

GEDRAGSTHERAPIE

*Tijdschrift voor gedragstherapie
& cognitieve therapie*



JAARGANG 54 NUMMER 2 JUNI 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, *hoofredacteur*
Elise Debeer
Hermien Elgersma
Arnold van Emmerik
Kristof Hoorelbeke
Miriam Lommen
Margreet Oorschot
Sara Scheveneels
Sandra Verbeken
Janneke Wolters, *redactiesecretaris*

Redactieadres

Suikerplein 65
1013 CJ Amsterdam
redactie@tijdschriftgedragstherapie.nl

Website

www.tijdschriftgedragstherapie.nl
tvg.boomtijdschriften.nl

Uitgever

Uitgeverij Boom
Postbus 15970, 1001 NL Amsterdam

Advertenties

klantenservice@boompsychologie.nl

Typografische verzorging

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

Abonnementenadministratie

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

Abonnementen

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

Abonnementenwetgeving

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



© 2021

Boom uitgevers Amsterdam/
Stichting Tijdschrift voor Gedragstherapie

.....

Welkom in het tweede nummer van *Gedragstherapie* van 2021. We hebben weer met zorg een gevarieerd nummer samengesteld, maar eerst even wat anders. We hebben binnen de redactie afscheid genomen van twee gewaardeerde leden: Robert Didden en Marleen Rijkboer. Beiden beschikken over enorm veel kennis, zowel specialistische kennis binnen hun eigen expertise, als brede kennis van het veld. Robert en Marleen: jullie gaan absoluut gemist worden binnen de redactie! En zoals menig een vast al weet, is het goede nieuws dat Marleen wel betrokken blijft bij de VGcT, en wel in de functie van voorzitter. In de tussentijd hebben we ook al twee nieuwe redactieleden welkom kunnen heten. Ten eerste Kristof Hoorelbeke. Hij is werkzaam als postdoctoraal onderzoeker en docent aan de Universiteit Gent en tevens als therapeut bij Praktijk De Golfbreker; een mooi voorbeeld van een *scientist-practitioner*. Ten tweede Arnold van Emmerik. Hij is werkzaam bij de Universiteit van Amsterdam en wellicht het bekendst als de vorige voorzitter van de VGcT. Welkom allebei!

Dit tweede nummer van 2021 start met een bijdrage van Pauline Stas, Ernst Koster, Rik Schacht en Jonas Everaert over hopeloosheid. Hopeloosheid speelt een belangrijke rol bij verschillende vormen van psychopathologie. Met behulp van netwerkanalyse zijn verschillende aspecten van hopeloosheid onderzocht. Vervolgens richten Jacquelijne Schraven, Denise Matthijssen, Carli van de Weerden, David Heyne en Denise Bodden zich op *acceptance and commitment therapy* (ACT) voor adolescenten met een recidiverende depressie. In hun bijdrage worden een kwaliteitsonderzoek en een pilot-effectonderzoek naar het behandelprotocol beschreven. Met de daaropvolgende twee boekbesprekingen blijven we bij kinderen en adolescenten. Robbin Willems bespreekt het werkboek *Emotieregulatietraining bij kinderen en adolescenten* van Elisa Boelens en collega's (2019) en Joop Bosch twee kindergidsen (de ene over zelfwaardering en de andere over angst) van Poppy O'Neill (2020). Tot slot gaat de rubriek 'Voor u gelezen' over de mogelijkheden om e-health in de klinische praktijk te integreren.

Het is een divers nummer geworden, met deze keer veel aandacht voor kinderen en jongeren.

Ik wens u veel leesplezier.

Elske Saleminck
Hoofdredacteur

Netwerkstructuur van hopeloosheid in een psychiatrische populatie

PAULINE STAS, ERNST KOSTER, RIK SCHACHT & JONAS EVERAERT

Samenvatting

Hopeloosheid is zeer prevalent binnen klinische populaties en speelt een belangrijke rol bij het verklaren en voorspellen van verschillende vormen van psychopathologie. Vandaar dat een adequate conceptualisatie van hopeloosheid cruciaal is. Het doel van deze studie was om de structuur van hopeloosheid te onderzoeken binnen een klinische steekproef aan de hand van een netwerkanalyse. De netwerkanalyse toonde aan dat het *hebben van een duistere toekomst* het belangrijkste aspect van hopeloosheid was, terwijl een *gebrek aan vertrouwen in de toekomst* het minst belangrijke aspect van hopeloosheid was. Er werden verbindingen gevonden tussen een *gebrek aan hoop en enthousiasme*, en een *duistere toekomst*, tussen een *gebrek aan hoop en enthousiasme* en het *niet zoals gepland verlopen van zaken*, en ten slotte tussen het *opgeven van verlangens* en *niet proberen*. De resultaten geven aan dat verwachtingen over de toekomst, alsook bijbehorende gevoelens en veranderingen in motivatie, belangrijk zijn binnen de netwerkstructuur van hopeloosheid. Dit biedt nieuwe perspectieven voor zowel onderzoek als de klinische praktijk.

Trefwoorden: *hopeloosheid, Beck Hopeloosheid Schaal, netwerkanalyse, verwachtingen*

Kernboodschappen voor de klinische praktijk

- ▶ Hopeloosheid is een complex construct dat bestaat uit verschillende affectieve, motivationele en cognitieve componenten.
- ▶ Voornamelijk verwachtingen spelen een centrale rol, en deze zijn nauw gerelateerd aan motivatieverlies en gebrek aan positieve gevoelens.
- ▶ Behandeling dient aandacht te schenken aan het faciliteren van positieve verwachtingen om hopeloosheid te reduceren.

INLEIDING

Birgitte (een gefingeerde naam) meldt zich aan voor cognitieve gedragstherapie. Er is een langdurig patroon van depressieve klachten, met suïcidale klachten die bij aanvang sterk op de voorgrond staan. Exploratie van de klachten leert dat er langdurige problemen zijn in de relationele sfeer. De cliënte zit vast in een liefdeloos huwelijk en ziet weinig uitwegen om zonder grote kleerscheuren haar relatie te beëindigen. De hopeloosheid is bij aanvang van de therapie sterk bepaald door een eerder hulpverleningstraject bij een klassiek psychoanalytische therapeut, die 6 maanden lang enkel haar verhaal beluisterd heeft. Cliënte geeft aan dat ze waarschijnlijk niet geholpen zal kunnen worden, aangezien ze reeds eerder psychotherapie heeft ondergaan en er toen geen enkele verandering heeft plaatsgevonden in haar stemming en situatie.

Hopeloosheid verwijst naar negatieve verwachtingen met betrekking tot de toekomst en over het behalen van persoonlijke doelen, waarbij men een gevoel van hulpeloosheid ervaart om deze negatieve verwachtingen te veranderen (Abramson et al., 1989; Beck et al., 1974; Melges & Bowlby, 1969). Hierbij kunnen verschillende affectieve, motivationele en cognitieve aspecten worden onderscheiden (Beck et al., 1974). Affectieve aspecten omvatten gevoelens van wanhoop met betrekking tot de toekomst en/of een gebrek aan positieve gevoelens (bijvoorbeeld hoop, enthousiasme, blijheid of geloof) over de toekomst (Seligman, 1975). De motivationele aspecten van hopeloosheid verwijzen naar een gebrek aan of vermindering van motivatie en het stellen van persoonlijke doelen (Hadley & MacLeod, 2010; Melges & Bowlby, 1969). Ten slotte verwijzen cognitieve aspecten naar bepaalde gedachten omtrent de toekomst, waarbij men de toekomst vaak ziet als duister, vaag en onzeker (Roepke & Seligman, 2016). Deze aspecten van hopeloosheid komen vaak voor, zowel in de algemene populatie als in de klinische praktijk (Mair et al., 2012; Pompili et al., 2013).

Hopeloosheid speelt een belangrijke rol bij het begrijpen van ernstige vormen van psychopathologie, en in het bijzonder bij stemmingsstoornissen en suïcidaliteit. Onderzoek toont aan dat hopeloosheid de relatie tussen negatieve levensgebeurtenissen (zoals emotioneel misbruik en het slachtoffer zijn van pesten) en depressie medieert (Courtney et al., 2008; Hamilton et al., 2013). Dit wil zeggen dat gebeurtenissen als emotionele verwaarlozing en misbruik het risico op depressie verhogen door hun invloed op hopeloosheid. Onderzoek bij personen met een bipolaire stoornis heeft aangetoond dat hopeloosheid een voorspeller is van een verminderd herstel en sociaal functioneren (Pompili et al., 2012, 2013). Studies naar oorzaken van suïcide bevestigen de link met hopeloosheid. Uit longitudinaal onderzoek bij personen met depressie en suïcidale gedachten blijkt dat verhoogde hopeloos-

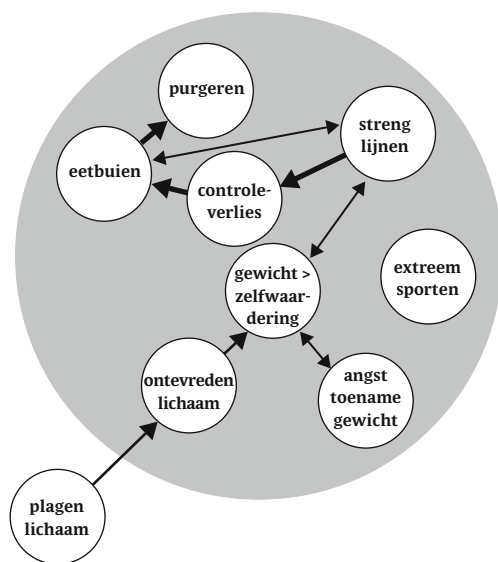
heidsscores 91% van de suïcidepogingen voorspelden (Beck et al., 1985). Onderzoek suggereert bovendien dat hopeloosheid een verklarende factor vormt in de relatie tussen depressie en suïcidaliteit (Beck et al., 1985). Hopeloosheid zou sterker gerelateerd zijn aan suïcidaliteit dan depressie, en dus een sterkere en unieke voorspellende waarde hebben (Klonsky et al., 2012; Minkoff et al., 1973; Truant et al., 1991).

Gezien de rol van hopeloosheid bij deze verschillende vormen van psychopathologie is een accurate conceptualisatie van het construct ‘hopeloosheid’ van belang. Voorgaand onderzoek benaderde het construct vanuit een latente-factormodel, waarbij verondersteld wordt dat een of meerdere niet-meetbare constructen onderliggend zijn aan de observeerbare uitingen van hopeloosheid (Beck et al., 1974; Dyce, 1996; Hill et al., 1988; Rosenfeld et al., 2004). Hierbij werd hopeloosheid gemeten met de Beck Hopeloosheid Schaal (BHS; Beck et al., 1974), die bestaat uit 20 items die affectieve, motivationele en cognitieve aspecten van hopeloosheid meten. Onderzoek naar de factorstructuur van de schaal heeft aangetoond dat uiteenlopende factorstructuren worden gevonden. Het meeste onderzoek toont in klinische steekproeven een drie- of vier-factorenmodel, en in niet-klinische steekproeven een één- of twee-factorenmodel (Steed, 2001). Bij klinische steekproeven komen de gevonden factoren doorgaans overeen met de onderverdeling in de drie hoofdcomponenten van hopeloosheid, namelijk het affectieve, cognitieve en motivationele aspect (Beck et al., 1974; Dyce, 1996; Hill et al., 1988; Rosenfeld et al., 2004). Zo identificeerden Beck en collega's (1974) in hun oorspronkelijke studie van de BHS de factoren gevoelens omtrent de toekomst (*feelings about the future*), motivatieverlies (*loss of motivation*) en toekomstige verwachtingen (*future expectations*).

Een beperking van een dergelijke latente-factorbenadering is de veronderstelling dat een enkele onderliggende factor de aan- of afwezigheid van kenmerken zou bepalen (Schmittmann et al., 2013). Gezien de heterogeniteit van het begrip hopeloosheid, dat immers bestaat uit diverse affectieve, motivationele en cognitieve aspecten, is het echter onwaarschijnlijk dat elk van deze aspecten veroorzaakt wordt door één onderliggende factor. Bovendien neemt de latente-factorbenadering aan dat de verschillende kenmerken van het construct inwisselbare en onafhankelijke indicatoren zijn van de onderliggende factor (Schmittmann et al., 2013). Opnieuw lijkt dit minder van toepassing op het construct hopeloosheid. Verschillende kenmerken van hopeloosheid lijken eerder nauw gerelateerd te zijn met mogelijke wisselwerkingen. Bijvoorbeeld de affectieve, cognitieve en motivationele kenmerken lijken niet onafhankelijk. Zo lijkt het mogelijk dat een gebrek aan positieve gevoelens omtrent de toekomst (bijvoorbeeld aan hoop en enthousiasme) invloed kan hebben op motivatie (bijvoorbeeld op opgeven) via negatieve verwachtingen (bijvoorbeeld een sombere toekomst).

Om tot een beter begrip te komen van het construct hopeloosheid hebben onderzoekers alternatieve modellen voorgesteld om hopeloosheid te

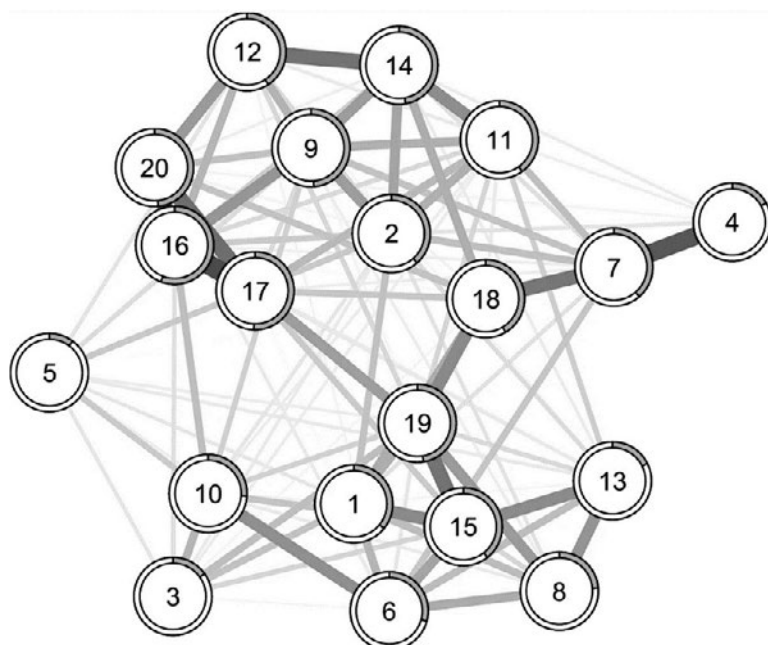
conceptualiseren. In een recent onderzoek werd hopeloosheid onderzocht vanuit een netwerkbenadering (Marchetti, 2018). De netwerkbenadering beschouwt psychologische constructen zoals psychopathologie niet als het gevolg van een onderliggende oorzaak, maar als een gevolg van een complex netwerk, met wederzijdse wisselwerkingen tussen de kenmerken of symptomen, die 'knopen' worden genoemd (Borsboom, 2017). Figuur 1 geeft een vereenvoudigd voorbeeld weer van een netwerk van eetstoornissymptomen bij een specifieke cliënt, die door Roefs en collega's (2019) werd aangehaald om het netwerkprincipe te illustreren. Voor deze cliënt hangen verschillende symptomen op een bepaalde manier samen, waarbij controleverlies en zelfwaardering op basis van gewicht centraal staan. Op een vergelijkbare manier kunnen gegevens van een groep cliënten worden verzameld om een algemener netwerk op te stellen. Zo kan onderzocht worden welke symptomen voor een groep cliënten centraal staan en hoe deze symptomen verbonden zijn.



FIGUUR 1 Vereenvoudigd voorbeeld van een netwerk van eetstoornissymptomen bij een specifieke cliënt (Roefs et al., 2019)

Het onderzoek van Marchetti (2018) paste netwerkanalyse toe op BHS-data van een grote niet-klinische steekproef. Figuur 2 illustreert het netwerk dat in het onderzoek van Marchetti werd gevonden. Deze resultaten impliceren dat het al dan niet hebben en/of stellen van individuele doelen een belangrijk onderdeel vormt van hopeloosheid en als zodanig een focus zou kunnen vormen bij preventie. Daarnaast suggereren de bevindingen dat negatieve

verwachtingen over de toekomst gerelateerd zijn aan moeilijkheden bij het bedenken van concrete, gedetailleerde scenario's voor de toekomst.



- | | |
|-------------------------------------|-----------------------------------|
| 1. [Geen] hoop en enthousiasme | 11. Onaangename toekomst |
| 2. Opgeven/hulpeloosheid | 12. Niet krijgen |
| 3. [Geen] verwachte verbetering | 13. [Geen] gelukkigere toekomst |
| 4. Niet kunnen inbeelden toekomst | 14. Niet gewenst verlopen |
| 5. [Niet] genoeg tijd | 15. [Geen] vertrouwen in toekomst |
| 6. [Geen] verwachting te slagen | 16. Opgeven van wensen |
| 7. Sombere toekomst | 17. Geen voldoening in toekomst |
| 8. [Geen] geluk in het leven | 18. Onzekere toekomst |
| 9. Geen kansen | 19. [Geen] goede tijden |
| 10. [Niet] voorbereid voor toekomst | 20. Niet proberen |

FIGUUR 2 *Netwerkstructuur van hopeloosheid gevonden door Marchetti (2018), op basis van de 20 items van de BHS (Beck et al., 1974). Voor de analyse werd de scoring van positief verwoorde items omgekeerd. De dikte van de lijnen geeft de respectieve sterkte van verbindingen weer.*

Omdat deze initiële studie werd uitgevoerd in een niet-klinische steekproef, blijft onduidelijk of de gevonden netwerkstructuur generaliseerbaar is naar klinische populaties. De verschillen in factorstructuren tussen klinische en niet-klinische populaties onderstrepen deze onduidelijkheid (Steed, 2001). Aangezien hopeloosheid een belangrijke rol speelt bij psychopathologieën, is het van belang om de netwerkstructuur van hopeloosheid eveneens te onderzoeken bij klinische steekproeven. De huidige exploratieve studie heeft

als doel om de netwerkstructuur van hopeloosheid te onderzoeken in een Nederlandstalige klinische populatie en overeenkomsten na te gaan met voorgaand werk in een niet-klinische steekproef.

METHODEN

.....

Deelnemers

.....

Voor deze studie werden data gebruikt die verzameld werden in de context van eerder onderzoek (Everaert et al., 2010). De deelnemers aan deze studie waren tussen 2005 en 2010 gerekruteerd via een Nederlandse tweedelijnsvoorziening met ambulante, deeltijdse en opgenomen patiënten. De steekproef voor deze studie bestond uit 365 patiënten, onder wie 263 vrouwen (72%), met een gemiddelde leeftijd van 37,83 jaar ($SD = 11,88$; $range = 17-77$). Patiënten uit verschillende afdelingen namen deel aan het onderzoek: 29 patiënten uit de ambulante behandeling, 46 uit de deeltijdbehandeling, 151 uit de PAAZ-afdeling, 4 uit het hostel en 134 patiënten uit verschillende groepsbehandelingen (bijvoorbeeld *mindfulness-based stress reduction*). *Informed consent* om deze gegevens te gebruiken voor onderzoeksdoeleinden werd verbaal verkregen van de patiënten.

