

GEDRAGSTHERAPIE

*Tijdschrift voor gedragstherapie
& cognitieve therapie*



JAARGANG 53 NUMMER 2 JUNI 2020

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

Paul Boelen (*hoofdredacteur*)
Elise Debeer
Robert Didden
Hermien Elgersma
Miriam Lommen
Margreet Oorschoot
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)

© 2020

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.



.....

Dit zomernummer van 2020 staat niet in het teken van het coronavirus. Het alledaagse leven en alle informatie die op ons afkomt worden daardoor wel gedomineerd. Misschien is het daarom juist fijn om nu afleiding te vinden in de mooie artikelen van dit nummer.

Het nummer start met een bijdrage van Jonas Everaert. Hij legt ons uit dat interpretaties van onduidelijke sociale situaties, en gebrekkige flexibiliteit daarvan, belangrijk zijn bij depressiviteit. Het artikel biedt gedegen onderzoek en inspireert om na te denken over hoe wij depressieve patiënten kunnen helpen te reflecteren op mogelijke vertekeningen van hun interpretaties.

Eva Bloemers en Vivienne de Vogel gaan in op de toepassing van COMET voor mensen met paranoïde gedachten, behandeld in de forensische psychiatrie. Onderzoek naar COMET bij deze doelgroep is nieuw en zowel de kwalitatieve als kwantitatieve uitkomsten van deze eerste studie geven reden tot optimisme.

Michel Reinders en Katja Boot schreven een bijdrage over efficiëntie van behandelingen in de ggz. Wat betekent het om efficiënt te werken? En hoe kunnen we efficiënter werken dan we doen? Zou dat huidige en wachtende patiënten ten goede komen? Prikkelende vragen, die prikkelende reflecties opleveren.

Het nummer vervolgt met twee boekbesprekingen. Een van Vincent van Bruggen over het boek *Beter worden in je vak: Systematische zelfreflectie voor professionals in de ggz* geschreven door Anton Hafkenscheid. En een tweede van Daisy van 't Land over *Zelfregulatie bij jongeren met autisme: Beter omgaan met boosheid, onrecht en frustratie* van Jeroen Bartels. Achter in dit nummer hebben we opgenomen welke nieuwe boeken zijn binnengekomen: besprekingen van deze en andere boeken zijn welkom!

We sluiten af met een samenvatting en korte bespreking van een artikel waarin een nieuw model wordt geïntroduceerd om mentale stoornissen in kaart te brengen, als alternatief voor de DSM. Niet een artikel dat direct over CGT gaat; wel een artikel dat goed aansluit bij het transdiagnostische denken waar wij als CGT'ers goed in zijn.

Hoewel het zomernummer van 2020 dus niet in het teken staat van het coronavirus, staan uw alledaagse leven en werk dat vermoedelijk wel. Hoe vergaat het u als praktiserend CGT'er in deze tijd, noodgedwongen meer gebruikmakend van digitale middelen? Wij zijn zeer benieuwd naar uw ervaringen met e-health, blendend care, therapie per telefoon, telemedicine en noem het maar op. Aarzel niet uw ervaringen om te zetten in een artikel voor ons tijdschrift.

Paul Boelen
Hoofdredacteur

Depressiesymptomen en de relatie met vertekening en inflexibele interpretatie¹

JONAS EVERAERT

Samenvatting

Vertekende interpretaties van ambigue sociale situaties spelen een belangrijke rol bij depressie. Tot op heden is echter onduidelijk waarom dergelijke vertekeningen toxische effecten hebben. Recente theorieën stellen dat inflexibiliteit bij het vormen van en vasthouden aan interpretaties zal bepalen of deze schadelijke gevolgen hebben. Met behulp van een nieuw paradigma, de emotionele *bias against disconfirmatory evidence* (BADE-)taak, onderzoekt deze studie of symptomen van depressie samenhangen met zowel vertekende als inflexibele interpretaties van sociale situaties. De resultaten tonen aan dat een verhoogde ernst van depressiesymptomen samenhangt met inflexibele interpretaties, waarbij men blijft vasthouden aan negatieve cognities, ook al werden deze ontkracht door positieve informatie. Verder geven de resultaten aan dat depressiesymptomen gerelateerd zijn aan zowel meer negatieve als minder positieve interpretaties van sociale situaties. Deze bevindingen geven aan dat zowel inhoudelijke als dynamische aspecten van emotionele interpretaties belangrijk zijn om te begrijpen hoe personen met een depressieve stemming betekenis geven aan hun sociale omgeving. Deze kennis kan bruikbaar zijn bij psychologische behandelingen voor depressie. *Trefwoorden: vertekende interpretaties, interpretatie-inflexibiliteit, depressie*

INLEIDING

Ambigue sociale situaties komen frequent voor in het dagelijkse leven. Stel u voor: tijdens een presentatie kijkt iemand uit het publiek u aan met een fron-

1 Dit artikel is gebaseerd op: Everaert, Bronstein, Cannon, & Joormann, 2018.

sende blik. U vraagt zich vervolgens af: ‘Is deze persoon het met me oneens of heeft hij gewoon een slechte dag?’ Als u na uw presentatie plaatsneemt voor de lunch, hoort u aan de tafel naast u een groepje in lachen uitbarsten. U denkt: ‘Lachen ze om mij of om een onschuldige grap?’. Deze voorbeelden geven aan dat mensen ambigue sociale situaties interpreteren om te begrijpen wat er rondom hen gebeurt. Interpretatie is een semantisch proces, waarbij aspecten van een complexe situatie worden geïntegreerd om mentale representaties te vormen die de ambigue situatie verklaren. Hoe mensen ambigue sociale situaties interpreteren, kan gevolgen hebben voor hun gemoedstoestand (Hirsch, Meeten, Krahé, & Reeder, 2016; Wisco, 2009).

Cognitieve modellen stellen dat stemmingsstoornissen zoals depressie gedeeltelijk worden veroorzaakt en onderhouden door een tendens om meer negatieve en minder positieve interpretaties te genereren als verklaring voor ambigue (sociale) situaties (Beck & Haigh, 2014; Mathews & Macleod, 2005). Deze hypothese werd ondersteund door bevindingen uit een recente meta-analyse van 87 onafhankelijke studies (Everaert, Podina, & Koster, 2017). Uit de resultaten bleek dat depressieve klachten gepaard gaan met meer negatieve interpretaties en minder positieve. Dergelijke vertekende interpretaties werden gevonden bij personen met een klinische depressie, personen met verhoogde (niet-klinische) depressiesymptomen en bij personen die hersteld zijn van een of meerdere depressies. De tendens om meer negatieve interpretaties en minder positieve uit ambigue situaties af te leiden zou niet louter een neveneffect zijn van depressieve klachten. Dit werd bevestigd in experimenteel onderzoek dat aantoonde dat emotionele vertekeningen in interpretaties causaal gerelateerd zijn aan depressiesymptomen (Hallion & Ruscio, 2011; Menne-Lothmann et al., 2014). Longitudinale studies hebben verder gevonden dat vertekende interpretaties een toename in de ernst van depressiesymptomen voorspellen (Rude, Durham-Fowler, Baum, Rooney, & Maestas, 2010). Deze onderzoeksbevindingen suggereren dat vertekening in hoe ambigue (sociale) informatie wordt geïnterpreteerd een belangrijk mechanisme vormt bij depressie.

Ondanks vooruitgang in onderzoek naar de rol van vertekende interpretaties bij depressie is nog steeds onduidelijk waarom dergelijke vertekeningen toxische effecten hebben. Wetenschappers stellen dat het afleiden van negatieve of positieve interpretaties van ambigue (sociale) situaties niet noodzakelijk maladaptief of adaptief is. Negatieve interpretaties kunnen mensen motiveren om hun gedrag aan te passen, teneinde beter te voldoen aan de noden van een situatie. Zo kan een negatieve interpretatie van reacties uit het publiek tijdens uw presentatie u ertoe aanzetten om uw presentatievaardigheden te verbeteren. Daarentegen kunnen positieve interpretaties schadelijk zijn wanneer ze ertoe leiden dat problemen geminimaliseerd of ontkend worden, zoals problemen in interpersoonlijke relaties of beroepsmatig functioneren. Recente theoretische modellen stellen dat *inflexibiliteit* bij het vormen van en vasthouden aan emotionele interpretaties zal bepalen of

dergelijke interpretaties maladaptief gedrag faciliteren (Kube, Schwarting, Rozenkrantz, Glombiewski, & Rief, 2020; Mehu & Scherer, 2015; Stange, Alloy, & Fresco, 2017). Inflexibele interpretaties van ambigue (sociale) situaties verwijzen naar een verminderde integratie van verschillende aspecten van de huidige situatie en nieuwe informatie wanneer deze beschikbaar komt. Zo zal inflexibiliteit ervoor zorgen dat initiële negatieve interpretaties niet worden herzien op basis van nieuwe ontkrachtende of inconsistente informatie. Deze verminderde sensitiviteit voor de context zou ertoe kunnen leiden dat negatieve interpretaties niet (meer) aansluiten bij wijzigende situaties, zo ongeacht de context dezelfde negatieve emoties uitlokken en daarmee het risico op depressie verhogen (Mehu & Scherer, 2015).

Dit artikel bericht over een recente studie (Everaert, Bronstein, Cannon, & Joormann, 2018) waarin onderzocht werd of depressie gekenmerkt wordt door inflexibiliteit bij het afleiden van negatieve interpretaties over ambigue sociale situaties. Om deze vraag te beantwoorden werd een nieuwe cognitieve taak ontwikkeld: de emotionele *bias against disconfirmatory evidence* (BADE-) taak. De BADE-taak werd aanvankelijk ontwikkeld om te onderzoeken hoe personen met een psychosegevoeligheid hun opvattingen herzien op basis van nieuwe informatie (Bronstein & Cannon, 2018; Moritz & Woodward, 2006; Sanford, Veckenstedt, Moritz, Balzan, & Woodward, 2014). Dit onderzoek heeft aangetoond dat personen met wanen moeilijkheden ondervinden bij het bijstellen van initiële opvattingen op basis van nieuwe ontkrachtende evidentie, wat indicatief is voor inflexibiliteit in het herzien van bestaande opvattingen (Sanford et al., 2014). De BADE-taak is bijzonder geschikt om inflexibiliteit en vertekeningen in interpretaties te onderzoeken bij depressie vanwege twee belangrijke redenen. Ten eerste meet de BADE-taak de plausibiliteit van interpretaties als verklaring voor een ambigue situatie telkens wanneer er nieuwe informatie over de situatie gegeven wordt. Deze herhaalde metingen laten toe om te onderzoeken hoe interpretaties dynamisch worden aangepast op basis van nieuwe informatie. Ten tweede laat de BADE-taak toe om zowel vertekeningen als (in)flexibiliteit in interpretaties simultaan te meten. Hierdoor kunnen studies nagaan of deze verschillende aspecten van interpretaties uniek gerelateerd zijn aan depressiesymptomen.

Met behulp van de emotionele BADE-taak werden de volgende hypothesen getoetst. Ten eerste werd op basis van recente theoretische modellen (Mehu & Scherer, 2015; Stange et al., 2017), verwacht dat personen met ernstige symptomen van depressie hun negatieve interpretaties van sociale situaties in mindere mate bijstellen op basis van ontkrachtende evidentie. Daarentegen werd verwacht dat het herzien van initieel positieve interpretaties in het licht van nieuwe negatieve informatie intact zou zijn bij personen met verhoogde depressiesymptomen. Ten tweede werd er, in lijn met bestaand onderzoek (Everaert et al., 2017), verwacht dat meer ernstige depressiesymptomen gerelateerd zouden zijn aan vertekende interpretaties van ambigue sociale situaties.

Personen met meer ernstige symptomen zouden meer negatieve en minder positieve interpretaties plausibel vinden als verklaring voor sociale situaties.

METHODE

.....

Deelnemers

.....

Deelnemers voor deze studie werden gerekruteerd via Amazons Mechanical Turk (MTurk). MTurk is een online platform dat toegang geeft tot grote en diverse steekproeven die geschikt zijn voor studies naar emotioneel welbevinden en psychopathologie (Chandler & Shapiro, 2016). Er werd een steekproef van 212 deelnemers gerekruteerd. Enkel MTurk-gebruikers uit de Verenigde Staten met een minimumleeftijd van 18 jaar konden deelnemen. De gemiddelde leeftijd was 34,26 jaar ($SD = 10,39$) en 57% had een vrouwelijke genderidentiteit. De steekproef was divers met betrekking tot etnische achtergrond en opleiding. Zo identificeerde 10% zich als Afrikaanse Amerikaan, 9% als Aziatische Amerikaan, 6% als Latino/a, 72% als wit en gaf 3% aan zich met een andere etnische groep te identificeren. Wat betreft opleiding had 37% een diploma middelbaar onderwijs, had 55% een twee- of vierjarige opleiding voltooid aan een universiteit of hogeschool, en had 8% een doctoraatsopleiding of medische training genoten. Om de kwaliteit van de data te bewaken werden tijdens de survey verschillende controlevragen gepresenteerd om na te gaan of de respondenten de instructies aandachtig lezen (Chandler & Shapiro, 2016).

De emotionele bias against disconfirmatory evidence (BADE-)taak

.....

De emotionele BADE-taak bestaat uit 24 scenario's die sociale situaties beschrijven. Deze situatiebeschrijvingen gaan over thema's die relevant zijn voor depressie, waaronder gevoelens van verlies, falen, waardeloosheid en afwijzing (Beck & Haigh, 2014). Bij elk scenario wordt respondenten gevraagd om zich in te beelden dat ze de situatie met hun eigen ogen zien. Elk scenario bestaat uit drie opeenvolgende statements, die telkens wat meer informatie geven over hoe de situatie zich ontvouwt. Na elk statement wordt respondenten gevraagd om de plausibiliteit te beoordelen van vier verschillende interpretaties van de situatie. Dit gebeurt aan de hand van een beoordelingsschaal die loopt van 'pover' (score 1) tot 'excellent' (score 21), zoals in de originele BADE-taak (Bronstein & Cannon, 2018; Moritz & Woodward, 2006; Sanford et al., 2014). De vier interpretaties verschijnen in random volgorde over de drie statements. Er zijn drie typen interpretaties: absurde, valstrik- en targetinterpretaties. Absurde interpretaties werden zo opgesteld dat ze onwaarschijnlijk zijn na het eerste statement en onwaar-

schijnlijk blijven na het tweede en derde statement. Valstrikinterpretaties (hiervan worden er telkens twee gepresenteerd) zijn het meest plausibel na het eerste statement, maar worden steeds minder plausibel naarmate meer informatie over de situatie wordt gegeven in het tweede en derde statement. Targetinterpretaties zijn initieel minder plausibel dan valstrikinterpretaties, maar worden het meest waarschijnlijk na het derde statement.

TABEL 1 *Voorbeelden scenariotypen van de emotionele BADE-taak*

Statement	Type 1: Van negatief naar positief	Type 2: Van positief naar negatief
1	Het is je verjaardag en je hebt maar een paar Facebookberichten ontvangen.	Terwijl je een mop vertelt die je recent hebt gehoord, zie je hoe de gelaatsuitdrukking van mensen verandert.
2	Later zie je dat je een oproep hebt gemist en dat er op je voicemail een bericht is achtergelaten.	Zodra je de punchline hebt uitgesproken, kijkt iedereen elkaar aan.
3	Wanneer je dat voicemailbericht beluistert, hoor je je vrienden zingen om je te feliciteren.	Iemand onderbreekt je om te zeggen dat je de grap niet op de juiste manier hebt verteld.
Interpretatie		
Absurd	Je vrienden hebben nog nooit gehoord van Facebook.	De anderen willen je onmiddellijk een stand-upcomedytrofee geven.
Valstrik-A	Je vrienden en kennissen vinden je verjaardag niet zo belangrijk.	Je hoort dat de anderen beginnen te lachen.
Valstrik-B	Je vrienden en kennissen hebben je verjaardag vergeten.	De anderen denken dat je een goed gevoel voor humor hebt.
Target	Je vrienden en kennissen willen je verrassen met een leuke boodschap.	De anderen denken dat je niet goed bent in het vertellen van moppen.

De emotionele BADE-taak omvat twee typen scenario's om inflexibiliteit te onderzoeken in hoe personen hun initieel negatieve (of positieve) interpretaties herzien op basis van inconsistente positieve (of negatieve) informatie. Tabel 1 geeft voor elk type scenario een voorbeeld. Bij het eerste scenariotype worden initieel negatieve interpretaties (na statement 1) ontkracht

door een positief scenario-einde (na statement 3). In deze scenario's hebben de twee valstrikinterpretaties (valstrik-A en valstrik-B) een negatieve toon en de targetinterpretatie een positieve toon. Bij het tweede scenariotype worden initieel positieve interpretaties (na statement 1) ontkracht door een negatief scenario-einde (na statement 3). In deze scenario's hebben de twee valstrikinterpretaties een positieve toon en de targetinterpretatie een negatieve toon. Van elk scenariotype zijn er 12 situatiebeschrijvingen.

De twee typen scenario's werden steeds in random volgorde gepresenteerd om de rol van mogelijke responsstrategieën te reduceren. De afname van de volledige taak duurt ongeveer 30 tot 40 minuten. Eerder onderzoek met de emotionele BADE-taak heeft consistent de factorstructuur van de taak gerepliceerd, een hoge interne consistentie gevonden (Cronbachs α 's > 0,84) en ondersteuning gegeven voor de convergente validiteit, waarbij sterke correlaties gevonden werden tussen de emotionele en originele BADE-taak-indexen (Bronstein, Everaert, Castro, Joormann, & Cannon, 2019; Everaert et al., 2018; Everaert, Bronstein, Castro, Cannon, & Joormann, 2020).

De Beck Depression Inventory – II (BDI-II)

De BDI-II (Beck, Steer, & Brown, 1996) is een vaak gebruikte vragenlijst om de ernst van depressiesymptomen te meten. Respondenten geven op een schaal van 0 tot 3 de mate aan waarin ze geleden hebben onder een bepaald symptoom gedurende de laatste 2 weken. Via 21 items worden veelvoorkomende cognitieve, affectieve en somatische symptomen van depressie bevraagd. De BDI-II heeft een goede betrouwbaarheid en validiteit (Dozois, Dobson, & Ahnberg, 1998). De interne consistentie van de BDI-II in deze studies was $\alpha = 0,96$.

Procedure

Alle deelnemers werden geïnformeerd over de doelen en procedure van de studie. Vervolgens werden ze uitgenodigd om hun geïnformeerde toestemming te geven. Daarna voltooiden de deelnemers vragen over demografische eigenschappen, gevolgd door de emotionele BADE-taak. Tot slot vulden de deelnemers de BDI-II in. Aan het einde van de studie kregen deelnemers een debriefing en een compensatie. Ethische toestemming voor het onderzoek werd verkregen van de ethische commissie aan de universiteit van Yale.

Statistische analyse

Zoals bij de originele BADE-taak (Bronstein & Cannon, 2018; Moritz & Woodward, 2006; Sanford et al., 2014) werden gemiddelden over scenario's heen berekend voor de absurde, valstrik-, en targetinterpretaties na elk statement. Dit resulteerde in 12 interpretatieratings, waarmee een principale componen-

tenanalyse (PCA) met directe obliminrotatie werd uitgevoerd. Voorgaand onderzoek heeft aangetoond dat PCA toelaat om componenten van inflexibiliteit en bias uit de data te filteren (Bronstein & Cannon, 2018; Sanford et al., 2014). Deze procedure werd herhaald voor beide typen scenario's.

De componenten uit de PCA werden vervolgens gebruikt om te onderzoeken of emotionele vertekeningen in interpretaties en inflexibele interpretaties gerelateerd zijn aan de ernst van depressiesymptomen. Hiertoe werd een regressiemodel getoetst, met BDI-II-scores als afhankelijke variabele en zowel interpretatie-inflexibiliteit als interpretatiebias als onafhankelijke variabelen. Deze analyse werd uitgevoerd voor beide scenariotypen.

RESULTATEN

Beschrijvende statistieken

De gemiddelde BDI-II-score was 15,20 (SD = 14,03) in de huidige steekproef. Bijna het volledige spectrum van mogelijke BDI-II-scores werd geobserveerd (mogelijke range: 0-63; geobserveerde range: 0-55). Van alle deelnemers rapporteerden 116 personen minimale symptomen (range: 0-13), 21 personen milde symptomen (range: 14-19), 35 personen moderate symptomen (range: 20-28) en 40 personen ernstige symptomen (range: 29-55). Deze spreiding van BDI-II-scores laat deze studie toe om individuele verschillen in inflexibiliteit en vertekeningen in interpretaties te onderzoeken over het continuüm van depressiesymptomen.

Emotionele BADE-taak: componenten van vertekende en inflexibele interpretaties

Scenariotype 1: van negatief naar positief. Er werd een PCA-oplossing gevonden met drie componenten (zie tabel 2). Het patroon van ladingen van de absurde, valstrik- en targetinterpretaties van de emotionele BADE-scenario's heeft sterke gelijkenissen met dat van de originele BADE-taak (Sanford et al., 2014). De eerste component bestond uit ladingen van de absurde interpretaties (absurd S1, absurd S2 en absurd S3) en zowel (negatieve) valstrik- als (positieve) targetinterpretaties na statement 3 (valstrik-A S3, valstrik-B S3 en target S3). Deze component reflecteerde moeilijkheden bij het verwerpen van onwaarschijnlijke negatieve interpretaties door integratie van ontkrachtende positieve informatie. Daarom werd deze component 'negatieve-interpretatie-inflexibiliteit' genoemd. De overige componenten reflecteerden de mate waarin positieve of negatieve interpretaties plausibel geacht werden. De tweede component bevatte ratings van de (negatieve) val-

strikinterpretaties na de eerste twee statements (valstrik-A S1 en valstrik-A S2). Daarom werd deze component 'negatieve-interpretatiebias' genoemd. De derde en laatste component bevatte alle ratings van de (positieve) targetinterpretaties (target S1, target S2 en target S3) en kreeg daarom het label 'positieve-interpretatiebias'. De eerste, tweede en derde component verklaarden respectievelijk 48,30%, 29,96% en 9,87% van de totale variantie.

