

GEDRAGSTHERAPIE

*Tijdschrift voor gedragstherapie
& cognitieve therapie*



JAARGANG 55 NUMMER 2 JUNI 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
tvg.boomtijdschriften.nl

Uitgever

Uitgeverij Boom
Postbus 15970, 1001 NL Amsterdam

Advertenties

klantenservice@boompsychologie.nl

Typografische verzorging

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

© 2022

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 abonnementsadministratie van de uitgever aan te geven.



VGCT



Vlaamse Vereniging Voor

Gedragstherapie

.....

Op het moment dat ik dit redactioneel schrijf zijn de coronamaatregelen minimaal, maar is er een oorlog gaande in Oekraïne die op allerlei manieren effect heeft op onze medemens en onszelf. Als dit tweede nummer bij jullie op de mat ligt, is het weer paar maanden verder. Ik hoop van harte dat de wereld er dan beter uitziet, maar ik maak me ook zorgen. In die context denk ik nog weleens aan een artikel van Stefan Hofmann en Aleena Hay¹ waaruit bleek dat (tijdelijk) negeren of vermijden van zorgen niet per se slecht is. Met de zomer voor de deur ga ik af en toe genieten van de zon in mijn tuin en alle zorgen eventjes negeren. Ik hoop dat jullie ook zulke genietmomentjes hebben.

Het is weer een mooi nummer geworden. De eerste bijdrage is van Chris Hoeboer en collega's en betreft een klinisch zeer relevant onderwerp waarover de meningen vaak verdeeld zijn: hebben dissociatieve symptomen invloed op de effectiviteit van psychotherapie voor PTSS? Zij concluderen dat er geen bewijs is dat dissociatieve symptomen de behandel-effectiviteit verminderen. We bieden deze bijdrage *open access* aan, zodat deze belangrijke inzichten makkelijk met anderen gedeeld kunnen worden. Martijn van Teffelen en collega's verzorgden de tweede bijdrage, die gericht is op imaginatietechnieken die mogelijk de werkzaamheid van traditionele cognitieve herstructurering kunnen verbeteren. Naast het (onderzoeks)protocol en de disclaimer dat dit nog verder onderzocht dient te worden, bevat de bijdrage ook een toegankelijke casusbeschrijving waarin het protocol wordt toegepast. De derde bijdrage is een Kort instrumenteel van Edwin de Beurs en collega's over de vragenlijst Mental Health Continuum die ontwikkeld is om positieve mentale gezondheid te meten. Vervolgens zijn er twee boekbesprekingen. Vincent van Bruggen bespreekt *ACT in Balans* van Denise Matthijssen en Els de Rooij (2021) en Hanneke Schuurmans bespreekt het boek *Herstelgerichte cognitieve therapie voor ernstige psychische problemen* van Aaron Beck en collega's. Tot slot gaat de rubriek Voor u gelezen over de heterogene (en niet homogene) impact van corona op mentale problemen en legt Hermien Elgersma vervolgens de link naar de Nederlandse ggz.

En zo komt toch weer de pandemie terug in ons hoofd. Ik wens je veel plezier met dit tweede nummer en met het af en toe negeren van 'wat er dan ook speelt'.

Elske Salemink *Hoofdredacteur*

1 Hofmann, S. G., & Hay, A. C. (2018). Rethinking avoidance: Toward a balanced approach to avoidance in treating anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 55, 14-21.

De invloed van dissociatieve symptomen op de effectiviteit van psychotherapie voor posttraumatische stressklachten

Een meta-analyse¹

CHRIS M. HOEBOER, RIANNE A. DE KLEINE, MARC L. MOLENDIJK,
MAARTJE SCHOORL, DANIELLE A. C. OPREL, JOANNE MOUTHAAAN,
WILLEM VAN DER DOES & AGNES VAN MINNEN

Samenvatting

Veel mensen met een posttraumatische-stressstoornis (PTSS) hebben dissociatieve symptomen. Het is onduidelijk of deze dissociatieve symptomen een negatief effect hebben op de behandel-effectiviteit van psychotherapie voor PTSS. Het doel van deze studie was om de invloed van dissociatieve symptomen op de uitkomsten van psychotherapie voor PTSS te bepalen in een meta-analyse. We hebben hiervoor systematisch gezocht naar relevante klinische trials in de volgende wetenschappelijke databases: Cochrane, Embase, PILOTS, PsycINFO, Pubmed en Web of Science. Vervolgens is de invloed van dissociatieve symptomen op de behandel-effectiviteit van psychotherapie voor PTSS onderzocht met een random effect meta-analyse. We hebben 21 klinische trials (waarvan 9 gerandomiseerd) geïnccludeerd met in totaal 1714 patiënten. De methodologische kwaliteit van een derde van de studies was laag. Dissociatieve symptomen voorafgaand aan de behandeling waren niet gerelateerd aan de behandel-effectiviteit in patiënten met PTSS (Pearsons correlatiecoëfficiënt = 0,04, 95% betrouwbaarheidsinterval: - 0,04; 0,13). Er was een grote heterogeniteit tussen studies, die niet werd verklaard door moderatoren, zoals of de behandeling traumagericht was. We vonden geen indicatie voor publicatiebias. Concluderend vonden wij geen evidentie

1 Dit artikel is een vertaalde en licht bewerkte versie van: Hoeboer et al., 2020.

voor het idee dat dissociatieve symptomen de effectiviteit van psychotherapie voor PTSS verminderen.

Trefwoorden: posttraumatische-stressstoornis, dissociatie, psychotherapie, traumagerichte therapie

Kernboodschappen voor de klinische praktijk

- ▶ Patiënten met PTSS en dissociatieve symptomen kunnen effectief behandeld worden voor hun PTSS-klachten.
- ▶ Dissociatieve symptomen zijn niet gerelateerd aan verminderde effectiviteit van psychotherapie voor PTSS.
- ▶ Dissociatieve symptomen zijn niet gerelateerd aan slechtere uitkomsten van traumagerichte therapie.

INLEIDING

.....

Met ingang van de DSM-5 in 2013 (APA, 2014) is aan de PTSS-classificatie het dissociatieve subtype toegevoegd. Dit subtype beschrijft patiënten met PTSS die last hebben van depersonalisatie (zich vervreemd voelen van eigen gedachten, gevoelens, sensaties, lichaam of handelingen) en derealisatie (zich vervreemd voelen van de omgeving). Deze symptomen werden al ver voor de DSM-5 onderkend, want al in de negentiende eeuw werd onderzoek gedaan naar dissociatie (Janet, 1894). Evidentie uit factoranalyses en uit studies naar breinactivatie en naar behandelrespons was reden om het dissociatieve subtype op te nemen in de DSM-5 (Friedman, 2013). Ongeveer 14% van de patiënten met PTSS voldoen aan het dissociatieve subtype (Stein et al., 2013). Dissociatieve symptomen bevinden zich echter op een continuüm en ook gezonde mensen kunnen geregeld dissociatie ervaren – onder invloed van vermoeidheid, alcohol, medicatie, emoties of zonder duidelijke aanleiding. Patiënten met PTSS hebben meer last van dissociatieve symptomen dan patiënten met andere psychiatrische stoornissen (dissociatieve stoornissen uitgezonderd) en dan niet-klinische groepen (Kratzer et al., 2018; Lyssenko et al., 2018; Özdemir et al., 2015; Putnam et al., 1996). Verder gaat toename of afname van dissociatieve symptomen vaak samen met een toename of afname van andere PTSS-symptomen, ook tijdens behandeling (Harned et al., 2012; Lynch et al., 2008; Rothbaum et al., 2005; Taylor et al., 2003; Zoet et al., 2018). Dissociatieve symptomen of een dissociatieve toestand zijn gerelateerd aan hyperactivatie van hersengebieden die emoties reguleren (Lanius et al., 2010). Deze overregulering zou de emotionele betrokkenheid met de herinnering verminderen, terwijl deze betrokkenheid juist belangrijk is voor de effectiviteit van psychotherapie voor PTSS (Schnyder et al., 2015).

Verskillende vormen van psychotherapie, zoals traumagerichte cognitieve gedragstherapie of *eye movement desensitization and reprocessing* (EMDR), zijn effectief gebleken voor de behandeling van PTSS-klachten (Mavranouzouli et al., 2020). Er is op dit moment geen duidelijkheid over de vraag of (1) mensen met PTSS en veel dissociatieve symptomen evenveel van psychotherapie profiteren als mensen met PTSS en minder dissociatieve symptomen, en of (2) sommige vormen van psychotherapie minder effectief zijn voor mensen met PTSS en dissociatie. Het veld is nogal verdeeld over deze kwesties. Door de emotieregulatieproblemen van mensen met PTSS en dissociatieve symptomen zou traumagerichte behandeling de PTSS van deze mensen kunnen verergeren, en tot meer stress en functionele beperkingen leiden (Lanius et al., 2010). Anderen zien geen evidentie dat dissociatieve symptomen de effectiviteit van psychotherapie voor PTSS verminderen (van Minnen et al., 2012). Het doel van deze studie is om hier duidelijkheid in te scheppen middels een meta-analyse.

METHODEN

.....

Dit project is gepreregistreerd op Prospero (www.crd.york.ac.uk/prospero/display_record.php?RecordID=86575).

Zoekstrategie

.....

We hebben systematisch in de volgende databases naar studies gezocht (tot en met 28 augustus 2018): Cochrane trial register, Embase, PILOTS, PsycINFO, Pubmed en Web of Science. Reviews, studies en hoofdstukken van boeken uit de search zijn onderzocht voor de inclusie van (andere) relevante studies. Daarnaast hebben we via e-mail contact gezocht met belangrijke klinische onderzoekers en onderzoeksgroepen om relevante (aanvullende) data voor de meta-analyse op te vragen. De zoektermen zijn gebaseerd op (MeSH-)termen voor PTSS [EN] dissociatie [EN] psychotherapie, en zijn aangepast op elke database, om zeker te zijn dat we alle relevante studies konden includeren. We hebben de volgende zoektermen gebruikt voor:

- 1 PTSS: Posttrauma* Stress Disorde*, Post-Trauma* Stress Disorde*, Post Trauma* Stress Disorde*, DESNOS, CA-PTSD, C-PTSD, PTSD;
- 2 dissociatie: Dissocia* Depersonali* Derealization* Derealisation* Fugue* Psychogenic amnesia;
- 3 psychotherapie: Psychotherap*, Therap*, Posttraumatic Growth, Interven*, Treat*, Exposure, EMDR, CBT, STAIR, Recover*.

We hebben handmatig de studies uit vorige reviews en meta-analyses met eenzelfde type vraagstelling onderzocht. We hebben dubbele studies verwijderd uit onze zoekresultaten met het protocol van Bramer en collega's (2016).

Inclusiecriteria

De criteria voor de individuele studies uit de search waren: (1) inclusie van patiënten van 18 jaar of ouder; (2) het vaststellen van PTSS-classificatie volgens de criteria van DSM-5, DSM-IV, DSM-III-R of DSM-III; (3) het evalueren van psychotherapie met PTSS-symptomen als primaire uitkomst; (4) het gebruik van gevalideerde zelfrapportagevragenlijsten of gestructureerde klinische interviews om de ernst van de PTSS-symptomen en dissociatieve symptomen te bepalen; (5) het meten van PTSS-symptomen vóór en na behandeling; (6) het meten van dissociatieve symptomen vóór de behandeling; (7) inclusie van minstens 10 participanten per conditie; (8) publicatie in een peer-reviewed tijdschrift; en (9) geschreven in het Engels, Nederlands, Duits, Italiaans, Spaans of Frans.

Dataextractie en risico op bias

Twee onafhankelijke onderzoekers hebben alle studies die in aanmerking kwamen gescreend en de data uit de studies gehaald. Discrepancies tussen de screeners zijn opgelost door deze te bespreken en consensus te bereiken. Het risico op bias van de studies is door twee onafhankelijke auteurs bepaald met de Cochrane risico op bias tool (Higgins et al., 2008). Deze tool kan gebruikt worden om verschillende typen bias te bepalen, zoals selectiebias, detectiebias en drop-outbias. We hebben twee items toegevoegd: één over het type instrument om PTSS-symptomen te meten (zelfrapportage versus klinisch interview) en één over de behandelintegriteit (of een artikel hierover rapporteert: ja versus nee). Hiermee komt het totaal aantal items van de aangepaste Cochrane schaal op 8. De scores van de twee screeners per studie zijn opgeteld tot een somscore voor het totale risico op bias (met een range van 0-16, waarbij hogere scores op een hoger risico op bias wijzen). De totale risico-op-biasscore is in de analyses gebruikt als moderator.

Potentiële moderatoren

Om moderatoren van het effect van dissociatieve symptomen op de effectiviteit van psychotherapie te onderzoeken hebben we de volgende kenmerken van de geïnccludeerde studies gecodeerd: (1) de therapie is traumagericht (ja versus niet volledig); (2) de studie is een gerandomiseerde gecontroleerde trial (RCT) (ja versus nee); (3) de steekproefgrootte (intervalvariabele); en

(4) de risico-op-biasscore (intervalvariabele). De moderatoren zijn onafhankelijk gecodeerd door twee auteurs.

De behandeling is gecodeerd als traumagericht wanneer zij volgens de studie enkel evidence-based traumagerichte therapie bevatte, zoals imaginaire exposure, *cognitive processing therapy* of EMDR. Behandelingen waarbij extra sessies zijn toegevoegd met andere behandelelementen, zoals fysieke activiteit of stabilisatie, of behandelingen die geen traumagerichte elementen bevatten, zijn gecodeerd als niet volledig traumagericht. We berekenden het effect van dissociatieve symptomen op de behandeluitkomsten apart voor condities van studies waarvan de ene conditie wel en de andere niet volledig traumagericht was.

Statistische analyse

We hebben R package meta gebruikt voor alle analyses (Schwarzer, 2010). We hebben het gepoolde effect van dissociatieve symptomen op de behandeluitkomsten bepaald op basis van de Pearsons correlatiecoëfficiënt (r) tussen dissociatieve symptomen voorafgaand aan de behandeling en verandering in PTSS-symptomen van pre- naar post-behandeling (berekend door de ernst van de PTSS-symptomen voorafgaand aan de behandeling af te trekken van de ernst van de PTSS-symptomen na de behandeling). Een positieve correlatie betekent daarmee dat dissociatieve symptomen samenhangen met slechtere behandeluitkomsten. Indien nodig berekenden we zelf de effectgrootte op basis van de data uit het artikel. Wanneer dit niet mogelijk was (in 38 van de 47 gevallen), zochten we contact met de onderzoekers voor extra data. We hebben een random effect-model gebruikt, omdat we heterogeniteit tussen de studies verwachtten. Heterogeniteit is gemeten met de I^2 -index (en getoetst met de Q-statistiek). Er is een rank test uitgevoerd om asymmetrie in de funnelplot te detecteren, wat een indicatie is van publicatiebias. Bij het vermoeden van publicatiebias (ofwel via de rank test ofwel via visuele inspectie) hebben we een *trim and fill*-procedure uitgevoerd om te corrigeren voor het vermeende effect van publicatiebias. Wanneer het effect van dissociatieve symptomen op de behandeluitkomsten significant was, voerden we *fail-safe*-tests uit om te checken hoe robuust de resultaten zijn. We hebben de moderatieanalyses met een *mixed-effect* metaregressiebenadering uitgevoerd om te testen of het effect van dissociatieve symptomen op de behandeluitkomsten geassocieerd is met de moderatoren.

RESULTATEN

91

Selectie en inclusie van studies

De systematische zoektocht resulteerde in 3563 papers (2549 na het verwijderen van duplicaten). Van deze 2549 papers hebben we 2437 papers geëxcludeerd op basis van titel en abstract, omdat ze niet voldeden aan de inclusiecriteria. We hebben van 112 studies de volledige tekst gelezen. Van deze studies kwamen 9 studies in aanmerking die voldoende data rapporteerden om het effect van dissociatieve symptomen op de behandeluitkomsten te berekenen. In 38 gevallen zochten we contact met de onderzoekers voor extra data, omdat deze studies op basis van de volledige tekst in aanmerking kwamen, maar onvoldoende data rapporteerden om het effect van dissociatieve symptomen op behandeluitkomsten te bepalen. In totaal reageerden 27 van deze onderzoekers. Twaalf onderzoekers konden hun data niet delen (bijvoorbeeld door gebrek aan toegang tot de data, gebrek aan tijd of gebrek aan medewerking). Vijftien onderzoekers hebben wel data gedeeld. Twaalf van deze studies voldeden aan de inclusiecriteria en hebben we geïnccludeerd in de meta-analyse. Dit maakt dat bij elkaar 91 van de 112 studies op basis van de volledige tekst zijn geëxcludeerd, omdat ze niet voldeden aan de inclusiecriteria (zie figuur 1 voor details). De overige 21 studies zijn geïnccludeerd voor deze meta-analyse. De overeenstemming tussen de twee onafhankelijke beoordelaars in de studieselectie was substantieel (Cohens Kappa = 0,71, SE = 0,03, $p < 0,001$). De meerderheid van de studies gebruikte de DES als instrument voor dissociatie. De gemiddelde DES-score op voor de start van de behandeling varieerde van 18,4 tot 47,3.

Kenmerken van de geïnccludeerde studies

De 21 geïnccludeerde studies bevatten in totaal 1.714 patiënten van 9 RCT's en 12 ongecontroleerde klinische trials of behandelcohortstudies. Tabel 1 geeft de kenmerken van de studies weer.

TABEL 1 Kenmerken van geïncludeerde studies

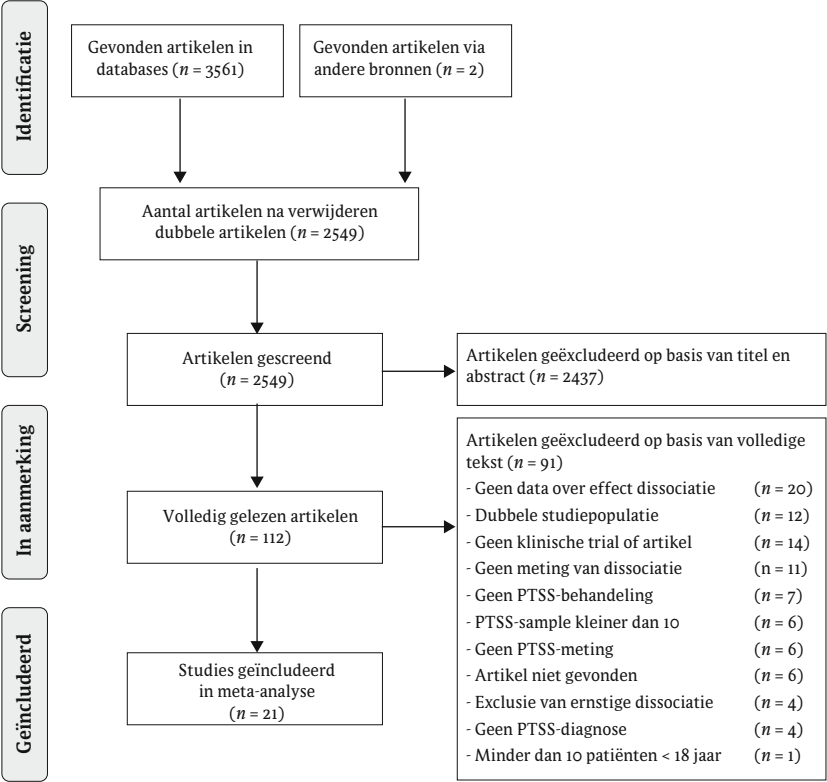
Studie	Behandelingen	Vrouw (%)	Leeftijd M (SD)	Instrument PTSS; DSM-versie	Instrument dissociatie	Moderatoren		
						Trauma-gericht	Design	N
Abramowitz & Lichtenberg (2010)	Hypnotherapeutische conditionering	0	41,2 (12,2)	IES-R; DSM-IV	DES	Nee	Geen RCT	36
Bae et al. (2016)	EMDR	59	34,9 (11,6)	CAPS; DSM-IV	CAPS subtype items + verlaagd bewustzijn	Ja	Geen RCT	60
Cloitre et al. (2012)	STAIR/NST; support/NST; Stair/support	100	36,4 (9,40)	CAPS; DSM-IV	TSI-DIS gemiddelde score	Nee	RCT	75
Gantt & Tinnin (2007) ¹	Creatieve therapie, hypnose, videotherapie	77	38 (14)	IES; DSM-IV	DES	Nee	Geen RCT	53
Haagen et al. (2018)	EMDR, NET, anders	3,1	39,8 (10,1)	IES-R; DSM-IV	DES	Nee	Geen RCT	64
Hagenaars et al. (2010)	IE	83	35,75 (11,74)	CAPS; DSM-IV	DES	Ja	Geen RCT	36
Halvorsen et al. (2014)	NET + TAU	31	35,55 (11,05)	CAPS; DSM-IV	CAPS subtype items	TAU: Nee NET: Ja	RCT	81

Harned et al. (2014)	DGT + DGT-IE	100	32,6 (12,0)	PSS; DSM-IV	DES	Nee	RCT	12	3,0
Kleindienst et al. (2016)	DGT-PTSS	100	37,3 (10,5)	CAPS; DSM-IV	DES	Nee	RCT	24	4,5
Kratzer et al. (2018)	EMDR + em. reg. groep	88	47,9 (10,5)	IES-R; DSM-IV	DES	Nee	Geen RCT	150	8,5
Lampe et al. (2014) ¹	PITT + psychodyn. groep	100	40,72 (10,0)	IES; DSM-IV	DES	Nee	Geen RCT	88	9,0
Lynch et al. (2008) ¹	NR	83	36 (9,99)	PDS; DSM-IV	DES	Nee	Geen RCT	127	8,5
Murphy et al. (2015)	Groep + indiv CGT	1	NR	PSS; DSM-IV	DES	Nee	Geen RCT	244	11,0
Pabst et al. ¹ (2014)	NET; TAU	100	29,91 (10,11)	PDS; DSM-IV	DES	TAU: Nee NET: Ja	RCT	36	3,0
Resick et al. (2012)	CPT; CPT-C; schrijftherapie	100	35,4 (12,4)	CAPS; DSM-IV	TSI-DIS	Ja	RCT	117	3,0
Steele et al. (2018)	EMDR, paarden- therapie, yoga en schrijftherapie	29	42,94 (11,63)	Mississippi scale for PTSD	DES	Nee	Geen RCT	62	10,0
Steuwe et al. (2016)	NET + TAU	90,9	34,9 (9,71)	PDS; DSM-IV	DES	Nee	Geen RCT	11	7,5
van Emmerik et al. (2008) ¹	CGT; schrijfthe- rapie	65	40,87 (11,97)	IES; DSM-IV	DES	Ja	RCT	50	6,5

Studie	Behandelingen	Vrouw (%)	Leeftijd M (SD)	Instrument PTSS; DSM- versie	Instrument dissociatie	Moderatoren		
						Trauma-gericht	Design	N
van Minnen et al. (2016)	IE; EMDR	54	41,2 (10,5)	CAPS; DSM-IV	CAPS sub-type items	Ja	RCT	82
Wolf et al. (2016)	IE; PCT	100	44,79 (9,44)	CAPS; DSM-IV	TSI sub-type items gemiddelde score	PCT: Nee IE: Ja	RCT	137
Zoet et al. (2018)	EMDR + IE + sport	70	38,16 (10,90)	CAPS; DSM-IV	CAPS sub-type items	Nee	Geen RCT	169

Noot. CAPS: Clinician-Administered PTSD Scale; CGT: cognitieve gedragstherapie; CPT: cognitive processing therapy; CPT-C: cognitieve therapie; DBT-PTSS: dialectische gedragstherapie voor PTSS; DES: Dissociative Experiences scale; DGT: dialectische gedragstherapie; Em. reg.: emotieregulatie; EMDR: eye movement desensitization and reprocessing; IE: imaginaire exposure; IES: Impact of Events Scale; ITT: intention to treat; NET: narratieve exposuretherapie; NR: niet gerapporteerd; NST: narrative story telling; PCT: present-centered therapy; PDS: Post-traumatic stress Diagnostic Scale; PITT: psychodynamische imaginatie traumatherapie; PSS: PTSD Symptom Scale; psychodyn: psychodynamisch; RCT: randomized controlled trial; STAIR: skills training in affective and interpersonal regulation; TAU: treatment as usual; TSI-DIS: Trauma Symptom Inventory-DISsociation.

¹ Deze studies hebben data verstrekt voor een deel van de patiënten van de studie die voldeed aan de inclusiecriteria van deze meta-analyse. De individuele kenmerken uit deze tabel zijn een indicatie gebaseerd op de volledige sample.



FIGUUR 1 Flowchart van inclusie van studies (Hoeboer et al., 2020)

Risico op biasscore

Het gemiddelde risico op biasscore van de geïnccludeerde studies was $M = 6,6$ ($SD = 2,9$), variërend van 2,5 (meest gunstig) tot 11. Tabel 2 geeft de item- en totaalscores van de individuele studies weer. De overeenstemming tussen de twee onafhankelijke beoordelaars van het risico op biasscore was hoog (Cohens kappa = 0,81, $SE = 0,04$, $p < 0,001$).

