

GEDRAGSTHERAPIE

*Tijdschrift voor gedragstherapie
& cognitieve therapie*



JAARGANG 56 NUMMER 1 MAART 2023

Het tijdschrift *Gedragstherapie* wordt uitgegeven door Uitgeverij Boom in opdracht van Stichting Tijdschrift voor Gedragstherapie, waarin participeren de Vereniging voor Gedragstherapie en Cognitieve Therapie en de Vlaamse Vereniging voor Gedragstherapie. Het tijdschrift verschijnt viermaal per jaar: in maart, juni, september & december

Doelstelling

Tijdschrift *Gedragstherapie* heeft als doelstelling het publiceren van wetenschappelijk onderzoek (inclusief psychometrisch onderzoek), theoretische artikelen, literatuuroverzichten, case-studies en boekbesprekingen op het gebied van cognitieve gedragstherapie.

Redactie

Elske Saleminck, *hoofdredacteur*
Hermien Elgersma
Arnold van Emmerik
Kristof Hoorelbeke
Jaap Lancee
Miriam Lommen
Margreet Oorschot
Sara Scheveneels
Anouk Vanden Bogaerde
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

Weltevreden 61
3811 NR Amersfoort
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@boom.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.



VGCT

Vlaamse Vereniging Voor
Gedragstherapie

.....

We worden dikker. En nu heb ik het niet over onze eigen lichaamsomvang, maar over de nummers in *Gedragstherapie*. In nummer 3 van vorig jaar schreef ik: '[h]et is een dik nummer geworden met maar liefst zeven bijdragen', nu gaan we daar alweer overheen met tien bijdragen. Geweldig om te zien dat enerzijds onderzoekers en klinici het tijdschrift weten te vinden voor hun stukken en dat we anderzijds dus veel kennis met jullie kunnen delen.

In de eerste, prikkelende bijdrage hebben maar liefst tien experts uit heel Nederland hun krachten gebundeld om populaire behandelingen van traumagerelateerde klachten kritisch te bespreken. Lang niet iedereen ontvangt de aanbevolen evidence-based behandelingen en Rafaële Huntjens en collega's zetten helder uiteen wat mogelijke redenen daarvoor kunnen zijn. In mijn ogen een belangrijk stuk dat we open access aanbieden, zodat het met iedereen vrijelijk gedeeld kan worden. In de volgende bijdrage beschrijven Dennis Felling en collega's cognitieve gedragstherapie (CGT) voor ernstige vermoeidheidsklachten, geïllustreerd met een uitgebreide casus. Lang werd aangenomen dat dergelijke vermoeidheidsklachten weinig beïnvloedbaar zijn, maar onderzoek laat zien dat CGT dat wel degelijk kan. In de derde bijdrage presenteren Massi Aoudjan en collega's de haalbaarheid en bruikbaarheid van een nieuwe aanpak om een crisis bij individuen met een borderline-persoonlijkheidsstoornis beter te signaleren. Mooi om te zien hoe complexe dynamische transitie modellen vertaald worden naar de klinische praktijk en toegankelijk gepresenteerd worden aan deelnemers; bekijk zeker box 3 uit deze bijdrage. Thera Koetsier en collega's beschrijven in de vierde bijdrage de werkingsmechanismen van imaginaire rescripting bij volwassenen met PTSS. Deze reeks artikelen start en eindigt met trauma, waarmee de cirkel rond is.

Vervolgens zijn er maar liefst zes boekbesprekingen. Joop Bosch beschrijft het boek *We zijn God niet* van van Spronsen en van Os (2021) en Vincent van Bruggen en Eveline Hendrix het boek *Fundamentele vaardigheden in gesprekstherapie* van Bloothoofd (2021). Vervolgens wordt het boek *Positieve psychotherapie* van Rashid en Seligman (2020) besproken door Jan Callens en het boek *ACT met hoofd en hart* van Bruyninx en collega's (2022) door Jacqueline A-Tjak. Tot slot recenseert Yvette van der Pas het recente boek *Behandeling van OCD* van Visser en Punt (2022) en bespreekt Paulien Dijk *Meisjes en vrouwen met autisme* van Hendrickx (2022). We sluiten het nummer af met de rubriek Voor u gelezen, waarin werkzame, transdiagnostische processen van verandering in de behandeling van psychische klachten bij jongeren aan bod komen.

