

GEDRAGSTHERAPIE

*Tijdschrift voor gedragstherapie
& cognitieve therapie*



JAARGANG 54 NUMMER 1 MAART 2021

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

Elske Salemink, *hoofdedacteur*
Elise Debeer
Hermien Elgersma
Miriam Lommen
Margreet Oorschot
Marleen Rijkeboer
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)

© 2021

Boom uitgevers Amsterdam /
Stichting Tijdschrift voor Gedragstherapie

Abonnementenadministratie

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

Abonnementen

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

Abonnementenwetgeving

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



.....

Het eerste nummer in het nieuwe jaar (hoewel het jaar niet zo nieuw meer is wanneer je dit leest), met ook een nieuwe hoofdredacteur. Allereerst een woord van dank aan de vorige hoofdredacteur, Paul Boelen, die tal van jaren heeft zorggedragen voor de sterke inhoud van het tijdschrift. Ik spreek namens velen als ik zeg dat zijn inbreng zeer gewaardeerd werd. Hij zal gemist worden.

Mijn naam is Elske Saleminck en ik werk als universitair hoofddocent op de afdeling klinische psychologie van de Universiteit Utrecht. Ik blijf de eerste vrouwelijke hoofdredacteur te zijn. Dat werd misschien ook wel tijd, gezien de huidige verhouding tussen mannen en vrouwen in het ledenbestand van de VGCT: per 1 januari 2021 respectievelijk 15% en 85% (waarbij ik aanneem dat voor de VVGT een vergelijkbare verhouding geldt). Het is een eer om de rol van hoofdredacteur van dit mooie tijdschrift te mogen vervullen. Een gesprek met een eerdere hoofdredacteur, Floor Kraaiaat (misschien enige verwarring hier, maar 'Floor' staat voor 'Floris' ...), leerde mij dat de doelstellingen van het tijdschrift nog ongewijzigd zijn: 'Het streven is om een goede mix te maken van experimenteel en klinisch onderzoek, theoretische beschouwingen, illustratieve casuïstiekbeschrijvingen, kritische literatuurbesprekingen [...] op het gebied van de cognitieve gedragstherapie.'¹ Samen met de hele redactie zetten we ons in om dit streven waar te maken en mooie nummers uit te brengen. Jullie hulp is daarbij onmisbaar: we kijken echt uit naar jullie bijdragen en suggesties voor het tijdschrift.

In het eerste artikel in dit nummer bespreekt redactielid Sara Scheve-neels samen met Yannick Boddez en Dirk Hermans klinische observaties die de aanbevelingen vanuit een inhibitorisch-leermodel voor exposure niet eenduidig ondersteunen. Het is een mooi artikel, waarin fundamentele, theoretische modellen gecombineerd worden met ervaringen uit de klinische praktijk. Vervolgens geven Tanja Seetsen en Maarten Merckx een overzicht van de literatuur over de effectiviteit van CGT bij secundaire insomnie. Een relevant artikel, aangezien insomnie bij veel stoornissen een rol speelt. Jenneke Hoekzema-Kruidhof, Cis Vrijmoeth en Hanneke Schaap-Jonker onderzochten het effect van CGT met toegevoegde positieve religieuze coping bij angstige jongeren. Ten slotte bespreekt Iris Timmerman *ACT in de praktijk* van Russ Harris en gaat de rubriek 'Voor u gelezen' over

1 Veeninga, A. (8 november 2007). *Laudatio Theo Bouman*. Uitgesproken door prof. dr. C. Schaap op de Algemene Ledenvergadering van de VGCT, Veldhoven.

podcasts. Naast tijdschriften als dit kunnen podcasts een interessante, aanvullende manier zijn om je kennis actueel te houden.

Ik wens je veel leesplezier.

Elske Salemink
Hoofredacteur

Uitdagingen voor het inhibitorisch-leermodel van exposuretherapie¹

SARA SCHEVENEELS, YANNICK BODDEZ & DIRK HERMANS

Samenvatting

De laatste jaren wordt het inhibitorisch-leermodel (ILT) in toenemende mate beschouwd als het gangbare verklaringsmodel voor de effecten van exposuretherapie. Tevens vonden therapeutische aanbevelingen vanuit ILT hun ingang in het klinisch werkveld. In deze bijdrage bespreken we een aantal uitdagingen voor ILT, en wel aan de hand van vier voorbeelden van therapeutische aanbevelingen: (1) verwachtingsdisconfirmatie een centrale rol laten spelen, (2) veiligheidsgedrag tijdens exposure achterwege laten, (3) voorafgaand of tijdens de exposure geen cognitieve interventies toepassen, en (4) geen gebruik maken van een exposurehiërarchie. We bespreken observaties die deze aanbevelingen vanuit ILT niet eenduidig ondersteunen. Zo rapporteren veel cliënten geen uitgesproken verwachtingen en blijken vormen van exposure met beperktere mogelijkheden tot verwachtingsdisconfirmatie (bijvoorbeeld virtual reality) toch werkzaam te zijn. Daarnaast is de empirische evidentie tegen het gebruik van veiligheidsgedrag, cognitieve interventies en een exposurehiërarchie beperkt. Verstandig gebruik van veiligheidsgedrag zou zelfs een positieve invloed kunnen hebben op de bereidheid om exposure aan te gaan. We concluderen dat de meeste therapeutische aanbevelingen vanuit ILT sterk theoretisch verankerd zijn, maar dat de empirische basis verder uitgeklaard dient te worden via klinisch onderzoek en RCT's. Daarnaast kan onderzoek naar weigering, therapietrouw, drop-out en naar de ervaringen van klinici meer duidelijkheid geven over de klinische toepasbaarheid van de aanbevelingen.

Trefwoorden: exposuretherapie, inhibitorisch-leermodel, verwachtingsdisconfirmatie, angststoornissen, veiligheidsgedrag, exposurehiërarchie

1 Dit artikel kwam tot stand via financiering door een KU Leuven C1 project (C16/19/02) dat werd toegekend aan Dirk Hermans. Yannick Boddez wordt ondersteund door financiering vanuit de Universiteit Gent (BOF16/MET_V/002).

Kernboodschappen voor de klinische praktijk

- Voor een aantal van de therapeutische aanbevelingen die uit ILT voortvloeien (verwachtingsdisconfirmatie, afzien van cognitieve interventies, veiligheidsgedrag en exposurehiërarchie) is op dit moment geen uitgesproken of eenduidige evidentie.
- Het lijkt daarom niet aangewezen om op een rigide manier aan deze aanbevelingen vast te houden. Er is ruimte voor een afweging tussen enerzijds de ingeschatte voordelen en anderzijds de mogelijke impact op de motivatie en therapietrouw van de cliënt.
- Als bijvoorbeeld het werken met een exposurehiërarchie cruciaal is om een bepaalde cliënt te motiveren tot het aangaan en doorzetten van de exposuretherapie, is er momenteel onvoldoende evidentie om hiervan af te zien. Hetzelfde geldt voor het toepassen van cognitieve interventies voorafgaand aan de exposure en het beschikbaar stellen van veiligheidsgedrag in de beginfase van de behandeling.

INLEIDING

.....

Exposuretherapie is een van de meest onderzochte en werkzame psychologische interventies. Het is een cruciale component in de evidence-based behandeling van angststoornissen, zoals specifieke fobie (Choy et al., 2007), sociale angst (Powers et al., 2008), paniekstoornis (Sánchez-Meca et al., 2010) en obsessieve-compulsieve stoornis (Öst et al., 2015). Tijdens exposure of blootstellingstherapie wordt de cliënt aangemoedigd om de confrontatie aan te gaan met datgene waarvoor hij of zij angstig is. Betreffende de onderliggende werkingsmechanismen van exposuretherapie wordt het inhibitorisch-leermodel (*inhibitory learning theory*, ILT) sinds enkele jaren als een van de gangbare verklaringsmodellen beschouwd (Craske et al., 2008, 2014). ILT is sterk verankerd in de klassieke leertheorie. Ze veronderstelt dat bij het verwerven van angst een *excitatorische associatie* (of angstassociatie) gevormd wordt tussen een voorwaardelijke prikkel (VP; bijvoorbeeld een deurklink aanraken) en een onvoorwaardelijke prikkel (OP; bijvoorbeeld besmet raken met hiv). Exposuretherapie wordt gezien als het klinisch equivalent van extinctie in het laboratorium (zie ook: Scheveneels et al., 2016). Procedureel wordt tijdens extinctie in het laboratorium de VP aangeboden zonder de OP, na een fase van angstverwerving waarin de VP samen met de OP aangeboden werd. Het resultaat van een extinctieprocedure is dat de voordien verworven angstreacties afnemen of uitdoven. Een veelgehoord argument houdt in dat exposuretherapie een gelijkaardige procedure en effect kent: men stelt de cliënt bloot aan gevreesde stimuli en situaties (VP) zonder dat de gevreesde uitkomst (OP) volgt, waarna doorgaans de angst vermindert naarmate de therapie vordert. Een cliënt met een obsessieve-

compulsieve stoornis bijvoorbeeld raakt tijdens een exposurebehandeling verschillende deurklinken aan en ervaart dat hij hierbij geen hiv oploopt.

ILT verklaart de observatie dat angstresponsen na uitdoving kunnen terugkeren door aan te nemen dat angstassociaties niet vernietigd of afgeleerd worden, maar dat een bijkomende *inhibitorische associatie* (of veiligheidsassociatie) gevormd wordt (Bouton, 1993; Vervliet et al., 2013). Deze inhibitorische associatie wordt verondersteld in competitie te treden met de excitatorische associatie. Een centrale aanname van ILT is dat de mate waarin iemand angstig reageert rechtstreeks verband houdt met de relatieve sterkte van de excitatorische ten opzichte van de inhibitorische associatie (Boddez et al., 2020). Enkel wanneer de inhibitorische associatie sterk genoeg is om de excitatorische associatie te counteren of 'op te heffen', zal men niet langer angstig reageren.

Vanuit een ILT-benadering wordt inhibitorisch leren eveneens beschouwd als het centrale onderliggende mechanisme van exposuretherapie (Pittig et al., 2016). Voortbouwend op de leertheorie en extinctieonderzoek doet ILT een aantal concrete aanbevelingen om de effecten van exposuretherapie te optimaliseren (Craske et al., 2014; Weisman & Rodebaugh, 2018). Deze therapeutische strategieën zijn in het bijzonder gericht op het versterken en beter ophalen van de inhibitorische associatie, zodat die succesvol de competitie kan aangaan met de excitatorische associatie. Vanuit de leertheorie weten we dat *verwachtingsdisconfirmatie* een centrale rol speelt in het versterken van (inhibitorisch) leren (Rescorla & Wagner, 1972). Een hoge mate van verwachtingsdisconfirmatie impliceert een sterke mismatch tussen enerzijds wat men verwacht dat er zal gebeuren tijdens de confrontatie met de gevreesde stimulus of situatie, en anderzijds de werkelijke uitkomst. Wanneer een cliënt met een obsessieve-compulsieve stoornis bijvoorbeeld na het aanraken van een deurklink in sterke mate verwacht dat hij of zij besmet zal raken met hiv en vervolgens ervaart dat de besmetting toch niet plaatsvindt, kan een sterke mate van inhibitorisch leren plaatsvinden.

Deze focus op verwachtingsdisconfirmatie heeft een aantal implicaties voor de uitvoering van exposuretherapie. Zo dient de therapeut de verwachtingen van de cliënt met betrekking tot de gevreesde uitkomsten voorafgaand aan de exposureoefening te expliciteren en exposureoefeningen op te stellen die deze verwachtingen optimaal kunnen uittesten. De duur en voortgang van de exposureoefeningen worden tevens bepaald door de mate waarin de cliënt zijn of haar verwachtingen heeft kunnen testen (Craske et al., 2014). Factoren en interventies die een afname in verwachtingen met betrekking tot de gevreesde uitkomst met zich mee kunnen brengen, worden zoveel mogelijk vermeden. Voor een uitgebreid en omvattend overzicht van de therapeutische strategieën gebaseerd op ILT verwijzen we naar de bijdrage van Vervliet en collega's (2014) in dit tijdschrift.

De therapeutische aanbevelingen die ILT doet, liggen niet altijd in lijn met de aanbevelingen vanuit andere theoretische modellen voor exposure-

therapie, zoals de *emotional processing theory* (EPT; Foa & Kozak, 1986). EPT stelt dat pathologische vormen van angst in het geheugen worden gerepresenteerd door een angstnetwerk (*fear structure*) bestaande uit stimuli (bijvoorbeeld een deurenklink), responsen (bijvoorbeeld een verhoogde hartslag) en betekenissen (bijvoorbeeld 'gevaarlijk' en 'hiv'). Initieel dacht men dat tijdens exposuretherapie nieuwe informatie toegevoegd wordt aan dit oorspronkelijke angstnetwerk. Dit proces wordt aangeduid met *emotional processing*. Met de toenemende evidentie uit extinctieonderzoek die wijst op het vormen van nieuwe associaties in plaats van op het aanpassen van de oorspronkelijke angstassociaties, werd een herziene versie van EPT voorgesteld (Foa & McNally, 1996). Deze herziene versie veronderstelt dat via emotional processing bijkomende, nieuwe geheugennetwerken gevormd worden die in competitie staan met het originele angstnetwerk (gelijkaardig met het concept inhibitorische associaties). Het belangrijkste verschil met ILT is dat in EPT de focus ligt op angstreductie (in plaats van verwachtingsdisconfirmatie) als de belangrijkste index van emotional processing. Om emotional processing te kunnen laten plaatsvinden, dient eerst het angstnetwerk geactiveerd te worden. De aanwezigheid van (voldoende hoge) angstniveaus tijdens exposure wijst op de activatie van het angstnetwerk. Angstreductie tijdens de sessie (*within-session habituation*) en tussen de sessies (*between-session habituation*) wijst er vervolgens op dat emotional processing plaatsvindt. EPT wordt daarom ook wel het 'habituatiemodel' genoemd. Deze focus op angstreductie is moeilijk verenigbaar met interventies die de angst hooghouden tijdens exposure (zoals voorgesteld door ILT) en leidt tot uiteenlopende aanbevelingen betreffende de uitvoering van exposure.

Samenvattend doet ILT een aantal therapeutische aanbevelingen die (in meer of mindere mate) verankerd zijn in de leertheorie. Gezien de relevantie voor de klinische praktijk zijn steeds meer klinici met deze aanbevelingen vertrouwd geraakt. Echter, hoe sterk is de empirische basis voor deze therapeutische aanbevelingen? En hoe haalbaar is het om ze in de praktijk toe te passen? In deze bijdrage bespreken we een aantal uitdagingen voor ILT. We focussen hierbij zowel op empirische evidentie die moeilijk te verenigen is met de voorspellingen door ILT, als op de toepassing van de therapeutische aanbevelingen in de klinische praktijk. We doen dit aan de hand van vier voorbeelden van therapeutische interventies, namelijk (1) verwachtingsdisconfirmatie een centrale rol toekennen, (2) afzien van veiligheidsgedrag tijdens exposure, (3) geen cognitieve interventies voorafgaand of tijdens de exposure toepassen, en (4) geen gebruik maken van een exposurehiërarchie.

INTERVENTIE 1: VERWACHTINGSDISCONFIRMATIE EEN CENTRALE ROL
TOEKENNEN

7

.....

Zoals hierboven besproken, speelt verwachtingsdisconfirmatie volgens ILT een centrale rol tijdens exposure. Vertrekkend vanuit associatieve leermodellen (Rescorla & Wagner, 1972) beschouwt ILT de mismatch tussen de verwachte en de daadwerkelijke uitkomst als cruciaal voor nieuw leren (en dus ook voor inhibitorisch leren). Een ILT-benadering van exposuretherapie veronderstelt dat de behandel effecten geoptimaliseerd kunnen worden door de mate van verwachtingsdisconfirmatie zo groot mogelijk te maken.

Empirische uitdagingen voor ILT

.....

Momenteel zijn er twee studies beschikbaar die de invloed van verwachtingsdisconfirmatie op de uitkomst van exposuretherapie hebben onderzocht. Een eerste studie werd uitgevoerd door Baker en collega's (2010) bij personen met hoogtevrees (N = 44). In deze studie werden langdurende exposuresessies gericht op het ontkrachten van verwachtingen vergeleken met frequentere, kortere exposuresessies die niet specifiek gericht waren op het ontkrachten van verwachtingen. De duur van de langdurende sessies werd bepaald op basis van de mate van verwachtingsdisconfirmatie: op geregelde tijdstippen tijdens de exposure werd bevraagd hoe waarschijnlijk de deelnemer het achtte dat de gevreesde uitkomst zou plaatsvinden. De exposuresessie ging door tot de ervaren kans op de gevreesde uitkomst voldoende gedaald was. Er werden echter geen verschillen gevonden in de behandelresultaten tussen deelnemers die de exposure gericht op het ontkrachten van hun verwachtingen doorliepen versus deelnemers die frequentere kortdurende exposure trials doorliepen. Er werd met andere woorden geen evidentie gevonden voor *betere effecten* van exposure die gericht is op verwachtingsdisconfirmatie.

Een tweede studie werd uitgevoerd door Deacon en collega's (2013) bij personen (N = 120) die hoog scoorden op *anxiety sensitivity* of vrees voor lichamelijke sensaties die verband houden met angst. Deze studie vergeleek intense interoceptieve exposure gericht op verwachtingsdisconfirmatie met standaard interoceptieve exposure. De intense-exposureconditie ging door tot deelnemers aangaven dat ze de kans op het plaatsvinden van de aversieve uitkomst lager inschatten dan 5%. In lijn met de hypothesen werden betere behandel effecten gevonden voor de intense exposure dan voor de standaard exposure. Verschillen in de mate van angsttolerantie en verwachtingen voor de gevreesde uitkomst medieerden dit effect. Belangrijk hierbij is echter dat de onderzoekers niet controleerden voor de totale duur van de exposure. Het valt dan ook niet uit te sluiten dat de intense exposure langer duurde en dat deze langere duurtijd de verschillen tussen de condities in het behandel-

effect kan verklaren. Daarnaast werden geen verschillen tussen beide condities gevonden in de follow-upmeting.

Samenvattend is het aantal studies dat op een directe manier de invloed van verwachtingsdisconfirmatie op het behandelresultaat onderzoekt beperkt. Bovendien bieden de resultaten van de studies geen eenduidige evidentie voor een positieve invloed van verwachtingsdisconfirmatie op het behandelresultaat.

Virtual reality exposuretherapie (VRET) is (even) werkzaam bij angststoornissen — Indien verwachtingsdisconfirmatie een centraal mechanisme is dat de effecten van exposuretherapie verklaart, zouden vormen van exposure waarin (sommige) verwachtingen minder goed ontkracht kunnen worden minder effectief moeten zijn. Dit is bijvoorbeeld het geval voor exposure in virtual reality (VRET). In VRET kunnen sommige gevreesde uitkomsten immers niet plaatsvinden. Denk maar aan VRET voor vliegangst, waarbij een gevreesde uitkomst kan zijn dat het vliegtuig zal crashen en men dit niet zal overleven. De cliënt weet echter dat deze gevreesde uitkomst in een virtuele wereld niet kan plaatsvinden: er kan hooguit een crash gesimuleerd worden, maar zonder dat deze rampzalige gevolgen heeft. Nogtans blijkt VRET effectief voor het verminderen van vliegangst (zie bijvoorbeeld: Maltby et al., 2002). Meta-analyses tonen aan dat ook voor andere angststoornissen VRET effectiever is dan controlecondities (wachtlust en placebo) en even effectief is als exposure in vivo (Carl et al., 2019; Powers & Emmelkamp, 2008).

Hoe kunnen we verklaren dat ondanks de beperktere mogelijkheden voor verwachtingsdisconfirmatie VRET toch effectief is? Een eerste mogelijkheid is dat sommige typen verwachtingen wel goed getoetst kunnen worden in VRET en dat personen bij wie deze verwachtingen sterker op de voorgrond staan hun verwachtingen wel voldoende kunnen ontcrachten. Bijvoorbeeld, een cliënt met vliegangst die vreest in het vliegtuig een paniekaanval te krijgen, kan deze verwachting wel adequaat toetsen tijdens VRET. Zo'n cliënt heeft mogelijk meer baat bij VRET vergeleken met een cliënt die vreest te zullen omkomen in een vliegtuigcrash. Een tweede mogelijkheid is dat cliënten tijdens VRET zodanig ondergedompeld (*immersed*) zijn in de virtuele omgeving dat ze er tijdens VRET van overtuigd raken dat bepaalde uitkomsten (zoals een vliegtuigcrash) wel degelijk kunnen plaatsvinden, ook al kan dit in werkelijkheid niet. Een mogelijk risico hierbij is echter dat men achteraf kan beseffen dat bepaalde gevreesde uitkomsten niet echt konden plaatsvinden ('Het was allemaal maar in VR') en dat de resultaten van de behandeling daarom niet generaliseren naar situaties buiten de VR (Raes et al., 2011). Ten slotte is een derde mogelijkheid dat de effecten van VRET beter verklaard kunnen worden door andere modellen dan ILT en dat habituatie het centrale onderliggende mechanisme is (zie bijvoorbeeld: Rothbaum et al., 2000).

Om de eerste en tweede van bovenstaande mogelijkheden verder te onderzoeken, bevroegen we bij een groep van 43 spreekangstige deelnemers voorafgaand aan VRET welke gevreesde verwachtingen zij hadden met betrekking tot het spreken voor een publiek (in *real life*) (Scheveneels, Boddez, Van Daele et al., 2019). Na twee VRET-sessies (met in totaal vier spreekopdrachten voor een virtueel publiek) bevroegen we welke verwachtingen deelnemers konden uittesten tijdens de VRET. Per deelnemer werd berekend hoeveel procent van de gevreesde verwachtingen in real-life-spreeksituaties men had kunnen uittesten tijdens de VRET. Hoe groter dat percentage, hoe meer verwachtingen men kon uittesten tijdens de VRET. De verwachtingen werden opgedeeld in drie typen: (1) verwachtingen met betrekking tot de eigen reacties (bijvoorbeeld: 'De angst zal ondraaglijk zijn'), (2) verwachtingen met betrekking tot de reacties van het publiek (bijvoorbeeld: 'Het publiek zal me moeilijke vragen stellen') en (3) verwachtingen met betrekking tot negatieve beoordeling door het publiek (bijvoorbeeld: 'Ze zullen denken dat ik incompetent ben'). Uit de resultaten bleek dat deelnemers aangaven dat ze verwachtingen betreffende de eigen reacties inderdaad beter konden uittesten tijdens VRET dan verwachtingen over de reacties en beoordeling door het publiek. Echter, deelnemers met hogere percentages testbare verwachtingen vertoonden geen betere behandeluitkomst. Dit betekent dat hoewel verwachtingen betreffende de eigen reacties beter getest konden worden tijdens de VRET, dit niet bijdroeg tot een beter behandel-effect.

Om de tweede mogelijkheid te onderzoeken, manipuleerden we na afloop van de VRET (retrospectief) of deelnemers geloofden dat de gevreesde uitkomsten over de overte reacties van het publiek al dan niet konden plaatsvinden tijdens de VRET. We deden dit door na de VRET aan de helft van de deelnemers te zeggen dat het publiek tijdens de VRET niet interactief was en dus niet kon reageren op de speeches. De andere helft van de deelnemers kreeg te horen dat het publiek wel interactief was en bijgevolg wel kon reageren op de speeches. Het idee hierachter was dat deelnemers in de interactieve conditie zouden redeneren dat ze verwachtingen betreffende de reacties van het publiek (bijvoorbeeld: 'Personen uit het publiek zullen zuchten als reactie op mijn presentatie') goed hadden kunnen uittesten. Deelnemers in de niet-interactieve conditie werden verwacht retrospectief te redeneren dat ze deze verwachtingen betreffende de reacties van het publiek niet hadden kunnen uittesten, aangezien de reacties van het publiek niet afgestemd waren op hun speeches. Hoewel deelnemers deze instructies in beide condities geloofwaardig achtten, vonden we geen verschil in behandeluitkomst tussen beide condities. Dit impliceert dat het manipuleren van de overtuiging van deelnemers dat bepaalde uitkomsten niet konden plaatsvinden na afloop van de VRET (als inductie van retrospectief redeneren) geen effect had op het resultaat van de behandeling en geen evidentie biedt voor het belang van verwachtingsdisconfirmatie bij de effecten van VRET. Deze resultaten dienen echter met voorzichtigheid

geïnterpreteerd te worden, aangezien we geen onafhankelijke evidentie vonden dat de instructie het voorspelde effect had op de mate waarin verwachtingen getoetst en ontkracht konden worden. We hadden verwacht dat deelnemers die de instructie kregen dat het publiek niet interactief was na deze instructie zouden aangeven dat ze verwachtingen betreffende de reacties van het publiek ook daadwerkelijk minder goed konden uittesten. We verwachtten daarentegen dat deelnemers in de interactieve conditie na de instructie zouden aangeven dat ze hun verwachtingen betreffende de reacties van het publiek even goed of beter konden uittesten. Hier vonden we in de data echter geen evidentie voor. Dit doet de vraag rijzen of onze manipulatie wel succesvol was, aangezien ze niet het voorspelde effect had op de mate waarin deelnemers geloofden dat bepaalde verwachtingen konden worden uitgetest.

