

GEDRAGSTHERAPIE

*Tijdschrift voor gedragstherapie
& cognitieve therapie*



JAARGANG 53 NUMMER 4 DECEMBER 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 (*hoofredacteur*)
Elise Debeer
Robert Didden
Hermien Elgersma
Miriam Lommen
Margreet Oorschot
Marleen Rijkeboer
Elske Salemink
Sara Scheveneels
Sandra Verbeken
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)

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.



© 2020

Boom uitgevers Amsterdam/
Stichting Tijdschrift voor Gedragstherapie

REDACTIONEEL

.....

Als ik dit schrijf is nog onduidelijk met hoeveel dierbaren we Kerstmis mogen vieren dit jaar. Het blijft een bijzonder, en voor sommigen van ons bijzonder dramatisch, jaar 2020. Ik nam met plezier deel aan het online najaarscongres; het was, net als elk jaar in Veldhoven, een rijke bijeenkomst met veel inhoud, veel discussie, fraaie muziek en uitwisseling. De Vlaamse en Nederlandse verenigingen draaien goed door in deze periode en ons tijdschrift doet dat gelukkig ook.

We doen nooit aan dubbeldikke kerstnummers. Maar met deze inhoud ga je bijna denken dat dat wel zo is. In het eerste artikel illustreren Lisa Snip en Thera Koetsier een CGT-behandeling van een volwassen vrouw met autismespectrumstoornis. Het daaropvolgende artikel is van Koen Schruers. Hij geeft een heldere les over wat de gedragstherapeut moet weten over de neurobiologie van angst. Liesbeth Mevissen, Marjolein Ooms-Evers, Marike Serra, Ad de Jongh en Robert Didden deden onderzoek naar een intensieve traumagerichte behandeling met een flink aandeel voor EMDR, voor multiprobleemgezinnen met personen met een lichte verstandelijke beperking of zwakbegaafdheid. Weer een mooie studie, direct uit de klinische praktijk.

Overall om ons heen poppen wetenschappelijke artikelen en andere schrijfsels op over corona. De redactie staat zeer open voor uw werkervaringen met corona. Else de Haan en Lidewij Wolters schreven een kritische noot over een internationale richtlijn voor de behandeling van dwangstoornis in coronatijd. Daarin heeft gedragstherapie niet de plaats gekregen die ze verdient.

Het nummer wordt vervolgd met drie boekbesprekingen. De eerste is van Joop Bosch. Hij bespreekt een boek over de nagebootste stoornis. Daarna volgen een bespreking van Ruud Hornsveld over een boek over zedendelinquenten en van Jenneke Wiersma over het mijns inziens zeer prikkelende boek van Flip Jan van Oenen, ook gast bij het recente najaarscongres. Het stuk dat wij voor u gelezen hebben gaat over een netwerkanalyse van post-traumatische stress en psychose.

Veel plezier met dit mooie vierde nummer.

Ik neem afscheid van de redactie. Ik heb dertien en een half jaar met veel plezier meegewerkt aan dit prachtige tijdschrift, mijns inziens een van de parels van de cognitieve gedragstherapie van de lage landen. Het doet mij

plezier het stokje van hoofdredacteur over te dragen aan Elske Salemink.
Houd u allen haaks! En tot ziens.

Paul Boelen
Hoofdredacteur

GEVALSBESCHRIJVING

.....

*‘Ik ben gewoon een bijtertje’¹*Het belang van de holistische theorie bij de
behandeling van autisme met
comorbiditeit

LISA SNIP & THERA KOETSIER

Samenvatting

.....

Over de behandeling van comorbiditeit bij volwassenen met een autisme-spectrumstoornis (ASS/autisme) is nog weinig geschreven, zeker niet als het gaat om vrouwelijke cliënten. In dit artikel wordt een cognitief-gedrags-therapeutische behandeling beschreven van een 49-jarige vrouw met een autismespectrumstoornis, stressgerelateerde klachten en panieklachten. Tijdens het opstellen van de holistische theorie werd de hypothese geformuleerd dat er sprake was van jarenlange overvraging door haarzelf en haar omgeving, waardoor haar klachten ontstonden en verergerden. Dit ‘camoufleren’ van autisme is iets wat vaker voorkomt bij vrouwen met autisme. Het leren herkennen en erkennen van grenzen door haar autisme werd het hoofddoel van de behandeling, waarin de focus dus niet lag op de comorbiditeit. Dit laatste lijkt echter in de praktijk vaak de eerste overweging. In de discussie worden drie mogelijke hypothesen rondom comorbide klachten bij autisme verder toegelicht, die een handvat bieden in het opstellen van een holistische theorie.

Trefwoorden: autisme, camoufleren, comorbiditeit, gevalsbeschrijving, holistische theorie, vrouwen

1 Met dank aan Sharona, die ons artikel meerdere keren van feedback voorzag.

Kernboodschappen voor de klinische praktijk

- Mensen met een autismespectrumstoornis zijn alle zeer verschillend. Kenmerken als detailgericht denken, prikkelgevoeligheid, snelheid van inleven in de ander of routinematig kunnen werken zijn in verschillende mate aan- en afwezig.
- Overvraging (of ondervraging) kan een belangrijke rol spelen in het ontstaan en voortbestaan van comorbide klachten. Het leren herkennen en erkennen van grenzen vanuit het autisme dient dan het hoofddoel van de behandeling te zijn.
- Om een goed beeld te krijgen van de samenhang tussen het autisme en comorbide klachten kan het opstellen van een holistische theorie zeer behulpzaam zijn.

INLEIDING

.....

Autismespectrumstoornis (ASS, in dit artikel vanwege de leesbaarheid afgekort tot ‘autisme’) is een verzamelnaam voor (gedrags)kenmerken. Deze kenmerken duiden op een kwetsbaarheid op het gebied van sociale interactie, communicatie, flexibiliteit in denken, bewegen en handelen, in de zintuiglijke prikkelverwerking, en op het gebied van filteren en integreren van informatie (Geurts, Sizoo, & Noens, 2015). Hierdoor ervaren mensen met autisme vaak problemen met uitvoerend handelen, vooral op het gebied van plannen en organiseren. Deze gedragskenmerken zijn hoogstwaarschijnlijk het resultaat van een andere manier van informatieverwerking (Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2017). Dit heeft voor- en nadelen. Mensen met autisme kunnen vaak anders naar dingen kijken en daardoor creatief zijn. Maar ook kunnen ze door een minder goed werkend filter voor alle prikkels sneller overprikkeling ervaren.

Omdat mensen met autisme heel verschillend zijn, spreken we tegenwoordig van een ‘spectrum’. Men zegt wel dat ‘als je één persoon met autisme kent, je één persoon met autisme kent’. Een spectrum is niet een ernstmaat (van licht naar ernstig autistisch), maar een soort regenboog, waarin een persoon met autisme verschillende kleuren kan hebben. Hierbij staan de kleuren voor zaken als detailgericht creatief denken, prikkelgevoeligheid, snelheid van kunnen inleven in de ander of routinematig kunnen werken. Terwijl de ene persoon met autisme vooral baat heeft bij zijn ‘geel’ maar last heeft van zijn ‘groen’, heeft de andere persoon met autisme bijna geen ‘geel’, maar haalt zij haar voordeel juist uit ‘paars’ en geeft ‘blauw’ haar veel uitdaging (Lynch, 2019). De kenmerken van autisme (de kleuren) die kracht of kwetsbaarheid geven, zijn ook nog eens afhankelijk van de context. Zaken als de omgeving, het stressniveau en de levensfase hebben hier invloed op (Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2017). Problemen kunnen ontstaan

door een mismatch tussen de omgeving en de persoon met autisme. Wanneer het bijvoorbeeld gaat over het kenmerk ‘inleven in de ander’, dan speelt vaak bij de ander ook moeite met inleven, namelijk moeite met inleven in de persoon met autisme (*double empathy problem*; Milton, 2012). Ervaringsdeskundigen onderstrepen het belang van een onderzoekende houding bij de hulpverlener. Tijdens de behandeling is het belangrijk om, samen met de cliënt en het systeem, te onderzoeken hoe en welke aspecten van autisme invloed hebben op het functioneren (Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2017).

In dit artikel wordt een cognitief-gedragstherapeutische behandeling beschreven van een vrouw met autisme en comorbiditeit. Uit consultatievragen aan de eerste auteur blijkt dat er door behandelaren werd gedacht dat de focus van de behandeling diende te liggen bij de comorbide klachten (waar vaak de hulpvraag ligt). Dit kan echter een valkuil zijn. Overvraging (of ondervraging) kan een belangrijke rol spelen in het ontstaan en voortbestaan van comorbide klachten. Het leren herkennen en erkennen van grenzen dient dan het hoofddoel van de behandeling te zijn, zoals ook in de beschreven behandeling het geval is. In de discussie worden drie mogelijke hypothesen rond comorbide klachten bij autisme verder toegelicht, die een handvat kunnen bieden bij het opstellen van een holistische theorie.

CLIËNTGEGEVENS

.....

De beschreven behandeling betreft een 49-jarige alleenstaande vrouw, die met haar 20-jarige dochter samenwoont. Zij heeft meegewerkt aan dit artikel en op haar verzoek noemen we haar hier ‘Sharona’.

Sharona werd door de huisarts aangemeld vanwege paniekaanvallen, die vaak gepaard gingen met acute diarree. Ze zat sinds een half jaar in de Zieketewet. Het lukte haar door de klachten vaak niet om te koken of boodschappen te doen. Ze kwam perioden helemaal niet buiten en als ze eropuit ging, moest er een wc in de buurt zijn en wilde ze niet te ver van huis. Sharona had een turbulente tijd achter de rug. Zo verloor ze meerdere banen, had ze een aantal jaren fikse relatieproblemen, scheidde ze, dreigde ze dakloos te worden en verloor ze haar ex-echtgenoot door suïcide. Qua karakter omschreef ze zichzelf als een ‘chaotisch persoon’ en een ‘stresskip’, die slecht met veranderingen kon omgaan. Ze gaf aan dat ze moeite had om contact te leggen en dat mensen haar vaak niet goed begrepen. Na de intake werd Sharona op de wachtlijst voor ‘diagnostiek naar autisme’ geplaatst. Ook werd de posttraumatische stressstoornis (PTSS) als hypothese gesteld. Ze kwam gedurende de wachttijd onder behandeling bij een sociaalpsychiatrisch verpleegkundige, bij wie ze exposureoefeningen deed.

Na de diagnostiek naar autisme werd deze classificatie gesteld. Bij de start van de cognitieve gedragstherapie, waarbij op de wachtlijst vermeld stond

dat het zou gaan om traumabehandeling, gaf Sharona diverse klachten aan. Ze had weinig overzicht over de klachten en kon moeilijk verbanden leggen met eventuele oorzaken. Wel was het voor haar duidelijk dat de klachten in verband stonden met stressoren van de afgelopen jaren. Sharona gaf aan dat ze dacht dat ze dingen moest verwerken.

Tijdens de probleeminventarisatie kwamen drie klachtpatronen naar voren: (1) stressklachten (klachten van cognitieve aard – een ‘vol hoofd’ – en weinig energie), (2) paniekaanvallen met vaak diarree, en (3) klachten op het gebied van grenzen aangeven naar anderen en zichzelf. Gebeurtenissen uit het verleden kwamen geregeld naar voren in haar gedachten. Door de classificatie autisme was ze veel aan het nadenken over de invloed hiervan op haar leven en op deze gebeurtenissen. Op somatisch vlak werd in juli 2016 het prikkelbaredarmsyndroom vastgesteld.

Autismespectrumstoornis, paniekstoornis en agorafobie werden geclassificeerd. Bij het uitvragen van PTSS bleek hiervan geen sprake te zijn. Wel kon er gesproken worden van een aanpassingsstoornis: er speelden (onder andere cognitieve) klachten door overbelasting en stressvolle gebeurtenissen. Een belangrijke stressfactor was de afgelopen jaren het behouden van werk geweest, wat uiteindelijk niet gelukt was.

Sharona herkende de kenmerken van autisme, zoals tekortkomingen in de sociale interactie en communicatieproblemen. Het vormgeven en onderhouden van sociaal contact kostte haar veel energie. Ook bleek er sprake te zijn van beperkte repetitieve en stereotiepe gedragspatronen. Sharona hield een vast weekritme aan en had meer tijd nodig om te schakelen van de ene naar de andere activiteit. Ook werd aan het kenmerk prikkelgevoeligheid voldaan, zeker na de toename van stress.

BEHANDELING VAN MENSEN MET AUTISME

.....

Uit de *Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van autismespectrumstoornissen bij volwassenen* (Kan et al., 2013) komt naar voren dat er weinig wetenschappelijk onderzoek is gedaan naar interventies bij volwassenen met autisme, maar dat psycho-educatie aan cliënt en naasten een belangrijke eerste stap is na de classificatie. Een van de standaardwerken hierover is *Ik ben speciaal 2* van Peter Vermeulen (2005). Hij benoemt hierin welk effect autisme op het zelfbeeld kan hebben. Hij refereert aan James Watson, die in 1980 een formule voor zelfwaardering bedacht, namelijk zelfwaardering = succes/verwachtingen. Verhogen van zelfwaardering kan dus ofwel door meer succeservaringen, ofwel door verwachtingen aan te passen aan de mogelijkheden en beperkingen van de persoon. Psycho-educatie kan leiden tot het aanpassen van verwachtingen. Doordat men beter weet wat de eigen krachten en kwetsbaarheden zijn, heeft men meer controle over het eigen leven.

Tijdens de behandeling van Sharona die in dit artikel wordt beschreven, kwam de *Zorgstandaard autisme* uit (Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2017). Hierin wordt genoemd dat 40% van de mensen met autisme kampt met bijkomende psychiatrische diagnoses. Over de behandeling van comorbiditeit bij volwassenen met autisme is nog weinig gepubliceerd, zeker niet als het gaat om vrouwen. Attwood (2004) raadde als een van de eersten affectededucatie aan, omdat het voor mensen met autisme moeilijker kan zijn om emoties waar te nemen, te herkennen en te benoemen. Op basis van deze bronnen zou het advies zijn om psycho-educatie te geven aan Sharona en haar naasten, met daarbij aandacht voor het herkennen van emoties.

Als het gaat om CGT bij autisme, wordt het belang van de casusconceptualisatie aangegeven (Schuurman, Blijd-Hoogewys, & Gevers, 2013). Comorbide klachten kunnen (1) voortkomen uit de autisme-kernsymptomen, (2) een gevolg zijn van hoe iemand met zijn autisme omgaat, of (3) samenhangen met comorbide stoornissen. De paniekaanvallen die Sharona noemde, kunnen een teken zijn van overvraging door onvoldoende rekening houden met haar beperkingen. Depressie kan bijvoorbeeld een gevolg zijn van onderprikkeling. Behandelen volgens een behandelprotocol voor de comorbiditeit kan leiden tot onvoldoende resultaat, omdat aan de onder- of overvraging te weinig wordt gedaan. Het werken met een casusconceptualisatie en holistische theorie geeft visueel houvast en kan cliënten helpen om te begrijpen waar hun problemen vandaan komen. De auteurs benadrukken tevens dat het nodig is om samen met de cliënt en het systeem in kaart te brengen waar de over- of ondervraging in zit.

Over autisme bij vrouwen wordt steeds meer bekend. Autismen manifesteert zich bij hen vaak op een andere manier dan bij mannen. Vrouwen hebben doorgaans meer last van prikkels en raken gemakkelijker overprikkeld door bijvoorbeeld geluiden en aanrakingen (Prazdny, 2015; Spek, 2013). Vaak overvragen ze zichzelf op sociaal gebied. Slimme meisjes en vrouwen vertonen kopieergedrag en spelen toneel om aardig gevonden te worden. Helaas resulteert dit vaak in overbelasting, een slecht zelfbeeld en problemen in emotieregulatie (Prazdny, 2015). Zulk kopieergedrag wordt ‘sociaal camoufleren’ genoemd, waarmee bedoeld wordt dat mensen met autisme technieken gebruiken om hun autisme te verbergen. In een artikel met de treffende titel ‘Putting on my best normal’ (Hull et al., 2017) wordt aangegeven dat vrouwen dit meer doen dan mannen. De juiste diagnose helpt bij het ontwikkelen van een stabiel zelfgevoel. Veel vrouwen lopen al decennia rond met het gevoel ‘anders’ te zijn. Weten wat er aan de hand is, kan helpen bij zelfacceptatie (Venhuizen, 2017). Overvraging zou goed ook bij Sharona kunnen spelen.

HOLISTISCHE THEORIE

.....

Om een goed beeld te krijgen van de samenhang tussen enerzijds kwetsbaarheidsfactoren, risicofactoren en beschermende factoren in de ontwikkeling van Sharona, en anderzijds haar huidige problematiek, werd een holistische theorie opgesteld. Hierdoor werd door Sharona en de therapeut de samenhang van de problemen inzichtelijk gemaakt. Bij het opstellen is gebruik gemaakt van de 'kop-midden-staart-analyse' van Maes (2006), die zijn model baseerde op Orlemans (Hermans, Daseleire, & Eelen, 1998). Problemen worden hierin verdeeld in vroege problematiek (of kopproblematiek), middenproblematiek en staartproblematiek. In dit model komt goed naar voren welke factoren er vanuit de kindertijd een rol spelen in de actuele problemen van Sharona.

Vroege problematiek (of kopproblematiek)

.....

Vader werd door Sharona omschreven als afstandelijk. Hij was veel afwezig en begon haar als 'pispal' te gebruiken nadat zij erachter was gekomen dat hij vreemdging. Haar ouders waren soms streng en onredelijk. Ook werd ze soms geslagen. De opvatting 'Ik ben niet oké' kreeg geloofwaardigheid.

Hoewel Sharona geboren is met autisme, kreeg ze de classificatie echter pas op 49-jarige leeftijd. Na diverse faalervaringen in sociale contexten, begon ze deze toe te schrijven aan zichzelf. Dit speelde bijvoorbeeld op de middelbare school, toen er een afwijzing volgde nadat ze schijnbaar iets verkeerd had gezegd. Haar negatieve kerncognitie 'Ik ben niet oké' kreeg door deze leergeschiedenis steeds meer bewijzen. Ze begon zichzelf onbewust te overvragen, haar autisme te 'camoufleren', in de hoop wel oké gevonden te worden.

Middenproblematiek

.....

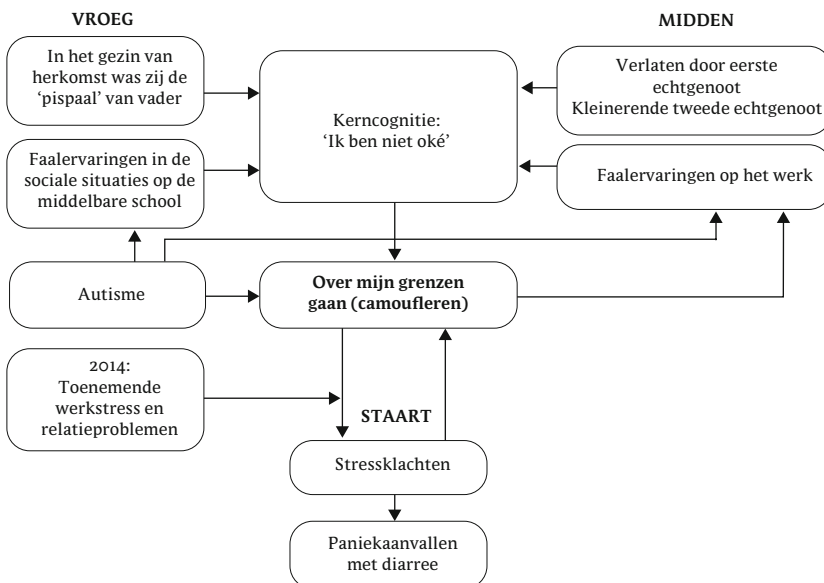
Sharona is tweemaal getrouwd geweest. Ze werd door haar eerste echtgenoot verlaten voor een ander. Haar tweede echtgenoot begon gedurende het huwelijk steeds meer kleinerende opmerkingen te maken. Door haar nog niet onderkende autisme kon zij op het werk moeilijker schakelen tussen verschillende taken. Ook was er sprake van miscommunicatie met onder anderen leidinggevend. Al deze ervaringen gaven opnieuw voeding aan de overtuiging niet oké te zijn. Sharona probeerde haar overtuiging te compenseren door steeds meer van zichzelf te vragen en weinig of geen grenzen aan te geven.

Staartproblematiek

209

Jarenlang speelde er relatieproblematiek. Sharona stopte na 14 jaar met haar baan bij een woonwinkel. Er kwamen flinke ruzies met haar partner en ze begon aan haar vijfde baan in vijf jaar tijd als verkoopmedewerker bij een kledingwinkel, voor haar vorm van autisme een ‘onvriendelijke’ omgeving, want prikkelrijk en met veel sociale contacten. Doordat Sharona vanwege haar autisme en haar overtuiging niet oké te zijn zichzelf overvroeg, namen de stressklachten toe.

Heftige levensgebeurtenissen volgden elkaar in hoog tempo op. Ze besloot tot een scheiding, maar woonde nog steeds samen met haar ex-partner, waardoor de spanning opliep. Op zeker moment deed hij een zelfmoordpoging. Sharona kreeg ook harde duwen van hem. Door de spanning thuis was ze veel op straat of bij vrienden, waardoor ze weinig plek en tijd had om te ‘ontprikkelken’. De stress had een modererend effect op het reeds bestaande verband tussen grenzen overgaan en hierdoor stressklachten krijgen. Sharona kreeg paniekaanvallen, waarbij haar toch al gevoelige darmen steeds meer opspeelden. Ze viel uit op het werk en kwam terecht in de Ziektewet. Toen haar ex-partner uiteindelijk suïcide pleegde, werd het huis binnen korte tijd verkocht en dreigde ze dakloos te raken. De paniekaanvallen bleven komen, met daarbij vrijwel altijd diarree. Visueel zag de holistische theorie eruit als in figuur 1.



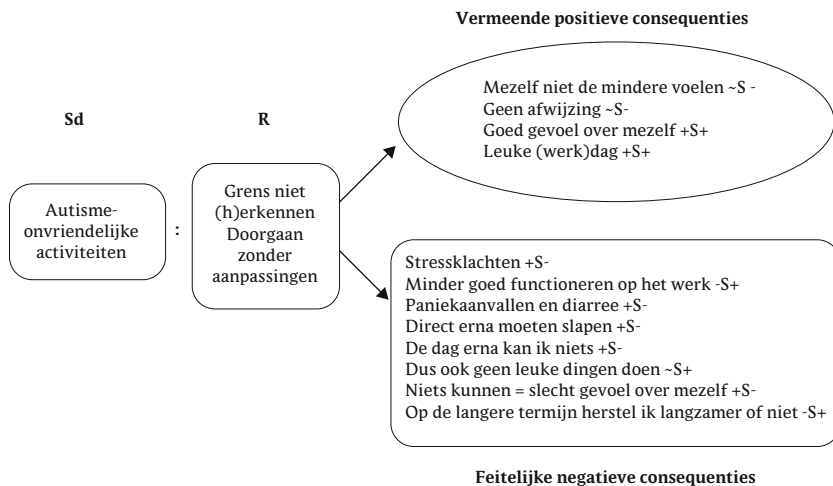
FIGUUR 1 *Holistische theorie in de casus Sharona*

Uit de holistische theorie viel op te maken welke problematiek er centraal stond. Sharona herkende haar grenzen niet en erkende haar grenzen niet als coping op haar negatieve kerncognitie. Hierdoor verergerden de stresssymptomen.

FUNCTIEANALYSE

.....

Uit een aantal G-schema's die zijn gebruikt als topografische analyse kwam naar voren dat 'autismeonvriendelijke' activiteiten de discriminatieve stimuli waren in situaties waarin Sharona haar grenzen niet erkende. Op korte termijn had Sharona dan niet het idee de mindere te zijn en hoefde ze haar vrees afgewezen te worden niet aan te gaan. Ze voelde zich op dat moment goed over zichzelf, mede omdat ze (bijvoorbeeld) een leuke (werk)dag had. Helaas kreeg ze wanneer ze overvraagd werd stressklachten. Uiteindelijk functioneerde ze hierdoor slechter op haar werk, kreeg ze paniekaanvallen met diarree en moest ze direct na activiteiten gaan slapen. De dag na een prikkelrijke activiteit kwam ze tot niets en voelde ze zich daardoor slecht over zichzelf. Tevens had steeds over haar grenzen gaan een negatieve invloed op haar herstel. In figuur 2 is de functieanalyse visueel gemaakt.



FIGUUR 2 *Functieanalyse in de casus Sharona*

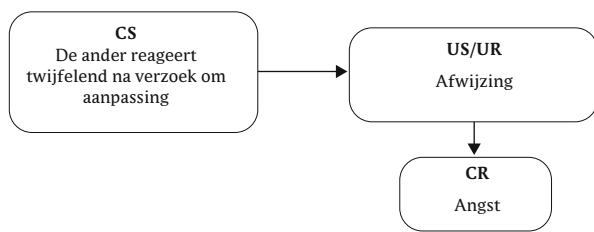
BETEKENISANALYSE

.....

In Sharona's gezin van herkomst werd het stellen van grenzen afgekeurd: je moest doorgaan en niet piepen. Hard werken stond hoog in het vaandel, vra-

gen om aanpassingen was voor zwakkeren. In werksituaties heeft Sharona meerdere keren meegemaakt dat verzoeken tot aanpassing leidden tot afwijzing. In haar baan bij de woonwinkel, waar ze 14 jaar werkte, verzocht ze meermaals om bepaalde taken niet te hoeven combineren. Wanneer ze vanuit het magazijn spullen in de winkel plaatste, wilde ze niet oproepbaar zijn voor kassawerkzaamheden. Dit verzoek werd afgewezen. In de functies erna heeft Sharona het als afwijzing ervaren wanneer haar contract niet werd verlengd. Bij een callcenter bijvoorbeeld gaf ze aan dat het voor haar heel lastig is om te werken in een drukke kantoortuin. Dit heeft naar haar idee zeker bijgedragen aan het niet verlengen van haar contract.

In vriendschapsrelaties heeft Sharona afwijzing meer subtiel ervaren. Bij haar goede vriendinnen wordt ze niet afgewezen wanneer ze grenzen aangeeft. Wel heeft ze het idee gekregen dat ze aan de kant werd geschoven door mensen die ze net goed kende als ze niet bij alles meedeed. In figuur 3 is de betekenisanalyse visueel gemaakt.



FIGUUR 3 Betekenisanalyse in de casus Sharona

MEETINSTRUMENTEN EN REGISTRATIES

.....

Er zijn bij de start van de behandeling van Sharona vragenlijsten afgenomen. Op basis van de analyses is er een ideografisch registratieformulier opgesteld. Voor de casus Sharona zijn alleen de hierna beschreven metingen interessant.

Outcome Questionnaire 45 (OQ-45)

.....

De OQ-45 is een vragenlijst die niet alleen lichamelijke en psychische klachten meet, maar ook sociale interactie en het sociaal-maatschappelijk functioneren. Het is een instrument dat gevoelig is voor verandering en daarom geschikt is om therapie-effect te meten. Op de OQ-45 was de lijdensdruk goed te zien. De scores op de subschalen gaven aan dat Sharona ten opzichte van de algemene populatie een zeer hoog klachtenniveau ervoer. In vergelijking met de patiëntennormgroep viel de hoge score op de subschaal ‘sociale rol’ op. Dit zijn items die het functioneren meten op school, tijdens werk en in de

vrije tijd. De totaalscore is vergeleken met de patiëtnormgroep bovengemiddeld. Over hoe mensen met autisme gemiddeld scoren op de OQ-45 is niets bekend.

Registratieformulier

Op het ideografische registratieformulier scoorde Sharona eerst haar belangrijkste stressklachten (de mate waarin ze een 'vol hoofd' ervoer en hoeveel energie ze had). Daarna scoorde ze de geloofwaardigheid van de belangrijke cognities die meespelen bij het niet aangeven van haar grenzen. Figuur 4 toont een registratieformulier in deze casus, met omrand de scores waarmee Sharona retrospectief aangaf in welke mate ze de betreffende uitspraak als waar ervoer bij de start van de behandeling.

