

GEDRAGSTHERAPIE

*Tijdschrift voor gedragstherapie
& cognitieve therapie*



JAARGANG 55 NUMMER 1 MAART 2022

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 Saleminck, *hoofdredacteur*
Elise Debeer
Hermien Elgersma
Arnold van Emmerik
Kristof Hoorelbeke
Jaap Lancee
Miriam Lommen
Margreet Oorschot
Sara Scheveneels
Sandra Verbeken
Janneke Wolters, *redactiesecretaris*

Redactieraad

dr. Anika Bexkens, prof. dr. Claudie Bockting,
prof. dr. Paul Boelen, prof. dr. Theo K.
Bouman, prof. dr. Caroline Braet, dr.
Suzanne van Bronswijk, dr. Vincent van
Bruggen, prof. dr. Iris Engelhard, dr. Klaske
Glashouwer, prof. dr. Dirk Hermans, prof. dr.
Jan de Houwer, prof. dr. Jos de Keijser, dr.
Ellen R. Klaassens, dr. Rianne de Kleine, em.
prof. dr. Kees Korrelboom, prof. dr. Ernst
Koster, prof. dr. Marije van der Lee, prof. dr.
Sandra Mulkens, prof. dr. Saskia van der
Oord, dr. Kaya Peerdeman, prof. dr. Rudi De
Raedt, prof. dr. Filip Raes, dr. Jeffrey
Roelofs, prof. dr. Agnes Scholing, prof. dr.
Christiaan Schotte, prof. dr. Anne Speckens,
prof. dr. Philip Spinhoven, prof. dr. Johan
Vlaeyen, dr. Marisol Voncken, prof. dr.
Reinout Wiers, dr. Lidewij Wolters

Redactieadres

Suikerplein 65
1013 CJ Amsterdam
redactie@tijdschriftgedragstherapie.nl

Website

www.tijdschriftgedragstherapie.nl
tvb.boomtijdschriften.nl

Uitgever

Uitgeverij Boom
Postbus 15970, 1001 NL Amsterdam

Advertenties

klantenservice@boompsychologie.nl

Typografische verzorging

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

© 2021

Boom uitgeverij Amsterdam /
Stichting Tijdschrift voor Gedragstherapie

Abonnementenadministratie

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

Abonnementen

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

Abonnementenwetgeving

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



.....

Welkom in het eerste nummer van *Gedragstherapie* van 2022. Dit nummer valt op door een grote diversiteit wat betreft problematiek (persoonlijkheidsstoornissen, psychose en sociale-angststoornis), psychologische interventies (motiverende gespreksvoering, schemagroepstherapie, imaginaire rescripting en exposure), en typen bijdragen (artikelen, gevalsbeschrijving, kort instrumenteel, boekbesprekingen). Als het goed is, bevat het dus voor iedereen iets wat aanspreekt.

Daarnaast wil ik je graag op de hoogte brengen van onze online leesmogelijkheden. Zo bieden we altijd één bijdrage uit een nummer *open access* aan. Dit betekent dat er elke keer een bijdrage is die op de site www.tijdschriftgedragstherapie.nl gratis aangeboden wordt voor iedereen (dus ook voor niet-abonnees). Is dat niet mooi? Ook hebben alle abonnees (VGCT- en VVGT-leden en overige abonnees) naast de fysieke uitgave van het tijdschrift direct toegang tot de digitale versie van de bijdragen (de leden via de websites van de respectievelijke verenigingen). En na twee jaar heeft iedereen (ook niet-abonnees) toegang tot alle bijdragen. Tot slot delen we als het mogelijk is twee bijdragen voorafgaand aan de officiële verschijning van een nummer (*online first*).

Dit nummer start met een bijdrage van Joost Hutsebaut, Arjan Videler, Ellen Willemsen en Helga Aalders over Guideline-Informed Treatment for Personality Disorders (GIT-PD) (verschijnt ook als open access bijdrage). Ik leerde dat dit geen behandeling is, maar een kader om generiek werkzame factoren in behandeling systematisch toe te passen. Het daaropvolgende artikel is van Jos Dobber waarin hij op basis van literatuur en twee *multiple casestudies* actieve ingrediënten en verandermechanismen in motiverende gespreksvoering identificeert. Vervolgens beschrijven Cindy de Kruijk, Elise van der Wind, Hella Janssen en Karin van den Berg de ervaringen van patiënten en therapeuten met schemagroepstherapie na een eerste psychose (al verschenen als online first bijdrage). In Kort instrumenteel geven Ruud Hornsveld en Floris Kraaimaat de resultaten weer van onderzoek naar de psychometrische eigenschappen en normen van een meetinstrument voor vijandigheid. In de rubriek Boekbesprekingen bespreekt Albert Ponsioen het boek *De ideale wereld van B.F. Skinner: Lessen van een gedragspsycholoog voor nu en de toekomst* van Pier Prins en Arnold van Emmerik (2020) en schrijft Vincent van Bruggen over *Imaginaire rescripting: Theorie en praktijk* van Remco van der Wijngaart (2020). Tot slot gaat de rubriek Voor u gelezen over een mogelijke manier om exposurebehandeling voor sociale angst te verbeteren met D-cycloserine.

Veel leesplezier!

Elske Salemink
Hoofdreducteur

Guideline-Informed Treatment for Personality Disorders (GIT-PD)

Tegenover, naast, op, onder of in plaats van CGT?

JOOST HUTSEBAUT, ARJAN VIDELER, ELLEN WILLEMSSEN &
HELGA AALDERS

Samenvatting

Cognitieve gedragstherapie (CGT) is bewezen effectief voor diverse symptoomstoornissen. Persoonlijkheidsstoornissen hebben veelal een negatief effect op de werkzaamheid van CGT voor symptoomstoornissen. De Guideline Informed Treatment for Personality Disorders (GIT-PD) biedt een kader om een aantal generiek werkzame factoren in behandeling systematisch toe te passen, met als doel de effectiviteit van behandeling te vergroten bij mensen met persoonlijkheidsstoornissen. Het kunnen hanteren van deze principes kan elke cognitief-gedragstherapeut helpen om de eigen interventies effectiever te laten zijn. GIT-PD biedt daarmee een metakader waarbinnen elke interventie of behandeling, dus ook CGT, bij mensen met een persoonlijkheidsstoornis een betere kans van slagen heeft.

Trefwoorden: persoonlijkheidsstoornissen, behandeling, GIT-PD

Kernboodschappen voor de klinische praktijk

- ▶ Mensen die zich aanmelden voor behandeling hebben vaak in meer of mindere mate ook kenmerken van persoonlijkheidsproblematiek.
- ▶ De Guideline-Informed Treatment for Personality Disorders (GIT-PD) biedt een kader van principes die zijn afgeleid van bewezen effectieve behandelingen voor persoonlijkheidsstoornissen.

- Toepassing van deze principes kan naar alle waarschijnlijkheid elke interventie die gericht is op de behandeling van symptoomstoornissen effectiever maken bij mensen die ook persoonlijkheidsproblematiek hebben.

INLEIDING

.....

Persoonlijkheidsstoornissen komen in de klinische praktijk erg vaak voor (Lewis et al., 2019; Zimmerman et al., 2005). Meer dan de helft van de cliënten die voor een depressie in behandeling komt, voldoet daarnaast aan de criteria van een persoonlijkheidsstoornis (Friborg et al., 2014). Omgekeerd zal 90% van de cliënten met een persoonlijkheidsstoornis ooit in zijn of haar leven een stemmingsstoornis ontwikkelen (Skodol et al., 1999). Vergelijkbare aantallen gelden voor andere veelvoorkomende psychische aandoeningen, zoals eetstoornissen, angststoornissen en stoornissen in het gebruik van middelen (Hasin & Kilcoyne, 2012; Johnson et al., 2006; Martinussen et al., 2017; Newton-Howes et al., 2017). De grenzen tussen wat we gewoonlijk ‘symptoomstoornissen’ noemen (of ‘as I-stoornissen’) en persoonlijkheidsstoornissen (of ‘as II-stoornissen’) zijn niet zo strak als lange tijd werd aangenomen. Dat komt ook terug in recentere empirische modellen van psychopathologie, zoals de Hierarchic Taxonomy of Psychopathology (Kotov et al., 2017). Zulke modellen suggereren dat de relatie tussen symptoomstoornissen en persoonlijkheidsstoornissen eerder een spectrumrelatie is dan dat het gaat om kwalitatief verschillende diagnostische entiteiten. Symptoomstoornissen, zoals een depressie, vormen minstens in een deel van de gevallen wellicht eerder een (tijdelijke) verergering van onderliggende maladaptieve persoonlijkheidstrekken, zoals negatieve affectiviteit, dan dat het gaat om kwalitatief verschillende stoornissen.

De aanwezigheid van symptomen van persoonlijkheidsstoornissen naast een vastgestelde symptoomstoornis, zoals een depressie, markeert daarom wellicht vooral een grotere ernst van psychopathologie. Een relevante vraag is of dit gevolgen moet hebben voor de selectie van interventies. Zijn geprotocolleerde (cognitief-)gedragstherapeutische interventies voor stemmings- of angststoornissen wel even effectief wanneer er sprake is van ‘comorbide’ (klinische of subklinische) persoonlijkheidsstoornissen? De bevindingen zijn gemengd, net als de opinies hierover. Sommige meta-analyses laten zien dat de aanwezigheid van een persoonlijkheidsstoornis op baseline het effect van een depressiebehandeling halveert (Newton-Howes et al., 2014), terwijl uit andere meta-analyses blijkt dat er nauwelijks tot geen verschil is in effectiviteit wanneer er sprake is van een persoonlijkheidsstoornis (van Bronswijk et al., 2018). Bij angststoornissen is er een kleinere kans op herstel en een grotere kans op terugval bij aanwezigheid van een comorbide cluster C-persoonlijkheidsstoornis (Ansell et al., 2011; Massion et al., 2002).

Dat cognitieve gedragstherapie (CGT) minder effectief is bij persoonlijkheidsstoornissen, blijkt ook uit de kleine effecten van CGT in de behandeling van (ernstige) persoonlijkheidsstoornissen (Storebø et al., 2020). CGT komt niet terug in de diverse nationale en internationale behandelrichtlijnen voor persoonlijkheidsstoornissen. Voor de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen werden er binnen het cognitief-gedragstherapeutisch kader drie adaptaties ontwikkeld: de dialectische gedragstherapie (DGT; Linehan, 1993), de schematherapie (ST; Young et al., 2003) en de Vaardigheidstraining EmotieRegulatieStoornis (VERS; in het Engels: STEPPS; Black & Blum, 2017). Alle drie blijken ze effectief bij mensen met (borderline-) persoonlijkheidsstoornissen. Deze therapievormen worden wel genoemd in de diverse richtlijnen (GGZ Standaarden, 2017; Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2008). Ze onderscheiden zich van de meer klassieke gedragstherapeutische stromingen vanwege hun systematische aandacht voor de kwaliteit van de therapeutische relatie, de focus op interventies die verbanden leggen tussen gedachten, gevoelens en gedrag, en hun focus op emoties en emotieregulatie (Weinberg et al., 2011). Daarnaast berusten ze op een coherente theorie over de ontwikkeling van persoonlijkheidsstoornissen en bieden ze een kader om de typische symptomen van mensen met persoonlijkheidsstoornissen te begrijpen.

Dat deze adaptaties betere effecten behalen, komt wellicht doordat ze beter inspelen op de specifieke kwetsbaarheden van mensen met persoonlijkheidsstoornissen (Weinberg et al., 2011). Mensen met persoonlijkheidsstoornissen hebben vaak moeite om zichzelf aan te sturen in het leven en dus ook tijdens een behandeling (Bender et al., 2011). Ze haken eerder af, kunnen frustraties lastiger verdragen en raken daardoor sneller gedemotiveerd. Ze raken emotioneel sneller ontregeld en vragen daarom om een (behandel-)omgeving die niet terugdeinst voor deze ontregelingen, maar er adequaat en doordacht op reageert. Mensen met persoonlijkheidsstoornissen hebben doorgaans moeite om een behandelaar te vertrouwen, reageren sensitief op elke bedoelde of onbedoelde interpersoonlijke cue, en geven daar vaak een eigen betekenis aan. Deze kwetsbaarheden stellen behandelaars op de proef en maken het lastiger om 'gewoon hun werk te doen'. De therapeutische relatie en de samenwerking daarbinnen is veel minder vanzelfsprekend dan bij minder kwetsbare cliënten. Mogelijk leiden deze fenomenen ertoe dat heel wat ingezette interventies bij mensen met persoonlijkheidsstoornissen minder effectief zijn en sneller ingeruild worden voor andere behandeltrajecten, wat leidt tot vele breuken en demoralisering tijdens de behandeling van deze cliënten (Zanarini et al., 2012).

Wellicht onderscheiden DGT, VERS en ST zich (onder meer) van traditionele CGT omdat ze een duidelijk kader bieden hoe met deze kwetsbaarheden om te gaan en omdat ze systematische aandacht schenken aan een aantal *common factors* die in de werkzaamheid van de behandeling van deze cliënten misschien nog nauwer luisteren dan bij andere cliënten. Met 'common

factors' wordt verwezen naar de factoren die van invloed zijn op de werkzaamheid van een behandelvorm zonder uniek te zijn voor deze specifieke behandelvorm (Weinberg et al., 2011). In elk van de genoemde adaptaties worden deze common factors geborgd. Wel vragen deze specifieke behandelmodellen langdurige en specifieke training en supervisie, waardoor ze meestal slechts door een selecte groep van behandelaars worden uitgeoefend binnen specifiek daarop ingerichte settings. Daarom is er behoefte aan breed toepasbare methodieken die gemakkelijker aan professionals te leren zijn. In dit artikel stellen we de Guideline-Informed Treatment for Personality Disorders (GIT-PD) voor (Hutsebaut et al., 2020). GIT-PD werd ontwikkeld als een toegankelijker alternatief voor goede zorg voor mensen met persoonlijkheidsstoornissen dan de specifieke behandelprogramma's (zoals DGT en ST). De focus in dit artikel ligt vooral op de bruikbaarheid van dit kader als een onderlegger waarmee de werkzaamheid van klassieke interventies, zoals CGT, vergroot kan worden bij cliënten bij wie de behandeling weliswaar op de symptoomstoornis is gericht, maar bij wie daarnaast ook (meer of minder ernstige) persoonlijkheidsproblemen spelen.

GIT-PD: ACHTERGROND, RATIONALE EN OMSCHRIJVING

.....

In 2008 verscheen de eerste *Multidisciplinaire richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen* (MDR) (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2008). Net als in de later te verschijnen zorgstandaard *Persoonlijkheidsstoornissen* (GGZ Standaarden, 2017) werden in de richtlijn vier specialistische behandelprogramma's aanbevolen voor de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen: DGT, Mentalization-Based Treatment (MBT; Bateman & Fonagy, 2004), SFT, en Transference-Focused Psychotherapy (Yeomans et al., 2015). Enkele jaren na het verschijnen van de MDR onderzochten Hermens en collega's (2011) in hoeverre de aanbevelingen in de richtlijn werden opgevolgd bij patiënten met een borderline-persoonlijkheidsstoornis. Nauwelijks één op vijf cliënten die zich met een borderline-persoonlijkheidsstoornis aanmeldde bij een ggz-instelling in Nederland kreeg enige vorm van psychotherapie, en wellicht slechts een fractie van hen een van de genoemde bewezen effectieve behandelingen. De reden was eenvoudig: te duur en te weinig beschikbaar. De disciplinemix die vereist is om deze behandelprogramma's uit te voeren, verschilt volledig van de huidige disciplinemix in de ggz, wat de brede implementatie van deze programma's onhaalbaar maakt. Gevolg is een erg heterogeen zorgaanbod voor mensen met een persoonlijkheidsstoornis: een zeer kleine groep van cliënten heeft toegang tot kwalitatief hoogwaardige bewezen effectieve behandelingen, uitgevoerd door goed opgeleide behandelaars; een iets grotere groep heeft toegang tot behandelprogramma's die weliswaar in opzet bewezen effectief zijn, maar slechts half geïmplementeerd en uitgevoerd door onvoldoende

opgeleide behandelaars; en veruit de grootste groep krijgt iets anders. Dat andere hoeft niet per se slechte zorg te zijn, maar veel hangt daarbij af van de toevallige behandelaars en de toevallige context waarin zij werken.

In de jaren na het verschijnen van de eerste richtlijnen werden steeds meer studies gepubliceerd waaruit bleek dat de reguliere zorg kon worden verbeterd door haar vast te leggen in een handleiding en door de behandelaars te voorzien van enkele specifieke tools voor de omgang met deze cliënten. Dat is wat onder meer Anthony Bateman met Structured Clinical Management (SCM; Bateman & Fonagy, 2009; Bateman & Krawitz, 2013) en John Gunderson met Good Psychiatric Management (GPM; Gunderson & Links, 2014) hebben gedaan. Beiden ontwierpen een controleconditie voor een trial, gebaseerd op algemene vaardigheden en competenties, en op een eenvoudig model van persoonlijkheidsstoornissen. Het idee was om op die manier een meer gelijkwaardige controleconditie te ontwikkelen voor de specialistische behandeling in onderzoek, te weten MBT respectievelijk DGT. Opmerkelijk was dat in beide studies de verschillen tussen de experimentele en de controlecondities nagenoeg verdwenen: de goed opgeleide en langdurig gesuperviseerde behandelaars binnen de MBT respectievelijk DGT deden het gemiddeld genomen amper beter dan de generiek opgeleide behandelaars binnen SCM en GPM (Bateman & Fonagy, 2009; McMain et al., 2009). Deze bevindingen werden nadien ook in een meta-analyse teruggevonden: dure, specialistische psychotherapieprogramma's doen het gemiddeld genomen niet duidelijk beter dan goedkopere, generalistische behandelingen (Christea et al., 2017). Vooral wanneer deze laatste beschreven staan in een handleiding en uitgevoerd worden binnen een instelling waarin voldoende deskundigheid aanwezig is, doen ze het uitstekend.

Een belangrijke reden voor het onverwachte succes van deze generieke behandelingen is wellicht dat ze noch het uitgebreide theoretische discours, noch de brede range aan specifieke interventies delen met hun specialistische tegenhanger, maar wel een focus op een aantal common factors. Het effect daarvan blijkt zo groot dat de meeste cliënten weinig extra winst behalen bij de inzet van een specialistische behandeling. Uit deze bevinding is de GIT-PD ontstaan (Hutsebaut et al., 2020).

GIT-PD is een behandelkader. Het is geen programma dat vastlegt wat er precies wel en niet gedaan moet worden in een behandeling, of hoe een therapieooster eruit moet zien. GIT-PD gaat bovendien niet uit van een theorie of methode, maar van een reeks principes. Die principes kunnen in meer of mindere mate worden toegepast in een hele brede reeks van settings: zowel op een crisisafdeling als op een ambulante behandelafdeling, en zowel binnen een psychodynamische praktijk als in een cognitief-gedragstherapeutische praktijk. GIT-PD vertrekt vanuit de bestaande zorg en biedt een geheel van principes aan die de bestaande zorg kunnen verbeteren. Het idee achter GIT-PD is dat wanneer een team deze behandelprincipes goed implementeert, de common factors beter geborgd worden, waardoor de werkzaamheid

van de interventies die geënt zijn op dit kader waarschijnlijk zal toenemen. Dat is meteen ook het aantrekkelijke van GIT-PD: het stelt niet dat een team of behandelaar iets plotsklaps helemaal anders moet gaan doen, integendeel. Het gaat ervan uit dat wat een behandelaar al goed doet, nog verder verbeterd kan worden, in het bijzonder bij mensen met een (comorbide) persoonlijkheidsstoornis. Een verdere uitwerking van GIT-PD in de praktijk kan worden teruggevonden in Aalders en Hengstmengel (2019).

PRINCIPES VAN GIT-PD

.....

GIT-PD beschrijft principes op het niveau van de individuele behandelaar, het team, en van de instelling of organisatie (Hutsebaut et al., 2020). Als geheel borgen deze principes meer effectieve zorg. Hoewel de principes ontwikkeld zijn op basis van de literatuur over werkzame ingrediënten in de behandeling van mensen met persoonlijkheidsstoornissen, is hun toepassing ongetwijfeld breder. Wel denken we dat de principes extra nauw luisteren bij mensen met grotere kwetsbaarheden in hun persoonlijkheid.

In het hart van de GIT-PD ligt de basishouding. Mensen met een persoonlijkheidsstoornis voelen zich sneller onbegrepen, begrijpen zichzelf vaak ook niet goed, durven niet zonder meer te vertrouwen op de goede bedoelingen van de hulpverlener, en sluiten zich daardoor vaak a priori meer af van hulp. De basishouding gaat uit van de wil om samen te werken, van een betrokken, actieve, onderzoekende en nieuwsgierige behandelaar, die niet weet, maar wil weten. Naast deze onderzoekende houding zal de behandelaar oog hebben voor empathische validering en steun, waardoor er veiligheid ontstaat waarbinnen de cliënt zijn of haar eigen gedachten en gevoelens verder wil onderzoeken. Naast dit aansluiten en trachten te begrijpen zal de behandelaar ook iets nieuws moeten inbrengen. Dit sluit aan bij het derde kenmerk van de basishouding, de authentieke openheid om te bespreken wat de behandelaar zelf denkt, vindt of ervaart. Vanuit de juiste basishouding dient de behandelaar in contact met de cliënt een evenwicht te vinden tussen enerzijds aansluiten en steunen, en anderzijds iets nieuws inbrengen, motiveren om te veranderen en empathisch confronteren.

Vanuit de basishouding zal de behandelaar vervolgens de focus houden op de common factors in de behandeling: cliënten helpen om zichzelf, en in het bijzonder hun emoties en behoeften, beter te leren kennen; hen helpen opnieuw de regie te nemen over hun leven en die motivatie tot verandering vast te houden; en hen steunen om betere relaties op te bouwen door hen te helpen zich beter af te stemmen op anderen, en in contacten beter om te gaan met positieve en negatieve emoties. De therapeutische relatie is het vehikel waarbinnen deze common factors geborgd worden. Wat de behandelaar ook doet, zij zal steeds ook de relatie moeten monitoren. Geeft de behandelaar bijvoorbeeld psycho-educatie, dan houdt ze tegelijk de vinger

aan de pols of de cliënt 'mee' is. Wanneer dat niet het geval is, schakelt ze over naar het bespreken van de relatie. Het heeft dan immers weinig zin om de educatie te herhalen, of om een nog overtuigendere rationale voor de educatie te bieden.

De behandelaar werkt in een team. Dat hoeft niet per se te betekenen dat er verschillende actieve behandelaars betrokken zijn bij de cliënt. Het betekent wel dat de behandelaar een achterban heeft die zij kan raadplegen. En dat de behandelaar dat ook doet. Vaak roepen cliënten als deze immers negatieve gevoelens op (of iets te positieve), verliest de behandelaar soms het overzicht, of is zij te snel geneigd bepaalde acties uit te zetten. Hierdoor kan de behandelaar in een interactiespiraal terechtkomen, die uiteindelijk niet langer helpend is (of nog erger: waardoor de cliënt verder verslechtert of afhaakt). Een team kan de behandelaar helpen begrijpen wat er in het contact is gebeurd: waardoor is de neiging ontstaan om af te wijken van de reguliere afspraken? GIT-PD beschrijft een aantal strategieën waarmee een team de besprekingen effectiever kan maken.

Vanuit het team geeft de behandelaar vorm aan een klinisch proces. GIT-PD stelt dat dat doelgericht moet zijn, dat het afgebakend en gestructureerd moet zijn in episoden, en dat er geregeld evaluatie moet plaatsvinden, met de client en bij voorkeur ook met naasten. Het risico bij deze cliënten is immers dat behandelingen eindeloos kunnen doorgaan, wat kan leiden tot afhankelijkheid en de eigen regie bemoeilijkt. Een ander risico is dat er telkens nieuwe problemen opduiken, en behandelaar en cliënt telkens iets nieuws beginnen te bespreken.

Ten slotte dient het behandelproces plaats te vinden binnen een duidelijke en voorspelbare structuur, een kader van afspraken rond bereikbaarheid, wederzijdse verwachtingen en verantwoordelijkheden. En dit alles binnen de structuur van georganiseerde zorg, met duidelijke samenwerking met andere onderdelen van die zorg.

GIT-PD TEGENOVER OF MET CGT?

.....

GIT-PD en CGT hoeven elkaar niet te bijten, integendeel. GIT-PD kan de onderlegger zijn waarop het gedragstherapeutische proces plaatsvindt. Gedragstherapeuten zijn van oudsher prima gewend om gestructureerd, doelgericht en begrensd te behandelen. GIT-PD voegt daar een aantal principes aan toe. Het GIT-PD-kader helpt om extra alert te zijn op aspecten in de behandeling van mensen met persoonlijkheidsstoornissen waarvan onderzoek heeft laten zien dat ze bepalend zijn voor een succesvolle uitkomst. Sterker nog, GIT-PD biedt een aantal concrete en eenvoudig te leren tools aan waardoor behandelaars dit makkelijker in de praktijk kunnen brengen. Deze principes zullen aan belang winnen naarmate de ernst van de persoonlijkheidsproblemen toeneemt. Laten we dit met enkele voorbeelden verduidelijken.

Problemen in de therapeutische relatie

9

In de behandeling van mensen met persoonlijkheidsstoornissen zal er in de regel al snel iets gaan meespelen in het contact, wat de behandeling kan hinderen. De behandelaar merkt in de fase van informatieverzameling dat een cliënt erg terughoudend is om openheid te geven; hij twijfelt of de cliënt wel eerlijk is wanneer ze instemt met zijn holistische theorie; hij merkt dat een cliënt niet aanhaakt wanneer hij psycho-educatie geeft; een cliënt maakt een enigszins vervelende, op de persoon gerichte opmerking over een oefening die de behandelaar voorstelt; of een cliënt geeft aan dat ze geen ‘klik’ met de behandelaar voelt en de behandeling ‘dus niet gaat werken voor haar’. Alledaagse voorbeelden van wat er in een contact kan meespelen die de samenwerking op de proef stellen. Een principe van GIT-PD is dat de behandelaar de therapeutische relatie steeds actief monitort. Dit principe geeft haar een heldere focus en prioriteit, namelijk schakelen van inhoud naar relatie wanneer de samenwerking stroef verloopt, vanuit de assumptie dat cliënten niet langer leren van de behandelaar wanneer ze intern afgehaakt zijn, geen vertrouwen ervaren of zich onbegrepen voelen. Aan de hand van vijf eenvoudige stappen – (1) opmerken en ter sprake brengen, (2) onderzoeken van de ervaring van de cliënt en valideren last, (3) op zich nemen van eigen aandeel, (4) alternatief perspectief bieden, en (5) opvolgen herstel – kan de werkrelatie (als fundament voor de interventie zelf) hersteld worden, zodat opnieuw teruggeschakeld kan worden naar de interventie.

