

GEDRAGSTHERAPIE

*Tijdschrift voor gedragstherapie
& cognitieve therapie*



JAARGANG 53 **NUMMER 3** SEPTEMBER 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 Oorschot
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.



.....

Welkom in het derde nummer van *Gedragstherapie* van dit ongewone jaar 2020. Het is te hopen dat u een goede zomer hebt gehad – ondanks hitte, mondkapjes, intensief beeldbellen en anderhalve meter afstand.

Ik introduceer graag het nummer.

Het eerste artikel in dit nummer is van Romy Snetselaar en haar collega's. Zij onderzochten Pittige Jaren, een aanpak die erop gericht is de opvoedvaardigheden van ouders van kinderen met gedragsproblemen te versterken. De studie laat mooie resultaten zien en werpt helder licht op de werkingsmechanismen van deze aanpak.

Het tweede artikel is geschreven door Juliëtte Liber. Ook dit artikel gaat over problematiek bij kinderen – en meer specifiek over hoe de effecten van psychotherapie voor kinderen en jeugdigen verbeterd kunnen worden. Vanuit een model over de werking van therapie gaat de auteur onder meer in op het belang van de therapeutische alliantie bij het verbeteren van effecten.

Klaske Glashouwer en Peter de Jong verzorgden het derde artikel. Daarin wordt aandacht besteed aan de rol van walging, in het bijzonder walging over de eigen persoon, bij anorexia nervosa. Het artikel werpt een fascinerend nieuw licht op onderliggende mechanismen van deze eetstoornis en biedt aangrijpingspunten voor behandeling.

Overigens hebben wij in dit nummer bij elk artikel voor het eerst zogenoemde 'Kernboodschappen voor de klinische praktijk' geplaatst. Daardoor wordt de relevantie van artikelen voor de praktijk nog meer zichtbaar.

Thomas Kramer schreef een bespreking van een boek over verwarde personen en werpt de vraag op of altijd specialistische zorg nodig is voor deze mensen.

Tenslotte gaat de rubriek 'Voor u gelezen' in op het belang van *open science*. Dit begrip is niet alleen relevant binnen het speelveld van wetenschappelijk onderzoek, maar ook in de praktijk van de cognitieve gedragstherapie.

Ik wens u veel leesplezier.

Paul Boelen
Hoofdredacteur

Empowerende oudergroepen in de wijk¹

Gunstigere opvoeding en minder gedragsproblemen na deelname aan het Pittige Jaren programma

ROMY S. SNETSELAAR, JULIËTTE M. LIBER, BARBARA R. HENDRIKSEN &
BRAM OROBIO DE CASTRO

Samenvatting

Externaliserend probleemgedrag bij jonge kinderen komt veel voor en heeft grote korte- en langetermijngevolgen voor kinderen en hun omgeving. Pittige Jaren (PJ) is een bewezen effectieve interventie voor ouders om gedragsproblemen bij hun kinderen van tussen 3 en 8 jaar te verminderen middels het versterken van opvoedvaardigheden. De verandering in opvoedvaardigheden is echter beperkt onderzocht en bovendien was het nog niet bekend of deze effecten ook bereikt kunnen worden door buurtteams in de getransformeerde zorg voor jeugd. De training is inmiddels in verschillende buurtteams in de stad Utrecht geïmplementeerd. In de huidige studie worden veranderingen in externaliserende gedragsproblemen bij kinderen en veranderingen in opvoeddimensies (supervisie of monitoring, inconsistente disciplineren, fysiek straffen, positieve betrokkenheid en positieve opvoedtechnieken) van ouders voor en na de training en bij follow-up middels vragenlijsten onderzocht. Voor 77 unieke ouder-kindcombinaties waren gegevens compleet voor zowel voor- als nameting. Na deelname aan PJ blijken gedragsproblemen, inconsistente disciplineren en fysiek straffen significant te verminderen en positieve betrokkenheid en positieve opvoedtechnieken significant toe te nemen. De toename in positieve opvoedtechnieken hangt samen met een vermindering in gedragsproblemen. Deze studie laat zien dat PJ goed past in de getransformeerde praktijk van de jeugdzorg en

1 Dit onderzoek werd mogelijk gemaakt dankzij financiering door ZonMW (73720-0009). Het project maakt deel uit van de Academische Werkplaats Transformatie Jeugd (AWTJ) Utrecht.

maakt aannemelijk dat verandering bij PJ bewerkstelligd wordt door het veronderstelde werkingsmechanisme.

Trefwoorden: externaliserende gedragsproblemen, opvoeding, Pittige Jaren

Kernboodschappen voor de klinische praktijk

- ▶ Externaliserend probleemgedrag bij jonge kinderen komt veel voor en heeft grote korte- en langetermijnevolgen voor zowel kinderen als maatschappij. Pittige Jaren (PJ) is een bewezen effectieve interventie voor ouders om gedragsproblemen bij hun kinderen van tussen 3 en 8 jaar te verminderen.
- ▶ PJ kan ook door buurtteams in de getransformeerde jeugdzorg ingezet worden om gezinnen te helpen opvoedvaardigheden te versterken en zelf gedragsproblemen bij hun kind te verminderen.
- ▶ Met name een toename van positieve opvoedtechnieken lijkt een belangrijk werkingsmechanisme te zijn achter de positieve gedragsverandering bij kinderen door PJ.

INLEIDING

.....

Externaliserend probleemgedrag komt veel voor (Leijten, Raaijmakers, Orobio de Castro, Posthumus, & Matthys, 2011). Onder externaliserend probleemgedrag wordt ongewenst en disruptief gedrag verstaan, dat door de omgeving van het kind als storend ervaren kan worden. Dit uit zich bijvoorbeeld in driftbuien, jengelen, tegenspreken, brutaal, druk en vervelend gedrag, en antisociaal gedrag zoals liegen en pesten (Deković, Asscher, & Stoltz, 2017; Stoolmiller, 2001; Vaillancourt, Brittain, McDougall, & Duku, 2013). Zonder interventie blijft dit type gedragsproblemen vaak in stand en is de prognose op zowel de korte als de lange termijn ongunstig (Tremblay et al., 2004). Bij verergering van de problematiek ontstaat een verhoogd risico op het ontwikkelen van een oppositionele-opstandige stoornis (*oppositional defiant disorder*, ODD) of een normoverschrijdend-gedragsstoornis (*conduct disorder*, CD) (Tremblay et al., 2004). Deze problemen kunnen ook verslechterde schoolprestaties, vroegtijdig schoolverlaten, drugsgebruik, agressie, delinquentie, interpersoonlijke en beroepsmatige problemen en een hoger risico op psychiatrische klachten op latere leeftijd tot gevolg hebben (Hannigan, Walaker, Waszczuk, McAdams, & Eley, 2017; Loeber, Burke, & Pardini, 2009; Posthumus, Raaijmakers, Maassen, van Engeland, & Matthys, 2011).

Effectieve behandeling op jonge leeftijd is gelukkig mogelijk. Zo is Pittige Jaren (PJ) een bewezen effectieve interventie voor ouders om gedragsproblemen bij hun kinderen te verminderen middels het versterken van opvoedvaardigheden. Het huidige onderzoek gaat na of PJ ook in de getrans-

formeerde praktijk van de jeugdzorg, waarbij het aangeboden wordt door buurtteams in oudergroepen, positieve effecten heeft en gedragsproblemen vermindert door versterking van de opvoeding.

De ontwikkeling van externaliserende gedragsproblemen

Evenals de (algemene) ontwikkeling van kinderen geschiedt de ontwikkeling van gedragsproblemen in interactie tussen enerzijds kindfactoren en anderzijds omgevingsfactoren (Huisman, Flapper, Kalverdiijk, L'Hoir, & van Weel, 2010). Kindfactoren zoals een gevoelig temperament kunnen ongunstige reacties uit de omgeving oproepen in een cyclus van wederzijdse beïnvloeding (Patterson, 2016). Omgevingsfactoren in het gezin kunnen volgens Campbell (2002) opgesplitst worden in risicofactoren in het gezin (zoals lage sociaal-economische status (SES), ouders met psychische problemen en beperkte sociale steun; Miller-Lewis et al., 2006) en opvoedingsfactoren. Ouders kunnen in hun opvoeding gedrag onbedoeld zodanig positief en negatief bekrachtigen dat dit gedragsproblemen tot gevolg heeft, of dat dit gedragsproblemen versterkt en/of in stand houdt (Leijten et al., 2011; Prins, Bosch, & Braet, 2011). Er is veel onderzoek gedaan naar de invloed van ouders en hun opvoedstijl op de ontwikkeling van problemen in de kindertijd (Alizadeh, Talib, Abdullah, & Mansor, 2011; Leijten et al., 2011; Pinquart, 2017; Prinzie, 2004).

'Opvoedstijl' verwijst naar een verzameling houdingen en opvattingen en de uitvoering daarvan ten opzichte van het kind, die samen een emotioneel klimaat creëren waarin het kind wordt grootgebracht (Darling & Steinberg, 2017). Er wordt daarbij onderscheid gemaakt tussen vijf dimensies (Frick, 1991): supervisie of monitoring, inconsistente disciplineren, fysiek straffen, positieve betrokkenheid en positieve opvoedtechnieken. Een gebrek aan supervisie en monitoring en inconsistente disciplineren (het gebrekkig naleven en handhaven van regels en gedragsnormen in de opvoeding; Melby et al., 1998) zijn in relatie gebracht met het ontstaan en voorkomen van gedragsproblemen bij kinderen (Miller-Lewis et al., 2006; Murray & Farrington, 2010; Prevatt, 2003). Daarnaast blijkt fysiek straffen door ouders een consistente en belangrijke voorspeller te zijn voor gedragsproblemen (Gershoff & Grogan-Kaylor, 2016; Mulvaney & Mebert, 2007). Daarentegen bleken positieve betrokkenheid (warme en responsieve betrokkenheid bij de activiteiten en het leven van het kind) en positieve opvoedtechnieken (strategieën die gewenst gedrag positief bekrachtigen) bescherming te bieden tegen het ontwikkelen van probleemgedrag (Hoeve et al., 2009; Lansford et al., 2014; Miller-Lewis et al., 2006).

Al met al kunnen ongunstige opvoedvaardigheden bijdragen aan gedragsproblemen en deze in stand houden, en kunnen gunstige opvoedvaardigheden gedragsproblemen voorkomen en/of verminderen. De invloed en beïnvloedbaarheid van opvoeding is het grootst bij kinderen tot ongeveer

12 jaar, wat vroege interventies om problematische ontwikkeling van kinderen te voorkomen, belangrijk maakt (Matthys, 2011; Prins et al., 2011). Door de cruciale invloed van ouders op hun kinderen is het bij jongere kinderen met gedragsproblemen het effectiefst om behandeling op hun ouders te richten (McCart, Priester, Davies, & Azen, 2006), zoals met effectief bewezen gedragsmatige ouder-interventies (zogeheten ‘mediatietherapie’). Deze beogen neutrale of gunstige opvoedvaardigheden te versterken of te bevorderen, met de verwachting dat gedragsproblemen daardoor zullen afnemen (Gardner & Leijten, 2017; Lindsay, Strand, & Davis, 2011; Menting, Orobio de Castro, & Matthys, 2013; Posthumus et al., 2011).

Er is echter weinig onderzoek bekend naar de directe relatie tussen positieve veranderingen in de opvoeding en een afname van gedragsproblemen bij kinderen tijdens oudertrainingen. Het is van belang dat factoren die de effectiviteit van een interventie beïnvloeden onderzocht worden om kennis te vergaren over hoe en waarom een behandeling werkt (Kazdin, 2007). Kennis over de werkingsmechanismen van een interventie en de implementatie daarvan in de praktijk kan gebruikt worden om de desbetreffende interventie te verbeteren en daarmee ook de uitkomsten voor de ontvangers van de interventie (Thomas & Rothman, 2013). Effectieve (en vroegtijdige) behandeling van gedragsproblemen is cruciaal zowel voor het verbeteren van de problemen van het individu en de omgeving op de korte termijn, als voor het voorkomen van negatieve uitkomsten op de lange termijn; dit zijn problemen die de maatschappij negatief beïnvloeden op gebied van veiligheid en op financieel gebied (Romeo, Knapp, & Scott, 2006; Scott, Briskman, & O’Connor, 2014). De resultaten van het huidige onderzoek zijn dus zowel wetenschappelijk als praktisch en maatschappelijk relevant.

Er is enig bewijs voor het verband tussen positieve veranderingen in de opvoeding als gevolg van interventies gericht op ouders en positieve veranderingen in gedragsproblemen bij kinderen (DeGarmo, Patterson, & Forgatch, 2004; Gardner, Hutchings, Bywater, & Whitaker, 2010). In een gerandomiseerd onderzoek met controlegroep is verandering in opvoedvaardigheden ook in het PJ-trainingsprogramma aangewezen als belangrijk mechanisme voor gedragsverandering bij kinderen (Gardner, Burton, & Klimes, 2006).

PJ is een erkend effectieve gedragstherapeutische oudertraining gericht op het verminderen van gedragsproblemen bij kinderen, waarbij ingezet wordt op het versterken van de opvoedvaardigheden (Menting, Orobio de Castro, & Matthys, 2013). Het theoretisch raamwerk van PJ heeft een grondslag in het Social Learning Model van Patterson, Reid en Dishion (1992) en Bandura’s theorieën over *modeling* en zelfeffectiviteit (Bandura, 1977). Het Social Learning Model onderstreept de centrale rol van het socialisatieproces en de invloed van ouders op dat proces bij de ontwikkeling van (vooral jonge) kinderen (Patterson, Reid, & Dishion, 1992). Volgens Pattersons Coercion Theory kunnen kinderen als gevolg van negatieve bekrachtiging door hun ouders problemen ontwikkelen en houden, die op hun beurt kri-

tisch en dwingend gedrag oproepen bij de ouder(s). Dit gedrag van ouders kan de problemen in stand houden (Patterson et al., 1992). Bandura's theorieën (Bandura, 1977) zijn terug te zien in de manier waarop de training gegeven wordt. De nadruk ligt op 'empowerment': het vergroten van de eigen effectiviteit en zelfredzaamheid van ouders. Bovendien is het vergroten van het sociaal netwerk waarop ouders een beroep kunnen doen ook een belangrijk doel, omdat dit als beschermende factor kan fungeren voor een gezin (Armstrong, Birnie-Lefcovitch, & Ungar, 2005). PJ is effectief voor zowel het voorkómen als het behandelen van gedragsproblemen bij kinderen van 3 tot en met 8 jaar in diverse gezinnen in vele landen (Gardner et al., 2019) met langdurige effecten (Incredible Years: Webster-Stratton, 2009; Posthumus et al., 2011). In Nederland is de effectiviteit van PJ aangetoond in vier trials en door de Erkeningscommissie Interventies beoordeeld als effectief volgens sterke aanwijzingen. Er is enig bewijs uit een Nederlandse studie dat opvoedvaardigheden van ouders en gedrag van kinderen verbeteren gedurende het PJ-programma (Posthumus et al., 2011). PJ wordt normaliter ingezet in de ggz en in de jeugdhulp.

De zorg voor jeugd in Nederland is echter sterk veranderd door de decentralisatie van de jeugdhulp en de bijbehorende transformatiedoelen. Hierbij hoort het uitgangspunt dat maatschappelijke ondersteuning dicht bij de burger moet komen en dat wordt uitgegaan van de eigen kracht van de burger en zijn netwerk, met enkel ondersteuning van nabije, herkenbare professionals (Sprinkhuizen, van den Bosch, Goeptar, Sok, & Scholte, 2013, p. 4). Het aanbod van PJ in buurtteams lijkt hier goed bij aan te sluiten. Hulp van sociale buurt- of wijkteams, dat wil zeggen gemeenschaps- en familiegericht en gecoördineerde hulp 'aan huis', heeft een positief effect op kinderen en gezinnen, met name op kwetsbare gezinnen waarin medische dan wel psychische problemen een rol spelen (Brewer, McPherson, Magrab, & Hutchins, 1989). PJ is geïmplementeerd in buurtteams in Utrecht teneinde hulp bij opvoedvraagstukken betaalbaarder, laagdrempelig en toegankelijker te maken, en problemen te verminderen én te voorkomen.

Gardner en collega's (2006) hebben aangetoond dat PJ effectief kan worden aangeboden in gemeenschapsgerichte dienstverlening in Groot-Brittannië. Of dit ook in Nederland kan als onderdeel van de standaard werkwijze van buurtteams is nog onbekend.

Het huidige onderzoek

Het huidige onderzoek beoogt veranderingen in externaliserende gedragsproblemen bij kinderen, veranderingen in opvoeddimensies bij ouders en hun onderlinge relatie te onderzoeken bij de implementatie van PJ door laagdrempelige buurtteams in een grote stad (Utrecht). Er wordt specifiek gekeken naar veranderingen in de vijf dimensies van opvoedstijlen van Frick (1991): supervisie of monitoring, inconsistente disciplineren, fysiek straf-

fen, positieve betrokkenheid en positieve opvoedtechnieken, en naar veranderingen in gedragsproblemen bij kinderen gedurende en na deelname van ouders aan de interventie. Er wordt verwacht dat zowel gedrag als opvoeding in positieve zin verandert: ongunstige opvoedvaardigheden (gebrek aan supervisie of monitoring, inconsistente disciplineren en harde en bestraffende technieken) nemen af en gunstige opvoedvaardigheden nemen toe (positieve betrokkenheid en positieve opvoedtechnieken). Er wordt ook verwacht dat ouders na deelname minder gedragsproblemen bij hun kinderen rapporteren. Ten slotte wordt verwacht dat die afname samenhangt met gunstige veranderingen in de opvoeddimensies.

METHODE

.....

Design

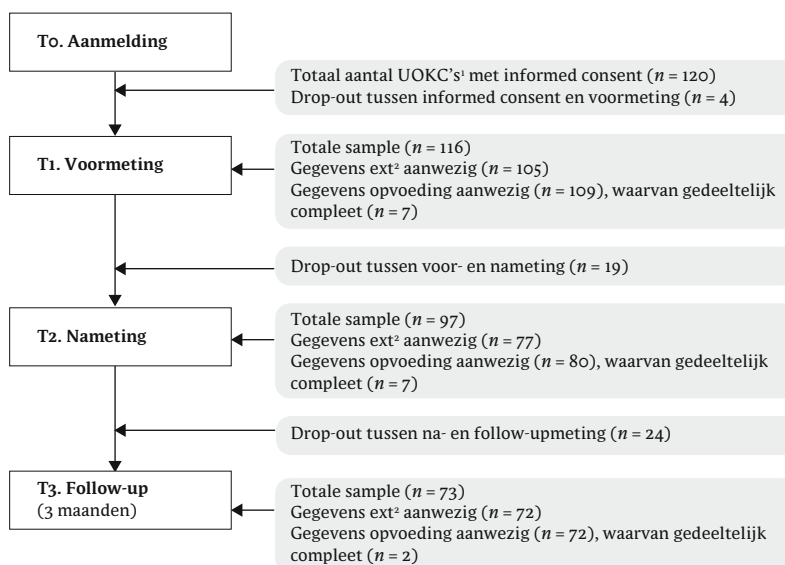
.....

Het huidige onderzoek heeft een prospectief longitudinaal design. Er zijn op drie verschillende meetmomenten gegevens verzameld bij deelnemende ouders: voorafgaand aan deelname, na deelname en ongeveer drie maanden na deelname (zie figuur 1). Het onderzoek is goedgekeurd door de ethische commissie van de Faculteit Sociale Wetenschappen van de Universiteit Utrecht (FETC17-099).

Procedure

.....

Het onderzoek is uitgevoerd bij Lokalis (2019): de buurtteamorganisatie in Utrecht. De buurtteams jeugd en gezin van Lokalis bieden ambulante basishulp in gezinnen. De inzet van buurtteams is gericht op het versterken van de zelfredzaamheid van gezinnen, zodat kinderen zich optimaal kunnen ontwikkelen. Lokalis kent twintig buurtteams (waarvan achttien werkzaam in de wijken, een voor voortgezet speciaal onderwijs en een voor het mbo). In vijf van die wijken (Noordoost, Vleuten, Leidsche Rijn, De Meern, Dichters- en Rivierenwijk) wordt PJ aangeboden. Medewerkers van de buurtteams (gezinswerkers) in deze wijken krijgen een driedaagse training om PJ te kunnen geven en twee supervisiemomenten (per groep) gedurende het geven van PJ. Gezinswerkers informeren cliënten over de training en het wetenschappelijk onderzoek en nodigen geïnteresseerden uit om deel te nemen. Deelnemers aan de training (en het onderzoek) worden per wijk ingedeeld in trainingsgroepen van minimaal zes en maximaal zestien ouders. De gezinswerkers geven in duo's de training, de helft van de groepen is gegeven door een gezinswerker samen met een ggz-hulpverlener. De gezinswerkers verstrekken de vragenlijsten voor het onderzoek aan ouders en worden gevraagd deze niet in te zien wanneer ouders deze in hebben ge-


 FIGUUR 1 *Flowdiagram procedure*

Noten. De drop-out tussen voor- en nameting bleek niet gerelateerd te zijn aan de ernst van de problemen op de voormeting ($R^2 = 0,023$, adjusted $R^2 = 0,031$, $F(1,103) = 2,383$, $p = 0,126$). Voor iets meer dan de helft van de unieke ouder-kindcombinaties (UOKC's) waren gegevens over aanwezigheid beschikbaar. Ouders woonden gemiddeld 79,94% van de sessies bij (exclusief de vijftiende 'boostersessie').

1 Alle gegevens in deze diagram betreffen unieke ouder-kindcombinaties (UOKC's). 'Gedeeltelijk compleet' van de opvoedingsgegevens verwijst naar UOKC's waarbij gegevens missen van een of twee van de vijf relevante schalen van de vragenlijst.

2 Externaliserende gedragsproblemen.

vuld. Participerende ouders komen wekelijks bijeen in de PJ-oudergroepen, onder begeleiding van twee gezinswerkers of een gezinswerker samen met een ggz-medewerker. Twee keer per jaar starten nieuwe oudergroepen.

Data zijn verzameld van september 2017 tot en met januari 2020. Ouders die wilden participeren in het onderzoek ondertekenden voorafgaand aan deelname een *informed consent*-formulier. Zij kregen daarbij ook de mogelijkheid om enkel aan de PJ-training mee te doen en niet aan het onderzoek.

Voor de inschatting van de SES van de deelnemende gezinnen is de hoogste SES van ouders uit één gezin gebruikt. Hiervoor is de Beroepenindeling ROA-CBS (CBS & ROA, 2014) als proxy gebruikt, die vier beroepsniveaus onderscheidt. Beroepsniveau 1: beroepen met elementair en lager niveau, niveau 2: lager en middelbaar niveau, niveau 3: hoger en middelbaar, en niveau 4: wetenschappelijk en hoger niveau. Indien het beroep niet te duiden was volgens de ROA-CBS is uitgegaan van opleidingsniveau overeenkomstig

de ISCO-niveaus. De International Standard Classification of Occupations (ISCO) is een van de beroepenclassificaties die het CBS gebruikt in statistieken over de arbeidsmarkt om beroepen te kunnen indelen naar niveau en richting, en om internationale vergelijkingen te kunnen trekken (CBS & ROA, 2014).

Participanten

De onderzoeksdoelgroep bestaat uit gezinnen met één of meer kinderen van 3 tot en met 8 jaar met gedragsproblemen en/of waarin bij de ouders opvoedproblemen spelen. Data van 116 unieke ouder-kindcombinaties zijn geanalyseerd. Dit betreft gegevens van 58 gezinnen, 77 kinderen (gemiddelde leeftijd; $M = 5,39$, $SD = 1,68$) en 90 ouders (gemiddelde leeftijd; $M = 39,20$, $SD = 4,68$). Er zijn vijftien trainingsgroepen gegeven (zie tabel 1 voor een overzicht van de steekproefgegevens). De steekproef is wat betreft geslacht van de kinderen ongelijk verdeeld: 72,73% van de kinderen is jongen. Het is bekend dat jongens vaker externaliserende gedragsproblemen vertonen dan meisjes (Hassink-Franke, Oud, & Beeres, 2015). De gezinnen zijn afkomstig uit zeven Utrechtse wijken. De omvang van de groep met een hoog beroepsniveau (proxy hoge SES) is relatief groot binnen de steekproef (56,9% beroepsniveau 4, zie tabel 2). 58% van de ouders is in Nederland geboren en 94,4% heeft een Nederlandse nationaliteit.