Registratieformulier											
Scoor de onderstaande klacht en de geloofwaardigheid van de overtuigingen voor de afgelopen week.											
Vol hoofd											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	8,5	9	10
Helemaal niet									Erger kan niet		
Energieniveau											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Helemaal niet									Beter kan niet		
Ik ben oké.											
0	1	2	3	3,5	4	5	6	7	8	9	10
Helemaal niet waar									Helemaal waar		
Als ik grenzen aangeef, dan ben ik de mindere.											
0	1	2	3	4	5	6	7	7,5	8	9	10
Helemaal niet waar									Helemaal waar		
Ik mag mijn grenzen aangeven.											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Helemaal niet waar									Helemaal waar		
Als ik grenzen aangeef, word ik afgewezen.											
0	1	2	3	4	5	6	7	7,5	8	9	10
Helemaal niet waar									Helemaal waar		

FIGUUR 4 Registratieformulier in de casus Sharona

De hulpvraag van Sharona was om meer naar buiten te kunnen gaan, met het uiteindelijke doel om weer te kunnen werken. Het lukte haar vaak niet om naar buiten te gaan vanwege haar ‘volle hoofd’ en lage energieniveau. Zo kon ze een uur bezig zijn met bedenken welke stappen er nodig waren om de deur uit te gaan. Daarnaast verwachtte ze paniekaanvallen met diarree te krijgen, iets wat haar binnenshuis hield.

Bij het opstellen van het behandelplan werd het praktijkboek van van Heycop ten Ham, de Vos en Hulsbergen (2012a, 2012b) gebruikt. Zoals uit de holistische theorie, probleemselectie en analyses naar voren kwam, was de verwachting dat herkennen en erkennen van grenzen (R) zullen leiden tot een afname van de cognitieve klachten, vermoeidheid en paniekaanvallen. Het ging hier om vaardigheidstraining (en daarbij Sd koppelen aan ander gedrag). Hierdoor zou Sharona weer naar buiten kunnen gaan en uiteindelijk weer aan het werk kunnen.

Als eerste werd ingezet op het leren kennen van haar autisme, en van de kwetsbaarheden en krachten die hierbij komen kijken. Hierdoor zouden risicosituaties (Sd) beter worden herkend en desgewenst kunnen worden aangepast of vermeden. Er werd met Sharona afgesproken om een signaleringsplan te maken, waarbij kennis over haar autisme, risicosituaties en stresssignalen (affectededucatie) in kaart zouden worden gebracht. Tijdens het proces van het opstellen van het signaleringsplan zou Sharona via G-schema’s bijhouden wanneer ze haar grenzen wel of niet aangaf, en welke gedachten hierbij een rol speelden (BA). Zodra duidelijk werd welke gedachten een patroon vormden, zouden deze worden uitgedaagd via technieken uit de cognitieve therapie (socratische dialoog en andere uitdaagtechnieken).

Vanuit de vermeende positieve consequenties (Sr) uit de functieanalyse was te verwachten dat er gedachten zouden gaan spelen als: ‘Wanneer ik een grens aangeef, word ik afgewezen.’ Wanneer de geloofwaardigheid van deze cognities verminderde (herevaluatie van US/UR), zou er minder zelfverwijt en verdriet zijn. Daarnaast zou Sharona ervaren dat de verwachte afwijzing bij gezonde relaties niet uit zou komen. Mocht er een afwijzing komen, bijvoorbeeld op werkgebied, dan kon ze leren om die te verdragen. Ook viel te verwachten dat de feitelijke negatieve consequenties (Sr) – zoals stressklachten, paniekaanvallen met diarree, na activiteit direct moeten slapen en de dag erna niets kunnen doen – zouden verminderen. De draagkracht zou toenemen, waardoor Sharona meer kon doen, zich beter over zichzelf zou voelen en op termijn weer zou kunnen werken.

Bij de start van de behandeling had Sharona het idee dat ze dingen moest verwerken. Tijdens het vormgeven van de holistische theorie veranderde deze overtuiging en kon ze zich goed vinden in de hypothese dat als ze leerde

om beter haar grenzen aan te geven, haar klachten waarschijnlijk zouden verminderen. Binnen het behandelplan werden SMART-doelen opgesteld.

BEHANDELVERLOOP

.....

Tijdens de eerste sessies werd er kennisgemaakt en het dossier doorgenomen. De probleeminventarisatie werd afgenomen, waaruit bleek dat Sharona zeer uitgebreid was in haar verhaal. Ze ervoer al haar klachten als aparte klachtenpatronen en zag weinig verbanden tussen haar klachten. Om zicht te krijgen op het beloop van de paniekaanvallen vulde ze retrospectief een registratieformulier over paniekaanvallen in. Sharona vulde ook een aantal vragenlijsten in. Verder werd er, na toestemming, contact opgenomen met de dochter van Sharona. Er werd vervolgens gewerkt aan het opstellen van de holistische theorie. Zoals gewoon is, werd dit visueel gedaan en werd er afgesproken om in de tijd tussen de sessies nogmaals te kijken naar de getekende verbanden. Dit lukte Sharona echter niet. Ze raakte namelijk ontregeld, omdat het UWV haar had opgeroepen voor een WIA-keuringsgesprek. Voorafgaand aan dat gesprek was ze zo gespannen dat ze een 'denk-en-doe-blokkade' kreeg: haar informatieverwerking liep volledig spaak en ze kon niets meer verwerken. Ze schoot in haar automatische piloot: haar autisme camoufleren. Sharona werd voor 100% goedgekeurd, maar ze stelde samen met haar dochter een bezwaarschrift op. Er werden twee besluiten rondom het behandelplan genomen, ook al was de holistische theorie nog niet klaar. Aangezien duidelijk was dat Sharona veel moeite had met het creëren van – met name mentaal – overzicht, werd via de WMO in autisme gespecialiseerde ambulante begeleiding aangevraagd. Hierdoor konden we ons in de sessies concentreren op CGT in plaats van op praktische ondersteuning. Verder werd er alvast een account voor online psycho-educatie aangemaakt.

Tijdens het bespreken van de G-schema's die waren opgesteld ten bate van de functie- en betekenisanalyse kwam naar voren dat Sharona haar gedrag al veranderd had. De holistische theorie had haar geholpen om inzicht en overzicht te krijgen in haar klachten. Ze gaf nu meer haar grenzen aan. Ze vond dat naar eigen zeggen ook logisch: 'Ja, je wilt toch beter worden?' Er werd een registratieformulier ingevuld over haar belangrijkste klachten en cognities die een rol speelden bij begrenzing. Vervolgens werden gedachten zorgvuldig uitgevraagd en irrationele gedachten volgens de socratische dialoog uitgedaagd. Sharona kreeg ondertussen via de WMO een indicatie voor zowel ambulante begeleiding als tweewekelijkse thuiszorg.

Bij de tussenevaluatie van de CGT bleek dat Sharona haar gedragsverandering aardig volhield. Ze gaf aan anderen al goed haar grenzen aan, mede aangestuurd door de eerdere terugval in stress- en panieklachten. Wel leek ze zichzelf nog moeilijk te kunnen begrenzen. Op een 'goede dag' was ze heel actief, maar daarna was ze weer uitgeput. Ze gaf aan: 'Ik ben gewoon een

bijtertje.’ Ze beet zich ergens in vast en stopte pas als ze ermee klaar was. Tijdens het opstellen van het signaleringsplan werden opnieuw de voor- en nadelen van deze tendens besproken. Ook gaven de ingevulde opdrachten vanuit de online psycho-educatie input voor het plan. Verder werd er contact opgenomen met de moeder van Sharona. Dit had enige tijd geduurd, omdat zij aan het verhuizen was. Zij had belangstelling voor de online psycho-educatiemodule voor naasten. De ambulante begeleiding startte, en doelen en taakverdeling werden afgestemd.

In de volgende sessies werd er gewerkt met G-schema’s. Situaties waarbij grenzen werden aangegeven of overgegaan, werden geanalyseerd. Tevens stelde Sharona G-schema’s op waarin haar zelfbeeld aan de orde kwam. Wat met name opviel, was dat zelfverwijt minder vaak een rol speelde dan Sharona tijdens de laatste evaluatie dacht. Een van Sharona’s G-schema’s is te vinden in figuur 5.

Gebeurtenis: Afspraak met vriendinnen staat gepland in een toch al drukke week.

Gedachte: Gezellig, maar ik red het niet deze week.

Gevoel: Angst 6, bedroefdheid 8.

Gedrag: Toch afgebeeld, met pijn in mijn hart.

Gevolg: Ik heb voorkomen dat ik twee tot drie dagen niets meer kan (en daarom een andere bijeenkomst moet missen).

FIGUUR 5 *Voorbeeld van een G-schema in de casus Sharona*

Sharona hoorde tijdens deze periode dat ze voor de komende twee jaar volledig was afgekeurd en een WIA zou krijgen. Haar bezwaar was gegrond verklaard. Dit gaf een enorme opluchting, waardoor ze ook enige tijd erg moe was, maar daarna opknapte. Ze kon weer af en toe een boek lezen. Doordat ze meer energie kreeg, had ze opnieuw de neiging door te schieten in activiteiten en de dag erna in te storten. Hierna lukte het wel om haar planning te herzien en een aantal afspraken te verplaatsen, zodat er een betere balans kwam. Het signaleringsplan werd aangevuld.

LAATSTE EVALUATIEMOMENT

.....

Resultaat volgens cliënt, naasten en behandelaar

.....

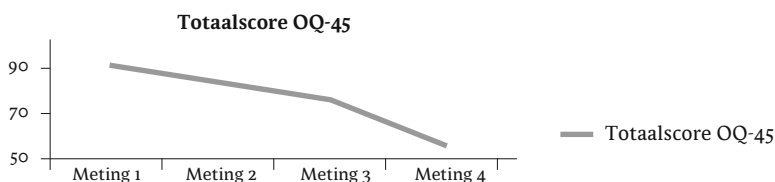
Het beschreven deel van de behandeling duurde 28 sessies, binnen een tijdsperiode van ongeveer een jaar. Er gaan volgens Sharona momenteel een aantal zaken beter, maar ze is er nog niet. Ze geeft aan dat ze meer weet over autisme en er beter mee weet om te gaan. Ze hoeft niet meer te slapen

na een prikkelrijke afspraak. Ze heeft de laatste drie maanden geen paniek-aanvallen gehad. Niettemin heeft Sharona het idee dat ze steeds twee stappen vooruitgaat en dan weer één terug. Ze heeft nog steeds de neiging om door te schieten. Verder heeft ze klachten vanwege een verandering in haar weekritme, maar heeft ze zelf het verband daartussen nog niet altijd door.

De dochter en moeder van Sharona geven beiden aan verbetering bij haar te zien. Haar dochter vertelt dat Sharona vaak teruggrijpt naar het 'papiertje met rood, oranje en groen', het signaleringsplan. Als dochter een spontaan verzoek heeft (bijvoorbeeld om niet thuis te hoeven eten), dan denkt haar moeder daar nu over na, in plaats van het direct af te wijzen. De moeder van Sharona geeft aan dat ze ziet dat het geleidelijk wat beter gaat. Haar dochter krijgt volgens haar meer controle en weet beter wanneer ze 'de rem erop moet zetten'.

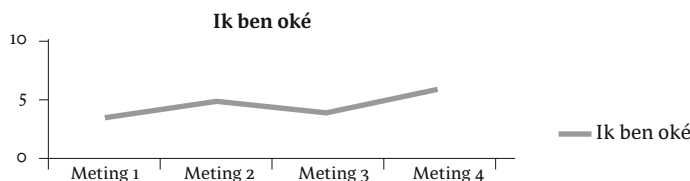
Resultaat volgens de meetinstrumenten

Op de OQ-45 is de totaalscore van Sharona flink gedaald, van 90 naar 58 (figuur 6). De ernst van haar klachten valt bijna in de categorie 'geen psychopathologie meer'. Vergeleken met de patiëntenpopulatie gaat haar score van bovengemiddeld naar benedengemiddeld. Alle subschalen hebben lagere scores. De subschaal 'sociale rol', waarop Sharona bij de voormeting ten opzichte van de patiëntenpopulatie zeer hoog scoorde, zakte naar benedengemiddeld.



FIGUUR 6 Grafiek van de verschillende OQ-45-metingen in de casus Sharona

Uit het registratieformulier komt ook verbetering naar voren. Het energieniveau van Sharona stijgt, evenals de geloofwaardigheid van de cognities 'Ik ben oké' (figuur 7) en 'Ik mag mijn grenzen aangeven.' Deze laatste overtuiging daalt wel een punt in vergelijking met de vorige meting. Sharona vindt het moeilijk om hier een verklaring voor te geven. Ze denkt dat ze mogelijk een klein beetje strenger voor zichzelf wordt, nu het wat beter gaat, maar weet het eigenlijk niet zo goed. De mate van een 'vol hoofd' daalt, evenals de geloofwaardigheid van de cognities die belemmeren dat Sharona haar grenzen aangeeft.



FIGUUR 7 Grafiek van de verschillende metingen van de overtuiging ‘Ik ben oké’

DISCUSSIE

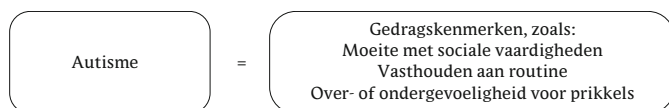
Hierna wordt gereflecteerd op de werkzame en belemmerende elementen in de behandeling. Sharona is ontzettend gegroeid in haar belangrijkste doel: grenzen aangeven. Ze mag van zichzelf in verband met haar autisme om aanpassingen vragen of die uitvoeren. De holistische theorie formuleren hielp daar enorm bij. Er ging een knop om bij Sharona en ze ging beter voor zichzelf zorgen. In dit artikel werken we de eerder beschreven hypothesen bij autisme en comorbiditeit verder uit, omdat het naar ons idee bij deze doelgroep van groot belang is om deze stap van het gedragstherapeutisch proces zorgvuldig te doorlopen. Uit consultatievragen blijkt dat er nog te vaak vanuit classificaties wordt gedacht, en niet vanuit hypothesen over samenhang.

Drie hypothesen over autisme en comorbiditeit

Zoals eerder aangegeven, schreven Schuurman en collega's (2013) over het belang van de casusconceptualisatie (holistische theorie). Comorbide klachten kunnen (1) voortkomen uit de autisme-kernsymptomen, (2) een gevolg zijn van hoe iemand met zijn autisme omgaat, of (3) samenhangen met comorbide stoornissen.

Bij de eerste hypothese is er geen sprake van comorbiditeit. De autisme-kernsymptomen (zoals beschreven in de DSM-5; American Psychiatric Association, 2014) gaan over gedragskenmerken op het gebied van sociale interactie en communicatie, flexibiliteit, prikkelverwerking, en het filteren en integreren van informatie. Het hebben van autisme geeft kwetsbaarheden en krachten in een breed spectrum (Lynch, 2019). Het betreft een zeer persoonlijk bepaalde balans hierin, die ook nog eens afhankelijk is van de omgeving, het stressniveau en de levensfase. Bepaalde kenmerken zijn gewoonweg ‘anders’ en hoeven geen verstoring in het functioneren te geven. Zo kan een cliënt die er erg weinig sociale contacten op nahoudt dit prima vinden. Tegelijkertijd kampen mensen met autisme vaak met klachten, bijvoorbeeld vanwege hun prikkelgevoeligheid (Spek, 2013). Hulpverleners kunnen samen met de cliënt bekijken wat op dat moment bij deze specifieke klachten aangewezen is: (1) behandeling om belastbaarheid en vaardigheden te ver-

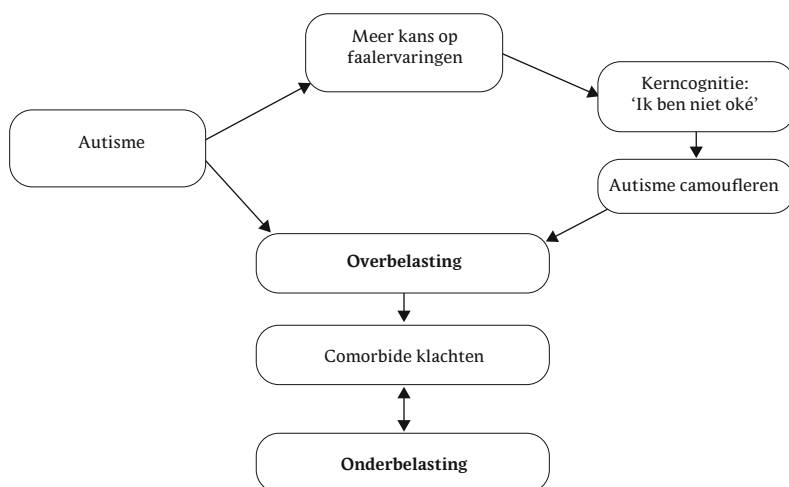
groten, (2) werken aan acceptatie en hulpmiddelen, of (3) een combinatie van (1) en (2). Visueel zou de eerste hypothese eruit kunnen zien als in figuur 8.



FIGUUR 8 *Autisme, kernsymptomen*

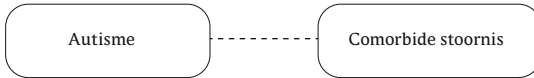
De tweede hypothese stelt dat comorbide klachten voortkomen uit overvraging of ondervraging. Dit speelde ook bij Sharona. Haar paniekaanvallen waren een teken van overvraging, omdat er dan onvoldoende rekening werd gehouden met haar anders zijn. Verwijzen naar een polikliniek die puur gericht is op de comorbiditeit of het behandelen volgens een behandelprotocol voor de comorbiditeit zal leiden tot onvoldoende resultaat, omdat er dan aan de onder- of overvraging te weinig wordt gedaan (Schuurman et al., 2013).

Mensen met autisme hebben meer kans op faalervaringen, omdat er vaak door de maatschappij of anderen te weinig rekening wordt gehouden met hun kwetsbaarheden en te weinig wordt ingespeeld op hun krachten. Veel mensen met autisme hebben moeite om emoties aan te voelen (Attwood, 2004). Daarnaast camoufleren veel mensen hun autisme, wat ook risico geeft op overbelasting (Hull et al., 2017). Al zal de mate van coping afhangen van de persoonlijkheid, er zijn ook mensen met autisme die niet geneigd zijn zich aan te passen. Visueel zou hypothese 2 eruit kunnen zien als in figuur 9.



FIGUUR 9 *Comorbiditeit als gevolg van omgaan met autisme*

Ten derde kunnen comorbide klachten voortkomen uit comorbide stoornissen. In de praktijk is dit vaak het geval bij autisme en PTSS. Dan kan een behandelprotocol aangewezen zijn waarbij er rekening wordt gehouden met eventuele benodigde aanpassingen voor het autisme. Visueel zou de derde hypothese eruit kunnen zien als in figuur 10.



FIGUUR 10 *Autisme en comorbide stoornis*

Belang van de classificatie autismspectrumstoornis

Verschillende bronnen (Prazdny, 2015; Venhuizen, 2017) benadrukken het belang van het stellen van de classificatie autismspectrumstoornis. Ook bij Sharona maakt dit uit voor de mate van zelfacceptatie en het bijstellen van verwachtingen vanuit zichzelf en de omgeving. Ze kent haar eigen gebruiksaanwijzing beter, ze is stresssignalen beter gaan herkennen, heeft oorzaken van stress en overprikkeling beter in het vizier, en houdt vast aan een voor haar helpende structuur. De begeleiding vanuit de WMO helpt haar bij het couperen van stressfactoren, zoals telefoneren met instanties of bij komende veranderingen vooraf een plan maken.

Belemmerende factoren

Belemmerende factoren in Sharona's behandeling waren er ook. Het UWV heeft een remmende werking gehad op het herstelproces. De frustratie en onzekerheid die dit traject met zich meebracht, hebben Sharona veel energie gekost. Ook moest er steeds gewaakt worden voor overvraging door de behandelaar. Door steeds aan te sluiten bij het tempo van informatieverwerking en samen verbanden te leggen, bleef de samenwerking goed. Een valkuil voor de eerste auteur is te snel willen gaan, waarvan mogelijk sprake was tijdens de terugval van Sharona na de goedkeuring door het UWV. Toen werden er een online psycho-educatietraject en een WMO-traject opgestart, terwijl het misschien beter was geweest om er niet nog een interventie bij te doen.

Kritische noot

Tot slot willen we ook stilstaan bij de beperkingen van deze studie. Omdat het een N=1-onderzoek betreft, zijn de resultaten ervan niet generaliseer-

baar. Meer onderzoek is nodig. Een jaar nadat de behandeling begon, heeft Sharona minder klachten, maar in hoeverre is dit te wijten aan de interventies die deel uitmaakten van de behandeling? Er is immers halverwege de behandeling ook gestart met ambulante begeleiding en thuiszorg. Daarnaast werd ze uiteindelijk tijdelijk afgekeurd. Ook kan men zich afvragen of er voor deze behandeling een gz-psycholoog geïndiceerd was. Had niet ook een verpleegkundige met kennis over autisme de behandeling goed kunnen vormgeven? Sharona zelf zegt hierover: ‘Kennis over autisme bij de behandelaar is het belangrijkste. Daarnaast is de “klik” van belang. Mogelijk zou een psycholoog met ervaring in autisme de behandeling kunnen starten, waarna in sommige gevallen overgegaan kan worden naar een verpleegkundige, maar altijd in samenspraak met de cliënt. De behandeling kon eigenlijk niet goed verder gaan zonder de WMO. Als je die niet had ingeschakeld, was de behandeling een stuk slechter verlopen, maar was het met mij ook slechter gegaan. Ik kon door de WMO weer ademen en mij focussen op wat echt belangrijk was, namelijk de behandeling. Dat heeft me er echt door gesleept. Terugkijkend had die WMO eigenlijk eerder ingeschakeld moeten worden.’

Lisa Snip is gz-psycholoog, cognitief gedragstherapeut en leadexpert expertnetwerk autisme bij GGZ Noord Holland Noord.

Thera Koetsier is klinisch psycholoog/psychotherapeut, supervisor VGCT en lead-expert persoonlijkheidsstoornissen bij GGZ Noord Holland Noord.

Correspondentieadres: Lisa Snip, Stationsplein 138, 1703 WC Heerhugowaard. E-mail: l.snip@ggz-nhn.nl.

Summary *Importance of holistic theory in the treatment of autism with comorbidity*

Few studies have been published about the treatment of comorbid psychopathology in adults with autism spectrum disorder (ASD/autism), especially in female clients. This article describes a cognitive behavioral therapy of a 49-year-old woman with ASD, stress-related complaints and panic attacks. During case conceptualization, the hypothesis was generated that the complaints were the result of years of asking too much of herself. This ‘camouflaging’ of ASD is more common among women than among men. Learning to recognize and acknowledge boundaries became the main goal of the treatment. The focus was not on comorbid psychopathology, which often seems to be the first consideration of clinicians. In the discussion three possible hypotheses about comorbid psychopathology and ASD are presented, to use in case conceptualization.

Keywords *autism, camouflage, comorbid psychopathology, case report, case conceptualization, women*

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*. Boom.
- Attwood, T. (2004). Cognitive behavior therapy for children and adults with Asperger's syndrome. *Behavior Change*, 21, 147-161.
- Geurts, H., Sizoo, B., & Noens, I. (2015). *Autismespectrumstoornis: Interdisciplinair basisboek*. Hoogeveen: Diagnostiek Uitgevers.
- Hermans, D., Daeseleire, T., & Eelen, P. (1998). Probleemanalyse in de gedragstherapie. *Diagnostiek-Wijzer*, 2, 3-22.
- Hull, L., Petrides, K. V., Allison, C., Smith, P., Baron-Cohen, S., Lai, M.-C., & Mandy, W. (2017). 'Putting on my best normal': Social camouflaging in adults with autism spectrum conditions. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 47, 2519-2534.
- Kan, C. C., Geurts, H. M., van den Bosch, K., Forceville, E. J. M., van Manen, J., Schuurman, C. H., ... van Duin, D. (2013). *Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van autismespectrumstoornissen bij volwassenen*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Lynch, C. L. (2019). 'Autism is a spectrum' doesn't mean what you think. Geraadpleegd van <https://theaspergian.com/2019/05/04/its-a-spectrum-doesnt-mean-what-you-think>
- Maes, E. (2006). De kop-midden-staartanalyse. *Psychopraxis*, 8, 76-83.
- Milton, D. E. M. (2012). On the ontological status of autism: The 'double empathy problem'. *Disability & Society*, 27, 883-887.
- Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ. (2017). *Zorgstandaard autisme*. Geraadpleegd van <http://www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl/wp-content/uploads/2015/07/Zorgstandaard-Autisme.pdf>
- Prazdny, B. (2015). *Vrouwen met autisme: Dertien portretten in beeld en woord*. Kampen: Brevier.
- Schuurman, C., Blijd-Hoogewys, E., & Gevers, P. (red.). (2013). *Behandeling van volwassenen met een autismespectrumstoornis*. Amsterdam: Hogrefe.
- Spek, A. (2013). Autismespectrumstoornis bij meisjes en vrouwen. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 157, A6211.
- van Heycop ten Ham, B., de Vos, B., & Hulsbergen, M. (2012a). *Praktijkboek gedragstherapie 1: Handboek voor cognitief gedragstherapeutisch werkers*. Amsterdam: Boom.
- van Heycop ten Ham, B., de Vos, B., & Hulsbergen, M. (2012b). *Praktijkboek gedragstherapie 2: Handboek voor cognitief gedragstherapeutisch werkers*. Amsterdam: Boom.
- Venhuizen, G. (2017). *Hoe vrouwen hun autisme camoufleren, en daar onder lijden*. Geraadpleegd van www.nrc.nl/nieuws/2017/10/20/verhuld-autisme-13592176-a1578058
- Vermeulen, P. (2005). *Ik ben speciaal 2: Werkboek psycho-educatie voor mensen met autisme*. Antwerpen: Epo.

Wat de gedragstherapeut moet weten over de neurobiologie van angst

KOEN SCHRUERS

Samenvatting

Bij menselijke emoties, zoals angst, spelen de hersenen een cruciale rol. Onze patiënten ontvangen behandelingen die ingrijpen op de hersenen, vaak met de bedoeling om angstklachten te verminderen. Ook de gedragstherapie behoort tot deze behandelingen. Gedurende lange tijd kon een gedragstherapeut kennis over de biologie van angst naast zich neerleggen, onder het motto: 'Ik heb die kennis niet nodig voor de dagelijkse praktijk.' Die tijd is voorbij. In de spreekkamer vervaagt het onderscheid tussen biologie en psychologie: biologische behandelingen hebben een effect op psychologische klachten, en psychologische behandelingen hebben meetbare effecten op het brein.

Dit artikel gaat over angst. Ik zal de macroscopische anatomie van de hersendelen die hierbij betrokken zijn introduceren en ook beknopt ingaan op enkele relevante neurotransmitters. Telkens zal ik daarbij de link leggen naar gedragstherapeutische behandeling, met de focus op extinctieleren en exposuretherapie, omdat bij deze therapie de meeste kennis voorhanden is over de interactie tussen biologie en gedrag.

Deze bijdrage is met name bedoeld om de gedragstherapeut die met twee voeten in de klinische praktijk staat een korte update te geven van de neurobiologische basiskennis over angst en inzicht te geven in toekomstige behandelopties die een combinatie vormen van biologische en psychologische interventies.

Trefwoorden: angst, neurobiologie, exposure

Kernboodschappen voor de klinische praktijk

- ▶ Gedragstherapie verandert het brein.
- ▶ De kennis over de neurobiologische mechanismen is het grootst voor exposuretherapie.
- ▶ Het effect van exposuretherapie kan versterkt worden door gericht gebruik van medicatie of TMS.

223

INLEIDING

.....