Scenariotype 2: van positief naar negatief. Ook voor het tweede scenariotype werd een PCA-oplossing gevonden met drie componenten (zie tabel 2). Deze drie componenten verklaarden in totaal 87,80% van de variantie in de interpretatieratings. De eerste component werd bepaald door de absurde interpretaties (absurd S1, absurd S2 en absurd S3) en ratings voor de (positieve) valstrik- en (negatieve) targetinterpretaties na het derde statement (valstrik-A S3, valstrik-B S3 en target S3). Deze component reflecteerde moeilijkheden om onwaarschijnlijke positieve interpretaties te verwerpen door het integreren van nieuwe negatieve informatie. Daarom kreeg deze component het label 'positieve-interpretatie-inflexibiliteit'. De tweede en derde component reflecteerden opnieuw de mate waarin positieve of negatieve interpretaties waarschijnlijk worden geacht. De tweede component bestond uit de (positieve) valstrikinterpretaties na de eerste twee statements (valstrik-A S1 en valstrik-A S2). Daarom kreeg deze component het label 'positieve-interpretatiebias'. De derde en laatste component bestond uit ratings van de (negatieve) targetinterpretaties (target S1, target S2 en target S3) en werd daarom 'negatieve-interpretatiebias' genoemd. De eerste, tweede en derde component verklaarden respectievelijk 51,68%, 23,35%, and 12,78% van de totale variantie.

RELATIES TUSSEN INTERPRETATIEBIAS, INFLEXIBELE INTERPRETATIES EN DEPRESSIESYMPTOMEN

.....

Interpretatiebias en inflexibiliteit. Ter ondersteuning van de convergente validiteit van elk scenariotype werden sterke positieve correlaties gevonden tussen negatieve en positieve interpretatie-inflexibiliteit ($\rho = 0,73$, $p < 0,001$), tussen de positieve-interpretatiebiascomponenten ($\rho = 0,51$, $p < 0,001$) en tussen de negatieve-interpretatiebiascomponenten ($\rho = 0,61$, $p < 0,001$). Binnen de scenariotypen bleek positieve-interpretatiebias niet gerelateerd te zijn aan interpretatie-inflexibiliteit (negatieve-interpretatie-inflexibiliteit: $\rho = 0,07$, $p = 0,30$; positieve-interpretatie-inflexibiliteit: $\rho = 0,12$, $p = 0,08$) en ook negatieve-interpretatiebias was niet gecorreleerd met beide indicatoren van interpretatie-inflexibiliteit (negatieve-interpretatie-inflexibiliteit: $\rho = -0,08$, $p = 0,25$; positieve-interpretatie-inflexibiliteit: $\rho = -0,04$, $p = 0,61$). Dit suggereert dat de constructen interpretatiebias en interpretatie-inflexibiliteit relatief onafhankelijk zijn.

TABEL 2 PCA-componenten emotionele BADE-taak

	Scenariotype 1			Scenariotype 2		
	Negatieve-interpre- tatie-inflexibiliteit	Negatieve-inter- pretatie-bias	Positieve-inter- pretatie-bias	Positieve-interpre- tatie-inflexibiliteit	Positieve-inter- pretatie-bias	Negatieve-inter- pretatie-bias
Absurd S1	0,74	0,04	0,33	0,92	0,03	0,13
Absurd S2	0,77	0,03	0,31	0,93	0,02	0,11
Absurd S3	0,82	0,03	0,26	0,93	0,01	0,11
Valstrik-A S1	-0,07	0,93	0,04	-0,04	0,96	0,04
Valstrik-A S2	0,04	0,95	-0,12	0,45	0,71	-0,04
Valstrik-A S3	0,90	0,11	0,05	0,94	0,08	0,03
Valstrik-B S1	-0,10	0,94	0,03	-0,22	0,95	0,04
Valstrik-B S2	0,16	0,95	-0,04	0,23	0,86	-0,05
Valstrik-B S3	0,89	0,07	0,12	0,90	0,15	-0,02
Target S1	0,25	-0,10	0,81	0,57	-0,18	0,66
Target S2	0,04	-0,03	0,94	-0,04	0,09	0,95
Target S3	-0,96	0,18	0,37	-0,85	0,11	0,46

Noter. Patroonmatrices worden weergegeven; ladingen hoger dan 0,35 zijn vetgedrukt; S1-S2-S3 = interpretatieratings na statement 1, 2 en 3; valstrik-A/valstrik-B verwijst naar de eerste en tweede valstrikinterpretaties.

Relaties met depressiesymptomen. Regressiemodellen werden getoetst om na te gaan hoe vertekende en inflexibele interpretaties gerelateerd zijn aan depressiesymptomen. Er werd voldaan aan alle assumpties om de multiple regressie-analyse uit te voeren. Tabel 3 geeft gedetailleerde resultaten. Met betrekking tot het *eerste scenariotype* ('van negatief naar positief') werd gevonden dat de emotionele BADE-componenten een significante proportie van de variantie in BDI-II-scores verklaarden, $F(3, 208) = 4,39, p < 0,01, R^2 = 0,06$. In lijn met de eerste hypothese suggereerden de resultaten dat negatieve-interpretatie-inflexibiliteit ($\beta = 0,19, p < 0,05$) significant gerelateerd was aan depressiesymptomen, ook al werden negatieve-interpretatiebias en positieve-interpretatiebias opgenomen in het regressiemodel. Een hogere mate van negatieve-interpretatie-inflexibiliteit ging gepaard met meer ernstige depressiesymptomen. Deze bevindingen willen zeggen dat iemand met meer ernstige depressiesymptomen minder geneigd was om de initiële negatieve interpretatie bij te sturen wanneer er nieuwe positieve informatie werd gegeven. Met betrekking tot de tweede hypothese toonden de analyses aan dat negatieve-interpretatiebias ($\beta = 0,19, p < 0,01$) maar niet positieve-interpretatiebias ($\beta = -0,12, p = 0,11$) geassocieerd was met depressiesymptomen. Meer ernstige depressiesymptomen gaan gepaard met meer negatieve interpretaties van sociale situaties.

TABEL 3 Regressiemodellen voor scenariotypen 1 en 2

		B	SE _b	β	t	95%-CI
Scenario type 1	Constante	15,20	0,94		16,15 ^c	13,34; 17,06
	Negatieve-interpretatie-inflexibiliteit	2,70	1,03	0,19	2,57 ^a	0,62; 4,71
	Negatieve-interpretatiebias	2,63	0,95	0,19	2,75 ^b	0,73; 4,47
	Positieve-interpretatiebias	-1,68	1,04	-0,12	1,63	-3,74; 0,35
Scenario type 2	Constante	15,20	0,91		16,74 ^c	13,41; 16,99
	Positieve-interpretatie-inflexibiliteit	1,50	0,93	0,11	1,62	-0,31; 3,35
	Negatieve-interpretatiebias	3,14	0,92	0,22	3,43 ^b	1,31; 4,92
	Positieve-interpretatiebias	-3,84	0,92	-0,27	4,15 ^c	-5,68; -2,04

^a $p < 0,05$; ^b $p < 0,01$; ^c $p < 0,001$.

De regressieanalyse met betrekking tot het *tweede scenariotype* ('van positief naar negatief') toonde aan dat de emotionele BADE-componenten opnieuw een significante proportie van de variantie in BDI-II-scores verklaarden, $F(3, 208) = 9,92, p < 0,001, R^2 = 0,13$. Zoals verwacht was positieve-interpretatie-inflexibiliteit ($\beta = 0,11, p = 0,107$) niet significant geassocieerd

met depressiesymptomen. Met betrekking tot de tweede hypothese werd gevonden dat negatieve-interpretatiebias ($\beta = 0,22$, $p = 0,001$) en positieve-interpretatiebias ($\beta = -0,27$, $p < 0,001$) significant geassocieerd zijn met depressiesymptomen. Meer ernstige depressiesymptomen gaan gepaard met meer negatieve en minder positieve interpretaties van sociale situaties.

DISCUSSIE

.....

De bevindingen van deze studie ondersteunen de hypothese dat depressiesymptomen gerelateerd zijn aan inflexibiliteit in negatieve interpretaties. Personen met een verhoogde mate van depressiesymptomen hebben meer moeilijkheden bij het integreren van positieve informatie om hun negatieve interpretaties bij te stellen. Zoals verwacht was inflexibiliteit bij het herzien van positieve interpretaties niet gerelateerd aan symptomen van depressie. Dit geeft aan dat het herzien van positieve interpretaties in het licht van negatieve informatie niet verschillend is tussen personen met een minimale versus een verhoogde ernst van depressiesymptomen. Dit is consistent met de hypothese dat depressie gekenmerkt wordt door een verminderde sensitiviteit van negatieve cognities voor wijzigingen binnen een sociale context (Mehu & Scherer, 2015; Stange et al., 2017). Deze bevinding suggereert dat studies naar depressie verder dienen te gaan dan louter onderzoek naar de inhoud van interpretaties. Interpretatie is een dynamisch proces dat zich ontvouwt over de tijd. Het bestuderen van problemen in dynamische eigenschappen van dit proces kan leiden tot een beter begrip van wanneer emotionele interpretaties kunnen leiden tot maladaptieve uitkomsten.

De resultaten van deze studie leveren verder ondersteuning voor de hypothese dat depressie wordt gekenmerkt door emotionele vertekeningen in de interpretatie van ambigue informatie. In lijn met voorgaand onderzoek (Everaert et al., 2017) en theoretische modellen (Beck & Haigh, 2014; Mathews & Macleod, 2005) werd gevonden dat individuen met verhoogde depressiesymptomen meer negatieve en minder positieve interpretaties plausibel achten als verklaring voor ambigue sociale situaties. Een interessante vaststelling was dat vertekeningen en inflexibiliteit in negatieve interpretaties elk een unieke proportie van de variantie in depressiesymptomen verklaarden, en daarmee afzonderlijk zouden kunnen bijdragen aan depressiesymptomen.

Toekomstig onderzoek kan de nieuwe emotionele BADE-taak gebruiken om de rol van zowel vertekende als inflexibele interpretaties te onderzoeken. Het patroon van ratings voor de absurde, valstrik- en targetinterpretaties was consistent met dat van de originele BADE-taak. Dit stelde de nieuwe taak in staat om te onderzoeken of depressie gerelateerd was aan individuele verschillen in hoe initiële interpretaties werden bijgesteld op basis van nieuwe informatie. Op basis van de interpretatieratings konden er drie

componenten onderscheiden worden, namelijk positieve-interpretatiebias, negatieve-interpretatiebias en negatieve/positieve-interpretatie-inflexibiliteit. Deze componenten hadden gelijkaardige ladingen in vergelijking met de componenten van de oorspronkelijke BADE-taak (Bronstein & Cannon, 2018; Moritz & Woodward, 2006; Sanford et al., 2014). Omdat de emotionele BADE-taak sterke gelijkenissen heeft met de oorspronkelijke taak, een componentenstructuur heeft die werd gerepliceerd (Everaert et al., 2018, 2020), en zowel bias als inflexibiliteit in interpretaties kan meten, blijkt deze nieuwe taak uitermate geschikt om statische en dynamische aspecten van interpretaties in kaart te brengen.

De emotionele BADE-taak is daarom een veelbelovend instrument om belangrijke vragen met betrekking tot psychopathologie te beantwoorden in toekomstig onderzoek. Zo kan de taak bruikbaar zijn in onderzoek dat beoogt om problemen in de emotieregulatie bij depressie beter te begrijpen. Depressie wordt gekenmerkt door een problematisch gebruik van strategieën om positieve emoties te reguleren. Zo zullen personen met een depressieve stemming positieve emoties vaker dempen in vergelijking met personen zonder depressieve stemming (Feldman, Joormann, & Johnson, 2008; Raes, Smets, Nelis, & Schoofs, 2012). Hierbij is het boeiend om vast te stellen dat recent onderzoek heeft gevonden dat inflexibiliteit bij het herzien van negatieve interpretaties op basis van positieve informatie specifiek gerelateerd is aan een verhoogde mate van dempen van positieve emoties (Everaert et al., 2020). Twee onafhankelijke crosssectionele studies hebben gevonden dat de relatie tussen inflexibiliteit in negatieve interpretaties en depressiesymptomen (gedeeltelijk) gemedieerd werd door het dempen van positieve emoties. Dit geeft aan dat inflexibiliteit in negatieve interpretaties een relevant mechanisme is bij het begrijpen van problemen bij het reguleren van emoties in depressie. Verder onderzoek is nodig om longitudinale verbanden te onderzoeken, met name hoe inflexibiliteit in negatieve interpretaties het gebruik van dempende strategieën (bijvoorbeeld in het dagelijkse leven) voorspelt en daarmee het ontwikkelen van depressiesymptomen (bijvoorbeeld weinig of gebrek aan positief affect) in de hand werkt.

Naast fundamenteel onderzoek lijkt de emotionele BADE-taak ook geschikt voor klinische doeleinden. Emotionele vertekeningen in interpretaties vormen vaak een target bij cognitieve gedragstherapie en cognitieve trainingsmethodieken (Clark, Beck, & Alford, 1999; Hallion & Ruscio, 2011). Bij het bepalen van de effectiviteit van deze interventies lijkt het belangrijk om de inhoud te kennen van de interpretaties van patiënten, alsook hoe (in-)flexibel patiënten hun initiële interpretaties herzien op basis van nieuwe informatie. Omdat interpretatiebias en inflexibiliteit uniek geassocieerd zijn met symptomen van depressie, is het mogelijk dat beide factoren onafhankelijke indicatoren zijn van therapie succes. Daarnaast zou het interessant zijn om na te gaan of de emotionele BADE-taak een bruikbaar instrument is bij het voorspellen van behandelingsuitkomsten (bijvoorbeeld terugval) bij

cognitieve gedragstherapie (waarbij cognitieve herstructureringsmethoden sterk berusten op flexibiliteit) en cognitieve trainingsmethodieken gericht op interpretaties. Het lijkt plausibel dat therapieën tot betere uitkomsten leiden bij individuen met relatief minder inflexibele en negatieve interpretaties bij de aanvang van de behandeling.

Ondanks deze belangrijke theoretische en klinische implicaties zijn er verschillende beperkingen aan de huidige studie. Ten eerste maakte deze studie gebruik van een crosssectioneel design, waardoor er geen uitspraken gedaan kunnen worden over de richting van het effect. Longitudinale studies met verschillende assessments waarbij er gekeken wordt naar wederkerige relaties zijn beter geschikt om na te gaan of interpretatiebias en inflexibiliteit bijdragen aan depressie en/of vice versa. Ten tweede zijn de effecten die werden geobserveerd in deze studie relatief klein. Desondanks werd de relatie tussen negatieve-interpretatie-inflexibiliteit en depressie consistent geobserveerd in drie onafhankelijke studies. De effectgrootte is ook gelijkaardig aan effecten die geobserveerd werden in onderzoek met de oorspronkelijke BADE-taak (Luk, Underhill, & Woodward, 2018). Hoewel cognitieve taken (zoals de BADE-taak) vaak relatief kleine effectgroottes hebben, wil dit niet zeggen dat deze relaties onbelangrijk zijn of aan toeval te wijten. Zo is de relatie tussen de BADE-taak en wanen een van de meest consistente bevindingen in de literatuur (Luk et al., 2018), wat belangrijke theoretische implicaties heeft (Sanford et al., 2014). Ten derde is de generaliseerbaarheid van de huidige bevindingen naar klinische populaties beperkt. Ondanks de grote groep van deelnemers met ernstige depressiesymptomen, kan deze studie geen uitsluitel geven of deze deelnemers ook kampen met een klinische depressie volgens criteria vooropgesteld door de DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014). Toekomstig onderzoek dient de huidige bevindingen te repliceren in klinische populaties om de rol van interpretatie-inflexibiliteit beter te begrijpen bij klinische varianten van depressie. Tot slot biedt deze studie geen antwoord op de vraag of een geschiedenis van depressie een rol speelt bij het inflexibel interpreteren van ambigue sociale informatie. Deze studie maakte geen onderscheid tussen personen die (volledig) hersteld zijn van een of meerdere depressies en personen zonder een geschiedenis van depressie. In lijn met onderzoek naar emotionele vertekeningen in interpretaties (Everaert et al., 2017) is het echter wel mogelijk dat personen met een geschiedenis van depressie meer inflexibele negatieve interpretaties hebben dan personen zonder een geschiedenis van depressie. Gezien het potentieel van de emotionele BADE-taak voor de klinische praktijk vormen studies die tegemoetkomen aan deze beperkingen beloftevolle richtingen voor verder onderzoek.

CONCLUSIE

.....

Deze studie draagt op verschillende manieren bij aan kennis over de aard van emotionele interpretaties bij depressie. Door middel van de nieuwe emotionele BADE-taak vond deze studie dat de ernst van depressiesymptomen niet enkel gerelateerd was aan emotionele vertekeningen in interpretaties maar ook aan inflexibiliteit in negatieve interpretaties. Verhoogde depressiesymptomen werden kenmerkt door inflexibiliteit in het herzien van negatieve interpretaties op basis van nieuwe positieve informatie. Deze bevinding opent verschillende mogelijkheden voor fundamenteel en klinisch onderzoek, die kunnen leiden tot een beter begrip van depressie en de behandeling van deze psychologische aandoening.

Jonas Everaert is verbonden aan de Vakgroep Experimenteel-Klinische en Gezondheidspsychologie van de Universiteit Gent. *Correspondentieadres:* Henri Dunantlaan 2, 9000 Gent, België. E-mail: jonas.everaert@gmail.com.

Summary *Depression symptoms and the association to biased and inflexible interpretations*

Interpretation biases play an important role in depression. Despite decades of research, it remains unknown how interpretation biases exert their toxic effects. Recent theories postulate that inflexibility in forming and maintaining interpretations will determine whether emotional interpretations have toxic effects. Utilizing a novel cognitive task, the emotional Bias Against Disconfirmatory Evidence Task, this study investigated whether interpretation biases and inflexibility are related to depressive symptom severity. Results showed that depression severity was related to reduced revision of negative interpretations based on disconfirmatory positive information. In addition, depression severity was associated with increased negative and decreased positive interpretation biases. These findings indicate that individuals with more severe depression levels make more biased and inflexible interpretations. Research and clinical practice may benefit from considering both these factors to understanding and treating depression.

Keywords *interpretation inflexibility, interpretation bias, depression*

Literatuur

- | | |
|---|---|
| <p>American Psychiatric Association (APA). (2014). <i>Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5). Nederlandse vertaling van Diagnostic and Statistical Manual of Mental Dis-</i></p> | <p><i>orders, Fifth Edition</i>. Amsterdam: Boom.</p> <p>Beck, A. T., & Haigh, E. A. P. (2014). Advances in cognitive theory and therapy: The generic cognitive model. <i>Annual Review of Clinical Psychology</i>, 10, 1-24.</p> |
|---|---|

- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Bronstein, M. V., & Cannon, T. D. (2018). Measuring bias against disconfirmatory evidence: An evaluation of BADE task scoring methods and the case for a novel method. *Psychiatry Research*, 261, 535-540.
- Bronstein, M. V., Everaert, J., Castro, A., Joormann, J., & Cannon, T. D. (2019). Pathways to paranoia: Analytic thinking and belief flexibility. *Behaviour Research and Therapy*, 113, 18-24.
- Chandler, J., & Shapiro, D. (2016). Conducting clinical research using crowdsourced convenience samples. *Annual Review of Clinical Psychology*, 12, 53-81.
- Clark, D. A., Beck, A. T., & Alford, B. A. (1999). *Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression*. New York: John Wiley & Sons.
- Dozois, D. J. A., Dobson, K. S., & Ahnberg, J. L. (1998). A psychometric evaluation of the Beck Depression Inventory-II. *Psychological Assessment*, 10, 83-89.
- Everaert, J., Bronstein, M. V., Cannon, T. D., & Joormann, J. (2018). Looking through tinted glasses: Depression and social anxiety are related to both interpretation biases and inflexible negative interpretations. *Clinical Psychological Science*, 6, 517-528.
- Everaert, J., Bronstein, M. V., Castro, A., Cannon, T. D., & Joormann, J. (2020). When negative interpretations persist, positive emotions don't! Inflexible negative interpretations encourage depression and social anxiety by dampening positive emotions. *Behaviour Research and Therapy*, 124, 103510.
- Everaert, J., Podina, I. R., & Koster, E. H. W. (2017). A comprehensive meta-analysis of interpretation biases in depression. *Clinical Psychology Review*, 58, 33-48.
- Feldman, G. C., Joormann, J., & Johnson, S. L. (2008). Responses to positive affect: A self-report measure of rumination and dampening. *Cognitive Therapy and Research*, 32, 507-525.
- Hallion, L. S. S., & Ruscio, A. M. M. (2011). A meta-analysis of the effect of cognitive bias modification on anxiety and depression. *Psychological Bulletin*, 137, 940-958.
- Hirsch, C. R., Meeten, F., Krahé, C., & Reeder, C. (2016). Resolving ambiguity in emotional disorders: The nature and role of interpretation biases. *Annual Review of Clinical Psychology*, 12, 281-305.
- Kube, T., Schwarting, R., Rozenkrantz, L., Glombiewski, J. A., & Rief, W. (2019). Distorted cognitive processes in major depression: A predictive processing perspective. *Biological Psychiatry*, 87, 388-398.
- Luk, J., Underhill, K., & Woodward, T. S. (2018). Psychotic symptoms predicting evidence integration in schizophrenia. *Zeitschrift Für Psychologie*, 226, 174-181.
- Mathews, A., & Macleod, C. M. (2005). Cognitive vulnerability to emotional disorders. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 167-195.
- Mehu, M., & Scherer, K. R. (2015). The appraisal bias model of cognitive vulnerability to depression. *Emotion Review*, 7, 272-279.
- Menne-Lothmann, C., Viechtbauer, W., Höhn, P., Kasanova, Z., Haller, S. P., Drukker, M., ... Lau, J. Y. F. (2014). How to boost positive interpretations? A meta-analysis of the effectiveness of cognitive bias modification for interpretation. *PLoS ONE*, 9, e100925.
- Moritz, S., & Woodward, T. S. (2006). A generalized bias against disconfirmatory evidence in schizophrenia. *Psychiatry Research*, 142, 157-165.
- Raes, F., Smets, J., Nelis, S., & Schoofs, H. (2012). Dampening of positive affect prospectively predicts depressive

- symptoms in non-clinical samples. *Cognition & Emotion*, 26, 75-82.
- Rude, S. S., Durham-Fowler, J. A., Baum, E. S., Rooney, S. B., & Maestas, K. L. (2010). Self-report and cognitive processing measures of depressive thinking predict subsequent major depressive disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 34, 107-115.
- Sanford, N., Veckenstedt, R., Moritz, S., Balzan, R. P., & Woodward, T. S. (2014). Impaired integration of disambiguating evidence in delusional schizophrenia patients. *Psychological Medicine*, 44, 2729-2738.
- Stange, J. P., Alloy, L. B., & Fresco, D. M. (2017). Inflexibility as a vulnerability to depression: A systematic qualitative review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 24, 245-276.
- Wisco, B. E. (2009). Depressive cognition: Self-reference and depth of processing. *Clinical Psychology Review*, 29, 382-392.

