

GEDRAGSTHERAPIE

*Tijdschrift voor gedragstherapie
& cognitieve therapie*



JAARGANG 55 NUMMER 3 SEPTEMBER 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 Salemink, *hoofdedacteur*
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. Claudi 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
tv.g.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 uitgevers Amsterdam /
Stichting Tijdschrift voor Gedragstherapie

Abonnementenadministratie

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

Abonnementen

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

Abonnementenwetgeving

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



.....

Voor de meesten zit de vakantie er weer op. Ik hoop dat je genoten hebt en met energie weer aan het werk gaat. En dat er ook wat energie is om weer nieuwe dingen te leren, bijvoorbeeld in dit nummer en tijdens de congressen die gepland zijn in het najaar. Zelf was ik net voor de zomervakantie op een congres van de onderzoeksschool Experimentele Psychopathologie waar zowel internationale bekende sprekers waren, zoals professor Michelle Craske, professor David Clark en professor Richard McNally, alsook nationale (Nederlandse en Vlaamse) bekende sprekers en bezoekers. Deze kennis gaat ook weer bij jullie terechtkomen, aangezien een aantal van hen heeft toegezegd een bijdrage voor het tijdschrift te schrijven. Ik noem (nog) geen namen, maar dit is wel een subtiele reminder (ze lezen ook het tijdschrift), want we zien natuurlijk graag inspirerende stukken in het tijdschrift.

Ik verwacht dat het inspireren met het huidige nummer wel gaat lukken; het is een dik nummer geworden met maar liefst zeven bijdragen. De eerste bijdrage gaat over placebo-effecten. Dit wordt natuurlijk vaak als iets hinderlijks gezien in de wetenschap, maar Michel Reinders en Yara Wurtz beargumenteren waarom placebo-effecten juist kansen bieden om onze zorg te verbeteren. Een verfrissend perspectief in deze *open-access*-bijdrage die vrijelijk met collega's gedeeld kan worden. In de tweede bijdrage beschrijft Simone de la Rie narratieve exposuretherapie voor posttraumatische-stressstoornis. De derde bijdrage, van Tiffany Naets, Maurane Desmet en Caroline Braet, gaat over de rol van ouder-kindinteracties in eetgedrag van kinderen en jongeren, en de (beperkte) toepassing van deze inzichten in behandeling. Dick Barelds en Pieterneel Dijkstra bespreken vervolgens een vragenlijst waarmee drie vormen van jaloezie binnen partnerrelaties kunnen worden onderscheiden.

Er zijn twee boekbesprekingen. Het boek *De therapeutische relatie in de ggz* van Anja de Bok (2020) wordt besproken door Annelies van Ree en het boek *Stemmen horen begrijpelijk maken* van Marius Romme, Sandra Escher en Dirk Corstens (2021) wordt besproken door Hanneke Schuurmans.

Tot slot gaat de rubriek Voor u gelezen over therapeutfactoren die samenhangen met *therapist drift*. Kennis blijkt zo'n therapeutfactor te zijn en dat is ergens goed nieuws, aangezien we daar invloed op hebben, onder andere door het lezen van dit nummer en congresbezoek!

Elske Salemink
Hoofdredacteur

Placebo-effect binnen psychotherapie

Wat kunnen we ermee?

MICHEL REINDERS & YARA WURTZ

Samenvatting

Binnen de wetenschap werd het placebo-effect jarenlang voornamelijk als hinderlijk gezien. Recent onderzoek heeft dit perspectief veranderd en aangetoond dat het placebo-effect ook juist kansen biedt om de zorg te verbeteren. In dit artikel wordt een overzicht gegeven van de recente bevindingen binnen het wetenschappelijk onderzoek naar het placebo-effect. Veruit het meeste van dit onderzoek vindt plaats in een medische context, terwijl de huidige kennis juist ook kan worden toegepast bij psychologische behandelingen. Aan de hand van klinische observaties en bevindingen uit de praktijk wordt onderzocht op welke manieren het placebo-effect ons kan helpen de resultaten van psychotherapie te verbeteren.

Trefwoorden: placebo-effect, nocebo-effect, psychotherapie

Kernboodschappen voor de klinische praktijk

- Maximaliseer het placebo-effect en minimaliseer het nocebo-effect binnen psychotherapie middels de vijf categorieën van de contextfactoren voor een optimaal behandelresultaat.
- De vijf categorieën van de contextfactoren zijn: kenmerken en opvattingen van de patiënt, kenmerken en opvattingen van de behandelaar, setting waarbinnen behandeling plaatsvindt, procedurele kenmerken, interactie tussen patiënt en behandelaar.

INLEIDING

In wetenschappelijk onderzoek naar de effectiviteit van medische behandelingen worden placebo's veelvuldig ingezet, met als doel om te controleren

of psychologische processen van invloed zijn op het behandelresultaat, los van het fysiologische effect van de behandeling (Wampold et al., 2016). Het placebo-effect wordt door Linden (2017) gedefinieerd als 'changes in the context of an intervention that does not have the inherent power of any active procedure.' In wetenschappelijk onderzoek wordt het placebo-effect dan ook vaak beschouwd als hinderlijk en wordt gepoogd om het te vermindere. In de klinische praktijk geldt het omgekeerde: het placebo-effect kan de patiënt juist een extra duwtje in de rug geven tijdens zijn genezingsproces. Vanuit dat oogpunt pleiten Evers en collega's (2018) ervoor om het placebo-effect te zien als onderdeel van reguliere behandeling en behandelaren te trainen in het maximaliseren van het placebo-effect. Hun aanbeveling kent een beperking: het betreft biomedische behandelingen, namelijk behandelingen met medicatie of behandelingen van een fysieke aandoening. Evers en collega's (2018) vragen zich af of hun aanbevelingen te generaliseren zijn naar een niet-medische context, zoals psychotherapie. Met die vraag houden we ons in dit artikel bezig: kan het onderzoek naar het placebo-effect ons helpen om de resultaten van psychotherapie te verbeteren?

ONDERZOEK NAAR HET PLACEBO- EN NOCEBO-EFFECT IN BIOMEDISCHE CONTEXT

.....

Verreweg het meeste onderzoek naar het placebo-effect vindt plaats binnen een medische context. Deze onderzoeken bestrijken een breed veld van aandoeningen, zoals pijn, de ziekte van Parkinson, immunologie, cardiale aandoeningen, misselijkheid, maag-/darmproblemen, slaapstoornissen, (de medicamenteuze behandeling van) depressie, schizofrenie en angststoornissen (Schedlowski et al., 2015). Er is ruim bewijs voor de invloed van placebo's op de uitkomst van behandelingen en het effect mag omschreven worden als robuust. Zelfs wanneer de patiënt weet dat hij een placebo krijgt (in zogenaamde *open label*-onderzoeken), sorteert dit effect (Charlesworth et al., 2017). Het placebo-effect kan resulteren in psychologische, fysiologische en tevens immunologische veranderingen (Bishop et al., 2017; Petrie & Rief, 2019).

Het placebo-effect kan beschouwd worden als het resultaat van een leerproces op bewust, associatief en sociaal niveau (Benedetti & Amanzio, 2013). Leermechanismen als klassieke conditionering, 'sociaal' leren door middel van observeren van anderen en operante conditionering spelen een belangrijke rol, alsmede verbale suggesties door bijvoorbeeld leren via instructies (Babel, 2020; Benedetti & Amanzio, 2013). Volgens Colloca en collega's (2010) werkt het conditioneringseffect sterker dan verbale suggestie. Factoren die het placebo-effect kunnen genereren zijn bijvoorbeeld de interactie tussen patiënt en arts (empathie, positieve communicatie), alsook situ-

ationele effecten, zoals de setting waarbinnen een behandeling plaatsvindt (Benedetti & Amanzio, 2013; Evers et al., 2021).

Op basis van bewuste of onbewuste leerprocessen ontstaan verwachtingen bij de patiënt die invloed hebben op de uitkomst of het proces van de medische behandeling. Een patiënt die een behandeling met antidepressivum A vanwege ernstige bijwerkingen heeft moeten staken, zal minder onbevangen staan tegenover het voorschrijven van antidepressivum B. Wellicht is de patiënt, al dan niet terecht, tot de conclusie gekomen dat hij gevoelig is voor bijwerkingen.

Jakovljevic (2014) gaat nader in op het concept ‘verwachting’ bij de patiënt. Volgens hem worden verwachtingen onder andere beïnvloed door karaktertrekken van patiënten, zoals optimisme en pessimisme, waarbij optimisten tegenslag beschouwen als iets tijdelijks (zowel qua tijd als qua plaats), en controle ervaren over die tegenslag. Pessimisten zien tegenslag als een permanent verschijnsel. Verwachtingen over een behandeling kunnen positief zijn, waardoor een positief effect ontstaat – het zogenaamde placebo-effect –, maar verwachtingen kunnen ook negatief zijn en het zogenaamde nocebo-effect veroorzaken. Data-Franco en Berk (2012) definiëren het nocebo-effect als de schadelijke, onplezierige en onwenselijke effecten die optreden na een behandeling met een niet-werkzaam middel. Volgens hen komt het nocebo-effect vaker voor bij mensen met persoonlijkheidstrekken als pessimisme en neuroticisme.

Naar de rol van verwachtingen bij het ervaren van lichamelijke klachten is het nodige onderzoek gedaan. Volgens de *predictive coding theory* reageren de hersenen niet passief op interoceptieve signalen van weefselschade, maar speelt het brein ook een actieve rol in de interpretatie van die lichaamssignalen, gebaseerd op eerdere ervaringen en verwachtingen (Barnes et al., 2021; Büchel et al., 2014; van den Bergh et al., 2017). Volgens Sarter en collega's (2021) correleren onder andere catastroferen en piekeren negatief met het behandelresultaat van gedragstherapie bij SOLK. Dit kan duiden op een door de patiënt geïnduceerd nocebo-effect.

Evers en collega's (2018, 2021) pleiten ervoor het placebo-effect tijdens de behandeling te maximaliseren, het nocebo-effect te minimaliseren en hulpverleners hierin te trainen. Tot nu toe is er onvoldoende bekend over hoe hulpverleners getraind kunnen worden om maximaal gebruik te maken van het placebo-effect.

HET PLACEBO-EFFECT IN PSYCHOTHERAPIE

.....

De bestudering van het placebo-effect in psychotherapie is een stuk ingewikkelder dan de bestudering ervan in een medische setting. Het gebruik van een placebo in onderzoek is bedoeld om onderscheid te maken tussen het specifieke effect van een behandeling en de neveneffecten ervan die niet

toe te schrijven zijn aan een bepaalde vorm van (psycho)therapie. In onderzoek naar psychotherapie stuit dat op fundamentele methodologische problemen, waaronder de onmogelijkheid om in psychotherapie dubbelblind onderzoek te doen, evenals de onmogelijkheid om een niet-werkzaam, maar wel geloofwaardig alternatief (een pseudotherapie) voor de onderzochte vorm van psychotherapie toe te passen (Wampold et al., 2016). Daarbij komt het probleem dat diverse vormen van psychotherapie verschillende elementen als specifieke, werkzame ingrediënten beschouwen (Bleasé, 2018). De therapeutische relatie bijvoorbeeld, wordt in de ene vorm van psychotherapie wel als specifiek element beschouwd, terwijl een andere stroming er juist minder of geen nadruk op legt. Factoren die in een behandeling met medicatie gezien worden als een placebo – dat wil zeggen: als een niet-actief ingrediënt van de behandelingsprocedure –, zijn in psychotherapie vaak wel een actief onderdeel van de behandeling en worden ook wel ‘generalistische therapiefactoren’ genoemd. Denk bijvoorbeeld aan een empathische houding van de behandelaar. Het onderscheid tussen placebo en generalistische factoren binnen psychotherapie is niet tot nauwelijks te maken (Bleasé & Kirsch, 2016; Enck & Zipfel, 2019).

Volgens Bleasé (2018) kunnen we binnen psychotherapie op twee manieren kijken naar het fenomeen placebo. De eerste opvatting gaat uit van de definitie die binnen biomedisch onderzoek gehanteerd wordt, waarbij placebo wordt gezien als het effect dat niet toe te schrijven is aan de fysiologische eigenschappen van de toegediende behandeling. Psychotherapie kent echter geen fysiologische eigenschappen. Belangrijke elementen van psychotherapie zijn relationele aspecten en verwachtingen (Wampold, 2015). Vanuit dat oogpunt kan men stellen dat psychotherapie niets anders is dan een placebo, aldus Bleasé (2018). De tweede opvatting gaat volgens Bleasé (2018) uit van het idee dat een placebo-effect optreedt als onbedoeld effect tijdens de behandeling. Het gaat om factoren die optreden tijdens de therapie en het resultaat ervan beïnvloeden, maar die geen deel uitmaken van de therapeutische procedure. Een voorbeeld is de verbetering van het zelfbeeld van een patiënte nadat zij een relatie was aangegaan met een leuke partner. Dit had effect op het resultaat van haar therapie, maar het koppelen van de patiënte aan een partner was nooit onderdeel van de therapeutische procedure.

Het laatste model rubriceert de invloeden op het resultaat van behandeling in twee categorieën: (1) *bedoelde beïnvloeding*, die we ‘psychotherapie’ noemen, en (2) een restcategorie van *onbedoelde invloeden*, die we ‘placebo’ noemen. Fava en collega’s (2017) vinden deze rubricering inadequaat. Zij zien het resultaat van de therapie als een interactie tussen verschillende factoren, waarbij niet alleen de specifieke kenmerken van een behandeling de uitkomst bepalen, maar ook factoren als levensomstandigheden, kenmerken van de patiënt, kenmerken van de aandoening, zelfmanagement en kenmerken van de behandelsetting. Al deze elementen kunnen het resultaat

zowel positief als negatief beïnvloeden. Fava en collega's (2017) stellen voor om de term 'placebo' binnen psychotherapie te laten vervallen en alle invloeden buiten de specifieke psychotherapeutische interventies te specificeren.

Is het voor een psychotherapeut nog wel zinvol om zich te verdiepen in placebowerking, na de opsomming van alle problemen die zich voordoen bij de bestudering van dit fenomeen bij psychotherapie? Wij denken van wel. In navolging van Blease en Kirsch (2016) en Enck en Zipfel (2019) denken wij dat placebo's die zichtbaar zijn bij biomedisch onderzoek grotendeels overlappen met generalistische factoren in psychotherapie. De bestudering van placebo-effecten binnen biomedisch onderzoek kan een verfrissend inzicht opleveren in de generalistische factoren die een rol spelen binnen psychotherapie.

VAN PLACEBO NAAR GENERALISTISCHE THERAPIEFACTOREN

.....

De bestudering van de determinanten van placebo's binnen de medische context kan een interessante kijk geven op de generalistische therapiefactoren binnen psychotherapie. We zullen suggesties geven hoe deze effecten te maximaliseren zijn.

Een interessant aanknopingspunt vormt de studie van Bishop en collega's (2017). Zij onderzochten welke contextfactoren werden ingezet bij diverse onderzoeken naar de biomedische behandeling van pijnklachten. Ze classificeerden deze factoren in vijf categorieën, te weten:

- 1 *Kenmerken en opvattingen van de patiënt*, waaronder het aansluiten bij ervaringen met eerdere succesvolle therapieën, het creëren van positieve verwachtingen en het reduceren van negatieve verwachtingen, en het toespitsen van de behandeling op de socioculturele achtergrond van de patiënt.
- 2 *Kenmerken en opvattingen van de behandelaar*, zoals de mate waarin de therapeut gelooft in zijn behandeling en de status van de behandelaar.
- 3 *Setting waarbinnen de behandeling plaatsvindt*, zoals deelname aan een onderzoek, het volgen van een gestandaardiseerd protocol, actieve benadering van patiënten.
- 4 *Procedurele kenmerken*, zoals het uitvergroten van de elementen van de behandeling (het toepassen van 'toeters en bellen'), het gebruikmaken van conditioneringseffecten en het labelen van bijwerkingen als teken dat de medicatie effect heeft.
- 5 *Interactie tussen patiënt en behandelaar*, zoals het afnemen van de anamnese, het tonen van belangstelling, het uitvoeren van testen, aandacht en zorg.

In het vervolg van dit artikel zullen we bekijken welke therapeutische implicaties voortvloeien uit de door Bishop en collega's (2017) voorgestelde categorieën. Omdat een uitputtende bespreking minstens de omvang van een boekwerk zou vergen, beperken we ons tot enkele, mogelijk willekeurige voorbeelden.

Kenmerken en opvattingen van de patiënt

Het is belangrijk om de verwachtingen van de patiënt te inventariseren, omdat deze het behandelresultaat kunnen beïnvloeden. Deze verwachtingen kunnen bijvoorbeeld betrekking hebben op de voorkeur van de patiënt voor een bepaalde behandeling. Twee meta-analyses concluderen dat het aanbieden van een behandeling voor voorkeur een positieve invloed heeft op het behandelresultaat (Lindhiem et al., 2014; Swift et al., 2018). Bij intake kan het dan ook verstandig zijn om niet alleen de voor- en nadelen van de behandelopties te bespreken, maar ook de voorkeur van de patiënt uit te vragen en samen tot een besluit te komen (*shared decision making*).

Dit doet denken aan een voorbeeld uit de praktijk van een patiënt die bij ons behandeling zocht voor zijn hoofdpijnklasten. Hij was eerder voor psychische klachten met *schema focused therapy* (SFT) behandeld en merkte dat hij in die periode aanzienlijk minder last had van hoofdpijn. SFT is niet de meest voor de hand liggende behandeling voor hoofdpijnklasten (maar in een bepaalde context ook niet geheel onlogisch). Niettemin leek het ons gezien de verwachtingen van de patiënt en de eerder gebleken effectiviteit verstandig om deze behandeling aan te bieden voor de hoofdpijnklasten.

Het scheppen van positieve verwachtingen kan al beginnen bij de intake. De therapeut moet de intake dan niet alleen beschouwen als een moment om relevante informatie te verwerven, maar ook de expliciete doelstelling hebben dat de patiënt het intakegesprek verlaat met het hoopvolle gevoel dat hij aan het juiste adres is voor de behandeling van zijn klachten.

Positieve verwachtingen kunnen ook gewekt worden door veel aandacht te besteden aan de uitleg van de therapie en aan de reden waarom de aanbevolen therapie behulpzaam kan zijn bij de specifieke problemen van de patiënt. Dit geldt niet alleen voor de therapie in het algemeen, maar ook voor elke afzonderlijke interventie.

Verwachtingen kunnen ook een negatief effect hebben: het eerdergenoemde nocebo-effect. Bij een van onze patiënten constateerden we maladaptieve karaktertrekken en we wilden haar indiceren voor SFT. Helaas was een vriendin van patiënte van mening dat SFT niet echt bij haar paste. Aangezien patiënte haar vriendin geloofwaardiger vond dan haar therapeut, leek het ons verstandig het behandel aanbod aan te passen. Reinders en collega's (2011) rapporteren een casus waarbij zij veel moeite moesten doen om een door een eerdere therapeut geïnduceerde negatieve verwachting te omzeilen.

Als gevolg van bepaalde levenservaringen brengen veel patiënten een negatieve verwachting over zichzelf en de therapie met zich mee, een zelf-gelanceerd nocebo-effect. Veelgehoorde opmerkingen van patiënten zijn: 'Ik kan het niet aan', 'Met mij wordt het nooit wat', 'Ik zal nooit voldoen', en: 'Ik heb altijd pech.' In biomedisch onderzoek zal men het veranderen van deze verwachtingen beschouwen als een placebo-effect, terwijl in psychotherapie het veranderen van deze verwachtingen tot de kern van de aanpak behoort.

Een belangrijke bron van nocebo-effecten kan de voorlichting aan patiënten zijn, zoals over de bijwerkingen van medicatie of over de kans op terugval bij bijvoorbeeld depressie en angstklachten. Enerzijds wil de therapeut de patiënt goed voorlichten over wat hem mogelijk te wachten staat, anderzijds kan voorlichting over de reële mogelijkheid van terugval en de bijwerkingen van medicatie negatieve verwachtingen bij de patiënt oproepen. Het is belangrijk om bij het geven van dergelijke voorlichting goed na te denken over het voorkomen van nocebo-werking. Als er een reden is om aan te nemen dat bij een bepaalde patiënt de kans op terugval kleiner is dan gemiddeld, is het goed om dit te benadrukken. Ook kan de therapeut erop wijzen dat er steeds betere behandelingen komen om terugval te voorkomen en dat de patiënt zo nodig later kan terugkomen voor een 'opfriscursus'. Het scheppen van te hoge verwachtingen kan tot teleurstelling leiden en werkt averechts (Evers et al., 2021). Concluderend: schep positieve, maar realistische verwachtingen, kijk goed naar therapieën die eerder goed werkten en verminder de invloed van negatieve verwachtingen.

Kenmerken en opvattingen van de behandelaar

Gelukkig zijn er tal van goede therapeutische procedures en goede opleidingen waaruit de therapeut vertrouwen kan putten over de aangeboden behandeling. Dat neemt niet weg dat gedurende de behandeling de therapeut kan gaan twijfelen of hij wel de mogelijkheden in huis heeft om een bepaalde patiënt te helpen. Verwachtingen van de therapeut over de uitkomst kunnen het resultaat van de therapie beïnvloeden (Witt et al., 2012). Wanneer de therapeut 'de moed in de schoenen zakt' en hij aan zijn eigen mogelijkheden begint te twijfelen, is dat een belangrijk signaal om actie te ondernemen, teneinde die moed terug te vinden. Dat kan bijvoorbeeld middels intercollegiaal overleg. Ook kan de therapeut zichzelf oefenen in het positief herlabelen van gedrag dat hij ingewikkeld vindt bij de patiënt. Verder kan hij helpende gedachten bedenken, dat wil zeggen: redenen waarom de therapie zich wellicht in een minder hopeloze fase bevindt dan eerder gedacht.

Ook de status van de behandelaar kan een rol spelen in de geloofwaardigheid van de behandeling. In een onderzoek naar acupunctuur bij pijn vonden White en collega's (2012) een verschil in behandeluitkomst dat zij toeschreven aan de status van de behandelaar. Volgens hen maakte het een verschil of de behandelaar werd aangekondigd als 'een jongedame' of als 'de dokter'.

Het kan geen kwaad om terloops op te merken dat de therapeut al de nodige jaren heeft gewerkt met een bepaalde categorie patiënten, daar veel ervaring mee heeft, meer patiënten gezien heeft met dezelfde problematiek als de huidige patiënt en gedegen is opgeleid in de betreffende therapeutische techniek. Voor de therapeut kunnen deze zaken vanzelfsprekender zijn dan voor de patiënt. Het kan een hele geruststelling zijn om te horen dat die bij de goede persoon is beland. Ook het benadrukken van de competentie van een collega bij wie de patiënt in behandeling komt, kan helpen om positieve verwachtingen te scheppen bij de patiënt.

Er zijn aanwijzingen dat trainbare eigenschappen van de therapeut invloed hebben op het resultaat van de therapie. Grepmaier en collega's (2007) bijvoorbeeld, vonden dat een groep therapeuten die een mindfulnessstraining hadden ondergaan (om bij zichzelf toe te passen) betere therapieresultaten had dan een groep die daar niet in getraind was.

Setting waarbinnen de behandeling plaatsvindt

Waar zou u het liefst behandeld willen worden wanneer u aan een depressie lijdt: op de Polikliniek Angst en Stemming of in het Expertisecentrum Depressie? De kans is groot dat u de voorkeur geeft aan het expertisecentrum. Het woord 'expertisecentrum' kan associaties oproepen met 'bekwaamheid' en 'professionaliteit', die weer positieve verwachtingen scheppen over de aangeboden behandelingen. Uiteraard zal een 'expertisecentrum' deze verwachtingen moeten kunnen waarmaken en onderbouwen, om het nocebo-effect te voorkomen. Bij een Expertisecentrum Depressie kan gedacht worden aan het in- en extern uitdragen van kennis op het gebied van depressie, aanbieden van evidence-based behandelingen, en als team op de hoogte zijn van actuele ontwikkelingen in onderzoek en praktijk.

Niet alleen de naam van een behandelcentrum kan verwachtingen scheppen, ook is het interessant om te kijken wat de sfeer in een behandelsetting teweeg kan brengen. Veel tandartsen beïnvloeden de sfeer in hun behandelkamer door rustige muziek te draaien en hun plafond te decoreren met een aangename afbeelding waarnaar de patiënt kan kijken tijdens de ingreep. Dit staat in schril contrast met de vaak onpersoonlijke spreekkamers in de ggz, waar weinig is nagedacht over de 'kunst' die aan de muur hangt, om van de veelal troosteloze wachtkamers nog maar te zwijgen. Met dit in het achterhoofd is het gebruik van flexplekken af te raden. Ter illustratie: een van onze patiënten die geplaagd werd door vroegkinderlijke trauma's raakte nog eens extra in de war door 'alweer een andere kamer'. Beukeboom en collega's (2012) toonden aan dat elementen in een wacht- of spreekruimte die verwijzen naar de natuur, zoals (posters van) planten, een prettige omgeving creëren en een positieve invloed hebben op het welzijn van patiënten. Het is onduidelijk of andere omgevingsfactoren (zoals uiterlijke kenmerken, muziek, decoratie, enzovoort) binnen de gezondheidszorg van positieve in-

vloed zijn op de gezondheid van patiënten en mogelijkwerijs ook het behandelresultaat beïnvloeden. Drahota en collega's (2012) merken op dat aanpassingen in de omgeving ook geen schade berokkenen, met andere woorden: 'Baat het niet, dan schaadt het niet.' Laat u niet weerhouden om een behandelkamer of wachtruimte in te richten op een manier die professionaliteit, betrokkenheid en veiligheid uitstraalt.

Ook het Hawthorne-effect kan een rol spelen binnen de behandelsetting. Dit effect wordt in een artikel van Benedetti en collega's (2011) omschreven als 'the clinical improvement in a group of patients in a clinical trial that is attributable to the fact of being under study.' Oftewel: een patiënt verwacht te verbeteren enkel en alleen omdat de behandeling onderdeel is van een wetenschappelijke studie. Mogelijk spelen suggesties van gedegenheid en zorgzaamheid daarin een rol. Regelmatig afnemen van ROM-vragenlijsten is niet alleen goed om de voortgang van de therapie te monitoren, maar het suggereert ook dat er gedegen onderzoek wordt gedaan en er aandacht voor de patiënten is. Naar onze ervaring kan het voor patiënten stimulerend werken als de resultaten ook daadwerkelijk met hen besproken worden en vergeleken met eerdere metingen in het behandeltraject.

Volgens Benedetti en collega's (2011) vindt het placebo-effect altijd in een context plaats. Zij schrijven: 'The placebo is not the inert substance alone, but rather its administration within a set of sensory and social stimuli that tell the patient that a beneficial treatment is given.' Het placebo-effect kan verworven worden door conditionering, maar ook door verbale instructie of door het observeren van gedrag van anderen. In een experiment vergeleken Colloca en Benedetti (2009) drie manieren om een placebo-effect bij pijn te induceren: (1) conditionering, (2) sociaal leren door observatie van anderen, en (3) verbale instructie. Daarbij bleek sociaal leren net zo krachtig te werken als conditionering. Verbale instructie was iets minder krachtig. Naar onze ervaring is dit ook terug te zien bij groepsbehandelingen. Groepen hebben het grote voordeel dat patiënten van elkaar kunnen leren. Sommige patiënten zijn misschien al wat verder in het proces, waardoor andere groepsleden aan hen kunnen zien en ervaren wat therapie hun kan bieden.

Procedurele kenmerken

Evers en collega's (2021) pleiten ervoor om patiënten uitleg te geven over het placebo- en nocebo-effect. Die uitleg moet zijn toegesneden op de karakteristieken van de patiënt (bijvoorbeeld op diens hulpvraag en voorgeschiedenis), op het type behandeling en op de context waarin de behandeling wordt aangeboden. Bij die uitleg kan gedacht worden aan de werking van placebo, waaronder de onderliggende neurobiologische en psychologische mechanismen ervan, zoals conditionering en verwachtingen. Ook kan het relevant zijn om toe te lichten dat het placebo-effect ook werkt als men weet dat het om een placebo gaat. Van sommige procedures, zoals de beïnvloeding

van pijn via imaginaire transformatie, is onduidelijk wat het werkzame mechanisme is. Onze ervaring is dat het voor veel patiënten geen probleem is als de therapeut hier open over is. Patiënten willen graag geholpen worden met procedures die mogelijk succes hebben, ook al is onduidelijk wat het achterliggende mechanisme is.

Het helpt om de informatie over een behandeling zo aan te bieden dat angst er niet door toeneemt. Een EMDR-behandelssessie bijvoorbeeld, kan soms in de dagen erna leiden tot (een toename) van lichamelijke klachten, zoals vermoeidheid en slapeloosheid. Wanneer de therapeut op zulke klachten anticipeert door een dag na de sessie een belafsprak in te plannen, kan zij onbedoeld de verwachting scheppen dat een patiënt deze klachten niet aan zou kunnen. Naar onze ervaring kan de therapeut in dergelijke situaties beter de nadruk leggen op het normaliseren van de klachten en op de voorbijaande aard ervan.

Voor het minimaliseren van het nocebo-effect bij (psycho)medicatie is de 'tweestapsstrategie' inzetbaar, met name in situaties waarbij er weinig behandelopties zijn, er weinig tijdsdruk is, zodat de medicatie geleidelijk kan worden opgebouwd, of bij patiënten met een verhoogd risico op het nocebo-effect (vanwege negatieve ervaringen met medicatie in het verleden). De tweestapsstrategie houdt in dat patiënten starten met een subklinische dosering van de medicatie en die in kleine stapjes opbouwen tot de gewenste dosis is bereikt. Voorafgaand kan het zinvol zijn om de patiënt heldere instructies te geven over opbouw en doel van de tweestapsstrategie, en uitleg over het nocebo-effect. Ook valt te denken aan gedragsexperimenten tijdens de subklinische dosering om verwachtingen te toetsen en minder angstwekkende cognities aan te leren. Indien patiënten alsnog bijwerkingen ontwikkelen, kan de therapeut aangeven dat de klachten goedaardig zijn en tijdelijk van aard (Data-Franco & Berk, 2012). Daarnaast kan het zinvol zijn om gebruik te maken van *framing* om de aandacht te vestigen op de voordelen in plaats van de nadelen (Edwards et al., 2001). In het artikel van Data-Franco en Berk (2012) wordt aangeraden om bijwerkingen te labelen als 'goedaardig' en te vermelden dat ze aangeven dat het medicijn 'in het systeem' zit.

Lange tijd was de psychotherapeutische procedure vrij sober: een patiënt die praatte en een therapeut die af en toe iets terugzei. In de loop der jaren is de psychotherapeutische procedure verlevendigd met therapeutische middelen als oefeningen tijdens de sessie, rollenspellen, het gebruik van een whiteboard en *self-disclosure* van de therapeut. Deze 'toeters en bellen' zijn niet alleen effectieve therapeutische interventies, maar versterken ook de indruk van de therapie als genezende procedure.

Interactie tussen patiënt en behandelaar

De interactie tussen patiënt en behandelaar omschrijven Colloca en Miller (2011) als 'a process of interaction in which patients and doctors continually,

mutually and reciprocally influence each other.' Met name positieve verbale en non-verbale communicatie (waaronder het geven van erkenning, een empathische houding en het bieden van hoop) kunnen worden gebruikt om de verwachtingen van de patiënt te sturen en daarmee het behandelresultaat positief te beïnvloeden. Om een voorbeeld te noemen: een patiënt vertellen dat 'deze behandeling bedoeld is om u beter te doen voelen' maakt hem positiever en hoopvoller dan als hij te horen krijgt dat 'dit een behandeling voor uw depressieve klachten is'. Ook kan gedacht worden aan verbale suggesties die wijzen op een 'veilige' en 'effectieve' behandeling. Denk bij non-verbale communicatie aan het maken van oogcontact, een vriendelijke klank van de stem en een ontspannen gelaatsuitdrukking. Verder kan het naar onze ervaring ook bijdragen als de behandelaar tijdens de intake informatie laat vallen uit de verwijsbrief: 'Ik las in de verwijsbrief dat u twee zoons heeft. Hoe is het contact met beiden?' Dit suggereert dat de behandelaar de patiënt serieus neemt en zich goed heeft voorbereid.