Beck Hopeloosheid Schaal (BHS)

.....

Voor deze studie maakten we gebruik van data bekomen met een Nederlandstalige versie van de Beck Hopeloosheid Schaal (BHS; Beck et al., 1974). De BHS is een zelfrapportagevragenlijst die peilt naar de mate van hopeloosheid gedurende de afgelopen week aan de hand van 20 items, die beoordeeld dienen te worden als 'juist' (score = 1) of 'onjuist' (score = 0). Voor negen items dient de scoring omgekeerd te worden, aangezien ze positief verwoord zijn (bijvoorbeeld item 15: 'Ik heb groot geloof in de toekomst'). Op basis van deze antwoorden verkrijgt men een score tussen 0 en 20, waarbij hogere scores een hogere mate van hopeloosheid indiceren. In de BHS worden drie onderdelen van hopeloosheid in kaart gebracht, namelijk: (1) gevoelens over de toekomst (bijvoorbeeld item 6: 'Ik verwacht in de toekomst te slagen in wat mij het meest bezighoudt'), (2) motivatieverlies (bijvoorbeeld item 20: 'Het heeft geen nut echt te proberen iets te krijgen dat ik wens, omdat ik het waarschijnlijk toch niet zal krijgen'), en (3) toekomstige verwachtingen (bijvoorbeeld item 18: 'De toekomst lijkt me vaag en onzeker').

Bestaand onderzoek omtrent de BHS ondersteunt de betrouwbaarheid en validiteit van deze vragenlijst bij klinische steekproeven. Beck en collega's (1974) rapporteerden in de studie over de constructie van de BHS een betrouwbaarheid (KR-20) van 0,93 en item-totaalcorrelaties tussen 0,39

en 0,76. Latere studies rapporteerden voldoende interne consistentie, met Cronbachs $\alpha = 0,88$ (Steed, 2001). Om de constructvaliditeit ervan aan te tonen hebben studies de BHS bovendien reeds gelinkt aan andere constructen, zoals pessimisme, optimisme en depressie, en aan klinische beoordelingen van hopeloosheid (Beck et al., 1961; Chang et al., 1994). Voor deze steekproef werd een goede betrouwbaarheid gevonden, die weerspiegeld werd in een Cronbachs α van 0,89 en een McDonalds ω van 0,89.

Statistische analyses

Netwerkanalyse is een statistische techniek waarbij een netwerk van verbonden knopen wordt geschat op basis van data. Het statistische model werd binnen deze studie geschat aan de hand van een *pairwise Markov random field* (PMRF; Costantini et al., 2015; Epskamp et al., 2017; van Borkulo et al., 2014). Aangezien de BHS bestaat uit items met een binaire vraagstelling ('juist'/'onjuist'), werd specifiek het Ising-model gebruikt (van Borkulo et al., 2014). Een belangrijke beperking van PMRF is dat het aantal parameters dat geschat moet worden aanzienlijk stijgt wanneer de grootte van het netwerk toeneemt. Daarom werd een regularisatie toegepast: de *least absolute shrinkage and selection operator* (LASSO; Tibshirani, 1996). LASSO beperkt het aantal te schatten parameters door lage coëfficiënten van verbindingen te reduceren tot 0. Hierdoor worden de sterkere verbindingen behouden en hoeven er minder parameters geschat te worden. Het *extended Bayesian information criterion* (EBIC) werd gebruikt om te bepalen in welke mate deze LASSO-regularisatie moet worden toegepast. Deze analyses werden uitgevoerd in RStudio versie 4.0.2 (R Core Team, 2019) met behulp van het pakket IsingFit (van Borkulo et al., 2016).

Vervolgens werd de centraliteit van de knopen berekend. Drie centraliteitsindexen worden vaak gerapporteerd in netwerkanalyse: sterkte (*strength*), nabijheid (*closeness*) en geconnecteerdheid (*betweenness*). Voorgaand onderzoek toont echter aan dat sterkte een stabielere schatting biedt dan nabijheid en geconnecteerdheid (Epskamp et al., 2017; Epskamp & Fried, 2018). Daarom focuste deze studie zich op de sterkte-index. De centraliteitsindex sterkte drukt uit hoe een bepaalde knoop direct gelinkt is aan andere knopen. De software berekent dit door een som te nemen van de absolute waarden van de verbindingen tussen een knoop en de andere knopen (Epskamp & Fried, 2018).

Ten slotte werd de robuustheid van de geschatte parameters berekend. Hiervoor werd ten eerste gekeken naar de accuraatheid. De variatie binnen de steekproef kan een effect hebben op de robuustheid van de schattingen. Daarom werd aan de hand van bootstrappingprocedures gekeken of de resultaten robuust waren in geval van andere steekproeven. Concreet werden via bootstrapping steekproeven gevormd uit de bestaande steekproef en werd het netwerk dat op basis daarvan verkregen werd vergeleken met het

originele. Ten tweede werd de stabiliteit van het netwerk berekend. Bij een toenemende steekproefgrootte zullen schattingen namelijk accurater zijn, omdat er meer data beschikbaar zijn om schattingen op te baseren. Om het effect van steekproefgrootte na te gaan, werd gebruikgemaakt van de stabiliteitscoëfficiënt van de correlatie. Hierbij wordt een steeds groter deel systematisch uit de steekproef verwijderd en wordt op basis van de kleinere steekproef een nieuw netwerk geschat. Er wordt dan gekeken hoeveel data men kan laten wegvallen zonder dat het oorspronkelijke netwerk en het nieuwe netwerk te sterk van elkaar verschillen. Voor de accuraatheid van de verbindingen werden 95% bootstrapped betrouwbaarheidsintervallen (BI's) opgesteld. Op deze manier kan de accuraatheid van de verbindingen onderling vergeleken worden, waarbij een brede BI een lagere accuraatheid suggereert.

RESULTATEN

.....

Beschrijvende statistieken

.....

In de huidige steekproef was er sprake van een grote variatie in de mate van gerapporteerde niveaus van hopeloosheid, waarbij de volledige range van BHS-scores (0-20) gerapporteerd werd. De gemiddelde score op de BHS van de participanten was 9,41, met een standaarddeviatie van 5,24. Volgens de op basis van voorgaand onderzoek opgestelde criteria is dit een matige score (Beck et al., 1974). Concreet gebruiken de meeste onderzoekers een score van 9 of hoger als indicatie voor het voorspellen van suïcidale intenties (Kliem et al., 2018). Ook op het niveau van de individuele items werd substantiële variatie gezien. Gemiddelden en standaarddeviatie voor ieder item worden weergegeven in tabel 1, alsook een korte inhoudelijke beschrijving van ieder item.

Geschatte netwerk en eigenschappen

.....

Het netwerk en bijbehorende centraliteitsindexen die werden berekend op basis van onze steekproef zijn te zien in figuur 3 en figuur 4. De verschillende knopen in het netwerk representeren de 20 items van de BHS: '1' refereert dus naar item 1 van de BHS. Van de 190 mogelijke verbindingen werden er 64 in dit netwerk behouden.

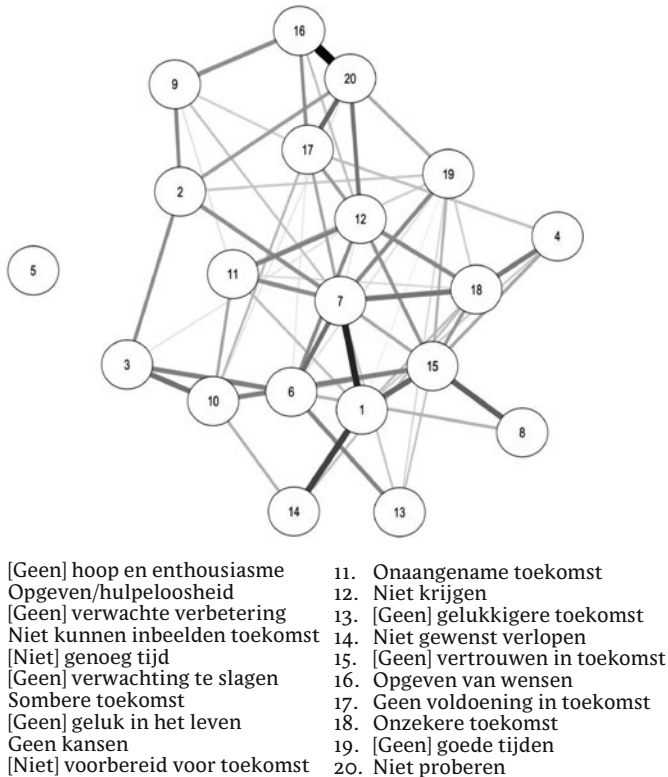
Verbindingen in het netwerk — De sterkte van verbindingen tussen knopen in het netwerk wordt in figuur 3 visueel voorgesteld als de dikte van de lijnen (verbindingen). Wat betreft de netwerkstructuur stelden we op basis van visuele inspectie vast dat er drie associaties zijn die sterk naar voren ko-

TABEL 1 *Gemiddelde en standaarddeviatie voor elk item van de BHS (Beck et al., 1974). '[Geen]' of '[niet]' geven aan dat de scoring van het item werd omgekeerd.*

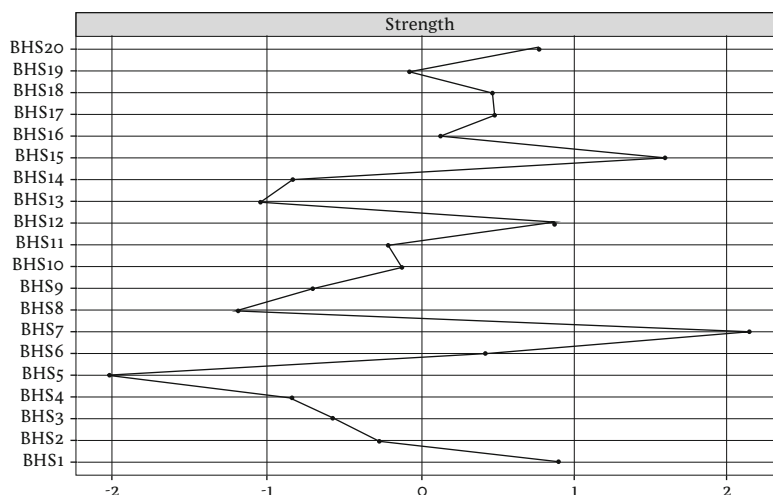
Item	Label	Korte omschrijving	Gemiddelde	Standaarddeviatie
1	[Geen] hoop en enthousiasme	Naar de toekomst kijken met hoop en enthousiasme	0,370	0,483
2	Opgeven/hulpeloosheid	Zaken opgeven omwille van een gevoel van hulpeloosheid	0,775	0,418
3	[Geen] verwachte verbetering	Weten dat zaken niet altijd slecht kunnen blijven	0,726	0,447
4	Niet kunnen inbeelden toekomst	Zich geen toekomst kunnen inbeelden	0,170	0,376
5	[Niet] genoeg tijd	Genoeg tijd hebben om dingen die men wil doen af te maken	0,452	0,498
6	[Geen] verwachting te slagen	Verwachten om te slagen bij bezigheden in de toekomst	0,589	0,493
7	Sombere toekomst	De toekomst lijkt somber	0,515	0,500
8	[Geen] geluk in het leven	Het gevoel hebben veel geluk te hebben en meer goede dingen verwachten dan gemiddeld	0,175	0,381
9	Geen kansen	Het gevoel dat men nooit een kans heeft gehad en er nooit een zal krijgen	0,781	0,414
10	[Niet] voorbereid voor toekomst	Het gevoel dat vroegere ervaringen een goede voorbereiding op de toekomst zijn geweest	0,378	0,486

Item	Label	Korte omschrijving	Gemiddelde	Standaarddeviatie
11	Onaangename toekomst	Meer onaangename dan aangename dingen zien voor zichzelf	0,384	0,487
12	Niet krijgen	De verwachting niet te krijgen wat men wil	0,351	0,478
13	[Geen] gelukkige toekomst	De verwachting om in de toekomst gelukkiger te zijn dan nu	0,619	0,486
14	Niet gewenst verlopen	De dingen lopen niet zoals gewenst	0,159	0,366
15	[Geen] vertrouwen in toekomst	Vertrouwen hebben in de toekomst	0,334	0,472
16	Opgeven van wensen	Nooit krijgen wat men wenst en bijgevolg niets meer wensen	0,707	0,456
17	Geen voldoening in toekomst	De kans op voldoening in de toekomst laag inschatten	0,507	0,501
18	Onzekere toekomst	De toekomst lijkt vaag en onzeker	0,258	0,438
19	[Geen] goede tijden	Meer naar goede dan slechte tijden kunnen uitzien	0,521	0,500
20	Niet proberen	Niet proberen te verkrijgen wat men wenst, omdat men verwacht dit niet te krijgen	0,638	0,481

men, namelijk de verbinding tussen #1 ([geen] hoop en enthousiasme) en #7 (sombere toekomst), tussen #1 ([geen] hoop en enthousiasme) en #14 (niet gewenst verlopen), en tussen #16 (opgeven van wensen) en #20 (niet proberen). Al deze verbindingen waren positief. De verschillende verbindingen werden ook statistisch met elkaar vergeleken op een $\alpha = 0,05$ -niveau aan de hand van bootstrapping-verschilttesten. Hierbij werd het verschil berekend tussen twee gebootstrapte waarden van verbindingen (Chernick, 2011). Enkele significant verschillende verbindingen werden gevonden, die overeenstemmen met de bevindingen van de visuele inspectie, namelijk eveneens de verbindingen tussen #1 ([geen] hoop en enthousiasme) en #14 (niet gewenst verlopen), tussen #1 ([geen] hoop en enthousiasme) en #7 (sombere toekomst), en tussen #16 (opgeven van wensen) en #20 (niet proberen).



FIGUUR 3 *Netwerkstructuur van hopeloosheid gevonden in deze studie op basis van de 20 items van de BHS (Beck et al., 1974). De scoring van positief verwoorde items werd omgekeerd voor de analyse. De dikte van de lijnen geven de respectieve sterkte van verbindingen weer.*



FIGUUR 4 Centraliteitsindexen (sterkte) voor de 20 items van het geschatte netwerk gevonden in deze studie, weergegeven als gestandaardiseerde z-score

Centraliteit binnen het netwerk — Wat betreft de centraliteit vonden we op basis van een visuele inspectie dat enkele knopen relatief meer geconnecteerd bleken te zijn met andere knopen in het netwerk (centraliteit). Zo hadden de knopen #7 (sombere toekomst), #15 ([geen] vertrouwen in toekomst), #1 ([geen] hoop en enthousiasme), #6 ([geen] verwachting te slagen) en – in iets mindere mate – knoop #12 (niet krijgen) de meeste verbindingen met andere knopen. Knoop #5 ([niet] genoeg tijd) stond daarentegen los van het verkregen netwerk. Op basis van de centraliteitsindexen werd deze visuele vaststelling bevestigd. Voor knoop #7 (sombere toekomst; $z = 2,15$) en #15 ([geen] vertrouwen in toekomst; $z = 1,60$) werden namelijk de hoogste centraliteitsindex gevonden, en voor knoop #5 ([niet] genoeg tijd; $z = -2,03$) de laagste. Ook wanneer naar de significante verschillen tussen verschillende knopen werd gekeken, verschenen gelijkaardige resultaten. Opnieuw werd hier gebruikgemaakt van verschiltesten tussen twee gebootstrapte waarden van centraliteitsindexen van knopen (Chernick, 2011). Knoop #5 ([niet] genoeg tijd) was namelijk significant verschillend van alle knopen behalve #8 ([geen] geluk in het leven), en knoop #7 (sombere toekomst) was ook significant verschillend van meerdere knopen en had de hoogste centraliteitswaarde (7,4).

Aangezien eerder onderzoek aantoonde dat de standaarddeviatie van items een invloed kan hebben op hun centraliteit (Terluin et al., 2016), werd de correlatie tussen standaarddeviatie en centraliteit berekend. De Spearman-rangcorrelatiecoëfficiënt bedroeg $r_s = 0,38$, wat echter niet significant

was ($p = 0,104$). Voor deze steekproef werd geen evidentie gevonden voor een invloed van de standaarddeviaties op de centraliteit.

Robuustheid van de bevindingen — Tot slot werd de robuustheid nagegaan voor de bevindingen omtrent de verbindingen en de centraliteit. Voor de verbindingen werd de accuraatheid berekend op basis van niet-parametrische bootstrap-betrouwbaarheidsintervallen (BI). Hoewel de betrouwbaarheidsintervallen vrij breed zijn, geven de resultaten aan dat de voorge-noemde sterkste verbindingen en meest centrale knopen toch significant verschillen van de andere knopen in het netwerk. Daarnaast suggereren de resultaten dat de centraliteitsindexen vrij stabiel zijn, met een CS-coëfficiënt van 51,8%. Dit betekent concreet dat, indien nieuwe, kleinere steekproeven worden gevormd op basis van de huidige steekproef, er ook wanneer 51,8% van de oorspronkelijke steekproef verwijderd wordt, toch een correlatie behouden blijft van 0,7 in minstens 95% van de steekproeven.

DISCUSSIE

.....

Hopeloosheid heeft een voorname rol bij het verklaren en voorspellen van psychopathologie. Een adequate conceptualisatie van dit psychologische construct is daarom van groot belang. Deze studie onderzocht de relaties tussen kenmerken van hopeloosheid vanuit de netwerkbenadering bij een psychiatrische steekproef. Een korte inhoudelijke beschrijving van de items is terug te vinden in tabel 1. Uit de netwerkanalyse komen drie belangrijke verbindingen naar voor. Item #1 ([geen] hoop en enthousiasme) was gerelateerd aan zowel item #7 (sombere toekomst) als item #14 (niet gewenst verlopen). Daarnaast was item #16 (opgeven van wensen) gerelateerd aan item #20 (niet proberen). Dit patroon van verbindingen suggereert dat een gebrek aan hoop en enthousiasme (item #1) verbonden is aan verwachtingen over een sombere toekomst (item #7) en aan verwachtingen dat zaken niet zullen lopen zoals verwacht (item #14). De derde verbinding koppelt twee items die beide gaan over de verwachting of overtuiging dat iets niet zal gebeuren in de toekomst, met als gevolg opgeven, ofwel een afname in motivatie. Deze bevindingen tonen aan dat voornamelijk cognitieve aspecten van hopeloosheid sterk verbonden zijn aan de andere items van het netwerk.

In de vergelijking met voorgaand onderzoek (Marchetti, 2018) merken we enkele gelijkenissen en verschillen op. Gelijkaardig aan eerdere bevindingen vindt deze studie ook een verbinding tussen items #16 (opgeven van wensen) en #20 (niet proberen). Echter, de verbindingen tussen #1 ([geen] hoop en enthousiasme) en #7 (sombere toekomst), en die tussen #1 ([geen] hoop en enthousiasme) en #14 (niet gewenst verlopen) bleken niet statistisch significant in vorig onderzoek bij een niet-klinische steekproef (Marchetti, 2018). Verbindingen die in eerder onderzoek wel werden gevonden,

maar niet in deze studie, zijn de connectie tussen #15 ([geen] vertrouwen in toekomst) en #18 (onzekere toekomst), die tussen #7 (sombere toekomst) en #4 (niet kunnen inbeelden toekomst), en die tussen #7 (sombere toekomst) en #8 ([geen] geluk in het leven). Deze verschillen tussen de studies suggereren dat de verbindingen tussen de elementen van het netwerk verschillend zijn bij klinische versus niet-klinische steekproeven. Desondanks tonen beide studies het belang van verwachtingen aan. Eerder onderzoek (Marchetti, 2018) vond dat de koppeling tussen niet-behaalde doelen en motivatieverlies of opgeven een belangrijk aspect is van hopeloosheid. Het aspect van motivatieverlies stemt overeen met de verbinding tussen #16 (opgeven van wensen) en #20 (niet proberen) die ook in onze studie naar voren kwam. Het belang van doelen is een interessante bevinding. Deze initiële bevinding is in lijn met het belang van verwachtingen dat in de huidige studie sterk op de voorgrond staat.