Stel je voor dat je op vakantie bent. Je trekt zingend door de uitgestrekte bossen van Canada. Plots ontdek je de pootafdrukken van een beer. Je hart begint te bonzen, je ademhaling versnelt en je handen worden klam. Wat te doen? Grote kans dat je alvast stopt met zingen en wellicht de pootafdrukken wat grondiger onderzoekt. Je buigt je naar de sporen. Zijn ze echt van een beer? Jawel, nota bene van een grizzly, blijkt na vergelijking met een foto in je reisgids. Een grote nog wel. Wat nu? Een echt wapen heb je niet bij de hand en met je zakmes kom je niet ver. In een boom klimmen misschien? Maar beren zijn uitstekende klimmers. Dan maar proberen de afstand tussen jou en de beer zo groot mogelijk te houden. Waar leiden die sporen naartoe? Dan kan je de tegenovergestelde richting kiezen. Je kiest een richting, maar het blijkt de verkeerde: aan de oever van een rivier ontwaart je twee beren. Een van hen kijkt in je richting. Je voelt niet echt de behoefte om hen te benaderen voor nadere informatie, je weet genoeg: wegwezen is het devies!

Dit verhaal gaat over een steeds dichterbij komende bedreiging en de reactie daarop van de hoofdrolspeler. Aanvankelijk is de bedreiging veraf: er is geen beer te horen of te zien, en een pootafdruk doet niemand kwaad. Vooralsnog gaat het om een potentieel gevaar. De reactie van de persoon bestaat uit meerdere onderdelen. Fysiologisch zullen zijn bloeddruk en hartslag stijgen, zweten neemt toe, en stoffen als adrenaline en cortisol worden afgegeven in zijn bloed. De gedachten die door zijn hoofd gaan zijn aanvankelijk complex en bestaan uit het afwegen van verschillende opties. Daar is ook tijd voor, want de dreiging is nog ver weg. Naarmate het gevaar dichterbij komt is er geen tijd meer voor uitgebreid nadenken en wordt ook zijn gedrag steeds eenvoudiger. Eerst is er nog een combinatie van toenaderings- en vermijdingsgedrag, daarna valt de behoefte tot toenadering weg en is er alleen nog sprake van vluchten.

ANGST IS EEN WOORD

.....

Verschillende auteurs geven verschillende namen aan de emotie die onze hoofdpersoon ervaart, afhankelijk van de afstand tot het gevaar. De reactie op de verre bedreiging wordt vaak ‘angst’ genoemd, voor de respons op een nabije bedreiging wordt vaak de term ‘vrees’ gehanteerd (Fanselow & Lester, 1988; Gray & McNaughton, 2003). In het dagelijks woordgebruik worden de termen ‘angst’ en ‘vrees’ echter vaak door elkaar gebruikt en is het onderscheid allesbehalve duidelijk (Mobbs et al., 2019). Een van de meest toonaangevende neurobiologische onderzoekers, Joseph LeDoux (LeDoux, 2016), stelt daarom voor om in onderzoek naar onderliggende biologie deze termen helemaal niet te gebruiken, maar het uitsluitend te hebben over ‘reacties op bedreigingen’. Een belangrijk argument daarvoor is de vergelijkbaarheid van de responsen die verschillende diersoorten vertonen bij gevaar. Veel neurobiologische theorieën over de grondslagen van defensieve reacties bij de mens zijn gebaseerd op onderzoek bij dieren. Terugtrekking of vluchtgedrag wordt daarbij vaak geduid met de term ‘angst’ of ‘vrees’, naar analogie met menselijk gedrag. Maar alleen de mens heeft het vermogen van de taal en is in staat om op die manier emoties te benoemen. LeDoux’ voorstel vindt enige weerklank, maar het grootste deel van de literatuur blijft niettemin de klassieke termen ‘angst’ en ‘vrees’ hanteren, zij het – zoals gezegd – niet altijd even duidelijk of consequent. Het is nuttig om dit in het achterhoofd te houden, teneinde verwarring te voorkomen bij het interpreteren van onderzoeksresultaten of bij het lezen van achtergrondliteratuur (waarvan aan het einde van dit artikel een selectie te vinden is).

ANGSTCIRCUITS IN DE HERSENEN

.....

De belangrijkste bij angst betrokken hersencentra zijn de amygdala, de hippocampus en de mediale prefrontale cortex. De amygdala bestaat niet uit één enkele kern, maar uit een groep van kleinere hersenkernen, die allemaal een verschillende functie hebben. De verbindingen tussen deze kernen in de amygdala vormen aparte circuits. Daarnaast zijn er externe verbindingen tussen de amygdala en sensorische hersengebieden (die voor de input zorgen) en motorische-associatiegebieden (outputgebieden). Samen zorgen deze circuits voor het leren dat een bepaalde stimulus gevaar betekent, de opslag van deze kennis in het geheugen en de expressie van een defensieve respons (LeDoux, 2000). Laten we even deze onderdelen apart onder de loep nemen.

Conditioneringsonderzoek in dieren heeft herhaaldelijk aangetoond dat de amygdala de plek is waar het verband wordt gelegd tussen een neutrale en een gevaarlijke stimulus (LeDoux, 2000). Om de rol van de amygdala bij

de mens te onderzoeken wordt een beroep gedaan op functionele neuro-imaging, vooral fMRI. Daarbij wordt meestal gebruikgemaakt van visuele stimuli. Bij perceptiestudies zijn dat stimuli die uit zichzelf angstaanjagend zijn (zoals foto's van spinnen). Bij conditioneringsstudies wordt een neutraal plaatje gelinkt aan een aversieve stimulus (meestal een elektrische schok, toegediend aan de hand van de proefpersoon). Vanwege de duidelijke bevindingen in dieronderzoek bestond de brede verwachting dat dezelfde effecten gevonden zouden worden bij de mens, namelijk een sterke activatie van de amygdala. De resultaten blijken echter erg wisselvallig. Sommige studies vinden inderdaad amygdala-activatie, andere echter helemaal niet. Een recente meta-analyse bevestigt dit wisselende beeld (Fullana et al., 2016). Hoe zouden we deze verschillen kunnen verklaren?

De amygdala ligt vooraan in het mediale deel van de temporaalkwab. Dit deel van de hersenen bevindt zich dicht bij luchthoudende holten in het midden van de schedel. Het verschil in densiteit tussen lucht en hersenweefsel bemoeilijkt de signaaldetectie van de fMRI, waardoor een eventuele activatie van de amygdala gemist kan worden. Bovendien weten we uit dieronderzoek dat de neuronen in de amygdala die actief worden tijdens het waarnemen van een bedreigende stimulus klein in aantal zijn, mogelijk beneden de detectiedrempel van fMRI. Ten slotte blijkt dat die neuronen verspreid kunnen liggen tussen andere neuronen die juist actief worden bij het *ontbreken* van een dergelijke stimulus. Bij fMRI wordt het signaal van deze neuronen uitgemiddeld, waardoor het nettoresultaat nul kan zijn, hoewel er mogelijk toch neurale activiteit is (Fullana et al., 2016). Hebben we dan uit onderzoek bij mensen geen aanwijzingen voor een rol van de amygdala? Toch wel, namelijk uit studies die zijn uitgevoerd bij patiënten met hersenletsel ter hoogte van de amygdala. Een bekend voorbeeld is mensen die lijden aan de ziekte van Urbach-Wiethe. Naast afwijkingen buiten de hersenen, hebben deze patiënten een sclerose (een soort verkalking) in de hersenen, specifiek ter hoogte van de amygdala. Omdat dergelijke patiënten zeer zeldzaam zijn, komen dezelfde individuen dan ook in meerdere studies voor. Uit die studies blijkt dat deze mensen minder (of zelfs geen) angst rapporteren voor een aantal gevaarstimuli, terwijl tevens de fysiologische reactie ontbreekt. Ook vreesconditionering blijkt verstoord in deze patiënten (Adolphs et al., 2005; Feinstein, Adolphs, Damasio, & Tranel, 2011). Samenvattend speelt de amygdala wel degelijk een rol in de neurale angstrespons bij de mens, al hinkt de beeldvormingstechniek bij de mens qua precisie achterop, vergeleken met de elektrofysiologie die gebruikt wordt in dieronderzoek.

Tot hiertoe hebben we het vooral gehad over onderzoek bij gezonde vrijwilligers. Er zijn echter ook tal van studies onder patiënten met angstgerelateerde aandoeningen, zoals specifieke fobie, sociale fobie, paniekstoornis, obsessieve-compulsieve stoornis (OCS) of posttraumatische-stressstoornis (PTSS). Gedragsstudies tonen bij deze patiënten een verhoogde subjectieve en fysiologische respons op bedreigende stimuli (Feldker et al., 2017). Bij

beeldvormingsstudies die hen bedreigende visuele stimuli aanbieden, wordt consistent een patroon gevonden van verhoogde activiteit van de anterior gyrus cinguli (een deel van de mediale prefrontale cortex) en van de insula, vergeleken met gezonde vrijwilligers. Tevens wordt verhoogde amygdala-activatie gevonden, maar minder consistent (Rougemont-Bücking et al., 2011; Suarez-Jimenez et al., 2019; Veit et al., 2002).

EXTINCTIELEREN IN HET BREIN EN HET SUCCES VAN EXPOSURETHERAPIE

.....

Exposuretherapie wordt beschouwd als een van de effectiefste manieren om angststoornissen mee te behandelen: de effectgrootten zijn hoog en de effecten worden vaak behouden over langere tijd. Desondanks reageert een deel van de patiënten niet (goed) op de behandeling of valt na een tijd terug (Vervliet, Craske, & Hermans, 2013). Om exposuretherapie in het laboratorium te bestuderen wordt sinds lang gebruikgemaakt van extinctieleren (het afleren van angst) als experimenteel model. Ook de neuroanatomie van dat proces kan onderzocht worden met fMRI. Dergelijke studies tonen aan dat de activiteit van de ventromediale prefrontale cortex toeneemt naarmate de extinctie vordert. De opslag van informatie en het ophalen van het extinctiegeheugen worden daarentegen aangestuurd door de hippocampus. Een perifere fysiologisch signaal van de toenemende activiteit in de ventromediale prefrontale cortex (vmPFC) is bijvoorbeeld een afnemende huidgeleidingsrespons. Studies onder patiënten met angststoornissen of PTSS lijken erop te wijzen dat er bij hen sprake is van een verminderde vmPFC-activiteit, die leidt tot een verstoord extinctieleren (Milad et al., 2009).

Kunnen deze inzichten gebruikt worden in de gedragstherapeutische praktijk, bijvoorbeeld bij het voorspellen van het resultaat van een behandeling? Dat lijkt inderdaad het geval. In een studie werden patiënten met sociale fobie gescand voorafgaand aan de exposurebehandeling. De activiteit in de vmPFC tijdens de vroege extinctiefase bleek het resultaat van de exposuretherapie te voorspellen (Ball, Knapp, Paulus, & Stein, 2016). Een recente gelijkaardige differentiële conditioneringsstudie bij patiënten met specifieke fobie bevestigde dit. Sterkere activiteit in de vmPFC bij het begin van de extinctiefase, met name bij de verwerking van het veiligheidssignaal (CS-), was geassocieerd met een betere uitkomst van de exposuretherapie (Lange et al., 2019). Het bijzondere van deze laatste studie was de aanwezigheid van een actieve controlegroep, die met name behandeld werd met progressieve spierrelaxatie. Daardoor kon onderzocht worden of de sterkere activiteit in de vmPFC specifiek gerelateerd is aan het effect van exposuretherapie of eerder aan het succes van behandeling in het algemeen. Het eerste bleek het geval: er was namelijk geen relatie tussen de sterkere activiteit in de vmPFC en het resultaat van de behandeling in de controlegroep.

Een andere manier om het effect van exposuretherapie op de hersenen te bestuderen is door gebruik te maken van symptoomprovocatie in de scanner. Dat gaat het makkelijkst bij proefpersonen die bang zijn voor een stimulus die goed visueel weer te geven is, zoals vieze objecten bij smetvrees, of spinnen, slangen of injectienaalden bij diverse specifieke fobieën. Een studie onder PTSS-patiënten maakte gebruik van een auditieve stimulus, namelijk geluidsopnamen van de beschrijving van het specifieke trauma dat elke deelnemer had meegemaakt (Cisler et al., 2014). Het bleek dat herhaald blootstellen aan dergelijke opnamen gepaard ging met een afname in activiteit in (de verbindingen naar) de rechterinsula. De insula is een zogenaamd ‘viscerosensorisch’ gebied, waar een aantal lichamelijke functies worden gerepresenteerd en toegankelijk gemaakt voor het bewustzijn: hartslag en ademhaling, maar ook smaak, geur en pijn. In lichaamsgerelateerde theorieën over de aard van emoties, zoals die van Damasio of Craig, speelt de insula dan ook een belangrijke rol (Craig, 2004; Damasio, 1994). Een afname van activiteit in de insula die parallel loopt met het succes van exposuretherapie voor ‘emotionele’ stoornissen past dan ook goed in deze theorieën. Een recente studie toonde zelfs aan dat een dergelijke afname sterk correleerde met het succes van één enkele sessie exposuretherapie voor specifieke fobie, acht jaar na de behandeling (Lange et al., 2016).

BOOSTEN VAN EXPOSURETHERAPIE DOOR INZICHT IN DE NEUROANATOMIE

.....

Dat therapie succes en hersenactiviteit met elkaar overeenstemmen is mooi, maar in de dagelijkse gedragstherapeutische praktijk schieten we daar niet meteen veel mee op. Het wordt een ander verhaal als we de inzichten in de neuroanatomie kunnen gebruiken om het effect van therapie te versterken. Precies die mogelijkheid biedt zich aan, en wel door het gebruik van repetitieve transcraniële magnetische stimulatie (rTMS). Hierbij wordt er door middel van een *coil* (een soort spoel) een sterk, wisselend focaal magnetisch veld aangebracht boven een bepaalde plek van de schedel, waardoor er in het hersenweefsel eronder een elektrische stroom ontstaat. Reikwijdte en effect van deze stroom hangen af van een aantal factoren: type en oriëntatie van de coil, afstand van de coil tot de hersenen, en intensiteit, frequentie en patroon van de magnetische puls.

rTMS is inmiddels een door de FDA erkende behandeling voor depressie, en ook toepassingen voor angststoornissen worden onderzocht. Tot nu toe wordt rTMS meestal als een opzichzelfstaande behandeling aangeboden, maar het aantal toepassingen in combinatie met psychologische therapie neemt steeds meer toe. Zo’n combinatietherapie kan verschillende vormen aannemen. Een reeks rTMS-sessies kan aangeboden worden gedurende dezelfde periode waarin ook psychotherapie sessies plaatsvinden, gedurende

een aantal weken of maanden. Beide typen behandelingen kunnen ook op elkaar volgend aangeboden worden: eerst alle sessies psychologische therapie en dan alle sessies rTMS, of omgekeerd. De interessantste optie is echter het aanbieden van rTMS *tijdens* de therapiesessies. Vooral exposuretherapie leent zich goed voor de combinatie met rTMS, en wel vanwege haar bewezen effectiviteit, de strakke procedure en de beschikbare kennis van de onderliggende neurale mechanismen. Er zijn reeds een aantal kleinschalige studies uitgevoerd naar gelijktijdig aanbod van rTMS en exposuretherapie, met uiteenlopende resultaten. Dat vooralsnog onduidelijke beeld is waarschijnlijk toe te schrijven aan de grote verschillen in type en intensiteit van de rTMS, maar ook aan factoren als comorbiditeit, gelijktijdig medicatiegebruik en het al dan niet aanwezig zijn van een controleconditie.

SEROTONINE EN ANGST

.....

Tot nu toe hebben we ons vooral beziggehouden met de functionele macroscopische neuroanatomie in relatie tot angst. Er is een praktische reden om een stap dieper af te dalen in de neurobiologie, tot op het niveau van de signaalstoffen waarmee neuronen met elkaar communiceren. Die signaaloverdracht biedt namelijk een ingang voor de behandeling van overmatige angst. Deze ingang behoort zelfs tot de dagelijkse praktijk: voor zowel angststoornissen als OCS en PTSS zijn er effectieve farmacologische behandelingen beschikbaar, die opgenomen zijn in de multidisciplinaire richtlijnen (van Balkom et al., 2013). De effectiefste medicijnen voor deze indicaties hebben hun werking via het serotoninesysteem: de ‘antidepressiva’. De term ‘antidepressiva’ is enigszins verwarrend in deze context. Deze stoffen worden inderdaad gebruikt bij de behandeling van depressie, maar hebben los daarvan ook een gunstig effect op angst- en dwangklachten, alsmede op intrusies, herbelevingen en nachtmerries in het kader van PTSS (Baldwin et al., 2014). Antidepressiva die vooral effect hebben op het serotoninesysteem worden ingezet bij de behandeling van deze aandoeningen wanneer gedragstherapie onvoldoende effect heeft en/of bij comorbide depressie. Om eventuele nevenwerkingen beperkt te houden, wordt er in de praktijk gestart met een lage dosering, met een trage opbouw naar een therapeutische dosis. Na het bereiken van de effectieve dosis duurt het in de regel meerdere weken (in het geval van OCS zelfs tot drie maanden) eer het therapeutische effect voluit merkbaar is. Die dosis wordt dan gedurende een jaar (of soms langer) aangehouden. Tijdens deze fase kan een nieuwe behandel poging met gedragstherapeutische technieken alsnog succesvol zijn. Dit suggereert een additief effect tussen de farmacologische en de psychologische behandeling. Hoe die interactie in haar werk gaat, is niet precies bekend. Er zijn wel aanwijzingen dat serotonine (ook 5-hydroxytryptamine genoemd, afgekort

5-HT) een rol speelt bij vreesextinctie, vooral uit dieronderzoek en in zeer beperkte mate ook uit onderzoek bij mensen.

Waar bevindt zich dat serotonine in de hersenen en wat is het mechanisme van het effect ervan op exposure? De cellichamen van de serotonerge neuronen in de hersenen bevinden zich in de raphe-kernen in de hersenstam. Van daaruit bereiken axonen verschillende structuren die betrokken zijn bij vreesextinctie, zoals de amygdala, de hippocampus en de prefrontale cortex (Burghardt & Bauer, 2013). Die neuronen kunnen gestimuleerd of geremd worden door activatie van receptoren die zich bevinden op de cellichamen en op de (uiteinden van) de axonen. Er zijn inmiddels zeer veel subtypen van de serotoninereceptor bekend. Van dat grote aantal is er een paar vooral van belang voor de beïnvloeding van angst in het algemeen, en voor vreesextinctie in het bijzonder. Langdurige toediening van serotonerge antidepressiva in diermodellen bleek vreesextinctie te bevorderen (Singewald, Schmuckermair, Whittle, Holmes, & Ressler, 2015). Een deel van dit resultaat is trouwens mogelijk te wijten aan indirecte effecten op andere neurotransmitters, zoals GABA en glutamaat, maar daarover later meer.

Experimenteel onderzoek bij mensen naar het effect van antidepressiva op de verschillende fasen van vreesconditionering is bijzonder schaars. Er is één studie bij gezonde vrijwilligers die aantoont dat toediening van de SSRI escitalopram voorafgaand aan vreesconditionering geen effect heeft op de acquisitie, maar wel op de extinctie van de vreesrespons (Bui et al., 2013). Gelijkaardig onderzoek onder patiënten met angststoornissen ontbreekt geheel. Samengevat kunnen we uit de klinische studies naar het effect van de combinatie van antidepressiva en exposuretherapie wel een versterkend effect op vreesextinctie vermoeden, maar formeel experimenteel bewijs hiervoor is (in de mens) nauwelijks voorhanden.

KALMEERMIDDELEN

.....

Gamma-aminoboterzuur (GABA) is de belangrijkste inhiberende neurotransmitter in de hersenen. In tegenstelling tot serotonine kennen GABA-producerende neuronen geen mooi afgelijnde anatomische verdeling. Ze zijn integendeel verspreid over de hele hersenen. De GABA-receptor is een ionkanaal waardoor negatief geladen chloormoleculen de cel kunnen binnenstromen. Binding van GABA op die receptor leidt tot het openen van het kanaal, instroom van chloorionen en uiteindelijk hyperpolarisatie van de cel, waardoor die minder prikkelbaar wordt. De GABA-receptor is een populair doelwit voor medicijnen met verschillende therapeutische toepassingen, die allemaal te maken hebben met het verminderen van neurale prikkeling. Men past ze toe bij de behandeling van slaapproblemen, epilepsie, spierkrampen, maar ook van angst. De belangrijkste groep van deze geneesmiddelen zijn de benzodiazepines (BZD's). Wereldwijd zijn BZD's waar-

schijnlijk de meest gebruikte geneesmiddelen om acute angst mee te bestrijden (Clark, Xie, & Brunette, 2004). Dat heeft allicht veel te maken met hun snelle effect, dat vaak binnen een uur na inname intreedt. BZD's hebben weliswaar een anxiolytisch effect, maar ze leiden ook vaak tot sedatie, tolerantie (waardoor steeds hogere dosissen nodig zijn om hetzelfde resultaat te bereiken), afhankelijkheid en onttrekkingseffecten. Los van deze algemene effecten lijken BZD's ook een negatief effect te hebben op vreesextinctie, mogelijk door hun sedatieve effect en de daaraan gekoppelde verminderde arousal (Singewald et al., 2015). Dit wordt bevestigd in dierexperimenteel onderzoek waaruit blijkt dat BZD's het proces van vreesextinctie verstoren (Hart, Harris, & Westbrook, 2009).

Om de hierboven opgesomde redenen is de algemene behandeling van angst met BZD's pas een optie nadat alle andere mogelijkheden uitgeput zijn. Bovendien zijn er specifieke aanwijzingen dat de combinatie van BZD's en exposuretherapie de behandelresultaten verslechtert. Het is dus aan te bevelen om alvorens exposuretherapie te starten eerst eventuele inname van BZD's die overdag genomen worden vakkundig af te bouwen.

MAATWERK

.....

Glutamaat is de belangrijkste excitatorische neurotransmitter in de hersenen, die verspreid aanwezig is in het hele brein. Glutamaterge neurotransmissie speelt een rol bij leren, bij geheugen en bij ervaringsafhankelijke vormen van neurale plasticiteit in het algemeen. Er is in dat kader veel aandacht voor de specifieke rol van glutamaat bij vreesextinctie. De belangrijkste hierbij betrokken receptoren zijn de ionotrope AMPA- en NMDA-receptoren, waarvan de laatste het meeste bestudeerd is (Myers, Carlezon, & Davis, 2011; Singewald et al., 2015). Meerdere studies bij proefdieren hebben aangetoond dat D-cycloserine (DCS), een partieel agonist van de NMDA-receptor, de consolidatie van vreesextinctie bevordert (Ledgerwood, Richardson, & Cranney, 2005). Deze bevindingen leidden ertoe dat er al snel interesse ontstond voor toepassingen bij de mens.

Gewoonlijk duurt het tal van jaren voor een geneesmiddel de overgang maakt van dierproeven naar de kliniek, vanwege de vele stadia die eerst doorlopen moeten worden om de veiligheid van het gebruik van het middel bij mensen te garanderen. Pas dan kunnen de studies gestart worden naar de effectiviteit ervan als behandeling bij bepaalde klachten. DCS vormt echter een uitzondering op deze regel, omdat het al langer op de markt was voor een geheel andere indicatie. Het middel was namelijk reeds tientallen jaren eerder geïntroduceerd voor de behandeling van tuberculose. Voor die indicatie wordt het tegenwoordig nog steeds gebruikt, maar wel als tweedelijns optie, vanwege de matige effectiviteit en de nevenwerkingen ervan.

Studies naar de mate waarin DCS het resultaat van exposuretherapie kan versterken, startten al enkele jaren na de succesvolle ervaringen met dierproeven. De eerste resultaten bij de behandeling van specifieke fobie, sociale fobie en OCS waren veelbelovend (Hofmann et al., 2006; Kushner et al., 2007; Ressler et al., 2004; Wilhelm et al., 2008). Daaropvolgende studies met een grotere N toonden echter gemengde resultaten, waardoor de bevindingen van de eerdere (kleinere) studies in twijfel werden getrokken (Andersson et al., 2015; Hofmann et al., 2013). Er werd geopperd dat de effecten van DCS wellicht afhangen van een aantal factoren, zoals dosering, timing, aantal toedieningen en gelijktijdig gebruik van antidepressiva (Otto et al., 2010). Een recente grote meta-analyse die uitging van *individual patient data* toonde aan dat DCS inderdaad het effect van exposuretherapie versterkt, echter met een bescheiden effectgrootte. Gelijktijdig gebruik van antidepressiva bleek tegen de verwachting in het effect niet te beïnvloeden (Mataix-Cols et al., 2017). Een belangrijke kanttekening bij deze resultaten is dat in geen van de onderzochte studies op voorhand werd nagegaan of de deelnemende patiënten een verstoorde extinctie (of extinctiereconsolidatie) vertoonden. Bovendien is het effect van elke exposuresessie verre van gelijk en is het zelfs denkbaar dat er na sommige onsuccesvolle sessies een (tijdelijke) toename van angst optreedt. Er zijn aanwijzingen dat DCS ook de geheugenreconsolidatie van deze negatieve ervaringen kan versterken. Deze factoren kunnen de resultaten van de studies in deze meta-analyse mogelijk sterk beïnvloeden. De werkelijke effecten kunnen groter zijn wanneer rekening gehouden wordt met deze factoren, maar dat zal toekomstig onderzoek moeten uitwijzen (Fullana et al., 2020; Mataix-Cols et al., 2017).

Wat behandeling met DCS bijzonder maakt, is dat DCS alleen wordt toegediend op de dag van een exposuresessie en niet, zoals bij antidepressiva, elke dag gedurende maanden of jaren. Bovendien bestaat de mogelijkheid om het middel toe te dienen ná de sessie. Op die manier kan men rekening houden met het succes van een sessie (of het ontbreken daarvan) en kan eventueel beslist worden geen pil in te nemen. Dat betekent dat patiënten uiteindelijk veel minder medicatie innemen en dus navenant minder kans lopen op bijwerkingen. Hoewel er nog veel ruimte is voor verbetering en verder onderzoek, lijkt de toepassing van DCS in de dagelijkse gedragstherapeutische praktijk tot de mogelijkheden te behoren in de nabije toekomst.

WAT MOET U ONTHOUDEN?

.....

Samengevat zijn de aandachtspunten voor de gedragstherapeut de volgende:

- Exposuretherapie veroorzaakt langdurige veranderingen in de hersenen.

- Het effect van exposuretherapie kan versterkt worden door die te combineren met rTMS die tijdens of vlak na de exposuresessie wordt aangeboden. Toepassing in de dagelijkse klinische praktijk is nabij.
- Serotonerge antidepressiva hebben een additief effect bovenop exposuretherapie voor angst en dwang- of traumaklachten. Dit effect is herhaaldelijk aangetoond. Het gebruik van de combinatie behoort inmiddels tot de dagelijkse praktijk.
- Het mechanisme van dit additieve effect bestaat waarschijnlijk uit versterking van de vreesextinctie, maar die conclusie berust vooralsnog vooral op dierexperimenteel onderzoek.
- Benzodiazepines (kalmeermiddelen) die overdag ingenomen worden hebben waarschijnlijk een negatieve invloed op het succes van exposuretherapie en worden dus het beste vooraf afgebouwd, indien mogelijk.
- Inname van D-cycloserine net vóór of na de sessie kan het effect van exposuretherapie versterken. Het principe is aangetoond in meerdere klinische studies, maar de precieze voorwaarden voor een optimaal effect zijn nog niet duidelijk. Dit is een beloftevol spoor voor de nabije toekomst.

LEESTIPS

.....