Merkt een behandelaar bijvoorbeeld dat een cliënt tijdens het geven van psycho-educatie niet meer aangehaakt is, dan kan ze die educatie even stopzetten (switch van inhoud of taak naar proces): ‘Wacht even, ik heb de indruk dat je niet meer helemaal mee bent. Klopt dat?’ Vervolgens zal de behandelaar vanuit een betrokken basishouding onderzoeken wat er hier en nu speelt dat de cliënt doet afhaken. Ze houdt daarbij steeds in het achterhoofd dat bij interpersoonlijk kwetsbare mensen dit vaak te maken heeft met iets in het contact (focus op de ervaring van de therapeutische relatie): ‘Is er tijdens deze sessie iets tussen ons gebeurd waardoor je misschien bent afgehaakt?’ De behandelaar onderzoekt en valideert daarbij het affect dat de cliënt wellicht in het contact heeft opgelopen. Ze neemt waar nodig ook de verantwoordelijkheid voor haar eigen aandeel daarin (op zich nemen van eigen aandeel in de interactie): ‘Ik begrijp nu dat mijn uitleg over hoe het feit dat je nog maar weinig onderneemt kan samenhangen met je depressieve stemming, jou het gevoel heeft gegeven dat ik je als het ware de schuld geef voor je depressie en dat je zulke verwijten al zo vaak hebt gekregen. Het spijt me als ik daardoor onbedoeld verwijtend of beschuldigend bij je ben overgekomen.’ De behandelaar zal na dit aansluiten bij het perspectief van de cliënt echter ook een alternatief bieden en daarmee haar binnenkant of intentie – die verkeerd begrepen werd door de cliënt – verwoorden (bieden

van alternatief perspectief): ‘Het nare is dat mijn bedoeling helemaal anders was. Ik wilde je juist helpen – omdat ik voel hoezeer die sombere stemming op je drukt – door je snel uitleg te geven. Langs die weg hoop ik dat we iets aan je stemming kunnen veranderen.’ De behandelaar volgt ten slotte op of dit alternatief ook landt en er iets verandert in de misinterpretatie van de cliënt die de breuk veroorzaakte (opnieuw monitoren van samenwerking).

Inzetten van intercollegiaal overleg

Behandelaars kunnen soms vastlopen met een cliënt. Ze komen terecht in discussies, merken dat ze tegen sessies gaan opkijken, ervaren negatieve emoties (zoals gevoelens van falen, machteloosheid of irritatie) of ze geloven een cliënt niet. De behandelaar kan zulke casussen bespreken in intervisie met andere collega's. Vaak is de neiging in zulke intervisies om in te zoomen op de inhoud van de therapie: Klopt de diagnose? Speelt er iets mee in het systeem van de cliënt? Klopt de holistische theorie wel? Past een andere methodiek niet beter bij deze cliënt? Collega's vullen behandelplanbesprekingen of intervisies vaak met goedbedoelde tips en adviezen. Probleem is dat een behandelaar daar niet altijd wat aan heeft. Ook hier biedt GIT-PD een duidelijk kader hoe collega's de behandelaar kunnen helpen, wat het doel van zo'n intercollegiaal overleg moet zijn en welke vragen steunend zijn.

Achtereenvolgens worden de volgende vijf vragen gesteld aan de collega die is vastgelopen: (1) Waar loop je precies in vast? (2) Welk effect heeft dit/deze cliënt op jou? (3) Heb je een idee wat de achterliggende behoefte/wens/emotie is vanwaaruit de cliënt dit gedrag stelt (dat zo'n effect heeft)? (4) Bestaat er een verband tussen deze interactie, het knelpunt en de aanmeldklachten van de cliënt? (5) Wat zou je kunnen doen? De bedoeling van deze vragen is om de focus te verschuiven van een discussie over de problemen van de cliënt naar een discussie over de interactie in de behandelrelatie. Dit vanuit het idee dat bij interpersoonlijk kwetsbare cliënten knelpunten en aanmeldproblemen vaak intrinsiek verweven zijn met hun interactiepatronen. Daarnaast dienen de vragen vooral ook om de behandelaar te ondersteunen: GIT-PD gaat ervan uit dat behandelaars doorgaans goede behandelaren zijn, maar in interactie met cliënten met persoonlijkheidsproblematiek soms mindere versies van zichzelf worden. Intercollegiaal overleg kan de behandelaar helpen om opnieuw de betere versie van zichzelf te worden.

Co-behandelen

Stel, een behandelaar is succesvol bezig met een behandeltraject. Gaandeweg is de cliënt opener geworden over de traumatische ervaringen die zich vroeger hebben afgespeeld. Hij heeft nog opvallend veel last van specifieke traumatische herinneringen. EMDR lijkt aangewezen, maar zelf beheerst de

behandelaar die interventie niet. Hoe koppelt hij een collega aan de behandeling? Ook voor zulke vraagstukken biedt GIT-PD principes. Ten eerste, dat een behandelaar pas een behandel doel ter hand neemt wanneer de cliënt daar ook zelf achter staat (samenwerking en motivatie) en dat de keuze voor de behandelinterventie (bijvoorbeeld EMDR) samen met de cliënt wordt genomen. Ten tweede, dat de behandelaar een afgebakende periode afsprekt met een duidelijk doel, en dat hij na deze periode samen met een andere behandelaar en de cliënt evalueert. Het idee hierachter is dat de manier waarop een behandelaar zulke interventies inbedt in het klinische proces en in de samenwerking met de cliënt, belangrijker is dan welke interventie hij precies inzet.

CONCLUSIE

.....

GIT-PD biedt een kader van principes dat als onderlegger kan dienen voor specifieke interventies bij mensen met (kenmerken van) persoonlijkheidsstoornissen. Uitgangspunt is dat de reguliere behandeling – of dat nu een meer inzichtgevende groepstherapie is of een specifieke gedragstherapeutische interventie – effectiever wordt wanneer zij ingebed is in een aantal basisprincipes. Centraal daarin staat een voortdurende aandacht van de behandelaar voor een actieve en samenwerkende basishouding, een goede therapeutische relatie, motivatie, emoties en bevordering van zelfreflectie. Daaromheen staat een team dat de behandelaar helpt uit te zoomen en ervoor zorgt dat hij of zij een goede behandelaar blijft, zelfs in het licht van soms ongemakkelijke ervaringen en emoties in de therapeutische relatie. GIT-PD verkondigt daarmee niets nieuws, integendeel. Het herneemt wat we eigenlijk allang weten, maar waar we in het trainen van allerlei specifieke interventies vaak te weinig aandacht voor hebben. GIT-PD stelt dat wanneer we systematisch de genoemde principes borgen, de werkzaamheid van al onze interventies, gedragstherapeutisch of niet, zal verbeteren, in het bijzonder bij mensen met een persoonlijkheidsstoornis. Laten we duidelijk zijn: heel wat cognitief-gedragstherapeuten zullen heel wat van deze principes wellicht al prima toepassen. Maar misschien hebben ook zij ergens een of meerdere casussen bij wie ze meer vastlopen dan ze zouden willen. Of hebben ze jongere collega's die een kader missen om die lastigere casussen goed te behandelen. We denken dat GIT-PD voor hen een bruikbaar kader kan vormen om op terug te vallen.

We begonnen dit artikel met de vaststelling dat er sprake is van continuïteit tussen symptoomstoornissen – waarvoor juist CGT bewezen effectieve behandelingen biedt – en persoonlijkheidsstoornissen, en dat er redenen zijn om aan te nemen dat zulke persoonlijkheidsproblemen de werkzaamheid van CGT kunnen verminderen. GIT-PD biedt een kader om een aantal generiek werkzame factoren in behandeling systematisch toe te passen, met

als doel de effectiviteit van behandeling te vergroten. We denken dat het kunnen hanteren van deze principes elke (cognitieve gedrags)therapeut wellicht kan helpen om de eigen interventies effectiever te maken. GIT-PD is naar onze mening niet zozeer een nieuwe behandeling voor mensen met persoonlijkheidsstoornissen, maar een metakader waarbinnen om het even welke interventie of behandeling bij mensen met een persoonlijkheidsstoornis een betere kans van slagen heeft.

Joost Hutsebaut is werkzaam bij De Viersprong te Bergen op Zoom, bij Kenniscentrum Persoonlijkheidsstoornissen te Utrecht en bij Tilburg University.

Arjan C. Videler is verbonden aan PersonaCura, Topklinisch Centrum voor Persoonlijkheidsstoornissen en Autisme bij Ouderen, GGz Breburg te Tilburg en aan Tranzo Tilburg University.

Ellen Willemsen is werkzaam bij Parnassia Groep te Den Haag en Kenniscentrum Persoonlijkheidsstoornissen te Utrecht.

Helga Aalders is verbonden aan Zorgeenheid Persoonlijkheidsstoornissen Altrecht te Zeist.

Correspondentieadres: Joost Hutsebaut, de Viersprong, Postbus 7, 4660 AA Halsteren.

E-mail: joost.hutsebaut@deviersprong.nl.

Summary *GIT-PD besides, over, above, under, or instead of CBT?*

Cognitive behavioral therapy (CBT) has been proven efficacious for several symptom disorders. Personality disorders usually have a negative effect on the effectiveness of CBT. The Guideline Informed Treatment for Personality Disorders (GIT-PD) provides a framework for systematically integrating several common factors into treatment, with the aim of enhancing its effectiveness. Handling those principles can help any cognitive behavioral therapist to enhance the effectiveness of his or her interventions. GIT-PD thus provides a meta-framework in which any intervention or treatment, including CBT, is more promising for people with personality disorders.

Keywords *personality disorders, treatment, GIT-PD*

Literatuur

- | | |
|---|---|
| <p>Aalders, H., & Hengstmengel, M. (red.). (2019). <i>GIT-PD in de praktijk: Guideline-informed treatment for personality disorders</i>. Hogrefe.</p> <p>Ansell, E. B., Pinto, A., Edelen, M. O., Markowitz, J. C., Sanislow, C. A., Yen, S., Zanarini, M., Skodol, A. E., Shea, M. T., Morey, L. C., Gunderson, J. G., McGlashan, T. H., & Grilo, C. M. (2011). The association of personality</p> | <p>disorders with the prospective 7-year course of anxiety disorders. <i>Psychological Medicine</i>, 41, 1019-1028.</p> <p>Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2004). Mentalization-Based Treatment of BPD. <i>Journal of Personality Disorders</i>, 18, 36-51.</p> <p>Bateman, A., & Fonagy, P. (2009). Randomized controlled trial of outpatient mentalization-based treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder.</p> |
|---|---|

- American Journal of Psychiatry*, 166, 1355-1364.
- Bateman, A. W., & Krawitz, R. (2013). *Borderline personality disorder: An evidence-based guide for generalist mental health professionals*. Oxford University Press.
- Bender, D. S., Morey, L. C., & Skodol, A. E. (2011). Toward a model for assessing level of personality functioning in DSM-5, part I: A review of theory and methods. *Journal of Personality Assessment*, 93, 333-346.
- Black, D. W., & Blum, N. S. (2017). *Systems training for emotional predictability and problem solving for borderline personality disorder: Implementing STEPPS around the globe*. Oxford University Press.
- Christea, I. A., Gentili, C., Cotet, C. D., Palomba, D., Barbui, C., & Cuijpers, P. (2017). Efficacy of psychotherapies for borderline personality disorder: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 74, 319-328.
- Friborg, O., Martinsen, E. W., Martinussen, M., Kaiser, S., Øvergård, K. T., & Rosenvinge, J. H. (2014). Comorbidity of personality disorders in mood disorders: A meta-analytic review of 122 studies from 1988 to 2010. *Journal of Affective Disorders*, 152, 1-11.
- GGZ Standaarden. (2017). *Persoonlijkheidsstoornissen (zorgstandaard 2017)*. www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/persoonlijkheidsstoornissen-zorgstandaard-2017/introductie
- Gunderson, J. G., & Links, P. (2014). *Handbook of good psychiatric management for borderline personality disorder*. American Psychiatric Publishing.
- Hasin, D., & Kilcoyne, B. (2012). Comorbidity of psychiatric and substance use disorders in the United States: Current issues and findings from the NESARC. *Current Opinion in Psychiatry*, 25, 165-171.
- Hermens, M. L., van Splunteren, P. T., van den Bosch, A., & Verheul, R. (2011). Barriers to implementing the clinical guideline on borderline personality disorder in the Netherlands. *Psychiatric Services*, 62, 1381-1383.
- Hutsebaut, J., Willemsen, E., Bachrach, N., & Van, R. (2020). Improving access to and effectiveness of mental health care for personality disorders: The Guideline-Informed Treatment for Personality Disorders (GIT-PD) initiative in the Netherlands. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 7, 1-7.
- Johnson, J. G., Cohen, P., Kasen, S., & Brook, J. S. (2006). Personality disorders evident by early adulthood and risk for anxiety disorders during middle adulthood. *Journal of Anxiety Disorders*, 20, 408-426.
- Kotov, R., Krueger, R. F., Watson, D., Achenbach, T. M., Althoff, R. R., Bagby, R. M., Brown, T. A., Carpenter, W. T., Caspi, A., Clark, L. A., Eaton, N. R., Forbes, M. K., Forbush, K. T., Goldberg, D., Hasin, D., Hyman, S. E., Ivanova, M. Y., Lynam, D. R., Markon, K., ... Zimmerman, M. (2017). The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): A dimensional alternative to traditional nosologies. *Journal of Abnormal Psychology*, 126, 454-477.
- Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ. (2008). *Multidisciplinaire richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen: Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van volwassen patiënten met een persoonlijkheidsstoornis*. Trimbos-instituut.
- Lewis, K. L., Fanaian, M., Kotze, B., & Grenyer, B. F. (2019). Mental health presentations to acute psychiatric services: 3-year study of prevalence and readmission risk for personality disorders compared with psychotic, affective, substance or other disorders. *British Journal of Psychiatry Open*, 5, e1.

- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Press.
- Martinussen, M., Friberg, O., Schmierer, P., Kaiser, S., Øvergård, K. T., Neunhoeffter, A. L., Martinsen, E. W., & Rosenvinge, J. H. (2017). The comorbidity of personality disorders in eating disorders: A meta-analysis. *Eating and Weight Disorders – Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 22, 201-209.
- Massion, A. O., Dyck, I. R., Shea, M. T., Phillips, K. A., Warshaw, M. G., & Keller, M. B. (2002) Personality disorders and time to remission in generalized anxiety disorder, social phobia, and panic disorder. *Archives of General Psychiatry*, 59, 434-440.
- McMain, S. F., Links, P. S., Gnam, W. H., Guimond, T., Cardish, R. J., Korman, L., & Streiner, D. L. (2009). A randomized trial of dialectical behavior therapy versus general psychiatric management for borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 166, 1365-1374.
- Newton-Howes, G. M., Foulds, J. A., Guy, N. H., Boden, J. M., & Mulder, R. T. (2017). Personality disorder and alcohol treatment outcome: Systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 211, 22-30.
- Newton-Howes, G. M., Tyrer, P., Johnson, T., Mulder, R., Kool, S., Dekker, J., & Schoevers, R. (2014). Influence of personality on the outcome of treatment in depression: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Personality Disorders*, 28, 577-593.
- Skodol, A. E., Stout, R. L., McGlashan, T. H., Grilo, C. M., Gunderson, J. G., Shea, M. T., Morey, L. C., Zanarini, M. C., Dyck, I. R., & Oldham, J. M. (1999). Co-occurrence of mood and personality disorders: A report from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study (CLPS). *Depression and Anxiety*, 10, 175-182.
- Storebø, O. J., Stoffers-Winterling, J. M., Völlm, B. A., Kongerslev, M. T., Mattivi, J. T., Jørgensen, M. S., Faltinsen, E., Todorovac, A., Sales, C. P., Callesen, H. E., Lieb, K., & Simonsen, E. (2020). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 5, Art. No.: CDO12955.
- van Bronswijk, S. C., Lemmens, L. H., Viechtbauer, W., Huibers, M. J., Arntz, A., & Peeters, F. P. (2018). The impact of personality disorder pathology on the effectiveness of cognitive therapy and interpersonal psychotherapy for major depressive disorder. *Journal of Affective Disorders*, 225, 530-538.
- Weinberg, I., Ronningstam, E., Goldblatt, M. J., Schechter, M., & Maltsberger, J. T. (2011). Common factors in empirically supported treatments of borderline personality disorder. *Current Psychiatry Reports*, 13, 60-68.
- Yeomans, F. E., Clarkin, J. F., & Kernberg, O. F. (2015). *Transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder: A clinical guide*. American Psychiatric Publishing.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. Guilford Press.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., & Fitzmaurice, G. (2012). Attainment and stability of sustained symptomatic remission and recovery among patients with borderline personality disorder and axis II comparison subjects: A 16-year prospective follow-up study. *American Journal of Psychiatry*, 169, 476-483.
- Zimmerman, M., Rothschild, L., & Chelminski, I. (2005). The prevalence of DSM-IV personality disorders in psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry*, 162, 1911-1918.

Actieve ingrediënten en verandermechanismen in motiverende gespreksvoering¹

JOS DOBBER

Samenvatting

Hoewel motiverende gespreksvoering (MGv) veel gebruikt wordt om intrinsieke motivatie voor gedragsverandering te bevorderen, is onduidelijk hoe MGv werkt. De vraag is dus welke ingrediënten verantwoordelijk zijn voor succes: wat zijn de actieve ingrediënten en verandermechanismen van MGv? Nadat een literatuurstudie was verricht naar potentiële actieve ingrediënten en verandermechanismen van MGv, werden twee multiple casestudies uitgevoerd. De eerste naar MGv ter bevordering van langdurig medicatiegebruik bij cliënten met schizofrenie, de tweede naar MGv om stoppen met roken te ondersteunen bij cliënten met een hartaandoening. In de literatuurstudie werden negen cliëntfactoren en negen therapeutfactoren gevonden als potentiële actieve ingrediënten, en vier potentiële verandermechanismen van MGv. In beide multiple casestudies bleken deze potentiële actieve ingrediënten geen enkelvoudige factoren te zijn, of korte combinaties tussen een therapeutfactor en een cliëntfactor, maar te ontstaan gedurende een langere gespreksperiode waarin verschillende therapeutfactoren en cliëntfactoren betrokken waren. De actieve ingrediënten en de daardoor geactiveerde verandermechanismen bleken cliënt- en contextspecifiek te zijn.

Trefwoorden: motiverende gespreksvoering, actieve ingrediënten, verandermechanismen, gedragsverandering

1 Dit artikel is gebaseerd op het academisch proefschrift waarop Jos Dobber op 1 april 2020 aan de Universiteit van Amsterdam is gepromoveerd. Voor dit onderzoek werd financiering toegekend door de NWO (023.004.060).

Kernboodschappen voor de klinische praktijk

- ▶ Counselors kunnen een effectieve motiverende gespreksstrategie ontwikkelen door zich te richten op de verandermechanismen van MGv die het best bij de situatie van de cliënt passen.
- ▶ Verandermechanismen worden geactiveerd door actieve ingrediënten uit de interventie motiverende gespreksvoering, deze actieve ingrediënten omvatten wisselende combinaties van cliënt- en therapeutfactoren.

INLEIDING

.....

Motiverende gespreksvoering (MGv) is een counselingstijl gericht op het vergroten van de intrinsieke motivatie voor gedragsverandering (Miller & Rollnick, 2002, 2013). Het doelgedrag is veelal een vorm van leefstijl, zoals middelenafhankelijkheid, roken, bewegen, gezond eten en medicatietrouw. Omdat het om duurzame gedragsverandering gaat en de autonomie van de cliënt als belangrijke waarde geldt binnen MGv, richt deze interventie zich op intrinsieke motivatie. De theorie achter MGv (Miller & Rollnick, 2002) stelt dat motivatie uit drie componenten bestaat: (1) belangrijkheid/willen veranderen, (2) vertrouwen/geloof te kunnen veranderen, en (3) *readiness* (bereid zijn om nú te veranderen). Voldoende intrinsieke motivatie om tot gedragsverandering over te gaan ontstaat pas als al deze drie componenten aanwezig zijn. Als de cliënt gedragsverandering weliswaar belangrijk vindt, maar denkt deze niet te kunnen uitvoeren of volhouden, wordt de verandering minder belangrijk, want 'het lukt toch niet' (Miller & Rollnick, 2002). Vanzelfsprekend treedt ook geen gedragsverandering op als de cliënt wel denkt te kunnen veranderen, maar deze verandering onbelangrijk vindt. De bereidheid om nu te veranderen is nodig om te voorkomen dat de gedragsverandering uitgesteld wordt, waardoor de verandering in de loop van de tijd steeds minder belangrijk dreigt te worden (Miller & Rollnick, 2002).

Om deze componenten van motivatie te versterken, ondersteunt de counselor de cliënt in het gesprek op zo'n manier dat de cliënt zowel zelf motieven vindt om te veranderen als zich competent genoeg voelt om de verandering succesvol uit te voeren. Hiertoe ontlokt de counselor 'verandertaal' (*change talk*: uitspraken van de cliënt ten gunste van gedragsverandering) en verzacht 'behoudtaal' (*sustain talk*: uitspraken van de cliënt ten gunste van status quo). Het is dan ook belangrijk dat niet de counselor de argumenten tot verandering aanvoert, maar de cliënt zelf: 'As I hear myself talk, I learn what I believe' (Bem, 1967; Miller & Rollnick, 2002). Veel cliënten staan echter ambivalent tegenover gedragsverandering en zien zowel redenen om te veranderen als redenen om niet te veranderen. In die situaties ondersteunt de counselor de cliënt bij het onderzoeken en oplossen van de ambivalentie. De attitude van de counselor speelt een belangrijke rol: deze moet in lijn

zijn met de kernwaarden van MGv. Deze kernwaarden zijn empathie, acceptatie, compassie, autonomie, partnerschap/samenwerken, en ontlokken van motieven van de cliënt zelf (Miller & Rollnick, 2013). De laatste vier kernwaarden worden ook wel samengevat in het concept ‘MI-spirit’. De attitude van de counselor komt tot uiting in ‘een persoonsgerichte, niet-autoritaire gespreksstijl zoals die oorspronkelijk door Carl Rogers beschreven is’ (Miller & Rollnick, 2014, p. 235).

Vier elkaar overlappende processen ondersteunen de counselor bij het adequaat navigeren tijdens de MGv-sessies. Dit zijn: engageren (een vertrouwensrelatie bewerkstelligen), focussen (zich richten op een specifieke gedragsverandering), ontlokken (de cliënt zo ondersteunen dat deze de eigen motieven om te veranderen kan vinden en verwoorden) en plannen (samen tot een kort concreet veranderplan komen) (Miller & Rollnick, 2013).

MGv is dus een complexe gedragsmatige procesinterventie, met veel verschillende relationele en gedragsmatige componenten. Miller en Rollnick (2014) signaleren dat de interventie MGv in verschillende studies verschillende inhoud krijgt en koppelen dit fenomeen aan de (mate van) effectiviteit van MGv. Dit roept de vraag op hoe MGv werkt en welke componenten verantwoordelijk zijn voor het effect van MGv. Deze vraag is des te prangerender in het licht van verschillende *randomized controlled trials* (RCT's) en *systematic reviews* naar deze interventie. Mede afhankelijk van doelgroep en doelgedrag vindt een deel van de studies duidelijke effecten (onder andere: Gates et al., 2016; Lundahl et al., 2013) en een ander deel gemengde resultaten (onder andere: Barkhof et al., 2013; Mifsud et al., 2020). Het verschil tussen deze studies in gevonden effect kan mede veroorzaakt zijn door verschillen in de inhoud van de interventie. Nock (2007) beschrijft drie klassen van factoren die in psychologische interventies een rol spelen bij het beïnvloeden van gedragsverandering: therapeutfactoren, cliëntfactoren en verandermechanismen. De eerste twee vormen de ingrediënten die door therapeut en cliënt in de interventie worden ingebracht, terwijl verandermechanismen verwijzen naar processen die voortkomen uit die therapeutfactoren, cliëntfactoren en de interactie daartussen. Verandermechanismen verklaren hoe therapeutfactoren en cliëntfactoren tot verandering leiden. Bij psychologische interventies gaat het om psychische processen. Niet alle cliënt- en therapeutfactoren zijn even belangrijk voor de gedragsverandering. Het gaat vooral om de actieve ingrediënten, namelijk die cliëntfactoren, therapeutfactoren en/of interacties tussen de factoren die de verandering in gang zetten (Nock, 2007). Omdat onduidelijk is hoe MGv werkt en er wisselende resultaten gevonden zijn in effectstudies naar MGv, is het mogelijk dat een deel van deze wisselende effecten verklaard kan worden vanuit de aan- of afwezigheid van de actieve ingrediënten (en dus ook van verandermechanismen) in de MGv-interventies die in de effectstudies onderzocht zijn. Om een beter begrip te krijgen van de verschillende componenten die mogelijk verantwoordelijk zijn voor het effect van MGv, kunnen zij en de processen

die in MGv een rol spelen via kwalitatief onderzoek methodisch en diepgaand bestudeerd worden. Dit is het onderwerp van het proefschrift (Dobber, 2020) dat de basis vormt van het voorliggende artikel. De vraagstelling van dit proefschrift en daarmee ook van dit artikel luidt: wat zijn de actieve ingrediënten en verandermechanismen van motiverende gespreksvoering?

METHODEN

.....

Literatuurstudie

.....

Om potentiële actieve ingrediënten en verandermechanismen te vinden, is er eerst een systematische literatuurstudie uitgevoerd. Die vond plaats in PsycInfo en PubMed met twee search strings in de vorm van vrije zoektermen (namelijk (1) *motivational interviewing AND active ingredients*, en (2) *motivational interviewing AND mechanisms of change*) en in handboeken over MGv (zoals: Miller & Rollnick, 2002, 2013). De uitkomst van deze literatuurstudie is gebruikt om een model te ontwikkelen van hypothetische actieve ingrediënten en verandermechanismen (Dobber et al., 2020).

Multiple casestudies

.....

Vervolgens werden twee kwalitatieve multiple casestudies uitgevoerd (Stake, 2005) om therapeutfactoren, cliëntfactoren en hypothetische verandermechanismen in het proces van MGv te exploreren (Dobber et al., 2020, 2021). Een multiple casestudie (MCS) is een inductieve, interpretatieve studie van een reeks cases, met als doel het (conceptueel) begrip te vergroten van psychosociale processen, in dit geval het proces van motivatieverandering bij de cliënt gedurende de motiverende gesprekken. Een MCS omvat drie fasen. In de eerste fase worden de afzonderlijke cases met behulp van worksheets geanalyseerd. In de tweede fase verschuift het analyseniveau naar alle cases samen. In deze fase wordt de inhoud van alle worksheets in clusters geordend, waarbij de thema's van de clusters mogelijke invalshoeken vormen bij de beantwoording van de onderzoeksvraag. De derde fase omvat het formuleren en toetsen van beweringen over alle cases samen (Stake, 2005).

Codering van de cases

.....

