigingen. Deze manier van gedachteonderzoek doet, anders dan klassieke uitdaagtechnieken, een beroep op het observerende zelf en werkt met omkeringen. Dit kan cognitieve herstructurering teweegbrengen, ook bij mensen met beginnende dementie die nog beschikken over een bepaalde mate van zelfreflecterend vermogen. De effectiviteit van deze interventie is bij deze doelgroep nog niet onderzocht.

CASUSBESCHRIJVING

.....

De volgende casus¹ komt uit de praktijk van de ouderenpsycholoog die vanuit een multidisciplinair adviesteam ambulante behandeling biedt bij de gevolgen van dementie.

- 1 In verband met privacy komen een aantal gegevens van de casuïstiek niet overeen met de werkelijkheid. Het echtpaar heeft ingestemd met gebruik van hun casus voor publicatie en opleidingsdoeleinden.

Aanmelding

137

De 72-jarige Marjan de Wit is, op advies van haar casemanager, door de huisarts aangemeld bij de gz-psycholoog. Er bestaat het vermoeden van een stemmingsstoornis bij een beginnend dementieel beeld. Marjan is getrouwd en woont samen met haar 71-jarige man Jan de Wit.

Bij Marjan is een klein jaar geleden de ziekte van Alzheimer vastgesteld. Volgens haar man heeft ze sinds een paar maanden 'emotionele buien'. Deze buien heeft ze minstens driemaal per week uren achter elkaar. Ze huilt dan, gooit met spullen, uit zich suïcidaal en maakt hem en hun kinderen verwijten. Volgens Jan is Marjan op de andere dagen goed gestemd, actief in het huishouden, wandelt ze graag en breidt ze kinderkleertjes voor Roemenië.

Tijdens de intake bij het echtpaar thuis wordt al snel duidelijk dat Marjan ziektebesef heeft, maar niet graag over haar beperkingen praat. Ze maakt geen depressieve indruk, is nieuwsgierig en geïnteresseerd en vertelt trots over haar bezigheden. Pas nadat Jan aangeeft dat het niet goed met haar gaat als hun jongste dochter Petra moet komen oppassen, raakt ze hevig aangedaan. Ze vertelt dat ze zich betutteld voelt. Ze ervaart het 'oppassen' als krenkend en zet zich hiertegen af. Het maakt haar boos dat haar man haar 'controleert' of doet of ze niks meer kan. Ze voelt zich in perioden erg eenzaam en denkt vaak aan haar jeugd waarin ze bij verschillende tantes heeft gewoond. Daarbij geeft ze aan bang te zijn dat ze ooit opgenomen moet worden in een verpleeghuis.

Jan maakt een uitgebluste indruk, hij geeft aan van nature hoopvol en optimistisch te zijn, maar nu de weg niet meer te zien. De buien van zijn vrouw maken hem machteloos. Alles wat hij zegt of doet om deze buien te verminderen lijkt averechts te werken. Hij wil haar niet betuttelen, maar voelt zich ook schuldig als hij een dag gaat werken en zij alleen is. Hij piekert veel over het verleden, ervaart concentratieproblemen, voelt zich somber, vermoeid, gespannen en heeft veel hoofdpijn. Hij is bang dat hij binnenkort niet meer kan werken en dat Marjan nooit hulp zal accepteren en daardoor eerder opgenomen zal worden.

Achtergrond

Marjan en Jan zijn elkaars eerste grote liefde en hebben altijd een goed huwelijk gehad. Marjan groeide op als jongste in een gezin met twee veel oudere broers. Haar moeder lag veel in het ziekenhuis en overleed toen Marjan 5 jaar was. Haar vader had een alcoholprobleem en kon niet voor zijn kinderen zorgen. Zij heeft hierdoor afwisselend bij verschillende tantes gewoond. Marjan heeft in deze periode geleerd om zich niet kwetsbaar op te stellen. Ze moet sterk en op haar hoede zijn, omdat mensen haar zomaar weg kunnen sturen. Na de lagere school gaat zij in betrekking bij een tuindersfamilie en op haar zeventiende leert ze Jan kennen.

Marjan wordt door Jan beschreven als een lieve, kordate vrouw die thuis graag zorgt voor haar gezin en creatief is. Buiten haar gezin heeft ze veel kennissen, maar geen vriendinnen. Marjan is spontaan en impulsief, maar voelt zich vaak in eerste instantie onzeker en minderwaardig in gezelschap. Als ze bij kennissen het idee krijgt dat ze negatief over haar denken, wil ze die personen niet meer zien. Emoties blijven lang hangen, ze kan moeilijk over situaties heenstappen.

Jans vader had een grote tuinderij en was veel aan het werk. Zijn moeder was een dominante, manipulatieve vrouw. Als er thuis iets misging wist zijn moeder het altijd zo te draaien dat Jan de schuld kreeg. Zijn broertje kon niks fout doen en zijn vader bemoeide zich nergens mee. Jan ging als kind al op jonge leeftijd zijn eigen weg en stond vroeg op eigen benen, waar hij trots op is.

Marjan en Jan hebben twee zonen en twee dochters. Marjan heeft altijd het huishouden en de opvoeding verzorgd. Jan heeft een eigen bedrijf gehad als timmerman, dat nu overgenomen is door hun zoon. Na de diagnose dementie van zijn echtgenote heeft Jan zich voorgenomen altijd voor Marjan te blijven zorgen.

Diagnose

Twee jaar geleden begon het op te vallen dat Marjan steeds meer vergat. Hoewel zij de geheugenklachten in eerste instantie bagatelliseerde is een klein jaar geleden op de geheugenpoli de ziekte van Alzheimer vastgesteld. De MMSE (*Mini-Mental State Examination*; score 21) is een maand voor start van de behandeling herhaald. Er zijn problemen op het gebied van inprenting, mentale flexibiliteit, en planning en overzicht. Er is met herhaling en bieden van context nog wel enig leervermogen aanwezig.

Er zijn geen aanwijzingen voor een depressieve stoornis. Haar 'emotionele buien' en gedragsklachten passen bij de diagnose 'uitgebreide cognitieve stoornissen met gedragsproblemen'. Op basis van haar gedrag en levensgeschiedenis is er vermoedelijk sprake van milde persoonlijkheidsproblematiek (trekken van cluster B). De angst voor verlating en affectlabiliteit zijn in haar huidige functioneren waarschijnlijk sterker aanwezig omdat hogere orde mentale processen om deze af te weren door de dementie zijn verminderd. De gedragsproblemen van Marjan hangen samen met haar emotionele kwetsbaarheid: zij is hypersensitief voor stimuli die verwijzen naar de situatie in haar jeugd, waar niemand er voor haar leek te willen zijn en er cruciale dingen voor haar besloten zijn. Bij haar man Jan lijkt er sprake van een 'aanpassingsstoornis met gemengd angstige en sombere stemming'. Beiden hebben een blanco psychiatrische voorgeschiedenis.

FUNCTIE- EN BETEKENISANALYSE

139

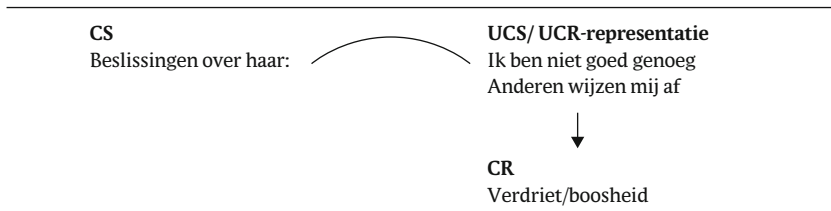
De discriminerende stimulus voor de emotionele buien van Marjan zijn beschermend gedrag en/of beslissingen over haar, bijvoorbeeld het horen dat hun dochter komt oppassen. Op de korte termijn leidt het gedrag van Marjan ertoe dat anderen geen beslissingen over haar durven te nemen en dat ze mensen op afstand houdt. Op de lange termijn raakt Marjan uitgeput en gaan de mensen om haar heen zich meer zorgen maken en haar minder als gelijkwaardige gesprekspartner zien.

Sd	R	C
Beslissingen over haar; horen dat dochter komt als oppas:	Huilen, verzetten en schreeuwen	-S- geen beslissingen over haar -S- afwijzende mensen op afstand +S- emotionele uitputting +S- toename machteloosheid omgeving

Noot. Sd = discriminerende stimulus; R = respons; C = consequent; S = stimulus.

FIGUUR 1 *Functieanalyse gedrag Marjan*

De associatie tussen de geconditioneerde stimulus (CS) en de ongeconditioneerde stimulus/ongeconditioneerde respons (UCS/UCR-)representatie is referentieel. Beslissingen over haar roepen beelden en gedachten op aan vroeger toen Marjan van tante naar tante werd gebracht.



Noot. CS = geconditioneerde stimuli; UCS/UCR = ongeconditioneerde stimulus/ongeconditioneerde respons; CR = geconditioneerde respons.

FIGUUR 2 *Betekenisanalyse gedrag Marjan*

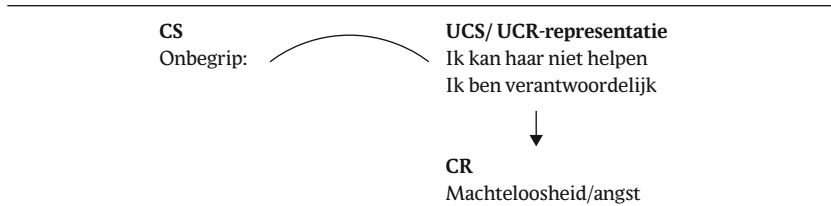
Jan wil Marjan uitleggen waarom hij vindt dat ze niet alleen kan zijn, maar doet daarbij een beroep op hogere cognitieve processen die op dat moment niet aanspreekbaar zijn.

Sd	R	C
Emotionele bui van Marjan:	Op willen lossen, uitleggen	-S- verminderen onbegrip ~S+ uitblijven toenadering +S- gevoel van afwijzing Marjan +S- machteloosheid Jan

Noot. Sd = discriminerende stimulus; R = respons; C = consequent; S = stimulus.

FIGUUR 3 *Functieanalyse gedrag Jan*

De associatie tussen de CS en de UCS/UCR is referentieel, het onbegrip van Marjan over de genomen beslissingen roept machteloosheid op bij Jan omdat hij zich verantwoordelijk voelt en denkt alles zelf te moeten kunnen oplossen.



Noot. CS = geconditioneerde stimuli; UCS/UCR = ongeconditioneerde stimulus/ongeconditioneerde respons; CR = geconditioneerde respons.

FIGUUR 4 *Betekenisanalyse gedrag Jan*

Behandeldoelen

De doelen van Jan zijn:

- ▶ 'Ik wil dat de emotionele buien van Marjan verminderen en ik wil weten hoe ik haar kan helpen.'
- ▶ 'Ik wil dat Marjan hulp gaat accepteren in de toekomst, zodat we samen thuis kunnen blijven wonen.'

De doelen van Marjan zijn:

- ▶ 'Ik wil voor vol aangezien blijven.'
- ▶ 'Ik wil minder angstig zijn voor de toekomst.'

Verloop van de behandeling

141

Vanaf de intake zijn beiden open over wat hen bezighoudt. Voor Marjan is het confronterend wanneer Jan over haar emotionele buien spreekt. Zij kan zich deze buien niet goed herinneren en lijkt zich te schamen. Door aan te sluiten bij haar cognitieve mogelijkheden, de emotionele betekenis van situaties met haar te duiden en te erkennen, aandacht te geven aan sterke punten en haar de gelegenheid te geven haar kant van het verhaal te vertellen, lukt het om met Marjan een goede werkrelatie op te bouwen.

In totaal zijn er tien sessies in een tijdsbestek van zes maanden. Elke sessie start met een samenvatting van de vorige keer. Tijdens de sessies wordt veelvuldig expliciet aan beiden gevraagd of ze tevreden zijn over hun inbreng en de ervaren gezamenlijkheid van de besluitvorming.

Bij het werken aan het eerste doel, 'het verminderen van de emotionele buien', wordt eerst ingezoomd op het leren herkennen van de discriminerende stimuli die voorafgaan aan het gedrag van Marjan. Uit voorbeelden van observatieschema's uit de dagelijkse praktijk komen de volgende triggers naar voren:

- ▶ als Jan meedeelt wat er die dag gaat gebeuren;
- ▶ meerdere faalervaringen achter elkaar voor Marjan;
- ▶ als Jan uitlegt waarom hij vindt dat Marjan hulp of oppas nodig heeft;
- ▶ als Jan al weg is bij het wakker worden van Marjan.

Samen spreken ze af dat Jan voortaan:

- ▶ op dinsdag zal vragen of Marjan naar hun dochter wil of liever wil dat hun dochter naar haar komt;
- ▶ meer nadruk gaat leggen op wat er wel goed gaat;
- ▶ naar haar mening en plannen zal vragen;
- ▶ een briefje neerlegt als hij in de ochtend weggaat.

Marjan wordt uitgenodigd haar man te vertellen wat hij het beste kan doen mocht ze toch zo'n bui hebben. In een rollenspel spelen ze een situatie na om in een veilige setting te ervaren wat een gewenste reactie is. Voor beiden wordt duidelijk dat Marjan het het prettigst vindt wanneer Jan haar even vasthoudt en de aandacht ergens anders op legt. Na deze interventies komen de emotionele buien al veel minder vaak voor. De gedachte van Marjan 'Hij betuttelt mij' wordt op waarheid onderzocht middels IBSR. Ze ziet bij de omkering 'Jan betuttelt mij niet' dat Jan haar altijd met dingen geholpen heeft en dat dit niks met betutteling of dementie te maken heeft. Dit voelt voor haar als een bevrijding. Ook de gedachten van Jan 'Ze moet mijn hulp

accepteren' en 'Ik ben verantwoordelijk voor haar lijden' worden met IBSR onderzocht.

Vervolgens wordt de interventie Samen Verder na de Diagnose aangeboden. Tijdens het gesprek over de gevolgen van dementie voor de onderlinge communicatie wordt Marjan heel emotioneel en geeft ze aan te willen stoppen. Marjan krijgt van de gz-psycholoog de ruimte om een ander onderwerp in te brengen en kan zich herpakken. Later kunnen ze weer terugkomen op het onderwerp.

Tijdens het gesprek over hun waarden wordt inzichtelijk voor hen dat Marjan autonomie verkiest boven veiligheid en dat Jan veiligheid vooropstelt. De gz-psycholoog bespreekt aan de hand van eerdere voorbeelden waar dat botst, of deze verschillen er ook al waren voor de diagnose dementie en hoe ze daar toen mee omgingen. Na dit gesprek is merkbaar dat ze zich weer meer verbonden met elkaar voelen en weer meer zin en vertrouwen krijgen om activiteiten samen op te pakken.

Bij het onderwerp 'toekomstige hulp' kan ieder apart met post-its aangeven welke taken of activiteiten door wie gedaan zouden moeten worden. Waar Jan denkt dat hij veel taken op zich zou moeten nemen, heeft Marjan veel meer taken ook bij haar dochters en professionals geplakt. Ze geeft nadrukkelijk aan dat ze wil dat haar man ook een dag kan blijven werken en dat ze desnoods bereid is naar een dagopvang te gaan. Dit doet Jan erg goed. De informatie die uit de sessies Samen Verder na de Diagnose naar boven komt, is samengevat in een toekomstplan. Voor beiden geeft dit meer houvast en vertrouwen in de toekomst.

In het laatste gesprek wordt het toekomstplan besproken met de jongste dochter en met de casemanager, zodat ook zij op de hoogte zijn van wat voor beiden belangrijk is.

Evaluatie

Bij de evaluatie komt naar voren dat Marjan zich meer ontspannen en gesteund voelt door het toekomstplan. Haar emotionele buien komen nog sporadisch (minder dan een keer per maand) voor en duren korter. Jan geeft aan dat hij zijn vrouw weer terug heeft gevonden. Ze kunnen het samen weer fijn hebben en hij heeft weer vertrouwen in de gezamenlijke toekomst.

De eindmetingen op de Cornell en de *Hospital Anxiety and Depression Scale – Anxiety subscale* (HADS-A) laten zien dat er bij Marjan een afname is van angstige en depressieve symptomen. Bij Jan is op de vragenlijst Ervaren Druk door Informele Zorg (EDIZ) terug te zien dat hij minder druk ervaart.

In deze casus zijn Jan en Marjan samen gezien door de gz-psycholoog omdat beiden (lichte) psychische klachten hebben die in relatie met elkaar staan en ze er duidelijk samen sterker uit willen komen. Gezien de cognitieve problemen en gevoeligheid van Marjan brengt dit wel een risico met

zich mee, maar op basis van ervaring met de doelgroep en het aanpassingsvermogen van de gz-psycholoog is er bewust voor gekozen om haar actief deelgenoot te laten zijn. Door de kracht van hun relatie te benoemen en de verschillen in breder perspectief te zetten dan alleen te bekijken vanuit de dementie zijn ze zich samen sterker gaan voelen. De casemanager heeft het echtpaar verder begeleid en houdt het toekomstplan met hen actueel.

DISCUSSIE

.....

Cognitieve gedragstherapie wordt nog weinig toegepast bij de behandeling van de psychologische impact van beginnende dementie.

Het is inmiddels evident dat er een aanzienlijk risico is op het ontwikkelen van angst- en stemmingsklachten bij de persoon met dementie én bij de naasten. Het verminderen van comorbide psychische klachten bij degene met dementie en bij de naaste kan de mate van welbevinden van beiden vergroten, en zou kunnen leiden tot langer samen zelfstandig blijven wonen. Het verder exploreren van de behandelmogelijkheden dient dan ook een maatschappelijk belang, als men de grote aantallen mensen met dementie in aanmerking neemt. Momenteel is het duidelijk dat er nog weinig evidentie is welke cognitief-gedragstherapeutische interventies werkzaam zijn. Er zijn wel aanwijzingen en interessante wegen om te volgen.

Mensen met dementie geven terecht aan dat alle veranderingen bekeken worden door de bril van dementie, waardoor er een beperkte visie kan ontstaan van hun mogelijkheden als persoon en ze zich snel buitengesloten voelen. Dit vraagt van een behandelaar het vermogen om zich aan te passen – in stijl en soort interventie – aan de persoonlijke situatie en de mogelijkheden van de persoon met dementie, zodat deze als gelijkwaardige partij deel kan nemen. Mensen met dementie en hun naasten maken vaak beiden een moeilijk proces door en willen elkaar niet verder belasten, waardoor verwijdering kan dreigen. Wij pleiten er dan ook voor om in situaties waarin degene met dementie of de naaste psychische klachten ontwikkelt vaker een psychologische behandeling aan te bieden. En hen, waar mogelijk, samen te behandelen met het oog op de onzekere toekomst. Op deze wijze verloopt het gedragstherapeutische proces niet wezenlijk anders, en lijkt met enige volharding en creativiteit de gebruikelijke doeltreffendheid van de cognitieve gedragstherapie haalbaar.

Ingrid van de Ven is als gz-psycholoog en cognitief gedragstherapeut werkzaam bij Parnassia Groep Zoetermeer, team ouderen en bij PHHaastrecht. Zij heeft ervaring met het behandelen van ouderen met psychische problemen en streeft ernaar om de behandelmogelijkheden van ouderen, al dan niet met cognitieve problemen, verder te ontwikkelen en op de kaart te zetten. Dit artikel is een bewerking van haar N = 2-studie.

Harry van Els, klinisch psycholoog en psychotherapeut, was 32 jaar werkzaam bij GGZ Rivierduinen in Gouda en werkt nu in een eigen psychotherapiepraktijk in Amsterdam. Hij is supervisor VGCT en is geïnteresseerd in het behandelen van ouderen, van mensen uit andere culturen, en specifiek in depressie, dwang, trauma en agressie.