Voor de lezer die zich verder wil verdiepen in dit onderwerp volgen hier een paar tips:

- *Anxious: Using the brain to understand and treat fear and anxiety* (Joseph LeDoux, 2016; ook verkrijgbaar in het Nederlands). Joseph LeDoux is een wereldautoriteit op het gebied van de biologie van angst. Velen van ons zijn beïnvloed door zijn eerdere boeken, vooral door *The emotional brain* (1996), dat trouwens nog steeds het lezen waard is. In *Anxious* legt LeDoux uit waarom hij van mening veranderd is over de terminologie die we gebruiken om over het fenomeen angst te spreken en geeft hij – als neurobiologisch onderzoeker die vooral dieronderzoek doet – zijn mening over het onderzoek naar sommige psychologische behandeltechnieken.
- *Descartes' error: Emotion, reason and the human brain* (Antonio Damasio, 1994). De auteur heeft sindsdien meerdere boeken geschreven, maar dit blijft het beste. Een vlot geschreven klassieker over de *embodied theory of emotion*, die je als het ware kan lezen in bad.
- *The neuropsychology of anxiety: An enquiry into the function of the septo-hippocampal system* (Jeffrey Gray en Neil McNaughton, 2003). Nog een oud boek, bijzonder hermetisch geschreven en op sommige gebieden achterhaald, maar nog steeds een van de beste boeken ooit geschreven over angst. Wie dit boek in bad leest, komt er koud en verrimpeld uit, meer iets voor lange winteravonden bij het haardvuur.

- *Viewpoints: Approaches to defining and investigating fear* (Dean Mobbs en collega's, 2019). In dit artikel uit het tijdschrift *Nature Neuroscience* interviewt Dean Mobbs (zelf een toonaangevend onderzoeker) enkele van de belangrijkste onderzoekers over hoe zij angst definiëren en welke richting het angstonderzoek volgens hen op moet.
- *Human fear conditioning: From neuroscience to the clinic* (Miquel Angel Fullana en collega's, 2020). Dit zeer recente artikel uit het tijdschrift *Behaviour Research and Therapy* heeft een vergelijkbaar thema als dit artikel, maar met andere accenten. Een mooie aanvulling.

Koen Schruers werd opgeleid tot psychiater aan de KU Leuven. Hij is er trots op te behoren tot de laatste lichting die daar door prof. Paul Eelen werd opgeleid tot gedragstherapeut. Hij is hoogleraar Mechanismen van Affectieve Stoornissen aan Maastricht University, gasthoogleraar aan de faculteit psychologie van de KU Leuven en is verder verbonden aan Mondriaan als directeur expertisecentrum. Hij is specialist op het gebied van angst, dwang en trauma. *Correspondentieadres:* Maastricht University, Vakgroep Psychiatrie & Neuropsychologie, campus Vijverdal, Vijverdalseweg 1, 6226 NB Maastricht. E-mailadres: koen.schruers@maastricht-university.nl.

Summary *What a behavioural therapist should know about the neurobiology of fear and anxiety*

The brain plays a crucial role in the experience of human emotions such as anxiety. The treatments that our patients receive aiming to reducing those complaints act upon the brain. Behaviour therapy belongs to those treatments. In the past, a behavioural therapist could maintain not to need knowledge of neurobiology in daily clinical practice. Those days are behind us now. In the therapist's office, the division between psychology and biology is fading: biological treatments have effects on psychological complaints and psychological treatments have measurable effects on the brain.

This paper is on fear and anxiety. I will briefly touch upon the relevant parts of the brain and the neurotransmitters that are involved. In every instance, I will make a link with the daily practice of behaviour therapy, with an emphasis on extinction learning and exposure therapy as most evidence is available for those procedures regarding the link between biology and behaviour.

The aim of this paper is to give the practicing behavioural therapist a brief update of the basic neurobiological knowledge on fear and anxiety and to provide some insight in upcoming treatment options that combine biological and psychological interventions.

Keywords *anxiety, neurobiology, exposure*

Literatuur

- Adolphs, R., Gosselin, F., Buchanan, T.W., Tranel, D., Schyns, P., & Damasio, A. R. (2005). A mechanism for impaired fear recognition after amygdala damage. *Nature*, 6, 68-72.
- Andersson, E., Hedman, E., Enander, J., Djurfeldt, D. R., Ljótsson, B., Cervenka, S., ... Rück, C. (2015). D-cycloserine vs placebo as adjunct to cognitive behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder and interaction with antidepressants: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 72, 659-667.
- Baldwin, D. S., Anderson, I. M., Nutt, D. J., Allgulander, C., Bandelow, B., den Boer, J. A., ... Wittchen, H.U. (2014). Evidence-based pharmacological treatment of anxiety disorders, post-traumatic stress disorder and obsessive-compulsive disorder: A revision of the 2005 guidelines from the British Association for Psychopharmacology. *Journal of Psychopharmacology*, 28, 403-439.
- Ball, T. M., Knapp, S. E., Paulus, M. P., & Stein, M. B. (2016). Brain activation during fear extinction predicts exposure success. *Depression and Anxiety*, 34, 257-266.
- Bui, E., Orr, S. P., Jacoby, R. J., Keshaviah, A., LeBlanc, N. J., Milad, M. R., ... Simon, N. M. (2013). Two weeks of pre-treatment with escitalopram facilitates extinction learning in healthy individuals. *Human Psychopharmacology*, 28, 447-56.
- Burghardt, N. S., & Bauer, E. P. (2013). Acute and chronic effects of selective serotonin reuptake inhibitor treatment on fear conditioning: Implications for underlying fear circuits. *Neuroscience*, 247, 253-272.
- Cisler, J. M., Steele, J. S., Lenow, J. K., Smitherman, S., Everett, B., Messias, E., & Kilts, C. D. (2014). Functional reorganization of neural networks during repeated exposure to the traumatic memory in posttraumatic stress disorder: An exploratory fMRI study. *Journal of Psychiatric Research*, 48, 47-55.
- Clark, R. E., Xie, H., & Brunette, M. F. (2004). Benzodiazepine prescription practices and substance abuse in persons with severe mental illness. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65, 151-155.
- Craig, A. D. (2004). Human feelings: Why are some more aware than others? (Review). *Trends in Cognitive Science*, 8, 239-241.
- Damasio, A. R. (1994). *Descartes' error: Emotion, reason and the human brain*. New York: G.P. Putnam.
- Fanselow, M. S., & Lester, L. S. (1988). A functional behavioristic approach to aversively motivated behavior: Predatory imminence as a determinant of the topography of defensive behavior. In R. C. Bolles & M. D. Beecher (Eds.), *Evolution and learning* (pp. 185-212). New York: Lawrence Erlbaum Associates.
- Feinstein, J. S., Adolphs, R., Damasio, A., & Tranel, D. (2011). The human amygdala and the induction and experience of fear. *Current Biology*, 21, 34-38.
- Feldker, K., Heitmann, C. Y., Neumeister, P., Tupak, S. V., Schrammen, E., Moeck, R., & Straube, T. (2017). Transdiagnostic brain responses to disorder-related threat across four psychiatric disorders. *Psychological Medicine*, 47, 730-743.
- Fullana, M. A., Dunsmoor, J. E., Schruers, K. R. J., Savage, H. S., Bach, D. R., & Harrison, B. J. (2020). Human fear conditioning: From neuroscience to the clinic. *Behaviour Research and Therapy*, 124, 103-528.
- Fullana, M. A., Harrison, B. J., Soriano-Mas, C., Vervliet, B., Cardoner, N., Ávila-Parcet, A., & Radua, J. (2016). Neural signatures of human fear conditioning: An updated and extended meta-analysis of fMRI studies. *Molecular Psychiatry*, 21, 500-508.

- Gray, J. A., & McNaughton, N. (2003). *The neuropsychology of anxiety: An enquiry into the function of the septo-hippocampal system*. Oxford: Oxford University Press.
- Hart, G., Harris, J. A., & Westbrook, R. F. (2009). Systemic or intra-amygdala injection of a benzodiazepine (midazolam) impairs extinction but spares re-extinction of conditioned fear responses. *Learning & Memory*, 16, 53-61.
- Hofmann, S. G., Meuret, A. E., Smits, J. A., Simon, N. M., Pollack, M. H., Eisenmenger, K., ... Otto, M. W. (2006). Augmentation of exposure therapy with D-cycloserine for social anxiety disorder. *Archives of General Psychiatry*, 63, 298-304.
- Hofmann, S. G., Smits, J. A., Rosenfield, D., Simon, N., Otto, M. W., Marques, L., ... Pollack, M. J. (2013). D-cycloserine as an augmentation strategy with cognitive-behavioral therapy for social anxiety disorder. *American Journal of Psychiatry*, 170, 751-758.
- Kushner, M. G., Kim, S. W., Donahue, C., Thuras, P., Adson, D., Kotlyar, M., ... Foa, E. B. (2007). D-cycloserine augmented exposure therapy for obsessive-compulsive disorder. *Biological Psychiatry*, 62, 835-838.
- Lange, I., Goossens, L., Leibold, N., Vervliet, B., Sunaert, S., Peeters, R., & Schruers, K. (2016). Brain and behavior changes following exposure therapy predict outcome at 8-year follow-up. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 85, 238-240.
- Lange, I., Goossens, L., Michiels, S., Bakker, J., Vervliet, B., Marcelis, M., & Schruers, K. (2019). Neural responses during extinction learning predict exposure therapy outcome in phobia: Results from a randomized-controlled trial. *Neuropsychopharmacology*, 45, 534-541.
- Ledgerwood, L., Richardson, R., & Cranney, J. (2005). D-cycloserine facilitates extinction of learned fear: Effects on reacquisition and generalized extinction. *Biological Psychiatry*, 57, 841-847.
- LeDoux, J. E. (1996). *The emotional brain: The mysterious underpinnings of emotional life*. New York: Simon & Schuster.
- LeDoux, J. E. (2000). Emotion circuits in the brain. *Annual Review of Neuroscience*, 23, 155-84.
- LeDoux, J. E. (2016). *Anxious: Using the brain to understand and treat fear and anxiety*. New York: Viking.
- Mataix-Cols, D., Fernández de la Cruz, L., Monzani, B., Rosenfield, D., Andersson, E., Pérez-Vigil, A., ... Thuras, P. (2017). D-cycloserine augmentation of exposure-based cognitive behavior therapy for anxiety, obsessive-compulsive, and posttraumatic stress disorders: A systematic review and meta-analysis of individual participant data. *JAMA Psychiatry*, 74, 501-510.
- Milad, M. R., Pitman, R. K., Ellis, C. B., Gold, A. L., Shin, L. M., Lasko, N. B., & Rauch, S. L. (2009). Neurobiological basis of failure to recall extinction memory in posttraumatic stress disorder. *Biological Psychiatry*, 66, 1075-1082.
- Mobbs, D., Adolphs, R., Fenselow, M. S., Barrett, L. F., LeDoux, J. E., Ressler, K., & Tye, K. M. (2019). Viewpoints: Approaches to defining and investigating fear. *Nature Neuroscience*, 22, 1205-1216.
- Myers, K. M., Carlezon, W. A., Jr, & Davis, M. (2011). Glutamate receptors in extinction and extinction-based therapies for psychiatric illness. *Neuropsychopharmacology*, 36, 274-293.
- Otto, M. W., Tolin, D. F., Simon, N. M., Pearson, G. D., Basden, S., Meunier, S. A., ... Pollack, M. (2010). Efficacy of D-cycloserine for enhancing response to cognitive-behavior therapy for panic disorder. *Biological Psychiatry*, 67, 365-370.

- Ressler, K. J., Rothbaum, B. O., Tannenbaum, L., Anderson, P., Graap, K., Zimand, E., ... Davis, M. (2004). Cognitive enhancers as adjuncts to psychotherapy: Use of D-cycloserine in phobic individuals to facilitate extinction of fear. *Archives of General Psychiatry*, 61, 1136-1144.
- Rougemont-Bücking, A., Linnman, C., Zeffiro, T. A., Zeidan, M. A., Lebron-Milad, K., Rodriguez-Romaguera, J., & Milad, M. R. (2011). Altered processing of contextual information during fear extinction in PTSD: An fMRI study. *CNS Neuroscience & Therapeutics*, 17, 227-236.
- Singewald, N., Schmuckermair, C., Whittle, N., Holmes, A., & Ressler, K. J. (2015). Pharmacology of cognitive enhancers for exposure-based therapy of fear, anxiety and trauma-related disorders. *Pharmacology & Therapeutics*, 149, 150-190.
- Suarez-Jimenez, B., Albajes-Eizagirre, A., Lazarov, A., Zhu, X., Harrison, B. J., Radua, J., & Fullana, M. A. (2019). Neural signatures of conditioning, extinction learning, and extinction recall in posttraumatic stress disorder: A meta-analysis of functional magnetic resonance imaging studies. *Psychological Medicine*, 50, 1-10.
- van Balkom, A. L. J. M., van Vliet, I. M., Emmelkamp, P. M. G., Bockting, C. L. H., Spijker, J., Hermens, M. L. M., & Meeuwissen, J. A. C. (namens de Werkgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling Angststoornissen/Depressie). (2013). *Multidisciplinaire richtlijn angststoornissen (Derde revisie). Richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen patiënten met een angststoornis*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Veit, R., Flor, H., Erb, M., Hermann, C., Lotze, M., Grodd, W., & Birbaumer, N. (2002). Brain circuits involved in emotional learning in antisocial behavior and social phobia in humans. *Neuroscience Letters*, 328, 233-236.
- Vervliet, B., Craske, M. G., & Hermans, D. (2013). Fear extinction and relapse: State of the art. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9, 215-248.
- Wilhelm, S., Buhlmann, U., Tolin, D. F., Meunier, S. A., Pearlson, G. D., Reese, H. E., ... Rauch, S. L. (2008). Augmentation of behavior therapy with D-cycloserine for obsessive-compulsive disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 165, 335-341.

Intensieve traumagerichte behandeling voor gezinnen met LVB¹

Toepasbaarheid en potentiële effectiviteit

LIESBETH MEVISSSEN, MARJOLEIN OOMS-EVERS, MARIKE SERRA,
AD DE JONGH & ROBERT DIDDEN

Samenvatting

Personen met een lichte verstandelijke beperking of zwakbegaafdheid (LVB; IQ 50-85) hebben een hoger risico op blootstelling aan traumatische gebeurtenissen en op de ontwikkeling van een posttraumatische-stressstoornis (PTSS). EMDR-therapie is toepasbaar, veilig en potentieel effectief voor de behandeling van PTSS bij deze doelgroep. Standaard PTSS-behandeling in een poliklinische setting is echter niet altijd doeltreffend voor multiprobleemgezinnen met een LVB en (dreigende) uithuisplaatsing van de kinderen. Het doel van deze studie was het onderzoeken van de toepasbaarheid en potentiële effectiviteit van KINGS-LVB, een 6 weken durende klinische traumagerichte behandeling, die bestaat uit intensieve EMDR-therapie voor ouders en kinderen, en een training in opvoedvaardigheden, gevolgd door een fase van 2 weken met ondersteuning van ouders thuis. Zes gezinnen (negen ouders en tien kinderen) namen deel aan het KINGS-LVB-programma. Zeven ouders en zeven kinderen hadden PTSS. Data werden verzameld voorafgaand aan de behandeling, tijdens de behandeling, na de behandeling en als follow-up. Alle gezinsleden maakten de behandeling af. Op een kind en een ouder na voldeden de participanten na 2 weken niet langer aan de PTSS-criteria. PTSS-symptomen en beperkingen in het dagelijks functioneren verminderden significant na behandeling, en bij ouders namen zowel symptomen van algemene psychopathologie als opvoedingsstress significant af. De resultaten bleven gehandhaafd bij follow-up na 6 maanden. De uitkomsten van deze studie zijn hoopgevend voor getrauma-

1 Dit artikel is een licht bewerkte versie van: Mevissen, Ooms-Evers, Serra, de Jongh, & Didden (2020).

tiseerde multiprobleemgezinnen met een of meerdere gezinsleden met een lichte verstandelijke beperking.

Trefwoorden: PTSS, intensieve EMDR, gezinsbehandeling, trauma bij ouders, lichte verstandelijke beperking, ACE's

Kernboodschappen voor de klinische praktijk

- ▶ Als er sprake is van ernstige en langdurige traumatisering van een kind met een LVB is er een grote kans dat er ook sprake is van traumatisering bij de ouders.
- ▶ Traumabehandeling van de ouders is dan nodig om zowel de traumabehandeling als de verdere ontwikkeling van het kind te faciliteren.
- ▶ Voor multiprobleemgezinnen met LVB en traumatisering van zowel ouders als kinderen blijkt ambulante behandeling vaak niet haalbaar en lijkt een intensieve, klinische gezins-traumabehandeling een veelbelovend alternatief.

INLEIDING

.....

Mensen met een lichte verstandelijke beperking of zwakbegaafdheid (LVB; IQ 50-85) hebben een hoger risico op blootstelling aan potentieel traumatische gebeurtenissen en op de ontwikkeling van een posttraumatische-stressstoornis (PTSS; Mevissen, Didden, & de Jongh, 2016). PTSS kan ontstaan na blootstelling aan feitelijke of dreigende (onnatuurlijke) dood, ernstige verwonding of seksueel geweld. PTSS uit zich in intrusies, vermijding, negatieve veranderingen in cognitie en stemming, en veranderingen in arousal en reactiviteit (DSM-5; APA, 2014). PTSS heeft negatieve gevolgen voor de sociale, emotionele, schoolse en fysieke ontwikkeling (Alisic, Jongmans, van Wesel, & Kleber, 2011). In de praktijk zien we dat PTSS vaak niet wordt herkend bij mensen met een LVB, omdat PTSS-symptomen dikwijls ten onrechte worden toegeschreven aan de LVB (een verschijnsel dat men 'diagnostische overschaduw' noemt; Jopp & Keys, 2001) of aan andere psychische stoornissen (Mevissen, Didden, & de Jongh, 2018; Mevissen, Didden, Korzilius, & de Jongh, 2016).

Op het gebied van de diagnostiek en behandeling van PTSS bij mensen met een LVB heeft zich de afgelopen jaren een aantal belangrijke ontwikkelingen voorgedaan. Zo is de DITS-LVB ontwikkeld (Diagnostisch Interview Trauma en Stressoren – LVB; Mevissen et al., 2018; Mevissen, Didden, de Jongh, & Korzilius, 2020; Mevissen, Didden, Korzilius et al., 2016). Met dit klinische interview kan een DSM-5 PTSS-diagnose worden vastgesteld bij kinderen en volwassenen met een LVB. Bovendien heeft een klein aantal studies laten zien dat *eye movement desensitisation and reprocessing* (EMDR)-therapie toepasbaar, veilig en potentieel effectief is bij deze doelgroep (Karatzias et al., 2019; Mevissen, Didden, Korzilius, & de Jongh, 2017).

Desondanks kan het lastig zijn om EMDR-therapie toe te passen bij getraumatiseerde kinderen in gezinnen waarin ook een of beide ouders een LVB heeft. Dit is nog sterker het geval in gezinnen waarin ook de ouders blootgesteld zijn aan traumatische gebeurtenissen en er het risico is dat de kinderen uit huis worden geplaatst. Voor zulke kinderen is de reguliere poliklinische behandeling dan vaak niet doeltreffend en effectief. Op de eerste plaats komt dit doordat traumabehandeling voor de ouder(s) vaak geen onderdeel is van de behandeling van het kind. Een traumabehandeling voor de ouders is echter wel van belang, omdat PTSS-symptomen bij ouders hun opvoedvaardigheden negatief kunnen beïnvloeden, hetgeen een negatieve invloed heeft op de ontwikkeling van het kind (van Ee, Kleber, & Jongmans, 2016). Aangenomen wordt dat traumagerelateerde tekortschietende opvoedvaardigheden kunnen leiden tot een thuissituatie die onveilig is vanwege verwaarlozing of mishandeling (McGaw, Shaw, & Beckley, 2017).

Ook leveren ouders tijdens de traumabehandeling van hun kind een belangrijke bijdrage aan het herstel door het geven van steun en het creëren van positieve ervaringen. Zo nodig treden ze op als cotherapeut (Shapiro, Wesselmann, & Mevissen, 2017). Onderzoek laat zien dat PTSS bij ouders samenhangt met stress en gedragsproblemen bij kinderen (Lambert, Holzer, & Hasbun, 2014). Kortom, als ouders getraumatiseerd zijn, is het voor hen lastig om een goede rol te spelen bij de behandeling van hun kind. Dit geldt voor ouders van kinderen zonder een LVB, maar nog sterker voor ouders van kinderen met een LVB. Kinderen met een LVB zijn immers nog afhankelijker van hun opvoeders dan kinderen zonder een LVB.

Op de tweede plaats kan reguliere poliklinische behandeling ontoereikend zijn vanwege een opeenstapeling van verschillende andere problemen in zulke gezinnen. De praktijk wijst uit dat het afmaken of zelfs starten van een behandeling lastig is vanwege financiële problemen, problemen met vervoer, gebrek aan motivatie en doorzettingsvermogen, problemen met planning en afspraken nakomen, gezondheidsproblemen, emotionele labiliteit en gebrek aan een steunend netwerk.

Om bovengenoemde redenen zou behandeling van trauma bij ouders deel moeten uitmaken van een traumagerichte interventie voor kinderen met een LVB (van Wesel, Boeije, Alisic, & Drost, 2012). KINGS-LVB is een intensieve klinische traumagerichte behandeling voor gezinnen waarvan een of meerdere leden een LVB heeft. Het programma is een aangepaste versie van KINGS, dat staat voor 'Kind in een Gezond Systeem' (Wanders & Ploeg, 2017). Het KINGS-programma heeft als doel bij te dragen aan een veilig en gezond gezinssysteem door gezinnen in staat te stellen traumatische herinneringen te verwerken en opvoedvaardigheden te verbeteren. Het KINGS-programma is theoretisch goed onderbouwd, maar data over de effectiviteit ervan ontbreken vooralsnog.

Het doel van deze studie was om de toepasbaarheid en potentiële effectiviteit van KINGS-LVB te onderzoeken in zes gezinnen. Verwacht werd dat

KINGS-LVB zou leiden tot (1) significante afname van PTSS-symptomen en traumagerelateerde beperkingen in het dagelijks leven voor zowel ouder(s) als kind, (2) significante toename van geestelijke gezondheid van ouder(s), en (3) significante afname van opvoedingsstress. Voorts werd verwacht dat deze uitkomsten behouden zouden blijven tijdens een follow-up 6 maanden na afloop van de behandeling.

METHODE

Participanten

Zes gezinnen namen deel aan de studie, met in totaal negen ouders (33-48 jaar) en tien kinderen (2-16 jaar): twee gezinnen met één kind en vier gezinnen met twee kinderen. Drie gezinnen waren eenoudergezinnen. Zes ouders en alle tien kinderen hadden een LVB. Bij vijf kinderen was er tevens sprake van een autismespectrumstoornis. Een ouder zonder een LVB was gediagnosticeerd met een dissociatieve stoornis. Drie ouders met een LVB hadden een bijkomende stoornis (onder andere autismespectrumstoornis, middelenmisbruik en foetale-alcoholsyndroom).

Voorafgaand aan de basislijn voldeden zeven ouders en zeven kinderen aan de DSM-5-criteria voor PTSS. Voor elk kind en elke ouder werd informatie verzameld over *adverse childhood experiences* (ACE's) aan de hand van de gebeurtenissensectie van de DITS-LVB. ACE's werden vastgesteld volgens de definitie zoals beschreven door Vervoort-Schel en collega's (2018). ACE's voor de kinderen waren: emotionele verwaarlozing, het hebben van een ouder met psychische problemen, getuige zijn van geweld tegen een ouder, scheiding van de ouders, seksueel misbruik, fysieke verwaarlozing, emotioneel misbruik, fysiek misbruik, verslaving bij ouders en een ouder in de gevangenis.

Bij de ouders rapporteerden de meeste moeders seksueel misbruik in de kindertijd. In vijf van de zes gezinnen was een ouder in de kindertijd het slachtoffer geweest van fysiek misbruik of mishandeling. Zeven ouders rapporteerden een geschiedenis van emotionele verwaarlozing en mishandeling. Toen ze kind waren hadden de meeste ouders zelf een ouder met psychische problemen. Bij een minderheid van de ouders was er sprake van fysieke verwaarlozing of getuige zijn van geweld tegen een ouder. Elk gezin kreeg sinds vele jaren ambulante begeleiding voor een veelheid aan problemen, zoals problemen met financiën, huishouden, psychische en fysieke gezondheid, verslaving en delict gedrag. Een ouder was als kind behandeld voor PTSS. Een andere ouder had vanwege praktische problemen voortijdig een poliklinische traumabehandeling beëindigd. Twee ouders hebben ooit een suïcidepoging gedaan. Een van beiden is herhaaldelijk opgenomen ge-

weest in een ggz-instelling. Een andere ouder heeft verschillende behandelingen ondergaan in de verslavingszorg en een ouder verbleef een tijdlang in een jeugdgevangenis toen zij tiener was.

Wat betreft de kinderen: een kind kreeg poliklinische psychologische behandeling. Geen van de kinderen werd ooit voor PTSS behandeld. Voor de start van de studie waren drie kinderen uit huis geplaatst naar een (andere) behandelvoorziening. In drie gezinnen had de moeder geen contact meer met een van haar andere kinderen, die niet deelnamen aan deze studie. In drie gezinnen liepen kinderen het risico op een uithuisplaatsing. Alle moeders waren gescheiden en geen van hen had een inkomen uit betaald werk.

Design

Data werden verzameld in een *single case design* (Kazdin, 2011). De basislijn bestond uit drie metingen gedurende een periode van 2-3 weken. De derde basislijnmeting werd uitgevoerd tijdens de eerste dag van de behandeling voorafgaand aan de eerste EMDR-therapiesessie. Daarna volgden de interventie (7 wekelijkse metingen), postinterventie (3 wekelijkse metingen) en follow-up, respectievelijk 6 weken, 3 maanden en 6 maanden na de interventie. Alle instrumenten werden afgenomen op elk meetmoment.

De studie werd uitgevoerd in overeenstemming met WMO-richtlijnen met betrekking tot het uitvoeren van wetenschappelijk onderzoek. De studie was niet WMO-plichtig, aangezien (1) de vragenlijsten slechts een klein aantal items bevatten, (2) de studie geen gerandomiseerde toewijzing kende, en (3) er verwacht werd dat de interventie de fysieke en psychische integriteit van de participanten niet zou schaden.

Inclusie en assessment

Binnen een tijdsbestek van een jaar werden zes gezinnen voor het KINGS-LVB-programma aangemeld. De criteria voor deelname waren: (1) ten minste één gezinslid had een diagnose LVB, (2) zowel ouder(s) als kinderen waren blootgesteld aan potentieel traumatische gebeurtenissen, (3) ten minste één kind en één ouder voldeden aan de DSM-5-criteria voor een PTSS, (4) kinderen liepen kans om uit huis geplaatst te worden of waren reeds uit huis geplaatst ondanks eerdere interventies, en (5) ouders waren sterk gemotiveerd om hun kind thuis op te voeden. Alle zes gezinnen voldeden aan de criteria en gaven hun toestemming voor deelname aan het onderzoek. Ze gaven toestemming om video-opnamen te maken van de interviews, de EMDR-therapiesessies, het trainen van de opvoedvaardigheden en de bijeenkomsten waarin de voortgang werd geëvalueerd. Zodra een gezin het klinische behandelprogramma van 6 weken had afgerond, startte het volgende gezin met de behandeling.

Elk gezin doorliep een gestandaardiseerde assessmentprocedure. Het gezin bracht samen met de verwijzer een bezoek aan de behandelvoorziening, waar het informatie kreeg over het behandelprogramma en het onderzoek. Als de ouders wilden deelnemen, werd het gezin uitgenodigd voor de eerste basislijnmetingen en het vaststellen van de persoonlijke behandeldoelen voor elke ouder en – indien mogelijk – voor elk kind. Doelen waren bijvoorbeeld: ‘Ik ben in staat om mijn kind op een kalme manier en zonder te schreeuwen aan te spreken’, ‘Ik beleef plezier aan het samen spelen met mijn kind’, ‘Ik kan met mijn moeder over leuke dingen praten’ of ‘Ik gedraag mij goed tegenover leerkrachten.’ Elk doel kon worden gescoord tussen 1 (niet gehaald) en 10 (helemaal gehaald). Vervolgens werd bij elk gezinslid de DITS-LVB afgenomen, en werden de algemene psychopathologie en opvoedingsstress gemeten. Onderdeel van het assessment was ook een huisbezoek, teneinde een beeld te krijgen van de leefsituatie van het gezin en om de behandeling aan te passen aan de behoeften van het gezin. Ten minste een week voor de start van de behandeling werd een tweede basislijnmeting uitgevoerd. De voorbereidingen namen in totaal 6 tot 8 weken in beslag. Deze periode was nodig voor de basislijnmetingen, maar ook voor het huisbezoek en enkele praktische voorbereidingen, waaronder het tijdig inplannen van de EMDR-therapiesessies (in verband met de beschikbaarheid van de therapeuten).