COMET voor zelfbeeld en paranoia bij paranoïde patiënten

Een kleinschalige RCT binnen de
forensische psychiatrie

EVA BLOEMERS & VIVIENNE DE VOGEL

Samenvatting

Er is een groep patiënten binnen de forensische psychiatrie bij wie er sprake is van psychose en paranoia. Deze kenmerken voorspellen slechte behandeluitkomst en chronische hospitalisatie. Het huidige onderzoek heeft als doel de effectiviteit te onderzoeken van COMET, een cognitief-gedragstherapeutische interventie bedoeld om het zelfbeeld te verbeteren. In een groep van 14 patiënten met paranoia werd onderzocht of verbeteringen in zelfbeeld leiden tot reductie van paranoia. De COMET-interventie werd vergeleken met *treatment as usual* (TAU), te weten de training *Grip op je leven*. Metingen werden volledig uitgevoerd bij de start, na 10 weken (*post treatment*) en 8 weken follow-up, bij in totaal vijf patiënten in de experimentele conditie en zeven in de controleconditie. Om zelfbeeld te meten werd de Rosenberg Self-Esteem Scale gebruikt en de Green Paranoid Thoughts Scale voor paranoia. Alle patiënten hebben de interventie volledig afgerond. Post-treatmentresultaten lieten een significante verbetering zien op zelfbeeld bij de vijf patiënten die COMET hadden gevolgd, maar geen reductie van paranoia. Nader onderzoek met grotere groepen is nodig.

Trefwoorden: COMET, paranoia, zelfbeeld, forensisch, psychoses

INLEIDING

83

.....

Bij patiënten met een psychotische stoornis, waaronder schizofrenie, worden vaak een laag zelfbeeld alsook negatieve zelfschema's gevonden (Tarrier, 2002). Globaal gezien kan een zelfschema opgevat worden als een cognitief, algemeen beeld van het zelf dat zich heeft ontwikkeld door ervaringen uit het verleden, en dat aan het zelf gerelateerde informatie organiseert en ordent uit individuele sociale ervaringen. Verschillende factoren spelen een rol bij het ontwikkelen en het handhaven van een negatief zelfbeeld. Deze factoren zijn doorgaans moeilijk veranderbaar. Binnen de literatuur is er bijvoorbeeld veel geschreven over de effecten van trauma in de kindertijd op het ontwikkelen van een psychotische of andere ernstige psychiatrische stoornis (Fowler et al., 2006; Larkin & Morrison, 2009; Read, van Os, Morrison, & Ross, 2005). Men veronderstelt dat een negatief zelfbeeld bij schizofrenie te maken heeft met het lijden aan een ernstige psychiatrische ziekte en alle daarbij horende consequenties (Tarrier, 2002). De consequenties van een ernstige psychiatrische ziekte zorgen ervoor dat negatieve schema's over het zelf ontstaan of versterkt worden. Hierdoor ontstaat de neiging om informatie op een specifieke manier te interpreteren en aan te passen binnen het (negatieve) zelfschema. Op deze manier wordt het schema steeds verder versterkt, in plaats van uitgedaagd of aangepast (Tarrier, 2002). Uit meerdere onderzoeken (zie bijvoorbeeld: Williams-Keeler, Milliken, & Jones, 1994) is gebleken dat de start van een eerste psychose een traumatische gebeurtenis op zich kan zijn. Ideeën over veiligheid, vertrouwen, kwetsbaarheid en rechtvaardigheid kunnen volledig veranderen. In het verlengde hiervan kan een psychose ervoor zorgen dat het beeld dat iemand heeft van zichzelf, de wereld en de toekomst volledig kan veranderen. In combinatie met het stigma van een psychiatrische stoornis leidt dit tot gevoelens van hopeloosheid en een verminderde behoefte aan sociaal contact. Tevens is een kritische, soms vijandige of overbezorgde houding van directe familieleden specifiek bij patiënten met een psychotische stoornis. Deze houding van directe familieleden kan ervoor zorgen dat negatieve schema's over het zelf kunnen ontstaan en worden gehandhaafd (Tarrier, 2002).

Laag zelfbeeld en paranoïde gedachten

.....

Uit longitudinale en experimentele studies is bewijs naar voren gekomen voor een causaal verband tussen negatieve cognities over het zelf en paranoïde ideaties (Freeman et al., 2014). Fowler en collega's (2006) vonden in een niet-klinische populatie van meer dan 700 studenten dat paranoia sterk geassocieerd was met meer negatieve opvattingen over het zelf en de ander. Een gerelateerde studie van 100 patiënten met psychose vond dat ernst, preoccupatie en achtervolgingsideeën geassocieerd waren met negatieve

opvattingen over het zelf, negatieve opvattingen over de ander, lage zelfwaardering en depressie (Smith et al., 2006). Gracie en collega's (2007) vonden in een crosssectionele studie bij 200 studenten dat een geschiedenis van jeugdtrauma, seksueel misbruik of lichamelijke mishandeling geassocieerd was met een verhoogde mate van paranoïde denken. Behalve een globaal negatief zelfbeeld waren specifiek negatieve en mogelijk disfunctionele interpersoonlijke zelfconcepten kenmerkend voor paranoïde wanen. Daarbij bleek tevens dat het zelfbeeld lager is bij patiënten die ervan uitgaan dat bijvoorbeeld de achtervolging verdiend is.

Wat betreft behandeling werd in een systematische literatuurreview naar paranoïde wanen en zelfbeeld geconcludeerd dat het nodig is om patiënten met paranoïde wanen zelfbeeldversterkende interventies aan te bieden (Kesting & Lincoln, 2013). In een onderzoek werd het effect onderzocht van een specifieke, kortdurende (zes sessies), op verhoging van zelfwaardering gerichte interventie die was aangeboden bij een groep ambulante patiënten met achtervolgingswanen. De effecten van deze interventie waren echter niet significant: op korte termijn werden wel wat trends gevonden, maar deze waren bij een follow-up na 12 maanden helemaal verdwenen (Freeman et al., 2014). De auteurs pleitten dan ook voor nader onderzoek naar de invloed van zelfwaarderingsinterventies bij paranoïde patiënten.

Onderzoek toonde tevens aan dat er een positief verband bestaat tussen het hebben van paranoïde gedachten en agressie, zowel bij patiënten met schizofrenie als in de normale bevolking (van Dongen, Buck, Kool, & van Marle, 2011). Verder toonde onderzoek aan dat het hebben van paranoïde gedachten, zoals achtervolgingswanen, een van de factoren is die bijdragen aan gewelddadig gedrag wanneer een patiënt is opgenomen in de psychiatrie (Cornaggia, Beghi, Pavone, & Barale, 2011). Patiënten met achtervolgingswanen hebben de overtuiging dat anderen hen kwaad (psychisch, fysiek, sociaal) willen doen (Freeman & Garety, 2000). Vanuit deze overtuiging neemt de kans op het toepassen van geweld toe, onder andere om zichzelf te 'verdedigen' tegen het vermeende kwaad. Deze relatie is van groot belang voor de forensische psychiatrie waar het huidige onderzoek is verricht (zie verder onder 'Procedure'). In de forensische psychiatrie worden personen behandeld die ernstige (gewelds)delicten hebben gepleegd, waarbij het belangrijkste doel is om de factoren die een rol kunnen spelen bij het plegen van een (nieuw) delict te behandelen.

COMET voor zelfbeeld en paranoia binnen de forensische psychiatrie

Aanleiding voor het huidige onderzoek is dat een aanzienlijk deel van de patiënten binnen de forensische psychiatrie te kampen heeft met paranoïde gedachten. Paranoia is een van de kernsymptomen van de psychotische ervaringen. Bestaande behandelingen, zoals behandeling met psychofarmaca, psycho-educatie en cognitieve gedragstherapie (CGT) voor psychose, zijn

slechts gedeeltelijk effectief gebleken (Leucht et al., 2013; Turner, Burger, Smit, Valmaggia, & van der Gaag, 2020; van der Gaag, Valmaggia, & Smit, 2014). De lijdensdruk is vaak erg hoog onder deze patiëntengroep. Patiënten met paranoia zijn geregeld niet gemotiveerd voor behandeling, omdat het wantrouwen een zeer grote rol speelt bij het maken van een keuze voor aanpak van behandeling. Daarnaast spelen paranoïde gedachten geregeld een belangrijke rol in het veroorzaken van agressieve incidenten, zowel binnen een klinische opname als daarbuiten. Dit zorgt er onder andere voor dat patiënten vaak langdurig opgenomen blijven binnen de (forensische) psychiatrie.

Het is belangrijk om deze patiënten een effectieve behandeling aan te kunnen bieden, en wel via de weg van een van de belangrijke onderliggende mechanismen die bijdragen aan het ontstaan en in stand houden van paranoïde gedachten, namelijk een laag zelfbeeld. *Competitive memory training* (COMET) van Korrelboom (2011) is bij verschillende patiëntenpopulaties effectief gebleken voor het verbeteren van het zelfbeeld (Korrelboom, de Jong, Huijbrechts, & Daansen, 2009; Korrelboom, Marissen, & van Assendelft, 2011; Korrelboom, Staring, & van Loon, 2017; van der Gaag, van Oosterhout, Daalman, Sommer, & Korrelboom, 2012). Tevens wordt COMET ingezet bij behandeling van patiënten die stemmen horen of hallucinaties hebben, in combinatie met geprotocolleerde behandeling (van der Gaag, Staring, & Valmaggia, 2012). Recent is het effect van COMET onderzocht bij patiënten met een angststoornis en een laag zelfbeeld. In dit onderzoek is tevens de samenhang tussen zelfbeeld en paranoïde ideaties onderzocht. Het onderzoek toont onder andere aan dat effectieve, gerichte interventies op verbetering van zelfbeeld niet alleen de zelfwaardering verbeteren, maar daardoor ook de paranoia reduceren (Korrelboom et al., 2017). Er is echter nog geen onderzoek gedaan naar COMET bij patiënten met een psychotische stoornis en paranoïde gedachten.

Het doel van het huidige onderzoek is om COMET toe te passen bij forensisch psychiatrische patiënten met een psychotische stoornis en paranoia. Verwacht wordt dat bij patiënten met een psychotische stoornis en paranoïde gedachten die COMET volgen het zelfbeeld verbetert en de paranoia afneemt en dat deze verbeteringen sterker zijn dan voor de patiënten in de controleconditie (*treatment as usual*).

METHODE

.....

Procedure

.....

Het huidige onderzoek betreft een gerandomiseerd gecontroleerd experiment (*randomized controlled trial*, RCT). Voor het uitvoeren van deze interventiestudie is toestemming gegeven door de medisch-ethische toetsingscommissie van het Universitair Medisch Centrum Rotterdam (referentienummer:

NL63893.078.17). Het onderzoek vond plaats binnen twee klinieken van De Forensische Zorgspecialisten: locatie Van der Hoevenkliniek en locatie De Voorde. De Forensische Zorgspecialisten legt zich toe op zorg voor mensen met grensoverschrijdend of strafbaar gedrag die daarvoor niet of verminderd toerekeningsvatbaar waren vanwege een psychische stoornis. Alle patiënten binnen de klinieken zijn opgenomen met een strafrechtelijke maatregel: een terbeschikkingstelling (tbs) of een rechterlijke machtiging (RM). Specifiek aan locatie De Voorde is dat hier voornamelijk forensisch psychiatrische patiënten worden opgenomen bij wie sprake is van chronisch psychiatrische problematiek. Verhoudingsgewijs zijn hier veel patiënten met een psychotische stoornis opgenomen. Criteria voor deelname waren: een leeftijd tussen 18 en 70 jaar, voldoende beheersing van de Nederlandse taal, een diagnose binnen het psychosespectrum en het hebben van paranoïde gedachten.

Randomisatie vond voor iedere locatie afzonderlijk plaats, op basis van vooraf gestratificeerde randomisatietabellen. Er werd voor gezorgd dat op beide locaties de experimentele en de controleconditie gelijktijdig de training aangeboden kregen. Dit om te voorkomen dat een verschil in uitkomst van beide groepen verklaard zou kunnen worden door de periode waarin de behandelingen aangeboden werden. Via de hoofden behandeling werden patiënten die voldeden aan de criteria benaderd voor medewerking aan het onderzoek. Patiënten werden zowel mondeling als schriftelijk geïnformeerd over het onderzoek. Ze konden te allen tijde deelname beëindigen, zonder verdere consequenties voor hun behandeling. Na het tekenen van een *informed consent* werden zij at random toegewezen aan de experimentele of controleconditie. De experimentele conditie kreeg de COMET-training aangeboden voor een periode van 10 weken. De controleconditie kreeg treatment as usual aangeboden. Deze bestond uit een training *Grip op je leven*, waarbij de participanten in groepsverband of individueel een aantal modules aangeboden kregen, gericht op het verbeteren van emotieregulatie en copingvaardigheden. Deze training werd, net als COMET, gedurende 10 weken aangeboden. Alle therapeuten werden voorafgaand aan het onderzoek officieel getraind in COMET. Tevens werden de therapeuten van de training *Grip op je leven* getraind, voorafgaand aan het onderzoek. In totaal waren acht therapeuten verbonden aan het onderzoek. Alle therapeuten hadden ervaring met het geven van therapie aan forensisch psychiatrische patiënten. Tijdens het onderzoek waren er overlegmomenten met de therapeuten en de hoofdonderzoeker, zowel voor de experimentele conditie als de controleconditie, om de voortgang en eventuele problemen met elkaar te ondervangen.

Metingen vonden plaats voorafgaand aan de eerste sessie van de training (T1), direct na afloop van de laatste sessie van de training (T2) en 8 weken na de laatste sessie van de training (T3). Alle patiënten die deelnamen aan het onderzoek werden drie keer beloond voor hun deelname: halverwege de training, direct na afloop van de training en na het laatste meetmoment. Beloningen bestonden uit kleine presentjes, zoals verzorgingsproducten.

Participanten

De onderzoeksgroep bestond uit 14 patiënten die opgenomen zijn bij De Forensische Zorgspecialisten. Er werden 20 patiënten benaderd, van wie er 14 bereid waren om deel te nemen aan het onderzoek. Redenen voor weigering waren divers: een aantal patiënten gaf aan niet te willen participeren in een onderzoek, anderen gaven aan al genoeg therapie gehad te hebben of te verwachten op korte termijn de kliniek te verlaten. Van de 14 participanten waren er twee opgenomen in de Van der Hoevenkliniek en 12 in De Voorde. Alle participanten waren gediagnosticeerd met een psychotische stoornis volgens de DSM-5. Alle diagnoses binnen het spectrum psychose werden hierin meegenomen. Uit de diagnose of voorgeschiedenis bleek tevens dat er sprake was (geweest) van paranoia. In tabel 1 is de verdeling van de participanten over beide condities opgenomen.¹ Alle participanten waren wilsbekwaam. Geen van hen was gehuwd of had geregistreerd partnerschap. Alle participanten waren ingesteld op (antipsychotische) medicatie. Er namen drie vrouwen deel aan het onderzoek en 11 mannen. Zeven participanten hadden een terbeschikkingstelling (tbs) en zeven participanten een rechterlijke machtiging (RM). De gemiddelde leeftijd van de participanten lag op ruim 41 jaar. De gemiddelde opnameduur van de participanten was 4,7 jaar. Bij alle participanten was er sprake van comorbiditeit, zoals verslavingsproblematiek. Aangezien dit representatief is voor deze doelgroep (Goethals, 2008; Regier et al., 1990), werd ervoor gekozen om comorbiditeit niet als exclusie criterium mee te nemen. Er was tijdens het onderzoek sprake van drop-out van twee participanten uit de experimentele conditie. Een van hen heeft de training niet kunnen afmaken door ziekte van zijn therapeut. De andere participant heeft na afronding van de training aangegeven niet meer te willen participeren in het onderzoek, aangezien hij direct na de training verhuisd is en niet meer verbonden was aan de kliniek. Beide participanten zijn derhalve niet meegenomen in de analyses.

Interventies

COMET — COMET is een geprotocolleerde interventie voor het verbeteren van het zelfbeeld (Korrelboom, 2011). De module is geschreven voor groepsbehandeling, maar kan ook individueel aangeboden worden en bestaat oorspronkelijk uit acht sessies van gemiddeld anderhalf uur. Het protocol werd enigszins aangepast aan de doelgroep, dat wil zeggen dat er werd uitgegaan van een lager tempo en er gewerkt werd met een flap-over om de uitleg visueel te ondersteunen. Het aantal sessies lag op tien in plaats van acht. Het protocol

1 Het opleidingsniveau is niet meegenomen in tabel 1, aangezien de meeste participanten hun opleiding niet hebben afgerond en er bij sommigen sprake is van cognitief verval.

TABEL 1 *Verdeling participanten over beide condities*

	Experimentele conditie	Controlecon- ditie
Aantal participanten	7	7
Training afgerond	6	7
Onderzoek afgerond	5	7
Gemiddelde leeftijd in jaren (SD)	43,16 (2,45)	40,23 (7,52)
Geslacht: man	6	5
Tbs-maatregel	3	4
Rechterlijke machtiging	4	3
Locatie De Voorde	6	6
Locatie van der Hoeven	1	1
Gemiddelde opnameduur in jaren ² (SD)	7,22 (1,58)	2,23 (1,12)

maakt gebruik van vier procedures om de negatieve kerncognitie te verbeteren, namelijk imaginatie, zelfverbalisatie, motorische feedback en muziek. De interventie gaat uit van concurrerende geheugennetwerken. In het model over *competitive memory retrieval* wordt gesteld dat elk concept verschillende betekenisrepresentaties heeft in het langetermijngeheugen en dat er een competitie bestaat tussen het ophalen van deze verschillende betekenissen uit het geheugen (Korrelboom, 2011). Bij mensen met psychopathologie winnen de disfunctionele representaties deze competitie vaker en worden andere mogelijke betekenissen geïnhibeed. Succesvolle therapie verandert de hiërarchie dusdanig dat die positieve in plaats van negatieve geheugennetwerken activeert, zodat functionele positieve representaties vaker de competitie winnen binnen het geheugen en mensen deze positieve verandering ook voelen. Zelfbeeld is een belangrijke transdiagnostische factor, die binnen verschillende classificaties als kenmerk of bijkomend probleem naar voren komt. Omdat COMET een transdiagnostische techniek is, zijn er studies gedaan bij zeer uiteenlopende stoornissen, onder andere bij eetstoornissen, persoonlijkheidsstoornissen, depressie en het horen van stemmen (van der Gaag, Staring et al., 2012).

De participanten op locatie De Voorde kregen de training groepsgewijs aangeboden. Voor de locatie Van der Hoeven was dit niet mogelijk, gezien

- Hier wordt de gemiddelde opnameduur bij De Forensische Zorgspecialisten weergegeven. Mogelijk geeft dit een vertekend beeld, aangezien voor een aantal participanten geldt dat zij eerder binnen een andere (forensisch) psychiatrische instelling opgenomen waren.

het geringe aantal participanten. Derhalve kregen deze participanten de training individueel aangeboden. Vermeld dient te worden dat dit afwijkt van eerdere onderzoeken, want tot nu toe zijn alle studies naar COMET voor lage zelfwaardering uitgevoerd bij groepsbehandelingen.

Grip op je leven — Voor de controleconditie werd gebruikgemaakt van een training genaamd *Grip op je leven*. Deze groepstraining is in 2013 ontwikkeld door twee psychotherapeuten van De Forensische Zorgspecialisten. De training wordt sinds die tijd standaard aangeboden bij De Forensische Zorgspecialisten, zowel aan groepen als individueel. Bij de opzet van deze training wordt rekening gehouden met de specifieke problemen waar veel patiënten die opgenomen zijn in de tweede- of derdelijnspsychiatrie mee te kampen hebben. Zo hebben patiënten vaak een gering probleembesef, een ambivalente houding ten opzichte van hun problemen en kan er sprake zijn van een beperkt concentratievermogen en/of een verstandelijke beperking. Het doel van de training is om de deelnemers meer grip op hun leven te laten krijgen. De groepstraining is gebaseerd op de principes van de vaardigheidstraining emotieregulatiestoornis (VERS), *community reinforcement approach* (CRA) en oplossingsgericht werken. Er worden zowel handelingsgerichte als intrapsychische doelen gesteld. Ook bij deze training gold dat de participanten van locatie De Voorde haar groepsgewijs aangeboden kregen, maar dat dit voor de locatie Van der Hoeven niet mogelijk was gezien het geringe aantal participanten.