Effect van dissociatieve symptomen op PTSS-behandeling

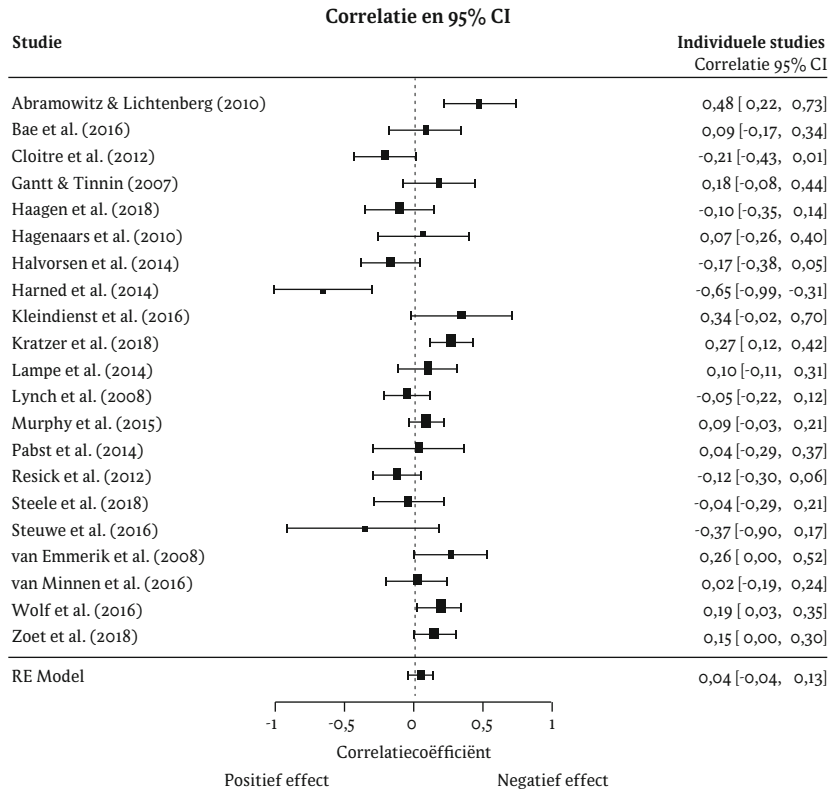
De gepoolde correlatie tussen dissociatieve symptomen voorafgaand aan de behandeling en de verandering in PTSS-symptomen van pre- naar post-behandeling was 0,04 (95% CI: - 0,04; 0,13, $p = 0,32$; zie figuur 2). De heterogeniteit tussen de studies was relatief hoog: $I^2 = 68,90$, $p < 0,001$. Visuele inspectie van de funnelplot gaf geen indicatie voor asymmetrie (zie figuur 3), wat werd bevestigd door Kendalls tau ($p = 0,46$) en Eggers' test ($p = 0,25$). Op vier studies

TABEL 2 *Risico op biascore van de geïncludeerde studies (beoordelaar 1/beoordelaar 2; hogere scores ongunstig)*

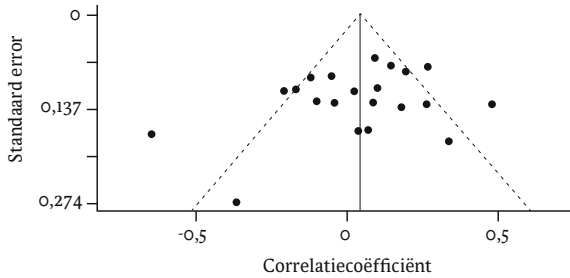
	Item								Totaal
	1	2	3	4	5	6	7	8	
Abramowitz & Lichtenberg (2010)	1\1	1\1	1\1	1\1	2\2	2\2	2\2	1\1	11,0
Bae et al. (2016)	1\1	1\1	0\0	1\1	0\0	2\2	2\2	1\1	8,0
Cloitre et al. (2012)	0\0	0\1	2\2	0\0	0\0	0\0	0\0	0\1	3,0
Gantt & Tinnin (2007)	1\1	1\1	1\1	1\1	2\2	2\2	2\2	1\1	11,0
Haagen et al. (2018)	1\1	1\1	0\0	1\1	0\0	2\2	2\2	1\1	8,0
Hagenaars et al. (2010)	1\1	1\1	0\0	1\1	0\0	0\0	0\0	1\1	4,0
Halvorsen et al. (2014)	1\1	1\1	2\1	0\0	0\0	0\0	2\2	0\1	5,0
Harned et al. (2014)	1\1	1\1	1\1	0\0	0\0	0\0	0\0	1\1	3,0
Kleindienst et al. (2016)	1\1	0\0	0\0	0\0	2\2	0\0	2\2	0\1	4,5
Kratzer et al. (2018)	1\1	1\1	1\1	1\1	0\0	2\2	2\1	1\1	8,5
Lampe et al. (2014)	1\1	1\1	1\1	1\1	0\0	2\2	2\2	1\1	9,0
Lynch et al. (2008)	1\1	1\1	1\1	1\1	0\0	2\2	2\1	1\1	8,5
Murphy et al. (2015)	1\1	1\1	2\2	2\2	2\2	0\0	2\2	1\1	11,0
Pabst et al. (2014)	1\1	1\1	1\1	1\1	0\0	2\1	0\0	0\1	3,0
Resick et al. (2012)	0\1	0\0	2\2	0\0	0\0	0\0	0\0	0\1	3,0
Steele et al. (2018)	1\1	1\1	1\1	1\1	2\2	2\1	2\1	1\1	10,0
Steuwe et al. (2016)	1\1	1\1	1\1	0\0	0\0	2\2	2\1	1\1	7,5
van Emmerik et al. (2008)	0\0	1\1	1\1	0\0	0\0	2\2	2\2	0\1	6,5
van Minnen et al. (2016)	0\1	0\1	2\2	0\0	2\2	0\1	0\0	0\1	6,0
Wolf et al. (2016)	1\1	1\1	0\0	0\0	0\0	0\0	0\0	0\1	2,5
Zoet et al. (2018)	1\1	1\1	0\0	0\0	0\0	0\0	2\2	1\1	5,0

Noot. Item 1, random toewijzing condities; item 2, verborgen randomisatievolgorde; item 3, selectieve rapportage; item 4, geblindeerde meting uitkomsten; item 5, incomplete uitkomsten; item 6, type meetinstrument uitkomsten; item 7, meting behandelintegriteit; item 8, andere bias.

na omvat het betrouwbaarheidsinterval de nul. De funnelplot toont echter dat twee van deze vier studies potentiële uitschieters zijn: de resultaten van Harned en collega’s (2014), die een positief effect vonden van dissociatieve symptomen, en de studie van Abramowitz en Lichtenberg (2010), die een negatief effect vonden van dissociatieve symptomen. De steekproefgrootte van de studie van Harned en collega’s (2014) was klein ($n = 12$) en er was veel uitval uit deze studie. De studie van Abramowitz en Lichtenberg (2010) was een open studie met een relatief kleine steekproef ($n = 36$). De betrouwbaarheid van het effect van beide studies is daardoor twijfelachtig.



FIGUUR 2 *Pearsons correlatiecoëfficiënt (r) en 95% betrouwbaarheidsinterval van de relatie tussen dissociatieve symptomen voorafgaand aan behandeling en verandering in PTSS-symptomen pre- naar post-behandeling (Hoeboer et al., 2020)*



FIGUUR 3 Funnelploot met Pearson's correlatiecoëfficiënt en standaard error van de relatie tussen dissociatieve symptomen voorafgaand aan behandeling en verandering in PTSS-symptomen van pre- naar post-behandeling (Hoeboer et al., 2020)

Moderatieanalyse

Tabel 3 geeft de resultaten van de moderatieanalyses weer. Risico op bias was niet gerelateerd aan een groter effect van dissociatieve symptomen op behandeluitkomsten (slope $r = 0,03$, CI: $-0,002$; $0,06$, $p = 0,07$). Om een mogelijk effect van risico op bias van studies verder te exploreren, hebben we achteraf ervoor gekozen om het gepoolde effect van dissociatieve symptomen te bepalen in studies met een laag of matig risico op bias (risico op biascore ≤ 8 ($n = 14$)). De correlatie tussen dissociatieve symptomen voorafgaand aan de behandeling en de verandering in PTSS-symptomen van pre- naar post-behandeling was $-0,01$ (95% CI: $-0,13$; $0,10$, $p = 0,80$) en resulteerde daarmee niet in een andere conclusie dan de resultaten van alle geïncludeerde studies.

Daarnaast vonden we dat het effect van dissociatieve symptomen niet verschillend was voor traumagerichte versus niet volledig traumagerichte behandelingen ($p = 0,76$). We vonden ook niet dat het effect van dissociatieve symptomen verschilde tussen RCT's en niet-RCT's ($p = 0,18$) of dat het samenhang met de steekproefgrootte ($p = 0,38$).

LITERATUUR NA EIND AUGUSTUS 2018

Voor de periode 1 september 2018 tot en met 7 oktober 2021 werd Web of Science doorzocht met dezelfde zoektermen als hierboven beschreven. Dit leverde 444 resultaten op. Van deze 444 papers hebben we 421 papers geëxcludeerd op basis van titel en abstract, omdat ze niet voldeden aan de inclusiecriteria. We hebben van 23 studies de volledige tekst gelezen. Van deze papers voldeed 1 paper aan onze inclusiecriteria die ook data rapporteerde over de relatie tussen dissociatieve symptomen en behandeluitkomsten. In deze studie werd er geen significant effect van somatoforme dissociatie op de behandeluitkomsten gevonden ($r = 0,03$) (Zoet et al., 2021).

TABEL 3 *Effect van dissociatieve symptomen op de verandering in PTSS-symptomen en moderatieanalyses*

	N	Pearsons <i>r</i>	95% CI	<i>p</i>
Primaire analyse	21	0,04	-0,04; 0,13	0,32
Moderatieanalyse				
Traumagericht	8	0,06	-0,11; 0,22	0,76 ¹
Niet traumagericht	16	0,02	-0,09; 0,14	
RCT	9	-0,03	-0,17; 0,11	0,18 ¹
Geen RCT	12	0,10	-0,02; 0,21	
Steekproefgrootte	21	0,001	-0,001; 0,002	0,38
Biasrisico	21	0,03	-0,002; 0,06	0,07

¹*p*-waarde geeft aan of de subgroepen significant verschillen in effectgrootte, waarbij een positieve correlatie correspondeert met een negatief effect op behandeluitkomsten.

DISCUSSIE

.....

We vonden geen aanwijzingen dat dissociatieve symptomen de uitkomsten van psychotherapie beïnvloeden bij patiënten met PTSS. Bepaalde studiekenmerken, zoals type behandeling, konden de verschillen in de relatie tussen dissociatieve symptomen en behandeluitkomsten tussen de studies onderling niet verklaren. Het dissociatieve subtype van PTSS wordt pas sinds 2013 onderscheiden en is dus niet apart onderzocht. Onze bevindingen laten zien dat dissociatieve symptomen niet samenhangen met slechtere behandeluitkomsten, en dit geldt dus mogelijk ook voor het dissociatieve subtype.

De meeste geïncludeerde studies vonden geen significante relatie tussen dissociatieve symptomen en behandeluitkomsten, wat overeenkomt met de nulbevinding van deze meta-analyse. We hebben een relatief groot aantal recente klinische studies kunnen includeren in deze meta-analyse. Dit wijst erop dat de toevoeging van het dissociatieve subtype in de DSM-5 tot meer aandacht voor onderzoek naar dissociatie heeft geleid. We vonden een relatief grote heterogeniteit tussen studies, wat impliceert dat de verschillen in het effect van dissociatieve symptomen tussen studies verklaard kan worden door systematische verschillen, en niet enkel door kans. Ondanks deze variatie valt de gepoolde effectgrootte uit deze meta-analyse binnen de meeste foutmarges (95% betrouwbaarheidsintervallen) van de effectgrootte van het effect van dissociatieve symptomen uit de individuele studies. Dit wijst erop dat we een eenduidige conclusie kunnen trekken over het effect

van dissociatieve symptomen (Fletcher, 2007). We vonden verder geen aanwijzingen dat de resultaten zijn beïnvloed door publicatiebias.

We hebben ook onderzocht of de volgende studiekenmerken de heterogeniteit tussen studies verklaren: type behandeling (traumagericht of niet volledig traumagericht), risico-op-biasscore, studiedesign (RCT of niet), en steekproefgrootte. Dit bleek niet het geval. Er waren wel veel studies van lage kwaliteit (33%), maar een post-hoc-analyse zonder deze studies resulteerde in dezelfde conclusie. We concluderen op basis van deze meta-analyse dat er geen evidentie is voor het idee dat dissociatieve symptomen de behandeluitkomsten van traumagerichte therapie negatief beïnvloeden voor patiënten met PTSS.

Deze studie heeft enkele beperkingen. De kwaliteit van een meta-analyse is afhankelijk van de kwaliteit van de geïnccludeerde studies. In de meeste studies ($n = 19$) was het effect van dissociatieve symptomen gebaseerd op patiënten die de behandeling hebben afgemaakt. De conclusies van deze meta-analyse zijn dientengevolge van toepassing op patiënten die de behandeling volhouden. Echter, studies die rapporteerden over de relatie tussen dissociatieve symptomen en drop-out vonden geen significante relatie (Bae et al., 2016; Cloitre et al., 2012; Hagenaars et al., 2010; Halvorsen et al., 2014; Lynch et al., 2008; Murphy et al., 2017; van Minnen et al., 2016; Wolf et al., 2016). Eén studie vond dat dissociatieve symptomen gerelateerd waren aan een *kleinere* kans op drop-out (Cloitre et al., 2012). Daarnaast moet vermeld worden dat er veel studies waren van lage kwaliteit. Het effect van dissociatieve symptomen op de behandeluitkomsten was echter niet gerelateerd aan de kwaliteit van de studies. Omdat we meerdere ongecontroleerde klinische trials en behandelcohortstudies hebben geïnccludeerd, zijn we nagegaan of de gemeten effectiviteit representatief is voor de effectiviteit van psychotherapie die wordt gerapporteerd in andere meta-analyses. De studies in deze meta-analyse rapporteren een grote verbetering in PTSS-symptomen. Dit was vrijwel identiek voor zowel *completers*- (Cohens d of Hedges' $g = 1,42$) als *intent-to-treat*-analyses (Cohens d of Hedges' $g = 1,39$). Deze behandel-effecten komen overeen met de gemiddelde effectiviteit van psychotherapie voor PTSS in een recente meta-analyse waarin alleen gecontroleerde studies zijn opgenomen (Lee et al., 2016).

Een andere tekortkoming is dat de geïnccludeerde studies geen effecten op langere termijn onderzochten, en dat er vaak exclusiecriteria als suïcidaliteit, psychose of middelenmisbruik werden gehanteerd, hetgeen de generaliseerbaarheid van de resultaten beperkt. Daarnaast heeft twee derde van de geïnccludeerde studies (67%) dissociatieve symptomen gemeten met de Dissociative Experience Scale (DES). De DES is een instrument dat dissociatieve symptomen breed meet: zowel depersonalisatie en derealisatie als amnesie en absorptie. Slechts vijf studies hebben meer specifiek het dissociatieve subtype onderzocht (depersonalisatie en derealisatie). Enkele studies hebben echter aangetoond dat de brede meting van dissociatieve

symptomen met de DES sterk gecorreleerd is met een specifieke meting van pathologische dissociatieve symptomen met het DES-taxon ($r = 0,93$) (Merritt & You, 2008) en matig met het dissociatieve subtype met bijvoorbeeld de CAPS-5 ($r = -0,50$) (Steuwe et al., 2012). Toekomstig onderzoek zou zich kunnen richten op het onderzoeken van dissociatieve symptomen in combinatie met andere mogelijke voorspellers van behandel-effecten, zoals depressie en soort trauma (Deisenhofer et al., 2018; Hoeboer et al., 2021). Ten slotte hebben we geen a-priori poweranalyse uitgevoerd om te bepalen of we voldoende power hadden voor de moderatieanalyses. Toekomstig onderzoek zou dit in de preregistratie van een meta-analyse kunnen verwerken mede op basis van hier gerapporteerde effectgrootten.

CONCLUSIES EN KLINISCHE IMPLICATIES

.....

Deze meta-analyse is de eerste studie die systematisch het effect van dissociatieve symptomen op de uitkomsten van psychotherapie voor PTSS heeft onderzocht. Uit eerder onderzoek blijkt dat ongeveer de helft van de behandelaren gelooft dat dissociatie een contra-indicatie is voor psychotherapie voor PTSS (Becker et al., 2004; Ronconi et al., 2014). De resultaten van deze meta-analyse laten zien dat dit niet het geval is. We vonden dat dissociatieve symptomen voorafgaand aan de behandeling niet gerelateerd waren aan slechtere behandeluitkomsten van psychotherapie voor PTSS.

Onze data zeggen niet direct iets over hoe de therapeut moet omgaan met dissociatie die optreedt *tijdens* de behandeling. Het is aannemelijk dat patiënten met veel dissociatieve symptomen voorafgaand aan de behandeling ook tijdens de (stressinducerende) behandel sessies dissociatie kunnen ervaren. Uit onze bevindingen kan worden afgeleid dat een geneigdheid tot dissociatie niet leidt tot verminderde behandel-effectiviteit. Het zou echter interessant zijn om meer zicht te krijgen op het effect van dissociatie tijdens behandel sessies en of de manier waarop de behandelaar hiermee omgaat effect heeft op de behandeluitkomsten.

We hebben er in dit artikel voor gekozen om de data te beschrijven en directe conclusies te trekken zonder verdere implicaties te beschrijven, bijvoorbeeld voor het dissociatieve subtype. Omdat er veel verdeeldheid in het veld is over de rol van dissociatieve symptomen in PTSS-behandeling wilden we ervoor zorgen dat de belangrijkste resultaten van deze meta-analyse een breed publiek bereiken. We vonden op basis van 1.714 patiënten dat dissociatieve symptomen voorafgaand aan psychotherapie voor PTSS de behandeluitkomsten niet negatief beïnvloeden. Dit betekent dat een therapeut met vertrouwen psychotherapie voor PTSS kan aanbieden aan een patiënt die zich aanmeldt met PTSS en dissociatieve klachten. Aangezien we vonden dat de invloed van dissociatieve symptomen niet afhangt van of de therapie traumagericht is of niet, kunnen therapeuten hierbij de standaardrichtlijn

voor PTSS-behandeling volgen, die traumagerichte therapie als eerstekeus-behandeling voor PTSS voorschrijft.

Chris Hoeboer is werkzaam bij de Universiteit Leiden en AmsterdamUMC locatie AMC te Amsterdam.

Rianne de Kleine is werkzaam bij de Universiteit Leiden en Parnassia Groep te Den Haag.

Marc Molendijk is werkzaam bij de Universiteit Leiden.

Maartje Schoorl is werkzaam bij de Universiteit Leiden en het Leids Universitair Behandel- en Expertise Centrum.

Danielle Oprel is werkzaam bij de Parnassia Groep te Den Haag en de Universiteit Leiden.

Joanne Mouthaan is werkzaam bij de Universiteit Leiden.

Willem van der Does is werkzaam bij de Universiteit Leiden, Parnassia Groep te Den Haag en het Leids Universitair Behandel- en Expertise Centrum.

Agnes van Minnen is werkzaam bij PSYTREC te Bilthoven en het Behavioural Science Institute van de Radboud Universiteit te Nijmegen.

Correspondentieadres: Chris Hoeboer, Universiteit Leiden, Faculteit der Sociale Wetenschappen, Wassenaarseweg 52, 2333 AK Leiden. E-mail: c.m.hoeboer@fsw.leidenuniv.nl.

Summary *The influence of dissociative symptoms on the effectiveness of psychotherapy for post-traumatic stress symptoms*

Many patients with Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) suffer from dissociative symptoms. The question of whether these dissociative symptoms negatively influence the effectiveness of psychotherapy for PTSD is unresolved. The aim of this study was to determine the influence of dissociative symptoms on psychotherapy outcome in PTSD. We conducted a systematic search in Cochrane, Embase, PILOTS, PsycINFO, Pubmed and Web of Science for relevant clinical trials. A random-effects meta-analysis examined the impact of dissociation on psychotherapy outcome in PTSD. Twenty-one trials (of which 9 randomized controlled trials) with 1,714 patients were included. Pre-treatment dissociation was not related to treatment effectiveness in patients with PTSD (Pearson's correlation coefficient = .04, 95% confidence interval: -.04; .13). Between-study heterogeneity was high but was not explained by moderators such as trauma focus of the psychotherapy or risk of bias score. There was no indication for publication bias. We found no evidence that dissociation moderates the effectiveness of psychotherapy for PTSD. The quality of some of the included studies was relatively low, emphasizing the need for high-quality clinical trials in patients with PTSD. The results suggest that pre-treatment dissociation does not determine psychotherapy outcome in PTSD.

Keywords: *post-traumatic stress disorder, dissociation, psychotherapy, trauma-focused therapy*

Literatuur

- Abramowitz, E. G., & Lichtenberg, P. (2010). A new hypnotic technique for treating combat-related posttraumatic stress disorder: A prospective open study. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 58, 316-328.
- 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.
- Bae, H., Kim, D., & Park, Y. C. (2016). Dissociation predicts treatment response in eye-movement desensitization and reprocessing for posttraumatic stress disorder. *Journal of Trauma & Dissociation*, 17, 112-130.
- Becker, C. B., Zayfert, C., & Anderson, E. (2004). A survey of psychologists' attitudes towards and utilization of exposure therapy for PTSD. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 277-292.
- Bramer, W. M., Giustini, D., de Jonge, G. B., Holland, L., & Bekhuis, T. (2016). De-duplication of database search results for systematic reviews in EndNote. *Journal of the Medical Library Association: JMLA*, 104, 240-243.
- Cloitre, M., Petkova, E., Wang, J., & Lu, F. H. (2012). An examination of the influence of a sequential treatment on the course and impact of dissociation among women with PTSD related to childhood abuse. *Depression and Anxiety*, 29, 709-717.
- Deisenhofer, A. K., Delgadillo, J., Rubel, J. A., Bohnke, J. R., Zimmermann, D., Schwartz, B., & Lutz, W. (2018). Individual treatment selection for patients with posttraumatic stress disorder. *Depression and Anxiety*, 35, 541-550.
- Fletcher, J. (2007). What is heterogeneity and is it important? *British Medical Journal*, 334, 94-96.
- Friedman, M. J. (2013). Finalizing PTSD in DSM-5: Getting here from there and where to go next. *Journal of Traumatic Stress*, 26, 548-556.
- Gantt, L., & Tinnin, L. W. (2007). Intensive trauma therapy of PTSD and dissociation: An outcome study. *Arts in Psychotherapy*, 34, 69-80.
- Haagen, J. F. G., van Rijn, A., Knipscheer, J. W., van der Aa, N., & Kleber, R. J. (2018). The dissociative post-traumatic stress disorder (PTSD) subtype: A treatment outcome cohort study in veterans with PTSD. *British Journal of Clinical Psychology*, 57, 203-222.
- Hagenaars, M. A., van Minnen, A., & Hoogduin, K. A. L. (2010). The impact of dissociation and depression on the efficacy of prolonged exposure treatment for PTSD. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 19-27.
- Halvorsen, J. O., Stenmark, H., Neuner, F., & Nordahl, H. M. (2014). Does dissociation moderate treatment outcomes of narrative exposure therapy for PTSD? A secondary analysis from a randomized controlled clinical trial. *Behaviour Research and Therapy*, 57, 21-28.
- Harned, M. S., Korslund, K. E., Foa, E. B., & Linehan, M. M. (2012). Treating PTSD in suicidal and self-injuring women with borderline personality disorder: Development and preliminary evaluation of a Dialectical Behavior Therapy Prolonged Exposure Protocol. *Behaviour Research and Therapy*, 50, 381-386.
- Harned, M. S., Korslund, K. E., & Linehan, M. M. (2014). A pilot randomized controlled trial of Dialectical Behavior Therapy with and without the Dialectical Behavior Therapy Prolonged Exposure protocol for suicidal and self-injuring women with borderline personality disorder and PTSD.

- Behaviour Research and Therapy*, 55, 7-17.
- Higgins, J. P. T., Green, S., & Cochrane Collaboration. (2008). *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions*. Wiley-Blackwell.
- Hoeboer, C. M., de Kleine, R. A., Molendijk, M. L., Schoorl, M., Oprel, D. A. C., Mouthaan, J., & van Minnen, A. (2020). Impact of dissociation on the effectiveness of psychotherapy for post-traumatic stress disorder: Meta-analysis. *BJPsych Open*, 6, e53.
- Hoeboer, C. M., Oprel, D. A. C., Kleine, R. A. D., Schwartz, B., Deisenhofer, A.-K., Schoorl, M., & Lutz, W. (2021). Personalization of treatment for patients with childhood-abuse-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Medicine*, 10, 1-15.
- Janet, P. (1894). *L'état mentale des hystériques: Les accidents mentaux*. Rueff.
- Kleindienst, N., Priebe, K., Gorg, N., Dyer, A., Steil, R., Lyssenko, L., & Bohus, M. (2016). State dissociation moderates response to dialectical behavior therapy for posttraumatic stress disorder in women with and without borderline personality disorder. *European Journal of Psychotraumatology*, 7, 30375.
- Kratzer, L., Heinz, P., Schennach, R., Schiepek, G. K., Padberg, F., & Jobst, A. (2018). Inpatient treatment of complex PTSD following childhood abuse: Effectiveness and predictors of treatment outcome. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 69, 114-122.
- Lampe, A., Hofmann, P., Gast, U., Reddemann, L., & Schussler, G. (2014). Long-term course in female survivors of childhood abuse after psychodynamically oriented, trauma-specific inpatient treatment: A naturalistic two-year follow-up. *Zeitschrift Fuer Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 60, 267-282.
- Lanius, R. A., Vermetten, E., Loewenstein, R. J., Brand, B., Schmahl, C., Bremner, J. D., & Spiegel, D. (2010). Emotion modulation in PTSD: Clinical and neurobiological evidence for a dissociative subtype. *American Journal of Psychiatry*, 167, 640-647.
- Lee, D. J., Schnitzlein, C. W., Wolf, J. P., Vythilingam, M., Rasmusson, A. M., & Hoge, C. W. (2016). Psychotherapy versus pharmacotherapy for posttraumatic stress disorder: Systemic review and meta-analyses to determine first-line treatments. *Depression and Anxiety*, 33, 792-806.
- Lynch, S. M., Forman, E., Mendelsohn, M., & Herman, J. (2008). Attending to dissociation: Assessing change in dissociation and predicting treatment outcome. *Journal of Trauma & Dissociation*, 9, 301-319.
- Lyssenko, L., Schmahl, C., Bockhacker, L., Vonderlin, R., Bohus, M., & Kleindienst, N. (2018). Dissociation in psychiatric disorders: A meta-analysis of studies using the Dissociative Experiences Scale. *American Journal of Psychiatry*, 175, 37-46.
- Mavranezouli, I., Megnin-Viggars, O., Daly, C., Dias, S., Welton, N. J., Stockton, S., & Pilling, S. (2020). Psychological treatments for post-traumatic stress disorder in adults: A network meta-analysis. *Psychological Medicine*, 50, 542-555.
- Merritt, R. D., & You, S. (2008). Is there really a dissociative taxon on the Dissociative Experiences Scale? *Journal of Personality Assessment*, 90, 201-203.
- Murphy, D., Hodgman, G., Carson, C., Spencer-Harper, L., Hinton, M., Wessely, S., & Busuttill, W. (2015). Mental health and functional impairment outcomes following a 6-week intensive treatment programme for UK military veterans with post-traumatic stress disorder (PTSD): A naturalistic study to explore dropout and health

- outcomes at follow-up. *BMJ Open*, 5, e007051.
- Murphy, S., Elklit, A., Murphy, J., Hyland, P., & Shevlin, M. (2017). A cross-lagged panel study of dissociation and posttraumatic stress in a treatment-seeking sample of survivors of childhood sexual abuse. *Journal of Clinical Psychology*, 73, 1370-1381.
- Özdemir, B., Celik, C., & Oznur, T. (2015). Assessment of dissociation among combat-exposed soldiers with and without posttraumatic stress disorder. *European Journal of Psychotraumatology*, 6, 26657.
- Pabst, A., Schauer, M., Bernhardt, K., Ruf-Leuschner, M., Goder, R., Elbert, T., & Seeck-Hirschner, M. (2014). Evaluation of narrative exposure therapy (NET) for borderline personality disorder with comorbid post-traumatic stress disorder. *Clinical Neuropsychiatry*, 11, 108-117.
- Putnam, F. W., Carlson, E. B., Ross, C. A., Anderson, G., Clark, P., Torem, M., & Braun, B. G. (1996). Patterns of dissociation in clinical and nonclinical samples. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 184, 673-679.
- Resick, P. A., Suvak, M. K., Johnides, B. D., Mitchell, K. S., & Iverson, K. M. (2012). The impact of dissociation on PTSD treatment with cognitive processing therapy. *Depression and Anxiety*, 29, 718-730.
- Ronconi, J. M., Shiner, B., & Watts, B. V. (2014). Inclusion and exclusion criteria in randomized controlled trials of psychotherapy for PTSD. *Journal of Psychiatric Practice*, 20, 25-37.
- Rothbaum, B. O., Astin, M. C., & Marsteller, F. (2005). Prolonged exposure versus eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) for PTSD rape victims. *Journal of Traumatic Stress*, 18, 607-616.
- Schnyder, U., Ehlers, A., Elbert, T., Foa, E. B., Gersons, B. P. R., Resick, P. A., & Cloitre, M. (2015). Psychotherapies for PTSD: What do they have in common? *European Journal of Psychotraumatology*, 6, 28186.
- Schwarzer, G. (2010). *meta: Meta-Analysis with R. R package version 1.6-0*. <http://CRAN.R-project.org/package=meta>
- Steele, E., Wood, D. S., Usadi, E. J., & Applegarth, D. M. (2018). TRR's Warrior Camp: An intensive treatment program for combat trauma in active military and veterans of all eras. *Military Medicine*, 183, 403-407.
- Stein, D. J., Koenen, K. C., Friedman, M. J., Hill, E., McLaughlin, K. A., Petukhova, M., & Kessler, R. C. (2013). Dissociation in posttraumatic stress disorder: Evidence from the World Mental Health Surveys. *Biological Psychiatry*, 73, 302-312.
- Steuwe, C., Lanius, R. A., & Frewen, P. A. (2012). Evidence for a dissociative subtype of PTSD by latent profile and confirmatory factor analyses in a civilian sample. *Depression and Anxiety*, 29, 689-700.
- Steuwe, C., Rullkoetter, N., Ertl, V., Berg, M., Neuner, F., Beblo, T., & Driessen, M. (2016). Effectiveness and feasibility of narrative exposure therapy (NET) in patients with borderline personality disorder and posttraumatic stress disorder: A pilot study. *BMC Psychiatry*, 16, 254.
- Taylor, S., Thordarson, D. S., Maxfield, L., Fedoroff, I. C., Lovell, K., & Ogradniczuk, J. (2003). Comparative efficacy, speed, and adverse effects of three PTSD treatments: Exposure therapy, EMDR, and relaxation training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 330-338.
- van Emmerik, A. A. P., Kamphuis, J. H., & Emmelkamp, P. M. G. (2008). Treating acute stress disorder and post-traumatic stress disorder with cognitive behavioral therapy or structured writing therapy: A randomized con-

- trolled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 77, 93-100.
- van Minnen, A., Harned, M. S., Zoellner, L., & Mills, K. (2012). Examining potential contraindications for prolonged exposure therapy for PTSD. *European Journal of Psychotraumatology*, 3, 18805.
- van Minnen, A., van der Vleugel, B. M., van den Berg, D. P., de Bont, P. A., de Roos, C., van der Gaag, M., & de Jongh, A. (2016). Effectiveness of trauma-focused treatment for patients with psychosis with and without the dissociative subtype of post-traumatic stress disorder. *British Journal of Psychiatry*, 209, 347-348.
- Wolf, E. J., Lunney, C. A., & Schnurr, P. P. (2016). The influence of the dissociative subtype of posttraumatic stress disorder on treatment efficacy in female veterans and active duty service members. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 84, 95-100.
- Zoet, H. A., de Jongh, A., & van Minnen, A. (2021). Somatoform dissociative symptoms have no impact on the outcome of trauma-focused treatment for severe PTSD. *Journal of Clinical Medicine*, 10, 1553.
- Zoet, H. A., Wagenmans, A., van Minnen, A., & de Jongh, A. (2018). Presence of the dissociative subtype of PTSD does not moderate the outcome of intensive trauma-focused treatment for PTSD. *European Journal of Psychotraumatology*, 9, 1468707.