Wat betreft de centraliteit van de items vond deze studie dat item #7 (sombere toekomst) het meest centrale aspect en item #5 ([niet] genoeg tijd) het minst centrale aspect van netwerk was. Dat #7 (sombere toekomst) het meest centrale item van het netwerk is betekent dat #7 (sombere-toekomst) de meeste directe connecties heeft met andere items. Item #5 ([niet] genoeg tijd) heeft daarentegen de laagste centraliteitswaarde, waarmee #5 ([niet] genoeg tijd) dus het minst geconnecteerd is met de rest van het netwerk. Items #7 (sombere toekomst) en #15 ([geen] vertrouwen in toekomst) zijn het meest centraal en gaan beide over verwachtingen over de toekomst, namelijk de verwachting dat de toekomst somber zal uitpakken en een gebrek aan geloof in de toekomst. Deze bevindingen verschillen van voorgaand onderzoek. De meest centrale items binnen het geschatte netwerk in de studie van Marchetti (2018) zijn #16 (opgeven van wensen) en #19 ([geen] goede tijden). Deze items bleken in onze studie een centraliteitscore te hebben dicht bij 0, met een matig aantal connecties met andere knopen in het netwerk. Hier blijkt opnieuw een verschil met voorgaand werk in een niet-klinische steekproef.

Het minst centrale item, #5 ([niet] genoeg tijd), gaat over tijd hebben om dingen die men wil doen af te maken. Het is opmerkelijk dat item #5 ([niet] genoeg tijd) ook in Marchetti's studie (2018) het item met de laagste centraliteitswaarde is. Item #5 staat dus zowel in onze klinische als in Marchetti's niet-klinische steekproef vrij los van de rest van het netwerk. Ten slotte tonen onze bevindingen aan dat item #5 ([niet] genoeg tijd) losstaat van de rest van het netwerk. De lage centraliteit van dit item kan worden begrepen wanneer rekening gehouden wordt met de bevindingen die net beschreven zijn. Als iemand namelijk negatieve verwachtingen heeft over de toekomst, gekoppeld aan een negatief gevoel en een afname in motivatie met betrekking tot doelen, is de hoeveelheid tijd die men heeft voor deze doelen minder relevant.

Onze bevindingen hebben een aantal implicaties voor theorievorming en de klinische praktijk. Een van de belangrijkste implicaties van het gevonden netwerk betreft de rol van verwachtingen bij hopeloosheid. Dit blijkt uit de centrale items, #7 (sombere toekomst) en #15 ([geen] vertrouwen in toekomst), die betrekking hebben op verwachtingen over de toekomst, alsook uit de voornaamste verbindingen die telkens een aspect van verwachtingen omvatten. Zoals eerder aangegeven, staan de verwachtingen van een sombere toekomst (#7) en van het niet-gewenst verlopen van zaken (#14) in verband met een gebrek aan gevoelens van hoop en enthousiasme met betrekking tot de toekomst (#1). Ook de derde connectie, tussen #16 (opgeven van wensen) en #20 (niet proberen), omvat een verwachting, namelijk dat bepaalde zaken niet zullen gebeuren. Hier zijn verwachtingen niet gekoppeld aan een gevoel, maar aan een verlies of afname in motivatie. Deze bevindingen zijn ook in lijn met de algemene assumpties van de cognitieve gedragstherapie (CGT), waarbij cognities (verwachtingen, zoals een duistere toekomst), gevoel (bijvoorbeeld een gebrek aan hoop en enthousiasme) en gedrag (bijvoorbeeld opgeven) met elkaar in interactie staan.

Samengenomen ondersteunen de bevindingen van deze studie de visie dat hopeloosheid geen unitair maar een heterogeen construct is, waarbij de samenstellende elementen op verschillende manieren aan elkaar gerelateerd zijn, alsook kunnen verschillen in hoe centraal elk van hen is. Bijgevolg dienen onderzoek en praktijk rekening te houden met deze complexiteit.

Uit de bevindingen van deze studie bij een klinische steekproef, maar ook uit de bevindingen van de eerdere studie van Marchetti (2018) bij een niet-klinische steekproef, blijkt dat verwachtingen een belangrijke rol te spelen binnen het construct van hopeloosheid. Hieruit volgen enkele handvatten voor de praktijk. Dit gegeven suggereert namelijk dat wanneer men geconfronteerd wordt met hopeloosheid binnen theorievorming en praktijk, er mogelijk meer moet worden ingezet op verwachtingen. Dit kan binnen een cognitief-gedragstherapeutische behandeling door middel van een heldere conceptualisatie tijdens de diagnostische cyclus (de Bruyn et al., 2003; de Raedt & Schacht, 2003). Zo kan een duidelijke voorlopige probleemsamenhang meer inzicht bieden in hoe klachten met elkaar samenhangen, om vervolgens aanknopingspunten te bieden voor behandeling. Door dit ook met de cliënt te bespreken, kan men tevens de ervaren hulpeloosheid verlagen. Zo kan met Birgitte uit het inleidende voorbeeld allereerst een inventarisatie van haar klachten plaatsvinden, alsook een van haar omgevings- en persoonsgebonden factoren. Deze factoren en hun samenhang kunnen met Birgitte besproken worden, teneinde haar een overzicht te geven van de situatie en de aangrijpingspunten binnen die samenhang te duiden. Op die manier kan Birgitte zien dat therapie niet louter praten inhoudt (zoals bij haar vorige therapeut gebeurde), maar dat verandering wel degelijk mogelijk is.

Hoewel therapieën kunnen inzetten op het meest centrale item binnen het netwerk van hopeloosheid, heeft onderzoek aangetoond dat dit niet

noodzakelijkerwijs de meest efficiënte strategie is om een netwerk te veranderen (Fried et al., 2018). Het is mogelijk dat louter inzetten op het aanpassen van de overtuiging dat de toekomst somber is slechts een beperkt werkzaam effect heeft. Op basis van de resultaten kunnen we stellen dat binnen een therapeutische context focussen op verwachtingen in brede zin, in plaats van enkel op de overtuiging dat de toekomst somber is, een mogelijke strategie is om hopeloosheid te veranderen. Hierbij kan de therapeut aandacht schenken aan verwachtingen die patiënten hebben met betrekking tot hun toekomst, wat een waardevolle vernieuwende benadering kan zijn binnen de behandeling van hopeloosheid.

Tekortkomingen

Deze studie kent een aantal tekortkomingen. Een eerste tekortkoming heeft betrekking op de brede betrouwbaarheidsintervallen die werden geobserveerd in de robuustheidsanalyses. Hoewel er evidentie werd gevonden voor de robuustheid van de hoofdbevindingen, bleek dat de overige bevindingen betreffende de verbindingen en de centraliteit tussen de elementen uit het netwerk met voorzichtigheid moeten worden geïnterpreteerd. Daarom dient toekomstig onderzoek uitgevoerd te worden bij grotere klinische steekproeven.

Een tweede tekortkoming betreft de focus op kenmerken van hopeloosheid zoals bevraagd door de BHS. De BHS is een veelgebruikte vragenlijst, maar bevraagt mogelijk niet alle aspecten die kenmerkend kunnen zijn voor hopeloosheid. Deze studie was beperkt tot de items uit de BHS, waarbij verondersteld werd dat die een correcte weergave vormen van het construct hopeloosheid. Dit is een belangrijke beperking die geregeld voorkomt bij studies naar de netwerkstructuur van psychologische constructen, aangezien vragenlijsten een handig vertrekpunt vormen. Sommige auteurs beschouwen hopeloosheid bovendien als een uiteinde van een dimensioneel construct, waarbij hoop het tegenovergestelde uiteinde vormt (Gottschalk, 1974; Miller & Powers, 1988; Snyder et al., 1991). Bij de BHS worden echter geen assumpties gemaakt over de relatie met hoop. Verder onderzoek zou dus hoop, en de relatie tussen hoop en hopeloosheid, in kaart kunnen brengen met netwerkanalyses. Daarnaast zou toekomstig onderzoek meer vanuit het construct hopeloosheid kunnen vertrekken, in plaats van te starten vanuit de conceptualisatie zoals weergegeven in de BHS. Dit kan bijvoorbeeld door te werken met klinische beoordelingen van hopeloosheid of door te werken binnen bepaalde populaties waarin hopeloosheid sterk verhoogd is. Hierbij moet echter worden opgemerkt dat verschillende studies de constructvaliditeit van de BHS reeds hebben nagegaan door relaties aan te tonen met hopeloosheid gemeten door andere bronnen, zoals klinische beoordelingen (Beck et al., 1974) en pessimisme volgens de Beck Depression Inventory (BDI; Beck et al., 1961). Daarnaast hebben verschillende onder-

zoekers de relatie nagegaan tussen de BHS en verschillende gerelateerde constructen (zoals pessimisme, optimisme en depressie); de resultaten van hun onderzoek hebben de constructvaliditeit van de BHS verder ondersteund (Alford et al., 1995; Beck et al., 1961; Chang et al., 1994).

Een derde tekortkoming is het gebrek aan diagnostische informatie met betrekking tot de steekproef. Deze studie maakte gebruik van een klinische steekproef waarbij geen categorische diagnoses werden vastgesteld volgens DSM-criteria (APA, 2014). Toekomstig onderzoek zou kunnen nagaan of de netwerkstructuur van hopeloosheid verschillend is tussen verschillende klinische groepen (bijvoorbeeld depressie versus psychose). Desondanks is de huidige studie de eerste die dit doet met een klinische steekproef. Er is dus meer onderzoek nodig dat onze bevindingen repliceert. Idealiter wordt bij toekomstig onderzoek bovendien gebruikgemaakt van grotere steekproeven, teneinde de betrouwbaarheid van de bevindingen te maximaliseren.

CONCLUSIE

.....

Deze exploratieve studie had als doel om hopeloosheid te conceptualiseren aan de hand van netwerkanalyse. Hiermee vormde deze studie een aanvulling op de netwerkanalyse die werd uitgevoerd in een eerdere studie (Marchetti, 2018). Onze studie gebruikte echter een klinische steekproef, wat toeliet om uitspraken te doen over het netwerk van hopeloosheid in een meer klinische context, alsook om een eerste preliminaire vergelijking te maken tussen het netwerk van hopeloosheid in klinische en niet-klinische steekproeven.

Uit deze studie bleek dat verwachtingen met betrekking tot de toekomst en gevoelens of motivationele veranderingen die daarmee gepaard gaan, centraal zijn binnen hopeloosheid. Dit biedt nieuwe perspectieven voor onderzoek en voor de klinische praktijk. Zo biedt een heldere conceptualisatie tijdens de diagnostische cyclus relevante aanknopingspunten voor behandeling, waardoor hoopvolle verwachtingen op verbetering kunnen worden geïnstalleerd. Breder kunnen algemene verwachtingen naar de toekomst van de cliënt samen worden bekeken en geëxploreerd, teneinde negatieve verwachtingen te corrigeren of cognitief uit te dagen, en positieve verwachtingen te installeren.

Ondanks enkele tekortkomingen, zoals een relatief kleine steekproef, het statistische probleem van herhaaldelijk testen en een gebrek aan controle voor demografische variabelen, had deze studie zeker ook belangrijke sterke kenmerken, zoals het gebruik van de vrij nieuwe techniek van netwerkanalyse en het gebruik van een klinische steekproef. Toekomstig onderzoek is nodig om deze resultaten verder te repliceren binnen grotere, klinische en niet-klinische steekproeven, met controle voor demografische variabelen, zoals leeftijd en geslacht.

Pauline Stas is verbonden aan de Universiteit Gent en aan Psychologenpraktijk De Burcht te Zottegem, België.

Ernst Koster is verbonden aan de Vakgroep Experimenteel-Klinische en Gezondheidspsychologie, Universiteit Gent.

Rik Schacht is als klinisch psycholoog werkzaam bij Emergis Zeeuws-Vlaanderen.

Jonas Everaert is verbonden aan de Vakgroep Experimenteel-Klinische en Gezondheidspsychologie, Universiteit Gent.

Correspondentieadres: Pauline Stas, p/a Psychologenpraktijk De Burcht, Langestraat 110, 9620 Zottegem, België. E-mail: paulinestas3@gmail.com.

Summary *A network analysis of hopelessness in a polyclinical psychiatric sample*

Hopelessness is highly prevalent in clinical populations and plays an important part in explaining and predicting a range of mental health conditions. An adequate conceptualisation of hopelessness is crucial to identify and potentially target hopelessness in clinical practice. Therefore, the aim of this study was to investigate the structure of hopelessness in a clinical sample using network analysis. The network analysis showed that having a *dark future* was the most important aspect of hopelessness, while lack of *faith in the future* was the least important aspect of hopelessness. Connections were found between lack of *hope and enthusiasm* and having a *dark future*, between lack of *hope and enthusiasm* and things *not working out*, and between *giving up on wanting* and *not trying*. The results indicate that expectations about the future, as well as associated feelings and motivational changes, are important in the network structure of hopelessness. This offers new perspectives for research, as well as for clinical practice.

Keywords *hopelessness, Beck Hopelessness Scale, network analysis, expectations*

Literatuur

- Abramson, L. Y., Metalsky, G. I., & Alloy, L. B. (1989). Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression. *Psychological Review*, 96, 358-372.
- Alford, B. A., Lester, J. M., Patel, R. J., Buchanan, J. P., & Giunnta, L. C. (1995). Hopelessness predicts future depressive symptoms: A prospective analysis of cognitive vulnerability and cognitive content specificity. *Journal of Clinical Psychology*, 51, 331-339.
- 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*. Uitgeverij Boom.
- Beck, A. T., Steer, R. A., Kovacs, M., & Garrison, B. (1985). Hopelessness and eventual suicide: A 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. *American Journal of Psychiatry*, 142, 559-563.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Beck, A. T., Weissman, A., Lester, D., & Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: The Hopelessness Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42, 861-865.

- Borsboom, D. (2017). A network theory of mental disorders. *World Psychiatry*, 16, 5-13.
- Chang, E. C., D'Zurilla, T. J., & Maydeu-Olivares, A. (1994). Assessing the dimensionality of optimism and pessimism using a multimeasure approach. *Cognitive Therapy and Research*, 18, 143-160.
- Chernick, M. R. (2011). *Bootstrap methods: A guide for practitioners and researchers* (volume 619). John Wiley & Sons.
- Costantini, G., Epskamp, S., Borsboom, D., Perugini, M., Möttus, R., Waldorp, L. J., & Cramer, A. O. J. (2015). State of the aRt personality research: A tutorial on network analysis of personality data in R. *Journal of Research in Personality*, 54, 13-29.
- Courtney, E. A., Johnson, J. G., & Alloy, L. B. (2008). Associations of childhood maltreatment with hopelessness and depression among adolescent primary care patients. *International Journal of Cognitive Therapy*, 1, 4-17.
- de Bruyn, E. E. J., Ruijsenaars, A. J. J. M., Pameijer, N., & van Aarle, E. J. M. (2003). *De diagnostische cyclus: Een praktijkleer*. Acco.
- de Raedt, R., & Schacht, R. (2003). Een empirisch model voor probleemidentificatie binnen het gedragstherapeutisch proces. *Gedragstherapie*, 36, 197-222.
- Dyce, J. A. (1996). Factor structure of the Beck Hopelessness Scale. *Journal of Clinical Psychology*, 52, 555-558.
- Epskamp, S., Borsboom, D., & Fried, E. I. (2017). Estimating psychological networks and their accuracy: A tutorial paper. *Behavior Research Methods*, 50, 195-212.
- Epskamp, S., & Fried, E. I. (2018). A tutorial on regularized partial correlation networks. *Psychological Methods*, 23, 617-634.
- Everaert, J., Koster, E., Schacht, R., & de Raedt, R. (2010). Evaluatie van de psychometrische eigenschappen van de Rosenberg Zelfwaardeschaal in een poliklinisch psychiatrische populatie. *Gedragstherapie*, 43, 307-317.
- Fried, E. I., Eidhof, M. B., Palic, S., Costantini, G., Huisman-van Dijk, H. M., Bockting, C. L. H., Engelhard, I., Armour, C., Nielsen, A. B. S., & Karstoft, K. (2018). Replicability and generalizability of posttraumatic stress disorder (PTSD) networks: A cross-cultural multisite study of PTSD symptoms in four trauma patient samples. *Clinical Psychological Science*, 6, 335-351.
- Gottschalk, L. A. (1974). A hope scale applicable to verbal samples. *Archives of General Psychiatry*, 30, 779-785.
- Hadley, S. A., & MacLeod, A. K. (2010). Conditional goal-setting, personal goals and hopelessness about the future. *Cognition and Emotion*, 24, 1191-1198.
- Hamilton, J. L., Shapero, B. G., Stange, J. P., Hamlat, E. J., Abramson, L. Y., & Alloy, L. B. (2013). Emotional maltreatment, peer victimization, and depressive versus anxiety symptoms during adolescence: Hopelessness as a mediator. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 42, 332-347.
- Hill, R. D., Gallagher, D., Thompson, L. W., & Ishida, T. (1988). Hopelessness as a measure of suicidal intent in the depressed elderly. *Psychology and Aging*, 3, 230-232.
- Kliem, S., Lohmann, A., Mößle, T., & Brähler, E. (2018). Psychometric properties and measurement invariance of the Beck Hopelessness Scale (BHS): Results from a German representative population sample. *BioMed Central Psychiatry*, 18, 1-11.
- Klonsky, D. E., Kotov, R., Bakst, S., Rabinowitz, J., & Bromet, E. J. (2012). Hopelessness as a predictor of attempted suicide among first admission patients with psychosis: A 10-year cohort study. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 42, 1-10.