Ook het theoretisch model van Leventhal over zelfregulatie – aangehaald in het artikel van Di Blasi en collega's (2001) – helpt om te begrijpen welke factoren binnen de interactie tussen patiënt en behandelaar behulpzaam kunnen zijn bij een behandeling. Dit model stelt dat men zowel cognitief als emotioneel reageert op symptomen van ziekte. Bij plotselinge pijn bijvoorbeeld kan een patiënt angstig worden: dit is een emotionele reactie. Een cognitieve reactie kan zijn dat de patiënt wil begrijpen wat de oorzaak van de pijn is en hoe die verholpen kan worden. De behandelaar kan de klachten vanuit de cognitieve reactie van de patiënt benaderen door er bijvoorbeeld onderzoek naar te doen middels een anamnese, vragenlijsten en testen, en daarmee de patiënt het gevoel geven dat er aandacht is voor de klachten. Ook een duidelijke diagnose draagt sterker bij aan de verbetering van klachten dan de boodschap: 'Het is onduidelijk wat er met u aan de hand is.'

De behandelaar kan behalve inspelen op de cognitieve reactie, de klachten ook vanuit de emotionele reactie benaderen. Bij een emotionele benadering kan gedacht worden aan het geven van geruststelling, waardoor de patiënt minder angstig wordt. Di Blasi en collega's (2001) suggereren dat een vriendelijke en geruststellende houding van de behandelaar bijdraagt aan een beter behandelresultaat, in vergelijking met behandelaren die zich formeel opstellen en weinig zekerheid en hoop bieden.

De interactie tussen patiënt en behandelaar kan zowel positieve als negatieve gevolgen hebben voor de therapie (Häuser et al., 2012). Indien een patiënt zich onvoldoende erkend voelt in zijn klachten, bestaat er kans op het nocebo-effect. Greville-Harris en Dieppe (2015) suggereren dat negatieve communicatie, zoals een afstandelijke houding en onvoldoende erkenning geven, zelfs sterker van invloed zijn op de reacties van patiënten dan positieve communicatie. Negatieve communicatie kan soms ook onbedoeld ontstaan, bijvoorbeeld wanneer een behandelaar bij pijnklachten de patiënt geruststelt dat 'er fysiek niets aan de hand is', hoewel die wel degelijk veel

pijn ervaart. In zulke gevallen kan een patiënt zich onbegrepen voelen en kan het nocebo-effect optreden (Linton et al., 2008).

Ook kan het nocebo-effect optreden als de therapeut al te drammerig een interventie probeert te slijten waar de patiënt moeite mee heeft. Als de therapeut de houding van de patiënt dan benoemt als 'weerstand', kan dit de patiënt het gevoel geven dat de therapeut hem niet begrijpt, wat tot een ondermijning van de therapeutische relatie leidt.

Verder hebben sommige therapeuten de neiging om de pathologie van de patiënt te benadrukken, waardoor die de indruk krijgt dat er heel wat loos met hem is. Daarnaast zijn er hulpvragen en problemen die ontstaan onder invloed van de therapie. De therapeut gaat als het ware in een vlek wrijven. Normaliseren en het benadrukken van de veerkracht van de patiënt kan voorkomen dat op dit vlak een nocebo-effect optreedt.

Om te achterhalen wat een patiënt nodig heeft, moet worden afgestemd wat diens verwachtingen en behoeften zijn. Dit vraagt om een behandelrelatie waarin wordt gewerkt aan vertrouwen, openheid en hoop. Het helpt om met regelmaat te bespreken of de verwachtingen nog op één lijn liggen. De behandelaar moet daarbij alert zijn op tegenoverdracht, om te voorkomen dat hij wordt meegesleept door bijvoorbeeld verwijtende of boze reacties van de patiënt. Het kan helpen om middels intercollegiaal overleg of supervisie na te gaan wat er in het contact gebeurt en hoe met bepaald gedrag van de patiënt kan worden omgegaan. Dit geeft een ander perspectief en helpt om de interactie van een afstand te bekijken.

CONCLUSIE

.....

Placebowerking draait om het therapeutisch gebruik van suggestie en het scheppen van verwachtingen. Dat alles binnen een optimale context. Voor therapeuten met een hypnoseopleiding of pleitbezorgers van generalistische therapiefactoren zal dit een weinig verrassende constatering zijn. Het woord 'suggestie' heeft vaak de connotatie van inbeelding. Uit het in dit artikel geciteerde onderzoek blijkt duidelijk dat suggestie en de beïnvloeding van verwachting een reële invloed hebben op zowel het gedrag en de beleving van de patiënt als het resultaat van de interventie. Doelbewuste en systematische beïnvloeding van verwachtingen kan een bijdrage leveren aan een effectievere therapie.

Het toepassen van het placebo-effect binnen psychotherapie ontslaat ons geenszins van de plicht ons te houden aan de zorgstandaard, richtlijnen en de daaruit afgeleide protocollen. Er is naar onze mening ook geen sprake van een tegenstelling tussen protocollen en het placebo-effect. Veel protocollen bevatten elementen die binnen het biomedisch onderzoeksveld het placebo-effect genoemd worden. Ook kunnen veel patiënten geholpen worden met

het simpelweg toepassen van het behandelprotocol en zijn lang niet altijd alle 'toeters en bellen' noodzakelijk.

Niettemin kan voor een optimaal behandelresultaat iedere patiënt profiteren van het minimaliseren van het nocebo-effect en het maximaliseren van placebo-effecten, zij het dat het gebruik van het placebo-effect extra zinvol is in het geval van patiënten met gestagneerde behandelingen in het verleden, met een lange voorgeschiedenis binnen de (geestelijke) gezondheidszorg, of met een hoge angstgevoeligheid. Door het placebo-effect te optimaliseren zullen behandelingen wellicht ook minder stagneren. Het kan behulpzaam zijn om de bovengenoemde vijf categorieën van contextfactoren langs te lopen. De voorbeelden geven suggesties voor de implementatie van het placebo-effect binnen de psychotherapie. Deze zijn uiteraard niet alomvattend, maar dienen uitsluitend ter illustratie.

In dit artikel onderzochten we wat psychotherapeuten kunnen leren van het onderzoek naar het placebo-effect. Uiteraard kan het omgekeerde ook het geval zijn: onderzoekers naar placebo-effecten kunnen veel leren van het onderzoek naar generalistische therapiefactoren.

Met dank aan prof. A. Evers en dr. F. Moene voor hun commentaar op een eerdere versie van dit artikel.

Michel Reinders (klinisch psycholoog) en **Yara Wurtz** (gz-psycholoog) werken beiden bij het Expertisecentrum Psychosomatiek van GGZ inGeest te Amstelveen.

Correspondentieadres: GGZ inGeest, locatie Amstelmere, Laan van de Helende Meesters 433, 1186 DL Amstelveen. E-mail: mi.reinders@ggzingeest.nl of y.wurtz@ggzingeest.nl.

Summary *Placebo effect in psychotherapy: What are the clinical implications?*

For years, the placebo effect was considered a nuisance in the biomedical sciences. Recent evidence, however, has changed our perspective, providing insights into how the placebo effect may offer opportunities to optimize our healthcare. In this article, we provide an overview of the most recent scientific research on the placebo effect. Although most of the research on placebo effects pertains to medical healthcare, this knowledge is also well-suited for adaptation to psychological treatments. Here we investigate how the placebo effect can be applied to improve the outcomes of psychotherapy, illustrated by clinical observations and findings in daily practice.

Keywords: *placebo-effect, nocebo-effect, psychotherapy*

Literatuur

- Babel, P. (2020). Operant conditioning as a new mechanism of placebo effect. *European Journal of Pain*, 24, 902-908.
- Barnes, K., Rottman, B. M., & Colagiuri, B. (2021). The placebo effect: To explore or to exploit? *Cognition*, 214, Article 104753.
- Benedetti, F., & Amanzio, M. (2013). Mechanisms of the placebo response. *Pulmonary Pharmacology & Therapeutics*, 26, 520-523.
- Benedetti, F., Carlino, E., & Pollo, A. (2011). How placebos change the patient's brain. *Neuropsychopharmacology*, 36, 339-354.
- Beukeboom, C. J., Langeveld, D., & Tanja-Dijkstra, K. (2012). Stress-reducing effects of real and artificial nature in a hospital waiting room. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 18, 329-333.
- Bishop, F. L., Coghlan, B., Geraghty, A. W., Everitt, H., Little, P., Holmes, M. M., Seretis, D., & Lewith, G. (2017). What techniques might be used to harness placebo effects in non-malignant pain? A literature review and survey to develop a taxonomy. *British Medical Journal Open*, 7, e015516.
- Bleas, C. R. (2018). Psychotherapy and placebos: Manifesto for conceptual clarity. *Frontiers in Psychiatry*, 9, 379.
- Bleas, C. R., & Kirsch, I. (2016). The placebo effect and psychotherapy: Implications for theory, research and practice. *Psychology of Consciousness: Theory, Research and Practice*, 3, 105-107.
- Büchel, C., Geuter, S., Sprenger, C., & Eippert, F. (2014). Placebo analgesia: A predictive coding perspective. *Neuron*, 81, 1223-1239.
- Charlesworth, J. E. G., Petkovic, G., Kelley, J. M., Hunter, M., Onakpoya, I., Roberts, N., Miller, F. G., & Howick, J. (2017). Effects of placebos without deception compared with no treatment: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Evidence Based Medicine*, 10, 97-107.
- Colloca, L., & Benedetti, F. (2009). Placebo analgesia induced by social observational learning. *Pain*, 144, 28-34.
- Colloca, L., & Miller, F. G. (2011). How placebo responses are formed: A learning perspective. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London*, 366, 1859-1869.
- Colloca, L., Petrovic, P., Wager, T. D., Ingvar, M., & Benedetti, F. (2010). How the number of learning trials affects placebo and nocebo responses. *Pain*, 151, 430-439.
- Data-Franco, J., & Berk, M. (2012). The nocebo effect: A clinicians guide. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 47, 617-623.
- Di Blasi, Z., Harkness, E., Ernst, E., Georgiou, A., & Kleijnen, J. (2001). Influence of context effects on health outcomes: A systematic review. *Lancet*, 357, 757-762.
- Drahota, A., Ward, D., Mackenzie, H., Stores, R., Higgins, B., Gal, D., & Dean, T. P. (2012). Sensory environment on healthrelated outcomes of hospital patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005315.pub2>
- Edwards, A., Elwyn, G., Covey, J., Matthews, E., & Pill, P. (2001). Presenting risk information – A review of the effects of 'framing' and other manipulations on patient outcomes. *Journal of Health Communication*, 6, 61-82.
- Enck, P., & Zipfel, S. (2019). Placebo effects in psychotherapy. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 456.
- Evers, A. W. M., Colloca, L., Bleas, C., Annoni, M., Atlas, L. Y., Benedetti, F., Bingel, U., Büchel, C., Carvalho, C., Colagiuri, B., Crum, A. J., Enck, P., Gaab, J., Geers, A. L., Howick, J., Jensen, K. B., Kirsch, I., Meissner, K., Napadow, V., ... Kelley, J. M. (2018). Implications of placebo and nocebo

- effects for clinical practice: Experts consensus. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 87, 204-210.
- Evers, A. W. M., Colloca, L., Blease, C., Gaab, J., Jensen, K. B., Atlas, L. Y., Beedie, C. J., Benedetti, F., Bingel, U., Büchel, C., Bussemaker, J., Colagiuri, B., Crum, A. J., Finniss, D. G., Geers, A. L., Howick, J., Klinger, R., Meeuwis, S. H., Meissner, K., ... Kirsch, I. (on behalf of the Consortium of Placebo Experts) (2021). What should clinicians tell patients about placebo and nocebo effects? Practical considerations based on expert consensus. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 90, 49-56.
- Fava, G. A., Guidi, J., Rafanelli, C., & Rickels, K. (2017). The clinical inadequacy of the placebo model and the development of an alternative conceptual framework. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 86, 332-340.
- Grepmaier, L., Mitterlehner, F., Loew, T., Bachler, E., Rother, W., & Nickel, M. (2007). Promoting mindfulness in psychotherapists in training influences the treatment results of their patients: A randomized, double-blind, controlled study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 76, 332-338.
- Greville-Harris, M., & Dieppe, P. (2015). Bad is more powerful than good: The nocebo response in medical consultations. *American Journal of Medicine*, 128, 126-129.
- Häuser, W., Hansen, E., & Enck, P. (2012). Nocebo phenomena in medicine: Their relevance in everyday clinical practice. *Deutsches Ärzteblatt International*, 109, 459-465.
- Jakovljevic, M. (2014). The placebo-nocebo response: Controversies and challenges from clinical and research perspective. *European Neuropsychopharmacology*, 24, 333-341.
- Linden, M. (2017). Placebo: Unsolved problems for science, and simple conclusions for clinical practice. *American Journal of Psychiatry*, 174, 91-92.
- Lindhiem, O., Bennett, C. B., Trentacosta, C. J., & McLearn, C. (2014). Client preferences affect treatment satisfaction, completion, and clinical outcome: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 34, 506-517.
- Linton, S. J., McCracken, L. M., & Vlaeyen, J. W. (2008). Reassurance: Help or hinder in the treatment of pain. *Pain*, 134, 5-8.
- Petrie, K. J., & Rief, W. (2019). Psychological mechanisms of placebo and nocebo effects: Pathways to improve treatments and reduce side effects. *Annual Review of Psychology*, 70, 599-625.
- Reinders, M., Arts, W., & Ras, D. (2011). De klap komt nog: Een verhandeling over het nocebo-effect. *Tijdschrift voor Gedragstherapie*, 44, 39-51.
- Sarter, L., Heider, J., Kirchner, L., Schenkel, S., Witthöft, M., Rief, W., & Kleinstäuber, M. (2021). Cognitive and emotional variables predicting treatment outcome of cognitive behavior therapies for patients with medically unexplained symptoms: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 146, 110486.
- Schedlowski, M., Enck, P., Rief, W., & Bingel, U. (2015). Neuro-bio-behavioral mechanisms of placebo and nocebo responses: Implications for clinical trials and clinical practice. *Pharmacological Reviews*, 67, 697-730.
- Swift, J. K., Callahan, J. L., Cooper, M., & Parkin, S. R. (2018). The impact of accommodating client preference in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 74, 1924-1937.
- van den Bergh, O., Witthoft, M., Petersen, S., & Brown, R. J. (2017). Symptoms and the body: Taking the inferential lap. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 74, 185-203.

- Wampold, B. E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy: An update. *World Psychiatry*, 14, 270-277.
- Wampold, B. E., Frost, N. D., & Yulish, N. (2016). Placebo effects in psychotherapy: A flawed concept and contorted history. *Psychology of Consciousness: Theory, Research and Practice*, 3, 108-120.
- White, P., Bishop, F. L., Prescott, P., Scott, C., Little, P., & Lewith, G. (2012). Practice, practitioner, or placebo? A multifactorial, mixed-methods randomized controlled trial of acupuncture. *Pain*, 153, 455-462.
- Witt, C. M., Martins, F., Willich, S. N., & Schützler, L. (2012). Can I help you? Physicians' expectations as predictor for treatment outcome. *European Journal of Pain*, 16, 1455-1466.

Narratieve exposuretherapie

SIMONE DE LA RIE

Samenvatting

Na één of meer traumatische ervaringen kan iemand een posttraumatische stressstoornis (PTSS) ontwikkelen. Behandeling van eerste keuze is doorgaans *prolonged exposure* (PE). Een andere bewezen effectieve behandeling van PTSS is narratieve exposuretherapie (NET). Net als PE richt NET zich tijdens de exposure op het activeren van het angstnetwerk, op habituatie en op cognitieve herevaluatie. Daarnaast richt NET zich op de integratie van de traumatische herinnering in het autobiografische geheugen. De therapeut en patiënt beginnen met het leggen van een levenslijn en het markeren van positieve gebeurtenissen ('bloemen') en traumatische ervaringen ('stenen') in de levensgeschiedenis. Vervolgens worden de ervaringen chronologisch besproken met de patiënt, waarbij therapeut en patiënt de stenen middels exposure doorwerken. Kenmerkend voor de exposure bij NET is het bespreken van de traumatische ervaring in de verleden tijd, en het herhaaldelijk expliciteren van het verschil tussen toen en nu, alsmede het verbinden van contextinformatie uit het episodische geheugen met emotionele associaties, en lichamelijke en zintuiglijke gewaarwordingen uit het impliciete geheugen. De therapeut maakt van elke zitting een verslag en leest dit de volgende zitting voor. Het narratief wordt aan het einde van de therapie aan de patiënt overhandigd. NET is een cultuursensitieve traumatherapie die geschikt is voor patiënten met complex meervoudig trauma.

Trefwoorden: trauma, complex trauma, PTSS, exposure, narratieve exposuretherapie

Kernboodschappen voor de klinische praktijk

- NET is een laagdrempelige, cultuursensitieve en effectieve behandeling van PTSS.

- ▶ NET beoogt integratie van de traumatische herinnering in het autobiografisch geheugen, zodat de traumatische herinnering meer op een normale herinnering gaat lijken.
- ▶ NET omvat het leggen van een levenslijn (met 'bloemen' voor positieve gebeurtenissen en 'stenen' voor traumatische ervaringen), chronologische bespreking van de levensgeschiedenis, exposure aan de trauma's en het schrijven van een narratief met een reconstructie van de levensgeschiedenis.

INLEIDING

.....

De meeste mensen die ernstige en (levens)bedreigende gebeurtenissen meemaken, ervaren naderhand angstklachten, moeite met slapen en herbelevingen. Deze klachten nemen meestal vanzelf af na een aantal dagen tot weken. Echter, een deel van de mensen die zijn blootgesteld aan een trauma behoudt klachten en ontwikkelt een posttraumatische-stressstoornis (PTSS). De *life time* prevalentie van posttraumatische-stressstoornissen is voor de algemene bevolking in Nederland 7,4%, hoewel dit voor vluchtelingen hoger is (de Vries & Olff, 2009; Fazel et al., 2005). Kenmerkend voor PTSS zijn onder meer onverwachte intrusies of herbelevingen van het trauma, nachtmerries, verhoogde prikkelbaarheid en hyperalertheid (American Psychiatric Association, 2014). De onverwachte intrusies of herbelevingen kunnen optreden als patiënten iets zien, horen of anderszins waarnemen dat geassocieerd is met het trauma.

De zorgstandaard *Psychotrauma en stressorgerelateerde stoornissen* biedt een goed overzicht van de laatste stand van zaken rond de behandeling van PTSS (GGZ Standaarden, 2020). De psychologische behandelingen van eerste voorkeur waar voldoende evidentie voor is, zijn (imaginaire) exposure/prolonged exposure (PE), traumagerichte cognitieve gedragstherapie, cognitieve (processing) therapie en EMDR.

PE is de bekendste therapie voor PTSS. Tijdens PE wordt de patiënt in gedachten herhaaldelijk blootgesteld aan de herinnering aan de traumatische ervaring. De traumatische ervaring wordt in detail uitgevraagd in de tegenwoordige tijd: de patiënt ziet deze gebeurtenis voor zich en ervaart alle emoties weer, maar nu in de veilige spreekkamer van de therapeut. Een recente overzichtsstudie laat zien dat PE effectief is en leidt tot vermindering van PTSS-klachten (Lewis et al., 2020).

Er zijn in de loop van de tijd andere vormen van exposure ontwikkeld, zoals de narratieve exposuretherapie (NET). NET blijkt eveneens een effectieve behandeling voor PTSS (Cusack et al., 2016; Lely et al., 2019; Mørkved et al., 2014; Siehl et al., 2021). In de zorgstandaard (GGZ Standaarden, 2020) is daarom ook NET opgenomen als een vorm van traumabehandeling voor PTSS, met daarbij de kanttekening dat NET minder vaak is onderzocht. NET

wordt tevens aanbevolen in de richtlijnen van de American Psychological Association (2017).

In dit artikel wordt beschreven wat de werkingsmechanismen van NET zijn, wat de rationale van NET is als behandeling van PTSS, hoe de therapie verloopt, en wat de overeenkomsten en verschillen zijn met andere trauma-gerichte behandelingen.

WERKINGSMECHANISMEN VAN NET IN DE BEHANDELING VAN PTSS

.....

Het werkingsmechanisme van exposure in het algemeen kenmerkt zich door het activeren van het angstnetwerk, waarna habituatie en cognitieve herevaluatie kunnen optreden. Zo brengt PE, met herhaalde imaginaire exposure aan de herinnering van het trauma, de verwerking op gang door *emotional processing* (Foa & Kozak, 1986). Angstige herinneringen zijn opgeslagen in een zogeheten ‘angstnetwerk’, waarbij de angstige stimuli, de angstreactie en de betekenis (‘gevaar’) met elkaar verbonden zijn. Door herhaalde blootstelling in de imaginatie aan de angstige herinnering en het activeren van het angstnetwerk in de veilige spreekkamer van de therapeut worden nieuwe geheugennetwerken gevormd die concurreren met het angstnetwerk (Foa & McNally, 1996). PE beoogt om middels herhaalde imaginaire blootstelling aan het trauma tijdens de exposurezittingen de angst te laten uitdoven, waarna tevens cognitieve herevaluatie wordt bewerkstelligd: de angstige verwachting dat men in gevaar is, komt immers niet uit. Recent wordt benadrukt dat angst weliswaar afneemt als de angstige verwachting niet uitkomt, maar dat de belangrijkste factor is dat er een nieuwe associatie ontstaat die concurreert met de oude angstwekkende associatie (Craske et al., 2014). Het inhibitorische leermodel gaat ervan uit dat bij PTSS de angstwekkende associatie tussen trigger en klachten blijft bestaan, maar dat de exposure daarnaast een inhibitorische associatie zodanig versterkt dat deze associatie gaat domineren.

Naast het activeren van het angstnetwerk om de angst te laten uitdoven en het bewerkstelligen van cognitieve herevaluatie, richt NET zich tevens op de integratie van de traumatische herinnering in het autobiografische geheugen (Schauer et al., 2011). De veronderstelling is dat het angstwekkende karakter van de herinnering mede wordt bepaald door de manier waarop de traumatische herinnering in het geheugen is opgeslagen (Brewin, 2014; Brewin et al., 2010). Het expliciete ofwel het autobiografische geheugen slaat de meer feitelijke informatie van de ervaring op. In het brein wordt in de hippocampus opgeslagen wat er gebeurt, met wie, wanneer en waarom, dat wil zeggen: de informatie met de context van de ervaringen. Het impliciete geheugen daarentegen omvat de emotionele associaties, die worden opgeslagen in de amygdala. Beide geheugensystemen zijn van belang voor onze herinneringen. Als iemand wordt blootgesteld aan een trauma, volgt een

stressreactie. Terwijl de amygdala onder hoge stress zeer actief is en emotionele associaties registreert, is de hippocampus dan juist minder actief (Brewin, 2014). Na een traumatische ervaring kan de herinnering daaraan, in het bijzonder de ermee gepaard gaande emoties en zintuiglijke gewaarwordingen, iemand op latere momenten onverwacht overvallen en als overweldigend worden ervaren, zonder dat diegene zich de context van die ervaring goed herinnert. Iemand ervaart dan een fragmentarische herinnering los van de context, waardoor de angst over de betreffende ervaring generaliseert tot een gevoel van aanhoudende dreiging, alsof het trauma elk moment opnieuw kan plaatsvinden. De traumatische herinnering overvalt diegene in de vorm van zich opdringende, intrusieve beelden en de emoties kunnen als even heftig worden ervaren als op het moment van het trauma. Er is bij traumatische herinneringen sprake van een verandering in beleving van tijd en plaats, waardoor ervaringen van soms tientallen jaren geleden opnieuw worden ervaren alsof ze in het heden plaatsvinden. Dit verschilt van andere, niet-traumatische herinneringen, waarbij een specifieke levendige herinnering bewust kan worden opgehaald op het moment dat er wordt stilgestaan bij een bepaalde gebeurtenis of naar aanleiding van een vraag (Schauer et al., 2011). NET beoogt de traumatische ervaring weer meer te doen lijken op een normale herinnering, weliswaar een afschuwelijke herinnering, maar een herinnering die iemand niet langer overvalt. Een belangrijk uitgangspunt van NET is de integratie van de traumatische ervaring in de context van de levensgeschiedenis. NET doet dit door de emotionele associaties en beleving – ook wel de ‘warme’ herinneringen genoemd – te verbinden met de contextuele informatie – de ‘koude’ herinneringen (Jongedijk, 2021).

NET ALS BEHANDELING VAN PTSS

.....

NET is ontwikkeld in Oeganda als kortdurende interventie voor vluchtelingen met PTSS-klachten. Daar is het aangeboden als een laagdrempelige cultuursensitieve therapie, vooral voor mensen met meerdere trauma's in het leven (Schauer et al., 2011). De methodiek ervan is goed te begrijpen en gestructureerd. Er wordt gebruikgemaakt van herkenbare symbolen, waardoor NET laagdrempelig en aansprekend is. Uit RCT's is inmiddels veel evidentie gebleken voor de werkzaamheid van NET bij vluchtelingen, zowel in regio's waarin er weinig toegang is tot zorg (zelfs in vluchtelingenkampen in conflictgebieden), als voor vluchtelingen die terecht zijn gekomen in westerse landen en voor patiënten met meerdere trauma's in de voorgeschiedenis (Kaltenbach et al., 2020; Lely et al., 2019; Siehl et al., 2021). Een meta-analyse heeft RCT's van verschillende traumabehandelingen met elkaar vergeleken, waaruit naar voren kwam dat er voor PE de meeste evidentie is, maar dat NET wat betreft afname van PTSS-klachten even krachtig is als andere traumabehandelingen, zoals EMDR. Daarentegen is er minder ster-

ke bewijskracht dat NET bijdraagt aan verlies van diagnose (Cusack et al., 2016). Vanwege de evidentie bij vluchtelingen wordt NET doorgaans aanbevolen als behandeling voor deze groep (Mørkved et al., 2014; Nosè et al., 2017).

Als er bij de intake aanwijzingen zijn voor trauma en PTSS-klachten, zoals nachtmerries en herbelevingen, is de Clinician Administered PTSD Scale (CAPS-5), een semigestructureerd klinisch interview, de gouden standaard om PTSS te classificeren (Boeschoten et al., 2018). Mocht er inderdaad een PTSS worden vastgesteld, dan kunnen de aanbevelingen van de zorgstandaard *Psychotrauma en stressorgerelateerde stoornissen* (GGZ Zorgstandaarden, 2020) worden gevolgd en kan PE, C(P)T, EMDR, maar ook Beknopte Eclectische Psychotherapie voor PTSS (BEPP) of NET worden overwogen (Gersons et al., 2000; Jongedijk, 2021; ten Broeke et al., 2008; van Minnen & Arntz, 2011). De keuze voor het type traumatherapie wordt uiteindelijk gemaakt in samenspraak met de patiënt.

Als therapeut en patiënt voor NET kiezen, geeft de therapeut voorafgaand aan de therapie voorlichting over NET en maakt hij of zij een inschatting van mogelijk complicerende factoren, zoals ernstige vermijding, dissociatie, schuldgevoelens of schaamte. Dit is belangrijk om te kunnen inschatten wat er nodig is om het spanningsniveau tijdens de zittingen zo optimaal mogelijk te houden, zodat de patiënt binnen het tolerantievenster (*window of tolerance*) blijft en goed kan profiteren van de therapie. Het tolerantievenster is de bandbreedte waarbinnen iemand een optimaal spanningsniveau heeft om te kunnen functioneren (Corrigan et al., 2011; Siegel, 1999).

NET IN EEN NOTENDOP

.....

Er is een aantal goede handboeken waarin een uitgebreide beschrijving van NET te vinden is (Jongedijk, 2021; Schauer et al., 2011). In een notendop verloopt NET als volgt.

NET begint met het leggen van de levenslijn, een koord waarlangs 'bloemen' en 'stenen' worden gelegd, respectievelijk de positieve en de traumatische ervaringen in het leven van de patiënt. Na deze levenslijnzitting wordt in de zittingen die volgen stap voor stap de gehele levensgeschiedenis besproken (vanaf de geboorte tot het heden) en volgt exposure voor elk trauma dat verband houdt met de PTSS-klachten en waarvoor een steen is gelegd op de levenslijn. Naast exposure aan de trauma's worden ook de bloemen en de perioden tussen de gebeurtenissen in besproken, teneinde een reconstructie te maken van de levensloop.

Van elke zitting maakt de therapeut een verslag. Dit verslag wordt aan het begin van de volgende zitting voorgelezen. Het is geen transcript van de zitting, maar een samenvatting van de ervaringen die tijdens de zitting zijn besproken. Na het voorlezen van het verslag is er ruimte voor aanvullingen,

correcties en stilstaan bij de betekenis van de ervaringen in de levensloop. Daarna wordt de volgende traumatische ervaring besproken, gevolgd door exposure aan deze steen. Aan het einde van de therapie wordt het gehele verslag van alle zittingen nogmaals voorgelezen en wordt de therapie afgesloten. De patiënt kan het verslag mee naar huis nemen, en therapeut en patiënt bespreken wat de patiënt met dit verslag wil doen. Het overhandigen van het verslag markeert de afronding van de therapie.

In de volgende paragrafen worden achtereenvolgens het leggen van de levenslijn, de uitvoering van de exposure en de verslaglegging beschreven.

Leggen van de levenslijn

De levenslijn wordt gevisualiseerd door een lint of een koord dat de therapeut op de grond legt, en waarlangs de patiënt bloemen en stenen neerlegt. De therapeut heeft een mandje stenen van verschillende grootte en kleur, en een diversiteit aan (kunst)bloemen. Bloemen en stenen symboliseren respectievelijk de positieve ervaringen en de traumatische ervaringen uit het leven van de patiënt. Daarnaast zijn er symbolen voor verschillende typen ervaringen. Zo wordt een verlies gesymboliseerd door een kaars. Als de patiënt (mede)schuldig is aan een traumatische ervaring en er sprake is van daderproblematiek, legt hij een stokje langs de levenslijn. Bij moreel belastende ervaringen, waarin de patiënt een keuze tussen twee kwaden heeft moeten maken en er sprake is van gewetenswroeging of *moral injury*, wordt vaak gekozen voor een (herfst)blad.

De therapeut legt het koord neer en vraagt welke bloem de patiënt kiest voor de geboorte. Vervolgens krijgen de belangrijke ervaringen een plek langs de levenslijn, waarbij de patiënt bloemen en stenen kiest en die in chronologische volgorde langs de levenslijn legt. De therapeut vraagt naar de belangrijke levenservaringen. Hij of zij vraagt die niet in detail te vertellen, maar deze ervaringen kort te omschrijven en een naam te geven. Die worden op kaartjes geschreven en bij de betreffende bloemen en stenen gelegd. Therapeut en patiënt zijn samen aan het werk. Aan het einde van de levenslijnzitting wordt een stuk koord of lint overgelaten, wat de toekomst symboliseert. Na het leggen van de levenslijn evalueren therapeut en patiënt de levenslijn en gaan ze na of er geen bloemen of stenen zijn vergeten.