Imaginatie-cognitieve herstructurering van vijandige gedachten

Interventieprotocol¹

MARTIJN VAN TEFFELLEN, MARISOL VONCKEN, FRENK PEETERS, ELINE
MOLLEMA & JILL LOBBESTAEI

Samenvatting

Cognitieve herstructurering (CR) is een werkzame interventie voor het verminderen van transdiagnostische hostiliteit. Evidentie uit onderzoek suggereert echter dat de werkzaamheid van traditionele CR verder kan worden verbeterd. Een veelbelovende mogelijkheid voor het verbeteren van de werkzaamheid van CR is het werken met imaginatietechnieken. Een eerder onderzoek in een steekproef van N = 87 mensen uit de algemene populatie die bovengemiddeld scoorden op hostiliteit toonde aan dat het verrijken van CR met mentale beelden (I-CR) de werkzaamheid van traditionele CR verhoogde: I-CR leidde tot een grotere vermindering van vijandige overtuigingen en agressieve neigingen dan CR. In dit artikel beschrijven we de rationale van deze I-CR-procedure en hoe deze is toe te passen, geïllustreerd met casusvoorbeelden. Toekomstige studies zullen moeten uitwijzen of het gebruik van dit protocol nuttig is voor patiënten met klinische niveaus van hostiliteit.

Trefwoorden: imaginatie, cognitieve herstructurering, hostiliteit

Kernboodschappen voor de klinische praktijk

- ▶ Het huidige artikel biedt inzicht in hoe een imaginatietechniek kan worden geïntegreerd met standaard cognitieve herstructurering van vijandige gedachten.
- ▶ Het bijgevoegde interventieprotocol biedt een praktisch handvat dat gebruikt kan worden voor de toepassing van deze innovatieve techniek. De techniek dient echter eerst nader onderzocht te worden voordat het protocol geïmplementeerd kan worden in de klinische praktijk.

1 Dit artikel is een aangepaste vertaling van: van Teffelen et al., 2021a.

INLEIDING

108

Hostiliteit is een karaktertrek die bestaat uit de neiging om boos affect en vijandige cognities te ervaren en agressief gedrag te vertonen (APA, 2014; Barefoot, 1992; Chaplin, 1982). Hostiliteit bestaat uit een aantal lagere-ordedimensies: een cognitieve dimensie (vijandige attitude), een affectieve dimensie (woede) en een gedragsmatige dimensie (agressie). Hostiliteit is geassocieerd met verregaande negatieve gevolgen, zoals huiselijk geweld (Henrichs et al., 2015), een verhoogd risico op hartziekten (Smith, 1992) en suïcidaliteit (Ammerman et al., 2015). Een studie bij 3800 poliklinische patiënten met psychische klachten in de Verenigde Staten toonde aan dat 21% van hen matig tot ernstig agressief gedrag rapporteerde in de voorafgaande week (Genovese et al., 2017). Van deze 3800 poliklinische patiënten was de meerderheid geclassificeerd met een depressieve stoornis, angststoornis of persoonlijkheidsstoornis. In dezelfde studie waren hostiliteitscijfers het hoogst bij mensen met periodieke explosieve stoornis, posttraumatische stressstoornis en cluster B-persoonlijkheidsstoornissen (51%). Al met al is het niet verwonderlijk dat het ervaren van verhoogde hostiliteit vaak een primaire reden is om behandeling in de ggz te zoeken (Lachmund et al., 2005).

De behandeling van hostiliteit wordt op vier vlakken bemoeilijkt. Ten eerste bevatten traditionele classificatie-instrumenten, zoals DSM-5 en ICD-11, geen ‘hostiliteitsstoornis’. In plaats daarvan worden verschillende aspecten van hostiliteit beschreven als symptomen van andere klinische aandoeningen. DSM-5 bijvoorbeeld bevat hostiliteitsaspecten in beschrijvingen van de intermitterende explosieve stoornis, de posttraumatische stressstoornis, de borderline-persoonlijkheidsstoornis, de paranoïde-persoonlijkheidsstoornis, de antisociale-persoonlijkheidsstoornis, de disruptieve stemmingsstoornis en de bipolaire stoornis. Sommige auteurs stellen daarom voor om een hostiliteitsstoornis op te nemen in toekomstige edities van classificatie-instrumenten (DiGiuseppe et al., 2012). Daarentegen stellen andere auteurs voor om hostiliteit te zien als een transdiagnostisch fenomeen (APA, 2014; Cassiello-Robbins & Barlow, 2016; Fernandez & Johnson, 2016; Vidal-Ribas et al., 2016). Ten tweede wordt hostiliteit in verband gebracht met vroegtijdige beëindiging van de behandeling (Arntz et al., 2015; Cassiello-Robbins et al., 2015; Putt et al., 2001). Ten derde is hostiliteit positief geassocieerd met meer ernstige psychopathologie (Cassiello-Robbins & Barlow, 2016). Ten slotte wijzen onderzoeksuitkomsten uit dat hostiliteit kan bijdragen aan gevoelens van incompetentie bij therapeuten (von der Lippe et al., 2008). Al met al brengt pathologische hostiliteit een aantal conceptuele en klinische uitdagingen met zich mee. Deze uitdagingen benadrukken de toenemende erkenning van hostiliteit als klinisch probleem en het belang van effectieve interventiemethoden.

Gelukkig laten cognitief-gedragstherapeutische (CGT) programma's die ontwikkeld zijn voor de behandeling van hostiliteit gunstige resultaten zien (Hofmann et al., 2012). Zo bleek uit een studie naar de effecten van CGT bij mannelijke veteranen dat het identificeren van automatische gedachten, het herkennen van denkfouten en vaardigheidstraining leidden tot een grotere afname in boosheid ten opzichte van een wachtlijstconditie (Timmons et al., 1997). Desondanks profiteerde 34% van de patiënten die werden behandeld met CGT voor hostiliteit niet (of in mindere mate) van de behandeling (Hofmann et al., 2012). Er wordt bovendien gespeculeerd dat cognitieve technieken moeilijker toe te passen zijn bij hostiliteit dan (bijvoorbeeld) bij angststoornissen (DiGiuseppe et al., 1994). Vijandige gedachten gaan vaker over normen en waarden als eerlijkheid, schuld, rechtvaardiging en emotionele ontlading dan over de interpretatie van feiten (DiGiuseppe et al., 1994). De inhoud van dergelijke vijandige gedachten bemoeilijkt daarom de identificatie van onderliggende vijandige interpretatiebiases. Het problematische karakter van de behandeling van hostiliteit motiveerde ons om te onderzoeken hoe we de werkzaamheid van cognitieve interventies voor hostiliteit kunnen vergroten. Het verrijken van cognitieve interventies voor hostiliteit met imaginatietechnieken leek daarbij een waardevolle toevoeging.

De theoretische basis voor het verrijken van cognitieve interventies met mentale beelden is geworteld in het toenemende bewijs dat beelden een sterkere emotionele respons genereren dan enkel verbaal-linguïstische representaties van emoties (Holmes & Mathews, 2010; Pearson et al., 2015). Dit lijkt ook te gelden voor woede. Een kwalitatieve analyse van emoties en gedachten die werden gerapporteerd tijdens het oproepen van mentale beelden toonde bijvoorbeeld aan dat deze gelinkt zijn aan verschillende affecten, waaronder woede (Holmes et al., 2005). Het idee om imaginatie te integreren in CGT-behandeling is echter niet nieuw. Edwards (1990) gaf al een beschrijving van een interventie die imaginatietechnieken integreerde in cognitieve therapie. Een decennium later werden imaginatietechnieken geïntegreerd in bestaande CGT-interventies, zoals imaginaire exposure voor PTSS (Ehlers et al., 2005), imaginatie met rescripting voor traumatische jeugdherinneringen (Arntz & Weertman, 1999; Smucker et al., 1995) en imaginatietechnieken geïntegreerd in verbale CGT-technieken voor sociale angststoornis (McEvoy et al., 2015; McEvoy & Saulsman, 2014).

Pionierswerk van McEvoy en Saulsman (2014) in het toepassen van imaginatietechnieken in verbale CGT-technieken bevatte onder meer een cognitieve herstructureringsprocedure (CR). Deze procedure leek ons ook geschikt om vijandige gedachten uit te dagen. We besloten daarom om deze procedure aan te passen voor het uitdagen van vijandige overtuigingen. Het effect van deze imaginatie-CR-procedure (I-CR) hebben we onderzocht in een recente studie (van Teffelen et al., 2021b), waarin één sessie I-CR werd vergeleken met traditionele CR en met een actieve controleconditie (AC). Een steekproef van 87 Nederlandstalige mensen uit de algemene populatie

(72% vrouw) die hoog scoorden op een hostileiteitsmaat werd willekeurig toebedeeld aan I-CR ($n = 34$), CR ($n = 32$) of AC ($n = 21$). Alle condities bevatten een psycho-educatiefase, een inventarisatiefase en een interventiefase. In de inventarisatiefase werd deelnemers gevraagd een recente autobiografische situatie te beschrijven die hen nog steeds boos maakte. De condities waren gelijk op een aantal punten na. De I-CR-conditie bevatte behalve de traditionele CR-interventie een imaginatiecomponent. De sessies werden individueel toegepast. Om uit te sluiten dat eventuele gevonden effecten verklaard konden worden door louter de lengte of duur van de interventie, werden deelnemers in de traditionele CR- en AC-condities in aanvulling op de 'interventie' gevraagd om een gedachtedagboek in te vullen, zodat deze condities qua design en lengte grofweg overeenkwamen met de I-CR-conditie. De interventies werden alle uitgevoerd in therapieopstelling (twee stoelen met een tafeltje ertussen) in een onderzoekslab. Er was geen dropout gedurende het experiment. Vijandige gedachten (de geloofwaardigheid van een vijandige gedachte die werd opgeroepen door een autobiografische situatie), agressieve neigingen (de neiging om agressief te reageren in een autobiografische situatie), momentane boosheid (opgeroepen door een autobiografische situatie) en hostileiteitsstreken werden gemeten vóór en na interventie, en één week na interventie. Ook werden proefpersonen blootgesteld aan een emotionele stressor (het imaginair herbeleven van de situatie) één week na behandeling. De interventies werden uitgevoerd door drie getrainde masterstudenten klinische psychologie. Van de therapiesessies werden audio-opnamen gemaakt, die vervolgens werden beoordeeld op integriteit van de uitgevoerde behandeling door twee bachelorstudenten klinische psychologie. Analyse van de integriteitsdata liet zien dat één therapeut minder goed presteerde dan de andere twee. Om deze reden werd de variabele 'therapeut' meegenomen als random variabele in de mixed regressieanalyse. Over het algemeen werd de kwaliteit van de uitgevoerde interventies door de masterstudenten als 'goed tot excellent' beoordeeld in meer dan 71% van de gevallen. Dit impliceert dat het protocol kwaliteitsvol is uit te voeren door gevorderde studenten, mits die goed getraind zijn. De hypothese was dat I-CR werkzamer zou zijn in het reduceren van vijandige gedachten, agressieve neigingen, boosheid en hostileiteitsstreken ten opzichte van CR en AC. Demografische gegevens van de sample lieten zien dat het hostileiteitsniveau van deze sample vergelijkbaar is met dat van een klinische populatie. Eén persoon (1%) lukte het niet om in de imaginatiefase een mentaal beeld te vormen. Deze persoon werd meegenomen in de analyse. Vier andere personen (5%) hadden moeite een vijandige gedachte te formuleren. Deze personen zijn niet meegenomen in de analyse, omdat het vervolg van het protocol afhankelijk was van de geformuleerde gedachte. De resultaten lieten zien dat vijandige gedachten, agressieve neigingen en momentane boosheid sterker daalden in zowel I-CR als CR, vergeleken met AC, met een medium effectgrootte. I-CR was ook werkzamer dan CR en AC in het ver-

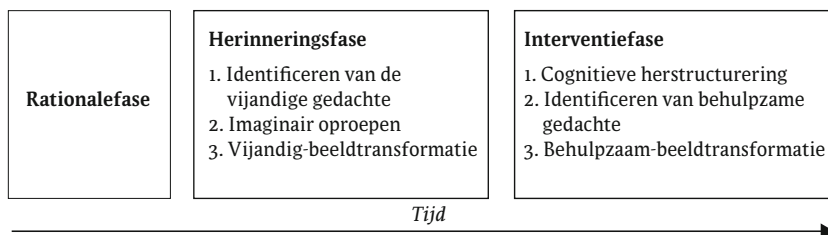
lagen van vijandige overtuigingen en agressieve neigingen, met een kleine effectgrootte. Voor mensen in de I-CR-groep hield het effect na één week aan. Deze resultaten suggereren dat het implementeren van imaginatietechnieken in CR voor vijandige gedachten het effect ervan kan versterken.

In het huidige artikel zullen we de details van bovengenoemde I-CR-procedure voor hostiliteit beschrijven, geïllustreerd met voorbeelden van deelnemers aan deze studie, en zullen we moeilijkheden en uitdagingen voor hostiliteitsbehandeling bespreken. De reden om dit protocol te beschrijven is dat het gebruikt kan worden voor verder onderzoek, bijvoorbeeld naar mogelijkheden voor implementatie in de klinische praktijk.

IMAGINATIE-COGNITIEVE HERSTRUCTURERING

.....

Een kort overzicht van de I-CR-interventie wordt weergegeven in figuur 1. Kort gezegd omvat de procedure drie fasen: (1) rationale, (2) herinnering en (3) interventie. De procedure begint met de rationalefase: een gedetailleerde uitleg van de techniek aan de hand van een neutraal voorbeeld. Vervolgens wordt de deelnemers in de herinneringsfase gevraagd een recente gebeurtenis te beschrijven die het gevoel van boosheid of vijandigheid heeft opgeroepen. Terwijl men zich de gebeurtenis herinnert, wordt de sterkst gerelateerde vijandige gedachte geïdentificeerd. Hierna worden deelnemers begeleid om de gebeurtenis opnieuw te beleven. Dit wordt gedaan met het imaginatie-interview beschreven door Hackmann en collega's (2000). Daarna wordt de deelnemers gevraagd om hun vijandige overtuiging om te zetten in een mentaal beeld. Vervolgens ondergaan de deelnemers in de interventiefase een reguliere, verbale cognitieve uitdaging (CR), die wordt afgesloten met het formuleren van een meer helpende gedachte. Hoewel tijdens cognitieve herstructurering veel technieken kunnen worden gebruikt (bijvoorbeeld multidimensionale evaluatie of de taartdiagramtechniek), hebben we McEvoy en Saulsman (2014) gevolgd door gebruik te maken van 'bewijs verzamelen' (Beck, 2011). Het verzamelen van bewijs moedigt deelnemers aan om de vijandige gedachte ofwel te ondersteunen, ofwel te ontkrachten. Ten slotte wordt de deelnemers gevraagd om hun helpende gedachte om te zetten in een behulpzaam (dat wil zeggen: minder vijandig) mentaal beeld. De volledige versie van het I-CR-protocol is te vinden in de bijlage.



FIGUUR 1 Overzicht van de I-CR-interventie

RATIONALEFASE

.....

Aan het begin van de sessie starten we met het geven van een uitleg over de interventie. De rationalefase duurt ongeveer 10 minuten. De deelnemers krijgen een interactief voorbeeld (zie kader hierna) dat vaak wordt gebruikt bij CGT om de relatie tussen gedachten, gevoelens en gedrag uit te leggen. De I-CR-procedure volgt dit voorbeeld, met als belangrijk verschil dat er bepaalde onderdelen van de imaginatieprocedure aan zijn toegevoegd, waardoor deelnemers kunnen oefenen met het genereren van vijandige en behulpzame mentale beelden. Instructies worden met een rustige stem gegeven, met voldoende pauze na elke zin, zodat de deelnemers een duidelijk beeld van het voorbeeld kunnen creëren in de imaginatie.

Eerst wordt de deelnemers gevraagd zich voor te stellen dat ze in bed liggen en wakker worden van een hard geluid. Daarna worden ze begeleid bij het genereren van het vijandige beeld van een inbreker. Vervolgens wordt de deelnemers gevraagd een behulpzaam beeld te genereren en dat te 'installeren'. Het volgende kader bevat een getranscribeerd voorbeeld van Jan (pseudoniem), een van de deelnemers aan ons experiment.² Jan is een 40-jarige, hoogopgeleide, getrouwde man met twee kinderen, die fulltime werkt.

Therapeut: Sluit alsjeblieft je ogen. Stel je het volgende voor. Je ligt 's nachts in je bed. Voel het bed waarop je ligt. Voel je hoofd op het kussen. Voel de deken over je heen. Voel de matras. Hoor de nachtelijke geluiden in je kamer. Plots word je midden in de nacht wakker van een hard geluid. De gedachte die door je hoofd flits is: 'Het is een inbreker.' Zie je de inbreker je huis binnenkomen? Als wat je ziet een afbeelding is, kun je dan beschrijven wat je ziet?

Jan: Eh ... oké. Ik zie een man mijn voordeur binnenkomen.

Therapeut: *(Stelt de vragen in een langzaam tempo, in interactie met de deelnemer)*
Hoe ziet de inbreker eruit ...? Wat doet de inbreker ...? Welke gezichtsuitdrukking heeft de inbreker ...? Welke houding heeft de inbreker ...?

Jan: Nou ... Hij is helemaal in het zwart gekleed en ziet er louche uit. Hij breekt mijn voordeur open. Hij ziet er gluisperig uit, met een gemene grijns op zijn gezicht. Zijn ogen zijn donker, ik kan ze niet zien (*grijnzend*).

Therapeut: Dat is prima zo, Jan, je doet het goed. Wat voel je (in je lichaam)?

Jan: Nou, ik voel dat ik boos word. Ik voel me heel boos. Mijn hart begint te bonzen en mijn handen beginnen te zweten.

Therapeut: En wat doe je?

Jan: Ik wil opstaan en hem pakken. Ik moet iets vinden om mezelf mee te verdedigen of hem flink te laten schrikken.

2 Een schriftelijke toestemmingsverklaring is verkregen om dit transcriptiemateriaal te gebruiken.

- Therapeut: Oké Jan, goed gedaan. Nu gaan we naar een volgend beeld. Kun je je voorstellen dat iets onschuldigers het geluid heeft voortgebracht? Ja? Zoals?
- Jan: Eh ... Nou, het kan ook zijn dat mijn kat ergens tegenaan is gebotst terwijl hij een vlieg achternazat.
- Therapeut: Heel goed, Jan. Hoe ziet dit er in je verbeelding uit? Wat doet de kat? Hoe ziet het eruit? Welke houding heeft hij?
- Jan: Ik heb zo'n kleine tafel in het midden van de kamer en ik zie mijn kat een vlieg achternazitten. Hij wordt enthousiast. Hij springt over een stoel, maar dan knalt hij tegen de tafel. Een vaas valt eraf en breekt op de grond in stukken.
- Therapeut: Heel goed. Nu wil ik je vragen om het beeld als het ware terug te spoelen en terug te gaan naar het moment dat je in bed ligt te slapen. Maar als je nu wakker wordt, wil ik je vragen duidelijk het beeld van je kat voor ogen te halen: hoe die tegen de tafel crasht terwijl hij achter een vlieg aanjaagt. Oké? Nu lig je 's nachts in je bed. Voel het bed waarop je ligt. Voel je hoofd op het kussen. Voel de deken om je heen. Voel de matras. Hoor de nachtelijke geluiden in je kamer. Plots word je midden in de nacht wakker van een hard geluid. Zie je het beeld van je kat? Wat voel je nu? Hoe reageer je op dit beeld?
- Jan: Ja, ik kan het duidelijk zien. Ik voel me rustiger, omdat dit al vaker is gebeurd. Ik draai me om en val weer in slaap.
- Therapeut: Oké, je kunt je ogen weer openen. Ik wil graag de twee beelden bespreken die je zojuist hebt gecreëerd. Wat valt je op? Wat is het verschil?
- Jan: Nou, de tweede keer met de kat was een stuk minder spannend.
- Therapeut: Inderdaad, Jan. Het verschil laat zien dat niet de situatie zelf (het harde geluid), maar onze interpretatie ervan, oftewel het beeld dat de situatie oproept (de inbreker of de kat) bepaalt hoe we ons voelen en gedragen. In de techniek die we zo direct gaan gebruiken, bevragen we jouw interpretatie van een situatie die voor jou relevant is.

HERINNERINGSFASE

.....

Identificeren van de vijandige gedachte

.....

Nadat we de rationale van de interventie hebben uitgelegd, vragen we onze deelnemers om zich een autobiografische gebeurtenis te herinneren die hen nog steeds boos maakt. Doorgaans duurt de hele herinneringsfase ongeveer 20 minuten. Om de vijandige overtuiging vast te stellen, vragen we de deelnemers: 'Wat is het ergste van deze gebeurtenis?' En daarbij specifiek: 'Wat zegt dit over de intentie van de ander?' Vervolgens moedigen we de deelnemers aan om de betekenis van de gebeurtenis in één zin samen te vatten. Op basis van onze klinische ervaring en ervaringen in de pilotfase van het onderzoek besloten we dat deze vijandige gedachte uit de volgende elemen-

ten moest bestaan: een agressor, een slachtoffer, schadelijk gedrag en een intentie. Bijvoorbeeld: 'Mijn moeder (agressor) zei iets gemeens tegen mijn vriend (schadelijk gedrag) over mij (slachtoffer) om ons opzettelijk uit elkaar te drijven (intentie).' Samenvattingen van één zin van de gebeurtenis (bijvoorbeeld: 'Mijn vriend ging zonder mij op vakantie') respectievelijk van de vijandige gedachte (bijvoorbeeld: 'Mijn moeder zei tegen mijn vriend iets gemeens over mij om ons opzettelijk uit elkaar te drijven') worden vervolgens op een whiteboard geschreven. Tabel 1 geeft voorbeelden van gebeurtenissen en hun gerelateerde vijandige gedachten bij drie deelnemers (Jan, Bastiaan en Kim).

TABEL 1 *Voorbeelden van gebeurtenissen en gerelateerde vijandige gedachten in drie casussen*

Participatant	Gebeurtenis	Vijandige gedachte	Vijandig beeld
Jan	Mijn dochter loog door te zeggen dat ze geen seks had met haar vriendje.	Ze doet dit met opzet om mij pijn te doen.	Minachtend sluw klein kind dat me belachelijk maakt.
Bastiaan	Mijn moeder zei tegen mijn vriend dat hij zonder mij op vakantie moest gaan.	Ze zegt opzettelijk schadelijke dingen om mij en mijn vriend te scheiden.	Een smalend lachende oude heks, met een rimpelige, gemeen lachende gezichtsuitdrukking.
Kim	Mijn vriendin gedraagt zich opgefokt op mijn verjaardag.	Mijn vriendin probeert doelbewust mijn verjaardag te verpesten.	Mijn vriendin kijkt me aan met boze, beschuldigende ogen, en met gekruiste armen.

Imaginaire oproepen

Nadat de vijandige gedachte is geïdentificeerd, wordt de deelnemers gevraagd zich de situatie in imaginatie op te roepen. Het doel van deze fase is om deelnemers de woede-inducerende gebeurtenis imaginair te laten herbeleven, als voorbereiding op de volgende fase, waarin de vijandige gedachte wordt omgezet in een vijandig beeld. Tijdens het terugroepen van de beelden wordt de deelnemers gevraagd om hun woede-inducerende gebeurtenis te beschrijven met hun ogen dicht, alsof die hier en nu plaatsvindt, en om gebruik te maken van al hun vijf zintuigen.

Vervolgens gaan we bij de deelnemer na of deze een optimaal niveau van hostiliteit ervoer (dat wil zeggen: hoog genoeg om enige hostiliteit te voelen, maar niet in die mate dat een deelnemer zich erdoor overweldigd voelt). Daarna herhalen we de vijandige gedachte die op het whiteboard is geschreven.