Meetinstrumenten

Gezien de beperkte draagkracht van de participanten werd ervoor gekozen om hen zo min mogelijk te belasten. Bij de participanten werden twee relatief korte zelfrapportagevragenlijsten afgenomen, die beide betrouwbaar en valide zijn en die geregeld gebruikt worden bij onderzoek. Het gebruik van vragenlijsten alleen kan echter een vertekend beeld opleveren in een forensische doelgroep (de Ruiter & Hildebrand, 2005), met name wanneer de participanten last hebben van achterdocht. Daarom werd ervoor gekozen om aanvullend een interview af te nemen. Op alle drie de meetmomenten werden beide vragenlijsten en het interview afgenomen.

Zelfbeeld — Om zelfbeeld te meten werd gebruikgemaakt van een Nederlandse vertaling van de Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES; Rosenberg, 1965; Franck, De Raedt, Barbez, & Rosseel, 2008). Deze zelfrapportagevragenlijst meet globale zelfwaardering en bestaat uit tien stellingen, waarvan de helft positief is geformuleerd en de andere helft negatief. Patiënten gaven op een 1-4-likertschaal aan in hoeverre de stellingen op hen van toepassing waren. De positieve items werden omgescoord. De RSES is een unidimensionele schaal met een range van 10 tot 40, waarbij hogere scores indicatief zijn voor een goede globale zelfwaardering (Franck et al., 2008). Eerder onderzoek

heeft laten zien dat de RSES goede psychometrische eigenschappen heeft (zie bijvoorbeeld: Everaert, Koster, Schacht, & De Raedt, 2010).

Paranoia — Om paranoia te bepalen werd gebruikgemaakt van de Green Achterdochtige Gedachten Schaal (GAGS; Green et al., 2008). Deze schaal bestaat uit twee delen van ieder 16 stellingen. Deel A meet de mate waarin iemand zich zorgen maakt over wat anderen van hem of haar denken, en deel B meet paranoïde gedachten over de afgelopen maand. De stellingen worden beoordeeld aan de hand van een vijfpuntsschaal, die loopt van 1 (helemaal niet van toepassing) tot 5 (veel/volledig van toepassing). Een hogere score betekent een hoger niveau van paranoia. De schalen zijn gevoelig voor verandering, kennen een goede interne consistentie en validiteit, en zijn geschikt voor zowel de klinische praktijk als onderzoeksdoeleinden (Green et al., 2008).

Interview: PANSS — Er werd voor gekozen om de Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) af te nemen bij de participanten. Voor het huidige onderzoek werd de Nederlandstalige gevalideerde versie gebruikt (Wolthaus et al., 2000). De PANSS brengt de ernst van de klachten in kaart, vergt een beperkte tijdsinvestering en is geschikt voor het evalueren van het effect van een behandelinterventie (Kay, Fiszbein, & Opler, 1986). De PANSS bestaat uit drie subschalen: positieve symptomen (7 items), negatieve symptomen (7 items) en algemene psychopathologie (16 items), met daarin items over angst en depressie. De PANSS kan betrouwbaar worden toegepast door getrainde interviewers. De afname ervan duurt 30 tot 45 minuten (Bell, Milstein, Beam-Goulet, Lysaker, & Cicchetti, 1992; Kay, Fiszbein & Opler, 1987). De test-hertestbetrouwbaarheidsindexen voor een subgroep opgenomen patiënten waren respectievelijk 0,89, 0,82 en 0,71 voor de positieve, negatieve en algemene psychopathologieschaal (Kay et al., 1987). Van elk item moet een ernstscore worden gegeven variërend van 1 (symptoom afwezig) tot 7 (symptoom interenieert met vrijwel alle aspecten van het dagelijks functioneren).

In deze studie werd tevens specifiek gekeken naar item 5 Achterdocht van de positieve symptomen. Dit item scoort op gestructureerde wijze paranoia op basis van de observatie en uitspraken van de participanten tijdens de afname van de het PANNS-interview. Aangezien de verwachting was dat betrouwbaarheid van zelfrapportage bij een hoge mate van paranoia mogelijk vertekend zou zijn, werd dit item explorerend gebruikt in deze studie.

Subjectieve evaluatie — Tijdens de laatste sessie van de training werd in beide groepen de training met de patiënten geëvalueerd, waarbij de patiënten gevraagd werd wat zij van de training vonden en of zij het idee hadden dat de training zinvol was.

Design en statistische analyses

91

Het onderzoek heeft een gecombineerd *within-between*-design. De data bestaan uit twee uitkomstmaten, namelijk zelfbeeld en mate van paranoia, waarbij de conditie (COMET-conditie of controleconditie) de onafhankelijke variabele is. Deze data werden geanalyseerd door middel van herhaalde metingen ANOVA (*repeated measures ANOVA*), met de verschillen op de drie meetmomenten als *within-subject*-variabelen en de behandelconditie als *between-subject*-variabele. Door middel van deze analyse werd in de eerste plaats gekeken of de mate van zelfbeeld toenam over de drie meetmomenten en of de mate van paranoia afnam over de drie meetmomenten. Daarbij werd bekeken of de mate van toename zelfbeeld en afname paranoia verschilde tussen de twee condities (interactie-effect).

Explorerend werd voor beide condities gekeken naar de effecten op de PANSS over de drie meetmomenten, waarbij gekeken werd naar de drie subschalen (positieve symptomen, negatieve symptomen en algemene psychopathologie). Explorerend werd tevens specifiek gekeken naar item 5 Achterdocht van de PANSS, om te onderzoeken of er verschil was tussen het invullen van een zelfrapportagevragenlijst over achterdocht en een gestructureerde observatie van achterdocht naar aanleiding van gedrag en uitspraken tijdens de PANSS-afname. Tevens werd explorerend onderzocht hoe groot de correlatie is tussen de GAGS en item 5 Achterdocht.

RESULTATEN

Zelfbeeld

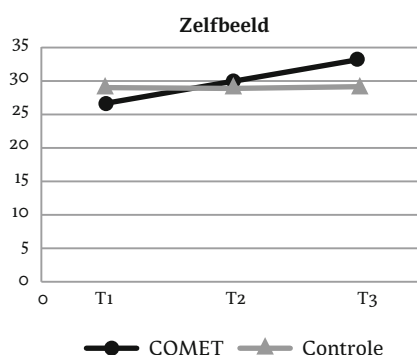
De scores van zelfbeeld voor beide groepen voor elk meetmoment worden weergegeven in tabel 2 en figuur 1. Er was voldaan aan de assumptie van sfericiteit ($\chi^2 = 0,77$, $p = 0,308$). Bij aanvang van de training (T1) waren de gemiddelde RSES-scores voor beide groepen reeds relatief hoog. Er waren geen significante verschillen tussen de experimentele en de controlegroep. Er is sprake van een hoofdeffect in tijd: het zelfbeeld verbeterde voor zowel de experimentele conditie als de controleconditie gedurende de periode van T1 tot T3, hetgeen is af te lezen aan de toename in de gemiddelde scores op de RSES ($F = 3,98$, $p = 0,035$). Er bleek sprake van een interactie-effect: de toename van het zelfbeeld gedurende de tijd van de patiënten in de experimentele conditie was significant groter dan die van de patiënten in de controleconditie ($F = 3,661$, $p = 0,044$).

Vervolgens werd voor de experimentele conditie onderzocht waar de geconstateerde verandering tussen T1 en T3 precies plaatsvond. Post-hoc-ana-

lyses lieten zien dat de gemiddelde RSES-score in de experimentele groep niet significant hoger werd tussen T1 en T2 ($F = 3,21$, $p = 0,10$) en ook niet tussen T2 en T3 ($F = 1,78$, $p = 0,21$), maar wel over de gehele periode.

TABEL 2 *Gemiddelde scores (standaarddeviaties) op de RSES en de GAGS voor COMET in vergelijking met controleconditie over verloop van tijd (T1, T2, T3)*

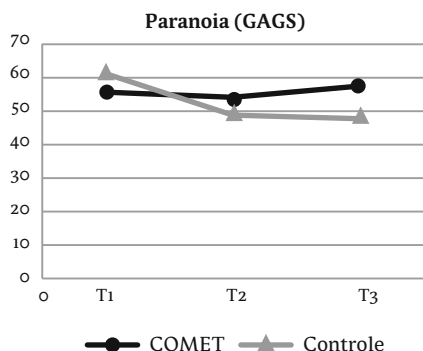
	COMET (N = 5)			Controle (N = 7)			Hoofd-effect tijd	Interactie tijd*conditie
	T1	T2	T3	T1	T2	T3		
RSES	26,40 (8,44)	29,80 (5,63)	33,20 (3,83)	29,29 (4,31)	29,14 (2,78)	29,43 (6,16)	$F = 3,98$ $p = 0,035$	$F = 3,66$ $p = 0,044$
GAGS	55,80 (19,87)	54,60 (35,58)	58,00 (32,07)	62,43 (19,7)	49,86 (16,5)	47,86 (12,77)	$F = 0,97$ $p = 0,39$	$F = 1,24$ $p = 0,31$



FIGUUR 1 *Beloop zelfbeeldscore per conditie*

Paranoia

De scores voor paranoia voor beide groepen voor elk meetmoment worden tevens weergegeven in tabel 2 en figuur 2. Er was voldaan aan de assumptie van sfericiteit ($\chi^2 = 0,82$, $p = 0,42$). Er werd geen significante verlaging in scores op de GAGS gevonden gedurende de tijd ($F = 0,97$, $p = 0,39$). Wanneer werd gekeken naar tijd en conditie, werd geen interactie-effect gevonden: er waren geen significante verschillen tussen de beide condities ($F = 1,24$, $p = 0,31$). Dit betekent dat paranoia voor de beide condities niet significant af- of toenam over de drie meetmomenten.

FIGUUR 2 *Beloop paranoiascore per conditie*

PANSS

De scores voor de PANSS voor beide groepen voor elk meetmoment worden weergegeven in tabel 3. Er was voldaan aan de assumptie van sfericiteit voor de negatieve symptomen in de PANSS (PANSS neg) ($\chi^2 = 0,70$, $p = 0,19$) en voor PANSS-item 5 Achterdocht (PANSS acht) ($\chi^2 = 0,97$, $p = 0,87$). Mauchly's test liet zien dat er niet was voldaan aan de assumptie van sfericiteit voor de positieve symptomen in de PANSS ($\chi^2 = 0,45$, $p < 0,05$) en voor de algemene psychopathologie in de PANSS (PANSS alg) ($\chi^2 = 0,49$, $p < 0,05$). Daarom zijn voor deze twee schalen de vrijheidsgraden Greenhouse-Geisser ($\epsilon = 0,65$ en $\epsilon = 0,66$) gecorrigeerd. Voor de scores op de verschillende PANSS-schalen werden geen effecten gevonden, wat wil zeggen dat er geen verandering optrad op de verschillende subschalen van de PANSS voor beide condities (zie tabel 3). De ernst van de symptomen verdeeld over de drie subschalen (positief, negatief en algemene psychopathologie) nam niet significant toe of af over de drie meetmomenten. Wel werd op de schaal negatieve symptomen een trend gezien, namelijk een toename van negatieve symptomen voor beide condities ($F = 3,08$, $p = 0,07$). Voor item 5 Achterdocht op de PANSS werd er tevens geen verandering in ernstmaat gevonden voor beide condities ($F = 0,38$, $p = 0,68$). Wanneer er werd gekeken naar een mogelijk interactie-effect tijd*conditie, werd er een trend waargenomen, namelijk een afname van achterdocht bij de experimentele conditie, met name tussen T2 en T3 ($F = 2,77$, $p = 0,09$).

Post-hoc-analyses lieten zien dat de correlatie tussen achterdocht op GAGS en item 5 Achterdocht van de PANSS matig is (Pearsons correlatie $0,433$, $p = 0,160$).

TABEL 3 *Gemiddelde scores (standaarddeviaties) op de PANSS voor COMET in vergelijking met controleconditie over verloop van tijd (T1, T2, T3)*

94

	COMET (N = 5)			Controle (N = 7)			Hoofd-effect tijd	Interactie tijd* conditie
	T1	T2	T3	T1	T2	T3		
PANSS POS	20,60 (13,58)	18,80 (10,01)	20,40 (8,68)	14,86 (3,76)	18,57 (3,36)	19,14 (4,30)	F = 1,38 p = 0,27	F = 2,83 p = 0,11
PANSS NEG	16,80 (7,26)	18,60 (4,76)	20,20 (4,82)	20,00 (6,48)	23,14 (5,82)	23,43 (6,71)	F = 3,08 p = 0,07	F = 0,15 p = 0,87
PANSS ALG	38,40 (9,61)	39,20 (7,46)	40,40 (7,50)	36,43 (7,83)	42,29 (6,37)	42,00 (4,76)	F = 1,89 p = 0,19	F = 0,75 p = 0,44
PANSS ACHT	3,40 (2,61)	3,20 (1,79)	2,20 (1,79)	2,71 (1,38)	3,14 (1,22)	3,43 (1,13)	F = 0,38 p = 0,68	F = 2,77 p = 0,09

Subjectieve evaluatie

Er vonden geen incidenten tijdens de training plaats. Ook was het niet nodig om (medicamenteus) in te grijpen ten gevolge van psychotische ontregeling of anderszins. Alle participanten uit beide condities kwamen trouw op alle trainingsafspraken. Participanten uit de COMET-training reageerden allen positief na afloop van de training. Ook de participanten uit de controleconditie reageerden allen positief na afloop van de training *Grip op je leven*. De reacties uit de controleconditie sloten aan bij eerdere bevindingen na het aanbieden van deze training. Bij aanvang van de COMET-training waren de therapeuten enigszins bezorgd over de haalbaarheid van COMET-training bij deze doelgroep, gezien de beperkte belastbaarheid. Na afloop reageerden de therapeuten, net als de participanten, positief op de training. Wel werd tijdens het draaien van de COMET-training duidelijk dat de participanten er zelf niet aan toe kwamen om de huiswerkopdrachten uit te voeren. Ook de participanten uit de controleconditie lukte het niet om de huiswerkopdrachten te voltooien. Reacties van enkele participanten en therapeuten uit de experimentele conditie staan beschreven in tabel 4.

TABEL 4 *Illustratieve reacties van participanten en therapeuten op de COMET-interventie***Reacties van participanten**

Participant 1: Dit is waar het werkelijk om gaat. Deze training is erg belangrijk voor mij. Ik zou hier graag verder door mee willen gaan.

Participant 2: Door de training voel ik mij sterker en heb ik meer vertrouwen gekregen in mezelf. Ik heb zelfs minder behoefte om drugs te gebruiken.

Participant 3: Ik zag heel erg tegen de training op, maar ik vond het leuk en zinvol om te doen. Ik heb minder last van negatieve gedachten. Ik zou graag een vervolgtraining willen.

Reacties van therapeuten

Therapeut 1: Praktische en toepasbare positieve interventie om soms diepgewortelde overtuigingen te doen wankelen. De kracht van herhaling in de oefeningen geeft houvast voor de patiënten en behandelaars.

Therapeut 2: Ik vind het een mooie gestructureerde en overzichtelijke training. Alle deelnemers hebben zich enorm ingezet tijdens de bijeenkomsten, en het was mooi en motiverend om de ontwikkeling in de loop van de training waar te nemen. Het maken van de huiswerkopdrachten bleek in de praktijk lastig. Voor een eventuele vervolgtraining zou het wenselijk zijn om hier meer ondersteuning bij te bieden, bijvoorbeeld door een korte extra bijeenkomst in de week om te kunnen oefenen.

DISCUSSIE

.....

In dit kleinschalige onderzoek werd voor het eerst gekeken naar COMET bij forensisch psychiatrische patiënten. Er werd verwacht dat bij forensisch psychiatrische patiënten met een psychotische stoornis en paranoïde gedachten die COMET volgen het zelfbeeld zou verbeteren en dat paranoia zou afnemen, en dat deze verbeteringen sterker zouden zijn dan voor de patiënten in de controleconditie (treatment as usual). De hypothese werd deels bevestigd, namelijk wel wat betreft verbetering van het zelfbeeld, maar niet wat betreft afname van paranoia. Uit de analyses bleek dat er sprake was van een interactie-effect: de verbetering van zelfbeeld was sterker voor de patiënten in de experimentele conditie dan voor de patiënten in de controleconditie. Wat betreft de verbetering van het zelfbeeld bij de patiënten die COMET hadden gevolgd gedurende de tijd werd in post-hoc-analyses gezien dat er geen sprake was van een significant verschil tussen T1 en T2, en ook niet tussen T2 en T3. Er kan dus niet worden geconcludeerd dat er een verbetering

van het zelfbeeld plaatsvond tijdens de training zelf, maar wel dat er sprake was van een significant effect op zelfbeeld bij de laatste follow-upmeting ten opzichte van de eerste meting voor de training. Kortom, hoewel er geen duidelijk punt in tijd aan te wijzen is, kan worden geconcludeerd dat het zelfbeeld van de patiënten die COMET hadden gevolgd significant verbeterde in de periode van de training tot aan de laatste meting. De bevinding dat het zelfbeeld verbeterde, is in lijn met eerdere onderzoeken uitgevoerd naar COMET in andere Nederlandse patiëntenpopulaties (Korrelboom et al., 2009, 2011, 2017; van der Gaag, van Oosterhout et al., 2012).

Het meedoen aan COMET leidde in dit onderzoek niet tot vermindering van paranoia. Op de zelfrapportagevragenlijst, de GAGS, werden geen significante effecten gevonden. Ook was er geen interactie-effect. Dit betekent dat paranoia tijdens het huidige onderzoek voor beide condities niet toe- of afnam. Er werd vooraf verwacht dat het invullen van een vragenlijst over achterdocht bij participanten die veel last hebben van achterdocht mogelijk ingewikkeld zou zijn of dat de participanten door hun achterdocht niet in staat zouden zijn om op alle items een eerlijk antwoord te geven. Om die reden is exploratief gekeken naar de resultaten van het interview, specifiek het item 5 Achterdocht op de PANSS. Het ontbreken van een effect op achterdocht kan mogelijk verklaard worden door verschillende factoren. Ten eerste wordt gezien dat het zelfbeeld over de drie meetmomenten toeneemt en niet specifiek ten tijde van de training (tussen T1 en T2). De verwachting was dat na toename van het zelfbeeld de achterdocht zou afnemen, aangezien COMET zich in eerste instantie richt op verbetering van het zelfbeeld. De follow-up vond plaats na 8 weken. Mogelijk is deze periode te kort geweest om een effect op paranoia te zien en vindt een afname van paranoia na dit onderzoek alsnog plaats. Ten tweede is het mogelijk dat de mate van paranoia van invloed is geweest op het eerlijk invullen van de zelfrapportagevragenlijst, waardoor de mate van achterdocht bij de eerste meting lager gerapporteerd werd dan werkelijk het geval was. Als laatste zou het kunnen dat andere factoren dan alleen zelfbeeld de achterdocht in stand houden bij deze doelgroep en er andere interventies nodig zijn om de paranoia te reduceren.

Wanneer gekeken wordt naar de effecten op de PANSS, op de drie verschillende schalen, dan worden er geen effecten gezien met betrekking tot ernst van de psychotische symptomen. Dit betekent dat COMET en de controleconditie niet leidden tot een af- of toename van psychotische symptomen. Positief is dat de symptomen niet in ernst toenamen door deelname aan een van beide trainingen. Dit resultaat sluit overigens aan bij de klinische observaties. Geen van de participanten is tijdens of direct na de training psychotisch gedecompenseerd dan wel psychiatrisch verslechterd. COMET is specifiek gericht op de verbetering van het zelfbeeld en niet op de behandeling van psychotische klachten. *Grip op je leven* is specifiek geschreven voor deze doelgroep, met name om de motivatie tot therapie en algemene

vaardigheden te vergroten. Ook deze training is niet specifiek gericht op het behandelen van de psychotische symptomen.

Hoewel er in het huidige onderzoek sprake is van een kleine steekproef, heeft het toch relevantie voor de klinische praktijk. Naast het effect op zelfbeeld hebben bijna alle participanten de training gevolgd, alle sessies bijgewoond en afgerond. Eén participant was vanwege ziekte van zijn therapeut niet in de gelegenheid om de sessies van COMET te volgen en de training af te maken. Een groot probleem bij deze forensische doelgroep is een gebrek aan motivatie voor behandeling. Regelmatig stoppen patiënten voortijdig met therapie, omdat ze het niet kunnen opbrengen, ze te paranoïde zijn of er andere problemen spelen. Opvallend is dan ook dat er geen enkele patiënt zelf de keuze heeft gemaakt om te stoppen tijdens de training. Het afmaken van de training gold zowel voor de experimentele conditie als de controleconditie. De controleconditie bestond uit de training *Grip op je leven*. Deze training is speciaal ontwikkeld voor chronisch psychiatrische patiënten met weinig behandelmotivatie. COMET is echter niet speciaal voor deze doelgroep ontwikkeld. Zowel de patiënten als de therapeuten waren na afloop enthousiast over de training. Dat COMET voor negatief zelfbeeld kan worden toegepast bij mensen met een psychotische kwetsbaarheid, zoals schizofrenie, is al eerder onderzocht (de Valk, van der Drift, & Korrelboom, 2012; van der Gaag, van Oosterhout et al., 2012). Beide studies zijn uitgevoerd bij patiënten die verbonden waren aan een ambulant behandelteam. De huidige studie laat zien dat patiënten die opgenomen zijn binnen een forensisch psychiatrische kliniek en te kampen hebben met chronisch psychotische problematiek tevens kunnen deelnemen aan COMET. Voor alle deelnemers geldt dat zij de training als waardevol hebben ervaren. Een groot deel heeft zelfs gevraagd of er een vervolgtraining kan komen. Binnen de forensische psychiatrie is deze doelgroep een probleem wat betreft doorstroom richting de reguliere psychiatrie. Zoals eerder beschreven hebben patiënten te kampen met een grote lijdensdruk en ontstaat er vaak een impasse binnen de forensische behandeling. Het verbeteren van het zelfbeeld kan een belangrijke eerste stap zijn om verder te werken aan herstel. De huidige bevindingen in combinatie met de klinische indruk motiveren om COMET in te zetten voor patiënten met een (chronisch) psychotische stoornis en een negatief zelfbeeld binnen de forensische psychiatrie. Kortom, het lijkt zinvol om de mogelijkheden van deze interventie verder te ontwikkelen, specifiek voor deze doelgroep.