Elke case bestond uit een audio-opname van de gesprekken en een transcriptie van die gesprekken. Deze transcriptie was verder aangevuld met een codering van de gespreksuitingen van de counselor (bijvoorbeeld: open vraag, complexe reflectie, informatie geven) en van gespreksuitingen van de cliënt (bijvoorbeeld: verandertaal, behoudtaal, neutrale uiting). Deze co-

dering vond plaats met de Motivational Interviewing Sequential Code for Observing Process Exchanges (SCOPE; Martin et al., 2005). De relationele componenten (empathie, autonomie, samenwerking, acceptatie en ontlokken) werden gecodeerd aan de hand van de Motivational Interviewing Skill Code (MISC; Miller et al., 2008). Ten slotte omvatte elke case samenvattende MISC-scores waarin de kwaliteit van de geboden MGv werd uitgedrukt (Dobber et al., 2015) (zie tabel 1). Alle betrokken codeurs ontvingen een codeertraining van 37 uur. In beide studies is 20% van de audio-opnamen dubbel gecodeerd door twee codeurs, onafhankelijk van elkaar, teneinde de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid te bepalen. De Kappa voor de gespreksuitingen was 0,71 (MCS1) en 0,82 (MCS2). Voor de relationele componenten werd een Kappa gevonden van 0,84 (MCS1) en 0,97 (MCS2). Deze waarden wijzen op een substantiële tot goede overeenstemming (McGinn et al., 2015). Alle onderzoeksdeelnemers hebben *informed consent* verleend voor het opnemen en analyseren van de MGv-gesprekken. Van elke deelnemer zijn ten minste drie MGv-gesprekken opgenomen.

Analyse van de cases

De eerste MCS-fase, waarin de afzonderlijke cases werden geanalyseerd, bestond uit twee analyseronden van alle cases. In de eerste analyseronde werd een worksheet gebruikt waarmee de MGv-consistentie werd geanalyseerd. Dit worksheet is gebaseerd op de Motivational Interviewing Target Scheme 2.1 (MITS 2.1; Allison et al., 2012) en aangevuld met het concept *sense making* (betekenisgeving). Dit concept verwijst naar de cognities en opvattingen van de cliënt over roken dan wel medicatiegebruik, en de relatie daarvan met de aandoening (zie tabel 2). Het doel van deze analyse was om op systematische wijze data te verzamelen over de wijze waarop de counselors de belangrijkste MGv-componenten toepassen. De tweede analyseronde richtte zich op het systematisch analyseren van de cliëntfactoren, therapeutfactoren, hypothetische actieve ingrediënten en verandermechanismen in de cases. Daartoe werd een worksheet gebruikt die ontwikkeld is op basis van het model van hypothetische actieve ingrediënten en verandermechanismen (zie figuur 1).

De auteur hield gedurende de multiple casestudies een logboek bij waarin gedetailleerde informatie over het onderzoeksproces, de bevindingen en de beslissingen werden genoteerd. De worksheets werden volledig ingevuld met verwijzing naar de precieze case en de vindplaats in die case. Daarnaast werd per case een gedetailleerd case report opgesteld. Twee onafhankelijke onderzoekers, betrokken bij de promotie, controleerden op grond hiervan de verschillende stappen en beslissingen in het onderzoeksproces, en de integriteit van de bevindingen. Daarnaast zijn in beide multiple casestudies twee cases door een derde, onafhankelijke onderzoeker dubbel geanalyseerd, teneinde de herhaalbaarheid van de bevindingen te controleren.

TABEL 1 *Samenvattende MISC-scores waarmee de kwaliteit van de MGv wordt weergegeven (Moyers et al., 2010)*

Score	Meetmethode	Drempelwaarde voldoende kwaliteit
Relationele component MGv	Gemiddelde van drie zevenpuntsschalen: acceptatie, empathie, MI-spirit	Gemiddelde van 5,0 of hoger
Verhouding tussen reflecties en vragen	Aantal reflecties : totaal aantal vragen	Ratio van 1,0 of hoger
Vanuit alle vragen, het percentage open vragen	$(\text{Aantal open vragen} : \text{totaal aantal vragen}) \times 100$	Percentage van 50 of hoger
Vanuit alle reflecties, het percentage complexe reflecties	$(\text{Aantal complexe reflecties} : \text{totaal aantal reflecties}) \times 100$	Percentage van 40 of hoger
Percentage MGv-consistent gedrag	$(\text{Aantal counselor-uitingen} : \text{aantal MGv-consistente gedragingen}) \times 100$	Percentage van 90 of hoger

TABEL 2 *Onderwerpen van het worksheet uit de eerste analyseronde*

Item	Beschrijving
1. Flexibel schakelen	De counselor kiest de activiteit die, op elk specifiek punt in het gesprek, het beste bijdraagt aan het bevorderen van gedragsverandering.
2. Houding, empathie en samenwerking	De counselor gaat een vertrouwensrelatie aan met de cliënt, laat blijken de perspectieven en gevoelens van de cliënt te begrijpen, en werkt doelgericht samen met de cliënt.
3. Onafhankelijkheid	De counselor benadrukt de controle van de cliënt over diens besluiten en gedrag, en moedigt de cliënt aan verantwoordelijkheid te nemen voor diens beslissingen en gedrag.
4. Ontlokken	De counselor ontlokt verandertaal en gaat hier dieper op in. Verder verzacht de counselor behoudtaal.
5. Navigeren	De counselor zorgt ervoor dat het gesprek zich in de richting van het veranderdoel begeeft.

6. Tegenstellingen	De counselor helpt de cliënt om het doelgedrag te koppelen aan diens waarden en levensdoelen, en bevordert (indien relevant) discrepantie tussen de waarden, doelen en het huidige gedrag.
7. Gestructureerde tools	De counselor gebruikt optionele MGv-tools om het veranderproces van de cliënt te bevorderen. Voorbeelden van deze tools zijn: het gebruik van een belangrijkheidslijniaal en een vertrouwenslijniaal, het samen met de cliënt doorlopen van ‘een normale dag’ en het opstellen van een veranderplan.
8. Informatie en advies	De counselor geeft uitsluitend informatie of advies nadat de cliënt hier (impliciet of expliciet) mee instemt. De informatie en het advies worden op een effectieve manier gegeven.
9. Betekenisgeving	De counselor probeert het perspectief van de cliënt op diens gezondheidsprobleem en op het doelgedrag te begrijpen, en probeert de betekenis die de cliënt hieraan geeft te beïnvloeden.

Noot. Onderwerp 1 t/m 8: gebaseerd op de MITS 2.1 (Allison et al., 2012); onderwerp 9: gebaseerd op Berger & Villaume (2013).

Populatie

De eerste MCS is uitgevoerd in een groep van 14 cliënten met schizofrenie, bij wie MGv werd toegepast om de motivatie voor langdurig medicatiegebruik te versterken. Al deze cliënten hadden een recente terugval in een psychose doorgemaakt nadat zij hun antipsychotische medicatie beëindigd hadden. De interventie bestond uit maximaal vijf MGv-gesprekken met een vaste, recent in MGv-getrainde hulpverlener (een psychiater, psycholoog of sociaalpsychiatrisch verpleegkundige). Deze MCS omvatte in totaal 66 MGv-gesprekken (voor meer gegevens, zie: Dobber et al., 2020).

De tweede MCS vond plaats bij 24 cliënten die na een recent doorgemaakt hartinfarct of ondergane dotterbehandeling ondersteuning wilden bij het stoppen met roken. In deze groep bestond de interventie uit maximaal zeven telefonische MGv-gesprekken met een vaste, ervaren MGv-coach van een private organisatie die telefonisch stoppen-met-rokencoaching aanbiedt. Deze tweede MCS omvatte in totaal 109 MGv-gesprekken (voor meer gegevens, zie: Dobber et al., 2021). De cases uit deze multiple case study zijn afkomstig uit de RESPONSE-2-studie (Minneboo et al., 2017), waarin de rookstatus van de deelnemers werd vastgesteld via een test op cotinine in de urine. Op grond van het patroon dat verscheen bij het koppelen van de rookstatus aan de cases, in relatie tot het al dan niet observeren van aanwijzingen voor een of meerdere verandermechanismen, is er post hoc een relatief risico (RR) berekend om deze mogelijke associatie te verifiëren.

RESULTATEN

22

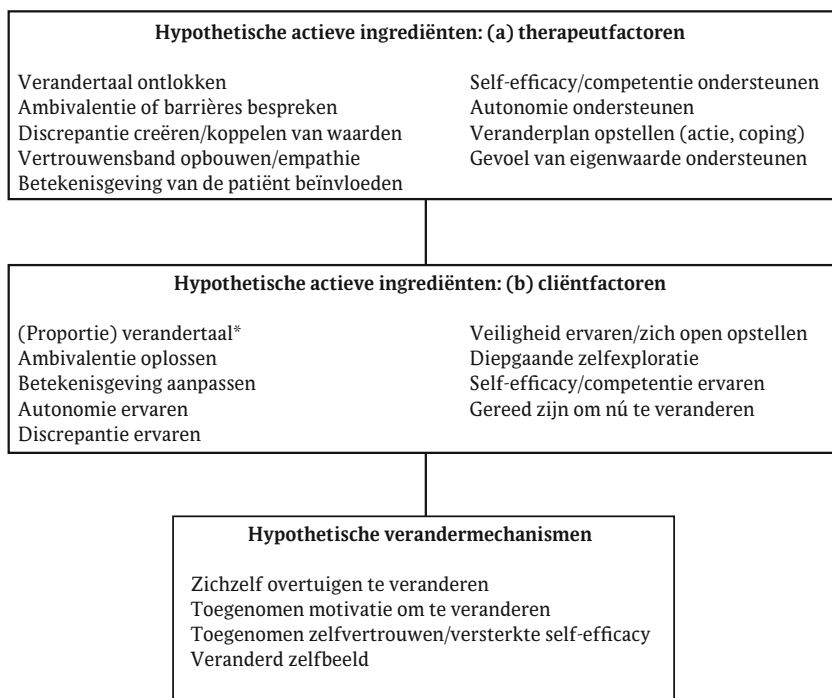
Literatuurstudie en model van hypothetische actieve ingrediënten en verandermechanismen in MGv

De zoekopbrengst bestond uit 89 artikelen. Op grond van titels en samenvattingen zijn 56 artikelen geëxcludeerd (deze gingen niet specifiek over actieve ingrediënten of verandermechanismen van MGv, gingen helemaal niet over MGv, betroffen studieprotocollen, waren RCT's gericht op effectiviteit en niet op actieve ingrediënten of verandermechanismen, of waren methodologische artikelen). Van 33 artikelen is de volledige tekst doorgenomen. Negen daarvan werden geëxcludeerd vanwege het ontbreken van relevante informatie over potentiële actieve ingrediënten en verandermechanismen. Naast de 24 overblijvende artikelen werden vier handboeken gebruikt om het model van hypothetische actieve ingrediënten en verandermechanismen te ontwikkelen. De literatuurstudie bracht negen therapeutfactoren en negen cliëntfactoren aan het licht die tevens hypothetische actieve ingrediënten zijn. Een van de cliëntfactoren is '(proportie) verandertaal'. Bij deze factor gaat het om de verhouding tussen de hoeveelheid verandertaal en behoudtaal. Bij cliënten die ambivalentie ervaren is het belangrijk om beide kanten van de ambivalentie te bespreken. Daarbij gaat het erom dat de verandertaal (uiteindelijk) proportioneel groter is dan de behoudtaal (zie ook: Magill et al., 2018). Daarnaast werden vier hypothetische verandermechanismen gevonden (zie figuur 1).

Multiple casestudies

Van de medicatiegebruiksgroep waren 66 van de 76 MGv-sessies op audiotape beschikbaar (86,8%). Voor de stoppen-met-rokengroep was dit 109 van de 151 MGv-sessies (72,2%).

In totaal zijn er 10 integriteitschecks van de kwalitatieve analyse van de cases uitgevoerd. Hierbij werd de lijn teruggevolgd van onderzoeksbevindingen via clusters naar worksheets en concrete cliënt- en counseloruitingen in specifieke sessies. In alle gevallen was deze lijn duidelijk herkenbaar en waren de bevindingen gerechtvaardigd. De worksheets van de vier dubbel geanalyseerde cases verschilden in enkele details. Op de hoofdlijn echter, die van de actieve ingrediënten en de verandermechanismen, bestond volledige overeenstemming.



FIGUUR 1 Model van hypothetische actieve ingrediënten en verandermechanismen van MGv. *(Proportie) verandertaal = frequentie verandertaal : (totale frequentie verandertaal + behoudtaal)

Multiple casestudies: actieve ingrediënten>

In beide cliëntengroepen (cliënten met schizofrenie en cliënten met een coronaire hartziekte (CHZ)) was 'ontlocken van verandertaal' en 'verandertaal uiten' de meest voorkomende therapeutfactor respectievelijk cliëntfactor. De proportie van deze factoren lag in beide groepen boven de 50%. In geen van beide cliëntengroepen kwam de therapeutfactor 'veranderplan opstellen' voor (zie tabel 3 en tabel 4 voor de precieze aantallen geobserveerde cliënt- en therapeutfactoren). Er waren echter ook verschillen in de toepassing van therapeutfactoren en in het activeren van cliëntfactoren tussen beide cliëntengroepen met hun doelgedrag. Bij MGv gericht op stoppen met roken bij cliënten met CHZ werden de therapeutfactoren 'ambivalentie of barrières bespreken' en 'self-efficacy/competentie ondersteunen' ongeveer twee keer zoveel gebruikt als in MGv om langdurig medicatiegebruik te bevorderen bij cliënten met schizofrenie. Verder werd de cliëntfactor 'self-efficacy/competentie ervaren' ongeveer zes keer meer geactiveerd in de stoppen-met-rokengroep. Bij deze groep stond de ambivalentie over het

vertrouwen succesvol met roken te kunnen stoppen op de voorgrond. Hierdoor was self-efficacy een belangrijke factor voor de therapeut om zich op te richten. De centrale ambivalentie bij de medicatiegebruiksgroep betrof de vraag of langdurig medicatiegebruik *belangrijk genoeg* is om op dit punt te willen veranderen. Bij deze cliëntengroep werden andere therapeutfactoren meer gebruikt: 'betekenisgeving van de cliënt beïnvloeden' (drie keer zoveel) en 'autonomie ondersteunen' (zes keer zoveel). Op vergelijkbare wijze werden de corresponderende cliëntfactoren vaker geactiveerd: 'betekenisgeving aanpassen' (2,5 keer vaker) en 'autonomie ervaren' (drie keer vaker). Autonomie was in relatie tot medicatiegebruik een belangrijke waarde voor de cliënten, en betekenis geven aan de rol van medicatiegebruik tijdens stabiele perioden van de cliënt bleek een belangrijke determinant te zijn voor het oplossen van de ambivalentie.

De aanwezigheid in MGv-sessies van therapeutfactoren of cliëntfactoren betekende niet automatisch dat deze factoren ook actieve ingrediënten waren. Observaties in beide groepen toonden aan dat actieve ingrediënten een complexer fenomeen waren dan een enkelvoudige factor of een combinatie van twee factoren. In overeenstemming met de kern van de MGv-theorie maakten 'ontlokken verandertaal' en 'verandertaal' deel uit van alle geobserveerde actieve ingrediënten. De observaties lieten een serie van interacties zien tussen de counselor en de cliënt gedurende grotere delen van de sessie, en soms gedurende twee sessies, waarbij verschillende therapeut- en cliëntfactoren een rol speelden, en waarbij die serie van interacties in dit specifieke gesprek een actief ingrediënt werd dat een verandermechanisme triggerde.

Multiple casestudies: verandermechanismen

Verandermechanismen zijn processen die voortkomen uit therapeutfactoren, cliëntfactoren en/of hun interactie, en die verklaren hoe deze ingrediënten tot verandering leiden. Omdat het bij psychologische interventies gaat om psychische processen, is de aanwezigheid van verandermechanismen moeilijk observeerbaar. Het zorgvuldig in de audio-opnamen van de MGv-sessies luisteren naar aanwijzingen in de uitingen van de cliënt die indiceren dat een van deze processen optreedt is de manier om zo dicht mogelijk bij het observeren van deze processen te komen (zie kader 1 voor een voorbeeld).

Van de vier hypothetische verandermechanismen werden in beide cliëntengroepen drie verandermechanismen herkend. Terwijl het verandermechanisme 'toegenomen zelfvertrouwen/versterkte self-efficacy' niet werd geobserveerd bij de medicatiegebruiksgroep, werden bij de stoppen-met-rokengroep 13 keer cliëntuitingen geobserveerd die op de aanwezigheid van dit verandermechanisme duiden. Het verandermechanisme 'veranderd zelfbeeld' werd slechts één keer herkend, namelijk in de medicatiegebruiksgroep. Veruit het meest geobserveerd is het verandermechanisme 'zichzelf

TABEL 3 *Hypothetische actieve ingrediënten (therapeutfactoren, cliëntfactoren) en verandermechanismen in 66 MGv-sessies ter bevordering van motivatie voor langdurig medicatiegebruik*

Hypothetische the- rapeutfactoren	Frq.	Hypothetische cliëntfactoren	Frq.	Hypothetische ver- andermechanismen	Frq.
Vertrouwensband opbouwen/empathie	*	Veiligheid ervaren/ zich open opstellen Diepgaande zelfex- ploratie	* *		
Verandertaal ontlok- ken	61	Verandertaal	60	Zichzelf overtuigen te veranderen	12
		Behoudtaal** Autonomie ervaren Self-efficacy/come- petentie ervaren	10 1 1		
Discrepantie creë- ren/ koppelen van waarden	9	Discrepantie ervaren Verandertaal	1 1		
		Betekenisgeving aanpassen	2	Zichzelf overtuigen te veranderen	2
		Ambivalentie oplos- sen	1	Zichzelf overtuigen te veranderen	1
		Autonomie ervaren	1	Toegenomen motiva- tie om te veranderen	1
Ambivalentie of bar- rières bespreken	7	Behoudtaal** Discrepantie ervaren	2 1		
		Verandertaal	5	Zichzelf overtuigen te veranderen	1
		Ambivalentie oplos- sen	2	Zichzelf overtuigen te veranderen	1
Betekenisgeving van de patiënt beïnvloe- den	6	Betekenisgeving aanpassen	2	Zichzelf overtuigen te veranderen	1
		Ambivalentie oplos- sen	1	Zichzelf overtuigen te veranderen	1
Self-efficacy/ compe- tentie ondersteunen	16	Self-efficacy/come- petentie ervaren	3		
		Autonomie ervaren	1	Toegenomen motiva- tie om te veranderen	1

Hypothetische the- rapeutfactoren	Frq.	Hypothetische cliëntfactoren	Frq.	Hypothetische ver- andermechanismen	Frq.
Gevoel van eigen- waarde ondersteu- nen	10	Self-efficacy/come- petentie ervaren	1	Veranderd zelfbeeld	1
		Autonomie ervaren	1	Toegenomen motiva- tie om te veranderen	1
Autonomie onder- steunen	7	Autonomie ervaren	3	Toegenomen motiva- tie om <i>niet</i> te veran- deren***	1
Veranderplan opstel- len	0				

Noot. Frq. = frequentie.

* In vrijwel alle sessies toegepast en onderhouden.

** Behoudtaal is een cliëntfactor gericht op beëindigen medicatiegebruik.

*** Deze cliënt voelde zich niet ambivalent over zijn besluit zijn medicatiegebruik te beëindigen.

TABEL 4 *Hypothetische actieve ingrediënten (therapeutfactoren, cliëntfactoren) en verandermechanismen in 109 MGv-sessies ter ondersteuning van stoppen met roken*

Hypothetische the- rapeutfactoren	Frq.	Hypothetische cliëntfactoren	Frq.	Hypothetische ver- andermechanismen	Frq.
Vertrouwensband opbouwen/empathie	*	Veiligheid ervaren/ zich open opstellen	*		
Verandertaal ontlok- ken	210	Verandertaal	198	Zichzelf overtuigen te veranderen	10
				Toegenomen zelfver- trouwen/versterkte self-efficacy	3
				Toegenomen motiva- tie om te veranderen	3
		Behoudtaal**	51		
		Diepgaande zelfex- ploratie	4		
		Gereed zijn om nú te veranderen	1		
		Autonomie ervaren	1		
		Betekenisgeving aanpassen	2		
		Ambivalentie oplos- sen	1		
		Self-efficacy/come- petentie ervaren	3		

Hypothetische the- rapeutfactoren	Frq.	Hypothetische cliëntfactoren	Frq.	Hypothetische ver- andermechanismen	Frq.
Discrepantie creë- ren/koppelen van waarden	3	Discrepantie ervaren Verandertaal	1 1		
Ambivalentie of bar- rières bespreken	51	Ambivalentie oplos- sen Verandertaal Behoudtaal** Discrepantie ervaren Self-efficacy/come- petentie ervaren	1 39 36 8 5		
		Diepgaande zelfex- ploratie	6	Zichzelf overtuigen te veranderen	1
		Gereed zijn om nú te veranderen	1	Zichzelf overtuigen te veranderen	1
Betekenisgeving van de patiënt beïnvloe- den	6	Betekenisgeving aanpassen	3	Zichzelf overtuigen te veranderen	1
Self-efficacy/come- petentie ondersteunen	116	Self-efficacy/come- petentie ervaren	92	Toegenomen zelfver- trouwen/versterkte self-efficacy	10
				Zichzelf overtuigen te veranderen	2
		Verandertaal	8	Zichzelf overtuigen te veranderen	1
		Behoudtaal** Autonomie ervaren	7 2		
		Diepgaande zelfex- ploratie	1	Zichzelf overtuigen te veranderen	1
Gevoel van eigen- waarde ondersteu- nen	3	Verandertaal	1		
Autonomie onder- steunen	4	Autonomie ervaren Verandertaal	4 1		
Veranderplan opstel- len	0				

Noot. Frq. = frequentie.

* In vrijwel alle sessies toegepast en onderhouden.

** Behoudtaal is een cliëntfactor gericht op blijven roken.

overtuigen te veranderen' (36 keer in totaal). Het verandermechanisme 'toegenomen motivatie om te veranderen' (7 keer in totaal) leek met name voor te komen bij niet-ambivalente cliënten die zichzelf sterker overtuigen om inderdaad te veranderen of (bij één cliënt) zichzelf sterker overtuigen om niet te veranderen (zie tabel 3 en tabel 4 voor de precieze aantallen verandermechanismen).

Bij 12 cliënten in de stoppen-met-rokengroep en bij acht cliënten in de medicatiegebruiksgroep werden in de beschikbare audio-opnamen in het geheel geen verandermechanismen herkend.

Kader 1: ingekort voorbeeld van het verandermechanisme 'zichzelf overtuigen te veranderen'

Therapeut (T): Het medicatie nemen op zich ...

Cliënt (C): Is geen probleem.

T: Je denkt gewoon, zo is het nu eenmaal ...

[...]

C: Ja, je hebt het gewoon nodig. Soms vertel ik het ook aan anderen, dat ze hun medicijnen moeten nemen. [...] Tegen jongeren zeg ik soms: je moet je medicijnen blijven gebruiken, want ... Ze weten het gewoon niet. [...] Bij mij is het chronisch ... Ik moet de rest van mijn leven ...

[...]

T: Hoe zie jij het? Denk je dat je een ziekte hebt?

C: Ja, ja nu, als ik mijn medicatie neem, ben ik niet ziek. Maar als ik ze niet neem, ben ik wel ziek. Ik zie dat verschil wel, ja.

Multiple casestudies: het gebruik van actieve ingrediënten door counselors

In beide studiepopulaties bleek de cliëntfactor 'verandertaal' het meest ontlokt te worden door reflecties en vragen gericht op de gedragsverandering. Ongeveer 75% van dit soort reflecties werd in de daaropvolgende cliëntreactie gevolgd door verandertaal (voor open vragen was dit ruim 65%).

Het opbouwen van een vertrouwensband tussen counselor en cliënt bleek een voorwaarde te zijn om tot diepgang in het gesprek te komen. Counselors die in het begin van de eerste MGv-sessie ruim de tijd namen om het perspectief van de cliënt te leren begrijpen, slaagden er beter in diepgang in het gesprek te bereiken. Als de counselor hierdoor de betekenisgeving van de cliënt begreep, bijvoorbeeld hoe de cliënt een voor zichzelf kloppend eigen verhaal maakte van zijn of haar psychose en de plaats van antipsychotische medicatie daarin, en de belangrijkste levenswaarden en levensdoelen van de cliënt leerde kennen, stelde dit de counselor later in de MGv-sessies in staat om de therapeutfactoren 'discrepantie creëren/koppelen van waarden' en 'betekenisgeving van de cliënt beïnvloeden' te gebruiken. Deze twee

therapeutfactoren waren in beide studies krachtige bouwstenen in de actieve ingrediënten. Kwalitatief goede verandertaal (in termen van diepte, hoeveelheid en sterkte) was vrijwel altijd het gevolg van een MGv-strategie waarin de therapeutfactor 'discrepantie creëren/koppelen van waarden' en de cliëntfactor 'ambivalentie oplossen' een grote rol speelden. En hoewel de therapeutfactoren in de meeste gevallen wel een of meerdere cliëntfactoren activeerden, vereiste de interactie die deze factoren tot actieve ingrediënten maakte een meeromvattende MGv-strategie, die complexer was dan het eenvoudigweg toepassen van een therapeutfactor gevolgd door een cliëntfactor. Deze strategie was toegesneden op het individuele cliëntproces van motivatie en gedragsverandering. Hierbij waren steeds verscheidene therapeutfactoren en cliëntfactoren betrokken, in interacties gedurende een langer deel van de MGv-sessies, en soms gedurende verschillende MGv-sessies. Dit leidde dan uiteindelijk tot een actief ingrediënt en dus tot het optreden van een verandermechanisme.

Kwaliteit van de motiverende gespreksvoering en het optreden van verandermechanismen

De counselors in de MCS gericht op medicatietrouw van cliënten met schizofrenie voerden over het algemeen MGv uit op het niveau van beginnende bekwaamheid. In twee van de 14 cases binnen deze MCS wezen de samenvattende scores waarmee de kwaliteit van de motiverende gespreksvoering bepaald wordt (zie tabel 1) op kwalitatief onvoldoende gespreksvoering. Bij de counselors van de tweede MCS, gericht op stoppen met roken, wezen de samenvattende scores over het algemeen op bekwaamheid met gevorderde competentie. In drie van de 24 cases was de gespreksvoering, gezien vanuit de samenvattende scores, onvoldoende. Echter, in twee van deze drie cases werden wel aanwijzingen voor verandermechanismen geobserveerd. In de kleine steekproef van de tweede MCS vonden we een associatie tussen de geobserveerde aanwijzingen voor verandermechanismen en de rookstatus van de cliënten na 12 maanden, met een kans van 20% op een geslaagde stoppoging in de cases waarin geen aanwijzingen voor verandermechanismen zijn geobserveerd, tegenover 72% kans in de cases waarin deze aanwijzingen wel geobserveerd zijn. Daarop is post hoc een relatief risico (RR) berekend om deze mogelijke associatie te verifiëren, waarbij een RR van 3,6 (95% BI 0,99-12,22) gevonden werd.