Correspondentieadres: Ingrid van de Ven, Hekendorperweg 36, 3421 VL Oudewater.
E-mail: ivandeven@phhaastrech.nl.

Summary *Cognitive behavioral therapy with early dementia*

With the ageing population, more people are confronted with relatives who suffer from dementia. Dementia involves progressive changes in cognitive functioning and behaviour. The constant adjustment to a new situation is not only demanding for the person himself, but also requires adaptability from their caregivers.

Caregivers of people with dementia are known to have a high risk of developing anxiety and depression. In addition to the changes in behavior of the person with dementia, many other factors play a role that might add to the development of psychological complaints. Literature research shows that there is little evidence about which cognitive behavioral therapeutic interventions are effective in the treatment of complaints by people with dementia and their caregivers. A case study demonstrates the issues that people can experience after a diagnosis of dementia and the content of a cognitive behavioral approach.

Keywords: *dementia, cognitive behavioural therapy, caregiver, psychogeriatrics, Early Diagnosis Dyadic Intervention*

Literatuur

- Aakhus, E., Engedal, K., Aspelund, T., & Selbaek, G. (2009). Single session educational programme for caregivers of psychogeriatric in-patients results from a randomised controlled pilot study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 24, 269-274.
- Aneshensel, C. S., Pearlin, L. I., Mullan, J. T., Zarit, S. H., & Whitlatch, C. J. (1995). *Profiles in caregiving: The unexpected career*. San Diego, CA: Academic Press.
- Baars, J., & van Meekeren, E. (2013). *Een psychische stoornis heb je niet alleen*. Amsterdam: Boom.
- Barton, S., Armstrong, P., Freeston, M., & Twaddle, V. (2008). Early intervention for adults at high risk of recurrent/chronic depression. *Behaviour and Cognitive Psychotherapy*, 36, 263-282.
- Boots, L.M.M. (2016). *Balanced and prepared: Development and evaluation of a supportive e-health intervention for caregivers of people with early-stage dementia* (Proefschrift). Maastricht: Universiteit Maastricht.
- Brodaty, H., Green, A., & Koschera, A. (2003). Meta-analysis psychosocial interventions for caregivers of people with dementia. *Journal of the American Geriatric Society*, 51, 657-664.
- Brodaty, H., McGilchrist, C., & Harris, L. (1993). Time until institutionalisation and death in patients with dementia: Role of caregiver training and risk factors. *Archives of Neurology*, 50, 643-650.
- Cooper, C., Balamurali, T., Selwood, A., & Livingston, G. (2007). A systematic review of the treatment of anxiety in caregivers of people with dementia.

- International Psychogeriatrics*, 28, 1-21.
- Graham, C., Ballard, C., & Sham, P. (1997). Carers' knowledge of dementia, their coping strategies and morbidity. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 12, 931-936.
- James, I. A. (2013). *Cognitieve gedrags therapie voor ouderen*. Tiel: Uitgeverij Lannoo.
- Joling, K., van Hout, H., Schellevis, F., van der Horst, H., Scheltens, P., Knol, D., & van Marwijk, H. (2010). Depressie en angst bij partners van dementiepatiënten. *Huisarts en Wetenschap*, 53, 420-424.
- Meihuizen, L. (2017). EMDR bij dementie, vergeet het maar? *EMDR Magazine*, 13, 32-34.
- Pinquart, M., & Sorenson, S. (2006). Helping caregivers of persons with dementia: Which interventions work and how large are their effects? *International Psychogeriatrics*, 18, 577-595.
- Pot, A. M., Deeg, D. J. H., & van Dyck, R. (1997). Psychological well-being of informal caregivers of elderly people with dementia: Change over time. *Aging & Mental Health*, 1, 261-268.
- Rhijn, M., & Leuning, E. (2016). *Inquiry-based stress reduction in de praktijk*. Amsterdam: Hogrefe.
- Scholey, K. A., & Woods, B. T. (2003). A series of brief cognitive therapy interventions with people experiencing both dementia and depression: A description of techniques and common themes. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 10, 175-185.
- Sorensen, S., Pinquart, M., & Duberstein, P. (2002). How effective are interventions with caregivers? An updated meta-analysis. *The Gerontologist*, 42, 357-372.
- Spector, A., Charlesworth, G., King, M., Lattimer, M., Sadek, S., & Marston, L. (2015). Cognitive behavioural therapy for anxiety in dementia: Pilot randomized controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 206, 509-516.
- Teri, L., & Gallagher-Thompson, D. (1991). Cognitive behavioural interventions for treatment of depression in Alheimers' patients. *Gerontologist*, 31, 413-416.
- Trimbos-instituut. (2015). *Handleiding voor 'Samen verder na de diagnose'*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Videler, A., & van Alphen, B. (2013) Ouderen. In J. Baars & E. van Meekeren (red.), *Een psychische stoornis heb je niet alleen* (pp. 489-504). Amsterdam: Boom.
- Vink, M., Kuin, Y., Westerhof, G., Lammers, S., & Pot, A. (red.). (2017). *Handboek ouderenpsychologie*. Utrecht: de Tijdstroom.
- Vink, M., & Soeteman, W. (2016). EMDR bij ouderen. In H. Oppenheim, H. Hornsveld, E. ten Broeke, & A. de Jongh (red.), *Praktijkboek EMDR deel II: Toepassingen voor nieuwe patiëntengroepen en stoornissen* (pp. 63-93). Amsterdam: Pearson Assessment and Information.
- Whitlatch, C. J., Heid, A. R., Femia, E. E., Orsulic-Jeras, S., Szabo, S., & Zarit, S. H. (2017). The support, health, activities, resources, and education programs for early-stage dementia: Results from a randomized controlled trial. *Dementia*. doi: 10.1177/1471301217743033
- Whitlatch, C. J., Judge, K., Zarit, S. H., & Femia, E. (2006). Dyadic intervention for family caregivers and care receivers in early-stage dementia. *The Gerontologist*, 46, 688-694.
- Zarit, S. H., & Zarit, J. M. (2007). *Mental disorders in older adults: Fundamentals of assessment and treatment* (2nd ed.) New York: Guilford Press.
- Zwaanswijk, M., van Beek, A. P., Peeters, J., Meerveld, J., & Francke, A. L. (2010). Problemen en wensen van mantelzorgers van mensen met dementie: Een vergelijking tussen de beginfase en latere fasen in het ziekteproces. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 41, 162-171.

Bekijk jezelf door een roze bril

Een online preventieve interventie gericht op het versterken van psychische veerkracht in jongeren

ELISE BENNIK, KLASKE GLASHOUWER, RENATE NEIMEIJER,
HERMIEN ELGERSMA & PETER DE JONG

Samenvatting

Positieve psychologie-interventies (PPI's) lijken de psychische gezondheid te kunnen bevorderen. Voor Nederlandse jongeren (14-23 jaar) is echter nog geen effectieve laagdrempelige online PPI beschikbaar. Dit artikel beschrijft en onderzoekt een online zelfhulp-PPI voor deze doelgroep. De zes weken durende interventie bestaat uit wekelijkse modules met korte dagelijkse opdrachten gebaseerd op effectief gebleken strategieën, zoals het tellen van zegeningen, oefeningen gericht op zelfcompassie, uitingen van dankbaarheid, en bewustwording van eigen sterke eigenschappen en mooie lichaamsdelen. De effectiviteit van de interventie werd onderzocht door middel van een kleinschalige studie, waarin eerstejaars vrouwelijke studenten ($N = 88$, $M_{\text{leeftijd}} = 19,19$, $SD = 1,70$) random werden toegewezen aan een interventiegroep of controlegroep die voorafgaand aan de interventie, en na 6, 15 en 25 weken vragenlijsten invulden. Resultaten laten zien dat de interventie op korte termijn zorgt voor een vermindering in negatief affect, algemene psychopathologie en in symptomen van depressie, maar niet op lange termijn. De gevonden effecten zijn klein en niet langer significant wanneer gecorrigeerd wordt voor multiële toetsing. De interventie laat geen effecten zien op positief affect, subjectief welzijn en eetstoornissymptomen. De studie biedt voorzichtige aanwijzingen dat de beschreven interventie een geschikte zelfhulpmodule kan zijn die op korte termijn bijdraagt aan het verminderen van negatief affect, algemene psychopathologie en depressieve klachten. Vervolgonderzoek is geïndiceerd om de effectiviteit van de interventie te toetsen in een grotere steekproef met een verhoogd risico op het ontwikkelen van psychopathologie.

Trefwoorden: positieve psychologie, online zelfhulp, preventie, welbevinden, psychopathologie

INLEIDING

.....

Hellllp please!

Ik ben 14 en weeg 46 kilo, is dat te veel?? Als ik me buik en benen in de spiegel zie dan zou ik zo graag dun willen zijn. Me vriendinnen zijn allemaal lichter en jongens vinden hun veel leuker. Laatst waren we gaan zwemmen en waren er ook jongens, maar die gingen bijna niet met mij praten. Daarna moest ik huilen en wilde ik dat ik leuker was. Ik ben vaak verdrietig. Help me wat moet ik doen.

XLisax

Jongeren zoals Lisa komen we regelmatig tegen op 99gram.nl, een website voor jongeren van 14 tot 23 jaar. Het doel van deze website is om jongeren te informeren over met name eten, uiterlijk en gewicht, en om te voorkomen dat er zich bij hen eetproblematiek ontwikkelt. Verder biedt de website hulp aan jongeren die al eetproblemen hebben, en wel door middel van een online *stepped-care* aanbod (Vos, Elgersma, & Nauta, 2014). Op 99gram.nl staat informatie over onderwerpen gerelateerd aan eten, uiterlijk en gewicht, waarbij steeds centraal staat wat normaal is en wat jongeren kunnen doen wanneer zij zich zorgen maken. Op een open forum stellen jongeren elkaar vragen en geven zij elkaar advies. Daarnaast kunnen jongeren anoniem via mail of chat contact opnemen met deskundigen. Dit zijn behandelaren van Accare Kinder- en Jeugdpsychiatrie die specifiek getraind zijn in het verlenen van online hulp. Voor jongeren met klinische eetproblemen (met name *boulimia nervosa*) biedt 99gram.nl een volledige online behandeling aan.

Bij veel jongeren zoals Lisa is er echter vaak (nog) geen sprake van een psychische stoornis. Daarom is het doel van 99gram.nl niet alleen om informatie en behandeling aan te bieden, maar ook om op een actieve wijze bij te dragen aan het bevorderen van een goede mentale gezondheid en het voorkomen van problemen, waaronder eetproblemen. Een goede mentale gezondheid is immers belangrijk voor een gezonde ontwikkeling. Aangezien jongeren grote stappen maken in hun fysieke, persoonlijke, sociale en cognitieve ontwikkeling (Larson & Ham, 1993), lijkt dit voor deze doelgroep des te belangrijker. Dat psychische gezondheid niet vanzelfsprekend is, blijkt uit epidemiologische bevindingen: maar liefst 45% van de Nederlandse jongeren ervaart al gedurende de kindertijd of adolescentie mentale gezondheidsproblemen; van hen kampt 22% met ernstige problemen (Ormel et al., 2015). Bovendien kunnen mentale gezondheidsproblemen tijdens de jeugd verstrekken gevolgen hebben, zoals een verstoring in de ontwikkeling op belangrijke levensgebieden (Birmaher et al., 1996) en een hoge kans op psychopathologie in de volwassenheid (Kessler et al., 2005).

Mentale gezondheid wordt niet alleen bepaald door de afwezigheid van psychische problemen, maar ook door de aanwezigheid van positieve ervaringen, zoals welbevinden en positieve relaties met anderen (Bolier et al., 2013; Keyes, 2007). Sinds de introductie van de positieve psychologie (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000) is er een grote toename geweest in publicaties die het belang van positieve emoties en ervaringen onderstrepen (Bolier et al., 2013). De toenemende aandacht voor positieve psychologie komt bijvoorbeeld ook tot uitdrukking in de keuze voor het thema ‘Shiny happy people’ voor de najaarsconferentie van de VGt in 2015 en de oprichting van het *Tijdschrift Positieve Psychologie* in hetzelfde jaar. Binnen positieve psychologie ligt de nadruk op *build what's strong* in plaats van *fix what's wrong*, dus op het versterken van wat er goed gaat, in plaats van op de meer traditionele insteek om te repareren wat er niet goed gaat. Het idee vanuit de positieve psychologie is dat we een goede psychische gezondheid kunnen bevorderen door positieve emoties en ervaringen te laten groeien. Daarmee ontstaat een ‘psychologische buffer’ die mogelijk helpt om toekomstige psychische problemen te voorkomen, bijvoorbeeld bij het meemaken van stressvolle levensgebeurtenissen (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). Het voordeel van deze insteek is dat de weerbaarheid van mensen al vergroot wordt wanneer er (nog) niets ernstigs aan de hand is, om hen op deze manier beter bestand te maken tegen het ontwikkelen van psychische stoornissen in de toekomst.

Er zijn inmiddels verschillende oefeningen/interventietechnieken ontwikkeld en onderzocht die zijn gebaseerd op de principes van positieve psychologie. Een bekende oefening gericht op het vergroten van ervaren geluk is het ‘tellen van zegeningen’ ofwel de ‘oefening van de drie goede dingen’ (Seligman, Steen, Park, & Peterson, 2005). Het doel van deze oefening is dat iemand meer aandacht krijgt voor positieve dingen in zijn of haar leven door elke dag drie goede dingen op te schrijven die zijn gebeurd en ook waarom ze gebeurden. In een andere bekende oefening staat het bewust worden van eigen sterke eigenschappen centraal. Deze oefening wordt in verschillende vormen aangeboden, maar lijkt het meest effectief wanneer mensen niet alleen de opdracht krijgen om eigen sterke eigenschappen te identificeren, maar om die ook elke dag op een nieuwe manier toe te passen (Seligman et al., 2005). Een andere oefening is het uiten van dankbaarheid, waarbij deelnemers een dankbaarheidsbrief schrijven en geven aan een persoon die ooit erg aardig tegen hen is geweest, maar die ze daarvoor nooit direct hebben bedankt (Seligman et al., 2005). Onderzoek laat zien dat deze oefeningen inderdaad in staat zijn om geluk te verhogen en symptomen van depressie te verminderen op de korte termijn (één maand) (Seligman et al., 2005). Dagelijks drie goede dingen opschrijven en bewustwording van eigen sterke eigenschappen laten daarnaast ook positieve effecten zien op de lange termijn (zes maanden) (Se-

ligman et al., 2005). Dit zijn slechts een aantal voorbeelden van oefeningen uit een scala aan bredere interventies die op basis van positieve psychologieprincipes zijn ontwikkeld. Hoewel dergelijke oefeningen specifieke werkzame ingrediënten kunnen hebben, zoals toegenomen aandacht gericht op positieve gebeurtenissen of het verhogen van zelfbeeld, wordt daarnaast gedacht dat bij alle oefeningen positief denken versterkt wordt (Mongrain & Anselmo-Matthews, 2012). Als dit positief denken gepaard gaat met positieve emoties, kan volgens de *broaden-and-build*-theorie een positieve, opwaartse spiraal ontstaan: bestaande negatieve denkpatronen en gedragpatronen worden vervangen door alternatieve patronen, bijvoorbeeld meer openheid naar de omgeving toe en versterking van sociale banden (Fredrickson, 2001), die vervolgens weer een buffer vormen in tijden van stress.

Inmiddels zijn er tientallen studies verschenen die de effecten hebben onderzocht van specifieke oefeningen of programma's van positieve psychologie, bestaande uit meerdere oefeningen, bij met name volwassenen en studenten. In een meta-analyse van Bolier en collega's (2013) werd op basis van 39 studies het gecombineerde effect geanalyseerd van positieve interventies op de zelfrapportagematen algemeen welbevinden, psychologisch welbevinden en symptomen van depressie. Er bestaan grote verschillen in bevindingen tussen de studies, gereflecteerd in de hieronder genoemde ranges van Cohens d 's (grootte geïnterpreteerd op basis van Sawilowsky, 2009). Er werd een significant effect gevonden van kleine tot medium grootte voor subjectief algemeen welbevinden (gemiddelde Cohens $d = 0,34$, range = $-0,09$ tot $1,30$) en kleine effecten voor psychologisch welbevinden (gemiddelde Cohens $d = 0,20$, range = $-0,06$ tot $2,40$) en symptomen van depressie (gemiddelde Cohens $d = 0,23$, range = $-0,17$ tot $1,75$). Deze resultaten zijn in lijn met een eerdere meta-analyse van Sin en Lyubomirsky (2009), waarin 49 studies werden geanalyseerd. In deze meta-analyse werd ook gevonden dat gemiddeld genomen interventies met positieve psychologie algemeen welbevinden significant verhogen ($r = 0,29$) en symptomen van depressie verlagen ($r = 0,31$) met een medium effectgrootte (r is een effectgrootte op basis van de correlatiecoëfficiënt; zie voor verdere details: Sin & Lyubomirsky, 2009). Interventies met een intensief programma waarin er tegelijkertijd sprake was van face-to-facecontact, lieten over het algemeen relatief de grootste effecten zien, van kleine tot medium grootte (subjectief welbevinden: Cohens d 's = $0,38$ (groep), $0,41$ (individueel); psychologisch welbevinden: Cohens d 's = $0,26$ (groep), $0,81$ (individueel); symptomen van depressie: Cohens d 's = $0,47$ (groep), $0,88$ (individueel)). Zelfhulpinterventies leverden echter ook een, weliswaar kleine, maar significante verbetering op (subjectief welbevinden: Cohens $d = 0,33$; psychologisch welbevinden: Cohens $d = 0,14$; symptomen van depressie: Cohens $d = 0,15$; Bolier et al., 2013). In een meer recente meta-analyse (Weiss, Westerhof, & Bohlmeijer, 2016) naar specifiek psychologisch welbevinden werden soortgelijke effecten gevonden. Hoewel de effecten van zelfhulpinterventies vanuit een behandelperspectief weinig

indrukwekkend mogen lijken, is het vanuit volksgezondheidsperspectief zeker interessant om dergelijke zelfhulpinterventies te ontwikkelen. Het zou een kosteneffectieve manier kunnen zijn om de algemene mentale gezondheid te verbeteren, aangezien hiermee op laagdrempelige wijze grote groepen mensen bereikt kunnen worden die op andere wijze wellicht nooit in beeld komen. Daarmee lijkt het aannemelijk dat effectieve zelfhulpinterventies op basis van positieve psychologie kosteneffectief zijn en een geschikte eerste stap vormen in een stepped-care-benadering. Dit wordt ondersteund door een onderzoek gericht op algemene online-interventies tegen depressie onder jongeren in Australië. Uit deze studie blijkt dat groot-schalige internetinterventies kosteneffectief zijn vergeleken met face-to-face-interventies, mits ze succesvol zijn geïmplementeerd (Lee et al., 2017). Een Nederlandse studie die zich specifiek richtte op de kosteneffectiviteit van een online positieve psychologie-interventie bij volwassenen liet echter zien dat de beschreven interventie niet kosteneffectief is, hoewel een paar extreme uitbijters, die leidden tot een sterke stijging in kosten, de resultaten negatief leken te kleuren (Bolier et al., 2014). Tot op heden zijn er maar erg weinig studies verricht naar de kosteneffectiviteit van online positieve psychologie-interventies. Daarmee lijkt het een belangrijke vervolgstap om zulke interventies ook op kosteneffectiviteit te toetsen.