Beperkingen van het onderzoek

Het huidige onderzoek kent een aantal beperkingen. Ten eerste maakt deze studie gebruik van een kleine steekproef. Hoewel gestreefd werd naar een zo groot mogelijke groep, bleek in de praktijk dat een grotere groep niet haalbaar was. Hierdoor is er sprake van een powerprobleem. Het is dan ook

van belang dat dit onderzoek gerepliceerd wordt met een grotere groep om de gestelde hypothesen onder optimale condities te bevestigen dan wel te ontkrachten. Een andere beperking die zich tijdens deze studie manifesteerde is dat het uitvoeren van de huiswerkoefeningen lastig was voor de deelnemers. Zowel in de experimentele als in de controleconditie vonden patiënten het lastig om de opgegeven oefeningen daadwerkelijk uit te voeren. Voor COMET is het een belangrijk onderdeel van de training dat patiënten elke dag de oefeningen uitvoeren. Patiënten hebben vaak jarenlang met een negatief zelfgevoel rondgelopen en om dit te veranderen is er een meer intensieve training nodig dan alleen de trainingsbijeenkomst een keer per week. Overigens gold ook voor de controleconditie dat de patiënten er zelf niet voldoende aan toe kwamen om de huiswerkopdrachten te maken.

In deze studie is voornamelijk gebruikgemaakt van zelfrapportagevragenlijsten. Een bevinding is dat bijna alle patiënten bij aanvang van de studie al een relatief hoge score op de RSES (zelfbeeld) hebben. Zo werd in een eerder onderzoek naar COMET bij patiënten met een eetstoornis een stijging in gemiddelde RSES-scores gevonden van 20,0 naar 23,6 (Korrelboom et al., 2009) en bij patiënten met een persoonlijkheidsstoornis van 20,7 naar 25,6 (Korrelboom et al., 2011), terwijl de patiënten in de huidige studie veranderen van 26,4 naar 33,2. Er bestond een discrepantie in wat de participanten tijdens de gesprekken aangaven en wat zij invulden op een zelfrapportagevragenlijst over zelfbeeld. Voor een volgend onderzoek naar zelfbeeld binnen de forensisch psychiatrische populatie zou gebruikgemaakt kunnen worden van een impliciete maat om zelfbeeld te meten, bijvoorbeeld van de Implicit Association Task (IAT; Greenwald, McGhee, & Schwartz, 1998). Eenzelfde bevinding met zelfrapportage doet zich mogelijk voor bij de meting van achterdocht. Op de zelfrapportagevragenlijst, de GAGS, doen zich geen effecten voor. Wanneer gekeken wordt naar het item 5 Achterdocht op de PANSS tussen meetmoment 2 en meetmoment 3, wordt er wel een trend gezien bij de experimentele conditie in vergelijking met de controleconditie, namelijk een afname van achterdocht, hoewel er aangetekend dient te worden dat deze niet significant is. De correlatie tussen de GAGS en de PANSS is matig en niet significant, namelijk 0,43. Verder onderzoek, met een grotere sample, zou kunnen uitwijzen of er verschillen zijn tussen zelfrapportage en gestructureerde observatie. Op basis van bovenstaande bevindingen kan geadviseerd worden dat, naast zelfrapportagevragenlijsten bij forensisch psychiatrische patiënten, het van belang is om tevens andere maten mee te nemen, teneinde een completer en betrouwbaarder beeld te krijgen van de effecten van interventies. Eerdere studies naar zelfrapportage bevestigen de moeilijkheid van het afnemen van zelfrapportagevragenlijsten bij forensisch psychiatrische patiënten wanneer het onder andere gaat over de evaluatie van behandelprogramma's (Hornsveld et al., 2017).

Aanbevelingen

99

Naar aanleiding van deze studie worden een aantal conclusies getrokken en aanbevelingen gedaan voor de praktijk en verder onderzoek. COMET voor zelfbeeld kan worden toegepast binnen de forensisch psychiatrische kliniek, bij patiënten met chronische psychotische problematiek en paranoia. Het zelfbeeld neemt voor deze patiëntengroep toe na deelname aan COMET, paranoia neemt echter (nog) niet af. Deze groep patiënten staat bekend als therapieresistent, wat geldt voor zowel medicamenteuze behandeling als voor psychologische interventies. De huidige studie toont echter aan dat het wel degelijk mogelijk is effecten te bereiken op een belangrijke transdiagnostische factor: zelfbeeld. De klinische indruk, alsmede de reacties van de participanten zijn eveneens positief. Derhalve biedt het huidige onderzoek aanknopingspunten om COMET verder in te zetten en te vervolgen bij deze doelgroep. Nader onderzoek is echter noodzakelijk om verdere effecten te bestuderen. Belangrijk is dat COMET aangepast wordt voor de specifieke doelgroep, waarbij rekening wordt gehouden met hun beperkte belastbaarheid en cognitieve problemen, en dat er meer ondersteuning en structuur wordt geboden bij het uitvoeren van de huiswerkopdrachten. Tevens kan worden bedacht dat het huidige onderzoek een eerste studie was, met een kleine groep en een beperkte looptijd, die enkele interessante richtingen geeft die verder onderzocht moeten worden in een grotere groep en met een langere looptijd. Daarnaast verdient het aanbeveling om deze studie te repliceren bij een groep niet-forensische patiënten met een chronische psychotische stoornis en paranoia.

Eva Bloemers is klinisch psycholoog en verbonden aan Kick Your Habits, Amsterdam en Utrecht.

Vivienne de Vogel is verbonden aan De Forensische Zorgspecialisten, Utrecht.

Correspondentieadres: Vivienne de Vogel, Afdeling Onderzoek De Forensische Zorgspecialisten, Postbus 174, 3500 AD Utrecht. E-mail: vdevogel@dfzs.nl.

Summary *COMET for self-esteem and paranoia in paranoid patients: A small-scale RCT in forensic psychiatry*

Forensic psychiatric care includes a group of inpatients suffering from psychosis and paranoia, which is associated with poor clinical outcome and chronic hospitalisation. The aims of this randomized controlled trial study were to evaluate the efficacy of COMET, a cognitive behavioural intervention aimed at improving self-esteem in chronic psychotic patients who also suffer from paranoia, and to examine improvement of self-esteem and reduction of paranoia. The COMET intervention was compared to treatment as usual (TAU), a training named *Grip op je leven* (translated: 'Get a grip on your life'). Assessments at

baseline, 10 weeks (post treatment) and 8 weeks follow-up were carried out with five patients in the experimental condition and seven in the control condition. The primary outcomes were self-esteem and paranoia, as measured with the Rosenberg Self-Esteem Scale and the Green Paranoid Thoughts Scale. All patients who received the interventions completed the training. Post treatment results showed a significant improvement on self-esteem in the five patients who received COMET, but no reduction on paranoia. More research is needed with a larger sample.

Keywords COMET, paranoia, self-esteem, forensic, psychosis

Literatuur

- Bell, M., Milstein, R., Beam-Goulet, J., Lysaker, P., & Cicchetti, D. (1992). The Positive and Negative Syndrome Scale and the Brief Psychiatric Rating Scale: Reliability, comparability, and predictive validity. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 180, 723-728.
- Cornaggia, C. M., Beghi, M., Pavone, F., & Barale, F. (2011). Aggression in psychiatry wards: A systematic review. *Psychiatry Research*, 189, 10-20.
- de Ruiter, C., & Hildebrand, M. (2005). *Behandelstrategieën bij forensisch psychiatrische patiënten*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- de Valk, R., van der Drift, S., & Korrelboom, K. (2012). Versterken van het zelfbeeld bij mensen met een psychotische kwetsbaarheid. *Directieve Therapie*, 32, 212-229.
- Everaert, J., Koster, E. H., Schacht, R., & De Raedt, R. (2010). Evaluatie van de psychometrische eigenschappen van de Rosenberg zelfwaardeschaal in een poliklinisch psychiatrische populatie. *Gedragstherapie*, 43, 307-317.
- Fowler, D., Freeman, D., Smith, B., Kuipers, E., Bebbington, P., Bashforth, H., ... Garety, P. (2006). The Brief Core Schema Scales (BCSS): Psychometric properties and associations with paranoia and grandiosity in non-clinical and psychosis samples. *Psychological Medicine*, 36, 749-759.
- Franck, E., De Raedt, R., Barbez, C., & Rosseel, Y. (2008). Psychometric properties of the Dutch Rosenberg Self-Esteem Scale. *Psychologica Belgica*, 48, 25-35.
- Freeman, D., & Garety, P. (2000). Comments on the content of persecutory delusions: Does the definition need clarification? *British Journal of Clinical Psychology*, 39, 407-414.
- Freeman, D., Pugh, K., Dunn, G., Evans, N., Sheaves, B., Waite, F., ... Fowler, D. (2014). An early phase II randomised controlled trial testing the effect on persecutory delusions of using CBT to reduce negative cognitions about the self: The potential benefits of enhancing self confidence. *Schizophrenia Research*, 160, 186-192.
- Goethals, K. (2008). *Diagnostic comorbidity and circumstantial risks in psychotic offenders: An exploratory study* (Proefschrift). Enschede: PrintPartners Ipskamp.
- Gracie, A., Freeman, D., Green, S., Garety, P. A., Kuipers, E., Hardy, A., ... Fowler, D. (2007). The association between traumatic experience, paranoia and hallucinations: A test of predictions of psychological models. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 116, 280-289.
- Green, C. E. L., Freeman, D., Kuipers, E., Bebbington, P., Fowler, D., Dunn, G., & Garety, P. A. (2008). Measuring ideas of persecution and social reference: The Green Paranoid Thought

- Scales (GPTS). *Psychological Medicine*, 38, 101-111.
- Greenwald, A. G., McGhee, D. E., & Schwartz, J. L. (1998). Measuring individual differences in implicit cognition: The Implicit Association Test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 1464.
- Hornsveld, R., Kraaimaat, F., Muris, P., Nijman, H., Zwiers, A., Roza, S., & van Marle, H. (2017). Het gebruik van zelfrapportage vragenlijsten in de forensische psychiatrie. *Gedragstherapie*, 50, 277-291.
- Kay, S. R., Fiszbein, A., & Opler, L. A. (1986). Positive and negative syndromes in schizophrenia as a function of chronicity. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 74, 507-518.
- Kay, S. R., Fiszbein, A., & Opler, L. A. (1987). The Positive And Negative Syndrome Scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13, 261-76.
- Kesting, M.-L., & Lincoln, T. M. (2013). The relevance of self-esteem and self-schemas to persecutory delusions: A systematic review. *Comprehensive Psychiatry*, 54, 766-789.
- Korrelboom, K. (2011). *COMET voor negatief zelfbeeld*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Korrelboom, C. W., de Jong, M., Huijbrechts, I., & Daansen, P. (2009). COMET for treating low self-esteem in patients with eating disorders: A randomized clinical trial. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 77, 974-980.
- Korrelboom, C. W., Marissen, M., & van Assendelft, T. (2011). COMET for treating low self-esteem in patients with personality disorders: A randomized clinical trial. *Behavioural & Cognitive Psychotherapy*, 39, 1-19.
- Korrelboom, K., Staring, T., & van Loon, R. (2017). Verbetering van zelfwaardering verlaagt paranoïde ideatie bij patiënten met angststoornissen: Effecten van COMET en EMDR 'rechtsom'. *Directieve Therapie*, 37, 21-42.
- Larkin, W., & Morrison, A. P. (2009). *Trauma and psychosis: New directions for theory and therapy*. London: Routledge.
- Leucht, S., Cipriani, A., Spineli, L., Mavridis, D., Örey, D., Richter, F., ... Davis, J. (2013). Comparative efficacy and tolerability of 15 antipsychotic drugs in schizophrenia: A multiple-treatments meta-analysis. *Lancet*, 382, 951-962.
- Read, J., van Os, J., Morrison, A. P., & Ross, C. A. (2005). Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: A literature review with theoretical and clinical implications. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112, 330-350.
- Regier, D. A., Farmer, M. E., Rae, D. S., Locke, B. Z., Keith, S. J., Judd, L. L., & Goodwin F. K. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA*, 264, 2511-2518.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescence self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Smith, B., Fowler, D., Freeman, D., Bebbington, P., Bashforth, H., Garety, P., ... Dunn, G. (2006). Emotion and psychosis: Direct links between schematic beliefs, emotion and delusions and hallucinations. *Schizophrenia Research*, 86, 181-188.
- Tarrier, N. (2002). The use of coping strategies and self-regulation in the treatment of psychosis. In A. P. Morrison (Ed.), *A casebook of cognitive therapy for psychosis* (pp. 79-107). Hove: Routledge.
- Turner, D. T., Burger, S., Smit, F., Valmaggia, L. R., & van der Gaag, M. (2020). What constitutes sufficient evidence for case formulation-driven CBT for psychosis? Cumulative meta-analysis of the effect on hallucinations and

- delusions. *Schizophrenia Bulletin*. doi: 10.1093/schbul/sbaa045
- van der Gaag, M., Staring, T., & Valmaggia, L. (2012). *Handboek psychose, theorie, diagnostiek en behandeling*. Amsterdam: Boom Uitgevers.
- van der Gaag, M., Valmaggia, L., & Smit, F. (2014). The effects of individually tailored formulation-based cognitive behavioural therapy in auditory hallucinations and delusions: A meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 156, 30-37.
- van der Gaag, M., van Oosterhout, B., Daalman, K., Sommer, I. E., & Korrelboom, K. (2012). Initial evaluation of the effect of competitive memory training (COMET) on depression in schizophrenia-spectrum patients with persistent auditory verbal hallucinations: A randomized controlled trial. *British Journal of Clinical Psychology*, 51, 158-171.
- van Dongen, J. D. M., Buck, N. M. L., Kool, A. M., & van Marle, H. J. C. (2011). Psychometric evaluation of the Dutch persecutory ideation questionnaire (PIQ) and its relation to aggression. *Personality and Individual Differences*, 51, 527-531.
- Williams-Keeler, L., Milliken, H., & Jones, B. (1994). Psychosis as a precipitating trauma for PTSD: A treatment strategy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 64, 493-498.
- Wolthaus, J. E. D., Dingemans, P. M. A., Schene, A. H., Linszen, D. H., Knegtering, H., Holthausen, E. A. E., ... Hijman, R. (2000). Component structure of the Positive And Negative Syndrome Scale (PANSS) in patients with recent-onset schizophrenia and spectrum disorders. *Psychopharmacology*, 150, 399-403.

.....

Korter behandelen of efficiënter behandelen?

MICHEL REINDERS & KATJA BOOT

Samenvatting

.....

Middelen in de ggz zijn schaars. Hoewel er veel dingen goed gaan, zijn er verbeteringen mogelijk op het gebied van de efficiëntie van het behandelproces. Wanneer therapie beschouwd wordt vanuit het oogpunt van efficiëntie, kan dat verbeteringen opleveren, waardoor meer patiënten behandeld kunnen worden en er minder energie (van patiënten en hulpverleners) verloren gaat. In deze bijdrage kijken we naar diverse aspecten van het behandelproces zoals wachtlijsten, verwijzingen, verwachtingsmanagement en behandelingen die te lang voortduren. We geven enkele suggesties voor hoe het behandelproces en de manier waarop het georganiseerd is, verbeterd kan worden.

Trefwoorden: psychotherapie, kortdurend, efficiënt behandelen, organisatie psychologische behandeling, ggz

INLEIDING

.....

In 2012 schreven Arts en Reinders een artikel waarin zij zich afvroegen waarom patiënten en therapeuten doorgaan met een behandeling tot voorbij het punt dat die behandeling gezondheidswinst oplevert. Inmiddels is de roep om korte behandelingen breed te horen en behoort de behandelduur tot een van de prestatie-indicatoren van menige ggz-instelling. In dit artikel betogen we dat korter behandelen geen doel op zich moet worden, maar dat het vooral gaat om efficiënt behandelen. Evidence-based behandelen vormt een onderdeel van efficiënt behandelen, maar beperkt zich voornamelijk tot het toepassen van de juiste protocollen en het volgen van richtlijnen. Ook de manier waarop de zorg georganiseerd is, heeft impact op de uitkomst van de

therapie, zoals blijkt uit het onderzoek van Clark en collega's (2018). Wanneer we patiënten zo goed mogelijk willen behandelen en goed willen omgaan met de beperkte capaciteit van de hulpverlening, moeten we niet alleen kijken naar de kwaliteit van de therapie, maar ook naar de manier waarop de hulpverlening is ingericht. In deze bijdrage zullen we ingaan op efficiënt behandelen en daarover enkele tips geven.

EEN BEDRIJFSKUNDIG UITJE

.....

Wanneer we de hulpverlening als een bedrijfstak zien, kunnen we ons afvragen wat het product is dat wij aan de maatschappij leveren. In onze ogen levert de ggz 'gezondheidswinst' of 'kwaliteit van leven'. Daarvoor zijn bepaalde middelen beschikbaar. Bij die middelen komen we meteen een probleem tegen: de middelen zijn beperkt, zowel in financieel als in personeel opzicht. De hoeveelheid geld is niet onbeperkt en onvoldoende om alle hulpvragers van hulp te voorzien. Ook is geconstateerd dat er de komende jaren een steeds groter tekort zal ontstaan aan klinisch psychologen en ggz-psychologen. De vacatures voor psychiaters binnen ggz-instellingen zijn eveneens vaak niet te vervullen (GGZ Nederland, 2018). Dit betekent dat we zo efficiënt mogelijk met middelen moeten omgaan. De centrale vraag luidt: hoe kunnen we met beperkte middelen een zo groot mogelijke gezondheidswinst bewerkstelligen? Daarbij gaat het niet om de gezondheidswinst bij een individuele patiënt, maar om de gezondheidswinst bij de groep patiënten als geheel. Hoe kunnen we met de beperkte middelen die we hebben bij zo veel mogelijk patiënten de kwaliteit van leven verbeteren? Dit betekent dat we keuzes moeten maken: Tot welk punt laten we behandelingen voortduren? Aan welke patiënten besteden we de beschikbare behandel tijd? En welke problematiek behandelen we wel en welke niet?

EFFICIËNT WERKEN

.....

Efficiënt werken is volgens ons geen synoniem voor korter behandelen, maar betekent zo zuinig mogelijk omgaan met de beschikbare middelen. Wanneer is het verstandig om te beslissen een therapie te beëindigen? Een wetenschappelijke onderbouwing is hiervoor niet voorhanden (Koekkoek, van Meijel, Perquin,  Hutschemaekers, 2019). Wij zijn van mening dat zolang de therapie resultaat oplevert er reden is om door te gaan. Levert een therapie geen resultaat op, is er reden om te stoppen. Het laatste uiteraard onder voorwaarde dat er geen behandeling voorhanden is waarvan wel resultaat te verwachten valt. De voortgang van de behandeling wordt gerechtvaardigd door de vooruitgang. Dit betekent dat een behandeling die na 4 maanden niets oplevert mogelijk gestopt kan worden. Als een patiënt na een jaar nog

sprongen vooruit maakt, lijkt dat een rechtvaardiging om de behandeling voort te zetten.

Om het resultaat van de behandeling goed in zicht te krijgen, is het stellen van een concreet behandel doel per patiënt nodig. Als de therapeut niet weet waar hij heen wil, kan hij ook nooit constateren of de patiënt dichterbij het gewenste resultaat komt. Bovendien loopt de therapeut het risico om te verdwalen (*therapist drift*) zonder dat hij dat in de gaten heeft, omdat hij niet wist waar hij heen wilde met de patiënt (Waller, 2014).

Na het stellen van een concreet behandel doel zal de therapeut door frequente evaluaties kunnen constateren of er sprake is van vooruitgang in de behandeling. Dat levert snelle informatie op over een mogelijke stagnatie in de therapie, waardoor behandelplannen bijgesteld kunnen worden. Maar het roept ook de vraag op: In hoeverre is het zinnig om met deze patiënt de behandeling voort te zetten? Of moeten we onze beperkte middelen gaan investeren in een patiënt die tot dan toe nog geen behandeling kreeg?

VERWACHTINGSMANAGEMENT EN ANDERE REGULIERE MAATREGELEN TER BEVORDERING VAN EFFICIËNTIE

.....

Een aantal maatregelen kan bijdragen aan efficiënte behandeltrajecten, zoals verwachtingsmanagement, het monitoren van de juiste ‘dosering’ van de therapie en het gestructureerd beëindigen van de therapie door bijvoorbeeld een ‘out-taketeam’.