TABEL 1 *Steekproefgegevens*

Participanten	N
Ouders	90
▶ Moeders	52
▶ Vaders	38
Kinderen	77
▶ Jongens	56
▶ Meisjes	21

TABEL 2 *Beroepsniveau deelnemende ouders*

Beroepsniveau	% ouders
1. Elementair tot lager	0
2. Lager tot middelbaar	19
3. Middelbaar tot hoger	18,1
4. Wo	56,9
Onbekend	6

Pittige Jaren oudergroepen

De PJ-training bestaat uit veertien wekelijkse groepssessies van twee uur en kan verdeeld worden in vier opeenvolgende modules:

- 1 Spelen met je kind: ouders leren zich aan te passen aan het tempo van hun kind en leren de initiatieven van hun kind te volgen in spel (vier sessies).
- 2 Belonen en prijzen van gewenst gedrag: ouders leren ongewenst gedrag naar gewenst gedrag om te zetten (twee sessies).
- 3 Grenzen stellen: ouders leren hoe ze hun kinderen duidelijke en doeltreffende instructies moeten geven (drie sessies).
- 4 Omgaan met ongewenst gedrag: ouders leren technieken zoals time-out, negatieve gevolgen verbinden aan ongewenst gedrag en negeren van ongewenst gedrag om hun kinderen te disciplineren (vijf sessies).

Met deze sessievolgorde wordt beoogd eerst een sterke positieve basis in de ouder-kindrelatie te creëren, voordat wordt ingegaan op het versterken van opvoedtechnieken en op passende wijze inzetten van disciplineren (Webster-Stratton, 2000). Gedurende de training leren ouders met behulp van groepsdiscussies, videofragmenten, rollenspellen en oefeningen voor thuis. Ouders leren vaardigheden zoals contact maken en spelen met hun kind, positief en duidelijk formuleren van opdrachten en verzoeken, prijzen van gewenst gedrag en negeren van ongewenst gedrag (Webster-Stratton, 2000). Na afloop van de veertien sessies is er nog een terugkomsessie (boostersessie) waarin ouders de opgedane kennis kunnen opfrissen of herhalen en ervaringen naar aanleiding van de training kunnen delen. Dergelijke boostersessies kunnen ingezet worden om het vasthouden van behandel-effecten van oudertrainingsinterventies op de langere termijn te stimuleren (Eyberg, Edwards, Boggs, & Foote, 1998).

Instrumenten

Externaliserende gedragsproblemen — Om de mate van externaliserende gedragsproblemen bij de kinderen in kaart te brengen is gebruikgemaakt van de Nederlandstalige versie van de Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ; van Widenfelt, Goedhart, Treffers, & Goodman, 2003). De SDQ brengt psychosociale problemen in kaart door middel van 25 items op een driepunts likertschaal met een bereik van 0-2 (niet waar, beetje waar, zeker waar) en kent een goede betrouwbaarheid en validiteit met een Cronbachs alfa (α) van 0,81 voor de totale schaal in de Nederlandse normpopulatie (van Widenfelt et al., 2003). De items kunnen worden verdeeld in vijf subschalen: hyperactiviteit/aandachtstekort, emotionele problemen, sociale proble-

men, gedragsproblemen en prosociaal gedrag (Berkel et al., 2006). Voor het huidige onderzoek wordt de schaal externaliserende problemen gebruikt voor het meten van externaliserend probleemgedrag. Deze schaal bestaat uit de som van de gedragsproblemenschaal en de hyperactiviteit/aandachtstekortschaal. De schaal externaliserende problemen had een twijfelachtige betrouwbaarheid van $\alpha = 0,63$ op de voormeting, een goede betrouwbaarheid van $\alpha = 0,81$ op de nameting en een acceptabele betrouwbaarheid $\alpha = 0,77$ op de follow-upmeting.

Vijf dimensies van opvoedstijl — De door ouders gebruikte opvoedvaardigheden werden in kaart gebracht met de Nederlandstalige versie van de Alabama Parenting Questionnaire (APQ; Shelton, Frick, & Wootton, 1996). De APQ is opgebouwd uit 42 items op een vijfpunts likertschaal (range nooit (1) tot altijd (5)). Er kan onderscheid gemaakt worden tussen zes subschalen, gebaseerd op de eerdergenoemde vijf dimensies van opvoedstijl van Frick. Voor het onderzoek werd de zesde subschaal overige opvoedtechnieken, niet gebruikt vanwege de onduidelijke meetpretentie.

De totale APQ is als voldoende betrouwbaar beoordeeld, met uitzondering van de schalen gebrek aan monitoring of supervisie en fysiek straffen (Dadds, Maujean, & Fraser, 2003). De schaal positieve betrokkenheid meet de mate van warme en responsieve betrokkenheid van de ouder bij het kind. In het huidige onderzoek zijn de Cronbachs α 's 0,67 en 0,72 op respectievelijk de voor- en nameting. De schaal positieve opvoedtechnieken laat α 's van 0,81 en 0,70 zien. De schaal gebrek aan monitoring en supervisie heeft α 's van 0,34 (voor) en 0,76 (na) in het huidige onderzoek. De schaal inconsistente disciplineren meet hoe consistent ouders zijn in hun opvoeding, met name met betrekking tot het aanpakken van ongewenst gedrag. De schaal had in het huidige onderzoek α 's van 0,64 op de voormeting en 0,60 op de nameting. De schaal fysiek straffen had in het huidige onderzoek α 's van 0,50 en 0,58. Er zijn geen items verwijderd uit de schalen omdat dit niet tot een grotere betrouwbaarheid leidde of omdat de schalen te klein waren.

Data-analyse

Hoe de mate van externaliserende gedragsproblemen bij kinderen en de vijf dimensies van opvoedstijlen veranderen gedurende de deelname aan PJ, is onderzocht met *one-way repeated measures* ANOVA's. Voor de bijbehorende effectgroottes (partial η^2) wordt de vuistregel van Cohen (1988) gebruikt: 0,01 = klein, 0,06 = middelgroot en > 0,14 = groot. Hoe de bovengenoemde constructen onderling samenhangen, werd onderzocht met hiërarchische multiële regressieanalyses (HRA's) per dimensie van opvoeding, waarbij gebruik wordt gemaakt van verschillen voor alle variabelen. Aanvullend is onderzocht of er verschillen zijn in (positieve) gedragsverandering tus-

sen jongens en meisjes, groepen met bepaalde sociaal-economische status en trainers met en zonder ggz-achtergrond. Voorafgaand aan bovenstaande analyses is met *one-way* ANOVA's bekeken of de effecten verschilden tussen woonwijken, trainingsgroepen en trainers. De data bleken voor externaliserende gedragsproblemen niet significant te verschillen tussen woonwijken, trainingsgroepen of trainers.

RESULTATEN

Verandering in externaliserende gedragsproblemen en opvoeding

Er waren 52 UOKC's met volledige data voor voor-, na- en follow-upmeting. Er is een grote significante afname in externaliserende gedragsproblemen bij de kinderen $F(2,102) = 8,826$, $p < 0,001$ (partial $\eta^2 = 0,148$). De afname is significant van voor- naar nameting ($p < 0,001$) en van voor- naar follow-upmeting ($p = 0,016$). De verandering in gedragsproblemen van nameting naar follow-upmeting is niet significant ($p = 1,000$). Zie tabel 3 voor aanvullende informatie over de externaliserende problemen per meetmoment. Met een multiële regressie is aangetoond dat de afname in gedragsproblemen van voor- naar nameting niet significant afhankelijk is van SES $R^2 = 0,013$, adjusted $R^2 = -0,001$, $F(1,72) = 0,931$, $p = 0,338$. Uit one-way ANOVA's blijkt dat de afname in gedragsproblemen niet significant verschild voor groepen die gegeven werden door trainers met of zonder ggz-achtergrond, van voor- naar nameting $F(1,72) = 0,470$, $p = 0,495$, en van voor- naar follow-upmeting $F(1,52) = 0,297$, $p = 0,588$.

De analyses tonen een aantal veranderingen aan in de opvoeddimensies (zie tabel 3). Voor de positieve opvoeddimensies is het volgende gevonden. Positieve betrokkenheid is significant gestegen, $F(2,110) = 4,374$, $p = 0,015$, partial $\eta^2 = 0,074$ (middelgroot effect). De stijging is significant van voor- naar follow-upmeting ($p = 0,039$). Positieve opvoedtechnieken zijn ook significant gestegen, $F(1,771.97,420) = 7,037$, $p = 0,002$, partial $\eta^2 = 0,113$ (middelgroot tot groot effect).² De toename was significant zowel van voor- naar nameting ($p = 0,001$) als van voor- naar follow-upmeting ($p = 0,038$). De omvang van de groep met volledige data voor voor-, na- en follow-upmeting voor deze twee dimensies, was $N = 56$. Voor de negatieve opvoeddimensies zijn de volgende resultaten gevonden. Gebrek aan monitoring of supervisie nam niet significant af, $F(2,92) = 0,389$, $p = 0,672$, partial $\eta^2 = 0,008$, volledige

2 Voor positieve opvoedtechnieken bleken de data niet te voldoen aan de assumptie van sfericiteit (Mauchly's test voor sfericiteit was significant, $p = 0,019$). Daarom zijn de resultaten van de aangepaste/gecorrigeerde test, Huyn-Feldt, gebruikt voor interpretatie.

data, $N = 47$). Daarnaast heeft er een significante afname plaatsgevonden in inconsistente disciplineren, $F(2,110) = 13,116$, $p < 0,001$. Het betreft een grote afname (partial $\eta^2 = 0,193$). De afname was significant van voor- naar na- en follow-up-meting ($p < 0,001$ en $p = 0,002$, volledige data voor-, na- en follow-up-meting, $N = 56$). Tot slot nam fysiek straffen ook significant af, $F(2,106) = 8,017$, $p = 0,001$, partial $\eta^2 = 0,131$ met middelgroot tot groot effect. De afname was significant tussen de voor-, na- en follow-up-meting ($p = 0,005$ en $p = 0,010$, volledige data voor-, na- en follow-up-meting, $N = 54$). Voor alle opvoeddimensies zijn geen significante veranderingen gevonden tussen de nameting en de follow-up-meting.

TABEL 3 *Gemiddeldes (M), standaarddeviaties (SD) en effectgroottes (Cohens d) per meetmoment van de mate van externaliserend probleemgedrag en de vijf opvoeddimensies*

	Voormeting		Nameting		Follow-up		Voor-Na Cohens <i>d</i>	Na-FU Cohens <i>d</i>	Voor-FU Cohens <i>d</i>
	N	M(SD)	N	M(SD)	N	M(SD)			
Externaliserende gedragsproblemen	105	9,38 (3,89)	77	7,33 (3,96)	72	8,07 (3,64)	0,52***	0,19	0,35*
Positieve betrokkenheid	109	37,19 (4,63)	80	38,26 (4,35)	72	38,09 (4,27)	0,24	-0,04	0,20*
Positieve opvoedtechnieken	109	23,99 (2,96)	80	24,86 (2,19)	72	24,67 (2,71)	0,33**	-0,08	0,24*
Gebrek supervisie of monitoring	104	13,45 (3,04)	73	13,79 (3,95)	70	12,84 (2,78)	0,10	-0,28	-0,21
Inconsistente disciplineren	109	16,37 (2,95)	80	14,37 (2,90)	72	14,35 (2,90)	-0,68***	-0,01	-0,69**
Fysiek straffen	107	4,41 (1,33)	80	4,06 (1,20)	72	4,06 (1,28)	-0,28**	0	-0,27*

Noot. FU = Follow-up. Asterisken duiden op significante effecten. * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$

Relatie vijf dimensies van opvoedstijl en externaliserende gedragsproblemen

De resultaten wijzen op de volgende relaties tussen externaliserende gedragsproblemen en de vijf dimensies van opvoedstijl (zie tabel 4). De toename in positieve opvoedtechnieken verklaarde een significante 7,4% van de afname in externaliserende gedragsproblemen, $R^2 = 0,074$, adjusted $R^2 = 0,061$, $F(1,72) = 5,744$, $p = 0,019$. De toename in positieve opvoedtechnieken is in kleine tot middelgrote mate gerelateerd aan een (grotere) afname in externaliserende gedragsproblemen. Na verwijdering van één extreme score in de verschijscore voor de afname in inconsistente disciplineren, correleerde de afname in inconsistente disciplineren niet significant met de afname in gedragsproblemen, $R^2 = 0,050$, adjusted $R^2 = 0,037$, $F(1,71) = 3,756$, $p = 0,057$. Vóór verwijdering van de extreme score was de uitkomst wel significant ($p = 0,043$). Er was geen reden tot twijfel aan de validiteit van deze score, maar deze is toch verwijderd omdat het algemene beeld van de groep vertekend werd.

Er is geen significante correlatie tussen de toename in positieve betrokkenheid en de afname in gedragsproblemen gevonden: positieve betrokkenheid verklaarde geen significant aandeel van de variantie in verandering van gedragsproblemen, $R^2 = 0,049$, adjusted $R^2 = 0,035$, $F(1,72) = 3,679$, $p = 0,059$. De afnames in fysiek straffen en gebrek aan monitoring of supervisie waren ook niet significant gerelateerd aan de afname in gedragsproblemen, $R^2 = 0,024$, adjusted $R^2 = 0,011$, $F(1,71) = 1,764$, $p = 0,188$, $R^2 = 0,000$, adjusted $R^2 = -0,016$, $F(1,63) = 0,000$, $p = 0,989$ (respectievelijk).

TABEL 4 Ongestandaardiseerde (B) en gestandaardiseerde (beta) regressiecoëfficiënten, R squared (R^2), significantie (p) voor elke predictor in een regressiemodel: voorspelling van gedragsproblemen van voor- naar nameting

Variabele	B [95% CI]	Beta	R^2	p
Positieve opvoedtechnieken	-0,332 [-0,608, -0,056]	-0,272	0,074	0,019*
Inconsistente disciplineren	0,206 [-0,006, 0,418]	0,224	0,050	0,057
Positieve betrokkenheid	-0,148 [-0,302, 0,006]	-0,220	0,049	0,059
Fysiek straffen	0,404 [-0,203, 1,011]	0,156	0,024	0,188
Gebrek aan monitoring/supervisie	0,001 [-0,185, 0,188]	0,002	0,000	0,989

Noot. Asterisken duiden op significante effecten, * $p < .05$, ** $p < .01$ en *** $p < .001$

DISCUSSIE

.....

147

Decennialang onderzoek laat een consistente samenhang zien tussen de kwaliteit van ouderlijke opvoedvaardigheden en de prevalentie van gedragsproblemen bij kinderen. Pittige Jaren is een opvoedprogramma dat zich richt op het versterken van de opvoedvaardigheden van ouders, met de verwachting dat daardoor gedragsproblemen afnemen. Echter, of een versterking van opvoedvaardigheden samenhangt met een afname van gedragsproblemen bij PJ is minder uitvoerig onderzocht. Daarom is in de huidige studie onderzocht of een positieve verandering in vijf dimensies van opvoedstijl bij ouders ook daadwerkelijk samenhangt met een (grotere) afname in gedragsproblemen bij kinderen, bij de implementatie van PJ in buurtteams in Utrecht.

PJ is aangeboden in buurtteams met resultaten conform verwachting: externaliserend probleemgedrag van kinderen nam duidelijk af (direct) na deelname aan PJ. De mate van gedragsproblemen blijft ook enkele maanden na de training duidelijk lager dan aan het begin. De gunstige effecten van PJ op externaliserende gedragsproblemen lijken dus na afronding van de training grotendeels te beklijven. Deze resultaten komen ook overeen met eerder onderzoek dat aantoonde dat PJ effectief gedragsproblemen bij kinderen van 3 tot en met 8 jaar significant vermindert (Incredible Years: Webster-Stratton, 2009; Menting et al., 2013; Posthumus et al., 2011). Bovendien bleken er geen verschillen te zijn in gedragsverandering tussen jongens en meisjes en werden vergelijkbare resultaten gevonden wanneer de training aangeboden werd door duo's van getrainde gezinswerkers of door duo's bestaande uit een getrainde gezinswerker en een PJ-gecertificeerde ggz-hulpverlener. Het programma kan dus, met goed effect, worden uitgevoerd in buurtteams.

Voorts is gekeken naar veranderingen in de vijf dimensies van opvoedstijl gedurende deelname aan de training, zoals gerapporteerd door ouders zelf. Er zijn voorlopig significante veranderingen gevonden op vier van de vijf opvoeddimensies: een toename in positieve betrokkenheid en positieve opvoedtechnieken, en een afname in inconsistente disciplineren en fysiek straffen. Het lijkt er dus op dat de interventie PJ gunstige opvoedvaardigheden stimuleert en bepaalde aspecten van ongunstige opvoedvaardigheden vermindert. Deze bevindingen zijn merendeels in lijn met eerder onderzoek naar het effect van oudertrainingen (PJ) op opvoeding van ouders (Gardner & Leijten, 2017; Lindsay et al., 2011; Menting et al., 2013; Posthumus et al., 2011). Een onverwachte bevinding is het uitblijven van een verandering in supervisie of monitoring. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat er in de training naast een kort onderdeel over controle op televisie- en computergebruik, niet veel expliciete aandacht was voor het onderwerp monitoring of supervisie zoals het gebruikte instrument (de APQ) deze in kaart brengt –

met vragen met betrekking tot buitenshuis zijn en spelen. Daarnaast was de betrouwbaarheid van deze schaal op de voormeting onvoldoende, wat wellicht meespeelt in dit resultaat. Als laatste is te zien dat met uitzondering van gebrek aan supervisie of monitoring de gunstige veranderingen in de opvoeddimensies, een paar maanden na afronding ten opzichte van de aanvang van de training nog steeds aanwezig zijn. De effecten van de training lijken voor opvoeddimensies grotendeels te beklijven.

Bovenstaande veranderingen in de opvoeddimensies toonden één belangrijke relatie met de vermindering van externaliserende gedragsproblemen in PJ. De toename in positieve opvoedtechnieken bleek significant samen te hangen met een grotere afname in gedragsproblemen na de training. De veranderingen in positieve betrokkenheid, inconsistente disciplineren, fysiek straffen en gebrek aan monitoring of supervisie toonden geen significante samenhang met de afname in gedragsproblemen. Deze bevindingen suggereren dat met name de positieve veranderingen in opvoedtechnieken die PJ teweeg kan brengen, (deels) de afname in externaliserende gedragsproblemen verklaren. Dit komt overeen met eerder onderzoek dat aantoonde dat verandering in gunstige opvoedvaardigheden als mediator een afname in gedragsproblemen voorspelt en dat verandering in opvoedvaardigheden een belangrijk mechanisme lijkt te zijn voor verandering in het gedrag van kinderen in het PJ-trainingsprogramma (Gardner et al., 2006, 2010). Gezien de voorspellende waarde van opvoedvaardigheden voor een gunstige ontwikkeling van kinderen zijn de sterke en significante veranderingen in opvoedtechnieken zeer relevant.

Kanttekeningen, sterke punten en toekomstig onderzoek

Het huidige onderzoek kent enkele kanttekeningen. Er is sprake van uitval geweest bij zowel de training als het onderzoek. Hierdoor is de steekproefgrootte niet behouden van voor- tot na- tot follow-upmeting. Voornamelijk van voor- naar nameting zijn participanten gestopt met de training en het onderzoek, wat mogelijk de resultaten heeft beïnvloed (kenmerken van de groep die achterblijft zouden kunnen bijdragen aan een positief resultaat). Beargumenteerd kan worden dat de drop-out het gevolg is van te weinig of te grote problemen; er werd echter geen significant verband gevonden tussen de drop-out en de ernst van de gedragsproblemen op de voormeting. Mogelijk heeft het te maken met de tijdsinvestering voor ouders of veranderingen in de weekplanning en/of thuissituatie. Enkele keren werden bijvoorbeeld scheiding, verhuizing of de opvangmogelijkheden van de kinderen genoemd als reden voor het stoppen. Het was echter niet mogelijk om dit voor de gehele steekproef te achterhalen en vervolgens statistisch te toetsen. Participatie- en drop-outredenen die genoemd werden bij een gedragstherapeutische oudertraining in een lage-SES-groep (Gross, Julion, & Fogg, 2001) betroffen bijvoorbeeld ook een gebrek aan tijd, veranderingen van baan of verande-

ringen in het weekprogramma en te veel stress. Voor toekomstig onderzoek valt het achterhalen van redenen voor drop-out aan te raden, omdat dit behulpzaam kan zijn bij het anticiperen op en voorkomen van een hoge drop-out (en daarmee gepaard gaande zorgkosten) en op grotere schaal voor het construeren van zowel haalbare als effectieve trainingen (Gross et al., 2001).

Een tweede kanttekening is het ontbreken van een (wachtlIJst) controle-groep om de doelgroep ook te kunnen vergelijken met een (nog) onbehandelde groep en om de veranderingen in tijd aan deelname aan de interventieconditie toe te kunnen schrijven. De overweldigende hoeveelheid studies die reeds hebben aangetoond dat PJ effectief is (in Nederland en elders, zoals onder andere duidelijk wordt in een meta-analyse van Menting et al., 2013) vormde een contra-indicatie om gezinnen op een wachtlIJst te plaatsen. Mogelijk zijn de resultaten beïnvloed door sociaal wenselijke antwoorden van ouders. Zij hebben zich gedurende langere tijd verbonden aan de training en aan de trainers, wat de wens dat er sprake is van gedragsverandering versterkt kan hebben. Mogelijke effecten van sociale wenselijkheid kunnen verholpen worden door een derde partij (zoals een leerkracht), die niet bij de training betrokken is geweest, ook te laten rapporteren over het gedrag van het kind.

Verder bleek het aantal deelnemers met een hoge SES (op basis van beroepsniveau) oververtegenwoordigd in de steekproef en was er weinig variatie in de culturele achtergrond van de participanten. Dit is problematisch omdat kinderen in gezinnen met een lage SES en/of een migratieachtergrond minstens evenveel internaliserende en externaliserende problemen ervaren als Nederlandse leeftijdsgenoten, maar zij blijven ondervertegenwoordigd in de geestelijke gezondheidszorg (Huey & Polo, 2017; Zwirs et al., 2007). Wel dient opgemerkt te worden dat PJ al gewenst, haalbaar en effectief bewezen is voor deze bevolkingsgroep, nota bene in dezelfde stad als het huidige onderzoek (Leijten, Raaijmakers, Orobio de Castro, van den Ban, & Matthys, 2017) en juist niet voor gezinnen met een hoge SES-achtergrond. Sociaal-economische achterstand is aangewezen als een risicofactor voor problemen in functioneren van zowel kind als ouders en voor opvoedmoeilijkheden (Campbell, Shaw, & Gilliom, 2000) en als sterke interfererende factor bij positieve behandeluitkomst van gedragstherapeutische oudertrainingen (Assenany & McIntosh, 2002). SES bleek in de huidige onderzoeksgroep niet gerelateerd aan de ernst van de gedragsproblemen bij aanvang van de training en toonde geen samenhang met de afname van gedragsproblemen na de training.