- Mair, C., Kaplan, G. A., & Everson-Rose, S. A. (2012). Are there hopeless neighborhoods? An exploration of environmental associations between individual-level feelings of hopelessness and neighborhood characteristics. *Health and Place*, 18, 434-439.
- Marchetti, I. (2018). Hopelessness: A network analysis. *Cognitive Therapy and Research*, 43, 611-619.
- Melges, F. T., & Bowlby, J. (1969). Types of hopelessness in psychopathological process. *Archives of General Psychiatry*, 20, 690-699.
- Miller, J. F., & Powers, M. J. (1988). Development of an instrument to measure hope. *Nursing Research*, 37, 6-10.
- Minkoff, K., Bergman, E., Beck, A. T., & Beck, R. (1973). Hopelessness, depression, and attempted suicide. *American Journal of Psychiatry*, 130, 455-459.
- Pompili, M., Innamorati, M., Gonda, X., Serafini, G., Sarno, S., Erbuto, D., Palermo, M., Elena Seretti, M., Stefani, H., Lester, D., Perugi, G., Akiskal, H., Siracusano, A., Rihmer, Z., Tatarelli, R., Amore, M., & Girardi, P. (2013). Affective temperaments and hopelessness as predictors of health and social functioning in mood disorder patients: A prospective follow-up study. *Journal of Affective Disorders*, 150, 216-222.
- Pompili, M., Rihmer, Z., Akiskal, H., Amore, M., Gonda, X., Innamorati, M., Lester, D., Perugi, G., Serafini, G., Telesforo, L., Tatarelli, R., & Girardi, P. (2012). Temperaments mediate suicide risk and psychopathology among patients with bipolar disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 53, 280-285.
- R Core Team. (2019). *R: A language and environment for statistical computing*. R Foundation for Statistical Computing.
- Roefs, A., Lemmens, L., & Jansen, A. (2019). Eetstoornissen als een netwerk van symptomen. *Gedragstherapie*, 52, 69-90.
- Roepke, A. M., & Seligman, M. E. P. (2016). Depression and prospection. *British Journal of Clinical Psychology*, 55, 23-48.
- Rosenfeld, B., Gibson, C., Kramer, M., & Breitbart, W. (2004). Hopelessness and terminal illness: The construct of hopelessness in patients with advanced AIDS. *Palliative & Supportive Care*, 2, 43-53.
- Schmittmann, V. D., Cramer, A. O. J., Waldorp, L. J., Epskamp, S., Kievit, R. A., & Borsboom, D. (2013). Deconstructing the construct: A network perspective on psychological phenomena. *New Ideas in Psychology*, 31, 43-53.
- Seligman, M. E. P. (1975). *Helplessness: On depression, development, and death*. San Francisco: Freeman.
- Snyder, C. R., Harris, C., Anderson, J. R., Holleran, S. A., Irving, L. M., Sigmon, S. T., Yoshinobu, L., Gibb, J., Langelle, C., & Harney, P. (1991). The will and the ways: Development and validation of an individual-differences measure of hope. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 570-585.
- Steed, L. (2001). Further validity and reliability evidence for Beck Hopelessness Scale scores in a nonclinical sample. *Educational and Psychological Measurement*, 61, 303-316.
- Terluin, B., de Boer, M. R., & de Vet, H. C. W. (2016). Differences in connection strength between mental symptoms might be explained by differences in variance: Reanalysis of network data did not confirm staging. *PLOS ONE*, 11, Article e0155205.
- Tibshirani, R. (1996). Regression shrinkage and selection via the Lasso. *Journal of the Royal Statistical Society, Series B (Methodological)*, 58, 267-288.
- Truant, G. S., O'Reilly, R., & Donaldson, L. (1991). How psychiatrists weigh risk factors when assessing suicide

- risk. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 21, 106-114.
- van Borkulo, C. D., Borsboom, D., Epskamp, S., Blanken, T. F., Boschloo, L., Schoevers, R. A., & Waldorp, L. J. (2014). A new method for constructing networks from binary data. *Scientific Reports*, 4, 1-10.
- van Borkulo, C. D., Epskamp, S., & Ro-bitzsch, A. (2016). *IsingFit: Fitting Ising models using the ELasso method. R package version 0.3.1*. <https://CRAN.R-project.org/package=IsingFit>

Kwaliteit van het protocol en eerste bevindingen van een pilot-effectonderzoek bij adolescenten met een recidiverende depressie

JACQUELIJNE SCHRAVEN, DENISE MATTHIJSEN, CARLI VAN DE WEERDEN, DAVID HEYNE & DENISE BODDEN

Samenvatting

Depressie is een ernstige stoornis bij jongeren vanwege het chronische en recidiverende karakter ervan. Bestaande richtlijnbehandelingen, zoals cognitieve gedragstherapie (CGT) en interpersoonlijke therapie (IPT), lijken onvoldoende effect te hebben op het (blijvend) terugdringen van depressieve klachten. *Acceptance and commitment therapy* (ACT) richt zich op het verhogen van de psychologische flexibiliteit, wat mogelijk tevens een positief effect heeft op depressieve klachten. In dit artikel wordt een studie besproken van een nieuw ontwikkeld behandelprotocol speciaal voor adolescenten, namelijk *ACT your way*. Ten eerste is de kwaliteit van *ACT your way* onderzocht. Dit heeft geleid tot een valide en bruikbaar behandelprotocol met een hoge tevredenheid van adolescenten en therapeuten. Ten tweede is er een pilot-effectonderzoek uitgevoerd bij 23 adolescenten met een recidiverende of persisterende depressieve stoornis. Na het volgen van *ACT your way* vonden er significante verbeteringen plaats op depressieve symptomen, kwaliteit van leven en competentiebeleving. Zes maanden na *ACT your way* waren er significante verbeteringen te zien op depressieve symptomen en comorbiditeit. Beperkingen van dit onderzoek zijn de kleine onderzoeksgroep en het ontbreken van een controlegroep. De uitkomsten van deze studie zijn hoopgevend voor adolescenten met recidiverende of persisterende klachten bij wie richtlijnbehandelingen onvoldoende effect hebben.

Trefwoorden: depressie, adolescenten, ACT, ACT your way

Kernboodschappen voor de klinische praktijk

- ▶ Uit het kwaliteitsonderzoek naar ACT your way blijkt dat cliënten en therapeuten tevreden zijn over het protocol (*feasible*). Hierdoor is het protocol goed te implementeren in de klinische praktijk.
- ▶ Uit het pilot-effectonderzoek blijkt daarnaast dat bij de complexe doelgroep van adolescenten met een recidiverende of chronische depressie significante veranderingen worden gevonden op depressieve klachten.
- ▶ Hieruit kunnen we concluderen dat er aanwijzingen zijn om ACT your way als alternatieve behandeling bij recidiverende of chronische depressieve adolescenten aan te bieden wanneer de richtlijnbehandeling (CGT of IPT) onvoldoende werkt.

INLEIDING

.....

Depressie is een van de meest voorkomende stoornissen onder jongeren. In Nederland ligt de eenjaarsprevalentie van depressie op 3,8%, wat neerkomt op ongeveer 37.400 jongeren die jaarlijks lijden aan een depressieve stoornis (Conijn & Ruiter, 2011). In Amerika zijn depressieve stoornissen de afgelopen 12 jaar fors toegenomen bij zowel jongeren (van 8,7% naar 13,2%) als jongvolwassenen (van 8,1% tot 13,2%) (Twenge et al., 2019). Depressieve stoornissen bij jongeren kunnen leiden tot verschillende levenslange negatieve gevolgen, zoals sociale problemen, vroegtijdig verlaten van school, zwangerschap op jonge leeftijd, suïcidaliteit, vroeg beginnen met roken, drugmisbruik en obesitas (Fletcher, 2008; Harrington et al., 1994; Hasler et al., 2005; Keenan-Miller et al., 2007; Lewinsohn et al., 1988). Bij 30% van de jongeren met een depressieve stoornis vindt een suïcidepoging plaats (Creemers et al., 2015). Bovendien laat recent onderzoek zien dat de zorg voor klinisch depressieve jongeren de Nederlandse staat jaarlijks ruim 37 miljoen euro kost (Bodden et al., 2018).

Uit verschillende longitudinale studies blijkt het chronische beloop van depressieve stoornissen. Follow-upstudies laten namelijk zien dat de kans op een nieuwe depressieve episode na een periode van 2 jaar ongeveer 40% is en na 5 jaar 70% (Birmaher, Ryan, Williamson, Brent, & Kaufman, 1996; Kovacs, Freinberg, Crouse-Novak, Paulauskas, & Finkelstein, 1984; Kovacs, Freinberg, Crouse-Novak, Paulauskas, Pollock, & Finkelstein, 1984). Bij een persisterende depressieve stoornis ontwikkelt ongeveer 70% van de jongeren binnen 2 à 3 jaar een depressieve stoornis (Birmaher, Ryan, Williamson, Brent, Kaufman, Dahl et al., 1996). Jongeren die lijden aan een depressieve stoornis zijn dus kwetsbaar voor depressieve klachten in de toekomst (Creemers et al., 2015).

Ontoereikende depressierichtlijnen

101

Vanwege de prevalentie, de ernstige gevolgen en de chroniciteit van depressieve stoornissen is een effectieve behandeling hard nodig. Cognitieve gedragstherapie (CGT) en interpersoonlijke therapie (IPT) heeft vooralsnog de meeste empirische ondersteuning met betrekking tot het behandelen van depressieve jongeren met matige tot ernstige depressies (McCarty & Weisz, 2007; Mufson et al., 1999, 2004; Watanabe et al., 2007). Deze bestaande richtlijnbehandelingen leiden bij de helft van de jongeren tot het opklaren van de depressie tijdens en direct na de behandeling (bij ernstige depressies aangevuld met medicatie). Uit follow-uponderzoek blijkt dat dit effect echter van korte duur is, want 6 maanden na afronding van een CGT-behandeling is er geen significant verschil meer wat betreft depressieve klachten in vergelijking met de controlegroep (wachtlust of met een aandachtsplacebo) (Watanabe et al., 2007). Een grote groep depressieve jongeren (50%) knapt dus niet op van de richtlijnbehandeling, het effect is van korte duur en er is een grote kans op recidive.

Volgens de *Multidisciplinaire richtlijn depressie bij jeugd: Addendum* (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2009) is het nog onduidelijk wat het beste beleid is ten aanzien van recidiverende depressie bij jongeren. Deze richtlijn adviseert dan ook dat hier verder onderzoek naar gedaan moet worden. De richtlijnbehandelingen – CGT en IPT – richten zich met name op klachtenreductie, maar dit lijkt bij de recidiverende en chronische depressieve stoornis ontoereikend. Een behandeling gericht op het bevorderen van het welbevinden is mogelijk een goed alternatief (Westerhof & Keyes, 2010). Dit sluit ook aan bij de herdefinitie van gezondheid door de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO, 2005), waarin gezondheid wordt gezien als een toestand van welbevinden, waarbij een cliënt met behulp van zijn mogelijkheden leert om te gaan met stressvolle gebeurtenissen in zijn leven. De laatste decennia zijn er meerdere behandelvormen ontwikkeld die zich primair richten op het vergroten van welbevinden ondanks de bestaande stoornis. Dit zijn de zogenoemde ‘derde generatie gedragstherapieën’, zoals *acceptance and commitment therapy* (ACT) (Hayes et al., 2006). Bij ACT worden inzichten uit de gedragstherapie, cognitieve gedragstherapie en mindfulness-based therapieën geïntegreerd.

ACCEPTANCE AND COMMITMENT THERAPY (ACT)

Uitgangspunt van ACT is dat veel lijden wordt veroorzaakt door inefficiënte pogingen om pijnlijke ervaringen en emoties te vermijden. Uit onderzoek is namelijk gebleken dat het onderdrukken van gevoelens een averechts effect heeft (Hayes et al., 2012). Bij te veel vermijding van innerlijke ervaringen of

zaken in de buitenwereld vervreemden mensen van zichzelf en neemt het welbevinden af. ACT richt zich niet op symptoomreductie, maar op coping met symptomen, zodat er ruimte ontstaat om weer te investeren in een waardevol leven (Hayes et al., 2006). Uit onderzoek bij volwassenen met diverse psychiatrische klachten (zoals angst, depressie, lichamelijke gezondheidsproblemen en verslaving) lijkt dit vaak gepaard te gaan met symptoomreductie (A-Tjak, 2015; A-Tjak et al., 2015).

Het hoofddoel van ACT is het verhogen van de psychologische flexibiliteit van de cliënt: het flexibel om kunnen gaan met situaties, gedachten en gevoelens (*acceptance*), en tegelijkertijd actie ondernemen op basis van waarden (*commitment*) (Hayes et al., 2006). ACT draagt hiermee bij aan het vergroten van veerkracht en vitaliteit. Het verhogen van de psychologische flexibiliteit gebeurt bij ACT aan de hand van zes kernprocessen die nauw met elkaar samenhangen. Bij het kernproces *acceptatie* (1) gaat het om ruimte maken voor vervelende emoties, in plaats van deze te vermijden. Bij *defusie* (2) leert de cliënt gedachten te herkennen als gedachten en niet als waarheden waarnaar gehandeld moet worden. Tevens leert de cliënt op een andere manier naar zichzelf kijken: je bent meer dan alleen je gedachten, gevoelens en zelfbeeld. Cliënten leren de positie in te nemen van een observerend zelf: *zelf als context* (3). Het proces van *contact met het hier-en-nu* (4) gaat om het leren de aandacht te richten op het hier-en-nu. Bij het proces *waarden* (5) wordt er stilgestaan bij hoe de cliënt wil zijn en doen, waarna middels *toegewijd handelen* (6) actie wordt ondernomen op basis van deze waarden. Deze zes kernprocessen worden als vaardigheden aangeleerd door middel van mindfulness, ervaringsgerichte oefeningen en metaforen (A-Tjak, 2015; A-Tjak et al., 2015; Hayes et al., 2006).

Onderzoek naar ACT

In 2010 is ACT in de Verenigde Staten erkend als evidence-based therapie voor depressie en chronische pijn bij volwassenen (A-Tjak, 2015; A-Tjak et al., 2015; Folke et al., 2012; Forman et al., 2007, 2012; Pots et al., 2016). RCT's en meta-analyses laten zien dat ACT bij volwassenen effectiever is dan wachtlijst, placebo en reguliere zorg, en even effectief is als CGT bij depressie (A-Tjak et al., 2015, 2018). Er zijn ook aanwijzingen dat ACT werkzaam is bij volwassenen met een depressie die niet opklaart door andere behandelingen (Markanday et al., 2012). Dit onderzoek gebeurde echter bij een kleine steekproef, waardoor verder onderzoek nodig is.

Het onderzoek naar ACT bij kinderen en jongeren staat nog in de kinderschoenen. Swain en collega's (2015) concluderen in hun systematische review van 21 studies gericht op ACT bij kinderen en jongeren dat de resultaten veelbelovend zijn bij een scala van klachten, zoals (chronische) pijnklachten, depressie, obsessieve-compulsieve klachten, posttraumatische stressstoornis, trichotillomanie, anorexia, externaliserende problemen en

ADHD. Deze studies kennen echter nog belangrijke methodologische beperkingen (relatief kleine steekproefgrootten, te weinig gerandomiseerde onderzoeken en te weinig studies bevatten een controlegroep). De twee studies die verricht zijn naar ACT bij jongeren met depressieve symptomen ($N = 66$; $N = 32$) laten beide een afname van depressieve klachten zien (Hayes et al., 2011; Livheim et al., 2015). Ook een studie naar een preventief ACT-programma, uitgevoerd op scholen, toont een afname van stress en/of lichte depressieve symptomen bij jongeren met milde problematiek (Livheim et al., 2015). Daarnaast lijken er aanwijzingen te zijn dat – in tegenstelling tot de CGT-behandelgroep – de verbetering bij de jongeren met ACT-behandeling doorzet na de behandeling (Hayes et al., 2011). Vanwege de kleine steekproefgrootte is dit onderzoek echter methodologisch minder sterk.

Concluderend kan gesteld worden dat er weinig gedegen onderzoek is gedaan naar ACT bij jongeren met een depressieve stoornis, en al helemaal niet naar het effect van ACT bij jongeren met recidiverende of chronische depressies.

Huidige studie

In deze studie werd het behandelprotocol *ACT your way* onderzocht. ACT your way is speciaal ontwikkeld voor adolescenten en is gebaseerd op acceptance and commitment therapy (ACT). De huidige studie bestond uit twee onderdelen: een kwaliteitsonderzoek en een pilot-effectonderzoek. Het *kwaliteitsonderzoek* heeft zich gericht op de inhoudelijke kwaliteit van het protocol ACT your way. Met andere woorden: bevat het protocol ACT your way alle elementen die er volgens de theorie in zouden moeten zitten (inhoudsvaliditeit)? Daarnaast is de bruikbaarheid en tevredenheid van therapeut en cliënt onderzocht (*feasibility study*). Het is immers bekend dat tevredenheid van cliënten over de inhoud en methodiek van het protocol leidt tot grotere therapietrouw en minder drop-outs (Pekarik, 1992). Daarbij leidt een goede toepasbaarheid van en tevredenheid over het protocol van de therapeut tot meer therapietrouw bij de therapeut, wat vervolgens weer een positief effect heeft op de behandeling (Fryling et al., 2012; Waltz et al., 1993).

Na het kwaliteitsonderzoek werd het protocol verder aangepast en verfijnd, en werd het tweede deel van het onderzoek uitgevoerd, namelijk het *pilot-effectonderzoek*. Het doel van het pilot-effectonderzoek was nagaan of ACT your way leidt tot een vermindering van depressieve klachten en verbetering van psychologische flexibiliteit bij adolescenten met een recidiverende of chronische depressieve stoornis bij wie eerdere richtlijnbehandeling (CGT of IPT) onvoldoende effect heeft gehad.

METHODE

Deelnemers

Kwaliteitsonderzoek — Bij Altrecht Kinder- en jeugdpsychiatrie, een specialistische ggz-instelling in Utrecht, zijn vier adolescenten¹ met recidiverende of chronische depressie individueel behandeld met ACT your way, en bevraagd over hun tevredenheid over en de bruikbaarheid van het behandelprotocol. De mening van twee therapeuten over de tevredenheid en bruikbaarheid van ACT your way is eveneens onderzocht middels vragenlijsten en interviews (Schraven et al., 2020).

Pilot-effectonderzoek — In totaal hebben 34 adolescenten met een depressieve stoornis de voormeting afgerond. Deze adolescenten kregen tussen maart 2017 en oktober 2019 een poliklinische behandeling door een specialistische (jeugd-)ggz-instelling, waaronder Altrecht Kinder- en jeugdpsychiatrie. De inclusiecriteria waren (1) een leeftijd tussen de 13 en 24 jaar, en (2) er was sprake van een gediagnosticeerde geclassificeerde depressieve stoornis: een persisterende depressieve stoornis, een dubbele depressie (persisterende depressieve stoornis met bijkomende depressieve episode) of een recidiverende depressie met onvolledige remissie en eventuele comorbiditeit. Verder moest er (3) eerder behandeling volgens de richtlijnen (CGT en IPT) hebben plaatsgevonden, die onvoldoende effect had gehad (nog steeds depressieve klachten), of er moest sprake zijn van een terugval na een symptoomvrije periode van minimaal 2 maanden. Bij medicamenteuze behandeling was het belangrijk dat de adolescent goed ingesteld was (minimaal 1 maand stabiel). Exclusiecriteria waren: (1) op de voorgrond staande suïcidaliteit en/of crisisgevoeligheid, (2) een intelligentiequotiënt onder 85, (3) ernstige verslaving, (4) psychotische stoornis, (5) bipolaire stemmingsstoornis, of (3) wisseling in antidepressiva.