DISCUSSIE

Motiverende gespreksvoering is een complexe gedragsmatige procesinterventie, waarin zowel de counselor als de cliënt veel verschillende ingrediënten inbrengt. De waarde van deze ingrediënten kan afhangen van de context,

dosering (frequentie en diepgang), volgorde, en van de counselor en van de cliënt (zie ook: Hilton et al., 2016; Miller & Rollnick, 2013). In kwantitatief onderzoek wordt getoetst of het voorkomen van een potentiële actieve ingrediënt samenhangt met een positieve verandering in motivatiesterkte of met het optreden van het beoogde doelgedrag. Op deze wijze kunnen echter geen contextuele, sequentiële of cliëntgerelateerde invloeden ontdekt worden, net zomin als de precieze condities waaronder een specifiek ingrediënt wel of juist geen (onderdeel van een) actieve ingrediënt is (zie ook: Miller & Rollnick, 2014). In de hier gerapporteerde kwalitatieve studie vond een exploratie plaats van het proces van motiverende gespreksvoering, gericht op de aanwezigheid en rol van actieve ingrediënten en verandermechanismen.

Hoewel in de literatuur (zie onder andere: Lee et al., 2010; Magill et al., 2017) gesuggereerd wordt dat actieve ingrediënten enkelvoudige componenten zijn, is dat in dit onderzoek niet gevonden. In plaats daarvan ging het steeds om wisselende combinaties en interacties van therapeut- en cliëntfactoren. Deze lijken gerelateerd te zijn aan specifieke cliëntprocessen. Met andere woorden, in andere cases, met andere counselors en andere cliënten, zou dezelfde specifieke combinatie van therapeut- en cliëntfactoren mogelijk geen actieve ingrediënt zijn *omdat* de cliëntprocessen van gemotiveerd raken verschillen. Dit zou betekenen dat er geen vaste actieve ingrediënten van MGv zijn. De bouwstenen van actieve ingrediënten van MGv kunnen worden gezien als een verzameling therapeut- en cliëntfactoren. Hoe deze factoren gecombineerd worden en in welke combinatie ze tot een actieve ingrediënt worden, hangt af van de specifieke combinatie van cliënt, counselor en context. Hoewel in alle analysefasen de vraag gesteld is of er andere mogelijke actieve ingrediënten gevonden zijn dan die uit het model van hypothetische actieve ingrediënten en verandermechanismen, zijn er geen andere ingrediënten gevonden die (ook) een rol spelen bij het motivatieproces van de cliënt.

Ook verandermechanismen lijken enigszins cliënt- en contextgerelateerd te zijn. Afhankelijk van onder andere de aan- of afwezigheid van ambivalentie, van de inhoud van de ambivalentie, van mogelijke barrières bij de specifieke gedragsverandering en van cognities van de cliënt, kan een van de vier verandermechanismen belangrijker voor de gedragsverandering zijn dan de andere. Op grond van de frequenties waarin de verandermechanismen in deze studie lijken voor te komen, kan verwacht worden dat 'zichzelf overtuigen' en 'toegenomen zelfvertrouwen/versterkte self-efficacy' de belangrijkste verandermechanismen van MGv zijn.

In de tweede MCS lijkt er een associatie te bestaan tussen de rookstatus en de aanwezigheid van aanwijzingen voor het optreden van verandermechanismen. Bij cases waarin een verandermechanisme is geobserveerd, bleek de kans op succesvol stoppen met roken na een jaar 72% te zijn. Voor de cases waarin geen verandermechanisme werd geobserveerd was deze kans 20%. Het voor deze associatie gevonden relatieve risico van 3,6 (95%

BI 0,99-12,22) is net niet statistisch significant. Dit zou gezien de breedte van het betrouwbaarheidsinterval te maken kunnen hebben met de geringe steekproefgrootte. Daarbij geldt dat het studiedesign niet ontworpen was om een dergelijke relatie te ontdekken en dat de analyse post hoc is uitgevoerd. Al met al is dit reden genoeg om deze bevinding uitsluitend te beschouwen als stimulans tot nader onderzoek.

Het risico van selectiebias in de kleine steekproeven in deze studie (stoppen-met-rokengroep: $n = 24$; medicatiegebruiksgroep: $n = 14$), en de lage prevalentie van enkele cliënt- en therapeutfactoren en verandermechanismen, manen tot enige voorzichtigheid bij de interpretatie van de resultaten. Daarnaast beperkt het inductieve karakter van deze studie de generaliseerbaarheid van de bevindingen. Wel zijn de bevindingen mogelijk toepasbaar bij vergelijkbare cliëntengroepen en vergelijkbaar doelgedrag. Te verwachten valt dat bij andere cliëntengroepen en bij ander doelgedrag dezelfde therapeutfactoren en cliëntfactoren de potentiële bouwstenen voor de actieve ingrediënten zijn. In die zin is deze kennis over de samenstelling van actieve ingrediënten een stap in het begrijpen van 'hoe MGv werkt'.

In conclusie laat dit onderzoek bij twee groepen cliënten zien dat de actieve ingrediënten in MGv bestaan uit wisselende combinaties van therapeutfactoren en cliëntfactoren. In verreweg de meeste gevallen ontstaan de actieve ingrediënten in een reeks van interacties tussen therapeut- en cliëntfactoren, waarbij de cliëntfactor 'verandertaal' de hoogste prevalentie had. De combinaties van therapeut- en cliëntfactoren die in deze studie tot actieve ingrediënten leidden, bestonden uit factoren die al vanuit onderzoek en theorie als potentiële actieve ingrediënten beschouwd werden. Het lijkt plausibel dat het niet zozeer gaat om specifieke therapeutfactoren die specifieke cliëntfactoren in gang zetten, maar om een voldoende combinatie van (wisselende) factoren. Dergelijke combinaties fungeren als actieve ingrediënten en zetten een verandermechanisme in gang. Aan het optreden van actieve ingrediënten gaat de ontwikkeling van een vertrouwensband vooraf. De cliënt ervaart hierdoor de veiligheid om dieper over de eigen beweegredenen na te denken.

De twee belangrijkste implicaties voor de klinische praktijk zijn dan ook ten eerste begrip van de wijze waarop actieve ingrediënten gevormd worden tijdens de uitvoering van MGv, namelijk dat actieve ingrediënten gedurende langere delen van een gesprekssessie ontstaan, en wisselende combinaties van cliënt- en therapeutfactoren omvatten. De tweede belangrijke implicatie is kennis over welke verandermechanismen zich kunnen voordoen, ofwel kennis over welke psychische processen de gedragsverandering kunnen verklaren. Als counselors dit begrip en deze kennis bij het toepassen van MGv in gedachten houden, en de gespreksstrategie in overeenstemming brengen met het bevorderen van het verandermechanisme dat bij de cliënt en diens situatie past, kan de effectiviteit van MGv verhoogd worden. Counselors kunnen een dergelijke strategie ontwikkelen op grond van kennis over wel-

ke cliënt- en therapeutfactoren op welke manier een rol spelen als onderdeel van actieve ingrediënten. Het model van hypothetische actieve ingrediënten en verandermechanismen kan daarbij behulpzaam zijn. Ten slotte bleek uit deze studie dat de aanwezigheid van een vertrouwensband tussen cliënt en counselor een voorwaarde is om tot voldoende diepgang in het gesprek te komen.

Jos Dobber is verbonden aan het Centre of Expertise Urban Vitality, Faculteit Gezondheid, Hogeschool van Amsterdam. *Correspondentieadres:* Tafelbergweg 51, 1105 BD Amsterdam. E-mail: j.t.p.dobber@hva.nl.

Summary *Active ingredients and mechanisms of change in motivational interviewing*

Although motivational interviewing (MI) often is used to strengthen client motivation for behaviour change, the question how MI works remains unanswered. Which ingredients are responsible for successful MI? What are the active ingredients (AI) and mechanisms of change (MoC)? A literature study to find potential active ingredients and mechanisms of change and two multiple case studies (MCS) were employed. The literature study led to nine client factors and nine therapist factors as potential AI and four potential MoC. The first MCS took place in clients with schizophrenia who received MI to stimulate long-term medication adherence, the second in clients with heart disease to support smoking cessation. In both groups, the AI varied in composition of client and therapist factors, and none of them were a single factor or a combination of just two factors. The AI and the subsequently triggered MoC turned out to be specific per client and context.

Keywords *motivational interviewing, active ingredients, mechanisms of change, behaviour change*

Literatuur

- Allison, J., Bes, R., & Rose, G. (2012). *Motivational Interviewing Target Scheme (MITS 2.1)*. https://motivationalinterviewing.org/sites/default/files/MITS_2.1.pdf
- Barkhof, E., Meijer, C. J., Sonneveld, L. J., Linszen, D. H., & de Haan, L. (2013). The effect of motivational interviewing on medication adherence and hospitalization rates in non-adherent patients with multi-episode schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 39, 1242-1251.
- Bem, D. J. (1967). Self-perception: An alternative interpretation of cognitive dissonance phenomena. *Psychiatry Review*, 74, 183-200.
- Berger, B. A., & Villaume, W. A. (2013). *Motivational interviewing for health care professionals: A sensible approach*. American Pharmacists Association.
- Dobber, J. (2020). *Motivational interviewing: Active ingredients and mechanisms of change*. [Academisch proefschrift]. Universiteit van Amsterdam.
- Dobber, J., Latour, C., van Meijel, B., ter Riet, G., Barkhof, E., Peters, R.,

- Scholte op Reimer, W., & de Haan, L. (2020). Active ingredients and mechanisms of change in motivational interviewing for medication adherence: A mixed methods study of patient-therapist interaction in patients with schizophrenia. *Frontiers in Psychiatry, 11*, 78.
- Dobber, J., Snaterse, M., Latour, C., Peters, R., ter Riet, G., Scholte op Reimer, W., de Haan, L., & van Meijel, B. (2021). Active ingredients and mechanisms of change in motivational interviewing for smoking cessation in patients with coronary artery disease: A mixed methods study. *Frontiers in Psychology, 12*, 599203.
- Dobber, J., van Meijel, B., Barkhof, E., Scholte op Reimer, W., Latour, C., Peters, R., & Linszen, D. (2015). Selecting an optimal instrument to identify active ingredients of the motivational interviewing process. *Journal of Psychosomatic Research, 78*, 268-276.
- Gates, P. J., Sabioni, P., Copeland, J., Le Foll, B., & Gowing, L. (2016). Psychosocial interventions for cannabis use disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 5*, CD005336.
- Hilton, C. E., Lane, C., & Johnston, L. H. (2016). Has motivational interviewing fallen into its own premature focus trap? *International Journal for the Advancement of Counseling, 38*, 145-158.
- Lee, C. S., Baird, J., Longabaugh, R., Nirenberg, T. D., Mello, M. J., & Woolard, R. (2010). Change plan as an active ingredient of brief motivational interviewing for reducing negative consequences of drinking in hazardous drinking emergency-department patients. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs, 71*, 726-733.
- Lundahl, B., Moleni, T., Burke, B. L., Butters, R., Tollefson, D., Butler, C., & Rollnick, S. (2013). Motivational interviewing in medical care settings: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Patient Education and Counseling, 93*, 157-168.
- Magill, M., Apodaca, T. R., Borsari, B., Gaume, J., Hoadley, A., Gordon, R. E. F., Scott Tongan, J., & Moyers, T. (2018). A meta-analysis of motivational interviewing process: Technical, relational, and conditional process models of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 86*, 140-157.
- Magill, M., Colby, S. M., Orchowski, L., Murphy, J. G., Hoadley, A., Brazil, L. A., & Barnett, N. P. (2017). How does brief motivational intervention change heavy drinking and harm among underage young adult drinkers? *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 85*, 447-458.
- Martin, T., Moyers, T. B., Houck, J., Christopher, P., & Miller, W. R. (2005). *Motivational Interviewing Sequential Code for Process Exchanges (SCOPE): Coders's manual*. <https://casaa.unm.edu/download/scope.pdf>
- McGinn, T., Guyatt, G., Cook, R., Korenstein D., & Meade, M. O. (2015). Measuring agreement beyond chance. In G. Guyatt, D. Rennie, M. O. Meade, & D. J. Cook (Eds.), *Users' guides to the medical literature* (pp. 399-405). McGraw Hill Education.
- Mifsud, J. L., Galea, J. E., Garside, J., Stephenson, J., & Astin, F. (2020). Motivational interviewing to support modifiable risk factor change in individuals at increased risk of cardiovascular disease: A systematic review and meta-analysis. *Plos One, 11*, e0241193.
- Miller, W. R., Moyers, T. B., Ernst, D., & Amrhein, P. (2008). *Manual for the Motivational Interviewing Skill Code (MISC): Version 2.1*. <https://casaa.unm.edu/download/misc.pdf>
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change*. Guilford Press.

- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2013). *Motivational interviewing: Helping people change*. Guilford Press.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2014). The effectiveness and ineffectiveness of complex behavioral interventions: Impact of treatment fidelity. *Contemporary Clinical Trials*, 37, 234-241.
- Minneboo, M., Lachman, S., Snaterse, M., Jorstad, H. T., ter Riet, G., Boekholt, S. M., Scholte op Reimer, W. J., & Peters, R. J. G. (2017). Community-based lifestyle intervention in patients with coronary artery disease: The RESPONSE-2 trial. *Journal of the American College of Cardiology*, 70, 318-327.
- Moyers, T. B., Martin, T., Manuel, J. K., Miller, W. R., & Ernst, D. (2010). *Manual for the Motivational Interviewing Treatment Integrity (MITI): Version 3.1.1*. http://casaa.unm.edu/download/MITI3_1.pdf
- Nock, M. K. (2007). Conceptual and design essentials for evaluating mechanisms of change. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 31(S3), 4S-12S.
- Stake, R. E. (2005). *Multiple case study analysis*. Guilford Press.

.....

Schemagroepstherapie na een eerste psychose

Een gevalsbeschrijving met de ervaringen
van patiënten en therapeuten

CINDY DE KRUIJK, ELISE VAN DER WIND, HELLA JANSSEN &
KARIN VAN DEN BERG

Samenvatting

.....

Veel mensen die voor het eerst psychotische klachten ontwikkelen, kampen daarnaast met comorbide persoonlijkheidsproblemen, die een versterkende invloed kunnen hebben op hun psychotische klachten. De persoonlijkheidsproblemen bij deze patiënten zijn lange tijd onderbelicht gebleven binnen de klinische praktijk en wetenschappelijke literatuur. In dit artikel beschrijven we onze ervaringen met een kortdurende schemagroepstherapie bij patiënten na een eerste psychose. De haalbaarheid en toepasbaarheid van het protocol, en de individuele veranderingen op klachtniveau worden toegelicht. De therapiegroep bestond uit negen patiënten, van wie vijf patiënten de schematherapiegroep hebben afgerond. De gemiddelde leeftijd van deze vijf patiënten was bij aanvang 28 jaar (range 21-35 jaar; SD 5,3). Er was een drop-out van 44,4% in het begin van de therapie. De psychotische klachten veranderden niet na behandeling, terwijl het niveau van persoonlijkheidsfunctioneren verbeterde. Wij suggereren dat een fasegerichte schematherapiebenadering beter aansluit bij deze patiëntengroep en het drop-outpercentage mogelijk kan verbeteren. Daarnaast adviseren wij rekening te houden met cognitieve problemen, aandacht te hebben voor emotieregulatie en vooral gebruik te maken van experiëntiële technieken. We hopen dat

deze klinische ervaringen verder worden onderzocht in een wetenschappelijke trial met een grotere *sample size* en controlegroep.

Trefwoorden: psychose, persoonlijkheidsproblematiek, schemagroepstherapie, experiëntiële technieken, gevalsbeschrijving, comorbiditeit

Kernboodschappen voor de klinische praktijk

- ▶ Groepsgerichte schematherapie voor mensen met psychotische klachten is in ons onderzoek goed haalbaar gebleken en de behandeling leidt niet tot een toename van psychotische klachten. Het toepassen van experiëntiële technieken, mits dit samengaat met aandacht voor spanningsregulatie, hoeft hierbij geen beletsel te zijn.
- ▶ Een fasegerichte benadering van schematherapie sluit mogelijk wel beter aan bij deze patiëntgroep. De therapie is daardoor gefocust op gezamenlijk en stapsgewijs leren.
- ▶ Aanpassen van bestaande behandelprotocollen voor schematherapie is aanbevolen, zodat er rekening gehouden kan worden met eventuele cognitieve klachten (aandacht, concentratie, werktempo, emotionele reactiviteit) bij patiënten na een eerste psychose.

INLEIDING

.....

Psychose is een complexe psychische stoornis met een grote impact op het dagelijks leven van patiënten en hun naasten. Klachten variëren van voorbijgaande ervaringen tot ernstige positieve symptomen (wanen en hallucinaties) en negatieve symptomen (bijvoorbeeld afgestompt gevoel of verminderd initiatief). Een psychose gaat bovendien vaak gepaard met cognitieve problemen, interpersoonlijke problemen en problemen in het dagelijks functioneren (Tandon et al., 2009; van Os et al., 2008). De symptomatologie van een psychose is dus heterogeen en gaat tevens vaak samen met comorbide psychische stoornissen en klachten op het gebied van trauma, angst, stemming en persoonlijkheidsproblematiek (Moore et al., 2012; van Os & Reininghaus, 2016). Dit leidt tot verschillende klinische profielen en vraagt bovendien om verschillende behandelinterventies. In het Vroege Interventie Psychose (VIP)-team leveren wij zorg conform de zorgstandaard *Psychose* (GGZ Standaarden, 2017), maar gezien de comorbide problemen richten wij ons ook op het integreren van de richtlijnbehandelingen voor deze problemen in ons behandelaanbod. Persoonlijkheidsproblematiek is binnen de caseload van het VIP-team een veelvoorkomende en ingrijpende comorbide aandoening.

De psychosezorg is lange tijd terughoudend geweest om ook aandacht te besteden aan deze comorbide persoonlijkheidsproblematiek, mede vanuit de opvatting dat de psychose iemands persoonlijkheid overschaduwde of doet verdwijnen (van der Gaag et al., 2012). In de afgelopen jaren is er echter een tegengeluid ontstaan. Er zijn wetenschappelijke studies verschenen waarin naar voren komt dat persoonlijkheidsproblematiek een versterkend effect kan hebben op de psychotische symptomen (Beauchamp et al., 2010; Lecomte et al., 2012; Taylor et al., 2020). Daarnaast zijn er zelfs al studies die de experiëntiële (*imagery*) technieken uit de schematherapie toepassen op de psychotische klachten (Ison et al., 2013; Taylor et al., 2020). Gezien deze recente wetenschappelijke ontwikkelingen, in combinatie met onze ervaringen in de praktijk, lijkt schematherapie een goede toevoeging aan ons behandelaanbod.

Schematherapie is door Jeffrey Young (1990) ontwikkeld om mensen met persoonlijkheidsproblematiek en/of hardnekkige psychische klachten effectief te kunnen behandelen. In de *Multidisciplinaire richtlijn voor Persoonlijkheidsstoornissen* is schemagerichte therapie een van de aanbevolen evidence-based behandelvormen voor persoonlijkheidsproblematiek (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2008). Schematherapie integreert cognitieve, gedragsmatige en experiëntiële technieken. Van groot belang is de therapeutische relatie: in en door de therapeutische relatie kunnen vroege schema's geïdentificeerd en veranderd worden (Young et al., 2019). Voor zover ons bekend is er nog geen studie uitgevoerd naar de effectiviteit van schematherapie voor patiënten met psychotische klachten en comorbide persoonlijkheidsproblematiek.

In een eerste verkennende pilotstudie door Brink en collega's (2017) werd gekeken of het aanbod van schemagerichte cognitieve groepstherapie (SCBT-g; van Vreeswijk & Broersen, 2017) geschikt is voor een psychiatrische doelgroep met psychotische kwetsbaarheid en persoonlijkheidsproblemen ('ernstige psychiatrische aandoeningen', EPA-doelgroep). Er werden aanvankelijk 20 patiënten geïnccludeerd. De behandeling bestond uit 20 sessies, waarvan 18 wekelijkse en twee follow-upsessies. Er was een uitval van acht deelnemers. De onderzoeksopzet kende volgens de auteurs echter verschillende fundamentele methodologische beperkingen, waardoor zij hun bevindingen niet expliciet weer hebben gegeven en geen conclusies aan de resultaten durfden te verbinden. Wel gaven zij aan dat op basis van de vragenlijsten die de deelnemers voorafgaand en na afloop van de sessies invulden, er verschillende positieve effecten werden waargenomen. Zij suggereerden met voorzichtigheid dat het mogelijk en veilig is om psychotisch kwetsbare patiënten met comorbide persoonlijkheidsproblematiek SCBT-g aan te bieden. In hun groepstherapie hadden zij er in tegenstelling tot Taylor en collega's (2020) voor gekozen om geen experiëntiële technieken toe te passen, vanuit de hypothese dat deze mogelijk te stressverhogend zouden

zijn en daarmee ook een toename van psychotische klachten zouden kunnen geven.

In dit artikel beschrijven we onze ervaringen met een schemagerichte groepstherapie volgens het protocol van van Vreeswijk en Broersen (2017), mét experiëntiële technieken, bij een groep patiënten die in behandeling was voor een eerste psychose. We staan stil bij de haalbaarheid van deze groepstherapie, de toepasbaarheid van het protocol en de experiëntiële technieken, maar ook bij de aanpassingen die er zijn gedaan. Ook laten we de resultaten van deze behandeling zien op klachtniveau, cognitieve schema's, modi en schemacoping, gemeten met enkele zelfrapportagevragenlijsten. Het artikel wordt afgesloten met conclusies en aanbevelingen voor wetenschappelijk onderzoek in de klinische praktijk.

PATIËNTEN

.....

De patiënten die deelnamen aan de groepstherapie waren allen reeds in behandeling bij het VIP-team van GGzE te Eindhoven. In totaal werden er negen patiënten verwezen voor de intake voor deze schemagroepstherapie. Inclusiecriteria voor deelname waren de aanwezigheid van: (1) disfunctionele cognitieve schema's (ten minste één door Young gedefinieerd schema en een gemiddelde score van 2,5 of hoger op de Schemavragenlijst; Sterk & Rijkeboer, 1997); (2) hardnekkige copingstrategieën (in kaart gebracht met de Schema Coping Vragenlijst; Rijkeboer et al., 2010); of (3) trekken van een persoonlijkheidsstoornis volgens de DSM-5 (APA, 2014) (inschatting regiebehandelaar). Patiënten werden geëxcludeerd van deelname wanneer zij onvoldoende in staat waren tot zelfreflectie of wanneer het mentaliserend vermogen onvoldoende bleek (zoals ingeschat door de regiebehandelaar). Naast de groepstherapie ontvingen patiënten indien nodig ook andere behandelinterventies, zoals psychofarmaca, ondersteunende individuele gesprekken met een reguliere behandelaar, of trajectbegeleiding. Ter illustratie wordt in box 1 een korte omschrijving van twee patiënten gegeven. Alle namen zijn fictief.

Deze gevalsbeschrijving is gebaseerd op een retrospectieve weergave van scores op vragenlijsten en gerapporteerde ervaringen die zijn bijgehouden gedurende deze interventie in het kader van de behandeling. Aan alle patiënten werd achteraf schriftelijk toestemming gevraagd voor het gebruik van geanonimiseerde gegevens voor deze publicatie. Omdat de data geanonimiseerd zijn en patiënten niet aan extra handelingen of experimenten voor onderzoek zijn onderworpen, is deze gevalsbeschrijving niet Wmo-plichtig (Ministerie van VWS, 2021).

Box 1: Vignetten van twee patiënten

39

Deelnemer 1: Frank is 27 jaar, volgt een hbo-opleiding en is alleenstaand. Hij is gediagnosticeerd met een andere gespecificeerde schizofreniespectrumstoornis en een stemmingsstoornis. Hij is een half jaar in behandeling bij het VIP-team, dat hem vanuit verschillende invalshoeken begeleidt om zijn leven weer zo goed mogelijk op de rails te krijgen. Momenteel is hij met hulp van zijn trajectbegeleider zijn studie weer aan het oppakken, nadat hij een achterstand had opgelopen vanwege zijn psychose. Frank doet vaak mee met de kookgroep en sinds kort doet hij mee met de runningtherapie. Frank merkt dat hij zich in contact met anderen vaak tekort voelt schieten en heeft het idee dat anderen hem afwijzen. Dit maakt dat hij veel stress blijft oplopen in het sociale verkeer.

Deelnemer 2: Lisanne is 31 jaar, woont samen, en is gediagnosticeerd met een gespecificeerde schizofreniespectrumstoornis en afhankelijke trekken in de persoonlijkheid. Sinds anderhalf jaar is ze in behandeling bij het VIP-team. Lisanne werkt in de informatie- en communicatietechnologie. Naast de groepstherapie gaat Lisanne geregeld naar de herstelgroep, waar ze lotgenoten ontmoet en contact heeft met een ervaringsdeskundige medewerker. Lisanne merkt dat ze moeite heeft om voor zichzelf op te komen en conflicten uit de weg gaat. In plaats daarvan schikt ze zich naar anderen en stelt ze zich afhankelijk op. Ze vindt het moeilijk om aan te geven hoe ze zich voelt en om haar mening te geven.

PROCEDURE

Binnen het VIP-team werd wekelijks in het teamoverleg besproken of er potentiële groepsdeelnemers waren voor de schematherapie. Regiebehandelaren droegen patiënten aan bij wie er sprake was van (een duidelijk vermoeden van) comorbide persoonlijkheidsproblematiek. Deze patiënten kregen een oriënterend gesprek met de groepstherapeuten om draagkracht, motivatie en inzet voor het aangaan van een groepstherapie vooraf in te schatten. In dit gesprek werden aanvullende informatie over het groepstherapieaanbod, belasting voor de patiënt en de verwachtingen bij deelname gedetailleerd besproken. Vervolgens werd hen gevraagd om een reeks zelfrapportagevragenlijsten in te vullen.

De groepstherapie vond plaats van eind februari 2019 tot medio augustus 2019. Gedurende de groepstherapie werd in het VIP-team regelmatig geëvalueerd hoe goed patiënten konden meekomen in de groep, en wie er meer klachten ontwikkelde en wie juist niet. Van afwezigheid in de groep en/of van drop-outs werd een nadere analyse met het team gemaakt. Indien mogelijk werd er ook met de betreffende deelnemers geëvalueerd wat de reden was om de therapie voortijdig te beëindigen en welke ervaringen zij

hadden opgedaan in de groepstherapie. Halverwege de behandeling had iedere deelnemer een individueel gesprek met de groepstherapeut(en) om de voortgang te bespreken. Na afloop van de gehele behandeling vond er, aan de hand van hun laatste metingen op de zelfrapportagevragenlijsten, opnieuw een individuele (eind)evaluatie plaats met de groepstherapeut(en). Ook werden adviezen en aandachtspunten gegeven voor vervolgbehandeling. Groepsdeelnemers ontvingen zowel mondelinge als schriftelijke feedback op de resultaten vanuit hun zelfrapportagevragenlijsten.