INTERVENTIE 2: VEILIGHEIDSGEDRAG TOELATEN OF NIET?

.....

ILT voorspelt dat het toelaten van veiligheidsgedrag interfereert met inhibitorisch leren en doet daarom de aanbeveling om dergelijk gedrag zoveel mogelijk achterwege te laten tijdens exposuretherapie (Craske et al., 2008, 2014). Het gaat hierbij om gedragingen (zowel overt als covert) die de cliënt stelt om de kans op het optreden van de gevreesde negatieve uitkomsten en angstgevoelens te verminderen of te voorkomen (Telch & Lancaster, 2012). De cliënt met een obsessieve-compulsieve stoornis bijvoorbeeld kan de deurklink aanraken op een plaats waar hij of zij denkt dat er minder virusdeeltjes zitten, en met de rug van de hand in plaats van met de handpalm. Een cliënt met een paniekstoornis kan steeds zijn mobiele telefoon of angstmedicatie op zak houden tijdens exposureoefeningen. Dergelijk veiligheidsgedrag zou interfereren met inhibitorisch leren, omdat het de verwachting voor het optreden van de gevreesde uitkomst vermindert.

Empirische uitdagingen voor ILT

.....

Hoewel uit sommige empirische studies blijkt dat het toelaten van veiligheidsgedrag tot slechtere behandeluitkomsten leidt (zie bijvoorbeeld: Kim, 2005; Powers et al., 2004), zijn er ook studies die aantonen dat het gebruik van veiligheidsgedrag de effecten van exposure niet beïnvloedt of zelfs kan faciliteren (zie bijvoorbeeld: Rachman et al., 2008; van den Hout et al., 2011). Meulders en collega's (2016) concluderen uit een recente meta-analyse dat er geen evidentie is voor *nadelige* effecten van veiligheidsgedrag op de uitkomst van exposuretherapie. Tegelijkertijd werd in deze meta-analyse ook geen evidentie gevonden voor een *positieve* invloed van het toelaten van veiligheidsgedrag op de effecten van exposure. De auteurs benadrukken dat de resultaten met de nodige voorzichtigheid moeten worden geïnterpreteerd:

het aantal beschikbare studies was beperkt ($N = 23$) en de definities van veiligheidsgedrag liepen sterk uiteen.

Ook het afleiden van de aandacht kan beschouwd worden als een vorm van veiligheidsgedrag. Cliënten die zichzelf tijdens de exposurebehandeling afleiden (bijvoorbeeld door de ogen te sluiten, met de therapeut te babbelen, enzovoort), kunnen zich minder angstig voelen en doen alsof ze in een andere situatie zitten. ILT voorspelt dat de aandacht afleiden tijdens exposure het inhibitorisch leren verhindert, omdat men zich dan niet of minder bewust is van de cruciale leerervaring, namelijk dat de VP niet gevolgd wordt door de OP (Craske et al., 2014). Dit ligt in lijn met associatieve leermodellen die vooropstellen dat leren over een stimulus afhankelijk is van of er wel of geen aandacht is voor de stimulus (Mackintosh, 1975). Met andere woorden, wanneer cliënten afleiding zoeken, zullen zij minder of geen aandacht hebben voor informatie die hun gevreesde verwachtingen ontkracht.

Echter, ook met betrekking tot het effect van afleiding tijdens exposuretherapie zijn de resultaten uit empirisch onderzoek niet eenduidig. Terwijl sommige studies aantonen dat afleiding een nadelige invloed heeft op de effectiviteit van exposure (zie bijvoorbeeld: Kamphuis & Telch, 2000), vinden andere studies geen effect of zelfs een faciliterend effect (zie bijvoorbeeld: Antony et al., 2001; Oliver & Page, 2008). Een meta-analyse (15 studies) door Podina en collega's (2013) onderzocht eventuele verschillen in de effectiviteit van exposuretherapie met gefocuste aandacht, afgeleide aandacht of zonder instructies rond aandacht bij specifieke fobie. Er werden geen verschillen gevonden zoals gemeten door zelfrapportage en psychofysiologische maten (bijvoorbeeld hartslag en huidgeleiding). In de gedragsmaten (bijvoorbeeld de *behavioral-approach*-taak) leidde exposure met afleiding zelfs tot betere resultaten vergeleken met exposure met gefocuste aandacht. Vlak na de behandeling was dit effect randsignificant en tijdens de follow-up significant. Moderatieanalyses toonden aan dat met name afleiding die op een interactieve manier plaatsvindt (bijvoorbeeld een praatje maken met de therapeut) tot betere effecten leidt vergeleken met exposure met gefocuste aandacht. Deze resultaten suggereren dat het afleiden van de aandacht niet het voorspelde nadelige effect heeft op de uitkomst van exposuretherapie.

In tegenstelling tot de voorspellingen en aanbevelingen door ILT is er geen duidelijke evidentie *tegen* het gebruik van veiligheidsgedrag en afleiding tijdens exposure. Wel is er behoefte aan meer onderzoek over dit thema. Beide bovengenoemde meta-analyses (zowel die over veiligheidsgedrag door Meulders en collega's als die over afleiding door Podina en collega's) bevatten een beperkt aantal studies, met bovendien grote verschillen wat betreft operationalisatie en definitie van veiligheidsgedrag en afleiding. Het is bijvoorbeeld belangrijk om verder te onderzoeken welke vormen van veiligheidsgedrag niet nadelig (of zelfs faciliterend) zijn, en welke vormen dit wel zijn. Cruciaal voor de toetsing van ILT is om op een meer directe manier na te gaan of de mate van verwachtingsdisconfirmatie het effect van

veiligheidsgedrag modereert. Sommige vormen van veiligheidsgedrag hebben misschien geen invloed op de mate waarin verwachtingen getoetst en ontkracht kunnen worden, en hebben daarom niet noodzakelijk een nadelig effect op de uitkomst van exposure.

INTERVENTIE 3: VOORAFGAAND AAN EXPOSURE WEL OF GEEN COGNITIEVE INTERVENTIES TOEPASSEN?

.....

Gegeven de centrale rol van verwachtingsdisconfirmatie beveelt ILT aan om vóór of tijdens de exposure geen cognitieve interventies toe te passen indien die de verwachtingen voor de gevreesde uitkomst kunnen verminderen (Craske et al., 2014; Weisman & Rodebaugh, 2018). Het gaat hierbij om interventies gericht op de *probability bias* (het overschatten van de kans op een negatieve uitkomst) of de *cost bias* (het overschatten van de ernst van de gevolgen) die bij angstige cliënten geobserveerd wordt (Uren et al., 2004; Vander Haegen & Etienne, 2016). De cliënt met een obsessieve-compulsieve stoornis bijvoorbeeld schat de kans op besmetting met hiv na het aanraken van een deurklink zeer hoog in. Door de cliënt informatie te geven over de (uiterst kleine) objectieve kans op overdracht van hiv (OP) via oppervlakken als deurklinken (VP) zal de angstige verwachting van de cliënt wellicht dalen. Een soortgelijk type interventie kan gebruikt worden bij cliënten die bang zijn om het vliegtuig te nemen (VP) omdat ze de kans hoog inschatten dat ze zullen omkomen in een vliegtuigcrash (OP). Hierbij kan de therapeut objectieve informatie geven over de extreem lage kans op een vliegtuigcrash, deze kans afzetten tegen de kans op een auto-ongeluk, enzovoort. Dit verkleint op zijn beurt de mogelijkheden tot verwachtingsdisconfirmatie en inhibitorisch leren wanneer de cliënt de deurklink aanraakt en niet besmet raakt met hiv, respectievelijk het vliegtuig neemt en niet crasht. ILT veronderstelt bijgevolg dat zelf ondervinden dat een verwachting niet opgaat (via exposuretherapie) effectiever is dan wanneer de therapeut de cliënt vertelt dat een verwachting niet opgaat (via cognitieve technieken).

Empirische uitdagingen voor ILT

.....

De rol van cognitieve interventies bij exposuretherapie is al jarenlang onderwerp van discussie onder CGT-onderzoekers en -therapeuten. In het kader van deze bijdrage voert het te ver om alle beschikbare evidentie hieromtrent te bespreken. In een meta-analyse (N = 108) onderzochten Norton en Price (2008) of er verschillen zijn wat betreft effectiviteit tussen onder meer exposure met en zonder cognitieve interventies. Ze vonden zowel onmiddellijk na de behandeling als tijdens de follow-up geen verschillen in effectgrootte, wat erop wijst dat er geen *added effect* is van de cognitieve interventies. Er werd echter ook geen evidentie gevonden voor een *negatieve*

invloed van cognitieve interventies op de uitkomst van exposure, zoals ILT voorspelt. Hierbij kan opgemerkt worden dat de studies in deze meta-analyse een brede waaier aan cognitieve interventies omvatten die niet specifiek gericht zijn op het type cognitieve interventies en de timing ervan die volgens ILT een nadelige invloed zouden hebben. Het gaat dan met name over interventies voorafgaand of tijdens de exposure die de verwachtingen voor de gevreesde uitkomst naar beneden halen.

We onderzochten de invloed van dergelijke cognitieve interventies op een meer directe manier via een extinctieprocedure (Scheveneels, Boddez, De Ceulaer et al., 2019). Deelnemers ($N = 82$) werden uitgenodigd in het laboratorium en verwierven angst voor een geometrische figuur (VP) door deze samen met een elektrische prikkel (OP) aan te bieden. Vervolgens doorliepen de deelnemers een extinctiefase, waarin de geometrische figuur zonder de elektrische prikkel werd aangeboden. Zoals hierboven besproken, wordt een dergelijke procedure gebruikt om exposuretherapie in het laboratorium bij gezonde deelnemers te modelleren. Voorafgaand aan de extinctiefase (na de fase van angstverwerving) vond de cruciale manipulatie plaats. De helft van de deelnemers werd geïnformeerd dat vanaf dat moment de kans op de elektrische prikkel extreem klein was, namelijk 1 op 1000. De andere helft van de deelnemers kreeg deze informatie niet. Het geven van deze informatie kan gezien worden als het equivalent van (bijvoorbeeld) het bespreken van de extreem lage kans op een vliegtuigcrash bij vliegangst. In lijn met de voorspellingen door ILT zou het geven van deze informatie tot minder verwachtingsdisconfirmatie, minder inhibitorisch leren en minder bestendige effecten van extinctie moeten leiden. We vonden inderdaad dat deelnemers die de informatie over de lage kans kregen lagere verwachtingen voor de elektrische prikkel rapporteerden tijdens de extinctiefase, vergeleken met deelnemers in de controlegroep. Toen we echter nadien nagingen hoe sterk de effecten van extinctie behouden bleven wanneer deelnemers geconfronteerd werden met de geometrische figuur in een context die afweek van de extinctiecontext (*ABA-renewal*-procedure), observeerden we juist minder terugkeer van angst bij deelnemers die de informatie over de lage kans op de elektrische prikkel kregen. Dit resultaat is tegengesteld aan de voorspellingen door ILT. Het biedt geen evidentie voor een nadelig effect van het geven van informatie over de extreem lage kans op het optreden van de gevreesde uitkomst op het behoud van de effecten van exposure. Belangrijk is wel dat we deze hypothese in het laboratorium bij gezonde deelnemers onderzochten. Bovendien zijn er, ondanks de overlap tussen extinctie en exposure, toch ook belangrijke verschillen, waardoor de bevindingen uit extinctieonderzoek niet steeds rechtstreeks naar de klinische praktijk vertaald kunnen worden (zie ook: Scheveneels et al., 2016).

Samenvattend is er momenteel weinig onderzoek naar de effecten van cognitieve interventies die verwachtingsdisconfirmatie kunnen beïnvloeden op de uitkomst van exposuretherapie. In een studie waarin we gebruik-

maakten van een extinctieprocedure vonden we geen nadelig effect van dergelijke interventie op het behoud van de effecten van extinctie. Toekomstig onderzoek dient deze hypothese echter te toetsen in exposureprocedures.

INTERVENTIE 4: EXPOSUREHIËRARCHIE VOLGEN OF NIET?

.....

Vanuit habituatiemodellen als EPT wordt het gebruik van een exposurehiërarchie aangeraden. Hierbij vindt de confrontatie met de gevreesde situaties of stimuli op een graduele manier plaats. Er wordt gestart met objecten of situaties die relatief minder angst uitlokken, waarna de cliënt, zodra er voldoende angstreductie heeft plaatsgevonden, stapsgewijs wordt blootgesteld aan situaties die meer angst ontlokken (Foa et al., 2006). Een cliënt met hoogtevrees bijvoorbeeld start met exposure op een balkon met veiligheidsleuning op de eerste verdieping. Zodra de angstniveaus voldoende zijn gezakt, gaat de cliënt stapsgewijs verder met exposures op balkons op steeds hogere verdiepingen en zonder veiligheidsleuning. ILT daarentegen raadt aan om de verschillende items van de exposurehiërarchie te doorlopen op een variabele of random manier (Craske et al., 2014; Knowles & Olatunji, 2019). Dit kan bijvoorbeeld door niet stapsgewijs van lagere naar hogere verdiepingen te gaan, maar op een variabele manier tussen hogere en lagere verdiepingen te wisselen. Het idee hierachter is dat door variabiliteit tijdens exposure te introduceren meer verschillende emoties en interne stimuli geassocieerd geraken met het extinctieleren (Bouton, 2000). Op die manier zou de inhibitorische associatie gemakkelijker opnieuw opgehaald kunnen worden na de exposurebehandeling en kan terugkeer van angst voorkomen of verminderd worden.

Empirische uitdagingen voor ILT

.....

Een aantal empirische studies suggereert dat meer variabiliteit tijdens extinctie en exposure samenhangt met een beter behoud van de effecten op lange termijn (Brown et al., 2017; Culver et al., 2012). Variabiliteit kan echter op verschillende manieren geïntroduceerd worden, bijvoorbeeld door exposure in meerdere contexten en met meerdere stimuli. In deze paragraaf bespreken we vier studies die specifiek focussen op het vergelijken van hiërarchische exposure versus variabele exposure.

In een eerste studie door Lang en Craske (2000) werden 34 deelnemers met verhoogde angst voor hoogten toegewezen aan een hiërarchische of random benadering van exposure. In de hiërarchische conditie startte de exposure op de laagste verdieping en ging men stapsgewijs verder tot de hoogste verdieping. De veiligheidsleuning werd op elke verdieping op eenzelfde manier benaderd. De deelnemers in de random conditie doorliepen de oefeningen op verschillende hoogten in een random volgorde en benaderden de

veiligheidsleuning hierbij steeds op een andere manier. Daarnaast oefende de random groep op meerdere locaties, terwijl de hiërarchische groep steeds op dezelfde plaats oefende. De manipulatie was bijgevolg breder dan enkel het al dan niet volgen van een exposurehiërarchie. De studie toonde echter geen verschillen tussen beide condities wat betreft behandeluitkomst.

Kircanski en collega's (2012) onderzochten de effectiviteit van een hiërarchische versus random benadering van exposure bij 50 deelnemers die verhoogd scoorden op smetvrees. De hiërarchische groep werd blootgesteld aan één item per sessie, beginnend met het eerste item van de hiërarchie tijdens de eerste sessie, vervolgens het tweede item tijdens de tweede sessie en het meest angstontlokkende item tijdens de derde en laatste sessie. Elke sessie verliep steeds op eenzelfde manier en had eenzelfde duur. Deelnemers uit de random conditie werden in een random volgorde aan de drie items blootgesteld, aan meerdere items per sessie en met variabele duur per sessie. Tussen beide groepen was er geen verschil in het behandelresultaat op korte en lange termijn.

Jacoby en collega's (2019) onderzochten in een steekproef van 40 personen met ongewilde obsessies over seks, religie of met agressieve inhoud het verschil in effectiviteit tussen hiërarchische versus random exposure. Per deelnemer werd een lijst opgesteld met negen exposurestimuli. Iedere deelnemer categoriseerde de stimuli naargelang de mate van spanning en angst die ze ontlokten, en wel als 'mild' (drie stimuli), 'matig' (drie stimuli) en 'intens' (drie stimuli). Tijdens de exposurebehandeling werd de deelnemer blootgesteld aan de stimuli zonder gedragingen of rituelen gericht op angstreductie (bijvoorbeeld gedachteonderdrukking of afleiding). In de hiërarchische conditie werd gestart met de milde stimuli, vervolgens de matige en ten slotte de intense stimuli. In de variabele conditie werden stimuli uit de milde, matige en intense categorie op een random manier aangeboden. Onmiddellijk na de interventie bleek de behandeling even effectief voor beide condities. Drie maanden na de behandeling vond men een (niet-significante) trend die suggereerde dat deelnemers in de random conditie verder verbeterden, terwijl dat niet het geval was voor deelnemers in de hiërarchische conditie. Dit resultaat werd echter slechts in de helft van de uitkomstmaten teruggevonden: wel in het interview en in de zelfrapportage, maar niet in de gedragsmaten. Bovendien was de mate van variabiliteit in subjectieve en fysiologische angst tijdens exposure niet voorspellend voor het behandelresultaat. Ook deze studie biedt dus slechts gedeeltelijk evidentie voor de hypothesen vanuit ILT.

We onderzochten de effecten van een hiërarchische versus random benadering onder gecontroleerde omstandigheden in het laboratorium via een extinctieprocedure bij 64 deelnemers (Scheveneels, Boddez, Vervliet et al., 2019). In een eerste fase van het experiment verwierven deelnemers angst voor de afbeelding van een bepaald gezicht (VP+) door dat samen met een elektrische prikkel aan te bieden. Een ander gezicht werd tijdens deze fase

steeds aangeboden zonder elektrische prikkel en verwierf hiermee de status van veiligheidssignaal (VP-). Tijdens extinctie werden afbeeldingen van gezichten aangeboden die meer of minder gelijkenis vertoonden met de VP+ of VP- (het ging hier om *morphs* tussen de VP+ en VP- die gecreëerd waren met gespecialiseerde software). In de hiërarchische conditie werd tijdens extinctie eerst de VP- aangeboden, gevolgd door een gezicht dat veel gelijkenis vertoonde met de VP-, vervolgens gezichten die steeds meer op de VP+ leken, tot de VP+ zelf werd aangeboden. Op die manier werd in het laboratorium een hiërarchische benadering van exposuretherapie gemodelleerd: eerst werden stimuli aangeboden waarvan deelnemers geleerd hadden dat ze veilig waren (VP- en daarop lijkende stimuli), waarna stapsgewijs stimuli werden aangeboden die steeds meer gelijkenis vertoonden met de angstontlokkende stimulus. In de random conditie werden de gezichten in random volgorde aangeboden. In lijn met de voorspellingen door ILT observeerden we meer variabiliteit en fysiologische arousal in de random dan in de hiërarchische conditie. Dit vertaalde zich echter niet in verschillen tussen beide condities wat betreft de mate waarin de effecten van extinctie behouden bleven (24 uur later).

De beschikbare klinische studies en onze studie in het laboratorium bieden weinig evidentie voor de hypothese dat het gebruik van een exposurehiërarchie nadelig is voor de effectiviteit van exposuretherapie. De beschikbare hoeveelheid studies rond dit topic is echter opnieuw beperkt en bijkomende studies zijn noodzakelijk om betrouwbare conclusies te kunnen trekken. Hierbij dient opgemerkt te worden dat we in deze paragraaf focusten op het random (in plaats van hiërarchisch) doorlopen van exposure om variabiliteit te induceren. Daarnaast stelt ILT andere manieren voor om variabiliteit te induceren tijdens exposure, zoals het uitvoeren van exposure in meerdere contexten. Voor deze aanbeveling bestaat meer empirische ondersteuning (zie bijvoorbeeld: Bandarian-Balooch et al., 2015; Olatunji et al., 2017).

KLINISCHE UITDAGINGEN

.....

Naast de empirische evidentie met betrekking tot de rol van verwachtingsdisconfirmatie, het al dan niet toelaten van veiligheidsgedrag, en gebruik van cognitieve interventies en hiërarchische exposure, kan de vraag gesteld worden naar hoe haalbaar en wenselijk het is om deze aanbevelingen toe te passen in de klinische praktijk.

Aangezien de leerervaringen tijdens exposuretherapie dienen te focussen op het al dan niet uitkomen van de gevreesde uitkomsten en/of de ernst van de gevreesde uitkomst, is het belangrijk om voorafgaand de gevreesde uitkomsten met de cliënt te identificeren. Na de exposureoefening kan vervolgens samen met de cliënt nagegaan worden of de gevreesde uitkomst wel of niet is uitgekomen (Craske et al., 2014; Vervliet et al., 2014). Hierbij

kan tevens de discrepantie tussen de verwachte en feitelijke uitkomst benadrukt worden, teneinde het inhibitorisch leren verder te consolideren in het geheugen. Een cruciale voorwaarde hiervoor is dat de cliënt verwachtingen heeft over een gevreesde uitkomst en die kan identificeren. Dit is minder vanzelfsprekend dan het lijkt: een belangrijk deel van de cliënten komt moeilijk tot dergelijke verwachtingen. Zo rapporteren de meeste cliënten met angst voor spinnen dat ze wel weten dat de spin hun geen kwaad zal doen, of dat ze niet gek zullen worden van angst, maar ze voelen zich toch angstig. Ook bij personen met symmetriedwang als obsessieve-compulsieve stoornis is het vaak niet vanzelfsprekend om een gevreesde uitkomst te identificeren. Bij zulke cliënten gaat het vaak over een gevoel van spanning dat getriggerd wordt wanneer 'iets niet juist is', bijvoorbeeld wanneer koffiekopjes niet allemaal in dezelfde richting staan (Coles et al., 2003).

Exposuretherapie is een veeleisende en uitdagende behandeling, waarbij de cliënt doorgaans hoge niveaus van spanning dient te tolereren. Het toelaten van veiligheidsgedrag, cognitieve interventies en hiërarchische exposure zijn voorbeelden van interventies waarmee therapeuten de bereidheid van cliënten om de confrontatie met de gevreesde situatie aan te gaan kunnen versterken en de drempel tot het doen van exposure kunnen verlagen. Een ILT-benadering van exposure kan de behandeling extra veel-eisend maken, aangezien de therapeutische aanbevelingen gericht zijn op het maximaliseren van verwachtingen over de gevreesde uitkomst, en op het hooghouden van angstniveaus en arousal. Dit gebeurt door het introduceren van zogenaamde *desirable difficulties* om (het ophalen van) het inhibitorisch leren op lange termijn te versterken (Jacoby & Abramowitz, 2016). Er is evenwel evidentie dat het toelaten en louter beschikbaar stellen van veiligheidsgedrag kan leiden tot een betere acceptatie en tolerantie van de exposurebehandeling (Levy et al., 2014; Milosevic & Radomsky, 2013). Daarnaast kan het toelaten van veiligheidsgedrag toenadering tijdens exposure faciliteren (Milosevic & Radomsky, 2008) en het gevoel van controle en *self-efficacy* van cliënten versterken (Rachman et al., 2008; zie echter: Deacon et al., 2010). Rachman en collega's (1986) vonden dat agorafobische cliënten die de mogelijkheid kregen om te ontsnappen tijdens de exposuretherapie even goede behandelresultaten vertoonden en een sterker gevoel van controle rapporteerden dan cliënten aan wie deze mogelijkheid niet werd geboden. Bovendien bleek dat slechts weinig cliënten daadwerkelijk gebruikmaakten van de mogelijkheid om te ontsnappen. Ook het toelaten van afleiding tijdens exposure blijkt geassocieerd met een sterker gevoel van controle en sterkere angstreductie tijdens en tussen de sessies (Oliver & Page, 2008).

Vanwege bovenstaande bevindingen en het ontbreken van eenduidige empirische ondersteuning voor de nadelige effecten van veiligheidsgedrag op de behandeluitkomst stellen Rachman en collega's (2008) een 'verstandig' (*judicious*) gebruik van veiligheidsgedrag voor. Met name tijdens de vroege stadia van de exposurebehandeling zou het toelaten van veiligheids-

gedrag een faciliterende rol kunnen spelen. In de studie van Milosevic en Radomsky (2008) bij personen met angst voor slangen zorgde het toelaten van veiligheidsgedrag er met name tijdens de eerste 15 minuten van de sessie voor dat deelnemers een slang dichter durfden te naderen. Deze faciliterende invloed nam af naarmate de sessie vorderde, met de minste invloed aan het einde van de behandeling. Wellicht is het belangrijk om in de loop van de exposurebehandeling het veiligheidsgedrag af te bouwen. De studie door Deacon en collega's (2010) vond geen nadelig effect van het toelaten van veiligheidsgedrag, terwijl een studie door Powers en collega's (2004) wel een nadelige invloed op het behandelresultaat vond. Het design van beide studies was erg gelijkaardig, met als belangrijkste verschil dat bij Deacon en collega's (2010) het toelaten van veiligheidsgedrag tijdens de behandeling werd afgebouwd, terwijl dit niet het geval was in de studie van Powers en collega's (2004). Ten slotte zijn er aanwijzingen dat een deel van de cliënten het advies om af te zien van veiligheidsgedrag niet opvolgt (Morgan & Raffle, 1999). Veiligheidsgedrag kan bovendien subtiele vormen aannemen, waardoor het voor de therapeut niet altijd even gemakkelijk is om het te observeren en te controleren.