Van de 34 deelnemers stopten zeven deelnemers voortijdig de behandeling met ACT your way (20,6% behandeldrop-out). Redenen om de behandeling te stoppen waren: crisis, starten met medicatie, te angstig, en behandeling sloot niet aan. Vier deelnemers staakten hun medewerking aan het onderzoek (11,8% meetdrop-out). Vervolgens zijn er negen adolescenten uitgevallen bij de follow-up (39% meetdrop-out). De onderzoeksgroep bestond uiteindelijk uit 23 adolescenten (20 meisjes: 87%; 3 jongens: 13%) in de leeftijd van 14 tot en met 23 jaar ($M = 17,74$; $SD = 2,3$). Van de adolescenten ging

1 In dit onderzoek worden onder 'adolescenten' jongeren in de leeftijdsgroep 14 tot en met 23 jaar verstaan.

26,1% niet naar school vanwege depressieve klachten. Uit het semigestructureerde interview Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children (K-SADS; Reichart et al., 2000) bleken de volgende depressieve stoornissen aanwezig: dubbele depressie (68,2%), recidiverende depressie (22,7%) en persisterende depressieve stoornis (9,1%). De ernst van de depressieve symptomen, zoals gemeten met de Children's Depression Inventory-2 (CDI-2; Bodden et al., 2016), bleek hoog bij de voormeting ($M = 25,52$; $SD = 7,52$).

Procedure

Het onderzoeksvoorstel is vooraf getoetst op ethische en juridische richtlijnen ten aanzien van wetenschappelijk onderzoek en is goedgekeurd door de Commissie Wetenschappelijk Onderzoek van Altrecht. Een multidisciplinair team van een specialistische (jeugd-)ggz-instelling stelde de DSM-classificatie vast en overlegde of de adolescent aan de inclusiecriteria voldeed. Vervolgens werden adolescenten en ouders geïnformeerd over het onderzoek en werd schriftelijke toestemming verkregen van zowel adolescenten als ouders (als de adolescent jonger dan 16 jaar was, moesten beiden toestemming geven).

Kwaliteitsonderzoek — Er wordt opvallend weinig onderzoek gedaan naar het ontwikkelen van een interventie en er is nauwelijks informatie bekend over de manier waarop bepaald kan worden of een behandelprotocol van goede inhoudelijke kwaliteit is. Om de inhoudsvaliditeit van ACT your way te bepalen, is voor deze studie een checklist ontwikkeld om te beoordelen of de zes kernprocessen van ACT en de ACT-interventiemethoden goed beschreven staan in het behandelprotocol. Gedurende een tijdsbestek van 1 jaar heeft er een drietal beoordelingsmomenten plaatsgevonden door twee onderzoekers (J. S. en C. van de W.) Vervolgens zijn de bruikbaarheid en de tevredenheid (feasibility study) van het ACT your way-protocol onderzocht bij zowel cliënten als therapeuten door middel van vragenlijsten na elke sessie en door individuele interviews aan het einde van de behandeling.

Pilot-effectonderzoek — Bij de adolescenten werd op vier meetmomenten – 2 weken vóór de start van de behandeling (voormeting), direct na de behandeling (nameting), een half jaar na de behandeling (6 maanden follow-up) en een jaar na de behandeling (1 jaar follow-up) – een aantal vragenlijsten en een semigestructureerd interview afgenomen (K-SADS; Kaufman et al., 1997), door onderzoeker J. S. In dit artikel werden alleen de voormeting, de nameting en de 6 maanden follow-up na behandeling meegenomen.

Voor deze studie werd ACT your way binnen Altrecht groepsgewijs aangeboden (86,9%) en bij externe instellingen² vond de behandeling individueel plaats (13,1%). De groep bestond uit maximaal acht adolescenten en twee therapeuten, waarbij 12 wekelijkse sessies van 2 uur plaatsvonden. Bij het individuele aanbod was de duur 12 wekelijkse sessies van 1 uur. Als minimale norm voor de therapeuten was, naast een basis- en/of introductiecursus in ACT, een specialistische training in ACT your way vereist.

Meetinstrumenten

Kwaliteitsonderzoek — Om de inhoudsvaliditeit van ACT your way te bepalen, is voor deze studie een checklist ontwikkeld op basis van literatuuronderzoek, bestaande uit ACT-protocollen en input van diverse ACT-experts. Met behulp van deze checklist kan beoordeeld worden of de zes kernprocessen van ACT en de ACT-interventiemethoden (psycho-educatie, mindfulness, experiëntiële oefeningen en metaforen) goed beschreven staan in het behandelprotocol. De bruikbaarheid en de tevredenheid (feasibility study) zijn onderzocht door na elke sessie een vragenlijst bij zowel cliënten als therapeuten af te nemen. Voor verdere verfijning van het protocol zijn aan het einde van de behandeling individuele interviews afgenomen bij de cliënten en de therapeuten aan de hand van een topic-lijst.

Primaire uitkomstmaten van het pilot-effectonderzoek — De eerste primaire uitkomstmaat van het pilot-effectonderzoek was het wel of niet aanwezig zijn van een DSM-5 *depressieve stoornis*, hetgeen werd bevraagd middels het semigestructureerde interview Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children (K-SADS; Reichart et al., 2000). Dit diagnostische interview is gericht op jeugdigen van 6 tot 18 jaar en de psychometrische kwaliteiten ervan zijn voldoende (Kaufman et al., 1997; Lauth et al., 2010). In dit onderzoek werd de K-SADS door middel van een telefonisch interview afgenomen. Verder werden depressieve symptomen gemeten met de CDI-2-vragenlijst (Bodden et al., 2016). Deze zelfrapportagevragenlijst kan afgenomen worden bij kinderen en adolescenten tot en met 21 jaar en bestaat uit 28 items. De totaalscore kan worden omgezet in een percentielscore of worden afgezet tegen een cut-off-score van 14. De totaalscore geeft een indicatie van de ernst van depressie of depressieve symptomen. De interne betrouwbaarheid is goed.

De andere primaire uitkomstmaat was de *mate van psychologische flexibiliteit*, het kerndoel van ACT. Dit werd gemeten met de Avoidance and Fusion Questionnaire for Youth (AFQ-Y), een zelfrapportagevragenlijst voor

² Aan dit onderzoek hebben meegewerkt: Zorgmeester (M. van Riel), Psychiatrie-praktijk Wageningen, en de privé-praktijken van C. Eggen en J. Schoneveld.

jongeren die bestaat uit 17 items met een vijfpunts likertschaal (Greco et al., 2008; Heyne & Blokzijl, 2007). Onderzoek wijst uit dat de AFQ-Y betrouwbaar en valide is (Greco et al., 2008).

107

Secundaire uitkomstmaten van het pilot-effectonderzoek — Secundaire uitkomstmaten waren: kwaliteit van leven, comorbiditeit, competentiebeleving en zelfcompassie. *Kwaliteit van leven* is gemeten met de EuroQol (EQ-5D; EuroQol Group, 1990). Dit is een evaluatieschaal bestaande uit vijf items met drie mogelijke antwoordcategorieën. Elke vraag omvat één dimensie van kwaliteit van leven: mobiliteit, zelfzorg, dagelijkse activiteiten, pijn of andere klachten, en angst/depressie. Verder moet de cliënt zijn huidige gezondheidstoestand aangeven op een schaal van 0 tot 100. De EQ-5D heeft een goede betrouwbaarheid en interne validiteit (Coons et al., 2000).

Om *overige comorbide klachten* te meten is de Youth Self Report (YSR) gebruikt. Dit is een veelgebruikte zelfrapportagevragenlijst voor adolescenten van 11 tot 19 jaar (Verhulst et al., 1997). De vragenlijst bestaat uit 118 items betreffende gedrags- en emotionele problemen die de laatste 6 maanden ervaren zijn en die op een driepuntsschaal beantwoord moet worden. De betrouwbaarheid van de YSR is als goed beoordeeld voor de schalen internaliseren, externaliseren en totale probleemscore (Evers et al., 2006).

De *competentiebeleving* is gemeten door het afnemen van de Competentie Belevingsschaal voor Adolescenten (CBSA; Treffers et al., 2002). Dit is een zelfrapportagevragenlijst voor 12- tot 18-jarige adolescenten, bestaande uit 35 items en zeven schalen: Schoolvaardigheden, Sociale acceptatie, Sportieve vaardigheden, Fysieke verschijning, Gedragshouding, Hechte vriendschap en Gevoel van eigenwaarde. Iedere vraag bestaat uit twee groepen met een tegenovergestelde stelling. De jongere kiest de groep met de stelling die het meeste bij hem of haar past en maakt dan de keuze 1 ('een beetje waar voor mij') of 2 ('helemaal waar voor mij') (Treffers et al., 2002). De psychometrische kwaliteiten van de CBSA zijn volgens de COTAN goed.

Zelfcompassie is gemeten met de Self-Compassion Scale – Short Form (SCS-SF), een zelfrapportagevragenlijst voor adolescenten vanaf 14 jaar met 12 items en een vijfpunts likertschaal lopend van 1 ('bijna nooit') tot 5 ('bijna altijd') (Neff, 2003, 2016). Uit onderzoek is gebleken dat de SCS-SF over een goede betrouwbaarheid en validiteit beschikt (Raes et al., 2011).

Interventie ACT your way

ACT your way is speciaal ontwikkeld voor adolescenten. Het bestaat uit een werkboek voor de adolescenten (Matthijssen et al., 2018), een begeleidende website bij het boek (www.act-online.nl), een handleiding voor therapeuten (Matthijssen et al., 2020), en een website voor de adolescenten en de therapeuten (www.actyourway.nl). Het behandelprotocol bestaat uit 12 wekelijkse sessies, die zowel in een groep als individueel kunnen worden gegeven.

In de groepsbehandeling duurt een sessie 120 minuten en in de individuele behandeling 60 minuten. ACT your way bestaat uit vier blokken, die elk weer drie hoofdstukken omvatten. Het eerste blok richt zich op het in kaart brengen van de wensen die de adolescenten hebben met betrekking tot hun identiteitsontwikkeling en autonomie. Het tweede blok richt zich op het in kaart brengen van de zes ACT-processen van psychologische inflexibiliteit. Het derde blok richt zich op het opdoen van vaardigheden vanuit de zes ACT-processen voor psychologische flexibiliteit. Met deze vaardigheden kunnen adolescenten bewust kiezen voor gedrag dat aansluit bij hun wensen met betrekking tot identiteitsontwikkeling en autonomie. Bij het vierde (en laatste) blok gaan adolescenten verder met ontwikkelen van vaardigheden gericht op psychologische flexibiliteit en bereiden ze zich voor op terugval in de vorm van een terugvalpreventieplan. Adolescenten doen in het vierde blok meer ervaring op met het focussen op de werkzaamheid van hun gedrag (het ondernemen van waardegerichte acties), het vergroten van zelfcompassie en het leren omgaan met faalervaringen. Acht weken na sessie 12 wordt de behandeling afgesloten met een terugkombijeenkomst. Elke sessie kent een vaste indeling, waarin aandachtsoefeningen, psycho-educatie, metaforen en experiëntiële oefeningen aan bod komen (Matthijssen et al., 2018).

Data-analyse van het pilot-effectonderzoek

Om na te gaan of ACT your way effectief is in het verminderen van recidiverende en chronische depressieve klachten, is na de behandeling het percentage adolescenten berekend dat niet meer voldeed aan de diagnostische criteria van de depressieve stoornis op basis van de K-SADS. Op vragenlijstniveau werden veranderingen wat betreft depressieve symptomen, psychologische flexibiliteit, kwaliteit van leven, comorbiditeit, competentiebeleving en zelfcompassie getoetst met gepaarde *t*-toetsen, waarbij gemiddelden op de voormeting vergeleken werden met gemiddelden op de nameting en op 6 maanden follow-up. Om te corrigeren voor het grote aantal *t*-toetsen is er een Bonferroni-correctie toegepast. Hierbij wordt het significantieniveau ($p = 0,05$) gedeeld door het aantal uitgevoerde *t*-toetsen. Ook zijn er effectgrootten berekend (Cohens *d*), waarbij de volgende indeling is gehanteerd: 0,10 is een klein effect, 0,30 is een gemiddeld effect en 0,50 is een groot effect (Field, 2009).

Kwaliteitsonderzoek

Met betrekking tot het onderzoeken van de inhoudsvaliditeit heeft er gedurende een tijdsbestek van 1 jaar een drietal beoordelingsmomenten plaatsgevonden door twee onderzoekers (J. S. en C. van de W.) Uit de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid blijkt dat er redelijke ($\kappa = 0,60$) tot volledige overeenstemming is tussen de beoordelaars wat betreft de verschillende kernprocessen en de methoden op de drie momenten. De beoordelaars zijn het dus in voldoende mate met elkaar eens. Door meerdere keren te kijken naar de volledigheid van de ACT-kernprocessen en de ACT-methoden in het protocol zijn de lacunes opgevuld. Dit proces heeft geleid tot aanpassingen en verbeteringen aan het protocol (zoals uitbreiding van metaforen).

Daarnaast is er gekeken naar de feasibility van het protocol. Zowel therapeuten als adolescenten waren overwegend tevreden en positief over de bruikbaarheid van ACT your way. Cliënten gaven aan dat ze baat hadden gehad bij de therapie. Als sterke kanten noemden ze het gebruik van de metaforen en het uitvoeren van de experiëntiële oefeningen. Adolescenten waren het minst tevreden over de mindfulnessoefeningen; op hun advies is de term 'mindfulnessoefeningen' vervangen door 'aandachtsoefeningen' en worden doel en nut ervan nu meer uitgelegd. Verder gaven adolescenten aan dat er naar hun gevoel te weinig ruimte was om stil te staan bij recente gebeurtenissen uit hun leven. Om deze reden is in het protocol een 'rondje waardevol en/of hobbel' opgenomen, dat voorziet in het bespreken van recente waardevolle of stressvolle situaties. Voor therapeuten was het grootste knelpunt het structurele tijdstekort tijdens de sessies; daarom is de hoeveelheid stof per sessie ingekort.

Dit proces heeft dus ook geleid tot aanpassingen aan het protocol (zoals beschrijving van de rol van de therapeut).

Pilot-effectonderzoek

Primaire uitkomstmaten: depressieve klachten en psychologische flexibiliteit — Uit de nameting met de K-SADS bleek dat 76,2% van de onderzoeksgroep na ACT your way niet langer voldeed aan de criteria van een depressieve stoornis. Bij 61,5% was 6 maanden na behandeling geen sprake meer van een depressieve stoornis.

De resultaten voor *depressieve symptomen* (gemeten met de CDI-2) laten een significante daling zien zowel direct na het volgen van ACT your way als bij de 6 maanden follow-up (zie tabel 1). De effectgrootten (Cohens d) zijn

aanzienlijk. Ondanks de sterke afname van depressieve symptomen is er een grote groep adolescenten bij wie de mate van depressieve symptomen nog steeds boven de cut-off-score van de CDI-2 ligt (nameting: 69,6%; follow-up: 50%). Adolescenten lieten geen significante verbetering zien ten aanzien van hun *psychologische flexibiliteit* (gemeten met de AFQ-Y) (zie tabel 1).

Secundaire uitkomstmaten — Ten aanzien van *kwaliteit van leven* (Euro-Qol) vond er na ACT your way een significante verbetering plaats op *stemmings- en angstklachten*. Deze verbetering is niet langer significant bij de 6 maanden follow-up. Er zijn geen significante veranderingen gevonden voor mobiliteit, zelfzorg en pijn. De toename in dagelijkse activiteiten bij de nameting is randsignificant en er lijkt sprake te zijn van een trend ($p = 0,005$).

Op *comorbide internaliserende problemen* (YSR) was er geen sprake van een significante verbetering bij de nameting. Er zijn echter wel significante verbeteringen te zien in comorbide internaliserende problemen bij de follow-up. De *competentiebeleving* (CBSA) verbeterde significant na ACT your way, en dit specifiek ten gunste van fysieke verschijning en gevoel van eigenwaarde. De effectgrootten zijn aanzienlijk. Deze verbetering is niet behouden bij de follow-up. Op de schalen schoolvaardigheden, sociale acceptatie, sportieve vaardigheden, gedragshouding en hechte vriendschap vonden bij zowel nameting als follow-up geen significante veranderingen plaats.

Tot slot is er geen sprake van een significante verandering ten aanzien van de *zelfcompassie* (SCS-SF) bij de nameting bij adolescenten die de ACT your way-behandeling hebben gevolgd. De toename op zelfcompassie bij de follow-up is randsignificant na Bonferroni-correctie ($p = 0,004$) (zie tabel 1).

DISCUSSIE

.....

Het kwaliteitsonderzoek heeft laten zien dat ACT your way een behandelprotocol is met een goede inhoudsvaliditeit. Verder is de mate van bruikbaarheid hoog, net als de tevredenheid van cliënten en therapeuten over het protocol. Tevens heeft het kwaliteitsonderzoek geleid tot aanpassingen aan het uiteindelijke werkboek en de trainershandleiding.

Uit het pilot-effectonderzoek komen aanwijzingen naar voren dat er na ACT your way een afname is in het aantal adolescenten met een depressieve stoornis en dat deze afname ook na 6 maanden nog zichtbaar is. Deze resultaten komen overeen met de positieve onderzoeksresultaten van ACT bij volwassenen met depressieve stoornissen (A-Tjak et al., 2015; A-Tjak et al., 2018). Op de primaire uitkomstmaat, *psychologische flexibiliteit*, werd zowel direct na als 6 maanden na de behandeling geen toename gevonden. Dit is opvallend, aangezien het verbeteren van de psychologische flexibiliteit het hoofddoel van ACT is. Daarbij was de verwachting dat een toename van psychologische flexibiliteit een positief effect zou hebben op depressieve klach-

ten (Fledderus et al., 2013; Hayes et al., 2006). Het behoeft dan ook nader mediatieonderzoek om te bepalen wat in dit pilotonderzoek maakt dat depressie significant vermindert.

Verder is er direct na ACT your way sprake van een randsignificante afname van problemen met *dagelijkse activiteiten*. Dit is in overeenstemming met de verwachting, omdat ACT juist gericht is op het verhogen van de kwaliteit van leven door activiteiten te ondernemen die het leven de moeite waard maken. Deze afname in problemen met dagelijkse activiteiten is niet meer significant bij de 6 maanden follow-up. Terwijl er direct na de behandeling geen sprake is van een significante afname van *comorbide internaliserende problemen*, geldt dit wel bij de follow-up. Qua *competentiebeleving* zijn er bij de nameting significante verbeteringen op het gebied van fysieke verschijning en gevoel van eigenwaarde. Dit is een gunstige uitkomst, omdat we weten dat een betere zelfwaardering bescherming biedt tegen depressieve symptomen (Matthys, 1993). Hoe verbetering in fysieke verschijning en gevoel van eigenwaarde causaal samenhangen met het verbeteren van depressieve klachten, behoeft verder onderzoek. Deze verbeteringen op de competentiebeleving zijn niet meer significant bij de follow-up. Ten slotte blijkt dat ACT your way niet leidt tot een significante toename van *zelfcompassie* direct na de behandeling. Bij de follow-up is de verandering van zelfcompassie echter randsignificant. Eerder onderzoek heeft uitgewezen dat zelfcompassie effect heeft op het verminderen van depressie (Kirby, 2016; Leaviss & Uttley, 2015). Op basis van de huidige studie kan geen uitspraak worden gedaan over of zelfcompassie leidt tot afname van depressie, dan wel of het opklaren van depressie leidt tot meer zelfcompassie.