Een zeer sterk punt is het longitudinale design in een natuurlijke setting: de training is uitgevoerd door gezinswerkers in buurtteams. Dit is positief voor de externe validiteit ten aanzien van toepassing in de praktijk. PJ kent zowel voor de praktijk als voor gebruik in wetenschappelijke studies een sterke controle op en daarmee consistentie van uitvoering. Trainers volgen een driedaagse training, ontvangen supervisie tijdens het traject en

maken gebruik van uitgebreide handleidingen en checklists voor de sessies. Op deze wijze is het mogelijk gebleken de interventie in de dagelijkse praktijk van een buurtteam in een grote stad uit te voeren. Dit is niet alleen goedkoper, maar ook belangrijk voor gezinnen, die zo de oudergroep kunnen uitvoeren met een vertrouwde, blijvende en nabije gezinswerker die de buurt(mogelijkheden) goed kent, zonder (weer) verwezen te worden naar een nieuw en tijdelijk traject bij een ggz-instelling. Het huidige onderzoek heeft naast wetenschappelijk waardevolle informatie ook nuttige kennis opgeleverd over de implementatie van een evidence-based training in de praktijk.

Over factoren zoals SES, afkomst en geslacht is al veel bekend met betrekking tot gedragsproblemen en de behandeling daarvan. Er is echter minder bekend over zaken zoals hoe ouders beter gefaciliteerd kunnen worden om mee te doen, uitval te voorkomen, de haalbaarheid te verhogen en hoe bepaalde andere factoren in het gezin (zoals ouderlijke psychopathologie en andere problemen in de thuissituatie) meespelen in de behandeluitkomst.

Conclusie

Al met al heeft het huidige onderzoek laten zien dat PJ door buurtteams ingezet kan worden om gezinnen te helpen opvoedvaardigheden te versterken en zelf gedragsproblemen bij hun kind te verminderen. Na de training zijn inconsistente disciplineren en fysiek straffen verminderd en positieve betrokkenheid en positieve opvoedtechnieken toegenomen. De resultaten suggereren dat de toename in positieve opvoedtechnieken in het bijzonder een werkingsmechanisme vormt achter de positieve gedragsverandering in de Pittige Jaren oudergroepen.

Romy S. Snetselaar is als junior onderzoeker verbonden aan de afdeling Ontwikkelingspsychologie, Universiteit Utrecht.

Juliëtte M. Liber is universitair docent, afdeling Ontwikkelingspsychologie, Universiteit Utrecht. Cognitief gedragstherapeut VGCT, orthopedagoog in opleiding tot orthopedagoog generalist.

Barbara R. Hendriksen was als onderzoeker en Pittige Jaren trainer verbonden aan de afdeling Ontwikkelingspsychologie, Universiteit Utrecht.

Bram Orobio de Castro is als hoogleraar verbonden aan de afdeling Ontwikkelingspsychologie, Universiteit Utrecht en aan de afdeling Orthopedagogiek, Universiteit van Amsterdam.

Correspondentieadres: Romy. S. Snetselaar, Universiteit Utrecht, Martinus J. Langeveldgebouw, Heidelberglaan 1, 3584 CS Utrecht. E-mailadres: r.s.snetselaar@uu.nl.

Summary *Empowering parent groups in community care: Improved parenting techniques and less behaviour problems after participating in the Incredible Years program*

Externalizing behaviour problems in young children occur frequently and have major short- and long-term consequences for the individual and their environment. Incredible Years (IY) is an effective behavioral parent training program for reducing behaviour problems in young children aged 3 to 8 through the strengthening of parenting skills. However, it is unclear whether the intervention can effectively be provided by community care teams. The IY-program has been implemented in community care teams in the city of Utrecht. The current research uses questionnaires to examine changes in externalizing behaviour problems in children and changes in the dimensions of parenting style (supervision/monitoring, inconsistent discipline, corporal punishment, parental involvement, and positive parenting techniques) at pre, post and follow-up measurements. Data were complete for pre and post measures for 77 unique parent-child combinations. Behavioral problems, inconsistent discipline and corporal punishment decreased significantly, and positive involvement and positive parenting techniques increased significantly after completion of the IY-program. The observed increase in positive parenting techniques is significantly related to the decrease in behavior problems. This study shows that IY fits well in the transformed Dutch youth care and makes it plausible that change occurs according to the theoretical working mechanism of IY.

Keywords *externalizing behaviour problems, parenting style, Incredible Years*

Literatuur

- Alizadeh, S., Abu Talib, M. B., Abdullah, R., & Mansor, M. (2011). Relationship between parenting style and children's behavior problems. *Asian Social Science*, 7, 195-200.
- Armstrong, M. I., Birnie-Lefcovitch, S., & Ungar, M. T. (2005). Pathways between social support, family well-being, quality of parenting, and child resilience: What we know. *Journal of Child and Family Studies*, 14, 269-281.
- Assenany, A. E., & McIntosh, D. E. (2002). Negative treatment outcomes of behavioral parent training programs. *Psychology in the Schools*, 39, 209-219.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall Inc.
- Brewer, E. J., McPherson, M., Magrab, P. R., & Hutchins, V. L. (1989). Family-centered, community-based, coordinated care for children with special health care needs. *Pediatrics*, 83, 1055-1060.
- Campbell, S. (2002). *Behaviour problems in preschool children: Clinical and developmental issues* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Campbell, S. B., Shaw, D. S., & Gilliom, M. (2000). Early externalizing behavior problems: Toddlers and preschoolers at risk for later maladjustment. *Development and Psychopathology*, 12, 467-488.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) & Research Centre for Education and the Labour Market (ROA). (2014). *Beroepenindeling ROA-CBS 2014*. Geradpleegd op www.cbs.nl/nl-nl/onze-diensten/methoden/classificaties/onderwijs-en-beroepen/beroepenclassificatie--isco-en-sbc--

- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Dadds, M. R., Maujean, A., & Fraser, J. A. (2003). Parenting and conduct problems in children: Australian data and psychometric properties of the Alabama Parenting Questionnaire. *Australian Psychologist*, 38, 238-241.
- Darling, N., & Steinberg, L. (2017). Parenting style as context: An integrative model. In R. Zukauskienė (Ed.), *Interpersonal development* (pp. 161-170). London: Routledge.
- DeGarmo, D. S., Patterson, G. R., & Forgatch, M. S. (2004). How do outcomes in a specified parent training intervention maintain or wane over time? *Prevention Science*, 5, 73-89.
- Deković, M., Asscher, J., & Stoltz, S. (2017). Intervenieren in opvoeding bij (ernstige) gedragsproblemen van kinderen en adolescenten. In M. H. van IJzendoorn & L. van Rosmalen (red.), *Pedagogiek in beeld* (pp. 205-216). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Eyberg, S. M., Edwards, D., Boggs, S. R., & Foote, R. (1998). Maintaining the treatment effects of parent training: The role of booster sessions and other maintenance strategies. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5, 544-554.
- Frick, P. J. (1991). *The Alabama Parenting Questionnaire*. Unpublished instrument, University of Alabama, Tuscaloosa.
- Gardner, F., Burton, J., & Klimes, I. (2006). Randomised controlled trial of a parenting intervention in the voluntary sector for reducing child conduct problems: Outcomes and mechanisms of change. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 1123-1132.
- Gardner, F., Hutchings, J., Bywater, T., & Whitaker, C. (2010). Who benefits and how does it work? Moderators and mediators of outcome in an effectiveness trial of a parenting intervention. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 39, 568-580.
- Gardner, F., & Leijten, P. (2017). Incredible Years parenting interventions: Current effectiveness research and future directions. *Current Opinion in Psychology*, 15, 99-104.
- Gardner, F., Leijten, P., Harris, V., Mann, J., Hutchings, J., Beecham, J., ... Seabra-Santos, M. J. (2019). Equity effects of parenting interventions for child conduct problems: A pan-European individual participant data meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 6, 518-527.
- Gershoff, E. T., & Grogan-Kaylor, A. (2016). Spanking and child outcomes: Old controversies and new meta-analyses. *Journal of Family Psychology*, 30, 453-469.
- Gross, D., Julion, W., & Fogg, L. (2001). What motivates participation and dropout among low-income urban families of color in a prevention intervention? *Family Relations*, 50, 246-254.
- Hannigan, L. J., Walaker, N., Waszczuk, M. A., McAdams, T. A., & Eley, T. C. (2017). Aetiological influences on stability and change in emotional and behavioural problems across development: A systematic review. *Psychopathology Review*, 4, 52-108.
- Hassink-Franke, L., Oud, M., & Beeres, M. (2015). Gedragsproblemen bij jonge kinderen. *Huisarts en wetenschap*, 58, 378-381.
- Hoeve, M., Dubas, J. S., Eichelsheim, V. I., van der Laan, P. H., Smeenk, W., & Gerris, J. R. (2009). The relationship between parenting and delinquency: A meta-analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 37, 749-775.
- Huey, S. J., Jr., & Polo, A. J. (2018). Evidence-based psychotherapies with ethnic minority children and adolescents. In J. R. Weisz & A. E. Kazdin (Eds.), *Evidence-based psychothera-*

- pies for children and adolescents* (pp. 361-378). New York: The Guilford Press.
- Huisman, J., Flapper, B. C. T., Kalverdijk, L. J., L'Hoir, M. P., & van Weel, E. A. F. (2010). Gedragsproblemen bij het jonge kind. In *Gedragsproblemen bij kinderen* (pp. 11-12). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Kazdin, A. E. (2007). Mediators and mechanisms of change in psychotherapy research. *Annual Review of Clinical Psychology*, 13, 1-27.
- Lansford, J. E., Sharma, C., Malone, P. S., Woodlief, D., Dodge, K. A., Oburu, P., ... Alampay, L. P. (2014). Corporal punishment, maternal warmth, and child adjustment: A longitudinal study in eight countries. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 43, 670-685.
- Leijten, P., Raaijmakers, M. A., Orobio de Castro, B. O., Posthumus, J. A., & Matthys, W. (2011). Oudertraining Incredible Years effectief bij gedragsprobleem jong kind. *Jeugd en Co Kennis*, 5(3), 17.
- Leijten, P., Raaijmakers, M. A., Orobio de Castro, B., van den Ban, E., & Matthys, W. (2017). Effectiveness of the incredible years parenting program for families with socioeconomically disadvantaged and ethnic minority backgrounds. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 46, 59-73.
- Lindsay, G., Strand, S., & Davis, H. (2011). A comparison of the effectiveness of three parenting programmes in improving parenting skills, parent mental-wellbeing and children's behaviour when implemented on a large scale in community settings in 18 English local authorities: The parenting early intervention pathfinder (PEIP). *BMC Public Health*, 11, 962.
- Loeber, R., Burke, J. D., & Pardini, D. A. (2009). Development and etiology of disruptive and delinquent behavior. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5, 291-310.
- Lokalis. (2019). *Over ons*. Utrecht: auteurs. Geraadpleegd op www.lokalis.nl/over-lokalis
- Matthys, W. C. H. J. (2011). *Nieuwe inzichten in gedragsstoornissen bij kinderen* (Afscheidsrede). Universiteit Utrecht, Utrecht, pp. 10-11.
- McCart, M. R., Priester, P. E., Davies, W. H., & Azen, R. (2006). Differential effectiveness of behavior parent-training and cognitive behavioral therapy for antisocial youth: A meta-analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 34, 527-541.
- Melby, J. N., Conger, R. D., Book, R., Reuter, M., Lucy, L., & Repinski, D. (1998). *The Iowa Family Interaction Rating Scales* (5th ed.). Unpublished manuscript, Ames Institute for Social and Behavioral Research, Iowa State University, Ames.
- Menting, A. T. A., Orobio de Castro, B., & Matthys, W. (2013). Effectiveness of the Incredible Years parent training to modify disruptive and prosocial child behavior: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 33, 901-913.
- Miller-Lewis, L. R., Baghurst, P. A., Sawyer, M. G., Prior, M. R., Clark, J. J., Arney, F. M., & Carbone, J. A. (2006). Early childhood externalising behaviour problems: Child, parenting, and family-related predictors over time. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 34, 886-901.
- Mulvaney, M. K., & Mebert, C. J. (2007). Parental corporal punishment predicts behavior problems in early childhood. *Journal of Family Psychology*, 21, 389-397.
- Murray, J., & Farrington, D. P. (2010). Risk factors for conduct disorder and delinquency: Key findings from longitudinal studies. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 55, 633-642.

- Patterson, G. R. (2016). Coercion theory: The study of change. In T. J. Dishion & J. Snyder (Eds.), *The Oxford handbook of coercive relationship dynamics* (pp. 7-22). Oxford/New York: Oxford University Press.
- Patterson, G. R., Reid, J. B., & Dishion, T. J. (1992). *Antisocial boys* (Vol. 4). Eugene, OR: Castalia Pub Co.
- Pinquart, M. (2017). Associations of parenting dimensions and styles with externalizing problems of children and adolescents: An updated meta-analysis. *Developmental Psychology*, 53, 873-932.
- Posthumus, J. A., Raaijmakers, M. A. J., Maassen, G. H., van Engeland, H., & Matthys, W. (2011). Sustained effects of Incredible years as a preventive intervention in preschool children with conduct problems. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 40, 487-500.
- Prevatt, F. F. (2003). The contribution of parenting practices in a risk and resiliency model of children's adjustment. *British Journal of Developmental Psychology*, 21, 469-480.
- Prins, P. J. M., Bosch, J. D., & Braet, C. (Eds.). (2011). *Methoden en technieken van gedragstherapie bij kinderen en jeugdigen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, pp. 95, 97.
- Prinz, P. (2004). Externaliserend probleemgedrag en opvoeding bij kinderen van vier tot negen jaar. *Kind en Adolescent*, 25, 55-67.
- Romeo, R., Knapp, M., & Scott, S. (2006). Economic cost of severe antisocial behavior in children – and who pays it. *British Journal of Psychiatry*, 188, 547-553.
- Scott, S., Briskman, J., & O'Connor, T. G. (2014). Early prevention of antisocial personality: Long-term follow-up of two randomized controlled trials comparing indicated and selective approaches. *American Journal of Psychiatry*, 171, 649-657.
- Shelton, K. K., Frick, P. J., & Wootton, J. (1996). Assessment of parenting practices in families of elementary school-age children. *Journal of Clinical Child Psychology*, 25, 317-329.
- Sprinkhuizen, A., van den Bosch, A., Goeptar, H., Sok, K., & Scholte, M. (2013). Samenwerken in de wijk: Actuele analyse van sociale wijkteams. Utrecht: Movisie.
- Stoolmiller, M. (2001). Synergistic interaction of child manageability problems and parent-discipline tactics in predicting future growth in externalizing behavior for boys. *Developmental Psychology*, 37, 814-825.
- Thomas, E. J., & Rothman, J. (2013). *Intervention research: Design and development for human service*. New York: Routledge.
- Tremblay, R. E., Nagin, D. S., Séguin, J. R., Zoccolillo, M., Zelazo, P. D., Boivin, M., ... Japel, C. (2004). Physical aggression during early childhood: Trajectories and predictors. *Pediatrics*, 114, e43-e50.
- Vaillancourt, T., Brittain, H. L., McDougall, P., & Duku, E. (2013). Longitudinal links between childhood peer victimization, internalizing and externalizing problems, and academic functioning: Developmental cascades. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 41, 1203-1215.
- van Berckel, A., Crone, M. R., Neppelenbroek, S., Spijkers, E., Vellema, M., & Vogels, A. G. C. (2006). Handleiding voor het gebruik van de SDQ binnen de jeugdgezondheidszorg. Zutphen: Markant Congressen.
- van Widenfelt, B. M., Goedhart, A. W., Treffers, P. D., & Goodman, R. (2003). Dutch version of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). *European Child & Adolescent Psychiatry*, 12, 281-289.
- Webster-Stratton, C. (2000). *The incredible years training series*. Washington, DC: US Department of Justice, Office

- of Justice Programs, Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention, pp. 1-24.
- Webster-Stratton, C. (2001). The incredible years: Parents, teachers, and children training series. *Residential Treatment for Children & Youth*, 18, 31-45.
- Webster-Stratton, C. (2007). Negeren. In *Pittige Jaren* (pp. 85-93). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Webster-Stratton, C. (2009). *Pittige Jaren*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Zwirs, B. W., Burger, H., Schulpen, T. W., Wiznitzer, M., Fedder, H., & Buitelaar, J. K. (2007). Prevalence of psychiatric disorders among children of different ethnic origin. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35, 556-566.

Evidence-based behandelen bij kinderen en adolescenten

Kan de therapeutische alliantie bijdragen
aan het optimaliseren van behandelproces
en behandeluitkomst?

JULIËTTE M. LIBER

Samenvatting

De afgelopen vijftig jaar zijn interventieonderzoekers en behandelaren er niet in geslaagd om de bescheiden uitkomsten van psychotherapie voor kinderen en jeugdigen te verbeteren, concluderen Weisz en collega's op basis van tijdtrends in een recent verschenen meta-analyse (2019). Deze teleurstellende bevindingen onderstrepen de noodzaak voor interventieonderzoekers en therapeuten om samen te werken aan nieuwe invalshoeken voor interventieonderzoek en zo bij te dragen aan het optimaliseren van behandeling. Dit kan door handelingsgerichte strategieën voor therapeuten te formuleren, te toetsen of die daadwerkelijk leiden tot effectiever behandelen en deze op te nemen in master- en postmasteropleidingen. Als aanzet daartoe wordt in dit artikel een theoretische, modelmatige weergave besproken van de werking van therapie voor kinderen en adolescenten. De wetenschappelijke bevindingen wat betreft de rol van therapeutische alliantie voor het optimaliseren van het behandelproces worden ook weergegeven en besproken. Betoogd wordt hoe modelmatig denken betere handelingsadviezen kan bieden. Empirische ondersteuning voor het model wordt besproken. Daarbij is expliciet aandacht voor internaliserende versus externaliserende problemen, voor de rol van de therapeutische alliantie en empirisch ondersteund effectief handelen.

Trefwoorden: kinder- en jeugd psychotherapie, therapeutische alliantie, therapeutisch proces, behandeluitkomst

Kernboodschappen voor de klinische praktijk

- ▶ De afgelopen vijftig jaar is de mate waarin kinderen en jeugdigen van behandeling profiteren niet toegenomen. In die vijftig jaar is er echter wel kennis vergaard met behulp waarvan we behandelingen kunnen optimaliseren. Kennis over de technische en therapeutische werkingsmechanismen kan helpen om behandeling te personaliseren en daarmee optimaliseren.
- ▶ Het therapeutisch proces bevat meer dan therapeutische alliantie, en biedt daarmee ook meer aangrijpingspunten om verandering bij kinderen, jeugdigen en hun gezinnen te kunnen bewerkstelligen.
- ▶ We dienen ons als therapeuten meer te verdiepen in studies naar werkingsmechanismen van behandelingen en gepersonaliseerde behandeling, juist ook bij gebruik van geprotocolleerde behandelingen.

INLEIDING

.....

Aan het begin van 2019 werd een artikel gepubliceerd dat een schokgolf teweegbracht onder interventieonderzoekers en hulpverleners. In dat artikel werd de vraag gesteld of psychotherapie voor kinderen en adolescenten de afgelopen vijftig jaar betere resultaten is gaan laten zien, en het antwoord daarop bleek een volmondig 'nee'. Weisz en collega's (2019) voerden een meta-analyse uit waarin 453 gerandomiseerde en gecontroleerde studies (RCT's) zijn opgenomen uit de periode 1960-2017. In de meta-analyse zijn de gegevens van 31.933 jeugdigen geïncludeerd. De auteurs onderzochten tijdtrends en toonden aan dat de afgelopen vijf decennia het gemiddelde effect van psychotherapieën voor angst niet significant toenam, voor ADHD niet significant afnam, en voor depressie en gedragsproblemen significant afnam. Gegeven de grote investeringen in verbeteringen van behandeling zouden velen een substantiële vergroting van effecten over tijd hebben verwacht. De investeringen van de afgelopen jaren lijken dus niet tot grotere effecten te hebben geleid.

Deze bevindingen roepen verschillende vragen op: Klopt wetenschappelijk gezien de conclusie van Weisz en collega's dat psychotherapie voor kind en jeugd de afgelopen vijftig jaar geen betere resultaten is gaan laten zien? Zo ja, hoe kunnen we deze resultaten verklaren en wat zijn de implicaties voor de klinische praktijk? Wetenschappelijk gezien komen de resultaten overtuigend over, er is grondig gekeken naar factoren die de resultaten mogelijk kunnen verklaren of vertekenen. Ongeveer 30-50% van de verschillen in effectiviteit tussen studies wordt bepaald door de verschillen in kenmerken tussen de studies. Desalniettemin zijn er ook verschillen tussen eerdergenoemde probleemgebieden, te weten angst, depressie, gedragsproblemen en ADHD. Wanneer de resultaten uit de meta-analyse nader beschouwd worden, dan blijkt dat er bij angst gemiddeld genomen effectief behandeld

werd en wordt (Hedges $g = 0,66$, wat geïnterpreteerd kan worden als een middelgroot tot groot effect). Ten aanzien van depressie (beperkt effect van psychotherapie voor depressie: Hedges $g = 0,30$) blijkt dat in de loop der jaren in toenemende mate ernstiger populaties zijn opgenomen in klinische studies, wat mogelijk het afnemen van de gevonden effectgroottes over tijd verklaart. De onderzoeken naar ADHD (beperkt effect van psychotherapie voor ADHD: Hedges $g = 0,33$) en onderzoeken naar gedragsproblemen (middelgroot effect van psychotherapie voor gedragsproblemen: Hedges $g = 0,50$) laten echter geen verandering of een afname in behandel-effect zien, met name wanneer gecorrigeerd wordt voor studiekenmerken zoals het gebruik van objectieve maten of voortijdige uitval uit de studie.

Weisz en collega's geven verschillende (klinische) verklaringen voor de tegenvallende resultaten. De belangrijkste verklaringen die zij noemen zijn de volgende:

- ▶ Interventieprogramma's zijn weinig veranderd, hoogstens verwaterd.
- ▶ Er is onvoldoende kennis over daadwerkelijke veranderingsmechanismen.
- ▶ Behandelprogramma's zijn weinig flexibel bij het inspelen op flux (verandering van klinisch beeld gedurende het behandeltraject) en comorbiditeit.
- ▶ Reeds lang geleden is het plafond bereikt van wat aan therapeutisch effect verwacht kan worden.
- ▶ De eisen die de huidige maatschappij stelt aan jongeren zijn geïntensifieerd en daarmee is de druk op de jeugd toegenomen.
- ▶ Weisz vraagt zich verder af of praten met hulpverleners in een kamertje nog aansluit bij de belevingswereld van de huidige jeugd.

Van elk van deze verklaringen is het aannemelijk dat deze in meer of mindere mate meespelen bij het verklaren van de tegenvallende vooruitgang. Weisz en collega's betogen vervolgens dat we nieuwe manieren moeten vinden om interventieonderzoek te doen én dit te vertalen naar effectiever behandelen, in plaats van dat we energie steken in het ontwikkelen van nieuwe behandelprogramma's die niet 'beter' werken. Bij de vraag waar wij als veld nu naartoe moeten, leggen ze de nadruk op het in kaart brengen van werkingsmechanismen en het personaliseren van behandeling.

De bevindingen van Weisz en collega's roepen verschillende vragen op: Kunnen we bestaande behandelingen optimaliseren, zodat deze effectiever zijn dan de behandelingen die onderzocht werden in streng gecontroleerde studies die vervolgens opgenomen werden in de meta-analyse van Weisz en collega's? Waar heeft de weerbarstige klinische praktijk behoefte aan? Dit artikel betoogt dat alhoewel de door Weisz en collega's naar voren gebrachte verklaringen wellicht valide zijn, we over die onderwerpen reeds veel kennis hebben opgedaan. Deze kennis wordt mogelijk onvoldoende benut bij

het opzetten van streng gecontroleerde studies en onvoldoende benut bij besluitvorming rondom lopende behandelingen in de klinische praktijk. De kennis die we hebben dient om te beginnen vertaald te worden naar handelingsadviezen voor zowel wetenschap als praktijk, zodat dit resulteert in effectiever en meer evidence-based behandelen.