Interventie

De interventiefase duurde 8 weken en begon met een klinisch programma dat 6 weken duurde. Intensieve traumabehandeling werd gegeven door gecertificeerde EMDR-therapeuten (EMDR Europe *practitioners*). Gedurende het klinische programma werden ouders en kinderen ondersteund door gezinsbehandelaren die ervaring hadden met cognitief-gedragstherapeutische principes en die voor een traumasensitieve omgeving konden zorgen. Kenmerken van zo’n omgeving zijn het bieden van veiligheid, keuzemogelijkheden, samenwerking, empowerment, aandacht voor triggers van trauma, en het kunnen begrijpen van emotionele en gedragsproblemen vanuit iemands traumavoorgeschiedenis (Gardiner, Iarocci, & Moretti, 2017). De gezinsbehandelaren waren gedurende de gehele dag beschikbaar en in geval van nood ook ’s nachts. Na hun traumabehandeling kregen de ouders door middel van videofeedback een training van de gezinsbehandelaren om op een positieve manier het gedrag van het kind te duiden en ermee om te gaan. Het klinische programma werd gevolgd door een fase van 2 weken waarin de ouders werden ondersteund in de thuissituatie (transfer).

Setting

Het KINGS-LVB-programma werd uitgevoerd op het terrein van een instelling voor kind- en jeugdpsychiatrie in het noordoosten van het land, in

nauwe samenwerking met een nabijgelegen instelling die gespecialiseerd is in de behandeling en begeleiding van kinderen met een verstandelijke beperking en hun ouders. De gezinnen verbleven in een eensgezinswoning en werden na elkaar in deze woning opgenomen. De therapiesessies en de gesprekken met het gezin vonden plaats in een nabijgelegen gebouw op het terrein. De gezinsbehandelaar had een kantoor dat verbonden was met de woonruimte van het gezin. De ouders zagen toe op hun kinderen en waren verantwoordelijk voor koken, boodschappen doen en andere activiteiten. Als ze hulp nodig hadden, konden ouders en kinderen een beroep doen op de gezinsbehandelaar. De aard en intensiteit van de begeleiding was afgestemd op de behoeften van de gezinsleden, daarbij telkens de behandeldoelen in het oog houdend. Kinderen waren tijdelijk vrijgesteld van school, en ouders en kinderen namen deel aan vrijetijdsactiviteiten die door de instelling werden aangeboden. De kinderen gingen weer naar school zodra de opname was beëindigd. Vaders die werk hadden, regelden verlof om aanwezig te kunnen zijn voor hun therapiesessies en bij de wekelijkse evaluatiebijeenkomsten. Tijdens deze bijeenkomsten waren de ouders en kinderen aanwezig (indien mogelijk, afhankelijk van hun ontwikkelingsleeftijd), alsook een EMDR-therapeut, een gezinsbehandelaar en de verwijzer.

EMDR-therapie

Het KINGS-LVB-programma startte op de zondagavond waarop het gezin werd opgenomen in de voorziening. Op maandagmorgen werd de derde basislijnmetering uitgevoerd, direct gevolgd door EMDR-therapie van de ouder. Indien twee ouders in aanmerking kwamen voor EMDR-therapie, begon de ouder met de ernstigste PTSS-symptomen. De EMDR-therapie voor de kinderen begon meteen nadat de therapie van de ouder(s) was afgerond. Als twee kinderen in aanmerking kwamen voor EMDR-therapie, werd de volgorde in samenspraak met de ouder(s) bepaald. Na een week van intensieve EMDR-therapie vond de eerste interventiemetering plaats.

Voor zowel kinderen als volwassenen is EMDR-therapie een psychologische behandeling van eerste keuze voor PTSS (ISTSS, 2019). EMDR-therapie is een geprotocolleerde psychotherapeutische interventie met als doel het wegnemen van symptomen die zijn veroorzaakt door onverwerkte levenservaringen (Shapiro, 2018).

In dit onderzoek werd de DITS-LVB afgenomen (zie de paragraaf hierna over instrumenten). De EMDR-conceptualisatie werd op een gestandaardiseerde manier opgesteld aan de hand van de tijdlijn met de meegemaakte gebeurtenissen (deel 1 van de DITS-LVB). Samen met het kind of de ouder werd een gevisualiseerd overzicht gemaakt van de gebeurtenissen (rangorde) in de volgorde waarin de herinneringen aan deze gebeurtenissen behandeld zouden worden met EMDR. Elke gebeurtenis op de tijdlijn kreeg een score tussen 0 en 10 voor de mate van spanning die de persoon ervoer bij het

ophalen en (korte tijd) vasthouden van de herinnering aan de gebeurtenis, waarbij o ‘geen spanning’ betekent en 10 ‘maximale spanning’. De gebeurtenissen werden geordend van hoogste naar laagste score. Als gebeurtenissen eenzelfde score kregen, werden ze geordend op basis van volgorde in de tijd (van vroeger naar later in het leven).

EMDR werd geïntroduceerd in de eerste therapiesessie. In dit onderzoek werd het Nederlandse protocol voor kinderen en jongeren (de Roos, Beer, de Jongh, & ten Broeke, 2015) bij zowel kinderen als ouders toegepast. Instructies werden aangepast aan de geschatte ontwikkelingsleeftijd van de deelnemer. Een visuele representatie van een numerieke schaal werd gebruikt om de SUD (*subjective unit of disturbance*) en VOC (*validity of cognition*) te scoren.

De EMDR-therapie voor ouders en kinderen omvatte twee sessies van 60-75 minuten per dag gedurende 4 dagen in de week, uitgevoerd door verschillende therapeuten. Tussen de sessies werden de gezinsleden ondersteund door de gezinsbehandelaar, die hen aanmoedigde om fysiek actief te zijn (van Woudenberg et al., 2018). De EMDR-therapie werd afgesloten als (1) alle herinneringen aan de gebeurtenissen op de tijdlijn geen enkele spanning meer gaven, en als (2) *future templates* (representaties van toekomstig gewenst gedrag, deels overeenkomend met de gestelde persoonlijke doelen) succesvol waren geïnstalleerd. Als een ouder of een kind er niet van overtuigd raakte dat het gewenste gedrag kon worden uitgevoerd, werd de *flashforward*-procedure toegepast, waarbij het naaste beeld van de verwachte catastrofe van zijn emotionele lading werd ontdaan (Logie & de Jongh, 2014).

Belangrijkste verschillen tussen KINGS-LVB en het reguliere KINGS-programma

Er zijn drie belangrijke verschillen tussen KINGS-LVB en het reguliere KINGS-programma:

- 1 In KINGS-LVB werd de eerste fase (1 week) van het reguliere KINGS-programma achterwege gelaten. Studies hebben laten zien dat een stabilisatiefase voorafgaand aan de behandeling van de traumatische herinneringen niet nodig is wanneer die herinneringen toegankelijk zijn (zie onder andere: Lindauer, 2015). Voorts werd aangenomen dat (video)-training om positief gedrag bij het kind te (leren) bekrachtigen – een ander onderdeel in de eerste week van reguliere KINGS – effectiever zou zijn na een EMDR-behandeling dan ervoor, ervan uitgaande dat PTSS bij ouders samenhangt met een negatieve kijk op het kind en tevens het leren van nieuwe vaardigheden belemmert (Alisic et al., 2011; van Ee, Jongmans, van der Aa, & Kleber, 2017). Eveneens is ervan uitgegaan dat de aanwezigheid van de gezinsbehandelaar waarborgt dat de omgeving

- waarin het kind verblijft veilig is en dat er wordt tegemoetgekomen aan diens basisbehoeften.
- 2 Om aan de voorwaarden voor het design te kunnen voldoen, werd gekozen voor een vaste in plaats van een flexibele behandelduur. Klinische ervaring met eerdere casuïstiek liet zien dat 6 weken gemiddeld genomen voldoende waren om de EMDR-therapie bij ouders en kinderen met een LVB af te ronden, om vaardigheden met ouders te oefenen en om persoonlijke doelen te bereiken.
 - 3 Interventies binnen de reguliere geestelijke gezondheidszorg zijn niet afgestemd op de behoeften en kenmerken van mensen met een LVB en moeten derhalve worden aangepast (Blankestein et al., 2019). Daarom is een ander verschil met de reguliere KINGS-aanpak dat er een fase van 2 weken is toegevoegd waarin de ouders dagelijks ondersteuning krijgen in de thuissituatie, teneinde de transfer van de geleerde vaardigheden te bevorderen en de behandelresultaten te behouden. Transfer werd ook gestimuleerd door de nauwe samenwerking tussen de gezinsbegeleiders en de professionals die het gezin ambulant begeleidten voorafgaand aan de KINGS-LVB-interventie en die het gezin verder bleven ondersteunen na afronding van het KINGS-LVB-programma. Verder waren de gezinsbehandelaren en EMDR-therapeuten ervaren genoeg om aan te sluiten op het niveau van communicatieve vaardigheid van kinderen en ouders: zij gebruikten eenvoudige taal en visuele stimuli, gaven opdrachten een voor een, en pasten motivationele technieken toe.

INSTRUMENTEN

.....

Diagnose PTSS, aantal PTSS-symptomen en beperkingen in het dagelijks leven

.....

Om de diagnose PTSS te stellen op basis van de DSM-5-criteria werd de DITS-LVB gebruikt (Mevissen et al., 2018; Mevissen, Didden, Korzilius et al., 2016; Mevissen, Didden et al., 2020). Voor de kinderen werd de kind- en ouderversie gebruikt, terwijl voor de ouders de volwassenenversie werd gebruikt. De DITS-LVB bestaat uit een deel met gebeurtenissen en een deel met symptomen, met bij elk daarvan de antwoordopties 'ja', 'nee' en 'anders'. Type A trauma en ingrijpende levensgebeurtenissen die het kind of de volwassene heeft meegemaakt, worden visueel weergegeven op een tijdlijn, die als geheugensteun fungeert wanneer de symptomen worden uitgevraagd. Tot slot werd een thermometer gebruikt waarmee het kind of de volwassene kon aangeven hoeveel last hij of zij ervaart in het dagelijks leven: de interferentiescore (0 = 'helemaal geen last', 8 = 'heel erge last'). De kind- en ouderversie van de DITS-LVB hebben een goede convergente validiteit en een excellente betrouwbaarheid (Mevissen, Didden, Korzilius et al., 2016).

De volwassenenversie heeft een goede convergente validiteit en voldoende tot excellente interraterbetrouwbaarheid (Mevissen, Didden et al., 2020).

Het is mogelijk dat een kind of een ouder tijdens het verloop van het onderzoek aan nieuwe potentieel traumatische gebeurtenissen blootgesteld wordt, wat van invloed kan zijn op de PTSS-symptomen. Daarom werd bij elk meetmoment, vóór de afname van het symptomendeel van de DITS-LVB, aan ouder of kind gevraagd of zich in de tussentijd nieuwe potentieel traumatische gebeurtenissen hadden voorgedaan.

De DITS-LVB werd in interviewvorm afgenomen door een getrainde traumatherapeut of psycholoog. De tijdlijn werd gebruikt om de EMDR-therapie te conceptualiseren (zie hierboven onder 'EMDR-therapie'). De DITS-LVB werd bij alle gezinsleden afgenomen, ongeacht de aanwezigheid van een LVB.

Psychopathologie

De Symptom Checklist (SCL-90; Arrindell & Ettema, 2005) is een zelfrapportage-instrument voor het meten van psychologische stress of symptomen van psychopathologie. De lijst bevat 90 items over symptomen in de afgelopen week. Items worden gescoord op een likertschaal van 1 ('helemaal niet') tot 5 ('zeer sterk'). De SCL-90 heeft acht subschalen: (1) agorafobie, (2) angst, (3) depressie, (4) somatische klachten, (5) insufficiëntie van denken en handelen, (6) wantrouwen en interpersoonlijke sensitiviteit, (7) hostiliteit, en (8) slapeloosheid. De psychometrische kenmerken van de SCL-90 zijn voldoende (Arrindell & Ettema, 2005).

Opvoedingsstress

De Opvoedingsbelastingvragenlijst (OBVL; Vermulst, Kroes, de Meyer, Nguyen, & Veerman, 2015) is een Nederlandse vragenlijst voor het meten van opvoedingsstress. De lijst bestaat uit 34 items en 5 subschalen: (1) problemen in de opvoeder-kindrelatie, (2) problemen met opvoeden, (3) depressieve stemmingen, (4) rolbeperking, en (5) gezondheidsklachten. Items kunnen worden gescoord op een likertschaal van 1 ('niet van toepassing') tot 4 ('helemaal van toepassing'). Betrouwbaarheid en validiteit van de OBVL zijn goed (Vermulst et al., 2015).

Aangezien de psychometrische kenmerken van de SCL-90 en OBVL nog niet zijn onderzocht bij mensen met een LVB, zijn beide zelfrapportage-instrumenten afgenomen met hulp van een traumatherapeut of psycholoog.

Interraterbetrouwbaarheid

Ten behoeve van betrouwbaarheidsmetingen werd 20% van alle video-opnamen van het DITS-LVB-interview geselecteerd, gelijkelijk verdeeld over de verschillende condities. Onafhankelijke en getrainde observatoren scoorden de antwoorden op het symptomendeel van de DITS-LVB. Het gemiddelde percentage overeenstemming (overeenstemming gedeeld door overeenstemming plus niet-overeenstemming) was 97,9 voor de kindversie, 99,2 voor de ouderversie en 98,4 voor de volwassenversie, wat betekent dat de drie versies van de DITS-LVB een excellente interraterbetrouwbaarheid hebben (Cicchetti, 1994).

Statistische analyses

De uitkomsten ten aanzien van (1) traumasymptomen van ouders en kinderen (totaal aantal PTSS-symptomen), (2) beperkingen in het dagelijks leven (interferentiescore), (3) algemene psychopathologie, en (4) opvoedingsstress werden grafisch weergegeven. Individuele data (152 grafieken) werden door de eerste auteur (LM) en een tweede onafhankelijke beoordelaar geïnterpreteerd op basis van visuele inspectie, waarbij de richtlijnen van Lane en Gast (2014) werden gehanteerd om trends in de basislijn vast te stellen. Gecombineerde *effect sizes* (Tau-U) werden berekend voor de verschillen tussen basislijn versus interventie, basislijn versus postinterventie, en basislijn versus follow-up (Parker, Vannest & Davis, 2011; Parker, Vannest, Davis, & Sauber, 2010; Vannest & Ninci, 2015). Indien een trend in de basislijn werd gevonden, werd een correctie toegepast. De Tau-U kan variëren tussen -1 (maximaal effect) en 0 (geen effect). Het significantieniveau werd vastgesteld op 0,001. Aan de hand van de DITS-LVB werd op elk meetmoment bepaald of de deelnemer voldeed aan de DSM-5-criteria voor een PTSS.

RESULTATEN

PTSS-symptomen bij ouders

De resultaten voor de ouders laten een significante daling zien van het aantal traumasymptomen, traumagerelateerde beperkingen in het dagelijks leven, algemene psychopathologie en opvoedingsstress (zie tabel 1). De resultaten bleven behouden tijdens postinterventie en follow-up, en de effect sizes (Tau-U) zijn groot tot zeer groot.

Het gemiddelde aantal traumasymptomen bij ouders was 19,4 (SD = 8,1) tijdens de eerste basislijnmeting, 10,2 (SD = 6,3) tijdens de eerste interventiemeting, 4,1 (SD = 4,7) tijdens de eerste postinterventiemeting, en 3,2 (SD = 2,5) tijdens de follow-up na 6 maanden. De gemiddelde interferentiescores waren respectievelijk 7,0 (SD = 1,5), 3,4 (SD = 1,9), 1,1 (SD = 1,4) en 1,6 (SD = 1,3). De gemiddelde SCL-90-scores (klinische range > 125) waren respectievelijk 194,8 (SD = 37,5), 131,6 (SD = 24,7), 104,5 (SD = 24,7) en 106,0 (SD = 10,7). Tot slot: de gemiddelde OBVL-scores (subklinische range: scores 60-63; klinische range: scores > 63) waren respectievelijk 70,1 (SD = 7,0), 57,6 (SD = 12,8), 47,0 (SD = 14,6) en 44,0 (SD = 6,2).

TABEL 1 *Tau-U effect sizes bij de ouders*

Uitkomstmaat	Basislijn - interventie (n = 9)		Basislijn - postinterventie (n = 7/n = 6) ¹		Basislijn - follow-up (n = 7) ²	
	Tau-U	CI 90%	Tau-U	CI 90%	Tau-U	CI 90%
Aantal trauma- symptomen	-0,92***	-1 < -0,69	-0,90***	-1 < -0,59	-0,90***	-1 < -0,59
Beperkingen in dagelijks leven	-0,91***	-1 < -0,68	-0,86***	-1 < -0,54	-0,83***	-1 < -0,51
Psychopathologie	-0,88***	-1 < -0,65	-0,78***	-1 < -0,46	-0,83***	-1 < -0,51
Opvoedingsstress	-0,91***	-1 < -0,68	-0,78***	-1 < -0,44	-0,87***	-1 < -0,56

Noot. CI = betrouwbaarheidsinterval; *** $p < 0,001$

¹ Bij twee ouders konden een, respectievelijk twee postinterventiemetingen niet worden uitgevoerd. Opvoedingsstress kon bij een ouder niet gemeten worden tijdens de postinterventiemeting.

² Bij twee ouders konden twee, respectievelijk drie follow-upmetingen niet worden uitgevoerd.

PTSS-symptomen bij kinderen

Tabel 2 laat zien dat traumasymptomen en beperkingen in het dagelijks leven significant verminderden tijdens de interventie. De resultaten bleven gehandhaafd tijdens de postinterventie en follow-up, met grote effect sizes.

Het gemiddeld aantal traumasymptomen voor de kinderen was 12,2 (SD = 9,4) tijdens de eerste basislijn, 8,5 (SD = 8,7) tijdens de eerste interventiemeting, 3,3 (SD = 4,8) tijdens eerste postinterventiemeting en 2,0 (SD = 2,7) tijdens de follow-up na 6 maanden. De gemiddelden waren respectievelijk 5,0 (SD = 2,8), 3,0 (SD = 3,1), 0,7 (SD = 1,5) en 1,3 (SD = 2,0).

TABEL 2 *Tau-U effect sizes bij de kinderen*

Uitkomstmaat	Basislijn - interventie (<i>n</i> = 6) ¹		Basislijn - postinterventie (<i>n</i> = 5) ²		Basislijn - follow-up (<i>n</i> = 6)	
	Tau-U	CI 90%	Tau-U	CI 90%	Tau-U	CI 90%
Aantal trauma-symptomen	-0,68***	-0,96 <> -0,40	-0,60**	-0,98 <> -0,23	-0,80***	-1 <> -0,45
Beperkingen in dagelijks leven	-0,74***	-1 <> -0,46	-0,73**	-1 <> -0,36	-0,74***	-1 <> -0,40

Noot. CI = betrouwbaarheidsinterval; *** $p < 0,001$; ** $p < 0,01$

¹ Gezien hun ontwikkelingsleeftijd kon bij vier kinderen de kindversie van de DITS-LVB niet of slechts deels worden afgenomen.

² Bij een kind konden twee postinterventiemetingen niet worden uitgevoerd.

TABEL 3 *Tau-U effect sizes voor de kinderen zoals gerapporteerd door ouders*

Uitkomstmaat	Basislijn - interventie (<i>n</i> = 10)		Basislijn - postinterventie (<i>n</i> = 8) ¹		Basislijn - follow-up (<i>n</i> = 9) ²	
	Tau-U	CI 90%	Tau-U	CI 90%	Tau-U	CI 90%
Aantal trauma-symptomen bij de kinderen	-0,69***	-0,90 <> -0,47	-0,79***	-1 <> -0,50	-0,81***	-1 <> -0,53
Beperkingen in dagelijks leven bij de kinderen	-0,62***	-0,84 <> -0,41	-0,93***	-1 <> -0,63	-0,82***	-1 <> -0,52

Noot. CI = betrouwbaarheidsinterval; *** $p < 0,001$

¹ Voor twee kinderen konden geen postinterventiemetingen worden uitgevoerd.

² Voor een kind konden geen follow-upmetingen worden uitgevoerd.

Verloop van de symptomen bij kinderen zoals gerapporteerd door ouder(s)

Tabel 3 geeft het verloop weer van de traumagerelateerde problematiek bij de kinderen zoals gerapporteerd door hun ouder(s). De resultaten laten een significante afname zien in traumasymptomen en beperkingen in het

dagelijks leven tijdens de interventie, en deze resultaten bleven gehandhaafd tijdens de postinterventie en follow-up, met grote tot zeer grote effect sizes.

Het gemiddeld aantal traumasymptomen voor de kinderen was respectievelijk 12,9 (SD = 7,6), 10,1 (SD = 8,7), 2,9 (SD = 2,3) en 2,5 (SD = 2,4). De interferentiescores waren gemiddeld 5,4 (SD = 2,2), 5,1 (SD = 2,3), 0,8 (SD = 0,9) en 1,2 (SD = 1,2).

PTSS-diagnoses bij de ouders

Tijdens de eerste basislijnmeting voldeden zeven van de negen ouders aan de DSM-5-criteria voor een PTSS. Vier ouders verloren deze diagnose in de loop van de eerste week van de interventie. Na 2 weken voldeed een van de ouders nog aan de diagnostische criteria. Het aantal EMDR-therapiesessies varieerde van 3 (voor een ouder die bij de eerste basislijnmeting niet aan de PTSS-criteria voldeed) tot 27 (voor een ouder met zowel PTSS als een dissociatieve stoornis). De resultaten bleven gehandhaafd, behalve voor een ouder die een tijdelijke terugval had. Tijdens de follow-upmeting voldeed geen enkele ouder aan de DSM-5-criteria voor PTSS.

PTSS-diagnoses bij de kinderen

Op basis van de kindversie van de DITS-LVB voldeden tijdens de eerste basislijnmeting twee van de zes kinderen aan de PTSS-criteria. De diagnose verviel in de eerste week van EMDR-therapie. Dit resultaat bleef gehandhaafd tot en met de follow-up. Op basis van de scores van de ouderversie van de DITS-LVB voldeden tijdens de eerste basislijnmeting zeven van de tien kinderen aan de PTSS-criteria. Twee kinderen voldeden in de eerste week van de EMDR-therapie niet langer aan de diagnostische criteria van de diagnose. Twee andere kinderen voldeden niet langer aan de PTSS-criteria vlak voor de start van hun EMDR-therapie. Dit viel samen met het verdwijnen van de PTSS-diagnose bij de ouder. Twee kinderen lieten een tijdelijke terugval zien. Het aantal EMDR-therapiesessies varieerde van 2 tot 16. Tijdens de follow-up na 6 maanden voldeed geen van de kinderen meer aan de PTSS-criteria.

Traumaherinneringen

Bij op een na alle deelnemers werden herinneringen aan traumatische gebeurtenissen met EMDR-therapie behandeld. Bij deze ene ouder riep geen van de gebeurtenissen op de tijdlijn spanning op. De gezinsleden hadden een breed arsenaal aan potentieel traumatische gebeurtenissen meegemaakt. De meeste daarvan voldeden aan de criteria van een adverse childhood experience (ACE). Uit de EMDR-casusconceptualisaties kon worden afgeleid

dat herinneringen aan seksueel misbruik, fysieke mishandeling, huiselijk geweld en emotionele mishandeling zonder uitzondering actueel nog steeds spanning opriepen. Ook zagen we dat in de loop van de therapie herinneringen met een aanvankelijk lage emotionele lading neutraal werden zonder dat EMDR-therapie nodig was.

DISCUSSIE

.....

Voor zover we kunnen nagaan, is dit de eerste studie die de toepasbaarheid en potentiële effectiviteit onderzocht van een intensieve traumagerichte behandeling voor gezinnen met een LVB. Tijdens de behandeling werd intensieve klinische EMDR-therapie gegeven aan zowel ouders als kinderen, ingebed in een traumasensitieve omgeving. Na deze behandeling volgde een fase waarin de opvoedvaardigheden van de ouders werden verbeterd. Geen van de gezinsleden viel voortijdig uit. Bij zowel kinderen als ouders verminderden de traumasymptomen en de beperkingen in het dagelijks leven, en bij ouders werd een significante daling waargenomen van algemene psychopathologie en opvoedingsstress. De resultaten bleven gehandhaafd tijdens de follow-up na 6 maanden. Onze hypothesen werden bevestigd.

Ondanks de intensieve behandeling kon in een van de gezinnen een uithuisplaatsing niet voorkomen worden. Het betreffende kind en een van zijn ouders hadden naast een lichte verstandelijke beperking een autismespectrumstoornis, terwijl de andere ouder eveneens een lichte verstandelijke beperking had en andere comorbide stoornissen. Mogelijk is 'goed genoeg opvoeden' bij een dergelijke combinatie van problemen binnen een gezin onhaalbaar. Bij twee andere gezinsleden met een lichte verstandelijke beperking en een autismespectrumstoornis trad een tijdelijke terugval op vanwege een nieuwe stressor. Beter afstemmen van de omgeving op het autisme droeg bij aan het herstel.

Deze bevindingen suggereren dat voor mensen met een lichte verstandelijke beperking en een autismespectrumstoornis het behandelprogramma weliswaar effectief kan zijn voor trauma- en stressorgerelateerde klachten, maar dat nieuwe problemen hiermee niet worden voorkomen. Dit zou een onderwerp kunnen zijn voor toekomstig onderzoek, aangezien er nog maar zeer weinig studies zijn verschenen naar trauma bij mensen met een autismespectrumstoornis (Lobregt-van Buuren, Sizoo, Mevissen, & de Jongh, 2019).

Verder moet worden vermeld dat een van de jongere kinderen met een lichte verstandelijke beperking een terugval had na blootstelling aan een nieuwe traumatische gebeurtenis. Onbedoeld hoorde hij een gesprek tussen zijn ouders waaruit hij de incorrecte conclusie trok dat hij weer moest gaan wonen bij degene die hem had misbruikt. Na een sessie EMDR-therapie in het bijzijn van zijn ouders verdwenen de PTSS-symptomen.

De resultaten van deze studie zijn hoopgevend in het licht van de kwetsbaarheid van gezinnen met een lichte verstandelijke beperking en bijkomen de problematiek. Zo liet een studie uit Noorwegen zien dat bij 30-50% van de kinderen met LVB-ouders het ouderlijk gezag was ingetrokken. Verder bleek dat er in 20-25% van alle voogdijzaken sprake was van ouders met een LVB (Tøssebro, Midjo, Paulsen, & Berg, 2017). Onderzoek in de VS liet zien dat ouders met een LVB overgerepresenteerd waren in de kinderbescherming, en dat zij zelf als kind mishandeld of verwaarloosd waren (LaLiberte, Piescher, Mickelson, & Lee, 2017). McGaw en collega's (2017) veronderstellen dat er een samenhang is tussen psychische stoornissen en emotionele mishandeling bij kinderen van ouders met een LVB als er bij hun ouders ook sprake is van vroegkinderlijk trauma en psychopathologie. De uitkomsten komen overeen met studies bij ouders zonder een LVB en suggereren dat ouders een verhoogd risico hebben op mishandeling van hun eigen kind wanneer zij zelf mishandeld of verwaarloosd zijn als kind. Zij laten minder warmte zien, minder betrokkenheid en meer verbale of fysieke agressie (Assink et al., 2018; Berlin, Appleyard, & Dodge, 2011). Het transgenerationale karakter van trauma kwam naar voren in een recente studie van dossiers van kinderen met een LVB (Vervoort-Schel et al., 2018). De onderzoekers vonden dat bijna de helft van de 69 kinderen ten minste twee ACE's had meegemaakt en dat het aantal ACE's samenhangt met de aanwezigheid van ACE's bij de ouders.