HUIDIGE STUDIE

.....

De meeste studies gericht op de effectiviteit van positieve psychologie-interventies hebben populaties van volwassenen buiten Nederland onderzocht. Volgens onze kennis is er tot op heden geen effectieve laagdrempelige Nederlandse online positieve psychologie-interventie beschikbaar voor Nederlandse jongeren (14-23 jaar). Het vervolg van dit artikel beschrijft een online zelfhulpinterventie: *Bekijk jezelf door een roze bril*, die we hebben ontwikkeld op basis van de principes van positieve psychologie voor deze specifieke doelgroep. We presenteren data van een kleinschalige studie die de effectiviteit van deze interventie heeft getoetst en die plaatsvond onder eerstejaars vrouwelijke psychologiestudenten van de Rijksuniversiteit Groningen. We hebben gekozen voor eerstejaars psychologiestudenten, omdat het een groep betreft van personen die veel uitdagingen tegenkomen wat betreft het opbouwen van nieuwe sociale netwerken, op kamers wonen en nieuwe academische uitdagingen, die ze als stressvol kunnen ervaren (zie bijvoorbeeld: Bruffaerts et al., 2018). Deze groep bevat deelnemers in de hoogste leeftijd-range van de beoogde doelgroep van 99gram.nl en bevat geen jongeren tussen de 14 en 16 jaar. We hebben toch gekozen voor deze steekproef, omdat deze groep relatief makkelijk te werven was, met de verwachting dat deze deelnemers een relatief lange periode te volgen zijn met een laag uitvalspercentage. De voornaamste redenen om uitsluitend vrouwelijke studenten te include-

ren zijn de wens om de onderzoekspopulatie in lijn te brengen met de doel-populatie – de bezoekers van 99gram.nl zijn voornamelijk vrouwen – en het feit dat vrouwen een groter risico hebben op het ontwikkelen van psychische problemen, waaronder affectieve stoornissen (zie bijvoorbeeld: Hankin et al., 1998). Daarnaast sloot een homogene steekproef uit dat andere factoren, zoals geslacht, een rol zouden kunnen spelen in de gevonden effecten, omdat er te weinig mogelijkheden waren om het effect van geslacht systematisch te onderzoeken, en wel vanwege het geringe aantal mannelijke psychologiestudenten. Door aan het begin van het academische jaar de deelnemers random toe te wijzen aan een groep die de positieve psychologie-interventie kreeg of aan een controlegroep, wilden we op een betrouwbare wijze onderzoeken of *Bekijk jezelf door een roze bril* een middel zou kunnen zijn ter preventie van het ontwikkelen van psychopathologie en voor het bevorderen van positief affect en welbevinden gedurende het grootste deel van het academische jaar. De verwachting was dat deelnemers in de groep die de positieve psychologie-interventie kreeg op de nameting en follow-up meetmomenten lager zouden scoren op algemene psychopathologie, eetstoornissymptomen, depressieve symptomen en negatief affect dan de controlegroep. Daarnaast werd verwacht dat deelnemers in de groep die de positieve psychologie-interventie kreeg op de nameting en follow-up meetmomenten hoger zouden scoren op positief affect en welzijn.

METHODE

.....

Deelnemers

.....

Deelnemers werden geworven via een deelnemerspool van eerstejaars psychologiestudenten van de Rijksuniversiteit Groningen. Studenten ontvingen punten om te voldoen aan een eerstejaars vak. Inclusiecriteria waren: vrouwelijk geslacht, en een leeftijd tussen de 17 en 30 jaar. In totaal zijn 90 deelnemers random verdeeld over de interventiegroep en de controlegroep, die de module niet kreeg aangeboden. Eén deelnemer stopte voortijdig met haar deelname en een andere student werd uitgesloten van de analyses, omdat zij de vragenlijsten niet serieus had ingevuld (blijkend uit een abnormale korte duur van invullen en onrealistische responspatronen). Uiteindelijk bestond de interventiegroep uit 44 deelnemers ($M_{\text{leeftijd}} = 19,07$, $SD = 1,45$) en de controlegroep uit 44 deelnemers ($M_{\text{leeftijd}} = 19,33$, $SD = 1,94$). Tijdens de vervolgmetingen vielen in totaal nog eens 6 mensen uit; de reden voor hun uitval is onbekend.

Materiaal

Bekijk jezelf door een roze bril (www.99gram.nl/zelfhulp; Elgersma & Neimeijer, 2014) is een online zelfhulpcursus met een duur van zes weken, primair gericht op meisjes. Elke week wordt er een andere module aangeboden. Elke module start met een korte uitleg, enkele oefeningen en vervolgens korte dagelijkse opdrachten van ongeveer vijf minuten per dag (zie figuur 1). De modules zijn gebaseerd op onder andere de effectief gebleken oefeningen die we eerder beschreven (Seligman et al., 2005), en daarnaast op oefeningen die effectief bleken in het verhogen van zelfcompassie en het verminderen van piekeren (Smeets, Neff, Alberts, & Peters, 2014).

In week 1 (met als thema: 'Wat is positieve psychologie?') vullen jongeren elke dag drie dingen in die goed gingen die dag en waarom ze goed gingen ('oefening van de drie goede dingen'; Seligman et al., 2005). Tijdens week 2 ('Twee maten') kiezen deelnemers een voorwerp (zoals een armbandje) dat hen eraan herinnert om zichzelf vriendelijker te beoordelen en om minder kritisch over zichzelf te zijn ('zelfcompassieoefening met de armband'; Smeets et al., 2014). In week 3 ('Interne criticus') ligt de focus op het stilstaan bij positieve eigenschappen. Deelnemers vullen elke dag een positieve eigenschap van zichzelf in (een zogeheten 'zonnestraal') en geven daarbij aan hoe ze deze eigenschap gedurende de dag hebben toegepast. Deze oefening is gebaseerd op 'bewustwording van eigen sterke eigenschappen' (Seligman et al., 2005). Deelnemers wordt gevraagd hoe ze de eigenschap gedurende de dag hebben toegepast, maar worden niet actief gestimuleerd om elke dag een sterke eigenschap op een nieuwe manier toe te passen, hoewel dit wel het meest effectief lijkt te zijn (Seligman et al., 2005). We hebben hiervoor gekozen, omdat we veronderstelden dat het op een nieuwe manier toepassen van sterke eigenschappen meer uitleg en oefening zou vereisen dan mogelijk was in de huidige vorm van online aanbieding zonder therapeutische ondersteuning, met name aan de beoogde jonge doelgroep. 'Dankbaarheid' is het thema in week 4 ('Andere mensen'). Deelnemers worden aangemoedigd om elke dag momenten van geluk en dankbaarheid op te schrijven en elke dag iemand in hun omgeving een compliment te geven, teneinde op deze manier een positieve spiraal te creëren van uitingen van vriendelijkheid naar geluk, en vice versa (Aknin, Dunn, & Norton, 2012). Vervolgens krijgen deelnemers de opdracht om hun dankbaarheid aan een belangrijk iemand te tonen door een brief te schrijven of door iets moois te maken. Deze oefening is gebaseerd op de oefening die draait om het uiten van dankbaarheid (Seligman et al., 2005), maar deelnemers worden niet expliciet gestimuleerd om de uiting van dankbaarheid daadwerkelijk te overhandigen aan de betreffende persoon. Gedurende week 5 ('Lijf en uiterlijk') beschrijven deelnemers welke drie delen van hun lichaam ze mooi vinden en waarom (voor een bespreking van studies naar exposure-interventies die zich richten op een positief lichaamsbeeld, zie: Glashouwer, Jonker, Thomassen, & de Jong, 2016;

Jansen et al., 2016). Vervolgens krijgen ze de opdracht om elke dag iets positiefs voor hun lijf te doen, met extra aandacht voor de lichaamsdelen die ze mooi vinden. Deze opdracht specifiek over het lichaam is in het programma opgenomen, omdat veel jongeren die 99gram.nl bezoeken zich zorgen maken over hun gewicht en lichaamsvormen. In week 6 ('Hoe houd je het vast?') reflecteren deelnemers op hun meest positieve momenten gedurende de cursus en op wat ze hebben geleerd (Seligman et al., 2005). Vervolgens schrijven ze een brief aan zichzelf met bemoedigende woorden, die hen zou kunnen helpen bij moeilijke situaties in de toekomst (Smeets et al., 2014). Naast deze modules worden de deelnemers in de mails met de links naar de verschillende oefeningen op de 99gram-website dagelijks positief toegesproken (met bijvoorbeeld: 'Je bent een topper').



FIGUUR 1 Overzicht van de wekelijkse modules in de online zelfhulpcursus *Bekijk jezelf door een roze bril*

Illustraties: Anne van den Berg

Meetinstrumenten

Alle metingen bestonden uit dezelfde vragenlijsten. De lijsten richten zich op positieve uitkomst domeinen via maten van welbevinden en positief affect, en op negatieve uitkomst domeinen via maten van negatief affect, algemene psychopathologie, en specifieke symptomen van eetstoornissen (vanwege de doelgroep van 99gram) en depressie (vanwege de relatief hoge prevalentie en comorbiditeit met eetstoornissen, en vanwege bevindingen uit eerdere literatuur dat interventies met positieve psychologie voornamelijk een buffer vormen tegen depressieve klachten).

Positief en negatief affect. Positief en negatief affect werden gemeten met de *Positive and Negative Affect Schedule* (PANAS; Engelen, de Peuter, Victoir, van Diest, & van den Bergh, 2006; Watson, Clark, & Carey, 1988). Deze zelf-

rapportagevragenlijst bestaat uit twintig items, die gelijkelijk zijn verdeeld over twee subschalen: positief affect (PA; voorbeelditems: geïnteresseerd, opgewekt, enthousiast, sterk) en negatief affect (NA; voorbeelditems: bedroefd, terneergeslagen, schuldig, snel geïrriteerd). Deelnemers werd gevraagd in welke mate zij de verschillende emoties in het algemeen voelden gedurende de voorafgaande week, op een vijf puntsschaal van 1 ('heel weinig') tot 5 ('heel veel'). De PANAS is een betrouwbaar instrument gebleken (Crawford & Henry, 2004; Engelen et al., 2006). De huidige studie liet ook een goede interne consistentie zien op alle tijdstipmomenten (PA: Cronbachs α van 0,79 tot 0,88; NA: Cronbachs α van 0,85 tot 0,91).

Welzijn. Om welzijn te meten namen we de *Mental Health Continuum Short Form* af (MHC-SF; Keyes et al., 2008; Lamers, Westerhof, Bohlmeijer, ten Klooster, & Keyes, 2011). De MHC-SF bestaat uit veertien items die emotioneel, psychologisch en sociaal welbevinden meten. Voorbeelditems zijn: 'In de afgelopen maand, hoe vaak had u het gevoel dat u tevreden was?', 'Hoe vaak had u het gevoel dat uw leven een richting of zin heeft?', 'Hoe vaak had u het gevoel dat u warme en vertrouwde relaties met anderen had?' Om de algemene positieve geestelijke gezondheid weer te geven werd het totaal van deze items opgeteld, die werden gescoord op een zes puntsschaal lopend van 0 ('nooit') tot 5 ('elke dag'). De schaal beschikt over een goede betrouwbaarheid en validiteit (Lamers et al., 2011; Lamers, Glas, Westerhof, & Bohlmeijer, 2012). De Cronbachs α van de schaal in de huidige studie is goed tijdens alle meetmomenten (Cronbachs α van 0,87 tot 0,92).

Algemene psychopathologie. De *Symptom Questionnaire* met 48 items (SQ-48; Carlier et al., 2012) is gebruikt om algemene psychopathologie te meten. Deze zelfrapportagevragenlijst bestaat uit 48 items onderverdeeld in vier subschalen die algemene psychopathologie meten (te weten: depressie, angst, somatisatie en agorafobie) en vijf subschalen die meer specifieke gedragingen en functioneren meten (te weten: agressie, cognitieve problemen, sociale fobie, school/werk en vitaliteit/optimisme). Voor de huidige studie zijn de subschalen school/werk en vitaliteit/optimisme weggelaten bij de berekening van de totaalscore (volgens de handleiding SQ-48 van het Leids Universitair Medisch Centrum). Deelnemers geven aan in hoeverre de stellingen van toepassing zijn over de afgelopen week, waarbij gescoord wordt op een vijf puntsschaal van 0 ('nooit') tot 4 ('zeer vaak'). Een aantal voorbeelden van stellingen zijn: 'Ik had interesse in dingen', 'Ik voelde mij gespannen', 'Ik had onenigheid met anderen' en 'Ik durfde niet alleen met het openbaar vervoer te reizen'. Uit eerder onderzoek is de SQ-48 een betrouwbaar en valide instrument gebleken (Carlier et al., 2012). In de huidige studie bleek de schaal ook over een goede interne betrouwbaarheid te beschikken tijdens alle meetmomenten (Cronbachs α van 0,94 tot 0,96).

Eetstoornissymptomen. Om eetstoornissymptomen in kaart te brengen is de *Eating-Disorder-15* (ED-15; Tatham et al., 2015) afgenomen, bestaande uit vijftien items onderverdeeld in twee subschalen: zorgen over lichaamsvor-

men en gewicht. Deelnemers geven op een zevenpuntsschaal van 0 ('helemaal niet') tot 6 ('altijd') aan hoe vaak bepaalde eetattitudes en eetgedragingen voorkwamen de afgelopen week. Voorbeelden van items zijn: 'Mijn lichaam gecheckt om mijzelf gerust te stellen over mijn uiterlijk (bijvoorbeeld mijzelf wegen en kijken in de spiegel)', 'Strikte regels gevolgd met betrekking tot mijn eetgedrag' en 'Ben ik geheel in beslag genomen door gedachten aan voedsel en eetgedrag'. De ED-15 is een relatief korte, maar valide en betrouwbare vragenlijst om kernsymptomen van eetstoornissen in kaart te brengen over een relatief korte tijdspanne (Tatham et al., 2015). Uit eerder onderzoek is gebleken dat de correlatie tussen de ED-15 en de veelgebruikte Eating Disorders Examination-Questionnaire (EDE-Q) hoog is ($r = 0,89$; Tatham et al., 2015). In de huidige studie was de interne betrouwbaarheid van de vragenlijst goed op alle tijdstipmomenten (Cronbachs α van 0,91 tot 0,93).

Depressiesymptomen. Om symptomen van depressie vast te stellen in de week voorafgaand aan de afname, is gebruikgemaakt van de vragenlijst *Center for Epidemiologic Studies-Depression* (CES-D; Bouma, Ranchor, Sanderman, & van Sonderen, 1995; Schroevers, Sanderman, van Sonderen, & Ranchor, 2000). Deze vragenlijst bevat twintig items die gescoord dienen te worden op een vierpuntsschaal van 0 ('zelden of nooit', 'minder dan een dag') tot 3 ('meestal of altijd', '5-7 dagen'). Voorbeelditems zijn: 'Bleef ik maar in de put zitten, zelfs als familie of vrienden probeerden me eruit te halen', 'Vond ik mijn leven een mislukking' en 'Had ik moeite mijn gedachten bij mijn bezighouden te houden'. Uit eerder onderzoek is gebleken dat de psychometrische eigenschappen van de vragenlijst goed zijn (Bouma et al., 1995). De huidige studie laat eveneens een goede interne consistentie zien op alle meetmomenten (Cronbachs α van 0,86 tot 0,92).

Procedure

Werving en uitvoering van de studie vonden plaats tussen oktober 2015 en mei 2016. Tijdens de voormeting in het lab stemden deelnemers toe met deelname door middel van het tekenen van een geïnformeerd toestemmingsformulier en vulden zij verschillende vragenlijsten in. Daarna kregen ze te horen aan welke groep ze waren toegewezen. Deelnemers van de interventiegroep kregen een online persoonlijk account tot hun beschikking en kregen uitleg over de opzet van de interventie. De deelnemers ontvingen dagelijks berichtjes via e-mail, met een link naar de website voor het uitvoeren van de opdrachten. Wanneer iemand de opdrachten enkele dagen niet had ingevuld, ontving zij een vriendelijke e-mail (en wanneer zij daar niet op reageerde, een sms-bericht) met de vraag om de opdrachten alsnog te doen. Om de kortetermijneffecten van de interventie te onderzoeken namen we een nameting af direct na de interventie (6 weken na de voormeting). Omdat we benieuwd waren naar de effecten van de interventie op de langere termijn, namen we twee vervolgmetingen af 15 en 25 weken na de interventie. De nameting en vervolgmetingen werden

online afgenomen (via Qualtrics, Provo, UT). Deelnemers in de controlegroep kregen geen interventie en vulden alleen de vragenlijsten van de voormeting, nameting en vervolgmetingen in. De studie was goedgekeurd door de Ethische Commissie Psychologie van de Rijksuniversiteit Groningen (15033).

RESULTATEN

Tabel 1 geeft de gemiddelden en standaarddeviaties van de onderzoeksvariabelen op de voormeting, nameting en follow-upmetingen weer.

TABEL 1 Gemiddelden en standaarddeviaties van de onderzoeksvariabelen op de voormeting, nameting en follow-upmetingen per groep

	Interventiegroep							
	Voor (N = 44) M (SD)		Na (N = 44) M (SD)		FU1 (N = 42) M (SD)		FU2 (N = 42) M (SD)	
Positief affect	3,15	(0,64)	3,13	(0,57)	3,21	(0,67)	3,21	(0,58)
Welzijn	2,96	(0,74)	3,15	(0,70)	3,21	(0,77)	3,26	(0,71)
Negatief affect	2,10	(0,75)	1,77	(0,63)	1,77	(0,67)	1,80	(0,69)
Psycho-pathologie	0,85	(0,52)	0,62	(0,46)	0,65	(0,46)	0,69	(0,45)
Depressie	0,74	(0,40)	0,58	(0,41)	0,61	(0,37)	0,64	(0,42)
Eetstoornissen	1,34	(1,13)	1,15	(1,09)	1,01	(0,93)	1,06	(0,99)
	Controlegroep							
	Voor (N = 44) M (SD)		Na (N = 44) M (SD)		FU1 (N = 42) M (SD)		FU2 (N = 40) M (SD)	
Positief affect	3,13	(0,50)	3,15	(0,59)	3,19	(0,63)	3,15	(0,62)
Welzijn	2,98	(0,77)	3,08	(0,73)	3,09	(0,89)	3,07	(0,89)
Negatief affect	2,13	(0,68)	2,02	(0,73)	2,04	(0,79)	1,98	(0,77)
Psycho-pathologie	0,95	(0,51)	0,85	(0,58)	0,81	(0,59)	0,79	(0,64)
Depressie	0,80	(0,40)	0,76	(0,44)	0,76	(0,47)	0,69	(0,53)
Eetstoornissen	1,63	(1,14)	1,32	(1,22)	1,08	(1,17)	1,27	(1,22)

Noot. Voor = voormeting; Na = nameting (direct na interventie); FU1 = follow-upmeting 1 (15 weken na interventie); FU2 = follow-upmeting 2 (25 weken na interventie)

Kortetermijneffecten van Bekijk jezelf door een roze bril

Om het kortetermijneffect van de interventie (dat wil zeggen: direct na de interventie) te toetsen zijn ANCOVA-analyses uitgevoerd op de nameting. Hierbij werden 'groep' (interventiegroep versus controlegroep) als onafhankelijke variabele en de scores op de voormeting als covariaat toegevoegd aan het model. Een ANCOVA-analyse is de gewenste analysestrategie, omdat wanneer er sprake is van gerandomiseerde groepen, zoals in de huidige studie, deze analyse meer power en nauwkeurigheid biedt dan een herhaaldemetingen-ANOVA-analyse (van Breukelen, 2006). De randomisatie impliceert dat er geen systematische verschillen zijn tussen de groepen tijdens de voormeting. Om hier zeker van te zijn, hebben we onderzocht of interventiegroep en controlegroep significant verschilden op leeftijd en de onderzoeksvariabelen tijdens de voormeting, wat niet het geval bleek te zijn (range $t = -0,89$ tot $1,55$; range $p = 0,12$ tot $0,92$). Vanwege de vele uitgevoerde analyses is besloten om te onderzoeken of eventuele significante effecten overeind blijven wanneer gecorrigeerd wordt voor multiële toetsing, en wel door middel van een Bonferroni-correctie. We zijn in dit kader bij zowel de kortetermijn- als de langetermijneffecten uitgegaan van twee analyses binnen positieve uitkomst domeinen (te weten: positief affect en welzijn) en vier analyses binnen negatieve uitkomstmaten (te weten: negatief affect, algemene psychopathologie, depressie en eetstoornissymptomen), resulterend in respectievelijk een aangepaste α van $0,05/2 = 0,025$ voor de positieve uitkomst domeinen, en van $0,05/4 = 0,0125$ voor de negatieve uitkomst domeinen.