Onze studie laat relatief aanzienlijke effectgrootten zien (zie tabel 1), zeker in vergelijking met de recente meta-analyse van Weisz en collega's (2017), waaruit kleine effectgrootten blijken voor allerlei vormen van therapie (zoals CGT, psychodynamische therapie en cliëntgerichte psychotherapie) bij de behandeling van depressie bij adolescenten ($d = 0,29$). In deze studie is de Bonferroni-correctie toegepast, waardoor het significantieniveau heel klein was (0,003). Samen met een kleine steekproef heeft dit er mogelijk voor gezorgd dat een aantal bevindingen niet significant was, terwijl er wel een daling of toename te zien was met medium tot grote effectgrootten. Zo zijn er zonder Bonferroni-correctie wel significante verbeteringen te zien bij de nameting en follow-up bij psychologische flexibiliteit, internaliserende problemen, competentiebeleving (schalen fysieke verschijning en gevoel van eigenwaarde) en zelfcompassie. Het zou interessant zijn om in nader onderzoek met een grotere onderzoeksgroep na te gaan of deze veranderingen verder standhouden.

Ondanks de sterke afname van depressieve symptomen is er een grote groep waarbij de mate van depressieve symptomen nog steeds boven de cut-off-score van de CDI-2 ligt. Een mogelijke oorzaak hiervan is dat de onderzochte groep adolescenten een complexe klinische onderzoekspopulatie is

TABEL 1 *Gemiddelden, standaarddeviaties, t-tests, effectgrootten voor uitkomstmaten ACT your way*

	Voormeting	Nameting (N = 23)		
	M (SD)	M (SD)	<i>t</i> [@]	ES
Depressieve symptomen (CDI)	25,52 (7,52)	18,80 (7,40)	4,97**	0,90
Psychologische inflexibiliteit (AFQ)	57,43 (9,71)	50,07 (10,37)	2,91	0,73
Kwaliteit van leven (EuroQol)				
Bewegen	1,22 (0,42)	1,17 (0,39)	0,44	0,44
Zelfzorg	1,30 (0,47)	1,39 (0,58)	-1,00	0,30
Dagelijkse activiteiten	2,17 (0,49)	1,74 (0,69)	3,15	0,72
Pijn	1,69 (0,70)	1,69 (0,77)	0,00	0,00
Stemming/angst	2,48 (0,51)	1,96 (0,56)	4,21**	0,97
Comorbiditeit (YSR)				
Internaliserend	36,30 (9,23)	28,44 (11,04)	3,05	0,77
Externaliserend	10,32 (7,38)	9,2 (7,27)	0,91	0,15
Somatiek	5,17 (3,11)	3,83 (3,02)	2,14	0,43
Competentiebeleving (CBSA)				
Schoolvaardigheden	12,50 (3,42)	13,05 (2,78)	-1,02	0,18
Sociale acceptatie	14,40 (3,76)	15,75 (4,59)	-2,04	0,32
Sportieve vaardigheden	9,40 (4,65)	9,40 (4,34)	0,00	0,00
Fysieke verschijning	8,50 (3,65)	11,15 (4,19)	-4,7**	0,67
Gedragshouding	16,90 (2,71)	17,40 (3,15)	-0,89	0,17
Hechte vriendschap	14,60 (4,64)	15,55 (4,59)	-1,77	0,21
Gevoel van eigenwaarde	8,30 (3,44)	11,10 (3,96)	-3,57**	0,75
Zelfcompassie (SCS)	32,00 (9,95)	37,65 (8,42)	-2,91	0,61

Noot. @ = vergelijking tussen voormeting en nameting; & = vergelijking tussen voormeting en 6 maanden follow-up

** $p < 0,003$ Bonferroni-correctie

	Voormeting	Follow-up 6 maanden (N = 14)		
	M (SD)	M (SD)	$t^{\oplus}$	ES
Depressieve symptomen (CDI)	26,21 (8,68)	17,5 (10,11)	4,96**	0,92
Psychologische inflexibiliteit (AFQ)	56,85 (10,39)	45,85 (13,09)	2,53	0,93
Kwaliteit van leven (EuroQol)				
Bewegen	1,14 (0,36)	1,00 (,00)	1,47	0,78
Zelfzorg	1,36 (0,49)	1,29 (0,00)	0,56	0,15
Dagelijkse activiteiten	2,14 (0,53)	1,79 (0,58)	2,11	0,63
Pijn	1,57 (0,76)	1,50 (0,76)	0,25	0,09
Stemming/angst	2,57 (0,51)	2,00 (0,55)	2,83	1,08
Comorbiditeit (YSR)				
Internaliserend	34,46 (10,25)	23,15 (10,94)	4,33**	1,06
Externaliserend	10,80 (8,98)	8,75 (9,07)	2,05	0,23
Somatiek	4,64 (3,69)	2,57 (2,44)	2,61	0,66
Competentiebeleving (CBSA)				
Schoolvaardigheden	12,62 (3,79)	12,62 (3,07)	0,00	0,00
Sociale acceptatie	14,38 (3,71)	15,92 (4,89)	-1,58	0,35
Sportieve vaardigheden	9,08 (4,25)	9,23 (3,94)	-0,149	0,04
Fysieke verschijning	8,23 (3,00)	10,92 (4,48)	-3,11	0,71
Gedragshouding	16,54 (2,93)	17,15 (3,91)	0,53	0,18
Hechte vriendschap	15,54 (4,59)	16,23 (4,30)	-1,01	0,16
Gevoel van eigenwaarde	8,23 (3,47)	12,00 (4,12)	-3,23	0,99
Zelfcompassie (SCS)	29,57 (8,52)	39,79 (13,57)	-3,51	0,90

met forse en recidiverende depressieve stoornissen. Eerdere behandelingen waren ontoereikend. Ondanks de ernst van de depressieve klachten vindt er dus wel een afname van klachten plaats en ontstaan verbeteringen in competentiebeleving en comorbiditeit. Dit sluit ook aan bij de hoofddoelstelling van ACT: gedrag ontwikkelen waarbij flexibel kan worden omgegaan met onvermijdelijke gedachten en gevoelens (zoals depressieve klachten) én investeren in een waardevol leven (Hayes et al., 2006).

Ten slotte weten we vanuit de literatuur dat de drop-out tijdens CGT-behandeling van depressieve adolescenten groot is en varieert tussen 41% en 57% (Stikkelbroek, 2019). De behandeldrop-out tijdens dit onderzoek naar ACT your way was opvallend minder, namelijk 20,6%. Dit is positief, aangezien het afmaken van een behandeling meer kans geeft op positieve uitkomsten. Een mogelijke verklaring kan zijn dat de doorgevoerde aanpassingen in ACT your way naar aanleiding van het expliciet betrekken van feedback van cliënten en therapeuten, hebben geleid tot betere therapietrouw.

Beperkingen

Een aantal belangrijke beperkingen moet genoemd worden. Ten eerste was dit een pilotonderzoek, waardoor de onderzoekspopulatie klein was en de groep mogelijk niet representatief. Ten tweede was er geen controlegroep en/of wachtlijstconditie. Hierdoor is niet met zekerheid vast te stellen of de verbeteringen niet het gevolg zijn van andere factoren of van natuurlijk beloop. Dit pilotonderzoek geeft wel een eerste aanwijzing dat ACT your way mogelijk effectief is, want er zijn verbeteringen te zien op diverse uitkomstmaten. Er is een uitgebreide *randomized controlled trial* (RCT) voor nodig om betrouwbaardere uitspraken met betrekking tot effectiviteit te kunnen doen. In juni 2021 zal een dergelijke RCT dan ook starten. Ten derde heeft de huidige studie alleen adolescenten als informant betrokken. Door het gebruik van zelfrapportagelijsten zou sociale wenselijkheid mee kunnen spelen (de los Reyes et al., 2013). Meerdere informanten, zoals ouders, zouden een vollediger en betrouwbaarder beeld hebben kunnen geven; dit wordt dan ook aangeraden voor toekomstig onderzoek.

Sterke punten

Dit is het eerste pilotonderzoek naar het effect van ACT bij adolescenten met recidiverende of chronische depressieve stoornissen. Onze studie heeft zich gericht op klinisch depressieve adolescenten die zelf hulp hebben gezocht binnen de specialistische ggz. Het zijn adolescenten met een complexe en comorbide problematiek, met relatief hoge schooluitval ten gevolge van klachten, bij wie eerdere richtlijnbehandelingen onvoldoende effect hebben gehad. De zwaarte van de problematiek is zichtbaar in de gegevens uit de voormeting: uit de K-SADS bleek dat de grootste groep een dubbele de-

pressie had en de scores op de CDI-2 waren ver boven de cut-off-score van 14. Dat ACT your way in dit pilotonderzoek verbeteringen laat zien bij deze complexe en behandelresistente groep is dan ook een eerste aanwijzing voor de effectiviteit van dit behandelprotocol. Meer onderzoek is nodig en zal in juni 2021 starten. Laten we het niet accepteren dat jonge mensen niet opknappen van depressie en ACTief onderzoek doen naar alternatieve behandelmethoden!

Belangenverstrengeling

Denise Matthijssen, de auteur van ACT your way, heeft geparticipeerd als groepstherapeut. Jacqueline Schraven en Denise Matthijssen zijn beiden werkzaam bij Altrecht. Daarnaast is Denise Bodden, eveneens auteur van ACT your way, betrokken als co-onderzoeker.

Jacqueline Schraven is klinisch psycholoog/psychotherapeut werkzaam bij Altrecht Kinder- en jeugdpsychiatrie.

Denise Matthijssen is sociaal-psychiatrisch verpleegkundige, systeemtherapeut, docent en supervisor NVRG, werkzaam bij Altrecht Kinder- en Jeugdpsychiatrie. Verder is zij ACT-trainer en auteur van de boeken *ACTief opvoeden*, *Samen ACTief in je gezin* en *ACT your way*.

Carli van de Weerden is als gz-psycholoog werkzaam bij GGZ Oost Brabant, locatie Helmond Kind en Jeugd.

David Heyne is als universitair hoofddocent ontwikkelings- en onderwijspsychologie werkzaam bij de Faculteit der Sociale Wetenschappen, Universiteit Leiden.

Denise Bodden is universitair docent aan de Universiteit Utrecht, afdeling pedagogiek, en psycholoog in opleiding tot gz-psycholoog bij Altrecht Kinder- en jeugdpsychiatrie.

Correspondentieadres: J. Schraven, Nieuwe Houtenseweg 2, 3524 SH Utrecht. E-mail: j.schraven@altrecht.nl.

Summary ACT your way: Quality of the protocol and preliminary findings of a pilot effect study among adolescents with a recurrent depressive disorder

Depression in adolescents is a severe disorder due to its chronic and recurring nature. Current guideline treatments like cognitive behavioral therapy (CBT) and interpersonal therapy (IPT) seem to have insufficient (long-term) effect in reducing the depressive symptoms. Acceptance and Commitment Therapy (ACT) focuses on increasing psychological flexibility, which could have a positive effect on depressive symptoms as well. In this study, a recently developed treatment protocol – ACT your way – was examined. ACT your way is especially developed for youth. First, the quality of ACT your way was assessed. This resulted in a valid and feasible treatment protocol rated highly on satisfaction by adolescents and therapists. Second, a pilot effect trial was conducted among 23 adolescents with a recurrent depressive disorder. Directly after ACT your way treatment, significant improvements with regard to depressive symptoms, quality of life and perceived

competence were found. At 6 month follow-up, significant decreases in depressive symptoms and internalizing comorbidity were found. Limitation of this study are the small sample size and the lack of a control group. This study has demonstrated promising results for adolescents with recurring and chronic depression who respond insufficiently to existing treatments.

Keywords *depression, adolescents, ACT, ACT your way*

Literatuur

- A-Tjak, J. (Ed). (2015). *Acceptance & Commitment Therapy: Theorie in de praktijk*. Bohn Stafleu van Loghum.
- A-Tjak, J. G. L., Davis, M. L., Morina, N., Powers, M. B., Smits, J. A. J., & Emmelkamp, P. M. G. (2015). A meta-analysis of the efficacy of Acceptance and Commitment Therapy for clinically relevant mental and physical health problems. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84, 30-36.
- A-Tjak, J. G. L., Morina, N., Topper, M., & Emmelkamp, P. M. G. (2018). A randomized controlled trial in routine clinical practice comparing Acceptance and Commitment Therapy with cognitive behavioral therapy for the treatment of major depressive disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 87, 154-163.
- Birmaher, B., Ryan, N., Williamson, D., Brent, D., & Kaufman, J. (1996). Childhood and adolescent depression: A review of the past 10 years. Part II. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 1575-1583.
- Birmaher, B., Ryan, N., Williamson, D., Brent, D., Kaufman, J., Dahl, R., Perel, J., & Nelson, B. (1996). Childhood and adolescent depression: A review of the past 10 years. Part I. *Journal of the American Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 1427-1439.
- Bodden, D., Braet, C., & Stikkelbroek, Y. (2016). *Handleiding CDI-2: Screeningsvragenlijst voor depressie bij kinderen en jongeren*. Hogrefe.
- Bodden, D. H. M., Stikkelbroek, Y., & Dirksen, C. D. (2018). Societal burden of adolescent depression. An overview and cost-of-illness study. *Journal of Affective Disorders*, 241, 256-262.
- Conijn, B., & Ruiters, M. (2011). *Preventie van depressie: Factsheet Preventie 2011*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Coons, S. J., Rao, S., Keininger, D. L., & Hays, R. D. (2000). A comparative review of generic quality-of-life instruments. *Pharmacoeconomics*, 17, 13-35.
- Creemers, D., Wijnhoven, L. A. M. W., Stikkelbroek, Y. A. J., & Buitelaar, J. (2015). Depressie en suïcide. In K. Nijhof & R. Engels (red.), *Meisjes in de zorg: Signalering, preventie en behandeling* (pp. 241-272). Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- de los Reyes, A., Thomas, S. A., Goodman, K. L., & Kundey, S. M. A. (2013). Principles underlying the use of multiple informants' reports. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9, 123-149.
- EuroQol Group. (1990). EuroQol – A new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy*, 16, 199-208.
- Evers, A., van Vliet-Mulder, J. C., & Groot, C. J. (2006). *Documentatie van tests en testresearch in Nederland, aanvulling 2006/01 (COTAN)*. Boom Test Uitgevers.
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS* (3rd ed.). Sage Publications.
- Fledderus, M., Bohlmeijer, E. T., Fox, J., Scheurs, K. M. G., & Spinhoven, P. (2013). The role of psychological flexi-

- bility in a self-help Acceptance and Commitment Therapy intervention for psychological distress in a randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 51, 142-151.
- Fletcher, J. M. (2008). Adolescent depression and educational attainment: Results using sibling fixed effects. *Health Economics*, 17, 1215-1235.
- Folke, F., Parling, T., & Melin, L. (2012). Acceptance and Commitment Therapy for depression: A preliminary randomized clinical trial for unemployed on long-term sick leave. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19, 583-594.
- Forman, E. M., Herbert, J. D., Moitra, E., Yeomans, P. D., & Geller, P. A. (2007). A randomized controlled effectiveness trial of Acceptance and Commitment Therapy and cognitive therapy for anxiety and depression. *Behavior Modification*, 31, 772-799.
- Forman, E. M., Shaw, J. A., Goetter, E. M., Herbert, J. D., Park, J. A., & Yuen, E. K. (2012). Long-term follow-up of a randomized controlled trial comparing Acceptance and Commitment Therapy and standard cognitive behavior therapy for anxiety and depression. *Behavior Therapy*, 43, 801-811.
- Fryling, M., Wallace, M., & Yassine, J. (2012). Impact of treatment integrity on intervention effectiveness. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 45, 449-453.
- Greco, L. A., Lambert, W., & Baer, R. A. (2008). Psychological inflexibility in childhood and adolescence: Development and evaluation of the Avoidance and Fusion Questionnaire for Youth. *Psychological Assessment*, 20, 93-102.
- Harrington, R., Bredenkamp, D., Groot-hues, C., Rutter, M., Fudge, H., & Pickles, A. (1994). Adult outcomes of childhood and adolescents depression: III Links with suicidal behaviors. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35, 1309-1319.
- Hasler, G., Pine, D. S., Kleinbaum, D. G., Gamma, A., Luckenbaugh, D., Ajdacic, V., Eich, D., Rössler, W., & Angst, J. (2005). Depressive symptoms during childhood and adult obesity: The Zurich Cohort Study. *Journal of Molecular Psychiatry*, 9, 842-850.
- Hayes, L., Boyd, C., & Sewell, J. (2011). Acceptance and Commitment Therapy for the treatment of adolescent depression: A pilot study in a psychiatric outpatient setting. *Mindfulness*, 2, 86-94.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2006). *ACT, een experiëntiële weg naar gedragsverandering*. Harcourt Book Publishers.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and Commitment Therapie: Veranderingen door mindfulness, het proces en de praktijk*. Pearson.
- Heyne, D., & Blokzijl, R. (2007). *Avoidance and Fusion Questionnaire for Youth – Dutch version* (Unpublished measure). Leiden University.
- Kaufman, J., Birmaher, B., Brent, D., Rao, U., Flynn, C., Moreci, P., Williamson, D., & Ryan, N. (1997). Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for school-age children – Present and Lifetime version (K-SADS-PL): Initial reliability and validity data. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 980-988.
- Keenan-Miller, D., Hammen, C. L., & Brennan, P. A. (2007). Health outcomes related to early adolescent depression. *Journal of Adolescence Health*, 41, 256-262.
- Kirby, I. N. (2016). Compassion interventions: The programs, the evidence, and implication for research and practice. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 90, 432-455.
- Kovacs, M., Freinberg, T., Crouse-Novak, M., Paulauskas, S., & Finkelstein, R.

- (1984). Depressive disorders in childhood: I. A longitudinal perspective study of characteristics and recovery. *Archives of General Psychiatry*, 41, 229-237.
- Kovacs, M., Freinberg, T., Crouse-Novak, M., Paulauskas, S., Pollock, M., & Finkelstein, R. (1984). Depressive disorders in childhood: II. A longitudinal perspective study of characteristics and recovery. *Archives of General Psychiatry*, 41, 643-649.
- Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ. (2009). *Richtlijn voor depressie bij jeugd: Addendum*. Trimbos-instituut.
- Lauth, B., Arnkelsson, G. B., Magnússon, P., Skarphédinsson, G. A., Ferrari, P., & Pétursson, H. (2010). Validity of K-SADS-PL (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for school-age children – Present and Lifetime version) depression diagnosis in an adolescent clinical population. *Nordic Journal of Psychiatry*, 64, 409-420.
- Leaviss, J., & Uttley, L. (2015). Psychotherapeutic benefits of compassion-focused therapy: An early systematic review. *Psychological Medicine*, 45, 927-945.
- Lewinsohn, P. M., Rohde, P., & Seeley, J. R. (1988). Major depressive disorder in older adolescents: Prevalence, risk factors and clinical implications. *Clinical Psychological Review*, 18, 765-794.
- Livheim, F., Hayes, L., Ghaderi, A., Magnusdottir, T., Högfeldt, A., Rowse, J., Turner, S., Hayes, S. C., & Tengstrom, A. (2015). The effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy for adolescent mental health: Swedish and Australian pilot outcomes. *Journal of Child and Family Studies*, 24, 1016-1030.
- Markanday, S., Data-Franco, J., Dyson, L., Murrant, S., Arbuckle, C., McGilvray, J., & Berk, M. (2012). Acceptance and Commitment Therapy for treatment-resistant depression. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 46, 1198-1199.
- Matthijssen, D., de Rooij, E., & Bodden, D. (2018). *ACT your way*. Boom.
- Matthijssen, D., de Rooij, E., & Bodden, D. (2020). *ACT your way: Trainers-handleiding*. Boom.
- Matthys, W. (1993). Zelfwaardering bij kinderen met antisociaal gedrag: Klinische zelfwaardering en depressieve symptomenbeschouwingen van empirische bevindingen. *Kind en Adolescent*, 14, 187-193.
- McCarty, C. A., & Weisz, J. R. (2007). Effects of psychotherapy for depression in children and adolescents: What we can (and can't) learn from meta-analysis and component profiling. *Journal of the American Academy for Child and Adolescent Psychiatry*, 46, 879-886.
- Mufson, L., Darta, K. P., Wickramaratne, P., Mufson, L., Weissman, M. M., Moreau, D., & Garfinkel, R. (1999). Efficacy of interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. *Archives of General Psychiatry*, 56, 573-579.
- Mufson, L., Darta, K. P., Wickramaratne, P., Nomura, Y., Olfson, M., & Weissman, M. M. (2004). A randomized effectiveness trial of interpersonal psychotherapy for depressive adolescents. *Archives of General Psychiatry*, 61, 577-584.
- Neff, K. D. (2003). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2, 223-250.
- Neff, K. D. (2016). The Self-Compassion Scale is a valid and theoretically coherent measure of self-compassion. *Mindfulness*, 7(1), 264-274.
- Pekarik, G. (1992). Relationship of clients reasons for dropping out of treatment to outcome and satisfaction. *Journal of Clinical Psychology*, 48, 91-98.