In het volgende kader ziet u het voorbeeld van Jan (zie tabel 1). Zijn 15-jarige dochter vroeg om seksuele voorlichting, omdat ze een jongen op school had ontmoet die ze leuk vond. Jan legt uit dat voor hem een van de belangrijkste dingen in de opvoeding van zijn dochter is haar te leren dat liegen niet wordt getolereerd. Terwijl hij zijn dochter seksuele voorlichting geeft, komt hij erachter dat zijn dochter de dag ervoor al seks heeft gehad.

Therapeut: Oké, Jan, nu wil ik je vragen je ogen te sluiten. Stel je voor dat je teruggaat naar de situatie waarin je erachter kwam dat je dochter loog over seks. Ga terug naar het moment waarop je het meeste boos was. Beschrijf zo levendig mogelijk wat er gebeurde, alsof het hier en nu plaatsvindt.

Jan: Oké, ik zit in de situatie. Ik zit in de woonkamer met mijn dochter, mijn vrouw zit iets verderop. Mijn dochter vertelt me dat ze eigenlijk al seks heeft gehad met die jongen. Het is alsof er een zwart waas over me heen komt, alsof mijn hersenen in overdrive gaan. Alle rede is uit mijn lichaam weggevloeid, ik voel alleen maar woede. Ik ben zo zwaar teleurgesteld dat ik begin te vloeken.

Therapeut: Kun je dit in een beeld zien? Kun je beschrijven wat je ziet?

Jan: Mijn vrouw staat achter me in de hoop dat ik geen gekke dingen doe. We zijn in de woonkamer. Het gezicht van mijn dochter is zo wit als het maar zijn kan. Als blikken konden doden, had ik op dat moment zeker iemand vermoord. Ik sta daar, en ik ben erg gespannen.

Therapeut: Hoor je of ruik je iets?

Jan: Nee, het is doodstil. Ik ruik niets.

Therapeut: Wat voel je (in je lichaam)?

Jan: Ik heb het gevoel alsof mijn hart uit mijn lichaam gaat springen, alsof ik onder 480 volt sta. Mijn borstspieren zijn super gespannen. Alsof ik super onstabiel nitroglycerine ben, dat iemand met een vonkje kan doen ontploffen. Ik ben woedend.

Therapeut: Voel je het nu?

Jan: Ja, maar veel minder dan toen.

Therapeut: Oké. Probeer het gevoel zo sterk mogelijk te maken. Concentreer je op de spanning in je borst en op je bonzende hart. Wat nu door je hoofd gaat is: 'Ze doet dit met opzet om me pijn te doen.'

Vijandig-beeldtransformatie

Aangekomen bij de 'hotspot' van de gebeurtenis, gaan we verder met de transformatie van de vijandige gedachte in een vijandig beeld. Daartoe laten

we de deelnemers een mentaal beeld genereren dat zo levendig mogelijk is, en tegelijkertijd alle zintuiglijke en affectieve informatie adequaat vastlegt. Belangrijk is dat we de deelnemers vertellen dat dit beeld niet realistisch hoeft te zijn, zolang het de gevoelens van een deelnemer maar adequaat weergeeft. In het volgende kader gaan we verder met de transcriptie van de casus Jan. Andere voorbeelden van vijandig-beeldtransformaties worden gegeven in tabel 1.

- Therapeut: Heel goed, Jan. Je kunt je ogen dichthouden. Nu wil ik je vragen om je zo gedetailleerd en levendig mogelijk voor te stellen hoe het eruit zou zien in een beeld dat je dochter dit met opzet deed om je pijn te doen. Ik ben niet op zoek naar een realistisch beeld. Het is de bedoeling dat het beeld je gevoelens weergeeft, niet de werkelijkheid. Het kan bijvoorbeeld een beeld zijn zoals in een tekenfilm. Gebruik zoveel mogelijk details. Hoe ziet je dochter eruit? Hoe kijkt ze naar je? Welke houding heeft ze?
- Jan: Eh, oké. Het is alsof ik erg lang ben, en zij is erg klein. Ik kijk op haar neer. Ik zie de foto van een minachtend, sluw klein kind dat me belachelijk maakt. Ze lacht als een duiveltje.

INTERVENTIEFASE

.....

Cognitieve herstructurering en identificeren behulpzame gedachte

.....

Nadat we een vijandige gedachte en een vijandig beeld hebben geïdentificeerd, noteren we de geloofwaardigheid ervan: de waarschijnlijkheid dat de gedachte waar is, van 0% tot 100%. Daarna gaan we verder met de cognitieve techniek 'bewijs verzamelen'. Meestal duurt deze fase nog eens 20 tot 30 minuten. Tijdens deze fase vragen we de deelnemers om met bewijs te komen ter ondersteuning van en bewijs tegen hun vijandige gedachte. Om dit te doen, vragen we de deelnemers: 'Waaruit blijkt dat je gedachte waar is?' 'Zijn er mogelijk andere gebeurtenissen die je hebt meegemaakt die het bewijs sterker maken?' 'Waaruit blijkt dat je gedachte misschien niet waar is?' 'Heb je ervaringen waaruit blijkt dat de gedachte niet altijd waar is?' 'Heb je iets soortgelijks eerder meegemaakt? Zo ja, wat heb je ervan geleerd dat je mogelijk kan helpen?' We noteren de bewijzen op het whiteboard onder de kopjes 'bewijs voor' en 'bewijs tegen' de gedachte. Daarna vragen we de deelnemers: 'Als je kijkt naar het bewijs dat je hebt aangevoerd, wat zou je dan concluderen over je oorspronkelijke gedachte? Kun je een alternatieve, meer behulpzame gedachte bedenken?' Een voorbeeld wordt getoond in tabel 2.

TABEL 2 Voorbeelden van het verzamelen van bewijs

Bewijs vóór gedachte	Bewijs tegen gedachte	Behulpzame gedachte
Jan		
Ze zegt niet dat ze ongelijk heeft en probeert op te komen voor haar vriendje.	Ze was bang of schaamde zich om me te moeten vertellen dat ze seks heeft gehad. Ze handelde impulsief. Haar vriendje heeft haar misschien gepusht. Ik ben conservatief, en dat weet ze. Ze is nog maar een kind, te naïef.	Ze is dom geweest en nog maar een klein meisje dat hulp nodig heeft van haar vader.
Bastiaan		
Ik zei echt het tegenovergestelde van wat mijn moeder tegen mijn vriend zei. Ze deed het achter mijn rug om.	Misschien heeft mijn vriend iets anders verteld. Misschien interpreteerde ze het anders. Mijn moeder was boos over iets anders.	Mijn moeder moet boos zijn geweest om iets anders.
Kim		
Ze klonk boos. Ze deed afstandelijk.	Haar ouders gaan scheiden en hadden de avond ervoor ruzie in haar aanwezigheid. Misschien reageerde ze dingen af op mij, maar meende ze het niet.	Mijn vriendin heeft problemen thuis.

Behulpzaam-beeldtransformatie

Na het verzamelen van bewijs vragen we de deelnemers om hun geformuleerde behulpzame gedachte om te zetten in een behulpzaam beeld. De procedure is dezelfde als de transformatie van het vijandige beeld. Voorbeelden van het omzetten van behulpzame gedachten in beelden worden weergegeven in tabel 3.

Nadat deelnemers een behulpzaam beeld hebben geformuleerd, vragen we hun om het te ‘installeren’. Hiertoe herhaalt de therapeut het vijandige beeld dat aan het einde van de imaginatiefase werd beschreven (de ‘hot-spot’ van woede; in de casus Jan is dat een minachtend, sluw, klein kind, lachend als een duiveltje). De therapeut vraagt de deelnemer dit oude beeld te vervangen door het nieuwe behulpzame beeld (in de casus Jan is dat een verlegen meisje met Bambi-achtige ogen; zie het kader hierna). Het is onze klinische indruk dat de meeste behulpzame beelden een zekere mate van medelijden of empathie met de agressor bevatten, of erkenning van diens tekortkomingen. Ten slotte vragen we de deelnemers wat ze voelden toen ze naar deze behulpzame afbeelding keken en vragen we hen hun ogen te openen. In veel gevallen merkten we dat de deelnemers compassie kregen voor hun ‘agressor’.

TABEL 3 *Voorbeelden van gebeurtenissen en gerelateerde behulpzame gedachten in drie casussen*

Participant	Gebeurtenis	Behulpzame gedachte	Behulpzaam beeld
Jan	Mijn dochter loog door te zeggen dat ze geen seks had met haar vriendje.	Ze is dom geweest en is slechts een klein meisje dat hulp nodig heeft van haar vader.	Een timide hulpeloos meisje dat daar staat, met Bambi-achtige ogen, nerveus aan het spelen met haar haar.
Bastiaan	Mijn moeder zei tegen mijn vriend dat hij zonder mij op vakantie moest gaan.	Mijn moeder moet boos zijn geweest om iets anders.	Vrouw aan de keukentafel die aan het telefoneren is en eruitziet alsof ze niet weet wat ze moet doen.
Kim	Mijn vriendin gedraagt zich nerveus op mijn verjaardag.	Mijn vriendin heeft problemen thuis.	Mijn vriendin heeft ruzie met haar ouders en kijkt gekweld.

Therapeut: Ik zou je nu willen vragen om deze alternatieve, behulpzame overtuiging dat ‘ze dom is geweest en nog maar een klein meisje, dat de hulp van haar vader nodig heeft’ in een beeld uit te drukken, net zoals we deden tijdens de vorige oefening met ‘de kat die tegen de tafel knalt terwijl hij achter een vlieg aanzit’. Sluit nu je ogen. Ik wil je vragen om je zo gedetailleerd en levendig mogelijk een plaatje voor te stellen van dat ‘ze dom is geweest en nog maar een klein meisje, dat de hulp van haar vader no-

- dig heeft'. Ik ben niet op zoek naar een realistisch beeld. Het beeld moet je gevoelens weergeven, niet de werkelijkheid. Zoals in een tekenfilm. Gebruik zoveel mogelijk details.
- Jan: Uh ... oké. Dus ik zie mijn dochter daar in de kamer staan. Ik zeg altijd tegen haar dat ze van die hertachtige ogen heeft, net als Bambi. Dus ik zie dit beeld van haar, staande in de kamer als een verlegen, onhandig, hulpeloos meisje met deze Bambi-ogen, terwijl ze zenuwachtig met haar haar speelt.
- Therapeut: Heel goed, Jan. Nu gaan we dit nieuwe beeld installeren. Je kunt je ogen dichthouden. Laten we teruggaan naar de situatie: je hebt net seksuele voorlichting gegeven, maar dan vertelt ze je dat ze eigenlijk al seks heeft gehad met die jongen. Je ziet de woonkamer, je vrouw achter je, je dochters gezicht zo wit als maar kan, het is doodstil. Wat nu door je hoofd gaat is dat 'ze dom is geweest en nog maar een klein meisje, dat de hulp van haar vader nodig heeft'. Verander nu het oude beeld in het nieuwe, behulpzame beeld van je dochter, die in de kamer staat als een verlegen, onhandig hulpeloos meisje met Bambi-ogen, dat zenuwachtig met haar haar speelt. Neem je tijd. Wat voor effect heeft dit beeld op je als je er naar kijkt?
- Jan: Nu ik haar zie, heb ik echt de drang om haar te helpen. Ik bedoel, ze is dom geweest, maar ze kan er niets aan doen, ze is nog zo jong. Ze heeft nog niets van de wereld gezien. Ja, ik wil met haar praten en haar troosten.

Potentiële problemen en oplossingen

Na de beschrijving van de techniek willen we een aantal problemen bespreken die therapeuten kunnen tegenkomen. Een eerste probleem dat zich kan voordoen is dat deelnemers bij het omzetten van de gedachten in beelden blijven vasthouden aan een realistische beschrijving van wat er gebeurde. Wanneer dit gebeurt, kan het helpen om te herhalen dat het beeld niet realistisch hoeft te zijn, en dat het best karikatuur- of cartoonachtig mag zijn. Het kan ook helpen om aanvullende vragen te stellen, zoals: 'Hoe ziet de ander eruit?' 'Wat is zijn of haar gezichtsuitdrukking?' 'Wat is zijn of haar houding?' 'Is de persoon klein of lang?' 'Hoe ziet iemand eruit die een ander belachelijk maakt?'

Een tweede probleem waar een therapeut mogelijk tegen aanloopt is dat het beeld niet voldoende levendig wordt. Een levendig beeld is nodig om de emotie die erbij hoort goed te activeren (Hackmann et al., 2000). Vragen als: 'Wat zie je?' 'Wie is daar met jou?' 'Sta je of zit je?' kunnen een deelnemer helpen zich de situatie levendig voor te stellen. Het is dan nuttig om te zoeken naar signalen dat de deelnemer emotioneel wordt, zoals zweten of veranderingen in de gezichtsuitdrukking. Als er echter te veel vragen worden gesteld, kunnen deelnemers ook juist afgeleid raken of het gevoel krijgen dat ze het 'juiste' antwoord moeten geven. Dan is het aan te raden om het beeld samen te vatten en de deelnemer daarop te laten focussen.

Een derde probleem dat zich kan voordoen, is dat een deelnemer het mentale beeld in de verleden tijd gaat beschrijven. Dit vermindert de levendigheid en emotionaliteit van het beeld. Wanneer dit gebeurt, kan een therapeut een deelnemer helpen door de zinnen van de deelnemer te herformuleren: 'Dus je dochter kijkt naar je. Ze vertelt niet de waarheid.' Pas als een deelnemer in de verleden tijd blijft hangen, is het zaak dit te benoemen en de deelnemer aan te moedigen om de afbeelding in de tegenwoordige tijd te beschrijven.

Een vierde relevant probleem waar een therapeut tegen aan kan lopen, is wanneer een deelnemer meerdere 'scènes' of voorbeelden binnen een gebeurtenis beschrijft. Zo beschreef een deelnemer dat ze meerdere keren boos werd omdat ze een beloofde taxirit niet kreeg. Deze situatie omvatte meerdere scènes, zoals telefoneren, op de stoep wachten en praten met de hotelmedewerker. Dit kan worden aangepakt door de deelnemer de scène te laten selecteren die de meeste woede heeft veroorzaakt.

Ten vijfde kan een deelnemer een zekere loyaliteit hebben naar de 'agressor' toe, vooral als het gaat om hechte relaties. Deelnemers durven dan hun woede niet altijd niet te uiten, wat op zijn beurt de identificatie van vijandige gedachten bemoeilijkt. Een mogelijke oplossing voor dit probleem is dat de therapeut de woede 'normaliseert' door zich in te leven in de opgewekte woede. Als een deelnemer bijvoorbeeld beschrijft dat ze niet is uitgenodigd voor een feestje van vrienden met wie ze altijd omgaat, kan de therapeut reageren met: 'Echt niet? Dat meen je niet! Heeft hij of zij dat echt gedaan? Beseft hij of zij niet wat dit voor jou betekent? Ik kan me voorstellen dat je hier echt boos van werd!'

Een zesde probleem dat zich kan voordoen is wanneer een deelnemer niet in staat is om de woede die ooit met de situatie was geassocieerd opnieuw te ervaren, bijvoorbeeld vanwege schaamte of omdat er al een aantal behulpzame gedachten is ontwikkeld. In dat geval moet extra aandacht worden besteed aan de imaginatiefase. Tijdens het laatste deel van de imaginatiefase kan een therapeut de deelnemer nogmaals vragen om zich zoveel mogelijk te concentreren op de lichamelijke gewaarwordingen, het boze onrechtvaardige gevoel in al zijn details en de deelnemer voldoende tijd te geven om dit te doen. In sommige gevallen vermijden deelnemers actief moeilijke emoties. In dat geval zijn wellicht meerdere sessies vereist.

Ten slotte hebben therapeuten soms moeite om de stroom van woorden in één beknopte zin weer te geven. Hierbij kunnen ze ook vergeten om een vorm van 'intentie' van de agressor op te nemen (bijvoorbeeld: 'Hij of zij deed het met opzet').

Hoewel een aanzienlijk aantal potentiële problemen door de therapeut kon worden aangepakt, was de interventie toch niet voor alle deelnemers succesvol. Ten eerste waren sommige deelnemers niet in staat een mentaal beeld te genereren (1% van deelnemers), omdat ze het gevoel hadden dat ze dat niet

konden. Deze deelnemers bleven steken in een realistisch relaas van wat er gebeurde en zeiden dat ‘ze geen beeld konden bedenken’.

Ten tweede was het voor sommige deelnemers moeilijk om een gedachte te identificeren die geschikt was om uit te dagen, omdat de kern van de gedachte niet zozeer ging over intentionaliteit, maar meer over tolerantie of eerlijkheid (1% van deelnemers). Zo beschreef een man dat hij boos werd omdat de directie hem op zijn werk 3 minuten buiten een vergaderruimte liet wachten. De beste vijandige overtuiging die hij gaf, was: ‘Ze houden zich niet aan hun afspraak.’ In dit specifieke geval hielp het om te vragen: ‘Helpt het je om zo te denken?’

Ten derde zijn wij van mening dat het verzamelen van bewijs op zichzelf soms niet voldoende twijfel zaait over de opzet van de ‘agressor’ (1% van de deelnemers), maar dat het behulpzame of alternatieve beeld (zoals tabel 3 laat zien) er uiteindelijk voor zorgt dat een gevoel van sympathie of medelijden met de agressor ontstaat.

121

TOEKOMSTPERSPECTIEF

.....

Tot nu toe toonde alleen onze eigen studie aan dat wat betreft het verminderen van vijandige gedachten en agressieve neigingen één sessie I-CR in de loop van de tijd effectiever en robuuster is dan een actieve controleconditie of traditionele CR (van Teffelen et al., 2021b). Deze bevindingen werden echter verkregen bij voornamelijk vrouwen (72%) met verhoogde, maar niet-klinische niveaus van hostiliteit. Daarom is op dit moment onduidelijk of de interventie ook werkt in klinische steekproeven of in steekproeven met meer mannen. Het is ook onduidelijk of I-CR-effecten worden gemedieerd door (andere) persoonskenmerken, zoals iemands creativiteit of algemeen verbeeldingsvermogen. Hoewel we enkele deelnemers tegenkwamen die problemen leken te hebben met het genereren van mentale beelden, zijn er vooralsnog geen wetenschappelijke aanwijzingen dat een beter verbeeldingsvermogen ook leidt tot betere effectiviteit van dit soort imaginatie-technieken (Dibbets et al., 2012; Lee & Kwon, 2013). Bovendien moet er nog een aantal empirische vragen worden onderzocht. Het is bijvoorbeeld onduidelijk wat de impact is van meerdere sessies, wat het optimale aantal sessies is, of deze sessies generaliseren naar andere reallife situaties, en of het effect na verloop van tijd aanhoudt. Ten slotte stellen sommige auteurs dat woede zich niet alleen kan manifesteren als een primaire emotie, maar ook als een secundaire (bijvoorbeeld boos worden na gekwetst te zijn) (Pascual-Leone et al., 2013). In de huidige interventie benaderden we woede als een primaire emotie. Misschien kan focussen op woede als secundaire emotie of op affecten die naast woede voorkomen, leiden tot andere beelden.

Met betrekking tot verdere klinische implementatie van deze techniek is het van belang te vermelden dat de therapeuten in onze studie 20 uur uit-

gebreide training hebben gekregen. De training omvatte feedback op rollenspellen, *pilot runs* en audio-opnamen door onze onderzoeksgroep, onder andere door een gediplomeerd klinisch psycholoog (E. M.) en een cognitief gedragstherapeut (M. V.) die ruime ervaring hebben met het gebruik van imaginatietechnieken in de klinische praktijk. In de dagelijkse klinische omgeving lijkt een dergelijke training moeilijk *on site* te realiseren. Er werd echter tijdens de training relatief veel tijd besteed aan het verfijnen van het protocol. Bovendien waren onze therapeuten masterstudenten die nog geen ervaring hadden met de CR-techniek ‘bewijs verzamelen’; bij ervaren therapeuten kan een training waarschijnlijk korter van duur zijn. Ook het aanbieden van de training in de vorm van nascholing vanuit bijvoorbeeld een opleidingsinstelling zou hierin een oplossing zijn.

Een belangrijker probleem is dat we merkten dat het voor de therapeuten lastig was om de vijandige en behulpzame gedachten te identificeren, en ze om te zetten in beelden. Het formuleren van duidelijke, uitdaagbare gedachten en beelden die de affectieve lading van een gedachte dekken, is essentieel voor de interventie, maar vergt tegelijkertijd ook verfijnde therapeutische vaardigheden. Onze therapeuten gaven aan dat ze het nuttig vonden om bij het formuleren van de gedachten op zoek te gaan naar intentionaliteit (‘ze doet dit met opzet om me pijn te doen’) en om bij het omzetten naar beelden vooral te zoeken naar karikatuurachtige beelden. Wanneer de techniek uiteindelijk wordt toegepast op meerdere situaties waarin hostiliteit een rol speelt, hopen we dat het effect ervan generaliseert naar nieuwe reallife situaties en zo leidt tot stabiele, langdurige symptoomverminderingen, zoals dat ook het geval is na CGT voor andere psychopathologie (Hofmann et al., 2012). Voor hostiliteit moet dit echter nog verder worden onderzocht. Het is onze visie dat meer onderzoek nodig is om de interventie aan te bevelen voor brede toepassing in de klinische praktijk. Uit wetenschappelijke evidentie zal moeten blijken of de techniek haalbaar, veilig en effectief is in verschillende klinische populaties, en door wie de techniek kan worden toegepast. Wij hopen dat dit labonderzoek leidt tot vervolgonderzoek dat gericht is op de mogelijkheden voor implementatie in de klinische praktijk.

Verder is het belangrijk te noemen dat wij bij de ontwikkeling van de huidige interventie een transdiagnostische benadering van hostiliteit hanteerden. Zoals we echter in de inleiding al aanhaalden, bestaat hostiliteit uit verschillende dimensies (te weten cognitief, affectief en gedragsmatig). Sommige mensen scoren hoog op affectieve aspecten van hostiliteit, terwijl anderen hoog scoren op cognitieve en gedragsmatige aspecten van hostiliteit. Binnen psychiatrische classificaties, zoals de DSM-5, worden deze hostiliteitsaspecten echter afwisselend gebruikt. De periodiek explosieve stoornis bijvoorbeeld bevat vooral de *gedrags*aspecten van hostiliteit, en de paranoïde-persoonlijkheidsstoornis vooral de *cognitieve* aspecten van hostiliteit. De posttraumatische-stressstoornis en de borderline-persoonlijkheidsstoornis bevatten zowel affectieve als gedragsmatige aspecten van

hostiliteit. Hoewel I-CR een effectieve vermindering liet zien op alle aspecten van hostiliteit, vertoonde het een verhoogde werkzaamheid op de cognitieve en gedragsmatige aspecten ervan, maar niet zozeer op de affectieve aspecten van hostiliteit, in vergelijking met traditionele CR. Om deze reden heeft I-CR mogelijk geen toegevoegde waarde ten opzichte van traditionele CR voor patiënten bij wie voornamelijk affectieve aspecten van hostiliteit een grote rol spelen. Voor patiënten met meer cognitieve en gedragsmatige aspecten van hostiliteit zou I-CR juist geschikter kunnen zijn dan traditionele CR.

In dit artikel beschreven we aan de hand van praktijkvoorbeelden het I-CR-interventieprotocol dat werd gebruikt in een gerandomiseerde gecontroleerde studie bij deelnemers met verhoogde hostiliteit (van Teffelen et al., 2021b). I-CR is een nieuwe techniek die de bekende verbale CR-techniek – de voor-tegen-analyse – combineert met het gebruik van imaginatie, oftewel mentale beelden. De hier beschreven techniek is gericht op het verminderen van vijandige overtuigingen in transdiagnostische hostiliteit. Deze I-CR-procedure is bedoeld voor deelnemers met een algemene neiging om situaties vijandig te interpreteren, maar ook voor deelnemers die worstelen met hostiliteit in specifieke situaties. Uit onze klinische ervaring blijkt dat beelden zowel de vijandige als de helpende gedachten beter lijken vast te leggen dan verbale formuleringen. Toekomstige studies moeten uitwijzen of het gebruik van dit I-CR-protocol even nuttig is voor deelnemers met klinische niveaus van hostiliteit.

BIJLAGE MAGINATIE-COGNITIEVE HERSTRUCTURERING VOOR HOSTILITEIT: INTERVENTIEPROTOCOL

.....

Fase 1: Rationale

.....

Therapeut: We beginnen het onderzoek met het geven van uitleg over de techniek die we gaan toepassen. Hierom wil ik gebruikmaken van het volgende voorbeeld.

Hiervoor wil ik je vragen je ogen te sluiten.

Verbeeld het volgende. Je ligt in je bed, het is nacht ... Voel dat je op je bed ligt ... Voel je hoofd in het kussen ... Voel de deken over je heen ... Voel het matras ... Hoor de nachtelijke geluiden in je kamer ...³

Opeens word je midden in de nacht wakker van een hard geluid.

De gedachte die door je hoofd flitst is: 'Het is een inbreker.'

3 Tip: Laat mensen even de tijd nemen zich dit voor te stellen.

Kun je voor je zien dat er een inbreker je huis binnenkomt? Hoe ziet dit eruit in een beeld? Waaraan zie je dat het een inbreker is? Wat doet de inbreker? Hoe kijkt de inbreker? Wat voor een houding heeft hij? Hoe ziet iemand eruit die inbreekt?

Wat voel je (in je lijf)?

Wat doe je in het beeld?

Zou je je ook kunnen voorstellen dat het geluid wordt veroorzaakt door iets onschuldigs? Wat dan? Hoe ziet dit eruit in een beeld? Wat doet de ander? Hoe kijkt de ander? Wat voor een houding had hij? Hoe ziet iemand eruit die ...

Dan wil ik je nu vragen de film weer terug te draaien en naar het moment te gaan dat je weer in je bed ligt te slapen. Als je zo opnieuw wakker wordt wil ik dat je [HERHAAL HIER WAT DE PROEFPERSOON AAN BEELD NOEMDE] voor je ziet. Je ligt in je bed, het is nacht ... Voel dat je op je bed ligt ...

Voel je hoofd in het kussen ... Voel de deken over je heen ... Voel het matras ... Hoor de nachtelijke geluiden in je kamer ...

Dan word je wakker van een hard geluid. Kun je het beeld [HERHAAL HIER HET BEELD] zien?

Wat voel je (in je lijf)?

Wat doe je in het beeld?

Je mag je ogen opendoen. Nu ben je er weer. Ik ga het nu met je hebben over deze twee beelden. Wat valt op aan deze twee verschillende beelden? Het verschil maakt duidelijk dat niet de situatie zelf (het harde geluid), maar het beeld dat we ons erbij vormen (dus de inbreker of iets onschuldigs) ervoor zorgt welke emotie je gaat ervaren, zoals angst, verdriet of boosheid. Binnen de techniek die we nu gaan toepassen zetten we vraagtekens bij de gedachten die aan de oorsprong liggen aan deze beelden.

Als je er klaar voor bent, kunnen we gaan werken met een negatieve ervaring die je zelf hebt meegemaakt.