Tijdens de nameting vertoonde de interventiegroep ten opzichte van de controlegroep minder negatief affect ($F(1,85) = 5,95$, $p = 0,017$, $\eta^2 = 0,065$; klein effect), minder algemene psychopathologie ($F(1,85) = 5,38$, $p = 0,023$, $\eta^2 = 0,060$; klein effect) en minder symptomen van depressie ($F(1,85) = 4,30$, $p = 0,041$, $\eta^2 = 0,048$; klein effect). De verschillen zijn niet meer significant wanneer gecorrigeerd wordt voor multiële toetsing. Tijdens de nameting bleken er geen verschillen te zijn tussen de interventiegroep en de controlegroep voor eetstoornissymptomen ($F(1,85) = 0,14$, $p = 0,710$, $\eta^2 = 0,002$), positief affect ($F(1,85) = 0,13$, $p = 0,720$, $\eta^2 = 0,002$) en subjectief welzijn ($F(1,85) = 0,47$, $p = 0,497$, $\eta^2 = 0,005$).

Langetermijneffecten van Bekijk jezelf door een roze bril

Om langetermijneffecten te toetsen (respectievelijk 15 en 25 weken na de interventie) werden twee soortgelijke ANCOVA-analyses uitgevoerd, maar dan met de scores op de eerste en tweede follow-upmeting als afhankelijke variabelen. De scores op de voormeting werden opnieuw toegevoegd als covariaat en de onafhankelijke variabele was 'groep' (interventiegroep versus controlegroep).

Op de eerste follow-upmeting was er geen significant verschil tussen de interventiegroep en controlegroep op negatief affect ($F(1,81) = 3,42, p = 0,068, \eta^2 = 0,041$), algemene psychopathologie ($F(1,81) = 1,55, p = 0,217, \eta^2 = 0,019$), symptomen van depressie ($F(1,81) = 1,82, p = 0,181, \eta^2 = 0,022$) en eetstoornissymptomen ($F(1,81) = 0,74, p = 0,392, \eta^2 = 0,009$). Er waren evenmin significante verschillen tussen de groepen op positief affect ($F(1,81) = 0,05, p = 0,818, \eta^2 = 0,001$) en subjectief welzijn ($F(1,81) = 1,10, p = 0,297, \eta^2 = 0,013$).

De resultaten voor de tweede follow-upmeting kwamen overeen met de eerste follow-upmeting. Er waren geen significante verschillen tussen de interventiegroep en de controlegroep op alle uitkomsten.

CONCLUSIES EN DISCUSSIE

.....

Het doel van *Bekijk jezelf door een roze bril* is om op een laagdrempelige manier de mentale weerbaarheid van jongeren te vergroten, waardoor ze minder snel last krijgen van psychische klachten. Als eerste stap naar meer zicht op de effecten van deze online zelfhulpinterventie, voerden we een kleinschalige, gerandomiseerde en gecontroleerde studie uit onder eerstejaars vrouwelijke psychologiestudenten. We vergeleken een groep deelnemers die aan het begin van het academische jaar deelnam aan *Bekijk jezelf door een roze bril* met een groep deelnemers die deze module niet kreeg aangeboden. De uitkomsten lieten zien dat deelnemers in de interventiegroep na afloop van de interventie lager scoorden op negatief affect, algemene psychopathologie en symptomen van depressie dan de controlegroep, maar dat de effecten niet meer significant waren wanneer gecorrigeerd werd voor multiële toetsing. De interventie had geen effect op positief affect, subjectief welzijn en eetstoornissymptomen. Tijdens de langetermijnvervolgmetingen 15 en 25 weken na de interventie bleken de verschillen die we vonden direct na de interventie niet langer significant.

Deze uitkomsten bieden een voorzichtige aanwijzing dat *Bekijk jezelf door een roze bril* inderdaad kan bijdragen aan het verminderen van symptomen van depressie, negatief affect en algemene psychopathologie op de korte termijn, hoewel de effecten klein waren en niet langer significant wanneer gecorrigeerd werd voor multiële toetsing. De bevindingen zijn in lijn met eerdere studies naar de effecten van interventies met positieve psychologie, die eveneens een vermindering van depressieve klachten lieten zien met kleine effectgrootte (Bolier et al., 2013; Sin & Lyubomirsky, 2009). Het is verrassend dat de interventie geen effect lijkt te hebben op positieve gevoelens en algemeen welzijn, wat in tegenstelling is met eerdere studies, die gemiddeld genomen een kleine verbetering lieten zien op het subjectief welzijn en psychosociaal welzijn (Bolier et al., 2013; Sin & Lyubomirsky, 2009). Mogelijk komt dit omdat we in deze pilot een relatief gezonde groep mensen hebben onderzocht bij wie er wellicht weinig ruimte is voor verdere

toename in positieve kenmerken. Dat de gevonden effecten in de huidige studie niet groot waren zou eveneens te maken kunnen hebben met de relatief gezonde steekproef die is onderzocht. Op grond van de huidige studie kunnen we niet onomstotelijk vaststellen of de interventie sec heeft geleid tot deze verbeteringen. De wetenschap te behoren tot de interventiegroep kan de uitkomsten in deze groep in positieve zin hebben beïnvloed. Om dit uit te sluiten zou de interventiegroep vergeleken moeten worden met een controlegroep die een placebo-interventie krijgt.

Wanneer we de follow-upmetingen van 15 en 25 weken na het afronden van de interventie analyseerden, vonden we geen significante verschillen meer tussen de controlegroep en de interventiegroep. Mogelijk is deze korte interventie niet effectief genoeg om te zorgen voor een preventieve werking over langere tijd. Een andere mogelijkheid is dat de lage power – vanwege de relatief kleine steekproef die we hebben gebruikt – ertoe heeft geleid dat we kleine effecten die er wellicht wel waren niet konden detecteren. Een andere verklaring is dat er tussen het volgen van de interventie en de name-tingen vele maanden later zo veel andere dingen zijn gebeurd dat het niet meer mogelijk was om de effecten van de interventie terug te vinden.

Als we de huidige resultaten door een roze bril bekijken, zien we dat ze de toepassing van *Bekijk jezelf door een roze bril* als laagdrempelige interventie ondersteunen. Deze interventie heeft daarmee de potentie om een doelgroep van jongeren te bereiken die normaal gesproken (nog) niet op zoek gaat naar professionele hulp en die men dus niet snel in de behandelkamer aantreft. De interventie kan gratis en anoniem gevolgd worden, wat de toegankelijkheid vergroot ten opzichte van traditionelere interventies. Daarbij komt dat deze (en dergelijke) online interventies de mogelijkheid hebben tot toepassing op grote schaal. Dit maakt ze mogelijk geschikt als kosteneffectieve eerstestapinterventies voor jongeren bij wie er (nog) geen sprake is van een psychische stoornis.

Als we de roze bril echter afzetten, zien we ook dat de effecten klein zijn en niet langer significant wanneer gecorrigeerd wordt voor multi-pele toetsing. Verder zijn er een aantal beperkingen en verbeterpunten die belangrijk zijn om te bespreken. Allereerst betreft dit een studie met een kleine en relatief gezonde steekproef. Het toetsen van deze interventie onder eerstejaarsstudenten is relevant, omdat ‘gaan studeren’ voor veel nieuwe studenten stress oplevert: in deze fase moeten ze zichzelf een plek verwerven in nieuwe sociale netwerken, zelfstandig gaan wonen en nieuwe academische vaardigheden aanleren (Bruffaerts et al., 2018). Het volgen van *Bekijk jezelf door een roze bril* zou in deze doelgroep kunnen bijdragen aan het verminderen van (de mogelijk negatieve impact van) dergelijke stress. Mogelijk zijn in een populatie met subklinische klachten of in een groep met een anderszins verhoogd risico de effecten van deze interventie sterker, omdat er meer ruimte is voor verbetering. Een deelnemer gaf bijvoorbeeld als feedback: ‘Ik vond de vragen erg gefocust op onzekere jongeren, maar dat ben ik hele-

maal niet.' Daarnaast weten we niet hoe hoog de intrinsieke motivatie van de deelnemers was om de interventie uit te voeren, aangezien ze studiepunten konden ontvangen voor hun deelname. Daarom is het van belang om in vervolgonderzoek de interventie te toetsen in een grotere steekproef met een verhoogd risico op het ontwikkelen van psychopathologie. Verder zou de interventie onderzocht moeten worden in een wat jongere doelgroep, een die meer aansluit bij de populatie van jongeren die 99gram.nl bezoeken, de website waar de interventie wordt aangeboden.

Ten tweede kunnen er kanttekeningen geplaatst worden bij de huidige opzet van de interventie, waarin verschillende technieken korte tijd aan de deelnemer worden aangeboden. Deze opzet heeft mogelijk als voordeel dat de kans wordt vergroot dat er een interventietechniek wordt aangeboden die iemand aanspreekt en waar iemand echt mee aan de slag gaat. Het kan echter als nadeel hebben dat een interventietechniek niet lang genoeg wordt aangeboden om haar echt te integreren in het dagelijks leven. Een van de deelnemers vulde na afloop van de interventie bijvoorbeeld in: 'Door hier bewust mee bezig te zijn, ben je gedwongen positief naar dingen te kijken, en dit werkt wel. Ik ben wel bang dat het voor mij niet genoeg was om alles maar één week te doen.' Uit eerder onderzoek kwam al naar voren dat het uitvoeren van één positieve psychologie-interventietechniek effectiever is dan het uitvoeren van verschillende interventietechnieken in een online interventievorm en dat het online uitvoeren van één en dezelfde interventietechniek gedurende een periode van één tot drie weken het effectiefst is (Mitchell, Vella-Brodrick, & Klein, 2010). In vervolgonderzoek zou daarom gekeken kunnen worden hoe we het effect van *Bekijk jezelf door een roze bril* verder kunnen vergroten, bijvoorbeeld door na de zes modules de deelnemer te laten kiezen welke module het meest waardevol of helpend was en deze module nog een paar weken aanvullend aan te bieden.

Ten derde is het aan te bevelen nogmaals kritisch te kijken naar de verschillende oefeningen die aangeboden worden in deze interventie. Kan de set aan oefeningen uitgebreid of deels vervangen worden door oefeningen uit de positieve psychologie waarvan we inmiddels weten dat ze het effectiefst zijn? Er zijn bijvoorbeeld aanwijzingen dat oefeningen gericht op de toekomst het effectiefst zijn in het verhogen van welbevinden en verminderen van symptomen van depressie, zoals interventies gericht op optimisme over de toekomst en het nastreven van doelen (Gorlin, Lee, & Otto, 2018), terwijl het huidige *Bekijk jezelf door een roze bril* daar slechts geringe aandacht aan besteedt. Daarnaast kan de effectiviteit van bepaalde oefeningen (bijvoorbeeld de 'oefening van de drie goede dingen') wellicht verhoogd worden door positieve herinneringen gedetailleerder en concreter op te roepen, omdat onderzoek suggereert dat dit de grootste effecten teweegbrengt (Gorlin et al., 2018).

Ten slotte laten meta-analyses zien dat interventies met positieve psychologie in de vorm van zelfhulp minder effectief zijn dan in de vorm van individuele of groepstherapie (Bolier et al., 2013; Sin & Lyubomirsky, 2009).

Mogelijk heeft dit te maken met de afwezigheid van motivering, steun en herkenning door anderen. Het ombouwen van de huidige interventie tot een therapeutische interventie zou afbreuk doen aan het laagdrempelige en toegankelijke karakter ervan. Echter, in vervolgonderzoek kan wel gekeken worden hoe deze elementen op andere wijze meer geïntegreerd kunnen worden in *Bekijk jezelf door een roze bril*. Dit kan bijvoorbeeld bereikt worden door meer voorbeelden te integreren van hoe anderen de interventie toepassen, door deelnemers de mogelijkheid te geven om tips, trucs en ervaringen bij de verschillende interventietechnieken achter te laten voor andere deelnemers, of door de mogelijkheid te bieden om de interventie samen met een of meer vriend(inn)en te volgen. Daarnaast lijken dalende motivatie en daarmee samenhangende hoge uitvalspercentages een uitdaging te vormen voor veel online zelfhulpinterventies (Schueller & Parks, 2014), aangezien hoge motivatie een kritische factor is om een positieve psychologie-interventie effectief te laten zijn (Lyubomirsky, Dickerhoof, Boehm, & Sheldon, 2011). Een strategie die mogelijk helpt om de motivatie te vergroten is bijvoorbeeld het aanbieden van structuur, waaraan bij een motivatiedip vastgehouden kan worden, bijvoorbeeld een afgesproken wekelijkse ontmoeting met een vriendin om een oefening samen uit te voeren. Op deze manier vindt er mogelijk positieve beïnvloeding plaats door middel van sociale beloning en een toezegging (Schueller & Parks, 2014). Daarnaast kan het behulpzaam zijn om te beginnen bij relatief eenvoudige stappen en alleen wanneer een deelnemer toe is aan een volgende stap verder te gaan met complexere gedragingen (Schueller & Parks, 2014). Men kan bijvoorbeeld de oefening van de drie goede dingen starten met het laten noteren van één ding dat goed ging op de betreffende dag en dit op een gegeven moment uitbreiden naar meerdere dingen per dag.

Hoewel verder onderzoek nodig is, bieden de uitkomsten van deze kleinschalige studie voorzichtige aanwijzingen dat *Bekijk jezelf door een roze bril* inderdaad een effectieve zelfhulpmodule is, die bijdraagt aan het op de korte termijn verminderen van negatief affect, algemene psychopathologie en depressieve klachten. Mocht u zelf geïnteresseerd zijn, of de interventie willen gebruiken voor jongeren als Lisa die u tegenkomt in uw eigen klinische praktijk: de interventie is vrij toegankelijk op www.99gram.nl/zelfhulp.

Dankwoord: De zelfhulpmodule Bekijk jezelf door een roze bril is geschreven door H. J. Elgersma (Accare Centrum voor Eetstoornissen, Rijksuniversiteit Groningen) en R. Neimeijer (Rijksuniversiteit Groningen), met dank voor de inhoudelijke input aan prof. dr. M. L. Peters, dr. H. Alberts en dr. E. Smeets van Maastricht University, voor het ontwerp en de technische realisatie aan de Ruimte Ontwerpers, in samenwerking met Leukeleu, en voor de illustraties aan Anne van den Berg. De auteurs willen verder hun dank betuigen aan de instelling Accare voor het financieel mogelijk maken van dit project. Daarnaast bedanken we Rozemarijn Vos als coördinator van 99gram.nl voor het mede mogelijk ma-

ken van deze studie en ten slotte Anke Steenbeek, Annika Spiegelberg, Merel den Herder en Shamira Kuiper voor hun hulp bij de dataverzameling, en Wietske Roorda voor haar assistentie bij het schrijven van dit artikel.

Elise Bennik en **Peter de Jong** zijn verbonden aan de Rijksuniversiteit Groningen, afdeling Klinische Psychologie en Experimentele Psychopathologie.

Klaske Glashouwer, **Renate Neimeijer** en **Hermien Elgersma** zijn eveneens verbonden aan de Rijksuniversiteit Groningen, afdeling Klinische Psychologie en Experimentele Psychopathologie, en daarnaast aan Accare Kinder- en Jeugdpsychiatrie: Kennislijn Voedingsstoornissen, Eetstoornissen en Obesitas.

Correspondentieadres: Elise C. Bennik, Rijksuniversiteit Groningen, Grote Kruisstraat 2/1, 9712 TS Groningen. E-mail: e.c.bennik@rug.nl.

Summary *Look at yourself through rose-coloured glasses*

Positive psychology interventions (PPIs) seem to be able to promote psychological health. Yet, there is still no accessible effective online PPI available for Dutch youth (14-23 years). This article describes and investigates an online self-help PPI for this population. The 6-week intervention consists of weekly modules with short daily assignments based on evidence-based strategies, such as counting blessings, exercises targeting self-compassion, expressions of gratitude and awareness of own strong qualities and beautiful body parts. The effectiveness of the intervention was investigated in a small-scale study, in which first-year female students ($N = 88$, $M_{\text{age}} = 19.19$, $SD = 1.70$) were randomly assigned to an intervention group or control group who completed questionnaires before the intervention, and after 6, 15 and 25 weeks. Results show that the intervention lead to a reduction in negative affect, general psychopathology and depression symptoms in the short term, but not in the long term. The effects found were small and no longer significant once corrected for multiple testing. The intervention did not show effects on positive affect, subjective well-being and eating disorder symptoms. The study provides tentative evidence that the described intervention may be a suitable self-help intervention that contributes to the reduction of negative affect and general psychopathology, in particular depressive symptoms. Follow-up research is needed to examine the effectiveness of the intervention in a larger sample with a heightened risk of developing psychopathology.