- Pots, W. T. M., Fledderus, M., Meulenbeek, P. A. M., ten Klooster, P. M., Schreurs, K. M. G., & Bohlmeijer, E. T. (2016). Acceptance and Commitment Therapy as a web-based intervention for depressive symptoms: Randomized controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 208, 69-77.
- Raes, F., Pommer, E., Neff, K. D., & Van Gucht, D. (2011). Construction and factorial validation of a short form of the Self-Compassion Scale. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 18, 250-255.
- Reichart, C. G., Wals, M., & Hillegers, M. (2000). *K-SADS: Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for school aged children*. H. C. Rümke Groep.
- Schraven, J., Weerden, C., & Bodden, D. (2020). In D. Matthijssen, E. de Rooij, & D. Bodden (red.), *ACT your way: Trainershandleiding* (pp. 12-14). Boom.
- Stikkelbroek, Y. (2019). Zit de behandeling van depressieve adolescenten in een dip? *Kinder & Jeugd Psychotherapie*, 46, 4-9.
- Swain, J., Hancock, K., Dixon, A., & Bowman, J. (2015). Acceptance and Commitment Therapy for children: A systematic review of intervention studies. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 4, 73-85.
- Treffers, P. D. A., Goedhardt, A. W., Veerman, J. W., van den Bergh, B. R. H., Ackaert, L., & de Rycke, L. (2002). *Handleiding Competentie Belevingschaal voor Adolescenten*. Swets & Zeitlinger.
- Twenge, J. M., Bell Cooper, A. B., Joiner, T. E., Duffy, M. E., & Binau, S. G. (2019). Age, period and cohort trends in mood disorder indicators and suicide-related outcomes in a nationally representative dataset, 2005-2017. *Journal of Abnormal Psychology*, 128, 185-199.
- Verhulst, F. C., van der Ende, J., & Koot, J. M. (1997). *Handleiding voor de Youth Self-Report (YSR)*. Sophia Kinderziekenhuis/Erasmus MC.
- Waltz, J., Addis, M. E., Koerner, K., & Jacobson, N. S. (1993). Testing the integrity of a psychotherapy protocol: Assessment of adherence and competence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 620-630.
- Watanabe, N., Hunot, V., Omori, I. M., Churchill, R., & Furukawa, T. A. (2007). Psychotherapy for depression among children and adolescents: A systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 116, 84-95.
- Weisz, J. R., Kuppens, S., Ng, M. Y., Eckstain, D., Ugueto, A. M., Vaughn-Coaxum, R., Jensen-Doss, A., Hawley, K. M., Krumholz Marchette, L. S., Chu, B. C., Weersing, V. R., & Fordwood, S. R. (2017). What five decades of research tells us about the effects of youth psychological therapy: A multilevel meta-analysis and implications for science and practice. *American Psychologist*, 72, 79-117.
- Westerhof, G. J., & Keyes, C. L. M. (2010). Mental illness and mental health: The two continua model across the lifespan. *Journal of Adult Development*, 17, 110-119.
- World Health Organization (WHO). (2005). *Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice*. Geneva: WHO.

.....

Hoe reguleer je de emoties van kinderen en jongeren?

.....

Bespreking van

Elisa Boelens, Eva Van Malderen, Taaïke Debeuf, Brenda Volkaert, Sandra Verbeken, Laura Wante, & Caroline Braet (2019). *Emotieregulatie-training bij kinderen en adolescenten: Werkboek*. Bohn Stafleu van Loghum. 224 pp., € 19,99. ISBN 9789036823838

ROBBIN WILLEMS

Emotieregulatie is een belangrijke ontwikkelingsstaak doorheen de kindertijd en adolescentie. Succesvolle emotieregulatie wordt gezien als basisvereiste om adaptief en flexibel te kunnen functioneren in het dagelijks leven. Omdat kinderen en jongeren worden geconfronteerd met situaties die emoties in verschillende richting en intensiteit kunnen uitlokken, is het een belangrijke ontwikkelingsuitdaging om hier op een leeftijdsadequate manier mee te leren omgaan. Veel van de zorgprogramma's in de jeugdhulp focussen zich op het veranderen van gedragsmatige en cognitieve leerprocessen (Verbeken et al., 2020). Emotieregulatie wordt de laatste decennia onderzocht als een belangrijk proces bij ontstaan en instandhouding van verschillende vormen van psychopathologie, maar wordt pas recentelijk onderkend als een transdiagnostische factor of transdiagnostisch mechanisme (Braet & Berking, 2019). Dit sluit aan bij de ervaring in de klinische praktijk dat hulpvragen vaak betrekking hebben op het niet adequaat gereguleerd krijgen van emoties bij kinderen of jongeren. Dit onvermogen heeft gevolgen op allerlei ontwikkelingsdomeinen en veroorzaakt lijdensdruk bij het kind of de jongere zelf, de ouders, de school en/of bij andere betrokkenen in de context van het kind of de jongere.

EmotieRegulatie kind en adolescent (EuREKA) is een antwoord op deze problematiek. Het is een groepstraining die op de eerste plaats bedoeld is voor kinderen en jongeren tussen 10 en 14 jaar, maar kan bij uitbreiding ook

individueel ingezet worden of bij jongeren tot 17 jaar. Er wordt gefocust op het versterken van emotieregulatievaardigheden en -strategieën. Deze bijdrage is een boekbespreking van het werkboek dat deze training ondersteunt. Dit werkboek kan echter niet los gezien worden van het bijbehorende therapeutenboek (Braet & Berking, 2019).

121

THEORETISCHE BASIS

.....

Het werkboek beschrijft een concreet en bruikbaar stappenplan voor een emotieregulatietraining, die grondig onderbouwd en goed geëvalueerd is. Op de theoretische onderbouwing wordt uitvoerig ingegaan in het therapeutenboek. In drie hoofdstukken wordt achtereenvolgens ingegaan op: belangrijke definities en concepten, de plaats die emotieregulatie krijgt in de normale ontwikkeling, en de rol van kind- en ouderkenmerken (hoofdstuk 1); op de manier waarop emotieregulatiestrategieën, reacties, processen en vaardigheden in kaart gebracht en gemeten kunnen worden (hoofdstuk 2), en op theoretische modellen over de rol van emotieregulatie met betrekking tot de ontwikkeling van psychopathologie en de illustratie ervan bij vier klinische groepen, namelijk patiënten met depressieve stoornissen, eetstoornissen, obesitas en verslaving (hoofdstuk 3).

De emotieregulatietraining kinderen en adolescenten is tot stand gekomen op basis van een grondige studie van de literatuur, die onderscheid maakt tussen adaptieve en maladaptieve emotieregulatiestrategieën. De literatuur beschrijft een veelheid aan adaptieve strategieën, waarvan drie het bekendst en het meest onderzocht zijn: afleiding zoeken, cognitieve herbeoordeling en probleemoplossing. Verder wordt er uit de literatuur geconcludeerd dat deze emotieregulatiestrategieën enkel kunnen worden aangeleerd wanneer een aantal basiscompetenties verworven zijn. Deze basiscompetenties worden 'emotieregulatievaardigheden' genoemd. Het gaat om vaardigheden als zich kunnen ontspannen, een zekere mate van emotioneel bewustzijn hebben, gevoelens kunnen accepteren en over enige emotionele zelfondersteuning beschikken. De opbouw van de training is hierop gebaseerd. Omdat die zo goed onderbouwd is, geeft zij ook evidence-based aanknopingspunten om binnen individuele therapie aan de slag te gaan met emotieregulatie.

OPBOUW VAN HET BOEK

.....

De emotieregulatietraining kinderen en adolescenten is opgebouwd uit 12 bijeenkomsten en het werkboek bestaat uit 63 werkbladen. Bij elke bijeenkomst horen dus verschillende werkbladen. Het boek begint met een korte inhoudstabel, waarin de verschillende bijeenkomsten met hun onderwerp

opgelijst staan. De eerste bijeenkomst besteedt aandacht aan kennismaken, groepsafspraken, doel van de training, en het formuleren van persoonlijk gevoel en doel. Vervolgens zien we in de tweede bijeenkomst de EuREKA-cirkel verschijnen, die vanaf dan de rode draad van de training vormt.

De EuREKA-cirkel bestaat uit verschillende bouwstenen: stap 1: ontspan (bijeenkomst 2); stap 2: beleef (bijeenkomst 3 en 4); stap 3: aanvaard en houd vol (bijeenkomst 5); stap 4: supporter voor jezelf (bijeenkomst 6 en 7); stap 5: analyseer (bijeenkomst 8); stap 6: reguleer (bijeenkomst 9, 10 en 11). In de twaalfde en laatste bijeenkomst wordt de EuREKA-cirkel nog eens herhaald, wordt er ruimte gemaakt voor een evaluatie en kunnen de deelnemers hun persoonlijke EuREKA-EHBO-kit samenstellen.

BESCHOUWING

.....

Ten eerste valt op dat het werkboek ook feitelijk in boekvorm is gedrukt. Dat heeft als voordeel dat losse blaadjes niet verloren kunnen gaan of door elkaar kunnen raken. Daardoor maakt het wel een wat schoolse indruk. Ook had het design een tikkeltje eigentijds gekund. Emoji's gebruiken en werken rond trots met behulp van een *I-like-me*-vergrootglas zijn mooie aanzetten, maar die hadden veel sterker doorgetrokken mogen worden. De ervaring leert immers dat jongeren nogal gevoelig zijn voor vormgeving en voor de mate waarin werkvormen en inhoud aansluiten op hun leefwereld. Positief daarentegen is dat de werkblaadjes overzichtelijk ogen en dat de EuREKA-cirkel regelmatig terugkomt, waardoor de rode draad goed vastgehouden kan worden. Bovendien is het gehanteerde taalgebruik duidelijk, zonder kinderachtig over te komen.

Ten tweede wordt er in het therapeutenboek expliciet aandacht besteed aan de cruciale rol van de ouders in de ontwikkeling van emotieregulatie. Opvallend is dan ook dat de rol van de ouders in de training beperkt blijft tot psycho-educatie krijgen, de rationale van de training begrijpen, huiswerk controleren en hun kinderen stimuleren om de geleerde basiscompetenties en deelvvaardigheden toe te passen. Er zijn bijvoorbeeld geen specifieke sessies voor de ouders voorzien waarin zij hun vaardigheden als emotiecoach kunnen versterken en uitbreiden. Een specifiek ouderprotocol blijkt evenwel momenteel in ontwikkeling. Mogelijk wordt hierin een stevigere rol van ouders als ondersteuner, supporter of coach beschreven.

Er lijkt heel wat aandacht te zijn uitgegaan naar het motivationele aspect van de training. Zo wordt er veel ingezet op duidelijkheid en voorspelbaarheid, op het expliciteren van het gegeven dat de deelnemers niet van nul beginnen, maar al heel wat basiscompetenties en deelvvaardigheden kennen en toepassen in hun dagelijks leven, op het formuleren van een positief en persoonlijk doel, en op een stimulerende houding van de trainer. Ik wil twee

suggesties doen die wellicht motivatieondersteunend kunnen werken: ten eerste zou er tijdens elke bijeenkomst stilgestaan kunnen worden bij hoe het oefenen in de betreffende vaardigheid nuttig kan zijn voor de jongere. Op die manier wordt de sessie relevanter en levendiger voor de jongere, wat wellicht motivatiebevorderend werkt. Een tweede suggestie is om in het werkboek op het einde van elke bijeenkomst expliciet ruimte te maken voor het concretiseren van een planning van de huiswerkopdrachten, en voor het op voorhand nadenken over mogelijke hobbels en obstakels. Dit verhoogt de kans dat de jongeren ook thuis aan de slag gaan met wat ze in de sessie hebben ingeoeft.

CONCLUSIE

.....

Emotieregulatie is een belangrijke ontwikkelingstaak van kinderen en jongeren. De laatste decennia wordt er meer aandacht geschonken aan emotieregulatie als transdiagnostisch mechanisme, zowel in de wetenschappelijke literatuur als in de klinische praktijk. EuREKA is goed wetenschappelijk onderbouwd en geëvalueerd, en wordt ondersteund door een werkboek. Dit werkboek is duidelijk en overzichtelijk opgebouwd, en bevat eenvoudige taal, die aansluit op de leefwereld van de doelgroep. Het design kon echter wel wat beter. Het gebruik van hokjes en invuloefeningen doet schools aan, wat jongeren over het algemeen niet prikkelt. Een creatievere insteek zou eigentijdser overkomen. Bovendien wordt er enkel gebruikgemaakt van de kleur blauw. Gebruik van meerdere kleuren zou een positief effect hebben op het beleavingsaspect. De rol van de ouders lijkt eerder beperkt, al is het afwachten tot het ouderprotocol uitgebracht wordt. Krachtig lijken op het eerste gezicht de accenten die erop gericht zijn motivatieondersteunend te werken, al zou nog meer inzetten op individuele doelen en planning nog krachtiger overkomen. Deze emotieregulatietraining is in dit ontluikende domein zeker een aanrader voor wie vanuit een klinische hoek bezig is met emotieregulatie bij kinderen en jongeren.

Robbin Willems is als klinisch psycholoog werkzaam in eigen praktijk, en in een observatie- en behandelcentrum voor kinderen en jongeren. Hij is oplossingsgericht cognitief systeempsychotherapeut in opleiding. *Correspondentieadres:* Hendrik van Veldekesingel 21/1.01, 3500 Hasselt. E-mail: robbin.perspectief@gmail.com.

Literatuur

Braet, C., & Berking, M. (red.).
(2019). *Emotieregulatietraining bij*

kinderen en adolescenten. Bohn Staf-
leu van Loghum.

Verbeken, S., Boelens, E., Debeuf, T., Van
Malderen, E., Volkaert, B., Wante, L.,

↻ Braet, C. (2020). Emotieregulatie kind en adolescent: Een nieuwe training in emotieregulatie voor kinderen en adolescenten. In C. Braet ↻ S.

Bögels (red.), *Protocolaire behandelingen voor kinderen en adolescenten met psychische klachten 1: Transdiagnostisch* (pp. 283-347). Boom.

.....

Hoe word ik zekerder en blijer?

.....

Bespreking van

Poppy O'Neill (2020). *Je bent een ster: Een kindergids over zelfwaardering* (Vertaling: Janine Langeveld). Uitgeverij Nieuwezijds. 144 pp., € 17,50. ISBN 9789057125485

Poppy O'Neill (2020). *Zorgen opzij, helemaal blij: Een kindergids over angst* (Vertaling: Janine Langeveld). Uitgeverij Nieuwezijds. 144 pp., € 18,50. ISBN 9789057125478

JOOP BOSCH

Deze twee mooi uitgegeven werkboekjes zijn bedoeld als zelfhulpmethoden voor jonge kinderen (in de leeftijd van 7 tot 11 jaar). Het ene dient om het zelfvertrouwen op te vijzelen, het andere om angstig gedrag beter te beteugelen. Het eerste boekje is bedoeld voor kinderen met een matig gebrek aan zelfvertrouwen, het tweede boekje richt zich meer op enigszins angstige en gespannen kinderen. De ouders of verzorgers van de kinderen krijgen in de inleiding de boodschap mee dat 'als ze het vermoeden hebben dat de aard van de problemen van hun kind ernstiger is dan wat er in deze boekjes beschreven wordt, ze dan het beste contact kunnen opnemen met hun huisarts voor meer hulp en advies'. Kortom, het gaat hier duidelijk om matige (interne) gedragsproblematiek, zonder de pretentie van enigerlei vorm van mediatietherapie. Terwijl in mediatietherapie de externe gedragsproblematiek van kinderen centraal staat en ouders diverse vormen van gedragsinstructie krijgen aangereikt om het gedrag van hun kinderen actief te veranderen (Bosch & Albrecht, 2018; Bosch & Ringrose, 1997), zijn deze gidsjes bedoeld voor de kinderen zelf.

In de boekjes worden de kinderen wegwijs gemaakt door twee vrolijke monstertjes, Bob en Fiz, die hun gids zijn op weg naar groter zelfvertrouwen en minder angst. Deze monstertjes loodsen de kinderen zelfstandig maar losjes door de lees-, leer- en oefenstof. De werkboekjes (die in jip-en-jan-neketaal zijn geschreven) slagen erin de voor kinderen relevante cognitief-gedragstherapeutische technieken te combineren met opdrachten en oefeningen. De rol van de ouders is daarbij enkel een ondersteunende.

In het eerste werkboekje maken de kinderen zich aan de hand van een beknopte uitleg met mini-opdrachtjes begrippen eigen als ‘emoties’, ‘negatieve gedachten’, ‘positieve gedachten’ en ‘perfectionistisch gedrag’. Vervolgens gaan zij daar in hun eigen tempo mee aan de slag. Hierbij wordt het begrip ‘emoties’ gelijkgesteld aan ‘gevoelens’: het academische onderscheid tussen emoties en gevoelens wordt niet gehanteerd. Hetzelfde geldt voor het in de gedragstherapeutische praktijk expliciet gemaakte onderscheid tussen ‘helpende’ en ‘niet-helpende’ gedachten. Meditatie en mindfulness worden op een leeftijdsadequate wijze uitgelegd en geconcretiseerd met oefeningen om het zelfvertrouwen te verhogen. Negatieve gedachten worden via uitdagingstechnieken omgebogen tot positief denken over jezelf. Zo wordt de kinderen eerst geleerd dat denkfouten – uiteindelijk al hun negatieve gedachten – vaak leiden tot gedrag dat op korte termijn weliswaar beter aanvoelt, maar op den duur niet helpt om tot meer zelfwaardering te komen. Uitsluitend aan de hand van vermijdingsgedrag, verbergingsgedrag, aandacht zoekend gedrag of zelfs agressief gedrag wordt niet-helpend gedrag geëxpliciteerd. Helder wordt de kinderen geleerd hoe ze in kleine stapjes (volgens successieve approximatie) hun negatieve gedachten kunnen veranderen in positieve gedachten, om die daarna om te zetten in meer gewenst gedrag. Ze leren moeilijke situaties niet langer te vermijden, maar die juist aan te gaan, of open en eerlijk voor hun eigen mening uit te komen en over hun favoriete bezigheden te praten, zonder de angst om uitgelachen te worden.