Fase 2: Herinnering

Deel 2.1: Identificeren van de vijandige gedachte

Therapeut: Graag bespreek ik een negatieve ervaring met je die je hebt meegemaakt, waarin je boos werd of je boos voelde en welke je nu, dus op dit moment, nog steeds boos maakt als je eraan terugdenkt. Het gaat om een situatie die je bijvoorbeeld thuis, op werk/school of in je sociale contac-

ten hebt beleefd.⁴ Kun je een situatie herinneren, waarin je boos werd of je boos hebt gevoeld? Wanneer je meerdere situaties herinnert, kies dan de situatie uit waar je het meest boos was.^{5,6}

Therapeut: Wat gebeurde er?

Whiteboard kop: SITUATIE

Therapeut: Wat dacht je? Wat ging er door je hoofd? Wat vond je ervan? Is dit de gedachte die je zo boos maakte? Waarom was het zo vervelend voor je? Wat waren de gevolgen? Wat zegt dit over de intentie van de ander?

Whiteboard kop: GEDACHTE

LET OP:

- ▶ Automatische gedachte in één zin formuleren
- ▶ Mal: [DADER] [SLACHTOFFER] [DAAD] [SLECHTE INTENTIE]
- ▶ Blijf bij woorden van de deelnemer, interpreteer ze niet

Therapeut: Wat voelde je? En wat deed je?

Deel 2.2: Imaginatie-interview

Therapeut: Wat ik je zou willen vragen is om zo direct je ogen te sluiten en in je fantasie terug te gaan naar [NOEM HIER DE SITUATIE] alsof deze op dit moment plaatsvindt. Het gaat om het moment waar je het meest boos was. Daarna stel ik een aantal vragen.

Focus je nu op het beeld en probeer het zo levendig mogelijk te maken.

Heb je het beeld voor je? Beschrijf het alsof het in het hier-en-nu, dus in de tegenwoordige tijd, gebeurt.

[KORT SITUATIE SAMENVATTEN]⁷

1. Waar ben je?
2. Beschrijf maar wat je ziet? Als wat je ziet een foto is, wat zie je op de foto?
3. Wie zijn er bij je?
4. Wat hoor je?

4 Extra informatie: Situatie moet ambigu zijn. Gebeurtenis hoeft niet per se afgelopen maand te zijn. Automatische gedachte moet betrekking hebben op kwaadaardige doelbewuste opzet van een ander. Wanneer de cliënt niet zelf op intentie komt (hij deed het expres bijvoorbeeld), dan directief suggereren. Gedachten moeten een duidelijke link met boosheid hebben. Boze gedachten zijn vaak minder ambigu, gevolgen zijn vaak groter.

5 Tip: Wanneer iemand anders iets aan wordt gedaan, vraag dan: 'Hoe raakte het jou?'

6 Tip: Gedachten mogen niet worden afgevlakt/gerationaliseerd. Pas op voor sociale wenselijkheid.

7 Tip: Waak ervoor dat je niet te veel details van proefpersonen vraagt zodat de deelnemer uit het beeld raakt. Probeer aan te voelen of iemand in het beeld zit door bijvoorbeeld te checken of iemand het helder kan zien.

5. Wat ruik je?
6. Wat voel je in je lijf?
7. Welke emotie voel je? Focus je maar op het boze onrechtvaardige gevoel en alle details. Kun je het goed voelen in je lichaam? Voel je [NOEM HIER DE LICHAMELIJKE SENSATIES]?⁸ Zo nee: Probeer het net nog iets groter en helderder te maken.
8. Wat er door je hoofd schiet is ... [HERHAAL HIER DE AUTOMATISCHE GEDACHTE UIT DE HERINNERINGSFASE]

Deel 2.3 Vijandig-beeldtransformatie

Therapeut: Nu wil ik je vragen om in detail te visualiseren hoe het eruit ziet in een beeld dat [NOEM KERN AUTOMATISCHE GEDACHTE]. Ik ben niet op zoek naar een realistisch beeld. Het gaat erom dat het je gevoel uitdrukt, niet de feiten. Als je deze gedachte in een beeld zou moeten uitdrukken, wat zie je dan?

Transformeer hier de gedachte in beelden. Gebruik zoveel mogelijk details: Wat doet de ander? Hoe kijkt de ander? Hoe ziet zijn gezicht eruit? Wat voor een houding had hij/zij? Hoe ziet iemand er uit die ... Herhaal ook het beeld, zo levendig mogelijk.

Je mag je ogen weer opendoen. Nu ben je er weer. [EVEN DE TIJD NEMEN]

Fase 3: Interventie

Deel 3.1 Cognitieve herstructurering

Therapeut: We gaan nu naar de volgende fase van het onderzoek, waar we bewijs gaan zoeken bij de gedachte die we hebben opgeschreven.

Whiteboard kop: BEWIJS VOOR

Therapeut: Ik wil graag met je brainstormen over het bewijs dat je hebt voor je gedachte. Waaruit blijkt dat de gedachte waar is? Wat maakt dat deze gedachte zo waar voelt? Zijn er andere dingen die je hebt meegemaakt die het bewijs sterker maken? Wat zegt het over een persoon dat die zich zo gedraagt?

- 8 Tip: Probeer hier zo ver mogelijk door te vragen. Bijvoorbeeld: 'Wat voel je precies in je gezicht?' 'Wat voel je nog meer in je gezicht?' Denk ook aan gespannen spieren, hartkloppingen, warm gevoel, tintelende vingers, zweten, spanning, knoop in maag, zenuwen.

Whiteboard kop: BEWIJS TEGEN

Therapeut: Dan gaan we nu brainstormen over mogelijk bewijs is dat je gedachte tegenspreekt of deels kan ontcrachten. Waaruit maak je op dat [NOEM HIER GEDACHTE] mogelijk niet klopt? Zijn er andere ervaringen die laten zien dat dit niet volledig en altijd waar is? Zijn er kleine dingen die dit tegenspreken en die je mogelijk negeert? Heb je dit al eens eerder meegemaakt? Heb je hieruit iets geleerd dat je zou kunnen helpen?

127

Deel 3.2: Identificeren van de behulpzame gedachte

Whiteboard kop: BEHULPZAME GEDACHTE

Therapeut: Als we zo eens kijken naar wat we hier hebben staan, wat voor conclusie zou je dan over je gedachte trekken? Is er misschien een alternatieve gedachte mogelijk die je ook had kunnen hebben in deze situatie? Een meer behulpzame gedachte? Of een gedachte die je meer oplevert?

Alternatieve gedachte beknopt opschrijven.

Deel 3.3: Behulpzaam-beeldtransformatie

Therapeut: Ik wil je nu gaan vragen om deze nieuwe, alternatieve gedachte [NOEM HIER DE GEDACHTE] in een beeld te gaan uitdrukken, net als bij [NOEM HIER HET ANTWOORD VAN CLIËNT IN INTRODUCTIE, BIJ-VOORBEELD DE KAT]. Als je nu je ogen weer dichtdoet ... Hoe ziet het er in een beeld uit als [NOEM HIER ALTERNATIEVE GEDACHTE]? Het gaat erom dat het je gevoel uitdrukt, niet de feiten. Wat doet de ander? Hoe kijkt de ander? Hoe ziet zijn/haar gezicht eruit? Wat voor houding had hij/zij?

We gaan nu dit nieuwe beeld installeren. Dus als we teruggaan naar de situatie, houd je ogen maar gesloten ...

[SITUATIE HIER OPNIEUW INLEIDEN]

... je ziet [HIER NOEMEN WAT CLIËNT ZIET]

... je hoort [HIER NOEMEN WAT CLIËNT HOORT] [ENZOVOORT]

[... DOORGAAN TOT AAN HOTSPOT MAAR NIET ZODAT IEMAND BOOS WORDT ...]

Wat er nu door je hoofd gaat is [NOEM HIER ALTERNATIEVE GEDACHTE]. Je mag nu het oude beeld vervangen door het nieuwe beeld [NOEM HIER HET BEELD]. Neem je tijd. Wat zie je? Wat doet dit beeld met je? Welk gevoel wekt het op? Je mag je ogen weer opendoen.

Martijn van Teffelen is werkzaam bij METggz/PsyQ, Maastricht.

Marisol Voncken, Frenk Peeters en Jill Lobbestaël zijn verbonden aan de Vakgroep Clinical Psychological Science, Universiteit Maastricht.

Eline Mollema is werkzaam bij het Huis voor Schematherapie, Maastricht.

Correspondentieadres: Martijn van Teffelen, METggz/PsyQ, Parallelweg 45-47, 6221 BD Maastricht. E-mail: mvanteffelen@metggz.nl.

Summary *Imagery-cognitive restructuring of hostile beliefs*

Cognitive restructuring (CR) is an efficacious intervention for reducing transdiagnostic hostility. However, evidence suggests that the efficacy of CR can be further improved. A promising candidate for improving the efficacy of CR is mental imagery. Previous work showed that enriching CR with mental imagery (I-CR) increased its efficacy in terms of reducing hostile beliefs and aggressive inclinations. In this article, we describe the rationale of the I-CR procedure, how to use it, and illustrate it with case examples. Future studies need to explore whether using this protocol is helpful for patients with clinical levels of hostility.

Keywords *mental imagery, cognitive restructuring, hostility*

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.
- Ammerman, B. A., Kleiman, E. M., Uyeji, L. L., Knorr, A. C., & McCloskey, M. S. (2015). Suicidal and violent behavior: The role of anger, emotion dysregulation, and impulsivity. *Personality and Individual Differences*, 79, 57-62.
- Arntz, A., Stupar-Rutenfrans, S., Bloo, J., van Dyck, R., & Spinhoven, P. (2015). Prediction of treatment discontinuation and recovery from borderline personality disorder: Results from an RCT comparing schema therapy and transference focused psychotherapy. *Behaviour Research and Therapy*, 74, 60-71.
- Arntz, A., & Weertman, A. (1999). Treatment of childhood memories: Theory and practice. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 715-740.
- Barefoot, J. C. (1992). Developments in the measurement of hostility. In H. S. Friedman (Ed.), *Hostility, coping, and health* (pp. 13-31). American Psychological Association.
- Beck, J. S. (2011). *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond* (2nd ed.). Guilford Press.
- Cassidello-Robbins, C., & Barlow, D. H. (2016). Anger: The unrecognized emotion in emotional disorders. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 23, 66-85.
- Cassidello-Robbins, C., Conklin, L. R., Anakwenze, U., Gorman, J. M., Woods, S. W., Shear, M. K., & Barlow, D. H. (2015). The effects of aggression on symptom severity and treatment response in a trial of cognitive behavioral therapy for panic disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 60, 1-8.
- Chaplin, J. P. (1982). *Dictionary of psychology*. Laurel.
- Dibbets, P., Poort, H., & Arntz, A. (2012). Adding imagery rescripting during extinction leads to less ABA renewal. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 43, 614-624.

- DiGiuseppe, R., Eckhardt, C., Tafrate, R., & Robin, M. (1994). The diagnosis and treatment of anger in a cross-cultural context. *Journal of Social Distress and the Homeless*, 3, 229-261.
- DiGiuseppe, R., McDermut, W., Unger, F., Fuller, J. R., Zimmerman, M., & Chelminski, I. (2012). The comorbidity of anger symptoms with personality disorders in psychiatric outpatients. *Journal of Clinical Psychology*, 68, 67-77.
- Edwards, D. J. (1990). Cognitive therapy and the restructuring of early memories through guided imagery. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 4, 33-50.
- Ehlers, A., Clark, D. M., Hackmann, A., McManus, F., & Fennell, M. (2005). Cognitive therapy for post-traumatic stress disorder: Development and evaluation. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 413-431.
- Fernandez, E., & Johnson, S. L. (2016). Anger in psychological disorders: Prevalence, presentation, etiology and prognostic implications. *Clinical Psychology Review*, 46, 124-135.
- Genovese, T., Dalrymple, K., Chelminski, I., & Zimmerman, M. (2017). Subjective anger and overt aggression in psychiatric outpatients. *Comprehensive Psychiatry*, 73, 23-30.
- Hackmann, A., Clark, D. M., & McManus, F. (2000). Recurrent images and early memories in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 601-610.
- Henrichs, J., Bogaerts, S., Sijtsma, J., & Klerx-van Mierlo, F. (2015). Intimate partner violence perpetrators in a forensic psychiatric outpatient setting: Criminal history, psychopathology, and victimization. *Journal of Interpersonal Violence*, 30, 2109-2128.
- Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2012). The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*, 36, 427-440.
- Holmes, E. A., Grey, N., & Young, K. A. D. (2005). Intrusive images and 'hotspots' of trauma memories in posttraumatic stress disorder: An exploratory investigation of emotions and cognitive themes. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 36, 3-17.
- Holmes, E. A., & Mathews, A. (2010). Mental imagery in emotion and emotional disorders. *Clinical Psychology Review*, 30, 349-362.
- Lachmund, E., DiGiuseppe, R., & Fuller, J. R. (2005). Clinicians' diagnosis of a case with anger problems. *Journal of Psychiatric Research*, 39, 439-447.
- Lee, S. W., & Kwon, J.-H. (2013). The efficacy of imagery rescripting (IR) for social phobia: A randomized controlled trial. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 44, 351-360.
- McEvoy, P. M., Erceg-Hurn, D. M., Saulsman, L. M., & Thibodeau, M. A. (2015). Imagery enhancements increase the effectiveness of cognitive behavioural group therapy for social anxiety disorder: A benchmarking study. *Behaviour Research and Therapy*, 65, 42-51.
- McEvoy, P. M., & Saulsman, L. M. (2014). Imagery-enhanced cognitive behavioural group therapy for social anxiety disorder: A pilot study. *Behaviour Research and Therapy*, 55, 1-6.
- Pascual-Leone, A., Gilles, P., Singh, T., & Andreescu, C. A. (2013). Problem anger in psychotherapy: An emotion-focused perspective on hate, rage, and rejecting anger. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 43, 83-92.
- Pearson, J., Naselaris, T., Holmes, E. A., & Kosslyn, S. M. (2015). Mental imagery: Functional mechanisms and clinical applications. *Trends in Cognitive Sciences*, 19, 590-602.

- Putt, C. A., Dowd, E. T., & McCormick, R. A. (2001). Impact of pre-existing levels of hostility and aggression on substance abuse treatment outcome. *Counseling Psychology Quarterly*, 14, 139-147.
- Smith, T. W. (1992). Hostility and health: Current status of a psychosomatic hypothesis. *Health Psychology*, 11, 139-150.
- Smucker, M. R., Dancu, C., Foa, E. B., & Niederee, J. L. (1995). Imagery re-scripting: A new treatment for survivors of childhood sexual abuse suffering from posttraumatic stress. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 9, 3-17.
- Timmons, P. L., Oehlert, M. E., Sumerall, S. W., Timmons, C. W., & Borgers, S. B. (1997). Stress inoculation training for maladaptive anger: Comparison of group counseling versus computer guidance. *Computers in Human Behavior*, 13, 51-64.
- van Teffelen, M. W., Voncken, M. J., Peeters, F., Mollema, E. D., & Lobbestael, J. (2021a). Imagery-enhanced cognitive restructuring of hostile beliefs: A narrative description. *Cognitive and Behavioral Practice*. <http://doi.org/10.1016/j.cbpra.2020.12.010>
- van Teffelen, M. W., Voncken, M. J., Peeters, F., Mollema, E. D., & Lobbestael, J. (2021b). The efficacy of incorporating mental imagery in cognitive restructuring techniques on reducing hostility: A randomized controlled trial. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2021.101677>
- Vidal-Ribas, P., Brotman, M. A., Valdivieso, I., Leibenluft, E., & Stringaris, A. (2016). The status of irritability in psychiatry: A conceptual and quantitative review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 55, 556-570.
- von der Lippe, A. L., Monsen, J. T., Rønnestad, M. H., & Eilertsen, D. E. (2008). Treatment failure in psychotherapy: The pull of hostility. *Psychotherapy Research*, 18, 420-432.

.....

Psychometrische evaluatie van de Mental Health Continuum – Short Form (MHC-SF)

Constructvaliditeit, responsiviteit voor
verandering, normen en T-scores

EDWIN DE BEURS, SJOERD KOSTERMAN, SUZANNE ANTEN,
ERNST BOHLMEIJER & GERBEN WESTERHOF

Samenvatting

.....

De Mental Health Continuum – Short Form (MHC-SF) is ontwikkeld om positieve geestelijke gezondheid te meten. Hieronder wordt verstaan emotioneel, sociaal en psychisch welbevinden. Doel van deze studie was om de betrouwbaarheid en validiteit van de MHC-SF te onderzoeken. De constructvaliditeit en concurrente validiteit kwamen hierbij aan bod. Ook onderzochten we de responsiviteit van de MHC-SF door verandering op de MHC-SF te vergelijken met verandering op de schaal voor Symptomatic Distress van de Outcome Questionnaire (OQ-SD). Ten slotte leveren we normgegevens en T-scores voor de MHC-SF. De psychometrische kenmerken van de MHC-SF werden onderzocht met gegevens van een bevolkingssteekproef ($n = 1802$) en een steekproef van cliënten die werden behandeld in de specialistische ggz ($n = 971$). De resultaten ondersteunden de eerder gevonden factorstructuur met een algemene factor voor positieve geestelijke gezondheid, en drie subschaalscores voor emotioneel, sociaal en psychologisch welbevinden. De responsiviteit van de MHC-SF was vergelijkbaar met de OQ-SD, alleen de verandering in score

op sociaal welbevinden bleef significant achter bij de OQ-SD. Hiermee vormt de MHC-SF een zinnige toevoeging aan een ROM-set, maar we mogen niet geheel dezelfde veranderingen op de MHC-SF verwachten als met de OQ-SD-schaal gemeten worden. Met gestandaardiseerde T-scores kunnen meetresultaten eenvoudiger geïnterpreteerd worden: de T-score geeft direct weer hoe ver een testuitkomst verwijderd is van het gemiddelde en daarmee hoe uitzonderlijk de testuitkomst is. In vergelijking met traditionele normtabellen kan met een T-score op een verfijndere manier gerapporteerd worden over de uitkomst van een test. T-scores vergemakkelijken zo de communicatie over de meetresultaten met cliënten of collega's.

Trefwoorden: positieve psychologie, welzijn, psychometrie, responsiviteit, T-scores

Kernboodschappen voor de klinische praktijk

- ▶ Het is de moeite waard om naast symptomen of klachten ook positieve geestelijke gezondheid te meten om goed zicht te krijgen op de voortgang in de behandeling.
- ▶ De MHC-SF en de OQ-SD zijn vergelijkbaar responsief, met uitzondering van de schaal voor sociaal welbevinden, die minder gevoelig voor verandering blijkt.
- ▶ De testuitslag weergegeven in genormaliseerde T scores maakt het mogelijk om schaalesscores onderling direct te vergelijken en vergemakkelijkt de interpretatie en de communicatie met de client.

INLEIDING

.....

Van oudsher is gezondheid gedefinieerd als het ontbreken van ziekte. Door de Wereldgezondheidsorganisatie werd echter al in 1948 gepleit voor een bredere visie op gezondheid. Meer recent onderscheidt Machteld Huber de volgende zes dimensies van positieve gezondheid: (1) lichaamsfuncties, (2) mentaal welbevinden, (3) sociaal-maatschappelijk functioneren, (4) dagelijks functioneren, (5) kwaliteit van leven, en (6) zingeving (Huber et al., 2011, 2016). Al met al bestaat een goede gezondheid uit meer dan niet lijden aan een lichamelijke ziekte, en wat geldt voor de algemene gezondheid, geldt ook voor de *geestelijke* gezondheid. Ook psychische gezondheid werd aanvankelijk vooral afgemeten aan de mate waarin men vrij was van psychische klachten of problemen. De evaluatie van de psychiatrische gezondheidszorg is traditioneel dan ook gericht op het meten van psychiatrische symptomen: het succes van een behandeling wordt afgemeten aan de afname van psychopathologie op generieke of aandoeningsspecifieke klachtenlijsten.

Twee ontwikkelingen hebben hier verandering in gebracht: de herstelbeweging in de psychiatrie (Anthony, 1993) en de positieve psychologie (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). Door beide wordt gepleit voor een bredere rolopvatting van de ggz. In plaats van een nadruk op het voorkomen, tegengaan en behandelen van gebreken en symptomen die voortkomen uit een psychiatrische ziekte (oftewel een tekort aan geestelijke gezondheid), zou de ggz zich ook moeten richten op het bevorderen en verbeteren van het (geestelijk) welbevinden, in het Engels vaak aangeduid met de term *well-being*. In lijn hiermee is door de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO; Herrman et al., 2005) geestelijke gezondheid gedefinieerd als ‘a state of well-being in which every individual realises his or her own potential, can cope with the normal stresses of life, can work productively and fruitfully, and is able to make a contribution to her or his community’ (p. 12). Volgens deze definitie is geestelijke gezondheid dus niet de afwezigheid van psychiatrische ziekten, maar te beschouwen als een toestand van welbevinden, die aspecten omvat als tevredenheid met het leven dat men leidt, het ervaren van positieve emoties, het realiseren van persoonlijke doelstellingen en zingeving, en het naar tevredenheid functioneren op diverse levensgebieden, zowel in sociale relaties als op werk of opleiding.

Voor het meten van positieve geestelijke gezondheid is door Keyes (2002) een meetinstrument ontwikkeld, de Mental Health Continuum. Aanvankelijk was dat een vragenlijst met 40 items – de Long Form-versie of MHC-LF –, die later werd verkort tot een vragenlijst met 14 items – de Short Form-versie of MHC-SF. Gebaseerd op uitgebreide literatuurstudies over subjectief welbevinden (Diener, 1984), optimaal psychologisch functioneren (Ryff, 1989) en optimaal maatschappelijk functioneren (Keyes, 1998), worden door Keyes en collega’s (Keyes, 2002, 2005; Keyes & Martin, 2017) drie aspecten onderscheiden: (1) emotioneel, (2) sociaal en (3) psychologisch welbevinden. Deze drie aspecten zijn met confirmatieve factoranalyse teruggevonden in de MHC-SF. De MHC-SF is in het Nederlands vertaald en de psychometrische eigenschappen zijn onderzocht door Franken en collega’s (2018), en door Lamers en collega’s (2011, 2012).

Om de vraag te beantwoorden of de MHC-SF echt iets anders meet dan het ontbreken van geestelijke gezondheid, zijn scores op de lijst vergeleken met meetinstrumenten voor psychopathologie. Volgens het twee-continuummodel (Tudor, 1996) zijn positieve geestelijke gezondheid zoals gemeten met de MHC-SF, en psychopathologie zoals gemeten met de Brief Symptom Inventory (BSI; de Beurs & Zitman, 2006) twee gerelateerde maar afzonderlijke factoren, die het beste als twee aparte dimensies kunnen worden weergegeven. De uitkomst van confirmatieve factoranalyse van MHC-SF- en BSI-schaalscores bij een representatieve steekproef uit de Nederlandse bevolking ondersteunde dit model: resultaten lieten een betere fit zien bij een model met twee gerelateerde factoren dan bij een model met een enkele

factor (Lamers et al., 2011). Ook bij patiënten is ondersteuning gevonden voor het twee-continuamodel (de Vos et al., 2018; Keyes & Martin, 2017). Hiermee werd het onderscheid tussen positieve geestelijke gezondheid en symptomen van psychopathologie bevestigd, en het belang onderstreept van het meten van positieve geestelijke gezondheid in aanvulling op het meten van psychopathologie.

Recent hebben Franken en collega's (2018) en de Vos en collega's (2018) de factorstructuur onderzocht van de MHC-SF in een klinische populatie, nu in vergelijking met de Outcome Questionnaire (OQ-45; Lambert et al., 2004). Opnieuw vonden zij steun voor het twee-continuamodel van positieve geestelijke gezondheid en psychopathologie. Een andere Nederlandse onderzoeksgroep (van Erp Taalman Kip & Hutschemaekers, 2018) vond daarentegen in een patiëntensteekproef hoge correlaties tussen de drie factoren van de MHC-SF en geringe discriminante validiteit van de MHC-SF ten opzichte van de OQ-SD-schaal. Daarmee lijkt het laatste woord over het twee-continuamodel nog niet gezegd en is het de moeite waard de validiteit van dit model verder te onderzoeken.

Het eerste doel van het huidige onderzoek (studie I) is om de psychometrische eigenschappen van de MHC-SF bij gebruik in de specialistische ggz te onderzoeken. We zullen de constructvaliditeit van de MHC-SF-schalen onderzoeken met confirmerende factoranalyse. Daarnaast onderzoeken we de betrouwbaarheid van de totale schaal, en van de subschalen voor emotioneel, psychologisch en sociaal welbevinden. Voor nader onderzoek naar het twee-continuamodel vergelijken we scores op de MHC-SF met een meetinstrument dat in de ggz traditioneel gebruikt wordt om de uitkomst van behandelingen te monitoren: de Symptomatic Distress schaal (OQ-SD) van de Outcome Questionnaire (OQ-45; Lambert et al., 1996). De OQ-45 wordt in Nederland vaak gebruikt voor *routine outcome monitoring* (ROM; de Beurs et al., 2011) bij veelvoorkomende aandoeningen, zoals depressie en angst. De OQ-45 bestaat uit 25 vragen over symptomen en klachten (Symptomatische Distress – OQ-SD), 11 vragen over functioneren in relatie tot familie, vrienden en kennissen (interpersoonlijke relaties), en 9 vragen over maatschappelijk functioneren op werk of op school (sociale rol). De OQ-SD-schaal heeft de beste psychometrische kenmerken (de Beurs et al., 2005; de Jong et al., 2007; Lambert et al., 1996): deze schaal is het betrouwbaarst en het meest gevoelig voor verandering. We zullen onderzoeken hoe goed de OQ-SD en de MHC-SF verandering tijdens de behandeling detecteren. Dit validiteitsaspect van meetinstrumenten wordt ook wel de *responsiviteit* genoemd (Mokkink et al., 2010). De twee instrumenten zijn herhaald en op hetzelfde moment afgenomen, waardoor de onderlinge samenhang van de twee instrumenten kan worden vastgesteld en het verschil in scores over de tijd direct kan worden vergeleken (de Beurs et al., 2012, 2020; de Beurs, Visser et al., 2019; Schawo et al., 2019).

Het tweede doel van het onderzoek komt in studie II aan bod en betreft het normeren van de Nederlandse MHC-SF. Gewoonlijk geeft men betekenis aan een meetresultaat op een test door de score te vergelijken met normgroepen. In een normeringstabel wordt weergegeven welke range van scores ‘zeer hoog’ is, welke ‘hoog’, welke ‘bovengemiddeld’, enzovoort. Zo’n normering gebeurt ten opzichte van een vergelijkingsgroep, zoals de algemene bevolking of cliënten in de ggz. Hoewel ruwe scores zo betekenis krijgen, houdt dit wel in dat men de score van een continue schaal omzet naar categorieën, waarbij vanzelfsprekend informatie verloren gaat. Er is een handleiding voor de Nederlandse versie van de MHC-SF gepubliceerd met deze normgegevens voor de algemene bevolking en diverse klinische groepen (Franken et al., 2019).