De zitting waarin de levenslijn wordt gelegd helpt om de ervaringen in chronologische volgorde te plaatsen en een overzicht te geven van de belangrijke gebeurtenissen in het leven van de patiënt. De levenslijnzitting geeft weer hoeveel 'grote stenen' er zijn, dat wil zeggen: traumatische ervaringen die samenhangen met de PTSS-klachten en waarvoor exposure noodzakelijk is. Het aantal exposurezittingen hangt samen met het aantal stenen dat de patiënt langs de levenslijn legt, waarbij als vuistregel geldt dat er per zitting één trauma wordt doorgewerkt met exposure.

Uitvoering van de exposure

Exposure zoals toegepast bij NET is een vorm van imaginaire exposure, maar verloopt op een andere manier dan klassieke exposure, zoals PE. Bij beide is er sprake van blootstelling aan de details van de traumatische ervaring, maar de manier waarop die worden uitgevraagd, verschilt. Het werken aan de steunen bij NET gaat als volgt: eerst wordt de betreffende traumatische ervaring in drie zinnen van het begin tot het einde verteld, tot aan het moment dat de situatie weer veilig was of de rust was weergekeerd. Dan wordt geïnventariseerd wat de moeilijkste momenten in de ervaring waren, de zogeheten 'hotspots': angstige momenten waar de patiënt nog vaak over droomt. De situatie wordt vervolgens chronologisch in de tijd en stap voor stap uitgevraagd in de verleden tijd. Naarmate het moeilijkste moment nadert, wordt er steeds meer vertraagd door in te zoomen op de details van de gebeurtenis. Het gaat dan om koude herinneringen (de context) en warme herinneringen (de emotioneel beladen aspecten). De therapeut begint met het uitvragen van de contextinformatie: wat er gebeurde, wie erbij waren, welke dag het was, hoe het verliep, en zo verder. De vragen naar de koude herinneringen worden afgewisseld met het uitvragen van de warme herinneringen: emoties, associaties, zintuiglijke ervaringen (horen, ruiken, proeven, zien, voelen) en lichamelijke sensaties. Naarmate het moeilijkste moment (de 'hotspot') nadert, wordt er in meer detail uitgevraagd en worden de vragen naar koud en warm afgewisseld. De vragen naar de warme herinneringen beogen het emotienetwerk te activeren; de vragen naar de koude herinneringen helpen om deze angstige en emotioneel beladen herinneringen in de context van tijd en ruimte te plaatsen. De therapeut vertraagt zodanig dat de patiënt in de hotspot blijft, het emotienetwerk wordt geactiveerd en de angst kan gaan verminderen. Hierna wordt de chronologie van de gebeurtenis verder uitgevraagd. Behalve dat de therapeut de ervaring uitvraagd in de verleden tijd en wisselt tussen vragen naar koude en warme herinneringen, zal hij ook regelmatig wisselen van toen naar nu. Op het moment dat de patiënt vertelt dat hij of zij heftige emoties beleefde, zal de therapeut regelmatig vragen: 'Je was toen heel angstig. Hoe is dat nu, als je eraan terugdenkt? Welke emotie voel je nu?' Het wisselen tussen toen en nu helpt om de ervaring in de tijd en de context van de levensgeschiedenis te plaatsen, en om tussen emoties te differentiëren. De traumatische ervaring wordt in detail besproken om het angst-/emotienetwerk te activeren.

De exposure beoogt uitdoving van de angst, maar ook cognitieve herstructurering, waarbij de angstige verwachting wordt ontkracht. Tijdens de exposure moet blootstelling aan details van de traumatische herinnering ertoe leiden dat die herinnering minder gefragmenteerd wordt, en het onderscheid tussen toen en nu beter wordt gemaakt. Het verbinden van emotioneel beladen aspecten van de herinnering en contextinformatie bevordert de integratie van de

traumatische herinnering in de context van de levensgeschiedenis. De herinnering krijgt zo meer kenmerken van een normale herinnering, weliswaar een zeer nare herinnering, maar een ervaring uit het verleden, op een specifiek moment in iemands levensgeschiedenis. Dit draagt bij aan afname van de angst.

Voorbeeld van het bespreken van een steen

- Therapeut: Op een donderdag in juni liep je door het park. Met wie was je in het park?
- Patiënt: Ik was alleen.
- Therapeut: Waar was het precies?
- Patiënt: Het was het Vrijlandpark. Ik liep even voorbij het grote theehuis.
- Therapeut: Hoe laat was het?
- Patiënt: Het was al zo rond een uur of half elf. Ik was bij een vriendin gaan eten. Het was zo'n mooie zwoele zomeravond, dus ik dacht: ik loop door het park.
- Therapeut: En wat gebeurde er toen?
- Patiënt: Toen zag ik dus die man op me afkomen met die hond.
- Therapeut: Hoe zag die man eruit?
- Patiënt: Hij was groot, met vlassig blond haar en versleten jeans.
- Therapeut: Zag je zijn gezicht?
- Patiënt: Nee. Nou ja, hij had fletse blauwe ogen, met zo'n priemende blik. Maar ik zag vooral ook die hond.
- Therapeut: Wat was het voor hond?
- Patiënt: Ja, zo'n bulldog.
- Therapeut: Hoe zag hij eruit?
- Patiënt: Het was een grote hond, met zo'n platte bek.
- Therapeut: Wat hoorde je?
- Patiënt: Ik hoorde het gehijg van de hond. Hij had zijn bek half open. De stappen van de man op het grind.
- Therapeut: Wat dacht je toen je die man en de hond zag?
- Patiënt: O jee, dat is foute boel.
- Therapeut: Foute boel? Wat voelde je?
- Patiënt: Ik voelde mijn hart in mijn keel kloppen. Ik voelde dat ik begon te trillen.
- Therapeut: Je was bang.
- Patiënt: Ja, hij kwam recht op me af. Ik zag niemand om me heen. Ik dacht: ik ben hier nu helemaal alleen. Ik wilde gaan rennen, maar die hond ... Ik durfde niet langs die hond.
- Therapeut: Je was zo bang. Waar was je bang voor?
- Patiënt: Dat hij me zou aanvallen.
- Therapeut: Als je er nu aan terugdenkt, wat voel je dan nu?
- Patiënt: Ik voel me nu weer bijna in paniek.
- Therapeut: Je voelt je – nu we het zo met elkaar bespreken – weer net als vijf jaar geleden, toen je alleen in het park liep en die man op je afkwam. Je zag hem naar je toekomen. En toen?

In dit korte fragment vraagt de therapeut eerst naar de koude herinneringen, de contextinformatie. Zodra de angstige momenten opdoemen, worden er meer warme herinneringen uitgevraagd (zien, horen, denken, voelen) en de verbinding tussen toen en nu gemaakt. Dit wordt in de exposurezittingen van NET consequent gedaan en gedetailleerder dan in het fragment. De therapeut wil de 'film' voor zich zien. Hij of zij volgt aan de hand van de non-verbale signalen die de patiënt laat zien of de spanning bij de patiënt voldoende oploopt om het angst-/emotienetwerk adequaat te activeren. De therapeut bespreekt de hele situatie, zodat de patiënt de ervaring heeft dat de angst ook weer zakt naarmate het einde van de situatie, het relatieve rustpunt, nadert. Het relatieve rustpunt is het moment waarop deze specifieke traumatische gebeurtenis voorbij is.

Bij meervoudig trauma kan iemand dagen, weken of soms maanden zijn blootgesteld aan traumatische ervaringen, zoals in een oorlogssituatie of in een gevangenis. Er wordt dan geen volledig rustpunt, gevoel van veiligheid of opluchting ervaren, omdat er in de chronologie van de levensgeschiedenis niet veel later opnieuw een ernstige levensgebeurtenis plaatsvindt. Het relatieve rustpunt aan het einde van de exposure corrigeert wel de angstige verwachting die iemand kan hebben bij het terugdenken aan de traumatische ervaring. De angst voor herhaling, de angst dat de patiënt het denken aan deze ervaring niet aan zal kunnen of gek zal worden, worden uitgedaagd, omdat de patiënt merkt dat de angst tegen het einde van de zitting vanzelf zakt. Patiënten hebben doorgaans nog een aantal dagen last van verhoogde spanning, die na verloop van tijd afneemt. Dit zal in de loop van de therapie en naarmate er meerdere trauma's zijn doorgewerkt gaandeweg verminderen.

Verslaglegging

De therapeut maakt van elke zitting een verslag. Dit is een lopend narratief in de ik-vorm en in de verleden tijd. Het is een reconstructie van de levensloop, waarin alle belangrijke ervaringen zijn samengevat, zowel een beschrijving van de bloemen als van de stenen. De therapeut is als het ware getuige van de levensgeschiedenis van de patiënt. Het schrijven van het verslag markeert dit en weerspiegelt hoe een ander met aandacht heeft geluisterd naar het levensverhaal van de patiënt.

Het verslag van een zitting wordt aan het begin van de volgende zitting voorgelezen door de therapeut aan de patiënt. De patiënt kan aanvullingen geven of fouten corrigeren. Het kan zijn dat de patiënt zich meer herinnert of nog iets wil toevoegen. Het voorlezen van het verslag is een tweede moment waarin de patiënt wordt blootgesteld aan de herinnering. Het is voor de therapeut ook een moment om te kijken of de patiënt het kan verdragen om naar het verslag te luisteren zonder buiten het tolerantievenster te raken. De therapeut kan aan de (non-)verbale signalen van de patiënt merken of die het verhaal kan volgen zonder overspoeld te raken door angst. Deze

(non-)verbale signalen omvatten het al dan niet in contact blijven, reageren op vragen, gespannen mimiek of lichaamshouding en het kunnen verbaliseren van angst. Als de spanning nog erg hoog is, moet de therapeut concluderen dat de ervaring nog onvoldoende verwerkt is en kan er een tweede maal aan de steen worden gewerkt met exposure. Dit is echter meer uitzondering dan regel.

Het hoeft niet zo te zijn dat de spanning geheel is verdwenen. De opbouw van de zittingen waarin middels exposure traumatische ervaringen één voor één worden behandeld, en waarin exposure dus herhaaldelijk wordt toegepast, leidt tot afname van de spanning naarmate de therapie vordert en steeds meer trauma's zijn doorgewerkt.

Het verslag wordt aan het einde van de behandeling nogmaals in zijn geheel voorgelezen, wat een derde moment is van exposure aan en integratie van alle ervaringen in de levensgeschiedenis. De therapeut bespreekt waar de patiënt nu staat en wat hij of zij hoopt voor de toekomst. De overhandiging van het verslag markeert de afsluiting van een NET-behandeling, waarbij de patiënt zelf kan beslissen wat hij met het verslag wil doen. Zo kan de patiënt ervoor kiezen het verslag mee naar huis te nemen en op te bergen of het bij de therapeut te laten.

COMPLICERENDE FACTOREN TIJDENS NET

.....

Traumaverwerking binnen NET verloopt het beste als de patiënt binnen het tolerantievenster blijft. Zoals gezegd is dit de bandbreedte waarbinnen de patiënt een optimaal spanningsniveau heeft om te kunnen functioneren (Corrigan et al., 2011; Siegel, 1999). Te veel spanning leidt tot *hyperarousal* en te weinig spanning tot *hypoarousal*. De bandbreedte van deze optimale spanning verschilt per persoon en is merkbaar aan (non-)verbale signalen. De therapeut let tijdens de exposure op zowel verbale als non-verbale signalen die wijzen op een toename van spanning en het activeren van het angst-netwerk. Als de spanning toeneemt, kan dit bijvoorbeeld zichtbaar worden aan iemands mimiek, lichaamshouding en lichamelijke signalen (zoals zweeten en spieren aanspannen). Ook kan de patiënt vlugger, gefragmenteerder of met grotere sprongen gaan vertellen. Dit wijst erop dat hij een 'hotspot' nadert. Het is dan belangrijk om te vertragen en goed door te vragen om de patiënt te kunnen laten profiteren van de exposure. Als er te veel spanning is, kan de patiënt paniek voelen, de aandacht vooral richten op de lichamelijke gewaarwordingen van in paniek raken en verkrampen, of niet meer reageren op vragen. Als de spanning te laag is, kan de patiënt dingen vlak en monotoon vertellen, zonder enige emotie te voelen, of dissociëren. Zolang de therapeut in contact blijft met de patiënt en diens non-verbale signalen van spanning zichtbaar zijn (als de patiënt dus niet alleen zit te 'praten over'), is de spanning binnen de bandbreedte. Omdat te veel of te weinig spanning het

therapieproces belemmert, is het van belang om tijdens de therapie de spanning te monitoren. Coachende, directieve gespreksvoering helpt om het spanningsniveau te hanteren, omdat de therapeut zo de vragen naar koud en warm en toen en nu kan afwisselen en invloed heeft op de spanning van patiënt. Zo leiden vragen naar koud en nu tot verlaging van de spanning, en vragen naar warm en toen tot toename van de spanning.

Veel factoren hebben invloed op het verloop van NET. Zo kan het zijn dat de patiënt erg vermijdend blijft en blijft 'praten over', in plaats van contact te maken met zijn emoties. Dit kan te maken hebben met angst voor de angst of voor controleverlies. Deze angst kan worden uitgedaagd door stil te staan bij deze angstige verwachting. In dat geval zal het vertragen van de NET en het uitvragen van de warme herinneringen extra aandacht verdienen. De therapeut zal dan nog meer inzoomen op de lichamelijke en zintuiglijke ervaringen van de patiënt, en navragen wat diens emoties zijn en hoe deze voelbaar zijn in het lichaam. De therapeut kan de patiënt vragen om te laten zien hoe hij of zij zat of liep, of om een voorwerp mee te nemen dat geassocieerd is met de ervaringen van toen. Dit kan de exposure versterken. De exposure en het gecontroleerd herbeleven van de traumatische gebeurtenis in de therapiekamer, waarbij de patiënt de ervaring opdoet dat de angst ook weer afneemt, kan de angst voor de angst doen verminderen.

Dissociatie is een andere complicerende factor die voorkomt bij trauma, zeker bij complex trauma. Dissociatie wordt omschreven als de ontkoppeling of onderbreking van functies als bewustzijn, geheugen en zelfbeleving, maar ook van zintuiglijke waarneming, beweging en lichaamsbeleving. Het wordt beschouwd als een overlevingsmechanisme tijdens de traumatische ervaring, maar treedt soms ook naderhand op in reactie op een trigger of op het moment dat iemand over het trauma gaat praten (de la Rie & Snip-van Wageningen, 2022). De gesprekstechnieken in NET, waarbij de therapeut schakelt tussen toen en nu, en tussen koud en warm, kunnen behulpzaam zijn om de spanning te monitoren, waardoor de patiënt binnen de bandbreedte van het tolerantievenster blijft. Als de patiënt gevoelig is voor dissociatie, kan er voor de start van de NET-behandeling met hem of haar besproken worden hoe dit te signaleren en op welke wijze hij of zij het beste het contact met het hier-en-nu kan behouden of hervinden. Het zal dan vaak gaan om activerende interventies, waarbij de patiënt wordt aangemoedigd om bijvoorbeeld te gaan bewegen, teneinde hypoarousal te voorkomen of te doorbreken (de la Rie & Snip-van Wageningen, 2022).

Schuld- en schaamtegevoelens kunnen patiënten belemmeren om ervaringen te delen. De aard van de ervaring en hoe de patiënt zijn of haar aandeel in de situatie interpreteert, kunnen van invloed zijn op (het persisteren van) de klachten. Schuldgevoelens betreffen doorgaans iets wat de patiënt ooit verkeerd heeft gedaan, schaamtegevoelens raken meer aan het zelfgevoel (Schalkwijk, 2012). Het herkennen van schaamte en schuldgevoelens, het normaliseren van deze emoties en het contact met de therapeut als niet-

oordelende ander kunnen ertoe bijdragen dat de patiënt beter in staat is om de vermijding te doorbreken en deze ervaringen door te werken.

Als dit tot onvoldoende resultaat leidt, kunnen aanvullende cognitief-gedragstherapeutische interventies worden ingezet. Een bekende cognitief-gedragstherapeutische interventie die wordt ingezet bij aanhoudende schuldgevoelens is de ‘taartpunttechniek’ (de la Rie et al., 2021). Op een whiteboard tekent de therapeut een cirkel (een ‘taart’) die staat voor de traumatische gebeurtenis. Vervolgens vraagt hij aan de patiënt welk deel van de cirkel (welk percentage oftewel welke ‘taartpunt’) zijn of haar aandeel in de gebeurtenis weergeeft. Dit percentage ligt bij patiënten met een groot schuldgevoel doorgaans heel hoog, op soms wel 100%. Vervolgens vraagt de therapeut wie of wat nog meer invloed heeft gehad op het verloop van de gebeurtenis. Hij tekent een tweede cirkel, waarin de patiënt het aandeel van elke persoon in een percentage/taartpunt uitdrukt, waarbij het aandeel van de patiënt zelf als laatste wordt ingetekend. Dat aandeel ligt in de meeste gevallen aanzienlijk lager dan bij het intekenen van de eerste cirkel, wat bijdraagt aan cognitieve herstructurering

NET IN SOORTEN EN MATEN

.....

NET is beschikbaar als behandeling voor verschillende soorten patiënten en kan enigszins aangepast worden aan de specifieke karakteristieken van deze patiënten. Voor kinderen en jeugdigen is er KIDNET, dat gebruikmaakt van het tekenen of uitbeelden van ervaringen (Siehl et al., 2021). Verder is er voor patiënten bij wie er sprake is van daderproblematiek Forensisch NET (FOR-NET), waarin de verschillende emoties die samenhangen met daderschap worden doorgewerkt. FOR-NET wordt veel gebruikt voor bijvoorbeeld voormalige kindsoldaten (Hecker et al., 2015; Koebach et al., 2021). Al deze vormen van NET zijn tevens effectief gebleken voor deze groepen (Siehl et al., 2021). Een belangrijke ontwikkeling is NET voor traumatische rouw (NET-TG). NET-TG besteedt aandacht aan verliezen voor mensen die naast PTSS-klachten ook last hebben van traumatische rouw (Smid et al., 2021). NET wordt standaard aangeboden als individuele traumatherapie, maar tijdens de coronapandemie is er een online variant ontwikkeld: E-NET (van Hensbergen et al., 2021).

Daarnaast wordt individuele NET aangeboden in de tweede fase van een dagklinisch programma voor vluchtelingen, dat een jaar duurt en naast individuele NET ook groepstherapie, psychomotore therapie en beeldende therapie omvat. Dit programma liet bij een deel van ernstig getraumatiseerde patiënten afname van klachten zien (de la Rie et al., 2020).

Naast een dagklinische variant is er tevens een klinische variant van NET: hoogintensieve NET (HI-NET) (Jongedijk, 2021). HI-NET bestaat uit een opname van twee weken, waarin zestien zittingen NET worden aangeboden,

naast beeldende therapie en psychomotore therapie. De effectiviteit van deze vorm van NET wordt momenteel onderzocht.

OVEREENKOMSTEN EN VERSCHILLEN TUSSEN NET EN ANDERE TRAUMABEHANDELINGEN

.....

De meest gangbare traumabehandelingen, zoals PE en NET, maar ook EMDR en BEPP, hebben veel overeenkomsten met elkaar (Mørkved et al., 2014; Schnyder et al., 2015). Alle traumabehandelingen richten zich op het verminderen van angstklachten en van PTSS-klachten, zoals nachtmerries en herbelevingen. Er zijn ook inhoudelijke overeenkomsten. Er is bij alle genoemde traumabehandelingen aandacht voor psycho-educatie, emotieregulatie en copingvaardigheden. Verder is er een vorm van blootstelling aan de traumatische herinnering, evenals herstructurering en betekenisgeving, en is er aandacht voor emoties en geheugenprocessen.

Er is ook een aantal verschillen (Mørkved et al., 2014; Schnyder et al., 2015). Zo verschillen de veronderstelde werkingsmechanismen tussen traumabehandelingen. NET legt de nadruk op de integratie van de traumatische herinnering in de levensgeschiedenis als rationale voor de therapie, waarbij het trauma door de exposure en de chronologische bespreking van de ervaringen in de levensgeschiedenis anders wordt opgeslagen in het geheugen en meer gaat lijken op een 'normale' herinnering. Het centrale werkingsmechanisme bij PE berust op de *emotional processing theory* (EPT) en de leertheorie; bij EMDR gaat het om de belasting van het werkgeheugen die concurreert met de herinnering, waardoor de spanning over de herinnering afneemt; en BEPP draait om de ontlading of catharsis van emoties na exposure aan de traumatische herinnering (Mørkved et al., 2014; Schnyder et al., 2015). Het werkingsmechanisme van vooral PE is goed onderzocht, terwijl voor NET nader onderzoek nodig is om vast te stellen of de effectiviteit van de behandeling inderdaad bepaald wordt door het veronderstelde werkingsmechanisme.

Het aantal en type traumatische herinneringen waar een therapie zich op richt verschilt eveneens. Gaat het bij PE en EMDR om de belangrijkste ervaring(en), en bij BEPP om de (kantel)ervaring waarna de klachten zijn ontstaan, bij NET gaat het om *alle* belangrijke traumatische ervaringen, maar ook de positieve ervaringen in de levensgeschiedenis.

Ook de procedures bij de genoemde traumabehandelingen verschillen van elkaar en kennen eigen specifieke aandachtspunten. De wijze waarop exposure aan de herinneringen wordt uitgevoerd bij NET verschilt van de exposure bij PE en BEPP. De bespreking van de ervaring in de verleden tijd, het schakelen tussen toen en nu, en tussen 'koude' en 'warme' elementen, is specifiek voor NET. Bij PE en BEPP vindt de exposure aan de herinnering in de tegenwoordige tijd plaats. Bij EMDR staat het herinneringsbeeld cen-

traal en niet de details van de traumatische ervaring. Anders dan bij PE en BEPP, is er bij NET geen huiswerk. Bij PE beluistert de patiënt bandjes, bij BEPP neemt de patiënt memorabilia mee en krijgt een schrijfpdracht. NET is uniek in het gebruik van de symbolische levenslijn en de verslaglegging van het narratief. Tevens wordt bij de bespreking van de levensgeschiedenis aandacht gegeven aan positieve ervaringen. Middels de verslaglegging wordt de therapeut als getuige deelgenoot van de levensloop van de patiënt, die zich daardoor gezien en erkend voelt. Dit is ontleend aan de getuigenis-therapie en wordt beschouwd als corrigerend of reparerend mechanisme, dat van invloed is op het zelfbeeld en de betekenisgeving van de traumatische ervaringen in de levensloop, en zo bijdraagt aan integratie (Jongedijk, 2021; Mørkved et al., 2014).

Op welke wijze en in hoeverre de keuze voor het aantal en type trauma's en de specifieke elementen in de gevolgde procedure bijdragen aan de effectiviteit van de genoemde traumabehandelingen, zou nader onderzocht moeten worden. De belangrijkste kenmerken van de meest gangbare traumabehandelingen worden samengevat in tabel 1.

CONCLUSIE

.....

NET is een bewezen effectieve therapie voor PTSS. Daarnaast is het een laagdrempelige en cultuursensitieve traumabehandeling. Hoewel er voor de effectiviteit van PE als behandeling van PTSS het sterkste bewijs is, is er inmiddels zoveel bekend over NET dat een indicatie ervoor te overwegen is als er sprake is van complex meervoudig trauma en een duidelijke, gestructureerde vorm van traumabehandeling wenselijk is. NET kent een aantal overeenkomsten met andere traumabehandelingen, maar heeft ook specifieke kenmerken. De werkzaamheid van NET omvat de activatie van het angstnetwerk (waarna de angst kan uitdoven) en de cognitieve herevaluatie van de angstige verwachting (zoals bij PE), maar ook de integratie van de traumatische herinneringen in de context van de levensgeschiedenis. De traumatische herinnering gaat zo meer lijken een 'normale' herinnering, zij het een hele nare herinnering. Chronologische imaginaire exposure aan de traumatische ervaringen in de levensgeschiedenis is een belangrijk aspect van deze behandeling, waarbij de therapeut van elke zitting een verslag maakt en er zo een reconstructie wordt gemaakt van de levensgeschiedenis. Verder onderzoek naar de effectiviteit van NET is nodig. Daarin zou NET moeten worden vergeleken met andere traumabehandelingen en zou moeten worden gekeken naar voorspellers van zowel vermindering van klachten als van verlies van de diagnose PTSS. Het is dan belangrijk dat de verschillende werkingsmechanismen goed tegen het licht worden gehouden. Zo wordt inzichtelijk wat het beste werkt voor wie.

TABEL 1 Kenmerken van de verschillende traumabehandelingen

	PE	EMDR	BEPP	NET
Doel	Uitdoving van angst en correctie van angstige verwachtingen	Vermindering van spanning bij het terugdenken aan het trauma	Ontlading van emoties over de ervaring	Integratie van trauma in context van levensgeschiedenis
Procedure	Herhaalde blootstelling/imaginaire exposure aan de traumatische herinnering door die in detail te bespreken, ook na de zitting door bandjes te beluisteren	Focus op herinneringsbeeld, waarna een stroom van gedachten en associaties volgt, en tegelijkertijd aanbod van andere stimuli	Geleidelijke imaginaire exposure gedurende de eerste fase van de therapie, waarbij steeds een deel van de traumatische ervaring wordt besproken en alle emoties daaromtrent worden geuit	Imaginaire blootstelling aan traumatische herinneringen in de chronologie van de levensgeschiedenis
Centraal werkingsmechanismen	► Emotional processing theory: activatie van het angstnetwerk leidt tot correctie van opgeslagen geconditioneerde stimuli (denken aan trauma) en de respons ('ik ben in gevaar') ► Cognitieve herevaluatie: door disconfirmeren van verwachtingen totstandkoming van een inhibitorische associatie	Belasting van het werkgeheugen, waarbij de stimuli concurreren met de (lading van de) herinnering aan het trauma	Catharsis: emotionele ontlading van in het bijzonder verdriet (naast angst)	Verbinden van het episodische en het impliciete geheugen, naast uitdoving van de angst door het activeren van het angstnetwerk en disconfirmeren van verwachtingen
Type trauma	Trauma's die het meest samenhangen met PTSS-klachten, dan wel volgens angsthiërarchie	Trauma's die het meest samenhangen met PTSS-klachten	Kerntrauma: een kantel-ervaring, waarna PTSS-klachten zijn ontstaan	Alle (belangrijke) trauma's in de chronologie van de levensloop

Tijd waarin exposure aan de ervaring wordt uitgevraagd	Tegenwoordige tijd	Tegenwoordige tijd	Tegenwoordige tijd
Specifieke aandachtspunten	► Om de activatie te versterken wordt soms exposure aan voorwerpen/omstandigheden die doen denken aan het trauma/exposure in vivo aangeboden ► De daling van de spanning tijdens de exposure wordt gevolgd	► Frequentie en intensiteit van de werkgeheugenbelasting wordt gemonitord ► Tijdens het proces wordt het dalen van de SUD (maat voor spanning) gevolgd	Tegenwoordige tijd De exposure wordt ondersteund door schrijfopdrachten en memorabilia ► Ook andere (positieve) levenservaringen worden besproken ► Er wordt een verslag gemaakt
Betekenisgeving	Cognitieve herevaluatie van de ervaring als angstige verwachting niet uitkomt	Verandering van betekenis kan plaatsvinden door bijvoorbeeld toevoegen van <i>cognitive interweaves</i> (stellen van een vraag die iemand op andere gedachten/associaties brengt)	Na de fase van exposure volgt de fase van betekenisgeving, waarin aandacht is voor de plaats van het trauma in het leven en de invloed ervan op bijvoorbeeld het zelfbeeld ► De levenslijn geeft overzicht ► Het verslag is een vorm van getuigenis ► Na het lezen van het verslag is er ruimte om stil te staan bij patronen en betekenisgeving

Simone de la Rie is als klinisch psycholoog/psychotherapeut, P-opleider gedragswetenschappen, research track coördinator Migratie en Psychotrauma en senior onderzoeker verbonden aan ARQ Centrum '45. *Correspondentieadres:* ARQ Centrum '45, Nienoord 10, 1112 XE Diemen. E-mail: s.de.la.rie@centrum45.nl.

Summary *Narrative Exposure Therapy*

After one or more traumatic events, a person can develop posttraumatic stress disorder (PTSD). Usually, treatment of first choice is prolonged exposure (PE). Another PTSD treatment that has proven to be effective is Narrative Exposure Therapy (NET). NET focusses on activating the fear network, habituation and cognitive re-evaluation during exposure sessions. NET also aims to integrate the traumatic memory into the autobiographical memory. The therapist and the patient begin by laying down the life line and marking positive life events ('flowers') as well as traumatic life events ('stones') in the life history. Then the events are discussed chronologically, with the therapist working through the stones by means of exposure. Characteristic of exposure in NET is discussing the traumatic event in the past tense, while repeatedly explicating the difference between 'back then' and 'here and now'. In addition, the context information of the episodic memory is connected with the emotional associations, and physical and sensory sensations of the implicit memory. The therapist writes a report of each session and reads it to the patient the next session. At the end of therapy the narrative is handed over to the patient. NET appears to be a culturally sensitive and easy to understand trauma therapy, that is feasible for patients with complex multiple trauma history.