In de huidige studie kon bij – op een na – alle kinderen een uithuisplaatsing worden voorkomen. Deze uitkomst duidt erop dat de verstandelijke beperking zelf niet per definitie samengaat met tekorten in opvoedvaardigheden als ouder (LaLiberte et al., 2017).

Deze studie heeft verschillende sterke punten en een aantal beperkingen. Een van de beperkingen is dat we geen gebruik hebben gemaakt van een gerandomiseerde en gecontroleerde trial (RCT). Het uitvoeren van RCT's met complexe klinische behandelprogramma's zoals KINGS is een uitdaging, omdat zulke designs grotere steekproeven, randomisatie en een actieve controleconditie vereisen. Dit zijn eisen waaraan in de klinische praktijk vaak niet kan worden tegemoetgekomen. Een n=1-design, met herhaalde metingen voorafgaand, tijdens en na de interventie, is dan een goed alternatief voor het kleine aantal gezinnen dat we konden includeren. Het is een eerste stap in de richting van het aantonen van de effectiviteit van een gecombineerde ouder-kindtraumabehandeling voor gezinnen. Een andere beperking van de huidige studie is dat het KINGS-LVB-programma meer omvat dan alleen EMDR-therapieën. In de kliniek bieden de gezinsbehandelaren namelijk een traumasensitieve omgeving en trainen ze de opvoedvaardigheden van de ouders. We weten dus niet wat de afzonderlijke bijdrage van elk van de behandlelementen is geweest aan het effect van de interventie.

Een sterk punt van de huidige studie is het gebruik van de DITS-LVB. Dit instrument werd gebruikt als betrouwbaar en valide instrument om PTSS

vast te stellen. Daarnaast maakten de EMDR-therapeuten op een gestandaardiseerde wijze een casusconceptualisatie voor de EMDR-therapie aan de hand van de tijdlijn van de DITS-LVB. Een ander sterk punt is dat door de hoge frequentie van metingen de uitkomsten meer in detail konden worden geanalyseerd. Dit leverde relevante informatie op voor de praktijk. Zo kon worden vastgesteld dat bij bijna alle ouders en kinderen de PTSS binnen 2 weken van behandeling verdween. Dit komt overeen met studies waaruit bleek dat intensieve traumagerichte behandeling voor mensen met een ernstige PTSS maar zonder een LVB binnen een korte tijdperiode resulteerde in een significante daling van de PTSS-symptomen en lage drop-out (Hendriks et al., 2017; van Woudenberg et al., 2018). Interessant is ook dat bij de meeste kinderen al geen PTSS meer kon worden vastgesteld nog voor de start van hun eigen EMDR-therapie. Dit is waarschijnlijk toe te schrijven aan een verbetering in het functioneren van hun ouder(s). Toekomstig onderzoek moet nagaan of er een oorzakelijk verband is tussen traumatisering bij kinderen en beschadigend traumagerelateerd opvoedgedrag van de ouders. Een dergelijk verband zou ons uitgangspunt versterken dat traumagerichte behandeling van ouders onderdeel moet zijn van traumagerichte therapie bij kinderen.

Liesbeth Mevissen is verbonden aan Trajectum Zwolle en werkzaam vanuit haar eigen praktijk.

Marjolein Ooms-Evers is werkzaam bij Ambiq (De Vos van Steenwijklaan 28, 7902 NS Hogeveen).

Marika Serra is verbonden aan Accare (Groningerstraat 352, 9402 LT Assen).

Ad de Jongh is werkzaam bij het Academic Centre for Dentistry Amsterdam (ACTA), Universiteit van Amsterdam en VU Amsterdam (Gustav Mahlerlaan 3004, 1081 LA Amsterdam), en bij PSYTREC, Bilthoven.

Robert Didden werkt voor het Behavioural Science Institute, Radboud Universiteit (Montessorilaan 3, 6500 HE Nijmegen) en voor Trajectum, Zwolle.

Correspondentieadres: Liesbeth Mevissen, Trajectum Zwolle, Hanzeallee 2, 8017 KZ Zwolle. E-mail: info@mevissenpsychotrauma.nl; lmevissen@trajectum.info. Telefoon: 06-57527053; 06-83138714.

Summary *Intensive traumafocused treatment for families with mild intellectual disability: Feasibility and potential effectiveness*

Persons with mild intellectual disabilities or borderline intellectual functioning (MID-BIF; IQ 50-85) have a higher risk of being exposed to traumatic events and developing posttraumatic stress disorder (PTSD). EMDR therapy has shown to be applicable, safe and potentially effective for the treatment of PTSD in individuals with MID-BIF. However, in traumatized multi-problem families with MID-BIF and (impending) out of home placement of children, standard PTSD treatment in an outpatient setting may not be appropriate. Our aim was to evaluate the feasibility and potential effectiveness of KINGS-ID, a six-week clinical trauma-

focused treatment programme consisting of intensive EMDR therapy for parents and children, and parental skills training followed by two weeks of parent support at home. Six families (9 parents and 10 children) participated in the KINGS-ID programme. Seven parents and seven children had PTSD. Data were collected within a single case study design. For each family member data were collected during baseline (three measurements), treatment (seven weekly measurements), posttreatment (three measurements) and at follow-up (three measurements). Results show that none of the family members dropped out. Within the first two weeks of treatment all but one child and one parent no longer met PTSD symptom criteria. In both children and parents, trauma-related symptoms and daily life impairment significantly decreased following treatment, and in parents a significant decrease in symptoms of general psychopathology and parental stress was found. Results were maintained at six-month follow-up. The findings of the current study are promising, given that the treatment programme seems to offer new perspectives for traumatized multi-problem families with MID-BIF.

Keywords PTSD, intensive EMDR, family treatment, parental trauma, mild intellectual disability, ACE's

Literatuur

- Alicis, E., Jongmans, M., van Wesel, F., & Kleber, R. (2011). Building child trauma theory from longitudinal studies: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 31, 736-747.
- 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: Uitgeverij Boom.
- Arrindell, W., & Ettema, J. (2005). *SCL-90: Handleiding bij een multidimensionele psychopathologie-indicator*. Amsterdam: Harcourt.
- Assink, A., Spruit, A., Schuts, M., Lindauer, R., van der Put, C., & Stams, G. J. (2018). The intergenerational transmission of child maltreatment: A three-level meta-analysis. *Child Abuse & Neglect*, 84, 131-145.
- Berlin, L. J., Appleyard, K., & Dodge, K. A., (2011). Intergenerational continuity in child maltreatment: Mediating mechanisms and implications for prevention. *Child Development*, 82, 162-176.
- Blanckstein, A., van der Rijken, R., Eeren, H., Lange, A., Scholten, R., Moonen, X., ... Didden, R. (2019). Evaluating the effectiveness of multi-systemic therapy for adolescents with intellectual disabilities and their parents. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 32, 575-590.
- Cicchetti, D. (1994). Guidelines, criteria, and rules of thumb for evaluating normed and standardized assessment instruments in psychology. *Psychological Assessment*, 6, 284-290.
- de Roos, R., Beer, R., de Jongh, A., & ten Broeke, E. (2015). *EMDR protocol voor kinderen en jongeren tot 18 jaar*. www.emdr.nl/wp-content/uploads/2016/01/EMDR-KJ-PROTOCOL-2015
- Gardiner, E., Iarocci, G., & Moretti, M. (2017). Integrative care for adolescents with dual diagnosis: Considering trauma and attachment within an innovative model for clinical practice. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*, 10, 321-344.
- Hendriks, L., de Kleine, R., Heyvaert, M., Becker, E., Hendriks, G., & van Minnen, A. (2017). Intensive prolonged exposure treatment for adolescent

- complex posttraumatic stress disorder: A single-trial design. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 58, 1229-1238.
- International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS). (2019). *Post-traumatic stress disorder prevention and treatment guidelines: Methodology and recommendations*. Oakbrook Terrace, IL: ISTSS.
- Jopp, D. A., & Keys, C. B. (2001). Diagnostic overshadowing reviewed and reconsidered. *American Journal on Mental Retardation*, 5, 416-433.
- Karatzias, T., Brown, M., Taggart, L., Truesdale, M., Sirisena, C., Walley, R., ... Paterson, D. (2019). A mixed-methods, randomized controlled feasibility trial of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) plus standard care (SC) versus SC alone for DSM-5 posttraumatic stress disorder (PTSD) in adults with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 32, 806-818.
- Kazdin, A. (2011). *Single-case research designs: Methods for clinical and applied settings* (Second edition). Oxford: Oxford University Press.
- LaLiberte, T., Piescher, K., Mickelson, N., & Lee, M. (2017). Child protection services and parents with intellectual and developmental disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 30, 521-532.
- Lambert, J., Holzer, J., & Hasbun, A. (2014). Association between parents' PTSD severity and children's psychological distress: A meta-analysis. *Journal of Traumatic Stress*, 27, 9-17.
- Lane, J., & Gast, D. (2014). Visual analysis in single case experimental design studies: Brief review and guidelines. *Neuropsychological Rehabilitation*, 24, 445-463.
- Lindauer, R. (2015). Trauma treatment for children and adolescents: Stabilizing or trauma-focussed therapy? *European Journal of Psychotraumatology*, 6, 27630.
- Lobregt-van Buuren, E., Sizoo, B., Mevisen, L., & de Jongh, A. (2019). Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) therapy as a feasible and potential effective treatment for adults with Autism Spectrum Disorder (ASD) and a history of adverse events. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 1, 152-164.
- Logie, R., & de Jongh, A. (2014). The 'flashforward procedure': Confronting the catastrophe. *Journal of EMDR Practice and Research*, 8, 25-32.
- McGaw, S., Shaw, T., & Beckley, K. (2017). Prevalence of psychopathology across a service population of parents with intellectual disabilities and their children. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 4, 11-22.
- Mevissen, L., Didden, R., & de Jongh, A. (2016). Assessment and treatment of PTSD in people with intellectual disabilities. In C. Martin, V. Preedy, & V. Patel (Eds.), *Comprehensive guide to post-traumatic stress disorder* (pp. 281-299). Switzerland: Springer.
- Mevissen, L., Didden, R., & de Jongh, A. (2018). *Handleiding Diagnostisch Interview Trauma en Stressoren – Licht verstandelijke beperking*. Assen: Accare.
- Mevissen, L., Didden, R., de Jongh, A., & Korzilius, H. (2020). Assessing post-traumatic stress disorder in adults with mild intellectual disabilities or borderline intellectual functioning. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*, 13, 110-126.
- Mevissen, L., Didden, R., Korzilius, H., & de Jongh, A. (2016). Assessment of PTSD in children with mild to borderline intellectual disabilities. *European Journal of Psychotraumatology*, 7, 29786.
- Mevissen, L., Didden, R., Korzilius, H., & de Jongh, A. (2017). EMDR therapy

- for PTSD in children and adolescents with mild to borderline intellectual disability: A multiple baseline across subjects study. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 30, 34-41.
- Mevisssen, L., Ooms-Evers, M., Serra, M., de Jongh, A., & Didden, R. (2020). Feasibility and potential effectiveness of an intensive trauma-focused treatment programme for families with PTSD and mild intellectual disability. *European Journal of Psychotraumatology*, 11, 1777809.
- Parker, R., Vannest, K., & Davis, J. (2011). Effect size in single-case research: A review of nine nonoverlap techniques. *Behavior Modification*, 35, 303-322.
- Parker, R., Vannest, K., Davis, J., & Sauber, S. (2010). Combining non-overlap and trend for single case research: Tau-U. *Behavior Therapy*, 42, 284-299.
- Shapiro, F. (2018). *Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy: Basic principles protocols, and procedures*. New York: Guilford Press.
- Shapiro, F., Wesselsmann, D., & Mevisssen, L. (2017). Eye movement desensitization and reprocessing therapy (EMDR). In M. A. Landolt, M. Cloitre, & U. Schnyder (Eds.), *Evidence based treatments for trauma-related disorders in children and adolescents* (pp. 273-298). New York: Springer.
- Tøssebro, J., Midjo, T., Paulsen, V., & Berg, B. (2017). Prevalence, trends and custody among children of parents with intellectual disabilities in Norway. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 30, 533-542.
- van Ee, E., Jongmans, M., van der Aa, N., & Kleber, R. (2017). Attachment representation and sensitivity: The moderating role of posttraumatic stress disorder in a refugee sample. *Family Process*, 3, 781-792.
- van Ee, E., Kleber, R., & Jongmans, M. (2016). Relational patterns between caregivers with PTSD and their non-exposed children: A review. *Trauma, Violence, & Abuse*, 17, 186-203.
- van Wesel, F., Boeije, H., Alisic, E., & Drost, S. (2012). I'll be working my way back: A qualitative synthesis on the trauma experience of children. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 4, 516-526.
- van Woudenberg, C., Voorendonk, E. M., Bongaerts, H., Zoet, H. A., Verhagen, M., van Minnen, A., ... de Jongh, A. (2018). The effectiveness of an intensive treatment programme combining prolonged exposure and EMDR for severe posttraumatic stress disorder (PTSD). *European Journal of Psychotraumatology*, 9, 1487225.
- Vannest, K., & Ninci, J. (2015). Evaluating intervention effects in single-case research designs. *Journal of Counseling & Development*, 93, 403-411.
- Vermulst, A., Kroes, G., de Meyer, R., Nguyen, I., & Veerman, J. (2015). *Handleiding OBVL*. Nijmegen: Praktikon.
- Vervoort-Schel, J., Mercera, G., Wissink, I., Mink, E., van der Helm, P., Lindauer, R., & Moonen, X. (2018). Adverse childhood experiences in children with intellectual disabilities: An exploratory case-file study in Dutch residential care. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15, 2136.
- Wanders, F., & Ploeg, C. (2017). EMDR in een klinische setting: KINGS: Kind In Gezond Systeem. In R. Beer & C. de Roos (Red.), *Handboek EMDR bij kinderen en jongeren* (pp. 469-486). Houten: LannooCampus.

.....

Angst voor exposure in coronatijd

ELSE DE HAAN & LIDEWIJ WOLTERS

Samenvatting

.....

Hoewel er nog nauwelijks onderzoeksgegevens zijn over de behandeling van dwangstoornis in coronatijd, heeft een internationale werkgroep er een nieuwe richtlijn voor uitgegeven. In plaats van cognitieve gedragstherapie (CGT) wordt nu medicatie als eerste stap aanbevolen, zowel voor volwassenen als voor kinderen. Argumenten hiervoor zijn de risico's van CGT, met name die van exposure en responspreventie (ERP), en vergelijkbaarheid van het effect van CGT en medicatie. Deze argumenten zijn niet op onderzoeksgegevens gebaseerd. Angst voor de bijwerkingen van exposure bestaat al langer bij veel behandelaren, hoewel uit onderzoek blijkt dat dit onterecht is.

Trefwoorden: exposure, dwangstoornis, volwassenen, kinderen, richtlijn

Wie denkt er in deze tijd, waarin de nadruk ligt op handen wassen, ontsmetten en schoonmaken, niet aan patiënten met een dwangstoornis, met name aan patiënten met schoonmaakdwang? Worden zij nu nog banger? Gaan zij nog meer (handen) wassen? Of denken ze dat ze eindelijk gelijk hebben gekregen? We weten het niet. Er is nog geen gedegen onderzoek naar de invloed van de corona-epidemie op de dwangstoornis. Waarschijnlijk is er van alles mogelijk.

Het is te prijzen dat het International College of Obsessive Compulsive Spectrum Disorders (ICOCS) en het Obsessive-Compulsive Research Network (OCRN) van het European College of Neuropsychopharmacology zich hebben gebogen over de vraag hoe patiënten met een dwangstoornis in deze tijd het beste geholpen kunnen worden. Zij publiceerden daarover in *Comprehensive Psychiatry* een pagina's lange richtlijn (Fineberg et al., 2020). Helaas is hun richtlijn niet gebaseerd op recent onderzoek bij patiënten met een obsessieve-compulsieve stoornis (OCS) in coronatijd. Dat kan ook nog

niet. Vandaar waarschijnlijk dat de meeste adviezen in de richtlijn niet veel verschillen van die in tijden zonder corona, zij het aangepast aan de bijzondere situatie (geef informatie over corona, houd afstand, adviseer om beperkt nieuwssites over corona te bekijken). Op één advies na: voor patiënten met schoonmaakrituelen en smetvrees is medicatie in plaats van cognitieve gedragstherapie (CGT) nu de eerste stap in de behandeling. Dit betreft volwassenen, maar ook kinderen. Die stap verbaast en verontrust ons, met name waar het kinderen en jongeren betreft.

De belangrijkste strategie van CGT bij een dwangstoornis is exposure en responspreventie (ERP). ERP heeft risico's, aldus de auteurs van de richtlijn: patiënten kunnen angstig en depressief worden, wat we in deze angstige tijden moeten vermijden. Dit geldt specifiek voor patiënten met een schoonmaakdwang, omdat zij nog een extra probleem kunnen hebben: zij moeten onderscheid maken tussen enerzijds rationeel veilig gedrag in verband met COVID-19 en anderzijds hun (irrationele) dwangrituelen. Goede exposureoefeningen zouden daarom moeilijk op te stellen zijn. Bovendien zou er verhoogd risico bestaan op besmetting met het virus wanneer patiënten en zeker kinderen exposureoefeningen thuis uitvoeren.

De auteurs menen hun advies 'medicatie als eerste stap' te kunnen geven, omdat – zoals zij schrijven – medicatie en CGT even effectief zijn. Helaas is dit advies niet gebaseerd op onderzoeksgegevens, hoewel de auteurs het tegendeel beweren. CGT is bij kinderen en jongeren significant effectiever dan medicatie (Öst, Riise, Wergeland, Hansen, & Kvale, 2016; Pediatric OCD Treatment Study (POTS) Team, 2004). Medicatie voegt zelfs niets toe aan CGT als CGT gegeven wordt door ervaren behandelaren (Storch et al., 2013) en ook niet als CGT nog onvoldoende heeft geholpen (Skarphedinsson et al., 2014). Medicatie en CGT zijn voor kinderen en jongeren dus helemaal niet even effectief, en kunnen niet straffeloos voor elkaar ingewisseld worden. Hetzelfde geldt voor volwassenen, blijkt uit twee meta-analyses naar het effect van CGT en medicatie (Öst, Havnen, Hansen, & Kvale, 2015; Skapinakis et al., 2016).

De risico's van ERP in coronatijd zouden natuurlijk het minder grote effect van een behandeling met medicatie kunnen rechtvaardigen. Maar zijn die risico's er? Zijn er meer bijwerkingen? Geven meer patiënten de therapie voortijdig op? Dat weten we niet, er is voor zover bekend nog geen onderzoek naar gepubliceerd. In coronavrije tijden blijkt dit niet zo te zijn. ERP bij kinderen en jongeren heeft niet meer bijwerkingen dan andere vormen van behandeling (Gola, Beida, Antorino-Burke, Kratz, & Fingerhut, 2015). Dus ook niet meer angst en depressie. Het percentage uitvallers bij medicatie is significant groter dan dat bij ERP, zowel onder kinderen als onder volwassenen (Öst et al., 2015, 2016). Uitgaande van die onderzoeksgegevens zou de nieuwe richtlijn dus zelfs het tegenovergestelde van het bedoelde effect kunnen hebben.

Voorts is responspreventie bij ERP nooit een totaalverbod op bijvoorbeeld handen wassen (of controleren, vragen stellen, enzovoort). Het gaat er juist om de dwangrituelen terug te brengen tot zinvolle handelingen: handen

wassen als het nodig is, controleren als het belangrijk is, enzovoort. Dat die zinvolle handelingen in het geval van handen wassen in coronatijd anders en uitgebreider zijn, is duidelijk, maar aan het principe is niets veranderd.

Angst voor exposure is niet nieuw. Uit Amerikaans onderzoek bleek dat slechts 40% van de behandelaren exposure toepast waar het volgens behandelrichtlijnen wel geïndiceerd is (Whiteside, Deacon, Benito, & Stewart, 2016). In een recent onderzoek in ons eigen land bleek dat behandelaren slechts bij de helft van de patiënten (kinderen en jongeren) met een angststoornis exposure toepasten. Angst voor schadelijke effecten bij het kind en de overtuiging dat ouders en kinderen exposure zouden weigeren, waren de belangrijkste argumenten om exposure achterwege te laten (de Jong, Lommen, van Hout, de Jong, & Nauta, 2020).

Dat behandelaren denken dat exposure schadelijk is en het daarom te weinig toepassen is treurig. Maar hoe kan het dat experts op het gebied van OCS, verenigd in een college en in een netwerk, dergelijke ongefundeerde opvattingen de wereld insturen? De richtlijn is opgesteld door 24 auteurs, uit Europa, de VS, Zuid-Amerika en Israël. De crème de la crème? Jazeker: veel hoogleraren met honderden publicaties. Helaas echter een beperkte crème: op één uitzondering na geen van allen cognitief gedragstherapeut. Bijna allemaal psychiater (22 van de 24) én onderzoeker, maar dan vrijwel uitsluitend betrokken bij farmacologisch en biologisch onderzoek (hoewel er eenmaal een vergelijking tussen medicatie en CGT bij volwassenen wordt genoemd). Elf van de 24 auteurs vermelden subsidies van de farmaceutische industrie. En deze mensen oordelen dat exposure te gevaarlijk is in deze tijd en dat medicatie de voorkeur heeft? Dit heeft een wel erg hoog 'Wij van WC-Eend adviseren WC-Eend'-gehalte.

Else de Haan is emeritus hoogleraar cognitieve gedragstherapie bij kinderen en adolescenten.

Lidewijn Wolters is gz-psycholoog en onderzoeker. Zij werkt bij Levvel, academisch centrum voor kinder- en jeugdpsychiatrie Amsterdam en the Norwegian University of Science and Technology in Trondheim, Noorwegen.

Correspondentieadres: e.dehaan@amsterdamumc.nl.

Summary *Fear of exposure in corona times*

Although there are not much research data on the treatment of obsessive-compulsive disorder in corona times, an international working group has published an adapted guideline for the treatment of this condition. Instead of cognitive behavioral therapy (CBT), medication is now recommended as first step, both for adults and children. Arguments for this are the risks of CBT, in particular those of exposure and response prevention (ERP), and the similarity in effectiveness of CBT and medication. These arguments are not based on research

data. Many therapists fear side effects of exposure, although research has shown that this is not justified.

260

Keywords exposure, obsessive-compulsive disorder, adults, children, guideline

Literatuur

- de Jong, R., Lommen, M. J. J., van Hout, W. J. P. J., de Jong, P. J., & Nauta, M. H. (2020). Therapists' characteristics associated with the (non-)use of exposure in the treatment of anxiety disorders in youth: A survey among Dutch-speaking mental health practitioners. *Journal of Anxiety Disorders*, 73. doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102230
- Fineberg, N. A., Van Ameringen, M., Drummond, L., Hollander, E., Stein, D. J., Geller, D., ... Dell'Osso, B. (2020). How to manage obsessive-compulsive disorder (OCD) under COVID-19: A clinician's guide from the International College of Obsessive Compulsive Spectrum Disorders (ICOCs) and the Obsessive-Compulsive Research Network (OCRN) of the European College of Neuropsychopharmacology. *Comprehensive Psychiatry*, 100, 152174.
- Gola, J. A., Beida, R. S., Antorino-Burke, D., Kratz, H. E., & Fingerhut, R. (2015). Ethical considerations in exposure therapy with children. *Cognitive and Behavioural Practice*, 23, 184-193.
- Öst, L. G., Havnen, A., Hansen, B., & Kvale, G. (2015). Cognitive behavioral treatments of obsessive-compulsive disorder: A systematic review and meta-analysis of studies published 1993-2014. *Clinical Psychology Review*, 40, 156-169.
- Öst, L. G., Riise, E. N., Wergeland, G. R., Hansen, B., & Kvale, G. (2016). Cognitive behavioral and pharmacological treatments of OCD in children: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 43, 58-69.
- Pediatric OCD Treatment Study (POTS) Team. (2004). Cognitive behavior therapy, sertraline and their combination for children and adolescents with obsessive compulsive disorder: The Pediatric OCD Treatment Study (POTS) randomized controlled trial. *JAMA: Journal of the American Medical Association*, 292, 1969-1976.
- Skapinakis, P., Caldwell, D. M., Hollingworth, W., Bryden, P., Fineberg, N. A., Salkovskis, P., ... Lewis, G. (2016). Pharmacological and psychotherapeutic interventions for management of obsessive-compulsive disorder in adults: A systematic review and network meta-analysis. *Lancet Psychiatry*, 3, 730-739.
- Skarphedinsson, G., Weidle, B., Thomsen, P. H., Dahl, K., Torp, N. C., Nissen, J. B., ... Ivarsson, T. (2014). Continued cognitive-behavior therapy versus sertraline for children and adolescents with obsessive-compulsive disorder that were non-responders to cognitive-behavior therapy: A randomized controlled trial. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 24, 591-602.
- Storch, E. A., Bussing, R., Small, B. J., Geffken, G. R., McNamara, J. P., Rahman, O., ... Murphy, T. K. (2013). Randomized, placebo-controlled trial of cognitive-behavioral therapy alone or combined with sertraline in the treatment of pediatric obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 51, 823-829.
- Whiteside, S. P. H., Deacon, B. J., Benito, K., & Stewart, E. (2016). Factors associated with practitioners' use of exposure therapy for childhood anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorder*, 40, 29-36.

.....

Ziekte als maskerade

.....

Bespreking van

Marc D. Feldman & Gregory P. Yates (2020). *Opzettelijk ziek: De nagebootste stoornis herkennen en begrijpen* (vertaling Timon Meynen). Amsterdam: Boom. 360 pp., € 34,95. ISBN 9789024425778

JOOP D. BOSCH

Dit is een van de opmerkelijkste boeken die ik als klinisch ontwikkelingspsycholoog en onderzoeker ooit gelezen heb. Het handelt over een groep patiënten die nauwelijks te traceren en moeilijk te diagnosticeren is. Als er al een vermoeden van een nagebootste stoornis bestaat, vormt de behandelbaarheid ervan de grootste uitdaging. Het liegen en bedriegen is zo omvangrijk dat het de vaardigheid van de pathologische leugenaar vele malen overtreft. Hoe inventief kunnen personen zijn om willens en wetens allerlei ziekten na te bootsen, teneinde in het medische circuit te belanden? De subtitel van het boek – ‘herkennen en begrijpen’ – vat samen wat voor beide auteurs inhoudelijk gezien het lastigste moet zijn geweest om dat enigszins begrijpelijk op hun lezerspubliek over te brengen. Zij blijken zonder meer experts te zijn op dit wazige klinische terrein, niet alleen op grond van hun jarenlange ervaring, maar ook omdat ze als deskundigen (zowel klinisch als juridisch) veelvuldig geraadpleegd worden.

Allereerst gaan de auteurs uitvoerig in op de differentiaaldiagnostiek: nagebootste ziekten manifesteren zich veelzijdiger dan het (bekende) münchhausensyndroom (MS) onder volwassenen doet vermoeden. Pas in de ICD-9 (WHO, 1977) kreeg het münchhausensyndroom onder die naam formele erkenning. In de DSM-III (APA, 1980) werd de ‘nagebootste stoornis’ gehanteerd als een soort parapludiagnose voor lichamelijke en psychologische symptomen die mensen opzettelijk opwekten om een patiëntenrol aan te nemen. Gevisualiseerd in een reeks venndiagrammen werken de auteurs de differentiaaldiagnostiek didactisch mooi uit, van grove tot uiterst subtiële onderscheidingen, beginnend met een afgrenzing (met overlap) tussen

(1) geloof in ziekte, (2) aanwezigheid van ziekte, en (3) aanwezigheid van misleiding. Onder de eerste categorie vallen alle psychische aandoeningen waarvoor geen lichamelijke oorzaak gevonden kan worden, zoals hypochondrie, somatisatiestoornissen en conversie. De auteurs laten nagebootste ziekten en gesimuleerde ziekten vallen onder de derde categorie, waarbij ze aangeven dat nabootsing en simulatie vaak moeilijk van elkaar te onderscheiden zijn. Simulanten zouden vooral uit zijn op geldelijk gewin of drugs, de ‘opzettelijk zieken’ vooral op aandacht in de (medische) zorg. Vanwege al die moeilijk te onderscheiden verschijnselen, komen de auteurs veelvuldig met gevalsbeschrijvingen en rapportages van familieleden, vrienden, partners en incidenteel van de patiënten zelf (als die daartoe bereid zijn). Directbetrokkenen leveren vaak de betrouwbaarste informatie aan, mits ze er voldoende afstand van hebben kunnen nemen. Soms zijn familieleden er echter zelf bij gebaat dat de schijnvertoning voortduurt (bijvoorbeeld vanwege de overheidssteun en uitkeringen die eruit voortvloeien), waardoor zij de patiënten ‘serieus’ willen blijven nemen. Het blijft een fascinerend terrein met vele valkuilen.