De laatste jaren wordt een alternatieve manier van betekenis geven aan scores toegepast, waarbij de scores naar een *common metric* of uniforme meetschaal worden vertaald (zie voor voorbeelden: Choi et al., 2014; Cook et al., 2015; Schalet et al., 2014, 2015; Wahl et al., 2014). Deze meer verfijnde manier van betekenis geven aan scores, waarbij alle informatie van de ruwe scores behouden blijft, bestaat uit het omzetten van ruwe scores naar T-scores (de Beurs, 2010). T-scores zijn gestandaardiseerde scores met een gemiddelde van 50 en een spreiding van 10. Hiermee geeft een T-score de afstand weer tot de gemiddelde score in standaardeenheden en kan uit de score direct worden afgelezen hoe uitzonderlijk een testresultaat is. T-scores hebben een directe relatie met percentielscores volgens de cumulatieve normaalverdeling (de Beurs, Flens et al., 2019). Voor elke T-score is zo te bepalen welke proportie van de normpopulatie dezelfde of een hogere score heeft. Bijvoorbeeld: $T = 70$ is twee standaarddeviaties verwijderd van het gemiddelde van 50 van de normgroep; zo’n score of hoger heeft slechts 2,5% van de normgroep (zie figuur D in de online bijlage op www.tijdschriftgedragstherapie.nl). Wanneer we er bovendien voor zorgen dat de T-scores normaal verdeeld zijn, worden de ruwe schaalscores omgezet naar een schaal met gelijke intervallen, waarbij rekenkundige bewerkingen als aftrekken van scores geoorloofd zijn (om bijvoorbeeld een pre-posttest-verschilscore te bepalen als maat voor verandering tijdens behandeling). Elders hebben we ervoor gepleit hierbij voortaan de algemene bevolking als vergelijkingsgroep te nemen (de Beurs, Flens et al., 2019). Dit komt overeen met internationale ontwikkelingen om de scoring van meetinstrumenten meer uniform te maken, zoals het Prosetta Stone initiatief (www.prosetta.org) en PROMIS (Cella et al., 2007). De algemene bevolking krijgt dan een gemiddelde score van $M = 50$ ($SD = 10$) en de conventie is om met de T-score de hoogte of intensiteit van het gemeten construct uit te drukken: een hoge score duidt op veel welbevinden (MHC-SF) of veel klachten (OQ-SD). Cliënten scoren dan bij aanvang van de behandeling, al naargelang hoe ernstig het welbevinden is afgenomen volgens de MHC-SF, $T = 25-35$. Of, afhankelijk van de ernst van hun klachten of problemen, scoren cliënten volgens de OQ-45

$T = 65-75$. Het zal even wennen zijn, maar uiteindelijk kunnen we bij klinisch en neurologisch onderzoek, en voor ROM, veel baat hebben bij het gebruik van een uniforme meetschaal als de T-score (de Beurs, Flens et al., 2019).

Het tweede doel van dit onderzoek is om klassieke normtabellen op te stellen en T-scores te bepalen volgens een Item Respons Theorie benadering. We stellen ook omzettingsformules op van ruwe scores naar T-scores, en onderzoeken of aparte normen nodig zijn voor mannen en vrouwen, en voor leeftijdsgroepen.

METHODE

Respondenten

Voor dit onderzoek werden twee datasets gebruikt. Ten eerste data van het LISS-panel ($N = 1802$) die eerder werden geanalyseerd (Lamers et al., 2011, 2012). Deze dataset betrof een representatieve steekproef uit de Nederlandse bevolking die gedurende meerdere jaren via het internet werd benaderd met zelfrapportagevragenlijsten. De gemiddelde leeftijd was $M = 47,2$ ($SD = 17,7$); de steekproef omvatte 1802 respondenten, van wie zich 913 (50,7%) als vrouwelijk hebben geïdentificeerd. Ten tweede werden gegevens van een klinische groep ($N = 971$) gebruikt. Deze data komen van Arkin, een ggz-instelling in Amsterdam, en werden verzameld bij PuntP, een kliniek voor specialistische ggz (waar cliënten met veelvoorkomende psychiatrische klachten zoals depressie en angst worden behandeld). De klinische data zijn niet eerder geanalyseerd. Bij PuntP wordt de MHC-SF gebruikt als een uitkomstmaat voor ROM, naast de OQ-45 als maat voor de afname van psychische problemen.

Deze gegevens werden verzameld in het kader van behandeling en kwaliteitscontrole. Volgens de Nederlandse wetgeving is geanonimiseerde analyse van deze gegevens ten behoeve van wetenschappelijk onderzoek toegestaan. De gemiddelde leeftijd in deze steekproef was $M = 36,8$ ($SD = 12,8$) en de meerderheid van de cliënten ($n = 606$; 62,4%) heeft zich als vrouwelijk geïdentificeerd. De meting werd tijdens de behandeling herhaald. Van 392 cliënten zijn gegevens gebruikt van de eerste hertest na een interval van gemiddeld $M = 133$ ($SD = 57$) dagen of 4,5 maanden.

Instrumenten

MHC-SF — De MHC-SF werd ontwikkeld door Keyes, aanvankelijk als een vragenlijst met 40 items (MHC-LF), die werd verkort tot een versie, de MHC-SF, met 14 items (Keyes, 2002). Deze verkorte lijst is in het Neder-

lands vertaald door Lamers en collega's (2011). De lijst omvat drie items voor 'emotioneel welbevinden' (MHC-EWB; item 1-3; geluk, belangstelling en tevredenheid), vijf items voor 'sociaal welbevinden' (MHC-SWB; item 4-8; sociale betrokkenheid, geborgenheid, verwezenlijking, acceptatie en saamhorigheid) en zes items voor 'psychologisch welbevinden' (MHC-PWB; item 9-14; acceptatie van zichzelf, voldoende gevoel van beheersing van je omgeving, positieve interpersoonlijke relaties, persoonlijke groei, autonomie en het leven als zinvol ervaren). Vragen worden beantwoord op een zespunts-likertschaal voor frequentie ('In de afgelopen maand, hoe vaak had u het gevoel ... [dat u gelukkig was]'; 0 = nooit, tot 5 = elke dag). De vragenlijst is opgenomen in de online bijlage bij dit artikel.

OQ-45 — De OQ-45 is ontwikkeld door Lambert en collega's om te gebruiken als generiek instrument voor het meten van de uitkomst van psychologische of psychiatrische behandeling (Lambert et al., 2004). Het instrument meet de ernst van symptomen van psychopathologie (Symptomatic Distress, SD), het interpersoonlijk functioneren met familie en vrienden (Interpersoonlijke Relations, IR) en het maatschappelijk functioneren in werk of opleiding (Social Role, SR). De instructie luidt: 'Help ons begrijpen hoe u zich de afgelopen week, tot en met vandaag, hebt gevoeld (voorbeelditem: 'Ik was angstig.')

De items beschrijven gevoelens, klachten of problemen, en worden beantwoord op een likertschaal voor frequentie in de afgelopen week, die loopt van 0 = nooit tot 4 = bijna altijd. De Nederlandse vertaling is onderzocht door de Beurs en collega's (2005) en de Jong en collega's (2007). Recent zijn er door Timman en collega's (2017) normgegevens voor de algemene bevolking en diverse patiëntengroepen gepubliceerd. Op basis van deze gegevens zijn door de Beurs en collega's (submitted) T-scores voor de OQ-schalen berekend. Voor dit onderzoek beperken we ons tot de OQ-SD-schaal. De andere schalen werden niet afgenomen bij PuntP.

Statistische analyse

Studie I — De betrouwbaarheid van de MHC-SF-schalen werd afgemeten aan de interne consistentie (Cronbachs alfa). De constructvaliditeit werd onderzocht met confirmerende factoranalyse (het pakket lavaan in R), waarbij de fit van verschillende modellen werd vergeleken: een single factor model, een 3-factor model en een bi-factor model (drie factoren en een algemene factor). Als criteria voor acceptabele fit gelden: $RMSEA \leq 0,08$, $SRMR \leq 0,08$, $CFI \geq 0,90$, $TLI \geq 0,90$ en een χ^2/df ratio ≤ 5 ; goede fit is: $RMSEA \leq 0,06$ ($90\% CI \leq 0,06$), $SRMR \leq 0,05$, $CFI \geq 0,95$, $TLI \geq 0,95$ en een $\chi^2/df \leq 3$ (Hu & Bentler, 1999).

In de klinische dataset werd de constructvaliditeit onderzocht door scores van cliënten en de algemene bevolking te vergelijken (concurrente vali-

diteit). De correlatie tussen de MHC-SF-schalen en de gelijktijdig ingevulde OQ-SD voor voormetingsgegevens en voor test-hertest-verschilscores werd vastgesteld om de convergente validiteit te onderzoeken. De responsiviteit van de MHC-SF werd onderzocht door scores van herhaalde metingen met de MHC-SF (totaalscore en schaalscores) te vergelijken met de OQ-SD met variantieanalyse voor herhaalde metingen. Voor beide instrumenten drukken we het test-hertest-verschil uit in Cohen's d ($M_{\text{pretest}} - M_{\text{retest}} / SD_{\text{pooled}}$).

Studie II — Ter normering van de MHC-SF hebben we sekse- en leeftijdsverschillen onderzocht, en op basis van de frequentieverdeling van scores op de MHC-SF normtabellen opgesteld voor de algemene bevolking en voor cliënten van de specialistische ggz met veelvoorkomende stoornissen. Waar de resultaten er aanleiding toe gaven, zijn er aparte normen opgesteld voor mannen en voor vrouwen in vier leeftijdsklassen (populatie: 18-29, 30-49, 50-64, 65+).

We berekenden ook T-scores. Ruwe scores van een bevolkingssteekproef en van een klinisch sample werden geanalyseerd met R (mirt) om factor-scores (theta's) te bepalen (Chalmers, 2012). Dit zijn *expected-a-posteriori* (EAP-)scores, die berusten op zowel de combinatie van de antwoordoptie die de respondent heeft gekozen (de itemscores), als kenmerken van het item (itemparameters voor de zwaarte van het item). De itemparameters werden voor de bevolking gefixeerd op een latent gemiddelde $M = 0$ en $SD = 1$. De theta's komen dan in de vorm van standaardscores of Z-scores. Vermenigvuldigen van theta's met 10 en er 50 bij optellen geeft T-scores. We presenteren een oversteektabel en oversteekfiguur voor ruwe scores naar T-scores en formules om T-scores uit ruwe somscores te berekenen. Hiertoe is voor elke mogelijke ruwe schaalscore de gemiddelde T-score in de totale onderzoeksgroep bepaald. Vervolgens is met *curve fitting* (non-lineaire regressieanalyse in R) de beste vergelijking gezocht voor het beschrijven van de relatie tussen ruwe scores en T-scores. Wanneer er verschillen zijn in gemiddelde score tussen mannen en vrouwen, of tussen leeftijdsgroepen, is het zaak deze formules ook apart te bepalen voor sekse en leeftijdsgroepen. De gevonden formules geven uiteindelijk op basis van ruwe schaalscores 'berekende T-scores' die de *theta-based* T-scores zo goed mogelijk benaderen. Met de formule kan de ruwe schaalscore van een individuele respondent worden omgezet naar een T-score zonder gebruik te hoeven maken van een grote dataset en IRT-software. We inspecteerden de overeenstemming tussen theta-based T-scores en berekende T-scores visueel met Bland-Altman plots en door de Intraclass Correlatie coëfficiënt (ICC) tussen beide T-scores vast te stellen.

RESULTATEN

Studie I: Betrouwbaarheid

In tabel 1 zijn de betrouwbaarheid (interne consistentie) en de inter-item-correlaties voor de MHC-SF-schalen voor de klinische steekproef van PuntP weergegeven. Tevens zijn de correlatiecoëfficiënten (product moment correlatie r) weergegeven tussen MHC-SF en OQ-SD bij de pretest, de her-test en voor het pre-her-testverschil. Alle r 's wijken statistisch significant af van 0 ($p < 0,05$) en zijn negatief (veel klachten gaat samen met minder welbevinden).

TABEL 1 *Interne consistentie, gemiddelde inter-itemcorrelatie en range en samenhang (correlatie) met OQ-SD bij voormeting, her-test en voor het test-her-testverschil*

Schaal	MHC-SF Totaal	EWB	SWB	PWB
Aantal items	14	3	5	6
Cronbachs alfa	0,91	0,85	0,76	0,83
r_{ii}	0,41	0,66	0,38	0,45
r_{range}	0,21-0,68	0,63-0,68	0,26-0,52	0,35-0,53
Correlatie met de OQ-SD:				
Pretest ($n = 971$)	-0,65	-0,65	-0,50	-0,60
Hertest ($n = 391$)	-0,71	-0,69	-0,58	-0,69
Test-her-testverschil ($n = 391$)	-0,68	-0,65	-0,48	-0,63

Noot. EWB = Emotioneel Welbevinden; MHC-SF Totaal = positieve geestelijke gezondheid; OQ-SD = Symptomatic Distress schaal van de OQ-45; PWB = Psychologisch Welbevinden; SWB = Sociaal Welbevinden.

De interne consistentie van de subschalen was goed; alleen de schaal voor Sociaal Welbevinden bleef iets achter bij de rest. Het patroon van correlaties van de MHC-SF met de OQ-SD was conform de meetpretentie van de MHC-SF (convergente validiteit): hoge negatieve correlaties voor de totaalscore, emotioneel welbevinden en psychologisch welbevinden; iets lagere samenhang met sociaal welbevinden.

Concurrente validiteit

140

In tabel 2 staan gemiddelde en spreiding van scores op de MHC-SF van de algemene bevolking en van cliënten in behandeling bij de specialistische ggz. De gemiddelde score verschilde significant voor alle schaalesscores van de MHC-SF volgens een *t*-test voor onafhankelijke steekproeven. Scores van cliënten waren aanzienlijk lager dan van de algemene bevolking, een bevinding die de concurrente validiteit van de MHC-SF verder ondersteunt.

TABEL 2 *Vergelijking van scores tussen de algemene bevolking en cliënten, van mannen en vrouwen, en van twee leeftijdsgroepen*

Steekproef	Bevolking (<i>n</i> = 1802)		Cliënten (<i>n</i> = 971)		<i>t</i> (2771)	Cohens <i>d</i>
	M	SD	M	SD		
MHC_TOT	2,98	0,85	1,78	0,96	33,60***	1,86
EWB	3,66	0,96	1,79	1,14	45,61***	2,50
SWB	2,32	1,01	1,58	1,02	18,53***	1,04
PWB	3,18	1,00	1,95	1,09	29,90***	1,66
Geslacht	Man (<i>n</i> = 1254)		Vrouw (<i>n</i> = 1519)		<i>t</i> (2771)	Cohens <i>d</i>
	M	SD	M	SD		
MHC_TOT	2,62	1,02	2,51	1,09	2,81**	0,15
EWB	3,08	1,33	2,94	1,38	2,85**	0,15
SWB	2,13	1,03	2,00	1,11	3,13**	0,17
PWB	2,80	1,16	2,71	1,21	1,86	0,10
Leeftijd	≤ 40 (<i>n</i> = 1339)		≥ 41 (<i>n</i> = 1434)		<i>t</i> (2771)	Cohens <i>d</i>
	M	SD	M	SD		
MHC_TOT	2,47	1,06	2,64	1,05	4,41***	0,24
EWB	2,80	1,35	3,19	1,34	7,63***	0,41
SWB	1,98	1,05	2,14	1,09	3,78***	0,20
PWB	2,71	1,20	2,79	1,18	1,98*	0,11

Noot. EWB = Emotioneel Welbevinden; MHC_TOT = positieve geestelijke gezondheid; PWB = Psychologisch Welbevinden; SWB = Sociaal Welbevinden.

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Constructvaliditeit

141

De confirmerende factoranalyse van MHC-SF-schalen wees uit dat een bi-factor model met drie factoren (emotioneel, sociaal en psychologisch welbevinden) en een algemene factor (positieve geestelijke gezondheid) het beste bij de data paste en aan de meeste criteria voor goede fit voldeed [$\chi^2(57) = 278,8$ CFI = 0,96; TLI = 0,94; RMSEA = 0,06 (CI = 0,06-0,07); SRMR = 0,03]. Dit model had een betere fit dan een 3-factor model [$\chi^2(74) = 492,3$ CFI = 0,93; TLI = 0,91; RMSEA = 0,08 (CI = 0,07-0,08); SRMR = 0,04] en een 1-factor model [$\chi^2(77) = 793,0$ CFI = 0,88; TLI = 0,86; RMSEA = 0,10 (CI = 0,09-0,10); SRMR = 0,06]. De constructvaliditeit van de MHC-SF met drie factoren en een algemene factor is hiermee ondersteund.

Responsiviteit

Variantieanalyse voor herhaalde metingen gaf hoofdeffecten voor tijd en instrument, en een interactie-effect voor instrument bij tijd. Vooral het laatste is belangrijk: een significant interactie-effect impliceert dat er verschil is tussen schaalscores op beide instrumenten in verandering over de tijd, oftewel verschil in responsiviteit. De variantieanalyse liet een significant interactie-effect zien [$F(4,1560) = 2,75, p = 0,027, \eta_p^2 = 0,007$], wat aangeeft dat er verschil was in responsiviteit tussen de schalen. Geplande paarsgewijze vergelijkingen tussen de OQ-SD en MHC-SF totaalscore en subschaalscores wezen uit dat dit vooral is toe te schrijven aan grotere responsiviteit van de OQ-SD ten opzichte van de Sociaal Welbevinden schaal [$F(1,390) = 5,15; p = 0,024; \eta_p^2 = 0,013$; de andere contrasten $p > 0,086, \eta_p^2 < 0,008$]. Om de grootte van de verandering over de tijd volgens de OQ-SD en de MHC-SF te vergelijken werden de scores gestandaardiseerd op het gemiddelde en de pooled SD van voor- en nameting (zie tabel 3). De gemiddelde *afname* in score op de OQ-SD in standaardeenheden was $d = 0,52$, de *toename* in score op de MHC-SF schalen was iets geringer (op zijn hoogst $d = 0,41$ voor psychologisch welbevinden, voor sociaal welbevinden $d = 0,29$).

Samenvattend was er alleen een significant verschil in responsiviteit tussen de SWB-schaal en de OQ-SD-schaal. Over het geheel genomen verschillen de MHC-SF-schalen en de OQ-SD-schaal niet veel in responsiviteit.

TABEL 3 *Pretest- en hertestgemiddelden en gestandaardiseerd verschil bij herhaald gemeten cliënten (N = 391)*

142

	Pretest		Hertest		ES
	M	SD	M	SD	
OQ-SD	55,73	14,72	48,06	16,94	0,52
MHC-SF Totaal	1,84	0,96	2,22	1,07	0,40
EWB	1,88	1,16	2,27	1,21	0,34
SWB	1,63	1,02	1,92	1,13	0,29
PWB	2,00	1,08	2,45	1,16	0,42

Noot. ES = $M_{\text{pretest}} - M_{\text{herstest}} / SD_{\text{pretest}}$; EWB = Emotioneel Welbevinden; MHC-SF Totaal = positieve geestelijke gezondheid; OQ-SD = Symptomatic Distress schaal van de OQ-45; PWB = Psychologisch Welbevinden; SWB = Sociaal Welbevinden.

Studie II: Normering

De gemiddelde score op de MHC-SF van mannen en vrouwen uit de bevolking en mannelijke en vrouwelijke cliënten bij voormeting verschilde: mannen scoorden hoger dan vrouwen (zie tabel 2). Ook was er een effect van leeftijd op de MHC-SF-score: met het toenemen van de leeftijd nam de score op de MHC-SF toe, maar een uitzondering vormde de jongste leeftijdsgroep. We vinden dit effect zowel bij de algemene bevolking als bij de cliënten van de specialistische ggz (zie figuur A in de online bijlage). Dit rechtvaardigt aparte normen voor mannen en vrouwen, en voor leeftijdsgroepen.

Tabel 4 biedt een klassieke normeringstabel met ranges van scores, en hun betekenis voor de respondenten uit de bevolkingssteekproef en voor cliënten in de gespecialiseerde ggz, zowel ongeacht geslacht, als apart voor mannen en vrouwen. De tabel geeft de normwaarden voor ruwe scores op de MHC-SF-totaalschaal, en op de schalen voor emotioneel (EWB), sociaal (SWB) en psychologisch (PWB) welbevinden in zeven niveaus. Normtabellen voor leeftijdsgroepen zijn te verkrijgen bij de eerste auteur.

TABEL 4 Normtabel MHC-SF voor 7 niveaus (5%, 15%, 20%, 20%, 20%, 15%, 5% van de populatie)

Bevolking		Allen (N = 1662)				Mannen (N = 828)				Vrouwen (N = 834)			
Schaal	Totaal	EWB	SWB	PWB	Totaal	EWB	PWB	SWB	Totaal	EWB	PWB	SWB	Totaal
Zeer laag	0,00- 1,42	0,00- 1,99	0,00- 0,59	0,00- 1,32	0,00- 1,42	0,00- 1,66	0,00- 0,49	0,00- 1,16	0,00- 1,42	0,00- 1,99	0,00- 0,59	0,00- 1,44	0,00- 1,42
Laag	1,43- 2,28	2,00- 2,99	0,60- 1,39	1,33- 2,32	1,43- 2,20	1,67- 2,99	0,50- 1,39	1,17- 2,32	1,43- 2,28	2,00- 2,99	0,60- 1,39	1,45- 2,46	1,43- 2,28
Beneden- gemiddeld	2,29- 2,78	3,00- 3,66	1,40- 1,99	2,33- 2,99	2,21- 2,78	3,00- 3,66	1,40- 1,99	2,33- 2,99	2,29- 2,82	3,00- 3,66	1,40- 1,99	2,47- 3,16	2,29- 2,82
Gemiddeld	2,79- 3,28	3,67- 3,99	2,00- 2,59	3,00- 3,49	2,79- 3,28	3,67- 3,99	2,00- 2,59	3,00- 3,49	2,83- 3,28	3,67- 3,99	2,00- 2,59	3,17- 3,66	2,83- 3,28
Boven- gemiddeld	3,29- 3,70	4,00- 4,32	2,60- 3,19	3,50- 3,99	3,29- 3,70	4,00- 4,32	2,60- 3,19	3,50- 3,99	3,29- 3,70	4,00- 4,32	2,60- 3,19	3,67- 3,99	3,29- 3,70
Hoog	3,71- 4,28	4,33- 5,00	3,20- 3,99	4,00- 4,66	3,71- 4,20	4,33- 5,00	3,20- 3,99	4,00- 4,66	3,71- 4,28	4,33- 5,00	3,20- 3,99	4,00- 4,66	3,71- 4,28
Zeer hoog	4,29- 5,00		4,00- 5,00	4,67- 5,00	4,21- 5,00		4,00- 5,00	4,67- 5,00	4,29- 5,00		4,00- 5,00	4,67- 5,00	4,29- 5,00

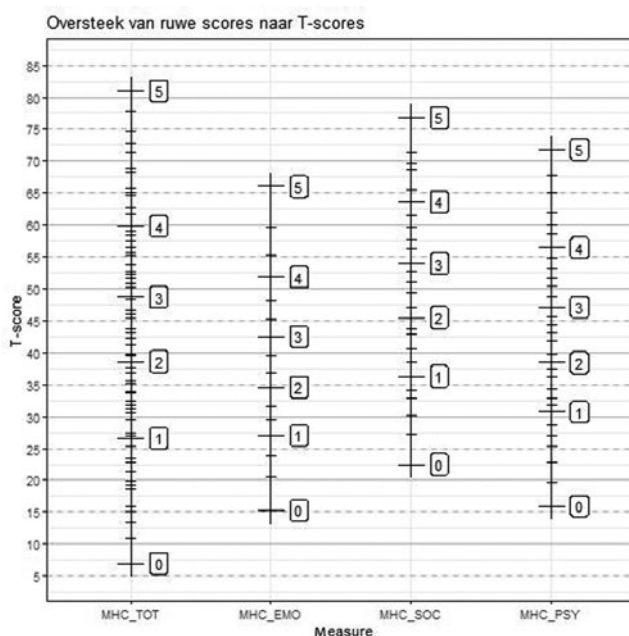
Cliënten		Allen (N = 971)				Mannen (N = 365)				Vrouwen (N = 606)			
Schaal		Totaal	EWB	SWB	PWB	Totaal	EWB	PWB	SWB	Totaal	EWB	PWB	SWB
Zeer laag		0,00- 0,42	0,00- 0,66	0,00- 0,19	0,00- 0,32	0,00- 0,42	0,00- 0,66	0,00- 0,19	0,00- 0,32	0,00- 0,37	0,00- 0,66	0,00- 0,59	0,00- 0,32
Laag		0,43- 0,92		0,20- 0,59	0,33- 0,99	0,43- 0,99		0,20- 0,79	0,33- 0,99	0,38- 0,85			0,33- 0,99
Beneden- gemiddeld		0,93- 1,42	0,67- 1,32	0,60- 1,19	1,00- 1,49	1,00- 1,49	0,67- 1,32	0,80- 1,19	1,00- 1,66	0,86- 1,42	0,67- 1,32	0,60- 0,99	1,00- 1,49
Gemiddeld		1,43- 1,99	1,33- 1,99	1,20- 1,79	1,50- 2,16	1,50- 1,99	1,33- 1,99	1,20- 1,79	1,67- 2,16	1,43- 1,92	1,33- 1,99	1,00- 1,59	1,50- 2,16
Boven- gemiddeld		2,00- 2,56	2,00- 2,66	1,80- 2,39	2,17- 2,82	2,00- 2,56	2,00- 2,66	1,80- 2,39	2,17- 2,82	1,93- 2,56	2,00- 2,66	1,60- 2,39	2,17- 2,82
Hoog		2,57- 3,56	2,67- 3,99	2,40- 3,39	2,83- 3,99	2,57- 3,54	2,67- 3,99	2,40- 3,53	2,83- 3,99	2,57- 3,63	2,67- 3,99	2,40- 3,39	2,83- 3,99
Zeer hoog		3,57- 5,00	4,00- 5,00	3,40- 5,00	4,00- 5,00	3,55- 5,00	4,00- 5,00	3,54- 5,00	4,00- 5,00	3,64- 5,00	4,00- 5,00	3,40- 5,00	4,00- 5,00

Noot. EWB = Emotioneel Welbevinden; PWB = Psychologisch Welbevinden; SWB = Sociaal Welbevinden.

Conversie naar T-scores

145

Tabel A in de online bijlage geeft een overzicht van de conversieformules om ruwe scores te converteren naar genormaliseerde T-scores. Volgens de formule $0,66559x^3 - 4,8103x^2 + 21,251x + 10,0$ (waarbij x staat voor de ruwe score) in tabel A geeft een ruwe score van 1,00 een T-score van 21,7; een ruwe score van 3,15 geeft een T-score van 50,0. Figuur 1 geeft met oversteekwaarden de vertaling weer van ruwe scores naar T-scores.



FIGUUR 1 Oversteekfiguur met alle mogelijke ruwe scores op de vier schalen van de MHC-SF en hun positie ten opzichte van T-scores. MHC_EMO = Emotioneel Welbevinden; MHC_PSY = Psychologisch Welbevinden; MHC_SOC = Sociaal Welbevinden; MHC_TOT = positieve geestelijke gezondheid.