Op soortgelijke manier kan stapsgewijs werken met een exposurehiërarchie voor sommige cliënten de bereidheid om zich bloot te stellen aan de gevreesde stimuli en situaties versterken, en weigering en drop-out tijdens de behandeling verminderen. Het ervaren van angstdaling tijdens de sessie kan voor cliënten zeer bekrachtigend zijn (Norton et al., 2011). Toch vonden Jacoby en collega's (2019) in hun studie waarin hiërarchische en random exposure werden vergeleken geen evidentie voor hogere drop-out tijdens random exposure. Met name stopten vijf deelnemers met de behandeling in de hiërarchische conditie, terwijl geen van de deelnemers in de random conditie de behandeling vroegtijdig stopzette. Bovendien waren er geen verschillen tussen beide condities in de mate van tevredenheid over de exposuretherapie.

We kunnen besluiten dat het niet altijd vanzelfsprekend is om de aanbevelingen van ILT toe te passen. Het identificeren van verwachtingen over gevreesde uitkomsten is niet bij alle cliënten evident. Exposure op basis van de principes en aanbevelingen van ILT kan beschouwd worden als veeleisend en uitdagend: interventies die angstige verwachtingen en angstniveaus doen dalen (zoals het toelaten van veiligheidsgedrag, cognitieve interventies en een exposurehiërarchie) worden afgeraden. Terzelfdertijd zijn dit evenwel interventies die therapeuten kunnen inzetten om de bereidheid van de cliënt tot het aangaan van exposure, en diens gevoel van controle en self-efficacy, te versterken.

DISCUSSIE

.....

19

In deze bijdrage formuleerden we een aantal empirische en klinische uitdagingen voor het inhibitorisch-leermodel (ILT) van exposuretherapie. We deden dit aan de hand van enkele voorbeelden van therapeutische aanbevelingen. In een eerste paragraaf lag de focus op de centrale rol van verwachtingsdisconfirmatie. Dit wordt door ILT beschouwd als het centrale werkingsmechanisme van exposuretherapie, dat inhibitorisch leren drijft. We concludeerden dat het aantal studies dat op een directe manier de invloed van verwachtingsdisconfirmatie op het behandelresultaat onderzoekt, beperkt is. Bovendien bieden de bevindingen geen eenduidige evidentie voor verwachtingsdisconfirmatie als cruciaal werkingsmechanisme bij exposuretherapie. Vormen van exposure waarin (sommige) verwachtingen minder goed getoetst kunnen worden (zoals in virtual reality) blijken toch (even) effectief te zijn. De toepassing van een benadering van exposure waarin verwachtingsdisconfirmatie centraal staat, wordt bovendien bemoeilijkt doordat niet alle cliënten verwachtingen over een gevreesde uitkomst kunnen identificeren. In een tweede paragraaf gingen we in op de aanbeveling van ILT om tijdens exposuretherapie af te zien van veiligheidsgedrag. Het toelaten van veiligheidsgedrag zou volgens ILT de verwachtingen voor de gevreesde uitkomst kunnen verminderen en op die manier interfereren met inhibitorisch leren. Hoewel bijkomend onderzoek noodzakelijk is, wordt deze voorspelling niet eenduidig bevestigd door de huidige beschikbare evidentie. Vervolgens werden empirische uitdagingen besproken omtrent de aanbeveling om voorafgaand aan exposure geen cognitieve interventies toe te passen die verwachtingen voor de gevreesde uitkomst kunnen verminderen. Ook voor deze voorspelling biedt ons eigen onderzoek geen evidentie. Opnieuw is er behoefte aan bijkomend klinisch onderzoek. In een vierde paragraaf bekeken we de beschikbare evidentie voor het al dan niet gebruiken van een exposurehiërarchie. ILT voorspelt dat het random doorlopen van exposureoefeningen leidt tot meer variabiliteit en tot een beter ophalen van de inhibitorische associatie. De beschikbare studies bieden echter weinig evidentie voor de hypothese dat het gebruik van een exposurehiërarchie nadelig is voor de effectiviteit van exposuretherapie.

Ten slotte werd een aantal uitdagingen besproken die verband houden met de klinische toepassing van de aanbevelingen door ILT. ILT kan beschouwd worden als een veeleisende benadering van exposure. Wanneer cliënten geen veiligheidsgedrag mogen stellen en er niet gewerkt wordt met een exposurehiërarchie, kunnen angstniveaus hoog oplopen. Dit ligt tevens in lijn met een doel van ILT: cliënten leren om angst te tolereren. Men kan zich echter afvragen wat de invloed hiervan is op de bereidheid van cliënten tot het aangaan van exposure. Er is enige evidentie dat verstandig gebruik van veiligheidsgedrag, toepassing van cognitieve interventies voorafgaand

aan exposure en gebruik van een exposurehiërarchie de drempel voor exposure kunnen verlagen, en de cliënt een gevoel van controle en self-efficacy kunnen geven. Toekomstig onderzoek dient dan ook niet uitsluitend te focussen op de behandel-effecten, maar ook op de invloed van de aanbevelingen op andere relevante uitkomsten, zoals weigering van exposurebehandeling, therapietrouw en drop-out. Ook onderzoek naar de ervaringen van klinici bij het toepassen van de aanbevelingen van ILT kan belangrijke informatie verschaffen over de klinische toepasbaarheid.

Naast de uitdagingen waar deze bijdrage op focust, heeft ILT een aantal onmiskenbare sterkten en verdiensten. Voor een uitgebreide discussie hiervan verwijzen we naar Pittig en collega's (2016, 2018) en Weisman en Rodebaugh (2018). Bovenal is het een pragmatische theorie, waaruit concrete en toetsbare voorspellingen over de optimalisatie van exposuretherapie voortvloeien. ILT heeft reeds vele onderzoeksprogramma's geïnspireerd. Ze biedt tal van mogelijkheden om toekomstig onderzoek te inspireren en zo tot nieuwe kennis en voortschrijdend inzicht te komen. Door de nauwe link met de leertheorie kunnen voorspellingen getoetst worden in goed controleerbare experimentele designs en conditioneringsstudies in het laboratorium. Een belangrijke verdienste van ILT is dat de focus ligt op de behandel-effecten op lange termijn. In het bijzonder maakt ILT expliciet het onderscheid tussen enerzijds de expressie van angst *tijdens* exposure en anderzijds de leereffecten op de lange termijn, waarbij de aanbevelingen gericht zijn op het laatste. Terwijl veel traditioneel onderzoek over exposure focust op angstdaling tijdens of vlak na de exposuretherapie, focussen ILT-geïnspireerde studies in de eerste plaats op de behandeluitkomsten tijdens follow-upmetingen en testen voor generalisatie. Dit sluit mooi aan bij waar we als gedragstherapeut met onze cliënten naar streven, namelijk dat de effecten van de behandeling niet beperkt blijven tot de therapiesessies, maar dat cliënten baat hebben bij de behandeling op de lange termijn. Ten slotte focusten we in deze bijdrage op vier aanbevelingen die (voorlopig) niet het verhoopte succes lijken te hebben. Dit mogen we echter niet veralgemenen naar alle aanbevelingen die ILT doet. Er zijn ook aanbevelingen die wel degelijk sterk empirisch ondersteund worden, zoals het uitvoeren van exposure in meerdere contexten.

Gezien de relevantie voor de klinische praktijk raken steeds meer klinici vertrouwd met de therapeutische aanbevelingen die uit ILT voortvloeien. Het is echter belangrijk om de beschikbare evidentie voor ILT op een kritische manier te blijven evalueren. Deze bijdrage is geen alomvattende evaluatie van de empirische status en klinische toepasbaarheid van ILT. Wel hebben we aan de hand van enkele voorbeelden (verwachtingsdisconfirmatie, cognitieve interventies, veiligheidsgedrag en exposurehiërarchie) aangetoond dat er voor deze aanbevelingen momenteel geen uitgesproken of eenduidige evidentie beschikbaar is. Gezien deze empirische status lijkt het dan ook niet aangewezen om op een rigide manier aan deze aanbeve-

lingen vast te houden. Er is ruimte voor een afweging tussen enerzijds de ingeschatte voordelen en anderzijds de mogelijke impact op de motivatie en therapietrouw van de cliënt. Indien de therapeut bijvoorbeeld inschat dat het werken met een exposurehiërarchie cruciaal is om een bepaalde cliënt te motiveren tot het aangaan en doorzetten van de exposuretherapie, is er momenteel onvoldoende evidentie om hiervan af te zien. Hetzelfde geldt voor het toepassen van cognitieve interventies voorafgaand aan de exposure en het beschikbaar stellen van veiligheidsgedrag in de beginfase van de behandeling.

De status van ILT lijkt momenteel op de eerste plaats *theory-based*: voor het grootste deel van de aanbevelingen is het vanuit associatieve leermodellen plausibel dat ze de effecten van exposuretherapie kunnen verbeteren. Zoals we in deze bijdrage aantoonen, impliceert dit niet noodzakelijkerwijs dat de aanbevelingen ook evidence-based zijn of ondersteund worden door wetenschappelijke evidentie. De belangrijkste conclusie is dat er behoefte is aan bijkomend onderzoek dat de hypothesen van ILT (op een directe manier) toetst, en dit zowel in laboratoriumonderzoek als in klinisch onderzoek. Naast onderzoek naar de verschillende elementen van een op ILT gebaseerde exposurebehandeling afzonderlijk, is er tevens behoefte aan een omvattende RCT waarin traditionele benaderingen van exposure (op basis van het habituatiemodel) rechtstreeks vergeleken worden met op ILT gebaseerde exposure.

Sara Scheveneels, Yannick Boddez en Dirk Hermans zijn verbonden aan het Centrum voor Leerpsychologie en Experimentele Psychopathologie van de KU Leuven. Yannick Boddez is verder verbonden aan het Departement Experimentele Klinische en Gezondheidspsychologie van de Universiteit Gent.

Correspondentieadres: Sara Scheveneels, KU Leuven, Centrum voor Leerpsychologie en Experimentele Psychopathologie, Tiensestraat 102 – bus 3712, 3000 Leuven.
E-mail: sara.scheveneels@kuleuven.be.

Summary *Challenges for the inhibitory learning model of exposure therapy*

During the last decade the inhibitory learning model (ILT) has become one of the prevailing models of exposure therapy. The therapeutic strategies rooted in ILT found their way to clinical practice. In this paper we discuss some challenges to ILT. To this end, we will elaborate on four therapeutic strategies: (1) the central role of expectancy violations, (2) eliminating safety behavior, (3) omitting cognitive interventions prior or during exposure, and (4) refraining from the use of an exposure hierarchy. We discuss observations that do not support these recommendations. A significant number of clients does not report clear expectations about an aversive outcome and types of exposure that allow for only limited expectancy violation (e.g. virtual reality) are nevertheless effective. In addition, there is currently no clear-cut empirical evidence against the use of

safety behavior, cognitive interventions and an exposure hierarchy. The judicious use of safety behavior could even have a positive impact on clients' willingness to engage in exposure. We conclude that most strategies proposed by ILT are theoretically sound but need further empirical investigation in clinical research and RCTs. It is recommended that research also focuses on refusal rates, treatment adherence, drop-out and on the experiences of clinicians, in order to provide clarity about the applicability of ILT in clinical practice.

Keywords *exposure therapy, inhibitory learning model, expectancy violation, anxiety disorders, safety behavior, exposure hierarchy*

Literatuur

- Antony, M. M., McCabe, R. E., Leeuw, I., Sano, N., & Swinson, R. P. (2001). Effect of distraction and coping style on in vivo exposure for specific phobia of spiders. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 1137-1150.
- Baker, A., Mystkowski, J., Culver, N., Yi, R., Mortazavi, A., & Craske, M. G. (2010). Does habituation matter? Emotional processing theory and exposure therapy for acrophobia. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 1139-1143.
- Bandarian-Balooch, S., Neumann, D. L., & Boschen, M. J. (2015). Exposure treatment in multiple contexts attenuates return of fear via renewal in high spider fearful individuals. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 47, 138-144.
- Boddez, Y., Moors, A., Mertens, G., & De Houwer, J. (2020). Tackling fear: Beyond associative memory activation as the only determinant of fear responding. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 112, 410-419.
- Bouton, M. E. (1993). Context, time and memory retrieval in the interference paradigms of Pavlovian learning. *Psychological Bulletin*, 114, 80-99.
- Bouton, M. E. (2000). A learning theory perspective on lapse, relapse, and the maintenance of behavior change. *Health Psychology*, 19, 57-63.
- Brown, L. A., LeBeau, R. T., Chat, K. Y., & Craske, M. G. (2017). Associative learning versus fear habituation as predictors of long-term extinction retention. *Cognition & Emotion*, 31, 687-698.
- Carl, E., Stein, A. T., Levihn-Coon, A., Pogue, J. R., Rothbaum, B., Emmelkamp, P., Asmundson, G. J. G., Carlbring, P., & Powers, M. B. (2019). Virtual reality exposure therapy for anxiety and related disorders: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Anxiety Disorders*, 61, 27-36.
- Choy, Y., Fyer, A. J., & Lipsitz, J. D. (2007). Treatment of specific phobia in adults. *Clinical Psychology Review*, 27, 266-286.
- Coles, M. E., Frost, R. O., Heimberg, R. G., & Rhéaume, J. (2003). 'Not just right experiences': Perfectionism, obsessive-compulsive features and general psychopathology. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 681-700.
- Craske, M. G., Kircanski, K., Zelikowsky, M., Mystkowski, J., Chowdhury, N., & Baker, A. (2008). Optimizing inhibitory learning during exposure therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 5-27.
- Craske, M. G., Treanor, M., Conway, C., Zbozinek, T., & Vervliet, B. (2014). Maximizing exposure therapy: An inhibitory learning approach. *Behaviour Research and Therapy*, 58, 10-23.
- Culver, N., Stoyanova, M. S., & Craske, M. G. (2012). Emotional variability and sustained arousal during expo-

- sure. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 42, 787-793.
- Deacon, B., Kemp, J. J., Dixon, L. J., Sy, J. T., Farrell, N. R., & Zhang, A. R. (2013). Maximizing the efficacy of interoceptive exposure by optimizing inhibitory learning: A randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 51, 588-596.
- Deacon, B. J., Sy, J. T., Lickel, J. J., & Nelson, E. A. (2010). Does the judicious use of safety behaviors improve the efficacy and acceptability of exposure therapy for claustrophobic fear? *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 41, 71-80.
- Foa, E. B., Huppert, J. D., & Cahill, S. P. (2006). Emotional processing theory: An update. In B. O. Rothbaum (Ed.), *Pathological anxiety: Emotional processing in etiology and treatment* (pp. 3-24). Guilford Press.
- Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99, 20-35.
- Foa, E. B., & McNally, R. J. (1996). Mechanisms of change in exposure therapy. In R. M. Rapee (Ed.), *Current controversies in the anxiety disorders* (pp. 329-343). Guilford Press.
- Jacoby, R. J., & Abramowitz, J. S. (2016). Inhibitory learning approaches to exposure therapy: A critical review and translation to obsessive-compulsive disorder. *Clinical Psychology Review*, 49, 28-40.
- Jacoby, R. J., Abramowitz, J. S., Blakey, S. M., & Reuman, L. (2019). Is the hierarchy necessary? Gradual versus variable exposure intensity in the treatment of unacceptable obsessional thoughts. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 64, 54-63.
- Kamphuis, J. H., & Telch, M. J. (2000). Effects of distraction and guided threat reappraisal on fear reduction during exposure-based treatments for specific fears. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 1163-1181.
- Kim, E. J. (2005). The effect of the decreased safety behaviors on anxiety and negative thoughts in social phobics. *Journal of Anxiety Disorders*, 19, 69-86.
- Kircanski, K., Mortazavi, A., Castriotta, N., Baker, A. S., Mystkowski, J. L., Yi, R., & Craske, M. G. (2012). Challenges to the traditional exposure paradigm: Variability in exposure therapy for contamination fears. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 43, 745-751.
- Knowles, K. A., & Olatunji, B. O. (2019). Enhancing inhibitory learning: The utility of variability in exposure. *Cognitive and Behavioral Practice*, 26, 186-200.
- Lang, A. J., & Craske, M. G. (2000). Manipulations of exposure-based therapy to reduce return of fear: A replication. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 1-12.
- Levy, H. C., Senn, J. M., & Radosky, A. S. (2014). Further support for the acceptability-enhancing roles of safety behavior and a cognitive rationale in cognitive behavioral therapy for anxiety disorders. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 28, 303-316.
- Mackintosh, N. J. (1975). A theory of attention: Variation in the associability of stimuli with reinforcement. *Psychological Review*, 82, 276-298.
- Maltby, N., Kirsch, I., Mayers, M., & Allen, G. J. (2002). Virtual reality exposure therapy for the treatment of fear of flying: A controlled investigation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 1112-1118.
- Meulders, A., Van Daele, T., Volders, S., & Vlaeyen, J. W. (2016). The use of safety-seeking behavior in exposure-based treatments for fear and anxiety: Benefits or burden? A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 45, 144-156.
- Milosevic, I., & Radosky, A. S. (2008). Safety behavior does not necessarily interfere with exposure therapy.

- Behaviour Research and Therapy*, 46, 1111-1118.
- Milosevic, I., & Radomsky, A. S. (2013). Incorporating the judicious use of safety behavior into exposure-based treatment for anxiety disorders: A study of treatment acceptability. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 27, 155-174.
- Morgan, H., & Raffle, C. (1999). Does reducing safety behaviours improve treatment response in patients with social phobia? *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 33, 503-510.
- Norton, P. J., Hayes-Skelton, S. A., & Klenck, S. C. (2011). What happens in session does not stay in session: Changes within exposure predict subsequent improvement and dropout. *Journal of Anxiety Disorders*, 25, 654-660.
- Norton, P. J., & Price, E. C. (2008). A meta-analytic review of adult cognitive-behavioral treatment outcome across the anxiety disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 195, 521-531.
- Olatunji, B. O., Tomarken, A., Wentworth, B., & Fritzsche, L. (2017). Effects of exposure in single and multiple contexts on fear renewal: The moderating role of threat-specific and nonspecific emotionality. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 54, 270-277.
- Oliver, N. S., & Page, A. C. (2008). Effects of internal and external distraction and focus during exposure to blood-injury-injection stimuli. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 283-291.
- 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 1933-2014. *Clinical Psychology Review*, 40, 156-169.
- Pittig, A., Treanor, M., LeBeau, R., & Craske, M. G. (2018). The role of associative fear and avoidance learning in anxiety disorders: Gaps and directions for future research. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 88, 117-140.
- Pittig, A., van den Berg, L., & Vervliet, B. (2016). The key role of extinction learning in anxiety disorders: Behavioral strategies to enhance exposure-based treatments. *Current Opinion in Psychiatry*, 29, 39-47.
- Podina, I. R., Koster, E. H. W., Philippot, P., Dethier, V., & David, D. O. (2013). Optimal attentional focus during exposure in specific phobia: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 33, 1172-1183.
- Powers, M. B., & Emmelkamp, P. M. G. (2008). Virtual reality exposure therapy for anxiety disorders: A meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 561-569.
- Powers, M. B., Sigmarsson, S. R., & Emmelkamp, P. M. G. (2008). A meta-analytic review of psychological treatments for social anxiety disorder. *International Journal of Cognitive Therapy*, 1, 94-113.
- Powers, M. B., Smits, J. A. J., & Telch, M. J. (2004). Disentangling the effects of safety-behavior utilization and safety-behavior availability during exposure-based treatment: A placebo-controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 448-454.
- Rachman, S., Craske, M., Tallman, K., & Solyom, C. (1986). Does escape behavior strengthen agoraphobic avoidance? A replication. *Behavior Therapy*, 17, 366-384.
- Rachman, S., Radomsky, A. S., & Shafran, R. (2008). Safety behavior: A reconsideration. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 163-173.
- Raes, A. K., De Houwer, J., Verschuere, B., & De Raedt, R. (2011). Return of fear after retrospective inferences about the absence of an uncondi-

- tioned stimulus during extinction. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 212-218.
- Rescorla, R. A., & Wagner, A. R. (1972). A theory of Pavlovian conditioning: Variations in the effectiveness of reinforcement and non-reinforcement. In A. H. Prokasy (Ed.), *Classical conditioning II: Current research and theory* (pp. 64-99). Appleton-Century-Croft.
- Rothbaum, B. O., Hodges, L., Smith, S., Lee, J. H., & Price, L. (2000). A controlled study of virtual reality exposure therapy for the fear of flying. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 1020-1026.
- Sánchez-Meca, J., Rosa-Alcázar, A. I., Marín-Martínez, F., & Gómez-Conesa, A. (2010). Psychological treatment of panic disorder with or without agoraphobia: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 30, 37-50.
- Scheveneels, S., Boddez, Y., De Ceulaer, T., & Hermans, D. (2019). Ruining the surprise: The effect of safety information before extinction on return of fear. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 63, 73-78.
- Scheveneels, S., Boddez, Y., Van Daele, T., & Hermans, D. (2019). Virtually unexpected: No role for expectancy violation in virtual reality exposure for public speaking anxiety. *Frontiers in Psychology*, 10, 2849.
- Scheveneels, S., Boddez, Y., Vervliet, B., & Hermans, D. (2016). The validity of laboratory-based treatment research: Bridging the gap between fear extinction and exposure treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 86, 87-94.
- Scheveneels, S., Boddez, Y., Vervliet, B., & Hermans, D. (2019). Modeling hierarchical versus random exposure schedules in Pavlovian fear extinction: No evidence for differential fear outcomes. *Behavior Therapy*, 50, 967-977.
- Telch, M. J., & Lancaster, C. L. (2012). Is there room for safety behaviors in exposure therapy for anxiety disorders? In P. Neudeck & H. Wittchen (Eds.), *Exposure therapy: Rethinking the model – Refining the method* (pp. 313-334). Springer.
- Uren, T. H., Szabó, M., & Lovibond, P. F. (2004). Probability and cost estimates for social and physical outcomes in social phobia and panic disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 18, 481-498.
- van den Hout, M. A., Engelhard, I. M., Toffolo, M. B. J., & van Uijen, S. L. (2011). Exposure plus response prevention versus exposure plus safety behaviours in reducing feelings of contamination, fear, danger, and disgust: An extended replication of Rachman, Shafran, Radomsky & Zysk (2011). *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 42, 364-370.
- Vander Haegen, M., & Etienne, A.-M. (2016). Cognitive processes across anxiety disorders related to intolerance of uncertainty: Clinical review. *Cogent Psychology*, 3, 1215773.
- Vervliet, B., Craske, M. G., & Hermans, D. (2013). Fear extinction and relapse: State of the art. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9, 215-248.
- Vervliet, B., Depreeuw, B., Treanor, M., Conway, C. C., Zbozinek, T., & Craske, M. G. (2014). Exposuretherapie maximaliseren: Een benadering volgens het inhibitorisch-leermodel. *Gedrags therapie*, 47, 296-339.
- Weisman, J. S., & Rodebaugh, T. L. (2018). Exposure therapy augmentation: A review and extension of techniques informed by an inhibitory learning approach. *Clinical Psychology Review*, 59, 41-51.

Effectiviteit van CGT-i bij secundaire insomnie

Een literatuuroverzicht

TANJA SEETSEN & MAARTEN MERKKX

Samenvatting

Vermoeidheid als gevolg van insomnie is een veelgenoemde klacht bij verschillende veelvoorkomende psychische stoornissen. Deze klacht verhoogt de complexiteit van de behandeling en vermindert het effect ervan op de primaire stoornis. Tot op heden wordt insomnie meestal behandeld met farmacotherapie. In dit artikel wordt een systematisch literatuuroverzicht gegeven van farmacotherapie alsmede psychologische behandeling middels cognitieve gedragstherapie bij insomnie (CGT-i) als mogelijke behandelvorm van secundaire insomnie. Studies gepubliceerd tussen januari 2014 en december 2020 zijn meegenomen. Uit dit systematische literatuuroverzicht komt naar voren dat niet farmacotherapie, maar CGT-i de eerstekeuzebehandeling is voor secundaire insomnie. Vervolgens wordt een overzicht gepresenteerd van de effectiviteit van CGT-i bij verschillende veelvoorkomende psychische stoornissen. CGT-i bij secundaire insomnie lijkt effectief bij comorbide depressieve stoornis en PTSS. Hoewel bij angststoornissen en de somatisch-symptoomstoornis veelbelovende resultaten worden gezien, zijn er slechts beperkte studies over beschikbaar. Over de obsessieve-compulsieve stoornis zijn tot op heden geen studies bekend. Toekomstig onderzoek wordt dan ook ten eerste aanbevolen.