Keywords *trauma, complex trauma, PTSD, exposure, Narrative Exposure Therapy*

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.
- American Psychological Association (APA). (2017). *Guideline Development Panel for the treatment of PTSD in adults: Clinical practice guideline for the treatment of posttraumatic stress disorder (PTSD) in adults*. www.apa.org/about/offices/directorates/guidelines/ptsd.pdf
- Boeschoten, M. A., van der Aa, N., Bakker, A., ter Heide, F. J. J., Hoofwijk, M. C., Jongedijk, R. A., van Minnen, A., Elzinga, B. M., & Olff, M. (2018). Development and evaluation of the Dutch Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 (CAPS-5). *European Journal of Psychotraumatology*, 9, 1546085.
- Brewin, C. (2014). Episodic memory, perceptual memory, and their interaction: Foundations for a theory of post-traumatic stress disorder. *Psychological Bulletin*, 140, 69-97.
- Brewin, C. R., Gregory, J. D., Lipton, M., & Burgess, N. (2010). Intrusive images in psychological disorders: Characteristics, neural mechanisms and treatment implications. *Psychological Review*, 117, 210-232.
- Corrigan, F. M., Fisher, J. J., & Nutt, D. J. (2011). Autonomic dysregulation and

- the Window of Tolerance model of the effects of complex emotional trauma. *Journal of Psychopharmacology*, 25, 17-25.
- Craske, M. G., Treanor, M., Conway, C. C., Zbozinek, T., & Vervliet, B. (2014). Maximizing exposure therapy: An inhibitory learning approach. *Behaviour Research and Therapy*, 58, 10-23.
- Cusack, K., Jonas, D. E., Forneris, C. A., Wines, C., Sonis, J., Cook Middleton, J. Feltner, C., Brownley, K. A., Rae Olmsted, K., Greenblatt, A., Weil, A., & Gaynes, B. N. (2016). Psychological treatments for adults with posttraumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 43, 128-141.
- de la Rie, S., Jongedijk, R., & Bos, J. (2021). Traumagerelateerde schaamte, schuld en walging. In R. Jongedijk (red.), *Levensverhalen en psychotrauma: Narratieve exposuretherapie in theorie en praktijk* (pp. 176-196). Boom.
- de la Rie, S. M., Smid, G., van Est, L., Bisseling, E., & Boelen, P. (2020). Feasibility of Narrative Exposure Therapy in an outpatient day treatment program for refugees: Improvement in symptoms and global functioning. *European Journal of Psychotraumatology*, 11, 1-14.
- de la Rie, S. M., & Snip-van Wageningen, E. (2022). *Trauma en dissociatie: Herkennen, begrijpen en behandeling*. Bohn Stafleu van Loghum.
- de Vries, G.-J., & Olff, M. (2009). The lifetime prevalence of traumatic events and posttraumatic stress disorder in the Netherlands. *Journal of Traumatic Stress*, 22, 259-267.
- Fazel, M., Wheeler, J., & Danesh, J. (2005). Prevalence of serious mental disorder in 7,000 refugees resettled in Western countries: A systematic review. *The Lancet*, 365, 1309-1314.
- Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99, 20-35.
- Foa, E. B., & McNally, R. J. (1996). Mechanisms of change in exposure therapy. In R. M. Rapee (Ed.), *Current controversies in the anxiety disorders* (pp. 214-227). Guilford Press.
- Gersons, B. P., Carlien, I. V., Lamberts, R. D., & van der Kolk, B. A. (2000). Randomized clinical trial of brief eclectic psychotherapy for police officers with posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 13, 333-347.
- GGZ Standaarden. (2020). *Psychotrauma en stressorsgelateerde stoornissen*. www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/psychotrauma-en-stressorgerelateerde-stoornissen
- Hecker, T., Hermenau, K., Crombach, A., & Elbert, T. (2015). Treating traumatized offenders and veterans by means of Narrative Exposure Therapy. *Frontiers in Psychiatry*, 6, 80.
- Jongedijk, R. (2021). *Levensverhalen en psychotrauma: Narratieve exposuretherapie in theorie en praktijk*. Boom.
- Kaltenbach, E., Hermenau, K., Schauer, M., Dohrmann, K., Elbert, T., & Schallinski, I. (2020). Trajectories of post-traumatic stress symptoms during and after Narrative Exposure Therapy (NET) in refugees. *BMC Psychiatry*, 20, 312.
- Koebach, A., Carleial, S., Elbert, T., Schmitt, S., & Robjant, K. (2021). Treating trauma and aggression with narrative exposure therapy in former child and adult soldiers: A randomized controlled trial in Eastern DR Congo. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 89, 143-155.
- Lely, J. C. G., Smid, G. E., Jongedijk, R. A., Knipscheer, W., & Kleber, R. J. (2019). The effectiveness of narrative exposure therapy: A review, meta-analysis

- and meta-regression analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 10, 1550344.
- Lewis, C., Roberts, N. P., Andrew, M., Starling E., & Bisson, J. B. (2020). Psychological therapies for post-traumatic stress disorder in adults: Systematic review and meta-analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 11, 1729633.
- Mørkved, N., Hartmann, K., Aarsheim, L. M., Holen, D., Milde, A. M., Bomyea, J., & Thorp, S. R. (2014). A comparison of Narrative Exposure Therapy and Prolonged Exposure therapy for PTSD. *Clinical Psychology Review*, 34, 453-467.
- Nosè, M., Ballette, F., Bighelli, I., Turrini, G., Purgato, M., Tol, W., Priebe, S., & Barbui, C. (2017). Psychosocial interventions for post-traumatic stress disorder in refugees and asylum seekers resettled in high-income countries: Systematic review and meta analysis. *PLoS ONE*, 12, 1-16.
- Schalkwijk, F. (2012). Schaaamte in psychotherapie. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 38, 368-380.
- Schauer, M., Neuner, F., & Elbert, T. (2011). *Narrative Exposure Therapy: A short term intervention for traumatic stress disorders*. Hogrefe.
- Schnyder, U., Ehlers, A., Elbert, T., Foa, E. B., Gersons, B. P. R., Resick, P. A., Shapiro, F., & Cloitre, M. (2015). Psychotherapies for PTSD: What do they have in common? *European Journal of Psychotraumatology*, 6, 28186.
- Siegel, D. (1999). *The developing mind*. Guilford.
- Siehl, S., Robjant, K., & Crombach, A. (2021). Systematic review and meta-analyses of the long-term efficacy of narrative exposure therapy for adults, children and perpetrators. *Psychotherapy Research*, 31, 695-710.
- Smid, G., Hengst, S., & de la Rie, S. (2021). NET-TG: NET voor traumatische rouw na meervoudig en traumatisch verlies. In R. Jongedijk (red.), *Levensverhalen en psychotrauma: Narratieve exposuretherapie in theorie en praktijk* (pp. 271-286). Boom.
- ten Broeke, E., de Jongh, A., & Oppenheim, H. J. (2008). *Praktijkboek EMDR*. Pearson Education.
- van Hensbergen, F., Eising, D., & Jongedijk, R. (2021). E-NET: NET online uitvoeren. In R. Jongedijk (red.), *Levensverhalen en psychotrauma: Narratieve exposuretherapie in theorie en praktijk* (pp. 287-296). Boom.
- van Minnen, A., & Arntz, A. (2011). Protocolaire behandeling van patiënten met een posttraumatische-stressstoornis: (Imaginaire) exposure. In G. Keijsers, A. van Minnen, & K. Hoogduin (red.), *Protocolaire behandelingen voor volwassenen met psychische klachten I* (pp. 311-369). Boom Cure and Care.

Ouder-kindinteracties in eetgedrag en etiologie van gewichtsproblemen

Een literatuuroverzicht en pleidooi voor
stepped-care en e-health vroeginterventies
voor ouders

TIFFANY NAETS, MAURANE DESMET & CAROLINE BRAET

Samenvatting

Overgewicht en obesitas vormen gezondheidsrisico's voor miljoenen kinderen en jongeren wereldwijd. De etiologie van deze gewichtsproblemen is complex. Onder andere de obesogene omgeving maakt het moeilijk om een gezonde levensstijl aan te houden. In deze literatuurstudie wordt gefocust op de familiale obesogene omgeving, waarbij vertrokken wordt vanuit theoretische modellen en mogelijke onderliggende mechanismen. Vervolgens wordt nagegaan of en hoe deze inzichten in de hedendaagse behandeling van kinderen en jongeren met overgewicht en obesitas toegepast worden. Hieruit blijkt dat de focus nog te veel ligt op eenzijdige verandering in kenmerken. Een nauwere betrokkenheid van ouders in het zorgproces en aandacht voor de familiale obesogene omgeving zijn echter essentieel. De mogelijkheden van e-health psycho-educatie als vroeginterventie worden geëxploreerd binnen het principe van *stepped care*, om zoveel mogelijk ouders en kinderen te bereiken die vandaag hun weg naar de zorgverlening moeilijk vinden.

Trefwoorden: gewichtsproblemen, kinderen, familiebenadering, stepped care, e-health, psycho-educatie

Kernboodschappen voor de klinische praktijk

- ▶ De obesogene omgeving omvat processen op het niveau van zowel de gemeenschap als de familiecontext. Inspelen op de familiale obesogene omgeving kan de impact van gemeenschapsprocessen bufferen.
- ▶ De behandeling van kinderen en jongeren met overgewicht of obesitas focust vandaag nog te eenzijdig op het veranderen van kindfactoren en speelt nog onvoldoende in op gezinsprocessen.
- ▶ Een antwoord kan liggen in e-health psycho-educatie als stepped-care vroeg-interventie.

INLEIDING

.....

Volgens de Wereldgezondheidsorganisatie (World Health Organization, WHO) lijden wereldwijd miljoenen kinderen en jongeren tussen de 5 en 19 jaar aan de medische en psychosociale gevolgen van overgewicht en obesitas (WHO, 2018, 2020). Deze chronische aandoeningen worden nog steeds beschouwd als een van de meest bedreigende gezondheidsproblemen van de eenentwintigste eeuw, zowel op individueel als op maatschappelijk-economisch niveau (Jia, 2021a; Sonntag et al., 2016; WHO, 2018). Zelfs in een tijdperk waarin andere epidemieën, zoals COVID-19, de gezondheid van de globale wereldbevolking het sterkst lijken te bedreigen, blijven overgewicht en obesitas hun epidemisch karakter behouden (DeSimone, 2020) en nemen de cijfers enkel toe (Cornejo-Pareja et al., 2020; Cuschieri & Grech, 2020; Senthilingam, 2021).

In principe ontstaan gewichtsproblemen door een onevenwichtige energiebalans tussen de inname en het verbruik van energie (Hill, 2006; Hill et al., 2012). Op basis van deze correcte, maar eerder simplistische definitie komt de nadruk op het individuele gedrag te liggen (Casey et al., 2014; Davison & Birch, 2001), waardoor de meeste behandelprogramma's voor kinderen vanaf 8 jaar focussen op het veranderen van de levensstijl van het kind. Effectiviteitscijfers tonen duidelijk aan dat een stabiele gewichtscontrole op lange termijn moeilijk blijft (Al-Khudairy et al., 2017; Mead et al., 2017). Dit is te wijten aan de complexe etiologie van gewichtsproblemen, waarin verschillende factoren meespelen die ook onderling interageren (Boswell et al., 2019). Zowel op maatschappelijk niveau als op het niveau van de familiale context wordt de energiebalans van het kind bidirectioneel beïnvloed door verandering in sociale normen over energie-inname en sedentair gedrag (Rendina et al., 2019; WHO, 2016). In deze literatuurstudie wordt beargumenteerd dat het erkennen en aanpakken van ouder-kinddynamieken een belangrijke piste is om de impact van de obesogene omgeving te bufferen (Rhee, 2008). Om de familiale obesogene omgeving te conceptualiseren vertrekken we vanuit het model van Rhee (2008) en vullen we dit model aan met meer recente inzichten.

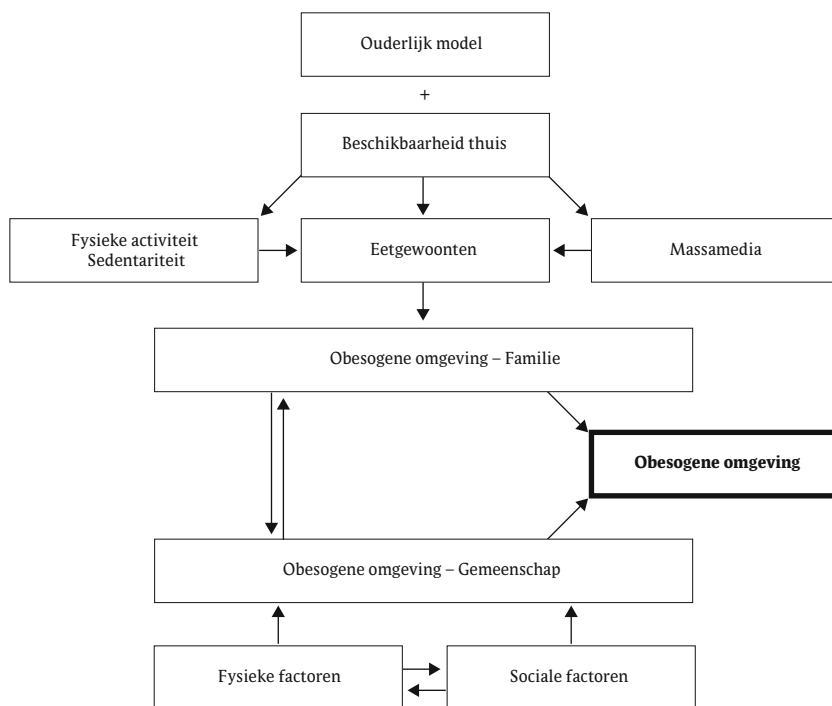
DEFINITIES

207

Overgewicht kan worden gedefinieerd aan de hand van de energiebalans, uitgedrukt als het lichaamsvet dat zich opstapelt vanwege een onevenwicht tussen overmatige energie-inname en een beperkt energieverbruik (Hill, 2006; Hill et al., 2012). *Obesitas* ontstaat wanneer dit lichaamsvet zich chronisch en in extreme mate opstapelt, waardoor er zich gezondheidsproblemen ontwikkelen (Hill et al., 2012). Het percentage overtollig lichaamsvet kan afgeleid worden uit iemands gewicht, maar het verband is niet rechtlijnig. Daarom valt men terug op verschillende indicatoren, waarvan de meest gebruikte de Body Mass Index is, die de lengte van het individu afzet tegen zijn gekwadrateerd gewicht (Kumar & Kelly, 2017; WHO, 1997). Overgewicht wordt geïndiceerd vanaf een BMI van 25, terwijl vanaf een score van 30 of meer individuen worden geclassificeerd in de categorie obesitas (WHO, 1997). Omdat kinderen en jongeren zich nog ontwikkelen, is de BMI voor hen echter geen adequate maat: voor hen is het nodig om de BMI minstens af te spiegelen ten opzichte van een normgroep met dezelfde leeftijd en hetzelfde geslacht (Cole et al., 2000; Kumar & Kelly, 2017). De Adjusted BMI is daar een voorbeeld van: die wordt uitgedrukt als het percentage overgewicht ten opzichte van een normgroep, waarbij een score van 120 (dus 20% overgewicht ten opzichte van de normgroep) als overgewicht kan worden beschouwd en een score van 140 of meer (40% overgewicht ten opzichte van de normgroep) als obesitas (Fredriks et al., 2000; Goossens et al., 2009; Rolland-Cachera et al., 2015).

Een *obesogene omgeving* wordt door de WHO gedefinieerd als een omgeving, inclusief de daarbij horende sociale normen, die hoge energie-inname aanmoedigt, met calorierijke voedingsmiddelen die snel beschikbaar, betaalbaar, toegankelijk en frequent gepromoot zijn. Bovendien wordt ook sedentair gedrag getolereerd en aangemoedigd, en verandert de context waarin fysieke activiteit mogelijk is (WHO, 2016). De WHO stelt dat ‘obesogene omgeving’ een koepelterm is, die gesitueerd kan worden op twee niveaus: (1) die van de gemeenschap en (2) die van de familie (zie figuur 1).

Allereerst is er het *niveau van de gemeenschap*, waarop sociale en fysieke factoren de brede obesogene context vormgeven. Sociaal gezien is er daarin sprake van bepaalde politieke, culturele en economische factoren die impact hebben op het kind, diens gezin en de daarin bestaande eet- en beweegpatronen (Rendina et al., 2019). Voorbeelden van zulke factoren zijn het ontbreken van openbaar vervoer, beperkte mogelijkheden om fysiek actief te zijn, en juist volop mogelijkheden om voeding te kopen en te consumeren (Rendina et al., 2019). Essentiële verplaatsingen worden vaker met de auto gedaan (Rendina et al., 2019), zeker in omgevingen waar openbaar vervoer en andere alternatieven onvoldoende beschikbaar zijn (Xu et al., 2021). Gemeenschapsfactoren zijn echter moeilijk exhaustief op te sommen en als aparte entiteiten te onderzoeken, omdat ze nauw met elkaar verbonden



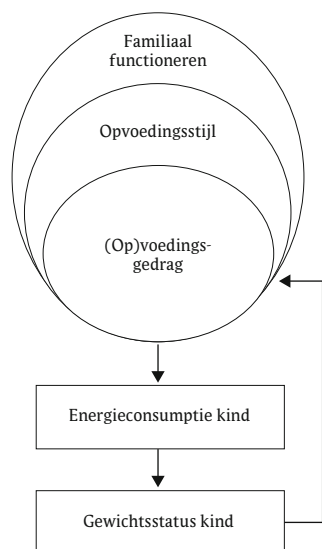
FIGUUR 1 *Vrije Nederlandse vertaling van de obesogene omgeving (Rendina et al., 2019)*

zijn (Jia, 2021b). Ook op het *niveau van de familie* bestaat deze complexiteit op zowel sociaal als fysiek niveau. Vooral ouderlijke invloeden en ouder-kindinteracties zijn cruciaal voor het omgaan met en installeren van eetgedrag en fysieke activiteit, naast de impact die massamedia daarop hebben (Rendina et al., 2019; WHO, 2016). In dit literatuuroverzicht wordt aan de hand van een theoretisch model nader ingezoomd op de ouderlijke invloeden op eetgedrag.

THEORIEËN

.....

Er bestaan tot op heden nog maar weinig algemene theoretische modellen over de rol die de familiale context speelt bij obesitas. Daarom gaan we hier uit van het model van Rhee (2008), dat vandaag nog vaak gebruikt wordt. Dit is een belangrijke theorie in dit domein om de impact van ouder-kindinteracties op eetgedrag en het karakter van de familiale obesogene omgeving te conceptualiseren. In wat volgt wordt deze theorie besproken en aangevuld met recentere inzichten.



FIGUUR 2 *Vrije Nederlandse vertaling van het model van Rhee (2008)*

Zoals figuur 2 weergeeft, moet er met verschillende dimensies rekening gehouden worden. Allereerst is er (1) de *context waarin een kind opgroeit: het familie- of gezinsfunctioneren* als de breedste dimensie. Dit verwijst naar percepties over hoe er in het gezin wordt omgegaan met dagelijkse routines, hoe ouders hun rol in de familie opnemen, hoe er onderling gecommuniceerd wordt en hoeveel emotionele verbinding er is tussen de gezinsleden (Rhee, 2008; Warnick et al., 2019). In gezinnen waarin kinderen lijden aan overgewicht of obesitas wordt er immers vaker een conflictueus en weinig cohesief klimaat vastgesteld, evenals een beperkte emotionele betrokkenheid en weinig open communicatie (Halliday et al., 2014; Skelton et al., 2020). Er is voldoende evidentie om te stellen dat een dergelijk klimaat bijdraagt aan de ontwikkeling en instandhouding van overgewicht en obesitas (Halliday et al., 2014), hoewel de onderlinge temporele relaties en causaliteit helaas nog onvoldoende duidelijk zijn (Skelton et al., 2020; Warnick et al., 2019).

Binnen deze brede context moet ingezoomd worden naar het tweede niveau: ouders hanteren (2) bepaalde *opvoedingsstijlen*, die meestal worden geconceptualiseerd aan de hand van de ouderschapsdimensies ‘warmte en responsiviteit’ en ‘eisen en verwachtingen’. Deze termen, die oorspronkelijk ontwikkeld werden door Baumrind (1968) en Maccoby en Martin (1983), worden vandaag de dag nog steeds als normatief beschouwd in wetenschappelijk onderzoek. Een autoritatieve opvoedingsstijl (waarbij hoge eisen en verwachtingen samengaan met hoge responsiviteit, betrokkenheid en emotionele warmte) werd in onderzoek consistent geassocieerd met positieve ontwikkelingsuitkomsten bij kinderen, terwijl een permissieve (hoge

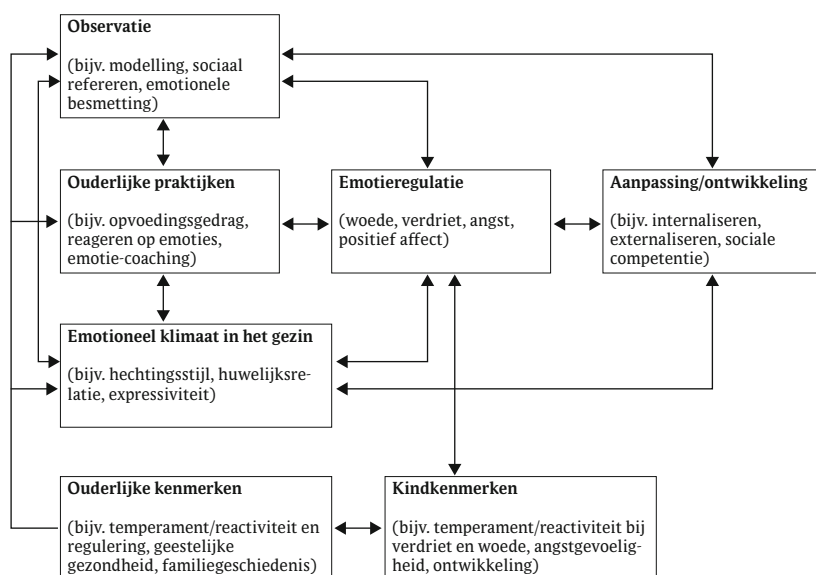
responsiviteit, maar weinig eisen en verwachtingen) en autoritaire (lage responsiviteit, maar hoge eisen en verwachtingen) opvoedingsstijl vaak geassocieerd werden met negatieve uitkomsten, zoals een hoger risico op overgewicht en obesitas (Amianto et al., 2021; Domoff & Niec, 2018; Rhee, 2008). Weinig controle en monitoring kan er immers toe bijdragen dat kinderen en jongeren gezonde eetrichtlijnen minder goed opvolgen, en vaker kiezen voor zoete of vetrijke producten. Daarbovenop kan lage responsiviteit ten grondslag liggen aan emotioneel of ongecontroleerd eetgedrag (Amianto et al., 2021).

Tot slot is de meest observeerbare factor het directe ouder-kindgedrag dat men stelt. De gedragingen van de ouders situeren zich binnen de context van het familiaal functioneren en passen binnen bepaalde opvoedingsstijlen. Ze worden ook wel omschreven als de specifieke (3) *oudergedragingen* en betreffen bijvoorbeeld hoe ouders hun kind voeden (voedingsstrategieën). Een belangrijk voorbeeld van een voedingsstrategie is het kind aanzetten tot eten (*prompting to eat*): de ouders beïnvloeden de mate en de kwaliteit van de voedselinname van hun kind door bijvoorbeeld te eisen dat het zijn bord leeeget, en gebruiken daarvoor beloningen (Rhee, 2008). Hoewel ouders daarbij goede bedoelingen hebben, kunnen kinderen daardoor hun energie leren reguleren op basis van externe cues (zoals de inhoud van hun bord of het eventueel krijgen van een beloning), eerder dan op basis van fysiologische gevoelens van honger en verzadiging (Carnell et al., 2014; Rhee, 2008; Yavuz & Selcuk, 2018). Naast deze specifieke voedingsstrategieën kunnen ouders echter ook ander specifiek gedrag vertonen waardoor sommige kinderen en jongeren sneller ongezond eetgedrag gaan stellen. Zo zijn ouders ook indirect *rolmodellen* voor zowel gezond als ongezond eetgedrag. Een ander voorbeeld is aankoopgedrag: het zijn de ouders die grotendeels bepalen welke voedingsmiddelen er in huis komen en hoe beschikbaar en bereikbaar deze zijn (Rhee, 2008). Er is consensus dat dergelijke oudergedragingen samenhangen met gezondheidsgedrag bij kinderen, en dat bepaalde vormen ervan bijdragen aan ontstaan en instandhouding van overgewicht en obesitas bij kinderen en jongeren (Domoff & Niec, 2018; Warnick et al., 2019).

Het model van Rhee (2008) is echter niet sluitend. Naast de enorme impact van ouders op het eetgedrag van hun kind, tonen recente studies ook een invloed van ouders aan op de mate van fysieke activiteit en blootstelling aan (massa)media (Domoff & Niec, 2018). Er is bijvoorbeeld een hoger risico op obesitas bij kinderen wanneer ouders de mate van schermtijd niet monitoren. Hetzelfde geldt voor blootstelling aan massamedia en voor bijvoorbeeld voedselverleidingen. Wanneer ouders geen regels stellen om blootstelling aan reclame te beperken, en weinig communiceren over doelen en impact van marketing, is de kans op overgewicht en obesitas hoger (Domoff & Niec, 2018; Tiberio et al., 2014).

Daarnaast is het model vooral behulpzaam als beschrijvend overzicht van processen. Rhee (2008) stelt dat de drie dimensies (familiaal functione-

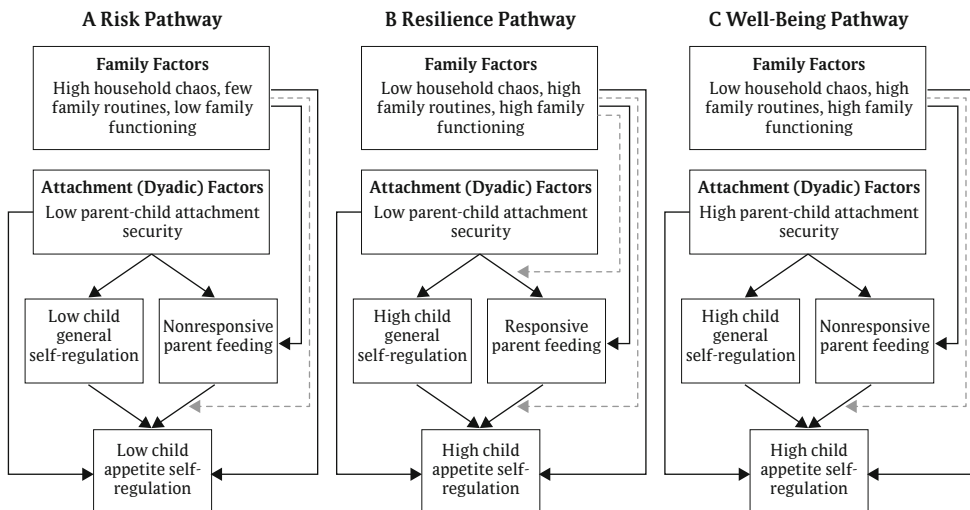
ren, ouderschapsstijl en (op)voedingsgedrag) inwerken op de consumptie van het kind en vervolgens op diens gewicht, maar hoe dat precies plaatsvindt, wordt in het model niet geëxpliciteerd. Domoff & Niec (2018) stellen minstens drie trajecten voor, en dus minstens drie mechanismen tussen enerzijds ouder-kindinteracties, en anderzijds consumptie en gewicht als gezondheidsuitkomsten. Ten eerste dragen ouder-kindinteracties volgens de auteurs rechtstreeks bij aan de sociale en emotionele ontwikkeling van het kind. Ze versterken of bufferen de negatieve impact van ruimere omgevingsinvloeden en stressoren, en dragen zo bij aan de *mate waarin het kind zijn gedrag en emoties kan reguleren* (Domoff & Niec, 2018; Morris et al., 2007, 2017). Zo is er het model van Morris (2007, 2017; zie figuur 3), dat de dimensies zoals beschreven door Rhee (2008) direct verbindt met de mate van emotieregulatie door het kind, en daardoor ook indirect met de mate van aanpassing aan en ontwikkeling van het kind in zijn omgeving (Naets et al., 2019). Dezelfde ouder-kindfactoren als in het model van Rhee (2008) komen in het model van Morris terug, zoals de rol van het emotioneel (familiaal) klimaat en het ouderlijk gedrag, aangevuld met de rol van observatie, en individuele ouder- en kindkenmerken. Deze factoren bepalen volgens het model van Morris op hun beurt de mate waarin het kind zijn emoties kan reguleren, en daaropvolgend ook de mate waarin het kind zich kan aanpassen aan zijn omgeving (bijvoorbeeld hoe het zijn eet- en beweeggedrag kan aanpassen aan zijn obesogene omgeving).



FIGUUR 3 Driedelig model over de impact van de familie op de emotieregulatie en aanpassing van kinderen van Morris en collega's (2007; vertaald in: Braet & Berking, 2019)

Ten tweede dragen ouder-kindinteracties ook bij aan de *gehechtheidsdynamiek* tussen ouder en kind, die op haar beurt opnieuw zowel het kindgedrag als het oudergedrag kan voorspellen en zo de appetitieve zelfregulatie in kinderen beïnvloedt (Domoff & Niec, 2018; Saltzman et al., 2018). Het model van Morris (zie figuur 3) besteedt hier aandacht aan, maar eerder beperkt. Een betere basis hiervoor is gelegd in het Pathways to Appetite Self-Regulation model van Saltzman en collega's (2018), zoals getoond in figuur 4. Daarin zijn familiefactoren en gehechtheidsdynamiek tussen ouder en kind ofwel (A) risicovol, ofwel (B) veerkrachtig, ofwel (C) welzijnsgefocus; als zodanig dragen ze bij aan de mate van zelfregulatie door het kind en tegelijk de voedingsstrategieën van de ouder, die bepalen of het kind lage of hoge appetitieve zelfregulatie zal vertonen. Vooral op de 'risicovolle weg' (*risk pathway*) leert het kind zijn eet- en beweggedrag niet goed reguleren, omdat er sprake is van onveilige gehechtheid in de ouder-kindinteractie (Bosmans et al., 2009; Goossens et al., 2011). De interacties tussen ouder en kind hebben zodanig vorm gekregen, dat het wederzijds onvoorwaardelijk vertrouwen in elkaars aanwezigheid en liefde ontbreekt. Ouders kunnen dan moeilijker responsief zijn wat betreft de noden en behoeften van hun kinderen, waardoor die zichzelf niet leeftijdsadequaat leren reguleren en ouders niet-responsieve voedingsstrategieën aanwenden (Saltzman et al., 2018).

Ten derde is de ouder-kindinteractie onderhevig aan de *invloed van de dimensies onderling*. De specifieke voedingsstrategieën van ouders en de mate waarin deze impact hebben, worden ook beïnvloed door kindkenmerken (Domoff & Niec, 2018). Bovengenoemde ouderfactoren zijn immers



FIGUUR 4 Development of Appetite Self-Regulation Model van Saltzman en collega's (2018)

telkens te situeren binnen een wederzijdse ouder-kindinteractie, wat betekent dat ouders nooit eenzijdig met de vinger gewezen kunnen worden voor ongezond gedrag bij hun kind (Pinquart, 2014; Rhee, 2008). Ouders zijn bijvoorbeeld sneller geneigd om specifieke voedingsstrategieën te gebruiken als het kind moeilijk eet of kieskeurig is, en hebben minder energie om emotioneel responsief te zijn wanneer het kind op basis van zijn temperament en persoonlijkheidstrekken de neiging heeft om snel in een woedebui uit te barsten (Rhee, 2008). Een belangrijke bekende temperamentstrek is bijvoorbeeld gevoeligheid voor beloning: vooral jongeren met ontwikkeld overgewicht vinden het veel lastiger om (voedsel)verleidingen te weerstaan (Verbeken et al., 2012). Een andere mogelijkheid is dat wanneer ouders op een bepaald punt proberen om gezonde strategieën aan te meten, voorgaande familieconflicten deze pogingen tenietdoen (Domoff & Niec, 2018). Tot op heden is er echter geen theoretisch model beschikbaar dat deze bidirectionaliteit expliciet meeneemt, waardoor de aard van de onderlinge relaties ongetoetst blijven.

Niet alleen bij kinderen en jongeren met overgewicht en obesitas is de rol van de ouders en de ouder-kindinteractie essentieel; het blijkt een transdiagnostisch proces (Dudley et al., 2011). De ouder-kindrelatie is niet alleen van voorspellende waarde voor eetgedrag en gewichtstatus van kinderen, maar kan ook verschillende andere (mentale) gezondheidssuitkomsten bij kinderen en jongeren op zijn minst gedeeltelijk verklaren (Liddle, 2016; Maliken & Katz, 2013; Morris et al., 2017; Whitmore et al., 2021). Zo werd – naar het voorbeeld van Morris en collega's (2007) – eerder ook al een complex verband vastgesteld tussen enerzijds ouder-kinddynamieken, en anderzijds angstproblemen (Bahtiyar & Gençöz, 2021), depressieve symptomen (Johnco et al., 2021) en gedragsstoornissen (Highlander et al., 2021). Zo rapporteerden Bahtiyar en Gençöz (2021) dat verwerping door vaders en overbescherming door moeders in de kindertijd in verband staan met hoeveel angst kinderen later als volwassenen ervaren, vooral omdat verwerping en overbescherming de emotieregulatie van kinderen beïnvloeden (Bahtiyar & Gençöz, 2021).

BEHANDELING

.....