Tabel 5 is een oversteektable van ruwe scores naar T-scores. Tevens worden percentielscores gegeven. Een cliënt met een score van 0,43 op de MHC-SF-totaalschaal heeft een T-score van 18,3 en een percentielscore ten opzichte van de bevolking (P_n) < 1 (minder dan 1% van de algemene bevolking heeft zo'n lage score) en een P_{cl} = 5,4 (score behoort tot de laagste 5% van de klinische populatie uit de specialistische ggz).

TABEL 5 Oversteektable van ruwe score naar berekende T-score en naar percentielscores (algemene bevolking en s-ggz-cliënten) voor de MHCSF-schalen

TOT				EWB			
RS	T	PR_n	PR_cl	RS	T	PR_n	PR_cl
0,00	10,0	0,0	0,4	0,00	15,8	0,1	3,3
0,14	12,9	0,1	1,6	0,33	19,9	0,4	9,9
0,29	15,8	0,2	3,2	0,67	23,6	0,6	17,9
0,43	18,3	0,3	5,4	1,00	26,8	1,4	28,0
0,57	20,7	0,4	8,9	1,33	29,6	2,8	38,6
0,71	22,9	0,7	12,9	1,67	32,3	4,3	49,4
0,86	25,2	1,4	17,8	2,00	34,7	6,8	60,5
1,00	27,2	2,0	23,0	2,33	37,1	10,3	69,8
1,14	29,0	2,8	28,6	2,67	39,6	14,5	77,5
1,29	30,9	3,7	33,4	3,00	42,1	21,8	84,0
1,43	32,5	4,7	39,5	3,33	44,9	31,8	88,9
1,57	34,1	6,0	45,4	3,67	48,0	42,6	92,6
1,71	35,6	8,2	51,7	4,00	51,5	59,4	95,8
1,86	37,2	10,6	56,7	4,33	55,5	76,4	98,0
2,00	38,6	13,4	61,0	4,67	60,3	85,3	99,0
2,14	40,0	17,4	66,6	5,00	65,6	94,1	99,7
2,29	41,5	20,8	72,9				
2,43	42,8	25,3	77,3				
2,57	44,2	29,9	80,5				
2,71	45,6	35,8	84,0				
2,86	47,1	41,9	86,3				
3,00	48,5	47,7	88,4				
3,14	50,0	53,6	89,9				
3,29	51,6	60,3	91,7				
3,43	53,2	67,2	93,5				
3,57	54,9	73,9	95,0				
3,71	56,7	79,6	96,1				
3,86	58,7	84,9	96,8				
4,00	60,7	89,1	97,5				
4,14	62,8	93,1	98,2				
4,29	65,2	95,4	98,8				
4,43	67,7	97,4	99,2				
4,57	70,2	98,6	99,7				
4,71	73,0	99,4	99,8				
4,86	76,1	99,8	100,0				
5,00	79,2	99,9	100,0				

Noot. EWB = Emotioneel Welbevinden; PR_n = Percentielscore algemene bevolking; PR_cl = Percentielscore cliënten; PWB = Psychologisch Welbevinden; SWB = Sociaal Welbevinden; RS = ruwe score; T = T-score.

GEDRAGSTHERAPIE JAARGANG 55 NUMMER 2 JUNI 2022

De T-scoreconversie was succesvol (de gemiddelde score op de diverse schalen was $M = 50$; $SD \approx 9,3$) in de algemene bevolking. Scheefheid en gepiektheid in ruwe scores zijn afgenomen, wat leidde tot scores die bij benadering normaal verdeeld zijn. In figuur B in de online bijlage is dit geïllustreerd met een histogram voor de frequentieverdeling van scores voor en na conversie voor de MHC-SF-totaalscore. De met een conversieformule berekende T-scores kwamen goed overeen met de theta-based T-scores uit IRT-analyses. De Intra Class Correlatie tussen op IRT gebaseerde theta's en berekende T-scores is bepaald en was hoog ($ICC > 0,99$). De overeenkomst tussen beide soorten scores werd ook met Bland-Altman plot geïnspecteerd. Daarmee kan over de gehele breedte van de schaal nagegaan worden of er discrepantie is in beide scores. IRT-gebaseerde T-scores en berekende T-scores bleken ook hier goed overeen te komen (zie figuur C in de online bijlage). Berekende T-scores waren iets hoger dan op theta gebaseerde T-scores, maar 95% van de verschillen lagen tussen -2,7 en 2,5 T-punten.

DISCUSSIE

.....

De belangrijkste bevindingen van het onderzoek naar de psychometrie van de MHC-SF zijn: ondersteuning voor de validiteit gezien de resultaten van factoranalyse, de correlatie met de OQ-SD, en het verschil in score tussen cliënten en de algemene bevolking. Hiermee zijn de gunstige psychometrische eigenschappen van de MHC-SF die eerder werden gerapporteerd (Franken et al., 2019; Lamers et al., 2011, 2012) gerepliceerd in het huidige onderzoek. Nieuw is de bevinding dat de responsiviteit van de MHC-SF iets lager was dan de OQ-SD, met name voor sociaal welbevinden. De omzetting naar T-scores was succesvol en levert bruikbare normgegevens op.

Uit de vergelijking tussen verschillende factormodellen kwam naar voren dat de bi-factor oplossing met een algemene factor voor positieve psychologische gezondheid, en drie factoren voor emotioneel, sociaal en psychologisch welbevinden, het beste paste bij de data. Goede fit voor het bi-factor model is ook gerapporteerd door Lamers en collega's (2011) voor de algemene bevolking. In een studie van Longo en collega's (2017) werd de MHC-SF onderzocht en vergeleken tussen meerdere landen bij bevolkingssteekproeven door middel van Exploratory Structural Equation Modeling (ESEM). De onderzoekers vonden een betere fit van bi-factor dan 3-factor modellen zonder totaalscore. ESEM werd door Silverman en collega's (2018) gebruikt in een klinische steekproef en liet daar ook de beste fit zien voor het bi-factor model. ESEM is een veelbelovende techniek om verder onderzoek te doen naar de factorstructuur van de MHC-SF bij klinische groepen, waar doorgaans hogere correlaties tussen de schalen onderling gevonden worden.

De hoge betrouwbaarheid (interne consistentie) van de MHC-SF-totaalscore en de schaalesscores is in overeenstemming met eerdere bevindingen

van internationaal onderzoek (Donnelly et al., 2019) en van Nederlands onderzoek (de Vos et al., 2018; Franken et al., 2018; Kennes et al., 2020; Lamers et al., 2011; van Erp Taalman Kip & Hutschemaekers, 2018).

Er werden hoge negatieve correlaties gevonden tussen de MHC-SF-schalen en de OQ-SD, wat ten dele te verklaren is door overeenkomst in iteminhoud met de positief geformuleerde items in de OQ-SD. Toch is de hoge negatieve correlatie opvallend, mede omdat in beide instrumenten een verschillende periode wordt voorgesteld waarop de vragen betrekking hebben (de afgelopen week bij de OQ-SD en de afgelopen maand bij de MHC-SF). Tegelijk laten de correlatiecoëfficiënten zien dat positieve psychische gezondheid niet hetzelfde is als lage symptomatische distress. Een correlatie van 0,60-0,70 geeft zo'n 40% gedeelde variantie weer en beide constructen hebben dus ook veel unieks. We vonden min of meer dezelfde correlaties bij verschillcores. Dit duidt er eveneens op dat er weliswaar samenhang is, maar ook diversiteit in verandering van score: bij sommige respondenten was sprake van convergentie in afname van psychopathologie en toename van positieve psychische gezondheid, terwijl bij andere deze uitkomsten juist divergeerden. Divergentie van uitkomsten op beide concepten – symptomen en welbevinden – kan aanknopingspunten bieden voor differentiatie in behandeling, zoals meer of juist minder focus op symptomatologie. De OQ-45 bevat nog twee schalen: de OQ-IR-schaal voor problemen met interpersoonlijk functioneren (interpersoonlijke relaties) en de OQ-SR-schaal voor functioneren op werk of school (sociale rol). Deze twee schalen werden echter niet afgenomen bij PuntP, waardoor de samenhang van deze concepten met welbevinden niet kon worden onderzocht, wat een beperking van het onderzoek is.

Het onderzoek bracht een sekseverschil en een leeftijdsverschil aan het licht. Mannen hadden een hogere score voor welbevinden dan vrouwen, en de score neemt toe met de leeftijd, met uitzondering van de jongste leeftijdsgroep, die relatief hoog scoort in welbevinden. De toename in welbevinden bij hogere leeftijd was vooral sterk aanwezig bij vrouwen. Een mogelijke verklaring voor het sekseverschil kan zijn dat (jonge) vrouwen het zwaarder hebben onder de huidige maatschappelijke omstandigheden. In vergelijking met mannen hebben vrouwen geringere carrièrekansen, een lager inkomen (bij gelijke functie), moeten ze hun baan vaak combineren met het uitvoeren van de meerderheid van de huishoudelijke taken in een gezin met jonge kinderen, enzovoort. In de internationale literatuur wordt het sekseverschil in welbevinden ook wel de *gender gap* genoemd. Hier is veel over gepubliceerd, zowel in Nederland (Verdonk & de Rijk, 2008) als internationaal (Nolen-Hoeksema & Rusting, 1999; Western & Tomaszewski, 2016). Het leeftijdsverschil is in overeenstemming met eerdere bevindingen van Stone en collega's (2010), die als verklaringen noemen: toegenomen wijsheid en emotionele intelligentie, minder herinneringen aan negatieve gebeurtenissen en een toegenomen vermogen om eigen emoties te reguleren

bij oudere leeftijdsgroepen. Al deze verklaringen gaan uit van het toenemen van welbevinden bij ouder worden als een intrapsychische ontwikkeling. Een alternatieve mogelijkheid is een meer sociologische verklaring: de samenleving wordt al maar complexer en er worden steeds hogere eisen aan individuen gesteld, waardoor opeenvolgende generaties steeds slechter af zijn en jongere respondenten minder welbevinden rapporteren dan oudere respondenten. Alleen met een analyse van longitudinale data van welbevinden over een langere tijdsspanne kunnen we nagaan welke verklaring het meest valide is.

Een beperking van dit onderzoek is dat we bij het vaststellen van de responsiviteit de twee meetinstrumenten alleen vergeleken hebben met een enkele hertest, die was uitgevoerd in de beginfase van de behandeling. Het is mogelijk dat toename van positieve psychische gezondheid en afname van psychopathologie niet synchroon verlopen, maar dat eerst symptomen afnemen en pas later het welbevinden toeneemt (Lamers et al., 2012). Dat zou ook de wat grotere responsiviteit van de OQ-SD in vergelijking met de MHC-SF verklaren. In de toekomst is het interessant om langere series van meetgegevens op beide instrumenten te vergelijken. Voorts kan een vergelijking tussen de groep met divergerende uitkomsten en de groep met convergerende uitkomsten aanwijzingen opleveren voor de achtergrond van (de)synchroniciteit in beloop. Te denken valt aan demografische, sociaal-economische of klinische kenmerken, of aan verschillen in wijze van behandeling.

Het onderzoek leverde bruikbare normgegevens om de scores op de MHC-SF af te zetten tegen de algemene bevolking en de klinische populatie van cliënten, die worden behandeld in de specialistische ggz. Er werd een sekseverschil gevonden (mannen rapporteren meer welbevinden) en er was een verband met leeftijd (naarmate men ouder wordt, neemt welbevinden toe, met uitzondering van de jongste leeftijdsgroep onder de 21 jaar). Voor de interpretatie van de score kan het nuttig zijn om de ruwe score te vergelijken met de meest passende leeftijdsgroep met hetzelfde geslacht als de respondent, of om een leeftijds- en geslachtscongruente T-score conversieformule te kiezen.

De beschikbaarheid van een omvangrijke dataset met meetresultaten uit een bevolkingssteekproef heeft ons in staat gesteld om T-scores te berekenen die een verfijnde interpretatie van testresultaten mogelijk maken. Dit laat uitspraken toe als: 'Uw T-score is 32,5, wat lager is dan 95% van alle vrouwen uit uw leeftijdsgroep', of: 'Uw score is hoger dan 65% van de vrouwen met dezelfde leeftijd die een behandeling beginnen in de specialistische ggz.' Met een klassieke normtabel, zoals weergegeven in tabel 4, wordt betekenis gegeven aan ruwe scores in zeven niveaus, van 'zeer laag' tot 'zeer hoog'; met een conversie naar T-scores blijft het continue karakter van de ruwe score behouden. In de loop van de tijd zal meer 'gevoel' ontstaan bij gebruikers van ROM-gegevens (cliënten en hun behandelaars) voor de betekenis van T-scores. Gezien de grote diversiteit aan meetinstrumenten en bijbehoren-

de diversiteit aan testresultaten in ruwe schaalscores, kan het gebruik van een uniforme meetschaal zoals de T-score de onderlinge communicatie over ROM-metingen tussen professionals onderling, maar ook tussen de behandelaar en de cliënt, zeer ten goede komen. Cliëntvriendelijke communicatie bij het uitleggen van de testcores is uiterst belangrijk voor de optimale benutting van ROM. In de online bijlage zijn twee figuren (D en E) opgenomen die kunnen helpen bij de uitleg wat een T-score betekent.

Edwin de Beurs is als senior onderzoeker verbonden aan de afdeling onderzoek van Arkin en is als hoogleraar verbonden aan de Universiteit Leiden, Faculteit Sociale Wetenschappen, Sectie Klinische Psychologie.

Sjoerd Kosterman was ten tijde van de uitvoering van het onderzoek als directeur behandelzaken verbonden aan PuntP, de s-ggz kliniek van Arkin. Nu is hij als zelfstandige werkzaam als trainer, coach en organisatieadviseur.

Suzanne Anten schreef haar masterthesis over dit onderzoek aan de Universiteit Leiden, Sectie Klinische Psychologie. Nu is zij als trainee verbonden aan OGD ict-diensten.

Ernst Bohlmeijer is als hoogleraar en hoofd van de afdeling Technology, Human and Institutional Behaviour verbonden aan de Universiteit Twente.

Gerben J. Westerhof is als hoogleraar en voorzitter van de sectie Psychologie, Gezondheid en Technologie verbonden aan de Universiteit Twente.

Correspondentieadres: Prof. dr. E. de Beurs, Arkin, afdeling onderzoek, Klaprozenweg 111, 1033 NN Amsterdam. E-mail: edwin.de.beurs@arkin.nl.

Summary *Psychometric evaluation of the Mental Health Continuum – Short Form (MHC-SF): Construct validity, responsiveness, norms, and T-scores*

The Mental Health Continuum – Short Form (MHC-SF) was developed to measure positive mental health. This includes emotional, social and psychological well-being. The aim of this study was to investigate the reliability and validity of the MHC-SF. Construct validity and concurrent validity were discussed. We also examined the responsiveness of the MHC-SF by comparing change on the MHC-SF with change on the Symptomatic Distress scale of the Outcome Questionnaire (OQ-SD). Finally, we provide norm data and T-scores for the MHC-SF. The psychometric characteristics of the MHC-SF were examined with data from a population sample (N = 1802) and a sample of clients treated in specialist mental healthcare (N = 971). The results supported the previously found factor structure with a general positive mental health factor, and three subscale scores for emotional, social and psychological well-being. The responsiveness of the MHC-SF was comparable to the OQ-SD, except for change in social well-being, which lagged significantly behind the OQ-SD. This makes the MHC-SF a useful addition to a ROM set, but we should not expect quite the same changes on the MHC-SF as found with the OQ-SD scale. With standardized T-scores, measurement results can be interpreted more easily: the T-score directly indicates how far a test result is removed from the population mean and thus how exceptional the test result is. Compared to traditional norm tables, a T-score allows a more refined way to report

on the outcome of a test. T-scores thus facilitate communication about the measurement results with the client or with colleagues.

152

Keywords *positive psychology, wellbeing, psychometrics, responsiveness, T-scores*

Literatuur

- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16, 11-23.
- Cella, D., Yount, S., Rothrock, N., Gershon, R., Cook, K., Reeve, B., Ader, D., Fries, J. F., Bruce, B., & Rose, M. (2007). The Patient-Reported Outcomes Measurement Information System (PROMIS): Progress of an NIH Roadmap cooperative group during its first two years. *Medical Care*, 45, S3-S11.
- Chalmers, R. P. (2012). mirt: A multidimensional item response theory package for the R environment. *Journal of Statistical Software*, 48, 1-29.
- Choi, S. W., Schalet, B., Cook, K. F., & Cella, D. (2014). Establishing a common metric for depressive symptoms: Linking the BDI-II, CES-D, and PHQ-9 to PROMIS Depression. *Psychological Assessment*, 26, 513-527.
- Cook, K. F., Schalet, B. D., Kallen, M. A., Rutsohn, J. P., & Cella, D. (2015). Establishing a common metric for self-reported pain: Linking BPI Pain Interference and SF-36 Bodily Pain Subscale scores to the PROMIS Pain Interference metric. *Quality of Life Research*, 24, 2305-2318.
- de Beurs, E. (2010). De genormaliseerde T-score, een 'euro' voor testuitslagen. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 65, 684-695.
- de Beurs, E., Barendregt, M., Flens, G., van Dijk, E., Huijbrechts, I., & Meering, J. W. (2012). Vooruitgang in de behandeling meten: Een vergelijking van vragenlijsten voor zelfrapportage. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 67, 259-270.
- de Beurs, E., den Hollander-Gijsman, M., Buwalda, V., Trijsburg, W., & Zitman, F. G. (2005). De Outcome Questionnaire (OQ-45): Een meetinstrument voor meer dan alleen psychische klachten. *De Psycholoog*, 40, 53-63.
- de Beurs, E., den Hollander-Gijsman, M. E., van Rood, Y. R., van der Wee, N. J., Giltay, E. J., van Noorden, M. S., van der Lem, R., van Fenema, E., & Zitman, F. G. (2011). Routine outcome monitoring in the Netherlands: Practical experiences with a web-based strategy for the assessment of treatment outcome in clinical practice. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 18, 1-12.
- de Beurs, E., Flens, G., & Williams, G. (2019). Meetresultaten interpreteren in de klinische psychologie: Een aantal voorstellen. *De Psycholoog*, 54, 10-23.
- de Beurs, E., Oudejans, S., & Terluin, B. (Submitted). A common measurement scale for scores from self-report instruments in mental health care: T scores with a normal distribution. *European Journal of Psychological Assessment*.
- de Beurs, E., Thomaes, K., Kronemeijer, H., & Dekker, J. J. M. (2020). Een vergelijking van de responsiviteit van de PTSS Checklist voor DSM-5 (PCL-5) en de Outcome Questionnaire (OQ-45). *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 62, 448-456.
- de Beurs, E., Vissers, E., Schoevers, R., Carlier, I. V. E., van Hemert, A. M., & Meesters, Y. (2019). Comparative responsiveness of generic versus disorder-specific instruments for depression: An assessment in three

- longitudinal datasets. *Depression and Anxiety*, 36, 93-102.
- de Beurs, E., & Zitman, F. G. (2006). De Brief Symptom Inventory (BSI): De betrouwbaarheid en validiteit van een handzaam alternatief voor de SCL-90. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 61, 120-141.
- de Jong, K., Nugter, M. A., Polak, M. G., Wagenborg, J. E. A., Spinhoven, P., & Heiser, W. J. (2007). The Outcome Questionnaire (OQ-45) in a Dutch population: A cross-cultural validation. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 14, 288-301.
- de Vos, J. A., Radstaak, M., Bohlmeijer, E. T., & Westerhof, G. J. (2018). Having an eating disorder and still being able to flourish? Examination of pathological symptoms and well-being as two continua of mental health in a clinical sample. *Frontiers in Psychology*, 9, 2145.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95, 542-575.
- Donnelly, A., O'Reilly, A., Dolphin, L., O'Keeffe, L., & Moore, J. (2019). Measuring the performance of the Mental Health Continuum – Short Form (MHC-SF) in a primary care youth mental health service. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 36, 201-205.
- Franken, K., de Vos, S., Westerhof, G., & Bohlmeijer, E. (2019). *De Mental Health Continuum Short-Form: Het meten van welbevinden als uitkomst van behandeling gericht op geestelijke gezondheid van volwassenen met psychische klachten*. Universiteit Twente.
- Franken, K., Lamers, S. M., ten Klooster, P. M., Bohlmeijer, E. T., & Westerhof, G. J. (2018). Validation of the Mental Health Continuum-Short Form and the dual continua model of well-being and psychopathology in an adult mental health setting. *Journal of Clinical Psychology*, 74, 2187-2202.
- Herrman, H., Saxena, S., & Moodie, R. (2005). *Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice*. World Health Organization.
- Hu, L. T., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 6, 1-55.
- Huber, M., Knottnerus, J. A., Green, L., van der Horst, H., Jadad, A. R., Kromhout, D., Leonard, B., Lorig, K., Loureiro, M. I., van der Meer, J. W. M., Schnabel, P., Smith, R., van Weel, C., & Smid, H. (2011). How should we define health? *British Medical Journal*, 343, 235-237.
- Huber, M., van Vliet, M., & Boers, I. (2016). Heroverweeg uw opvatting van het begrip 'gezondheid'. *Nederlands Tijdschrift voor de Geneeskunde*, 160, 1-5.
- Kennes, A., Peeters, S., Janssens, M., Reijnders, J., Lataster, J., & Jacobs, N. (2020). Psychometric evaluation of the Mental Health Continuum – Short Form (MHC-SF) for Dutch adolescents. *Journal of Child and Family Studies*, 29, 3276-3286.
- Keyes, C. L. M. (1998). Social well-being. *Social Psychology Quarterly*, 121-140.
- Keyes, C. L. M. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior*, 43, 207-222.
- Keyes, C. L. M. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 539-548.
- Keyes, C. L. M., & Martin, C. C. (2017). The complete state model of mental health. In M. Slade, L. Oades, & A. Jarden (Eds.), *Well-being, recovery and mental health* (pp. 75-85). Cambridge University Press.
- Lambert, M. J., Burlingame, G. M., Umphress, V. J., Hanssen, N., Vermeersch, D., Clause, G., & Yanchar, S. C. (1996). The reliability and validity of the

- Outcome Questionnaire. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 3, 249-258.
- Lambert, M., Morton, J., Hatfield, D., Harmon, C., Hamilton, S., Reid, R., & Burlingame, G. (2004). *Administration and scoring manual for the OQ-45.2 (Outcome Questionnaire)*. American Professional Credentialing Services.
- Lamers, S. M. A., Glas, C. A., Westerhof, G. J., & Bohlmeijer, E. T. (2012). Longitudinal evaluation of the Mental Health Continuum – Short Form (MHC-SF). *European Journal of Psychological Assessment*, 28, 290-296.
- Lamers, S. M. A., Westerhof, G. J., Bohlmeijer, E. T., ten Klooster, P. M., & Keyes, C. L. M. (2011). Evaluating the psychometric properties of the Mental Health Continuum – Short Form (MHC-SF). *Journal of Clinical Psychology*, 67, 99-110.
- Longo, Y., Jovanović, V., Sampaio de Carvalho, J., & Karaš, D. (2017). The general factor of well-being: Multinational evidence using bifactor ESEM on the Mental Health Continuum – Short Form. *Assessment*, 27, 596-606.
- Mokkink, L. B., Terwee, C. B., Patrick, D. L., Alonso, J., Stratford, P. W., Knol, D. L., Bouter, L. M., & de Vet, H. C. W. (2010). The COSMIN study reached international consensus on taxonomy, terminology, and definitions of measurement properties for health-related patient-reported outcomes. *Journal of Clinical Epidemiology*, 63, 737-745.
- Nolen-Hoeksema, S., & Rusting, C. L. (1999). Gender differences in well-being. In D. Kahneman, E. Diener, & N. Schwarz (Eds.), *Well-being: Foundations of hedonic psychology* (pp. 330-350). Russell Sage Foundation.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069.
- Schalet, B. D., Cook, K. F., Choi, S. W., & Cella, D. (2014). Establishing a common metric for self-reported anxiety: Linking the MASQ, PANAS, and GAD-7 to PROMIS Anxiety. *Journal of Anxiety Disorders*, 28, 88-96.
- Schalet, B. D., Revicki, D. A., Cook, K. F., Krishnan, E., Fries, J. F., & Cella, D. (2015). Establishing a common metric for physical function: Linking the HAQ-DI and SF-36 PF subscale to PROMIS Physical Function. *Journal of General Internal Medicine*, 30, 1517-1523.
- Schawo, S. J., Carlier, I. V. E., van Hemert, A. M., & de Beurs, E. (2019). Measuring treatment outcome in patients with anxiety disorders: A comparison of the responsiveness of generic and disorder-specific instruments. *Journal of Anxiety Disorders*, 64, 55-63.
- Seligman, M. E. P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55, 5-14.
- Silverman, A. L., Forgeard, M., Beard, C., & Björqvinnsson, T. (2018). Psychometric properties of the Mental Health Continuum – Short Form in a psychiatric sample. *Journal of Well-Being Assessment*, 2, 57-73.
- Stone, A. A., Schwartz, J. E., Broderick, J. E., & Deaton, A. (2010). A snapshot of the age distribution of psychological well-being in the United States. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 107, 9985-9990.
- Timman, R., de Jong, K., & de Neve-Enthoven, N. (2017). Cut-off scores and clinical change indices for the Dutch Outcome Questionnaire (OQ-45) in a large sample of normal and several psychotherapeutic populations. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 24, 72-81.
- Tudor, K. (1996). *Mental health promotion: Paradigms and practice*. Routledge.

- van Erp Taalman Kip, R. M., & Hutsche-
maekers, G. J. M. (2018). Health,
well-being, and psychopathology in a
clinical population: Structure and
discriminant validity of Mental
Health Continuum Short Form
(MHC-SF). *Journal of Clinical Psy-
chology*, 74, 1719-1729.
- Verdonk, P., & de Rijk, A. (2008). Loop-
baansucces en welbevinden van Ne-
derlandse werknemers M/V. *Gedrag
& Organisatie*, 21, 451-474.
- Wahl, I., Löwe, B., Bjorner, J. B., Fischer,
F., Langa, G., Voderholzer, U., Aita,
S. A., Bergemann, N., Brähler, E., &
Rose, M. (2014). Standardization of
depression measurement: A common
metric was developed for 11 self-
report depression measures. *Journal
of Clinical Epidemiology*, 67, 73-86.
- Western, M., & Tomaszewski, W. (2016).
Subjective wellbeing, objective well-
being and inequality in Australia.
PloS one, 11, eo163345.

.....

Met ACT je balans terugvinden

.....