Trefwoorden: cognitieve gedragstherapie voor comorbide insomnie, secundaire insomnie, farmacologische behandeling, veelvoorkomende psychische stoornissen

Kernboodschappen voor de klinische praktijk

- ▶ CGT-i is de eerstekeuzebehandeling voor secundaire insomnie, niet farmacotherapie. Op korte termijn zijn farmacotherapie en CGT-i beide effectief bij behandeling van secundaire insomnie, maar de kans op terugval is na CGT-i kleiner bij secundaire insomnie.
- ▶ CGT-i is bewezen effectief bij comorbide depressieve stoornis en PTSS.
- ▶ De ggz kan doeltreffender behandelen door secundaire insomnie apart te behandelen middels CGT-i.

INLEIDING

.....

Bijna alle volwassenen kampen weleens met een periode van slecht slapen in het leven. Wanneer problemen met slapen aanhouden, wordt gesproken van een slaapstoornis. Er bestaat een toenemende interesse in de behandeling van slaapstoornissen. De DSM-5 beschrijft een groot aantal verschillende slaapstoornissen, waaronder de insomniestoornis (APA, 2014). De prevalentie van insomnie in de algemene bevolking is in Nederland 8,3% (Kerkhof, 2017). Er kan onderscheid gemaakt worden tussen primaire insomnie en secundaire insomnie. Primaire insomnie betekent dat er geen andere aandoening aanwezig is die de insomnie veroorzaakt. Secundaire insomnie wordt verondersteld veroorzaakt te zijn door een andere psychische of medische aandoening (APA, 2014). In dit artikel zal de focus liggen op de behandeling van secundaire insomnie bij de volgende veelvoorkomende psychische stoornissen: angststoornissen, depressieve stoornis, obsessieve-compulsieve stoornis, posttraumatische-stressstoornis (PTSS) (NICE, 2011) en de somatisch-symptoomstoornis. De somatisch-symptoomstoornis hebben we hieraan toegevoegd, omdat insomnie een belangrijk symptoom is bij deze stoornis is (APA, 2014).

(Protocollaire) behandeling van veelvoorkomende psychische stoornissen middels cognitieve gedragstherapie leidt bij 87% van de patiënten niet tot remissie van secundaire insomnie (Wu et al., 2015). Secundaire insomnie verhoogt de complexiteit van de behandeling (Morin et al., 2016). Insomnie als restklacht na behandeling van de comorbide psychische stoornis verhoogt de kans op terugval en suïcide (Morin et al., 2016). Ook stijgt het aantal hulpvragen gerelateerd aan insomnie (Kerkhof, 2017). We weten steeds meer over de schadelijke impact van onvoldoende en verstoorde slaap op de menselijke gezondheid en ziekte (zie bijvoorbeeld: Parthasarathy et al., 2015; Wu et al., 2015).

In een reviewartikel van Lancee en van Straten (2017) wordt beschreven dat secundaire insomnie op dit moment meestal wordt behandeld met farmacotherapie. Daarnaast is er een veelbelovende behandeling van secundaire insomnie CGT-i, een cognitief-gedragstherapeutische behande-

ling voor insomnie (Lancee & van Straten, 2017). Hoewel CGT-i in eerste instantie ontwikkeld is voor behandeling van primaire insomnie, worden er in de wetenschappelijke literatuur enkele artikelen gezien die succesvolle behandeling van secundaire insomnie middels CGT-i beschrijven (Kerkhof, 2017; Wu et al., 2015). In dit artikel geven we een overzicht van de behandel-mogelijkheden van secundaire insomnie middels farmacotherapie en CGT-i. Vervolgens presenteren we een overzicht van de studies die de effectiviteit van CGT-i onderzoeken bij secundaire insomnie bij de volgende veelvoor-komende psychische stoornissen: angststoornissen, depressieve stoornis, obsessieve-compulsieve stoornis, PTSS en de somatisch-symptoomstoornis.

METHODE

.....

Er is systematisch gezocht naar recente studies in Pubmed en GoogleScholar (januari 2014 tot december 2020). De volgende Engelstalige zoektermen zijn gebruikt:

- ▶ *insomnia* EN (*treatment* OF *pharmacological treatment* OF *psychological treatment*);
- ▶ (*comorbid insomnia* OF *secondary insomnia*) EN (*treatment* OF *pharmacological treatment* OF *psychological treatment*) NIET *primary*;
- ▶ *CBT-I* EN (*anxiety* OF *depressive disorder* OF *OCD* OF *PTSD* OF *somatic symptom disorder*).

De volgende Nederlandstalige zoektermen zijn gebruikt:

- ▶ *insomnie* EN (*behandeling* OF *farmacologische behandeling* OF *psychologische behandeling*);
- ▶ (*comorbide insomnie* OF *secundaire insomnie*) EN (*behandeling* OF *farmacologische behandeling* OF *psychologische behandeling*) NIET *primaire*;
- ▶ *CGT-i* EN (*angst* OF *depressieve stoornis* OF *OCS* OF *PTSS* OF *somatisch-symptoomstoornis*).

Verder zijn de geciteerde meta-analyses en reviewartikelen gescreend voor relevante publicaties. Eenmaal hebben wij ervoor gekozen om een studie van vóór 2014 op te nemen in het literatuuroverzicht, en wel omdat uit de systematische zoektocht geen andere literatuur over het betreffende onderwerp tussen 2014 en 2020 voorhanden bleek, zover bij ons bekend.

FARMACOTHERAPIE

.....

29

Over het algemeen worden bij cliënten met insomnie benzodiazepines voorgeschreven, dan wel benzodiazepine-receptoragonisten (Z-drugs, zoals zolpidem, zopiclon en zaleplon), melatonine, valeriaan, antidepressiva of antipsychotica (Lancee & van Straten, 2017). In richtlijnen van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) worden verschillende meta-analyses beschreven die de effectiviteit van benzodiazepines en benzodiazepine-receptoragonisten op korte termijn bevestigen (Gorgels et al., 2014). De effectiviteit van melatonine, valeriaan, antidepressiva en antipsychotica bij behandeling van insomnie wordt niet aangetoond (Gorgels et al., 2014). Alhoewel sommige slaapmedicatie dus een goed effect heeft op de korte termijn, is slaapmedicatie op de lange termijn niet bewezen effectief (Lancee & van Straten, 2017). Daarnaast zorgt het langdurig gebruik van benzodiazepines dan wel benzodiazepine-receptoragonisten voor een aantasting van de slaapkwaliteit en brengt het langdurig gebruik van deze slaapmedicatie het risico van verslaving met zich mee (Manconi et al., 2017).

PSYCHOLOGISCHE BEHANDELING

.....

CGT-i bestaat uit een combinatie van interventies. Hierbij kan gedacht worden aan psycho-educatie, gedragsinterventies (slaaphygiëne, ontspanning, slaaprestrictie, stimuluscontrole) en cognitieve interventies (identificeren en uitdagen van disfunctionele gedachten over slaap) (Lancee & van Straten, 2017). Het gevolg van de behandeling is dat cliënten sneller in slaap vallen en 's nachts minder vaak wakker worden. Over het algemeen verbetert de totale slaapduur slechts bescheiden. In een recente meta-analyse en een reviewartikel wordt beschreven dat cliënten vaak rapporteren dat de insomnie minder ernstig is geworden, omdat er meer sprake is van aaneengesloten slaap en dat de kwaliteit van de slaap beduidend is toegenomen (Lancee & van Straten, 2017; van Straten et al., 2018). Omdat CGT-i via face-to-facebehandeling veel tijd en expertise kost, is de effectiviteit van CGT-i via andere wegen herhaaldelijk onderzocht. Uit onderzoek tot op heden bekend blijkt echter dat face-to-facebehandeling noodzakelijk is voor de bewezen effectiviteit van CGT-i (Gupta et al., 2017; van Straten et al., 2018). Face-to-facebehandeling met CGT-i dient uit minimaal vier sessies te bestaan (van Straten et al., 2018).

Naar aanleiding van deze positieve resultaten staat inmiddels in de klinische richtlijnen van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) (Gorgels et al., 2014), maar ook in de internationale richtlijnen (Gupta et al., 2017; Qaseem et al., 2016; Riemann et al., 2017; Sateia et al., 2017), dat face-to-face CGT-i de eerstekeuzebehandeling is bij insomnie. Onderzoek laat herhaal-

delijk zien dat CGT-i op de korte termijn even effectief is als medicatie bij het verbeteren van slaap en dat het op de lange termijn zelfs betere effecten laat zien (zie bijvoorbeeld: Gupta et al., 2017; Lancee & van Straten, 2017). Ook is de kans op terugval kleiner bij CGT-i dan bij gebruik van farmacotherapie (Gupta et al., 2017). Een recente studie laat toegevoegde waarde van farmacotherapie zien, nadat cliënten een CGT-i-behandeling volgden (Morin et al., 2020). Hoewel de resultaten van de meeste meta-analyses zich beperken tot behandeling van primaire insomnie (zie bijvoorbeeld: Gupta et al., 2017; Lancee & van Straten, 2017; Morin et al., 2020; Trauer et al., 2015; van Straten et al., 2018), worden deze resultaten ook gevonden bij meta-analyses die zich richten op behandeling van secundaire insomnie (bijvoorbeeld: Geiger-Brown et al., 2015; Lancee & van Straten, 2017; van Straten et al., 2018).

CGT-i bij angststoornissen

Er zijn tot op heden geen studies bekend naar de effectiviteit van CGT-i bij secundaire insomnie bij cliënten met angststoornissen. Er is wel onderzoek naar de (bij)effecten van CGT voor angststoornissen op slaap. Een kleine studie van Ramsawh en collega's (2016) vond dat behandeling middels (protocollaire) cognitieve gedragstherapie gericht op angstklachten voor cliënten met een paniekstoornis (N = 26) en bij cliënten met GAS (N = 24) tot verbetering in kwaliteit van slaap leidde. Verder werd bij beide stoornissen gevonden dat slechte kwaliteit van slaap bij aanvang van de behandeling geassocieerd is met slechte uitkomsten van de behandeling. Op basis van deze resultaten adviseren Ramsawh en collega's (2016) een interventie gericht op het verbeteren van slaap in te zetten bij cliënten met angststoornissen die kampen met slaapproblemen, alvorens te starten met (protocollaire) cognitieve gedragstherapie gericht op de angststoornis.

CGT-i bij depressieve stoornis

Er zijn verschillende meta-analyses bekend die de effectiviteit van CGT-i bij secundaire insomnie beschrijven bij cliënten met een depressieve stoornis. In dit artikel worden de twee recentste reviewartikelen beschreven, alsmede een ouder reviewartikel waarin expliciet onderscheid wordt gemaakt tussen behandeling van insomnie en overige slaapproblemen evenals CGT-i behandeling bij cliënten die medicatie voor de depressieve klachten gebruiken. Gerandomiseerde studies (RCT's) worden in dit overzicht niet apart besproken omdat deze, zover bij ons bekend, reeds zijn opgenomen in de reviewartikelen. De twee recentste review-artikelen – van Cunningham en Shapiro (2018), en van Ballesio en collega's (2018) – beschrijven CGT-i als een veelbelovende behandeling voor cliënten met een depressieve stoornis en secundaire insomnie. In het artikel van Cunningham en Shapiro (2018) zijn 20 studies opgenomen, in het artikel van Ballesio en collega's (2018) zijn

47 studies opgenomen. Kanttekening bij het artikel van Ballesio en collega's (2018) is dat er aanzienlijke heterogeniteit tussen de uitkomsten van de verschillende opgenomen studies werd gevonden, die de auteurs niet konden verklaren. Cunningham en Shapiro (2018) pleiten voor verder onderzoek naar de aard van de gevonden effecten om meer zicht te krijgen op de onderliggende mechanismen. In het reviewartikel van Wichniak en collega's (2017) pleiten de auteurs ervoor om insomnie en andere slaapproblemen apart te behandelen bij een comorbide depressieve stoornis. Insomnie zou behandeld moeten worden met CGT-i, zeker wanneer cliënten medicatie gebruiken tijdens de behandeling. In totaal worden 46 artikelen beschreven. Op basis van de resultaten kan geconcludeerd worden dat CGT-i effectief lijkt bij behandeling van secundaire insomnie en een comorbide depressieve stoornis.

CGT-i bij obsessieve-compulsieve stoornis

Er zijn tot op heden geen studies bekend naar de effectiviteit van CGT-i bij secundaire insomnie bij cliënten met een obsessieve-compulsieve stoornis (OCS). Een mogelijke verklaring hiervoor is dat cliënten met OCS geen slaapproblemen rapporteren, waardoor er geen noodzaak is voor behandeling (Smith et al., 2005).

CGT-i bij PTSS

Uit een meta-analyse van gerandomiseerde onderzoeken met controlegroep (RCT's) (Ho et al., 2016) blijkt dat CGT-i effectief is bij behandeling van insomnie bij cliënten met PTSS. Deze meta-analyse omvat 11 RCT's die CGT-i vergelijken met een wachtlijstcontrolegroep. Er worden grote effecten gezien wat betreft de tijd die het duurt alvorens cliënten in slaap vallen, de tijd dat ze 's nachts wakker liggen en hun slaapefficiëntie. Daarnaast beschrijft dit artikel dat insomnie niet alleen een *symptoom* van PTSS is, maar ook een *risicofactor* voor het ontwikkelen van PTSS. De auteurs adviseren verder onderzoek naar de effectiviteit van CGT-i bij behandeling van cliënten met secundaire insomnie en PTSS. Ondanks het lage aantal gepubliceerde studies (11), zijn de bevindingen redelijk robuust.

CGT-i bij somatisch-symptoomstoornis

Zover ons bekend zijn er tot op heden geen studies gepubliceerd naar de effectiviteit van CGT-i bij secundaire insomnie bij cliënten met een somatisch-symptoomstoornis. Er is een studie bekend die de effectiviteit van CGT-i bij chronischevermoeidheidsklachten onderzoekt (Gotts et al., 2016). In de studie van Gotts en collega's (2016) ontvingen 16 cliënten met een somatisch-symptoomstoornis CGT-i bestaande uit zes sessies. Van de zeven cliënten

die de CGT-i behandeling volledig doorlopen, rapporteren vijf cliënten verbetering (eerder in slaap vallen, minder vaak 's nachts wakker worden) op basis van zelfrapportage-instrumenten. Ook de chronische vermoeidheid neemt af bij deze cliënten. Kanttekeningen bij dit onderzoek zijn de lage steekproefgrootte, de evaluatie op basis van zelfrapportage en het feit dat de deelnemende cliënten niet gerandomiseerd zijn.

CONCLUSIE

.....

Er kan geconcludeerd worden dat face-to-face-CGT-i bij zowel primaire als secundaire insomnie bewezen effectief is. Als gevolg van CGT-i vallen cliënten sneller in slaap, worden zij over het algemeen minder vaak wakker en rapporteren zij dat de kwaliteit van hun slaap beduidend is toegenomen. Daarnaast kan worden geconcludeerd dat de kans op terugval kleiner is bij CGT-i dan bij gebruik van farmacotherapie.

Het bespreken van de verschillende studies naar het effect van CGT-i bij secundaire insomnie geeft een goed overzicht van de huidige stand van zaken. Bij de depressieve stoornis en de posttraumatische-stressstoornis wordt de effectiviteit van CGT-i bij het verminderen van secundaire insomnie herhaaldelijk beschreven. Op het gebied van angststoornissen wordt een ingang beschreven voor de mogelijke effectiviteit van CGT-i middels één RCT. Bij het chronischvermoeidheidssyndroom (CVS) wordt één studie gevonden die de effectiviteit van CGT-i bij de betreffende stoornis onderschrijft. De effectiviteit van CGT-i bij behandeling van OCS kan niet worden aangetoond, omdat er geen studies naar zijn gedaan. Eerder onderzoek geeft aan dat de behoefte bij OCS minder aan de orde zou zijn, omdat OCS minder vaak gepaard gaat met insomnie.

De ggz heeft behoefte aan behandelopties bij de veelvoorkomende slaapstoornis insomnie, ook als er sprake is van een comorbide psychische stoornis. Secundaire insomnie bemoeilijkt de behandeling, terwijl behandeling van uitsluitend de comorbide stoornis vaak niet leidt tot afname van de insomnie. Uit de studies die zijn uitgevoerd in combinatie met de huidige richtlijnen wordt duidelijk dat CGT-i de eerstekeuzebehandeling is bij zowel primaire insomnie als secundaire insomnie wanneer het gaat om een comorbide depressieve stoornis dan wel PTSS. De ggz kan een doeltreffender aanpak hanteren door secundaire insomnie apart te behandelen middels CGT-i. Of CGT-i een effectieve behandeloptie kan zijn bij andere veelvoorkomende psychische stoornissen, zoals angststoornissen en de somatisch-symptoomstoornis, is gezien de eerste voorzichtige positieve resultaten tot nu toe, in combinatie met de vraag vanuit de klinische praktijk, waardevol om te beantwoorden in toekomstig onderzoek.

Tanja Seetsen en Maarten Merckx zijn verbonden aan HSK Groep BV. *Correspondentieadres:* Tanja Seetsen, HSK Groep BV, Polanerbaan 3, 3447 GN Woerden. Telefoon: +31(0)881155845. E-mail: t.seetsen@hsk.nl.

Summary *Effectiveness of CBT-i in secondary insomnia: A literature overview*

Fatigue as a consequence of insomnia is an often-described complaint within common mental health disorders. Insomnia is usually treated with pharmacotherapy. The search of this study was restricted between January 2014 and December 2020. First, the current study aims to present a systematic literature overview regarding a selection of treatment possibilities of comorbid insomnia, namely: pharmacological treatment and psychological treatment (cognitive behavioral therapy for insomnia, CBT-I). Second, the study aims to present a systematic literature overview of the efficacy of CBT-I for comorbid insomnia, considering different common mental health disorders.

First, it appears that CBT-I is the most effective treatment for comorbid insomnia, not pharmacological treatment. Second, CBT-I appears to be effective for patients with comorbid depressive disorder and PTSD. Furthermore, from the small number of studies available, CBT-I appears to be efficacious for patients with comorbid anxiety disorders and somatic-symptom disorder. Despite the promising results, large-scale studies with more rigorous designs are needed to improve the quality of evidence. No studies were available that examined the effect of CBT-I and comorbid obsessive-compulsive disorder.

Keywords *cognitive behavioral therapy for insomnia (CBT-I), comorbid insomnia, secondary insomnia, pharmacological treatment, common mental disorders*

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.
- Ballesio, A., Aquino, M. R. J. V., Feige, B., Johann, A. F., Kyle, S. D., Spiegelhalder, K., Lombardo, C., Rücker, G., Riemann, D., & Baglioni, C. (2018). The effectiveness of behavioural and cognitive behavioural therapies for insomnia on depressive and fatigue symptoms: A systematic review and network meta-analysis. *Sleep Medicine Reviews*, 37, 114-129.
- Cunningham, J. E. A., & Shapiro, C. M. (2018). Cognitive behavioural therapy for insomnia (CBT-i) to treat depression: A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*, 106, 1-12.
- Geiger-Brown, J. M., Rogers, V. E., Liu, W., Ludeman, E. M., Downton, K. D., & Diaz-Abad, M. (2015). Cognitive behavioral therapy in persons with comorbid insomnia: A meta-analysis. *Sleep Medicine Reviews*, 23, 54-67.
- Gorgels, W., Knuistingh Neven, A., Lucassen, P. L. B. J., Smelt, A., Damen-van Beek, Z., Bouma, M., Verduijn, M. M., & van Venrooij, M. (2014). *NHG-standaard slaapproblemen en slaapmiddelen*. <https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/slaapproblemen-en-slaapmiddelen#volledige-tekst-begrippen>
- Gotts, Z., Deary, V., Newton, J. L., & Jason, E. (2016). Treatment of insomnia reduces fatigue in chronic fatigue syndrome in those able to comply

- with the intervention. *Journal of Fatigue: Biomedicine, Health & Behavior*, 4, 208-2016.
- Gupta, R., Das, S., Gujar, K., Mishra, K. K., Gaur, N., & Majid, A. (2017). Clinical practice guidelines for sleep disorders. *Indian Journal of Psychiatry*, 59, S116-A138.
- Ho, F. Y., Chan, C. S., & Tang, K. N. (2016). Cognitive-behavioural therapy for sleep disturbances in treating posttraumatic stress disorder symptoms: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Clinical Psychological Review*, 43, 90-102.
- Kerkhof, G. A. (2017). Epidemiology of sleep and sleep disorders in the Netherlands. *Sleep Medicine*, 30, 229-230.
- Lancee, J., & van Straten, A. (2017). Cognitieve gedragstherapie voor insomnie via het internet: Een overzichtsaankleed. *Tijdschrift voor Gedragstherapie en Cognitieve Therapie*, 50, 236-257.
- Manconi, M., Ferri, R., Miano, S., Maestri, M., Bottasini, V., Zucconi, M., & Ferini-Strambi, L. (2017). Sleep architecture in insomniacs with severe benzodiazepine abuse. *Clinical Neurophysiology*, 128, 875-881.
- Morin, C. M., Edinger, J. D., Beaulieu-Bonneau, S., Ivers, H., Krystal, A. D., Guay, B., Bélanger, L., Cartwright, A., Simmons, B., Lamy, M., & Busby, M. (2020). Effectiveness of sequential psychological and medication therapies for insomnia disorder: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 77, 1107-1115.
- Morin, C. M., Edinger, J. D., Krystal, A. D., Buysse, D. J., Beaulieu-Bonneau, S., & Ivers, H. (2016). Sequential psychological and pharmacological therapies for comorbid and primary insomnia: Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 17, 118.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2011). Common mental health problems: Identification and pathways to care. *Clinical Guideline, CG123*.
- Parthasarathy, S., Vasquez, M. M., Halonen, M., Bootzin, R., Quan, S. F., Martinez, F. D., & Guerra, S. (2015). Persistent insomnia is associated with mortality risk. *American Journal of Medicine*, 128, 268-272.
- Qaseem, A., Kansagara, D., Forciea, M. A., Cooke, M., & Denberg, T. D. (2016). Management of chronic insomnia disorder in adults: A clinical practice guideline from the American College of Physicians. *Annals of Internal Medicine*, 165, 125-133.
- Ramsawh, H. J., Bomyea, J., Stein, M. B., Cissell, S. H., & Lang, A. J. (2016). Sleep quality improvement during cognitive behavioral therapy for anxiety disorders. *Behavioral Sleep Medicine*, 14, 267-278.
- Riemann, D., Baglioni, C., Bassetti, C., Bjorvatn, B., Dolenc Groselj, L., Ellis, J. G., Espie, C. A., Garcia-Borreguero, D., Gjerstad, M., Gonçalves, M., Hertenstein, E., Jansson-Fröjmark, M., Jennum, P. J., Leger, D., Nissen, C., Parrino, L., Paunio, T., Pevernagie, D., Verbraecken, J., ... Spiegelhalder, K. (2017). European guideline for the diagnosis and treatment of insomnia. *Journal of Sleep Research*, 26, 675-700.
- Sateia, M. J., Buysse, D. J., Krystal, A. D., Neubauer, D. N., & Heald, J. L. (2017). Clinical guideline for the pharmacologic treatment of chronic insomnia in adults: An American Academy of Sleep Medicine clinical practice guideline. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 13, 307-349.
- Smith, M. T., Huang, M. I., & Manber, R. (2005). Cognitive behavioral therapy for chronic insomnia occurring within the context of medical and psychiatric disorders. *Clinical Psychology Review*, 25, 559-592.
- Trauer, J. M., Qian, M. Y., Doyle, J. S., Rajaratnam, S. M., & Cunningham, D. (2015). Cognitive behavioral therapy for chronic insomnia: A systematic review and meta-analysis. *Annals of Internal Medicine*, 163, 191-204.

- van Straten, A., van der Zweerde, T., Kleiboer, A., Cuijpers, P., Morin, C. M., & Lancee, J. (2018). Cognitive and behavioral therapies in the treatment of insomnia: A meta-analysis. *Sleep Medicine Reviews*, 38, 3-16.
- Wichniak, A., Wierzbicka, A., Walecka, M., & Jernajczyk, W. (2017). Effects of antidepressants on sleep. *Current Psychiatry Reports*, 19, 63.
- Wu, J. Q., Appleman, E. R., Salazar, R. D., & Ong, J. C. (2015). Cognitive behavioral therapy for insomnia comorbid with psychiatric and medical conditions. *JAMA International Medicine*, 175, 1461-1472.