Het sturen van verwachtingen kan het effect van de therapie versterken en mogelijk ook versnellen, waardoor het therapieproces efficiënter wordt. Wanneer verwachtingen van patiënten rond de therapie niet uitkomen, vergroot dit de kans dat zij vroegtijdig afhaken (Aubuchon-Endsley & Callahan, 2009). Het gevolg is dat de therapie te kort duurt om effectief te kunnen zijn. De stoornis blijft onbehandeld, terwijl er wel tijd en energie geïnvesteerd zijn door zowel patiënt als hulpverlener. Goede voorlichting over bijvoorbeeld de duur van de therapie maakt dat patiënten minder snel afhaken en daardoor beter opknappen (Swift & Callahan, 2011).

Verwachtingen kunnen ook de snelheid van verbetering beïnvloeden. In een studie naar de behandeling van depressie kregen patiënten een behandeling van 8 of 16 weken aangeboden. Patiënten die de 8 weken durende behandeling volgden, bleken na die 8 weken meer opgeknapt te zijn dan patiënten die zich halverwege de 16 weken durende behandeling bevonden (Barkham et al., 1996). De eerlijkheid gebiedt te zeggen dat de behandeling van 16 weken in deze studie uiteindelijk effectiever bleek, wat niet verwonderlijk is, omdat die patiënten twee keer zoveel sessies kregen. Dit doet weinig af aan de conclusie, namelijk dat patiënten die verwachten snel beter te worden ook daadwerkelijk sneller opknappen. Dat pleit onzes inziens tegen een therapie met een open einde, waarbij geen maximale therapieduur vast-

gesteld wordt. Patiënten kunnen bij een dergelijke therapie het idee krijgen dat het lang kan duren voordat zij opknappen. Helaas gaan sommige patiënten zich dan ook zo gedragen.

Verwachtingen kunnen ook betrekking hebben op de rollen die er voor therapeut en patiënt weggelegd zijn. Sommige therapeuten geven hun patiënten een schriftelijke handleiding mee voor een geslaagde therapie. Denk dan aan zaken als: op de afspraken verschijnen, opdrachten uitvoeren en zaken die de therapie verstoren bespreekbaar maken. Voorlichting over effectief patiëntengedrag kan mogelijk helpen om de effectiviteit van de therapie te vergroten.

Het bevorderen van realistische, positieve verwachtingen over de uitkomst van een behandeling heeft een positief effect op de feitelijke uitkomst ervan (Constantino, Ametrano, & Greenberg, 2012; Constantino, Coyne, Boswell, Iles, & Vísilá, 2018). Daarnaast is het soms belangrijk om verwachtingen te temperen. Sommige patiënten willen niet eerder stoppen met de therapie voordat al hun klachten verdwenen zijn. Als patiënten zich realiseren dat zij zich soms moeten neerleggen bij restklachten, kan het hen helpen om de therapie op een optimaal moment te stoppen.

Bij aanvang van een therapie wordt veel aandacht besteed aan onderzoek, analyses, indicatiestelling en behandelplannen. Dit is over het algemeen een zorgvuldig proces. Een dergelijke zorgvuldigheid is veel minder terug te vinden bij het afronden van de therapie (Koekkoek et al., 2019). Tijdens teamvergaderingen zou de duur van de therapie van lopende behandelingen een vast agendapunt moeten zijn. Wij denken dat een ‘out-takebespreking’ zal helpen om behandelingen efficiënter en effectiever te laten verlopen. Daarbij komen vragen aan de orde als: Is het zinvol deze therapie voort te zetten? Zo ja, hoe lang? Zo nee, wat is een goede aanpak om de therapie te beëindigen? Een dergelijke bespreking zal niet alleen helpen om de optimale therapiedosis vast te stellen en beslissingen rond het stoppen van de therapie te rationaliseren, maar zal hulpverleners ook ondersteunen bij het soms ingewikkelde proces van afsluiten.

Wat is de optimale therapiedosis? Onderzoek laat zien dat de optimale dosis tussen 4 en 26 sessies ligt (Robinson, Delgadillo, & Kellett, 2020). Uit deze cijfers valt te concluderen dat de verschillen in optimale dosering groot zijn, niet alleen per aandoening, maar ook per patiënt. Het is dus weinig efficiënt om de ‘standaarden’ klakkeloos over te nemen, wanneer men een behandelplanning maakt. Om te kunnen bepalen of een therapie optimaal gedoseerd is, zijn metingen en feedback onvermijdelijk. Voor dezelfde goede behandeluitkomsten hebben therapeuten die feedback krijgen minder sessies nodig dan therapeuten die geen feedback krijgen (Delgadillo et al., 2017; Janse, de Jong, van Dijk, Hutschemaekers, & Verbraak, 2017).

In een kwalitatieve studie naar ontslagprocedures in de specialistische ggz concluderen Koekkoek en collega's (2019): ‘Clear decision making, and terminating treatment when appropriate, is systematically hampered with-

in secondary mental health services. Since continuation is the “easy” default option, discontinuation requires skilful and determined navigation of interpersonal negotiations. Given services’ scarce means, people’s large demands for help, and patients’ unused potential autonomy, it is desirable to invest in decision making skills and procedures – both human and economic benefits may be substantial.’

DOORVERWIJZEN

.....

We gaan ervan uit dat verreweg de meeste doorverwijzingen weloverwogen plaatsvinden, dat de richtlijnen gevolgd worden en dat er goed gekeken wordt of de aanvankelijke diagnoses en analyses nog kloppen, dan wel dat er op grond van veranderde inzichten een andere koers ingezet moet worden. Toch komt het in de praktijk voor dat een patiënt bij wie therapie A en B geen verbetering gaven, wordt doorverwezen naar therapie C simpelweg vanwege het feit dat patiënt therapie C nog niet gehad heeft. Het zou standaard moeten zijn om bij een doorverwijzing allereerst te bekijken op welke klippen eerdere therapieën zijn gestrand en duidelijk te expliciteren hoe in de volgende therapie deze klip vermeden kan worden en waarom die therapie succesvoller kan zijn dan voorafgaande. Het is niet raadzaam om door te verwijzen omdat de patiënt sneu is, ernstig lijdt of omdat de hulpverlener het moeilijk vindt om de patiënt geen alternatief te kunnen bieden. Doorverwijzen zou dus alleen moeten plaatsvinden als een volgende therapie een duidelijke meerwaarde heeft en expliciet gemaakt kan worden waarom die therapie een reële kans op verbetering biedt. Een al te lange waslijst van mislukte behandeltrajecten op het ‘cv’ van de patiënt moet voorkomen worden. Wanneer niet duidelijk is wat de meerwaarde is van een volgende therapie, is het beter om de patiënt klip en klaar te vertellen dat het traject ophoudt. Dat gaat mogelijkwerwijs in tegen het empathische hart van de hulpverlener, maar is wel nodig om ruimte te scheppen voor de behandeling van andere patiënten. Het aanbieden van een volgende therapie zonder uitzicht op een relevante verbetering in het functioneren van de patiënt slokt kostbare behandeltime op en leidt tot een verminderde opbrengst van de hulpverlening voor de patiëntengroep als geheel. Het is niet efficiënt en gaat uiteindelijk ten koste van andere patiënten.

Niet alleen zorgvuldig nadenken over verwijzingen naar andere afdelingen of zorgprogramma’s lijkt op zijn plaats. Binnen sommige behandelteams en/of afdelingen zijn bepaalde gewoonten ontstaan rondom het ‘stapelen’ van behandelmodules. Na module X volgt dan bijna automatisch module Y. Een bezinningsmoment over efficiëntie en optimale therapiedosis kan ruimte scheppen om voor andere patiënten de kans op een behandeling te creëren. Daarnaast is het de vraag of een vervolg altijd binnen de ggz moet plaatsvinden.

OVERBRUGGEN

.....

Wanneer eenmaal besloten is dat een doorverwijzing een goede optie is, kunnen we op een volgend probleem stuiten: omdat de afdeling waarnaartoe verwezen wordt het te druk heeft, de patiënt op een wachtlijst komt en voorlopig niet behandeld kan worden, besluit men om te gaan ‘overbruggen’. Met overbruggen is iets vreemds aan de hand. Nadat geconstateerd is dat de patiënt niet geholpen kan worden op polikliniek A en beter af is op polikliniek B, wordt hem toch tijd aangeboden op polikliniek A, waar men juist niet veel voor de patiënt kan betekenen. Misschien wat overdreven geformuleerd, krijgt de patiënt de volgende boodschap: ‘Op onze polikliniek kunnen we niets voor u betekenen, daarom verwijzen we u naar een andere polikliniek, maar omdat daar voorlopig geen plek is, gaan we toch maar gesprekken met u voeren, ook al denken we dat die nergens toe leiden.’ Het gevolg is dat ook polikliniek A vol zit en het polikliniek B niet lukt om patiënten naar polikliniek A te verwijzen om ruimte te maken voor een patiënt die op behandeling wacht. De vraag luidt: is een efficiëntere aanpak mogelijk? Er zijn diverse mogelijkheden. De eerste optie is: ga niet overbruggen en besteed geen tijd aan contacten die niet bijdragen aan de gezondheidswinst van de verwezen patiënt of die beter besteed kan worden aan de gezondheidswinst van een andere patiënt. Een tweede optie is: formuleer voor de patiënt een duidelijk doel voor de overbruggingsperiode, een subdoel, waarmee de patiënt in ieder geval een kleine stap vooruit kan maken. Het motto van deze optie luidt: geen overbruggingscontact zonder therapeutische doelstelling. Het lijkt ons sowieso niet te verantwoorden dat er een sessie plaatsvindt zonder een duidelijk geformuleerd doel voor het betreffende contact. Een derde optie luidt: niet doorverwijzen, maar de patiënt op de eigen polikliniek behandelen. Wellicht is het beter om een patiënt een suboptimale behandeling te geven dan hem op een wachtlijst te plaatsen van een andere afdeling, waardoor er voorlopig geen behandeling kan plaatsvinden, zelfs geen suboptimale. Wachtlijsten hebben een negatieve invloed op het resultaat van de therapie (Clark et al., 2018). In sommige instellingen staan ‘schotten’ tussen de afdelingen, waardoor men geen patiënten behandelt die niet tot de corebusiness van de betreffende polikliniek behoren. Iets meer ruimte (minder ‘verscotting’) om op poliklinieken problematiek te behandelen die niet tot de corebusiness behoort, zou de efficiëntie ten goede komen.

DROP-INS

.....

Met ‘drop-ins’ bedoelen we patiënten die zich wel aanmelden en op de caseload blijven staan, maar die op de een of andere manier niet in behandeling komen of zeer sporadisch verschijnen. De meest voorkomende redenen daar-

voor zijn dat het moment waarop de therapie plaatsvindt hen niet uitkomt, zij het te druk hebben met andere zaken, soms voor langere tijd in het buitenland verblijven, geen kinderopvang kunnen realiseren voor de momenten van de therapie of dat een andere behandeling om voorrang vraagt (zoals een operatie). Veelal is onduidelijk of dergelijke situaties ooit zullen veranderen en of er op termijn een effectieve therapie kan gaan plaatsvinden. Hoewel de argumenten van patiënten om voorlopig niet te starten met therapie vaak valide zijn, is het resultaat dat er geen effectieve behandeling plaatsvindt.

Zulke drop-ins willen vaak wel op de wachtlijst blijven staan en de hulpverleners staan toe dat dit gebeurt. Hoewel deze mensen niet verschijnen, kosten ze toch extra tijd: administratieve systemen geven meldingen van verlopen behandelplannen of van het feit dat zulke patiënten langere tijd niet zijn geweest. Aan die meldingen moet tijd worden besteed. Er wordt contact gezocht met de patiënt, die soms niet reageert, waarna een herinneringsbericht gestuurd wordt. Geleidelijk raakt de wachtlijst vervuld, waardoor onduidelijkheid ontstaat over wanneer andere patiënten in behandeling genomen kunnen worden. Om dit soort ondoorzichtige therapeutische relaties te voorkomen is het goed om patiënten bij aanvang van de therapie te melden dat dossiers automatisch gesloten worden wanneer patiënten 2 maanden niet verschenen zijn terwijl ze daartoe wel zijn uitgenodigd.

WACHTLIJSTEN EN TERUGKEERGARANTIE

.....

Wachtlijsten vormen niet alleen een belemmering wanneer een patiënt in therapie wil komen, maar kunnen ook een belemmering vormen bij ontslag. Rond de beëindiging van de therapie voelen veel patiënten zich onzeker. Gaan ze het redden zonder de steun van de therapeut? Is de verbetering blijvend of ligt terugval op de loer? Råbu, Binder en Haavind (2013) benadrukken het belang van een gevoel van veiligheid bij patiënten rond de beëindiging van de therapie. Patiënten herinneren zich nog hoe lang ze moesten wachten voordat ze in therapie konden komen en zullen ongetwijfeld bang zijn om bij terugval weer onder aan de wachtlijst te belanden. Dit motiveert hen om in therapie te blijven tot aan het moment dat zij het gevoel hebben dat de verbetering bestendig is. Aangezien zekerheid met de tijd komt, legt het verwerven van zekerheid beslag op de tijd van de therapeut. Dat is tijd die niet tot extra verbetering leidt en niet besteed kan worden aan patiënten die op de wachtlijst staan. Is daarvoor een remedie? Een van de mogelijke oplossingen is om patiënten een 'terugkeergarantie' te geven, dat wil zeggen dat zij bij terugval met voorrang weer in therapie kunnen komen. Anders geformuleerd: als een patiënt zo dapper is om tijdig de 'sprong in het diepe' te wagen, beloont de therapeut hem met de garantie dat hij direct weer in behandeling genomen wordt wanneer de sprong mislukt. Het is onze ervaring dat patiënten slechts sporadisch een beroep doen op de terugkeergarantie.

BEËINDIGEN VAN LANGDURIGE THERAPEUTISCHE RELATIES

110

.....

De meeste patiënten reageren begripvol wanneer een therapeut aankaart dat hun therapie niet eeuwig kan duren en er ergens een punt gezet moet worden, ook al zijn niet alle klachten verdwenen. Een enkele keer komt het voor dat een patiënt niets wil weten van beëindiging van zijn therapie en het hem lukt om de hulpverlener ervan te overtuigen dat voortzetting van de therapie onontkoombaar is. Het resultaat is dat we in de caseload soms patiënten aantreffen die 3 tot 5 jaar in behandeling zijn zonder dat er een wezenlijke verbetering is opgetreden sinds het moment van intake. Het zijn juist de langdurige behandelingen die het merendeel van de kosten veroorzaken in de ggz (Koekkoek et al., 2019).

Wat maakt het ingewikkeld om een behandeling te beëindigen? We kunnen het proces bezien in het licht van botsende belangen. De patiënt heeft begrijpelijkerwijs alleen rekening te houden met zijn eigen belang. Op de een of andere manier hebben sommige patiënten het idee dat het in hun belang is om in therapie te blijven, bijvoorbeeld omdat de patiënt het gevoel heeft dat hij het leven niet aankan zonder steunende gesprekken van de therapeut. De hulpverlener heeft naast het belang van de betreffende patiënt rekening te houden met andere factoren, waaronder het belang van patiënten die op de wachtlijst staan, afspraken met zorgverzekeraars om een bepaald volume nieuwe patiënten te behandelen, enzovoort. Daardoor kan de hulpverlener tot de conclusie komen dat doorgaan met de therapie bij een bepaalde patiënt niet langer prioriteit heeft. Die keuze kan de hulpverlener rechtvaardigen door een gebrek aan resultaat van de therapie of doordat de optimale therapiedosis bereikt is. Volgens Koekkoek en collega's (2019) is het beslisproces rond het beëindigen van een therapie voor veel verbetering vatbaar. In hun onderzoek komt onder andere naar voren dat beslissingen vaak ongestructureerd zijn, geen vast punt op de teamagenda vormen, de redenen voor de beslissing vaak vaag blijven en afhankelijk zijn van de sfeer in een team.

Wanneer het tot een gesprek komt over het beëindigen van de therapie, weten sommige patiënten de hulpverlener zover te krijgen dat de therapie niet beëindigd wordt. De aanpak die zulke patiënten hanteren om hun belang te verdedigen varieert: de patiënt maakt de therapeut duidelijk dat hij zich zonder diens steun niet kan handhaven en dat suïcide de enige overblijvende optie is; de patiënt kan de hulpverlener verwijten maken ('Ook u laat mij in de steek'); de patiënt kan benadrukken hoe waardevol de therapie en de adviezen van de therapeut zijn ('U bent de enige die mij begrijpt'); of de patiënt kan wijzen op het scala aan klachten dat hij nog heeft en dat hij in deze toestand niet naar huis gestuurd kan worden. Wanneer het resultaat is dat de therapie voortgezet wordt of de patiënt naar een collega wordt doorverwezen voor een volgende fase in de therapie, mag geconcludeerd worden dat de patiënt zijn belangen adequater behartigd heeft dan

de therapeut. Eerlijk gezegd verdient dat bewondering. Tegelijk maakt het duidelijk dat therapeuten niet altijd in staat zijn om hun belang goed te verdedigen. Dat kan aan verschillende dingen liggen: soms gaan therapeuten het gesprek met de patiënt over beëindiging van de therapie tamelijk naïef en slecht voorbereid in. Zij onderschatten de gave van de patiënt om in therapie te blijven. Valkuilen daarbij kunnen de 'zwakheden' van de therapeut zijn, zoals slecht tegen verwijten kunnen ('Ook u laat me in de steek'), angst voor mogelijke gevolgen (suïcide), medeleven ('Iemand die zo veel ellende op zijn bord heeft, laat je niet in de steek'), ruzie willen vermijden en de hang om zaken in harmonie op te lossen (Råbu et al., 2013).

GOEDE AFRONDING

.....

We gaan ervan uit dat de patiënt adequaat behandeld is, alle opties zijn doorgenomen en dat er in het team consensus is over de juistheid van het besluit om de therapie te beëindigen. Voor een goede afronding is een goede voorbereiding en een goed plan nodig. De therapeut zal alle details van het dossier moeten kennen, zodat hij tijdens het gesprek met de patiënt niet 'betrapt' wordt op een lacune in zijn kennis over de situatie van de patiënt, de voorgaande therapieën en de resultaten daarvan. Vervolgens zal er een duidelijk verhaal moeten komen met uitleg waarom de therapie zal stoppen. In dat verhaal kan de therapeut vertellen dat de therapie geen resultaat oplevert, dat het maximale bereikt is of dat er (helaas) niets meer te bieden valt aan de patiënt. Soms zal de therapeut moeten uitleggen dat er aan basale voorwaarden voor een succesvolle therapie niet is voldaan, zoals regelmatig verschijnen op de afspraken en dat het doen van een therapie niet verantwoord is in een dergelijk lage frequentie. Het verhaal zal met respect voor de patiënt verteld moeten worden, waarbij er erkenning is voor de inspanningen van de patiënt, zijn lijden en de onmogelijkheid om nog iets aan zijn situatie te veranderen. Verwijten aan de patiënt, bijvoorbeeld over zijn inzet, zijn niet alleen zinloos, maar ook schadelijk.

Soms is het handig om een onderhandelingsmarge in te bouwen. Bij heftige bezwaren van zijn kant kan de patiënt bijvoorbeeld een kleine tegemoetkoming krijgen, zoals een verschuiving van de aanvankelijk voorgestelde einddatum met een maand, indien de patiënt zich daarbij beter voelt. Belangrijk is om het doel van de onderhandeling daarbij niet uit het oog te verliezen, namelijk beëindiging van het contact. Het is ook belangrijk dat familie en andere belangrijke mensen in de omgeving van de patiënt op de hoogte zijn van de overwegingen. Denk daarbij aan de huisarts.

Het proces van stoppen zal waarschijnlijk meerdere gesprekken vergen, waarbij de therapeut moet verdragen dat er onbegrip, boosheid of suïcidereiging is, en dat hem verwijten gemaakt worden of de patiënt in crisis raakt. Om het proces zo goed mogelijk te begeleiden is supervisie of regelmatige consultatie belangrijk.

Michel Reinders is klinisch psycholoog en **Katja Boot** is klinisch psycholoog in opleiding. Beiden werken bij GGZ in Geest. *Correspondentieadres:* Mi.Reinders@ggzingeest.nl.

Summary *Shorter treatment or more efficient treatment?*

Resources in mental health care are scarce. Whilst many things go well, there is room for improvement regarding efficiency in the treatment process. Considering the efficiency of mental health care is suggested to improve clinical outcomes and allows more patients to be treated and less energy (from both patients and therapists) to be spilled. In this article, we discuss aspects of the treatment process, such as waiting lists, referrals, expectation management, and difficulties in terminating therapy. We give some suggestions on how to improve the treatment process and the way it is organized.

Keywords *psychotherapy, brief therapy, efficiency in treatment, organizing psychological treatment, mental health*

Literatuur

- Arts, W., & Reinders, M. (2012). Het afsluiten van eindeloze behandelingen. *Gedragstherapie*, 45, 405-416.
- Aubuchon-Endsley, N. L., & Callahan, J. L. (2009). The hour of departure: Predicting attrition in the training clinic from role expectancies. *Training and Education in Professional Psychology*, 3, 120-126.
- Barkham, M., Rees, A., Shapiro, D. A., Stiles, W. B., Agnew, R. M., Halstead, J., ... Harrington, V. M. G. (1996). Outcomes of time-limited psychotherapy in applied settings: Replicating the Second Sheffield Psychotherapy Project. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1079-1085.
- Clark, D. M., Canvin, L., Green, J., Layard, R., Pilling, S., & Jenecka, M. (2018). Transparency about the outcomes of mental health services (IAPT approach): An analysis of public data. *Lancet*, 391, 679-86.
- Constantino, M. J., Ametrano, R. M., & Greenberg, R. P. (2012). Clinician interventions and participant characteristics that foster adaptive patient expectations for psychotherapy and psychotherapeutic change. *Psychotherapy*, 49, 557-569.
- Constantino, M. J., Coyne, A. E., Boswell, J. F., Iles, B. R., & Vîslă, A. (2018). A meta-analysis of the association between patients' early perception of treatment credibility and their post-treatment outcomes. *Psychotherapy*, 55, 486-495.
- Delgadillo, J., Overend, K., Lucock, M., Groom, M., Kirby, N., McMillan, D., ... de Jong, K. (2017). Improving the efficiency of psychological treatment using outcome feedback technology. *Behaviour Research and Therapy*, 99, 89-97.
- GGZ Nederland. (2018, 31 april). *Personeelstekorten ggz nemen alleen maar toe*. Geraadpleegd op 7 maart 2020, van www.ggz nederland.nl/actueel/personeelstekorten-ggz-nemen-alleen-maar-toe
- Janse, P. D., de Jong, K., van Dijk, M. K., Hutschemaekers, G. J. M., & Verbraak, M. J. P. M. (2017). Improving the efficiency of cognitive behavioural therapy by using formal client feedback. *Psychotherapy Research*, 27, 525-538.