Keywords *positive psychology, online self-help, prevention, well-being, psychopathology*

Literatuur

- | | |
|--|--|
| <p>Aknin, L. B., Dunn, E. W., & Norton, M. I. (2012). Happiness runs in a circular motion: Evidence for a positive feedback loop between prosocial spending and happiness. <i>Journal of Happiness</i></p> | <p><i>Studies: An Interdisciplinary Forum on Subjective Well-Being</i>, 13, 347-355.</p> <p>Birmaher, B., Ryan, N. D., Williamson, D. E., Brent, D. A., Kaufman, J., Dahl, R. E., ... Nelson, B. (1996). Childhood and adolescent depression: A review of the past 10 years, Part I. <i>Journal of</i></p> |
|--|--|

- the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35, 1427-1439.
- Bolier, L., Haverman, M., Westerhof, G. J., Riper, H., Smit, F., & Bohlmeijer, E. (2013). Positive psychology interventions: A meta-analysis of randomized controlled studies. *BMC Public Health*, 13, 119.
- Bolier, L., Majo, C., Smit, F., Westerhof, G. J., Haverman, M., Walburg, J. A., ... Bohlmeijer, E. (2014). Cost-effective-ness of online positive psychology: Randomized controlled trial. *The Journal of Positive Psychology*, 9, 460-471.
- Bouma, J., Ranchor, A. V., Sanderman, R., & van Sonderen, E. (1995). *CES-D*. Groningen: Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken, Rijksuniversiteit Groningen.
- Bruffaerts, R., Mortier, P., Kiekens, G., Auerbach, R. P., Cuijpers, P., Demyttenaere, K., ... Kessler, R. C. (2018). Mental health problems in college freshmen: Prevalence and academic functioning. *Journal of Affective Disorders*, 225, 97-103.
- Carlier, I., Schulte-van Maaren, Y., Wardenaar, K., Giltay, E., van Noorden, M., Vergeer, P., & Zitman, F. (2012). Development and validation of the 48-item Symptom Questionnaire (SQ-48) in patients with depressive, anxiety and somatoform disorders. *Psychiatry Research*, 200, 904-910.
- Crawford, J. R., & Henry, J. D. (2004). The Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): Construct validity, measurement properties and normative data in a large non-clinical sample. *British Journal of Clinical Psychology*, 43, 245-265.
- Elgersma, H. J., & Neimeijer, R. (2014). *99gram.nl: zelfhulpmodule: Bekijk jezelf door een roze bril*. Assen: Accare KJP.
- Engelen, U., de Peuter, S., Victoir, A., van Diest, I., & van den Bergh, O. (2006). Verdere validering van de Positive and Negative Affect Schedule (PANAS) en vergelijking van twee Nederlandstalige versies. *Gedrag & Gezondheid: Tijdschrift voor Psychologie en Gezondheid*, 34, 89-102.
- Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychologist*, 56, 218-226.
- Glashouwer, K. A., Jonker, N. C., Thomasen, K., & de Jong, P. J. (2016). Take a look at the bright side: Effects of positive body exposure on selective visual attention in women with high body dissatisfaction. *Behaviour Research and Therapy*, 83, 19-25.
- Gorlin, E. I., Lee, J., & Otto, M. W. (2018). A topographical map approach to representing treatment efficacy: A focus on positive psychology interventions. *Cognitive Behaviour Therapy*, 47, 34-42.
- Hankin, B. L., Abramson, L. Y., Moffitt, T. E., Silva, P. A., McGee, R., & Angell, K. E. (1998). Development of depression from preadolescence to young adulthood: Emerging gender differences in a 10-year longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 128-140.
- Jansen, A., Voorwinde, V., Hoebink, Y., Rekkers, M., Martijn, C., & Mulkens, S. (2016). Mirror exposure to increase body satisfaction: Should we guide the focus of attention towards positively or negatively evaluated body parts? *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 50, 90-96.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 593-602.
- Keyes, C. L. M. (2007). Promoting and protecting mental health as flourishing: A complementary strategy for improving national mental health. *American Psychologist*, 62, 95-108.

- Keyes, C. L. M., Wissing, M., Potgieter, J. P., Temane, M., Kruger, A., & van Rooy, S. (2008). Evaluation of the Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF) in Setswana-speaking South Africans. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 15, 181-192.
- Lamers, S. M. A., Glas, C. A. W., Westerhof, G. J., & Bohlmeijer, E. T. (2012). Longitudinal evaluation of the Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF): Measurement invariance across demographics, physical illness, and mental illness. *European Journal of Psychological Assessment*, 28, 290-296.
- Lamers, S. M. A., Westerhof, G. J., Bohlmeijer, E. T., ten Klooster, P. M., & Keyes, C. L. M. (2011). Evaluating the psychometric properties of the Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF). *Journal of Clinical Psychology*, 67, 99-110.
- Larson, R., & Ham, M. (1993). Stress and 'storm and stress' in early adolescence: The relationship of negative events with dysphoric affect. *Developmental Psychology*, 29, 130-140.
- Lee, Y. Y., Barendregt, J. J., Stockings, E. A., Ferrari, A. J., Whiteford, H. A., Patton, G. A., & Mihalopoulos, C. (2017). The population cost-effectiveness of delivering universal and indicated school-based interventions to prevent the onset of major depression among youth in Australia. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 26, 545-564.
- Lyubomirsky, S., Dickerhoof, R., Boehm, J. K., & Sheldon, K. M. (2011). Becoming happier takes both a will and a proper way: An experimental longitudinal intervention to boost well-being. *Emotion*, 11, 391-402.
- Mitchell, J., Vella-Brodick, D., & Klein, B. (2010). Positive psychology and the internet: A mental health opportunity. *Electronic Journal of Applied Psychology*, 6, 30-41.
- Mongrain, M., & Anselmo-Matthews, T. (2012). Do positive psychology exercises work? A replication of Seligman et al. (2005). *Journal of Clinical Psychology*, 68, 382-389.
- Ormel, J., Raven, D., van Oort, F., Hartman, C. A., Reijneveld, S. A., Veenstra, R., ... Oldehinkel, A. J. (2015). Mental health in Dutch adolescents: A TRAILS report on prevalence, severity, age of onset, continuity and co-morbidity of DSM disorders. *Psychological Medicine*, 45, 345-360.
- Sawilowsky, S. (2009). New effect size rules of thumb. *Journal of Modern Applied Statistical Methods*, 8, 597-599.
- Schroevers, M. J., Sanderman, R., van Sonderen, E., & Ranchor, A. V. (2000). The evaluation of the Center for Epidemiologic Studies-Depression (CES-D) scale: Depressed and positive affect in cancer patients and healthy reference subjects. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, 9, 1015-1029.
- Schueller, S. M., & Parks, A. C. (2014). The science of self-help: Translating positive psychology research into increased individual happiness. *European Psychologist*, 19, 145-155.
- Seligman, M. E. P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55, 5-14.
- Seligman, M. E. P., Steen, T. A., Park, N., & Peterson, C. (2005). Positive psychology progress: Empirical validation of interventions. *American Psychologist*, 60, 410-421.
- Sin, N. L., & Lyubomirsky, S. (2009). Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: A practice-friendly meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 65, 467-487.
- Smeets, E., Neff, K., Alberts, H., & Peters, M. (2014). Meeting suffering with

- kindness: Effects of a brief self-compassion intervention for female college students. *Journal of Clinical Psychology*, 70, 794-807.
- Tatham, M., Turner, H., Mountford, V. A., Tritt, A., Dyas, R., & Waller, G. (2015). Development, psychometric properties and preliminary clinical validation of a brief, session-by-session measure of eating disorder cognitions and behaviors: The ED-15. *International Journal of Eating Disorders*, 48, 1005-1015.
- van Breukelen, G. J. P. (2006). ANCOVA versus change from baseline: More power in randomized studies, more bias in nonrandomized studies. *Journal of Clinical Epidemiology*, 59, 920-925.
- Vos, R., Elgersma, H., & Nauta, M. (2014). Www.99gram.nl voor jongeren: Van online informatie over lijf en leven tot hulp bij eetproblemen. *Psychopraktijk*, 6, 35-37.
- Watson, D., Clark, L. A., & Carey, G. (1988). Positive and negative affectivity and their relation to anxiety and depressive disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 346-353.
- Weiss, L. A., Westerhof, G. J., & Bohlmeijer, E. T. (2016). Can we increase psychological well-being? The effects of interventions on psychological well-being: A meta-analysis of randomized controlled trials. *PLoS ONE*, 11, 1-16.

Online mindfulness-based cognitieve therapie bij kanker

Resultaten van twee gerandomiseerde gecontroleerde trials¹

MELANIE SCHELLEKENS, MARIJE WOLVERS, FÉLIX COMPEN, ELSE
BISSELING & MARIJE VAN DER LEE

Samenvatting

Ernstige vermoeidheid en angst- en depressieklachten zijn veelvoorkomende klachten bij en na kanker. In een aanzienlijk deel van de kankerpatiënten voldoen de klachten aan de criteria van de somatisch-symptoomstoornis, depressie of de angststoornis. Mindfulness-based cognitieve therapie (MBCT) is effectief gebleken in het verminderen van deze klachten bij kanker. Mede door hun vermoeidheid is het voor een deel van de patiënten echter lastig om op vaste tijden naar een locatie af te reizen voor MBCT. Een online variant van het programma (eMBCT) kan een goed alternatief bieden voor deze groep patiënten.

In de afgelopen jaren zijn er in Nederland twee driearmige gerandomiseerde gecontroleerde trials uitgevoerd naar de effectiviteit van eMBCT bij mensen met kanker. In de studie *Fitter na kanker* ($n = 167$) werd bij patiënten die kampten met ernstige vermoeidheid eMBCT en een online training Ambulante Activiteiten Feedback (AAF) vergeleken met een controlegroep die psycho-educatie kreeg; in de studie *BeMind* ($n = 245$) werden bij patiënten met ernstige psychische klachten de effecten van eMBCT onderzocht samen met face-to-face groeps-MBCT, in vergelijking met gebruikelijke zorg.

Uit de studie *Fitter na kanker* bleek dat na eMBCT en na AAF de vermoeidheidsklachten zowel significant als klinisch relevant afnamen ten

- 1 Dit artikel bespreekt de belangrijkste resultaten van de studies *Fitter na kanker* en *BeMind*. Het is een bewerking van Bruggeman-Everts, Wolvers, van de Schoot, Vollenbroek-Hutten, & van der Lee, 2017; Cillessen et al., 2018; Compen et al., 2017; en Wolvers, Bruggeman-Everts, van de Schoot, Vollenbroek-Hutten, & van der Lee, 2016.

opzichte van de psycho-educatiegroep. De effecten bleven behouden in de negen maanden na de interventie. Uit de studie *BeMind* bleek dat na eMBCT en MBCT psychische klachten zowel significant als klinisch relevant afnamen in vergelijking met de gebruikelijke zorg. In de negen maanden na de interventie namen de klachten nog verder af.

Op basis van deze twee studies kunnen we concluderen dat deelname aan eMBCT met online therapeutische begeleiding leidt tot een afname van vermoeidheid en psychische klachten bij en na kanker. Dit verbetert de toegankelijkheid van psychologische zorg voor mensen met kanker.

Trefwoorden: kanker, mindfulness-based cognitieve therapie, eHealth, kankergerelateerde vermoeidheid, angst- en depressieklachten

INLEIDING

.....

Naar verwachting zullen vanaf 2025 wereldwijd elk jaar twintig miljoen mensen de diagnose kanker krijgen. Hoewel tal van patiënten over opvallend veel veerkracht beschikken, heeft de diagnose een enorme impact op hun leven. Een van de meest voorkomende bijwerkingen van kanker en de behandeling ervan is vermoeidheid, gekenmerkt door gevoelens van slaptte, uitputting en gebrek aan energie. Deze vermoeidheid verschilt van het alledaagse moe zijn, omdat ze niet direct afneemt na rust of slaap en niet in verhouding staat met recente activiteiten (Berger et al., 2015). Een op de vier patiënten ervaart nog maanden tot jaren na de succesvolle behandeling van hun kanker ernstige vermoeidheid (Goedendorp, Gielissen, Verhagen, & Bleijenbergh, 2013). Deze vermoeidheid wordt door ons ‘chronische kankergerelateerde vermoeidheid’ (CKV) genoemd. CKV wordt als erg stressvol ervaren en beperkt het dagelijks functioneren. In veel gevallen voldoet CKV aan de criteria van een somatisch-symptoomstoornis (American Psychiatric Association, 2014).

Een deel van de mensen met kanker kampt niet alleen met vermoeidheid, maar ook met psychische klachten. Zo’n 15% voldoet aan de criteria voor depressie en 10% aan de criteria voor angststoornis (Mitchell et al., 2011). Een angst- of stemmingsstoornis bij kanker beperkt de kwaliteit van leven, heeft negatieve effecten op de behandeltrouw, leidt tot langere ziekenhuisbezoeken en hangt samen met hogere gezondheidszorgkosten (Colleoni et al., 2000; Egede, 2007; Prieto et al., 2002). Effectieve en toegankelijke interventies zijn nodig om CKV en psychische klachten bij kanker te verminderen en daarmee de kwaliteit van leven van patiënten te verbeteren.

MINDFULNESS-BASED COGNITIEVE THERAPIE

.....

Mindfulness-based interventies (MBI's), zoals mindfulness-based cognitieve therapie (MBCT; Segal, Williams, & Teasdale, 2002), worden steeds vaker toegepast om klachten van vermoeidheid, angst en depressie bij kanker te behandelen. MBCT is een geprotocolleerde groepsbehandeling van acht weken, met wekelijkse sessies van 2,5 uur, en een oefendag tussen sessie 6 en sessie 7. Mindfulness wordt gedefinieerd als het aandacht besteden aan ervaringen in het huidige moment met een accepterende, niet-oordelende houding (Kabat-Zinn, 2013). Gedurende de sessies ontwikkelen deelnemers vaardigheden om meer inzicht in en grip op hun klachten te krijgen, onder andere door het toelaten van pijnlijke herinneringen en emoties. Deelnemers wordt gevraagd elke dag thuis te oefenen met behulp van geluidsbestanden. In de loop van de sessies krijgen ze verschillende oefeningen aangeboden, zoals de lichaamsverkenning, zitmeditatie, bewegen met aandacht en de loopmeditatie. Daarnaast worden ook elementen uit de cognitieve gedragstherapie behandeld, zoals hoe gedachten, gevoel en gedrag met elkaar samenhangen, en omgaan met automatische negatieve gedachten. Tijdens de bijeenkomsten is er ruimte om ervaringen met de oefeningen met elkaar te delen. Het programma is aangepast voor mensen met kanker. Zo is er psycho-educatie aan toegevoegd over het omgaan met vermoeidheid en houden de instructies bij de bewegingsoefeningen rekening met veelvoorkomende fysieke klachten bij kanker, zoals oedeemarmen en pijn (van der Lee & Garsen, 2012).

Sinds de eerste studie uit 2000 positieve effecten liet zien op angst- en depressieve klachten bij mensen met kanker (Specia, Carlson, Goodey, & Angen, 2000), zijn er meer dan vijftien gerandomiseerde gecontroleerde trials (RCT's) gepubliceerd. Verschillende meta-analyses hebben aangetoond dat in vergelijking met gebruikelijke zorg of een wachtlijstgroep, MBCT en andere MBI's leiden tot een afname van vermoeidheid, angst en depressie bij mensen met kanker (Piet, Würtzen, & Zachariae, 2012; Shaw, Sekelja, Frasca, Dhillon, & Price, 2018).

ONLINE MBCT

.....

Mede door hun vermoeidheid is het voor een deel van de patiënten lastig om op vaste tijden naar een locatie af te reizen voor MBCT. Een online variant van het programma kan een goed alternatief bieden voor deze groep patiënten. Deze is makkelijk toegankelijk, bespaart reistijd en reiskosten, en patiënten kunnen vanuit hun eigen omgeving en in hun eigen tijd deelnemen. Zo heeft het Helen Dowling Instituut (HDI) in 2009 een online variant van het MBCT-programma ontwikkeld speciaal voor mensen met

kanker die kampen met CKV (Bruggeman-Everts, van der Lee, & de Jager-Meezenbroek, 2015). Het programma *Minder Moe* is een individuele online MBCT (eMBCT), waarin hetzelfde protocol wordt gehanteerd als tijdens de groepssessies. Er vindt wekelijks contact plaats tussen patiënt en behandelaar via e-mail of telefoon. Op een beveiligde website kunnen deelnemers de informatie en audiobestanden met oefeningen vinden en met hun behandelaar communiceren.

De eerste onderzoeken naar eMBI-programma's laten zien dat eMBI's effectief zijn in het verminderen van psychische klachten bij verschillende patiëntengroepen (Andersson, 2016). Hoewel er nog maar weinig bekend is over de effecten van eMBCT bij mensen met kanker, blijkt uit een ongecontroleerde cohortstudie onder 257 vermoeide patiënten dat het programma *Minder Moe* effectief is in het verminderen van vermoeidheid en psychische klachten (Bruggeman-Everts et al., 2015). Daarnaast liet een gecontroleerd onderzoek naar een eMBI onder 62 patiënten zien dat de online groepssessies met videobellen effectief bleken in het verbeteren van de stemming en stressklachten (Zernicke et al., 2013).

STUDIES FITTER NA KANKER EN BEMIND

.....

In de afgelopen jaren zijn er twee grote gerandomiseerde gecontroleerde trials uitgevoerd in Nederland naar de effectiviteit van eMBCT bij mensen met kanker. In de studie *Fitter na kanker* (FNK) werd bij patiënten die kampen met CKV een groep die *Minder Moe* en een online training Ambulante Activiteiten Feedback (AAF) kreeg, vergeleken met een controlegroep die alleen psycho-educatie (PE) kreeg (Bruggeman-Everts et al., 2017; Wolvers et al., 2016).

In de studie *BeMind* werden bij patiënten met ernstige psychische klachten de effecten van de eMBCT onderzocht samen met de face-to-face groeps-MBCT, in vergelijking met gebruikelijke zorg. Voor de studie *BeMind* werd het programma *Minder Moe* in samenwerking met de deelnemende centra aangepast, zodat het geschikter was voor mensen met kanker die niet vermoeidheid maar angst of depressie als belangrijkste klacht hadden (Cillesen et al., 2018; Compen et al., 2018). De resultaten van beide RCT's worden hieronder besproken.

STUDIE FITTER NA KANKER

.....

In de behandeling van CKV zijn zowel psychosociale interventies (zoals MBCT) als interventies met fysieke activiteiten (zoals AAF) effectief gebleken. Samen met Roessingh Research and Development en de Universiteit Twente onderzocht het HDI in de FNK-studie de effectiviteit van beide interventies.

Methode

170

Design — De FNK-studie is een driearmige trial, waarin eMBCT en AAF werden vergeleken met PE. Het studieprotocol is eerder gepubliceerd (Wolters, Bruggeman-Everts, van der Lee, van de Schoot, & Vollenbroek-Hutten, 2015) en goedgekeurd door de Medisch Ethische Toetsingscommissie Twente (P12-26).

Patiënten — Ernstig vermoeide kankerpatiënten werden geworven tussen april 2013 en juli 2015 via online en offline kanalen (patiëntenorganisaties, inloophuizen, sociale media, kranten en gezondheidszorgprofessionals). Patiënten werden uitgenodigd om deel te nemen aan een online behandeling voor ernstige chronische vermoeidheid. Om deelnemers zonder voorkeur voor mindfulness-based interventies aan te trekken werd de inhoud van de behandelingen niet beschreven in het wervingsmateriaal. Geïnteresseerde patiënten konden zichzelf online registreren op een website. Patiënten (met allerlei typen kanker) werden geïnccludeerd wanneer zij: (1) hun kankerbehandeling met curatieve intentie minimaal drie maanden voorafgaand aan deelname hadden afgerond en sindsdien leden aan ernstige vermoeidheid (≥ 35 op de subschaal *Checklist Individual Strength – Fatigues Severity*; CIS-FS; Vercoulen et al., 1994); (2) geen voormalige of huidige ernstige psychiatrische stoornissen hadden (zoals suïcidale neigingen of psychose); (3) 18 jaar of ouder waren; (4) geen terugkeer hadden van kanker tijdens hun deelname aan de studie; (5) geen middelenverslaving hadden; en (6) niet afhankelijk waren van een rolstoel gedurende hun dagelijkse activiteiten. Patiënten met niet-behandelbare comorbiditeit die mede de vermoeidheid kon veroorzaken (bijvoorbeeld reuma of diabetes) werden niet uitgesloten, teneinde de externe validiteit te vergroten.

Randomisatie en blinding — Deelnemers werden random toegewezen aan eMBCT, AAF of PE (1:1:1). Noch onderzoekers, noch deelnemers of therapeuten waren blind voor de conditie. Een onafhankelijke statisticus was blind voor de condities bij het controleren van de effectiviteitsanalyses.