BEHANDELINGSMETHODE

.....

Groepsprotocol en werkboek

.....

De *Handleiding kortdurende schematherapie* van van Vreeswijk en Broersen (2017) beschrijft twee kortdurende protocollen: (1) SCGT (kortdurende schematherapie: CGT-technieken), en (2) SEPT (kortdurende schematherapie: experiëntiële technieken). Het SCGT-protocol is beperkt tot cognitief-gedragstherapeutische interventies uit de schematherapie. Het SEPT-protocol behandelt de experiëntiële technieken. Van elk protocol is een werkboek voor cliënten voorhanden. De twee protocollen kunnen los van elkaar of achtereenvolgend worden aangeboden. In tabel 1 worden de opzet van de groepsbehandeling en alle toegepaste technieken weergegeven.

De eerste zes groepssessies werd er aan de hand van het SCGT-protocol uitgelegd gegeven over de schema's en modi, en startten de patiënten met de registratie hiervan in het dagelijks leven. In de beginfase was het voornaamste doel om inzicht en bewustwording van schema's, modi en wat deze modi en schema's triggert, te bevorderen. Ook was er aandacht voor kwetsbaarheid en restsymptomen na een eerste psychose, waarbij werd gebruikgemaakt van bestaande technieken uit de cognitieve gedragstherapie voor psychose (CGT-p-protocollen).

Vanaf de zevende sessie werd er een overstap gemaakt naar het SEPT-protocol om meer aandacht te kunnen besteden aan het anders leren omgaan met schema's en modi. Hierbij werd de focus meer op het gevoel of affect gelegd. In deze fase werd aanvullend gewerkt met gedragsmatige technieken en experiëntiële technieken, zoals imaginaire rescripting, meerstoelentechniek en (historisch) rollenspel. De huiswerkopdrachten hadden vooral een cognitief-gedragstherapeutisch karakter. Het huiswerk werd soms aangevuld met een experiëntiële opdracht uit het SEPT-protocol. In totaal bestond de groepstherapie uit 18 wekelijkse sessies van 90 minuten en één terugkombijeenkomst van 60 minuten. Er werd steeds begonnen met een groepsgesprek, waarna soms in subgroepjes verder informatie werd uitge-

TABEL 1 *Opzet groepstherapie en gehanteerde technieken*

Fase van behandeling	Werkvorm en technieken in de groepssessies
Kennismakingsfase (sessie 1-4) ▶ Groepsregels en uitleg werkboek ▶ Psycho-educatie	▶ Individuele casusconceptualisaties op flap-over ▶ Start registratie per sessie: mate van verbetering en last ▶ Start registraties schema (triggering) en modi ▶ Opstellen persoonlijk therapiedoel ▶ Start modusmodel maken
Actieve fase (sessie 5-17) ▶ Herkennen van basisbehoeften, schema's, modi, coping en kwetsbaarheid ▶ Inzicht vergroten in samenhang ▶ Focus op actief veranderingsproces ▶ Veranderen van schema's, modi en copingstijl ▶ Vergroten van de Gezonde Volwassene	Cognitieve technieken ▶ Registraties en uitdagen van schema's en modi bespreken ▶ Uitpluisformulier (www.gedachtenuitpluizen.nl) ▶ Voordelen- en nadelenanalyse ▶ Meerdimensionaal evalueren ▶ Stappenplan uiten van negatieve feedback ▶ Signaleringsplan ▶ Sociogram ▶ EHBO-koffer ▶ Schema Flitskaartje ▶ Positief logboek Experiëntiële technieken en gedragsmatige oefeningen ▶ Imaginatie-oefening Blij Kind ▶ Imaginatie-oefening Gezonde Volwassene ▶ Imaginatie-oefening Veilige plek ▶ Imaginatie met rescripting ▶ Historisch rollenspel ▶ Meerstoelentechniek Kwetsbaar Kind/Gezonde Volwassene ▶ Wegsturen Straffende Ouder/Veeleisende Ouder ▶ Rollenspel: uiten van boosheid en kritiek (Boze Kind-modus) ▶ Meerstoelentechniek: komen tot ander copinggedrag Aanvullende (vaktherapeutische) oefeningen ▶ Powerposingoefening ▶ Uitbeelden van de Veilige plek ▶ Uitbeelden van de 'warme' Gezonde Volwassene ▶ Uitbeelden van Kwetsbaar kind ▶ Afstand/nabijheidsoefening (loopoefening) ▶ YouTube-filmpje zoeken en presenteren als afscheid ▶ Complimentenkaartjes van en voor alle patiënten
Afrondingsfase + follow up (sessie 18 en 19) Evaluatie en consolidatie	▶ Wat is er goed gegaan? ▶ Hoe heb je de Gezonde Volwassene ingezet? ▶ Hoe ga je verder?

Noot. Indien gewenst kan via e-mail aan de auteurs informatie worden opgevraagd over de technieken per sessie.

wisseld. Ter illustratie van de toepassing van technieken bij de doelgroep worden in box 2 twee vignetten beschreven.

42

Box 2: Illustratie toepassing techniek uit een groepssessie

Deelnemer 1: Frank voelde zich thuis vaak een vijfde wiel aan de wagen, en niet gezien en misplaatst. Hij offerde zichzelf op om geaccepteerd te worden en ontwikkelde het gevoel dat wat hij deed nooit goed genoeg was. In het dagelijks leven is hij geneigd zichzelf te overschreeuwen om vooral zijn kwetsbare kant niet te hoeven laten zien. Hij schermt zijn angst- en insufficiëntiegevoelens af met fanatiek wielrennen en netflixen. Door het niet-aflatende gevoel tekort te schieten ervaart hij veel stress in de omgang met anderen. Als de stress te hoog wordt, kan Frank erg achterdochtig worden en last krijgen van hallucinaties.

Frank heeft veel baat bij de *Veilige plek-oefening*. Die past hij toe als het gevoel van verlating getriggerd wordt. Ook door de dialoog met zijn kwetsbare kant die in een stoelentechniek ontstaat krijgt hij meer begrip voor zichzelf en gaat hij de lat realistischer leggen voor zichzelf. De groep leert hem dat hij er wel degelijk toe doet en dat hij geaccepteerd wordt om wie hij is.

Deelnemer 2: Aan de buitenkant is bij Lisanne niet snel te merken dat ze erg onzeker is, want ze is vrolijk en behulpzaam. Ze is opgegroeid met veel spanningen in huis. Ze heeft zich vaak angstig gevoeld in haar jeugd en probeerde zich toen zo onzichtbaar mogelijk te maken. Om spanningen en angstgevoelens te voorkomen is ze geneigd het de ander zoveel mogelijk naar de zin te maken en moeilijkheden uit de weg te gaan. Lisanne heeft moeite om voor zichzelf op te komen. Haar psychotische klachten spelen op wanneer zich toch moeilijkheden voordoen die ze niet heeft kunnen voorkomen. Hierdoor loopt ze continu op haar tenen.

Met Lisanne is onder meer een *imaginaire-rescripting-oefening* gedaan. Hierbij werd ze geconfronteerd met haar angst, waarin de Straffende Ouder een belangrijke rol speelde, die tevens haar psychotische angst symboliseerde. Het is Lisanne gelukt om in plaats van overspoeld te raken door zulke situaties, ze de baas te worden. Hoewel dit voor haar erg spannend en beangstigend was, heeft ze het aangedurfd om de angstige situatie opnieuw onder ogen te komen. De aanwezigheid van de groep gaf haar hierbij de veiligheid en steun die ze nodig had.

Therapeuten

De groepstherapie werd gegeven door twee therapeuten: een gz-psycholoog in opleiding tot psychotherapeut en een gz-psycholoog in opleiding tot klinisch psycholoog. Beiden hebben relevante schematherapieopleidingen doorlopen bij een erkende opleidingsinstelling. De therapeuten hadden maandelijks samen anderhalf uur supervisie bij een geregistreerde supervisor schematherapie (VGCT, NVGP, NVP, VSt). De haalbaarheid van schema-gerichte therapie en de bruikbaarheid van technieken werden geëvalueerd

in deze supervisies. Hierbij werd op verschillende momenten gebruikgemaakt van audio-opnamen van de groepsessies. Tevens werd besproken welke aanpassingen aan het protocol passend zijn voor de doelgroep.

Meetinstrumenten

Haalbaarheid: De haalbaarheid van de behandeling werd beoordeeld aan de hand van de aanwezigheid van deelnemers, het aantal drop-outs en de evaluatie hiervan.

Toepasbaarheid van het protocol: Er werd na elke sessie in een logboek genoteerd welke technieken er waren gebruikt, of patiënten die goed konden verdragen en op welke manier de schematherapie aangepast moest worden, teneinde zo de toepasbaarheid van het protocol voor deze doelgroep te evalueren.

Individuele verandering: De individuele verandering werd gemeten met een vijftal zelfrapportagevragenlijsten die betrekking hadden op klachten, cognitieve schema's, schemamodi en schemacoping. Hieronder worden deze vragenlijsten beschreven:

- 1 De Brief Symptom Inventory (BSI; de Beurs, 2006) is een klachtenlijst bestaande uit 53 items, die weergeeft in welke mate de onderzochte patiënt gedurende de afgelopen periode last had van psychische en/of lichamelijke symptomen. De BSI is een ingekorte vertaling van de Symptom Checklist 90 (SCL-90) en vertoont nagenoeg dezelfde goede psychometrische eigenschappen als de SCL-90 (de Beurs & Zitman, 2006). Er wordt gescoord op een vijf puntsschaal, die loopt van 'helemaal geen' tot 'heel veel'. Er is een score voor het totale aantal klachten, de totale aanwezige symptomen en de ernst van de aanwezige symptomen. In de handleiding van de BSI beschrijft de Beurs de resultaten van psychometrisch onderzoek uitgevoerd op de Nederlandse bewerking van de BSI. De test-hertestbetrouwbaarheid is voldoende stabiel te noemen (de Beurs, 2006). De interne consistentiebetrouwbaarheid (Cronbachs alfa) van de meeste schalen was goed of voldoende. De betrouwbaarheid van de totaalscore was uitstekend.
- 2 De Community Assessment of Psychic Experiences (CAPE; van Os et al., 1999) is een zelfinvullijst met 42 items die voor screening op psychotische belevingen gebruikt kan worden. De lijst vraagt naar milde psychotische ervaringen (positieve en negatieve symptomen) en subklinische depressieve symptomen. Zowel de frequentie als de last van dergelijke symptomen wordt in kaart gebracht. Items kunnen gescoord worden op een vierpuntsschaal. Op de frequentieschaal betekent een score van 0 'nooit', 1 'soms', 2 'vaak' en 3 'bijna altijd'. Op de distressschaal geeft een score van 0 'geen last' aan (niet verontrustend), 1 'een beetje', 2 'nogal wat' en 3 'veel last'. Konings en collega's (2006) hebben aangetoond dat

- de CAPE een betrouwbaar en valide onderzoeksinstrument is. Er zijn voornamelijk geen normgroepen bekend voor de CAPE.
- 3 De Schemavragenlijst (Young Schema Questionnaire, YSQ; originele versie: Young & Brown, 1994; vertaald door: Sterk & Rijkeboer, 1997) bestaat uit 205 items en heeft als doel om vroege onaangepaste cognitieve schema's in kaart te brengen. Elk item is geformuleerd als een negatieve kerngedachte over zichzelf of over relaties met anderen, en kan gewaardeerd worden op een zespuntsschaal, die loopt van 'helemaal niet waar' tot 'helemaal waar'. De Nederlandse vertaling en bewerking van de Young Schema Questionnaire (YSQ) is in verschillende studies uitvoerig op haar psychometrische kwaliteiten onderzocht in zowel klinische als niet-klinische groepen (Rijkeboer, 2005), waarbij gunstige psychometrische eigenschappen werden gevonden.
 - 4 De Schema Mode Inventory (SMI) versie 1 (Lobbestael et al., 2010; Young et al., 2007) bestaat uit 124 items, waarin de schemamodi worden gescoord op een zespuntsschaal, die loopt van 'nooit of bijna nooit' tot 'altijd'. De vragenlijst heeft als doel om 14 schemamodi in kaart te brengen. De schemamodi kunnen worden onderverdeeld in vier categorieën: kindermodi, disfunctionele copingmodi, disfunctionele oudermodi en de gezonde-volwassenenmodus (Young et al., 2019). De SMI laat een goede betrouwbaarheid en validiteit zien (Lobbestael et al., 2010), acceptabele interne consistenties van de 14 subschalen, voldoende test-hertestbetrouwbaarheid en matige constructvaliditeit.
 - 5 De Schema Coping Vragenlijst (SCV; Rijkeboer et al., 2010) bestaat uit 16 items op een zespuntsschaal, die loopt van 'helemaal niet van toepassing op mij' tot 'geheel van toepassing op mij'. De SCV beoordeelt de volgende copingstrategieën: vermijden, overcompensatie en bevestigen. In het onderzoek van Rijkeboer en Lobbestael (2012) naar de Nederlandse Schema Coping Inventory werden goede psychometrische kwaliteiten gevonden. In het onderzoek leverde de uitgevoerde factoranalyse ondersteuning voor alle drie de schalen. Daarnaast hadden de schalen een goede interne consistentie en een redelijke betrouwbaarheid.

RESULTATEN

.....

Demografische gegevens

.....

De therapiegroep bestond uit negen patiënten, van wie vijf deelnemers de behandeling hebben afgerond. De gemiddelde leeftijd van deze vijf patiënten was bij aanvang 28 jaar (range 21-35 jaar; SD 5,3). Eén patiënt woonde zelfstandig, twee patiënten woonden in bij hun ouders en twee patiënten

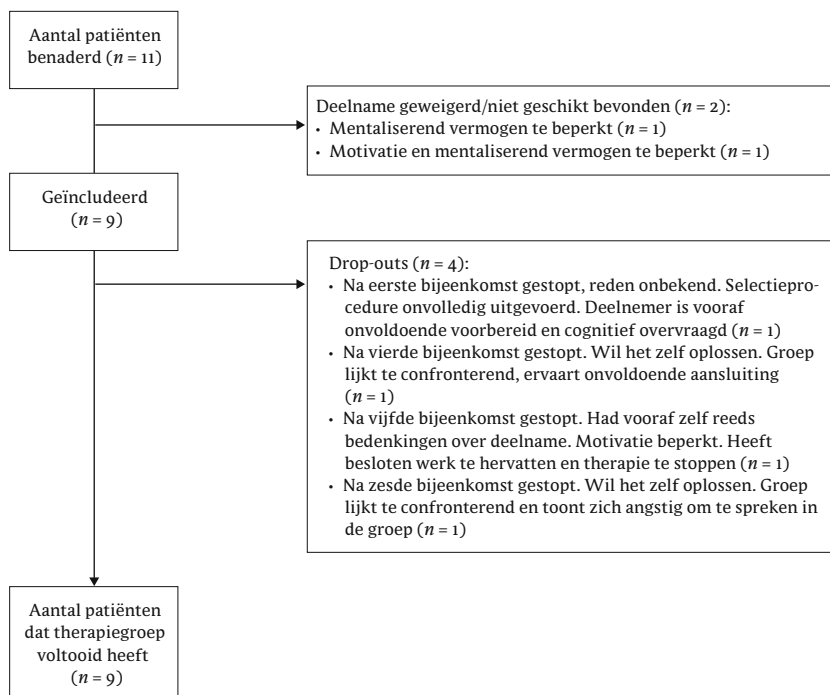
woonden samen met hun partner. Drie patiënten hadden een opleiding binnen het hoger onderwijs afgerond (of zijn hiermee bezig) en twee patiënten hadden een middelbare beroepsopleiding afgerond. Twee patiënten hadden geen vaste dagbesteding, twee patiënten waren met een vervolgopleiding begonnen en één patiënt had een baan. De diagnoses van de patiënten werden gesteld bij intake door de psychiater of klinisch psycholoog van het VIP-team. Bij vier patiënten werd volgens de criteria van de DSM-5 een 'andere gespecificeerde schizofreniespectrum- of andere psychotische stoornis' (298.8) als primaire diagnose gesteld, bij één deelnemer een 'ongespecificeerde schizofreniespectrum- of andere psychotische stoornis' (298.9). De patiënten voldeden niet volledig aan de criteria van een persoonlijkheidsstoornis. Wel werden er bij intake aan de hand van de DSM-5 (APA, 2014) ontwikkende en/of afhankelijke persoonlijkheidstrekken vastgesteld.

Haalbaarheid

De deelname aan de groep en de drop-out van de patiënten is in een flow-chart weergegeven (figuur 1). In totaal werden er 11 patiënten na doorverwijzing van het VIP-team benaderd voor deelname aan de groepstherapie. Eén patiënt gaf zelf aan onvoldoende motivatie te hebben voor de groepstherapie en één patiënt werd vooraf geëxcludeerd vanwege een (zeer) beperkt mentaliserend vermogen. De groep bestond dus aanvankelijk uit negen patiënten, maar had vervolgens vier drop-outs, van wie één patiënt direct na de eerste sessie stopte. De reden hiervan bleef onbekend, omdat patiënt nadien niet meer bereikbaar was voor het behandelteam. Ook werd de selectieprocedure vooraf niet zorgvuldig uitgevoerd, want de patiënt had nog niet alle zelfrapportagevragenlijsten ingevuld. De andere drie drop-outs vielen in de beginfase van de therapie af (binnen de eerste zeven groepsbijeenkomsten) vanwege de volgende factoren: weinig verbinding/herkenning met de groepsleden, beperkte motivatie en een verhoogd angstniveau om te spreken in een groep. Dit komt neer op een drop-out van 44,4% na start van behandeling.

Gemiddeld volgden de resterende vijf patiënten 14,4 sessies van de 18 groepssessies (range 12-17). Vier patiënten waren aanwezig bij de terugkombijeenkomst. Sessies konden individueel worden ingehaald. Vooraf was al bekend dat één groepsdeelnemer drie sessies niet kon meedoen in verband met een reeds geboekte vakantie. Verder waren redenen voor afwezigheid: griep, studieverplichtingen, migraine, mentale vermoeidheid, UWV-afspraken en vergissing in de dag. De patiënten die niet aanwezig konden zijn of zonder reden afwezig waren, werden actief door de groepstherapeuten benaderd. De meeste patiënten vonden het lastig dat er in de beginfase zoveel drop-out was, waardoor dit geregeld onderwerp van gesprek was. Over het algemeen waren de overige patiënten therapietrouw en maakten de meesten hun huiswerk vooraf. We merkten dat de patiënten onderling be-

trokken waren en elkaar steunden. Ook konden emoties worden geuit en besproken. Naarmate de therapie vorderde, durfden ze meer hulp en advies aan elkaar te vragen, waardoor er meer groepscohesie leek te ontstaan. Patiënten spraken na afloop uit dat zij het werken in een kleinere groep als prettig hadden ervaren. Hun voorkeur zou uitgaan naar een groep van vijf of zes patiënten. Eenmaal in de meer actieve fase, toen de patiënten gewend en goed gehecht waren aan de groep, leken zij een goede *compliance* te vertonen. Al met al bleek het volgen van een schemagroepstherapie goed haalbaar in een kleinere groepssamenstelling.



FIGUUR 1 Flowchart respons en drop-outs patiënten groepstherapie

Toepasbaarheid van het protocol

Met het oorspronkelijke SGT-protocol ontstonden al snel problemen wat betreft de haalbaarheid van de gestelde doelen per sessie. We merkten dat de stof voor de meeste patiënten aanvankelijk te veel was, met name vanwege de hoeveelheid nieuwe termen en begrippen die zij zich eigen moesten maken. Het protocol werd enigszins aangepast, voornamelijk om tempoverlaging te bewerkstelligen. Er kwamen minder onderwerpen per sessie aan bod en er werden minder huiswerkdoelen gesteld, hoewel de essentie van de bij-

eenkomst voor ogen werd gehouden. Er werd per sessie geselecteerd welke oefeningen noodzakelijk waren om de einddoelstellingen te kunnen halen. Vanaf sessie 7 ontstond er wat meer verdieping in het therapieproces, mede omdat we ons vanaf dat moment vooral gingen richten op het toepassen van gedragsmatige en experiëntiële technieken. Hierbij was er telkens nauwgezet aandacht voor de haalbaarheid van de techniek per persoon. Soms werd ervoor gekozen dat een deelnemer in aangepaste vorm aan een oefening meedeed, bijvoorbeeld als er sprake was van angst voor ontregeling. Eén deelnemer rapporteerde randpsychotische ervaringen tijdens de imaginaire rescripting. Door gebruik te maken van technieken om veiligheid te vergroten (aarden/ankeren met de voeten, Veilige plek-oefening, en veel structuur en duidelijkheid bieden), lukte het om dit te hanteren. Door de onderling steunende en motiverende sfeer binnen de groep was er voldoende ruimte om dergelijke angsten en onzekerheden te bespreken. Alle patiënten hebben achteraf aangegeven dat ze baat hadden bij de oefeningen, ook al werden die als pittig ervaren.

Individuele verandering

Algemene klachten en psychotische symptomen. In tabel 2 staan de uitkomsten op de zelfrapportagevragenlijsten per patiënt vóór en na behandeling. Drie van de vijf patiënten lieten een afname zien op de totaalscore voor de algemene klachtenschaal. Eén deelnemer scoorde daarentegen hoger. De algemene klachten lagen voor de gehele groep na behandeling op een benedengemiddeld niveau (normgroep ambulante psychiatrische patiënten). Drie van de vijf patiënten lieten op de CAPE een lichte toename van positieve symptomen zien, maar die bleef binnen de range die reeds bij startmeting aanwezig was ('soms'). Verder zagen we bij twee patiënten een lichte toename van distress op de negatieve symptomen. De figuren 2 en 3 bieden een visuele weergave per deelnemer op de klachtenlijsten.

Schema's, modi en coping. Bij twee patiënten was er sprake van een afname van hun disfunctionele schema's (tabel 2). Verder zagen we bij vier van de vijf patiënten een afname op de totaalscore voor de schemamodivragenlijst, ofwel een vermindering van disfunctionele schemamodi. Op de copinglijst zagen we bij vrijwel alle vijf patiënten een reductie van hun (disfunctionele) copingstijl. Twee patiënten lieten een afname zien op de copingstijl 'vermijden' en drie patiënten op de copingstijl 'overcompenseren'.

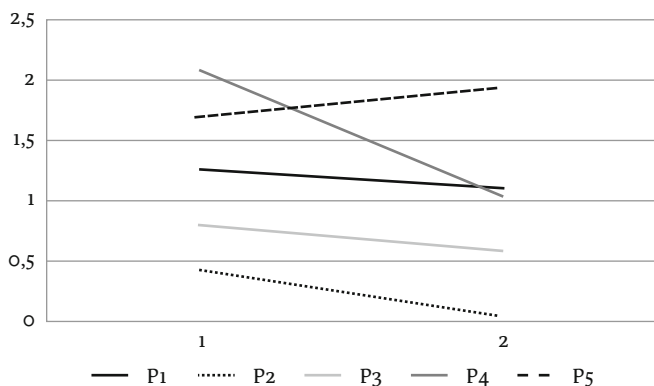
TABEL 2 *Gegevens van uitkomsten van de behandeling per deelnemer*

48

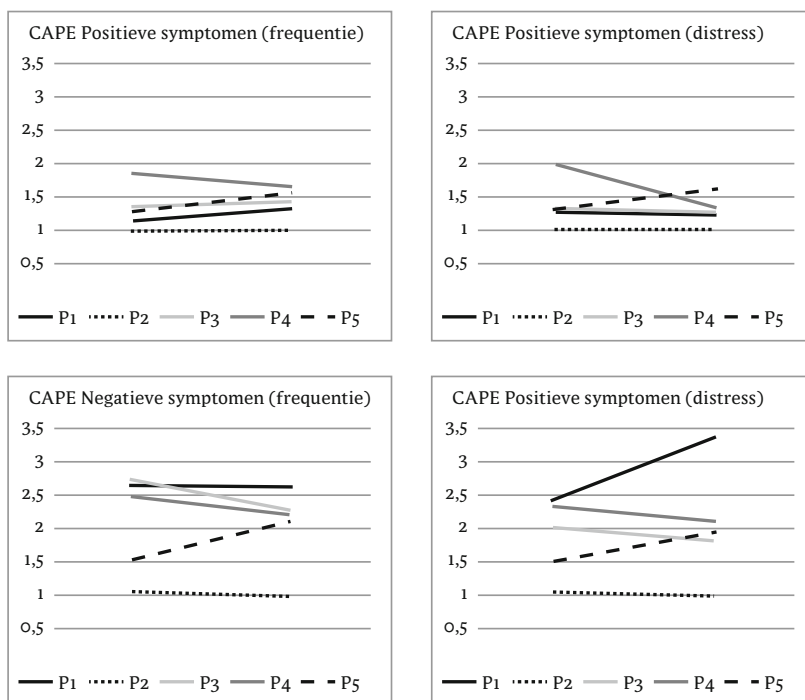
Patiënten	Startmeting	Eindmeting	Verandering	%
BSI – Totaalscore				
P1	1,25	1,11	0,14	11,2
P2	0,42	0,04	0,38	90,5
P3	0,77	0,58	0,19	24,7
P4	2,08	1,04	1,04	50,0
P5	1,69	1,92	+0,23	+13,6
CAPE – Positieve symptomen (frequentie)				
P1	1,15	1,30	+0,15	+13,0
P2	1,00	1,00	0,00	0,00
P3	1,35	1,45	+0,10	+7,40
P4	1,85	1,65	0,20	10,8
P5	1,30	1,60	+0,30	+23,1
CAPE – Positieve symptomen (distress)				
P1	1,25	1,20	0,05	4,00
P2	1,00	1,00	0,00	0,00
P3	1,30	1,25	0,05	3,85
P4	1,95	1,30	0,65	33,3
P5	1,30	1,60	+0,30	+23,1
CAPE – Negatieve symptomen (frequentie)				
P1	2,64	2,60	0,04	1,52
P2	1,07	1,00	0,07	6,54
P3	2,71	2,28	0,43	15,9
P4	2,50	2,21	0,29	11,6
P5	1,50	2,10	+0,60	+40,0
CAPE – Negatieve symptomen (distress)				
P1	2,35	3,30	+0,95	+40,4
P2	1,07	1,00	0,07	6,54
P3	2,00	1,78	0,22	11,0
P4	2,28	2,07	0,21	9,21
P5	1,50	1,90	+0,40	+26,7

Patiënten	Startmeting	Eindmeting	Verandering	%
YSQ – Totalscore				
P1	3,41	2,52	0,89	26,1
P2	2,15	1,23	0,92	42,8
P3	2,91	2,42	0,49	16,8
P4	2,92	2,87	0,05	1,7
P5	2,61	2,48	0,13	5,0
SMI – Totalscore				
P1	363	385	+22	+6,06
P2	388	236	152	39,2
P3	625	520	105	16,8
P4	577	523	54	9,36
P5	658	413	245	37,2
SCV – Vermijden				
P1	3,6	2,6	1	27,8
P2	4,4	2,0	2,4	54,5
P3	3,4	2,6	0,8	23,5
P4	4,2	3,4	0,8	19,0
P5	5,4	4,6	0,8	14,8
SCV – Overcompenseren				
P1	4,5	3,8	0,7	15,6
P2	4,5	2,0	2,5	55,6
P3	3,3	2,7	0,6	18,2
P4	4,5	3,2	1,3	28,9
P5	6,0	3,7	2,3	38,3
SCV – Bevestigen				
P1	3,8	3,0	0,8	21,1
P2	3,8	1,6	2,2	57,9
P3	2,8	2,2	0,6	21,4
P4	3,8	3,8	0,0	0,0
P5	3,6	3,2	0,4	11,1

Noot. De patiënten zijn aangegeven met P1, P2, ... P5. Een '+' staat voor een toename.
BSI = Brief Symptom Inventory; CAPE = Community Assessment of Psychic Experiences; SCV = Schema Coping Vragenlijst; SMI = Schema Mode Inventory; YSQ = Young Schema Questionnaire.