- Koekkoek, B., van Meijel, B., Perquin, A., & Hutschemaekers, G. (2019). Decision making on (dis)continuation of long-term treatment in mental health services is an interpersonal negotiation rather than an objective process: Qualitative study. *BMC Psychiatry*, 19, 92.
- Råbu, M., Binder, P., & Haavind, H. (2013). Negotiating ending: A qualitative study of the process of ending psychotherapy. *European Journal of Psychotherapy and Counseling*, 15, 274-295.
- Robinson, L., Delgadillo, J., & Kellett, S. (2020). The dose-response effect in routinely delivered psychological therapies: A systematic review. *Psychotherapy Research*, 30, 79-96.
- Swift, J. K., & Callahan, J. L. (2011). Decreasing treatment dropout by addressing expectations for treatment length. *Psychotherapy Research*, 21, 193-200.
- Waller, G. (2014). Empirisch onderbouwde therapie en therapist drift. *Gedragstherapie*, 47, 206-231.

BOEKBESPREKING

.....

Een betere therapeut worden door zelfreflectie

.....

Bespreking van

Anton Hafkenscheid (2018). *Beter worden in je vak: Systematische zelfreflectie voor professionals in de ggz*. Amsterdam: Boom. 199 pp., € 26,20. ISBN 9789024402946

VINCENT VAN BRUGGEN

Vorig jaar kocht ik op het najaarscongres van de VGCT bij een van de boekenkramen het boek *Beter worden in je vak*. Niet alleen de titel trok mijn aandacht – beter worden in je vak, wie wil dat nu niet? – ook de naam van de auteur, Anton Hafkenscheid, maakte het boek meteen interessant. Deze klinisch psycholoog/psychotherapeut heeft binnen en buiten de VGCT een reputatie opgebouwd als sympathieke en tegelijk scherpzinnige therapeut en auteur, met een eigen kijk op de ontwikkeling van ons vak. Daarnaast was Anton een jaar of 15 geleden gedurende vijftig sessies mijn leertherapeut. Uit deze periode herinner ik mij onder andere zijn uitstekende cappuccino's als een belangrijke specifieke factor. Hiermee is de lezer natuurlijk tegelijk gewaarschuwd: deze bespreking kan gekleurd zijn door positieve of negatieve overdracht.

Beter worden in je vak is een pleidooi voor systematische zelfreflectie door professionals in de ggz. Daarmee probeert het boek een alternatief te bieden voor twee ontwikkelingen die ons vak in het verleden heeft laten zien: eerst een periode van grote vrijblijvendheid, waarin zonder duidelijke evaluatiecriteria eindeloos gepraat kon worden over therapeutische trajecten, en vervolgens de reactie daarop, een steeds grotere nadruk op effectiviteit en het toepassen van richtlijnen en protocollen. Met name deze laatste ontwikkeling wordt regelmatig bekritiseerd in het boek. Zo schrijft de auteur: 'Na een tijdperk waarin de verstikkende ideologie van richtlijnen,

protocollen en ROM steeds meer de overhand kreeg, klinkt de roep om de expertise en ervaring van de individuele therapeut weer meer op waarde te schatten' (p. 20). De auteur wijst in zijn boek op een derde weg, waarin er ruimte is voor reflectie en maatwerk, zonder dat dit opnieuw leidt tot te grote vrijblijvendheid.

De invulling die de auteur hieraan geeft is sterk gebaseerd op het contextuele model van Wampold (p. 37). In dit model wordt de effectiviteit van therapie toegeschreven aan de combinatie van specifieke factoren (interventies die gebaseerd zijn op een bepaald referentiekader) en aspecifieke factoren (zoals de behandelsetting en de therapeutische relatie). Beide kunnen daarbij niet los van elkaar gezien worden en zijn voortdurend met elkaar in interactie. De therapeutische relatie is bijvoorbeeld niet een soort oplosmiddel voor het toedienen van de werkelijk therapeutische bestanddelen, maar vormt hiermee een eenheid. Omgekeerd is de werkzaamheid van een therapeutische techniek afhankelijk van de context waarin deze wordt uitgeoefend, zoals een goede afstemming tussen hulpgever en hulpvrager. Het optimaliseren van deze context vraagt om reflectie.

Na twee inleidende hoofdstukken gaat de auteur in op de instrumenten die de therapeut kunnen ondersteunen bij diens reflectie op het therapieverloop. Allereerst biedt hij twee algemene instrumenten aan die geschikt zijn om stagnaties in het therapeutische proces vroegtijdig op te merken, namelijk de Verkorte Beoordelingslijst Therapiegesprek (VBT) en de Therapeut Tevredenheidsschaal (TSS). Beide lijsten zijn makkelijk in te vullen en te scoren, waarbij de VBT zowel voor patiënt als therapeut bedoeld is en de TSS alleen voor de therapeut. Wanneer de scores lager uitvallen dan een door de therapeut vooraf gesteld afkappunt, wordt het tijd om tot systematische zelfreflectie over te gaan. Hierbij stelt de therapeut zichzelf allereerst de vraag of de stagnatie te maken kan hebben met de behandelrelatie, met de doelen van de therapie of met therapeutische taken. Het grootste deel van het boek gaat in op mogelijkheden om op deze drie gebieden de reflectie te ondersteunen met meer specifieke meetinstrumenten. Voor de therapeutische relatie zijn deze vooral gebaseerd op de posities in de welbekende Roos van Leary, waarbij aanvullend tevens de transactionele analyse en de drama-driehoek worden beschreven. In dit deel van het boek wordt vrij uitvoerig uitgewerkt hoe stagnaties tot stand kunnen komen. Wie behoefte heeft aan verdere verdieping en aanwijzingen voor het voorkomen en verhelpen van stagnaties kan terecht in het in 2014 verschenen boek *De therapeutische relatie* van dezelfde auteur.

De hoofdstukken over het monitoren van behandeldoelen en -taken zijn verhoudingsgewijs korter. Hierin worden ook weinig aanwijzingen gegeven voor het voorkomen of oplossen van stagnaties. Weliswaar worden er heel nuttige instrumenten in besproken, zoals een lijst met veelgebruikte behandeldoelen en een scoringsinstrument voor therapeutische taken, maar het werd mij niet duidelijk hoe de uitkomst hiervan geïnterpreteerd moet

worden en vervolgens vertaald in aanpassingen in de therapie. Meestal zal het problematisch zijn wanneer de cliënt heel andere doelen nastreeft in de therapie dan de hulpverlener, alleen wordt niet duidelijk wanneer dit precies een probleem vormt en wat er dan gedaan moet worden. Ook is het de vraag of het niet uitvoeren van bepaalde therapeutische taken (bijvoorbeeld het geven van uitleg) een oorzaak vormt voor stagnatie in de behandeling en dat te verwachten valt dat de behandeling beter gaat lopen als de therapeut meer gaat uitleggen. De auteur geeft in het slothoofdstuk ook zelf aan dat zijn boek vooral gezien moet worden als een uitnodiging aan het veld om meer systematische zelfreflectie in te zetten. Of dit ook tot betere therapieën kan gaan leiden, wordt onderwerp van nader onderzoek, waarover aan het einde van deze bespreking meer.

Een van de meer prangende vragen van het boek is waarom systematische zelfreflectie tot nu toe in Nederland geen doorbraak heeft gekend. De in het boek beschreven vragenlijsten en analysemethode bestaan deels al langere tijd, maar hebben toch nooit brede ingang gevonden in de behandelpraktijk. Zowel in het eerste als laatste hoofdstuk somt de auteur een heel aantal mogelijke oorzaken op, waaronder de trend om de ggz vorm te willen geven naar het model van de somatische zorg, aversie tegen dwingend opgelegde ROM en een eenzijdig negatieve kijk op de subjectiviteit van de behandelaar. Wat betreft dit laatste erkent de auteur volmondig dat het oordeel van de behandelaar subjectief is en daarmee vertekend. Echter, dit geldt ook voor andere beoordelaars en daarmee is dit oordeel niet ineens irrelevant. Juist deze subjectiviteit is een van de belangrijkste instrumenten die de behandelaar inzet en ze kan, mits bereflecteerd, bijdragen aan succesvolle therapie.

Eerlijk gezegd herkende ik mij niet zo in de redenen die Hafkenscheid noemt voor de betrekkelijke impopulariteit van instrumenten voor zelfreflectie. In mijn eigen omgeving zie ik weinig weerstand tegen ROM, protocollen en richtlijnen, hooguit onverschilligheid. Ook is er alle ruimte voor de subjectieve blik van de behandelaar. Toch worden de in dit boek beschreven instrumenten ook door mijzelf en door collega's in mijn omgeving niet of nauwelijks ingezet. Naast onbekendheid, die de auteur zelf al noemt, denk ik dat vooral de 'gedoefactor' hierbij een rol speelt. Systematischer werken, of het nu gaat om zelfreflectie of om het zorgvuldig inzetten van interventies, vraagt om een heel aantal extra handelingen: van het kiezen van het juiste lijstje en de juiste vorm ('Neem ik de Excel-versie op de computer of print ik toch de PDF uit?') tot het (laten) invullen, scoren, interpreteren, bespreken en vervolgens archiveren. Handelingen die elk apart niet veel tijd kosten, maar er naast een volstromende mailbox en een met cliëntafspraken gevulde agenda al snel bij inschieten. Uiteraard is dit geen excuus, maar ik heb me bij het lezen van het boek geregeld afgevraagd of het (laten) invullen van een BBB-C, een VBT of TSS de komende jaren tot het dagelijks werk van de therapeut gaat horen. Het zou in elk geval al helpen als deze instrumenten onderdeel gaan vormen van al in gebruik zijnde vragenlijstprogramma's,

of standaard ingevuld kunnen worden in een internettherapieprogramma of een elektronisch patiëntendossier.

117

Bij het lezen van het boek miste ik een bespreking van de inmiddels redelijk ingeburgerde SRS en ORS. De auteur bespreekt deze lijsten nog wel in zijn boek *De therapeutische relatie* (2014). Bij navraag gaf hij aan de bespreking van deze lijsten nu te hebben weggelaten, omdat de Amerikaanse auteurs, tegen eerdere afspraken in, hebben besloten om een vergoeding te vragen voor het gebruik van de vertaalde vragen.

Hoewel ik me afvraag of het gebruik van de beschreven instrumenten snel tot de dagelijkse praktijk zal gaan behoren, zie ik de onmiddellijke toegevoegde waarde ervan voor onderwijs en supervisie. Juist op deze momenten is er ruimte voor reflectie en de instrumenten in dit boek helpen om deze kostbare tijd effectief te benutten en niet te verzanden in vrijblijvendheid. Ook denk ik dat het systematische gebruik van deze instrumenten een heel mooi onderdeel van een n=1-studie kan zijn. Aan het einde van zijn boek koppelt de auteur aan zijn programma een onderzoeksagenda die duidelijker moet maken in hoeverre de inzichten uit dit boek leiden tot betere therapie en minder drop-out. Ik denk dat het boek interessante aanknopingspunten biedt voor nader onderzoek. Door analyse van geslaagde en minder geslaagde therapieën zou bijvoorbeeld duidelijker kunnen worden welke onderdelen bijdragen aan een goede behandeling. In hoeverre stemmen de doelen die de therapeut voor ogen heeft overeen met die van de cliënt? En draagt het hebben van gedeelde doelstellingen inderdaad bij aan therapiesucces? Juist binnen het kader van de CGT, met duidelijk omschreven interventies, zou het interessant zijn om te kijken welke algemene factoren bijdragen aan een succesvolle toepassing van deze interventies. Wordt een interventie bijvoorbeeld effectiever wanneer er uitleg aan wordt gekoppeld? En geldt dit dan voor alle hulpvragers of alleen voor bepaalde groepen? Dit boek biedt ook onderzoekers voldoende inspiratie om niet te kiezen voor opnieuw een RCT met een voorspelbare uitkomst, maar voor onderzoeksvragen die ingaan op het therapeutische proces zelf.

Kortom, ik kan het boek *Beter worden in je vak* van harte aanraden. Het biedt stof tot nadenken voor behandelaars en met name ook voor opleiders en supervisoren. Van de auteur begreep ik dat de tweede druk inmiddels is uitgekomen, waar ik graag een cappuccino op drink. Want beter worden in je vak, wie wil dat nu niet?

Vincent van Bruggen is werkzaam als gz-psycholoog/gedragstherapeut bij Mindfit basis-ggz. Hij geeft nascholing aan psychologen en is in 2018 gepromoveerd op een onderzoek naar existentiële angst. *Correspondentieadres:* vincent.vanbruggen@mindfit.nl.

BOEKBESPREKING

.....

Leren zelf om te gaan met boosheid

.....

Bespreking van

Jeroen Bartels (2019). *Zelfregulatie bij jongeren met autisme: Beter omgaan met boosheid, onrecht en frustratie*. Amsterdam: Hogrefe Uitgevers.
192 pp., € 25,00. ISBN: 9789492297334

DAISY VAN 'T LAND

Zelfregulatie bij jongeren met autisme is bestemd voor jongeren in de leeftijd van 14 tot en met 20 jaar met een autismespectrumstoornis die beter willen leren omgaan met hun boosheid. Het gaat hierbij om zowel boosheid die zichtbaar is voor de buitenwereld als boosheid die meer bedekt is (een boos en gefrustreerd gevoel). Gezien de schrijfstijl van het boek en de mate van zelfstandigheid die vereist is voor de thuisopdrachten is het belangrijk dat de jongeren beschikken over (hoog)gemiddelde cognitieve capaciteiten. Mijns inziens is het boek ook nuttig voor jongeren die geen diagnose binnen het autismespectrum hebben, maar die wel willen leren omgaan met hun boosheid, ofschoon de diagnose autismespectrumstoornis veelvuldig in het werkboek genoemd wordt. De leeftijdsgrenzen zoals hierboven beschreven zijn passend, maar het is niet noodzakelijk om ze strikt te hanteren.

De doelstelling van het boek is om hulp te bieden aan jongeren met een autismespectrumstoornis die in de problemen komen door hun boosheid. Er worden handvatten aangereikt om hun te leren beter om te gaan met boosheid, onrecht en frustratie. Problemen op het gebied van emotieregulatie komen geregeld voor bij kinderen en jongeren met een autismespectrumstoornis (Rieffe, Camodeca, Pouw, Lange, & Stockmann, 2012). Mensen met autisme hebben veelal moeite met het begrijpen, interpreteren en omgaan met eigen emoties en die van anderen. Dit zorgt voor een beperking in het

reguleren van emotionele ervaringen, wat op haar beurt weer kan leiden tot moeilijkheden in het reguleren van stress en boosheid (Scarpa & Reyes, 2011).

Het boek is gebaseerd op cognitief-gedragstherapeutische technieken gericht op het omgaan met boosheid. Deel 1 bestaat uit vijf hoofdstukken waarin aandacht besteed wordt aan uitleg en voorbereiding. Een sterke kant van het boek is dat concreet wordt ingegaan op de motivatie en verwachtingen van de jongere. Om dit kracht bij te zetten is er een 'checklist motivatie' samengesteld, die de hulpverlener samen met de jongere invult. Er wordt daarnaast psycho-educatie gegeven voor de jongere over autisme en over de puberteit, maar ook wordt zogeheten 'affectieve educatie' over boosheid gegeven: hoe herken je boosheid en andere emoties bij jezelf en bij anderen? Het inleidende gedeelte is behoorlijk lang, waardoor het aan te bevelen is om dit als therapeut samen met de jongere door te nemen. In deel 2 start het werkboek. Ook hier wordt in het eerste hoofdstuk nog eens ingegaan op de doelen, wat een belangrijk aspect is om de behandeling succesvol te laten zijn. Verandering kan niet plaatsvinden als de betrokkene het idee heeft dat zijn pogingen hopeloze ondernemingen zijn. Het is dus belangrijk om bij de behandeling van adolescenten realistische, maar ook aantrekkelijke en uitdagende doelstellingen te formuleren (Prins, Bosch, & Braet, 2011). Na elke sessie worden zelfregulatieformulieren meegegeven als huiswerk en wordt er verwezen naar de werkbladen achter in het boek. Een minpunt is dat hier niet het paginanummer vermeld staat, wat het opzoeken lastiger maakt. Naarmate de lezer vordert in het werkboek, wordt het formulier als huiswerk steeds uitgebreider ingevuld.

Inhoudelijk wordt in het hele werkboek goed gerelateerd aan de kenmerken van een autismespectrumstoornis en welke invloed die hebben (gehad) op bepaalde situaties waarin de jongere boos wordt. Het boek is echter niet beschuldigend en gaat ook uitgebreid in op de positieve aspecten van de jongere en de autismespectrumstoornis. Aangestipt wordt dat neurotypische personen geregeld moeite ervaren op diverse vlakken, waaronder het omgaan met boosheid. Sterk bij het benoemen van de interne triggers is dat specifiek aandacht geschonken wordt aan autismedenkfouten. Die worden stuk voor stuk doorgenomen en er wordt gekeken naar waarom zij voor de jongere niet helpen bij het toepassen van zelfregulatie. Er wordt in het werkboek daarnaast ingegaan op overvraging, het herkennen van boosheid en de daarbij behorende lichaamssignalen (inclusief aandachtsoefening en ontspanningstechnieken), helpende gedachten en sociale vaardigheden. Vanaf hoofdstuk 9 wordt het rollenspel geïntroduceerd. Aan de hand van de ingevulde zelfregulatieformulieren speelt de jongere met de hulpverlener een rollenspel om de geleerde stappen en technieken toe te passen. Hierna wordt deze rollenspelopdracht elk hoofdstuk herhaald om hem goed te laten inslijten.

Noemenswaardig zijn de hoofdstukken 11 tot en met 13, waarin ingegaan wordt op het leren van sociale vaardigheden gericht op het voorkomen van ruzies. Er wordt aandacht besteed aan kritiek uiten, omgaan met beschuldiging, overleggen, omgaan met de boosheid van een ander, complimenten

geven en eigen fouten toegeven. Elke sociale vaardigheid wordt kort besproken en wordt voorzien van een praktisch stappenplan om de vaardigheid te oefenen, met do's-and-don'ts voor de jongere. In de laatste twee hoofdstukken wordt een en ander samengevat en geëvalueerd. Op het einde wordt toegewerkt naar *social sharing* van het boosheidplan.

Na het doornemen van het werkboek nam mijn scepsis over het huiswerk dat van de jongere wordt gevraagd enigszins toe. Vanaf het moment dat de aandachtsoefening en spierontspanningsoefening worden geïntroduceerd is het huiswerk voor de jongere om die dagelijks toe te passen. Daarnaast wordt, zoals eerder beschreven, vanaf het begin gevraagd om na elke sessie twee registratieformulieren in te vullen: hoe ver je in het boek bent gevorderd, bepaalt tot hoe ver je dit formulier invult. Dit is veel huiswerk voor een jongere. Het belang hiervan wordt duidelijk uitgelegd, maar ik vraag mij af of het in de praktijk haalbaar is om dit van een jongere te vragen. Hoewel mij het dagelijks toepassen van de aandachtsoefening en spierontspanningsoefening een uitdaging lijkt voor de jongere, vind ik het tegelijkertijd een kracht dat in het boek naast algemene cognitief-gedragstherapeutische technieken ook deze oefeningen staan beschreven om als gereedschap mee te nemen bij het leren omgaan met boosheid. In de praktijkstandaard *Autismespectrumstoornissen (ASS) bij kinderen en adolescenten* van het Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie (z.d.) staat beschreven dat de effecten van mindfulness bij jongeren met autisme veelbelovend lijken, maar dat hiernaar nog nader onderzoek gedaan dient te worden.

In deel 3 staat informatie voor ouders en hulpverleners. Er worden bruikbare tips beschreven voor ouders en de tips voor hulpverleners zijn per hoofdstuk opgeschreven. Tevens staat benoemd dat de training ook in groepsverband gegeven kan worden. Per sessie staat kort uitgelegd hoe dat eruit kan zien.

Dit boek van Jeroen Bartels lijkt een goede aanvulling te zijn op de bestaande literatuur. Er zijn algemene emotieregulatietrainingen voor jongeren beschikbaar, bijvoorbeeld de *Emotieregulatietraining bij kinderen en adolescenten* (Boelens & Braet, 2019) of specifiek voor adolescenten het werkboek *Surfen op emoties* (de Bruin, Koudstaal, & Muller, 2013). Deze werkboeken zijn echter niet gericht op jongeren met autisme. Voor kinderen met autisme, met name met een meervoudige complexe ontwikkelingsstoornis (McDD), bestaat de emotieregulatietraining Baas over Boos (BOB-training) (Gevers & Clifford, 2009), maar die is voor jongeren niet meer interessant.