Interventies — Alle drie de interventies duurden negen weken en zagen er als volgt uit:

- *eMBCT*. Het eMBCT-programma was gebaseerd op het MBCT-protocol, met specifieke aanpassingen voor mensen met kanker, zoals kankergereleerde psycho-educatie en aangepaste bewegingsoefeningen. Een online sessie bestond uit psycho-educatie en mindfulnessoefeningen aan de hand van audiobestanden. Deelnemers werden aangemoedigd te oefenen

en hun ervaringen op te schrijven in een dagboek. Op een vaste dag per week ontvingen zij geschreven feedback op deze oefeningen van hun behandelaar. Voor de eMBCT werd de gemiddelde tijdsinvestering geschat op vier uur per week.

- **AAF.** De AAF is een geprotocolleerde behandeling waarbij de deelnemer online wordt begeleid door een fysiotherapeut (Wolters & Vollenbroek-Hutten, 2015). Deelnemers kregen een versnellingsmeter om inzicht te krijgen in hun fysieke activiteitspatronen. Op basis van hun activiteitsniveau gedurende de dag kregen deelnemers berichten op een smartphone om actiever of minder actief te worden. Daarnaast beschreven deelnemers hun ervaringen op de website en ontvingen ze wekelijks feedback van hun fysiotherapeut. De tijdsinvestering werd geschat op drie uur per week.
- **PE.** In de PE-conditie ontvingen deelnemers e-mails met psycho-educatie over mogelijke oorzaken van vermoeidheid, slaaphygiëne, het balanceren van energie gedurende de dag en hoe om te gaan met zorgelijke gedachten. Deelname bestond uit het lezen van deze e-mails. De tijdsinvestering werd geschat op tien minuten per week.

Vragenlijsten en meetmomenten — De primaire uitkomstmaat was ernst van vermoeidheid en werd gemeten met de CIS-FS (Vercoulen et al., 1994). Secundaire uitkomstmaten waren positief en negatief affect (*Positive and Negative Affect Schedule*; Watson, Clark, & Tellegen, 1988) en psychische klachten (*Hospital Anxiety and Depression Scale*; HADS; Zigmond & Snaith, 1983). Vragenlijsten werden afgenomen vóór de randomisatie (To), twee weken na einde interventie (T1), zes maanden na baseline (T2) en twaalf maanden na baseline (T3). Alleen deelnemers in eMBCT en AAF vulden de vragenlijsten op T3 in; voor PE-deelnemers was de T2-meting de laatste vragenlijst.

Analyse — De poweranalyse liet zien dat er 165 deelnemers nodig zijn om een verschil te kunnen aantonen tussen eMBCT en AAF ten opzichte van PE. Longitudinale groeimodellen werden in Mplus (versie 7.31) toegepast op de data om te onderzoeken welk model het beste past bij de longitudinale uitkomsten. Vervolgens werd de effectiviteit van eMBCT en AAF ten opzichte van PE onderzocht door het beloop van de longitudinale uitkomsten van To tot en met T2 met elkaar te vergelijken. Hiervoor werden de *intention-to-treat*-data gebruikt, dus data van iedereen die was toegewezen tot de betreffende behandeling, of ze het programma nu wel of niet hebben afgemaakt.

Daarnaast is de klinische verandering onderzocht door de proportie te berekenen van deelnemers die klinisch relevant verbeteren op de CIS-FS. Hiervoor werden de *reliable change index* (RCI) en een *cut-off*-score van de CIS-FS (< 28) gebruikt. Berekend werd het aantal deelnemers dat was her-

steld (voldeed aan zowel cut-off als RCI-criteria), verbeterd was (voldeed aan RCI-criteria in de richting van minder vermoeidheid), onveranderd bleef (niet voldeed aan RCI-criteria) of verslechterd was (voldeed aan RCI-criteria in de richting van toename vermoeidheid).

Om te onderzoeken of de verbetering na deelname aan eMBCT en AAF stabiel bleef in de negen maanden na behandeling werd wederom een groeimodel geschat, ditmaal aan de hand van een Bayesiaanse schattingsprocedure. In dit model werd, voor eMBCT en AAF apart, een kwadratische groeicurve van de interventieperiode geschat, met aansluitend een lineaire groeicurve van de follow-upperiode.

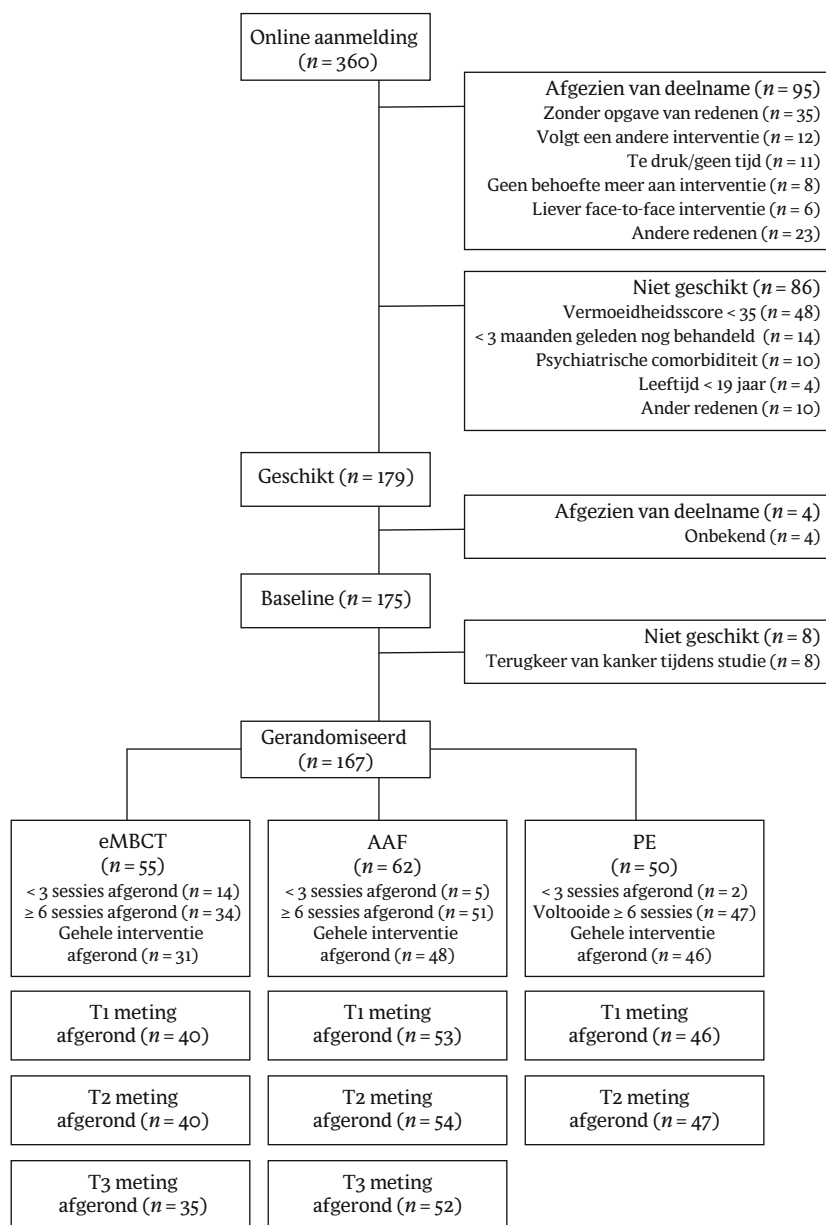
Resultaten

Patiënten — Van de 360 patiënten die zich hadden aangemeld, namen er uiteindelijk 169 deel aan de studie (voor het stroomdiagram, zie figuur 1). Deelnemers werden random toegewezen aan eMBCT ($n = 55$), AAF ($n = 62$) of PE ($n = 50$). Voor de demografische en klinische kenmerken, zie tabel 1. Uitval in de drie condities was aanzienlijk: 38% in eMBCT, 18% in AAF en 6% in PE.

Effecten van eMBCT en AAF — Het beloop van vermoeidheid verschilde tussen de groepen. Bij zowel eMBCT als AAF nam de vermoeidheid sterker af dan bij PE (zie tabel 2). Bij eMBCT en AAF was het beloop vergelijkbaar. Op basis van de RCI was de proportie deelnemers die (klinisch) betrouwbaar herstelden 21% in AAF, 9% in eMBCT en 2% in PE. Het deel dat verbeterde was 49% in eMBCT, 66% in AAF en 12% in PE.

Voor psychische klachten, positief affect en negatief affect bleek een lineair model met hellingvarianties van nul het beste te passen bij de data. In alle drie de condities namen psychische klachten en negatief affect significant af, terwijl positief affect significant toenam. Er waren geen verschillen in beloop tussen de groepen.

Langetermijneffecten — Gedurende de follow-upperiode van negen maanden na behandeling bleven de vermoeidheidsklachten stabiel bij zowel eMBCT- als AAF-deelnemers. Ook psychische klachten, positief affect en negatief affect bleven stabiel in de follow-upperiode na beide interventies.



Noot. AAF = Ambulante Activiteiten Feedback; eMBCT = online mindfulness-based cognitieve therapie; PE = psycho-educatie.

FIGUUR 1 Studie Fitter na kanker: stroomdiagram

TABEL 1 Studie Fitter na kanker: *demografische en klinische kenmerken op baseline*

	Totaal	eMBCT	AAF	PE
	n = 167 n (%)	n = 55 n (%)	n = 62 n (%)	n = 50 n (%)
Geslacht, vrouw	123 (73,7)	39 (70,9)	44 (71,0)	40 (80,0)
Leeftijd in jaren, M (SD)	55,0 (10,3)	51,4 (12,0)	54,5 (9,3)	56,5 (8,4)
Woont samen met partner en/of kinderen	144 (86,2)	48 (87,3)	57 (91,9)	39 (78,0)
Opleiding*				
Hoog	108 (64,7)	32 (58,2)	38 (61,3)	38 (76,0)
Middel	53 (31,7)	19 (34,5)	22 (35,5)	12 (24,0)
Laag	6 (3,6)	4 (7,3)	2 (3,2)	0 (0)
Kankerdiagnose				
Borstkanker	79 (47,3)	25 (45,5)	25 (40,3)	29 (58,0)
Voortplantingsorganen	25 (15,0)	8 (14,5)	11 (17,7)	6 (12,0)
Longkanker	5 (3,0)	1 (1,8)	4 (6,5)	0 (0)
Spijsverteringsorganen	16 (9,6)	3 (5,5)	11 (17,7)	2 (4,0)
Bloed/beenmerg/(non-)hodgkin	32 (19,2)	12 (21,8)	13 (21,0)	7 (14,0)
Huidkanker	4 (2,4)	0 (0)	2 (3,2)	2 (4,0)

Anders	31 (18,6)	10 (18,2)	12 (19,4)	9 (18,0)
> 5 jaar sinds diagnose (<i>n</i> = 166)	68 (41,0)	23 (41,8)	28 (45,2)	17 (34,0)
Overige medische informatie				
Terugkeer van kanker	13 (7,8)	5 (9,1)	1 (1,6)	7 (14,0)
Erfelijke vorm van kanker	6 (3,7)	0 (0,0)	4 (6,5)	2 (4,0)
Lymfeknopen aangedaan	72 (43,1)	22 (40,0)	25 (40,3)	25 (50,0)
Gemetastaseerd	22 (13,2)	7 (12,7)	8 (12,9)	7 (14,0)
Type kankerbehandeling				
Operatie	132 (79,0)	37 (67,3)	53 (85,5)	42 (84,0)
Chemotherapie	116 (69,5)	38 (69,1)	41 (66,1)	38 (76,0)
Radiotherapie	98 (58,7)	37 (67,3)	29 (46,8)	32 (64,0)
Hormoontherapie	53 (31,7)	16 (29,1)	18 (29,0)	19 (38,0)
Immunotherapie	12 (7,2)	6 (10,9)	3 (4,8)	3 (6,0)
Stamceltransplantatie	9 (5,4)	4 (7,3)	2 (3,2)	3 (6,0)
Anders	3 (1,8)	2 (3,6)	0 (0,0)	1 (2,0)

Noot. AAF = Ambulante Activiteiten Feedback; eMBCT = online mindfulness-based cognitieve therapie; PE = psycho-educatie.

* 'Laag' is basisonderwijs en lager voortgezet onderwijs; 'Middel' is hoger voortgezet onderwijs en middelbaar beroepsonderwijs; 'Hoog' is hoger beroepsonderwijs en wetenschappelijk onderwijs.

TABEL 2 Studie Fitter na kanker: gemiddelde scores en significantie van de driearmige vergelijking op T2

	eMBCT			AAF			PE			p	
	N	M	SD	N	M	SD	N	M	SD		
CIS-FS											
To	55	42,8	7,9	62	43,2	6,7	50	40,3	8,9		
T1	40	34,1	10,1	53	31,9	9,9	46	38,3	10,5		
T2	40	34,8	10,0	54	32,4	9,1	47	38,3	9,5	< 0,001	
T3	35	34,0	9,9	52	32,2	8,7					
HADS											
To	55	14,3	5,7	62	13,8	7,3	50	14,7	7,3		
T1	38	10,0	5,1	53	9,4	5,4	46	11,7	6,8		
T2	38	11,2	5,9	52	10,5	5,2	47	11,4	6,5	n.s.	
T3	35	12,1	6,6	49	9,9	6,2					
PANAS pos											
To	55	28,7	6,8	62	31,2	7,3	50	29,4	7,6		
T1	38	34,1	7,1	53	35,8	5,6	46	33,0	9,1		
T2	38	33,6	8,2	52	35,4	6,5	47	34,0	8,6	n.s.	
T3	34	32,4	7,5	49	35,7	6,7					
PANAS neg											
To	55	21,2	6,8	62	20,9	7,6	50	20,7	8,7		
T1	38	17,9	6,2	53	17,1	6,1	46	18,4	6,8		
T2	38	19,6	7,9	52	18,2	6,2	47	17,8	7,6	n.s.	
T3	34	20,0	7,7	49	17,9	7,4					

Noten. AAF = Ambulante Activiteiten Feedback; CIS-FR = Checklist Individual Strengh – Fatigues Severity; eMBCT = online mindfulness-based cognitieve therapie; HADS = Hospital Anxiety and Depression Scale; PANAS = Positive and Negative Affect Schedule (positief en negatief); PE = psycho-educatie.

Er is geen *p*-waarde beschikbaar op T3, omdat de longitudinale modellen alleen het beloop hebben geanalyseerd binnen de groep en niet het verschil tussen de groepen.

STUDIE BEMIND

177

Wanneer patiënten niet op vaste tijden naar een locatie kunnen of willen afreizen, lijkt eMBCT een goed alternatief voor MBCT. Samen met het Radboud Universitair Medisch Centrum onderzocht het HDI in de studie *BeMind* de effectiviteit van zowel MBCT als eMBCT ten opzichte van gebruikelijke zorg.

Methode

Design — De studie *BeMind* studie is een multicentra, driearmige trial, waarin eMBCT en MBCT werden vergeleken met een controlegroep die gebruikelijke zorg kreeg. Direct na de interventieperiode van drie maanden werden deelnemers uit de controlegroep geloot naar eMBCT of MBCT. Het trialprotocol was al eerder gepubliceerd (Compen et al., 2015) en goedgekeurd door de Commissie Mensgebonden Onderzoek Arnhem Nijmegen (2013/542).

Patiënten — Patiënten met kanker, of genezen van kanker, die last hadden van psychische klachten werden geworven om mee te doen aan een mindfulnessonderzoek. Werving vond plaats tussen april 2014 en december 2015 via gezondheidszorgprofessionals in instituten voor psychosociale oncologie (Helen Dowling Instituut, Bilthoven; Ingeborg Douwes Centrum, Amsterdam; De Vruchtenburg, Leiden; Het Behouden Huys, Haren) en ziekenhuizen (Radboud Universitair Medisch Centrum, Nijmegen; Jeroen Bosch Ziekenhuis, 's Hertogenbosch), via patiëntenorganisaties, en via online en offline media. Patiënten (met allerlei typen kanker, in elk stadium van de ziekte, en wel of niet onder behandeling) werden geïnccludeerd wanneer zij: (1) leden aan psychische klachten (≥ 11 op de HADS; Zigmond & Snaith, 1983); (2) een computer konden gebruiken en internettoegang hadden; (3) zowel aan MBCT als eMBCT konden deelnemen; (4) de Nederlandse taal beheersten; (5) geen ernstige psychiatrische stoornissen hadden (zoals suicidaliteit of psychose); (6) geen verandering in psychotropische medicatie hadden ondergaan in een periode van drie maanden voor baseline; en (7) niet eerder hadden deelgenomen aan vier of meer sessies van een MBI.

Randomisatie en blinding — Deelnemers werden random toegewezen aan MBCT, eMBCT of controlegroep (1:1, 2:1) via een randomisatiewebsite. De toekenning lag op 1,2 voor eMBCT, omdat er in de online training meer dropout werd verwacht. De onderzoeker die de gestandaardiseerde psychiatrische interviews afnam bij deelnemers was niet op de hoogte van de randomisatie.

Interventies

- ▶ *eMBCT*. Voor de studie *BeMind* werd het protocol *Minder Moe* naast de MBCT-protocollen van de andere deelnemende centra gelegd. Op basis hiervan werd een protocol ontwikkeld dat identiek was voor de eMBCT en MBCT. Op deze manier was het programma geschikter voor mensen die angst en depressie als belangrijkste klacht hadden, in plaats van vermoeidheid. Het online format was identiek aan dat van de eMBCT in de FNK-studie.
- ▶ *MBCT*. Het MBCT-programma werd face-to-face aangeboden in een groep van acht tot twaalf deelnemers. Het bestond uit acht sessies van 2,5 uur, een stiltedag van zes uur en dagelijks thuis oefenen gedurende 45 minuten. Net als in eMBCT bestond het programma uit psycho-educatie en mindfulnessoefeningen. Daarnaast hadden deelnemers de gelegenheid om ervaringen met elkaar uit te wisselen over de oefeningen.
- ▶ *Gebruikelijke zorg*. Gebruikelijke zorg bestond uit alle gezondheidszorg die deelnemers normaal gesproken zouden ontvangen. Behalve deelname aan een MBI mochten deelnemers alle zorg ontvangen naar wens.

Vragenlijsten en meetmomenten — De primaire uitkomstmaat was ernst van psychische klachten, zoals angst en depressie, en werd gemeten met de HADS (Zigmond & Snaith, 1983). Secundaire uitkomstmaten waren onder andere het aanwezig zijn van een psychiatrische stoornis. Deze werd geclassificeerd met het Gestructureerde Klinische Interview voor DSM-IV-TR as 1 (SCID-1; Spitzer, Williams, Gibbon, & First, 1992). Andere secundaire uitkomstmaten waren angst voor terugkeer van kanker (*Fear of Cancer Recurrence Inventory*; Simard & Savard, 2009), rumineren (*Rumination and Reflection Questionnaire*; Trapnell & Campbell, 1999), gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven (mentale en fysieke subschaal van de *Short-Form Health Survey*; Ware Jr, Kosinski, & Keller, 1996), mindfulnessvaardigheden (*Five Facet Mindfulness Questionnaire – Short Form*; Bohlmeijer, ten Klooster, Fledderus, Veehof, & Baer, 2011) en positieve mentale gezondheid (*Mental Health Continuum – Short Form*; Keyes, 2005). Vragenlijsten werden afgenomen vóór de randomisatie (To), een week na einde interventie (T1), zes maanden na baseline (T2) en twaalf maanden na baseline (T3).

Analyses — De poweranalyse liet zien dat er 245 deelnemers nodig zijn om een verschil te kunnen aantonen tussen eMBCT en MBCT ten opzichte van de controlegroep. Om de effectiviteit van MBCT en eMBCT te onderzoeken werden in SPSS (versie 22) lineaire mixed modellen toegepast op de intentio-to-treat-data op To en T1.