De huidige opleidingen bieden kennis en theoretische modellen om gefundeerd en geavanceerd psychodiagnostiek uit te voeren en een gedegen empirisch ondersteund behandeladvies te formuleren. Ook veel behandelprogramma's bevatten gedegen uitgewerkte en goed onderbouwde theoretische kaders (zie de groei aan 'goed onderbouwde' interventies in de databank van het NJI). Dergelijke kaders richten zich merendeels op 'probleem', 'verklaring' en 'oplossing', en slechts beperkt op 'proces'. Behandelprogramma's bestaan uit bewezen effectieve technische onderdelen (de therapeutische technieken) zoals cognitieve herstructurering, exposure, *contingency management* of werkgeheugentraining. In de loop van het therapeutisch proces lijken therapeuten vervolgens geneigd om besluitvorming te baseren op 'klinische intuïtie' in plaats van op wetenschappelijke (klinische) kennis en empirisch gefundeerde (klinische) vaardigheden, en er ontstaat zogenaamde *therapist drift* (Waller & Turner, 2016).

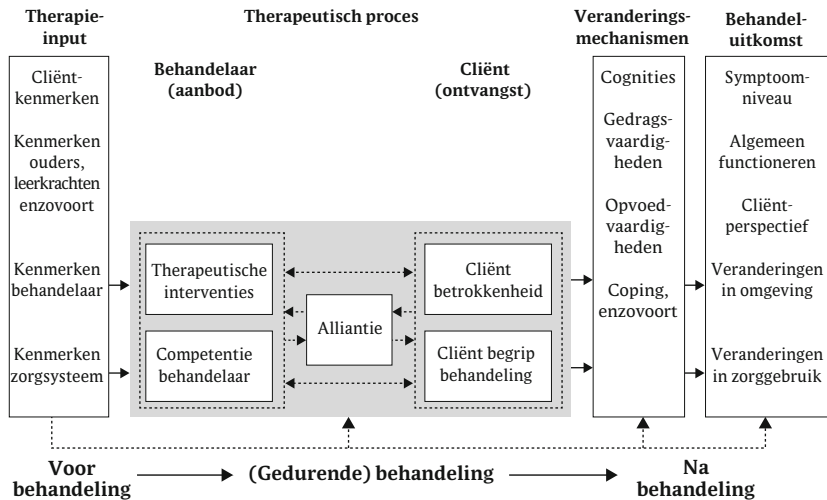
Alhoewel het onderzoeksveld naar therapeutische processen bij kind en jeugd nog in ontwikkeling is, is er op een aantal onderdelen een schat aan informatie beschikbaar die kan helpen om geïnformeerd (evidence-based) keuzes te maken ten aanzien van het vormgeven en tijdig bijsturen van het therapeutisch proces. Het optimaliseren van behandeluitkomst zoals Weisz en collega's aanbevelen, kan ook bereikt worden door het optimaliseren en personaliseren van het handelen van therapeuten bij het inzetten van de huidige, nieuwe en oude, empirisch onderbouwde behandelprogramma's. Evidence-based programma's en evidence-based technieken vormen de bouwstenen voor gepersonaliseerde en geoptimaliseerde behandelprocessen.

HET THERAPEUTISCH PROCES

.....

Het theoretisch model van Fjermestad, McLeod, Tully en Liber (2016) beschrijft hoe behandeluitkomst tot stand komt. In het overkoepelende model wordt onderscheid gemaakt tussen de *therapie-input*, het *therapeutisch proces*, de *veranderingsmechanismen* en de *behandeluitkomst* (zie figuur 1). Het therapeutisch proces wordt vervolgens verder uitgesplitst in enerzijds *generieke en specifieke of technische interventies* die behandelaren inzetten (generiek: gedrag van behandelaren, technisch/specifiek: therapeutische technieken zoals exposure of cognitieve herstructurering, ook wel 'ingredienten' of 'kernels' genoemd) en de *competentie* van behandelaren daarbij, en anderzijds in factoren die te maken hebben met de cliënt: *betrokkenheid* bij en in de behandeling, en *begrip* van de behandeling. De vier procesfactoren

(te weten: interventies, competentie, betrokkenheid en begrip van behandeling) laten volgens dit model een samenspel zien dat gefaciliteerd wordt door een vijfde procesfactor: de relatie tussen therapeut en cliënt, de zogeheten *therapeutische alliantie*. Bij de behandeling van kinderen verwijst therapeutische alliantie zowel naar de affectieve relatie tussen behandelaar en cliënt ('band') als naar de mate van overeenstemming tussen behandelaar en cliënt over de therapeutische taken die nodig zijn om de therapiedoelen te behalen ('taken') (Fjermestad et al., 2016; Liber et al., 2007).



FIGUUR 1 *Theoretisch model van verandering in psychotherapie voor kinderen en jongeren (Fjermestad et al., 2016)*

Wanneer op basis van dit model over 'behandelproces' gesproken wordt, dan wordt het veranderingsproces bedoeld dat tussen aanmelding en sluiten van het dossier plaatsvindt. De betekenis van 'behandelproces' is daarmee breder dan de gewone betekenis van 'behandelproces' of 'therapeutisch proces' in de praktijk. Behandeling wordt normaliter ingezet ná een diagnostische fase, maar in dit model wordt meegenomen dat verandering reeds plaats kan vinden door de beantwoording van een onderkende of verklarende hulpvraag. Om de op de diagnostische fase volgende behandelingen te kunnen optimaliseren en personaliseren is begrip nodig van de werking van therapie. Daarbij dient aandacht te zijn zowel voor de technische aspecten van de werking van de behandelprogramma's (en kennis daarvan), als voor de mogelijkheden van het therapeutisch proces als werkingsmechanisme.

Met de technische aspecten van het werkingsmechanisme wordt bedoeld: de inzet van een therapeutische techniek met de verwachting dat dit tot een bepaalde verandering bij de cliënt (of het cliëntsysteem) leidt, waardoor

klachten afnemen of het welzijn toeneemt. Ter illustratie: bij een cliënt verwacht een therapeut dat de inzet van cognitieve herstructurering (technisch aspect) leidt tot een verbetering in cognitieve copingvaardigheden (veranderingsmechanisme), en daarmee tot een afname van depressieve klachten (behandeluitkomst).

Met therapeutisch proces als werkingsmechanisme wordt bedoeld dat factoren uit het behandelproces tezamen leiden tot een klachtenreductie. Ter illustratie, een behandelaar gebruikt bij een adolescent met een lichte verstandelijke beperking eenvoudige woorden en korte zinnen en brengt extra structuur en voorspelbaarheid aan in de sessie (competenties). Daarmee bevordert de behandelaar de werkrelatie (therapeutische alliantie), die er weer toe bijdraagt dat de cliënt beter zijn aandacht erbij kan houden, de cliënt haakt niet af (betrokkenheid bij de behandeling). De grotere betrokkenheid bij de behandeling draagt ertoe bij dat de cliënt dat wat besproken wordt beter begrijpt (begrip behandeling), wat een positieve invloed heeft op de mate waarin de cliënt van de behandeling profiteert (behandeluitkomst).

In de voorgaande illustraties zijn de twee werkingsmechanismen kunstmatig gescheiden, zoals ook bij empirisch onderzoek gedaan wordt bij het toetsen van hypothesen. In therapie zijn deze mechanismen met elkaar verweven. In het model wordt alliantie op een centrale plek in het werkingsmechanisme van het therapeutisch proces weergegeven. Deze centrale plek kan betwist worden wanneer de empirische bewijsvoering in oenschouw genomen wordt.

De dynamiek van en tussen therapeutische alliantie en de verschillende factoren die het behandelproces vormgeven, hun onderlinge beïnvloeding en de relatie met een meer of minder gunstige behandeluitkomst zullen hieronder besproken worden, evenals suggesties voor optimalisering en personalisering van behandeluitkomst die uit de bespreking voortvloeien.

THERAPEUTISCHE ALLIANTIE EN BEHANDELUITKOMST

.....

In 2011 publiceerde McLeod een meta-analyse naar de relatie tussen therapeutische alliantie en behandeluitkomst bij kinderen en jongeren. Een gunstiger therapeutische alliantie hing zoals verwacht samen met een gunstiger behandeluitkomst. De sterkte van die relatie bleek echter zeer beperkt (klein effect). Dit was wellicht net zo'n onverwacht resultaat als de bevindingen van Weisz en collega's (2019). Dit is bovendien in sterk contrast met de spookverhalen die in sommige opleidingen de ronde doen (bijvoorbeeld 'therapeutische alliantie verklaart 70% van het behandelresultaat' in de gz-topleiding en de opleiding tot cognitief gedragstherapeut). De resultaten van twee andere meta-analyses ondersteunen McLeods bevindingen wat betreft de bescheiden relatie tussen de therapeutische alliantie en een meer of minder gunstig behandelresultaat (respectievelijk Shirk & Karver,

2003 en Karver, De Nadai, Monahan, & Shirk, 2018). Ondanks de bescheiden bevindingen wat betreft de rol van alliantie werden in de meta-analyse van McLeod uit 2011 verscheidene andere noemenswaardige bevindingen gedaan; de sterkte van de therapeutische alliantie met behandeluitkomst verschilde namelijk voor bepaalde doelgroepen. Een sterkere relatie tussen therapeutische alliantie en behandeluitkomst werd gevonden voor kinderen versus adolescenten, voor gezinnen die zelf hulp zochten versus gezinnen die hulp kregen in een gedwongen kader, en voor jeugdigen die in behandeling kwamen voor externaliserende problemen versus jeugdigen die een gemengd beeld lieten zien. Dat wil zeggen dat wanneer de therapeutische alliantie als positiever beoordeeld wordt, meer verandering verwacht kan worden bij kinderen, wanneer er zelf hulp is gezocht, en/of wanneer er sprake is van externaliserende problemen of een gemengd beeld. Dit wil niet zeggen dat gezinnen die gestuurd zijn naar hulpverlening of adolescenten met internaliserende problematiek *minder* profiteren, alleen dat de *mate* waarin zij veranderen *minder* door therapeutische alliantie beïnvloed wordt. Alhoewel niet significant verschillend, komt uit de meta-analyse van Karver en collega's (2018) een vergelijkbaar beeld naar voren wat betreft internaliserende versus externaliserende problemen: de therapeutische alliantie laat bij internaliserende problemen op behandeluitkomst een klein tot matig effect zien ($r = 0,19$), en bij kinderen met externaliserende problemen een matig tot groot effect voor de relatie tussen therapeutische alliantie en behandeluitkomst ($r = 0,28$).

Opvallend in de meta-analyse van McLeod (2011) is dat de sterkte van de relatie tussen therapeutische alliantie en behandeluitkomst met het vorderen van de behandeling toeneemt. De therapeutische alliantie aan het begin van behandeling laat een verwaarloosbare relatie met een gunstiger behandeluitkomst zien, terwijl de alliantie aan het einde van behandeling een gemiddeld tot grote relatie met een gunstiger behandel-effect laat zien. Dat alliantie een causale factor is in het veranderingsproces, is wetenschappelijk gezien dan ook niet aangetoond. De bevindingen uit empirische studies en meta-analyses suggereren enerzijds dat een gunstiger therapeutische alliantie mede een gevolg kan zijn van andere factoren (zoals afname van klachten), in plaats van een opzichzelfstaande factor. Anderzijds suggereren de bevindingen dat het bevorderen van de therapeutische alliantie gedurende de behandeling kan bijdragen aan een gunstiger behandelresultaat. Dit sluit aan bij het eerder geschetste theoretische model waarbij therapeutische alliantie beschouwd wordt als een facilitator, katalysator of mediator in andere processen en niet per se als een causale factor.

Therapeutische alliantie bij gezinsbehandeling laat in een recente meta-analyse eveneens een significante relatie met een gunstiger behandeluitkomst zien ($r = 0,18$, klein tot matig effect). Er werden geen significante verschillen tussen informanten gevonden, maar wel significante effecten voor probleemtype. Bij gezinsbehandeling lijkt het effect voor internaliserende

versus externaliserende problemen tegengesteld aan kindgerichte behandeling: de relatie tussen therapeutische alliantie en een gunstiger behandeluitkomst bleek significant voor internaliserende problemen ($r = 0,44$), en niet significant voor externaliserende problemen ($r = 0,00$) (Welmers van de Poll et al., 2018).

THERAPIE-INPUT, THERAPEUTISCHE ALLIANTIE EN BEHANDELUITKOMST

.....

Wanneer therapeutische alliantie als een onderdeel van het werkingsmechanisme beschouwd wordt in plaats van als een geïsoleerd ingrediënt, dan biedt dit aangrijpingspunten voor het optimaliseren en personaliseren van behandeling en behandeluitkomst. Kennis over welke kenmerken van de cliënt en zijn systeem een gunstigere therapeutische relatie voorspellen, in hoeverre deze kenmerken beïnvloedbaar zijn en de verschillende mechanismen beïnvloeden, kan bijdragen tot optimalisering van het behandelproces.

Uit onderzoek naar de behandeling van internaliserende stoornissen (angst en/of depressie) bij jeugdigen komt naar voren dat cliëntkenmerken zoals copingstijl, motivatie, geloof in de behandeling (zogenoeten *treatment credibility*) en kwaliteit van interpersoonlijke relaties samenhangen met therapeutische alliantie en alliantieontwikkeling (Chu, Skriner, & Zandberg, 2014; Fjermestad et al., 2018; Levin, Henderson, & Ehrenreich-May, 2012). Een gunstiger copingstijl van de jongere bleek samen te hangen met een snellere groei in therapeutische alliantie bij angstige jongeren (Chu et al., 2014). Een door de jeugdige gunstiger ervaren hechting bleek samen te hangen met een door de jongere positiever ervaren therapeutische alliantie bij aanvang van transdiagnostische behandeling van jongeren met angst en/of depressie (Levin et al., 2012). Uit dezelfde studie kwam naar voren dat jongeren die meer sociale steun uit hun gezin ontvangen een gunstiger geobserveerde therapeutische alliantie bij aanvang laten zien. Een gunstiger *treatment credibility* bij de jeugdige voorspelde niet alleen een gunstiger therapeutische alliantie bij aanvang van behandeling, maar ook een toename van therapeutische alliantie gedurende de loop van de behandeling (Fjermestad et al., 2018).

Studies naar onder andere mishandelde adolescenten, jeugdigen in residentiële centra en jeugdigen met externaliserende problemen wijzen wat betreft belemmeringen voor de vorming en kwaliteit van de therapeutische alliantie op cliëntkenmerken zoals de rol van de ernst van de problematiek, de leeftijd van de cliënt, intellectuele en sociale vaardigheden van de jeugdigen, sociale of interpersoonlijke relaties van ouders, de kwaliteit van de interpersoonlijke relaties van jongeren zelf, en de verwachtingen van ouders (Ayotte, Lanctôt, & Tourigny, 2016; Eltz, Shirk, & Sarlin, 1995; Kazdin & Durbin, 2012; Kazdin & McWhinney, 2018; Kazdin & Whitley, 2006). Meisjes in residentiële centra die ernstiger problemen en externaliserende

problemen rapporteerden bleken een beduidend minder gunstige therapeutische alliantie te ervaren ten opzichte van meisjes in dezelfde residentiële centra met minder ernstige problemen of andere problemen (Ayotte et al., 2016). Mishandelde adolescenten met psychiatrie lieten een ongunstiger therapeutische alliantie bij de start van de behandeling zien ten opzichte van niet-mishandelde adolescenten met psychiatrie. 'Mishandeling' voorspelde niet een toe- of afname van therapeutische alliantie, maar het uitblijven van een gunstige alliantie voorspelde een ongunstig behandelresultaat in de groep mishandelde jongeren (Eltz et al., 1995). Onderzoek naar de behandeling van kinderen met een oppositioneel-opstandige gedragsstoornis liet zien dat sociaal competentere kinderen, met gunstiger intellectuele vaardigheden, een gunstiger therapeutische alliantie vormden (Kazdin & Durbin, 2012). Ook eigenschappen van ouders kunnen van invloed blijken te zijn op de vorming van alliantie, en vervolgens op behandeluitkomst bij ouderbegeleiding voor kinderen met gedragsproblemen: ouders die zichzelf als meer sociaal competent beschreven en meer interpersoonlijke relaties hadden voorafgaand aan de ouderbegeleiding lieten een gunstiger therapeutische alliantie zien en profiteerden meer van behandeling (Kazdin & McWhinney, 2018; Kazdin & Whitley, 2006).

Voorgaande bevindingen suggereren dat het optimaliseren van behandeluitkomst voor sommige populaties via een gunstiger alliantie kan verlopen, alhoewel een omgekeerd proces niet uitgesloten kan worden (klachtenreductie draagt bij aan een gunstiger alliantie). In overeenstemming met het model beschouwen we alliantie als een mediator, katalysator of facilitator. Alliantie kan dan wellicht bevorderd worden via het verbeteren van copingstijl, treatment credibility, en het versterken van sociale steun bij jeugdigen met internaliserende problemen. Bij kinderen met externaliserende problemen kan dit proces wellicht verlopen via het verbeteren van de sociale vaardigheden, het beter afstemmen op intellectuele vaardigheden van cliënten en het versterken van de competenties van hun ouders.

De levens van jeugdigen met externaliserende problematiek worden vaker gekenmerkt door interpersoonlijke problemen: kinderen met externaliserende problemen vertonen vaker conflictueuze relaties met ouders, leerkrachten, broers en zussen, en leeftijdsgenoten (onder andere Broidy et al., 2003; Sabol & Pianta, 2012). Recente onderzoeken laten zien dat deze relaties bidirectioneel zijn (Myers & Pianta, 2008; Pardini, Fite, & Burke, 2008): het hebben van conflictueuze relaties beïnvloedt de mate van externaliserende problemen bij kinderen en omgekeerd. Jeugdigen nemen deze relatiepatronen mee wanneer zij een behandeltraject beginnen, waar relaties niet alleen bidirectioneel maar ook tridirectioneel zijn: ouders, kind of jeugdige en behandelaar, en daarmee complex om vorm te geven. Er wordt dan ook verondersteld dat het therapeutisch proces bij externaliserende problemen anders verloopt: bij externaliserende problemen kan het over-

brengen van therapie-inhoud belemmerd worden door een minder gunstige therapeutische relatie.

In de eerdergenoemde studie door Ayotte en collega's (2016) werd reeds gezien dat meisjes met externaliserende problemen een minder gunstige therapeutische alliantie ervaarden ten opzichte van meisjes met minder ernstige of andere problemen. Twee eigen studies illustreren de verschillende relaties tussen therapeutische alliantie en behandeluitkomst bij internaliserende versus externaliserende problematiek. De therapeutische alliantie werd als voorspeller voor behandeluitkomst in kaart gebracht bij 52 kinderen met een angststoornis in studie 1, en bij 44 kinderen met disruptief gedrag in studie 2. Beide studies betroffen kinderen van 8-12 jaar, en in beide studies werd hetzelfde observatie-instrument (TPOCS-A; Liber et al., 2007) volgens dezelfde procedure ingezet om de therapeutische alliantie in kaart te brengen. De therapeutische alliantie aan het begin van de behandeling werd bij internaliserende problemen met gemiddeld 3,69 (SD = 0,67) door getrainde observatoren beoordeeld op een schaal van 0 (helemaal niet), 2-3 (enigszins) tot 5 (in grote mate) (Liber et al., 2010). Bij kinderen met disruptief gedrag lag het gemiddelde oordeel van de observatoren over de therapeutische alliantie aan het begin van de behandeling beduidend lager, namelijk op 2,73 (SD = 0,69) (Liber, Vuijk, de Groot-Zijlstra, & de Boo, 2016). Alleen in de tweede studie werd een (marginale) relatie tussen alliantie en behandeluitkomst gevonden, waarbij een gunstiger relatie samenhangt met een gunstiger behandeluitkomst. Door de aanzienlijke verschillen tussen de studies kunnen hier geen conclusies aan verbonden worden. De bevindingen suggereren slechts dat er bij de behandeling van kinderen met externaliserende problemen meer ruimte is voor het optimaliseren van de therapeutische alliantie, en dat optimalisatie mogelijk bijdraagt aan een gunstigere behandeluitkomst.

THERAPEUTISCHE INTERVENTIES EN THERAPEUTISCHE ALLIANTIE

.....

Voor het optimaliseren en personaliseren van behandeluitkomst lijkt dus kennis over welk gedrag van de behandelaar bijdraagt aan een gunstiger alliantie van belang. Zoals eerder genoemd kan bij therapeutische interventies onderscheid gemaakt worden tussen generieke interventies en specifieke interventies die door therapeuten ingezet worden. Specifieke interventies betreffen het gebruik van therapeutische technieken (zoals exposure). Steeds meer studies laten zien dat de inzet van bepaalde technieken (specifieke interventies) bij bepaalde probleemclusters samenhangt met een gunstiger behandelresultaat (Chorpita & Daleiden, 2009; Garland, Hawley, Brookman-Frazee, & Hurlburt, 2008; Peris et al., 2017). Generieke therapeutische interventies betreffen gedrag van de behandelaar dat gericht is op het bevorderen van het therapeutisch proces. Denk bijvoorbeeld aan het

aanpassen van woordgebruik aan kinderen met een cognitief lager niveau. Onderzoek naar generieke interventies die een gunstiger alliantie of grotere betrokkenheid voorspellen bij internaliserende problemen laten bijvoorbeeld een bevorderende rol zien voor het structureren van sessies, het opstellen als een medestander, warmte en empathie tonen, het behandelmodel bespreken (gunstiger therapeutische alliantie), aandacht voor ervaringen van jongeren, aanpassen van oefeningen aan de mogelijkheden en interesse van jongeren, en het bespreken van verwachtingen van de therapie (grotere betrokkenheid). Generieke interventies die ongunstig uitpakken betreffen bijvoorbeeld het overmatig structureren van sessies, de jeugdige pushen om iets te vertellen, bekritisieren en overmatig veel informatie van de cliënt uit eerdere sessies terughalen (een overzicht is terug te vinden in Fjermestad et al., 2016). Onderzoek naar generieke therapeutische interventies die een (on)gunstiger therapeutische alliantie voorspellen bij de behandeling van externaliserende problemen is schaars.

THERAPEUTISCHE ALLIANTIE, BETROKKENHEID BIJ BEHANDELING EN BEHANDELUITKOMST

.....

Onderzoek laat verder een samenhang zien tussen de kwaliteit van de therapeutische alliantie en de betrokkenheid (*involvement of engagement*) van de cliënt bij de behandeling (Schley, Yuen, Fletcher, & Radovini, 2012; Thompson, Bender, Lantry, & Flynn, 2007). Dat wil zeggen dat wanneer de therapeutische alliantie gunstiger is, dit samenhangt met een grotere betrokkenheid bij de behandeling zowel binnen als buiten de sessies. Die betrokkenheid lijkt direct van invloed op de mate waarin cliënten veranderen (Chu & Kendall, 2004; Hudson et al., 2014; Lindheim & Kolko, 2010). Fjermestad en collega's (2016) definiëren *involvement* als betrokkenheid *binnen* de sessies bij de behandeling. Betrokkenheid van cliënten bij de behandeling kan merkbaar zijn aan cliëntgedrag (bijvoorbeeld verbaliseren), affect (bijvoorbeeld ervaren of uiten van emoties) en cognities (bijvoorbeeld uitdagen van angstige cognities). Sommige studies scharen onder het concept *involvement* ook therapietrouw, het maken van huiswerk, en het oefenen van nieuwe vaardigheden buiten de sessies. Bij externaliserende problemen is een persistent probleem niet alleen de betrokkenheid van cliënten bij de behandeling *in* de sessie, maar ook het maken van huiswerk, therapietrouw en het voorkomen van voortijdige uitval. Deze doelgroep wordt gekenmerkt door een hoge mate (30-50%) van voortijdig stopzetten van behandeling (of niet meer op komen dagen) (Kazdin & Wassell, 2000). Wanneer een gunstiger alliantie tot een grotere betrokkenheid bij behandeling kan leiden, en daarmee dat meer kinderen een volledige(r) behandeling krijgen, kan dit mogelijk ook tot een gunstiger behandel-effect leiden (Shadish, Navarro, Matt, & Phillips, 2000).