Op een paar uitzonderingen na slaagt O’Neill erin om de stof op een behoorlijk heldere en begrijpelijke manier over te dragen. Maar wellicht gaat een concept als ‘assertiviteit’, inclusief de bijbehorende oefeningen en opdrachten, het begrijpend vermogen van de allerjongsten te boven. Dat geldt ook voor haar uitleg dat agressief gedrag een uiting kan zijn van minderwaardigheidsgevoelens. Steun van ouders zal dan ook nodig zijn om middels een mini-assertiviteitslesje agressief gedrag te veranderen in assertief gedrag. Dit heeft als voordeel dat de ouders de leerstof dan kennen, waardoor een begeleidende rol voor hen mogelijk wordt, maar niet als die van mediator bij oudertrainingen (Bosch & Albrecht, 2018).

Het tweede werkboekje gaat op dezelfde manier te werk, zij het met accentverschillen, maar ook met veel overlap. Hierin worden de ouders echter veel explicieter als coach aangesproken. Zo kunnen ouders van kinderen die te

veel piekeren of zich te vaak zorgen maken over angstige of bedreigende situaties daar te beschermend mee omgaan. Meer nog dan het eerste boekje biedt dit gidsje de ouders zelf *ook* handvatten hoe hier beter mee om te kunnen gaan. Uit mijn eigen klinische ervaring met ouders blijkt dat zij als opvoeders namelijk vaak dezelfde zorgen en angsten hebben als hun kinderen, en dat zij even grote chronische piekeraars zijn. Daarom biedt de tekst, geschreven voor jonge kinderen, ook relevante informatie voor hun ouders, passend binnen het KOP-model (Rijnders & Heene, 2021).

In dit tweede gidsje worden de emoties over het algemeen genuanceerder uitgelegd dan in het eerste. Maar daarnaast komt dezelfde thematiek voorbij, zoals denkfouten (alles-of-niets denken, problemen groter maken, jezelf de schuld geven van alles, enzovoort), inclusief uitdagingstechniek, aangepast op leeftijdsniveau, om te onderzoeken of die ideeën wel kloppen. Opnieuw met mooie schema's hoe dat allemaal te oefenen en in te vullen in kant-en-klare formats. Meer dan in het eerste gidsje wordt aandacht besteed aan oefenen met denken-voelen-doen, maar op een heel losse toon. In het laatste deel van dit gidsje (bijna een derde deel) wordt er opnieuw gewerkt aan het opvijzelen van zelfwaardering (wat betreft uiterlijk, lichamelijk functioneren en gedrag); hier is de overlap tussen beide boekjes het grootst.

Hoe moeten we deze werkboekjes ten slotte positioneren? Ze bieden ouders de mogelijkheid om hun kinderen via toegankelijke teksten enige hulp te bieden, aangepast aan hun kind, in hun eigen tempo, waarbij af en toe wordt teruggegrepen op teksten die al eerder zijn uitgelegd. Ze bieden hulp zonder kinderen al te zwaar te stigmatiseren met het psychiatrische label van een kinderstoornis. Beide boekjes overstijgen ook de gestructureerdheid van (groeps)protocollaire benaderingen (Braet & Bögels, 2020). In een recente publicatie van Scheepers (2020) wordt mijns inziens terecht een krachtig pleidooi gehouden voor een meer individualistische vorm van probleembenadering. Terwijl Scheepers haar aversie tegen 'overdiagnosticeren' beargumenteert vanuit de ingewikkeldheid van persoonsproblematiek, kan men die aversie tegen classificeren ook omgekeerd beargumenteren, namelijk door te bepleiten om bij minder ingewikkelde problematiek eveneens een meer individugerichte aanpak toe te passen. Dit komt tevens tegemoet aan de verwerking van de omvangrijke ggz-instroom: de lichtere vormen van kinderproblematiek kort behandelen, met de nadruk op het versterken van de zelfredzaamheid van de hulpvragers. Zo zijn deze gidsjes primair bedoeld als zelfhulpboekjes voor kinderen, maar ook hun ouders kunnen er hun voordeel mee doen. Hoewel slechts een paar inleidende en uitleidende pagina's zich rechtstreeks tot de ouders richten, kunnen de thema's en technieken die de revue passeren evenzeer voor volwassenen relevant zijn. Daarnaast zouden eerstelijnspsychologen en maatschappelijk werkers deze boekjes kunnen gebruiken als tools om een grote groep kinderen en hun ouders op een veel 'vrijere' manier te helpen en te begeleiden. Juist voor mildere vor-

men van interne problemen bij kinderen bieden deze gidsjes een uitkomst, dus ook voor hun ouders.

Wat in beide boekjes ontbreekt, is expliciete aandacht voor het aspect evaluatie. Juist in zulke fraaie zelfhulpboekjes, die aansluiten op het cognitief-gedragstherapeutische gedachtegoed, mag men verwachten dat kinderen worden aangezet om zelf na te gaan of ze positiever over zichzelf zijn gaan denken en zich nu minder zorgen maken. Een extra instructie, in de vorm van het turven van alle verzamelde informatie, zou daarvoor voldoende zijn.

Kort samengevat zijn deze gidsjes primair bedoeld als hulp bij milde (gedrags)problemen van jonge kinderen. Ze onderscheiden zich in het bijzonder als zelfhulpboekjes voor kinderen die net hebben leren lezen, en die die vaardigheid zowel technisch als begripsmatig enigszins beginnen te beheersen. Soms zullen ze daarbij echter de ondersteuning van hun ouders nodig hebben.

Joop D. Bosch is emeritus universitair docent klinische ontwikkelingspsychologie.

Correspondentieadres: Händellaan 24, 2555 WD Den Haag. E-mailadres: jd.bosch@kpnmail.nl.

Literatuur

- | | |
|---|--|
| <p>Bosch, J. D., & Albrecht, G. (2018). Operante technieken en mediatietherapie bij ouders en leerkrachten. In J. D. Bosch, P. Prins, & C. Braet (red.), <i>Methoden en technieken van gedragstherapie bij kinderen en jeugdigen</i> (pp. 65-92). Bohn Stafleu van Loghum.</p> <p>Bosch, J. D., & Ringrose, J. (1997). <i>Mediatietherapie met ouders: Individueel en in groepen. Praktijkreeks Gedragstherapie</i>. Bohn Stafleu van Loghum.</p> | <p>Braet, C., & Bögels, S. (2020). <i>Protocolaire behandeling voor kinderen met psychische klachten</i>. Boom.</p> <p>Rijnders, P., & Heene, E. (red.). (2021). <i>Handboek KOP-model: Kortdurende psychologische interventies voor de basis ggz</i>. Boom.</p> <p>Scheepers, F. (2020). <i>Mensen zijn ingewikkeld: Een pleidooi voor acceptatie van de werkelijkheid en het loslaten van modellen denken</i>. De Arbeiderspers.</p> |
|---|--|

.....

Mogelijkheden voor e-health in psychotherapie

.....

Van Daele, T., Best, P., Bernaerts, S., Van Assche, E., & De Witte, N. A. J. (2021). Dropping the E: The potential for integrating e-mental health in psychotherapy. *Current Opinion in Psychology*, 41, 46-50.

E-mental health bestaat al ruim twee decennia en inmiddels zijn er vele applicaties waarvoor de evidentie van de werkzaamheid snel toeneemt. Toch wordt in de praktijk terughoudend en beperkt gebruikgemaakt van dergelijke technologische mogelijkheden. Het zou kunnen dat de huidige COVID-19-pandemie wat dit betreft een kantelpunt wordt, gezien de snelle overstap op online therapie die plaatsvindt. In het voor u gelezen artikel wordt een aantal mogelijkheden om technologie in psychotherapie te integreren op een rij gezet, enigszins toegespitst op de mogelijkheden bij trauma.

Een eerste mogelijkheid is het online zoeken van informatie en het kiezen van een (eerste) behandeling. De kwaliteit van digitale informatie over psychische gezondheid (online en in apps voor smartphones) varieert enorm. Internet is zeker geen betrouwbare bron voor dergelijke informatie en dit beperkt het potentieel ervan. Het is moeilijk te bepalen welke online bronnen betrouwbaar zijn, en als ze dat zijn, is de gebruikte taal vaak dermate ingewikkeld dat de gemiddelde lezer niet begrijpt wat er staat. Online zelfhulpapplicaties zijn wijdverspreid, maar hoewel ze bewezen effectief zijn voor tal van aandoeningen, is de effectiviteit ervan in het dagelijks leven toch beperkt. Vooral hoge drop-out is en blijft een probleem.

Een tweede mogelijkheid is het gebruik van chatbots. Deze werken over het algemeen op basis van een vaste set regels en zijn geïmplementeerd als onderdeel van standalone software. De mogelijkheden voor interactie zijn beperkt. Deze applicaties focussen vooral op therapie of training bij depressie en autisme. Er is nog weinig evidentie over de uitkomst van het gebruik van chatbots, maar wat er is, is wel veelbelovend.

Als ondersteuning in psychotherapie kan (als derde mogelijkheid) *ecological momentary assessment* (EMA) worden ingezet. Dit is een alternatief

voor zelfrapportage. Vaak kan EMA realtime worden ingezet, bijvoorbeeld via een app op de telefoon, waardoor een helderder beeld verkregen wordt van bijvoorbeeld stemmingsdisregulatie, vooral als de app regelmatig wordt gebruikt en contextspecifieke informatie meeneemt. Op dit moment wordt EMA vooral ingezet in onderzoeksprojecten, waar het vaak *experience sampling monitoring* heet.

Bekender zijn waarschijnlijk de zogeheten *wearables*, zoals smartwatches en fitness-trackers, die biofeedback verzamelen. Ook deze kunnen worden ingezet om data te verzamelen voor een psychologisch assessment en eventuele interventie. Er is echter nog zeer beperkte evidentie voor de toegevoegde waarde van wearables in de klinische praktijk.

Een volgende mogelijkheid (we zijn inmiddels bij de vijfde) is het inzetten van virtual reality (VR). Met VR kan *prolonged* imaginaire exposure plaatsvinden. Voordelen van VR zijn de hoge mate van controle over de omstandigheden, en de mogelijkheid die te manipuleren en toe te spitsen op de cliënt. Daarnaast kunnen in realtime data worden verzameld. Een van de nadelen van VR is de geringe beschikbaarheid van evidence-based software die routinematig ingezet kan worden. Ook het bijhouden van de technologische ontwikkelingen, waaronder de hardware, is een uitdaging.

Ten slotte zal het met behulp van bijvoorbeeld een tracking app waarschijnlijk mogelijk worden om over te gaan op *digital phenotyping* (DP), waarbij van moment tot moment data verzameld worden, en patronen in gedrag en functioneren kunnen worden herkend. Daardoor wordt het mogelijk om mensen te waarschuwen als er afwijkingen zijn in hun gewone gedrag en functioneren. Dit zou ertoe kunnen leiden dat zij beter in balans blijven. Deze mogelijkheid is op dit moment nog vooral theoretisch.

E-mental health zal pas ten volle ingezet kunnen worden als deze voldoende kan worden afgestemd op de omgeving waarin ze wordt ingezet: als de houding en voorkeuren van therapeuten, cliënten, de ggz en de gezondheidszorg als geheel kunnen worden meegenomen. Aan de ene kant lijken mobiele apps op dit moment het meest veelbelovend, aan de andere kant leveren technologieën als VR of DP niet alleen verbeteringen op, maar zelfs nieuwe mogelijkheden voor geestelijke gezondheidszorg.

Om de implementatie van de genoemde technologieën mogelijk te maken, zijn er substantiële investeringen nodig door alle relevante actoren: gezondheidszorgprofessionals, hun werkomgeving, maar ook door ontwikkelaars. Op termijn zullen een gezamenlijke inspanning en nieuwe technologische ontwikkelingen het mogelijk maken om e-mental health ten volle in te zetten in de geestelijke gezondheidszorg.

COMMENTAAR VAN DE REDACTIE (SARA SCHEVENEELS)

.....

131

Zoals dit artikel schetst, ligt het potentieel van e-mental health niet zozeer in de toepassing ervan als standalone interventies (websites, zelfhulpapps) als wel in het zogenoemde *blended* werken: het gebruik van technologie als een hulpmiddel, in combinatie met een psychologische behandeling en met omkadering door een therapeut. Voor gedragstherapeuten kan technologie een uitstekend hulpmiddel zijn tussen de behandelsessies door, bijvoorbeeld voor registratieopdrachten in het dagelijks leven (via EMA met gebruik van bijvoorbeeld m-Path) en voor het helpen generaliseren van de effecten van de behandeling buiten de therapieruimte (via VR en AR). Van exposure weten we bijvoorbeeld dat verder oefenen in andere contexten dan de therapieruimte cruciaal is. Voor spinnenfobie bijvoorbeeld betekent dit doorgaans de confrontatie opzoeken met spinnen in relevante contexten, zoals op het toilet of in de slaapkamer. Via een app als Phobos AR, een toegankelijke *augmented reality* app, kan een cliënt gemakkelijk met zijn eigen smartphone in de eigen thuiscontext in interactie treden met verschillende soorten virtuele spinnen.

De centrale vraag blijft waarom het gebruik van technologische tools slechts in beperkte mate doordringt tot de klinische praktijk. Speelt bijvoorbeeld een gebrek aan kennis en opleiding bij behandelaars een rol? Zijn er praktische hindernissen, zoals de beschikbaarheid van hard- en software, of de kostprijs? Of hebben behandelaars negatieve overtuigingen over het integreren van technologie in hun behandeling, bijvoorbeeld dat dit een nefaste invloed kan hebben op de therapeutische relatie? Door hindernissen bij behandelaars te identificeren, kan de implementatie van e-mental health instrumenten op een gerichte manier bevorderd worden.

Daarnaast is er een breed gamma aan tools beschikbaar – waaronder commerciële toepassingen – die zonder input van het klinisch werkveld zijn ontwikkeld en waarvan de effectiviteit (nog) niet is onderzocht. Het is niet altijd vanzelfsprekend dat klinici kwalitatieve tools kunnen onderscheiden van minder kwalitatieve. Integratie van evidence-based e-health-toepassingen in behandelprotocollen en opleidingen kan in dit opzicht behulpzaam zijn. De volgende websites geven een handig overzicht (inclusief een indicatie van de kwaliteit) van beschikbare apps voor de ggz: onlinehulp-apps.be (Vlaanderen) en ggzappwijzer.nl (Nederland).

Ik hoop dat bovenstaande samenvatting u alvast mag inspireren om de integratie van e-mental health instrumenten in uw praktijk (verder) te verkennen.

Ontvangen

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).

Baars, N., & Janssen, E. (2021). *Verslagleggen in de ggz: Snel, helder en AVG-proof*. Boom.

Dols, A., & van Dijk, M. (2021). *Koorddansers: Leven met een bipolaire stoornis*. Boom.

Uijtenbogaardt, B. C. (2021). *Familieopstellingen, een kans voor herstel: Een praktijkhandboek*. Gopher.

Verkaik, D., & Boelen, P. (2021). *Wanneer je als ouder kanker hebt: Een praktische gids voor gezinnen*. Uitgeverij SWP.

Verkaik, D., & Boelen, P. (2021). *Wanneer je moeder of vader kanker heeft: Een werkboek*. Uitgeverij SWP.

Nieuw bij Boom Psychologie



Concreet zelfhulpboek met stappenplan en zelftests

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

Vernieuwde editie met werkbladen en oefeningen

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

Bestel nu op www.boompsychologie.nl

Boompsychologie
& psychiatrie

Nieuw bij Boom Psychologie



Relatietherapie: een nieuwe methode

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

Relatietherapie in 10 sessies

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

Er is nu ook het *Werkboek IBCT relatietherapie* met daarin informatie, oefeningen en metaforen die partners helpen hun relatie te verbeteren.

Bestel nu op www.boompsychologie.nl

Boompsychologie
& psychiatrie

Nieuw bij Boom Psychologie



Omgaan met het stigma op psychische aandoeningen

De inzichten over de mogelijkheden van mensen die leven met een psychische aandoening zijn de laatste jaren veranderd: deelnemen aan de maatschappij, zelfstandig wonen en werken, dat is het doel. Maar nog steeds worden mensen die bijvoorbeeld een psychose hebben gehad in het beste geval gezien als kwetsbaar en in het slechtste geval als gevaarlijk.

Wat vertel je dan als je gaat solliciteren of tijdens een date? In dit boek gaat psycholoog en ervaringsdeskundige Anita Hubner in op deze dilemma's en biedt ze houvast aan iedereen die een psychische aandoening heeft (gehad).

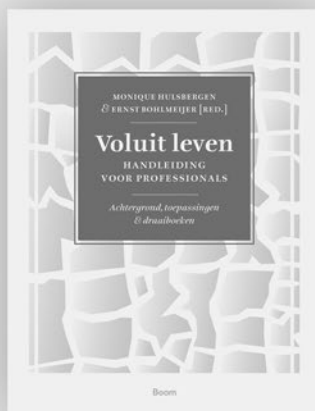
De regie weer in eigen hand

In *Vertel ik het wel of vertel ik het niet?* beschrijft de auteur stapsgewijs hoe je kunt omgaan met het stigma. Je leert hoe je openheid kunt geven over je psychische aandoening. Hoe je omgaat met schaamte en vooroordelen en met het dilemma 'wel of niet vertellen'. Wie dit boek leest, leert zelf de regie te pakken en de juiste afwegingen te maken. Hiermee is het boek een onmisbare leidraad voor iedereen met een psychische aandoening.

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

Aanwijzingen voor auteurs

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

Aanbieden van kopij

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

Vorm van het manuscript

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

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

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

Literatuur

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

Figuren en tabellen

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

GEDRAGSTHERAPIE

Vierenvijftigste jaargang, nummer 2, juni 2021

Pagina 77–136

77 *Redactioneel*

78 **Pauline Stas, Ernst Koster, Rik Schacht & Jonas Everaert**
Netwerkstructuur van hopeloosheid in een psychiatrische populatie

99 **Jacquelijne Schraven, Denise Matthijssen, Carli van de Weerden, David Heyne & Denise Bodden**
ACT your way – Kwaliteit van het protocol en eerste bevindingen van een pilot-effectonderzoek bij adolescenten met een recidiverende depressie

BOEKBESPREKINGEN

120 **Robbin Willems**
Elisa Boelens, Eva Van Malderen, Taaïke Debeuf, Brenda Volkaert, Sandra Verbeken, Laura Wante, & Caroline Braet (2019). *Emotieregulatietraining bij kinderen en adolescenten: Werkboek*

125 **Joop Bosch**
Poppy O'Neill (2020). *Je bent een ster: Een kindergids over zelfwaardering* & Poppy O'Neill (2020). *Zorgen opzij, helemaal blij: Een kindergids over angst*

VOOR U GELEZEN

129 Van Daele, T., Best, P., Bernaerts, S., Van Assche, E., & De Witte, N. A. J. (2021). Dropping the E: The potential for integrating e-mental health in psychotherapy. *Current Opinion in Psychology*, 41, 46-50.

132 *Ontvangen*

Boom Tijdschriften

ISSN 0167-7454