Ondanks het belang van ouder-kindinteracties in de complexe etiologie van zowel overgewicht als andere (mentale) gezondheidsproblemen, wordt bij de behandeling echter nog vaak de nadruk op het kind gelegd, zeker bij kinderen en jongeren ouder dan 8 jaar (Bean et al., 2020). Zoals eerder vermeld, heeft dit te maken met de heersende visie op gewichtsproblemen, namelijk als een onevenwicht in de energiebalans. De standaard behandeling voor kinderen en jongeren met overgewicht en obesitas bestaat dan ook uit een kindprogramma dat een gezonde levensstijl en gewichtscntrole nastreeft door een gezond

eetpatroon en fysieke activiteit te installeren, gefaciliteerd door gedragstherapeutische technieken (Al-Khudairy et al., 2017; Mead et al., 2017). Een van de bekendste Nederlandstalige protocollen is *Kinderen en jongeren met overgewicht* van Braet, Joossens, Mels en collega's (2010). Bij deze en soortgelijke programma's worden ouders meestal wel betrokken, maar niet altijd in dezelfde mate (Al-Khudairy et al., 2017; Mead et al., 2017). Over programma's heen bestaat er immers veel variatie in de mate waarin ouders daadwerkelijk bij het therapeutisch proces betrokken worden (Bergmann et al., 2019) en blijft de nadruk vaak liggen op verandering in en door het kind. Bovendien bestaan er momenteel helaas geen specifieke behandelingsmethoden die zich tegelijkertijd richten op de verschillende dimensies van de ouder-kindrelatie zoals geformuleerd in bovenstaande theoretische modellen.

Wel zien we verschillende initiatieven die zich op aparte componenten richten en dat sommige studies verschuiven van kindprogramma's naar ouderprogramma's. Programma's als *Tuning into Kids* (Havighurst et al., 2013) en de leeftijdsspecifieke varianten ervan (Lauw et al., 2014; Wilson et al., 2014) toonden al aan dat programma's die focussen op hoe ouders met hun kind in interactie treden effectief kunnen zijn om gedragsproblemen bij kinderen te verminderen. In *Tuning into Kids* wordt de ouders specifieke vaardigheden op het vlak van emotiecoaching aangeleerd. Ze leren bijvoorbeeld inschatten wanneer negatieve emoties hoog oplopen en hoe ze daaraan tegemoet kunnen komen (Havighurst et al., 2004). Ook op het vlak van overgewicht bij kinderen en jongeren zijn er programma's die volledig de mediatietrainingsprincipes volgen die zijn ontleend aan de gedragstherapie (Braet, Joossens, Mels et al., 2010) en die goed geëvalueerd zijn (Moens & Braet, 2012). Recent zijn er echter ook programma's beschikbaar die focussen op emotioneel coachen speciaal bij die doelgroep, zoals *Emotion Focused Parent Training* (EFPT), die Boutelle en collega's (2018) toepasten bij adolescenten die kampen met emotioneel eten en hun ouders. Dit programma is echter vooral een onderzoeksprotocol. Daarnaast bestaan er ook zogenaamde *parent-only*-interventies, die de nadruk leggen op oudertraining, waarvan enkele meta-analyses suggereren dat die effecten kunnen hebben gelijkaardig aan die van standaard kindprogramma's (Jull & Chen, 2013; Loveman et al., 2015). Zo bestaan er de *NOURISH*- en *NOURISH+MI*-studies (Bean et al., 2019; Mazzeo et al., 2014), waarbij gefocust wordt op de ouder als rolmodel, op hun *self-efficacy* en op strategieën om het gezin en de voedingsmomenten te managen en te reguleren. Er wordt hierbij ook aandacht besteed aan het empoweren van de ouders en aan hen motiveren om zelf de situatie en ouder-kindrelatie (in relatie tot voeding en in het algemeen) in handen te nemen. Aan de *NOURISH+MI*-studie werd bovendien een module motivationeel interviewen toegevoegd. Uit de studieresultaten van deze interventies bleek een verbetering in de BMI van de kinderen (Mazzeo et al., 2014); vooral het toevoegen van één MI-sessie bleek tot hogere therapietrouw te leiden (Bean et al., 2019). Over *parent-only*-studies heen blijven de bevindingen echter nog inconsistent, omdat de stu-

dies enorm variëren wat betreft inhoud, steekproefeigenschappen, opvolgduur, enzovoort (Loveman et al., 2015; Warschburger et al., 2016). De meest robuuste resultaten zijn te vinden in *Family-Based Therapy* (FBT; Bergmann et al., 2019; Epstein et al., 2007; Wilfley & Balantekin, 2018). In FBT voor overgewicht en obesitas worden kind en ouder vaak samen behandeld, en zowel individueel als in groep gecoacht, en worden ouders vaardigheden aangeleerd om gedragsverandering bij hun kinderen te faciliteren (Epstein et al., 2007). Een voorwaarde om tot FBT toegelaten te worden is dat minstens één ouder zelf ook obesitas heeft.

DISCUSSIE

.....

Jammer genoeg zijn FBT en de andere beschreven programma's erg tijds- en arbeidsintensief, en is de therapietrouw eerder laag (Bergmann et al., 2019; Smith et al., 2017). Weinig gezinnen vinden de weg ernaartoe en nog minder gezinnen houden het vol (Epstein et al., 2007; Kelleher et al., 2017). Net als bij andere aandoeningen (zoals externaliserende en internaliserende problemen), vormen lange wachtlijsten, hoge financiële kosten en de vereiste arbeidsintensiviteit voor veel gezinnen te grote hindernissen om overgewicht en obesitas gezamenlijk aan te pakken (Kelleher et al., 2017; Radez et al., 2021). Bovendien zijn veel van deze programma's eerder experimenteel en nog niet ingeburgerd in de dagelijkse praktijk. Over het algemeen kan gezegd worden dat tot 70% van de gezinnen met kinderen en jongeren met (mentale) gezondheidsproblemen geen gepaste hulpverlening krijgt (Coppens et al., 2015; Merikangas et al., 2011). Zeker in het geval van overgewicht en obesitas ervaren zowel kinderen als hun ouders nog veel stigma en vooroordelen, die hen ervan weerhouden om gespecialiseerde hulp te zoeken (Holub et al., 2011; Pont et al., 2017; Tomiyama et al., 2018).

Alternatieven zijn te vinden binnen de principes van *stepped care*, die momenteel hun vertaalslag krijgen in de eerstelijns hulpverlening. De term 'stepped care' verwijst naar vroege interventies waarbij minimale maar goed onderbouwde programma's worden aangeboden voor gezinnen met milde problemen; pas wanneer de ernstgraad en dringendheid van de problematiek hoog is, wordt overgegaan naar intensieve therapie (Davison, 2000; Rijnders et al., 2010). Gezien de cruciale rol van de ouder-kindrelatie voor het begrijpen van overgewicht en de hoge veranderbaarheidsgraad ervan, zijn vroege ouderinterventies daar uitermate geschikt voor. Dit kan heel laagdrempelig gebeuren. Met name het verstrekken van psycho-educatie is een mogelijke eerste, maar belangrijke piste om te bewandelen binnen de stepped-careprincipes, aangezien psycho-educatie beschouwd wordt als een evidence-based manier om vroege stappen te zetten om (mentale) gezondheidsproblemen aan te pakken (Inchley et al., 2016). Psycho-educatie omvat verschillende mogelijke technieken, die de betrokkene informeren en

actieve, werkbare kennis bieden, die meer inzicht geeft in de problematiek (Lukens & McFarlane, 2006). Daarom is psycho-educatie een belangrijke fase voorafgaand aan verandering en een haalbare stap voor hulpverleners, en wordt het goed onthaald door gezinnen die in andere programma's vaak stigma en andere drempels ondervinden (Reong & Astuti, 2019). Voor gezinnen is psycho-educatie vaak een makkelijke eerste stap naar zelfmanagement (Bierman et al., 2019) en een snelle manier om hun weer het gevoel te geven grip te hebben op hun situatie (Haslam-Hopwood et al., 2006). In de behandeling van overgewicht en obesitas kan goede psycho-educatie gezondheidsprincipes en competenties aanleren, en ouders actief laten participeren in het zoeken naar een alternatieve levensstijl (van Mil & Struik, 2017). Bovendien leent psycho-educatie zich als vroeginterventie ook gemakkelijk voor innovatie, aangezien het zich snel laat vertalen naar e-health-formaat (O'Donohue & Draper, 2010). Sowieso zoekt men bij chronische gezondheidsproblemen vaak informatie op het internet, waardoor e-health heel toegankelijk kan zijn. Het spaart ook tijd uit binnen de traditionele hulpverlening, waarin vaak geen tijd of mogelijkheden zijn om patiënten en hun gezinnen actief te informeren (Beatty & Lambert, 2013; Hamel & Robbins, 2013; Wang et al., 2020). E-health verwijst naar technologische toepassingen die gezondheidszorg kunnen faciliteren of optimaliseren (Eysenbach, 2001) en die bestaande barrières in de gezondheidszorg kunnen overbruggen (Christensen & Hickie, 2010). Voor de hulpverlening bieden ze de mogelijkheid om sterk gestructureerd, gestandaardiseerd en onderbouwd informatie en toepassingen aan te bieden (Rapoff, 2013). Voor gezinnen zijn ze een eenvoudige weg naar correcte informatie en verhogen ze de toegankelijkheid van de hulpverlening. Zowel als zelfhulpprogramma als als deel van *blended* hulpverlening zijn e-healthmodules immers meestal in eigen tempo thuis door te nemen, waardoor gezinnen er weinig tot geen werk- of schooluren aan hoeven op te offeren (Beatty & Lambert, 2013; Rapoff, 2013). Voor adolescenten met chronische aandoeningen als overgewicht en obesitas tonen recente effectiviteitsstudies veelbelovende resultaten (An et al., 2009; Pennant et al., 2015; Riper et al., 2010). Zo kunnen bepaalde apps en websites adolescenten helpen naar bijvoorbeeld meer fysieke activiteit (An et al., 2009). Ouders vallen hier opnieuw vaak uit de boot als actieve partners in verandering. In de pilotstudie van Bergmann en collega's (2019) werd de effectiviteit getest van een e-health-FBT, waarbij oudercursussen (op zijn minst gedeeltelijk) online werden aangeboden. In dit geval werden ouders begeleid doorheen een zelfhulpoudercursus. Gevonden werd dat een dergelijke interventie even effectief kan zijn als een traditionele FBT om het gewicht te doen afnemen bij kinderen en jongeren met obesitas. Tot nu toe worden dit soort interventies in de praktijk nog niet toegepast, onder meer omdat nog onvoldoende duidelijk is of dergelijke e-healthtoepassingen ook daadwerkelijk aansluiten bij de doelgroep, als acceptabel worden ervaren of welke componenten ervan het meeste werkzaam zijn (Azevedo et al., 2022).

Bovendien is en blijft de toegang tot FBT in de praktijk beperkt en bestaan er nog geen concrete studies naar interventies in de eerste lijn die meer stepped-care zijn, zoals psycho-educatieve vroeginterventies voor ouders van kinderen en jongeren met (mild) overgewicht.

Een belangrijke oplossing is om essentiële eerstelijnspartners meer te betrekken. Dat vraagt om samenwerking, omdat het bereiken van gezinnen en de vroegdetectie van problemen zelfs in de stepped-care e-health een uitdaging blijft. Doel is om gezinnen de weg naar de juiste bronnen te laten vinden. Belangrijke partners daarin zijn zowel huisartsen als de schoolomgeving (Fowler-Brown & Kahwati, 2004; Pollio et al., 2005). Vaak zijn juist zij diegenen die overgewicht detecteren, samen met andere vroege signalen, zoals problemen in de ouder-kindrelatie. Zowel kinderen als hun ouders komen frequent bij huisartsen of via scholen bij Centra voor Leerlingenbegeleiding aankloppen met hieraan gerelateerde vragen (De internetten-samenwerkingscel, 2019; Vancoppenolle et al., 2020). Binnen het stepped-carekader zijn deze partners dan ook cruciaal om kinderen, adolescenten en hun ouders te engageren om levensstijlgedrag te veranderen. Centra voor Leerlingenbegeleiding zijn daarvoor uiterst geschikt, omdat ze goed georganiseerd zijn om de levensstijl en het gewicht van kinderen te monitoren en tegelijkertijd biopsychosociale eerstelijns hulp te kunnen bieden.

Vanaf 2016 werd op grond van al deze inzichten een e-healthprogramma bestaande uit vier modules ontwikkeld voor ouders van kinderen met overgewicht. Via diverse focusgroepen zijn nadien de modules op hun *feasibility* geëvalueerd en waar nodig aangepast. Momenteel loopt met een nieuwe financiering van het FWO het eerste project dat de effectiviteit zal onderzoeken van deze e-health vroeginterventie. Ouders krijgen thuis en in hun eigen tempo psycho-educatie, kunnen zelftoetsen maken en zo inzicht krijgen in hun opvoedingsstijl, hun familieklimaat en hun communicatiestijl (die ze indien gewenst kunnen aanpassen). Ze worden ondersteund door videoclipen en chatboxen, en werken via emotionele coaching tevens aan de verbetering van het welzijn van hun kinderen. Deze interventie wordt geïmplementeerd via de schoolcontext. Ze maakt gebruik van een universele aanpak middels flyers aan alle ouders, omdat ouders via school gemakkelijk bereikbaar zijn. Bovendien zijn leerlingenbegeleiders vaak de eersten om hulpvragen te detecteren, en kunnen ze toegankelijke en heel laagdrempelige hulp aanbieden.

CONCLUSIE

.....

Overgewicht en obesitas zijn aanwezig bij miljoenen kinderen wereldwijd. Deze chronische aandoeningen worden beschouwd als een van de grootste gezondheidsuitdagingen van de eenentwintigste eeuw (WHO, 2020). Hoewel bestaande programma's op het vlak van *multidisciplinary obesity treat-*

ment (MOT) gunstige effecten hebben op het gewicht en de levensstijl van kinderen en adolescenten, is het langetermijnsucces van MOT-programma's nog voor verbetering vatbaar (Al-Khudairy et al., 2017; Mead et al., 2017). Een belangrijke verklaring hiervoor ligt in de complexe multicausale etiologie van overgewicht en obesitas, waardoor het lastig is om via het kind op alle onderliggende processen in te spelen (Selassie & Sinha, 2011). Zo is het levensstijlgedrag van kinderen en adolescenten onderhevig aan de invloed van diverse dichte (op het niveau van de familie) en distale (op het niveau van de gemeenschap) contexten, tegenwoordig gedefinieerd als de obesogene omgeving (Rendina et al., 2019; WHO, 2016). Hoewel vandaag de dag verschillende pogingen ondernomen worden om op gemeenschapsniveau de impact van de obesogene omgeving in te dijken, ligt de grootste kans op verandering in de dichte omgeving, waar zowel familiale als gemeenschapsprocessen gebufferd kunnen worden (Fisberg et al., 2016). Een van de belangrijkste mechanismen tot een concrete aanpak hiervan is de ouder-kindrelatie (Rhee, 2008). Ouders hebben immers rechtstreeks invloed op de consumptie en dus ook op het gewicht van het kind, en kunnen tot ver in de adolescentie het verschil maken wat betreft levensstijlaanpassingen (Rhee, 2008). Er bestaan verschillende theoretische assumpties over de rol van de ouder-kindrelatie. Zo stelt Rhee (2008) dat overgewicht en obesitas aangepakt kunnen worden door in te spelen op zowel het familiale klimaat, de opvoedingsstijl, als de specifieke (op)voedingsgedragingen. Domoff en Niec (2018) spitten de link tussen deze factoren en het overgewicht bij kinderen nog verder uit. Ze identificeerden specifieke mechanismen en links tussen enerzijds deze ouder-kindinteracties, en anderzijds consumptie en gewicht als gezondheidsuitkomsten. Ten eerste hebben deze factoren invloed op de mate van emotieregulatie, en daardoor op de sociale en emotionele aanpassing van kinderen en adolescenten aan omgevingsinvloeden (Domoff & Niec, 2018; Morris et al., 2007, 2017); ten tweede installeren ouder-kindinteracties ook bepaalde gehechtheidsdynamieken, die op hun beurt appetitieve zelfregulatie kunnen beïnvloeden (Domoff & Niec, 2018; Saltzman et al., 2018); en ten derde is de ouder-kindinteractie onderhevig aan bidirectiona- liteit, bij uitstek het domein van de gedragstherapie (Domoff & Niec, 2018).

Ondanks het belang van de ouder-kindrelatie bij zowel het ontstaan als de instandhouding van overgewicht, en de mogelijkheden die ze biedt om distale omgevingsprocessen te bufferen, wordt hierop in de behandeling van overgewicht nog te weinig systematisch gefocust. Zeker bij kinderen van 8 jaar of ouder probeert men vooral verandering te installeren bij het kind. Bovendien verschillen behandelingen in de mate waarin ze ouders betrekken en zijn er geen richtlijnen welke behandeling de voorkeur krijgt (Al-Khudairy et al., 2017; Mead et al., 2017). De bestaande programma's en onderzoeksprotocollen die de nadruk op zijn minst deels verschuiven of uitbreiden naar de ouder-kindrelatie houden ook onvoldoende rekening met alle aspecten tegelijk.

Een laatste probleem is dat de meeste interventies slechts beschikbaar zijn op experimenteel niveau en nog niet gepubliceerd zijn (met uitzondering van het geëvalueerde ouderprotocol van Braet, Joossens, Mels en collega's (2010; zie ook: Moens & Braet, 2012), althans nog niet zijn uitgerold als toepassingen voor de klinische praktijk. Family-based therapies (FBT's) leunen het dichtst aan tegen programma's die van ouders een sterke betrokkenheid eisen bij het behandelen van overgewicht bij kinderen en adolescenten. FBT's zijn echter enkel geschikt wanneer ook de ouder aan obesitas lijdt. Omdat FBT's heel tijds- en arbeidsintensief zijn, hebben ze bovendien het probleem dat ze weinig gezinnen bereiken (Bergmann et al., 2019; Smith et al., 2017). Stepped-care hulpverlening, waarin plaats is voor vroege interventies, is wat dit betreft belangrijk om te bewandelen. Hierin zien we vooral een belangrijke rol voor een pakket psycho-educatie aan de ouders, als een veelbelovende strategie om zoveel mogelijk ouders onderbouwde informatie te bieden.

Gezien de versnelde digitalisering van de laatste jaren (zeker tijdens de COVID-19-epidemie) is het e-healthformaat potentieel een uiterst geschikt platform om drempels die gezinnen ervaren met traditionele face-to-face therapie (om redenen van stigmatisering, kosten en tijdsinvestering) te overbruggen. Effectiviteitsstudies naar gedigitaliseerde zorg op het vlak van overgewicht en obesitas bij de jeugd blijven echter schaars. Een van de belangrijkste voorwaarden blijft echter goede vroegdetectie, waarvoor samenwerking met eerstelijnspartners essentieel is. Zeker de rol van huisartsen en schoolcontext is daarin niet te onderschatten: die kunnen zowel kinderen, adolescenten als ouders die behoefte hebben aan hulp vroegtijdig detecteren en naar een vroeginterventie leiden. Op deze manier kan in een vroeg stadium van overgewicht worden ingegrepen op een van de belangrijkste mechanismen van overgewicht, namelijk de ouder-kindrelatie. Zo kunnen kinderen, adolescenten en hun ouders samenwerken om actief en zelfregulerend de impact van zowel de dichte als verre obesogene omgeving op hun levensstijl te bufferen.

Tiffany Naets, Maurane Desmet en Caroline Braet zijn verbonden aan de Vakgroep Ontwikkelings-, Persoonlijkeids- en Sociale Psychologie, Universiteit Gent. Tiffany Naets werkt daarnaast voor het Cluster Gezondheidszorg (Zorginnovatie & Opleiding Voedings- en Dieetkunde), Odisee Hogeschool, België.

Correspondentieadres: Maurane Desmet, Universiteit Gent, VOPSPsy, Henri Dunantlaan 2, 9000 Gent. E-mail: maurane.desmet@ugent.be.

Summary *Parent-child interactions in eating behavior and aetiology of weight problems*

Overweight and obesity entail health risks to millions of children and adolescents worldwide. The etiology of these weight problems is complex. Among other

variables, the obesogenic environment makes it difficult to maintain a healthy lifestyle. This literature review focuses on the familial obesogenic environment, starting from theoretical models and possible underlying mechanisms. Next, the translation of these insights into the current treatment of overweight and obese children and adolescents is discussed. We can conclude a unilateral focus on changes in child characteristics, while parental involvement and the familial obesogenic environment are not always properly addressed. The possibilities of stepped-care e-health psycho-education are explored, in order to reach as many parents and children as possible who currently struggle to find their way to health care.

Keywords *weight problems, children, family approach, stepped care, e-health, psycho-education*

Literatuur

- Al-Khudairy, L., Loveman, E., Colquitt, J. L., Mead, E., Johnson, R. E., Fraser, H., Olajide, J., Murphy, M., Velho, R. M., O'Malley, C., Azevedo, L. B., Ells, L. J., Metzendorf, M. I., & Rees, K. (2017). Diet, physical activity and behavioural interventions for the treatment of overweight or obese adolescents aged 12 to 17 years. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6, CD012691.
- Amianto, F., Martini, M., Olandese, F., Davico, C., Abbate-Daga, G., Fassino, S., & Vitiello, B. (2021). Affectionless control: A parenting style associated with obesity and binge eating disorder in adulthood. *European Eating Disorders Review*, 29, 178-192.
- An, J.-Y., Hayman, L. L., Park, Y.-S., Dusaj, T. K., & Ayres, C. G. (2009). Web-based weight management programs for children and adolescents: A systematic review of randomized controlled trial studies. *Advances in Nursing Science*, 32, 222-240.
- Azevedo, L. B., Stephenson, J., Ells, L., Adu-Ntiamoah, S., DeSmet, A., Giles, E. L., Haste, A., O'Malley, C., Jones, D., Chai, L. K., Burrows, T., Collins, C. E., van Grieken, A., & Hudson, M. (2022). The effectiveness of e-health interventions for the treatment of overweight or obesity in children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Obesity Reviews*, 23, e13373.
- Bahtiyar, B., & Gençöz, T. (2021). The association between perceived parenting and adulthood anxiety: The mediator roles of emotion regulation, shame and anger. *Current Psychology*. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-02279-1>
- Baumrind, D. (1968). Authoritarian vs. authoritative parental control. *Adolescence*, 3, 255.
- Bean, M. K., Caccavale, L. J., Adams, E. L., Burnette, C. B., LaRose, J. G., Raynor, H. A., Wickham, E. P., & Mazzeo, S. E. (2020). Parent involvement in adolescent obesity treatment: A systematic review. *Pediatrics*, 146, e20193315.
- Bean, M. K., Thornton, L. M., Jeffers, A. J., Gow, R., & Mazzeo, S. E. (2019). Impact of motivational interviewing on engagement in a parent-exclusive paediatric obesity intervention: Randomized controlled trial of NOURISH+ MI. *Pediatric Obesity*, 14, e12484.
- Beatty, L., & Lambert, S. (2013). A systematic review of internet-based self-help therapeutic interventions to improve distress and disease-control among adults with chronic health conditions. *Clinical Psychology Review*, 33, 609-622.

- Bergmann, K., Mestre, Z., Strong, D., Eichen, D. M., Rhee, K., Crow, S., Wilfley, D., & Boutelle, K. N. (2019). Comparison of two models of family-based treatment for childhood obesity: A pilot study. *Childhood Obesity*, 15, 116-122.
- Bierman, A., Jonkers-van der Heijden, C., Arets, C., & Boumans, C. (2019). E-health in long-stay psychiatric care: Blended care psycho-education on psychosis. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 61, 644-648.
- Bosmans, G., Goossens, L., & Braet, C. (2009). Attachment and weight and shape concerns in inpatient overweight youngsters. *Appetite*, 53, 454-456.
- Boswell, N., Byrne, R., & Davies, P. S. (2019). Family food environment factors associated with obesity outcomes in early childhood. *BMC Obesity*, 6, 1-11.
- Boutelle, K. N., Braden, A., Knatz-Peck, S., Anderson, L. K., & Rhee, K. E. (2018). An open trial targeting emotional eating among adolescents with overweight or obesity. *Eating Disorders*, 26, 79-91.
- Braet, C., & Berking, M. (red.). (2019). *Emotieregulatietraining bij kinderen en adolescenten*. Springer.
- Braet, C., Joossens, L., Mels, S., Moens, E., & Tanghe, A. (2010). *Kinderen en jongeren met overgewicht*. Garant Uitgevers.
- Braet, C., Joossens, L., & Moens, E. (2010). *Kinderen en jongeren met overgewicht: Werkboek voor ouders*. Garant Uitgevers.
- Carnell, S., Benson, L., Driggin, E., & Kolbe, L. (2014). Parent feeding behavior and child appetite: Associations depend on feeding style. *International Journal of Eating Disorders*, 47, 705-709.
- Casey, R., Oppert, J.-M., Weber, C., Charreire, H., Salze, P., Badariotti, D., Banos, A., Fischler, C., Hernandez, C. G., Chaix, B., & Simon, C. (2014). Determinants of childhood obesity: What can we learn from built environment studies? *Food Quality and Preference*, 31, 164-172.
- Christensen, H., & Hickie, I. B. (2010). E-mental health: A new era in delivery of mental health services. *Medical Journal of Australia*, 192, S2.
- Cole, T. J., Bellizzi, M. C., Flegal, K. M., & Dietz, W. H. (2000). Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: International survey. *BMJ*, 320, 1240.
- Coppens, E., Vermet, I., Knaeps, J., De Clerck, M., De Schrijver, I., Matot, J., & Van Audenhove, C. (2015). *Adolescent mental health care in Europe: State of the art, recommendations, and guidelines by the ADOCARE network*. European Union. www.adocare.eu/wp-content/uploads/2015/12/ADO-CARE-UK-2015.pdf
- Cornejo-Pareja, I. M., Gómez-Pérez, A. M., Fernández-García, J. C., Barahona San Millan, R., Aguilera Luque, A., de Hollanda, A., Jiménez, A., Jimenez-Murcia, S., Munguia, L., Ortega, E., Fernandez-Aranda, F., Fernández-Real, J. M., & Tinahones, F. (2020). Coronavirus disease 2019 (COVID-19) and obesity: Impact of obesity and its main comorbidities in the evolution of the disease. *European Eating Disorders Review*, 28, 799-815.
- Cuschieri, S., & Grech, S. (2020). COVID-19: A one-way ticket to a global childhood obesity crisis? *Journal of Diabetes & Metabolic Disorders*, 19, 2027-2030.
- Davison, G. C. (2000). Stepped care: Doing more with less? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 580.
- Davison, K. K., & Birch, L. (2001). Childhood overweight: A contextual model and recommendations for future research. *Obesity Reviews*, 2, 159-171.

- De internettensamenwerkingscel (2019). *Het CLB in cijfers: Schooljaar 2018-2019*. <https://mailchi.mp/b165351146ad/jaarverslag-clb-sec-tor-2016-581007>
- DeSimone, M. E. (2020). The future of obesity care. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 32, 489.
- Domoff, S. E., & Niec, L. N. (2018). Parent-child interaction therapy as a prevention model for childhood obesity: A novel application for high-risk families. *Children and Youth Services Review*, 91, 77-84.
- Dudley, R., Kuyken, W., & Padesky, C. A. (2011). Disorder specific and trans-diagnostic case conceptualisation. *Clinical Psychology Review*, 31, 213-224.
- Epstein, L. H., Paluch, R. A., Roemmich, J. N., & Beecher, M. D. (2007). Family-based obesity treatment, then and now: Twenty-five years of pediatric obesity treatment. *Health Psychology*, 26, 381.
- Eysenbach, G. (2001). What is e-health? *Journal of Medical Internet Research*, 3, E20.
- Fisberg, M., Maximino, P., Kain, J., & Kovalskys, I. (2016). Obesogenic environment-intervention opportunities. *Jornal de Pediatria*, 92, 30-39.
- Fowler-Brown, A., & Kahwati, L. C. (2004). Prevention and treatment of overweight in children and adolescents. *American Family Physician*, 69, 2591-2598.
- Fredriks, A. M., van Buuren, S., Wit, J. M., & Verloove-Vanhorick, S. (2000). Body index measurements in 1996-7 compared with 1980. *Archives of Disease in Childhood*, 82, 107-112.
- Goossens, L., Braet, C., Bosmans, G., & Decaluwé, V. (2011). Loss of control over eating in pre-adolescent youth: The role of attachment and self-esteem. *Eating behaviors*, 12, 289-295.
- Goossens, L., Braet, C., van Vlierberghe, L., & Mels, S. (2009). Weight parameters and pathological eating as predictors of obesity treatment outcome in children and adolescents. *Eating Behaviors*, 10, 71-73.
- Halliday, J. A., Palma, C. L., Mellor, D., Green, J., & Renzaho, A. (2014). The relationship between family functioning and child and adolescent overweight and obesity: A systematic review. *International Journal of Obesity*, 38, 480-493.
- Hamel, L. M., & Robbins, L. B. (2013). Computer- and web-based interventions to promote healthy eating among children and adolescents: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 69, 16-30.
- Haslam-Hopwood, G. T. G., Allen, J. G., Stein, A., & Bleiberg, E. (2006). Enhancing mentalizing through psycho-education. In J. G. Allen & P. Fonagy (Eds.), *Handbook of mentalization-based treatment* (pp. 249-267). John Wiley & Sons.
- Havighurst, S. S., Harley, A., & Prior, M. (2004). Building preschool children's emotional competence: A parenting program. *Early Education & Development*, 15, 423-448.
- Havighurst, S. S., Wilson, K. R., Harley, A. E., Kehoe, C., Efron, D., & Prior, M. R. (2013). 'Tuning into Kids': Reducing young children's behavior problems using an emotion coaching parenting program. *Child Psychiatry & Human Development*, 44, 247-264.
- Highlander, A., Zachary, C., Jenkins, K., Loiselle, R., McCall, M., Youngstrom, J., McKee, L. G., Forehand, R., & Jones, D. J. (2021). Clinical presentation and treatment of early-onset behavior disorders: The role of parent emotion regulation, emotion socialization, and family income. *Behavior Modification*. <https://doi.org/10.1177/01454455211036001>
- Hill, J. O. (2006). Understanding and addressing the epidemic of obesity:

- An energy balance perspective. *Endocrine Reviews*, 27, 750-761.
- Hill, J. O., Wyatt, H. R., & Peters, J. C. (2012). Energy balance and obesity. *Circulation*, 126, 126-132.
- Holub, S. C., Tan, C. C., & Patel, S. L. (2011). Factors associated with mothers' obesity stigma and young children's weight stereotypes. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 32, 118-126.
- Inchley, J., Currie, D., Young, T., Samdal, O., Torsheim, T., Augustson, L., & Barnekow, V. (2016). *Growing up unequal: Gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: International Report from the 2013/2014 survey*. World Health Organization.
- Jia, P. (2021a). A changed research landscape of youth's obesogenic behaviours and environments in the post-COVID-19 era. *Obesity Reviews*, 22, e13162.
- Jia, P. (2021b). Obesogenic environment and childhood obesity. *Obesity Reviews*, 22, e13158.
- Johnco, C. J., Magson, N. R., Fardouly, J., Oar, E. L., Forbes, M. K., Richardson, C., & Rapee, R. M. (2021). The role of parenting behaviors in the bidirectional and intergenerational transmission of depression and anxiety between parents and early adolescent youth. *Depression and Anxiety*, 38, 1256-1266.
- Jull, A., & Chen, R. (2013). Parent-only vs. parent-child (family-focused) approaches for weight loss in obese and overweight children: A systematic review and meta-analysis. *Obesity Reviews*, 14, 761-768.
- Kelleher, E., Davoren, M. P., Harrington, J. M., Shiely, F., Perry, I. J., & McHugh, S. M. (2017). Barriers and facilitators to initial and continued attendance at community-based lifestyle programmes among families of overweight and obese children: A systematic review. *Obesity Reviews*, 18, 183-194.
- Kumar, S., & Kelly, A. S. (2017). Review of childhood obesity: From epidemiology, etiology, and comorbidities to clinical assessment and treatment. *Mayo Clinic Proceedings*, 92, 254-265.
- Lauw, M. S. M., Havighurst, S. S., Wilson, K. R., Harley, A. E., & Northam, E. A. (2014). Improving parenting of toddlers' emotions using an emotion coaching parenting program: A pilot study of Tuning into Toddlers. *Journal of Community Psychology*, 42, 169-175.
- Liddle, H. A. (2016). Multidimensional family therapy: Evidence base for transdiagnostic treatment outcomes, change mechanisms, and implementation in community settings. *Family Process*, 55, 558-576.
- Loveman, E., Al-Khudairy, L., Johnson, R. E., Robertson, W., Colquitt, J. L., Mead, E. L., Ells, L. J., Metzendorf, M. I., & Rees, K. (2015). Parent-only interventions for childhood overweight or obesity in children aged 5 to 11 years. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 12, CD012008.
- Lukens, E. P., & McFarlane, W. R. (2006). Psychoeducation as evidence-based practice. *Foundations of Evidence-based Social Work Practice*, 291, 205-225.
- Maccoby, E. E., & Martin, J. (1983). Socialization in the context of the family: Parent-child interaction. *Handbook of Child Psychology*, 4, 1-101.
- Maliken, A. C., & Katz, L. F. (2013). Exploring the impact of parental psychopathology and emotion regulation on evidence-based parenting interventions: A transdiagnostic approach to improving treatment effectiveness. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 16, 173-186.