THERAPEUTISCHE ALLIANTIE, BEGRIP VAN BEHANDELING EN
BEHANDELUITKOMST

167

.....

Het model veronderstelt dat een gunstiger therapeutische alliantie samenhangt met een beter begrip van de behandeling bij de cliënt, en dat dit vervolgens samenhangt met een gunstiger behandeluitkomst (zie figuur 1). Met 'begrip van de behandeling' of *client comprehension* wordt de mate bedoelt waarin de cliënt gedurende de behandeling laat zien dat hij het materiaal dat gebruikt wordt begrijpt. 'Begrip van de behandeling' richt zich daarmee op de mate waarin de cliënt laat zien dat hij de informatie, boodschap of 'lessen' en vaardigheden uit de therapiesessies kan bevatten, terwijl 'betrokkenheid van de cliënt bij de behandeling' zich richt op (actieve) deelname aan therapeutische activiteiten. Begrip omvat zowel generieke als specifieke componenten, net als de onderdelen 'competentie' en 'technieken'. Generiek of algemeen begrip van de behandeling betreft begrip van de overstijgende behandelrationale. Alhoewel onderzoek naar de relatie tussen 'begrip van behandeling' en een meer of minder gunstige behandeluitkomst zeer schaars is, wordt in sommige *feasability-studies* aandacht besteed aan dit thema. Onder de specifieke component 'begrip van de behandeling' kan begrip van therapieonderdelen verstaan worden, bijvoorbeeld waarom of hoe cognitieve herstructurering of een gedragsexperiment werkt. Begrip van behandeling vertegenwoordigt een belangrijke stap in het veranderingsproces van de cliënt (Doss, 2004). Het ligt voor de hand dat het bewerkstelligen van behandelbegrip bij sommige populaties extra uitdagend is, zoals bij persoonlijkheidsproblematiek, externaliserende problemen of een (lichte) verstandelijke beperking. Bij beperkte cognitieve of neuropsychologische vaardigheden kan de aard van de problematiek ertoe leiden dat het begrip van therapieonderdelen bemoeilijkt wordt (bijvoorbeeld moeite met abstractievermogen, beperkt volgehouden aandacht, problemen met werkgeheugen). Verschillende publicaties bieden handvatten voor het aanpassen van (cognitieve gedrags)therapie aan de cognitieve mogelijkheden van jeugdigen met een lichte verstandelijke beperking (van den Boogaard, Boven, Berg, van den Blokenhoeve, & Drost, 2020; Wit, Moonen, & Douma, 2011).

DISCUSSIE: IMPLICATIES VOOR INTERVENTIEONDERZOEKERS EN
BEHANDELAREN

.....

Terug naar de publicatie van Weisz en collega's (2019). Wat is er dan aan de hand met de evolutie van onze hulpverlening? Weisz en collega's betoogden dat in de loop der jaren bewezen effectieve behandelprogramma's mogelijk in variaties zijn herhaald, zonder na te gaan of het veronderstelde werkingsmechanisme wel 'werkt'. Dit betekent niet dat we de huidige (mo-

gelijk verwaterde) programma's overboord moeten gooien, maar vooral dat we na moeten gaan welke mechanismen wel en welke mechanismen niet bijdragen aan verandering bij de diverse problematieken en doelgroepen. Bij 'werkingsmechanisme' wordt vaak gedacht aan de technische aspecten of de technieken uit behandeling. In aanvulling daarop wil ik het belang van het therapeutisch proces als werkingsmechanisme en als potentiële ingang om behandeling te optimaliseren benadrukken.

In aanvulling op het voorgaande dient gezegd te worden dat we niet altijd weten wat er 'in de therapiekamer' gebeurt, laat staan van welke mechanismen er mogelijk sprake is. Onderzoek wijst uit dat wanneer specifieke interventies met grotere intensiteit ingezet worden dit samenhangt met een gunstiger behandelresultaat (Hurlburt, Garland, Nguyen, & Brookman-Frazee, 2010; Peris et al., 2017). Een positieve houding ten aanzien van het gebruik van evidence-based technieken wil nog niet zeggen dat therapeuten die technieken frequent in hun behandeling inzetten (Garland et al., 2010). Ergo, wanneer geobserveerd wordt wat therapeuten 'doen' en wat zij 'menen te doen' dan blijkt hier een belangrijk verschil tussen te zijn: therapeuten bieden minder therapeutische technieken aan, of in een lagere intensiteit, dan zij zelf menen te doen, zoals uit observatie bleek (Carroll, Martino, & Rounsaville, 2010; Hurlburt et al., 2010). Niet alleen het opleiden tot correct gebruik van therapeutische technieken is relevant, maar ook monitoring en supervisie om het afdwalen van behandelaren te voorkomen ('therapist drift'; Waller & Turner, 2016), en de zelfoverschatting van de tijd die verondersteld wordt besteed te zijn aan therapie-inhoud (Carroll et al., 2010).

De tweede belangrijke verklaring die door Weisz genoemd werd betrof rigiditeit van behandelprotocollen. Hij stelde daarbij voor om behandeling meer gepersonaliseerd aan te bieden, zoals bij modulaire behandeling. Uit onderzoek bleek echter dat modulaire behandeling niet tot betere resultaten leidt in vergelijking met behandeling met behandelprogramma's waarin één probleem centraal stond (Chorpita et al., 2013), wel werden de effecten sneller bereikt. Uit de studie van Chorpita en collega's (2013) kwam nog een belangrijke bevinding naar voren, namelijk dat de controlecondities (zogenoemde 'monobehandeling' en *care as usual*) het goed doen. Wanneer twee behandelingen minimaal redelijk werken, wordt het aantonen van de meerwaarde van de ene behandelmethode over de andere behandelmethode moeilijk omdat daar grote onderzoekspopulaties voor nodig zijn. Ook werd betoogd dat de rigiditeit van behandelprotocollen effectiever behandelen mogelijk in de weg zit. Dit argument is echter niet aannemelijk, omdat men zich ook flexibel kan opstellen bij protocollair werken (Kendall, Chu, Gifford, Hayes, & Nauta, 1998). Therapeutische alliantie bleek bijvoorbeeld niet gunstiger of ongunstiger voor geprotocolleerde behandeling versus niet geprotocolleerde behandeling (McLeod, 2016).

Ten slotte betoogden Weisz en collega's dat we ons meer dienen te verdiepen in studies naar werkingsmechanismen en gepersonaliseerde behande-

ling. Zowel internationaal als nationaal is er sinds een à twee decennia een sterke onderzoeksrichting ingezet die zich richt op de studie naar wat, wanneer, bij wie, en onder welke condities werkt. Sterker nog, ZonMw (een toonaangevende Nederlandse financieringsbron) heeft meerjarenprogramma's uitgeschreven op dit thema en maakt zich sterk voor het implementeren van klinisch relevante bevindingen in de klinische praktijk. In Nederland beginnen de resultaten uit deze studies vorm te krijgen in het oprichten van nieuwe lectoraten, het instellen van nieuwe leerstoelen, succesvolle promotietrajecten, publicaties in vakbladen en publicaties op de website van ZonMw. Het onderwijzen van gedrag van de behandelaar (bijvoorbeeld structureren maar niet overstructureren, als samenwerkingspartner opstellen maar niet als *best friend forever* (BFF)) en keuzes van behandelaars gedurende een behandelproces (bijvoorbeeld welke technieken, in welke frequentie en intensiteit, en op welk niveau) die bijdragen aan gepersonaliseerde en mogelijk succesvollere therapieën kunnen bovendien richting geven aan de inhoud van master- en post-masteropleidingen en trainingen.

Evidence-based behandelen verdient en heeft de aandacht in Nederland. Maar evidence-based behandelen behelst meer dan het aanbieden van evidence-based programma's en evidence-based technieken. Evidence-based behandelen betekent ook dat het therapeutisch proces evidence-based wordt ingericht, en daarin is ruimte voor verbetering.

BESLUIT: THERAPEUTISCH PROCES ALS WERKINGSMECHANISME

.....

Therapie bij kinderen en jeugdigen is complex doordat er sprake is van tridirectionele relaties (ouders, jeugdigen en hulpverleners). Deze relaties zijn belangrijk omdat ze als transportmiddel kunnen dienen voor specifieke therapeutische interventies (zoals exposure-oefeningen, cognitieve herstructurering en gedragsmodificatie) (Catty, 2004). Een gunstiger therapeutische alliantie kan daarmee de technische en procesmatige werkingsmechanismen versterken of belemmeren, met name bij externaliserende problemen. Met het vorderen van therapie nemen deze processen toe in complexiteit en raken de verschillende aspecten in toenemende mate met elkaar verstrengeld. Mogelijk dat daarom therapeutische alliantie met name aan het einde van de behandeling samenhangt met een gunstiger behandeluitkomst. De bijdrage onderzoeken van afzonderlijke factoren uit het therapeutisch proces, terwijl die juist gezamenlijk een behandeling vormgeven, wordt daardoor bemoeilijkt. De vraag is tegelijkertijd of dit wenselijk is, omdat de onderdelen die het therapeutisch proces vormen samen meer zijn dan de optelsom van de losse onderdelen, en er met het opsplitsen van het proces per definitie een gedeelte van de validiteit verloren gaat. Het is dan ook belangrijk om niet *alleen* naar evidence-based technieken te kijken, noch *alleen* naar alliantie of *alleen* naar alliantiebevorderend gedrag. Het gaat met name om de

optelsom van keuzes en gedragingen zowel aan de kant van de behandelaar als aan de kant van de cliënt die gedurende een behandelproces tezamen tot grote variatie kunnen leiden. De keuzes en gedragingen van de therapeut dienen idealiter geïnformeerd, onderbouwd en weloverwogen genomen te worden. Over evidence-based behandelprogramma's en therapiefactoren is een groeiende hoeveelheid kennis voorhanden. Helaas is er in het veld van kinder- en jeugd psychotherapie weinig wetenschappelijk onderzoek voorhanden naar de *dynamiek* tussen de verschillende factoren die samen het therapeutisch proces vormen.

Als behandelaren voelen we ons moreel geroepen om *al* onze cliënten zo effectief mogelijk te behandelen. Het is goed om te bedenken dat ondanks de tegenvallende vooruitgang in behandel-effect we door geïnformeerd keuzes te maken en bewust het behandelproces en alle aspecten van het therapeutisch proces vorm te geven, we voor sommige cliënten juist (extra) verschil kunnen maken.

Juliëtte M. Liber is universitair docent, afdeling Ontwikkelingspsychologie, Universiteit Utrecht. Cognitief gedragstherapeut VGt, orthopedagoog in opleiding tot orthopedagoog generalist. *Correspondentieadres:* Universiteit Utrecht, Ontwikkelingspsychologie, Heidelberglaan 1, 3584 CS Utrecht. E-mailadres: j.m.liber@uu.nl.

Summary *Evidence-based treatment of children and adolescents: Can therapeutic alliance contribute to optimizing the treatment process and treatment-outcome?*

The past fifty years, treatment outcome researchers and clinicians did not succeed in improving outcomes of youth psychotherapy, according to Weisz et al. (2019). Weisz et al. analyzed time trends in a recent meta-analysis. These disappointing results underline the need for researchers and clinicians to collaborate in developing new approaches in intervention research to optimize treatment outcome. This can be realized by translating research findings on effective therapist behaviors to practice-based guidelines for clinicians, testing the effects of such translation research and, if proven effective, integrating these findings in master and postmaster educational programs. A theoretical model on the working mechanisms of youth psychotherapy is presented with a focus on the role of therapeutic alliance. This model aims to explain why some youth benefit more and others less. It is argued how the application of this model can be used for empirically informed clinical decision making. The empirical support of the model is portrayed, addressing specifically the role of therapeutic alliance and the role of internalizing versus externalizing disorders.

Keywords *youth psychotherapy, therapeutic alliance, therapeutic process, treatment outcome*

Literatuur

- Ayotte, M. H., Lanctôt, N., & Tourigny, M. (2016). How the working alliance with adolescent girls in residential care predicts the trajectories of their behavior problems. *Residential Treatment for Children & Youth*, 33, 135-154.
- Broidy, L. M., Tremblay, R. E., Brame, B., Fergusson, D., Horwood, J. L., Laird, R., ... Vitaro, F. (2003). Developmental trajectories of childhood disruptive behaviors and adolescent delinquencies: A six-site, cross-national study. *Developmental Psychology*, 39, 222-245.
- Carroll, K. M., Martino, S., & Rounsaville, B. J. (2010). No train, no gain? *Clinical Psychology: Science and Practice*, 17, 36-40.
- Catty, J. (2004). 'The vehicle of success': Theoretical and empirical perspectives on the therapeutic alliance in psychotherapy and psychiatry. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 77, 255-272.
- Chorpita, B. F., & Daleiden, E. L. (2009). Mapping evidence-based treatments for children and adolescents: Application of the distillation and matching model to 615 treatments from 322 randomized trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 566-579.
- Chorpita, B. F., Weisz, J. R., Daleiden, E. L., Schoenwald, S. K., Palinkas, L. A., Miranda, J., ... Ward, A. (2013). Long-term outcomes for the Child STEPs randomized effectiveness trial: A comparison of modular and standard treatment designs with usual care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81, 999-1009.
- Chu, B. C., & Kendall, P. C. (2004). Positive association of child involvement and treatment outcome within a manual-based cognitive-behavioral treatment for children with anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 821-829.
- Chu, B. C., Skinner, L. C., & Zandberg, L. J. (2014). Trajectory and predictors of alliance in cognitive behavioral therapy for youth anxiety. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 43, 721-734.
- de Wit, M., Moonen, X., & Douma, J. (2011). *Richtlijn effectieve interventies LVB*. Utrecht: Landelijk Kenniscentrum LVG.
- Doss, B. D. (2004). Changing the way we study change in psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11, 368-386.
- Eltz, M. J., Shirk, S. R., & Sarlin, N. (1995). Alliance formation and treatment outcome among maltreated adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 19, 419-431.
- Fjermestad, K. W., Lerner, M. D., McLeod, B. D., Wergeland, G. J. H., Haugland, B. S. M., Havik, O. E., ... Silverman, W. K. (2018). Motivation and treatment credibility predict alliance in cognitive behavioral treatment for youth with anxiety disorders in community clinics. *Journal of Clinical Psychology*, 74, 793-805.
- Fjermestad, K. W., McLeod, B. D., Tully, C. B., & Liber, J. M. (2016). Therapist characteristics and interventions: Enhancing alliance and involvement. In S. Maltzman (Ed.), *The Oxford handbook of treatment processes and outcomes in psychology: A multidisciplinary, biopsychosocial approach* (pp. 97-119). Oxford: Oxford University Press.
- Garland, A. F., Brookman-Frazee, L., Hurlburt, M. S., Accurso, E. C., Zoffness, R. J., Haine-Schlagel, R., & Gangner, W. (2010). Mental health care for children with disruptive behavior problems: A view inside therapists' offices. *Psychiatric Services*, 61, 788-795.

- Garland, A. F., Hawley, K. M., Brookman-Frazee, L., & Hurlburt, M. S. (2008). Identifying common elements of evidence-based psychosocial treatments for children's disruptive behavior problems. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47, 505-514.
- Hudson, J. L., Kendall, P. C., Chu, B. C., Gosch, E., Martin, E., Taylor, A., & Knight, A. (2014). Child involvement, alliance, and therapist flexibility: Process variables in cognitive-behavioural therapy for anxiety disorders in childhood. *Behaviour Research and Therapy*, 52, 1-8.
- Hurlburt, M. S., Garland, A. F., Nguyen, K., & Brookman-Frazee, L. (2010). Child and family therapy process: Concordance of therapist and observational perspectives. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 37, 230-244.
- Karver, M. S., De Nadai, A. S., Monahan, M., & Shirk, S. R. (2018). Meta-analysis of the prospective relation between alliance and outcome in child and adolescent psychotherapy. *Psychotherapy*, 55, 341-355.
- Kazdin, A. E., & Durbin, K. A. (2012). Predictors of child-therapist alliance in cognitive-behavioral treatment of children referred for oppositional and antisocial behavior. *Psychotherapy*, 49, 202-217.
- Kazdin, A. E., & McWhinney, E. (2018). Therapeutic alliance, perceived treatment barriers, and therapeutic change in the treatment of children with conduct problems. *Journal of Child and Family Studies*, 27, 240-252.
- Kazdin, A. E., & Wassell, G. (2000). Predictors of barriers to treatment and therapeutic change in outpatient therapy for antisocial children and their families. *Mental Health Services Research*, 2, 27-40.
- Kazdin, A. E., & Whitley, M. K. (2006). Pretreatment social relations, therapeutic alliance, and improvements in parenting practices in parent management training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 346-355.
- Kendall, P. C., Chu, B., Gifford, A., Hayes, C., & Nauta, M. (1998). Breathing life into a manual: Flexibility and creativity with manual-based treatments. *Cognitive and Behavioral Practice*, 5, 177-198.
- Levin, L., Henderson, H. A., & Ehrenreich-May, J. (2012). Interpersonal predictors of early therapeutic alliance in a transdiagnostic cognitive-behavioral treatment for adolescents with anxiety and depression. *Psychotherapy*, 49, 218-230.
- Liber, J. M., McLeod, B. C., van Widenfelt, B. M., van der Leeden, A. J. M., Utens, E. M. W. J., & Treffers, P. D. A. (2010). Therapist adherence and therapeutic alliance in a treatment outcome study for childhood anxiety disorders. *Behavior Therapy*, 41, 172-186.
- Liber, J. M., van der Leeden, A. J., Sauter, F., & Treffers, P. D. A. (2007). Therapeutische alliantie: De TPOCS-A: Een observatie-codeersysteem voor het beoordelen van de band tussen cliënt en therapeut bij kinderpsychotherapie. *Kind en Adolescent*, 28, 20-31.
- Liber, J. M., Vuijk, P., de Groot-Zijlstra, E., & de Boo, G. (2016). Persoonlijkheid van kinderen met disruptief gedrag en de vorming van vroege therapeutische alliantie. *Gedragstherapie*, 49, 370-394.
- Lindheim, O., & Kolko, D. J. (2010). Trajectories of symptom reduction and engagement during treatment for childhood behavior disorders: differences across settings. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 38, 995-1005.
- McLeod, B. D. (2011). Relation of the alliance with outcomes in youth psy-

- chotherapy: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 31, 603-616.
- McLeod, B. D., Jensen-Doss, A., Tully, C. B., Southam-Gerow, M. A., Weisz, J. R., & Kendall, P. C. (2016). The role of setting versus treatment type in alliance within youth therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 84, 453-464.
- Myers, S. S., & Pianta, R. C. (2008). Developmental commentary: Individual and contextual influences on student-teacher relationships and children's early problem behaviors. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37, 600-608.
- Pardini, D. A., Fite, P. J., & Burke, J. D. (2008). Bidirectional associations between parenting practices and conduct problems in boys from childhood to adolescence: The moderating effect of age and African-American ethnicity. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36, 647-662.
- Peris, T. S., Caporino, N. E., O'Rourke, S., Kendall, P. C., Walkup, J. T., Albano, A. M., ... Sakolsky, D. (2017). Therapist-reported features of exposure tasks that predict differential treatment outcomes for youth with anxiety. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 56, 1043-1052.
- Sabol, T. J., & Pianta, R. C. (2012). Recent trends in research on teacher-child relationships. *Attachment & Human Development*, 14, 213-231.
- Schley, C., Yuen, K., Fletcher, K., & Rado-vini, A. (2012). Does engagement with an intensive outreach service predict better treatment outcomes in 'high-risk' youth? *Early Intervention in Psychiatry*, 6, 176-184.
- Shadish, W. R., Navarro, A. M., Matt, G. E., & Phillips, G. (2000). The effects of psychological therapies under clinically representative conditions: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 126, 512-529.
- Shirk, S. R., & Karver, M. (2003). Prediction of treatment outcome from relationship variables in child and adolescent therapy: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 452-464.
- Thompson, S. J., Bender, K., Lantry, J., & Flynn, P. M. (2007). Treatment engagement: Building therapeutic alliance in home-based treatment with adolescents and their families. *Contemporary Family Therapy*, 29, 39-55.
- van den Boogaard, M., Boven, S., Berg, M., van den Blokenhoeve, J., & Drost, J. W. (2020). *Cognitieve gedragstherapie bij jeugdigen met een licht verstandelijke beperking en een psychische stoornis*. Utrecht: Academische Werkplaats Kajak.
- Waller, G., & Turner, H. (2016). Therapist drift redux: Why well-meaning clinicians fail to deliver evidence-based therapy, and how to get back on track. *Behaviour Research and Therapy*, 77, 129-137.
- Weisz, J. R., Kuppens, S., Ng, M. Y., Vaughn-Coaxum, R. A., Ugueto, A. M., Eckshtain, D., & Corteselli, K. A. (2019). Are psychotherapies for young people growing stronger? Tracking trends over time for youth anxiety, depression, attention-deficit/hyperactivity disorder, and conduct problems. *Perspectives on Psychological Science*, 14, 216-237.
- Welmens-van de Poll, M. J., Roest, J. J., van der Stouwe, T., van den Akker, A. L., Stams, G. J. J. M., Escudero, V., ... de Swart, J. J. W. (2018). Alliance and treatment outcome in family-involved treatment for youth problems: A three-level meta-analysis. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 21, 146-170.

Walging als de motor achter voedselrestrictie in anorexia nervosa

KLASKE A. GLASHOUWER & PETER J. DE JONG

Samenvatting

In dit artikel presenteren we een theoretisch model waarin we beschrijven hoe de emotie ‘walging’ kan helpen om te begrijpen waarom mensen met anorexia nervosa (AN) doorgaan met het vermijden van voedsel ondanks dat ze uitgehongerd raken. Walging kenmerkt zich door intens negatieve gevoelens van weerzin en een overweldigende reflexmatige drang tot vermijding die heel moeilijk is te weerstaan. Wanneer het eten van voedsel walging uitlokt bij mensen met AN, zou dat kunnen verklaren waarom voedselvermijding zo persistent is. Recent is er meer aandacht gekomen voor het fenomeen dat walging zich niet alleen richt op objecten of gedragingen buiten jezelf, maar dat ze ook kan optreden ten opzichte van jezelf. Mogelijk is het bij mensen met AN niet zozeer het voedsel zelf dat walging uitlokt, maar gaat het om de impact die het voedsel zou kunnen hebben op het zelf. Het beperken van de voedselinname zou een manier kunnen zijn om zelf-walging te vermijden, opgeroepen door de perceptie van het eigen (toekomstige) lichaam als te dik. Wanneer er in de behandeling van AN niets verandert aan deze zelf-walging, blijft de motor draaien en ligt terugval op de loer. We bespreken verschillende interventies die mogelijk kunnen helpen om zelf-walging bij mensen met AN te verminderen.

Trefwoorden: anorexia nervosa, zelf-walging, theoretisch model, blootstelling, conceptuele heroriëntatie

Kernboodschappen voor de klinische praktijk

- Voor het verklaren van de extreme voedselvermijding door mensen met anorexia nervosa (AN) kan het begrip ‘walging’ mogelijk van belang zijn. Walging richt zich niet alleen op objecten of gedragingen buiten jezelf, maar kan ook optreden ten opzichte van jezelf, zogenaamde ‘zelf-walging’.

- ▶ Bij mensen met AN wordt walging mogelijk opgeroepen door de perceptie van het eigen (toekomstige) lichaam als te dik. De angst om dik te worden die kenmerkend is voor AN, zou dus vooral te maken kunnen hebben met de angst voor zelf-walging.
- ▶ Vanuit dit perspectief lijkt het in de behandeling van AN essentieel om iets te doen tegen de walging die gekoppeld is aan een dikker lichaam. Er zijn twee typen procedures geïdentificeerd in de literatuur die kunnen helpen om walging te verminderen: langdurige blootstelling en conceptuele heroriëntatie.

INLEIDING

.....