Elske Saleminck
Hoofdreducteur

In memoriam

Ons bereikte het verdrietige nieuws dat prof. dr. Floris (Floor) Kraaimaat op 30 januari 2023 op 80-jarige leeftijd is overleden. Hij was klinisch psycholoog en psychotherapeut, en emeritus hoogleraar medische psychologie aan de Radboud Universiteit te Nijmegen.

Floor is jarenlang betrokken geweest bij de Vereniging voor Gedrags- en Cognitieve therapieën (sinds 1981 als erelid) en het tijdschrift *Gedragstherapie*. Toen ik in december 2020 startte als hoofdredacteur was ik geïnteresseerd in de geschiedenis van het tijdschrift en kreeg ik via de VGCT het e-mailadres van Floor. Hij reageerde zeer enthousiast op mijn vragen en naast dat we een beloverleg inplanden, ontving ik ook meteen een document waarin hij de geschiedenis van het tijdschrift voor me uit de doeken deed.

Het tijdschrift is gestart als *Bulletin* waarin voornamelijk mededelingen van de vereniging en de namen van nieuwe leden stonden. Het verscheen onregelmatig tussen 1967 en 1980. In 1981 werd er een redactie gevormd waarvan Floor deel uitmaakte en waarvan Ruud Hornsveld de voorzitter was. Het *Gedragstherapeutisch Bulletin* bestond toen uit twee aparte delen: een deel met artikelen en een deel met mededelingen van het bestuur. In 1983 kwam er een nieuwe redactie, met Floor als eindredacteur. De twee delen werden gescheiden en de artikelen werden voortaan gepubliceerd in *Gedragstherapie*. Op deze manier zorgde Floor ervoor dat het tijdschrift volledig gericht was op wetenschap en wetenschappelijke onderbouwing vanuit de klinische en medische psychologie. Bij de vormgeving van de redactie was zijn streven om leden uit zowel het onderzoek als de praktijk te hebben, zowel psychologen als psychiaters, en zowel Vlamingen als Nederlanders. Na 17 jaar (!) als eindredacteur, stopte hij daarmee in 2000. Helemaal stoppen met het tijdschrift deed hij niet; hij bleef nog vele jaren lid van de redactie, waarbij hij met name artikelen op het terrein van de *behavioral medicine* beoordeelde. En recentelijk schreef hij nog samen met Ruud Hornsveld een artikel over een meetinstrument dat vorig jaar (nummer 1 van 2022) gepubliceerd werd in het tijdschrift.

Op de weg die Floor is ingeslagen met het tijdschrift – met nadruk op de wetenschappelijke onderbouwing, maar ook altijd met oog voor de praktijk, én met diversiteit in de redactie – zullen we zeker blijven.

Onze condoleances gaan uit naar zijn familie en vrienden.

Elske Salemink
Hoofdredacteur

Traumagerelateerde klachten

3

Een aantal populaire behandelingen onder de loep genomen

RAFAËLE HUNTJENS, INEKE WESSEL, NATHAN BACHRACH, MARLOES EIDHOF, CHRIS HOEBOER, MIRIAM LOMMEN, SUZY MATTHIJSEN, TRUDY MOOREN, MAARTJE SCHOORL & AGNES VAN MINNEN

Samenvatting

Voor de behandeling van traumagerelateerde klachten zijn effectieve, evidence-based behandelingen beschikbaar, maar relatief weinig mensen krijgen daadwerkelijk zo'n behandeling. In plaats daarvan worden andere behandelingen gegeven die populair zijn, waaronder lichaamsgerichte behandelingen, dierondersteunde therapie, speltherapie, EMDR toegepast op vermijding, de Lovett-methode voor preverbaal trauma, geleide synthese en deprogrammeren. Wij nemen deze behandelingen onder de loep. Zijn ze effectief? Wat is het veronderstelde werkingsmechanisme ervan? En wat zijn de mogelijke risico's van deze behandelingen? In de discussie bespreken we mogelijke redenen waarom deze en vergelijkbare behandelingen in de klinische praktijk worden verkozen boven evidence-based behandelingen en een aantal redeneerfouten die aan deze keuzes bijdragen.

Trefwoorden: trauma, PTSS, dissociatieve stoornissen, evidence-based, EMDR

Kernboodschappen voor de klinische praktijk

- ▶ Volgens het rapport *Zinnige zorg – Verbetersignalement posttraumatische stress-stoornis* krijgt slechts 39% van de mensen met hoofddiagnose posttraumatische-stressstoornis (PTSS) een evidence-based behandeling conform de richtlijnen aangeboden, zoals exposure of EMDR.
- ▶ Het merendeel van de patiënten wordt dus bewezen effectieve zorg onthouden, wat leidt tot lagere kosteneffectiviteit van de zorg, tot langere wachttijden en mogelijk tot schade voor individuele patiënten.
- ▶ Het blijft essentieel om alternatieve behandelingen eerst in gedegen studies te onderzoeken voor zij in de klinische praktijk worden toegepast.