Daarnaast is met de RCI de klinische verandering onderzocht door de proportie te berekenen van deelnemers die klinisch relevant waren verbeterd

op de HADS. Deelnemers werden gecategoriseerd als ‘verbeterd’, ‘onveranderd’ of ‘verslechterd’. Of er meer patiënten verbeterden in de eMBCT en MBCT dan in de gebruikelijke zorggroep (in termen van RCI en remissie van psychiatrische diagnose) werd bepaald met een chikwadraattoets.

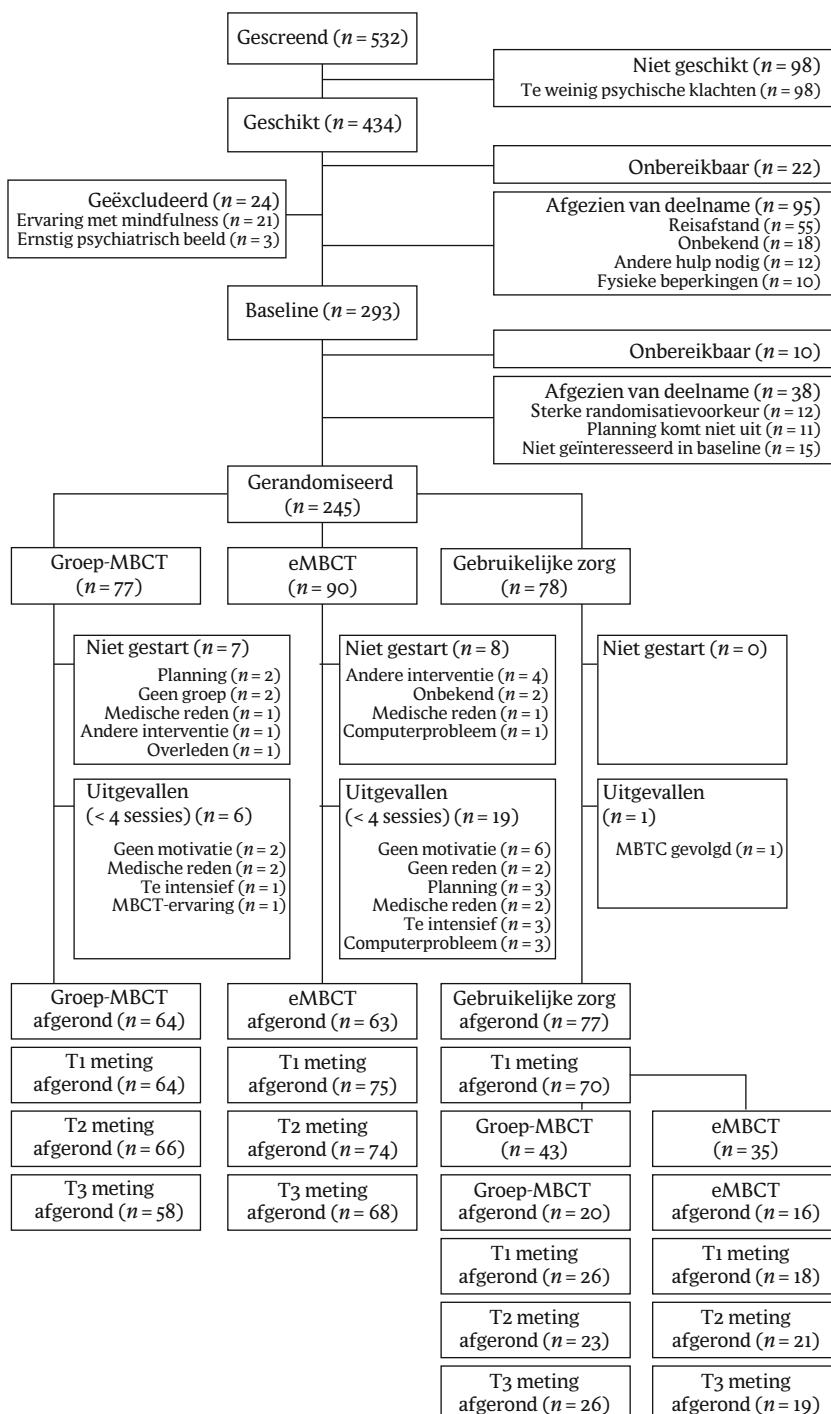
Om effecten op de lange termijn te bepalen, werden de data van patiënten die eMBCT/MBCT volgden na de controlegroep gecombineerd met data van patiënten die direct waren toegewezen aan eMBCT/MBCT. We gebruikten wederom lineaire mixed modellen om het beloop van To tot en met T3 te analyseren.

Resultaten

Patiënten — Van de 532 patiënten die zich hadden aangemeld, namen uiteindelijk 245 patiënten deel aan de studie (voor het stroomdiagram, zie figuur 2). Deelnemers werden geloot naar MBCT ($n = 77$), eMBCT ($n = 90$) of gebruikelijke zorg ($n = 78$). De drie groepen verschilden niet van elkaar in termen van demografische en klinische kenmerken (zie tabel 3). Ook waren er geen verschillen tussen de groepen in gebruik van gezondheidszorg, met uitzondering van het aantal deelnemers dat dagbehandeling (bijvoorbeeld chemotherapie) ontving: dat was hoger in de gebruikelijke zorggroep (10% in MBCT, 17% in eMBCT en 29% in GZ, $p = 0,020$). De uitval in eMBCT (30%) was significant hoger dan in MBCT (17%, $p = 0,047$).

Effecten van MBCT en eMBCT — Vergeleken met de controlegroep rapporteerden patiënten in MBCT en eMBCT significant minder psychische klachten na de interventie, met kleine tot middelgrote effectgrootte (Cohens d van 0,45 en 0,71 respectievelijk; zie tabel 4). Op basis van de RCI was de proportie deelnemers die (klinisch) betrouwbaar verbeterden significant in MBCT versus gebruikelijke zorg (36% versus 14%; $p = 0,004$), en in eMBCT versus gebruikelijke zorg (37% versus 14%; $p = 0,002$). Verbetering in termen van een psychiatrische diagnose was in het voordeel van beide interventies vergeleken met de controlegroep, maar was niet statistisch significant (MBCT 32% versus 16%, $p = 0,030$; en eMBCT 29% versus 16%, $p = 0,076$).

Vergeleken met gebruikelijke zorg resulteerde deelname aan MBCT en eMBCT in een significante afname van angst voor terugkeer van kanker (Cohens $d = 0,27$ en $0,53$) en van rumineren (Cohens $d = 0,42$ en $0,51$) en een significante toename in mentale-gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven (Cohens $d = 0,59$ en $0,67$), maar niet in fysieke-gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven. Ook resulteerde deelname aan beide interventies in een significante toename van mindfulnessvaardigheden (Cohens $d = 0,47$ en $0,82$) en positieve mentale gezondheid (Cohens $d = 0,12$ en $0,44$), in vergelijking met gebruikelijke zorg.



Noot. eMBCT = online mindfulness-based cognitieve therapie; MBCT = mindfulnessbased cognitieve therapie.

FIGUUR 2 StudieBeMind: stroomdiagram

TABEL 3 Studie BeMind: demografische en klinische kenmerken op baseline

	Totaal <i>n</i> = 245 <i>n</i> (%)	MBCT <i>n</i> = 77 <i>n</i> (%)	eMBCT <i>n</i> = 90 <i>n</i> (%)	TAU <i>n</i> = 78 <i>n</i> (%)	<i>p</i>
Geslacht, vrouw	210 (85,7)	67 (87,0)	77 (85,6)	66 (84,6)	0,912
Leeftijd in jaren, M (SD)	51,7 (10,7)	52,1 (11,4)	52,4 (10,7)	50,4 (9,9)	0,464
Getrouwd/in een relatie	202 (82,4)	65 (84,4)	76 (84,4)	61 (78,2)	0,491
Kinderen	169 (69,0)	48 (62,3)	65 (72,2)	56 (71,8)	0,314
Opleiding*					0,451
Hoog	166 (67,8)	54 (70,1)	56 (62,2)	56 (71,8)	
Middel	77 (31,4)	22 (28,6)	34 (37,8)	21 (26,9)	
Laag	2 (0,8)	1 (1,3)	0 (0,0)	1 (1,3)	
Kankerdiagnose					0,724
Borstkanker	151 (61,6)	53 (68,8)	53 (58,9)	45 (57,7)	
Gynaecologische kanker	18 (7,3)	2 (2,6)	9 (10,0)	7 (9,0)	
Prostaatkanker	16 (6,5)	6 (7,8)	7 (7,8)	3 (3,8)	
Darmkanker	12 (4,9)	4 (5,2)	4 (4,4)	4 (5,1)	
Non-hodgkin	11 (4,5)	1 (1,3)	3 (3,3)	7 (9,0)	
Huidkanker	5 (2,0)	1 (1,3)	3 (3,3)	1 (1,3)	
Schildklierkanker	4 (1,6)	1 (1,3)	1 (1,1)	2 (2,6)	
Blaaskanker	4 (1,6)	1 (1,3)	2 (2,2)	1 (1,3)	
Neuro-endocriene tumor	4 (1,6)	1 (1,3)	2 (2,2)	1 (1,3)	
Anders	20 (8,2)	7 (9,1)	6 (6,7)	7 (9,0)	
Jaren sinds diagnose	3,5 (4,7)	3,9 (5,7)	3,3 (4,0)	3,2 (4,3)	0,616
Behandelintentie					0,472
Curatief	206 (84,1)	68 (88,3)	74 (82,2)	64 (82,1)	
Palliatief	39 (15,9)	9 (11,7)	16 (17,8)	14 (17,9)	

	Totaal <i>n</i> = 245 <i>n</i> (%)	MBCT <i>n</i> = 77 <i>n</i> (%)	eMBCT <i>n</i> = 90 <i>n</i> (%)	TAU <i>n</i> = 78 <i>n</i> (%)	<i>p</i>
Behandeling bij inclusie					0,694
Geen	133 (53,1)	43 (55,8)	49 (54,4)	41 (52,6)	
Hormoonbehandeling	79 (32,2)	22 (28,6)	28 (31,1)	29 (37,2)	
Combinatie	12 (4,9)	4 (5,2)	4 (4,4)	4 (5,1)	
Immunotherapie	9 (3,7)	1 (1,3)	5 (5,6)	3 (3,8)	
Radiotherapie	8 (3,3)	5 (6,5)	3 (3,3)	0 (0,0)	
Chemotherapie	4 (1,6)	2 (2,6)	1 (1,1)	1 (1,3)	

Noot. eMBCT = online mindfulness-based cognitieve therapie; MBCT = mindfulness-based cognitieve therapie; TAU = *treatment as usual*.

*‘Laag’ is basisonderwijs en lager voortgezet onderwijs; ‘Middel’ is hoger voortgezet onderwijs en middelbaar beroepsonderwijs; ‘Hoog’ is hoger beroepsonderwijs en wetenschappelijk onderwijs.

TABEL 4 Studie BeMind: gemiddelde scores en significantie van de driearmige vergelijking direct na de interventies en de tweearmige vergelijking op T₃ van de primaire en secundaire uitkomstmaten

	MBCT			eMBCT			Gebruikelijke zorg			<i>p</i>
	<i>n</i>	M	SD	<i>n</i>	M	SD	<i>n</i>	M	SD	
HADS										
To	77	18,8	6,7	90	17,2	7,1	78	17,0	5,8	
T1	64	13,3	6,3	75	11,9	6,2	70	16,4	6,5	< 0,001
T2	66	12,9	7,2	74	11,1	7,0				
T3	58	12,6	6,7	68	9,6	6,4				0,049
FCRI										
To	77	21,5	6,6	90	21,2	5,8	77	21,1	7,3	
T1	64	18,1	6,5	75	17,3	7,3	68	20,7	7,1	< 0,001
T2	66	16,7	5,4	74	16,3	5,5				
T3	58	17,3	6,4	68	16,3	6,7				0,201

		MBCT			eMBCT			Gebruikelijke zorg			<i>p</i>
		<i>n</i>	M	SD	<i>n</i>	M	SD	<i>n</i>	M	SD	
RRQ Rumineren											
	To	77	44,0	8,0	90	43,1	8,2	77	42,7	8,6	
	T1	64	37,6	8,2	75	36,8	8,9	68	41,7	8,9	< 0,001
	T2	66	37,3	7,6	74	35,4	8,3				
	T3	58	34,6	5,8	68	33,9	6,1				0,489
SF-12 Mentaal											
	To	77	32,5	10,2	90	34,5	12,2	78	34,7	11,1	
	T1	64	43,4	9,7	72	44,2	10,0	63	36,8	11,3	< 0,001
	T2	66	45,4	11,0	74	47,0	11,8				
	T3	58	46,5	11,5	68	48,9	10,6				0,182
SF-12 Fysiek											
	To	77	46,1	8,9	90	45,6	10,3	78	45,4	8,2	
	T1	64	48,2	8,5	72	48,2	10,5	63	45,2	9,8	0,343
	T2	66	47,2	9,2	74	47,5	9,3				
	T3	58	48,3	9,4	68	47,8	10,5				0,610
FFMQ-SF											
	To	77	72,4	9,7	90	76,4	10,9	77	75,8	11,2	
	T1	64	82,0	10,4	75	85,5	11,9	70	77,3	11,8	< 0,001
	T2	66	81,3	11,5	74	86,8	11,9				
	T3	58	82,5	11,8	68	88,0	12,0				
MHC-SF											
	To	77	34,1	12,4	90	37,2	13,8	77	37,6	12,5	
	T1	64	40,0	12,4	75	43,5	13,1	70	37,9	13,3	0,001
	T2	66	39,7	13,7	74	46,2	11,8				
	T3	58	43,6	13,7	68	48,3	12,2				0,101

Noot. eMBCT = online mindfulness-based cognitieve therapie; FCRI = Fear of Cancer Recurrence Inventory; FFMQ-SF = Five Facet Mindfulness Questionnaire – Short Form; HADS = Hospital Anxiety and Depression Scale; MBCT = mindfulness-based cognitieve therapie; MHC-SF = Mental Health Continuum – Short Form; RRQ = Rumination and Reflection Questionnaire; SF = Short-Form Health Survey.

Langetermijneffecten — Gedurende de follow-upperiode van negen maanden na deelname namen psychische klachten nog verder af in zowel MBCT als eMBCT (zie tabel 4). Wanneer beide interventies met elkaar worden vergeleken, is er een grotere afname in psychische klachten te zien na eMBCT dan na MBCT (Cohens $d = 0,22$).

In zowel MBCT als eMBCT nam rumineren significant af gedurende de follow-upperiode. Bovendien was er een significante toename in mentale-gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven en positieve mentale gezondheid. Angst voor terugkeer en fysieke-gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven veranderden niet na MBCT en eMBCT. Er waren geen verschillen tussen MBCT en eMBCT op de secundaire uitkomstmaten.

DISCUSSIE

.....

De FNK-studie heeft aangetoond dat eMBCT en AAF allebei leiden tot statistisch significante en klinisch betrouwbare vermindering van vermoeidheid bij kankerpatiënten die kampen met CKV (Bruggeman-Everts et al., 2017). In de periode na de behandeling blijft deze afname stabiel (Wolters et al., 2016). De *BeMind*-studie heeft laten zien dat zowel groeps-MBCT als online MBCT leiden tot statistisch significante en klinisch betrouwbare vermindering van psychische klachten bij mensen met kanker (Compen et al., 2018). In de periode na de behandeling nemen de klachten nog verder af. Op de lange termijn lijkt eMBCT zelfs meer te helpen dan mindfulnessgroepen op locatie (Cillessen et al., 2018). Kortom, op basis van beide studies kunnen we concluderen dat eMBCT effectief is in het verminderen van vermoeidheid, angst en depressie.

Deze bevindingen bevestigen eerdere resultaten over de effectiviteit van MBI's bij mensen met kanker (Piet et al., 2012; Shaw et al., 2018). Hoewel de groepssetting belangrijk wordt geacht voor MBI's (Schellekens et al., 2016, 2017), laten deze studies zien dat een individuele eMBCT met beperkte begeleiding door een therapeut ook effectief is. Dit verbetert de toegankelijkheid van MBI's voor mensen met kanker. Op de langere termijn lijkt eMBCT zelfs effectiever dan mindfulnessgroepen. Dit zou kunnen komen doordat er vanaf de start van de online MBCT een groter beroep wordt gedaan op de zelfstandigheid van de deelnemers. Ze hebben geen steun van de groep. Bovendien kunnen online deelnemers de informatie en oefeningen tot zich nemen op momenten die hen goed uitkomen. Beide factoren kunnen ertoe bijdragen dat deelnemers de informatie beter in zich opnemen en meer mindfulness beoefenen. Voortijdig stoppen komt bij eMBCT echter vaker voor dan bij AAF of MBCT. Er is door de onderzoekers ook kwalitatief onderzoek gedaan naar onder andere de redenen voor uitval. Deze informatie is gebruikt om de kwaliteit van de behandelingen en ook het ontwerp van eMBCT verder te verbeteren (Compen et al., 2017).

Werkingsmechanismen

185

Naast de effectiviteit hebben we ook de werkingsmechanismen van de interventies onderzocht. Uit de FNK-studie blijkt dat gevoel van controle over de vermoeidheid – in hoeverre men denkt de vermoeidheid te kunnen veranderen – het werkingsmechanisme bleek te zijn van zowel eMBCT als AAF. In vergelijking met PE versterkte deelname aan eMBCT en AAF het gevoel van controle; dit hing samen met minder vermoeidheid direct na de interventie. De veranderingen in mindfulness, slaapkwaliteit en angst voor terugkeer van kanker bleken geen werkingsmechanismen te zijn.

In de *BeMind*-studie bleken mindfulnessvaardigheden, angst voor terugkeer van kanker en rumineren een mediërende rol te spelen bij eMBCT en MBCT. De toename in mindfulnessvaardigheden, afname in angst voor terugkeer van kanker en in rumineren gedurende de interventie voorspelden minder psychische klachten negen maanden na het einde van de behandelingen.

In beide studies bleek ook de werkrelatie tussen de therapeut en patiënt een belangrijke rol te spelen. De therapeutische relatie omvat overeenstemming over taken en doelen van de behandeling en de band tussen therapeut en cliënt. Beide studies lieten zien dat de werkrelatie verbeterde gedurende de behandelingen (eMBCT, AAF, MBCT) en dat de werkrelatie samenhang met een afname in klachten.

Sterkten en beperkingen

Een sterk punt van beide studies is dat de manier van werven erg gericht is op de patiënt. In plaats van consecutief te werven – wat vaak heel tijdsintensief en belastend kan zijn voor onderzoekers en zorgprofessionals – konden patiënten zichzelf doorverwijzen (Thewes et al., 2018). Daarnaast volgden de interventies van de verschillende behandelingen strikte protocollen en werden ze begeleid door gekwalificeerde behandelaars.

Een beperking van beide studies is dat er niet voldoende deelnemers zijn geïncludeerd om de onderzochte interventies direct met elkaar te vergelijken (eMBCT versus AAF; MBCT versus eMBCT) en er zo achter te komen welk type behandeling beter werkt; daarvoor is namelijk een veel grotere steekproef nodig. Net als bij ander psycho-oncologisch onderzoek, bestond de grote meerderheid van deelnemers in beide studies uit vrouwen met borstkanker. Hoewel dit in lijn is met patiënten in de klinische praktijk, waar ook een groot deel bestaat uit vrouwen met borstkanker, beperkt dit mogelijk de generaliseerbaarheid naar patiënten met een andere vorm van kanker.