- Mazzeo, S. E., Kelly, N. R., Stern, M., Gow, R. W., Cotter, E. W., Thornton, L. M., Evans, R. K., & Bulik, C. M. (2014). Parent skills training to enhance weight loss in overweight children: Evaluation of Nourish. *Eating Behaviors*, 15, 225-229.
- Mead, E., Brown, T., Rees, K., Azevedo, L. B., Whittaker, V., Jones, D., Olajide, J., Mainiardi, G. M., Corpeleijn, E., O'Malley, C., Al-Khudairy, L., Baur, L., Metzendorf, M. I., Demaio, A., & Ells, L. J. (2017). Diet, physical activity and behavioural interventions for the treatment of overweight or obese children from the age of 6 to 11 years. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6, CD012651.
- Merikangas, K. R., He, J. P., Burstein, M., Swendsen, J., Avenevoli, S., Case, B., Georgiades, K., Heaton, L., Swanson, S., & Olfson, M. (2011). Service utilization for lifetime mental disorders in U.S. adolescents: Results of the National Comorbidity Survey-Adolescent Supplement (NCS-A). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 50, 32-45.
- Moens, E., & Braet, C. (2012). Training parents of overweight children in parenting skills: a 12-month evaluation. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 40, 1-18.
- Morris, A. S., Criss, M. M., Silk, J. S., & Houlberg, B. J. (2017). The impact of parenting on emotion regulation during childhood and adolescence. *Child Development Perspectives*, 11, 233-238.
- Morris, A. S., Silk, J. S., Steinberg, L., Myers, S. S., & Robinson, L. R. (2007). The role of the family context in the development of emotion regulation. *Social Development*, 16, 361-388.
- Naets, T., Buyck, I., & Braet, C. (2019). De rol van de ouders in de emotieregulatie van hun kinderen. In C. Braet & M. Berking (red.), *Emotieregulatietraining bij kinderen en adolescenten* (pp. 63-74). Springer.
- O'Donohue, W., & Draper, C. (2010). *Stepped care and e-health*. Springer.
- Pennant, M. E., Loucas, C. E., Whittington, C., Creswell, C., Fonagy, P., Fuggle, P., Kelvin, R., Naqvi, S., Stockton, S., Kendall, T., & Expert Advisory Group (2015). Computerised therapies for anxiety and depression in children and young people: A systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 67, 1-18.
- Pinquart, M. (2014). Associations of general parenting and parent-child relationship with pediatric obesity: A meta-analysis. *Journal of Pediatric Psychology*, 39, 381-393.
- Pollio, D. E., McClendon, J. B., North, C. S., Reid, D., & Jonson-Reid, M. (2005). The promise of school-based psychoeducation for parents of children with emotional disorders. *Children & Schools*, 27, 111-115.
- Pont, S. J., Puhl, R., Cook, S. R., & Slusser, W. (2017). Stigma experienced by children and adolescents with obesity. *Pediatrics*, 140, e20173034.
- Radez, J., Reardon, T., Creswell, C., Lawrence, P. J., Evdoka-Burton, G., & Waite, P. (2021). Why do children and adolescents (not) seek and access professional help for their mental health problems? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 30, 183-211.
- Rapoff, M. A. (2013). E-health interventions in pediatrics. *Clinical Practice in Pediatric Psychology*, 1, 309.
- Rendina, D., Campanozzi, A., & De Filippo, G. (2019). Methodological approach to the assessment of the obesogenic environment in children and adolescents: A review of the literature. *Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases*, 29, 561-571.

- Reong, A. R., & Astuti, R. P. (2019). Stigma in family patients who have a psychiatric disorder: A systematic review. *Jurnal Ners*, 14, 81-85.
- Rhee, K. (2008). Childhood overweight and the relationship between parent behaviors, parenting style, and family functioning. *The ANNALS of the American Academy of Political and Social Science*, 615, 11-37.
- Rijnders, P., Heene, E., Debruyne, S., & Haecck, N. (2010). Kortdurende psychologische interventies voor de eerste lijn. *Psychopraktijk*, 2, 13-16.
- Riper, H., Andersson, G., Christensen, H., Cuijpers, P., Lange, A., & Eysenbach, G. (2010). Theme issue on e-mental health: A growing field in internet research. *Journal of Medical Internet Research*, 12, e74.
- Rolland-Cachera, M. F., Akrouit, M., & Péneau, S. (2015). History and meaning of the Body Mass Index. Interest of other anthropometric measurements. In M. L. Frelut (Ed.), *The ECOG's eBook on child and adolescent obesity*. eBook.ecog-obesity.eu
- Saltzman, J. A., Fiese, B. H., Bost, K. K., & McBride, B. A. (2018). Development of appetite self-regulation: Integrating perspectives from attachment and family systems theory. *Child Development Perspectives*, 12, 51-57.
- Selassie, M., & Sinha, A. C. (2011). The epidemiology and aetiology of obesity: A global challenge. *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology*, 25, 1-9.
- Senthilingam, M. (2021). Covid-19 has made the obesity epidemic worse, but failed to ignite enough action. *BMJ*, 372, n411.
- Skelton, J. A., Fossen, C. V., Harry, O., & Pratt, K. J. (2020). Family dynamics and pediatric weight management: Putting the family into family-based treatment. *Current Obesity Reports*, 9, 424-441.
- Smith, J. D., St. George, S. M., & Prado, G. (2017). Family-centered positive behavior support interventions in early childhood to prevent obesity. *Child Development*, 88, 427-435.
- Sonntag, D., Ali, S., & de Bock, F. (2016). Lifetime indirect cost of childhood overweight and obesity: A decision analytic model. *Obesity*, 24, 200-206.
- Tiberio, S. S., Kerr, D. C., Capaldi, D. M., Pears, K. C., Kim, H. K., & Nowicka, P. (2014). Parental monitoring of children's media consumption: The long-term influences on body mass index in children. *JAMA Pediatrics*, 168, 414-421.
- Tomiyama, A. J., Carr, D., Granberg, E. M., Major, B., Robinson, E., Sutin, A. R., & Brewis, A. (2018). How and why weight stigma drives the obesity 'epidemic' and harms health. *BMC Medicine*, 16, 123.
- van Mil, E., & Struik, A. (2017). Overweight and obesity in children: More than just the kilos. *Pediatric Physical Therapy*, 29, S73-S75.
- Vancoppenolle, D., Colaert, K., Cloots, H., & Roelants, M. (2020). De gewichtstatus van kinderen en jongeren in Vlaanderen. *Geïntegreerde rapportage op basis van BMI-gegevens van Kind en Gezin en Zorg en Gezondheid*. Kind en Gezin en Zorg en Gezondheid.
- Verbeken, S., Braet, C., Lammertyn, J., Goossens, L., & Moens, E. (2012). How is reward sensitivity related to bodyweight in children? *Appetite*, 58, 478-483.
- Wang, Y., Lin, Y., Chen, J., Wang, C., Hu, R., & Wu, Y. (2020). Effects of Internet-based psycho-educational interventions on mental health and quality of life among cancer patients: A systematic review and meta-analysis. *Supportive Care in Cancer*, 28, 2541-2552.
- Warnick, J. L., Stromberg, S. E., Krietsch, K. M., & Janicke, D. M. (2019). Family

- functioning mediates the relationship between child behavior problems and parent feeding practices in youth with overweight or obesity. *Translational Behavioral Medicine*, 9, 431-439.
- Warschburger, P., Kroeller, K., Haerting, J., Unverzagt, S., & van Egmond-Fröhlich, A. (2016). Empowering Parents of Obese Children (EPOC): A randomized controlled trial on additional long-term weight effects of parent training. *Appetite*, 103, 148-156.
- Whitmore, A., Hudson, S., & West, A. E. (2021). Adapting psychosocial treatment to target parenting stress and parent-child relationships associated with transdiagnostic emotional and behavioural dysregulation in a culturally diverse population. *Clinical Psychologist*, 25, 55-68.
- Wilfley, D. E., & Balantekin, K. N. (2018). Family-based behavioral interventions for childhood obesity. In *Contemporary Endocrinology* (pp. 555-567). Humana Press Inc.
- Wilson, K. R., Havighurst, S. S., & Harley, A. E. (2014). Dads Tuning into Kids: Piloting a new parenting program targeting fathers' emotion coaching skills. *Journal of Community Psychology*, 42, 162-168.
- World Health Organization (WHO). (1997). *Obesity: Preventing and managing the global epidemic: Report of the WHO Consultation of Obesity*. World Health Organization.
- World Health Organization (WHO). (2016). *Report of the Commission on Ending Childhood Obesity*. World Health Organization.
- World Health Organization (WHO). (2018). *Global action plan on physical activity 2018-2030: More active people for a healthier world*. World Health Organization.
- World Health Organization (WHO). (2020). *Fact Sheet: Obesity and overweight*. www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight
- Xu, F., Jin, L., Qin, Z., Chen, X., Xu, Z., He, J., Wang, Z., Ji, W., Ren, F., Du, Q., Xiong, Y., & Jia, P. (2021). Access to public transport and childhood obesity: A systematic review. *Obesity Reviews*, 22, e12987.
- Yavuz, H. M., & Selcuk, B. (2018). Predictors of obesity and overweight in pre-schoolers: The role of parenting styles and feeding practices. *Appetite*, 120, 491-499.

.....

Meten van drie soorten jaloezie met de Three Types of Jealousy Scale

DICK BARELDS & PIETERNEL DIJKSTRA

Samenvatting

.....

In dit artikel presenteren we de Three Types of Jealousy Scale (TTJS), een vragenlijst die in 1997 is ontwikkeld door professor Bram Buunk, waarmee drie verschillende vormen van jaloezie worden gemeten: reactieve jaloezie, angstige jaloezie en preventieve jaloezie. Met deze vragenlijst kan niet alleen worden nagegaan *hoe* jaloers mensen zijn, maar ook in welke mate hun jaloezie potentieel pathologische trekken vertoont. In dit artikel geven we een samenvatting van onderzoek dat sinds 1997 in Nederland is gedaan met de Nederlandstalige versie van de TTJS, de inzichten die deze onderzoeken geven in de psychometrische kwaliteit van de vragenlijst, en de relatie tussen enerzijds de drie vormen van jaloezie en anderzijds relevante persoonlijke en relationele variabelen. De resultaten steunen de psychometrische kwaliteit van de TTJS en laten enkele verbanden met persoonlijkheid en relatiekwaliteit zien. Om gebruik in de klinische context te stimuleren bevat dit artikel niet alleen de items van de TTJS, maar ook de normscores ervoor. *Trefwoorden: drie soorten jaloezie, vragenlijst, partnerrelaties, validiteit, betrouwbaarheid, normen*

Kernboodschappen voor de klinische praktijk

- Binnen partnerrelaties kunnen drie vormen van jaloezie worden onderscheiden, die van elkaar verschillen in hun uitingsvorm en de mate waarin ze problemen kunnen veroorzaken: reactieve, angstige en preventieve jaloezie.

- ▶ Het meten van deze drie vormen van jaloezie kan op valide en betrouwbare wijze met de Three Types of Jealousy Scale (TTJS) en de normscores die daarbij zijn ontwikkeld. Items en normscores zijn in dit artikel te vinden.
- ▶ Inzicht in de scores op de drie vormen van jaloezie helpt om een genuanceerder, deels positieve dialoog over jaloezie te voeren met individuele cliënten en tussen partners in relatietherapie. Bovendien helpt het meten van de drie vormen van jaloezie de behandelaar om de behandeling af te stemmen op die vorm(en) van jaloezie waar de individuele cliënt of het stel in relatietherapie last van heeft. Op die manier kunnen negatieve uitingen en effecten van jaloezie worden verminderd zonder de positieve ervan aan te tasten.

INLEIDING

.....

Jaloezie is de reactie die mensen vertonen als zij worden geconfronteerd met het dreigende of daadwerkelijke verlies van de (meestal seksuele) relatie met hun partner door de aanwezigheid van een echte of imaginaire rivaal (zie bijvoorbeeld: Barelds et al., 2020; Dijkstra & Buunk, 1998). In het dagelijkse taalgebruik wordt de term ‘jaloers’ echter ook gebruikt in situaties waarin eigenlijk afgunst bedoeld wordt. Afgunst heeft echter een heel andere emotionele lading dan jaloezie: jaloezie, maar niet afgunst, hangt sterk samen met gevoelens van angst, achterdocht, boosheid, verraad, afwijzing, bedreiging en eenzaamheid. Bovendien wordt afgunst door een heel andere situatie opgewekt dan jaloezie: jaloezie ontstaat door het mogelijke verlies van de partner, terwijl afgunst wordt ervaren als men een ander benijdt om iets wat hij of zij heeft of kan (bijvoorbeeld: Parrott, 2001).

Het adequaat kunnen meten van jaloezie is praktisch relevant, omdat jaloezie conflicten en onvrede in de partnerrelatie kan veroorzaken (zie bijvoorbeeld: Gatzeva & Paik, 2011) en kan samenhangen met psychische klachten, waaronder depressieve gevoelens, angsten en een negatief zelfbeeld (zie bijvoorbeeld: DiBello et al., 2015). Zicht krijgen op hoe sterk de ervaring van jaloezie is en welke vorm deze aanneemt, helpt bepalen of en zo ja hoe de jaloezie behandeld dient te worden. De meest gebruikelijke manier om jaloezie te meten is door middel van zelfbeoordelingsvragenlijsten. Veel van de in het verleden ontwikkelde jaloezieschalen halen echter jaloezie en afgunst door elkaar en/of houden weinig rekening met de verschillende componenten van jaloezie, zoals de Interpersoonlijke Relatieschaal (Hupka & Bachelor, 1979), de Interpersoonlijke Jaloezieschaal (Mathes, 1992), en de Chronische Jaloezieschaal (White, 1981; zie ook: White, 1984). Dit laatste is van belang: er is onderhand algemene consensus dat jaloezie het beste kan worden gezien als een multidimensioneel concept. Jaloezie omvat bijvoorbeeld niet alleen gevoelens, maar ook gedachten en gedragingen (bijvoorbeeld: Buunk, 1997; Buunk et al., 2020; Dijkstra et al., 2010; Pfeiffer & Wong, 1989). In de literatuur wordt Lazarus’ model voor het omgaan met stress gebruikt om deze drie

dimensies met elkaar te verbinden (bijvoorbeeld: Mathes, 1991; Sharpsteen, 1991). Geconfronteerd met een mogelijke rivaal, wordt allereerst een mentale beoordeling gemaakt van de mate van dreiging voor de partnerrelatie (*primary appraisal*). In geval van een bedreiging leidt deze *primary appraisal* tot een emotionele jaloeziereactie, die op haar beurt aanleiding geeft tot een *secondary appraisal*, oftewel een evaluatie van strategieën die ingezet kunnen worden om de bedreiging te verkleinen. Op basis van de *secondary appraisal* wordt vervolgens jaloers gedrag uitgevoerd, met het doel de bedreiging voor de relatie te verkleinen, waarna de situatie opnieuw kan worden beoordeeld.

De eerste onderzoekers die een vragenlijst ontwikkelden (de Multidimensional Jealousy Scale; MJS) waarin alleen jaloezie wordt gemeten – dus geen afgunst – én waarin expliciet drie *dimensies* van jaloezie worden onderscheiden (gevoelens, gedachten en gedrag), waren Pfeiffer en Wong (1989). In 1997 kwam Buunk met een typologie die ogenschijnlijk lijkt op die van Pfeiffer en Wong. Hoewel Buunk (1997) wel rekening houdt met de drie hiervoor genoemde dimensies van jaloezie, hanteert hij een enigszins andere indeling van jaloezie, namelijk een die voornamelijk gebaseerd lijkt te zijn op het model van Lazarus, in plaats van op een strikte onderverdeling in gevoelens, gedachten en gedrag. Meer concreet maakt Buunk onderscheid tussen drie verschillende *vormen* van jaloezie: reactieve, angstige en preventieve jaloezie. Reactieve jaloezie heeft betrekking op de negatieve emoties die mensen ervaren als hun partner vreemdgaat of is gegaan. Angstige jaloezie betreft een proces waarin de jaloerse persoon mentale beelden en gedachten van mogelijke ontrouw van de partner genereert en als gevolg daarvan angstig, bezorgd of achterdochtig wordt. Preventieve jaloezie ten slotte betreft standpunten, intenties en/of gedragingen die tot doel hebben om overspel van de partner te voorkomen. Buunk (1997) ontwikkelde de Three Types of Jealousy Scale om deze drie vormen van jaloezie te meten (zie ook: Buunk et al., 2020).

Waar de MJS louter gericht is op het meten van drie *dimensies* van jaloezie, poogt de TTJS drie kwalitatief verschillende *vormen* van jaloezie te meten (zie de bijlage). Een groot verschil tussen de typologie van Buunk (1997) en die van Pfeiffer en Wong (1989) is dat de drie vormen van jaloezie die Buunk onderscheidt van elkaar verschillen in de mate waarin ze pathologisch kunnen worden. Meer specifiek kunnen de drie vormen van jaloezie die Buunk onderscheidt worden gerangschikt op een ‘gezondheidscontinuüm’, met als gezondste vorm van jaloezie reactieve jaloezie, gevolgd door preventieve jaloezie, en als meest problematische of ongezonde vorm angstige jaloezie. Reactieve jaloezie kan gezien worden als een gezonde reactie, omdat deze vorm van jaloezie altijd optreedt in reactie op een *daadwerkelijke* bedreiging van de relatie. De partner voert seksuele of intieme handelingen uit met een ander en de jaloezie die dit opwekt kan worden gezien als een teken van liefde (zie bijvoorbeeld: Barelds & Barelds-Dijkstra, 2007). Daarentegen kan zowel angstige als preventieve jaloezie ook worden ervaren in reactie op een imaginaire rivaal en hebben zij, zeker als zij ook nog eens in sterke mate

worden ervaren, de potentie om ziekelijk of ongezond te worden. Angstige jaloezie, of deze nu plaatsvindt in reactie op een echte of op een imaginaire rivaal, kan bovendien gepieker, zelftwijfel en depressieve gevoelens in de hand werken (zie bijvoorbeeld: Dolan & Bishay, 1996) en daarmee worden gezien als de minst gezonde vorm van jaloezie, in elk geval voor de persoon die de jaloezie ervaart en in termen van gevolgen voor de relatie.

Verschillende onderzoeken onderbouwen de positionering van deze vormen van jaloezie op dit continuüm. Zo vonden Barelds en Barelds-Dijkstra (2007) in drie grote steekproeven en met drie verschillende operationalisaties van relatiekwaliteit dat de reactieve jaloezie van beide partners in een relatie positief was gerelateerd aan relatiekwaliteit, terwijl de angstige jaloezie van beide partners negatief was gerelateerd aan relatiekwaliteit. Preventieve jaloezie bleek niet gerelateerd aan relatiekwaliteit. Ook vonden Barelds en collega's (2020) dat zowel angstige als preventieve jaloezie – maar niet reactieve jaloezie – een positief verband heeft met de zogenoemde *dark-triad*-eigenschappen, een trio destructieve en sociaal onwenselijke persoonlijkheidseigenschappen: narcisme, machiavellisme en psychopathie (Paulhus & Williams, 2002; zie ook: Barelds & Dijkstra, 2021; Barelds et al., 2017). Van Brummen-Girigori en collega's (2016) ten slotte vonden dat vrouwen die op Curaçao als kind verlaten waren door hun vader als volwassene meer angstige en preventieve jaloezie rapporteerden, maar niet meer reactieve jaloezie. Samen suggereren deze resultaten dat angstige jaloezie en preventieve jaloezie gezien kunnen worden als relatief ongezonde vormen van jaloezie.

Sinds de ontwikkeling van de TTJS hebben de auteurs van dit artikel meerdere onderzoeken uitgevoerd met dit instrument. In de rest van dit artikel geven we een samenvatting van onderzoeken die sinds 1997 in Nederland met de TTJS zijn gedaan en die informatie geven over de psychometrische kwaliteit van de vragenlijst en (mede in het kader daarvan) over enerzijds de relatie tussen de drie vormen van jaloezie en anderzijds relevante persoonlijkheidsvariabelen en relationele variabelen. Op basis van de data verzameld in deze onderzoeken geven we ook normscores voor de drie vormen van jaloezie, die kunnen worden gebruikt in de praktijk.

METHODE

.....

In dit artikel bespreken we de resultaten van een aantal onderzoeken die met de TTJS zijn uitgevoerd na 1997 (het jaar waarin de eerste publicatie verscheen waarin dit instrument werd gebruikt). Sommige van deze onderzoeken bestaan uit meerdere deelonderzoeken. In alle gevallen werd gebruikge-
maakt van een Nederlandse versie van de TTJS. Aangezien vertaalde versies niet noodzakelijkerwijs over dezelfde eigenschappen beschikken als de oorspronkelijke Nederlandse versie, laten we die hier buiten beschouwing. We hebben hier alle onderzoeken met de Nederlandse versie van de TTJS opgeno-

men waar de auteurs van de huidige paper bij betrokken waren. We hebben daarnaast in de database PsycINFO gezocht naar artikelen waarin werd verwezen naar de paper van Buunk (1997). Geen van de 131 artikelen die hiernaar verwezen beschreef onderzoek met de Nederlandstalige versie van de TTJS.

Proefpersonen

In tabel 1 wordt een korte samenvatting gegeven van de steekproeven in de onderzoeken die hier worden besproken. Hieruit kan worden opgemaakt dat er meestal gebruik is gemaakt van heteroseksuele stellen uit de algemene bevolking. Ook zijn gegevens verzameld van een studentenpopulatie en van homoseksuele proefpersonen.

TABEL 1 *Beschrijving van de proefgroepen*

Bron	N	Details proefpersonen	Manier van werven
Barelds & Dijkstra (2003)	1366	683 heteroseksuele stellen; leeftijd M = 47 jaar (SD = 13)	Postonderzoek, waarbij willekeurig uit telefoonboeken geselecteerde personen en hun eventuele partner werden uitgenodigd
Barelds & Dijkstra (2006)	295	76 homoseksuele mannen, 79 homoseksuele vrouwen, 70 heteroseksuele mannen, 70 heteroseksuele vrouwen; leeftijd M = 41 jaar (SD = 9)	Advertenties in twee tijdschriften en postonderzoek, waarbij willekeurig uit telefoonboeken geselecteerde personen en hun eventuele partner werden uitgenodigd
Barelds & Barelds-Dijkstra (2007)	1658	829 heteroseksuele stellen; leeftijd M = 46 jaar (SD = 14); afkomstig uit drie studies	Postonderzoek, waarbij willekeurig uit telefoonboeken geselecteerde personen en hun eventuele partner werden uitgenodigd
Dijkstra & Barelds (2008)	1378	689 heteroseksuele stellen; leeftijd M = 47 jaar (SD = 13); afkomstig uit twee studies	Postonderzoek, waarbij willekeurig uit telefoonboeken geselecteerde personen en hun eventuele partner werden uitgenodigd
Barelds et al. (2017)	439	77 heteroseksuele mannen, 235 heteroseksuele vrouwen, 42 homoseksuele mannen en 85 homoseksuele vrouwen; leeftijd M = 36,4 (SD = 13,1)	<i>Snowball sampling</i> en via groepen uit de <i>gay community</i> (vooral via Facebook)

Bron	N	Details proefpersonen	Manier van werven
Barelds et al. (2020)	297	Studenten (alleen heteroseksueel); 63 mannen en 234 vrouwen; leeftijd M = 19,2 jaar (SD = 2,0)	Onderdeel van studieonderdeel
Barelds & Dijkstra (2021)	680	Algemene bevolking; 217 mannen en 463 vrouwen; leeftijd M = 34,2 jaar (SD = 12,6)	Online verspreid via studenten

Noot. M = gemiddelde; SD = standaarddeviatie

Instrumenten

Three Types of Jealousy Scale. De TTJS is bedoeld om drie vormen van jaloezie te meten bij volwassenen met een intieme partnerrelatie: reactieve jaloezie, angstige jaloezie en preventieve jaloezie. De TTJS (Buunk, 1997; zie ook: Buunk et al., 2020) bestaat uit 15 items die evenredig verdeeld zijn over de drie schalen: reactieve jaloezie (items 1 t/m 5), angstige jaloezie (items 6 t/m 10) en preventieve jaloezie (items 11 t/m 15). De TTJS is een zelfbeoordelvragenlijst. Alle items worden gescoord op een vijfpuntsschaal (zie de bijlage voor de TTJS). De antwoordschaal is voor elke vorm van jaloezie anders. Voor reactieve jaloezie lopen de antwoordopties van 1 = 'niet vervelend' tot 5 = 'heel erg vervelend', voor angstige jaloezie van 1 = 'nooit' tot 5 = 'altijd' en voor preventieve jaloezie van 1 = 'niet van toepassing' tot 5 = 'heel goed van toepassing'. De scores voor de drie vormen van jaloezie worden berekend door de items per soort jaloezie bij elkaar op te tellen, waardoor voor elke vorm van jaloezie de scores minimaal 5 en maximaal 25 zijn.

Overige instrumenten. In de onderzoeken die zijn uitgevoerd met de TTJS zijn ook diverse andere instrumenten afgenomen, voornamelijk instrumenten om persoonlijkheidskenmerken en relatiekwaliteit/tevredenheid te meten. De verbanden tussen deze instrumenten en de TTJS zeggen iets over de begripsvaliditeit van de TTJS. De persoonlijkheidsvragenlijsten die in de onderzoeken uit tabel 1 werden gebruikt zijn: de Nederlandse Persoonlijkheidsvragenlijst (NPV; Luteijn et al., 2000) en de verkorte versie daarvan (Barelds et al., 2018); de Five-Factor Personality Inventory (Hendriks et al., 1999); en de Dark Triad Dirty Dozen (Jonason & Webster, 2010; zie ook: Barelds, 2016). Om de relatiekwaliteit/tevredenheid te meten werd gebruik gemaakt van: de Nederlandse Relatievragenlijst (NRV; Barelds et al., 2003); de Nederlandse versie van de Maudsley Marital Questionnaire (MMQ; Arrindell et al., 1983); en de Relational Interaction Satisfaction Scale (Buunk, 1990). De kenmerken van deze instrumenten worden in de respectieve publicaties besproken en laten we hier verder buiten beschouwing.

RESULTATEN

Interne structuur

De interne structuur van de TTJS werd door Barelds en Dijkstra (2003; N = 1366) onderzocht door middel van een principale componentenanalyse (PCA) met Oblimin-rotatie op de vijftien items. In totaal werden 3 factoren gevonden met een eigenwaarde > 1 (eigenwaarden van 4,61, 2,39 en 1,56) die samen 57% van de variantie verklaren. De indeling van items in factoren bleek perfect overeen te komen met de verwachte indeling van de items in subschalen. Om te onderzoeken hoe goed de gevonden factorstructuur overeenkomt met de verwachte a priori schaalindeling, werden congruentiecoëfficiënten (ϕ ; Tucker, 1951) berekend tussen de verwachte a priori schaalindeling en de procrustes-geroteerde factorstructuur. Phi is een maat van overeenstemming tussen factorstructuren met een theoretisch bereik van 0 (helemaal geen overeenstemming) tot 1 (perfecte overeenstemming). In het betreffende onderzoek werden ϕ -coëfficiënten gevonden van $\phi = 0,98$ voor reactieve jaloezie, $\phi = 0,99$ voor angstige jaloezie en $\phi = 0,97$ voor preventieve jaloezie. Dit geeft aan dat de verwachte a priori schaalindeling nagenoeg identiek is aan de gevonden factorstructuur.

Besloten werd om in de meest recente sample (Barelds & Dijkstra, 2021; N = 680) opnieuw de factorstructuur te onderzoeken (conform eerder onderzoek door middel van een PCA met Oblimin-rotatie) en deze te vergelijken met die uit eerder onderzoek (Barelds & Dijkstra, 2003). De resultaten worden vermeld in tabel 2. Ook in de nieuwe steekproef is de structuur zoals verwacht. De eerste factor representeert de vragen voor angstige jaloezie (vraag 6 tot en met 10), de tweede factor de vragen voor reactieve jaloezie (vraag 1 tot en met 5) en de derde factor de vragen voor preventieve jaloezie (vraag 11 tot en met 15). De nieuwe structuur lijkt sterk op die uit eerder onderzoek (Barelds & Dijkstra, 2003). Wanneer congruentiecoëfficiënten tussen de twee structuren worden berekend, blijken deze (zonder verdere rotatie) gelijk te zijn aan $\phi = 0,97$ voor reactieve jaloezie (factor II), $\phi = 0,98$ voor angstige jaloezie (factor I) en $\phi = 0,99$ voor preventieve jaloezie (factor III). Hieruit kan worden geconcludeerd dat de indeling van de items van de TTJS in drie schalen wordt ondersteund.

Een andere manier om de interne structuur te onderzoeken, is het berekenen van de correlaties tussen de schalen. Deze worden in de onderzoeken uit tabel 1 gerapporteerd. Op basis daarvan zijn de gemiddelde intercorrelaties tussen de schalen berekend. Deze zijn: $r = 0,24$ tussen reactieve en angstige jaloezie, $r = 0,43$ tussen reactieve en preventieve jaloezie, en $r = 0,47$ tussen angstige en preventieve jaloezie. Deze resultaten laten zien dat de drie vormen van jaloezie allemaal positief met elkaar samenhangen, maar dat de overlap tussen de schalen niet heel groot is en deze alle drie iets anders meten (namelijk elk één van de drie vormen van jaloezie).

TABEL 2 Geroteerde factorstructuur van de TTJS

234

	Barelds & Dijkstra (2003)			Barelds & Dijkstra (2021)		
	I	II	III	I	II	III
Item 1	0,10	0,76	-0,31	0,34	0,77	-0,47
Item 2	0,06	0,68	-0,25	0,26	0,61	-0,42
Item 3	0,02	0,58	-0,13	0,21	0,76	-0,13
Item 4	0,09	0,82	-0,25	0,27	0,86	-0,37
Item 5	0,09	0,73	-0,24	0,12	0,75	-0,38
Item 6	0,76	0,15	-0,35	0,81	0,29	-0,41
Item 7	0,81	0,09	-0,24	0,88	0,22	-0,36
Item 8	0,85	0,05	-0,24	0,89	0,24	-0,37
Item 9	0,76	0,11	-0,46	0,81	0,32	-0,56
Item 10	0,75	0,00	-0,28	0,85	0,23	-0,41
Item 11	0,34	0,21	-0,81	0,50	0,39	-0,83
Item 12	0,23	0,22	-0,79	0,29	0,28	-0,73
Item 13	0,23	0,23	-0,66	0,33	0,35	-0,80
Item 14	0,27	0,35	-0,65	0,41	0,42	-0,73
Item 15	0,36	0,36	-0,78	0,51	0,31	-0,80

Noot. Dit betreft de structuurmatrices. Primaire ladingen zijn vetgedrukt. Items 1-5 horen bij reactieve jaloezie, items 6-10 bij angstige jaloezie en items 11-15 bij preventieve jaloezie (zie de bijlage voor de items).