Geloven in je herstel¹

Een religieus georiënteerde interventie als aanvulling op cognitieve gedragstherapie bij angstige jongeren

JENNEKE HOEKZEMA-KRUIDHOF, CIS VRIJMOETH &
HANNEKE SCHAAP-JONKER

Samenvatting

Achtergrond: Wanneer jongeren geconfronteerd worden met psychische problemen of ingrijpende gebeurtenissen, kan dat leiden tot stress en vragen over betekenis en zingeving. Religie is een potentiële positieve hulpbron om hiermee om te gaan: positieve religieuze coping. In deze studie hebben we onderzocht wat het effect is van een nieuw werkboek gericht op religieuze coping (*Ik kan het aan! Geloven in je herstel*) voor christelijke jongeren met angstklachten. Dit werkboek is een aanvulling op het bestaande CGT-protocol *Denken + Doen = Durven* (DDD). Wij verwachtten dat deze aanpak zou leiden tot een toename van positieve religieuze coping en klinisch en existentieel herstel, meer dan wanneer alleen DDD ingezet zou worden.

Methode: De effectiviteit werd onderzocht door middel van een *single case experimental design* (SCED) (N = 6), waarbij jongeren om en om werden toegewezen aan een experimentele groep (DDD + werkboek; n = 3) of een controlegroep (alleen DDD; n = 3). Het design bestond uit een baselinefase (4 wekelijkse metingen) en een behandelfase (12 wekelijkse metingen).

- 1 Dit onderzoek is uitgevoerd binnen Eleos. Eleos is onderdeel van het Kennisinstituut Christelijke GGZ (www.kicg.nl), dat zich ten doel heeft gesteld geloof en de geloofsbeleving van cliënten op een professionele en verantwoorde manier te integreren in de hulpverlening en daarvoor nieuwe behandelmethodieken te ontwikkelen. Het kennisinstituut wil deze kennis ook delen met andere ggz-instellingen en zorgaanbieders.

Conflict of interest: De auteurs hebben geen belangenconflicten te verklaren.

Dankwoord: We bedanken graag Ria Dam voor het maken van de illustraties in het werkboek en Wies van Stralen voor haar hulp bij de dataverzameling.

Resultaten: In de experimentele groep was er sprake van een toename wat betreft wekelijkse metingen van positieve religieuze coping en klinisch en existentieel herstel, met matige tot grote effectgrootten. Emotionele problemen waren bij alle drie deelnemers aan het einde van de behandelsessies significant verminderd. In de controlegroep was dit niet het geval: er was weinig tot geen verbetering, zelfs verslechtering, wat betreft de wekelijkse metingen.

Conclusie: Het nieuwe werkboek, dat een bestaande CGT-behandeling aanvult, lijkt ingezet te kunnen worden in de behandeling van christelijke jongeren met angstklachten. Het kan mogelijk bijdragen aan een toename van positieve religieuze coping, en aan klinisch en existentieel herstel. Een vergelijking met de controlegroep was niet zinvol, vanwege vertroebeling van de resultaten in deze groep. Vanwege de beperkingen van het gebruikte onderzoeksdesign is verder onderzoek nodig om dit onderzoek te repliceren en de werkingsmechanismen ervan te toetsen in een grotere steekproef of met een ander SCED.

Trefwoorden: *religieuze coping, herstel, jongeren, geloofsvragen, angst, cognitieve gedragstherapie*

Kernboodschappen voor de klinische praktijk

- ▶ Psychische problemen of ingrijpende gebeurtenissen kunnen leiden tot stress en vragen over betekenis en zingeving. Voor jongeren kan religie een potentiële hulpbron zijn om hiermee om te gaan. Dit noemen we 'positieve religieuze coping'. In de behandeling van jongeren is het van belang om, naast het bestrijden van symptomen, ook aandacht te hebben voor het ontdekken van eigen bestaande of potentiële sterke kanten en hulpbronnen en die van hun omgeving (zoals gezin of gemeenschap). Hierbij is oog voor religie en levensovertuiging gewenst.
- ▶ Religieuze coping treedt vaak op bij ingrijpende gebeurtenissen, wanneer andere vormen van coping niet toereikend zijn, en kan een belangrijkere rol spelen dan behandelaars in de zorg veelal denken.
- ▶ Expliciete aandacht voor religieuze coping, zoals in het werkboek *Ik kan het aan! Geloven in je herstel*, zou bij christelijke jongeren met angstklachten bij kunnen dragen aan een toename van positieve religieuze coping (het geloof wordt meer een bron van steun, troost en kracht), en aan klinisch herstel (verminderen van klachten) en existentieel herstel (toename van hoop, empowerment en spiritueel welbevinden).

Stress, coping en herstel

Wanneer jongeren een ingrijpende gebeurtenis meemaken, of geconfronteerd worden met psychische problemen of een beperking, kan dat voor stress zorgen. Volgens van der Ploeg (2013) is stress te definiëren als ‘de subjectieve beleving van een verstoord evenwicht tussen draaglast en draagkracht’. Hoe een jongere omgaat met deze stress, noemen we ‘coping’ (Lazarus & Folkman, 1984). Op basis van de inschatting van een situatie als een bron van stress (primaire inschatting) en van eigen beschikbare hulpbronnen (secundaire inschatting) gaat iemand over tot coping om weer tot een evenwicht te komen: de pogingen om de stressvolle situatie en de daaruit voortkomende emoties, gedachten en gedragingen onder controle te krijgen of te houden. Sommige vormen van coping zijn effectief, zoals sociale steun zoeken, maar andere vormen (op langere termijn) niet of minder goed, zoals opstandige of ontwijkende vormen (van der Ploeg, 2013).

In de nieuwe concepten voor een ‘goede geestelijke gezondheidszorg (ggz)’ wordt beschreven dat behandeling niet alleen gericht moet zijn op het bestrijden van symptomen, maar ook op het ‘leren omgaan met’ (Delespaul et al., 2016). Het is dus belangrijk dat iemand voldoende coping ontwikkelt om weer te werken aan (aangepaste) doelen. Het gaat hierbij om werken aan welbevinden en functioneren, ondanks de symptomen, door bijvoorbeeld het ontdekken en ontwikkelen van mogelijkheden, sterke kanten en bronnen van zingeving (Bohlmeijer et al., 2013). Ook de huidige benadering binnen de ggz gaat niet zozeer uit van herstel in de vorm van genezing, zoals meetbaar in afname van klachten, maar juist in ‘het ervaren van een bevredigend, hoopvol en betekenisvol leven, ondanks de beperkingen van een ziekte’ (Brouwers et al., 2013). Coping als ‘leren omgaan met’ of als bron van veerkracht is hier een belangrijk onderdeel van.

Ook binnen de jeugd-ggz is er een groeiend bewustzijn dat het om adequaat hulp te kunnen bieden niet voldoende is om kennis te hebben van problematiek en symptomen (Kuiper & Bannink, 2012). Het wordt daarnaast als belangrijk gezien dat jongeren hun eigen bestaande of potentiële sterke kanten en hulpbronnen ontdekken, evenals die van hun omgeving (zoals gezin of gemeenschap). Door hier gebruik van te maken, kan een jongere individuele en relationele veerkracht ontwikkelen en na een ingrijpende gebeurtenis herstellen en zelfs groeien (Kuiper & Bannink, 2012).

Religie is een van de potentiële hulpbronnen voor het omgaan met stressvolle levensgebeurtenissen. Het betrekken van religieuze of spirituele thema’s in diagnostiek en behandeling blijkt over het algemeen samen te gaan met een beter behandelresultaat bij cliënten voor wie religie belangrijk

is (Weber & Pargament, 2014). Aandacht voor bronnen van zingeving kan dus bijdragen aan herstel. Ook als de klinische symptomen aanhouden, kan het herstelproces bevorderd worden (Brouwers et al., 2013). Zoals gezegd is herstel breder dan afname van klachten: het kan op meerdere domeinen plaatsvinden, die met elkaar interacteren. Herstel op een bepaald domein kan bijvoorbeeld voorafgaan aan herstel op een ander domein (Delespaul et al., 2016). Naast klinisch herstel (afname van symptomen) zijn onder andere te onderscheiden existentieel herstel (bijvoorbeeld hoop en spiritueel welbevinden), functioneel herstel (bijvoorbeeld de rol in de samenleving, werk of studie), lichamelijk herstel (bijvoorbeeld gezondheid en levensstijl) en sociaal herstel (bijvoorbeeld betekenisvolle relaties) (Whitley & Drake, 2010). In dit onderzoek richten we ons op het klinisch en existentieel herstel van jongeren in relatie tot religieuze coping.

Religieuze coping

De confrontatie met ingrijpende gebeurtenissen in het leven levert vaak vragen op die te maken hebben met betekenis en zingeving. Dit zijn vragen als: ‘Waarom overkomt mij dit?’, ‘Wat is voor mij (echt) belangrijk in het leven?’, ‘Wat kan ik bereiken?’, en: ‘Wie ben ik?’ (de Jong & Schaap-Jonker, 2016). Als de zoektocht naar nieuwe zin en betekenis – *the search for significance* – plaatsvindt binnen een religieus kader, valt die onder de term ‘religieuze coping’ (Pargament, 1997; Pieper, 2012). Religieuze copingstrategieën kunnen verschillende functies vervullen: (1) het vinden van zin en betekenis, (2) het verschaffen van controle, (3) het zoeken van contact met God, (4) het vinden van sociale steun, en (5) het handhaven, herstellen of vergroten van het gevoel van eigenwaarde (Pargament et al., 2013; Pieper, 2012). Voorbeelden van religieuze coping zijn bidden, met anderen in gesprek gaan over je geloofsbeleving, en nadenken over de betekenis van de situatie en wat God daarin kan doen.

Religieuze coping kan zowel positief als negatief zijn. Bij positieve religieuze coping ervaren mensen een veilige relatie met God en een gevoel van spirituele verbondenheid met anderen (Ano & Vasconcelles, 2005; Pargament et al., 2013; Weber & Pargament, 2014). Religie kan echter ook een bron zijn van spanning, twijfel en strijd (Stauner et al., 2016). Het gaat dan om strijd in iemands innerlijk, met anderen of met God. Dit wordt ‘negatieve religieuze coping’ genoemd. Uit onderzoek blijkt dat positieve religieuze coping in verband staat met een betere geestelijke gezondheid, een positievere omgang met lichamelijke ziekten en bijdraagt aan posttraumatisch herstel (zie onder andere: Koenig, 2009; Pargament et al., 2013). Negatieve religieuze coping is over het algemeen vaak maladaptief, en kan leiden tot spanning, angst en depressie (Pargament et al., 2013).

Pieper heeft in 2012 een overzicht gegeven van de ontwikkelingen op het gebied van religieuze coping, gebaseerd op het gedachtegoed van Pargament

(1997) en het onderzoek in Nederland. Religieuze coping treedt vaak op bij ingrijpende *life events* als andere vormen van coping niet toereikend zijn en lijkt een belangrijkere rol te spelen dan behandelaars in de zorg veelal denken (Pieper & van Uden, 2012). Veel mensen die zorg ontvingen, gaven aan veel steun te hebben aan hun geloof, en vonden dat hun behandelaars daar te weinig oog en oor voor hadden. De Snoo-Glas en collega's (2016) hebben daarom een interventie beschreven (een e-health-module) die volwassen cliënten wil helpen bij het expliciteren van hun levensbeschouwelijke zoektocht en hen wil versterken in coping. Door het aanbieden van een religieus (christelijk) kader krijgen cliënten handvatten om het proces van betekenis- en zingeving expliciet te verwoorden en te delen, en hun veerkracht te vergroten. De resultaten van het onderzoek naar de effectiviteit van deze e-health-module zijn nog niet gepubliceerd. Uit de feedback van cliënten blijkt dat de module hen steunt in hun herstel.

Ook voor kinderen en jongeren kan religieuze coping een belangrijke rol spelen bij de omgang met *life events* (Mahoney et al., 2005). In veel studies wordt een positief verband gevonden tussen religiositeit of spiritualiteit bij adolescenten en hun mentaal welbevinden, maar over de onderliggende processen zijn er nog vragen (Hardy et al., 2019; Wong et al., 2006). Een positieve religieuze copingstijl helpt adolescenten bij het omgaan met een chronische ziekte (Cotton et al., 2009) of kan een belangrijke beschermende factor zijn tegen suïcidaal gedrag (Molock et al., 2006). Het lijkt daarom van belang om ook bij jongeren het geloof actief te betrekken bij de behandeling, indien zij dat zelf willen.

Huidige studie

Voor zover ons bekend was er bij de start van deze studie voor christelijke jongeren nog geen interventie beschikbaar voor het betrekken en versterken van hun religieuze coping in behandeling. Daarom hebben we een werkboek ontwikkeld voor christelijke jongeren (10-18 jaar) met angstklachten, getiteld: *Ik kan het aan! Geloven in je herstel*. Dit werkboek werd ingezet als aanvulling op de eerste drie hoofdstukken van het bestaande CGT-protocol *Denken + Doen = Durven: Werkboek voor jezelf* (DDD; Bögels, 2008). We kozen voor deze doelgroep, omdat onze ervaring is dat jongeren met angstklachten in de praktijk vaak geloofsgerelateerde vragen hebben. Het doel van deze *multiple case study* was onderzoeken welk effect een vorm van religieuze interventie bestaande uit een behandeling met CGT (DDD) aangevuld met het ontwikkelde werkboek had op de positieve religieuze coping van jongeren met angstklachten, en op hun existentieel en klinisch herstel. Onze verwachting was dat het gericht betrekken van het christelijk geloof in de behandeling door middel van het nieuwe werkboek zou bijdragen aan een toename van positieve religieuze coping en klinisch en existentieel herstel.

METHODE

Design

De effectiviteit van de interventie werd onderzocht door middel van een *single case experimental design* (SCED) (N = 6), waarbij jongeren met angstklachten om en om op basis van aanmelding werden toegewezen aan: (1) een experimentele groep (12 sessies CGT (DDD), aangevuld met het werkboek *Ik kan het aan! Geloven in je herstel*), of aan (2) een controlegroep (12 sessies CGT (DDD)). De studie omvatte een baseline- en een behandelfase, en in beide fasen vonden wekelijkse metingen plaats. De interventie werd geïntroduceerd nadat een baseline was vastgesteld, met minimaal vier wekelijkse metingen. Vijf deelnemers waren nieuw aangemelde cliënten, zodat de baselinefase samenviel met de intakefase. Bij één deelnemer had al een kort rouwverwerkingstraject plaatsgevonden, waarna alsnog angstklachten meer op de voorgrond kwamen te staan. Omdat het moeilijk was om deelnemers te vinden, is zij alsnog geïnccludeerd (ze was op dat moment ook nog 9 in plaats van 10 jaar oud). De behandelfase bestond vervolgens uit 12 individuele sessies CGT met eveneens wekelijkse metingen.

Interventie

Denken + Doen = Durven (DDD) is een cognitief- gedragstherapeutisch programma waarin aandacht wordt besteed aan psycho-educatie, cognitieve herstructurering, copingvaardigheden, exposure en terugvalpreventie. Het werkboek voor religieuze coping *Ik kan het aan! Geloven in je herstel* omvat een benadering van gevoelens, gedachten, helpend gedrag en sterke kanten vanuit het christelijk geloof. Het is deels gebaseerd op een e-health-module gericht op existentieel herstel, ontwikkeld door de Snoo-Glas en collega's (2016). Er wordt onder andere in gerefereerd aan Bijbelse personen als voorbeeld en inspiratiebron. Met QR-codes zijn er verwijzingen toegevoegd naar christelijke liederen en een filmpje. Het hoofdstuk over de sterke kanten van de cliënt en zelfcompassie komt niet voor in de methode DDD. Ten behoeve van de controlegroep zijn er daarom van dit hoofdstuk twee versies ontwikkeld, één met religieuze inhoud en één zonder (alleen de dankbaarheidsoefening heeft de controlegroep niet gehad). Na een korte uitleg volgen steeds een vraag of oefening en een opdracht voor thuis. Om zo goed mogelijk aan te sluiten op de kerkelijke achtergrond van de jongeren, is gebruikgemaakt van vier verschillende vertalingen van de Bijbel. De jongeren konden zelf kiezen voor het werkboek met de vertaling die het beste bij hen paste. Bij de keuze van de liederen is ook rekening gehouden met de verschillen in kerkelijke achtergrond. Het kader geeft een nadere toelichting op het werkboek.

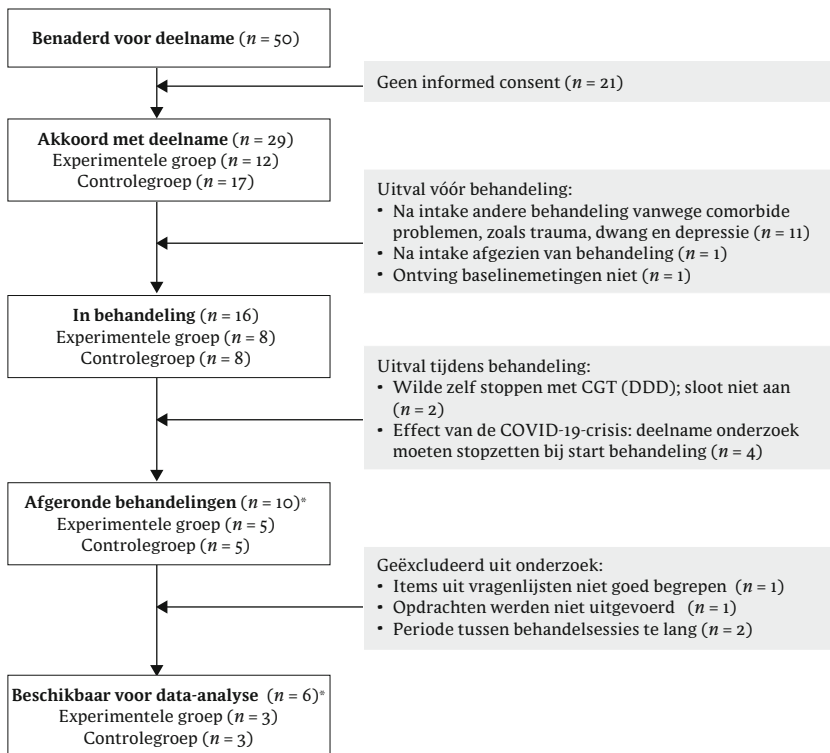
Toelichting op het werkboek voor religieuze coping

- *Jouw gevoelens.* Je bent als mens door God gemaakt met emoties. Hij begrijpt emoties en schrikt er niet van. Bekende personen in de Bijbel uiten hun emoties naar God. Ze uiten niet alleen blijdschap en dankbaarheid, maar ook verdriet, pijn en teleurstelling. Ook jij mag naar God uiten wat in je omgaat.
- *Jouw gedachten (1).* Bij het onderzoeken en 'uitdagen' van je nare gedachten kun je ook Bijbelteksten gebruiken. Als jij denkt: 'Ik durf het niet', kan een tekst als: 'Ik ben niet bang, ook al is er gevaar, ook al is het donker om mij heen. Want u bent bij mij, Heer. U beschermt me, u geeft mij moed' (Psalm 23:4) je inspireren om een meer helpende gedachte te formuleren.
- *Jouw gedachten (2).* In de Bijbel staan tips om je minder zorgen te maken. In Filippienzen 4:6 en 7 wordt de lezer bijvoorbeeld aangemoedigd alles wat nodig is aan God te vragen en hem ook te danken. Aan de jongere wordt uitgelegd dat uit onderzoek blijkt dat danken je gelukkiger maakt en dat het helpt om te blijven danken voor de goede dingen, ook wanneer het leven moeilijk is of voelt. Er volgt een dankbaarheidsoefening.
- *Helpend gedrag.* In de Bijbel staan tal van voorbeelden van mensen die dapper waren omdat ze op God vertrouwden. De jongere wordt uitgenodigd om een voorbeeldfiguur te kiezen uit de Bijbel. Verder komt aan de orde wat je anders kunt doen om je rustig(er) te voelen, waarbij ook religieuze copingopties worden genoemd, zoals bidden of luisteren naar muziek. Ook gaat het over goed zorgen voor jezelf (gezond eten, bewegen) en op tijd rust nemen (wat ook Jezus deed).
- *Je sterke kanten.* Iedereen is uniek gemaakt met eigen talenten. Het is van belang dat je je eigen gaven en mogelijkheden ontdekt en gebruikt. De opdracht volgt om een top vijf te maken. Het gaat in het betreffende hoofdstuk ook over vriendelijk en mild zijn voor jezelf (zelfcompassie) en over het omgaan met je minder sterke kanten.

Deelnemers

Deelnemers waren jongeren met angstklachten die zich hadden aangemeld bij een van de afdelingen Ambulante Behandeling Jeugd van een vestiging van Eleos ggz in Nederland. Zij werden verwezen door de huisarts of het sociale (wijk)team. De meerderheid van de cliënten van Eleos heeft een protestants-christelijke achtergrond, maar Eleos biedt ook hulp aan niet-christelijke cliënten. Vijf deelnemers werden na intake gediagnosticeerd met een angststoornis volgens de DSM-5. In de intakefase werden de DSM-5-criteria systematisch uitgevraagd. Er zijn geen diagnostische interviews afgenomen. Bij één deelnemer waren de angstklachten gerelateerd aan een 'andere gespecificeerde psychotrauma- of stressorgerelateerde stoornis'.

Clënten met acute suïcidaliteit, met een $IQ < 80$ of die niet afkomstig waren uit een christelijk milieu, waren gecontra-indiceerd. Leeftijd voor inclusie was 10 tot en met 18 jaar. In totaal zijn 50 cliënten benaderd om mee te doen. In figuur 1 is de flowchart van inclusie en drop-out weergegeven. De redenen voor drop-out in de groep 'in behandeling' ($N = 17$) zijn bekend en hebben vooral te maken met organisatorische aspecten. Daarom is er geen reden voor een drop-outvergelijking tussen 'beschikbaar voor data-analyse' ($n = 6$) versus de drop-outgroep ($n = 11$) wat betreft religieuze coping, en klinisch en existentieel herstel bij de start.



* Waarvan $n = 2$ bij wie behandeling samenviel met de start van de COVID-19-crisis. Deze behandelingen zijn wel afgerond en de deelnemers geïnccludeerd omdat er al 8 (van de 12) behandelingsessies hadden plaatsgevonden.

FIGUUR 1 Flowchart van inclusie, behandeling en uitval

Uiteindelijk bestond de experimentele groep uit drie deelnemers ($M_{leeftijd} = 15,0$, $SD = 1,0$) en de controlegroep uit drie deelnemers ($M_{leeftijd} = 13,3$, $SD = 4,0$). De kerkelijke achtergrond van de deelnemers was gevarieerd en gespreid over beide groepen, waardoor de brede cliëntenpopulatie van Eleos vertegenwoordigd was (zie tabel 1). De namen van de deelnemers zijn pseu-

doniemen en een aantal details in hun beschrijvingen zijn aangepast om privacy te garanderen. Elke vermeende herkenning berust op toeval.

TABEL 1 *Kenmerken van de deelnemers per groep*

	Leeftijd	Kerkelijke achtergrond	Opleidings-niveau	Diagnose
Experimentele groep				
Eva	15	Evangelisch	vwo	Sociale-angststoornis
Ellen	16	Baptist	mbo	Gegeneraliseerde-angststoornis
Elize	14	Gereformeerde gemeente	havo	Gegeneraliseerde-angststoornis
Controlegroep				
Christa	9	Hersteld hervormd	bao	Specifieke fobie
Cecil	14	Gereformeerde gemeente	havo	Sociale-angststoornis
Corine	17	Gereformeerd vrijgemaakt	mbo	Andere gespecificeerde trauma- of stressor-gerelateerde stoornis

Eva (15) was gespannen voor toetsen, presentaties en in nieuwe situaties. Haar klachten waren ontstaan in een periode van veel veranderingen. Bij oplopende spanning kreeg ze buikpijn of blokkeerde ze. Thuis was ze teruggetrokken en prikkelbaar. Ze stelde hoge eisen aan zichzelf en vroeg nauwelijks hulp. Eva was in sociale situaties bang om raar gevonden te worden of om fouten te maken. In het omgaan met haar problemen was het geloof voor haar helpend.

Ellen (16) werd aangemeld na haar start op school vanwege overmatige zorgen over school en het welzijn van haar ouders. Ze had scenario's in haar hoofd van wat er mis kon gaan en bleef daarover piekeren. Een enkele keer had zij last van hyperventilatie. Vanwege haar overspoelende angstgedachten kwam ze moeilijk in slaap. Op de basisschool had ze al last van (verlatings)angst. Luisteren naar muziek hielp haar. Het geloof speelde een belangrijke rol in haar leven, onder andere als bron van steun.

Elize (14) piekerde over allerlei rampscenario's, waar ze angstig, paniekerig en somber van werd. Ze groeide op in een groot gezin. Haar ouders zijn gescheiden na een lange periode van relatieproblemen. Elize vertelde dat het geloof haar hielp. Ze maakte regelmatig tijd voor Bijbellezen en bidden.

Met name in moeilijke perioden zocht ze hulp bij God. Ze wilde dit ook meer gaan doen in betere tijden.