Bespreking van

Denise Matthijssen & Els de Rooij (2021). *ACT in balans – Doen wat werkt voor jou in een ‘maakbare’ wereld*. Boom. 271 pp., € 28,95.
ISBN 9789024438273

VINCENT VAN BRUGGEN

Een leuk formaat en mooi vormgegeven, dat is het eerste wat opvalt bij het boek *ACT in balans*. De afgelopen tijd lag het geregeld op mijn bureau. Wie langskwam op mijn kamer pakte het vaak op om het even in te zien. Voor een zelfhulpboek is aantrekkelijkheid natuurlijk een belangrijk voordeel. Ook inhoudelijk heeft het boek veel te bieden, zoals een groot aantal oefeningen. Met icoontjes is gemarkeerd of een oefening vooral te maken heeft met waarden en doen wat je wilt doen, met het richten van je aandacht of – als derde mogelijkheid – met zelfliefde. Veel oefeningen worden herhaald, vaak met variaties. De lezer komt hierdoor op onderwerpen terug en kan het eigen proces volgen. Een belangrijke oefening is bijvoorbeeld het ‘meng-paneel’. Hierin geeft de lezer herhaaldelijk aan in hoeverre hij bepaalde gedragsuitersten bij zichzelf herkent, zoals ‘altijd alles zelf regelen’ versus ‘altijd alles voor me laten doen’.

Het boek richt zich op lezers die hun leven meer in balans willen brengen. Hieronder verstaan de auteurs een waardevol en zinvol leven, waarin iemand zijn tijd en energie kan verdelen zoals hij of zij zelf wil (p. 13). Het boek is opgebouwd uit zeven stappen, die elk in een periode van ongeveer een week (of langer) doorlopen kunnen worden. Elke stap bevat een aantal oefeningen, aangevuld met audiobestanden, die van een internetsite gedownload kunnen worden. In de eerste van de zeven stappen onderzoekt de lezer de eigen balans. Hij ontdekt wat hierin niet in orde is en ook, als hij daar zelf benieuwd naar is, hoe dat zo gekomen is. In de volgende stappen

gaat de lezer aan de slag met de belangrijkste waarden in zijn leven en maakt hij keuzes om hier ook naar te handelen. Vaak zal dit betekenen dat er juist meer onrust ontstaat, en dat bijvoorbeeld negatieve gedachten over zichzelf en de eigen mogelijkheden worden geactiveerd. De lezer wordt geholpen om dit te observeren, te verdragen en afstand te nemen van gedachten die een remmende invloed hebben. Dit laatste valt binnen ACT onder de zogeheten ‘defusietechnieken’.

In de zevende stap wordt de lezer bij de hand genomen in het toelaten van emoties. Ik vond het mooi dat dit punt uitgebreid aandacht krijgt. In ACT-literatuur wordt meestal uitgelegd dat het geen zin heeft om emoties onder controle te houden en dat verdragen beter werkt. De auteurs van dit boek gaan dieper op het onderwerp in. Ze laten de lezer bijvoorbeeld ook ontdekken dat emoties vaak gelaagd zijn en dat de ene emotie de andere kan oproepen. Inzicht hierin kan helpen bij het verdragen van emoties. De lezer kan hierdoor bijvoorbeeld ontdekken dat hij boosheid probeert te verdragen, maar onderliggende schaamte nog steeds vermijdt, waardoor het toch nog veel energie blijft vragen om met gevoelens om te gaan. Ook zullen emoties vaak een signalerende functie hebben. Ze kunnen iemand ervan bewust maken dat het belangrijk is een actie te ondernemen die past bij een belangrijke waarde.

De zeven stappen en de vele oefeningen bieden de lezer veel handreikingen om aan de slag te gaan met de eigen balans. Ik kan het boek dan ook zeker aanraden aan mensen die uit balans zijn geraakt. En wie overkomt dat niet van tijd tot tijd? Door de omvang en de vele (zich herhalende) oefeningen zal het boek van de lezer wel doorzettingsvermogen vragen of de flexibiliteit om zelf af en toe een route te kiezen. Voor dit laatste geven de auteurs overigens ook suggesties. Het boek is bedoeld als zelfhulpmethode, maar zou ook een therapie- of coachingstraject kunnen aanvullen (p. 16). Het boek bevat geen aanwijzingen voor therapeuten of coaches over hoe gesprekken en het gebruik van het boek met elkaar te combineren zijn.

Zelf maak ik al jarenlang zowel persoonlijk als in mijn werk enthousiast gebruik van een andere ACT-zelfhulpmethode, namelijk *Voluit leven* (Bohlmeijer & Hulsbergen, 2009). Een methode die de afgelopen tien jaar (mede door wetenschappelijk onderzoek en online versies) in Nederland brede bekendheid heeft verworven. Bij het schrijven van deze recensie van *ACT in balans* kon ik het dan ook niet laten om een vergelijking te maken.

Allereerst vallen een aantal overeenkomsten op. Beide boeken bieden ACT op een toegankelijke manier aan en verdelen de oefeningen over zeven stappen. Ook horen bij beide boeken audiobestanden met mindfulnessoefeningen. *ACT in balans* legt wat meer nadruk op het ‘weer in balans komen’, dat een rode draad vormt door het boek. In *Voluit leven* wordt meer ingegaan op de tragische aspecten die nu eenmaal met het leven verbonden zijn. Leven volgens de principes van ACT is namelijk nog steeds leven met ongemak,

tegenslagen, beperkingen en een aantal onafwendbare zekerheden, zoals de eindigheid van het bestaan. Dit laatste maakt *Voluit leven* meer levensbeschouwelijk, terwijl *ACT in balans* in mijn ogen een meer pragmatische insteek heeft. Wat het meeste aanspreekt, zal per lezer verschillen. De boeken bieden beide genoeg uniek materiaal om na de afronding van het ene boek ook van het andere te kunnen profiteren.

Vincent van Bruggen is supervisor bij de VGCT en is werkzaam als gz-psycholoog bij GGZ Centraal, Marina de Wolfcentrum. Hij geeft daarnaast les in CGT. *Correspondentie*: v.vanbruggen@ggzcentraal.nl.

Literatuur

Bohlmeijer, E., & Hulsbergen, M. (2009). *Voluit leven: Mindfulness of de kunst van het aanvaarden, nu als praktisch hulpboek*. Boom.

.....

Herstelgerichte behandeling concreet gemaakt

.....

Bespreking van

Aaron T. Beck, Paul Grant, Ellen Inverso, Aaron P. Brinen, & Dimitri Perivoliotis (2021). *Herstelgerichte cognitieve therapie voor ernstige psychische problemen*. Hogrefe Uitgevers. 352 pp., € 35,00. ISBN 9789492297457

HANNEKE SCHUURMANS

Dit boek over herstelgerichte cognitieve therapie (CT-R) is vermoedelijk het laatste boek van Aaron Beck. Samen met collega's van het Beck Institute for Cognitive Behavior Therapy and Recovery-Oriented Cognitive Therapy, en met collega's van andere universiteiten en herstelcentra, schreef hij een praktisch boek om zijn lezers te helpen CT-R toe te passen. CT-R is een innovatieve aanpak, gebaseerd op het cognitieve model en aangevuld met bewezen effectieve elementen uit andere, herstelgerichte therapieën en stromingen (bijvoorbeeld vanuit de humanistische traditie, het behaviorisme en de psychiatrische-revalidatietraditie). Door te focussen op de aspiraties van het individu, kan iedereen vooruitgang boeken richting een gewenst leven, ook mensen met complexe of ernstige problemen.

Het boek is bij uitstek geschikt voor cognitief gedragstherapeutisch werkers, voor hulpverleners werkzaam op klinische afdelingen en in settings voor langdurig verblijf, en ook voor mensen die niet zo thuis zijn in het CGT-gedachtegoed. In deel I wordt het CT-R-model beschreven en uitgelegd aan de hand van praktische voorbeelden. Daarna komen in deel II strategieën en interventies aan bod voor specifieke problemen (zoals negatieve symptomen, hallucinaties en middelengebruik). Deel III gaat dieper in op specifieke settings (bijvoorbeeld ambulant of klinisch) en toepassingen (bijvoorbeeld individuele of groepstherapie). Vanwege de vele herhalingen, met name in

de hoofdstukken van deel II en III, is het geen boek om in één ruk van voor naar achter te lezen. Het is goed om het eerste deel met de basis te lezen en daarna de specifieke toepassingen voor de eigen setting of doelgroep. Het belangrijkste werkdocument hierbij is de ‘herstelkaart’. Die bevat de kernelementen van CT-R en geeft steeds de input voor het actieplan. Het is een zich ontwikkelend document dat richting geeft aan positief handelen. Ook voor teams is dit een bruikbaar werkdocument, dat goed zou passen binnen een resourcegroepbenadering, bijvoorbeeld RACT (Tjaden et al., 2021).

CT-R is gericht op mensen met ernstige psychische problemen die in een zogenaamde ‘patiëntmodus’ kunnen belanden en negatieve kernovertuigingen ontwikkelen. CT-R heeft als doel het stimuleren van een ‘adaptieve’ modus, de modus van ‘op je best zijn’. De behandelaar doet dit door samen te werken, zodat mensen hun missie in het leven kunnen ontwikkelen en verwerkelijken. Om toegang te krijgen tot de adaptieve modus zet de behandelaar vaak activiteiten in die niet lijken op traditionele CGT. Het maken van contact en zoeken naar verbinding is hierin belangrijk, omdat dit de adaptieve modus stimuleert. Er wordt veel expliciete aandacht gegeven aan de therapeutische relatie, die in dit kader naadloos aansluit bij de presentie-benadering (Baart, 2011) en bij de kenmerken van de herstelondersteunende zorgverlener (zie bijvoorbeeld Boevink et al., 2009). In vervolgstappen helpt de behandelaar mensen aspiraties (sterke, betekenisvolle, motiverende verlangens) aan het licht te brengen en deze om te zetten in dagelijks positief handelen. Door mensen conclusies te laten trekken over wat ze ervaren hebben en hun veerkracht te vergroten voor omgaan met problemen (gevoel van empowerment, ‘veerkrachtovertuigingen’) wordt de adaptieve modus ten slotte versterkt.

In veel opzichten lijkt CT-R op de individuele rehabilitatiebenadering (IRB; Anthony et al., 2002; voor meer informatie over IRB, zie <https://r92.nl/de-irb>). Maar terwijl IRB uitgaat van rollen en doelen, stelt CT-R aspiraties centraal. Ook gaat CT-R veel meer over een houding en een visie dan over concrete technieken. Cognitieve therapie (CT) komt om de hoek kijken bij de theoretische onderbouwing: de kracht van positieve overtuigingen voor het bevorderen van herstel en de rol van negatieve en/of defaitistische overtuigingen bij het vastlopen. Het concept van herstel (Anthony, 1993), het cognitieve model en de theorie van modi (Beck, 1996) vormen de verbindende theoretische kaart. Het is een synthese van elementen uit diverse stromingen, bijvoorbeeld elementen uit ACT, CGTp, oplossingsgerichte therapie en experientieel leren. CT-R is in klinische (RCT) en implementatiestudies onderzocht in uiteenlopende settings (ggz, forensisch, verpleeghuis, enzovoort). De RCT laat zien dat poliklinische CT-R gemiddeld grote positieve effecten heeft op functioneren, en op negatieve en positieve symptomen, in vergelijking met standaardzorg (vergelijkbaar met FACT-zorg, maar dan zonder psychologische behandeling) (Grant et al., 2012). Vanuit de

implementatiestudies worden positieve uitkomsten genoemd op dimensies van herstel en op het inzetten van dwang- en drangmaatregelen.

CT-R is in mijn ogen niet iets heel nieuws of ingewikkelds (zeker niet voor mensen die getraind zijn in bijvoorbeeld CGTp, ART, ACT of positieve psychologie). Bij CT-R gaat het vooral om het verbinden en integreren van verschillende bewezen effectieve en gangbare praktijken. Het meest vernieuwend vind ik het verbinden van herstelgerichte hulpverlening met cognitieve therapie. Elementen van CT duiken op (bijvoorbeeld gedragsactivatie, gedragsexperimenten, socratische dialoog, gedachten uitdagen en ketenanalyse), maar vooral de basis van CT geeft de benadering een stevig CGT-fundament. Verschil met traditionele CT is dat CT-R meer uitgaat van impliciet leren. Een ander verschil is dat het cognitieve model wordt uitgebreid met positieve overtuigingen. Impliciet zijn allerlei C(G)T-elementen te herkennen (bijvoorbeeld FA en contraconditioneren), maar mooi is dat dit alles niet zo expliciet benoemd wordt, waardoor het verhaal niet technisch wordt en heel toegankelijk blijft. Anderzijds zouden critici ook kunnen vinden dat het boek te weinig 'echte' CT bevat.

Op 3 november 2021 verscheen er in *de Volkskrant* een mooi artikel over Beck, waarin onder andere zijn pragmatische kant beschreven werd. In de praktische en toepassingsgerichte focus van dit boek zit ook wel een minpunt: door veel elementen in stroomschema's en stappenplannen te vatten, wordt het soms wat kunstmatig. Het boek is toegankelijk geschreven met veel voorbeelden, maar soms wel erg basaal. Dat maakt het voor CGT'ers met veel kennis over herstelgerichte benaderingen mogelijk een minder interessant boek om te lezen. En dat is jammer. Verschillende voorjaarsworkshops en bijdragen op het NJC van de afgelopen jaren lieten al zien dat het thema 'herstel' leeft binnen de VGCT. Door CT-R worden abstracte principes van welbevinden en herstel concreet gemaakt. CT-R helpt hulpverleners om herstelgericht te werken en daarbij juist ook hun eigen vakkennis (CGT) in te zetten. In dit licht is het boek een aanrader voor alle VGCT-leden.

Hanneke Schuurmans is als klinisch psycholoog en programmaleider verbonden aan GGZ Oost Brabant. Daarnaast is ze bestuurslid van de sectie SAABB, lid van de commissie NJC en de ledenraad. *Correspondentieadres:* GGZ Oost Brabant, Postbus 3, 5427 ZG Boekel. E-mail: schuurmans@dds.nl.

Literatuur

Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16, 11-23.

Anthony, W. A., Cohen, M. R., Farkas, M. D., & Gagne, C. (2002). *Psychiatric rehabilitation: Center for Psychiatric Rehabilitation*. Sargent College of Health and Rehabilitation Sciences Boston University.

- Baart, A. (2011). *Een theorie van de presentie* (Derde, vermeerderde druk). Boom.
- Beck, A. T. (1996). Beyond belief: A theory of modes, personality, and psychopathology. In P. M. Salkovskis (Ed.), *Frontiers of cognitive therapy* (pp. 1-25). The Guilford Press.
- Boevink, W., Prinsen, M., Elfers, L., Dries, J., Tiber, M., & Wilrycx, G. (2009). Herstelondersteunende zorg, een concept in ontwikkeling. *Tijdschrift voor Rehabilitatie*, 18, 42-54.
- Grant, P. M., Huh, G. A., Perivoliotis, D., Stolar, N. M., & Beck, A. T. (2012). Randomized trial to evaluate the efficacy of cognitive therapy for low-functioning patients with schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 69, 121-127.
- Tjaden, C., Mulder, C. L., den Hollander, W., Castelein, S., Delespaul, P., Keet, R., van Weeghel, J., & Kroon, H. (2021). Effectiveness of resource groups for improving empowerment, quality of life, and functioning of people with severe mental illness: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 78, 1309-1318.
- van Veen, E. (2021, november 3). Aaron T. Beck dacht Tony Soprano in een handomdraai van zijn paniekaanvallen af te kunnen helpen. *De Volkskrant*. www.volkskrant.nl/mensen/aaron-t-beck-dacht-tony-soprano-in-een-handomdraai-van-zijn-paniekaanvallen-af-te-kunnen-helpen~bc833b4c

.....

De heterogene impact van corona op mentale problemen

.....

Shevlin, M., Butter, S., McBride, O., Murphy, J., Gibson-Miller, J., Hartman, T. K., Levita, L., Mason, L., Martinez, A. P., McKay, R., Stocks, T. V. A., Bennett, K., Hyland, P., & Bentall, R. P. (2021). Refuting the myth of a 'tsunami' of mental ill-health in populations affected by COVID-19: Evidence that response to the pandemic is heterogeneous, not homogeneous. *Psychological Medicine*. <https://doi.org/10.1017/S0033291721001665>

De angst voor een 'tsunami' van geestelijke-gezondheidsproblemen als gevolg van de COVID-19-pandemie heeft geleid tot tal van pogingen om de impact van de pandemie op de bevolking in te schatten. Deze onderzoeken gingen echter vrijwel allemaal uit van de onwaarschijnlijke veronderstelling dat de respons op de pandemie homogeen is. Bijna alle longitudinale onderzoeken naar de geestelijke gezondheid van de bevolking tijdens de pandemie zijn gebaseerd op samenvattende gegevens voor populaties als geheel. Maar in het Verenigd Koninkrijk bleek bijvoorbeeld uit de Adult Psychiatric Morbidity Survey dat de prevalentie van veelvoorkomende psychische stoornissen aanzienlijk verschilt als gekeken wordt naar sociaal-demografische factoren zoals leeftijd, geslacht, type huishouden, werk, regio van verblijf en eerdere mentale en fysieke gezondheidsproblemen. Het lijkt aannemelijk dat sommige van deze variabelen van invloed zullen zijn op de manier waarop mensen op de pandemie reageren.

De hier besproken studie analyseert gegevens die op drie momenten (W1, W2 en W3) tussen maart en juli 2020 verzameld zijn in een nationaal representatieve steekproef van Britse volwassenen. Er zijn drie onderzoeksvragen getest: (1) Waren er klinisch relevante veranderingen in niveau van angst-depressie en COVID-19 posttraumatische-stressstoornis (PTSS) in de eerste vier maanden van de pandemie? (2) Was er op W1 sprake van betekenisvolle heterogeniteit en van te onderscheiden longitudinale profielen van

psychische problemen? (3) Welke demografische, sociale, economische en psychologische factoren waren geassocieerd met de te onderscheiden longitudinale profielen?

Deze studie van het COVID-19 Psychological Research Consortium (C19PRC) is een op online vragenlijsten gebaseerd longitudinaal onderzoek, dat ontworpen is om de psychologische en sociale aanpassingen van de Britse bevolking aan de pandemie te beoordelen. Quotasteekproeven waarborgden dat de steekproef representatief was voor de volwassen bevolking van het VK. Voor angst-depressie werd de Patient Health Questionnaire Anxiety-Depression Scale (PHQ-ADS) afgenomen, voor COVID-19-gerelateerde PTSS de International Trauma Questionnaire (ITQ).

Uit W1 werd een reeks voorspellende variabelen gehaald: leeftijd, geslacht, etniciteit, gezinsinkomen, stedelijkheid, werkgelegenheid, aantal volwassenen in het huishouden, kinderen in het huis en geschiedenis van behandeling in de geestelijke gezondheidszorg. Respondenten werd ook gevraagd of ze als gevolg van de pandemie inkomen hadden verloren, of zij of een naast familielid een chronische ziekte hadden, hun waargenomen risico op COVID-19-infectie, COVID-19-infectiestatus (van henzelf en anderen), en of zij of een familielid zwanger waren. Ook werden psychologische variabelen geëxtraheerd: eenzaamheid, veerkracht, *locus of control*, doodsangst en *intolerance of uncertainty* (IU).

De bevindingen uit het onderzoek suggereren dat voor de totale steekproef de prevalentie van angst-depressie stabiel bleef gedurende de eerste 4 maanden van de pandemie, terwijl COVID-19-gerelateerde PTSS tussen april en juli 2020 daalde. De gerapporteerde angst-depressie lijkt niet opvallend hoger te zijn dan in eerdere epidemiologische onderzoeken. De algehele afname van COVID-19-gerelateerde PTSS tussen W2 en W3 kan wijzen op gewinning aan de situatie, waardoor individuen minder 'alert' zijn voor het virus, of op het feit dat de frequentie van verontrustende COVID-19-beelden in de media verminderde.

De bevindingen van het onderzoek weerleggen het idee dat de bevolkingsrespons op de pandemie homogeen was. Voor zowel angst-depressie als COVID-19-gerelateerde PTSS kwamen (1) stabiliteit, (2) verbetering en (3) verslechtering van de ernst van de geestelijke gezondheid naar voren. De meerderheid van de steekproef vertoonde een veerkrachtige geestelijke gezondheid, die gekenmerkt werd door minimale veranderingen in angst-depressieve of PTSS-symptomen tijdens de eerste maanden van de pandemie (maart-juli 2020). Een kleine groep individuen vertoonde echter ernstige psychische problemen gedurende de eerste maanden van de lockdown. Ook andere geïdentificeerde groepen vertoonden achteruitgang. De opkomst van zowel verbeterende als verslechterende groepen in de deze studie suggereert dat het voor sommige individuen enkele maanden duurt om zich aan te passen aan de situatie, en dat voor anderen de verslechtering pas optreedt na maanden van meer zorgtaken, het in evenwicht houden van thuis en be-

roepsleven, of wanneer het einde van de verlofregeling in zicht komt. In het algemeen suggereren de bevindingen dat personen met een voorgeschiedenis van behandeling in de geestelijke gezondheidszorg, een hoger niveau van eenzaamheid, IU, doodsangst, externe locus of control en lagere niveaus van veerkracht, meer kans hadden op enige mate van psychische nood, vergeleken met meer 'veerkrachtige' groepen.

Deze studie kent verschillende beperkingen. Ten eerste vond zij niet plaats op een echte willekeurige steekproef, die moeilijk te realiseren was, gezien de omstandigheden en beperkingen sinds de start van het onderzoek. Ten tweede moesten er enkele beperkingen aan het model worden gesteld, omdat gegevens werden gebruikt van slechts drie tijdstippen. Er is bewijs dat deze beperkingen kunnen leiden tot overextractie van groepen en overschatting van de grootte van de 'veerkrachtige' groep, en dus moeten de oplossingen met dit in het achterhoofd worden geïnterpreteerd. Nader onderzoek naar hoe deze responspatronen zich ontwikkelen, is noodzakelijk. Ook is een gedetailleerder begrip van de factoren die deze responspatronen beïnvloeden nodig.

Onderzoek naar te onderscheiden responspatronen kan aanzienlijke winst opleveren, omdat inspanningen op het gebied van de volksgezondheid dan specifiekere kunnen worden ingezet. In een tijd van bezuinigingen, waarin gezondheidsdiensten onder aanzienlijke druk zijn komen te staan, is het belangrijk dat interventies op het gebied van de volksgezondheid ook gericht zijn op degenen die het meest door de pandemie worden geschaad. Bovendien kunnen voorspellers van welke groepen getroffen zullen worden door de pandemie aanwijzingen geven over het type massa-interventies dat mogelijk het meest effectief zal zijn.

COMMENTAAR VAN DE REDACTIE (HERMIEN ELGERSMA)

.....

Ook in Nederland heerst het idee dat door de COVID-19-pandemie en de gevolgen ervan op de maatschappij de druk op de geestelijke gezondheidszorg sterk is toegenomen. De hypothese is dat mentale problemen onder de bevolking enorm zijn toegenomen, niet alleen op het gebied van angst en stemming, maar bijvoorbeeld ook op het gebied van eetstoornissen. In het Verenigd Koninkrijk verricht een groep onderzoekers vanaf de start van de pandemie onderzoek naar mentale stoornissen en de COVID-19-pandemie. Zij verspreiden de informatie op toegankelijke wijze op: www.sheffield.ac.uk/psychology-consortium-covid19.

Het hier beschreven artikel nuanceert dit beeld, wat belangrijk is, juist ook voor het werk van gedragstherapeuten. Het artikel maakt inzichtelijk dat de methode van onderzoek ertoe doet. De resultaten van eerdere onderzoeken leken te wijzen op een golf van mentale stoornissen onder de bevolking als gevolg van de pandemie en de maatregelen die in de maatschappij

werden genomen. Door meer toegespitste methoden te gebruiken, kregen de onderzoekers een veel genuanceerder beeld boven tafel. De toename aan mentale stoornissen ontstond niet bij specifieke groepen mensen, en dan niet doorlopend, maar in bepaalde fasen van de pandemie. Ook werden variabelen vastgesteld die een toename aan mentale klachten tijdens de pandemie konden voorspellen.

In Nederland staat de ggz onder druk. We hebben te maken met schaarse middelen, tijd en menskracht. Juist met informatie uit dit soort onderzoek zijn we beter in staat meer gericht en vroegtijdiger interventies aan te bieden voor specifieke groepen mensen met een verhoogd risico, om bij hen mentale problemen te voorkomen dan wel te verminderen.

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).

- Beck, J. S. (2022). *Cognitieve Gedragstherapie: Theorie en praktijk* (Derde, geheel herziene druk). Nieuwezijds.
- Bergsma, J. (2022). *Als minuten uren worden: Een eindeloze strijd tegen mijn depressie*. Boekscout.
- Bos, R., Bovenberg, F., & Westen, K. (2022). *Eigen baas in de ggz*. Boom.
- Hendrickx, S. (2022). *Meisjes en vrouwen met autisme*. Hogrefe.
- Jansen, G. (2022). *Vrij zijn kun je leren*. Thema.
- Mooren, T., Bala, J., de Kok, M., Baars, J., & van Essen, J. (2022). *Handboek familierelaties bij psychotrauma: Diagnostiek en behandeling van kinderen en gezinnen*. Boom.
- Nijs, M., & Bueno de Mesquita, J. (2022). *De essentie van leiderschap in de psychiatrie*. Boom.
- Sprado, L., de Lange, V. (2022). *Schaduwfamilie: De zoektocht van donorkinderen*. Scriptum.
- Verrij, M. (2022) *Fabels van Vos: Het geschenk & Fabels van Vos: Werkboek*. Niño.

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 2, juni 2022

Pagina 85-168

85 *Redactioneel*

86 **Chris M. Hoeboer, Rianne A. de Kleine, Marc L. Molendijk, Maartje Schoorl, Danielle A. C. Oprel, Joanne Mouthaan, Willem van der Does & Agnes van Minnen**

De invloed van dissociatieve symptomen op de effectiviteit van psychotherapie voor posttraumatische-stressklachten: Een meta-analyse

107 **Martijn van Teffelen, Marisol Voncken, Frenk Peeters, Eline Mollema & Jill Lobbestael**

Imaginatie-cognitieve herstructurering van vijandige gedachten: Interventie-protocol

KORT INSTRUMENTEEL

131 **Edwin de Beurs, Sjoerd Kosterman, Suzanne Anten, Ernst Bohlmeijer & Gerben Westerhof**

Psychometrische evaluatie van de Mental Health Continuum – Short Form (MHC-SF): Constructvaliditeit, responsiviteit voor verandering, normen en T-scores

BOEKBESPREKINGEN

156 **Vincent van Bruggen**

Denise Matthijssen & Els de Rooij (2021). *ACT in balans – Doen wat werkt voor jou in een ‘maakbare’ wereld*

159 **Hanneke Schuurmans**

Aaron T. Beck, Paul Grant, Ellen Inverso, Aaron P. Brinen, & Dimitri Perivoliotis (2021). *Herstelgerichte cognitieve therapie voor ernstige psychische problemen*

VOOR U GELEZEN

163 Shevlin, M., Butter, S., McBride, O., Murphy, J., Gibson-Miller, J., Hartman, T. K., Levita, L., Mason, L., Martinez, A. P., McKay, R., Stocks, T. V. A., Bennett, K., Hyland, P., & Bentall, R. P. (2021). Refuting the myth of a ‘tsunami’ of mental ill-health in populations affected by COVID-19: Evidence that response to the pandemic is heterogeneous, not homogeneous. *Psychological Medicine*.

167 *Ontvangen*

Boom Tijdschriften

ISSN 0167-7454