Betrouwbaarheid

In de in tabel 1 vermelde artikelen worden steeds schattingen van de betrouwbaarheid berekend. De betrouwbaarheid van een test geeft aan in hoeverre de scores die worden behaald een goede weergave zijn van de werkelijkheid. De betrouwbaarheid wordt vaak uitgedrukt in een coëfficiënt als Cronbachs alfa, die een ondergrens aangeeft van die betrouwbaarheid (de betrouwbaarheid is minimaal alfa) en die wordt berekend op basis van de relaties tussen de items in de test. De waarden die worden gevonden voor Cronbachs alfa worden samengevat in tabel 3, die is gebaseerd op 11 schattingen van de betrouwbaarheid (voor elke schaal). We rapporteren de laagste gevonden waarde, de hoogste gevonden waarde en de mediane waarde van alfa in deze onderzoeken. Uit tabel 3 blijkt dat de betrouwbaarheid van de drie schalen, ondanks het kleine aantal items (vijf per schaal), voldoende tot goed te noemen is. Voor reactieve jaloezie worden waarden gevonden tussen 0,61 en 0,85, voor angstige jaloezie tussen 0,72 en 0,91, en voor preventieve jaloezie tussen 0,74 en 0,88. Ter illustratie: de Commissie Testaangelegenheden Nederland (COTAN; zie psynip.nl) stelt dat een betrouwbaarheid van $\geq 0,70$ goed is voor onderzoek op groepsniveau en van $\geq 0,80$ goed is voor beschrijvend gebruik op individueel niveau, zoals therapie-indicatie. Een hogere betrouwbaarheid betekent dat de meetfout van de scores kleiner is.

TABEL 3 *Betrouwbaarheid (Cronbachs alfa) van de TTJS*

	Laagste alfa	Mediane alfa	Hoogste alfa
Reactieve jaloezie	0,61	0,76	0,85
Angstige jaloezie	0,72	0,86	0,91
Preventieve jaloezie	0,74	0,78	0,88

Relaties met andere vragenlijsten

Om de begripsvaliditeit van de jaloezieschalen nader te onderzoeken, werden de verbanden tussen de jaloezieschalen en enkele andere variabelen onderzocht. Hiertoe werden diverse andere instrumenten afgenomen (zie de paragraaf Methode). Naast de jaloezievragenlijst die in het huidige onderzoek wordt onderzocht, zijn er geen andere goede Nederlandse vragenlijsten om jaloezie te meten. Om iets over de validiteit van de TTJS te kunnen zeggen, worden hier de verbanden samengevat zoals in diverse onderzoeken zijn gevonden tussen enerzijds de TTJS, en anderzijds instrumenten voor het

meten van persoonlijkheidseigenschappen, relatiekwaliteit/-tevredenheid en psychopathologische klachten. Idealiter zouden de verbanden tussen de jaloezieschalen en genoemde instrumenten niet al te hoog moeten zijn, aangezien dat een indicatie is dat de TTJS iets anders meet dan bovengenoemde constructen (divergente validiteit). We verwachtten in de diverse onderzoeken onder meer dat reactieve jaloezie positief en angstige jaloezie negatief zouden samenhangen met relatiekwaliteit/-tevredenheid (zie bijvoorbeeld: Barelds & Barelds-Dijkstra, 2007), en dat met name extraversie (negatief) en neuroticisme (positief) met de drie vormen van jaloezie zouden samenhangen (bijvoorbeeld: Dijkstra & Barelds, 2008).

Conform de verwachting zijn in meerdere onderzoeken kleine tot medium¹ positieve verbanden gevonden tussen reactieve jaloezie en relatiekwaliteit/-tevredenheid. Iets sterkere en negatieve verbanden worden overwegend gevonden met angstige jaloezie, wat illustreert dat terwijl reactieve jaloezie als een teken van liefde kan worden opgevat, angstige jaloezie juist een probleem kan zijn in relaties. Ter illustratie: in Barelds en Dijkstra (2006) worden correlaties van $r = 0,31$ en $r = 0,34$ gerapporteerd tussen reactieve jaloezie en relatie-
tevredenheid (bij heteroseksuele proefpersonen), en correlaties van $r = -0,26$ en $r = -0,35$ tussen angstige jaloezie en relatietevredenheid (bij heteroseksuele proefpersonen). Bij homoseksuele mannen wordt zelfs een sterke negatieve correlatie van $r = -0,61$ gevonden tussen relatietevredenheid en angstige jaloezie. Voor preventieve jaloezie worden in de gebruikte onderzoeken geen noemenswaardige verbanden gevonden met relatiekwaliteit/-tevredenheid. Zo vonden Barelds en Dijkstra (2006) een gemiddelde correlatie van $0,06$ tussen preventieve jaloezie en relatiekwaliteit.

Als het gaat om verbanden tussen jaloezie en persoonlijkheid, wordt een redelijk consistent beeld gevonden. Neuroticisme, sociale angst en verongelijkheid hangen consistent positief, en emotionele stabiliteit en extraversie consistent negatief samen met alle drie vormen van jaloezie. Neuroticisme en emotionele stabiliteit kunnen beschouwd worden als elkaars tegenpolen, net als extraversie en sociale angst. Als het gaat om reactieve jaloezie, valt verder op dat personen die meer reactief jaloers zijn ook meer rigide en consciëntieus zijn, terwijl personen die dominant, zelfverzekerd, autonoom of psychopatisch zijn juist iets minder reactieve jaloezie rapporteren. Voor angstige jaloezie worden overwegend de sterkste verbanden met persoonlijkheid gevonden. Zo is de correlatie tussen neuroticisme en angstige jaloezie in Barelds en Dijkstra (2021) gelijk aan $r = 0,43$. Wat verder nog opvalt is dat machiavellisme (vooral gekenmerkt door de neiging om anderen te manipuleren voor eigen gewin) positief samenhangt met preventieve jaloezie (zie bijvoorbeeld: Barelds & Dijkstra, 2021). Overwegend zijn de verban-

1 Als het om correlaties gaat, gebruiken we voor de interpretatie de richtlijnen zoals voorgesteld door Cohen (1992): verbanden met een correlatie van $0,10$ zijn zwak, van $0,30$ medium en van $0,50$ sterk.

den tussen persoonlijkheidseigenschappen en jaloezie niet heel sterk ($r_s < 0,50$), wat illustreert dat ondanks de samenhang de TTJS iets anders meet dan persoonlijkheid.

Relaties met biografische variabelen

Om te onderzoeken in welke mate de jaloeziescores samenhangen met sociodemografische variabelen werden in enkele van de in tabel 1 genoemde onderzoeken correlaties berekend tussen enerzijds de drie jaloezieschalen, en anderzijds leeftijd, duur van de relatie en opleidingsniveau. Daarnaast werd met behulp van variantieanalyses het effect van geslacht, burgerlijke staat (gehuwd of samenwonend) en seksuele oriëntatie op de jaloeziescores onderzocht. Er werden slechts zwakke verbanden (correlaties $< 0,20$) gevonden tussen enerzijds leeftijd, duur van de relatie en opleidingsniveau, en anderzijds de jaloezieschalen (zie bijvoorbeeld: Barelds & Dijkstra, 2003). Dat wil zeggen dat de jaloeziescores relatief onafhankelijk zijn van de leeftijd van de proefpersoon, de duur van de relatie en het opleidingsniveau van de proefpersoon. Dit betekent dat een normering van de jaloezievragenlijst niet voor deze variabelen gecorrigeerd hoeft te worden.

Variantieanalyses laten wel significante effecten zien van geslacht en burgerlijke staat (Barelds & Dijkstra, 2003), maar de effectgrootten van deze verbanden zijn zeer klein (Cohen, 1992; η^2 van 0,02 voor geslacht en 0,04 voor burgerlijke staat), en de verschillen in gemiddelden tussen mannen en vrouwen, en tussen samenwonenden en gehuwden, zijn kleiner dan één standaardmeetfout. Vrouwen blijken iets jaloers(er) dan mannen (bij alle soorten jaloezie), en gehuwden rapporteren iets meer reactieve en iets minder angstige jaloezie dan samenwonenden.

Op basis van deze resultaten kan worden geconcludeerd dat de TTJS zwak samenhangt met sociodemografische variabelen. Er is echter een uitzondering: in twee onderzoeken is gevonden dat onder homoseksuele personen minder reactieve jaloezie voorkomt (zie bijvoorbeeld: Barelds et al., 2017), vooral onder homoseksuele mannen (zie bijvoorbeeld: Barelds & Dijkstra, 2006). Dit sluit goed aan bij onderzoek waaruit blijkt dat seksuele non-exclusiviteit gebruikelijker is in relaties tussen personen van hetzelfde geslacht en zelfs relatief normaal is in relaties tussen homoseksuele mannen (vergeleken met heteroseksuele mannen en vrouwen; zie bijvoorbeeld: Heaphy et al., 2004).

Normscores

Op basis van de schaalscores zoals gevonden bij de groep van 1366 personen uit de algemene bevolking werden in Barelds en Dijkstra (2003) al voorlopige normen voor de TTJS gepresenteerd. Besloten werd om te onderzoeken in hoeverre de scores van deze groep overeenkomen met die van een meer

recent onderzoek (N = 680; Barelds & Dijkstra, 2021). In tabel 4 worden de gemiddelde scores gegeven op de drie schalen van de TTJS, zoals gerapporteerd in deze beide onderzoeken.

TABEL 4 *Gemiddelde TTJS-scores in twee proefgroepen (Barelds & Dijkstra, 2003, 2021)*

	Reactieve jaloezie	Angstige jaloezie	Preventieve jaloezie
Barelds & Dijkstra (2003)	M = 17,5 (SD = 4,7)	M = 6,9 (SD = 2,6)	M = 7,0 (SD = 2,9)
Barelds & Dijkstra (2021)	M = 16,1 (SD = 4,7)	M = 9,7 (SD = 4,1)	M = 7,5 (SD = 3,4)

Noot. M = gemiddelde; SD = standaarddeviatie

De gemiddelde scores suggereren dat reactieve jaloezie kan worden gezien als een gezonde vorm van jaloezie, in elk geval een stuk gezonder dan angstige en preventieve jaloezie. De gemiddelde scores op deze vorm van jaloezie zijn (binnen de algemene bevolking) aanzienlijk hoger dan de scores op de andere twee vormen van jaloezie, waarop zelf hele lage gemiddelde scores worden gevonden. De scores lopen theoretisch van 5-25, maar terwijl de gemiddelde score op reactieve jaloezie boven het theoretische gemiddelde van 15 ligt, liggen de scores op angstige jaloezie en preventieve jaloezie maar net boven het theoretische minimum van 5. De gemiddelde scores in de twee onderzoeken die hier worden besproken liggen in elkaars verlengde, behalve op angstige jaloezie, waarop de scores in de meer recente normgroep iets hoger liggen. Op basis daarvan hebben we besloten om de normscores voor de TTJS te baseren op deze meer recente groep personen (zie verder tabel 1).

Op basis van de frequentieverdelingen werd besloten tot een normering in de volgende vijf categorieën:

- 1 zeer hoog: > 95e percentiel;
- 2 hoog: > 75e percentiel ≤ 95e percentiel;
- 3 gemiddeld: > 25e percentiel ≤ 75e percentiel;
- 4 laag: > 5e percentiel ≤ 25e percentiel;
- 5 zeer laag: ≤ 5e percentiel.

De verdeling van met name de scores op de schalen angstige jaloezie en preventieve jaloezie bleek vrij scheef te zijn (zie ook de gemiddelden in tabel 4). Dit was ook te verwachten, aangezien deze twee vormen van jaloezie pa-

thologisch zijn dan reactieve jaloezie. Ten gevolge van de scheve verdeling bleek het niet mogelijk om tot een onderverdeling van lage en/of zeer lage scores te komen voor de schalen angstige jaloezie en preventieve jaloezie. Dit is echter geen probleem, aangezien de klinisch meest relevante scores voor deze schalen hoge en zeer hoge scores zijn. De normscores worden vermeld in tabel 5. Hoewel er wat betreft reactieve jaloezie verschillen zijn tussen vooral enerzijds homoseksuele mannen, en anderzijds heteroseksuele mannen en vrouwen, hebben we ervoor gekozen om daar geen aparte normtabel voor te maken. Onderzoek laat zien dat de scores van homoseksuele mannen op reactieve jaloezie gemiddeld ongeveer vier punten lager liggen dan onder heteroseksuelen. Hier kan men bij de interpretatie van de scores rekening mee houden.

TABEL 5 Normen voor de TTJS (algemene bevolking; N = 680)

	Reactieve jaloezie	Angstige jaloezie	Preventieve jaloezie
Zeer hoog	23-25	17-25	15-25
Hoog	20-22	12-16	9-14
Gemiddeld	13-19	6-11	5-8
Laag	8-12	5	-
Zeer laag	5-7	-	-
N	680	680	680
M	16,1	9,7	7,5
SD	4,7	4,1	3,4
Alfa	0,81	0,91	0,85
Standaard-meetfout	2,0	1,2	1,3
Kurtosis	-0,5	0,9	2,6
Skewness	-0,3	1,0	1,7

Noot. N = aantal proefpersonen; M = gemiddelde; SD = standaarddeviatie

CONCLUSIE

.....

Het huidige onderzoek had tot doel om informatie op te doen over de psychometrische eigenschappen van de enige Nederlandstalige multidimensionele jaloezievragenlijst, de Three Types of Jealousy Scale (TTJS; Buunk, 1997). Met dit instrument kunnen drie vormen van jaloezie in intieme relaties worden gemeten: reactieve jaloezie, angstige jaloezie en preventieve jaloezie. In dit artikel doen we verslag van diverse onderzoeken onder personen uit de algemene Nederlandse bevolking (en een groep studenten) waarin de interne structuur en de betrouwbaarheid van de Nederlandstalige TTJS werden onderzocht. Ook zijn in diverse onderzoeken verbanden onderzocht tussen enerzijds de TTJS, en anderzijds persoonlijkheidseigenschappen en relatiekwaliteit/-tevredenheid. Uit de resultaten komt naar voren dat de indeling in de drie schalen (reactieve, angstige en preventieve jaloezie) wordt gesteund. Er zijn wel enkele medium tot sterke verbanden tussen de schalen, maar de onderzoeksresultaten steunen duidelijk het idee dat met de TTJS drie aparte vormen van jaloezie worden gemeten, in plaats van alleen een algemene jaloeziecomponent. Dit betekent dat alleen de drie subschaalscores van de TTJS gebruikt zouden moeten worden, niet een totaalscore.

De drie schalen van de TTJS beschikken over een voldoende tot goede betrouwbaarheid. Verder blijken de schaalscores amper samen te hangen met sociodemografische variabelen, zoals leeftijd en geslacht. Wel worden substantieel lagere scores gevonden voor reactieve jaloezie bij homoseksuele mannen. Hier zou men bij de interpretatie van de scores rekening mee moeten houden. De convergerende validiteit van de TTJS is moeilijk te onderzoeken, omdat er geen vergelijkbare Nederlandstalige instrumenten voorhanden zijn. Om toch iets over de betekenis van de schalen van de TTJS te kunnen zeggen, worden de relaties besproken die in onderzoeken zijn gevonden tussen de TTJS en enkele andere relevante constructen. Zo komt jaloezie typisch voor in de context van een intieme partnerrelatie. Onderzoek laat zien dat reactieve jaloezie een (zwak) positief verband heeft met relatiekwaliteit/-tevredenheid, en angstige jaloezie een (zwak) negatief verband. Dit steunt de aanname dat reactieve jaloezie gezien kan worden als een relatief gezond fenomeen, terwijl angstige jaloezie dat juist niet is. Voor preventieve jaloezie wordt geen verband gevonden met relatiekwaliteit/-tevredenheid.

In diverse onderzoeken zijn tevens de verbanden gerapporteerd tussen de drie vormen van jaloezie en persoonlijkheid. Naast de al eerdergenoemde verschillende vormen van jaloezie bestaat er nog een andere relevante typologie, namelijk die tussen 'state-jaloezie' en 'trait-jaloezie'. Terwijl state-jaloezie verwijst naar de reactie op een jaloezieopwekkende gebeurtenis, heeft trait-jaloezie te maken met jaloezie als persoonlijkheidstrekk, dat wil zeggen: de individuele neiging om op situaties te reageren met jaloezie (Bringle & Evenbeck, 1979; Mathes, 1991; Rich, 1991; White, 1984). Reactieve

jaloerie kan vooral gezien worden als state-jaloerie, en angstige en preventieve jaloerie vooral als trait-jaloerie. Het is daarom relevant om te onderzoeken in hoeverre de schalen van de TTJS samenhangen met persoonlijkheidskenmerken. Er worden in onderzoeken diverse (zwakke) verbanden gerapporteerd tussen de TTJS en persoonlijkheid. Alle drie de vormen van jaloerie blijken positief samen te hangen met neuroticisme en verongelijkt-hed, en negatief met extravertie. Verder wordt gevonden dat personen die meer reactief jaloers zijn, ook meer rigide en conscientieus zijn, terwijl personen die dominant, zelfverzekerd of autonoom zijn, of die hoger scoren op psychopathie, juist iets minder reactieve jaloerie rapporteren. De sterkste verbanden met persoonlijkheid worden gevonden voor angstige jaloerie, en dan met name tussen angstige jaloerie en neuroticisme, wat te verwachten viel, gezien het feit dat bij angstige jaloerie centraal staat dat men zich zorgen maakt. Preventieve jaloerie komt meer voor bij personen die hoog scoren op machiavellisme (zie bijvoorbeeld: Barelds & Dijkstra, 2021).

In de TTJS lijken het vooral de scores op de angstige jaloerieschaal en de preventieve jaloerieschaal te zijn die informatief zijn als het gaat om de diagnose ziekelijke of pathologische jaloerie. Er is sprake van pathologische jaloerie als mensen erg jaloers zijn, terwijl daar in werkelijkheid geen of weinig aanleiding voor is, en ze maar moeilijk zijn af te brengen van de overtuiging dat hun relatie wordt bedreigd. Als het gaat om reactieve jaloerie, is er in mindere of meerdere mate wel degelijk sprake van een aanleiding (intiem dansen, seksueel contact) en kan er dan ook per definitie geen sprake zijn van ziekelijke of pathologische jaloerie. In sterke mate piekeren over ontrouw – oftewel een hoge mate van angstige jaloerie – en er alles aan doen om mogelijke ontrouw te voorkomen – oftewel een hoge mate van preventieve jaloerie – kunnen daarentegen ook voorkomen zonder reële bedreiging van de relatie. De gemiddelde score op reactieve jaloerie in de normgroep (bestaande uit personen uit de algemene bevolking) is dan ook veel hoger dan die op de andere vormen van jaloerie. Dit suggereert dat reactieve jaloerie een vrij normale reactie is op de potentiële bedreiging van de relatie, die voorkomt binnen de algemene bevolking, terwijl angstige en preventieve jaloerie ongezonde vormen van jaloerie zijn, die *zelf* juist een bedreiging kunnen vormen voor de relatie.

Een tekortkoming van het huidige onderzoek is dat de bevindingen zijn gebaseerd op personen uit de algemene bevolking. Het is derhalve de vraag in hoeverre de resultaten generaliseerbaar zijn naar andere populaties. Het zou bijvoorbeeld zeer relevant zijn om onderzoek te doen met dit instrument onder personen met relatieproblemen en/of personen die een behandeling ondergaan voor pathologisch jaloerse klachten, teneinde te onderzoeken in hoeverre het instrument in staat is om bijvoorbeeld relatieproblemen, pathologische jaloerie en de effectiviteit van bepaalde interventies te voorspellen. Een andere tekortkoming van het instrument zelf is dat de drie vormen van jaloerie elk met slechts vijf items worden gemeten. Hoewel dit het

instrument snel afneembaar maakt, bestaat het risico dat bepaalde aspecten van de drie vormen van jaloezie niet of onvoldoende in de vragenlijst zijn vertegenwoordigd. Verder is naar ons weten de TTJS nog niet eerder onderzocht binnen een Vlaamse steekproef. Nader onderzoek zou moeten uitwijzen of de psychometrische eigenschappen van de TTJS ook in een Vlaamse steekproef goed zijn.

Het op betrouwbare en valide wijze vaststellen van de drie besproken vormen van jaloezie is voor behandelaars om diverse redenen relevant. Cliënten hebben doorgaans een sterk negatief beeld van jaloezie en veroordelen jaloezie (van henzelf en/of hun partner). Daarbij doelen cliënten vaak op uitingen en ervaringen van angstige jaloezie, maar kunnen zij – simpelweg omdat ze het onderscheid niet kennen – ook uitingen van bijvoorbeeld reactieve jaloezie als problematisch en onwenselijk zien. Het onterecht bestempelen van alle uitingen en ervaringen van jaloezie als problematisch of onwenselijk bemoeilijkt vaak de communicatie tussen partners over de jaloezie. Psycho-educatie over de verschillende vormen van jaloezie kan cliënten dan helpen om potentieel problematische uitingen van jaloezie (met name van angstige jaloezie) te onderscheiden van onschuldige en constructieve (met name van reactieve jaloezie) en daarmee zorgen voor een minder veroordelende houding ten aanzien van elkaar en het probleem. Bovendien helpt een betrouwbare en valide meting van de verschillende soorten jaloezie de behandelaar te bepalen welke interventies het meest behulpzaam zijn. Zo vraagt aanhoudende reactieve jaloezie na overspel om duidelijke afspraken over de grenzen van de relatie en transparantie ten aanzien van het handelen van de partner die overspelig is geweest, met name in het contact met degene met wie het overspel is gepleegd. Wordt primair sterke angstige jaloezie ervaren, dan lijken daarentegen vooral interventies gericht op het verminderen van het piekeren en op de versterking van de emotieregulatie en de eigenwaarde behulpzaam.

Samenvattend blijkt de TTJS een vragenlijst te zijn met goede psychometrische eigenschappen (betrouwbaarheid en begripsvaliditeit). Met de TTJS kan worden nagegaan hoe jaloezie mensen zijn en in welke mate deze jaloezie potentieel pathologisch is, waarbij met name angstige jaloezie en preventieve jaloezie potentieel problematische vormen van jaloezie zijn. Gebruik van de TTJS kan helpen om te bepalen wat er aan de hand is binnen een relatie op het moment dat zich problemen voordoen en kan inzicht geven in het soort interventies dat in dat geval kan worden toegepast.

BIJLAGE DE THREE TYPES OF JEALOUSY SCALE

.....

Hieronder staat de oorspronkelijke versie van de TTJS (Buunk, 1997). Omdat deze versie is gericht op heteroseksuele relaties, wordt in de items soms gesproken over 'iemand van het andere geslacht'; bij gebruik van deze vra-

genlijst bij homoseksuele relaties zou dat moeten worden gewijzigd in 'iemand van hetzelfde geslacht'. Een alternatief is om deze zinsnede te veranderen in het neutralere 'iemand anders' (bijvoorbeeld '... intiem dansen met iemand anders', in plaats van '... intiem dansen met iemand van het andere geslacht'), zodat dezelfde versie van de vragenlijst bij iedereen kan worden gebruikt. Het nadeel daarvan is echter dat sommige items (vooral de items 9, 11 en 12) hun betekenis dan kunnen verliezen. Als men bijvoorbeeld item 12 zou veranderen in: 'Het is voor mij niet acceptabel dat mijn partner vriendschappelijk omgaat met anderen', kan dit ook betrekking hebben op vriendschappelijke contacten die geen bedreiging vormen voor de partnerrelatie en waarbij er van jaloezie geen sprake kan zijn.

Instructie

De volgende vragen gaan over jaloezie. We willen u vragen te denken aan de serieuze intieme relatie die u nu heeft. Omcirkel bij de vragen steeds het antwoord dat het meest op u van toepassing is.

Hoe zou u het vinden wanneer uw partner het volgende zou doen?

		Niet verve- lend	Beetje verve- lend	Tame- lijk ver- velend	Erg ver- velend	Heel erg ver- velend
1.	... flirten met een ander.	1	2	3	4	5
2.	... persoonlijke dingen bespreken met iemand van het andere geslacht.	1	2	3	4	5
3.	... seksueel contact hebben met een ander.	1	2	3	4	5
4.	... intiem dansen met iemand van het andere geslacht.	1	2	3	4	5
5.	... iemand van het andere geslacht bij een afscheid of begroeting op de mond zoenen.	1	2	3	4	5

Wilt u nagaan in hoeverre de volgende ervaringen bij u voorkomen?

		Nooit	Zelden	Soms	Vaak	Altijd
6.	Ik maak me er zorgen over dat mijn partner iemand anders aantrekkelijker vindt dan mij.	1	2	3	4	5
7.	Ik pieker erover dat mijn partner met iemand anders een seksuele relatie zou kunnen hebben.	1	2	3	4	5
8.	Ik ben bang dat mijn partner seksueel in iemand anders geïnteresseerd is.	1	2	3	4	5
9.	Ik maak me zorgen over wat er allemaal wel niet kan gebeuren wanneer mijn partner met personen van het andere geslacht in aanraking komt.	1	2	3	4	5
10.	Ik pieker erover dat mijn partner mij zou kunnen verlaten voor een ander.	1	2	3	4	5

In hoeverre zijn de volgende uitspraken op u van toepassing?

		Niet van toepassing			Heel goed van toepassing	
11.	Ik wil niet hebben dat mijn partner te veel met mensen van het andere geslacht in aanraking komt.	1	2	3	4	5
12.	Het is voor mij niet acceptabel dat mijn partner vriendschappelijk omgaat met leden van het andere geslacht.	1	2	3	4	5
13.	Ik verlang van mijn partner dat hij/zij niet naar andere vrouwen/mannen kijkt.	1	2	3	4	5
14.	Ik ben nogal bezitterig wat mijn partner betreft.	1	2	3	4	5
15.	Ik vind het moeilijk om mijn partner vrij te laten.	1	2	3	4	5

Dick Barelds is verbonden aan de Basiseenheid Organisatiepsychologie, Rijksuniversiteit Groningen. E-mail: d.p.h.barelds@rug.nl.

Pieterneel Dijkstra is eigenaar van het Instituut voor Sociale Psychologie, Groningen. *Correspondentieadres:* Pieterneel Dijkstra, Instituut voor Sociale Psychologie, Friestraatweg 24-2, 9718 NJ Groningen. E-mail: info@pieterneldijkstra.nl.

Summary *Assessment of three forms of jealousy with the Three Types of Jealousy Scale*

The present paper describes the Three Types of Jealousy Scale (TTJS), an instrument that was developed by professor Bram Buunk (1997) and that assesses three forms of jealousy: reactive jealousy, anxious jealousy, and preventive jealousy. With this instrument, one can not only assess how jealous individuals are, but also to what extent the jealousy they experience is potentially pathological in nature. In the present paper, we summarize studies that have been conducted since 1997 with this instrument, and what can be concluded from these studies with regard to its psychometric properties and its relation to personality characteristics and relationship quality. The results support the psychometric quality of the TTJS, and in addition show some relations with personality and relationship quality. To stimulate the use of this instrument in clinical practice, both the items of the TTJS and norm scores are provided.

Keywords *three types of jealousy, questionnaire, intimate relationships, validity, reliability, norm scores*

Literatuur

- Arrindell, W. A., Boelens, W., & Lambert, H. (1983). On the psychometric properties of the Maudsley Marital Questionnaire (MMQ): Evaluation of self-ratings in distressed and 'normal' volunteer couples based on the Dutch version. *Personality and Individual Differences*, 4, 293-306.
- Barelds, D. P. H. (2016). Psychometrische eigenschappen van de Dark Triad Dirty Dozen (DTDD) onder werkende volwassenen. *Gedrag & Organisatie*, 29, 347-364.
- Barelds, D. P. H., & Barelds-Dijkstra, P. (2007). Relations between different types of jealousy and self and partner perceptions of relationship quality. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 14, 176-188.
- Barelds, D. P. H., & Dijkstra, P. (2003). Het meten van jaloezie. *Diagnostiek-wijzer*, 6, 56-64.
- Barelds, D. P. H., & Dijkstra, P. (2006). Reactive, anxious and possessive forms of jealousy and their relation to relationship quality among heterosexuals and homosexuals. *Journal of Homosexuality*, 51, 183-198.
- Barelds, D. P. H., & Dijkstra, P. (2021). Exploring the link between bright and dark personality traits and different types of jealousy. *Psychologische Teme*, 30, 77-98.
- Barelds, D. P. H., Dijkstra, P., Groothof, H. A. K., & Pastoor, C. D. (2017). The Dark Triad and three types of jealousy: Its' relations among heterosexuals and homosexuals involved in a romantic relationship. *Personality and Individual Differences*, 116, 6-10.
- Barelds, D. P. H., Dijkstra, P., & van Brummen-Girigori, O. (2020). A cock in the henhouse: Relations between Dark Triad, jealousy, and sex ratio. *Journal of Individual Differences*, 41, 78-85.