Christa (9) was altijd al gevoelig, angstig en perfectionistisch, maar haar angsten (onder andere voor ziekte) namen sterk toe nadat twee familieleden korte tijd na elkaar overleden. Ze piekerde veel, had inslaapproblemen en scheidingsangst, en ging veel controleren. De baselinefase van Christa viel in de zomervakantie. Voor deze vakantie waren na de intake al enkele gesprekken met Christa en met haar ouders gevoerd gericht op rouwverwerking. Uit latere dossieranalyse bleek dat hierbij het geloof werd betrokken als bron van troost. Na deze gesprekken kwamen de genoemde angsten meer op de voorgrond te staan en werd ze alsnog aangemeld voor deelname aan het onderzoek. Op school botste ze veel met klasgenoten.

Cecil (14) werd aangemeld vanwege angsten, somberheid en een negatief zelfbeeld na pestervaringen. Ze voelde zich in sociale situaties onzeker en was bang dat het pesten opnieuw zou beginnen. Cecil had vriendinnen, maar was zelf weinig weerbaar. Ze durfde activiteiten niet alleen te doen en vermeed nieuwe situaties. Haar hulpvraag was zelfverzekerder en minder bang worden. Door bijkomende problemen was er in het gezin veel stress en overbelasting. Cecil wilde anderen niet belasten en deelde haar emoties daarom niet.

Corine (17) werd aangemeld na een doorgemaakte medische ingreep met een lang hersteltraject. Ze vermeed verschillende situaties die haar deden denken aan haar ziekenhuisopname. Enkele jaren geleden was ze al in behandeling geweest voor een gegeneraliseerde-angststoornis. Indertijd was de geboden EMDR-behandeling in combinatie met CGT voor Corine succesvol. Bij de heraanmelding was er een wachtlijst voor EMDR, waardoor Corine is gestart met CGT, met de mogelijkheid daarna alsnog EMDR in te zetten.

Procedure

Werving voor het onderzoek vond plaats in de periode januari 2019 tot maart 2020. Jongeren die angstklachten rapporteerden in de aanmeldinformatie kregen een informatiebrief met een bijgevoegd toestemmingsformulier toegestuurd. Ook de ouders van de jongeren tot 16 jaar werden geïnformeerd over het onderzoek en dienden eveneens hun *informed consent* te geven. Zo werden jongeren geselecteerd die gemotiveerd waren voor deelname aan de interventie. Deelnemers werden bij aanmelding om en om toegewezen aan de experimentele groep of aan de controlegroep. De jongeren kregen zo nodig een vriendelijk appje van de onderzoeksassistente om hen te herinneren aan het invullen van de vragenlijsten. De dataverzameling liep tot juni 2020.

De jongeren in de experimentele groep kregen CGT (DDD) met toegevoegde religieuze interventies in de vorm van het werkboek *Ik kan het aan! Geloven in je herstel*. De jongeren in de controlegroep kregen standaard CGT

(alleen DDD). Na afronding van de behandeling met CGT konden zij alsnog het bovengenoemde werkboek doorlopen, maar dit werd niet meegenomen in het onderzoek. Wanneer een jongere uit de controlegroep tijdens de CGT zelf geloofsgerelateerde vragen stelde of opmerkingen maakte, noteerde de behandelaar die samen met de jongere om er na afronding van het DDD-werkboek op terug te kunnen komen. In een logboek voor behandelaars stond vermeld welke pagina's van DDD in ieder geval aan de orde moesten komen in beide groepen. In beide groepen bestond de behandeling uit 12 sessies. Behandelaars betrokken de ouders van de jongeren op maat. De intensiviteit van de ouderbegeleiding is niet meegenomen als factor in het onderzoek.

Meetinstrumenten

Religieuze coping — Om de positieve religieuze coping van de deelnemers wekelijks te meten, is gebruikgemaakt van de vijf items uit de Brief Religious Coping Scale (Brief RCOPE; Pargament et al., 2011) die het hoogst laadden op de subschaal positieve religieuze coping (Braam et al., 2010; Pargament, 1999). De Nederlandse items van de Brief RCOPE zijn qua taalgebruik aangepast voor jongeren. Het ging om de volgende items, als aanvulling op: 'Toen ik het moeilijk had ...', '... vroeg ik God om hulp en kracht', '... dacht ik aan Gods liefde en zorg', '... probeerde ik met Gods hulp het probleem aan te pakken', '... probeerde ik te zien hoe God mij er sterker door probeert te maken' en '... concentreerde ik me op de goede dingen die God mij geeft, zodat ik kon stoppen met piekeren.' De vragen werden gescoord op een vierpuntsschaal (1 = 'bijna nooit', 2 = 'soms', 3 = 'vaak' en 4 = 'bijna altijd'). De huidige studie liet gemiddeld genomen een goede interne consistentie zien (gemiddelde α van 0,85, met een range van 0,46 tot 0,95).

Klinisch herstel — Om het klinisch herstel (afname van symptomen) van de deelnemers te meten is de Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ; zelfrapportage 11-17, 25 items; Theunissen et al., 2016) afgenomen bij de start van de metingen, bij de start van de behandeling en na 12 sessies. Voor dit onderzoek is gebruikgemaakt van de Totale Probleemscore (bestaande uit subschalen emotionele problemen, gedragsproblemen, hyperactiviteit/aandachtstekort en problemen met leeftijdgenoten) en de subschaal emotionele problemen. Dit zijn betrouwbare schalen gebleken (Hoofs et al., 2016). In deze studie was de interne consistentie voor de Totale Probleemscore voldoende (gemiddelde α van 0,63 over de drie meetmomenten, met een range van 0,50 tot 0,71). De interne consistentie voor de subschaal emotionele problemen was goed (gemiddelde α van 0,92 over de meetmomenten, met een range van 0,89 tot 0,95). Drie items uit de subschaal emotionele problemen die betrekking hebben op angstproblematiek werden daarnaast wekelijks

afgenomen (gemiddelde α over alle meetmomenten van 0,85, met een range van 0,47 tot 1,00). Het gaat om de volgende items: 'Ik pieker veel', 'Ik ben zenuwachtig in nieuwe situaties. Ik verlies makkelijk mijn zelfvertrouwen' en: 'Ik ben voor heel veel dingen bang, ik ben snel angstig.' De vragen werden gescoord op een driepuntsschaal (0 = 'niet waar' tot 2 = 'zeker waar').

Existentieel herstel — Existentieel herstel was voor dit onderzoek gedefinieerd als (een toename van) (1) hoop, (2) empowerment en controle, en (3) religieus welbevinden (gebaseerd op: Whitley & Drake, 2010). Om dit wekelijks in korte tijd te kunnen meten, zijn relevante items geselecteerd uit verschillende beschikbare vragenlijsten. Deze lijsten zijn ontwikkeld voor volwassenen. De geselecteerde items zijn voorgelegd aan een kleine testgroep van bij Eleos aangemelde christelijke jongeren, om te onderzoeken of ze geschikt waren om te gebruiken bij deze doelgroep. De reacties van de jongeren uit de testgroep zijn meegenomen in de definitieve formulering van de items.

Hoop werd wekelijks gemeten met drie items uit de Hoop Vragenlijst (Nederlandse versie van de Herth Hope Index; van Gestel-Timmermans et al., 2010; van Luijtelaar & Wolf, 2012). De drie gekozen items laden hoog op 'Kijk op het leven en de toekomst': 'Ik heb een positieve kijk op het leven', 'Ik ben bang voor mijn toekomst' en 'Ik vind dat mijn leven waardevol en nuttig is.'

Empowerment en controle werd wekelijks gemeten met drie items uit de schaal 'eigen wijsheid' van de Nederlandse Empowerment Vragenlijst (Boevink, 2009; van Luijtelaar & Wolf, 2012). Er waren geen gegevens uit een factoranalyse beschikbaar. Gekozen is voor de items: 'Ik vind mezelf de moeite waard', 'Ik zet negatieve gedachten om in positieve gedachten' en: 'Ik kan omgaan met mijn minder sterke kanten' (de oorspronkelijke formulering voor volwassenen was: 'Ik kan omgaan met mijn kwetsbaarheden').

Religieus welbevinden werd wekelijks gemeten met twee items uit de schaal religieus welbevinden van de Nederlandse vertaling van de Spiritual Well-Being Scale (Körver, 2013). Deze schaal geeft een indicatie van de algemene religiositeit van de deelnemer, van beschikbare religieuze bronnen en van de mate van positieve verbinding tot een goddelijke macht. De twee geselecteerde items hebben betrekking op religieus welbevinden en niet op religieuze coping. Deze items zijn: 'Omdat ik weet dat God er is, voel ik me niet alleen' (de oorspronkelijke formulering voor volwassenen was: 'Mijn relatie met God zorgt ervoor dat ik mij niet eenzaam voel') en: 'Ik geloof dat God betrokken is bij mijn problemen.' Alle acht items voor existentieel herstel werden gescoord op een vijf puntsschaal (1 = 'zeker niet waar' tot 5 = 'zeker waar'). De huidige studie liet een goede interne consistentie zien voor deze vragen op alle meetmomenten (gemiddelde α van 0,94, met een range van 0,82 tot 0,99).

Data-analyse

48

De wekelijkse scores op klinisch herstel, existentieel herstel en religieuze coping zijn per deelnemer, per fase en per onderzoeksgroep weergegeven in grafieken. De gemiddelde score en standaarddeviatie per fase zijn berekend voor elke deelnemer. De wekelijkse scores zijn visueel geanalyseerd, waarbij is gekeken naar (1) verandering in trend (verschillen in fasen wat betreft de trend van scores over de tijd), (2) verschil in gemiddelde score tussen fasen, en (3) de stabiliteit binnen fasen (Kazdin, 2019; Lane & Gast, 2013).

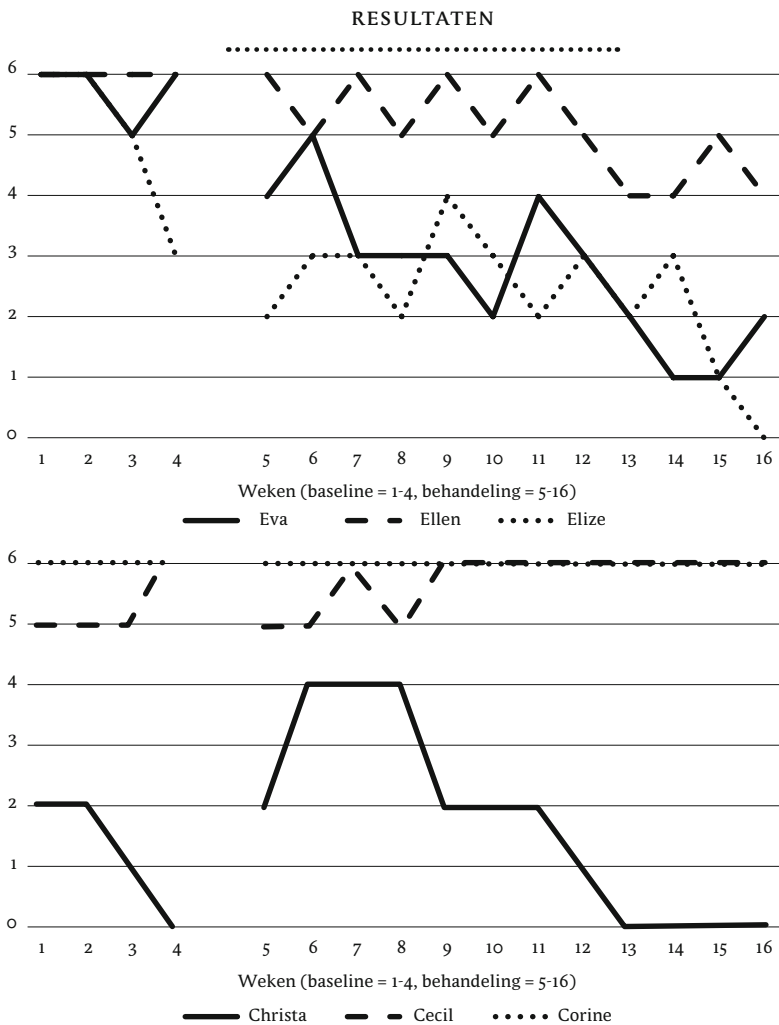
Als aanvullende maat voor het effect van de interventie op wekelijkse metingen zijn de waarden van *non overlapping pairs* (NAP's; Parker et al., 2011) berekend voor klinisch herstel, existentieel herstel en positieve religieuze coping. Een NAP-waarde is een index voor de mate van non-overlap in data tussen fasen in *single case designs*. Hoe meer metingen in de behandelfase positiever zijn in vergelijking met metingen uit de baselinefase, hoe hoger de NAP-waarde boven de 0,50 uitkomt en hoe meer verbetering er te zien is in de behandelfase. NAP werd berekend met de volgende formule: (aantal paren van meetmomenten waarbij behandelfase > baselinefase + (0,5 x aantal paren waarbij behandelfase = score baselinefase)) / totaal aantal paren. Het totaal aantal paren dat in deze studie vergeleken werd was 4 (baseline) x 12 (behandeling) = 48. Voor klinisch herstel gold het omgekeerde: behandelfase < baseline, want minder klachten betekent herstel. Een NAP lager dan 0,65 wijst op een klein effect, een NAP tussen 0,66 en 0,92 op een matig effect, en een NAP hoger dan 0,93 wijst op een groot effect (Parker & Vannest, 2009). Een NAP < 0,50 werd gezien als geen tot tegengesteld effect. Per NAP-waarde zijn 95%- betrouwbaarheidsintervallen (CI) berekend met de volgende formule: NAP plus of min $(1,96 * \sqrt{NAP * (1 - NAP)} / \text{totaal aantal paren})$.

Om vast te stellen in hoeverre veranderingen in klinisch herstel per client tussen de baselinefase en de behandelfase betrouwbaar en werkelijk een verbetering waren, hebben we de scores berekend op de Reliable Change Index (RCI; Jacobson & Truax, 1991) met de SDQ voor- en nameting (totaalscore en emotionele problemen). De RCI-score is in deze studie berekend met de volgende formules: (1) $Se = SD\sqrt{(1 - r_{xx})}$, (2) $S_{diff} = \sqrt{2(Se)^2}$ en (3) $RCI = \text{voormeting} - \text{nameting} / S_{diff}$. Daarbij is Se = de standaardmeetfout (schatting van de invloed van toeval op een score), S_{diff} = de standaardmeetfout van een verschillscore, SD = de standaarddeviatie van de schaal in een normgroep, en r_{xx} = de betrouwbaarheidscoëfficiënt van de schaal in een normgroep. Om met 95% zekerheid te kunnen zeggen dat een verandering tussen meetmomenten daadwerkelijk een verbetering was, hielden we een $RCI < -1,645$ als significant aan (eenzijdige toetsing). Een RCI-score < -1,65 (eenzijdige toetsing) werd gezien als een klinisch significant verschil (Bartels et al., 2008).

Ethiek

49

Omdat dit een onderzoek betreft naar een reguliere behandeling, met gebruik van instrumenten die standaard zijn in het zorgproces, is het onderzoeksprotocol vooraf getoetst op ethische en juridische richtlijnen ten aanzien van wetenschappelijk onderzoek, en goedgekeurd door een interne Commissie Wetenschappelijk Onderzoek van Eleos en een externe deskundige vanuit de RINO-opleiding tot klinisch psycholoog.



FIGUUR 2 Scores voor klinisch herstel (mate van klachten) in de experimentele groep (boven) en in de controlegroep (onder)

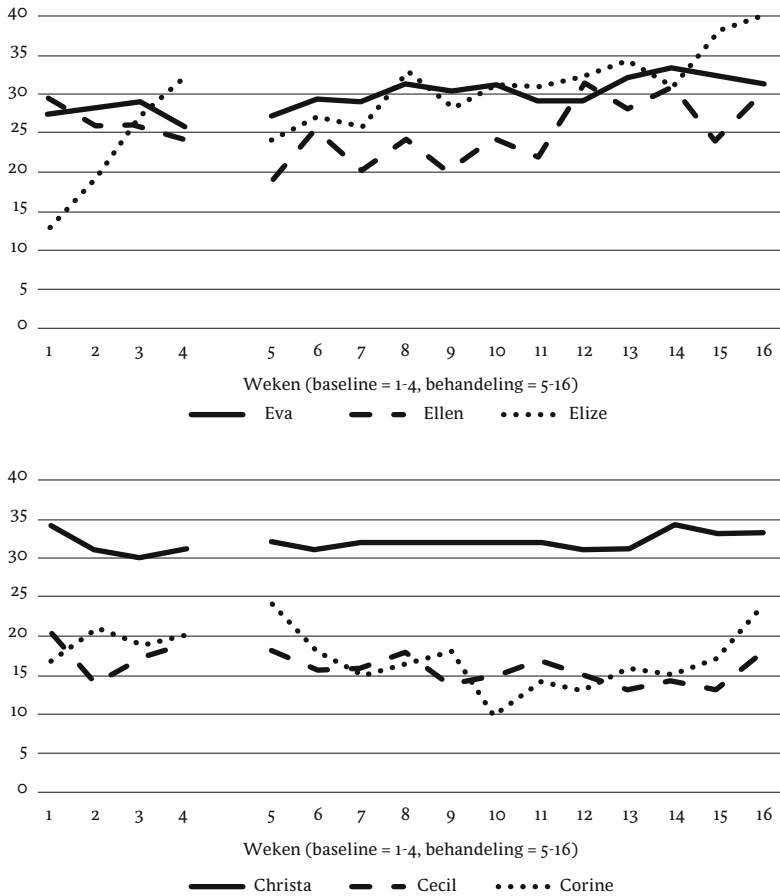
Klinisch herstel

Het klinisch herstel is visueel weergegeven in figuur 2. De trend van klinisch herstel binnen de experimentele groep is een duidelijke afname in klachten bij Eva en Elize, en een lichte afname in klachten bij Ellen. Het verschil in gemiddelden (gepresenteerd in tabel 2) is hiermee in overeenstemming. Bij Eva en Ellen waren baselinescores stabiel en is verandering te zien tijdens of aan het einde van de behandelfase. Bij Elize waren klachten al minder aan het einde van de baselinefase – de fase is daarmee minder stabiel –, maar ook bij haar is aan het einde een daling in klachten te zien. Binnen deze groep lijkt het klinisch herstel in de eerste sessies van de behandeling stabiel en minder sterk dan in de laatste sessies. De trend van klinisch herstel binnen de controlegroep is een ander beeld. Christa rapporteerde (onverwacht) in de baselinefase weinig tot geen angstklachten, vervolgens een toename in de eerste helft van de behandelfase en aan het einde weer weinig tot geen klachten. Bij Cecil en Corine bleven klachten stabiel hoog, ongeacht de fase. De gemiddelde scores per fase waren in de behandelfase dan ook gelijk en zelfs hoger. Het visuele verschil tussen beide groepen is terug te zien in de verschillen in NAP-waarden met 95% CI: in de experimentele groep matig tot grote effecten van de behandeling en in de controlegroep geen effect in de verwachte richting ($NAP \leq 0,50$).

In tabel 3 zijn de SDQ-totaalscores en de scores op emotionele problemen gepresenteerd bij intake, start en einde behandeling. In de experimentele groep is een afname hiervan te zien bij het einde van de behandeling, met bijbehorende significante RCI-waarden voor Eva en Elize. Voor Ellen geldt deze klinische significantie alleen voor emotionele problemen. In de controlegroep was geen verbetering te zien; de SDQ-scores waren aan het einde van de behandeling zelfs grotendeels hoger. De RCI-waarden zijn daarom ook positief. Bij Christa was de afname in klachten niet klinisch betekenisvol, zoals bleek uit de RCI-scores. Cecil en Corine lieten geen klinisch herstel zien.

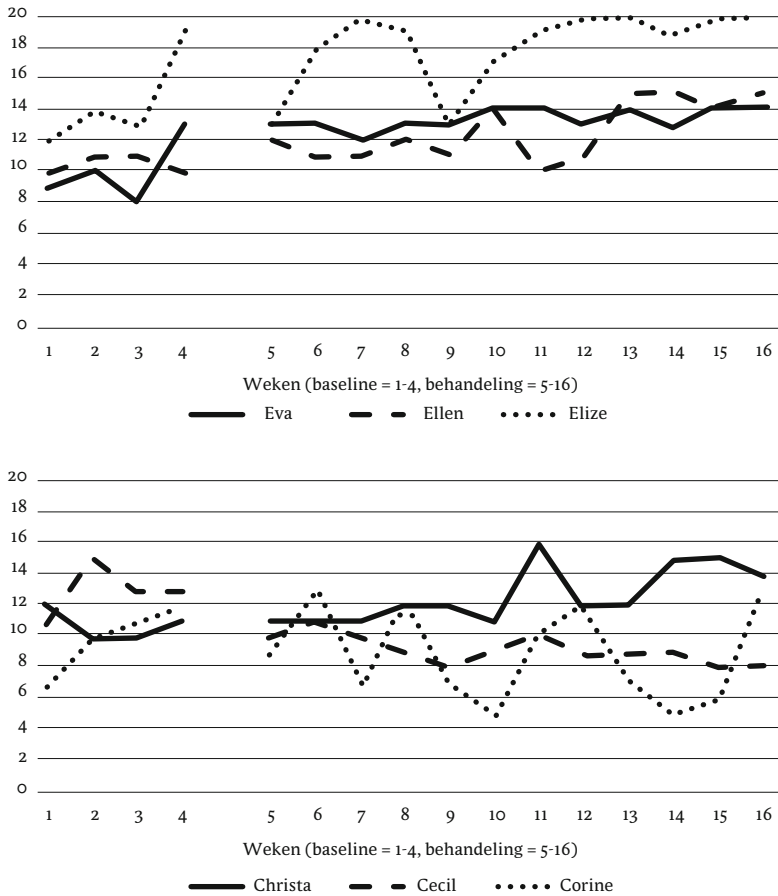
Existentieel herstel

Het existentieel herstel is visueel weergegeven in figuur 3. De trend hiervan binnen de experimentele groep is wisselend in zowel de baselinefase als de behandelfase. Elize rapporteert in de behandelfase over de tijd een stabiele toename, met tussen sessie 7-8 en 14-16 een hogere stijging. Haar gemiddelde per fase verschilt het meest, met 8 punten (tabel 2). Bij Eva is ook een toename te zien, maar beperkter, met weinig fluctuatie. De scores voor Ellen zijn in de periode van de eerste behandelingsessies lager dan de baselinefase, maar gaan vanaf sessie 12 omhoog (vergelijkbaar punt als voor klinisch herstel). De baselinefase was voor Elize weinig stabiel, met groot verschil tussen week 1 en 4 (verschil = 19). Voor Eva en Ellen laten de gemiddelden



FIGUUR 3 Scores voor existentieel herstel in de experimentele groep (boven) en in de controlegroep (onder)

zien dat existentieel welzijn al relatief hoog was. Hetzelfde hoge baselineniveau was te zien voor Christa in de controlegroep, dat voor haar in de behandelingsfase stabiel bleef en gemiddeld licht steeg. Voor Cecil en Corine waren de baselinewaarden lager en was er meer fluctuatie in de behandelingsfase. Corine scoort bij sessie 1 en sessie 16 hoger dan de baseline, terwijl daartussen haar scores veelal lager waren. Voor Cecil is een lichte neerwaartse trend te zien. De NAP-waarden (tabel 2) in de experimentele groep lieten een matig effect zien van de behandeling voor Elize en Eva, maar voor Ellen geen effect in de verwachte richting ($NAP = 0,36$). In de controlegroep was alleen voor Christa de NAP-waarde positief over een effect van de behandeling.