INLEIDING

4

.....

In de afgelopen decennia zijn grote stappen gezet in het onderzoek naar de behandeling van psychische klachten die kunnen ontstaan na het meemaken van ingrijpende gebeurtenissen. Ook het vertalen van deze kennis naar de klinische praktijk kreeg veel aandacht. Zo werden de afgelopen jaren diverse ggz-standaarden gepubliceerd die concrete aanbevelingen voor de praktijk baseren op actuele wetenschappelijke kennis. In de zorgstandaard *Psychotrauma- en stressorgerelateerde stoornissen*¹ (GGZ Standaarden, 2020b) valt bijvoorbeeld te lezen dat psychologische behandeling de voorkeur geniet boven farmacotherapie. Eerstekeuzebehandelingen zijn imaginaire exposure, *prolonged exposure*, cognitieve therapie, *cognitive processing therapy*, *eye movement desensitization and reprocessing* (EMDR) en *trauma-focused* cognitieve gedragstherapie. Andere behandelingen zijn minder vaak onderzocht, maar eveneens effectief bevonden: imaginaire rescripting (ImRs), beknopte eclectische psychotherapie voor PTSS (BEPP), narratieve exposuretherapie (NET) en schrijftherapie (bijvoorbeeld Interapy). Ook voor mensen met complexe PTSS² wordt momenteel aanbevolen om direct te starten met traumagerichte therapieën. Zie onder andere de recente richtlijnen van de International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS Guidelines Committee, 2018). In deze richtlijnen wordt aangegeven dat alternatieve, experimentele behandelmethoden pas toegepast dienen te worden als meerdere bewezen effectieve behandelingen zijn toegepast en die niet effectief zijn gebleken.

De zorgstandaard *Dissociatieve stoornissen* (GGZ Standaarden, 2020a) beschrijft meerdere behandelingen die werkzaam zouden kunnen zijn, waaronder een gefaseerde behandeling, schematherapie en directe traumagerichte behandeling. Gerichte aanbevelingen en een beslisboom ontbreken echter, omdat er momenteel nog te weinig onderzoek is gedaan naar deze en andere behandelingen bij dissociatieve stoornissen.

De aanbevelingen in de ggz-standaarden zijn gebaseerd op onderzoek naar de effectiviteit van behandelingen en het werkingsmechanisme ervan. We bespreken twee voorbeelden van dergelijk onderzoek.

- 1 Onder psychotrauma- en stressorgerelateerde stoornissen vallen posttraumatische-stressstoornis (PTSS), complexe posttraumatische-stressstoornis (cPTSS), acute stressstoornis (ASS), persisterende complexe rouwstoornis (PCRS) en hechtingsstoornissen, zoals reactieve hechtingsstoornis (RHS) en ontremd-sociaalcontactstoornis (OSCS).
- 2 De term 'complexe PTSS' wordt in de ICD-11 (WHO, 2022) gebruikt voor problemen met emotieregulatie, interpersoonlijk functioneren en zelfbeeld die zich voordoen in aanvulling op PTSS-klachten.

NOODZAAK VAN STABILISATIE

.....