- Barelids, D. P. H., Luteijn, F., & Arrindell, W. A. (2003). *Handleiding Nederlandse Relatievragenlijst*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Barelids, D. P. H., Luteijn, F., & van Dijk, H. (2018). *Verkorte Nederlandse Persoonlijkheidsvragenlijst (VNPV)*. Boom.
- Bringle, R. B., & Evenbeck, S. (1979). The study of jealousy as a dispositional characteristic. In M. Cook & G. Wilson (Eds.), *Love and Attraction* (pp. 201-204). Pergamon Press.
- Buunk, B. P. (1990). Relational Interaction Satisfaction Scale (RISS). In J. Touliatos, B. F. Perlmutter, & M. A. Straus (Eds.), *Handbook of family measurement techniques* (p. 106). Sage Publications.
- Buunk, B. P. (1997). Personality, birth order and attachment styles as related to various types of jealousy. *Personality and Individual Differences*, 23, 997-1006.
- Buunk, A. P., Dijkstra, P. D., Barelids, D. P. H., Janssen, E., Macapagal, K., Mustanski, B., McBride, K. R., Reece, M., Sanders, S. A., Mosher, D. L., Napper, L. E., Montes, K., Kenney, S. R., Labrie, J. W., Schwartz, I. M., Lankveld, J. J. D. M. V., Sykora, H., & Geijen, W. E. H. (2020). Affect and emotions. In R. R. Milhausen, J. K. Sakaluk, T. D. Fisher, C. M. Davis, & W. L. Yarber (Eds.), *Handbook of sexuality-related measures*, 4th ed. (pp. 34-63). Routledge/Taylor & Francis Group.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112, 155-159.
- DiBello, A. M., Rodriguez, L. M., Hadden, B. W., & Neighbors, C. (2015). The green eyed monster in the bottle: Relationship contingent self-esteem, romantic jealousy, and alcohol-related problems. *Addictive Behaviors*, 49, 52-58.
- Dijkstra, P., & Barelids, D. P. H. (2008). Self and partner personality and responses to relationship threats. *Journal of Research in Personality*, 42, 1500-1511.
- Dijkstra, P., Barelids, D. P. H., & Buunk, A. P. (2010). On the adaptive nature of jealousy: Jealousy from an evolutionary psychological perspective. In A. Błachnio & A. Przepiórka (Eds.), *Closer to emotions III* (pp. 242-256). Wydawnictwo KUL.
- Dijkstra, P., & Buunk, A. P. (1998). Jealousy as a function of rival characteristics: An evolutionary perspective. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 24, 1158-1166.
- Dolan, M., & Bishay, N. R. (1996). The role of the sexual behavior/attractiveness schema in morbid jealousy. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 10, 41-61.
- Gatzeva, M., & Paik, A. (2011). Emotional and physical satisfaction in noncohabiting, cohabiting, and marital relationships: The importance of jealous conflict. *Journal of Sex Research*, 48, 29-42.
- Heaphy, B., Donovan, C., & Weeks, J. (2004). A different affair? Openness and nonmonogamy in same sex relationships. In J. Duncombe, K. Harrison, G. Allan, & D. Marsden (Eds.), *The state of affairs: Explorations in infidelity and commitment* (pp. 167-186). Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Hendriks, A. A. J., Hofstee, W. K. B., & de Raad, B. (1999). *FFPI; The Five-Factor Personality Inventory*. Swets & Zeitlinger.
- Hupka, R. B., & Bachelor, B. (1979). *Validation of a new scale to measure romantic jealousy*. Paper presented at the annual meeting of the Western Psychological Association, San Diego.
- Jonason, P. K., & Webster, G. D. (2010). The dirty dozen: A concise measure of the dark triad. *Psychological Assessment*, 22, 420-432.
- Luteijn, F., Starren, J., & van Dijk, H. (2000). *Handleiding Nederlandse Per-*

- soonlijkheden-Vragenlijst (herziene uitgave)*. Swets & Zeitlinger.
- Mathes, E. W. (1991). A cognitive theory of jealousy. In P. Salovey (Ed.), *The psychology of jealousy and envy* (pp. 52-79). Guilford.
- Mathes, E. W. (1992). *Jealousy: The psychological data*. University Press of America.
- Parrott, W. G. (2001). The emotional experiences of envy and jealousy. In W. G. Parrott (Ed.), *Emotions in social psychology: Essential readings* (pp. 306-320). Psychology Press.
- Paulhus, D. L., & Williams, K. M. (2002). The dark triad of personality: Narcissism, machiavellianism, and psychopathy. *Journal of Research in Personality*, 36, 556-563.
- Pfeiffer, S. M., & Wong, P. T. P. (1989). Multidimensional jealousy. *Journal of Social and Personal Relationships*, 6, 181-196.
- Rich, J. (1991). A two-factor model of jealous responses. *Psychological Reports*, 68, 999-1007.
- Sharpsteen, D. J. (1991). The organization of jealousy knowledge: Romantic jealousy as a blended emotion. In P. Salovey (Ed.), *The psychology of jealousy and envy* (pp. 31-52). Guilford.
- Tucker, L. R. (1951). *A method for synthesis of factor analytic studies* (Personnel Research Section Report No. 984). Department of the Army.
- van Brummen-Girigori, O., Buunk, A. P., Dijkstra, P., & Girigori, A. (2016). Father abandonment and jealousy: A study among women on Curaçao. *Personality and Individual Differences*, 96, 181-184.
- White, G. L. (1981). A model of romantic jealousy. *Motivation and Emotion*, 5, 295-310.
- White, G. L. (1984). Comparison of four jealousy scales. *Journal of Research in Personality*, 18, 115-130.

BOEKBESPREKING

.....

De therapeutische relatie onder de loep

.....

Bespreking van

Anja de Bok (2020). *De therapeutische relatie in de ggz: Tien intieme verhalen uit de spreekkamer van de eerstelijnspsycholoog*. Lannoo Campus. 222 pp., € 29,99. ISBN 9789401473149

ANNELIES VAN REE

Aan de hand van tien verhalen die op duidelijke en humoristische wijze inzicht geven in de behandeling van cliënten binnen een eerstelijnssetting geeft Anja de Bok inzicht in wat er zich afspeelt achter meestal gesloten deuren. Haar specifieke aandacht gaat uit naar de therapeutische relatie. Die wordt in het boek afwisselend beschouwd vanuit het cliëntperspectief en vanuit het perspectief van de therapeut.

Aanleiding tot dit boek was een opmerking van een minister van Volksgezondheid, die ooit zei dat ‘mensen net zo goed een goed gesprek kunnen voeren met de buurvrouw’. Dat niets minder waar is, toont dit boek aan. Het leest als een roman of een bundel korte verhalen, waarbij er per hoofdstuk aanvullingen voor beginnende therapeuten zijn toegevoegd in een andere tekstkleur. Het is in opzet geen wetenschappelijk onderbouwd boek, maar biedt inzicht in wat er binnenskamers gebeurt in een psychologische behandelpraktijk. De verhalen geven zicht op de therapeutische relatie, die echt een heel andere relatie is dan de relatie met de gemiddelde buurman of -vrouw. Af en toe is er in het boek een afslag naar beleid en de druk die psychologen ervaren om zich in hun doorgaans drukke praktijk staande te houden. Er dreigt vermorzeling tussen marktwerking en goede zorg. Daarmee is het ook een boek voor beleidsmakers, die het meer inzicht geeft in de weerbarstige praktijk. De schrijfster heeft hier een duidelijke opinie over en neemt de lezer daarin mee.

De therapeutische relatie is recent maar ook van oudsher een veelbesproken onderwerp. Een van de belangrijke auteurs die aandacht aan dit onderwerp gaf en geeft, is Irvin Yalom (2010). Vanaf de jaren vijftig ontdekte hij dat de therapeutische relatie een van de meest onderscheidende factoren is in het psychotherapeutische werken en denken. In veel van zijn boeken en artikelen besteedt hij er aandacht aan. Juist dat waar iemand zich niet van bewust is, verdient aandacht. Veel van wat cliënten oproepen of inbrengen, heeft een functie. Het is de kracht van de therapeut om hierop te reflecteren. *De therapeutische relatie in de ggz* geeft hier inzicht in. In Nederland is het vooral Anton Hafkenscheid (2021) die benadrukt hoe belangrijk het is dat in een praktijk waarin vaak jonge collega's onder tijdsdruk protocollen moeten uitvoeren, zij de tijd krijgen en nemen om te leren wat het belang is van de therapeutische relatie, maar vooral ook hoe zij die moeten hanteren. Ook in de huidige schematherapie is er al meer aandacht voor dit deel van de behandeling, 'waarbij de therapeut alles moet kunnen bieden wat als tegengif dient voor de oude on-aangepaste schema's' (Young, 2005, p. 193). Recent komen er voorzichtig meer onderzoeken in die richting.

Onderzoek naar matching tussen therapeut en cliënt geeft aan dat daar werkzame factoren in zitten. Afname van een vragenlijst bij start en follow-up blijkt een goede indicatie te geven voor matching, waarmee we meer invloed krijgen op het therapieproces en de werkzame vormen daarin. Vooral de rapportage van de cliënt is hierin richtinggevend. Uit een onderzoek naar matching bij cliënten met depressieve symptomen, dat tot doel had na te gaan hoe uitval meer te voorkomen is, bleek dat de cliënt al na de eerste sessie een bepalende indruk van de therapeut heeft. In dit boek is te lezen hoe de auteur zaken terugvoert naar wat er in de relatie gebeurt en hoe dit het belang van de cliënt kan dienen, ook als het voor beide partijen spannend wordt. Wij hebben allemaal soms *heart sunk patients*. Het is belangrijk om te ontdekken wat dat met ons als therapeut doet en hoe we dit kunnen hanteren in de behandeling.

Kortom, een laagdrempelig en toegankelijk boek over een onderwerp dat centraal zou moeten staan in de psychologische zorg in brede zin.

Annelies van Ree is werkzaam als klinisch psycholoog-psychotherapeut in haar eigen praktijk. *Correspondentieadres:* Psychotherapiepraktijk van Ree, Abcovenseweg 19, 5051PT Goirle. E-mail: praktijkanneliesvanree@gmail.com.

Literatuur

- | | |
|--|---|
| <p>Constantino, M. J., Boswell, J. F., Coyne, A. E., Swales, T. P., & Kraus, D. R. (2021). Effect of matching therapists to patients vs assignment as usual on adult psychotherapy outcomes: A randomized clinical trial. <i>JAMA Psychiatry</i>, 78, 960-969.</p> | <p>Hafkenscheid, A. (2021). <i>De therapeutische relatie</i> (2de druk). Boom.</p> <p>Yalom, I. (2010). <i>Therapie als geschenk</i>. Balans.</p> <p>Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2005). <i>Schemagerichte therapie: Handboek voor therapeuten</i>. Bohn Stafleu van Loghum.</p> |
|--|---|

.....

Stemmen als boodschappers met een persoonlijke, metaforische betekenis

.....

Bespreking van

Marius Romme, Sandra Escher & Dirk Corstens (2021). *Stemmen horen
begrijpelijk maken: Een praktische handreiking*. Boom. 383 pp., € 34,95.

ISBN 9789024439652

HANNEKE SCHUURMANS

In *Stemmen horen begrijpelijk maken* zetten Marius Romme, de vorig jaar overleden Sandra Escher en Dirk Corstens uiteen hoe ‘stemmen’ een functie hebben als persoonlijke boodschappers met een ‘metaforische’ of symbolische persoonlijke betekenis. Hierbij is er een verband tussen de stemmen die iemand hoort en diens levensomstandigheden en levensgeschiedenis. Stemmen worden als metafoor gezien voor de manier waarop de omgeving met de stemmenhoorder omgaat. Onderzoeken en verbanden leggen wordt gedaan met behulp van het Maastrichtse Stemmen Horen Interview (MSHI). Op basis van de informatie wordt een ‘construct’ gemaakt, een soort persoonlijk verklaringsmodel. Hierdoor kan stemmen horen begrepen worden vanuit de levensgeschiedenis en kan iemand eigenaar worden van zijn of haar stemmen. Daardoor ontstaat er ruimte om met de stemmen om te gaan, ontstaat er eigen regie en kan er aan onderliggende (sociaal-emotionele) problemen gewerkt worden.

Het boek is geschikt voor een brede doelgroep: stemmenhoorders, mensen die bij hen betrokken zijn, naasten en hulpverleners. In het eerste deel wordt een wetenschappelijke onderbouwing van de inhoudelijke benadering gegeven, en dieper ingegaan op uit onderzoek naar voren gekomen

belangrijke relaties tussen stemmen en levensgeschiedenis. Het tweede deel laat praktisch zien hoe die relatie te analyseren is door middel van het MSHI en een 'construct'. In het derde deel komen verschillende mogelijkheden aan bod om met de stemmen te leren omgaan. Het vierde deel ten slotte beschrijft het vervolg daarop, met een diversiteit aan voorbeelden, zoals lotgenotensteun, traumabehandeling, *Peer-supported Open Dialogue* (een manier om bij psychische crises direct iemands netwerk te betrekken, en om zorgen, wensen, betekenissen en passende deskundige behandelingen open te bespreken), *Voice Dialogue* (een theorie en methode om inzichtgevende gesprekken te voeren met verschillende persoonlijkheidsdelen en die met elkaar in overeenstemming te brengen), maar ook CGT bij psychose (CGTp) en medicatie. Ook alternatieve verklaringen en hulpverlening worden beschreven.

De beschreven wetenschappelijke onderbouwing van de benadering is twijfelachtig. In verschillende hoofdstukken worden op basis van onderzoek met een relatief kleine N tamelijk grote aannamen gedaan (Romme et al., 2009, pp. ii, 350). In plaats van als tentatieve conclusies worden deze gebracht als stellige feiten. Hoewel het genoemde onderzoek – het lijkt om twee studies te gaan – gebaseerd is op interviews, en retrospectief en kwalitatief van aard is, worden er vervolgens wel allerlei cijfermatige conclusies uit getrokken. Zo te zien zijn die conclusies vooral gebaseerd op visuele inspectie en niet op statistische analyses. Her en der in het boek lijkt er naar onderzoek verwezen te worden, maar de betreffende verwijzingen en referenties ontbreken. Tevens worden er interpretaties gedaan die weliswaar aannemelijk lijken, maar die niet onderbouwd zijn. In het hoofdstuk over CGT blijkt dat er in Engeland een drietal studies is uitgevoerd naar Making Sense of Voices (zoals Stemmen Horen Begrijpelijk Maken daar wordt genoemd). Zowel een *case series* (Steel et al., 2019) als een *randomized controlled pilot study* (Schnackenberg et al., 2017) met een klein aantal stemmenhoorders liet gemiddelde tot grote, maar niet-significante effecten zien.

Het hoofdstuk over de wetenschappelijke onderbouwing is rommelig geschreven en moeilijk te volgen. Ook de hoofdstukken in het vierde deel hebben vaak weinig focus, maar snijden tal van thema's aan. Zo wordt in het hoofdstuk over trauma het verschil in visie tussen Agnes van Minnen en Bessel van der Kolk uitgebreid beschreven. In het hoofdstuk over medicatie wordt onder andere een uitstapje gemaakt naar het *drug-centered model* van Joanna Moncrieff (2013). Hoewel de thema's op zich boeiend zijn, wordt deel IV hiermee wel erg breed en is de kern soms moeilijk te vatten.

Mijns inziens is er veel overlap tussen CGT bij psychose (CGTp) en Stemmen Horen Begrijpelijk Maken. De manier van het in kaart brengen van de stemmen, de normaliserende benadering, of betekenisgeving als het verschil tussen 'patiënten' en 'niet-patiënten', zijn vergelijkbare elementen. Ook is er sprake van een vergelijkbare focus: het gaat er niet om de stemmen te laten

verdwijnen, maar om te zoeken naar betekenis en het verbeteren van de relatie met de stemmen (zie bijvoorbeeld: Tolmeijer et al., 2021; van den Berg et al., 2022). Tevens is er overlap in het gebruik van CGT-technieken, zoals stimuluscontrole, toegepaste aandachtsmanipulatie of het cognitief uitdagen van de macht van stemmen. De auteurs zien CGTp echter als iets heel anders, dat ook pas later in het proces ingezet wordt. Zij noemen als verschil dat CGTp zich enkel richt op omgaan met stemmen, waarbij meer controle het doel is, niet verklaren waarom iemand stemmen hoort. Stemmen Horen Begrijpelijk Maken daarentegen werkt met de (symbolische) betekenis van wat de stemmen zeggen. Naar mijn mening is deze aanname die de auteurs doen over CGTp onjuist. Ik zie zelf meer als verschillen dat CGTp niet doet aan psychodynamische ‘duiding’ (de symbolische of metaforische betekenis van de stemmen) en dat de focus meer ligt op de instandhouders in het hier-en-nu. Stemmen Horen Begrijpelijk Maken daarentegen legt veel meer en uitgebreider de focus op het verleden, op symbolische boodschappen en op verbetering van de relatie met de stemmen. Bijzonder is overigens dat wat betreft CGTp de vergelijking wordt gemaakt met een Engels protocol (Morrison, 2017) en niet met Nederlandse protocollen (van der Gaag et al., 2013). Ook lijken de auteurs er de enigszins achterhaalde visie op na te houden dat CGTp zich enkel richt op klinisch herstel (afname van stemmen), in plaats van op een bredere visie op herstel.

In mijn ogen lijkt de in dit boek besproken benadering toch veel op die zoals die vanuit CGTp gekozen wordt – zij het met andere accenten – en kunnen de benaderingen elkaar juist goed aanvullen. Momenteel loopt er een studie waarin ‘making sense of voices’ vergeleken wordt met standaardbehandeling (Longden, Corstens, Morrison et al., 2021; Longden, Corstens, Pyle et al., 2021). Helaas wordt in deze trial de benadering niet met CGTp vergeleken. Wat zou er nu mooier zijn dan een studie waarin Stemmen Horen Begrijpelijk Maken, CGTp en wellicht nog andere vormen (zoals *relating therapy*, waarbij stemmen worden behandeld als mensen met wie iemand een moeilijke interactie heeft; Hayward et al., 2017, 2018) met elkaar vergeleken worden? Vermoedelijk leidt dat tot aanbevelingen welke behandelvorm voor wie het beste werkt.

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 van de ledenraad. *Correspondentieadres:* GGZ Oost Brabant, Postbus 3, 5427 ZG Boekel. E-mail: schuurmans@dds.nl.

Literatuur

Hayward, M., Bogen-Johnston, L., & Deamer, F. (2018). Relating Therapy

for distressing voices: Who, or what, is changing? *Psychosis*, 10, 132-141.

Hayward, M., Jones, A.-M., Bogen-Johnston, L., Thomas, N., & Strauss, C.

- (2017). Relating Therapy for distressing auditory hallucinations: A pilot randomized controlled trial. *Schizophrenia Research*, 183, 137-142.
- Longden, E., Corstens, D., Morrison, A. P., Larkin, A., Murphy, E., Holden, N., Steele, A., Branitsky, A., & Bowe, S. (2021). A treatment protocol to guide the delivery of dialogical engagement with auditory hallucinations: Experience from the Talking With Voices pilot trial. *Psychology and Psychotherapy*, 94, 558-572.
- Longden, E., Corstens, D., Pyle, M., Emsley, R., Peters, S., Chauhan, N., Dehmahdi, N., & Morrison, A. P. (2021). Engaging dialogically with auditory hallucinations: Design, rationale and baseline sample characteristics of the Talking With Voices pilot trial. *Psychosis*, 13, 315-326.
- Moncrieff, J. (2013, November 21). *Models of drug action*. <https://joannamoncrieff.com/2013/11/21/models-of-drug-action>
- Morrison, A. P. (2017). A manualised treatment protocol to guide delivery of evidence-based cognitive therapy for people with distressing psychosis: Learning from clinical trials. *Psychosis*, 9, 271-281.
- Romme, M., Escher, S., Dillon, J., Corstens, D., & Morris, M. (2009). *Living with voices: 50 stories of recovery*. PCCS Books.
- Schnackenberg, J., Fleming, M., & Martin, C. R. (2017). A randomised controlled pilot study of Experience Focused Counselling with voice hearers. *Psychosis*, 9, 12-24.
- Steel, C., Schnackenberg, J., Perry, H., Longden, E., Greenfield, E., & Corstens, D. (2019). Making sense of voices: A case series. *Psychosis*, 11, 3-15.
- Tolmeijer, E., Hardy, A., Jongeneel, A., Staring, A. B. P., van der Gaag, M., & van den Berg, D. (2021). Voice-hearers' beliefs about the causes of their voices. *Psychiatry Research*, 302, 113997.
- van den Berg, D., Tolmeijer, E., Jongeneel, A., Staring, A. B. P., Palstra, E., van der Gaag, M., & Hardy, A. (2022). Voice phenomenology as a mirror of the past. *Psychological Medicine*, 1-9. <https://doi.org/10.1017/S0033291721004955>
- van der Gaag, M., Staring, T., van den Berg, D., & Baas, J. (2013). *Gedachten uitpluizen: Cognitief gedragstherapeutische protocollen bij psychotische klachten* (3de druk). Stichting Cognitie en Psychose.

.....

Bronnen van therapeutische dwaling

.....

Speers, A. J. H., Bhullar, N., Cosh, S., & Wootton, B. M. (2022). Correlates of therapist drift in psychological practice: A systematic review of therapist characteristics. *Clinical Psychology Review*, 93, 102132.

Een evidence-based psychologische praktijk (EBP) vereist dat het beste beschikbare onderzoek geïntegreerd wordt in de klinische praktijk. Het blijkt echter dat personen met psychische stoornissen vaak interventies aangeboden krijgen die niet empirisch worden ondersteund. Deze neiging van psychologen om de empirisch ondersteunde interventies waarin ze zijn opgeleid niet volledig toe te passen wordt 'therapeutische dwaling' genoemd. Dit kan leiden tot ineffectieve behandelingen en kan de resultaten voor patiënten verslechteren.

Het doel van het huidige onderzoek was om mogelijke bronnen van therapeutische dwaling te identificeren, met de nadruk op kenmerken van therapeuten (en niet van de omgeving). Verschillende databases werden doorzocht. Uiteindelijk werden 66 studies opgenomen, die grondig beoordeeld werden op hun kwaliteit. Er werden negen kenmerken van de therapeut geïdentificeerd die verband houden met therapeutische dwaling:

- 1 *Kennis van de therapeut.* De bevindingen suggereren dat therapeuten over het algemeen weinig bekend zijn met empirisch ondersteunde behandelingen (EST's), moeite hebben om onderscheid te maken tussen EST's en niet-EST's, recente behandelingsontwikkelingen negeren ten gunste van de behandelingen waarin ze mogelijk zijn opgeleid, en sceptisch zijn over het gebruik van therapiehandleidingen, in de overtuiging dat die de therapeutische relatie belemmeren.
- 2 *Houding ten opzichte van onderzoek.* Onderzoek toont consequent aan dat een positieve houding ten opzichte van onderzoek, innovatie en bewijs resulteert in een verhoogd gebruik van EST's.

- 3 *Angst van de therapeut.* Angst van de therapeut kan ertoe leiden dat klinici het gebruik van behandelingen die angst kunnen veroorzaken bij patiënten en plaatsvervangende angst bij therapeuten zelf, vermijden of minimaliseren. Uit de onderzoeken blijkt dat er een verband bestaat tussen angst bij de therapeut en het toedienen van een EST. Er is ook een verband tussen negatieve opvattingen over exposure en verminderd gebruik van deze EST.
- 4 *Klinische ervaring.* Over het algemeen gaven de bevindingen van deze review aan dat er een negatief verband bestaat tussen enerzijds de duur van de klinische praktijk en de houding ten opzichte van onderzoek, en anderzijds het gebruik van EST's. Klinische ervaring kan voor drukke klinici toegankelijker en persoonlijk relevanter zijn dan onderzoeksgegevens en er kan daardoor zwaarder op worden vertrouwd.
- 5 *Leeftijd van de therapeut.* Over het algemeen gaven de resultaten tegenstrijdig bewijs aan voor een verband tussen leeftijd en dwaling van de therapeut. Er is onderzoek nodig om te bepalen of leeftijd verband houdt met de neiging van therapeuten om af te dwalen, waarbij men controleert voor andere factoren, zoals klinische ervaring.
- 6 *Theoretische oriëntatie.* Cognitieve gedragstherapie (CGT) is de best bewezen therapeutische benadering en training in CGT volgt het *scientist-practitioner*-model. Andere oriëntaties lijken negatief geassocieerd te zijn met attitudes ten opzichte van onderzoek en trouw aan EST's. Verder lijkt het erop dat klinici die eclecticisme beoefenen, minder snel geneigd zijn zich aan behandelhandleidingen te houden.
- 7 *Kritisch denken.* Over het algemeen geeft de literatuur aan dat mensen met hogere kritische denkvaardigheden eerder EST's gebruiken.
- 8 *Persoonlijkheidskenmerken.* Het onderzoek op dit gebied is nog niet goed ontwikkeld. Er is aanzienlijk meer werk nodig om de verbanden tussen persoonlijkheidskenmerken en dwaling van de therapeut te onderzoeken.
- 9 *Culturele competentie.* In twee onderzoeken bleek een etnische match tussen therapeut en patiënt geassocieerd te zijn met een grotere naleving van een EST. Het is mogelijk dat de voordelen van etnische gelijkheid het belang van culturele competentie weerspiegelen. Onderzocht zou kunnen worden of grotere culturele competentie van therapeuten geassocieerd is met grotere EST-trouw.

Hoewel de hier opgesomde therapeutfactoren voorlopig bewijs leveren om te verklaren waarom therapeuten kunnen afdwalen van EST's, is het belangrijk om te benadrukken dat veel van het tot nu toe uitgevoerde onderzoek replicatie en vaak aanvulling behoeft.

De sleutel tot het verminderen van dwaling kan zijn om therapeuten training te geven die de hiaten in hun begrip opvult en die gedurende hun hele klinische loopbaan wordt voortgezet. De gewone overdracht van informatie,

zoals door workshops en na te lezen materiaal, dient te worden aangevuld met vaardigheidstraining. Ook zou de kwaliteit van de supervisie voor studenten en praktiserende psychologen verbeterd moeten worden.

Veel landen eisen dat psychologen deelnemen aan programma's voor permanente professionele ontwikkeling om hun registratie als psycholoog te behouden. De inhoud van de meeste cursussen is echter slechts losjes geregeld of helemaal niet, en de beoordeling aan de hand van de leerresultaten voor dergelijke cursussen is fragmentarisch. Waar inhoud en leeractiviteiten niet zijn gereguleerd, bestaat het risico dat deze cursussen de vooroordelen, het bevoorrecht van klinische ervaring, scepsis over bewijs en dergelijke die in de klinische praktijk voorkomen, weerspiegelen, en misvattingen over EST's en onzekerheid van therapeuten herhalen. Het kan daarom waardevol zijn om de nascholing strakker te controleren en uit te voeren, en om de leerprocessen van therapeuten en hun houding ten opzichte van permanente educatie te onderzoeken.

COMMENTAAR VAN DE REDACTIE (KRISTOF HOORELBEKE)

.....

Als gedragstherapeuten beschikken we over een breed arsenaal aan effectief bewezen interventies. Dit betekent echter niet dat onze behandelingen tevens op effectieve wijze toegepast worden in de klinische praktijk. Verschillende factoren kunnen hiertoe bijdragen, waaronder factoren gerelateerd aan de cliënt, de therapeut, alsook de bredere context waarbinnen de therapie georganiseerd wordt. Eén factor die in het bijzonder nefast is, is *therapist drift*. Therapist drift (of 'therapeutische dwaling') verwijst naar het fenomeen dat therapeuten afwijken van hun evidence-based behandelingen – op basis van hun N=1-diagnostiek – terwijl ze wel over de nodige middelen beschikken om die uit te voeren. Hierdoor worden deze behandelingen slechts onvolledig of zelfs helemaal niet geïmplementeerd. Denk aan opvattingen die therapeuten (verkeerdelijk) over exposure en de effecten ervan hebben, die maken dat een interventie onvoldoende of incorrect ingezet wordt in de klinische praktijk. Dit staat in scherp contrast met de effectiviteit van exposure als strategie in bijvoorbeeld de behandeling van angstklachten. Het resultaat? Een kloof tussen enerzijds de optimaal te bereiken vooruitgang binnen een behandeltraject en anderzijds de realiteit van een mogelijk eerder minder gunstig verlopend klinisch proces.

Waller en Turner schreven hier in 2018 in ons themanummer rond evidence-based practice reeds een bijzonder boeiend artikel over, waarin ze eerste aanknopingspunten boden om therapist drift een halt toe te roepen. Recent werd het hier voor u samengevatte overzichtsartikel gepubliceerd waarin op basis van 66 studies nagegaan werd welke therapeutfactoren gerelateerd zijn aan therapist drift en wat de klinische implicaties hiervan zijn. Ik ben ervan overtuigd dat dit een domein is waarop we door relatief een-

voudige ingrepen heel wat klinische winst kunnen boeken. Vandaar dat we therapist drift via deze weg nog even onder uw aandacht wensen te brengen. Ik beveel dit artikel dan ook warm aan.

257

Literatuur

- Waller, G., & Turner, H. (2018). Het terugdringen van therapeutische dwaling: Waarom goedwillende clinici er niet in slagen om evidence-based therapie te bieden, en hoe we weer op koers kunnen komen. *Gedragstherapie*, 51, 85-111.

Ontvangen

De redactie van *Gedragstherapie* ontving de volgende boeken. U bent van harte uitgenodigd deze te recenseren. Bent u geïnteresseerd, stuurt u dan een berichtje met een korte motivatie en een eveneens korte beschrijving van uw achtergrond naar: redactie@tijdschriftgedragstherapie.nl.

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

Atkins, P., Sloan Wilson, D., & Hayes, S. (2022). *Prosocial: Een praktisch programma voor het versterken van productieve en sociaal rechtvaardige samenwerking in groepen*. Hogrefe.

Stallard, P. (2022). *Behandelwijzer cognitieve gedragstherapie voor kinderen en jongeren: Een gids bij Denk goed – voel je goed en Denk goed – Voel je beter* (2de druk). Uitgeverij Nieuwezijds.

van Leeuwen, H., & Geeraets, M. (2022). *Vakbekwaam redeneren in de jeugdhulp*. Boom.

NIEUW

259



Herziening

Een waardevolle leidraad voor de (psycho)therapeut

Nieuw in deze editie:

- Het accent is verbreed van Becks cognitieve therapie naar (geïntegreerde) cognitieve gedragstherapie.
- De toepassing van Competitive Memory Training (COMET), flashforward-verzwakking en zelfcontroleprocedures is toegevoegd.
- Imaginaire rescripting en historisch rollenspel zijn in meer detail beschreven.

Boom psychologie
& psychiatrie

Kijk op boompsychologie.nl
of scan de QR-code





Belangrijkste wijzigingen in deze revisie:

- De teksten van meer dan zeventig stoornissen zijn aangescherpt en geactualiseerd.
- De persisterende-rouwstoornis is toegevoegd.
- Er komen onder andere nieuwe codes voor het rapporteren van suïcidaal gedrag en niet-suïcidaal zelfbeschadigend gedrag.
- De ICD-9-CM-codes zijn vervangen door ICD-10-codes.

Boompsychologie
& psychiatrie

Kijk op boompsychologie.nl
of scan de QR-code



Aanwijzingen voor auteurs

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

Aanbieden van kopij

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

Vorm van het manuscript

- Op het *titelblad* moet staan: de volledige titel, beknopt maar informatief; de naam en voorna(a)m(en) van de auteur(s); van elke auteur de werkkring met een adres; en één correspondentieadres.
- *Artikelen* worden onderverdeeld in paragrafen, afhankelijk van het soort artikel. Bijvoorbeeld: Inleiding, Methoden, Resultaten en Discussie. In lange artikelen zal een paragraaf ter verduidelijking van de inhoud soms verder moeten worden onderverdeeld.
- Willen *gevalsbeschrijvingen* voor publicatie in aanmerking komen, dan moet het gaan om bijzondere probleemgedragingen, behandelingsmethoden en/of resultaten.
- Cliëntgegevens als namen (of afkortingen daarvan), beroepen, plaatsen en tijden dienen veranderd te worden. Eventuele klachten van cliënten die zich in beschrijvingen herkennen komen uitsluitend ten laste van de auteur(s).
- Artikelen, gevalsbeschrijvingen en bijdragen voor Forum en Kort Instrumenteel worden gevolgd door een samenvatting met trefwoorden en referenties in de Nederlandse taal, en een *summary* inclusief titel en *keywords* in de Engelse taal. Deze omvatten maximaal 150 woorden en 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 zevende editie van de *Publication Manual* van de American Psychological Association (APA, 2020).

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 3, september 2022

Pagina 169-260

169 *Redactioneel*

170 **Michel Reinders & Yara Wurtz**

Placebo-effect binen psychotherapie: Wat kunnen we ermee?

186 **Simone de la Rie**

Narratieve exposuretherapie

205 **Tiffany Naets, Maurane Desmet & Caroline Braet**

Ouder-kindinteracties in eetgedrag en etiologie van gewichtsproblemen: Een literatuuroverzicht en pleidooi voor stepped-care en e-health vroeginterventies voor ouders

KORT INSTRUMENTEEL

227 **Dick Barelds & Pieterneel Dijkstra**

Metten van drie soorten jaloezie met de Three Types of Jealousy Scale

BOEKBESPREKINGEN

248 **Annelies van Ree**

Anja de Bok (2020). De therapeutische relatie in de ggz: *Tien intieme verhalen uit de spreekkamer van de eerstelijnspsycholoog*

250 **Hanneke Schuurmans**

Marius Romme, Sandra Escher & Dirk Corstens (2021). *Stemmen horen begrijpelijk maken: Een praktische handreiking*

VOOR U GELEZEN

254 Speers, A. J. H., Bhullar, N., Cosh, S., & Wootton, B. M. (2022). Correlates of therapist drift in psychological practice: A systematic review of therapist characteristics. *Clinical Psychology Review*, 93, 102132.

258 *Ontvangen*