Anorexia nervosa (AN) is een ernstig ziektebeeld met een grote impact op iemands psychisch en lichamelijk welzijn en daarnaast op de kwaliteit van leven van de mensen eromheen. Ongeveer 1-4% van de vrouwen lijdt gedurende haar leven aan AN (bijvoorbeeld Keski-Rahkonen & Mustelin, 2016; Smink, van Hoeken, & Hoek, 2012). Helaas knapt bijna de helft van de mensen met AN niet op na behandeling en ook na succesvolle behandeling is de terugval groot (bijvoorbeeld Berends, Boonstra, & van Elburg, 2018; Brockmeyer, Friederich, & Schmidt, 2018; Khalsa, Portnoff, McCurdy-McKinnon, & Feusner, 2017; Murray, Quintana, Loeb, Griffiths, & Le Grange, 2018; Zipfel, Giel, Bulik, Hay, & Schmidt, 2015). Kenmerkend voor AN is dat iemand onvoldoende eet met significant gewichtsverlies tot gevolg (American Psychiatric Association, 2014). Ondanks dat iemand zo weinig weegt, is ze erg bang om aan te komen of dik te worden. Daarnaast is bij mensen met AN de beleving van het eigen lichaam en gewicht verstoord, hebben lichaamsvormen en gewicht een zeer grote invloed op hoe iemand over zichzelf denkt, en/of ontkent iemand de ernst van het ondergewicht. Een cruciale – maar tot op heden onbeantwoorde – vraag is hoe het mensen met AN lukt om de rigoureuze vermijding van voedsel vol te houden tot op het punt dat ze ondervoed en uitgehongerd raken. Jezelf uithongeren gaat immers lijnrecht in tegen de natuurlijke drang om te overleven.

WALGING

.....

In de zoektocht naar een verklaring voor de extreme voedselvermijding bij mensen met AN hebben verschillende onderzoekers gewezen op het mogelijke belang van walging en mechanismen die hieraan gerelateerd zijn (bijvoorbeeld Davey, Buckland, Tantow, & Dallos, 1998; Fox et al., 2013; Hildebrandt et al., 2015; Moncrieff-Boyd, Byrne, & Nunn, 2013; Troop & Baker, 2009). Walging kenmerkt zich door intens negatieve gevoelens van weerzin en een overweldigende reflexmatige drang tot vermijding die heel moeilijk is te weerstaan. Wanneer het eten van voedsel of alleen al het vooruitzicht

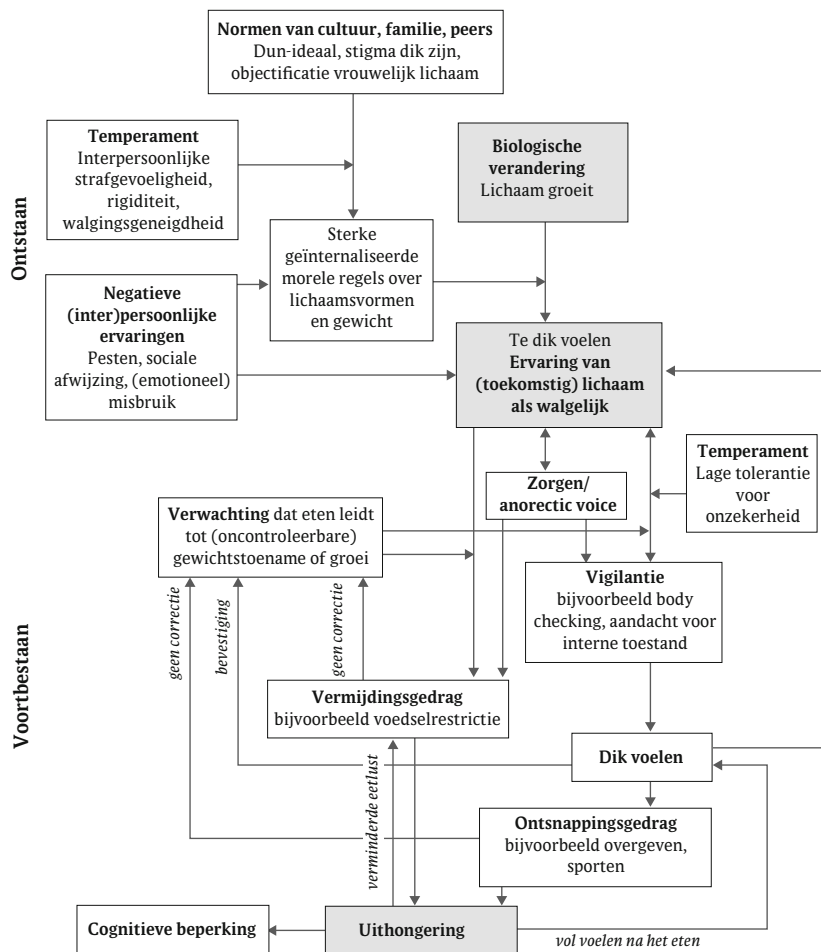
iets te gaan eten walging uitlokt bij mensen met AN, zou dat kunnen helpen te begrijpen waarom voedselvermijding zo persistent is, zelfs wanneer het rationeel gezien noodzakelijk is om te eten. Walging en het daaruit voortvloeiende vermijdingsgedrag laten zich namelijk maar moeilijk bijsturen door rationele overwegingen. Dit heeft te maken met het feit dat walging een belangrijke functie heeft in onze overleving: ze helpt voorkomen dat we in aanraking komen met ziekteverwekkers (pathogenen) die overal aanwezig kunnen zijn, maar die je niet met het blote oog kunt zien (Oaten, Stevenson, & Case, 2009; Tybur, Lieberman, Kurzban, & DeScioli, 2013). Wanneer het gaat om leven en dood kun je maar beter het zekere voor het onzekere nemen. Dit kan verklaren waarom walging niet alleen een heel intense, maar ook een moeilijk corrigeerbare reactie is. Daarbij vinden de meeste mensen walging zo'n vervelend gevoel dat ze automatisch geneigd zijn om situaties die walging zouden kunnen oproepen uit de weg te gaan (negatieve bekrachtiging). Dat betekent dat mensen doorgaans niet zo vaak walging ervaren, maar dat het voorkomen van walging wel degelijk een belangrijke drijfveer is achter veel van ons alledaagse (vermijdings)gedrag. Wanneer het voorkomen van walging inderdaad een belangrijke motor is achter de extreme voedselvermijding in AN, roept dit de vraag op wat dan precies walging uitlokt bij mensen met AN en hoe die walging ontstaat.

ZELF-WALGING

.....

Recent is er meer aandacht gekomen voor het fenomeen dat walging zich niet alleen richt op objecten of gedragingen buiten jezelf, maar dat ze ook kan optreden ten opzichte van jezelf, zogenaamde 'zelf-gerichte walging' of 'zelf-walging' (Clarke, Simpson, & Varese, 2018; Powell, Simpson, & Overton, 2015). Verhoogde zelf-gerichte walging blijkt samen te hangen met verschillende vormen van psychopathologie, waaronder eetstoornissen (Clarke et al., 2018; Fox, Grange, & Power, 2015). Mogelijk is het bij mensen met AN niet zozeer het voedsel zelf dat walging uitlokt, maar gaat het om de impact die het voedsel zou kunnen hebben op het zelf. Vanuit dit perspectief zou het vermijden van voedsel een manier kunnen zijn om zelf-walging te vermijden. Zelf-walging kan uitgelokt worden door fysieke eigenschappen, maar ook door eigen gedragingen en persoonlijkheidskenmerken. Bij mensen met AN wordt walging mogelijk opgeroepen door de perceptie van het eigen (toekomstige) lichaam als te dik. De angst om dik te worden (*fear of fatness*) die kenmerkend is voor AN, zou dus vooral te maken kunnen hebben met de angst voor zelf-walging. Dit sluit ook aan op de evolutionaire functie van walging waarbij ongewone fysieke eigenschappen of fysieke eigenschappen die kunnen wijzen op ziekte walging kunnen uitlokken, omdat dit zou kunnen betekenen dat iemand je kan besmetten (pathogene walging) of omdat het kan betekenen dat iemand ongeschikt is als potentiële sekspartner en

daarmee een bedreiging zou kunnen vormen voor succesvolle voortplanting (seksuele walging; Tybur et al., 2013). In figuur 1 is schematisch weergegeven hoe zelf-walging zou kunnen ontstaan en leiden tot AN (bovenste helft) en hoe zelf-walging zou kunnen bijdragen aan het voortbestaan van AN (onderste helft).



FIGUUR 1 *Theoretisch model over zelf-walging als centrale factor in het ontstaan en voortbestaan van anorexia nervosa*

THEORETISCH MODEL OVER DE ROL VAN ZELF-WALGING IN ONTSTAAN
EN VOORTBESTAAN VAN AN

.....

In dit theoretisch model incorporeren we belangrijke mechanismen uit reeds bestaande modellen over AN en beschrijven we hoe walging hierin een kritische rol zou kunnen spelen. Hoewel walging een universele emotie is, wordt dat waarvan we walgen sterk bepaald door onze leerervaringen en de subcultuur waarin we leven (Elwood & Olatunji, 2009). Aangezien de ecologische niche waarin we leven steeds weer kan veranderen, is een dergelijke flexibiliteit cruciaal voor succesvolle overleving. Dit betekent dat er een enorme variatie bestaat tussen culturen en binnen culturen in wat mensen walgelijk en niet walgelijk vinden. Daarbij heeft walging mogelijk niet alleen een rol in de bescherming van een enkel organisme, maar zou ze ook kunnen helpen de sociale integriteit te beschermen van een groep mensen. Dit type walging, morele walging, zou daarmee de functie hebben te voorkomen dat sociale regels en normen worden overschreden, zodat belangrijke sociale structuren 'gezond' blijven (Borg & de Jong, 2015). Morele walging kan bijvoorbeeld ontstaan in reactie op gedragingen die doorgaans pathogene of seksuele walging oproepen. Het voelen van morele walging zou bijdragen aan het versterken en internaliseren van een morele regel, wat iemand helpt om 'op het rechte pad te blijven' en zo aansluiting te houden bij de sociale groep (Tybur et al., 2013). In ons model gaan we ervan uit dat met name *morele zelf-walging* een rol speelt bij mensen met AN.

Regels over welke fysieke eigenschappen 'goed' en welke 'fout' zijn, zijn in ruime mate aanwezig in onze sociale omgeving, zoals familie en vrienden, en in de bredere culturele context waarin we leven. Onder invloed van bepaalde persoonlijkheidskenmerken zullen sommige mensen morele regels over lichaamsvormen en gewicht sterker internaliseren dan anderen. Zo verwachten we dat iemand die gevoelig is voor signalen van straf mogelijk ook gevoeliger is voor sociale normen over hoe je lichaam eruit zou moeten zien, omdat dit helpt afwijzing van anderen te voorkomen (Harrison, O'Brien, Lopez, & Treasure, 2010; Treasure & Schmidt, 2013). Ook mensen die rigide zijn en die geneigd zijn om snel van dingen te walgen, zullen mogelijk eerder morele regels oppikken en internaliseren (bijvoorbeeld Inbar, Pizarro, Iyer, & Haidt, 2012). Daarnaast denken we dat iemands leergeschiedenis kan bijdragen aan het internaliseren van morele regels over lichaamsvormen en gewicht, maar ook direct aan het ervaren van zelf-walging. Met name negatieve (interpersoonlijke) gebeurtenissen zoals pesten, sociale afwijzing, emotionele verwaarlozing of seksueel misbruik zouden hierbij een rol kunnen spelen (conform Lenk et al., 2019).

Sterke morele regels over hoe mensen eruit moeten zien, kunnen vervolgens leiden tot zelf-walging wanneer iemand het gevoel heeft zelf niet aan deze regels te voldoen (conform Borg, de Jong, & Weijmar Schultz, 2011).

Met name wanneer in de pubertijd iemands lichaam begint te groeien, kan dit zorgen voor een mismatch tussen hoe iemand haar eigen lichaam ervaart en de morele regels over hoe je lichaam eruit zou moeten zien. Het eigen lichaam wordt dan mogelijk ervaren als te dik en dit kan leiden tot walging ten opzichte van het eigen lichaam. Andersom zou de ervaren walging mogelijk ook kunnen bijdragen aan verdere versterking van de opvatting dat het lichaam er niet uitziet zoals het hoort via emotioneel redeneren in de trant van 'ik walg van mijn lichaam, dus is mijn lichaam te dik' (conform Rachman, 2004, p. 1252). Daarnaast kan iemand bang worden voor verdere 'regeloverschrijding' in de toekomst wanneer het lichaam alsmaar zo door blijft groeien. Aangezien er in de pubertijd sprake is van grote lichamelijke veranderingen en lichamelijke groei, maakt dit het begrijpelijk waarom AN juist relatief vaak ontstaat gedurende deze ontwikkelingsfase (Javaras et al., 2015). Bovendien is dit ook een ontwikkelingsfase waarin sociale normen en erbij horen extra belangrijk zijn. Meisjes lopen waarschijnlijk een groter risico op het ontwikkelen van dit type zelf-walging dan jongens, omdat er in de huidige sociale context andere regels zijn over hoe vrouwen eruit zouden moeten zien (slank) dan hoe jongens eruit zouden moeten zien (sterk en gespierd), wat een geheel andere betekenis geeft aan het groeiende lichaam. Dit kan helpen verklaren waarom AN juist vaak voorkomt bij jonge vrouwen.

Zoals gezegd kenmerkt walging zich door intens negatieve gevoelens die mensen het liefst zo veel mogelijk uit de weg gaan en die daardoor sterk aanzetten tot vermijdingsgedrag. Maar hoe ontsnap je aan walging wanneer die wordt uitgelokt door moeilijk te veranderen aspecten van jezelf? Hoewel dat lastig is, lijkt het aannemelijk dat mensen hun uiterste best doen om zelf-walging te verminderen of toekomstige zelf-walging te voorkomen, bijvoorbeeld door het eigen lichaam te verbergen in wijde kleding, door het lichaam zo min mogelijk aan te raken en er niet naar te kijken. Ook het vermijden van voedsel (minder eten, bepaalde producten vermijden) kan worden ingezet om walging ten opzichte van eigen lichaamsvormen en gewicht te verminderen. Hoe meer iemand een link legt tussen eten en lichaamsvormen of gewicht, hoe sterker dit vermijdingsgedrag is ('als ik eet dan kom ik aan'; zogenaamde *broken cognition*; Waller & Mountford, 2015; conform Milos et al., 2017; Steinglass, Eisen, Attia, Mayer, & Walsh, 2007). Het vermijden van eten voorkomt echter dat iemand leert dat het allemaal zo'n vaart niet loopt en dat je in werkelijkheid heus niet zo snel aankomt. De verwachting dat eten leidt tot (oncontroleerbare) gewichtstoename blijft dus bestaan of kan zelfs sterker worden ('ik ben niet aangekomen, omdat ik zo goed op mijn eetpatroon heb gelet'); waardoor mensen doorgaan met voedselvermijding als oplossing voor de zelf-walging.

Daarnaast zullen mensen meer gaan letten op signalen die erop wijzen dat ze mogelijk hun eigen morele regels overtreden, bijvoorbeeld door na het eten geregeld hun lichaam te checken of sterk te letten op interne signalen die zouden kunnen duiden op dik zijn (of dikker worden). Deze verhoog-

de waakzaamheid zou echter juist de kans kunnen vergroten dat iemand zich dik voelt. Dik voelen zou vervolgens direct de zelf-walging weer kunnen versterken en draagt er mogelijk ook indirect aan bij dat de verwachting wordt bevestigd dat eten leidt tot aankomen. Ook kan dik voelen aanzetten tot ontsnappingsgedrag, bijvoorbeeld in de vorm van braken of intensief sporten. Dergelijk ontsnappingsgedrag zorgt er echter opnieuw voor dat de verwachting ‘als eten, dan aankomen’ niet kan worden doorbroken (‘ik ben niet aangekomen, omdat ik na het eten heb gecompenseerd’).

Herhaalde voedselvermijding kan na verloop van tijd leiden tot uithongering. Deze uithongering zelf heeft ook gevolgen die de eetproblemen verder versterken. Zo kan het honger- en verzadigingsgevoel verstoord raken, wat voedselvermijding kan doen toenemen omdat iemand minder eetlust ervaart. Doordat iemand fysiek niet meer gewend is om normale porties te eten, treedt er tijdens het eten sneller een vol gevoel op, wat bijdraagt aan het zichzelf dik voelen. Ten slotte leidt uithongering tot algemene cognitieve beperkingen, zoals vertraagd denken, verslechterd kortetermijngeheugen, verminderde cognitieve flexibiliteit en concentratie, en aandachtsproblemen (bijvoorbeeld Hatch et al., 2010). Als gevolg hiervan wordt helder nadenken bemoeilijkt en zwart-witdenken versterkt.

Een persoonskenmerk dat gelinkt wordt aan AN is een lage tolerantie voor onzekerheid (Brown et al., 2017). We denken dat deze eigenschap met name invloed zou kunnen hebben op de waakzaamheid. Mensen die moeilijk tegen onzekerheid kunnen, zullen sterker geneigd zijn hun lichaam in de gaten te houden om mogelijke signalen te kunnen opsporen dat de eigen normen worden overschreden. Ten slotte zou zelf-walging kunnen leiden tot piekeren en tot de zogenaamde *anorectic voice*, een interne stem die vaak kritisch is op het eigen lichaam en aanmoedigt om anorectische gedragingen vol te houden (bijvoorbeeld Pugh & Waller, 2017). Dit zou zowel de zelf-walging als het vermijdingsgedrag en de waakzaamheid verder kunnen aanwakkeren.

EMPIRISCHE EVIDENTIE

.....

In de wetenschappelijke literatuur zijn enkele studies gedaan die erop wijzen dat zelf-walging inderdaad een rol zou kunnen spelen bij AN. Mensen met AN gaven aan last te hebben van afstotelijke intrusieve beelden van hun eigen lichaam (Kadriu et al., 2019). Daarnaast rapporteerden volwassenen met AN meer zelf-walging in een vragenlijst dan mensen zonder eetstoornis (Bell, Coulthard, & Wildbur, 2017). Ook zijn er aanwijzingen dat zelf-walging gekoppeld is aan vermijdingsgedrag. In een kwalitatieve studie waarin mensen met AN werden geïnterviewd over hoe verschillende emoties gerelateerd zijn aan hun eetstoornisgedrag, gaven deelnemers aan dat ze het gevoel van walging probeerden te vermijden door voedsel en lichaamsge-

richte situaties uit de weg te gaan (Espeset, Gulliksen, Nordbø, Skårderud, & Holte, 2012). Ook in een recente studie naar het effect van voedsel-exposure bij mensen met AN, vertelde een deel van de mensen dat ze bij het eten bang waren om walgelijk over te komen, walging te ervaren, of intense gevoelens van stress te ervaren. Daarnaast bleken ze bang om de controle te verliezen en om heel snel te veranderen van vorm (Cardi, Leppanen, Mataix-Cols, Campbell, & Treasure, 2018).

KLINISCHE IMPLICATIES

.....

Als bij mensen met AN hun lichaam en vooral hoe het eruit zou gaan zien als ze weer normaal zouden gaan eten, inderdaad (zelf-)walging oproept, dan kan dat helpen verklaren waarom ze zo sterk gemotiveerd zijn om hun voedsel-inname te beperken. Vanuit dit perspectief lijkt het in de behandeling van AN dan ook essentieel om (ook) iets te doen tegen de walging die gekoppeld is aan een dikker lichaam. De vraag is alleen: hoe? Meer in het algemeen zijn twee typen procedures geïdentificeerd in de literatuur die walging kunnen verminderen: langdurige blootstelling en conceptuele heroriëntatie (de Jong, 2013; Rozin & Fallon, 1987).

Langdurige blootstelling zou gericht moeten worden op het eigen lichaam en dan met name op het grondig en langdurig bekijken van die delen van het lichaam die mensen sterk vermijden. Blootstelling aan deze lichaamsdelen en gelijktijdig het verdragen van de walging (en andere emoties) die dit oproept zou er na verloop van tijd voor kunnen zorgen dat er gewenning optreedt en daarmee leiden tot een afname van de walging (habituatie). Spiegelexposure lijkt hiervoor een behulpzame interventietechniek die bij mensen met eetstoornissen reeds succesvol werd ingezet om lichaamsontevredenheid te verminderen (zie bijvoorbeeld Griffen, Naumann, & Hildebrandt, 2018). Spiegelexposure kan op verschillende manieren worden uitgevoerd, waarbij onder andere de focus van de blootstelling verschilt. Veel studies hebben spiegelexposure onderzocht waarbij iemand kijkt naar het eigen lichaam in zijn geheel, of alle lichaamsdelen stuk voor stuk langsloopt.

Er is slechts één studie gedaan waarbij specifiek is gekeken naar exposure aan de negatiefste lichaamsdelen (Jansen et al., 2016). Vrouwen die ontevreden waren over hun eigen lichaam werden willekeurig toegewezen aan vijf sessies negatieve exposure of positieve exposure. In de negatieve conditie moesten ze kijken naar de eigen lichaamsdelen die ze het lelijkst vonden, en de gevoelens en gedachten die in hen opkwamen toelaten en observeren. In de positieve conditie keken ze naar de eigen lichaamsdelen die ze het aantrekkelijkst vonden, en moesten ze hier op positieve wijze over praten tijdens de exposure. Beide typen exposure bleken het lichaamsbeeld succesvol te verbeteren en vermijdingsgedrag te verminderen. Alleen in de negatieve-exposureconditie bleef lichaamsvermijding zich ook na afloop verbeteren.

Daarnaast verbeterde in deze conditie de aantrekkelijkheidsbeoordeling van de negatieve lichaamsdelen meer dan in de positieve conditie. Nadeel van de negatieve exposure was echter dat de deelnemers in deze conditie aanvankelijk veel meer negatieve gedachten en gevoelens rapporteerden dan deelnemers uit de positieve-exposureconditie. Dit verschil tussen de condities trok echter bij in de loop van de sessies. Vervolgonderzoek is nodig om vast te stellen of spiegelexposure inderdaad een effectieve interventie is om zelf-walging te verminderen en welke vorm van spiegelexposure dan het beste werkt.

Als de zelf-walging vooral voortkomt uit de verwachting dat het stoppen van de voedselrestrictie zal leiden tot een dikker lichaam in de toekomst, is blootstelling aan het huidige lichaam waarschijnlijk niet voldoende. Om mensen langdurig te kunnen blootstellen aan hun toekomstige dikkere lichaam zou mogelijk virtual reality (VR) ingezet kunnen worden. VR wordt al wel toegepast voor het meten van aspecten van lichaamsbeeld (bijvoorbeeld Mölbert et al., 2018) en er zijn enkele studies gedaan waarbij mensen via VR blootgesteld werden aan voedsel of spannende (sociale) situaties (Clus, Larsen, Lemey, & Berrouiguet, 2018). Naar het gebruik van VR als middel om iemand bloot te stellen aan dikkere varianten van het eigen lichaam is echter nog geen onderzoek gedaan.