In het boek worden *psychiatrisch* nagebootste stoornissen als ‘mentale maskerades’ omschreven (psychosen, meervoudige persoonlijkheidsstoornissen en tal van andere), waarbij afgrenzing en overlap met simulatie ruim de aandacht krijgt. Een specifiek fenomeen is het nabootsen van het verlies van dierbaren, waarbij personen in hun leugens heel ver kunnen gaan, soms tot het afdwingen van officiële afscheidsrituelen en rouwdiensten voor gefantaseerde overledenen aan toe. Hoewel nagebootste psychosociale problematiek minder voorkomt dan nagebootste lichamelijke ziekte, is de functie ervan dezelfde: behoefte aan aandacht. De auteurs geven daarbij een paar tabellen van al die voorgewende psychiatrische aandoeningen, en waarschuwingssignalen om bedrog vroegtijdig te kunnen detecteren.

Het grootste probleem blijft dat nagebootste stoornissen moeilijk te diagnosticeren zijn, ook al wordt de ‘nagebootste stoornis’ in de huidige DSM-5 (APA, 2014) onder ‘somatisch-symptoomstoornis en verwante stoornissen’ geassocieerd aan de hand van vier criteria. Het blijft een hele klus, een strijd die tot in de rechtszaal kan worden gevoerd. De grootste valkuil is het niet *durven* classificeren. Dat heeft het epidemiologisch onderzoek zeer bemoeilijkt, dat zich vooral moest beperken tot retrospectief dossieronderzoek. Bovendien gaat het vooral om medisch dossiermateriaal, waarin dan cijfers tussen 1 en 3% genoemd worden. Pas als er wordt verder gezocht in groepen met een verhoogd risico, komt een enkele studie op 10% uit. Patiënten met nagebootste ziekten verzetten zich toch al hevig tegen ggz-bemoeienis. Dreiging met juridische stappen komt frequent voor. Diagnostisch lijkt me bij deze patiëntenpopulatie introspectie niet de eerste invalshoek. Voor de ‘klassiek’ geschoolde gedragstherapeut ligt hier een grote uitdaging om zulke patiënten te benaderen middels gedragsassessment. Daarbij denk ik dan vooral aan gedragsobservaties met betrekking tot

bekrachtigingsmechanismen, de interactie tussen patiënten en hun directe omgeving.

In het hoofdstuk over medische mishandeling bespreken de auteurs het *münchhausen-by-proxysyndroom* (MBPS): het verlangen om een ziek kind te hebben. Dit wordt door de auteurs als nagebootste ziekte 'bij volmacht' geclassificeerd, waarbij het kind slachtoffer van de ouder is. De auteurs gaan uitvoerig in op de veranderingen in terminologie in de loop van de tijd, maar blijven MBPS vooral als medische *mishandeling* zien. Het werd voor het eerst door de kinderarts Roy Meadow (1977) beschreven. De auteurs vermelden de iatrogene schade daarbij die de kinderen ook als gevolg van de medische zorg toegebracht wordt. Vergiftiging is de meest voorkomende vorm van mishandeling door de ouders zelf. Maar het arsenaal aan vormen van mishandeling is oneindig groot en wordt in het boek ruimschoots casuïstisch geïllustreerd. Het gaat meestal om de moeders van de kinderen. De auteurs lijken geneigd om zulke volwassenen niet langer als patiënt te willen zien, maar eerder als daders. Na lezing van al hun horrorverslagen kan ik me daar geheel in vinden. De auteurs zijn er glashelder over: bij verdenking moet alles in het werk worden gesteld om dader en slachtoffer (het kind) zo snel mogelijk van elkaar te scheiden, wat geen eenvoudige zaak is: medische mishandeling is vaak moeilijk te ontdekken. Onverklaarbare doodsoorzaken moeten een wake-upcall zijn voor toekomstige slachtoffers in het gezin of de familie. Opmerkelijk is dat plegers van deze vorm van mishandeling vaak medisch geschoold zijn, werkzaam zijn in de verpleging of een andere medische setting, of anders beschikken over een enorme kennis op medisch gebied. Ruime aandacht wordt besteed aan de (blijvende) gevolgen voor deze mishandelde kinderen, als zij hun beproeving überhaupt overleven. Problematisch is dat veel van deze kinderen het ziek zijn 'internaliseren', zodat ze zichzelf vaak de schuld geven of daadwerkelijk denken ernstig ziek te zijn. Bovendien hebben ze vaak een sterke emotionele band met de daders (stockholmsyndroom). Loyaliteit speelt een grote rol. Deze kinderen lopen ook een groot risico om later als volwassene zelf nagebootste ziekten te ontwikkelen.

Casuïstisch wordt alles uitvoerig beschreven, maar het is zo deprimerend om te lezen, dat een professioneel aangeleerde distantie ernstig in het geding komt. De auteurs streven naar volledigheid rond MBPS door het boek af te sluiten met twee korte hoofdstukken die gewijd zijn aan ditzelfde gedrag, maar dan verlopend via internet (*münchhausen-by-internet*) en bij dieren (*münchhausen-by-proxy* bij dieren). De daders kunnen zo vastlopen in hun eigen leugens dat er geen weg terug meer is. In het boek wordt ruimschoots aandacht besteed aan de slachtoffers van deze patiënten: niet alleen hun partners, maar evenzeer goedbedoelende zorgverleners. In dat opzicht springt het boek eruit als zeer oorspronkelijk en stijgt het uit boven de meeste klinische boeken: veel inzicht is gebaseerd op de rapportage van de betrokkenen zelf. Derhalve bevelen de auteurs aan om hoe dan ook contact te

zoeken met de directe naasten, ook al wordt dat door de patiënten zelf nooit erg op prijs gesteld. Sterker nog: eerder bestreden en afgehouden.

De lijn van het boek volgend kom ik op de motivatiekant uit. Waardoor zijn deze patiënten in de verkeerd ingeslagen weg verstrikt geraakt, enerzijds door bewust ziekten na te bootsen, anderzijds (aldus de auteurs) door onbewuste, achterliggende motieven? In eerste instantie zoeken de auteurs het in verslavingsgedrag, hetgeen sporadisch door de patiënten zelf wordt bevestigd (als ze uiteindelijk kunnen toegeven wat ze doen). In alle rapportages worden ziekenhuizen frequent genoemd als plekken die de door hen verlangde zorg kunnen waarborgen. Een ambulancesirene kan al een trigger zijn om opnieuw op zoek te gaan naar zorg, voor weer een andere ziekte, of naar weer andere zorg, desnoods op een totaal andere medische locatie. Het is dan ook niet verwonderlijk dat er in de bestaande studies wordt gesproken van 'ziekenhuisverslaving' (Barker, 1962) of zelfs 'operatieverslaving'. De ingrepen lopen uiteen van het verwijderen van een blindedarm, maag- en blaasoperaties (tot stoma's voor ontlasting en urine aan toe), tot oogoperaties en ontstaan van blindheid. Bij lezing van al die verslagen en onderzoeksbevindingen moest ik voortdurend denken aan B.F. Skinners visie op verslavingsgedrag: het Sd-leren bij het zien van ziekenhuizen, het horen van sirenes, het door de patiënten opgewekte medeleven en sympathie bij verplegend en verzorgend personeel dat hun troost biedt. Zelf maken de auteurs een rijtje van motivatoren, die daar evenzeer als Sr's aan kunnen voldoen: (1) zoeken naar troost, (2) zoeken naar drama, (3) de opwinding van de misleiding, en (4) de ziekte zelf als beloning.

De grootste uitdaging (die in het boek het minste wordt uitgewerkt) is de vraag hoe deze patiëntengroep te behandelen. Het is curieus dat in de kop boven het betreffende hoofdstuk het woord 'genezing' in plaats van 'behandeling' prijkt. De professional staat allereerst voor het dilemma hoe deze moeilijke groep te confronteren. De meeste patiënten geven immers nauwelijks toe waar ze mee bezig zijn, blijven dat ook heftig ontkennen. Daar speelt hun verslaving een rol in. De geëigende benadering van verslaving – volledig afzien van datgene waaraan men verslaafd is – mist hier ieder doel: de patiënten zullen in hun bedrieglijke manier van verslaving blijven volharden en die ook glashard ontkennen. Of nog erger: boos en agressief worden of weglopen. Een behandeldoel is dan moeilijk te operationaliseren. Teleurstellend is de invulling die de auteurs er zelf aan geven: zelfmanagement voorstellen, zonder dat verder te concretiseren, op het noemen van afleidingsstrategieën na. Ook doelen als 'eigenwaarde vergroten' of 'relaties opbouwen' worden niet concreet gemaakt of zijn nauwelijks haalbaar. Immers, mocht het gebeuren dat deze patiënten hun maskerade uiteindelijk toegeven – wat slechts sporadisch gebeurt –, dan zijn ze doorgaans meteen al hun persoonlijke contacten kwijt. Die laten hen uit woede, frustratie of teleurstelling in de steek. Blijkbaar is dat een brug te ver.

Misschien is dat wel het meest opmerkelijke aan dit boek: dat hier een klinisch fenomeen aan de orde wordt gesteld waarvoor nauwelijks hulp geboden lijkt te kunnen worden. De patiënten zijn er wel, maar lijken even snel weer onder de radar te verdwijnen. Juist voor deze groep patiënten ligt er naar mijn mening een terrein braak voor (skinneriaanse) gedragstherapeuten, zonder meteen cognitieve technieken uit de kast te halen. Die zouden zich allereerst moeten concentreren op meer instrumentele behandeldoelen, zoals het doorbreken van ingeslepen gedragspatronen en de verandering van omgevingscondities, c.q. bekrachtigingsconsequenties (Prins & van Emmerik, in voorbereiding). Bij medische kindermishandeling komt de noodzaak van een dergelijke contextgerichte behandeling wel heel pregnant naar voren. Primair moet de zorg dan gericht zijn op het slachtoffer (het kind) en op het bewerkstelligen van een scheiding tussen kind en mishandelende ouder.

Al met al is *Opzettelijk ziek* een informatief boek voor professionals in de medische sector, huisartsen, gezondheids- en ziekenhuispsychologen, of voor andere disciplines binnen de gezondheidszorg. Ook is het boek relevant voor de diagnostische praktijk in brede zin. Voor gedragstherapeuten is dit boek een grote uitdaging: hoe met deze groep patiënten om te gaan en hen binnen behandeling te houden middels gedragsassessment en toepassing van basale leerprincipes. Wel blijft men in een spagaat zitten tussen adequaat gedragspsychologisch handelen en de juridische strijd die in dit domein altijd op de loer ligt.

Ter illustratie geeft ik hier een beknopte gevalsbeschrijving waarin alle aspecten die in dit boek aan de orde komen zijn samengevat. De casus betreft een vrouw die een wondje aan haar duim had, daar zorg voor ontving, maar vervolgens alles in het werk stelde om genezing te voorkomen. Ze bleef zichzelf infecteren, waardoor de ontsteking steeds erger werd en zich zozeer uitbreidde over haar gehele onderarm dat amputatie volgde. Ook die bleek onvoldoende, aangezien ze de stomp bleef infecteren, waardoor ook haar elleboog moest worden geamputeerd. Toen ook dat nog niet voldoende voor haar was en ze zichzelf bleef infecteren, weigerden de artsen en het ziekenhuis om haar behandeling voort te zetten. Daarop schakelde de vrouw prompt een advocaat in om het ziekenhuis een proces aan te doen. Toen een van de auteurs het ziekenhuis in deze rechtszaak effectief en zakenkundig terzijde stond, liet haar advocaat snel zijn eis vallen. Maar tot verbazing van iedereen werd de rechtszaak vervolgens doorgezet om de behandelende artsen aan te klagen vanwege foutief medisch handelen: ze hadden immers operaties verricht die nooit hadden mogen plaatsvinden. Niettemin bleef deze ernstig verwaarloosde vrouw (blijkens haar voorgeschiedenis) alles uit de kast halen om maar in de aandacht te blijven.

Het boek staat vol met dit soort bizarre verhalen. Elke clinicus die hier zijn tanden in durft te zetten, weet dus wat hem te wachten staat. De auteurs

zijn er naar mijn mening uitstekend in geslaagd alle dilemma's te schetsen waarvoor professionals die met zulke patiënten te maken krijgen, kunnen komen te staan.

Joop D. Bosch is emeritus universitair docent klinische ontwikkelingspsychologie, Den Haag. *Correspondentieadres:* Händellaan 24, 2555WD Den Haag. *E-mailadres:* jd.bosch@kpnmail.nl.

Literatuur

- American Psychiatric Association (APA). (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-III*. Washington, D.C.: APA Press.
- 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: Uitgeverij Boom.
- Barker, J.C. (1962). The syndrome of hospital addiction (Munchhausen syndrome). *British Journal of Psychiatry*, 108, 167-182.
- Meadow, R. (1977). Munchhausen syndrome by proxy: the hinterland of child abuse. *The Lancet*, 310, 343-345.
- Prins, P.J.M., & van Emmerik, A. (in voorbereiding). *De ideale wereld van B.F. Skinner*. Tiel: Uitgeverij Lannoo.
- World Health Organization (WHO). (1977). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-9) Revised version*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/39473>

BOEKBESPREKING

.....

Een loods in woelige wateren

.....

Bespreking van

Wineke Smid, Wim Canton, Daan van Beek, & Luk Gijs (2020). *Zicht op zedendelinquenten: Achtergronden, risicotaxatie en behandeling*.

Amsterdam: Boom. 272 pp., € 29,95. ISBN 9789024430512

RUUD H.J. HORNSVELD

Zicht op zedendelinquenten is geschreven door vier auteurs die hun sporen hebben verdiend in het wetenschappelijk onderzoek naar deze delinquenten. Zij menen dat zelfs professionals die te maken hebben met deze populatie vaak te veel op basis van emoties en te weinig op basis van kennis handelen. Met hun boek willen de auteurs niet alleen eventuele leemtes in die kennis opvullen, ze hopen ook dat toepassing ervan leidt tot minder slachtoffers van zedendelicten. Het boek is goed geschreven, daardoor vlot leesbaar en zo ook toegankelijk voor iedereen die in het onderwerp geïnteresseerd is. Daar waar nodig wordt voor de geïnteresseerde leek extra uitleg gegeven. De leesbaarheid wordt bevorderd door het gebruik van noten die verwijzen naar referenties achter in het boek. De vier auteurs nemen elk een aantal hoofdstukken voor hun rekening.

In de inleiding wordt een van de belangrijkste problemen met betrekking tot zedendelicten geschetst, namelijk dat heel vaak geen aangifte wordt gedaan en dat een aangifte in nog minder gevallen leidt tot een veroordeling. De auteur spreekt daarom nogmaals de hoop uit dat de beschikbare kennis en kunde zoals geschetst in deze uitgave zullen bijdragen aan minder seksueel delict gedrag. De inleiding wordt afgesloten met korte introducties tot de verschillende hoofdstukken, zodat de lezer een indruk krijgt van wat er in die hoofdstukken aan de orde gaat komen.

Het eerste hoofdstuk, 'Historie en definities', gaat, zoals de titel al aangeeft, niet alleen over hoe in de loop van de tijd zedendelicten werden gedefinieerd, maar besteedt ook aandacht aan wat 'internetgerelateerde delicten' worden genoemd. Een overzicht van de wetgeving rond zedendelicten laat zien hoe moeilijk het soms is om gedrag juridisch sluitend te omschrijven. Als bijvoorbeeld in de wet de term 'dwingen' wordt gebruikt, is het niet duidelijk of er alleen bij dreiging met geweld sprake is van seksueel delict gedrag.

In het volgende hoofdstuk, 'Prevalenties', komen eerst het meten en het vóórkomen van seksueel delict gedrag (waaronder online seksueel delict gedrag) aan de orde. Daarna wordt een overzicht gegeven van de prevalentie van seksueel delict gedrag zoals gedefinieerd in de Nederlandse strafwet. Het blijkt dat het aantal verkrachtingen in de westerse wereld en dus ook in Nederland afgelopen decennia is afgenomen. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een pleidooi voor nieuwe wetsvoorstellen naar Zweeds voorbeeld, om vervolging van seksueel delict gedrag in Nederland beter mogelijk te maken.

Het hoofdstuk 'Daders en slachtoffers' vermeldt niet alleen de persoonskenmerken van seksueel-delictplegers maar beschrijft ook een neurobiologisch model voor pedoseksuelen en een voor verkrachters. Onduidelijk is de opmerking dat genderverschillen in seksueel delict gedrag mogelijk verklaard worden door evolutionaire invloeden. Een summiere uitleg volgt pas enkele bladzijden verderop. Als die invloeden van wezenlijk belang lijken, dan had aan de verschillende evolutionair-psychologische theorieën in dit hoofdstuk wel meer aandacht kunnen worden besteed. Vervolgens worden de verschillende determinanten van seksueel delict gedrag genoemd, zoals deviante seksuele interesse, psychopathie, problematisch middelengebruik en psychiatrische stoornissen, maar ook sociale factoren. Deviante seksuele interesse en impulsiviteit blijken de belangrijkste determinanten van seksueel delict gedrag. Het hoofdstuk eindigt met een opsomming van de persoonskenmerken die de kans op een slachtofferschap vergroten.

In 'Dadertypologieën' wordt geconstateerd dat empirisch vastgestelde typologieën helaas niet altijd worden toegepast. Clinici zouden typologieën weinig bruikbaar vinden voor de behandeling van individuele delinquenten. De ontwikkeling van risicotaxatie-instrumenten kreeg afgelopen decennia echter wel steeds meer aandacht. Onduidelijk blijft in het boek in hoeverre typologieën aanknopingspunten bieden voor de samenstelling van behandelprogramma's voor groepen delinquenten. Vooralsnog is de validiteit van dadertypologieën beperkt gebleken. Een onderzoek naar de validiteit en bruikbaarheid van het Zelfregulatiemodel in een groep van 275 mannelijke seksueel-delictplegers leerde dat deelname aan de behandeling resulteerde in een afname van recidiverisico en een verbetering op een aantal zelfrapportage vragenlijsten. Deze veranderingen konden in sommige gevallen gerelateerd worden aan bepaalde typen delictplegers, wat zou suggereren dat dadertypologieën een klinisch relevante variabele zijn. Zo bleken bepaalde

typen delictplegers een hoger percentage uitval te vertonen dan andere typen, al waren die verschillen minder uitgesproken als gecontroleerd werd voor recidiverisico en ontbrak ook nog een controlegroep (Kingston, Yates, & Olver, 2014).

In het hoofdstuk 'Theoretische modellen' wordt terecht geen overzicht gegeven van allerlei eerder beschreven modellen, omdat naar de meeste modellen nauwelijks empirisch onderzoek is gedaan en in de modellen geen recht wordt gedaan aan de heterogeniteit van seksueel-delictplegers. Geïntroduceerd wordt daarom een interessant nieuw model, het Incentive Motivational Model (IMM), dat seksuele opwinding ziet als een emotionele reactie op een aantrekkelijke stimulus. Volgens dit model spelen bij seksueel delict gedrag dus dezelfde determinanten een rol als bij 'normatief' seksueel gedrag. Het model verklaart mogelijk waarom de meerderheid van de seksueel-delictplegers zich na het delict kan beperken tot normatief of op zijn minst legaal seksueel gedrag. Seksuele opwinding wordt dus gezien als gedrag dat mede onder invloed staat van externe factoren en verklaart onder andere ook dat in een gevangenis 'heteroseksuele' mannen soms een intieme relatie hebben met een andere mannelijke gedetineerde (Barth, 2012) en dat slechts een klein percentage van de katholieke priesters die kindermisbruik hebben gepleegd pedofiel is (McGlone, 2003).

Risicotaxatie is het onderwerp van het zesde hoofdstuk. Dit hoofdstuk behandelt uitgebreid de mogelijkheden van actuariële risicotaxatie als een empirisch ontwikkelde manier om het risico te schatten dat een delinquent zal recidiveren. Een pleidooi wordt gehouden voor het gebruik van de Static-99R voor het vaststellen van statische en de Stable-2007 voor het vaststellen van dynamische factoren, al wordt dat door sommige gebruikers onterecht gezien als een schrale methode. Het toevoegen van een klinisch oordeel blijkt in de praktijk geen verbetering. Risicotaxatie wordt gezien als een instrument dat kan bijdragen aan een prioritering in de behandeling, bijvoorbeeld door delinquenten met een hoog recidiverisico een intensievere behandeling te laten volgen.

In het hoofdstuk 'Behandeling' komt niet alleen het gebruik van medicatie voor met name seksueel-delictplegers met parafiele stoornissen aan de orde, maar wordt ook een beslisboom gepresenteerd voor de behandeling van seksueel delict gedrag. Er is veel aandacht voor het motiveren van seksueel-delictplegers.

Het achtste hoofdstuk beschrijft de gang van zaken bij de Pro Justitia rapportage, waarbij er veel aandacht is voor de weigerende of ontkennende verdachte. Er wordt opgemerkt dat rechters meer mogelijkheden hebben om tbs op te leggen bij zedendelinquenten met een hoog recidiverisico dan waar ze op dit moment gebruik van maken, maar waarom dat niet gebeurt wordt niet vermeld. Belangrijk is de aanbeveling dat in de Pro Justitia rapportages de aandacht minder uitgaat naar de psychiatrische stoornis, maar meer naar de statische en dynamische risicofactoren.

Het hoofdstuk 'Casuïstiek' omvat een drietal gevalsbeschrijvingen, namelijk van zedendelinquenten met achtereenvolgens een laag, gemiddeld en hoog recidiverisico. De basis van de gevalsbeschrijvingen zijn de scores op de Static-99R en de Stable-2007.

De conclusies van de verschillende hoofdstukken in 'Conclusies en aanbevelingen' zijn soms zeer uitgebreid en vertonen nogal eens overlap met het betreffende hoofdstuk zelf. Opmerkelijk is ook dat enkele in de eerdere hoofdstukken genoemde aanbevelingen hier niet opnieuw worden vermeld. In de paragraaf 'Aanbevelingen' gaat het vooral over preventieprogramma's. Het is jammer dat aan dit belangrijke onderwerp geen apart hoofdstuk is gewijd.

Zicht op zedendelinquenten biedt professionals een goed overzicht van de huidige wetenschappelijke stand van zaken met betrekking tot seksueel delict gedrag. Toch stelt het boek me een beetje teleur. Verondersteld wordt namelijk dat meer kennis leidt tot genuanceerdere opvattingen bij professionals over zedendelinquenten. Helaas leidt inzicht ook bij professionals niet automatisch tot ander gedrag (Lilienfeld, Ritschel, Lynn, Cautin, & Latzman, 2013). Dat een aangifte zelden leidt tot een veroordeling heeft waarschijnlijk niet alleen te maken heeft met een gebrek aan kennis van de betrokken professionals, maar ook met de huidige organisatorische problemen bij politie, Openbaar Ministerie en rechterlijke macht. Een kritische opmerking hierover was mijns inziens op haar plaats geweest.

Jammer is ook dat de auteurs geen concrete voorstellen doen voor toekomstig onderzoeks- en behandelbeleid. In Nederland ontbreekt aansturing van een dergelijk beleid door de landelijke overheid, zoals dat in bijvoorbeeld Canada wel gebeurt, en heeft bijgevolg elke forensisch-psychiatrische instelling min of meer haar eigen diagnostiek- en behandelbeleid. Zedendelinquenten worden niet behandeld in enkele gespecialiseerde diagnostiek- en behandelcentra, maar kunnen worden toegewezen aan allerlei verschillende forensisch-psychiatrische instellingen. Vanwege de soms kleine aantallen patiënten of cliënten per instelling en het ontbreken van een landelijk beleid is onderzoek naar het effect van behandelprogramma's voor zedendelinquenten niet goed mogelijk. Het Expertisecentrum Forensische Psychiatrie biedt wel vijf 'stoornisspecifieke zorgprogramma's' (sic), maar afspraken over een landelijk te toetsen behandelprogramma of behandelprogramma's voor zedendelinquenten ontbreken tot op heden. Een dergelijk landelijk onderzoeksbeleid zou juist de vraag kunnen beantwoorden in hoeverre behandel effecten het resultaat zijn van cognitief-gedragstherapeutische interventies, medicamenteuze interventies of een combinatie ervan (Kraaimaat & Hornsveld, 2019). Als we te weten komen welke interventies op welke manier bijdragen tot een afname van het recidiverisico zou dat een grote stap vooruit zijn in de behandeling van zedendelinquenten.

Hoewel het streven van de auteurs naar meer kennis over en mogelijk meer begrip voor zedendelinquenten bij professionals en de geïnteresseerde leek te prijzen is, had naar mijn mening een hoofdstuk over slachtoffers van zedendelicten niet mogen ontbreken. Bij de behandeling en resocialisatie van seksueel-delictplegers moeten ook de ernstige en langdurige consequenties voor de slachtoffers niet uit het oog verloren worden.

Ten slotte vind ik het op zijn minst opmerkelijk dat voor zo'n beladen onderwerp de maatschappelijke context in het boek maar zijdelings aan de orde komt. De publieke opinie lijkt zich steeds meer tegen seksueel-delictplegers te keren, met problemen rond onder andere werk en huisvesting als gevolg. Een hoofdstuk over de resocialisatie van seksueel-delictplegers, de problemen die zich daarbij voordoen en de wijze waarop ze op te verwachten tegenslagen kunnen worden voorbereid, was in dit verband volgens mij een waardevolle aanvulling geweest.

Kort samengevat geeft dit boek een goed overzicht van de 'present state of the art' en beveel ik dit boek van harte aan voor professionals en beleidsmakers die te maken hebben met zedendelinquenten.

Ruud H. J. Hornsveld is verbonden aan het Erasmus Universitair Medisch Centrum, afdeling Psychiatrie. *Correspondentieadres*: Lange Dreef 52, 2285 LA Rijswijk.
E-mail: Ruud.Hornsveld@Ziggo.nl.

Literatuur

- Barth, T. (2012). Relationships and sexuality of imprisoned men in the German penal system: A survey of inmates in a Berlin prison. *International Journal of Law and Psychiatry*, 35, 153-158.
- Kingston, D. A., Yates, P. M., & Olver, M. E. (2014). The self-regulation model of sexual offending: Intermediate outcomes and posttreatment recidivism. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 26, 429-449.
- Kraaimaat, F. W. & Hornsveld, R. H. J. (2019). Reflections and future directions. In R. H. J. Hornsveld, F. W. Kraaimaat, L. A. C. L. Gijs, & E. J. Palmer (Eds.), *Assessment and treatment of violent and sexually violent offenders: Integrating research and practice* (pp. 175-189). Cham, CH: Springer Nature.
- Lilienfeld, S. O., Ritschel, L. A., Lynn, S. J., Cautin, R. L., & Latzman, R. D. (2013). Why many clinical psychologists are resistant to evidence-based practice: Root causes and constructive remedies. *Clinical Psychology Review*, 33, 883-900.
- McGlone, G. J. (2003). Prevalence and incidence of roman catholic clerical sex offenders. *Sexual Addiction & Compulsivity: The Journal of Treatment and Prevention*, 10, 111-121.

.....

De mythe van vooruitgang

.....