FIGUUR 2 Totaalscores op de BSI per deelnemer vóór en na behandeling. De y-as geeft de totaalscores op de BSI weer, de x-as de meetmomenten vóór behandeling (1) en na behandeling (2). De patiënten zijn aangegeven met P1, P2, ... P5.



FIGUUR 3 CAPE frequentie- en distressscores vóór en na behandeling. De y-as geeft de CAPE frequentiescores, respectievelijk distressscores weer, de x-as de meetmomenten vóór behandeling (1) en na behandeling (2). De patiënten zijn aangegeven met P1, P2, ... P5. CAPE = Community Assessment of Psychic Experiences.

DISCUSSIE EN AANBEVELINGEN

51

Deze gevalsbeschrijving geeft onze ervaringen weer met een schemagerichte groepstherapie voor patiënten met een eerste psychose. We beschrijven zowel de haalbaarheid en toepasbaarheid van het protocol, als de individuele veranderingen op het niveau van klachten, schema's, modi en schemacoping. Hier geven we onze aanbevelingen voor onderzoek en de klinische praktijk.

Haalbaarheid

Vanuit onze ervaringen in de klinische praktijk concluderen wij dat het toepassen van een schemagerichte groepstherapie voor patiënten met een eerste psychose haalbaar is. De drop-outs deden zich vooral voorafgaand en tijdens de eerste sessies voor, en lijken grotendeels samen te hangen met spanning rond de start van de interventie. Dit lijkt overeen te komen met de resultaten van Brink en collega's (2017) bij de EPA-doelgroep. De therapietrouw is groter in de actieve fase van de therapie. Het niet volgen van alle sessies lijkt vooral samen te hangen met praktische redenen en niet met de therapie zelf. We denken wel dat een fasegerichte benadering van schematherapie mogelijk beter kan aansluiten bij deze patiëntgroep. Reubsæet (2018) beschrijft een protocol van fasegerichte schematherapie. De fasegerichte insteek zorgt voor een duidelijke afbakening in het therapeutisch proces van de patiënt. Iedere fase brengt eigen taken en doelstellingen met zich mee. Evaluaties en fasegerichte taken maken duidelijk welke grenzen en/of extra ondersteuning er nodig zijn om de stap naar de volgende fase te kunnen maken. De therapie is daardoor gefocust op gezamenlijk en stapsgewijs leren.

Toepasbaarheid van het protocol

Onze bevinding was dat het werktempo binnen de groep verlaagd moest worden en dat er minder stof per sessie behandeld kon worden dan het protocol voorschrijft. Dit lijkt mede samen te hangen met cognitieve problemen, die bij mensen met psychotische stoornissen als een kernprobleem kunnen worden gezien (Zanelli et al., 2019). Cognitieve functies als concentratie en aandacht kunnen verminderd zijn bij psychose, en het beloop van cognitieve problemen verschilt per persoon. Ook is vanuit onderzoek bekend dat bij mensen met psychose er vaak sprake is van een verhoogde emotionele reactiviteit op stressoren in het dagelijks leven (Myin-Germeyns & van Os, 2007), of dat deze patiënten een verhoogde stressgevoeligheid ervaren. We willen benadrukken dat opmerkzaamheid en zorgvuldigheid in het *moment to moment* proces van groepstherapie bij mensen met psychose van belang is. Controleren voor factoren die een essentiële rol spelen bij het

adequaat hanteren en reguleren van spanning zijn van groter belang dan het vermijden van stressverhoging op zich. Dit past bij eerdere bevindingen over de toepasbaarheid van traumabehandeling bij dezelfde doelgroep (van den Berg & van der Gaag, 2012). Het toepassen van experiëntiële technieken bij mensen met een eerste psychose, mits dit samengaat met aandacht voor spanningsregulatie, hoeft geen beletsel te zijn in het programma van de schemagerichte groepstherapie. We stelden vast dat de groepsleden in staat waren om de meer spanningsverhogende oefeningen aan te gaan zonder een belangrijke toename van psychotische klachten. Dit is in overeenstemming met de bevindingen van Taylor en collega's (2020), die vonden dat experiëntiële imagery-technieken toepasbaar zijn bij mensen met psychose.

Individuele veranderingen

Wat betreft individuele veranderingen op klachtniveau zagen we dat de algemene klachten na behandeling nog minimaal aanwezig waren. Op het gebied van positieve psychotische klachten zagen we kleine veranderingen, maar die blijven alle binnen dezelfde range als bij de voormeting. Wat betreft schema's, modi en copingstijlen zagen we een verbetering van functioneren. Dit suggereert dat de groepsbehandeling de psychotische klachten niet veel doet toenemen, maar dat het persoonlijkheidsfunctioneren wel lijkt te verbeteren.

Implicaties voor de klinische praktijk en voor wetenschappelijk onderzoek

Deze beschrijving van ervaringen van patiënten en therapeuten suggereert dat een groepsgerichte schematherapie bij mensen met een eerste psychose haalbaar is en niet leidt tot een toename van psychotische klachten. Er lijken echter wel aanpassingen van het protocol geïndiceerd. Zo zou een fasegerichte benadering kunnen helpen bij het toeleiden naar de meer actieve fase van behandeling. Ook zou de *drop-out rate* hierdoor kunnen afnemen. Door deze fasegerichte benadering kan er rekening worden gehouden met cognitieve problemen en belastbaarheid van patiënten met een psychose.

Onze bevindingen en ervaringen moeten in een wetenschappelijk onderzoek verder getoetst worden. Een aanbeveling voor verder onderzoek is om ook een cognitieve screening mee te nemen. Vooralsnog lijkt de belangrijkste bevinding dat het behandelen van comorbide persoonlijkheidsproblemen bij een eerste psychose niet uit de weg moet worden gegaan. Zodat durven denken, voelen en ervaren rond interpersoonlijk functioneren weer de plek kan krijgen in de behandeling waar het om vraagt.

Cindy de Kruijk is klinisch psycholoog en werkzaam bij Dimence te Deventer.

Elise van der Wind is psychotherapeut en werkzaam bij GGzE, Centrum VIBE.

Hella Janssen is psycholoog i.o. tot gz-psycholoog en werkzaam bij GGzE, Centrum VIBE.

Karin van den Berg is klinisch psycholoog en werkzaam bij GGzE, Centrum VIBE.

Correspondentieadres: Elise van der Wind, GGzE, Centrum VIBE, Michelangelolaan 2, 5623 EJ Eindhoven. E-mail: elise.vander.wind@ggze.nl.

53

Summary *Schema focused therapy after first psychosis: Description of clinical experiences*

Co-morbid personality problems are common in individuals with a first psychosis and may deteriorate psychotic symptoms. We like to share our clinical experiences with a short-term group schema-focused therapy in patients recovering from a first psychosis. Treatment feasibility, adjustments to protocol and individual symptom differences (psychotic symptoms, schemes and coping) before and after treatment are described. Nine participants were included, and five participants completed the therapy. The mean age of these five participants was at the start of therapy 28 years (range 21-35 years; SD 5.3). Drop-out (44.4%) were observed only in the beginning of treatment. The level of psychotic symptoms did not change after treatment and the level of personality functioning improved after treatment. We suggest changing the protocol into a phase-oriented approach to increase adherence to treatment and implementing adjustments regarding observed cognitive problems as well as increasing sensitivity to stress regulation. We found experiential techniques enriched treatment. These findings need to be replicated in future scientific studies with larger samples and control groups.

Key words *psychosis, personality problems, schema group therapy, experiential techniques, comorbidity*

Literatuur

- American Psychiatric Association (APA). (2014). *Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5). Nederlandse vertaling van Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. Uitgeverij Boom.
- Beauchamp, M. C., Lecomte, T., Lecomte, C., Leclerc, C., & Corbière, M. (2010). Personality traits in early psychosis: Relationship with symptom and coping treatment outcomes. *Early Intervention in Psychiatry*, 5, 33-40.
- Brink, J., Pijnenborg, M., Horsseelenberg, E., Wolters, H., & Sportel, E. (2017). Schemagerichte therapie bij psychotische kwetsbaarheid? *GZ-Psychologie*, 9, 32-36.
- de Beurs, E. (2006). *Brief Symptom Inventory. Handleiding*. PITS.
- de Beurs, E., & Zitman, F. G. (2006). De Brief Symptom Inventory (BSI): De betrouwbaarheid en validiteit van een handzaam alternatief voor de SCL-90. In B. van Wijngaarden & I. Kok (red.), *Een inventarisatie van potentieel geschikte instrumenten voor de Basisset Prestatie-indicatoren geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg*. Trimbo-instituut.
- GGZ Standaarden. (2017). *Psychose*. www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/psychose
- Ison, R., Medoro, L., Keen, N., & Kuipers, E. (2013). The use of rescripting imagery for people with psychosis who hear voices. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 42, 129-142.

- Konings, M., Bak, M., Hanssen, M., van Os, J., & Krabbendam, L. (2006). Validity and reliability of the CAPE: A self-report instrument for the measurement of psychotic experiences in the general population. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 114, 55-61.
- Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ. (2008). *Multidisciplinaire richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen: Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van volwassen patiënten met een persoonlijkheidsstoornis*. Trimbos-instituut.
- Lecomte, T., Gumley, A., & Lysaker, P. (2012). Introduction to special issue on psychosis and personality disorder. *Psychosis*, 4, 1-5.
- Lobbestael, J., van Vreeswijk, M., Spinhoven, P., Schouten, E., & Arntz, A. (2010). Reliability and validity of the short Schema Mode Inventory (SMI). *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 38, 437-458.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2021, 9 maart). *Uw onderzoek: WMO-plichtig of niet?* Onderzoekers / Centrale Commissie Mensgebonden Onderzoek. www.ccmo.nl/onderzoekers/wet-en-regelgeving-voor-medisch-wetenschappelijk-onderzoek/uw-onderzoek-wmo-plichtig-of-niet
- Moore, E. A., Green, M. J., & Carr, V. J. (2012). Comorbid personality traits in schizophrenia: Prevalence and clinical characteristics. *Journal of Psychiatric Research*, 46, 353-359.
- Myin-Germeys, I., & van Os, J. (2007). Stress-reactivity in psychosis: Evidence for an affective pathway to psychosis. *Clinical Psychology Review*, 27, 409-424.
- Reubsat, R. (2018). *Schematherapie: Werken met fases in de klinische praktijk*. Bohn Stafleu van Loghum.
- Rijkeboer, M. M. (2005). *Assessment of early maladaptive schemas. On the validity of the Dutch Young Schema-Questionnaire* [Academisch proefschrift]. Universiteit Utrecht.
- Rijkeboer, M. M. & Lobbestael, J. (2012). *Assessment of schema concepts and their interrelationships*. Paper presented at the symposium 5th world conference of schema therapy, New York, May.
- Rijkeboer, M. M., Lobbestael, J., Arntz, A., & van Genderen, H. (2010). *The Schema Coping Inventory*. Universiteit Utrecht.
- Sterk, F., & Rijkeboer, M. M. (1997). *Schemavragenlijst*. Ambulatorium Universiteit Utrecht
- Tandon, R., Nasrallah, H. A., & Keshavan, M. S. (2009). Schizophrenia, 'just the facts': 4. Clinical features and conceptualization. *Schizophrenia Research*, 110, 1-23.
- Taylor, C. D., Bee, P. E., Kelly, J., Emsley, R., & Haddock, G. (2020). iMAgery focused psychological therapy for persecutory delusions in PSychosis (iMAPS): A multiple baseline experimental case series. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 48, 530-545.
- van den Berg, D. P., & van der Gaag, M. (2012). Treating trauma in psychosis with EMDR: A pilot study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 43, 664-671.
- van der Gaag, M., Staring, T., & Valmaggia, L. (2012). *Handboek psychose*. Boom Lemma.
- van Os, J., Linscott, R., Myin-Germeys, I., Delespaul, P., & Krabbendam, L. (2008). A systematic review and meta-analysis of the psychosis continuum: Evidence for a psychosis-proneness-persistence-impairment model of psychotic disorder. *Psychological Medicine*, 39, 179-195.
- van Os, J., & Reininghaus, U. (2016). Psychosis as a transdiagnostic and extended phenotype in the general population. *World Psychiatry*, 15, 118-124.
- van Os, J., Verdoux, H., & Hanssen, M. (1999). *CAPE (Community Assessment of Psychic Experiences)*. <http://cape42.homestead.com/index.html>

- van Vreeswijk, M. F., & Broersen, J. (2017). *Handleiding kortdurende schematherapie: Voor groepstherapie en individuele therapie* (Derde, herziene druk). Bohn Stafleu van Loghum.
- Young, J. E. (1990). *Cognitive therapy for personality disorders*. Professional Resources Press.
- Young, J. E., Arntz, A., Atkinson, T., Lobbestael, J., Weishaar, M. E., van Vreeswijk, M. F., & Klokman, J. (2007). *The Schema Mode Inventory (SMI)*. Schema Therapy Institute.
- Young, J. E., & Brown, G. (1994). *Young Schema Questionnaire (YSQ)*. In J. E. Young (Ed.), *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach* (pp. 63-76). Professional Resource Press.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2019). *Schemagerichte therapie: Handboek voor therapeuten*. Bohn Stafleu van Loghum.
- Zanelli, J., Mollon, J., Sandin, S., Morgan, C., Dazzan, P., Pilecka, I., Reis Marques, T., David, A. S., Morgan, K., Fearon, P., Doody, G. A., Jones, P. B., Murray, R. M., & Reichenberg, A. (2019). Cognitive change in schizophrenia and other psychoses in the decade following the first episode. *The American Journal of Psychiatry*, 176, 811-819.

De Picture-Frustration Study – Aangepaste versie: Een meetinstrument voor vijandigheid

RUUD HORNSVELD & FLORIS KRAAIMAAT

Samenvatting

.....

Vijandigheid is het toeschrijven van een vijandige houding aan anderen in (veronderstelde) conflictsituaties. In dergelijke situaties kunnen vijandige attributies een rol spelen bij negatieve emoties als boosheid en woede. De Picture-Frustration Study – Aangepaste versie (PFS-AV) is een instrument om die vijandige attributies vast te stellen. In een pilotonderzoek werden aanwijzingen gevonden voor de betrouwbaarheid en validiteit van de PFS-AV (Hornsveld et al., 2007). Deze bevindingen waren aanleiding voor een vervolgonderzoek voor het verkrijgen van aanvullende psychometrische gegevens en normen. Deelnemers waren 422 mannelijke forensisch-psychiatrische klinische en poliklinische patiënten, 101 mannelijke langgestraften en 319 mbo-leerlingen (160 mannen en 159 vrouwen). In alle drie de steekproeven werd ondersteuning gevonden voor de constructvaliditeit, concurrente validiteit en discriminante validiteit van de PFS-AV. Deze resultaten pleiten voor de generaliseerbaarheid en toepasbaarheid van de PFS-AV in verschillende populaties. Voor klinisch diagnostische doeleinden worden voor de drie steekproeven normen gepresenteerd, evenals voorbeelden van scoring.

Trefwoorden: vijandigheid, meetinstrument, PFS-AV, psychometrische eigenschappen, klinische normen

Kernboodschappen voor de klinische praktijk

- ▶ De Picture-Frustration Study – Aangepaste versie is een betrouwbaar en valide instrument voor het meten van vijandigheid.
- ▶ Het instrument kent een eenvoudige scoring door voorbeelden van antwoorden.
- ▶ Er zijn normen voor cliënten ofwel patiënten.

57

INLEIDING

.....

Anderen een vijandige houding toeschrijven, in al dan niet veronderstelde conflictsituaties, kan een grote rol spelen bij iemands negatieve emoties als boosheid en woede. Vooral bij affectieve of interpersoonlijke problematiek kan het vaststellen van iemands mate van vijandigheid een belangrijk diagnostisch hulpmiddel zijn.

Er zijn verschillende modellen ontwikkeld met het begrip vijandigheid, zoals het Social Information Processing Model van Dodge (1986) en Crick en Dodge (1996), of het Integrative Cognitive Model (ICM) van Wilkowski en Robinson (2010). Mede vanwege die verschillende modellen zijn er in de loop van de tijd uiteenlopende definities geopperd voor het begrip vijandigheid. Buss (1961) beschouwde vijandigheid als een houding die de afkeer en negatieve evaluatie van anderen met zich meebrengt, terwijl Berkowitz (1993) vijandigheid definieerde als 'een negatieve houding tegenover een of meer mensen die tot uiting komt in een beslist ongunstig oordeel over het doelwit'. Smith (1994) zag vijandigheid als de eigenschap die 'een devaluatie van de waarde en motieven van anderen inhoudt, een verwachting dat anderen waarschijnlijke bronnen van wangedrag zijn, een oppositionele houding in relaties en een verlangen om schade toe te brengen of anderen gekwetst zien worden'. Ook Eckhardt en collega's (2004) kozen voor een min of meer overeenkomstige beschrijving als die van Smith (1994). Ze beschouwden cynisme (anderen zijn egoïstisch gemotiveerd), wantrouwen (anderen zullen kwetsend zijn en opzettelijk provoceren) en denigreren (anderen zijn oneerlijk, lelijk, gemeen en niet-sociaal) als de drie centrale kenmerken van het begrip vijandigheid. Ten slotte beschreven Wilkowski en Robinson (2010) vijandigheid als 'een automatische neiging om vijandige eigenschappen aan anderen toe te schrijven' en contrasteerden het concept vijandigheid als een toestand of dispositie met concepten van woede als een emotie.

Vanwege de uiteenlopende definities van vijandigheid zijn er nogal wat verschillende meetinstrumenten ontwikkeld voor dit begrip. Eckhardt en collega's (2004) bespraken drie zelfrapportagevragenlijsten die geacht worden vijandigheid te meten, namelijk de Buss-Durkee Hostility Inventory (BDHI; Buss & Durkee, 1957), de Cook-Medley Hostility Inventory (Ho; Cook & Medley, 1954) en de Hostility and Direction of Hostility Question-

naire (HDHQ; Caine et al., 1967). Al deze drie vragenlijsten kunnen volgens Eckhardt en collega's (2004) het construct vijandigheid niet adequaat beoordelen, beschikken over onvoldoende conceptuele helderheid en worden gekenmerkt door zwakke psychometrische ondersteuning. Omdat de BDHI 75 items in acht subschalen omvat die herleidbaar zijn tot twee factoren, zou ze vijandigheid niet eenduidig meten. De Ho met 50 items lijkt over voldoende psychometrische eigenschappen te beschikken, maar 'ook is duidelijk dat andere persoonlijkheidsdimensies, zoals neuroticisme, met Ho-scores overlappen, waardoor het instrument niet gezien kan worden als een zuivere maat voor vijandigheid' (p. 25). Ten slotte is de HDHQ met 51 items nauwelijks onderzocht en lijkt volgens Eckhardt en collega's (2004) de constructvaliditeit te ontbreken.

De Buss-Durkee Hostility Inventory (BDHI; Buss & Durkee, 1957) is een van de meest gebruikte zelfrapportagevragenlijsten voor het meten van vijandigheid. De vragenlijst heeft zeven subschalen, namelijk Geweld, Indirecte Vijandigheid, Prikkelbaarheid, Negativisme, Wrok, Achterdocht en Verbale Vijandigheid. Factoranalyse van de Hostility Inventory leverde twee factoren op: (1) vijandigheid als houding (wrok en achterdocht), en (2) vijandigheid als openlijk gedrag (geweld, indirecte vijandigheid, prikkelbaarheid, negativisme en verbale vijandigheid). Deze twee factoren kwamen overeen met het onderscheid dat Blackburn (1993) maakte tussen de neiging om negatieve bedoelingen aan anderen toe te schrijven (vijandigheid) en de neiging om anderen aan te vallen (agressie).

Opgemerkt moet worden dat de drie bovengenoemde zelfrapportagevragenlijsten keuzeantwoordvragenlijsten zijn. Verschillende auteurs hebben echter bij specifieke populaties als delinquenten in plaats daarvan het gebruik van vrijeantwoordentests aanbevolen als het gaat om het assessment van *moral judgment* (Gavaghan et al., 1983; Stams et al., 2006) of *moral performance* (Van Vugt et al., 2011; voor de invloed van sociale wenselijkheid op zelfrapportagevragenlijsten, zie bijvoorbeeld: Hornsveld en collega's, 2019). Bij vrijeantwoordenvragenlijsten wordt respondenten gevraagd hun antwoorden op vragen op te schrijven, waarna een onafhankelijke onderzoeksassistent die antwoorden beoordeelt. Schriftelijke reacties geven mogelijk meer directe informatie over het gedrag van respondenten, omdat die dan niet hoeven te overwegen wat een 'juiste' of 'beste' score is op de likert-schaal, zoals bij vragenlijsten met keuzeantwoorden.

Vanwege het ontbreken van een vrijeantwoordeninstrument voor het meten van vijandigheid hebben Hornsveld en collega's (2007) de Aangepaste versie van de Picture-Frustration Study (PFS-AV) ontwikkeld, gebaseerd op de cartoons van de Picture-Frustration Study (PFS) van Rosenzweig (1978). De PFS-AV was in eerste instantie bedoeld voor forensisch-psychiatrische patiënten, om te kunnen vaststellen welke factoren een rol kunnen spelen bij agressief gedrag, en maakte deel uit van een testbatterij voor de evaluatie van een behandelprogramma. Figuur 1 geeft een voorbeeld weer van een plaatje dat afkomstig is uit de PFS en dat gebruikt werd voor de PFS-AV.



FIGUUR 1 Een van de cartoonachtige plaatjes uit de Picture-Frustration Study – Aangepaste versie

Om de psychometrische eigenschappen van het instrument te onderzoeken werden data verzameld bij forensisch-psychiatrische klinische en poliklinische patiënten die een behandelprogramma moesten volgen. De langgestraften werden gekozen omdat ze veroordeeld waren vanwege een met de klinische patiënten vergelijkbaar zwaar geweldsdelict. De mbo-leerlingen fungeerden als normale vergelijkingsgroep. Voor de drie steekproeven werden normen berekend voor diagnostische doeleinden.

METHODE

.....

Deelnemers

.....

Forensisch-psychiatrische patiënten. Deze patiënten verbleven in vier forensisch-psychiatrische instellingen en waren veroordeeld voor ernstige misdrijven waarvoor een gevangenisstraf van meer dan vier jaar geldt, zoals zware mishandeling, doodslag of moord. Hun primaire diagnose was een antisociale-persoonlijkeidsstoornis of een psychotische stoornis gecombineerd met een antisociale-persoonlijkeidsstoornis (DSM-5; APA, 2014). Op twee forensisch-psychiatrische poliklinieken werden patiënten behandeld die van de rechtbank een verplichte behandeling opgelegd hadden gekregen vanwege een geweldsdelict, zoals mishandeling, beroving met geweld of ernstige dreiging met geweld. De primaire diagnose van de poliklinische patiënten was een gedragsstoornis of een antisociale-persoonlijkeidsstoornis. Alle patiënten werden doorverwezen om een behandelprogramma voor

geweldplegers te volgen (Hornsveld & Kraaimaat, 2019) en vulden een testbatterij in als onderdeel van een assessmentprocedure. Bijna alle patiënten hadden de lagere school afgerond, gevolgd door ten minste enkele jaren secundair onderwijs.

Langgestraften. Deze gedetineerden hadden een geweldsdelict gepleegd waarop een gevangenisstraf van minimaal vier jaar staat en verbleven in drie penitentiaire inrichtingen. Ongeveer 82% kon met de Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R; Nederlandse versie: Vertommen et al., 2002) worden gediagnosticeerd als lijdend aan een antisociale-persoonlijkheidsstoornis.

Mbo-leerlingen. De leerlingen (mannen en vrouwen) volgden (in twee onderwijsinstellingen) lager of middelbaar beroepsonderwijs, een opleidingsniveau dat overeenkomt met dat van de meeste forensisch-psychiatrische patiënten en langgestraften.

Meetinstrumenten

De testbatterij voor de evaluatie van een behandelprogramma omvatte onderstaande meetinstrumenten. De PCL-R werd alleen afgenomen bij de forensisch-psychiatrische patiënten en de langgestraften.

De *Aangepaste versie* van Rosenzweigs (1978) *Picture-Frustration Study* (PFS-AV; Hornsveld et al., 2007) is ontwikkeld om vijandigheid te meten. Het instrument vraagt deelnemers om hun reacties op 12 cartoonachtige plaatjes op te schrijven. Respondenten krijgen de opdracht om de situatie te bekijken zoals weergegeven op een plaatje (bijvoorbeeld een klant die tegen een winkelier zegt: 'Dit is al de derde keer dat dit nieuwe horloge stilstaat.') en om in de lege tekstballon de reactie op te schrijven die meteen in hun gedachten opkomt (figuur 1). De antwoorden worden gescoord door een ervaren en onafhankelijke onderzoeksassistent (psycholoog) op een zevenpuntsschaal, die loopt van 1 = 'helemaal niet vijandig' tot 7 = 'extreem vijandig'. In de PFS-AV-handleiding worden voorbeelden van scoring op de zevenpuntsschaal gegeven om zo de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid te bevorderen (Hornsveld, z.d.).

De *Psychopathy Checklist-Revised* (PCL-R; Nederlandse versie: Vertommen et al., 2002) werd gebruikt voor het meten van psychopathie. De checklist bestaat uit 20 items, die gescoord moeten worden door gecertificeerde onderzoeksassistenten op basis van een dossieronderzoek en een interview op een driepuntsschaal, met 0 = 'niet van toepassing', 1 = 'tot op zekere hoogte van toepassing', en 2 = 'van toepassing'. Vertommen en collega's (2002) vonden ondersteuning voor de betrouwbaarheid, validiteit en de tweefactorenstructuur van de PCL-R. Hildebrand en collega's (2002) rapporteerden dat de interne consistentie hoog is en dat de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van de individuele scores en de totale score varieerden van goed tot uitstekend.