Naast blootstelling zou ook ingezet kunnen worden op conceptuele heroriëntatie. Rozin en Fallon (1987) illustreren dit idee met een anekdote over iemand die denkt dat hij een slok melk drinkt. Wanneer hij een zure smaak proeft en voelt dat de melk een onverwacht dikke structuur heeft, roept dit onmiddellijk een gevoel van walging op; de walging verdwijnt echter direct wanneer hij zich realiseert dat het geen melk was wat hij dronk, maar yoghurt. De crux is dus om de interpretatie van de stimulus die aanvalking uitlokt zodanig van karakter te laten veranderen (heroriëntatie) dat de walging niet langer wordt opgeroepen. Wanneer de walging voor het eigen lichaam dus voortvloeit uit sterk geïnternaliseerde morele regels over lichaamsvormen en gewicht, is het van belang te proberen die disfunctionele regels ('dik zijn is slecht', of 'als ik dik ben, ben ik slecht') te veranderen of op zijn minst te relativeren. Mogelijk biedt de dissonantietherapie hiervoor een aanknopingspunt (bijvoorbeeld Stice, Rohde, Shaw, & Gau, 2019). In deze behandeling leren mensen hun houding ten opzichte van het 'dun-ideaal' te veranderen, door hun gedrag te veranderen. Ze schrijven bijvoorbeeld een brief aan een jonger meisje waarin ze vertellen wat de nadelen zijn van het nastreven van een dun lichaam, of moeten in een rollenspel met de therapeut in discussie gaan om die ervan te overtuigen dat het dun-ideaal dat de therapeut in het rollenspel verdedigt, niet klopt. Omdat mensen graag consistent zijn in hun gedrag en attitudes, is het idee dat dergelijk gedrag zal leiden tot een aanpassing van hun attitudes; in dit geval dus hun houding ten aanzien van het dun-ideaal. Onderzoek (zoals van Stice et al., 2019) heeft laten zien dat dissonantietherapie lichaamsontevredenheid

kan helpen verminderen, maar het is nog onbekend of het ook invloed heeft op zelf-walging. Voor zover de walging daarnaast voortvloeit uit het snel veranderende puberlichaam is het misschien ook een optie te proberen het groeiende lichaam uit het frame te krijgen van 'dik worden', en te vervangen door de interpretatie van groeien als 'een normale gezonde ontwikkeling van het lichaam'.

CONCLUSIE

.....

Kortom, als het huidige model steekhoudend is, zou dit helpen te begrijpen waarom mensen met AN blijven volharden in voedselrestrictie, zelfs als er sprake is van ernstig ondergewicht. Ook kan het model verklaren waarom huidige interventies deels al wel helpen, aangezien bestaande behandelingen reeds interveniëren op elementen van het model. Het zou echter ook inzichtelijk maken waarom succes op de lange termijn vaak teleurstellend is. Als er immers niets verandert aan het walging uitlokkend vermogen van een dikker lichaam, dan blijft de motor draaien en kan bij een geringe (waargenomen) verandering richting een dikker lichaam het hele mechaniek weer in gang gezet worden, met terugval als gevolg. Dit zou betekenen dat het mogelijk cruciaal is om in de behandeling van AN in te zetten op het wegnemen of verminderen van factoren die verantwoordelijk zijn voor het uitlokken van zelf-walging.

Klaske A. Glashouwer is als onderzoeker en gz-psycholoog verbonden aan de Rijksuniversiteit Groningen, afdeling Klinische Psychologie en Experimentele Psychopathologie en aan Accare Kinder- en Jeugdpsychiatrie, Afdeling Voedingsstoornissen, Eetstoornissen en Obesitas.

Peter J. de Jong is hoogleraar experimentele psychopathologie bij de Rijksuniversiteit Groningen, afdeling Klinische Psychologie en Experimentele Psychopathologie.

Correspondentieadres: Klaske A. Glashouwer, Rijksuniversiteit Groningen, Grote Kruisstraat 2/1, 9712 TS Groningen. E-mail: k.a.glashouwer@rug.nl.

Summary *Disgust as the motor behind food restriction in anorexia nervosa*

In this article we present a theoretical framework that points to disgust-induced avoidance as a mechanism that can help explain the persistent and excessive food restriction in individuals with anorexia nervosa (AN). Disgust is characterized by intense negative feelings of revulsion and an overwhelming and irresistible urge towards avoidance. When eating food triggers disgust, this can explain the strong urge to avoid food intake that is characteristic of individuals with AN. Recently, more attention has been given to the phenomenon that not only external objects, but also the self can lead to disgust. Potentially, in individuals with AN not so much food or eating itself elicits disgust, but the potential impact of food on the

self. We argue that limiting food intake may reflect a means to avoid self-disgust that is elicited by perceiving the own (future) body as 'too fat'. This implies that when self-disgust remains unchanged following treatment of AN, the motor keeps running and small changes in (perceived) body shape and weight may reactivate the urge to avoid food intake thereby paving the way for relapse. We discuss several options that may be helpful in decreasing self-disgust in individuals with AN.

Keywords *anorexia nervosa, self-disgust, theoretical model, exposure, conceptual reorientation*

Literatuur

- American Psychiatric Association (APA). (2014). *Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5): Nederlandse vertaling van Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. Amsterdam: Boom.
- Bell, K., Coulthard, H., & Wildbur, D. (2017). Self-disgust within eating disordered groups: Associations with anxiety, disgust sensitivity and sensory processing. *European Eating Disorders Review*, 25, 373-380.
- Berends, T., Boonstra, N., & van Elburg, A. (2018). Relapse in anorexia nervosa: a systematic review and meta-analysis. *Current Opinion in Psychiatry*, 31, 445-455.
- Borg, C., & de Jong, P. J. (2015). Self-directed disgust: Reciprocal relationships with sex and sexual dysfunction. In P. A. Powell, J. Simpson, & P. G. Overton (Eds.), *The revolting self: Perspectives on the psychological, social, and clinical implications of self-directed disgust* (pp. 89-112). London: Karnac.
- Borg, C., de Jong, P. J., & Weijmar Schultz, W. (2011). Vaginismus and dyspareunia: Relationship with general and sex-related moral standards. *Journal of Sexual Medicine*, 8, 223-231.
- Brockmeyer, T., Friederich, H., & Schmidt, U. (2018). Advances in the treatment of anorexia nervosa: A review of established and emerging interventions. *Psychological Medicine*, 48, 1228-1256.
- Brown, M., Robinson, L., Campione, G. C., Wuensch, K., Hildebrandt, T., & Micali, N. (2017). Intolerance of uncertainty in eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *European Eating Disorders Review*, 25, 329-343.
- Cardi, V., Leppanen, J., Mataix-Cols, D., Campbell, I. C., & Treasure, J. (2018). A case series to investigate food-related fear learning and extinction using in vivo food exposure in anorexia nervosa: A clinical application of the inhibitory learning framework. *European Eating Disorders Review*, 27, 173-181.
- Clarke, A., Simpson, J., & Varese, F. (2018). A systematic review of the clinical utility of the concept of self-disgust. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 26, 110-134.
- Clus, D., Larsen, M. E., Lemey, C., & Berrouguet, S. (2018). The use of virtual reality in patients with eating disorders: Systematic review. *Journal of Medical Internet Research*, 20, e157.
- Davey, G. C. L., Buckland, G., Tantow, B., & Dallos, R. (1998). Disgust and eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 6, 201-211.
- de Jong, P. J. (2013). Learning mechanisms in the acquisition of disgust. In D. Hermans, B. Rimé, & B. Mesquita (Eds.), *Changing emotions* (pp. 74-80). London: Psychology Press.
- Elwood, L. S., & Olatunji, B. O. (2009). A cross-cultural perspective on disgust.

- In B. O. Olatunji & D. McKay (Eds.), *Disgust and its disorders: Theory, assessment, and treatment implications* (pp. 99-122). Washington DC: American Psychological Association.
- Espeset, E. M. S., Gulliksen, K. S., Nordbø, R. H. S., Skårderud, F., & Holte, A. (2012). The link between negative emotions and eating disorder behaviour in patients with anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 20, 451-460.
- Fox, J. R. E., Grange, N., & Power, M. J. (2015). Self-disgust in eating disorders: A review of the literature and clinical implications. In P. A. Powell, J. Simpson & P. G. Overton (Eds.), *The revolting self: Perspectives on the psychological, social, and clinical implications of self-directed disgust* (pp. 167-186). London: Karnac
- Fox, J. R. E., Smithson, E., Baillie, S., Ferreira, N., Mayr, I., & Power, M. J. (2013). Emotion coupling and regulation in anorexia nervosa. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 20, 319-333.
- Griffen, T. C., Naumann, E., & Hildebrandt, T. (2018). Mirror exposure therapy for body image disturbances and eating disorders: A review. *Clinical Psychology Review*, 65, 163-174.
- Harrison, A., O'Brien, N., Lopez, C., & Treasure, J. (2010). Sensitivity to reward and punishment in eating disorders. *Psychiatry Research*, 177, 1-11.
- Hatch, A., Madden, S., Kohn, M., Clarke, S., Touyz, S., & Williams, L. M. (2010). Anorexia nervosa: Towards an integrative neuroscience model. *European Eating Disorders Review*, 18, 165-179.
- Hildebrandt, T., Grotzinger, A., Reddan, M., Greif, R., Levy, I., Goodman, W., & Schiller, D. (2015). Testing the disgust conditioning theory of food-avoidance in adolescents with recent onset anorexia nervosa. *Behaviour Research and Therapy*, 71, 131-138.
- Inbar, Y., Pizarro, D., Iyer, R., & Haidt, J. (2012). Disgust sensitivity, political conservatism, and voting. *Social Psychological and Personality Science*, 3, 537-544.
- Jansen, A., Voorwinde, V., Hoebink, Y., Rekkers, M., Martijn, C., & Mulken, S. (2016). Mirror exposure to increase body satisfaction: Should we guide the focus of attention towards positively or negatively evaluated body parts? *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 50, 90-96.
- Javaras, K. N., Runfola, C. D., Thornton, L. M., Agerbo, E., Birgegard, A., Norring, C., ... Bulik, C. M. (2015). Sex- and age-specific incidence of health-care-register-recorded eating disorders in the complete Swedish 1979-2001 birth cohort. *International Journal of Eating Disorders*, 48, 1070-1081.
- Kadriu, F., Claes, L., Witteman, C., Norré, J., Vrieze, E., & Krans, J. (2019). Characteristics and content of intrusive images in patients with eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 27, 495-506.
- Keski-Rahkonen, A., & Mustelin, L. (2016). Epidemiology of eating disorders in Europe: Prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors. *Current Opinion in Psychiatry*, 29, 340-345.
- Khalsa, S. S., Portnoff, L. C., McCurdy-McKinnon, D., & Feusner, J. D. (2017). What happens after treatment? A systematic review of relapse, remission, and recovery in anorexia nervosa. *Journal of Eating Disorders*, 5, 20.
- Lenk, M., Ritschel, G., Abele, M., Roever, P., Schellong, J., Joraschky, P., ... Croy, I. (2019). The source effect as a natural function of disgust in interpersonal context and its impairment in mental disorders. *Scientific Reports*, 9, 4239.
- Milos, G., Baur, V., Schumacher, S., Kuenzli, C., Schnyder, U., Mueller-

- Pfeiffer, C., & Martin-Soelch, C. (2017). How fat will it make me? Estimation of weight gain in anorexia nervosa. *Appetite*, 114, 368-373.
- Mölbart, S. C., Thaler, A., Mohler, B. J., Streuber, S., Romero, J., Black, M. J., ... Giel, K. E. (2018). Assessing body image in anorexia nervosa using biometric self-avatars in virtual reality: Attitudinal components rather than visual body size estimation are distorted. *Psychological Medicine*, 48, 642-653.
- Moncrieff-Boyd, J., Byrne, S., & Nunn, K. (2013). Disgust and anorexia nervosa: Confusion between self and non-self. *Advances in Eating Disorders: Theory, Research and Practice*, 2, 4-18.
- Murray, S. B., Quintana, D. S., Loeb, K. L., Griffiths, S., & Le Grange, D. (2018). Treatment outcomes for anorexia nervosa: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychological Medicine*, 49, 535-544.
- Oaten, M., Stevenson, R. J., & Case, T. I. (2009). Disgust as a disease-avoidance mechanism. *Psychological bulletin*, 135, 303-321.
- Powell, P. A., Simpson, J., & Overton, P. G. (2015). An introduction to the revolting self: Self-disgust as an emotion schema. In P. A. Powell, J. Simpson, & P. G. Overton (Eds.), *The revolting self: Perspectives on the psychological, social, and clinical implications of self-directed disgust* (pp. 1-24). London: Karnac.
- Pugh, M., & Waller, G. (2017). Understanding the 'anorexic voice' in anorexia nervosa. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 24, 670-676.
- Rachman, S. (2004). Fear of contamination. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 1227-1255.
- Rozin, P., & Fallon, A. E. (1987). A perspective on disgust. *Psychological Review*, 94, 23-41.
- Smink, F. R., van Hoeken, D., & Hoek, H. W. (2012). Epidemiology of eating disorders: Incidence, prevalence and mortality rates. *Current Psychiatry Reports*, 14, 406-414.
- Steinglass, J. E., Eisen, J. L., Attia, E., Mayer, L., & Walsh, B. T. (2007). Is anorexia nervosa a delusional disorder? An assessment of eating beliefs in anorexia nervosa. *Journal of Psychiatric Practice*, 13, 65-71.
- Stice, E., Rohde, P., Shaw, H., & Gau, J. M. (2019). Randomized trial of a dissonance-based group treatment for eating disorders versus a supportive mindfulness group treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 87, 79-90.
- Treasure, J., & Schmidt, U. (2013). The cognitive-interpersonal maintenance model of anorexia nervosa revisited: A summary of the evidence for cognitive, socio-emotional and interpersonal predisposing and perpetuating factors. *Journal of Eating Disorders*, 1, 13.
- Troop, N., & Baker, A. (2009). Food, body, and soul: The role of disgust in eating disorders. In B. Olatunji, & D. McKay (Eds.), *Disgust and its disorders: Theory, assessment, and treatment implications* (pp. 229-251). Washington DC: American Psychological Association.
- Tybur, J. M., Lieberman, D., Kurzban, R., & DeScioli, P. (2013). Disgust: Evolved function and structure. *Psychological Review*, 120, 65-84.
- Waller, G., & Mountford, V. A. (2015). Weighing patients within cognitive-behavioural therapy for eating disorders: How, when and why. *Behaviour Research and Therapy*, 70, 1-10.
- Zipfel, S., Giel, K. E., Bulik, C. M., Hay, P., & Schmidt, U. (2015). Anorexia nervosa: aetiology, assessment, and treatment. *The Lancet Psychiatry*, 2, 1099-1111.

.....

Altijd specialistische ggz bij verwarde personen?

.....

Bespreking van

Bauke Koekkoek (2019). *De kwestie verwarde personen: Naar een andere benadering van onbegrepen gedrag*. Tiel: LannooCampus. 176 pp., € 25,99.

ISBN: 9789401462334

THOMAS KRAMER

Het thema verwarde personen is sinds enkele jaren steeds vaker een agendapunt binnen de politiek en de ggz. Een aantal gebeurtenissen, waaronder de aanslag op leden van het Koningshuis (2009), de Damschreeuwer (2010), de schietpartij in Alphen aan den Rijn (2011) en de moord op oud-minister Els Borst (2014) hebben, als het gaat om het onderwerp verwarde personen, een grote maatschappelijke impact gehad. Sinds 2012 nemen de landelijke meldingen bij de politie over verwarde personen toe; deze zijn zelfs verdubbeld (Politie Nederland, 2018). In media wordt geregeld een link gelegd met bezuinigingen in de zorg, daar er naast sociaal-maatschappelijke problemen veelal ook psychische klachten aanwezig zijn bij verwarde personen. Hoewel er aanwijzingen zijn dat verwarde personen ook vóór 2009 een probleem vormden binnen en buiten de ggz, kan, gezien de toename van de aandacht in politiek en ggz, de indruk ontstaan dat wij hier te maken hebben met een nieuw sociaal fenomeen. Maar verwarde personen zijn al langer aanwezig. In het hier te bespreken boek gaat dr. Bauke Koekkoek (crisisdienstverpleegkundige en lector Politieacademie) nader in op het onderwerp verwarde personen vanuit verschillende invalshoeken. De auteur pleit voor meer samenwerking tussen disciplines, zowel binnen als buiten de ggz.

Maar wat is nu een verward persoon? Een psycholoog zou wellicht zeggen dat het een persoon is met wanen en hallucinaties. Een huisbaas zou er iemand over wie de burens klagen vanwege verbale overlast onder kunnen verstaan. De wijkverpleegkundige vindt misschien een vervuilde woning aanleiding om te spreken van verward gedrag. Ook in de internationale li-

teratuur komt er geen eenduidige definitie van een verward persoon naar voren. In Nederland volgt het Trimbos-instituut de RIVM met de volgende definitie en uitleg: ‘Verward gedrag heeft vele verschijningsvormen, oorzaken en achtergronden. Spreken van “de” groep personen met verward gedrag doet daarom geen recht aan de grote verscheidenheid van verward gedrag en de achtergronden daarvan. “De” persoon met verward gedrag bestaat niet. Vaak is er sprake van meerdere en complexe problemen in verschillende leefgebieden tegelijk’ (Trimbos-instituut, z.d.). Van Hoof (2016) stelt zelfs dat iemand verward noemen geen oordeel is, maar een mening die al snel als feit wordt gepresenteerd. Dit gebeurt met name als de verwarde persoon niet goed wordt begrepen door de beoordelaar. Het gevolg is dat iemand al snel het stempel verward persoon krijgt terwijl deze persoon vaak niet wordt begrepen.

In hoofdstuk 2 geeft Koekkoek aan dat de politie de term ‘verward persoon’ bewust heeft gekozen om geen vooronderzoek te hoeven doen naar wat precies de specifieke persoon verward maakt. Dit betekent een ruime invulling van het begrip. Als iemand een zogeheten ‘E33-melding’ (meldingen rondom afwijkend gedrag) doet, kan daar dus heel veel onder vallen, maar in principe geen strafbare feiten (van 't Hof & Zeegers, 2016). De burger maakt de E33-melding bij de politie, en er wordt geen screening gedaan of er daadwerkelijk sprake is van verward gedrag. Dit resulteerde in 2019 in Flevoland bijvoorbeeld in een grote, pluriforme groep (N = 1292) binnen de meldingen van E33 (Poels, 2019). Hiervan konden onder andere 520 meldingen geclusterd worden onder de term ‘mentale onrust’ (onder andere psychose, suïcidedreiging en dementerend gedrag), 363 onder agressie in brede zin en 169 onder overmatig middelenmisbruik. Aangenomen wordt dat dergelijke meldingen ook elders in Nederland gedaan worden, maar wellicht met een ietwat andere spreiding. Een kwantitatieve analyse van Koekkoek (2017) suggereert dat dat er bij overlast gevende meldingen (E33-melding) waarschijnlijk sprake is van onder meer psychoses, autisme, suïcidaliteit, agressief gedrag, middelenmisbruik, lichte verstandelijke beperking en dementie, al dan niet in combinatie. In sommige situaties wordt naast de ggz ook de GGD ingeschakeld, met name in Amsterdam (Koekkoek, 2017). Een nadere analyse laat zien dat in Amsterdam in verhouding tot Zwolle en Leiden iemand sneller als ‘verward’ wordt bestempeld. Daarnaast blijkt dat een groot deel van de onderzoekspopulatie al bekend is binnen de ggz, zelfs met heraanmeldingen. Deze heraanmeldingen kunnen oplopen tot vijf trajecten binnen de reguliere ggz. Aanvullend is er ook sprake van sociaal-maatschappelijke en somatische problemen. Het is niet bekend binnen welke ggz-instellingen een deel van de gebruikte onderzoekspopulatie van Poels (2019) bekend is.

In het derde hoofdstuk gaat de auteur in op het Nederlandse zorgstelsel, wat hij in het boek fraai illustreert. Nederland is een klein land, maar wij hebben te maken met een complex zorgstelsel. Hierbij valt te denken

aan sociale zorg, medische zorg, gedwongen zorg en zorg binnen justitiële kaders. Of dat juist wel of niet komt door de grootte van Nederland is voor eenieder zelf te interpreteren. In het boek komt de overtuiging aan de orde dat de bezuinigingen in de zorg zouden leiden tot een toename van E33-meldingen omtrent verward gedrag, omdat er minder zorg zou zijn. Koekkoek concludeert echter dat het zorgbudget per sector, gecorrigeerd voor inflatie, juist toeneemt. Alleen bij dementie en verstandelijke beperking is de zorgvraag meer toegenomen dan het budget (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2019). Ook stelt de auteur dat de beddenreductie in de ggz en de toename van E33-meldingen geen sterke relatie kennen. Binnen de ggz zijn er onder andere schakelteams om meldingen van verward gedrag toe te leiden naar de ggz en ondersteuning te bieden waar nodig. De auteur zoekt de verklaring voor de toename van E33-meldingen eerder in de decentralisatie van de zorg. Marktwerving binnen de zorgverzekering en de Wet maatschappelijke ondersteuning leiden tot verwarring bij de burger. Vroeger had Nederland de grote ziekenhuizen waar alle zorg was. Tegenwoordig wordt er sneller met wijkgerichte teams gewerkt, zoals met FACT. De burger lijkt volgens Koekkoek nog steeds gewend te zijn aan het beeld van grote instellingen in plaats van het nieuwe wijkgerichte aanbod zoals FACT en wijkteams. Hierdoor lijkt de burger nog niet te weten dat hij voor specialistische zorg ook in zijn wijk terecht kan.

DE PSYCHIATRIE VOORBIJ IN DE KWESTIE VERWARDE PERSONEN

.....

Vanaf hoofdstuk 4 neemt Koekkoek meer afstand van met name de psychiatrische invalshoek, om vanuit sociaal-maatschappelijk oogpunt naar de kwestie verwarde personen te kijken. Het sociale leven anno 2020 wordt steeds complexer. De samenleving individualiseert, de maatschappij wordt sneller en vluchtiger en digitaler, de bevolkingsgroei neemt toe en de druk op de samenleving ook. Ook de aansluitingen op onderwijs en regulier werk zijn moeizamer geworden. De druk vanuit de maatschappij op het individu is toegenomen. Voorbeelden hiervan zijn een daling van het aanbod in sociale huurwoningen, toename van zzp'ers zonder sociale zekerheid en de digitalisering vanuit het burgerloket waarbij men veel meer zelf moet doen. De auteur stelt dat kwetsbare personen door dit alles meer alledaagse prikkels hebben dan vroeger. Bovenstaande verklaringen zijn lastig te toetsen, stelt Koekkoek, waardoor deze als hypothetisch kunnen worden opgevat. Hij veronderstelt dat een combinatie van bovenstaande kan resulteren in een toename van ervaren stress.

Daar de kwestie verwarde personen meerdere werkgebieden kent (hulpverlening, politie, woningbouw) gaat de auteur in hoofdstuk 5 al voorzichtig in op samenwerken. Hij stuit hierbij meteen op een belangrijk punt voor psychologen: gegevensdeling met derden. De situaties van verwarde personen

vragen om een minder starre benadering van het medisch beroepsgeheim, volgens Koekkoek. De auteur stelt dat goed hulpverlenerschap ook het doorbreken van het beroepsgeheim kan zijn. Echter, volgens de Onderzoeksraad voor Veiligheid zijn veel hulpverleners hierin terughoudend. De hulpverlener lijkt in een ingewikkelde casus van een 'verward persoon' in zijn aanpak geen risico's te durven nemen, wat ook invoelbaar is, gezien het vergrote risico op fouten en mogelijke gevolgen. En daar gaat het volgens Koekkoek op communicatief vlak tussen verschillende betrokken instanties nogal eens verkeerd. Het resultaat is een ingewikkelde communicatie tussen hulpverleners onderling, die de kwetsbare burger wellicht meer stagnatie dan progressie kan opleveren. Als advies geeft Koekkoek mee om met de patiënt te overleggen of zijn gegevens gedeeld mogen worden met bijvoorbeeld de politie. Koekkoek stelt dat veel hulpverleners dat vergeten in stressvolle situaties.

Het zesde hoofdstuk beschrijft enkele casussen van 112-meldingen en de huisartsenpost buiten kantooruren. Koekkoek tracht hier in het grote aantal meldingen omtrent verwarde personen een indeling te maken, waarbij hij zelf erkent dat dit niet goed haalbaar is, gezien de eerder beschreven diversiteit in E33-meldingen. Grof geschetst komt Koekkoek uit op het psychische, sociale en justitiële domein. In de praktijk lijkt het erop dat een casus in verschillende domeinen kan vallen. Zo kan een persoon met een psychiatrische aandoening het wellicht niet meer opbrengen om te werken en als gevolg hiervan kunnen gaan stelen om zijn huur nog wel te kunnen betalen. Koekkoek komt in dit hoofdstuk voor het eerst in het boek met zijn benadering voor de aanpak van de diverse problemen bij verwarde personen. Hij stelt dat er meer begeleiding dient te zijn (continuïteit), meer onderscheidend vermogen tussen de klachten (onderscheidingsvermogen) en meer focus op het gewone leven (normalisatie).