Mijn eerste indruk van het boek was dat het gemakkelijk leesbaar is. Het is een handzaam boek, bestaande uit vier delen, die logisch zijn ingedeeld. Deel 2 is het daadwerkelijke werkboek, waar je samen met de jongere aan werkt. Je merkt vrijwel meteen dat er minder tekst in staat en er meer gebruik wordt gemaakt van voorbeelden en van tekst- en invulkaders. In het werkboek staat aan het begin van elk hoofdstuk het doel van dat hoofdstuk. Na elk hoofdstuk van het werkboek staat een samenvatting, waarin met behulp van bulletpoints

staat aangegeven wat er in het hoofdstuk is besproken. Ook is overzichtelijk weergegeven welke opdrachten gedaan moeten worden als huiswerk voor de volgende keer. Tekstueel zit het boek goed in elkaar. Zaken worden duidelijk en concreet uitgelegd, wat belangrijk is voor de doelgroep. In het eerste deel wordt antwoord gegeven op vragen die jongeren zouden kunnen hebben bij aanvang van de behandeling. Tevens wordt ingegaan op gevoelens van twijfel. Dit geeft gevoel van erkenning en wekt vertrouwen in de behandeling. Zaken worden onderbouwd en er wordt evidentie gegeven voor de werkzaamheid van verschillende methoden. Gedurende het hele boek worden veel nuances aangebracht in de tekst ('Het kan zijn dat dit bij jou anders is', 'Vul het in zodat het past bij hoe jij reageert', enzovoort). Misschien dat daarom extra opvalt dat in hoofdstuk 8 vastgehouden wordt aan vier fasen van boosheid. Ik kan mij voorstellen dat jongeren hun boosheid anders ervaren en het gevoel hebben meer of minder fasen te doorlopen. Regelmatig worden er tussen de teksten door voorbeelden gegeven van jongeren, wat fijn is ter verduidelijking. Veelal zullen deze voorbeelden herkenbaar zijn voor jongeren.

Door het hele boek staan eenvoudig getekende zwart-witillustraties die in de meeste gevallen de tekst krachtig samenvatten. De meeste hebben een grappige ondertoon. Mogelijk dat niet alle jongeren met autisme de illustratie in één keer snappen.

Hoewel mijn eerste indruk is dat het boek goed leesbaar is, is het wel goed om hier te benoemen dat de jongere gemiddelde cognitieve capaciteiten nodig heeft om het door te kunnen werken. Vooral ook om thuis zelfstandig het zelfregulatieformulier goed te kunnen invullen. Er staat veel informatie in het boek beschreven en ik kan mij voorstellen dat een jongere met autisme het lastig vindt om de relevante informatie voor zichzelf hieruit te filteren. Gelukkig wordt hier op het einde met het boosheidsplan nog wel aandacht aan besteed. Een handig weetje is dat de werkbladen digitaal te vinden zijn op de website van de auteur (zelfregulatiebijautisme.nl). Niet alleen de werkbladen (zoals de checklist motivatie, het zelfregulatieformulier en het boosheidsplan) zijn hier te vinden, ook staat het gehele werkboek in het bestand, in elk geval alle vragen waarbij de jongere gevraagd wordt zelf iets in te vullen in het werkboek. Dit voorkomt dat iedere jongere zelf het werkboek dient aan te schaffen.

Samenvattend is het werkboek *Zelfregulatie bij jongeren met autisme* een goed hulpmiddel om cognitief-gedragmatig aan de slag te gaan met jongeren met autisme die beter willen leren omgaan met boosheid, onrecht en frustratie. Het boek is prettig leesbaar en handig ingedeeld, met een uitgebreide inleiding. Het boek tracht de jongere te leren omgaan met zijn boosheid door middel van een diverse insteek, waarbij psycho-educatie, affectieve educatie, cognitieve gedragstherapie (derde generatie), mindfulness en systemisch werken aan bod komen. Het boek is geschikt om als hulpverlener samen door te nemen met jongeren met autisme en (hoog)gemiddelde cognitieve capaciteiten, waarbij rekening gehouden moet worden met een ruime hoeveelheid huiswerkopdrachten na elke sessie.

Daisy van 't Land is als psycholoog in opleiding tot gz-psycholoog verbonden aan Therapeutisch Centrum GGZ. *Correspondentieadres:* Nagelerweg 5, 8304 AB Emmeloord.

122

Literatuur

- Boelens, E., & Braet, C. (2019). *Emotieregulatietraining bij kinderen en adolescenten: Werkboek*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- de Bruin, R., Koudstaal, A., & Muller, N. (2013). *Surfen op emoties: Werkboek dialectische gedragstherapie voor jongeren (DGT-J)*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Gevers, C., & Clifford, P. (2009). De psychologische behandeling van kinderen met McDD. In R. J. van der Gaag (red.), *Multiple complex developmental disorder* (pp. 63-80). Amsterdam: Benecke.
- Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie. (z.d.). *Autismespectrumstoornissen (ASS) bij kinderen en adolescenten*. Geraadpleegd op www.kenniscentrum-kjp.nl/professionals/autisme
- Prins, P. J. M., Bosch, J. D., & Braet, C. (2011). *Methoden en technieken van gedragstherapie bij kinderen en jeugdigen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Rieffe, C., Camodeca, M., Pouw, L. B. C., Lange, A. M. C., & Stockmann, L. (2012). Don't anger me! Bullying, victimization, and emotion dysregulation in young adolescents with ASD. *European Journal of Developmental Psychology*, 9, 351-370.
- Scarpa, A., & Reyes, N. M. (2011). Improving emotion regulation with CBT in young children with high functioning autism spectrum disorders: A pilot study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 39, 495-500.

.....

HiTOP

Een op data gebaseerd dimensioneel classificatiesysteem

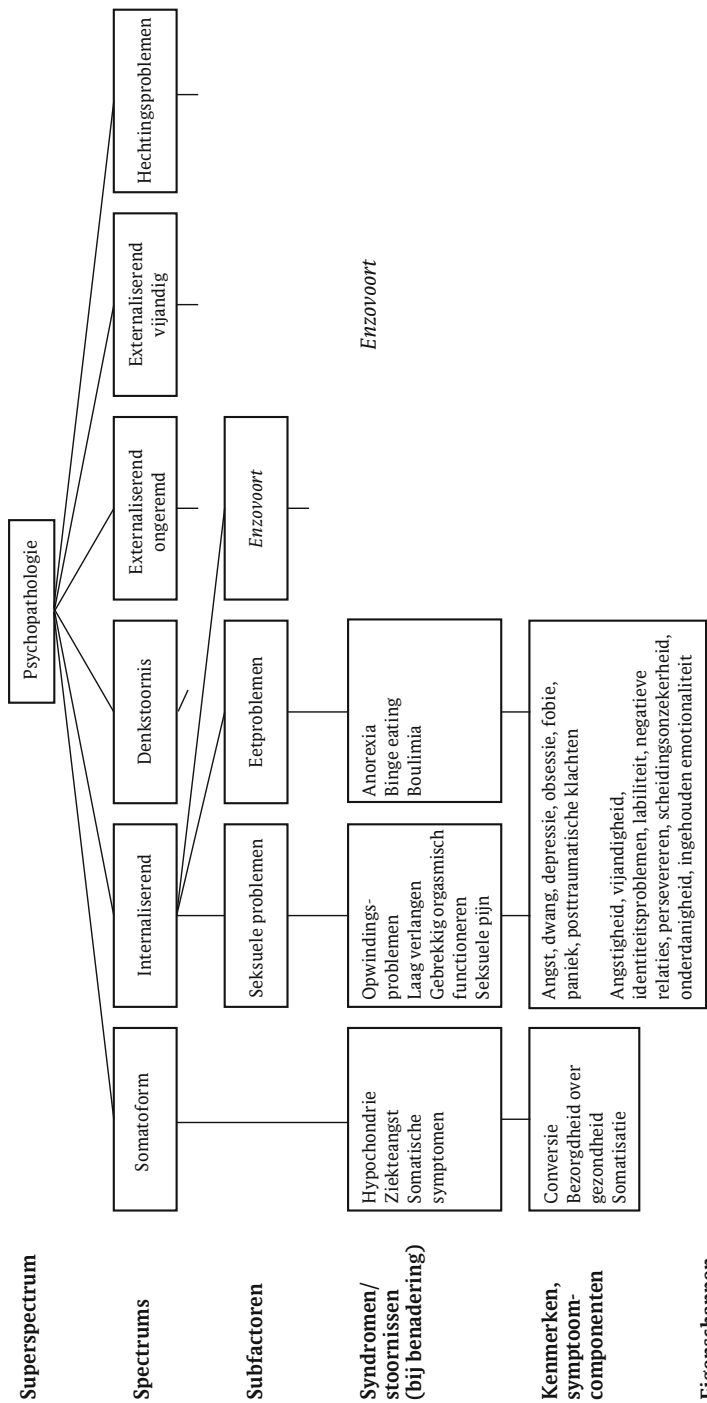
.....

Ruggero, C. J., Kotov, R., Hopwood, C. J., First, M., Clark, L. A., Skodol, A.E., ... Zimmermann, J. (2019). Integrating the Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP) into clinical practice. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 87, 1069-1084.

Een belangrijke tekortkoming van bestaande classificatiesystemen als DSM en ICD is dat ze mentale stoornissen definiëren in categorieën (iemand heeft een bepaalde stoornis wel of hij heeft die stoornis niet), terwijl inmiddels bekend is dat de meeste psychopathologie dimensioneel is (stoornissen vallen binnen een continuüm). Clinici hebben daarnaast problemen met het gebruik van de genoemde classificatiesystemen: voor veel stoornissen is de meestgebruikte diagnose ‘andere gespecificeerde/ongespecificeerde’; bovendien geven de classificaties weinig informatie die de behandeling ondersteunt.

Kwantitatieve nosologie (ziekteleer) biedt een datagedreven alternatief voor de bestaande classificatiesystemen dat een aantal beperkingen van die systemen ondervangt: het model van de hiërarchische taxonomie van psychopathologie (*Hierarchical Taxonomy of Psychopathology*, HiTOP). Het doel van dit model is om een classificatiesysteem te ontwikkelen dat gebaseerd is op bestaande evidentie en voortdurend onderzoek, met de nadruk op betrouwbaarheid, validiteit en bruikbaarheid in diagnostiek en classificatie. Het consortium dat HiTOP ontwikkelde, bestudeerde honderden studies om de structuur van psychopathologie te ontrafelen. Aan de hand van figuur 1 krijgt men een indruk van het model.

Op het laagste niveau bevinden zich kenmerken/symptoomcomponenten en maladaptieve eigenschappen. Deze vormen alle een coherente dimensie met een minimum aan heterogeniteit. Op het niveau daarboven staan syndromen, constellaties van gerelateerde kenmerken/symptomen en eigenschappen die vaak samen voorkomen. Daar weer boven bevinden zich de subfactoren, die kleine clusters vertegenwoordigen van sterk gerelateerde syndromen. Boven de subfactoren staan de spectrums, brede groepen van subfactoren die



FIGUUR 1 Een deel van HiTOP

van elkaar te onderscheiden zijn maar die wel gerelateerd zijn. Bovenaan staat een algemene psychopathologiefactor, die algehele maladaptatie weergeeft.

Er is al evidentie gevonden dat HiTOP betere validiteit en betrouwbaarheid levert dan de traditionele classificatiesystemen. Maar het model is pas van echt grote waarde als het ook relevant is voor de praktijk. Dit is een grote uitdaging op dit moment. Drie basisprincipes van HiTOP helpen bij het gebruik van het systeem in de praktijk:

- 1 Psychopathologie is dimensioneel en wordt gemeten in termen van afkapscores, niet in categorieën. HiTOP levert een profiel op dat de ernst van de symptomen van de patiënt weergeeft op elke component, elk syndroom en elk spectrum. Dit gebeurt op basis van statistische criteria en werkt net als medische metingen van bijvoorbeeld bloeddruk, cholesterol en gewicht: aan de waarden worden maatstaven voor functioneren of klinisch risico gekoppeld, bijvoorbeeld voor de kans op suïcide. Er zijn al enkele diagnostische instrumenten beschikbaar die corresponderen met HiTOP (zie <https://psychology.unt.edu/HiTOP>).
- 2 Psychopathologie kan hiërarchisch geconceptualiseerd worden. HiTOP biedt een flexibele, stapsgewijze benadering voor diagnostiek, te beginnen met een korte screening van de hogere-ordespectrums en gaat dan, afhankelijk van beschikbare tijd en noodzaak, voort met specifiekere assessments van subfactoren, syndromen, en symptomen of eigenschappen. De vraag wat vervolgens het beste niveau is om op te interveniëren, bijvoorbeeld met psychotherapie, moet nog nader onderzocht worden. Mogelijk is de optimale strategie om te focussen op de spectrums, omdat de patiënt wellicht het meeste profiteert van interventies die effectief zijn voor zulke fundamentele problemen als negatieve affectiviteit of hechtingsproblematiek. Daaraan kunnen dan interventies worden toegevoegd voor syndromen of componenten waarop de patiënt een verhoogde score heeft.
- 3 De mate waarin iemand gehinderd wordt door psychopathologie staat los van specifieke dimensies. De mate waarin iemand last heeft van een probleem (wat bijvoorbeeld in de DSM een criterium is) staat binnen HiTOP los van het symptoomprofiel en wordt dan ook apart gemeten, bijvoorbeeld met de WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS; World Health Organization, 2000). De mate van last kan wel behulpzaam zijn bij het nemen van klinische beslissingen.

HiTOP zou op drie manieren de klinische praktijk kunnen verbeteren:

- 1 HiTOP kan de communicatie verbeteren over mentale problemen, doordat de dimensionele scores meer specifieke informatie geven, die ondersteund wordt door toenemende betrouwbaarheid van diagnostische constructen.

- 2 Vergeleken met categoriale diagnoses voorspellen dimensionele scores beter klinische uitkomsten, zoals chroniciteit, functionele beperkingen en bijkomende fysieke problemen.
- 3 HiTOP kan de clinicus voorzien van genormeerde systematische instrumenten, die zijn praktijk beter ondersteunen dan de informele interviews waar veel hulpverleners nu op leunen.

Het gebruik van HiTOP roept in de praktijk verschillende vragen op, die hierna zijn weergegeven met de bijbehorende antwoorden:

- ▶ Is het lastiger om de resultaten van het systeem te communiceren met patiënten en verzekeraars? Op termijn niet.
- ▶ Duurt het assessment met HiTOP niet te lang? Dit kan gefaciliteerd worden met computergestuurde assessments.
- ▶ Zijn er al gevalideerde afkapscores om te kunnen bepalen welke behandeling nodig is? Die zijn nog zeldzaam.
- ▶ Kan HiTOP gebruikt worden in samenhang met DSM- of ICD-gebaseerde protocollen? Ja, als de DSM- en ICD-stoornissen worden gehergroepeerd binnen HiTOP.
- ▶ Is HiTOP geschikt voor gebruik bij kinderen en jeugdigen? Ja.
- ▶ Kan een clinicus die HiTOP gebruikt vergoedingen krijgen van verzekeraars? Ja, het consortium dat HiTOP ontwikkelde, heeft de DSM- en ICD-codes geïntegreerd in het systeem, zodat die gewoon gebruikt kunnen worden.
- ▶ Hoe kan HiTOP worden opgenomen in het onderwijs? Het model is makkelijk te leren.

Conclusie is dat HiTOP verschillende voordelen heeft boven de traditionele nosologieën, die de bruikbaarheid ervan in de praktijk verhogen. Ook lijkt HiTOP te werken op een manier die veel clinici al gebruiken. Daarnaast heeft het systeem ook enige beperkingen die overeenkomen met die van de traditionele systemen en introduceert het ook een paar nieuwe beperkingen. Daarom is er meer onderzoek nodig om de bruikbaarheid van HiTOP voor de praktijk te bewijzen.

Commentaar van de redactie (Paul Boelen): Het zou tal van voordelen hebben als mentale problemen zich keurig in categorieën lieten plaatsen, bij voorkeur een bescheiden aantal categorieën, met heldere grenzen. Maar zo zit de realiteit niet in elkaar. Categoriale systemen als de DSM zijn de laatste decennia flink uitgedijd om uiteenlopende problemen van labels te kunnen voorzien. Tegelijkertijd zijn er pogingen gedaan om er stoornissen uit te verwijderen of samen te voegen, teneinde die uitdijning te beperken. Telkens bleven we ertegen aanlopen dat mentale problemen zich niet goed laten vangen in elkaar uitsluitende categorieën. Naarmate de DSM centraler kwam

te staan in het denken over psychopathologie, is er steeds meer aandacht gekomen voor een dimensionele kijk op psychopathologie. Na de DSM-IV is er bijvoorbeeld een serieuze poging gedaan om persoonlijkheidsstoornissen in de DSM-5 in dimensionele termen te beschrijven (wat maar ten dele is gelukt of volgens sommigen totaal is mislukt). Het Research Domain Criteria (RDoC-)project is een ander initiatief in het kader waarvan toegewerkt wordt naar een nieuwe classificatie van mentale ziekten, op basis van zowel observeerbaar gedrag als neurobiologische indicatoren. Het HiTOP-initiatief biedt een net weer iets andere dimensionele visie op psychopathologie: een heel concrete, glasheldere visie, die meer dan andere dimensionele perspectieven een helder licht werpt op de wijze waarop wij over tien jaar psychopathologie diagnosticeren.

Literatuur

World Health Organization. (2000).
*WHODAS II-Disability Assessment
Schedule Training Manual: A guide to
administration*. Geneva: Author.

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.

Cladder, J.M., Nijhoff-Huyse, M.W.D., & Mulder, G.A.L.A. (2020). *Cognitieve gedragstherapie met kinderen en jeugdigen: Oplossingsgericht, protocolair en specialistisch* (8e herziene editie). Amsterdam: Pearson.

Feldman, M., & Yates, G. (2020). *Opzettelijk ziek: De nagebootste stoornis herkennen en begrijpen*. Amsterdam: Boom.

Harrison, T., & Connery, H. (2020). *Verslaving: Een praktische gids voor familieleden*. Amsterdam: Hogrefe.

Jenner, J. (2020). *Interventies in de psychiatrische praktijk: Integratief werken vanuit de directieve therapie*. Amsterdam: Boom.

Rashid, R., & Seligman, M. (2020). *Positieve psychotherapie: Handboek en Positieve psychotherapie: Werkboek*. Amsterdam: Hogrefe.

Nieuw bij Boom Psychologie



ACT your way

Veel jongeren en adolescenten worstelen met het uitstippelen van hun eigen weg, het maken van keuzes, en het aanpakken van dingen die ze anders willen. Hierdoor voelen ze zich angstig of somber en lopen ze vast in hun ontwikkeling. De methode ACT your way is ontwikkeld voor jongeren tussen 15-25 jaar die vastlopen en moeite hebben hun eigen weg te bepalen. De basis van deze methode wordt gevormd door technieken uit de Acceptance and Commitment Therapy.

Trainershandleiding

Deze trainershandleiding hoort bij het werkboek *ACT your way* en deze is bedoeld voor therapeuten die zich in de methodiek willen bekwamen en individuen of groepen willen begeleiden met *ACT your way*. Naast achtergrondinformatie over de methode, bevat de trainershandleiding een 6- en een 12-sessies variant, inclusief tips, uitleg, valkuilen en voorbeelden.

Bestel nu op www.boompsychologie.nl

**Boompsychologie
& psychiatrie**

Nieuw bij Boom Psychologie



De valkuil van perfectionisme

Veel mensen zien perfectionisme als een positieve eigenschap. Toch zit er een keerzijde aan. Als je alles altijd perfect wilt doen, gaat dat vaak ten koste van jezelf. Voor iedereen die wordt belemmerd door perfectionisme en daar iets aan wil doen, is er nu *Hoezo perfect?*. Het boek biedt inzicht in de oorzaak en de impact van perfectionisme en helpt je de balans te vinden tussen goed genoeg en perfect.

Je perfectionisme de baas

In dit boek zet Sharon Martin helder uiteen wat perfectionisme is en waar het vandaan komt. Vervolgens gaat ze verder de diepte in en onderzoekt alle aspecten van perfectionisme die je in de weg kunnen zitten: zoals angst, uitstelgedrag, anderen plezieren, kritiek, schuld en schaamte. Theorie en voorbeelden uit de praktijk worden hierbij afgewisseld met oefeningen. Gaandeweg vind je de weg terug naar jezelf en naar wat écht belangrijk is voor jou.

Bestel nu op www.boompsychologie.nl

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(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 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 ver-

melden 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

Drieënvijftigste jaargang, nummer 2, juni 2020

Pagina 65 – 132

- 65 *Redactioneel*
-

- 66 **Jonas Everaert**

Depressiesymptomen en de relatie met vertekening en inflexibele interpretatie

- 82 **Eva Bloemers & Vivienne de Vogel**

COMET voor zelfbeeld en paranoia bij paranoïde patiënten — Een kleinschalige RCT binnen de forensische psychiatrie

FORUM

- 103 **Michel Reinders & Katja Boot**

Korter behandelen of efficiënter behandelen?

BOEKBESPREKINGEN

- 114 **Vincent van Bruggen**

Anton Hafkenscheid (2018). *Beter worden in je vak: Systematische zelfreflectie voor professionals in de ggz*

- 118 **Daisy van 't Land**

Jeroen Bartels (2019). *Zelfregulatie bij jongeren met autisme: Beter omgaan met boosheid, onrecht en frustratie*

VOOR U GELEZEN

- 123 Ruggero, C. J., Kotov, R., Hopwood, C. J., First, M., Clark, L. A., Skodol, A.E., ... Zimmermann, J. (2019). Integrating the Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP) into clinical practice. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 87, 1069-1084.

- 128 *Ontvangen*

Boom Tijdschriften

ISSN 0167-7454