De *NEO Five-Factor Inventory* (NEO-FFI; Nederlandse versie: Hoekstra et al., 1996) heeft 60 items en meet de Big Five persoonlijkheidsdomeinen Neuroticisme, Extraversie, Openheid, Aangenaamheid en Consciëntieusheid. Deelnemers scoren items op een vijfpunts likertschaal, variërend van 1 = ‘helemaal niet mee eens’ tot 5 = ‘helemaal mee eens’. In steekproeven van niet-klinische volwassenen bleken interne consistentie en test-hertestbetrouwbaarheid van de NEO-FFI-schalen goed.

De subschaal *Woede als dispositie* van de Zelf-Analyse Vragenlijst (ZAV; van der Ploeg et al., 1982) werd gebruikt om de algemene neiging tot woede te meten. Deelnemers scoren items op een vierpunts likertschaal, variërend van 1 = ‘bijna nooit’ tot 4 = ‘bijna altijd’. In een groep van 150 Nederlandse mannelijke universiteitsstudenten vonden van der Ploeg en collega’s (1982) een interne consistentie (Cronbachs α) van 0,78 en in een subgroep van 70 studenten een test-hertestbetrouwbaarheid van 0,78. Ook de convergente validiteit van de schaal voor boosheid als dispositie bleek bevredigend te zijn.

Het NAS-deel van de *Novaco Anger Scale–Provocation Inventory* (NAS-PI; Nederlandse versie: Hornsveld et al., 2011) werd gebruikt om drie componenten van woede als toestand (cognitief, *arousal* en *overt* gedrag) te meten en betreft 48 woedeopwekkende situaties. De items worden gescoord op een driepunts likertschaal, met 1 = ‘nooit waar’, 2 = ‘soms waar’, en 3 = ‘altijd waar’. In een steekproef van 194 Nederlandse gewelddadige forensisch-psychiatrische patiënten (allen mannen) bleek voor de NAS-totaalscore de interne consistentie (Cronbachs α) 0,95 te zijn en de test-hertestbetrouwbaarheid in een subgroep van 90 poliklinische patiënten 0,80 (Hornsveld et al., 2011).

De *Agressievragenlijst* (AVL; Meesters et al., 1996) had oorspronkelijk 29 items, verdeeld over vier subschalen, namelijk Fysieke Agressie, Verbale Agressie, Woede en Vijandigheid. Respondenten beantwoorden de items op de AVL met behulp van een vijfpuntsschaal lopende van 1 = ‘uiterst niet kenmerkend voor mij’ tot 5 = ‘uiterst kenmerkend voor mij’. In een groep van 138 Nederlandse gewelddadige forensisch-psychiatrische patiënten (allen mannen) vonden Hornsveld en collega’s (2009) voor de AVL-totaalscore een interne consistentie (Cronbachs α) van 0,83 en voor de vier subschalen een interne consistentie van respectievelijk 0,72, 0,34, 0,57 en 0,81. In een subgroep van 90 poliklinische patiënten was de test-hertestbetrouwbaarheid voor de AVL 0,72 en voor de vier subschalen respectievelijk 0,76, 0,58, 0,65 en 0,54. In dit onderzoek werden alleen de subschalen Fysieke Agressie en Verbale Agressie van de AVL gebruikt. De scores op deze twee subschalen zijn bij elkaar opgeteld in een Agressieschaal. De correlatie tussen beide subschalen was 0,61.

De *Inventarisatielijst Omgaan met Anderen* (IOA; van Dam-Baggen & Kraaimaat, 1999; Kraaimaat, 2020) is een zelfrapportagevragenlijst met twee schalen. De ene schaal geeft sociaal ongemak of angst aan, de andere schaal betreft de frequentie van uitvoering van sociale reacties (dat wil

zeggen: sociale vaardigheden). Elke schaal bestaat uit dezelfde 35 items, die zijn geformuleerd als antwoorden op specifieke sociale situaties. In de Spanning/Angst-schaal worden de items gescoord op een vijfpunts likert-schaal, variërend van 1 = 'helemaal niet gespannen of zenuwachtig' tot 5 = 'heel erg gespannen of zenuwachtig'. Dezelfde items worden gescoord op een vijfpunts likertschaal in de Frequentieschaal, variërend van 1 = 'Ik doe het nooit' tot 5 = 'Ik doe het altijd'. De betrouwbaarheid en validiteit van de IOA zijn onderzocht in verschillende psychiatrische en niet-psychiatrische steekproeven van volwassenen. De schalen Ongemak/Angst en Frequentie vertoonden stabiliteit in de tijd en ook voldoende interne consistentie. De interne consistentie was voldoende hoog op beide schalen. De IOA-schalen waren in staat om onderscheid te maken tussen sociaal angstige en niet-sociaal angstige steekproeven, en toonden significante relaties met onafhankelijke metingen van sociale angst (Kraaimaat, 2019).

Procedure

Bij de forensisch-psychiatrische patiënten werden de vragenlijsten en het interview afgenomen in het kader van de evaluatie van een behandelprogramma. De langgestraften en de leerlingen vulden de vragenlijsten klassikaal in en kregen daarvoor een kleine financiële vergoeding. De door behandelaars geïndiceerde patiënten, de door de penitentiaire instellingen geselecteerde langgestraften en de door de twee onderwijsinstellingen geselecteerde leerlingen deden allen op basis van vrijwilligheid mee aan het onderzoek. Over de criteria die de penitentiaire instellingen en de onderwijsinstellingen gebruikten bij hun selectie ontbreekt nadere informatie. *Informed consent* werd verkregen van de deelnemers en van de deelnemende instellingen. De Regionale Ethische Commissie, CMO van de regio Rotterdam, verleende toestemming voor de studie.

PILOTONDERZOEK¹

Patiënten en procedure

Om de concurrente validiteit van de vragenlijst vast te stellen, werden de scores op de 12-item PFS-AV gecorreleerd met de PCL-R (Vertommen en collega's, 2002), en met zelfrapportagevragenlijsten voor persoonlijkheidskennmerken (NEO-FFI), agressief gedrag (AVL en NAS), sociale angst en sociale vaardigheden (IOA). Het onderzoek omvatte 147 opgenomen forensisch-psychiatrische patiënten met een gemiddelde leeftijd van 35,5 jaar (SD = 8,8;

1 Sommige van deze gegevens zijn ook te vinden in: Hornsveld et al., 2007.

bereik: 21-63 jaar) en 138 poliklinische forensisch-psychiatrische patiënten met een gemiddelde leeftijd van 21,9 jaar ($SD = 8,0$; bereik: 16-48 jaar). Uitsluitend mannelijke patiënten maakten deel uit van het onderzoek.

Concurrente validiteit²

Zoals te zien is in tabel 1, bleek de PFS-AV niet significant gecorreleerd met de totale score of met de twee factorscores van de PCL-R. De PFS-AV correleerde positief met het NEO-FFI-domein Neuroticisme, en correleerde negatief met de domeinen Extraversie, Openheid, Aangenaamheid en Consciëntieusheid. Er werd een positieve correlatie gevonden tussen de PFS-AV en instrumenten voor woede of agressie (ZAV, NAS en AVL). De correlaties met sociale angst en sociale vaardigheden (IOA) waren respectievelijk significant positief en negatief, maar laag. Deze resultaten ondersteunen de validiteit van de PFS-AV.

VERVOLGONDERZOEK

Deelnemers

De 422 mannelijke forensisch-psychiatrische patiënten hadden een gemiddelde leeftijd van 31,06 jaar ($SD = 11,93$; bereik: 14-70 jaar), de 101 langgestraften hadden een gemiddelde leeftijd van 32,35 jaar ($SD = 9,50$; bereik: 19-59 jaar) en de gemiddelde leeftijd van de mbo-leerlingen was 18,53 jaar ($SD = 2,11$; range 16-27). Beschrijvende PFS-AV-gegevens voor de drie steekproeven zijn te vinden in tabel 2.

De mogelijke laagste en maximale score van de 12-item PFS-AV zijn respectievelijk 12 en 84. Alle groepen hadden scores over de hele range. De interne consistenties bleken te wijzen op een redelijke tot goede constructvaliditeit van de PFS-AV. Er waren ook significante verschillen tussen de drie steekproeven ($F = 25,15$; $df = 2849$). Bij gebruikmaking van de Scheffé-methode bleken de forensisch-psychiatrische patiënten niet te verschillen van de langgestraften. Daarentegen verschilden de forensische patiënten en lang-

- 2 Bij het vaststellen van de concurrente validiteit wordt een nieuw meetinstrument vergeleken met bestaande meetinstrumenten. Constructvaliditeit is de mate waarin de meting van een construct (in dit geval vijandigheid) volgens verwachting samenhangt met andere constructen. Discriminante validiteit is de mate waarin de resultaten van een meetinstrument verschillen van die van andere meetinstrumenten die geacht worden andere resultaten op te leveren.

TABEL 1 *Correlaties tussen Picture-Frustration Study – Aangepaste versie en andere meetinstrumenten (n = 285)*

64

Meetinstrument	Factor of subschaal	PFS-AV
Leeftijd		-0,20** (273)
PCL-R	Totaal	-0,01 (251)
	Factor 1	-0,06 (236)
	Factor 2	0,08 (236)
NEO-FFI	Neuroticisme	0,13* (274)
	Extraversie	-0,16** (274)
	Openheid	-0,19** (274)
	Aangenaamheid	-0,39** (274)
	Consciëntieusheid	-0,20** (274)
ZAV	Woede als dispositie	0,32** (270)
NAS-PI	Woede als toestand	0,49** (278)
AVL	Totaal	0,46** (277)
	Fysieke agressie	0,43** (277)
	Verbale agressie	0,40** (277)
	Woede	0,40** (277)
	Vijandigheid	0,33** (277)
IOA	Sociale angst	0,13* (260)
	Sociale vaardigheden	-0,15* (267)

Noot. AVL = Agressie Vragenlijst; IOA = Inventarisatielijst Omgaan met Anderen; NAS-PI = Novaco Anger Scale-Provocation Inventory (1994 versie); NEO-FFI = NEO Five Factor Inventory; PCL-R = Psychopathy Checklist-Revised; PFS-AV = Aangepaste versie van de Picture-Frustration Study; ZAV = Zelf Analyse Vragenlijst.

* $p < .05$; ** $p < .01$ (tweezijdig; aantal deelnemers tussen haakjes)

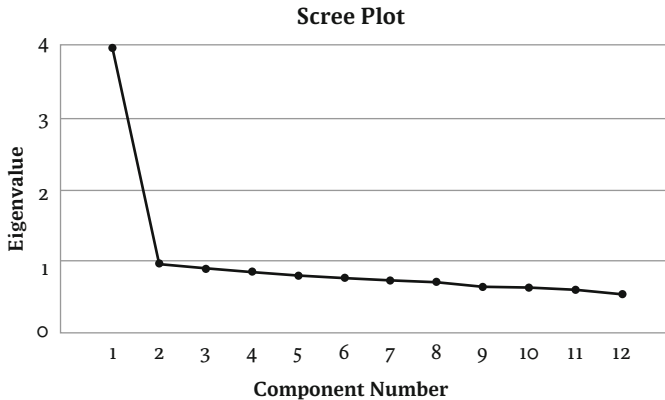
TABEL 2 *Picture-Frustration Study – Aangepaste versie gegevens van de drie steekproeven*

	Forensisch- psychiatri- sche patiën- ten	Langgestraf- ten	Mbo-leerlin- gen	Mannelijke mbo-leerlin- gen	Vrouwelijke mbo-leerlin- gen
Steekproef- grootte	422	101	319	160	159
M	31,06	31,60	27,20	28,91	25,47
SD	11,93	9,65	5,90	5,88	5,40
Mediaan	30	31	27	28	25
Scheefheid	0,68	1,43	0,14	0,60	0,96
Kurtosis	0,11	5,95	0,88	0,51	2,12
Bereik	13-70	14-69	16-50	17-50	16-50
Cronbachs α	0,78	0,87	0,84	0,71	0,72

gestraften beiden van de mbo-leerlingen (respectievelijk $p < 0,001$ en $p < 0,001$). Vergelijkbare resultaten werden verkregen bij correctie voor leeftijdsverschillen. De significante verschillen tussen enerzijds de forensisch-psychiatrische patiënten en langgestraften, en anderzijds de mbo-leerlingen, ondersteunden het vermogen van de PFS-AV om relevante groepen te onderscheiden (discriminante validiteit).

Onderliggende structuur en interne consistentie van de PFS-AV

Met de gecombineerde deelnemers ($N = 842$) werd een exploratieve factoranalyse (EFA) uitgevoerd op de 12 items van de PFS-AV om de onderliggende structuur te onderzoeken. Principale componentenanalyse en Varimax-rotatie met eigenwaarde 1 resulteerden in een éénfactoroplossing, die 33% van de totale variantie verklaart (figuur 2).



FIGUUR 2 Scree plot van de Picture-Frustration Study – Aangepaste versie

Om de interne consistentie van PFS-AV te onderzoeken, werd een betrouwbaarheidsanalyse uitgevoerd, wat resulteerde in een Cronbachs α van 0,81. De EFA-oplossing van slechts één factor en een α van 0,81 wijzen erop dat de PFS-AV relatief homogeen is en dat de afzonderlijke items hetzelfde construct meten.

Aanvullende concurrente validiteitsgegevens van de PFS-AV

Voor de beoordeling van de concurrente validiteit zijn correlatiecoëfficiënten berekend tussen de PFS-AV en vragenlijsten voor gerelateerde constructen (zie tabel 3).

De resultaten van dit onderzoek waren over het algemeen vergelijkbaar met die gevonden in het pilotonderzoek en bevestigden verder de convergente validiteit van de PFS-AV. In alle steekproeven werden ongeveer matige correlaties gevonden voor de PFS-AV met metingen van Aangenaamheid (NEO-FFI), Woede als dispositie (ZAV), Woede als toestand (NAS) en Agressie (AVL), hoewel de AVL-subschaal Vijandigheid laag tot niet-significant correleerde met de PFS-AV. Ook was Neuroticisme (NEO-FFI) niet significant geassocieerd met de PFS-AV in alle drie de steekproeven. Deze laatste bevindingen kunnen erop wijzen dat de PFS-AV vijandige cognities meet en niet emotionele stress. Samenvattend ondersteunen de huidige resultaten de concurrente validiteit en generaliseerbaarheid van de PFS-AV.

Normen voor de drie steekproeven

Om het gebruik van de PFS-AV voor klinische diagnostiek te vergemakkelijken, zijn normen berekend voor forensisch-psychiatrische patiënten, langgestraften en mbo-leerlingen. De PFS-AV normschalen hebben de volgende

TABEL 3 *Correlatiecoëfficiënten van de Picture-Frustration Study – Aangepaste versie met andere meetinstrumenten*

Vragenlijsten	Subschaal of totaal	Forensisch- psychiatri- sche patiën- ten	Langgestraf- ten	Mbo-leerlin- gen
Leeftijd		-0,19**	-0,20*	-0,09
NEO-FFI	Neuroticisme	0,04	-0,01	0,04
	Extraversie	-0,11*	-0,07	-0,14*
	Openheid	-0,16*	-0,14	-0,17**
	Aangenaam- heid	-0,38**	-0,35**	-0,39**
	Consciënti- eusheid	-0,18**	-0,26*	-0,30**
ZAV	Woede als dispositie	0,28**	0,36**	0,31**
AVL	Agressie	0,36**	0,37**	0,47**
	Vijandigheid	0,26**	0,07	0,22**
NAS-PI	Woede als toestand	0,41**	0,37**	0,44**
IOA	Sociale angst	0,09	0,13	0,24**
	Sociale vaar- digheden	-0,09	0,01	-0,02
Aantal deelnemers		338	94	303

Noot. AVL = Agressie Vragenlijst; IOA = Inventarisatielijst Omgaan met Anderen; NAS-PI = Novaco Anger Scale-Provocation Inventory (versie 1994); NEO-FFI = NEO Five Factor Inventory; ZAV = Zelf Analyse Vragenlijst.

* $p < .05$; ** $p < .01$

zeven klassen: zeer hoog, hoog, boven het gemiddelde, gemiddeld, onder het gemiddelde, laag en zeer laag. De onder- en bovengrenzen van de klassen zijn: het 95ste percentiel, 80ste percentiel, gemiddelde + standaard meetfout, gemiddelde – standaard meetfout, 20ste percentiel en 5de percentiel. Tabel 4 geeft de gepresenteerde normen weer voor forensisch-psychiatri-sche patiënten, gedetineerden en mbo-leerlingen (mannelijke en vrouwelij-ke leerlingen afzonderlijk). Omdat er verschillen waren tussen mannelijke en vrouwelijke mbo-leerlingen wat betreft hun PFS-AV-scores ($F = 26,64$; $p < 0,001$), zijn normen weergegeven voor de gehele steekproef, en voor de mannelijke en vrouwelijke mbo-leerlingen afzonderlijk.

TABEL 4 Normen van de Picture-Frustration Study – Aangepaste versie voor de drie steekproeven

68

	Foren- sisch-psy- chiatrische patiënten	Langge- straffen	Mbo-leer- lingen	Manne- lijke mbo- leerlingen	Vrouwe- lijke mbo- leerlingen
Steek- proef- grootte	422	101	319	160	159
Zeër hoog	51-84	44-84	37-84	39-84	34-84
Hoog	38-50	37-43	32-36	34-38	29-33
Bovenge- middeld	36-37	36	31	31-33	28
Gemid- deld	26-35	25-35	22-30	25-30	22-27
Beneden- gemiddeld	23-25	23	21	23-24	20-21
Laag	16-22	17-22	18-20	20-22	18-19
Zeër laag	12-15	12-16	12-17	12-19	12-17

Om de inhoudsvaliditeit van de PFS-AV verder te onderzoeken, werden vloer- en plafondeffecten onderzocht. Deze effecten worden geacht aanwezig te zijn als meer dan 15% van de respondenten de laagst of hoogst mogelijke score haalt (McHorney & Tarlow, 1995). Zoals kan worden afgeleid uit tabel 4, lieten de verdelingen van de PFS-AV-scores in de drie steekproeven geen vloer- of plafondeffecten zien, en ondersteunden ze daarom de inhoudsvaliditeit en betrouwbaarheid van het instrument.

DISCUSSIE

.....

Doel van het pilotonderzoek en het vervolgonderzoek was de psychometrische eigenschappen te onderzoeken van de PFS-AV, een meetinstrument voor vijandigheid dat in eerste instantie bedoeld was voor gewelddadige forensisch-psychiatrische patiënten, maar dat waarschijnlijk ook gebruikt kan worden voor gewelddadige delinquenten en niet-klinische populaties. In het vervolgonderzoek werden de resultaten van het eerder uitgevoerde pilotonderzoek ondersteund. Zo werd een redelijke tot goede constructvaliditeit van de PFS-AV gevonden in steekproeven van forensisch-psychiatrische pa-

tiënten, langgestraften en van mbo-leerlingen. Ook waren de verschillen in PFS-AV-scores tussen de drie steekproeven indicatief voor de discriminante validiteit van dit instrument. Daarnaast ondersteunde een overeenkomstige relatie van de PFS-AV met gerelateerde meetinstrumenten de concurrente validiteit en generaliseerbaarheid ervan in alle drie de steekproeven. Er werden enkele verschillen gevonden in de correlatiecoëfficiënten tussen enerzijds forensisch-psychiatrische patiënten en langgestraften, en anderzijds mbo-leerlingen. Alleen in de steekproeven van forensisch-psychiatrische patiënten en langgestraften werd een negatieve correlatie gevonden tussen leeftijd en de PFS-AV. De afwezigheid bij de mbo-leerlingen van een associatie tussen leeftijd en de PFS-AV kan te wijten zijn aan hun relatief lage leeftijdsbereik (16-27 jaar). Ook was er alleen in die steekproef een significante maar kleine tot middelgrote correlatie tussen IOA Sociale Angst en de PFS-AV. Deze bevinding is in overeenstemming met DeWall en collega's (2010), die in niet-klinische steekproeven positieve correlaties vonden tussen sociale angst en vijandigheid jegens anderen, en met vijandige percepties van anderen. Waarom dit niet het geval is in forensisch-psychiatrische en gedetineerde populaties, moet nader worden onderzocht. Ten slotte zijn er geen vloer- of plafondeffecten gevonden in de verdeling van de scores van de onderzochte steekproeven.

Opmerkelijk was dat de AVL-subschaal Vijandigheid weinig tot niet correleerde met de PFS-AV. Een verklaring hiervoor kan zijn dat er geen ondersteuning is gevonden voor de vierfactorenstructuur van de AVL in populaties van delinquenten en forensisch-psychiatrische patiënten (Eckhardt en collega's, 2004; Hornsveld et al., 2009). Verder blijkt uit een nadere beschouwing van de items op de AVL-subschaal Vijandigheid dat deze meer verband lijken te houden met emotionele stress dan met vijandige cognities.

De huidige bevindingen ondersteunen en verbreden de resultaten van een eerder onderzoek bij gewelddadige forensisch-psychiatrische patiënten (Hornsveld et al., 2007). De PFS-AV kan niet alleen toegepast worden bij gewelddadige forensisch-psychiatrische patiënten en delinquenten, maar waarschijnlijk ook bij niet-klinische populaties. Wel verdient het aanbeveling om de psychometrische eigenschappen van de PFS-AV in die populaties nader te onderzoeken. Een hoge score op vijandigheid vergeleken met een normgroep kan een indicatie zijn voor de vijandige cognities die iemand heeft in situaties waarin hij of zij veronderstelt geprovoceerd te worden. De PFS-AV met voorbeelden voor de scoring in zijn te vinden op Hornsveld, z.d.

Ruud H. J. Hornsveld is gepromoveerd klinisch psycholoog, Rijswijk.

Floris W. Kraaimaat is emeritus hoogleraar Medische Psychologie, Radboud Universiteit, Nijmegen.

Correspondentieadres: Ruud Hornsveld, Lange Dreef 52, 2285 LA Rijswijk.

Summary *The Picture-Frustration Study – Adapted version*

Hostility is attributing a hostile attitude to others in (presumed) conflict situations. In such situations, hostile attributions can play a role in negative emotions such as anger and fury. The Picture-Frustration Study – Adapted version (PFS-AV) is an instrument to assess those hostile attributions. In a pilot study, indications were found for the reliability and validity of the PFS-AV (Hornsveld et al., 2007). These findings prompted a follow-up study to obtain additional psychometric data and norms. Participants were 422 male forensic psychiatric inpatients and outpatients, 101 male long-term prison inmates and 319 senior secondary vocational students (160 males and 159 females). In all three samples, support was found for the construct validity, concurrent validity and discriminant validity of the PFS-AV. These results argue for the generalizability and applicability of the PFS-AV in different populations. For clinical diagnostic purposes, norms are presented for the three samples, as well as examples of scoring.

Keywords *hostility, measure, PFS-AV, psychometric properties, clinical norms*

Literatuur

- American Psychiatric Association (APA). (2014). *Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5). Nederlandse vertaling van Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. Uitgeverij Boom.
- Berkowitz, L. (1993). *Aggression: Its causes, consequences, and control*. McGraw-Hill.
- Blackburn, R. (1993). *The psychology of criminal conduct*. Wiley.
- Buss, A. H. (1961). *The psychology of aggression*. Wiley.
- Buss, A. H., & Durkee, A. (1957). An inventory for assessing different kinds of hostility. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 343-349.
- Caine, T. M., Foulds, G. A., & Hope, K. (1967). *Manual of the Hostility and Direction of Hostility Questionnaire (HDHQ)*. University of London Press.
- Cook, W. W., & Medley, D. M. (1954). Proposed hostility and pharisaic-virtue scales for the MMPI. *Journal of Applied Psychology*, 38, 414-418.
- Crick, N. R., & Dodge, K. A. (1996). Social information-processing mechanisms in reactive and proactive aggression. *Child Development*, 67, 993-1002.
- DeWall, C. N., Buckner, J. D., Lambert, N. M., Cohen, A. S., & Fincham, F. D. (2010). Bracing for the worst, but behaving the best: Social anxiety, hostility, and behavioral aggression. *Journal of Anxiety Disorders*, 24, 260-268.
- Dodge, K. A. (1986). A social information processing model of social competence in children. In M. Perlmutter (Ed.), *Minnesota Symposium on Child Psychology* (Vol. 18, pp. 77-125). Erlbaum.
- Eckhardt, C., Norlander, B., & Deffenbauer, J. (2004). The assessment of anger and hostility: A critical review. *Aggression and Violent Behavior*, 9, 17-43.
- Gavaghan, M. P., Arnold, K. D., & Gibbs, J. C. (1983). Moral judgment in delinquents and nondelinquents: Recognition versus production measures. *Journal of Psychology*, 114, 267-274.
- Hildebrand, M., de Ruiter, C., de Vogel, V., & van der Wolf, P. (2002). Reliability and factor structure of the Dutch language version of Hare's Psychopathy Checklist-Revised. *In-*

- ternational Journal of Forensic Mental Health*, 1, 139-154.
- Hoekstra, H. A., Ormel, J., & de Fruyt, F. (1996). *Handleiding NEO Persoonlijkheidsvragenlijsten*. Swets Test Services.
- Hornsveld, R. H. J. (z.d.). *Meetinstrumenten*. www.agressiehanterings-therapie.nl/nl/menu/meetinstrumenten
- Hornsveld, R. H. J., & Kraaiaat, F. W. (2019). Treatment programs for violent offenders and sexually violent offenders. In R. H. J. Hornsveld, F. W. Kraaiaat, L. A. C. L. Gijs, & E. J. Palmer (Eds.), *Assessment and obligatory treatment of violent and sexually violent offenders: Integrating research and practice* (pp. 125-138). Springer Nature.
- Hornsveld, R. H. J., Kraaiaat, F. W., Nijman, H. L. I., Rosa, S. J., Nunes, K. L., & Palmer, E. J. (2019). The use of self-report questionnaires. In R. H. J. Hornsveld, F. W. Kraaiaat, L. A. C. L. Gijs, & E. J. Palmer (Eds.), *Assessment and obligatory treatment of violent and sexually violent offenders: Integrating research and practice* (pp. 51-65). Springer Nature.
- Hornsveld, R. H. J., Muris, P. E. H. M., & Kraaiaat, F. W. (2011). The Novaco Anger Scale-Provocation Inventory (1994 version) in Dutch forensic psychiatric patients. *Psychological Assessment*, 23, 937-944.
- Hornsveld, R. H. J., Muris, P., Kraaiaat, F. W., & Meesters, C. (2009). The Aggression Questionnaire in Dutch violent forensic psychiatric patients and secondary vocational students. *Assessment*, 16, 181-192.
- Hornsveld, R. H. J., Nijman, H. L. I., Hollin, C. R., & Kraaiaat, F. W. (2007). An adapted version of the Rosenzweig Picture-Frustration Study (PFS-AV) for the measurement of hostility in violent forensic psychiatric patients. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 17, 45-56.
- Kraaiaat, F. W. (2019). *IOA: De Inventarisatielijst Omgaan met Anderen / ISS: Inventory of Interpersonal Situations*. www.floriskraaiaat.nl/tests_iss.html
- Kraaiaat, F. W. (2020). *Manual supplement 2020: Additional norms for the Inventory of Interpersonal Situations (IIS) [Inventarisatielijst Omgaan met Anderen (IOA)]*. Free Publication.
- McHorney, C. A., & Tarlow, A. R. (1995). Individual-patient monitoring in clinical practice: Are available health status surveys adequate? *Quality of Life Research*, 4, 293-307.
- Meesters, C., Muris, P., Bosma, H., Schouten, E., & Beuving, S. (1996). Psychometric evaluation of the Dutch version of the Aggression Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 839-843.
- Rosenzweig, S. (1978). *Aggressive behavior and the Rosenzweig Picture-Frustration Study*. Praeger.
- Smith, T. W. (1994). Concepts and methods in the study of anger, hostility, and health. In A. W. Siegman & T. W. Smith (Eds.), *Anger, hostility, and the heart* (pp. 23-42). Lawrence Erlbaum.
- Stams, G. J., Brugman, D., Dekovic, M., van Rosmalen, L., van der Laan, P., & Gibbs, J. C. (2006). The moral judgment of juvenile delinquents: A meta-analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24, 697-713.
- van Dam-Baggen, R., & Kraaiaat, F. (1999). Assessing social anxiety: The Inventory of Interpersonal Situations (IIS). *European Journal of Psychological Assessment*, 15, 25-38.
- van der Ploeg, H. M., Defares, P. B., & Spielberger, C. D. (1982). *Handleiding bij de Zelf-Analyse Vragenlijst (ZAV)*. Swets & Zeitlinger.
- van Vugt, E., Gibbs, J., Stams, G. J., Bijleveld, C., Hendriks, J., & van der Laan, P. (2011). Moral development

- and recidivism: A meta-analysis. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 55, 1234-1250.
- Vertommen, H., Verheul, R., de Ruiter, C., & Hildebrand, M. (2002). *De herziene versie van Hare's Psychopathie Checklist (PCL-R)*. Swets Test Publishers.
- Wilkowski, B. M., & Robinson, M. D. (2010). The anatomy of anger: An integrative cognitive model of trait anger and reactive aggression. *Journal of Personality*, 78, 9-38.