FIGUUR 4 Scores op positieve religieuze coping in de experimentele groep (boven) en in de controlegroep (onder)

Religieuze coping

De wekelijkse metingen religieuze coping zijn visueel weergegeven in figuur 4. De trend in de experimentele groep lijkt voor alle deelnemers een toename van religieuze coping te zijn, waarbij deze bij (1) Eva licht maar stabiel toeneemt, (2) bij Elize over algemeen groter is, maar sterker fluctueert (bijvoorbeeld week 5 en week 9), en (3) bij Ellen met name vanaf week 13 hoger is. De gemiddelde scores zijn voor alle drie hoger in de behandelingsfase dan in de baselinefase. De scores in de baseline waren alleen voor Ellen stabiel te noemen. In de controlegroep zijn verschillen tussen de deelnemers te zien. Bij Corine is in de behandelingsfase relatief veel en grote fluctuatie te zien, en

TABEL 2 Gemiddelde scores per deelnemer per fase en de NAP-waarden (o-1) weergegeven voor klinisch herstel, existentieel herstel en positieve religieuze coping

	Klinisch herstel (mate van klachten)			Existentieel herstel			Religieuze coping		
	M (SD) baseline	M (SD) behandeling	NAP (95% CI)	M (SD) baseline	M (SD) behandeling	NAP (95% CI)	M (SD) baseline	M (SD) behandeling	NAP (95% CI)
Experimentele groep									
Eva	5,75 (0,50)	2,75 (1,22)	0,99 (0,96-1,00)	27,50 (1,29)	30,25 (1,71)	0,86 (0,76-0,96)	10,00 (2,16)	13,33 (0,65)	0,92 (0,84-1,00)
Ellen	6,00 (0,00)	5,08 (0,79)	0,83 (0,72-0,94)	26,25 (2,06)	24,83 (4,30)	0,36 (0,22-0,50)	10,50 (0,58)	12,58 (1,88)	0,85 (0,75-0,95)
Elize	5,00 (1,41)	2,33 (1,07)	0,93 (0,86-1,00)	22,75 (8,42)	31,25 (4,69)	0,79 (0,67-0,91)	14,50 (3,11)	18,17 (2,59)	0,82 (0,71-0,93)
Controlegroep									
Christa	1,25 (0,96)	1,75 (1,60)	0,43 (0,29-0,57)	31,50 (1,73)	32,08 (0,90)	0,70 (0,57-0,83)	10,75 (0,96)	12,67 (1,83)	0,83 (0,72-0,94)
Cecil	5,25 (0,50)	5,75 (0,45)	0,19 (0,08-0,30)	17,50 (2,65)	15,58 (1,88)	0,26 (0,14-0,38)	13,00 (1,63)	9,17 (0,94)	0,01 (0,00-0,04)
Corine	6,00 (0,00)	6,00 (0,00)	0,50 (0,36-0,64)	19,25 (1,71)	16,75 (4,07)	0,23 (0,11-0,35)	10,00 (2,16)	8,83 (3,07)	0,40 (0,26-0,54)

Noor. Klinisch herstel heeft range van 0 tot 6 (waarbij geldt: hoe hoger de score, hoe meer klachten), range existentieel herstel = 8-40 en range religieuze coping 5-20 (waarbij geldt: hoe hoger de score, hoe meer existentieel herstel of religieuze coping). NAP-waarden: klein effect: $\leq 0,65$, matig effect: $0,66-0,92$; groot effect: $\geq 0,93$. NAP-waarden voor klinisch herstel zijn te lezen als mate waarin meetmomenten in de behandelfase lager waren dan in de baselijnfase (aangezien minder klachten = meer herstel). NAP = non-overlapping pairs.

haar baseline neemt over de tijd al toe. Voor de religieuze coping van Cecil is er sprake van een neerwaartse trend en geldt dat in de behandelfase de scores structureel lager zijn dan in de baselinefase. Christa rapporteert in de baseline en het begin van de behandeling stabiel, terwijl later de religieuze coping meer fluctueert en gemiddeld toeneemt. Zij is de enige in de controlegroep bij wie de gemiddelde score op religieuze coping in de behandelfase hoger is dan in de baselinefase. Wat de NAP-waarden betreft (tabel 2) zien we een matig behandel effect in de hele experimentele groep en in de controlegroep alleen voor Christa. Effecten voor Cecil en Corine wijzen niet op een positief behandel effect.

Beschrijvende resultaten uit informatie van behandelaren

Voor *Eva* waren met name de helpende gedachten en de exposureopdrachten helpend in het omgaan met moeilijke sociale situaties. Uit het logboek bleek dat ze de muzikale toevoegingen in het werkboek waardeerde en verrast was dat er in de Bijbel ook teksten staan over haar problemen. Ze nam

TABEL 3 *SDQ Totale Probleemscores, scores op de schaal emotionele problemen en scores op de Reliable Change Index*

	SDQ totale probleemscore			RCI	SDQ emotionele problemen			RCI
	Intake	Start behande- ling	Einde behande- ling		Intake	Start behande- ling	Einde behande- ling	
Experimentele groep								
Eva	12	11	3	-2,90*	8	8	1	-4,55*
Ellen	18	18	15	-0,97	9	9	6	-1,95*
Elize	23	21	10	-4,19*	10	7	1	-5,84*
Controlegroep								
Christa	12	14	15	0,97	2	2	1	-0,65
Cecil	17	15	19	0,65	6	6	10	2,60
Corine	14	16	16	0,65	9	10	9	0,00

Noot. RCI = Reliable Change Index-scores zijn berekend voor het verschil tussen intake en einde behandeling; SDQ = Strengths and Difficulties Questionnaire; * = significante positieve verandering

zich voor vaker te bidden en te danken. Het sprak haar aan om met vriendelijker ogen naar zichzelf te kijken. Ze durfde in sociale situaties steeds meer en kon beter relativeren. Eva's dossier kon worden gesloten.

Ellen had na 12 behandelssessies minder vaak last van angstaanvallen, maar kon nog wel heftig bang zijn. Soms lukte het haar om niet meer te vermijden, maar vaker nog niet. Ze had geruststelling van anderen nodig en bleef bang voor de angst. Door alles goed te willen doen en door moeite met grenzen aangeven, raakte zij na vier behandelssessies overbelast en ging ze tijdelijk minder naar school. De behandeling werd geïntensiveerd door toevoeging van farmacotherapie en gezamenlijke gesprekken met haar ouders. De CGT werd na het stoppen van de metingen nog voortgezet.

Elize profiteerde van de aangeboden vaardigheden uit het nieuwe werkboek om haar angsten te hanteren. Ze had steun aan positieve Bijbelteksten en luisterde graag naar christelijke liederen. Het was voor haar nieuw dat ze gevoelens mocht uiten en die niet hoefde weg te stoppen. Ze ging meer moeilijke situaties aan, waardoor haar angsten en stemmingsklachten verdwenen en ze beter keuzes kon maken met betrekking tot haar toekomst. Elize ontdekte dat ze veel had om voor te danken en was daar blij mee. Ze voelde zich bij afronding sterk en evenwichtig en had geen hulpvraag meer.

Christa heeft vooral gewerkt aan het alleen op haar kamer in slaap kunnen vallen. Na de vijfde sessie lukte haar dat steeds vaker. Na de tweede behandelssessie deed zich een ingrijpende gebeurtenis voor, die zorgde voor een toename van angstklachten. Bij het bespreken van haar helden noemde ze spontaan vier personen uit de Bijbel. Christa maakte bij de afronding van de angstbehandeling vaker gebruik van helpende gedachten. Op verzoek van ouders en school werd vanwege blijvende onrust en impulsiviteit een onderzoek naar ADHD gestart.

Cecil ging tijdens de behandeling aan de slag met meer helpend denken, ontspannings- en aandachtsoefeningen en exposureopdrachten in deelstapjes. Ze kwam haar pesters nog steeds tegen en voelde zich daardoor onveilig. Overleg met ouders om te bespreken hoe dit met betrokkenen op te pakken, zorgde juist voor ontregeling. Dit bracht Cecil in een loyaliteitsconflict en het oefenen met de geleerde vaardigheden stagneerde. De CGT werd daarom voortgezet in combinatie met gezinsbehandeling. Cecil wilde graag als nog gebruikmaken van het werkboek voor religieuze coping.

Corine had bij de start van de behandeling veel moeite met het verwoorden van helpende gedachten en leek als het ware te verstijven. Gaandeweg ging het iets beter. Helaas ontwikkelde ze nieuwe lichamelijke klachten, die maakten dat het oefenen haar langere tijd niet lukte. Erkenning en uitleg van de kinderarts waren helpend voor haar. Daarna kwamen de exposureoefeningen in kleine stapjes op gang. Omdat Corine nog steeds last had van herbelevingen aan haar operatie, werd in het vervolgartraject EMDR ingezet.

DISCUSSIE

.....

Het doel van deze studie was onderzoeken welk effect een behandeling met CGT (DDD), aangevuld met een nieuw ontwikkeld werkboek *Ik kan het aan! Geloven in je herstel* als religieuze interventie, heeft op positieve religieuze coping, en existentieel en klinisch herstel van christelijke jongeren met angstklachten. We gebruikten hiervoor een SCED-design met een experimentele groep ($n = 3$) en een controlegroep ($n = 3$; DDD zonder nieuw werkboek).

Uit de resultaten blijkt dat in de eerste groep over de tijd in de behandelingsfase een toename te zien is wat betreft positieve religieuze coping, en klinisch en existentieel herstel, met matige tot grote effectgrootten. De scores met betrekking tot emotionele problemen waren bij alle drie deelnemers aan het einde van de behandelsessies significant lager. Bij twee van de drie was er duidelijk sprake van klinisch herstel en kon de behandeling worden afgerond. De derde deelnemer had eveneens minder klachten, maar had nog een vervolg nodig om het geleerde zelfstandig en in meer situaties te kunnen toepassen. In de controlegroep vonden we andere resultaten. Er waren aan het einde geen klinisch significant lagere scores op de SDQ-vragen. De wekelijkse metingen voor religieuze coping, en voor klinisch en existentieel herstel, lieten weinig tot geen verbetering zien over de tijd en bewogen zich zelfs in de tegenovergestelde richting (verslechtering bij twee van de drie deelnemers). Bij alle deelnemers in de controlegroep werd de behandeling nog voortgezet.

De verschillen tussen de groepen kunnen suggereren dat een behandeling waarin religie een geïntegreerde plek heeft beter aansluit bij religieuze jongeren, zoals ook eerder onderzoek heeft aangetoond in dezelfde of andere doelgroepen (zie bijvoorbeeld: Koenig, Peteet et al., 2020; Rosmarin et al., 2010; Weber & Pargament, 2014). Maar naar onze mening wordt dit niet in ons onderzoek bevestigd, aangezien een vergelijking met de controlegroep vertroebeld lijkt door andere factoren. Immers, uit onderzoek naar de effectiviteit van protocollen tegen angststoornissen bij kinderen is bekend dat na een eerste CGT van ongeveer 10 tot 16 sessies meer dan 60% van de kinderen is opgeknapt (Gibby et al., 2017). Niet-angstige comorbiditeit is een sterke voorspeller van minder goede behandeluitkomsten en vraagt vaak om aanvullende behandeling (Liber et al., 2010). Bij Cecil en Corine lijken comorbide problemen op de voorgrond te hebben gestaan (zoals stress door gezinsproblemen, posttraumatische stress en lichamelijke klachten). Bij Christa werd na behandeling nog een onderzoek naar ADHD gestart. En hoewel de inschatting was dat zij aan het onderzoek kon deelnemen, zat ze wat betreft leeftijd net onder de ondergrens op het moment van inclusie. Ten slotte zou een kort rouwverwerkingstraject dat Christa had gevolgd na de intake maar vóór de baselinefase de reden kunnen zijn voor de lage mate

van klachten in de baselinefase. Daarmee was er weinig tot geen ruimte voor verbetering. In de behandelfase – toen ze ging oefenen met alleen op haar kamer inslapen en ze ook een ingrijpende gebeurtenis meemaakte – namen haar angstklachten eerst toe en daarna weer af.

De toename in positieve religieuze coping over de tijd in de experimentele groep is een aanwijzing dat het christelijk geloof met het doornemen van het werkboek *Ik kan het aan! Geloven in je herstel* voor christelijke jongeren (meer) een bron van hulp, kracht en troost kan worden. Het was echter opvallend dat er bij Christa uit de controlegroep ook sprake was van een lichte toename in positieve religieuze coping zonder dat zij het werkboek kreeg aangeboden. Achteraf bleek zij tijdens haar rouwverwerkingstraject veel met haar behandelaar over het christelijk geloof te hebben gesproken. Het is mogelijk dat het eerder betrekken van het geloof bij haar levensvragen heeft doorgewerkt tijdens de baseline- en behandelfase, en haar scores meer in lijn brengt met de resultaten in de experimentele groep. Daarnaast viel achteraf op dat alle drie deelnemers in de experimentele groep in de intakefase vertelden dat geloven belangrijk voor hen was en hen hielp. Dit zou mogelijk kunnen betekenen dat het werkboek met name aansluit bij jongeren voor wie het christelijk geloof een belangrijke plek inneemt en voor wie er een bepaalde basis is om dit als helpend te ervaren. Uit literatuur komt namelijk ook naar voren dat integratie van religie belangrijk kan zijn in de behandelkamer, maar in sommige gevallen minder uitmaakt voor het behandelresultaat en zelfs belemmerd kan werken op de behandeling (Koenig, Al-Zaben et al., 2020).

Beperkingen

Hoewel dit onderzoek een waardevolle toevoeging is aan de literatuur met betrekking tot integratie van religie in behandeling, heeft het een aantal beperkingen. Omdat religieuze copingvaardigheden in een relatief korte tijd werden aangeboden, konden sommige onderwerpen maar eenmalig worden besproken, zoals ‘dankbaarheid voor goede dingen’ en ‘jouw sterke kanten’. Dit heeft de tijd om de inhoud van het werkboek te integreren in het dagelijks leven beperkt.

Een tweede beperking is het niet meenemen van het domein sociaal herstel (Whitley & Drake, 2010) als uitkomstmaat, hoewel de jongeren in de eerste sessie wel werden aangemoedigd om een ‘maatje’ te kiezen met wie ze het werkboek samen konden doornemen. Een van de functies die religieuze coping kan vervullen, is het vinden van sociale steun (Pargament et al., 2013). Religie is veelal een gezamenlijke beleving in een gemeenschap, waar ook betrokkenheid is op jongeren (bijvoorbeeld door gerichte activiteiten, onderlinge steun, meeleven en mentorschap van volwassenen). Wanneer dit goed functioneert, kan het bijdragen aan sociaal herstel.

Ten derde is een belangrijke beperking in dit onderzoek de invloed van comorbide problemen in de controlegroep, en daarnaast specifiek voor Christa haar leeftijd en het door haar gevolgde rouwverwerkingstraject vóór de baselinefase. Hierdoor is een vergelijking van uitkomsten met de experimentele groep – als een van de vooraf gestelde doelen – weinig zinvol.

Een vierde beperking heeft hiermee te maken, namelijk de uiteindelijk lagere aantallen jongeren in beide groepen. Hoewel de flowchart in figuur 1 suggereert dat de hoge mate van drop-out niet te maken heeft met het design of de interventie, dragen de kleine groepsgrootten ertoe bij dat de groepen lastig te vergelijken zijn. De kleine aantallen maken het ook moeilijk om iets te zeggen over hoe het werkboek zich verhoudt tot verschillende typen angststoornissen; effectiviteit is nu alleen getoetst bij generaliseerde en sociale angst.

Een vijfde beperking is dat de controlegroep in tegenstelling tot de experimentele groep geen dankbaarheidsoefening kreeg aangeboden.

Ten slotte is het mogelijk dat de uitkomsten in de experimentele groep positief beïnvloed zijn door de wetenschap te horen bij deze groep, omdat ze bij start behandeling het nieuwe werkboek aangeboden kregen. Dit was vooraf toegelicht in de informatiebrief over het onderzoek.

Implicaties voor de praktijk en verder onderzoek

De overwegend positieve resultaten in de experimentele groep suggereren dat het werkboek *Ik kan het aan! Geloven in je herstel* ingezet kan worden bij de behandeling van christelijke jongeren met angstproblemen. Voorwaarde is dat het past bij de hulpvraag – binnen de experimentele groep was bijvoorbeeld geen comorbiditeit bekend, en waren alleen generaliseerde en sociale angst als diagnose meegenomen – en dat er vanuit de jongeren ook een basis is om het eigen geloven en de eigen religieuze coping in te zetten voor herstel. Vanuit de gedachte dat herstel betrekking heeft op meerdere domeinen, die voortdurend met elkaar interacteren (Delespaul et al., 2016), en vanuit eerder onderzoek naar religieuze coping (zie bijvoorbeeld: Pargament et al., 2013) is het plausibel dat een toename van positieve religieuze coping samen opgaat met klinisch herstel (in de vorm van afname van klachten) en existentieel herstel (in de vorm van toename van hoop, empowerment en spiritueel welbevinden), en er mogelijk zelfs aan voorafgaat. Hoewel we benadrukken dat we dit laatste niet getoetst hebben, wijzen de resultaten van deze studie erop dat een dergelijk samen opgaan van toename van positieve religieuze coping, klinisch herstel en existentieel herstel mogelijk is door het gebruik van het werkboek. Hoewel het onderzoek is uitgevoerd binnen een relatief homogene groep (angstklachten), verwachten we dat met relatief weinig aanpassingen het werkboek ook bruikbaar is voor andere groepen angststoornissen en andere groepen psychiatrische problemen. Een mogelijkheid

is om van het werkboek een e-health-variant te ontwikkelen, teneinde zo een breder gebruik mogelijk te maken.

Verder onderzoek is nodig om dit onderzoek te repliceren en stil te staan bij nadere bestudering van de werkingsmechanismen van de inzet van het werkboek (Leidt positieve religieuze coping bijvoorbeeld via existentieel herstel tot klinisch herstel? Gaat het samen op of gaat klinisch herstel vooraf aan toename van religieuze coping en existentieel herstel?). De analysemogelijkheden van het gebruikte SCED waren relatief beperkt. Bij vervolgonderzoek zijn een grotere steekproef en mogelijk een SCED-design met meer dan twee fasen waardevol, onder andere een follow-upfase. Verder is het wenselijk dat deelnemers gerandomiseerd kunnen worden naar een baseline van wisselende duur (*multiple baseline single-case design*). Daarnaast zijn er ook methoden beschikbaar om de resultaten te bundelen op groepsniveau, zoals met *mixed models* (Maric, 2018). Verder is het een optie om een specifieke angstvragenlijst mee te nemen, met mogelijk idiosyncratische metingen als variant – waarbij per deelnemer die items worden geselecteerd waarop in de intakefase het meest afwijkend wordt gescoord of die de doelen van de behandeling het beste representeren (Maric, 2018). In dit onderzoek is de betrokkenheid van ouders niet onderzocht, ook omdat er geen eenduidig beeld is of het zinvol is om ouders bij de CGT van hun kind te betrekken (Utens, 2017). In vervolgonderzoek naar dit werkboek is het interessant om ook ouders mee te nemen. Het bespreken van religieuze coping zou spanning kunnen oproepen bij de jongere of bij de ouder(s), wanneer ze niet gewend zijn om zo over geloof te spreken, of omdat er een verschil wordt verwacht in geloofsbeleving tussen ouder(s), jongere en therapeut. Voor het effect van het werkboek lijkt het belangrijk dat de therapeut ruimte creëert voor ouders en jongere om van mening te mogen verschillen, zonder dat er angst ontstaat voor afwijzing, en dat hij of zij ook open is over de eigen waarden die het therapeutische proces beïnvloeden (Klein-Vuijst, 2003).

CONCLUSIE

.....

Het doel van dit onderzoek was het toetsen van de effectiviteit van een nieuw werkboek *Ik kan het aan! Geloven in je herstel*, gericht op het betrekken van religieuze coping in de behandeling en als aanvulling op het bestaande CGT-protocol DDD. We concluderen dat dit werkboek ingezet kan worden in de behandeling van christelijke jongeren met angstklachten, mits er een basis is om te werken aan religieuze coping. We zien eerste aanwijzingen dat het toevoegen van het werkboek aan CGT kan leiden tot een toename van positieve religieuze coping, en tot klinisch en existentieel herstel. Een vergelijking met de controlegroep (alleen het CGT-protocol DDD) leek niet zinvol, onder meer vanwege de verwachte invloed van comorbide problemen in deze groep. We kunnen daarom niet met zekerheid zeggen dat het toevoe-

gen van het werkboek als religieuze interventie een *added value* heeft ten opzichte van standaard CGT. Vervolgonderzoek is nodig, onder andere om ons onderzoek te repliceren bij een groter aantal jongeren met een bredere range van angststoornissen.

Jenneke Hoekzema-Kruidhof is klinisch psycholoog bij Eleos, afdeling Ambulante Behandeling Jeugd in Amersfoort.

Cis Vrijmoeth is onderzoeker bij het Kennisinstituut Christelijke GGZ.

Hanneke Schaap-Jonker is rector van Kennisinstituut Christelijke GGZ en bijzonder hoogleraar klinische godsdienstpsychologie aan de Vrije Universiteit Amsterdam.

Correspondentieadres: Jenneke Hoekzema, Eleos, Printerweg 21, 3821 AP Amersfoort.

E-mail: jenneke.hoekzema@eleos.nl.

Summary *Believing in recovery: A religiously oriented intervention in addition to cognitive behavioral therapy for youth with anxiety problems*

Background: When youth face mental health problems or negative life events, it may lead to stress and existential questions. Religion is a potential source of support in this, often referred to as 'positive religious coping'. In this study we examined the effect of a new intervention focused on religious coping (with a workbook called *I can manage! Believing in recovery*) for Christian youth with anxiety problems, in addition to the existing CBT protocol *Thinking + Doing = Daring* (TDD). We expected that this intervention would lead to increases in positive religious coping and clinical and existential recovery, more than when only TDD was used.

Method: The effectiveness of the intervention was assessed by means of a single case experimental design (SCED) (N = 6), in which youth with anxiety issues were alternately assigned to either an experimental group (TDD + workbook; n = 3) or a control group (only TDD; n = 3). The design included a baseline phase (four weekly measurements) and a treatment phase (twelve weekly measurements).

Results: In the experimental group there was an increase in positive religious coping, and in clinical and existential recovery, with moderate to large effect sizes. Emotional problems were significantly less present at the end of treatment. In the control group we observed no such effect for emotional problems and we even saw worse results regarding weekly measurements.

Conclusion: This new intervention, in addition to CBT seems applicable in the treatment of Christian youth with anxiety problems. Although a comparison with the control group was not sensible, we may conclude that the workbook contributes to increasing positive religious coping, and to clinical and existential recovery. Due to the limitations of the research design used, follow-up research is needed to replicate this study and to examine the working mechanisms in a larger sample or with another SCED.

Keywords *religious coping, recovery, youth, questions of faith, anxiety, cognitive behavioral therapy*

Literatuur

- Ano, G., & Vasconcelles, E. B. (2005). Religious coping and psychological adjustment to stress: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 61, 461-480.
- Bartels, A., Spreen, N., Schuringa, E., & Teeken, V. (2008). *N = 1: Nauwkeurige en sensitieve behandel-evaluatie op individueel niveau*. Expertisecentrum Forensische Psychiatrie/FPC Dr. S. van Mesdag/Dr. Leo Kannerhuis.
- Boevink, W. (2009). *De Nederlandse Empowerment Vragenlijst*. Trimbos-instituut.
- Bögels, S. M. (2008). *Denken + Doen = Durven: Werkboek voor jezelf*. Bohn Stafleu van Loghum.
- Bohlmeijer, E., Bolier, L., Steeneveld, M., Westerhof, G., & Walburg, J. A. (2013). Welbevinden: Van bijzaak naar hoofdzaak? In E. Bohlmeijer, L. Bolier, G. Westerhof & J. A. Walburg (red.), *Handboek positieve psychologie: Theorie, onderzoek en toepassingen* (pp. 17-38). Boom.
- Braam, A. W., Schrier, A. C., Tuinebreijer, W. C., Beekman, A. T. F., Dekker, J. M. M., & de Wit, M. A. S. (2010). Religious coping and depression in multicultural Amsterdam: A comparison between native and Dutch citizens, and Turkish, Moroccan and Surinamese/Antillean migrants. *Journal of Affective Disorders*, 125, 269-278.
- Brouwers, E. P. M., van Gestel-Timmermans, H., & van Nieuwenhuizen, C. (2013). Herstelgerichte zorg in Nederland: Modegril of daadwerkelijke verandering? *Psychopraktijk*, 5, 14-17.
- Cotton, S., Grossoehme, D., Rosenthal, S. L., McGrady, M. E., Huemenay Roberts, Y., Hines, J., Yi, M. S., & Tsevat, J. (2009). Religious/spiritual coping in adolescents with sickle cell disease: A pilot study. *Journal of Pediatric Hematology/Oncology*, 31, 313-318.
- de Jong, E., & Schaap-Jonker, H. (2016). Herstelgeöriënteerde zorg binnen de christelijke GGZ: Een inleiding. *Psyche & Geloof* 27, 197-205.
- de Snoo-Glas, W., Verhoeff-Korpershoek, A., & Schaap-Jonker, H. (2016). E-health module psychische klachten en christelijk geloof: Beschrijving van een interventie gericht op existentieel herstel. *Psyche & Geloof*, 27, 217-225.
- Delespaul, P., Milo, M., Schalken, F., Boevink, W., & van Os, J. (2016). *Goede GGZ! Nieuwe concepten, aangepaste taal en betere organisatie*. Diagnosis.
- Gibby, B. A., Casline, E. P., & Ginsburg, G. S. (2017). Long-term outcomes of youth treated for an anxiety disorder: A critical review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 20, 201-225.
- Hardy, S. A., Nelson, J. M., & Moore, J. P. (2019). Processes of religious and spiritual influence in adolescence: A systematic review of 30 years of research. *Journal of Research on Adolescence*, 29, 254-275.
- Hoofs, H., Jansen, N. W., Mohren, D. C., Jansen, M., & Kant, I. (2016). Toepassing van anonieme onderzoeksgegevens over de SDQ binnen de JGZ: Bruikbaarheid en valkuilen. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 94, 181-188.
- Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 12-19.
- Kazdin, A. E. (2019). Single-case experimental designs: Evaluating interventions in research and clinical practice. *Behaviour Research and Therapy*, 117, 3-17.
- Klein-Vuijst, L. C. (2003). Religie: Meerwaarde(n) in de kinddiagnostiek. *Tijdschrift Klinische Psychologie*, 33, 234-243.