Bespreking van

Flip Jan van Oenen (2019). *Het misverstand psychotherapie*. Amsterdam:
Uitgeverij Boom. 160 pp., € 21,00. ISBN 9789024430239

JENNEKE WIERSMA

Al meteen in het voorwoord van *Het misverstand psychotherapie* drukt Flip Jan van Oenen, de auteur van dit prikkelende en provocerende boek, ons met de neus op het feit dat al vijftig jaar lang geen enkele nieuwe behandelmethode het beter doet dan de vorige. 'Jaar in jaar uit worden nieuwe interventies gelanceerd die betere resultaten claimen dan voorgaande interventies, maar deze claims blijken bij herhaalde wetenschappelijke toetsing nooit stand te houden' (p. 14). In de wetenschap wordt dit fenomeen de 'replicatiecrisis' genoemd. De auteur van het boek noemt het de 'mythe van vooruitgang'.

Dat je als cliënt vijftig jaar geleden net zo goed af was in de ggz als tegenwoordig, kan ik me bijna niet voorstellen. Terwijl ik heus wel weet dat de psychotherapie heden ten dage voor ten minste een derde van de mensen niet werkt, dat een groot deel van de cliënten vaak niet klachtenvrij is na afloop van de behandeling, en dat terugval eerder regel dan uitzondering is. Ik ken het *dodo bird verdict*, dat uitspreekt dat alle therapieën ongeveer even goed blijken te werken. Ik ben ermee bekend dat we nog maar weinig weten over de werkingsmechanismen van psychotherapie en nog steeds steggelen over het belang van specifieke versus non-specifieke factoren. Ik heb gehoord en gelezen over het belang van het placebo- en nocebo-effect. Maar dat de behandelresultaten ten opzichte van vijftig jaar geleden niet zijn vooruitgegaan, dat was mij eigenlijk niet bekend. Dat hoor je nooit op congressen. Of weet ik het stiekem wel, maar wil ik het misschien niet horen? En als we het echt tot ons laten doordringen, wat betekent dat dan? Van Oenen is zo moedig om dit vraagstuk op te pakken. In zijn boek probeert hij te verklaren hoe therapeuten, cliënten, wetenschappers en beleidsmakers

de mythe van vooruitgang in stand houden en wat er volgens hem moet gebeuren om haar te doorbreken.

Het boek beslaat negen hoofdstukken, voorafgegaan door een proloog, een voorwoord en een inleiding. Het eerste hoofdstuk beschrijft de stand van zaken op het gebied van wetenschappelijk onderzoek naar de effectiviteit van psychotherapie in de afgelopen decennia. Conclusie: psychotherapie werkt en is ongeveer even effectief als algemeen aanvaarde interventies in de somatische gezondheidszorg, zoals asperinegebruik, bypassoperaties en medicijnen tegen hoge bloeddruk. Daarnaast blijkt psychotherapie ook voor verschillende lichamelijke stoornissen kosteneffectief te zijn: psychologische behandeling kan de jaarlijkse kosten van de somatische gezondheidszorg met 20% verlagen (p. 29). Fijn dat we ons wat betreft effectiviteit kunnen meten met de somatische zorg. Maar wat is dan het misverstand? Dat zit volgens van Oenen in de verwachting dat psychotherapie voor bijna iedereen werkt en dat ze een groot deel van de klachten wegneemt. Een verwachting die we graag willen waarmaken, want 'hope is dope' (p. 51). Elke nieuwe therapie voedt deze hoop, elk nieuw onderzoek ernaar ook.

Hoop is belangrijk maar kan ook gevaarlijk zijn. Therapeuten weten hoe belangrijk hoop is. Een behandeling begint met het geven van hoop en het succes van een behandeling hangt positief samen met het geloof van de therapeut in de gehanteerde methode (*allegiance*). Therapeuten staan dus eigenlijk voor een onmogelijke opdracht: een behandelmethode met volle overtuiging in de praktijk brengen, terwijl zij rationeel weten dat de gehanteerde methode geen specifieke meerwaarde heeft boven een andere. En dat al vijftig jaar lang!

Voor veel therapeuten is geloven tegen beter weten in een manier om deze cognitieve dissonantie op te heffen. We geloven oprecht dat we steeds meer te bieden hebben, we scholen ons maar door, dat moet toch wel tot vooruitgang leiden? Instellingen moeten de concurrentiestrijd met elkaar aangaan en adverteren met effectievere en efficiëntere behandelingen om cliënten en verzekeraars te werven. In de wetenschappelijke literatuur worden vooral de spraakmakende resultaten gepubliceerd (publicatiebias) en ook de media doen hier graag aan mee. Zo ontstaat valse hoop. De prijs die we hiervoor betalen is, aldus de auteur, een uitdijende vraag naar therapie, een kafkaëske bureaucratie, grotendeels zinloze klachtenprocedures, een faalgevoel bij therapeuten en cliënten, en kostbare bijscholingstrajecten (p. 69).

Tijd om een paar stappen terug te zetten. In van Oenens visie is het een misverstand dat psychotherapie tot taak heeft om verandering, oplossing of genezing te brengen. Volgens hem moeten we terug naar de 'oertherapie', de klassieke psychoanalytische stroming, die als uitgangspunt heeft de capaciteit tot lijden te vergroten. 'Helpen verdragen' (p. 72) is het belangrijkste dat de moderne psychotherapie te bieden heeft.

Onvermijdelijk zal dan ook de wijze waarop het vak zich profileert moeten veranderen, aldus de auteur in hoofdstuk 6. We zullen het domein van de fundamentele onbekendheid moeten betreden. Psychotherapie wordt daar gezien als een ritueel dat op vele manieren kan worden uitgevoerd en waarvan de uitkomst van tevoren onbekend is. De persoonlijke inbreng van de therapeut en de relatie tussen therapeut en cliënt worden dan centraal gesteld. De methodologie van de natuurwetenschappen, die het onderzoek naar psychotherapie momenteel vooral hanteert, zou beter verruild kunnen worden voor de methodologie van de kunsten. 'In plaats van als objectiveerbaar evidence-based proces kan psychotherapie dan als interpersoonlijk *dance-based* proces gekenschetst worden' (p. 105). Ambigüiteit, irrationaliteit en individualiteit moeten juist een plaats krijgen binnen onderzoek en theorievorming, in plaats van deze uit het proces te willen elimineren. Onderzoek richt zich dan op het totale proces van therapie: grondslagen, doelen en middelen in hun onderlinge samenhang. Een betere plek voor dergelijk onderzoek is binnen de geesteswetenschappen, aldus de auteur.

Als voorvechter van evidence-based behandelen schrik ik hier wel van. Ik heb niet zoveel met de klassieke psychoanalytische stroming, en 'interpersoonlijk dance-based proces' klinkt wel erg zweverig. Maar gelukkig hoeven we niet echt terug in de tijd. De auteur schrijft ook dat we ons binnen de cognitieve gedragstherapie (CGT) (en alle andere stromingen) allang richten op het helpen verdragen van problemen en klachten. Bij de behandeling van trauma bijvoorbeeld helpen we cliënten een andere betekenis aan het trauma te geven, waardoor het hanteerbaarder wordt. In sommige gevallen ontstaat er dan ook ruimte voor ander gedrag, maar dat is lang niet altijd nodig of haalbaar. Kortom, de rol van de therapeut ligt volgens de auteur in het vergroten van het vermogen tot verdragen bij de cliënt. De therapeut doet hierbij aan *modelling*. Het vermogen tot verdragen bij de therapeut leidt tot een vermogen tot verdragen bij de cliënt. 'Verdragen lijkt simpel, maar is een onderschatte kwaliteit die het uiterste vraagt van de professional' (p. 92).

Omdat de persoon van de therapeut een bepalende factor is in het psychotherapeutische proces, is het van belang om aan dit persoonlijke element ruimte en aandacht te geven. Daarin wordt het vermogen tot improviseren als leidraad gesteld. De zes hoofdwetten van het improvisatietheater worden hierbij besproken:

- 1 Blijf in het hier-en-nu.
- 2 Zeg geen 'ja, maar', maar 'ja, en'.
- 3 Durf te falen.
- 4 Een fout is een geschenk.
- 5 Gebruik de kracht van de lach.
- 6 Laat de ander schitteren.

Daarnaast onderschrijft van Oenen het belang van feedback vragen aan de cliënt. Het is belangrijk dat de cliënt geregeld feedback kan geven over het proces, zodat indien nodig tijdig kan worden bijgestuurd. Verder dient de therapeut binnen ethische grenzen te blijven en regelmatig op zijn werk te reflecteren. 'De therapeut moet zijn keuzes voortdurend onder de loep nemen en zijn twijfels daarover zien te hanteren. Het besef dat er geen fundament is waarop het vakgebied rust, zet dus alle vanzelfsprekendheid op losse schroeven. Als elk verklaringsmodel ingeruild kan worden voor een ander, en als geen enkele methode per se de voorkeur heeft, dan is elke keuze een persoonlijke keuze. Een dergelijke vrijheid betekent dus ook een grote verantwoordelijkheid' (p. 114).

In de laatste twee hoofdstukken (8 en 9) worden wij (psycho)therapeuten uitgedaagd om lef te tonen en de boodschap uit te dragen dat de psychotherapie – en met haar de hele ggz – tot veel minder in staat is dan tot nu toe gehoopt en gesuggereerd is. We zullen moeten verdragen dat we niet iedereen kunnen helpen en dat de psychotherapie slechts een bescheiden (maar zeker geen onbelangrijke) bijdrage kan leveren aan het omgaan met pech, tegenslag en levensvragen. Door open te zijn over onze eigen beperkingen en onze eigen onmacht te erkennen, kunnen we de vooruitgangsmythe doorbreken en daarmee een belangrijke bijdrage leveren aan het vergroten van het vermogen tot verdragen in de samenleving. Pas als duidelijk is dat er geen hupklare oplossing voor het lijden beschikbaar is, wordt verdragen mogelijk. Maakbaarheid is een illusie, psychotherapeuten zijn onmachtig tegenover veel lijden, en dit zal niet veranderen, dus 'deal with it' (p. 119).

Ook doet de auteur een aantal voorstellen om de vooruitgangsmythe te doorbreken, waaronder: 'Reken behandelinstututen en therapeuten niet af op resultaten; dit is even zinloos als leerkrachten afrekenen op de resultaten van hun leerlingen. Vertrouw erop (griezelig en ouderwets) dat therapeuten hun best doen.' En: 'Overweeg therapiezorg te organiseren zoals huisartsenzorg: cliënten schrijven zich in bij een therapeut naar keuze en kunnen bij hem behandeling aanvragen op het moment dat ze er behoefte aan hebben. Dit vergroot de kans op een goede match en realistische verwachtingen.' Tot slot: 'Bied therapie aan zoals gebruikelijk bij de fysiotherapeut: snel afsluiten en steeds mogen terugkomen. De boodschap is dan niet: 'U mag pas weg als u genezen bent', maar: 'U kunt voorlopig weer voort.'

Al met al kan ik dit boek zeker aanraden. Het is een prikkelend betoog, waarin de uitdagingen van de ggz en inherent daaraan die van de maatschappij mooi voor het voetlicht worden gebracht. Het huidige systeem lijkt niet langer houdbaar, daar is bijna iedereen het wel over eens. Maar wat en hoe dan wel? Van Oenens praktische voorstellen om de zorg anders in te richten, zoals hierboven beschreven, spreken mij erg aan. Op het gebied van de wetenschap kan ik me minder vinden in de enigszins filosofisch gekozen invalshoek, terwijl deze wat meer kunstzinnige en filosofische invalshoek ons

wellicht ook weer tot nieuwe inzichten zou kunnen brengen. Kortom, ik ben er nog niet over uit waar het naartoe moet in het veld.

Zoals iedere CGT'er weet, kom je soms op een punt in je leven dat je een periode twijfelt over jezelf, de ander en de wereld. De bekende zingevingsvragen komen dan voorbij: 'Heeft het wel zin wat ik doe?' 'Iedereen doet maar wat.' 'Waar gaat het naar toe in deze wereld?' Zo bekwam ook mij, na vijftien jaar werken in de ggz en in de wetenschap, de twijfel of ik wel zinvol bezig was. Maak ik mensen wel echt beter? Wil ik wel onderdeel zijn van dit (ggz- en wetenschaps)systeem, waarin productie de boventoon lijkt te voeren? Kunnen we onze beloften van superioriteit en effectiviteit wel waarmaken? Toen kwam dit boek op mijn pad. Mijn twijfels werden verwoord en onderbouwd, maar helaas niet weggenomen. Dat zal ik moeten verdragen, maar daar gaat het dan ook juist om in dit boek.

Jenneke Wiersma is gz-psycholoog (vrijgevestigd), cognitief gedragstherapeut en supervisor VGCT. Ze is gespecialiseerd in Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP), een behandelmethode specifiek gericht op langdurige depressieve klachten. Ze werkt als docent bij verschillende postdoctorale opleidingsinstituten en aan de VU Amsterdam. *Correspondentieadres:* e-mail: jenneke-wiersma@gmail.com. Website: www.jennekewiersma.com.

.....

Netwerkanalyse van posttraumatische stress en psychose

.....

Bespreking van

Hardy, A., O'Driscoll, C., Steel, C., van der Gaag, M., & van den Berg, D. (2020). A network analysis of post-traumatic stress and psychosis symptoms. *Psychological Medicine*, 1-8. <https://doi.org/10.1017/S0033291720001300>

Traumatische ervaringen kunnen een causale rol spelen bij het ontstaan van psychotische symptomen in een subgroep van patiënten. Het beter begrijpen van de interactie tussen traumagerelateerde psychologische mechanismen enerzijds en psychotische symptomen anderzijds kan de effectiviteit van psychologische interventies voor traumagerelateerde klachten verbeteren. Vooruitgang op dit terrein kan worden geboekt door niet te redeneren vanuit diagnostische classificaties, zoals depressieve stoornis, psychotische stoornis en posttraumatische-stressstoornis (PTSS), maar veel meer te zoeken naar verbanden op symptoomniveau. Dit is behulpzaam, gezien de overlap tussen de criteria voor psychotische stoornissen, PTSS en depressieve stoornissen, en de heterogeniteit van de bijbehorende patiëntengroepen.

De netwerktheorie kan hier een bijdrage in leveren. Deze theorie veronderstelt namelijk dat psychische problemen niet voortkomen uit een onderliggende latente variabele (een stoornis), maar het gevolg zijn van dynamische feedbackloops tussen symptomen in een netwerk. In de netwerktheorie worden symptomen voorgesteld als knopen in een netwerk. Deze knopen hebben causale interacties met elkaar. En deze causale interacties tussen de knopen in het netwerk zorgen voor bepaalde feedbackloops. Sommige knopen spelen een grotere rol in het netwerk dan andere. Netwerkknopen gaan vaak door diagnostische scheidslijnen heen. Hierdoor biedt de netwerktheorie een mogelijkheid om de interactie tussen kenmerken van PTSS en psychose beter te begrijpen. Een netwerkanalyse kan duidelijk maken welke

traumagerelateerde kenmerken het sterkst gelinkt zijn aan welke psychotische symptomen. Daarnaast is het met behulp van analyses op basis van de netwerktheorie mogelijk om te bepalen of bepaalde interacties clusteren, waarmee wellicht de veronderstelde subtypes van traumagerelateerde psychose te identificeren vallen.

Het onderhavige artikel is het verslag van een *proof of concept*-studie, waarin netwerkanalyses worden gebruikt om de interactie tussen symptomen van PTSS en psychose te onderzoeken. De studie richtte zich op de associaties tussen intrusieve traumatische herinneringen (bijvoorbeeld herbelevingen), emotieregulatie (bijvoorbeeld *hyperarousal*, vermijding en vervlakking), cognities en positieve psychotische symptomen. De onderzoeksvragen waren:

- 1 Welke symptomen hebben de meeste invloed in een netwerk van PTSS-klachten en psychotische symptomen?
- 2 Welke symptomen zijn verantwoordelijk voor de vastgestelde associaties in dit netwerk?
- 3 Zijn er subclusters vast te stellen in dit netwerk?

Voor de studie zijn de data gebruikt van twee eerdere onderzoeken, de C-PAS-trial (Steel et al., 2017) en de T.TIP-trial (van den Berg et al., 2015). Het totaal aantal deelnemers aan beide studies was 216 en zij vertegenwoordigden een breed spectrum van mensen met PTSS-klachten en psychotische stoornissen. De data van de onderzoeken werden geanalyseerd en in een netwerk gemodelleerd.

Uit de resultaten blijkt dat traumagerelateerde negatieve cognities (over het zelf en de wereld) de meeste invloed hadden in het netwerk van PTSS-klachten en psychose. Samen met overmatige alertheid vormen ze de kortste route tussen flashbacks, wanen en hallucinaties. Hiermee suggereert deze studie dat cognities over onveiligheid, gebrek aan controle en eigenwaarde verantwoordelijk zijn voor de link tussen PTSS en psychose. Dit eerste netwerkmodel van traumagerelateerde klachten en psychose wijst er dus op dat auditieve hallucinaties, wanen en flashbacks onafhankelijke netwerkknoppen zijn, en dat negatieve cognities over het zelf en de wereld, en overmatige alertheid ze mediëren, dat wil zeggen: bruggen vormen tussen posttraumatische stress en psychotische symptomen. Deze bevindingen wijken daarmee deels af van eerdere bevindingen waarin een centrale rol werd toegedicht aan herbelevingen, intrusies en dissociatie als verklaring voor de associatie tussen trauma en psychose.

De analyses geven verder aanwijzingen voor het bestaan van twee subclusters van samenhangende symptomen. Dit zou erop kunnen wijzen dat er twee subpopulaties van mensen met traumagerelateerde psychose bestaan. De ene groep (van 70 personen) liet een ernstiger beeld zien, dat werd gekarakteriseerd door traumagerelateerde cognities, herbelevingen, stemmen

en wanen. Mogelijk is dit een groep die we kunnen aanduiden als lijdend aan complexe PTSS met psychotische symptomen. In de tweede groep stonden traumagerelateerde cognities meer centraal, en traden die samen op met wanen, interpersoonlijke onthechting, en emotionele en fysieke reactiviteit. Het bestaan van deze twee subclusters van traumagerelateerde psychose verdient nader onderzoek.

Dit onderzoek suggereert dat werken aan traumagerelateerde overtuigingen een positieve impact kan hebben op zowel PTSS als psychose. Dit komt overeen met eerdere bevindingen dat dit een sleutelmechanisme is voor verandering bij de behandeling van trauma. Vanuit de netwerktheorie is het echter de vraag welke behandeling het effectiefst is: direct het meest centrale symptoom aanpakken of de behandeling richten op een of meerdere symptomen die met dat symptoom verband houden. Mogelijk brengt die laatste aanpak het netwerk meer of sneller uit balans en geeft daardoor ruimte voor verbetering. Dit sluit aan bij eerder onderzoek in mensen met traumagerelateerde psychotische klachten, waaruit bleek dat niet het direct aanpakken van de traumagerelateerde cognities via cognitieve herstructurering effectief is, maar dat het doorbreken van de vermijding en het herbeleven van de ervaringen via imaginaire exposure en EMDR effectief was in het verminderen van traumagerelateerde klachten en psychose.

De hypothesen die dit onderzoek heeft gegenereerd – die veel handvatten bieden voor de klinische praktijk – zullen verder onderzocht moeten worden. Deze studie kent een aantal beperkingen, waaronder het relatief geringe aantal deelnemers. Nader onderzoek is aangewezen om de rol van posttraumatische stress in psychose helder te krijgen, zodat effectieve interventies ontwikkeld kunnen worden.

COMMENTAAR VAN DE REDACTIE (MARGREET OORSCHOT)

.....

Trauma en psychose zijn aan elkaar gerelateerd, zoveel is inmiddels wel duidelijk. Maar over hóe deze twee concepten aan elkaar gerelateerd zijn, is veel minder bekend. De huidige studie probeert deze vraag te beantwoorden en van daaruit aangrijpingspunten te geven voor theorie en praktijk. Resultaten uit onderzoek van Nederlandse bodem (Treating Trauma in Psychosis; T.TiP-studie) hebben laten zien dat het behandelen van getraumatiseerde mensen met psychotische symptomen door middel van EMDR of imaginaire exposure veilig, effectief en noodzakelijk is. In dit artikel wordt de onderzoekspopulatie van de T.TiP-studie gecombineerd met de onderzoekspopulatie uit een soortgelijke Britse studie. Netwerkanalyse is een relatief nieuwe en zeer interessante benadering van deze materie. Dit is het eerste artikel waarin netwerkanalyses bij trauma en psychose besproken worden, en dat alleen al maakt het de moeite waard om te lezen. Lezers die meer willen weten over het hoe en waarom van de netwerktheorie verwijs ik naar het

themanummer van *Gedragstherapie* over de netwerktheorie (jaargang 2019, nummer 1).

280

Literatuur

Steel, C., Hardy, A., Smith, B., Wykes, T., Rose, S., Enright, S., ... Mueser, K. T. (2017). Cognitive-behaviour therapy for post-traumatic stress in schizophrenia: A randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 47, 43-51.

van den Berg, D. P. G., de Bont, P. A., van der Vleugel, B. M., de Roos, C., de

Jongh, A., van Minnen, A., & van der Gaag, M. (2015). Prolonged exposure vs eye movements desensitization and reprocessing vs waiting list for posttraumatic stress disorder in patients with a psychotic disorder: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 72, 259-267.

De redactie van *Gedragstherapie* ontving de volgende boeken. U bent van harte uitgenodigd deze 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.

Gedragstherapie is een peer reviewed tijdschrift. Plaatsing van een recensie is daarom niet gegarandeerd. Informatie over eisen die de redactie stelt aan boekbesprekingen vindt u in de auteursrichtlijnen (www.tijdschriftgedragstherapie.nl/auteurs/auteursrichtlijnen).

- de Bok, A. (2020). *De therapeutische relatie in de ggz: Tien intieme verhalen uit de spreekkamer van de eerstelijnspsycholoog*. Tielt: LannooCampus.
- Dijkstra, P., & Tamminga, A. (2020). *Behandelprotocol IBCT relatietherapie: Behandelprotocol in 10 sessies: geïntegreerde gedragstherapie voor partners met relatieproblemen*. Amsterdam: Boom.
- Hayes, S. (2020). *De kracht van psychologische flexibiliteit: Richt je meer op de dingen die er voor jou toe doen*. Amsterdam: Hogrefe.
- McKay, M., & Wood, J. (2020). *Omgaan met overweldigende emoties: 52 trainingskaarten* (kaartenset). Amsterdam: Hogrefe.
- Michel, K., & Gysin-Maillart, A. (2020). *ASSIP: Een programma van kortdurende interventies bij suïcidepogingen*. Amsterdam: Hogrefe.
- O'Neill, P. (2020). *Je bent een ster: Een kindergids over zelfwaardering*. Amsterdam: Nieuwezijds.
- O'Neill, P. (2020). *Zorgen opzij helemaal blij: Een kindergids over angst*. Amsterdam: Nieuwezijds.
- Raes, F. (2020). *Weg van het piekeren: Actie als remedie*. Tielt: LannooCampus.
- Schmidt, U., Startup, H., & Treasure, J. (2020). *MANTRA-werkboek: Voor (jong)volwassenen met anorexia nervosa*. Amsterdam: Boom.
- Stallard, P. (2020). *Denk goed – voel je beter: Werkboek cognitieve gedragstherapie voor adolescenten en jongvolwassenen*. Amsterdam: Nieuwezijds.
- van Emmerik, & Greeven, A. (2020). *Handboek exposure*. Amsterdam: Boom.
- van Loon, A., & van der Pol, M. (2020). *Misofonie: Gek van geluid*. Amsterdam: Boom.

Nieuw bij Boom Psychologie



Concreet zelfhulpboek met stappenplan en zelftests

Elke dag dertig keer je handen wassen of drie keer schone kleren aantrekken, omdat je je anders vies voelt. Dit zelfhulpboek biedt 'dwangers' uitzicht op een toekomst zonder beperkende en vaak tijdrovende dwanghandelingen. Met zelftests krijgt de lezer een duidelijk beeld van zijn dwanghandelingen en dwanggedachten, en de angsten die eraan ten grondslag liggen.

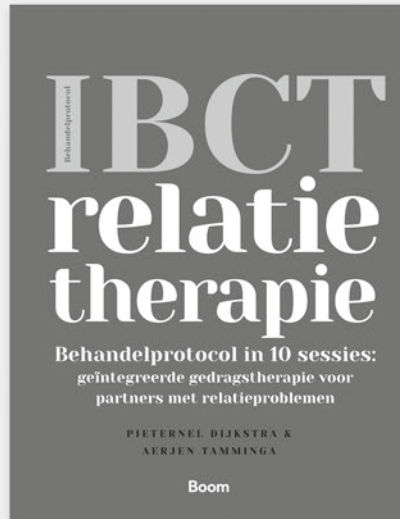
Vernieuwde editie met werkbladen en oefeningen

De auteurs hebben vele cliënten behandeld die leven met dwang. Vriendelijk en zonder oordeel loodsen zij de lezers door het programma. De werkbladen en oefeningen zijn gratis te downloaden. Deze geheel vernieuwde editie kan iedereen zelfstandig gebruiken, maar ook met ondersteuning van een hulpverlener. Het boek bevat een extra bijlage over het verschil tussen een goede handhygiëne en smetvrees in verband met COVID-19.

Bestel nu op www.boompsychologie.nl

**Boompsychologie
& psychiatrie**

Nieuw bij Boom Psychologie



Nieuw in Nederland

Oorspronkelijk ontwikkeld in Amerika, veroverd IBCT met dit boek nu ook Nederland. In tegenstelling tot andere vormen van relatie-therapie helpt IBCT stellen om elkaar eerst beter te begrijpen en onderlinge verschillen te accepteren. Daarna wordt gewerkt aan wat stellen wél kunnen en willen veranderen. Deze combinatie van acceptatie en verandering is uniek aan en kenmerkend voor IBCT. De werkwijze en effectiviteit van IBCT kan rekenen op stevige wetenschappelijke evidentie.

IBCT 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.

Bestel nu op www.boompsychologie.nl

Boompsychologie
& psychiatrie

Aanwijzingen voor auteurs

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

Aanbieden van kopij

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

Vorm van het manuscript

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

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

- Bijdragen voor de rubriek *Kort instrumenteel* moeten voldoen aan een aantal voorwaarden. Zie hiervoor de uitgebreide richtlijnen. Belangrijkst is dat het beschreven instrument zijn nut moet hebben voor gedragstherapie en gedragsdiagnostiek.
- Bij *boekbesprekingen* dient aan een aantal punten aandacht geschonken te worden. Zie hiervoor eveneens de uitgebreide auteursrichtlijnen.

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 4, december 2020

Pagina 201– 284

201 *Redactioneel*

203 **Lisa Snip & Thera Koetsier**

'Ik ben gewoon een bijtertje' – Het belang van de holistische theorie bij de behandeling van autisme met comorbiditeit

222 **Koen Schruers**

Wat de gedragstherapeut moet weten over de neurobiologie van angst

237 **Liesbeth Mevissen, Marjolein Ooms-Evers, Marike Serra, Ad de Jongh & Robert Didden**

Intensieve traumagerichte behandeling voor gezinnen met LVB – Toepasbaarheid en potentiële effectiviteit

FORUM

257 **Else de Haan & Lidewij Wolters**

Angst voor exposure in coronatijd

BOEKBESPREKINGEN

261 **Joop D. Bosch**

Marc D. Feldman & Gregory P. Yates (2020). *Opzettelijk ziek: De nagebootste stoornis herkennen en begrijpen*

267 **Ruud H.J. Hornsveld**

Wineke Smid, Wim Canton, Daan van Beek, & Luk Gijs (2020). *Zicht op zedendelinquenten: Achtergronden, risicotaxatie en behandeling*

272 **Jenneke Wiersma**

Flip Jan van Oenen (2019). *Het misverstand psychotherapie*

VOOR U GELEZEN

277 Hardy, A., O'Driscoll, C., Steel, C., van der Gaag, M., & van den Berg, D. (2020). A network analysis of post-traumatic stress and psychosis symptoms. *Psychological Medicine*, 1-8.

281 *Ontvangen*

Boom Tijdschriften

ISSN 0167-7454