.....

B.F. Skinner revisited

.....

Bespreking van

Pier Prins & Arnold van Emmerik (2020). *De ideale wereld van B.F. Skinner: Lessen van een gedragspsycholoog voor nu en de toekomst*. LannooCampus. 224 pp., € 29,99. ISBN 9789401473460

ALBERT PONSIOEN

Waarom is dit boek niet 45 jaar geleden verschenen, toen ik aan het begin stond van mijn studie psychologie? Natuurlijk werd Skinner als een van de *founding fathers* van de psychologie als wetenschap beschouwd, maar veel verder dan een kennismaking met de principes van de operante conditionering ging het niet. En in mijn beleving (maar hoe betrouwbaar is die?) was voor velen de stap van het conditioneren van ratten en duiven naar mensen wel wat groot. De mens met zijn diepe zielenroerselen, broeiende gevoelsleven en geestelijke diepgang is toch een veel complexer organisme, wiens gedrag niet louter tot omgevingsfactoren en leergeschiedenis te herleiden valt? Het invoeren van de zogenoemde *token economies* in de psychiatrie heeft altijd tot morele oordelen geleid als ‘patiënten zijn geen aapjes die je moet willen dressereren’ (Korrelboom & ten Broeke, 2004, p. 43). Skinners uitvindingen als de Skinner Box, de Teaching Machine en de Baby Tender, in combinatie met zijn wat stijve voorkomen en postuur, en zijn enigszins enge naam,¹ hebben zeker bijgedragen aan zijn kille, mechanistische imago. Maar Skinner was veel meer dan een hardcore behaviorist die een grote sprong dacht te maken van dierlijk naar menselijk gedrag. Deze wonderlijke combinatie van ‘de meest invloedrijke én de meest verkeerd begrepen, de meest geprezen én de meest verguisde psycholoog van de twintigste eeuw’² waren voor Prins en van Emmerik aanleiding om Skinner eens goed over het voetlicht te brengen. De auteurs geven daarbij direct aan dat bewondering voor

1 In het Engels is een *skinner* een koudslachter of een vilder.

2 Deze typering ontleen Prins en van Emmerik aan Catania en Harnard (1988).

zijn werk hierbij een belangrijke rol speelde, en dit is voelbaar in elk hoofdstuk van het boek. Maar er is zeker geen sprake van een hagiografie, want de diversiteit aan onderwerpen wordt kritisch tegen het licht gehouden. De auteurs behandelen Skinners welhaast dogmatische verzet tegen de cognitieve psychologie, maar ook zijn bijdragen tot vernieuwingen in het onderwijs en zijn ideeën over het aanpakken van maatschappelijke problemen op een toekomstbestendige aardbol.

Skinner wordt door de auteurs omschreven als een radicale behaviorist, die mentale processen meer als correlaten dan als oorzaken van menselijk gedrag beschouwde. Radicaal was Skinner in zijn opvatting dat denken en voelen vormen van gedrag zijn. Het citaat waarmee hoofdstuk 2 begint geeft dit helder weer:

‘The organism is, of course, not empty, and it cannot be adequately treated as a “black box”, but we must carefully distinguish between what is known about what is inside and what is merely inferred’ (Skinner, 1974, p. 212).

Eigenlijk is de gedragswetenschap op zich al een stuk lastiger dan *rocket science*. Wanneer we ook nog eens *private events* als bewustzijn, denken, voelen en verbeelding in verklaringsmodellen opnemen, maken we het ons wel heel erg moeilijk. Voor Skinner verklaarde dit waarom de gedragswetenschap bij de natuurwetenschappen achterblijft. Door de leergeschiedenis en de externe omgeving als verklarende factoren op te voeren, is het in ieder geval mogelijk om deze factoren voor een deel in kaart te brengen. Dit is op zich al ingewikkeld genoeg: wat weet een mens bijvoorbeeld nog van zijn eigen leergeschiedenis? Prins en van Emmerik laten zien dat zelfcontrole- en leefstijlprogramma's bij onder andere verslavingsproblematiek nauw aansluiten bij Skinners ideeën. En het onderwijs zou veel kunnen opsteken van Skinner wanneer het zijn nadruk op aversieve controle ('Doe wat je moet doen, anders krijg je straf!')³ verschuift naar positieve bekrachtiging. Instructies op maat, die aansluiten op ieders individuele leermogelijkheden, hebben meer gemeen met het gedachtegoed van Skinner dan het afschrijven van leerlingen bij wie het standaard lesprogramma onvoldoende past.

Maar Skinner ging verder dan dat. In 1982 gaf hij een voordracht voor de American Psychological Association met de titel: *Why we are not acting to save the world?* Verandering van het schadelijk gedrag van de mens kan uiteindelijk alleen worden bewerkstelligd door veranderingen in onze huidige omgeving. Traditionele verklaringen voor de traagheid waarmee de wereld het energie- en klimaatprobleem aanpakt waren volgens Skinner kenmerkend voor het probleem van de hele cognitieve psychologie: mensen initiëren geen gedrag vanuit innerlijke drijfveren, maar handelen op manieren

3 De documentaireserie *Klassen* laat hiervan vele voorbeelden zien (www.npostart.nl/klassen/VPWON_1304701).

die in het verleden succesvol waren. Je zou zo'n psycholoog in het Outbreak Management Team willen.

Prins en van Emmerik hebben waarlijk iets rechtgezet met dit boek. Voor mij is het na die 45 jaar nog niet te laat en zeker niet voor de huidige generatie gedragswetenschappers. Lezen dit boek!

75

Albert Ponsioen is als klinisch neuropsycholoog verbonden aan de stichting Gaming & Training. *Correspondentieadres:* Damweg 220 3415 RG Polsbroek. E-mail: albertponsioen@gamingandtraining.nl.

Literatuur

- | | |
|--|--|
| Catania, A. C., & Harnad, S. (1988). <i>The selection of behavior: the operant behaviorism of B.F. Skinner: comments</i> | <i>and consequences</i> . Cambridge University Press.
Skinner, B. F. (1974). <i>About behaviorism</i> . Alfred Knopf. |
|--|--|

.....

Imaginaire rescripting: zo doe je dat!

.....

Bespreking van

Remco van der Wijngaart (2020). *Imaginaire rescripting: Theorie en praktijk*. Bohn Stafleu van Loghum. 159 pp., € 30,95. ISBN 9789036824507

VINCENT VAN BRUGGEN

‘Wat heb je nog meer nodig?’ vraagt de therapeute aan Marjan. ‘Dat ik thuis ben, op de bank, met mijn katten.’ ‘Stel je dat maar voor, ze zijn nu bij je.’ Het is even stil. Marjan zit met gesloten ogen, tranen stromen over haar wangen. Zojuist heeft zij in haar verbeelding haar ex-partner het huis uitgezet, nog voordat hij haar in elkaar kon slaan, nu stelt ze zich voor dat ze veilig is en wordt getroost door de warmte van haar huisdieren.

Imaginaire rescripting (IR) is een vaak indrukwekkende techniek, zowel voor de cliënt als voor de therapeut. Tegelijkertijd is de uitvoering ervan niet altijd eenvoudig. Ze vraagt van de therapeut specifieke vaardigheden, zoals fantasie, verbeelding en krachtige emotionele expressie. Het is dan ook goed nieuws dat er nu een zeer praktische en uitvoerige handleiding is verschenen van de hand van een van de bekendste schematherapeuten van Nederland, Remco van der Wijngaart. Veel lezers zullen hem kennen van cursussen, workshops of de recente VGCT e-learning over imaginaire rescripting.

Dit pas verschenen boek van van der Wijngaart begint met een grondige uiteenzetting over imaginatie als menselijke vaardigheid en de toepassing van IR in therapie. Met name voor PTSS en sociale-angststoornis zijn er positieve onderzoeksresultaten die de effectiviteit van deze interventie aantonen, en ook voor andere klachtengebieden zijn er hoopgevende resultaten. Hierna volgt het kerngedeelte van het boek, waarin uitleg wordt gegeven over diagnostische imaginatie, de veilige-plekoefening (eigenlijk is ‘fijne-plekoefening’ een betere benaming, leren we hier), rescripting door de therapeut en uiteindelijk door de cliënt zelf, en ten slotte over toekomstgerichte

rescripting om patronen te doorbreken. Aan het einde van het boek worden specialistische toepassingsgebieden besproken, zoals verslaving en nachtmerries, en wordt een zestal protocollen voor de toepassing weergegeven.

De tekst staat vol met praktijkvoorbeelden. Verder wordt er uitgebreid en zeer gedetailleerd ingegaan op mogelijke problemen die bij de uitvoering kunnen ontstaan. Dit laatste vind ik echt een zeer sterk punt van het boek, naast de conceptuele beschouwing aan het begin. De gedetailleerde beschrijving laat echter ook zien dat de toepassing van IR nog niet eenvoudig is. Zo is het de bedoeling om de traumatische ervaring te activeren, maar niet dusdanig dat alle traumatische aspecten opnieuw beleefd worden (p. 38), terwijl tegelijk het includeren van de meest aversieve scènes uit de herinnering juist wel bijdraagt aan de effectiviteit van de interventie (p. 51). Niet alles opnieuw beleven, maar wel voldoende aspecten van de meest aversieve scènes includeren: een subtiele balans, die je als therapeut alleen door oefening kunt leren. Hierbij vormen de uitgewerkte casussen in het boek inspiratiemateriaal. Ook lijkt het noodzakelijk om kennis te hebben van meer algemene theorie over trauma, zoals de *window of tolerance*, dissociatie en vermijdingsgedrag.

Imaginaire rescripting: Theorie en praktijk is geschikt voor zowel therapeuten die IR inzetten in het kader van schematherapie, als therapeuten die IR als standalone behandeling willen gebruiken. Voor deze laatste toepassing was ik tijdens het lezen op zoek naar handreikingen. Hoe bepaal je bijvoorbeeld het aantal en de volgorde van te behandelen herinneringen of andere mentale voorstellingen? En hoe meet je de voortgang van de therapie? Op pagina 21 geeft de auteur hiervoor een aantal aanwijzingen. Een mooi doel voor de behandeling is bijvoorbeeld dat de cliënt aan het einde van de therapie in staat is om zelfstandig rescripting toe te passen. Ook let je als therapeut op of de geloofwaardigheid van disfunctionele cognities afneemt. Dit blijft echter vrij algemeen. Wat mij betreft zou een voorbeeld van een uitgewerkte casusconceptualisatie en bijpassend behandelplan een handige aanvulling zijn in een volgende editie van dit boek. Een gedetailleerd behandelplan kan veiligheid bieden en helpen om vermijding te voorkomen.

Enigszins verwarrend vind ik dat de auteur aan het slot van het boek aandacht besteedt aan meer algemene imaginaire technieken, zoals positieve imaginatie en COMET, waarbij er feitelijk geen sprake is van rescripting. Tegelijkertijd miste ik juist de inhoudelijke vergelijking met de andere twee grote traumaverwerkingstechnieken – EMDR en imaginaire exposure –, terwijl er veel overeenkomsten zijn. Ook bij EMDR wordt bijvoorbeeld gebruikgemaakt van vormen van rescripting (tijdens zogenaamde *cognitive interweaves*) en ook binnen imaginaire exposure moet de aversieve herinnering voldoende geactiveerd worden. Stöfssel (2020) maakt deze vergelijking tussen de drie veelgebruikte traumaverwerkingstechnieken wel en geeft argumenten om in een bepaalde behandeling juist te kiezen voor IR, bijvoorbeeld wanneer er sprake is van veel zelfbeeldschade of wanneer andere

emoties dan angst op de voorgrond staan. Het is waardevol dat cliënten met trauma's geholpen kunnen worden met meerdere werkzame technieken. Therapeuten die IR in de praktijk inzetten, vinden in het boek van van der Wijngaart een zeer helpende handleiding.

Vincent van Bruggen is supervisor bij de VGCT en is werkzaam bij GGZ Centraal, Marina de Wolfcentrum. Hij geeft les in nascholing cognitieve gedragstherapie.
Correspondentieadres: E-mail: v.vanbruggen@ggzcentraal.nl.

Literatuur

traumabehandeling in de ggz. Bohn
Stafleu van Loghum.

Stöfssel, M. (2020). *Trauma en verwerkingstechnieken: Indicatiestelling bij*

.....

De mogelijke meerwaarde van het toedienen van D-cycloserine op maat

.....

Smits, J. A. J., Pollack, M. H., Rosenfield, D., Otto, M. W., Dowd, S., Carpenter, J., Dutcher, C. D., Lewis, E. M., Witcraft, S. M., Papini, S., Curtiss, J., Andrews, L., Kind, S., Conroy, K., & Hofmann, S. G. (2020). Dose timing of D-cycloserine to augment exposure therapy for social anxiety disorder: A randomized clinical trial. *JAMA Network Open*, 3, e206777.

In 2004 publiceerden Ressler en collega's een artikel waarin werd aangetoond dat D-cycloserine (DCS), een partiële agonist van de N-methyl-D-aspartaatreceptor, de werkzaamheid van exposuretherapie voor hoogtevrees verbeterde. Deze uitkomst leidde tot tal van vervolgonderzoeken. In 2017 vatten Mataix-Cols en collega's in een meta-analyse de bevindingen samen van 21 van deze onderzoeken voor vijf aandoeningen. Zij constateerden dat DCS ten opzichte van placebo leidt tot een statistisch significante verbetering van de symptomen na de behandeling in vergelijking met de symptomen vóór de behandeling, maar niet tot een statistisch significante verbetering van de symptomen bij follow-up in vergelijking met de symptomen vóór de behandeling. De effecten waren kleiner dan in eerdere meta-analyses. Verder ontdekten Rosenfield en collega's (2019) dat doseringsparameters van cruciaal belang kunnen zijn voor de werkzaamheid van DCS.

Naast deze doseringskenmerken identificeerden de auteurs van de hier besproken studie sessiesucces als een factor die mogelijk invloed heeft op de werkzaamheid van DCS. DCS had een sterker effect in vergelijking met placebo wanneer de angst na exposure lager was dan wanneer de angst na exposure hoog bleef.

De huidige studie onderzocht DCS-toediening 'op maat'. Men testte of oordeelkundig gebruik – dat wil zeggen, DCS-toediening alleen na succesvolle sessies – de werkzaamheid van exposure optimaliseert. De hypothese was dat algemene DCS-toediening voor of na exposure effectiever is dan

placebo en dat DCS-toediening op maat betere resultaten oplevert dan algemene DCS-toediening.

De studie maakte gebruik van een dubbelblind, gerandomiseerd design, waarbij de combinatie van exposure met DCS-toediening op maat, presessie DCS-toediening, postsessie DCS-toediening of placebotoediening werd vergeleken bij 152 volwassenen met een sociale-angststoornis. Het exposure-therapieprotocol dat de auteurs gebruikten (Hofmann et al., 2015) omvatte één psycho-educatiesessie gevolgd door vier exposure-sessies gecombineerd met één van de hiervoor genoemde 'pilcondities'. Een uur vóór en onmiddellijk na de sessies 2 tot en met 5 kregen de deelnemers een DCS- of placebopil toegediend in overeenstemming met de onderzoeksconditie waarin zij waren ingedeeld. De auteurs gebruikten een eindangstscore van 40 of minder (op een schaal van 0 tot 100) als index van exposuresucces.

Uit de resultaten bleek dat deelnemers aan de pre- en postsessiecondities sneller verbeterden dan deelnemers in de placeboconditie, en dat zij minder ernstige symptomen hadden bij 3 maanden follow-up. De conditie op maat leverde geen betere resultaten op dan de placeboconditie, ook niet na 3 maanden follow-up. Deelnemers aan de pre- en postsessiecondities vertoonden een snellere verbetering dan die in de conditie op maat, en hadden minder ernstige symptomen na 3 maanden follow-up.

De centrale hypothese van de studie werd dus niet ondersteund. Deze studie laat wel een algemeen versterkend effect van DCS zien, maar slaagde er niet in om het nut van toediening op maat aan te tonen en daarmee de meerwaarde van de inzet van DCS bij exposure verder te vergroten.

In de toekomst is onderzoek nodig: (1) naar het definiëren van de kenmerken van succesvolle exposuresessies; (2) naar het identificeren van individuen die het meest profiteren van vergroting van succesvolle exposuresessies (bijvoorbeeld patiënten die problemen vertonen met het consolideren van angstextinctie of bij wie de N-methyl-D-aspartaatreceptoren suboptimaal functioneren); en (3) naar het bepalen van de optimale dosering van DCS.

COMMENTAAR VAN DE REDACTIE (ARNOLD VAN EMMERIK)

.....

Dit artikel beschrijft een experimentele studie naar het effect van het op maat toevoegen van D-cycloserine aan exposure-sessies bij sociale angst. Met 'op maat' wordt bedoeld: uitsluitend na succesvolle exposure-sessies. Die situatie wordt vervolgens vergeleken met het standaard toedienen van D-cycloserine vóór dan wel na een exposure-sessie, ongeacht of een exposure-sessie succesvol was. Interessant genoeg, en misschien ietwat teleurstellend, sorteert D-cycloserine op maat geen betere effecten dan standaard toediening vóór of na een sessie. Ten opzichte van placebo was toediening op maat zelfs minder effectief dan standaard toediening.

De studie is geheel volgens de regelen der kunst opgezet en gerapporteerd. Een klinische vraag wordt slim en elegant vertaald naar een experimenteel toetsbare hypothese. Het artikel riep bij mij de vraag op of er ooit een moment zal komen waarop dit soort vernuftige combinaties van farmacologische en gedragsmatige technieken wijdverbreid toegepast worden. Al geruime tijd immers staat dit soort interventies te boek als veelbelovend (voor een uitgebreider Nederlandstalig overzicht, zie bijvoorbeeld: Cox & Kindt, 2020). En nota bene was ook in dit onderzoek de standaard toediening van D-cycloserine vóór of na exposure op zichzelf effectiever dan exposure in combinatie met placebo. Tegelijkertijd zijn mij geen geluiden bekend dat farmacologische versterking van exposure ook maar ergens in de praktijk regelmatig gebruikt wordt. Ontbreekt het die praktijk aan kennis en informatie? Hebben we meer evidentie nodig? Is de vereiste samenwerking met een arts te complex? Hopelijk draagt deze publicatie bij aan een antwoord op deze vragen.

Literatuur

- Cox, W., & Kindt, M. (2020). Aan exposure voorbij: Farmacologisch versterken van extinctiegeheugen of verzwakken van angstgeheugen. In A. Greeven & A. van Emmerik (red.), *Handboek exposure* (pp. 282-304). Boom.
- Hofmann, S. G., Carpenter, J. K., Otto, M. W., Rosenfield, D., Smits, J. A. J., & Pollack, M. H. (2015). Dose timing of D-cycloserine to augment cognitive behavioral therapy for social anxiety: Study design and rationale. *Contemporary Clinical Trials*, 43, 223-230.
- Mataix-Cols, D., Fernández de la Cruz, L., Monzani, B., Rosenfield, D., Andersson, E., Pérez-Vigil, A., Frumento, P., de Kleine, R. A., Difede, J., Dunlop, B. W., Farrell, L. J., Geller, D., Gerardi, M., Guastella, A. J., Hofmann, S. G., Hendriks, G. J., Kushner, M. G., Lee, F. S., Lenze, E. J., ... Thuras, P. (2017). D-cycloserine augmentation of exposure-based cognitive behavior therapy for anxiety, obsessive-compulsive, and posttraumatic stress disorders: A systematic review and meta-analysis of individual participant data. *JAMA Psychiatry*, 74, 501-510.
- Ressler, K. J., Rothbaum, B. O., Tannenbaum, L., Anderson, P., Graap, K., Zimand, E., Hodges, L., & Davis, M. (2004). Cognitive enhancers as adjuncts to psychotherapy: Use of D-cycloserine in phobic individuals to facilitate extinction of fear. *Archives of General Psychiatry*, 61, 1136-1144.
- Rosenfield, D., Smits, J. A. J., Hofmann, S. G., Mataix-Cols, D., de la Cruz, L. F., Andersson, E., Rück, C., Monzani, B., Pérez-Vigil, A., Frumento, P., Davis, M., de Kleine, R. A., Difede, J., Dunlop, B. W., Farrell, L. J., Geller, D., Gerardi, M., Guastella, A. J., Hendriks, G. J., ... Otto, M. W. (2019). Changes in dosing and dose timing of D-cycloserine explain its apparent declining efficacy for augmenting exposure therapy for anxiety-related disorders: An individual participant data meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 68, 102149.

Ontvangen

82

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).

Laugeson, E. A., & Frankel, F. (2021). *PEERS Sociale vaardigheidstraining voor jongeren met ontwikkelings- en autismspectrumstoornissen: Handleiding voor trainers* (Nederlandse bewerking door K. Greaves-Lord, B. J. van Pelt, G. Jagersma, & S. Jacobs). Hogrefe.

van der Beek, J., Mönch, M., Toll, S., & van Luit, H. (2021). *Wegwijs in dyslexie en dyscalculie – Handleiding: Training in het leren omgaan met een leerstoornis*. Handboek en werkboeken. Lannoo Campus.

Vanheule, S. (2021). *Waarom een psychose niet zo gek is: Het verhaal achter hoop en herstel*. Lannoo Campus.

Boom psychologie & psychiatrie



Eigen baas in de ggz

Soms hebben mensen met een psychische aandoening voor langere tijd hulp nodig van veel verschillende hulpverleners. Wanneer iemand overspoeld raakt door psychische hulpbehoeften is het lastig om baas te blijven over de ontvangen begeleiding. Hulpverleners nemen besluiten of zorg over. Dat kan anders! Mensen hebben het recht om de baas te blijven over hun eigen begeleiding.

Geef cliënten (weer) de eigen regie

Dit boek heeft als doel mensen met psychische aandoeningen te helpen (weer) de baas te worden over de eigen behandeling. De handvatten uit het boek zijn bedoeld voor hulpverleners die praktische zorg en begeleiding bieden in allerlei verschillende settings in de ggz, verslavingszorg en het sociaal domein.

Eigen baas in de ggz is dé toolbox voor hulpverleners.

Bestel op www.boompsychologie.nl

Boompsychologie
& psychiatrie

Boom psychologie & psychiatrie



VERWACHT

Cognitieve gedragstherapie: de basisvaardigheden

Met **Cognitieve gedragstherapie: de basisvaardigheden** kunnen therapeuten en studenten zich ontwikkelen in de basisinterventies van cognitieve gedragstherapie. Het boek is geschreven door cognitief gedragstherapeuten die naast hun klinische werk ook betrokken zijn bij CGT-onderwijs.

Nieuw in de herziene editie

In deze editie is het accent verbreed van Becks cognitieve therapie naar (geïntegreerde) cognitieve gedragstherapie. Er zijn hoofdstukken toegevoegd over COMET en experiëntiële- en imaginatieprocedures, waaronder imaginaire rescripting. Daarnaast bevat het een apart hoofdstuk over de socratische dialoog.

Reserveer 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

Vijfenvijftigste jaargang, nummer 1, maart 2022

Pagina 1-84

- 1 *Redactioneel*
- 2 **Joost Hutsebaut, Arjan Videler, Ellen Willemsen & Helga Aalders**
Guideline-Informed Treatment for Personality Disorders (GIT-PD): Tegen-
over, naast, op, onder of in plaats van CGT?
- 15 **Jos Dobber**
Actieve ingrediënten en verandermechanismen in motiverende gespreks-
voering
- 35 **Cindy de Kruijk, Elise van der Wind, Hella Janssen & Karin van den Berg**
Schemagroepstherapie na een eerste psychose: Een gevalbeschrijving met
de ervaringen van patiënten en therapeuten

KORT INSTRUMENTEEL

- 56 **Ruud Hornsveld & Floris Kraaimaat**
De Picture-Frustration Study – Aangepaste versie: Een meetinstrument voor
vijandigheid

BOEKBESPREKINGEN

- 73 **Albert Ponsioen**
Pier Prins & Arnold van Emmerik (2020). *De ideale wereld van B.F. Skinner: Lessen van een gedragspsycholoog voor nu en de toekomst*
- 76 **Vincent van Bruggen**
Remco van der Wijngaart (2020). *Imaginaire rescripting: Theorie en praktijk*

VOOR U GELEZEN

- 79 Smits, J. A. J., Pollack, M. H., Rosenfield, D., Otto, M. W., Dowd, S., Carpenter, J., Dutcher, C. D., Lewis, E. M., Witcraft, S. M., Papini, S., Curtiss, J., Andrews, L., Kind, S., Conroy, K., & Hofmann, S. G. (2020). Dose timing of D-cycloserine to augment exposure therapy for social anxiety disorder: A randomized clinical trial. *JAMA Network Open*, 3, e206777.
- 82 *Ontvangen*

Boom Tijdschriften

ISSN 0167-7454