- Koenig, H. G. (2009). Research on religion, spirituality and mental health: A review. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 54, 283-291.
- Koenig, H. G., Al-Zaben, F., & VanderWeele, T. J. (2020). Religion and psychiatry: Recent developments in research. *BJPsych Advances*, 26, 262-272.
- Koenig, H. G., Peteet, J. R., & VanderWeele, T. J. (2020). Religion and psychiatry: Clinical applications. *BJPsych Advances*, 26, 273-281.
- Körver, J. W. G. (2013). *Spirituele coping bij longkankerpatiënten*. <http://hdl.handle.net/10411/20305>
- Kuiper, E., & Bannink, F. (2012). Veerkracht: Bevorderen van veerkracht in de jeugdhulpverlening. *Kind en Adolescent Praktijk*, 3, 134-139.
- Lane, J. D., & Gast, D. L. (2013). Visual analysis in single case experimental design studies: Brief review and guidelines. *Neuropsychological Rehabilitation*, 24, 445-463.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. Springer Publishing Company.
- Liber, J. M., van Widenfelt, B. M., van der Leeden, A. J., Goedhart, A. W., Utens, E. M., & Treffers, P. D. (2010). The relation of severity and comorbidity to treatment outcome with cognitive behavioral therapy for childhood anxiety disorders. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 38, 683-694.
- Mahoney, A., Pendleton, S., & Ihrke, H. (2005). Religious coping by children and adolescents: Unexplored territory in the realm of spiritual development. In P. L. Benson, E. C. Roehlkepartain, P. E. King, & L. Wagener (Eds.), *The handbook of spiritual development in childhood and adolescence* (pp. 341-354). Sage.
- Maric, M. (2018). Single-case experimental designs in cognitieve gedragstherapie. *Gedragstherapie*, 51, 158-170.
- Molock, S. D., Puri, R., Matlin, S., & Barksdale, C. (2006). Relationship between religious coping and suicidal behaviors among African-American adolescents. *Journal of Black Psychology*, 32, 366-389.
- Pargament, K. I. (1997). *The psychology of religion and coping: Theory, research, practice*. Guilford Press.
- Pargament, K. I. (1999). Religious/spiritual coping. In Fetzer Institute & National Institute on Aging Working Group, *Multidimensional measurement of religiousness/spirituality for use in health research* (pp. 43-56). Fetzer Institute.
- Pargament, K. I., Falb, M. D., Ano, G. G., & Wachholtz, A. B. (2013). The religious dimension of coping: Advances in theory, research and practice. In R. F. Paloutzian & C. L. Park (Eds.), *Handbook of the psychology of religion and spirituality* (pp. 560-579). The Guilford Press.
- Pargament, K. I., Feuille, M., & Burdzy, D. (2011). The brief RCOPE: Current psychometric status of a short measure of religious coping. *Religions*, 2, 51-76.
- Parker, R., & Vannest, K. (2009). An improved effect size for single-case research: Nonoverlap of all pairs. *Behavior Therapy*, 40, 357-367.
- Parker, R. I., Vannest, K. J., & Davis, J. L. (2011). Effect size in single-case research: A review of nine nonoverlap techniques. *Behavior Modification*, 35, 303-322.
- Pieper, J. (2012). Religieuze coping: Ontwikkelingen en onderzoek in Nederland. *Psyche & Geloof*, 23, 139-149.
- Pieper, J., & van Uden, R. (2012). Religieuze coping in de gezondheidszorg. In P. J. Verhagen & H. J. G. M. van Megen (red.), *Handboek psychiatrie, religie en spiritualiteit* (pp. 339-351). De Tijdstroom.
- Rosmarin, D. H., Pargament, K. I., Pirutinsky, S., & Mahoney, A. (2010). A randomized controlled evaluation of a spiritually integrated treatment for

- subclinical anxiety in the Jewish community, delivered via the Internet. *Journal of Anxiety Disorders*, 24, 799-808.
- Stauner, N., Exline, J., & Pargament, K. (2016). Religious and spiritual struggles as concerns for health and well-being. *Horizonte*, 14, 48-75.
- Theunissen, M. H. C., de Wolff, M., van Grieken, A., & Mieloo, C. (2016). *Handleiding voor het gebruik van de SDQ binnen de jeugdgezondheidszorg. Vragenlijst voor het signaleren van psychosociale problemen bij 3-17 jarigen*. TNO.
- Utens, E. M. (2017). *Ik ben niet bang meer! Cognitieve gedragstherapie bij kinderen en adolescenten*. http://cf.bc.uva.nl/download/oraties/Oraties_2017/Utens_Lisbeth.pdf
- van der Ploeg, J. (2013). *Stress bij kinderen*. Bohn Stafleu van Loghum.
- van Gestel-Timmermans, H., van den Bogaard, J., Brouwers, E., Herth, K., & van Nieuwenhuizen, Ch. (2010). Hope as a determinant of mental health recovery: A psychometric evaluation of the Herth Hope Index – Dutch version. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24, 67-74.
- van Luijtelaar, M., & Wolf, J. (2012). *Participatie, empowerment en herstel. Een inventarisatie van meetinstrumenten*. www.g4-user.nl/kennisbank/notitie_meetinstrumenten_participatie_empowerment_herstel.pdf
- Weber, S. R., & Pargament, K. I. (2014). The role of religion and spirituality in mental health. *Current Opinion in Psychiatry*, 27, 358-363.
- Whitley, R., & Drake, R. E. (2010). Recovery: A dimensional approach. *Psychiatric Services*, 61, 1248-1250.
- Wong, Y. J., Rew, L., & Slaikeu, K. D. (2006). A systematic review of recent research on adolescent religiosity/spirituality and mental health. *Issues in Mental Health Nursing*, 27, 161-183.

.....

ACT-behandeling: niet praten, maar ervaren

.....

Bespreking van

Russ Harris (2020). *ACT in de praktijk: Een heldere en toegankelijke introductie op acceptatie- en commitmenttherapie*. Hogrefe Uitgevers. 414 pp., € 35,00. ISBN 9789492297327

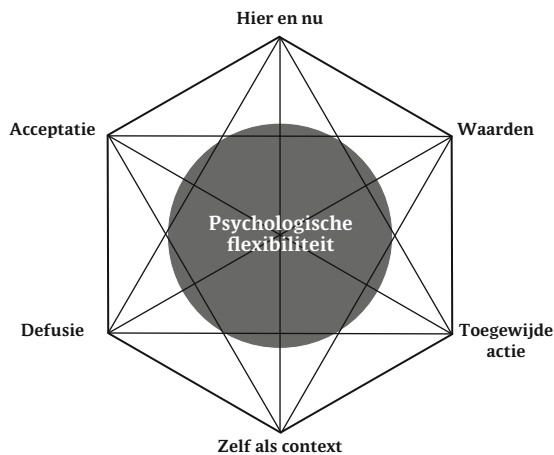
IRIS TIMMERMAN

De laatste jaren krijgt acceptatie- en commitmenttherapie (ACT) steeds meer voet aan de grond binnen de Nederlandse psychologische behandelpraktijk. Voor wie ACT niet kent: bij ACT leert de therapeut cliënten hoe ze impact en invloed van pijnlijke gedachten en gevoelens kunnen verminderen (acceptatie), en daarnaast actie kunnen ondernemen om een compleet en betekenisvol leven op te bouwen (commitment). Doel is om psychologisch flexibel te worden, wat inhoudt dat de cliënt flexibel kan omgaan met zijn eigen gedachten en gevoelens, en tegelijkertijd betekenisvolle keuzes kan maken.

Het boek *ACT in de praktijk* omschrijft zichzelf als ‘dé introductie voor therapeuten die kennis willen maken met acceptatie- en commitmenttherapie’ en ‘voor meer gevorderden biedt het inspirerende nieuwe inzichten en handvatten’. Het boek is de geheel herziene en uitgebreide editie van het in 2010 verschenen boek *Acceptatie- en commitmenttherapie in de praktijk: Een heldere en toegankelijke introductie op ACT*. Aan de huidige versie zijn hoofdstukken toegevoegd over onder andere zelfcompassie, schaamte, flexibel perspectief nemen en werken met trauma. Het boek belooft 60% nieuw materiaal te bevatten en lijkt daarmee ook interessant voor mensen die de eerste versie al in de kast hebben staan.

Het boek bestaat uit vier delen. In het eerste deel (hoofdstukken 1 tot en met 4) wordt het ACT-model uitgelegd en de onderliggende theorie besproken. Het tweede deel (hoofdstukken 5 tot en met 7) gaat over de uitvoering

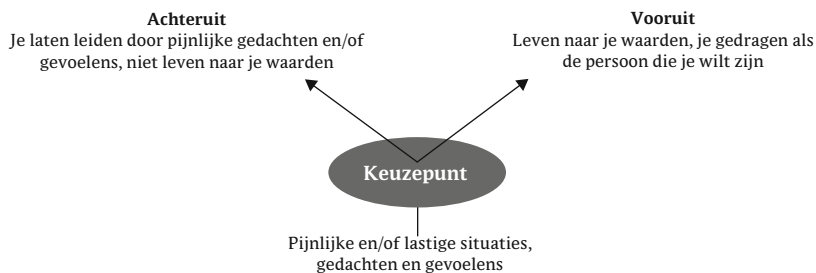
van een ACT-behandeling: hoe begin je en hoe bouw je je sessies op? In het derde deel (hoofdstukken 8 tot en met 29) worden de zes kernprocessen van ACT (zie figuur 1) uitgelegd aan de hand van klinische problemen. Het vierde en laatste deel (hoofdstukken 30 tot en met 32) gaat over de therapeutische relatie en de valkuilen voor de therapeut. Het boek is logisch opgebouwd en neemt je mee in de wereld van ACT. Daarnaast is het ook voor de therapeut die al bekend is met ACT een mooie aanvulling, vanwege de vele onderwerpen met bijpassende praktijkvoorbeelden.



FIGUUR 1 *De zes kernprocessen van ACT (Harris, 2020)*

Een belangrijke toevoeging aan de huidige uitgave ten opzichte van de editie uit 2010 is het 'keuzepunt' (zie figuur 2). Het keuzepunt is een simpele en gemakkelijke tool om cliënten te helpen om ACT snel en doeltreffend toe te passen. Schrijver Russ Harris geeft aan tegenwoordig al zijn cliënten ACT te leren aan de hand van het keuzepunt. Het keuzepunt gaat ervan uit dat je in elke situatie een keuze kunt maken om naar je waarden toe te bewegen of van je waarden af te bewegen. In de ACT-behandeling bepaalt de therapeut samen met de cliënt welke waarden deze heeft. Dit klinkt simpel en in theorie is het dat ook. Leven naar je waarden is echter zo makkelijk nog niet. Dat maakt dat de uitleg van het keuzepunt aan het begin van dit boek erg verhelderend is om ACT (beter) onder de knie te krijgen.

ACT wordt door sommige therapeuten en cliënten gezien als een complexe of zweverige behandelvorm. De auteur van dit boek, Russ Harris, is het daar niet mee eens. Deze nuchtere Australiër weet ACT op een duidelijke manier uit te leggen aan therapeuten en cliënten. Het doel van het boek is dan ook om je kennis te laten maken met ACT, de belangrijkste ideeën te veren-

FIGUUR 2 *Het keuzepunt (Harris, 2020)*

voudigen en je er snel mee aan de slag te laten gaan. In mijn ogen slaagt Harris daarin. Het boek bevat veel oefeningen die je zo in de praktijk kunt gebruiken. Deze concrete oefeningen helpen mij als ACT-therapeut om mijn cliënten ACT echt te laten ervaren. Want ACT is echt een gedragstherapie: niet praten, maar ervaren is belangrijk bij ACT. Daarmee is ACT minder cognitief dan de meeste vormen van CGT. Ik zou het echter niet als zweverig of ingewikkeld omschrijven.

Mocht je nog twifelen, dan kun je dit boek ook gebruiken om zelf met ACT aan de slag te gaan. Ik gebruik het keuzepunt in zowel mijn werk als mijn privéleven om bewustere keuzes te maken. Dat maakt het voor mij makkelijker om naar mijn waarden te leven. Zo ook bij het schrijven van deze boekbespreking. Ik was er namelijk al enige tijd geleden aan begonnen, was er echter niet tevreden over en had het weer aan de kant gelegd. Toen de deadline in zicht kwam, merkte ik op dat ik geneigd was om niets in te leveren. Ik hoopte dat dit niemand op zou vallen en dat ik de angst dat mijn bespreking niet goed genoeg zou zijn, kon vermijden. Dit gaat echter in tegen een van mijn waarden: betrouwbaarheid. Het keuzepunt heeft mij in deze situatie duidelijk gemaakt dat ik mijn waarde belangrijker vind dan de angst om negatief beoordeeld te worden. Gelukkig heb ik mijn boekbespreking op tijd kunnen inleveren. Het ook zelf toepassen van ACT is een kant van ACT die mij als behandelaar erg aanspreekt. ACT heeft mij geleerd om met meer zelfcompassie naar mezelf en mijn behandelingen te kijken. In de behandeling kan ik nu de 'pauzeknop' indrukken, wanneer een cliënt gevoelens lijkt te vermijden door eroverheen te praten, en kan ik het goede voorbeeld geven door ook kwetsbare kanten van mezelf met cliënten te delen.

Hoewel ik durf te zeggen dat ik een fan ben van de manier waarop Russ Harris ACT uitlegt, vind ik het jammer dat er in dit boek voor gekozen is om alle hoofdstukken metaforische titels te geven. Gezien de belangrijke plek die metaforen binnen ACT innemen, lijkt dit een logische keuze. Het maakt echter het opzoeken of terugzoeken van bepaalde oefeningen of processen een stuk lastiger. Daardoor is het boek iets minder praktisch als naslagwerk.

Naast dit boek zijn er op YouTube verschillende filmpjes te vinden waarin Russ Harris ACT nog eens extra verduidelijkt. Deze filmpjes zijn een mooie aanvulling in een behandeling en zeer helpend bij het verduidelijken van de verschillende ACT-processen en -oefeningen voor cliënten.

Mijn conclusie is dat *ACT in de praktijk* een fijn en verhelderend boek is, dat zeker geschikt is voor therapeuten die zich (verder) in ACT willen verdiepen. Daarbij is het relatief betaalbaar ten opzichte van andere ACT-boeken. Mocht je als beginnend ACT-therapeut op basis van dit boek met ACT aan de slag willen gaan, dan adviseer ik je om de verschillende ACT-oefeningen ook werkelijk – zoals de schrijver aanraadt – eerst zelf uit te proberen. Want ook los van dit boek is het voor het geven van een goede ACT-behandeling belangrijk dat je als therapeut de zes kernprocessen van ACT ook zelf binnen je eigen ACT-behandeling toepast. Ik kan er nog lang over schrijven, maar in het kader van ACT lijkt het mij passender als je er zelf mee aan de slag gaat. Veel plezier!

Iris Timmerman is psycholoog in opleiding tot gz-psycholoog en cognitief gedrags-therapeut VGCT in opleiding. Ze is werkzaam bij Psychotherapy & Movement in Amsterdam. *Correspondentieadres:* Sarphatistraat 27A, 1018 EV Amsterdam.
E-mail: iris@psychotherapymovement.nl.

Wat podcasts kunnen bieden

Quintana, D. S., & Heathers, J. A. J. (2021). Scientific life: How podcasts can benefit scientific communities. *Trends in Cognitive Sciences*, 25, 3-5.

Podcasts worden steeds populairder als medium om wetenschappelijk materiaal mee over het voetlicht te brengen. Weinig podcasts richten zich echter op de wetenschapper zelf, het doen van wetenschappelijk werk of op de wetenschappelijke cultuur. Met deze constatering in gedachten startten de auteurs van dit artikel begin 2016 de podcast *Everything Hertz*, over het leven in de wetenschap en over onderzoeksmethoden voor de biologisch georiënteerde gedragswetenschappen. Sindsdien is hun podcast meer dan een half miljoen keer gedownload. In dit artikel schetsen ze op basis van hun ervaring enkele voordelen van podcasts voor wetenschappelijke gemeenschappen, waarbij ze zich specifiek richten op zogenaamde ‘verborgen’ sociale en empirische kennis: kennis die verondersteld, stilzwijgend of onuitgesproken is.

Ten eerste kunnen podcasts bijdragen aan de democratisering van toegang tot verborgen kennis in de wetenschappelijke wereld. Hierbij valt te denken aan academische sociale kennis en aan de eigenaardigheden van het wetenschappelijke publicatieproces. Onder het eerste type kan bijvoorbeeld verstaan worden: hoe om te gaan met moeilijke situaties met collega's en mentoren, onderhandelen over nieuwe posities of de beschikbaarheid van nieuwe methoden. Deze kennis wordt ook op congressen wel gedeeld, maar congressen zijn niet voor iedereen even toegankelijk en bovendien is niet gegarandeerd dat de kennis daar inderdaad gedeeld wordt. Het tweede type informatie wordt ook op congressen wel gedeeld en tijdens werkbezoeken, maar dit trekt meestal niet heel veel publiek.

Kortom, toegang tot ongeschreven academische kennis is ongelijk verdeeld. Discussies op podcasts kunnen nuttige carrièrespecifieke kennis opleveren voor onderzoekers. Ook kan via podcasts ‘geheime’ informatie verzameld worden. Dit draagt bij aan de vorming van een gemeenschap. Verder kan de manier waarop podcasts geproduceerd worden democratiserend wer-

ken, want dat gaat relatief gemakkelijk en is goedkoop. Voorheen was radio het medium voor audio, maar deelname aan radio-uitzendingen is over het algemeen voorbehouden aan bekende academici.

Ten tweede zijn podcasts handig en toegankelijk. Een belangrijk voordeel is dat je er niet naar hoeft te kijken, maar ernaar kunt luisteren terwijl je andere taken verricht, zoals forenzen, huishouden of sporten.

Ten derde kunnen podcasts helpen om academische ervaringen te normaliseren. Door de eisen van het werk, carrièreverstoringen, van de ene naar de andere tijdelijke baan gaan, en emigratie, kan het academische leven eenzaam zijn. Ook kunnen onderzoekers intellectuele isolatie ervaren wanneer ze onderzoek doen op een terrein waarin hun afdeling niet gespecialiseerd is. Over het algemeen worden podcasts beluisterd met een koptelefoon op. Daardoor kan een intieme vorm van communicatie ontstaan, alsof de podcasthost direct tot de luisteraar spreekt. Dit kan een gevoel van verbinding tot gevolg hebben. Ook kan het een opluchting zijn om te horen dat anderen eveneens de druk van het academische leven ervaren.

Het maken van een podcast is relatief goedkoop. Het belangrijkste is een goede specifieke microfoon, bij voorkeur met een koptelefoon, zodat de spreker zichzelf kan horen. Het editen van een podcast kan automatisch gebeuren (bijvoorbeeld met het programma Auphonic) of semiautomatisch (met bijvoorbeeld iZotops RX). Meer informatie hierover is te vinden op de website <http://osf.io/exu5h>.

De academische hiërarchie en haar regels worden al lang beschreven als onhoudbaar. Podcasts zijn een manier om dit te veranderen. Met een podcast kun je direct spreken tot de wetenschappelijke gemeenschap, in een ruimte die helemaal open, onbeperkt en geheel toegankelijk is. De enige eis is dat je consistent en overtuigend bent.

COMMENTAAR VAN DE REDACTIE (ELSKE SALEMINK)

.....

Je kennis up-to-date houden is belangrijk in ons werkveld, maar daar tijd voor vrijmaken kan een uitdaging zijn. Dit geldt helemaal als werktijd meer onder druk komt te staan door een coronapandemie en daaraan gerelateerde maatregelen, waaronder de sluiting van scholen. Wij hopen natuurlijk dat ons tijdschrift bijdraagt aan het bijhouden van kennis; tegelijkertijd leert dit artikel ons dat er meer manieren zijn om dat te bereiken. Zo wordt het beluisteren van podcasts beschreven als een nieuwe en toegankelijke manier om wetenschappelijke kennis in de academische wereld op te doen. De kracht en voordelen van podcasts zijn naar mijn mening ook van toepassing op de klinische praktijk. Een podcast biedt de mogelijkheid om op een toegankelijke manier kennis te nemen van nieuwe wetenschappelijke inzichten (sommige tijdschriften bieden bij artikelen al podcasts aan), van vertaling van inzichten naar de praktijk, en van mogelijke valkuilen en oplossingen. Daarnaast

kunnen ook andere relevante zaken belicht worden, zoals mentorschap, supervisie, en onderhandelingen over een nieuwe positie of meer salaris. Internationaal, maar ook binnen Nederland en België, zijn er al tal van goede podcasts op het gebied van psychologie. Ook de VGCT biedt deze aan (voor video's en podcasts, zie: www.youtube.com/user/VGCTube/videos).

In mijn ogen kunnen verschillende informatiebronnen goed naast elkaar bestaan en elkaar zelfs versterken. Een goede podcast kan bijvoorbeeld iemands interesse voor een bepaald onderwerp wekken, waarna diegene vervolgens de literatuur in duikt, of vice versa. Mogelijk luisteren velen van jullie al geregeld naar podcasts, maar mogelijk kan dit artikel anderen inspireren om er ook eens aan te beginnen.

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).

Germer, C., & Neff, K. (2021). *Mindful zelfcompassie: Handboek voor professionals*. Nieuwezijds.

Kennedy-Moore, E. (2021). *Het zelfvertrouwenboek: Help je kind veerkrachtig, sociaal vaardig en met vertrouwen in de wereld te staan*. Boom.

Liber, J. (2021). *Kobus, de dwarse krab: Een interactief voorleesboek over omgaan met boosheid*. SWP.

Martens-Volmer, M. (2021). *De boodschap van de vogel: Kindermeditaties: Aandacht voor ieder kind*. SWP.

Prins, P., & van Emmerik, A. (2020). *De ideale wereld van B.F. Skinner: Lessen van een gedragspsycholoog voor nu en de toekomst*. Gondleggers uitgelicht. LannooCampus.

Rijnders, P., & Heene, E. (2021). *Handboek KOP-model: Kortdurende psychologische interventies voor de basis-ggz (herziening)*. Boom.

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.

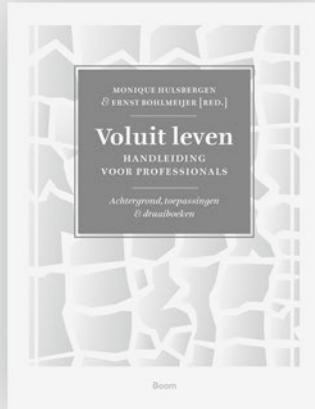
IBCT relatietherapie in 10 sessies

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

Nieuw bij Boom Psychologie



Voluit leven: handleiding voor professionals

In 2009 verscheen het zelfhulpboek *Voluit leven*. Inmiddels zijn er bijna 40.000 exemplaren van verkocht en wordt het in de volle breedte ingezet in de ggz. Speciaal voor professionals is er nu ook de bijpassende handleiding. *Voluit leven* is gebaseerd op ACT en MBCT en helpt mensen tot bloei te komen, ook als er sprake is van psychische klachten. Het boek wordt breed ingezet voor mensen die zijn vastgelopen in het leven. Door het sprookje van een lang en gelukkig leven (zonder pijn en verdriet) te laten varen en juist op te merken wat er in je omgaat, kunnen mensen ontdekken wat ze echt belangrijk vinden. Zo gaan ze op weg naar een leven met meer vrijheid en kwaliteit en kunnen ze daadwerkelijk voluit leven.

Achtergrond, toepassingen en draaiboeken

Deze handleiding voor professionals ondersteunt de manier waarop *Voluit leven* wordt toegepast als interventie in de behandelpraktijk. Het boek biedt volop handvatten voor professionals die worden getraind in het werken volgens deze methodiek. Naast theorie is er aandacht voor diverse settings en zijn er praktische draaiboeken en protocollen opgenomen.

Bestel nu op www.boompsychologie.nl

Boompsychologie
& psychiatrie

GEDRAGSTHERAPIE

Vierenvijftigste jaargang, nummer 1, maart 2021

Pagina 1–76

1 *Redactioneel*

3 **Sara Scheveneels, Yannick Boddez & Dirk Hermans**
Uitdagingen voor het inhibitorisch-leermodel van exposuretherapie

26 **Tanja Seetsen & Maarten Merckx**
Effectiviteit van CGT-i bij secundaire insomnie – Een literatuur-overzicht

36 **Jenneke Hoekzema-Kruidhof, Cis Vrijmoeth & Hanneke Schaap-Jonker**
Geloven in je herstel – Een religieus georiënteerde interventie als aanvulling op cognitieve gedragstherapie bij angstige jongeren

BOEKBESPREKING

64 **Iris Timmerman**
Russ Harris (2020). *ACT in de praktijk: Een heldere en toegankelijke introductie op acceptatie- en commitmenttherapie*

VOOR U GELEZEN

68 Quintana, D. S., & Heathers, J. A. J. (2021). Scientific life: How podcasts can benefit scientific communities. *Trends in Cognitive Sciences*, 25, 3-5.

71 *Ontvangen*