NAAR EEN NIEUWE BENADERING VOLGENS DE AUTEUR

.....

In hoofdstuk 7 licht Koekkoek zijn visie toe. Hij start het hoofdstuk eerst met casus M. uit 1998, die in een academisch ziekenhuis werd behandeld voor haar gedragsproblematiek en suïcidaliteit. De bedoeling was dat M. twee weken zou worden opgenomen, maar dit werden twee jaar op de gesloten afdeling. In de media was er in december 1998 ophef over waarom de eerste anderhalf jaar van de behandeling niet goed was verlopen dan wel niet aansloeg. In het *NRC Handelsblad* kwamen meerdere opinies naar voren van onder andere Koekkoek, een Tweede Kamerlid en een AIOS psychiatrie. De aandacht verschoof van de problematiek naar de behandeling van patiënten in de ggz en de bezuinigingen destijds. De casus illustreert volgens Koekkoek dat hulpverleners in Nederland bij moeilijke gevallen de zorg snel opschalen naar een specialistischer hulpverlener of behandelcentrum. Dit

noemt hij 'escaleren'. De escalatie gebeurt ook snel bij verwarde personen, terwijl dit niet altijd beter is voor de persoon in kwestie. Hij illustreert dit met een casus van een mevrouw die naar de crisisdienst belt vanwege suïcidaliteit. In plaats van directe opname besluit de hulpverlener met haar in gesprek te gaan en blijkt opname niet de beste oplossing, maar een afspraak met de sociaalpsychiatrisch verpleegkundige en de huisarts wel. De auteur pleit er dan ook voor, in lijn met hoofdstuk 6, om niet meteen te escaleren in de zorg. Hij vindt eerder dat er gekeken moet worden of zorg dichterbij ook toereikend is, aangezien er altijd nog kan worden doorverwezen. Wel lijkt hij hierin niet mee te nemen dat er bij een latere doorverwijzing tegen lange wachttijden kan worden opgelopen. De kans hierop is een stuk kleiner als er wordt doorverwezen vanuit een crisisbeoordeling. Koekkoek erkent dat de-escaleren veel vraagt van een hulpverlener. Hij of zij dient een inschatting te maken van verschillende keuzes op een moment waarin emoties en mogelijk dreigend gedrag een grote rol spelen.

In hoofdstuk 8 gaat de auteur in op zijn visie dat het omgaan met verwarde personen vraagt om daadkracht en doorzettingsvermogen. Hij neemt de lezer mee in problematiek omtrent Hoog Catharijne in 1973. Hier kwamen veel verslaafden en daklozen samen. Deze kwestie werd opgelost door met meerdere instanties uit verschillende domeinen in gesprek te gaan. In hoofdstuk 9 geeft de auteur nog enkele voorbeelden van de-escaleren bij verwarde personen. Dit hoofdstuk omvat herhalingen van eerdere hoofdstukken. Koekkoek probeert de lezer ervan te overtuigen om durf te hebben om met verwarde personen in gesprek te gaan en risico's adequaat in te schatten. Samenwerken is hierbij het devies en daarmee gaat het vaak mis in de overdrachtsketen. Veelal lopen psychische, somatische, sociaal-maatschappelijke en verslavingsproblematiek in elkaar over en hebben professionals elkaar nodig om hierin adequaat onderscheid te kunnen maken. Koekkoek geeft tevens aan dat de rol van ervaringsdeskundigen, opkomend en enigszins omstreden binnen de reguliere ggz, hierbij ook van belang is. Koekkoek stelt dat de ervaringsdeskundige de zorgprofessional kan helpen met het beter kunnen invoelen van psychiatrische problematiek.

Een kritische noot is dat Koekkoek in zijn betoog steeds meer richting beleidsmatige aspecten gaat, die meer geschikt zijn voor management.

In het tiende hoofdstuk wordt ingegaan op de rol van de burger. 30% van de meldingen omtrent verwarde personen komt van burgers (Poels, 2019). Opvallend is dat de burger in zijn dagelijkse routine niet snel in aanraking zal komen met een verward persoon. In hoofdstuk 4 gaf de auteur aan dat door de opkomst van sociale media de burger sneller het idee krijgt dat er een toename is van verwarde personen. Dit zou ook de stijging in E33-meldingen kunnen verklaren. Koekkoek pleit voor meer samenwerken met burgers en voor het opzoeken van deze samenwerking om potentieel verwarde personen adequaat meer mee te kunnen laten doen in de samenleving, om uitval te voorkomen.

VOOR DE GEDRAGSTHERAPEUT

.....

In het boek worden geen concrete cognitief-therapeutische behandeladviezen gegeven als het gaat om de aanpak van verwarde personen. Het boek geeft wel enkele aanknopingspunten voor hoe een hulpverlener breder naar de situatie van verwarde personen kan kijken, met name op het vlak van sociaal-maatschappelijke problematiek en instanties die ingeschakeld kunnen worden om de situatie aan te pakken. De hulpverlener kan zich dan richten op de psychiatrische klachten. Uit de onderzoeken van van 't Hoff en Zeegers (2016) en die van Poels (2019) blijkt dat veel meldingen omtrent verward gedrag gaan over patiënten die vallen onder de populatie mensen met ernstige psychische aandoeningen (EPA). 1,7% van de Nederlands bevolking valt onder deze populatie, waarvan driekwart in zorg is (Akwa GGZ, 2017). Het gaat hierbij zelden om enkel psychische problemen. Er wordt van EPA gesproken als er sprake is van een psychiatrische stoornis die behandeling noodzakelijk maakt, waarbij er tevens ernstige beperkingen zijn in het functioneren. Hierbij is structurele en gecoördineerde zorg geïndiceerd. De functiebeperking dient tevens de oorzaak en het gevolg te zijn van de psychiatrische problematiek, volgens de GGZ Standaard *Ernstige psychische problemen* (Akwa GGZ, 2017). De beschreven groep verwarde personen in het boek van Koekkoek lijkt veel overeenkomsten te hebben met de EPA-populatie. Het boek kan dan ook gezien worden als een uitgebreide samenvatting van de problematiek rond verwarde personen en nuttige achtergrondinformatie die kan helpen bij de aanpak van de EPA-populatie. Voor zorgspecifieke interventies wordt verwezen naar de GGZ Standaard, hoofdstuk 3 (Akwa GGZ, 2017). In dat hoofdstuk wordt een globale samenvatting gegeven van wat gedaan kan worden, zoals preventieve CGT en/of farmacotherapie. Er wordt specifiek aandacht geschonken aan de diagnostiek en behandeling van traumagerelateerde klachten en het betrekken van naasten.

CONCLUSIE

.....

Het geheel overziend is *De kwestie verwarde personen* een interessant boek dat dieper ingaat op de etiologie van een doelgroep die veelal in zorg is binnen de ggz. Enkel psychologische zorg lijkt onvoldoende en het boek betoogt een bredere samenwerking met sociaal-maatschappelijke instanties. Deze samenwerking imponeert vooralsnog onvoldoende. Een belangrijk punt hierin is het beroepsgeheim van de medisch professional. Hierdoor kan er niet zomaar gegevensdeling plaatsvinden met externe instanties. Koekkoek adviseert om hierover in gesprek te gaan met de patiënt en expliciet toestemming te vragen hiervoor. Dit dient wel goed met de patiënt besproken te worden, aangezien het medisch gevoelige informatie betreft. Het onder-

werp verwarde personen lijkt veel overeenkomsten te hebben met de EPA-doelgroep. Om die reden lijkt het boek het geschiktst voor collega's die met deze doelgroep werken. Ook collega's die bij de crisisdienst of acute dienst werken kunnen baat hebben bij het boek, voor een breder perspectief. De afsluitende boodschap van de auteur is om in gesprek te durven gaan met verwarde personen, om zo tot een passend zorgaanbod te komen, zonder direct door te verwijzen (opschalen) bij het zien van de mogelijke complexiteit van een E33-melding (melding omtrent verwarde personen).

Thomas Kramer is gz-psycholoog, supervisor en cognitief gedragstherapeut VGCT.

Hij is werkzaam binnen Parnassia Groep/Antes, expertiseteam verslaving & persoonlijkheid te Rotterdam. *Correspondentieadres:* t.kramer@anteszorg.nl.

Literatuur

Akwa GGZ. (2017). *Ernstige psychische aandoeningen*. Geraadpleegd 6 juli 2020 op www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/ernstige-psychische-aandoeningen/samenvatting-en-tools

Centraal Bureau voor de Statistiek. (2019). *Zorguitgaven; zorgaanbieders en financiering*. Geraadpleegd 1 maart 2020 op <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/84053NED/table>

Koekkoek, B. (2017). De toename van 'verwarde personen'-meldingen: kwantitatieve analyse van een openbare orde en public health-probleem. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 95, 264-272.

Poels, M. (2019). *Verward in Flevoland: De personen achter de meldingen*. Utrecht: Onderzoeksbureau Care2research.

Politie Nederland. (2018). *Personen met verward gedrag 2017*. Geraadpleegd 1 maart 2020 op www.politie.nl/wob/korpsstaf/2018-personen-met-verward-gedrag-2017.html

Trimbos Instituut (z.d.). *Personen met verward gedrag*. Geraadpleegd 1 maart 2020 op www.trimbos.nl/kennis/verward-gedrag

van Hoof, F. (2016). *Waarom we moeten stoppen met de term verwarde personen*. Geraadpleegd 1 maart 2020 op www.trimbos.nl/actueel/blogs/blog/waarom-we-moeten-stoppen-met-de-term-verwarde-personen

van 't Hoff J., & Zeegers, A. (2016). *Een verward persoon of verward gedrag? Een zoektocht naar de verhalen achter overlastmeldingen*. Zwolle: Politie Oost-Nederland.

.....

Voordeel en noodzaak van open science practices

.....

Wessel, I., & Niemeyer, H. (2019). We need to change our attitude, and journals can help: Reflections in response to Spiller & Olff (2018). *European Journal of Psychotraumatology*, 10, 1614823.

—————

Onderzoeken in het vakgebied psychologie laten een paar grote problemen zien. Een eerste probleem is dat we in de literatuur een overvloed aan positieve resultaten vinden en dat nulresultaten schaars zijn. Dit wijst op publicatiebias. Een tweede probleem is dat de repliceerbaarheid van de empirische resultaten niet zo eenvoudig mogelijk blijkt als men zou verwachten. Dit zou kunnen komen door (onopzettelijk) gebruik van zogeheten *Questionable Research Practices* (QRP's), strategieën die de kans op valspositieve uitkomsten vergroten, zoals het voortijdig stoppen met dataverzameling omdat men al een statistisch significant resultaat heeft gevonden.

In 2018 introduceerde het *European Journal of Psychotraumatology* het concept van de zogenoemde *Registered Reports* (RR's) (Spiller & Olff, 2018) dat voor deze problemen een oplossing zou kunnen bieden. Voor een RR dienen auteurs al voordat ze starten met dataverzameling de achtergrond en methoden voor hun onderzoek ter beoordeling in bij een tijdschrift. Pas na een principeakkoord over publicatie voeren ze het onderzoek uit. Wanneer het manuscript is afgerond, volgt een tweede beoordelingsronde waarin de reviewers beoordelen of het plan is uitgevoerd zoals bedoeld en of de resultaten op de juiste wijze zijn geïnterpreteerd. Als dat zo is, wordt het manuscript gepubliceerd, onafhankelijk van de resultaten van de studie. Op deze manier is het accepteren van manuscripten afhankelijk van de specificiteit en de kwaliteit van het onderzoeksplan, en minder van statistische significantie of positieve en publiceerbare resultaten. Het gebruik van bijvoorbeeld QRP's zal daardoor nutteloos zijn.

Voor ons als individuele onderzoekers zal het indienen van RR's betekenen dat wij onderzoeken zullen moeten uitvoeren aan de hand van strenge methodologische en statistische eisen. Het kan zijn dat we daardoor grotere samples moeten verzamelen of dat we statistische technieken moeten

gebruiken die we niet goed kennen. Dit kan bijvoorbeeld opgelost worden door samen te werken met meerdere onderzoeksinstituten en statistici.

Open science practices betekenen ook een fundamentele verandering ten opzichte van transparantie. Traditioneel beschermen we onze projecten omdat we bang zijn dat iemand anders er met onze ideeën of data vandoor gaat. We beschouwen het als vernietigend als iemand anders eerder publiceert over onze ideeën. Openheid kan ook betekenen dat we onze data publiek opslaan. We zouden daardoor bang kunnen zijn dat daardoor fouten of onopzettelijke QRP's aan het licht komen.

In de huidige wetenschappelijke cultuur wordt de geregelde publicatie van positieve en innovatieve resultaten hogelijk gewaardeerd. Publicaties met een hoog impactcijfer zijn belangrijk voor succesvolle fondsenwerving, prestigieuze academische posities en zelfs hele carrières. In een dergelijke cultuur is het heel lastig om individueel succes in te ruilen voor transparantie en delen. Ook zijn nulresultaten niet gewenst, omdat ze niet tot publicaties leiden. Onopzettelijk naar QRP's grijpen wordt zo heel denkbaar.

Tijdschriften kunnen helpen om verandering te realiseren. Het introduceren van bijvoorbeeld RR's kan op verschillende manieren helpen. Het belonen van transparantie zal helpen om alternatieve normen te omarmen. Het in principe accepteren van plannen voordat de data verzameld zijn, zal het aantal publicaties met nulresultaten verhogen. Op die manier kunnen tijdschriften helpen om onze tolerantie voor negatieve resultaten te verhogen. Hoewel we het gevoel kunnen hebben dat onze studies mislukt zijn als de resultaten niet in lijn zijn met de hypothesen, is het immers wel te verwachten dat dat geregeld gebeurt.

Een grondig reviewproces voor RR's zal waarschijnlijk de kwaliteit van het onderzoek verhogen. Transparantie zal wel hand in hand gaan met een verhoogde kans op het ontdekken van fouten. Dit met een accepterende attitude benaderen kan afschrikken, maar is wel onvermijdelijk als we toe willen naar een efficiënt, progressief en zelfcorrigerend wetenschappelijk systeem.

Tot slot zouden tijdschriften het delen van data in publiek toegankelijke databases kunnen afdwingen.

We zijn benieuwd hoe het initiatief van de Registered Reports ontvangen zal worden door onderzoekers naar psychotrauma. Wij zijn ervan overtuigd dat specifieke en precieze onderzoeksplannen in RR's de kwaliteit van het onderzoek naar psychotrauma zullen verbeteren.

COMMENTAAR VAN DE REDACTIE (HERMIEN ELGERSMA)

.....

Binnen de wetenschap is een ontwikkeling gaande die zeker ook voor gedragstherapeuten van groot belang is om te volgen. Al eerder bleken positieve resultaten uit onderzoek op het gebied van de (sociale) psychologie

moeilijk of niet te repliceren (zie onder andere Nosek & Lakens, 2014). Non-replicatie kan betekenen dat een origineel onderzoek het 'echte' effect overschat of zelfs dat een effect in werkelijkheid niet bestaat.

De hiervoor samengevatte brief beschrijft helder op welke niveaus een verandering in denkwijze nodig is om wetenschappelijk onderzoek transparanter te maken: dat van de individuele onderzoeker, van de cultuur van onderzoek (universiteiten, subsidieverstrekkers) en van de redacties van tijdschriften. Een niveau dat we hieraan zouden kunnen toevoegen is de verandering in lees- en denkwijze van de lezers van wetenschappelijke artikelen. Op de hoogte zijn van QRP's is voor de lezer van belang om een artikel op waarde te kunnen schatten. Denk bijvoorbeeld aan het uitgebreid testen binnen één onderzoek zonder te corrigeren voor de kans op valspositieve uitslagen. Ook lezers van wetenschappelijke artikelen kunnen geneigd zijn met name de positieve resultaten te lezen en te onthouden. Vaak willen lezers weten wat werkt, maar lezen wat niet werkt is dus minstens zo belangrijk. Alle onderzoeken door de tijd heen dragen samen bij aan het steeds beter kunnen inschatten van het effect. Voor de lezers is het dus niet alleen van belang om op de hoogte te zijn van deze ontwikkeling om wetenschap transparanter te maken, maar ook om dit zelf toe te passen bij het lezen van vakliteratuur.

Literatuur

Nosek, B. A., & Lakens, D. (2014). Registered reports: A method to increase the credibility of published results. *Social Psychology*, 45, 137-141.

Spiller, T. R., & Olff, M. (2018). Reducing uncertainty in research: Introducing registered reports. *European Journal of Psychotraumatology*, 9, 1554417.

Ontvangen

197

De redactie van *Gedragstherapie* ontving het volgende boek. U bent van harte uitgenodigd dit 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.

Stallard, P. (2020). *Denk goed – voel je goed: Werkboek cognitieve gedragstherapie voor kinderen en jongeren* (2e ed.). Amsterdam: Uitgeverij Nieuwezijds.

Boom psychologie & psychiatrie



Een nieuwe kijk op de jeugdhulpverlening

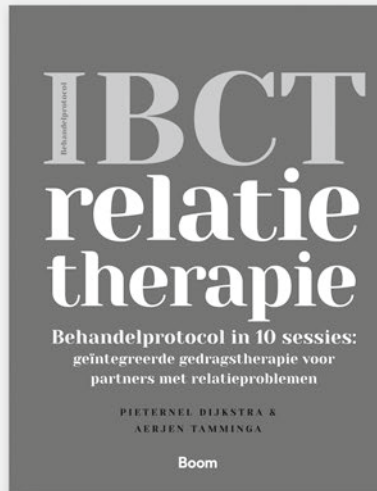
Bij JIM (Jouw Ingebrachte Mentor) gaat het erom dat mensen uit het eigen netwerk een prominente rol gaan innemen in iemands leven. Vaak gebeurt dit vanzelf als familieleden, vrienden en buren elkaar helpen. De JIM-aanpak is overal te vinden: op school, in de buurt, in jeugdzorg en in de ggz.

Minderjarige vluchtelingen hebben een JIM, evenals zwervjongeren, pleegkinderen en jongeren met een (verstandelijke) beperking. Inmiddels heeft het JIM-gedachtegoed een plek gekregen in de hulpverlening en zijn inmiddels ruim veertig instellingen getraind in deze nieuwe benadering. In *Circulaire zorg* komen de nieuwste inzichten aan bod, passend bij ieders eigen context en aangevuld met verhalen van ervaringsdeskundigen.

Voor wie is dit boek?

In *Circulaire zorg* worden praktische handvatten gegeven voor alle mensen die met JIM (gaan) werken, van begeleider of therapeut tot wethouder of manager, aangevuld met verhalen uit de praktijk van maar liefst 19 auteurs.

Bestel nu op boompsychologie.nl



Relatietherapie: een nieuwe methode

Dit boek biedt professionals die relatietherapie geven een nieuwe methode: Integrative Behavioral Couple Therapy (IBCT), een vorm van relatietherapie gebaseerd op de derde generatie cgt. In tien sessies leren partners om onderlinge verschillen te accepteren of tolereren, hun relatie een positieve injectie te geven, verbeteren ze patronen in de communicatie en gaan ze aan de slag met probleemoplossingstraining.

Relatietherapie in 10 sessies

Behandelprotocol IBCT relatietherapie biedt de professional een duidelijke methode, concrete technieken en vele oefeningen die tijdens en na sessies kunnen worden ingezet. In de praktijk blijkt bovendien dat veel professionals zich de methode relatief makkelijk eigen maken en het ze daadwerkelijk helpt om stappen te maken met stellen. Meer informatie over IBCT, supervisie, en reguliere en online trainingen vind je op www.ibt-academie.nl.

Met voorwoord van Andrew Christensen – een van de Amerikaanse grondleggers van IBCT.

Bestel nu op boompsychologie.nl

Boompsychologie & psychiatrie



Opgroeien met emotioneel onvolwassen ouders

Niet alle ouders zijn emotioneel volwassen, of emotioneel beschikbaar voor hun kinderen. Ook als het je als kind fysiek aan niets heeft ontbroken, kun je veiligheid of liefde hebben gemist, wat doorwerkt in je volwassen leven. Als je als kind hebt geleerd altijd alert te zijn op de stemming van je ouders, is er weinig ruimte geweest voor jouw eigen emotionele ontwikkeling. In *Ongezien opgegroeid* begeleidt psycholoog Lindsay Gibson deze inmiddels volwassen kinderen bij hun zoektocht naar wie ze echt zijn, en op hun pad naar een emotioneel gezonder leven, zonder dat zij met hun (vaak ook ongelukkige) ouders hoeven te breken.

Voorkomen van de geschiedenis

Dit is geen boek over vergelding of schuld. Het is een troostrijk boek dat duidelijk maakt hoe het komt dat je je eenzaam of in de steek gelaten voelde en voelt binnen je eigen ouderlijk gezin. Gibson legt uit waarom je ouders je in emotioneel opzicht niet voldoende konden geven en waarom zoveel pogingen tot een goed gesprek op niets uitliepen. Het geeft bevestiging en richting bij het aanleren van een nieuwe houding tegenover je vader en/of moeder én helpt te voorkomen dat de geschiedenis zich herhaalt in je eigen relaties.

Bestel nu op boompsychologie.nl

Aanwijzingen voor auteurs

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

Aanbieden van kopij

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

Vorm van het manuscript

- Op het *titelblad* moet staan: de volledige titel, beknopt maar informatief; de naam en voorna(a)m(en) van de auteur(s); van elke auteur de werkkring met een adres; en één correspondentieadres.
- *Artikelen* worden onderverdeeld in paragrafen, afhankelijk van het soort artikel. Bijvoorbeeld: Inleiding, Methoden, Resultaten en Discussie. In lange artikelen zal een paragraaf ter verduidelijking van de inhoud soms verder moeten worden onderverdeeld.
- Willen *gevalsbeschrijvingen* voor publicatie in aanmerking komen, dan moet het gaan om bijzondere probleemgedragingen, behandelingsmethoden en/of resultaten.
- Cliëntgegevens als namen (of afkortingen daarvan), beroepen, plaatsen en tijden dienen veranderd te worden. Eventuele klachten van cliënten die zich in beschrijvingen herkennen komen uitsluitend ten laste van de auteur(s).
- Artikelen, gevalsbeschrijvingen en bijdragen voor Forum en Kort Instrumenteel worden gevolgd door een samenvatting met trefwoorden en referenties in de Nederlandse taal, en een *summary* inclusief titel en *keywords* in de Engelse taal. Deze omvatten maximaal 150 woorden en 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 3, september 2020

Pagina 133 – 200

133 *Redactioneel*

134 **Romy S. Snetselaar, Juliëtte M. Liber, Barbara R. Hendriksen & Bram Orobio de Castro**

Empowerende oudergroepen in de wijk — Gunstigere opvoeding en minder gedragsproblemen na deelname aan het Pittige Jaren programma

156 **Juliëtte M. Liber**

Evidence-based behandelen bij kinderen en adolescenten — Kan de therapeutische alliantie bijdragen aan het optimaliseren van behandelproces en behandeluitkomst?

174 **Klaske A. Glashouwer & Peter J. de Jong**

Walging als de motor achter voedselrestrictie in anorexia nervosa

BOEKBESPREKING

187 **Thomas Kramer**

Bauke Koekkoek (2019). *De kwestie verwarde personen: Naar een andere benadering van onbegrepen gedrag*

VOOR U GELEZEN

194 Wessel, I., & Niemeyer, H. (2019). We need to change our attitude, and journals can help: Reflections in response to Spiller & Olf (2018). *European Journal of Psychotraumatology*, 10, 1614823.

197 *Ontvangen*