Klinische implicaties

Op basis van de FNK-studie en *BeMind*-studie kunnen we concluderen dat eMBCT effectief is in het verminderen van vermoeidheid, angst en depressie bij mensen met kanker. Sinds 2009 wordt eMBCT (het programma *Minder Moe*) ook aangeboden in de klinische praktijk van het HDI. Wat in beide studies opviel, is dat ongeveer een derde van de deelnemers voortijdig stopte met het eMBCT-programma. Redenen hiervoor waren de intensiteit van het programma, moeite met het gebruik van de online therapie en behoefte aan face-to-facecontact. Op basis van deze feedback heeft het HDI het programma verbeterd om uitval in de klinische praktijk te verminderen. Daarnaast heeft de therapeut in de eerste weken meer contact met de deelnemer, zo nodig telefonisch, om eventuele vragen te beantwoorden en patiënten beter te ondersteunen bij het gebruik van het programma.

Bovendien kan het aanbieden van het MBCT-programma in *blended* vorm een uitkomst bieden. Dat betekent dat delen van face-to-face groeps-MBCT worden gecombineerd met delen van het online programma. Online elementen zouden kunnen helpen het groepsprogramma op de lange termijn effectiever te maken en meer behandelcontact kan helpen om vroegtijdig stoppen in de eMBCT te voorkomen.

Melanie Schellekens, Marije Wolvers en Marije van der Lee zijn werkzaam bij het Helen Dowling Instituut, Centrum voor Psycho-Oncologie, Afdeling Wetenschappelijk Onderzoek.

Félix Compen en Else Bisseling zijn verbonden aan het Radboud universitair medisch centrum, Afdeling Psychiatrie.

Correspondentieadres: Melanie Schellekens, Helen Dowling Instituut, Centrum voor Psycho-Oncologie, Afdeling Wetenschappelijk Onderzoek, Professor Bronkhorstlaan 20, 3723 MB Bilthoven. E-mail: mschellekens@hdi.nl.

Summary *Online mindfulness-based cognitive therapy for cancer: results of two randomized controlled trials*

Three of the most prevalent reported symptoms during and after cancer are fatigue, anxiety and depressive symptoms. In a considerable number of patients these symptoms meet the criteria of somatic symptom disorder, major depression disorder or anxiety disorder. Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) has proven to be effective in reducing these symptoms in cancer patients. Due to their fatigue, several patients experience difficulties to attend weekly group-based MBCT meetings. An online format of the program (eMBCT) could offer a good alternative for these patients.

In recent years, two three-armed randomized controlled trials have been conducted in the Netherlands to study the effectiveness of eMBCT in cancer

patients. In the *Fitter na Kanker* study ($n = 167$), eMBCT and an online Ambulatory Activity Feedback training (AAF) were compared with a psycho-education control group among severely fatigued cancer patients; in the *BeMind* study ($n = 245$), the effects of eMBCT and face-to-face group-based MBCT were compared to usual care among severely distressed cancer patients.

The *Fitter na Kanker* study showed that after eMBCT and AAF fatigue decreased significantly compared to the psycho-education control group. The decrease in fatigue appeared clinically relevant and was maintained during the nine months after the intervention period. The *BeMind* study demonstrated that after eMBCT and MBCT psychological distress decreased significantly. The decreases in distress were clinically relevant and decreased even further in the nine months after the intervention period.

Based on these two studies we conclude that participation in eMBCT with online therapeutic guidance leads to a decrease in fatigue and psychological distress during and after cancer. Effective online interventions, such as eMBCT, help improve the accessibility of psychological care for people with cancer.

Keywords: cancer, mindfulness-based cognitive therapy, eHealth, cancer-related fatigue, psychological distress

Literatuur

- American Psychiatric Association (APA). (2014). *Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5). Nederlandse vertaling van Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. Amsterdam: Boom.
- Andersson, G. (2016). Internet-delivered psychological treatments. *Annual Review of Clinical Psychology*, 12, 157-179.
- Berger, A. M., Mooney, K., Alvarez-Perez, A., Breitbart, W. S., Carpenter, K. M., Cella, D., ... Smith, C. (2015). Cancer-related fatigue: Version 2.2015. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, 13, 1012-1039.
- Bohlmeijer, E., ten Klooster, P. M., Flederus, M., Veehof, M., & Baer, R. (2011). Psychometric properties of the Five Facet Mindfulness Questionnaire in depressed adults and development of a short form. *Assessment*, 18, 308-320.
- Bruggeman-Everts, F. Z., van der Lee, M. L., & de Jager-Meezenbroek, E. (2015). Web-based individual mindfulness-based cognitive therapy for cancer-related fatigue: A pilot study. *Internet Interventions*, 2, 200-213.
- Bruggeman-Everts, F. Z., Wolvers, M. D. J., van de Schoot, R., Vollenbroek-Hutten, M. M. R., & van der Lee, M. L. (2017). Effectiveness of two web-based interventions for chronic cancer-related fatigue compared to an active control condition: Results of the 'Fitter na kanker' randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 19, e336.
- Cilleßen, L., Schellekens, M. P. J., van de Ven, M. O. M., Donders, A. R. T., Compén, F. R., Bisseling, E. M., ... Speckens, A. E. M. (2018). Consolidation and prediction of long-term treatment effect of group and online mindfulness-based cognitive therapy for distressed cancer patients. *Acta Oncologica*, 57, 1293-1302.
- Colleoni, M., Mandalà, M., Peruzzotti, G., Robertson, C., Bredart, A., & Goldhirsch, A. (2000). Depression and degree of acceptance of adjuvant cytotoxic drugs. *The Lancet*, 356, 1326-1327.

- Compen, F. R., Bisseling, E., Schellekens, M., Donders, R., Carlson, L., van der Lee, M., & Speckens, A. (2018). Face-to-face and internet-based mindfulness-based cognitive therapy compared with treatment as usual in reducing psychological distress in patients with cancer: A multicenter randomized controlled trial. *Journal of Clinical Oncology: Official Journal of the American Society of Clinical Oncology*, JCO2017765669.
- Compen, F. R., Bisseling, E. M., Schellekens, M. P., Jansen, E. T., van der Lee, M. L., & Speckens, A. E. (2017). Mindfulness-based cognitive therapy for cancer patients delivered via internet: Qualitative study of patient and therapist barriers and facilitators. *Journal of Medical Internet Research*, 19, e407.
- Compen, F. R., Bisseling, E. M., van der Lee, M. L., Adang, E. M. M., Donders, A. R. T., & Speckens, A. E. M. (2015). Study protocol of a multicenter randomized controlled trial comparing the effectiveness of group and individual internet-based mindfulness-based cognitive therapy with treatment as usual in reducing psychological distress in cancer patients: The BeMind study. *BMC Psychology*, 3, 27.
- Egede, L. E. (2007). Major depression in individuals with chronic medical disorders: Prevalence, correlates and association with health resource utilization, lost productivity and functional disability. *General Hospital Psychiatry*, 29, 409-416.
- Goedendorp, M. M., Gielissen, M. F. M., Verhagen, C. A. H. H. V. M., & Bleijenberg, G. (2013). Development of fatigue in cancer survivors: A prospective follow-up study from diagnosis into the year after treatment. *Journal of Pain and Symptom Management*, 45, 213-222.
- Kabat-Zinn, J. (2013). *Full catastrophe living, revised edition: How to cope with stress, pain and illness using mindfulness meditation*. UK: Hachette.
- Keyes, C. L. M. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 539-548.
- Mitchell, A. J., Chan, M., Bhatti, H., Halton, M., Grassi, L., Johansen, C., & Meader, N. (2011). Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: A meta-analysis of 94 interview-based studies. *The Lancet Oncology*, 12, 160-174.
- Piet, J., Würtzen, H., & Zachariae, R. (2012). The effect of mindfulness-based therapy on symptoms of anxiety and depression in adult cancer patients and survivors: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80, 1007-1020.
- Prieto, J. M., Blanch, J., Atala, J., Carreras, E., Rovira, M., Cirera, E., & Gastó, C. (2002). Psychiatric morbidity and impact on hospital length of stay among hematologic cancer patients receiving stem-cell transplantation. *Journal of Clinical Oncology*, 20, 1907-1917.
- Schellekens, M. P. J., Jansen, E. T. M., Willemse, H. H. M. A., van Laarhoven, H. W. M., Prins, J. B., & Speckens, A. E. M. (2016). A qualitative study on mindfulness-based stress reduction for breast cancer patients: How women experience participating with fellow patients. *Supportive Care in Cancer*, 24, 1813-1820.
- Schellekens, M. P. J., Tamagawa, R., Labelle, L. E., Specá, M., Stephen, J., Drysdale, E., ... Carlson, L. E. (2017). Mindfulness-based cancer recovery (MBCR) versus supportive expressive group therapy (SET) for distressed breast cancer survivors: Evaluating

- mindfulness and social support as mediators. *Journal of Behavioral Medicine*, 40, 414-422.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York, NY: Guilford Press.
- Shaw, J. M., Sekelja, N., Frasca, D., Dhillon, H. M., & Price, M. A. (2018). Being mindful of mindfulness interventions in cancer: A systematic review of intervention reporting and study methodology. *Psycho-Oncology*, 27, 1162-1171.
- Simard, S., & Savard, J. (2009). Fear of Cancer Recurrence Inventory: Development and initial validation of a multidimensional measure of fear of cancer recurrence. *Supportive Care in Cancer*, 17, 241.
- Specia, M., Carlson, L. E., Goodey, E., & Angen, M. (2000). A randomized wait-list controlled trial: The effects of MBSR program on mood and symptoms of stress in cancer outpatients. *Psychosomatic Medicine*, 62, 613-622.
- Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., Gibbon, M., & First, M. B. (1992). The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID): I: History, rationale, and description. *Archives of General Psychiatry*, 49, 624-629.
- Thewes, B., Rietjens, J. A. C., van den Berg, S. W., Compen, F. R., Abrahams, H., Poort, H., ... Prins, J. B. (2018). One way or another: The opportunities and pitfalls of self-referral and consecutive sampling as recruitment strategies for psycho-oncology intervention trials. *Psycho-Oncology*, 27, 2056-2059.
- Trapnell, P. D., & Campbell, J. D. (1999). Private self-consciousness and the five-factor model of personality: Distinguishing rumination from reflection. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76, 284.
- van der Lee, M. L., & Garssen, B. (2012). Mindfulness-based cognitive therapy reduces chronic cancer-related fatigue: A treatment study. *Psycho-Oncology*, 21, 264-272.
- Vercoulen, J. H. M. M., Swanink, C. M. A., Fennis, J. F. M., Galama, J. M. D., van der Meer, J. W. M., & Bleijenbergh, G. (1994). Dimensional assessment of chronic fatigue syndrome. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 383-392.
- Ware Jr, J. E., Kosinski, M., & Keller, S. D. (1996). A 12-Item Short-Form Health Survey: Construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Medical Care*, 34, 220-233.
- Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 1063-1070.
- Wolvers, M. D., Bruggeman-Everts, F. Z., van de Schoot, R., Vollenbroek-Hutten, M. M., & van der Lee, M. L. (2016). *Long-term effects of two internet interventions for chronic cancer-related fatigue* (PhD thesis M. D. Wolvers, pp. 111-131). Enschede: Universiteit Twente.
- Wolvers, M. D., Bruggeman-Everts, F. Z., van der Lee, M. L., van de Schoot, R., & Vollenbroek-Hutten, M. M. (2015). Effectiveness, mediators, and effect predictors of internet interventions for chronic cancer-related fatigue: The design and an analysis plan of a 3-armed randomized controlled trial. *JMIR Research Protocols*, 4, e77.
- Wolvers, M. D., & Vollenbroek-Hutten, M. M. (2015). An mHealth intervention strategy for physical activity coaching in cancer survivors. In *Proceedings of the 1st International Workshop on Personalisation and Adaptation in Technology for Health (PATH 2015). 23rd conference on User Modeling, Adaptation and Personalization*. Dublin: CEUR-WS.

- Zernicke, K. A., Campbell, T. S., Specia, M., McCabe-Ruff, K., Flowers, S., Dirkse, D. A., & Carlson, L. E. (2013). The eCALM Trial-eTherapy for cancer applying mindfulness: Online mindfulness-based cancer recovery program for underserved individuals living with cancer in Alberta: Protocol development for a randomized wait-list controlled clinical trial. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 13, 34.
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.

Ontvangen

De redactie van *Gedragstherapie* ontving de volgende boeken. U bent van harte uitgenodigd een van deze titels te recenseren. Bent u geïnteresseerd, stuurt u dan een berichtje met een korte motivatie en een eveneens korte beschrijving van uw achtergrond naar: redactie@tijdschriftgedragstherapie.nl.

- Bögels, S., & van Oppen, P. (2019). *Cognitieve gedragstherapie: Theorie en praktijk* (3^e, geheel herziene druk). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Kazantzis, N., Dattilio, F. M., & Dobson, K. S. (2019). *De therapeutische relatie bij cognitieve gedragstherapie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Rietbergen, D., & Eenhoorn, A. (2019). *Ik verzamel moed: Werkboek dat je leert voluit te leven*. Tiel: Lannoo Campus.
- Vandamme, N. (2019). *Veerkracht bij kindertrauma: Handboek voor hulpverleners*. Tiel: Lannoo Campus.

Boom psychologie & psychiatrie



Oorzaken

Actieve zelfhulp bij tinnitus en hyperacusis

Oorsuizen of een overgevoeligheid voor geluid komt voor bij 15 tot 20 procent van de bevolking. In **Oorzaken** helpt Arno Liefink op een toegankelijke en activerende wijze de klacht te verminderen en gebruikt hierbij vooral technieken uit de Acceptatie en Commitment Therapie (ACT).

Oorzaken is een hulpboek voor iedereen met oorsuizen en een gevoeligheid voor geluid. Werken met het boek is geen genezende oplossing van de gehoorklacht, maar de lezer merkt dat de klacht minder beperkend wordt en dat de kwaliteit van leven (weer) goed wordt.

Bestel nu op www.boompsychologie.nl

Boompsychologie
& psychiatrie

Boom psychologie & psychiatrie



SCID-5-S
Gestructureerd
klinisch interview
voor DSM-5
Syndroomstoornissen

SCID-5-SV
VRAGENLIJST

De SCID-5-SV is ontworpen
als screeners voor
SCID-5-S Gestructureerd
Klinisch interview voor
DSM-5 Syndroomstoornissen

**15%
KORTING**

De complete SCID-5-S
Alleen in juni 15% korting op alle onderdelen

De **SCID-5-S** is een semigestructureerd diagnostisch interview
voor de beoordeling van alle DSM-5 Syndroomstoornissen. De
SCID-5-S bestaat uit het interview, scoreformulier en vragenlijst.

- Extra modules voor de Nederlandse situatie
- Aangepast aan de classificatiecriteria van de DSM-5
- Bespaar tijd met de vragenlijst
- Meer gemak met scoreformulier

Van 1 t/m 30 juni ontvangt u bij aanschaf van (een onderdeel van) de SCID-5 15% korting.

Benieuwd naar de complete SCID-5-S? Meer informatie op:
www.boompsychologie.nl/SCID-5

**Boompsychologie
& psychiatrie**

Aanwijzingen voor auteurs

Dit is een samenvatting. Uitgebreide instructies vindt u op www.tijdschriftgedragstherapie.nl.

Aanbieden van kopij

- Dien uw manuscript in via www.tijdschriftgedragstherapie.nl/auteurs/artikel_indienen. Voor het eventueel reproduceren van eerder gepubliceerd materiaal moet alle benodigde toestemming zijn bijgesloten.
- Wilt u uw manuscript per e-mail indienen dan dient kopij vergezeld te gaan van een begeleidende brief van de auteur, die voor de verdere correspondentie over het stuk verantwoordelijk is. De begeleidende brief moet een verklaring bevatten dat het manuscript is goedgekeurd door alle auteurs, dat het niet elders is aangeboden en dat het om oorspronkelijk materiaal gaat. Stuur uw manuscript naar redactie@tijdschriftgedragstherapie.nl of naar het redactiesecretariaat: t.a.v. J.L. Wolters, Suikerplein 65, 1013 CJ Amsterdam.

Vorm van het manuscript

- Op het *titelblad* moet staan: de volledige titel, beknopt maar informatief; de naam en voorna(a)m(en) van de auteur(s); van elke auteur de werkkring met een adres; en één correspondentieadres.
- *Artikelen* worden onderverdeeld in paragrafen, afhankelijk van het soort artikel. Bijvoorbeeld: Inleiding, Methoden, Resultaten en Discussie. In lange artikelen zal een paragraaf ter verduidelijking van de inhoud soms verder moeten worden onderverdeeld.
- Willen *gevalsbeschrijvingen* voor publicatie in aanmerking komen, dan moet het gaan om bijzondere probleemgedragingen, behandelingsmethoden en/of resultaten.
- Cliëntgegevens als namen (of afkortingen daarvan), beroepen, plaatsen en tijden dienen veranderd te worden. Eventuele klachten van cliënten die zich in beschrijvingen herkennen komen uitsluitend ten laste van de auteur(s).
- Artikelen, gevalsbeschrijvingen en bijdragen voor Forum en Kort Instrumenteel worden gevolgd door een samenvatting met trefwoorden en referenties in de Nederlandse taal, en een *summary* inclusief titel en *keywords* in de Engelse taal. Deze omvatten maximaal 150 woorden en

vermelden het doel van of de aanleiding tot de studie, de gevolgde werkwijze en de belangrijkste bevindingen en conclusies.

- Bijdragen voor de rubriek *Kort instrumenteel* moeten voldoen aan een aantal voorwaarden. Zie hiervoor de uitgebreide richtlijnen. Belangrijkst is dat het beschreven instrument zijn nut moet hebben voor gedragstherapie en gedragsdiagnostiek.
- Bij *boekbesprekingen* dient aan een aantal punten aandacht geschonken te worden. Zie hiervoor eveneens de uitgebreide auteursrichtlijnen. Het voornaamste is dat duidelijk wordt wat de sterke en zwakke kanten van het boek zijn, alsmede in hoeverre het boek een aanvulling is op bestaande literatuur.

Literatuur

Bij het vermelden van literatuurverwijzingen in de tekst en in de literatuurlijst gelden de richtlijnen van de zesde editie van de *Publication Manual* van de American Psychological Association (APA, 2009).

Figuren en tabellen

Figuren en tabellen moeten logisch aansluiten bij de tekst. Door middel van een aanwijzing in de tekst moet worden aangegeven waar de figuur of tabel bij voorkeur moet worden ingevoegd. Illustraties en grafieken worden aangeduid als figuren.

GEDRAGSTHERAPIE

Tweeënvijftigste jaargang, nummer 2, juni 2019

Pagina 113 – 196

113 *Redactioneel*

115 **Marjolein van Wijk-Herbrink, David Bernstein, Nick Broers, Jeffrey Roelofs, Marleen Rijkeboer & Arnoud Arntz**

Jongeren met gedragsproblemen — Schematherapie en behandelfocus

131 **Ingrid van de Ven & Harry van Els**

Cognitieve gedragstherapie bij beginnende dementie — Een illustratie

146 **Elise Bennik, Klaske Glashouwer, Renate Neimeijer, Hermien Elgersma & Peter de Jong**

Bekijk jezelf door een roze bril — Een online preventieve interventie gericht op het versterken van psychische veerkracht in jongeren

166 **Melanie Schellekens, Marije Wolvers, Félix Compen, Else Bisseling & Marije van der Lee**

Online mindfulness-based cognitieve therapie bij kanker — Resultaten van twee gerandomiseerde gecontroleerde trials

191 *Ontvangen*