In de praktijk richtte men zich bij mensen met PTSS gerelateerd aan mishandeling en misbruik tijdens de kinderjaren vaak eerst op stabilisatie, alvorens over te gaan tot traumagerichte behandeling. Klinisch gezien is dit een logische gedachtegang: als een patiënt veel problemen heeft op het gebied van emotieregulatie, ligt het voor de hand om hem een vaardigheidstraining op dat gebied aan te reiken, voordat men een traumabehandeling start, die immers sterke emoties oproept. In de afgelopen jaren werden min of meer gelijktijdig in Nederland drie RCT's³ uitgevoerd die de vraag stelden of deze fasering nuttig en noodzakelijk is voor deze groep. In grote lijnen bleek gefaseerde behandeling niet superieur aan directe traumagerichte behandeling bij mensen met PTSS gerelateerd aan traumatische ervaringen in de kindertijd. Met andere woorden: de effectiviteit van stabilisatie plus een traumagerichte PTSS-behandeling verschilde niet van de resultaten van enkel een directe traumagerichte PTSS-behandeling, een bevinding die wellicht tegen onze klinische intuïtie indruist. Daarnaast bleek dat directe traumaverwerking goed wordt verdragen en bovendien leidt tot grote verbeteringen op verschillende (herstel)domeinen, zoals emotieregulatie, zelfbeeld, interpersoonlijke problemen, en gevoelens van schuld en schaamte. Niet alleen vanuit het perspectief van effectiviteit en veiligheid, maar ook vanuit efficiëntie en zorgkosten, pleiten de uitkomsten van deze studies er dus voor om directe traumaverwerking zo snel mogelijk toe te passen. Wel moet verder onderzoek nog uitwijzen welke PTSS-interventie wanneer het beste werkt, en met welke frequentie en dosering ze het beste kan worden toegepast. Ook moet worden opgemerkt dat de genoemde studies diverse exclusiecriteria hanteerden. Zo werden in een of meerdere van deze studies mensen met een laag IQ, onvoldoende beheersing van de Nederlandse taal, alcoholafhankelijkheid, of een hoge kans op suïcide of zelfbeschadiging uitgesloten van deelname, evenals mensen die te maken hadden met doorgaand misbruik. We weten dus nog niet of de conclusies ook voor die groepen gelden.

- 3 Dat zijn: (1) de IMPACT-studie (Oprel et al., 2021), waarin prolonged exposure en intensieve prolonged exposure zonder voorafgaande stabilisatie werden vergeleken met een gefaseerde behandeling (STAIR + prolonged exposure); (2) de TOPRON-studie (van Vliet et al., 2021), waarin EMDR werd vergeleken met een gefaseerde aanpak (STAIR + EMDR); en (3) een studie naar imaginaire rescripting versus een gefaseerde aanpak (STAIR + imaginaire rescripting) (Raabe et al., submitted).

WERKINGSMECHANISME VAN EMDR

.....

Een ander voorbeeld van de bijdrage van empirisch onderzoek aan de klinische praktijk betreft het onderzoek naar het werkingsmechanisme van EMDR. Bij die vorm van traumabehandeling wordt aan patiënten gevraagd om het naaste beeld van een herinnering op te halen, terwijl ze tegelijkertijd met hun ogen de hand van de therapeut (of het licht op een lichtbalk) die snel van links naar rechts heen en weer beweegt, moeten volgen (Matthijssen et al., 2021). De werkzaamheid van EMDR voor de behandeling van PTSS is in meerdere studies aangetoond (Lewis et al., 2020; maar voor het risico op bias, zie: Cuijpers et al., 2020). Over het werkingsmechanisme bleef echter lang na de intrede van de behandeling veel onduidelijkheid bestaan. Volgens Francine Shapiro's model van *adaptive information processing* (AIP) zou een traumatische gebeurtenis geïsoleerd worden opgeslagen in het geheugen als disfunctionele informatie. Lange tijd ging men als werkingsmechanisme uit van interhemisferische communicatie (Christman et al., 2003). Door bilaterale stimulatie (bijvoorbeeld het volgen van de horizontale vingerbewegingen van de therapeut) zouden er nieuwe neurale verbindingen ontstaan tussen de hemisferen in de hersenen, waardoor de opgeslagen herinnering weer toegankelijk zou worden, en er verwerking en integratie in het grotere geheugennetwerk zou plaatsvinden (Shapiro & Liliot, 2011). Uit empirisch onderzoek bleek echter evidentie voor een alternatieve verklaring: de werkgeheugentheorie (zie onder anderen: Gunter & Bodner, 2009). Deze theorie gaat ervan uit dat het vasthouden van een nare herinnering in het werkgeheugen niet goed lukt als gelijktijdig een andere taak moet worden uitgevoerd die het werkgeheugen belast. De herinnering verliest hierdoor aan emotionele lading en levendigheid, en wordt uiteindelijk ook op die manier weer opgeslagen in het langetermijngeheugen.

In de klinische praktijk werd, gebaseerd op het AIP-model, overgestapt van oogbewegingen naar klikjes: patiënten kregen een koptelefoon op met geluiden die afwisselend rechts en links te horen waren. Zowel therapeuten als patiënten vonden dit een prettige manier van werken bij EMDR-therapie sessies. Echter, uit onderzoek bleek dat het luisteren naar klikjes minder effectief is dan het maken van oogbewegingen, omdat het luisteren naar klikjes het werkgeheugen minder belast (van den Hout et al., 2011). Daarom wordt nu geadviseerd om bij voorkeur de oogbewegingen te gebruiken.

ZINNIGE ZORG?

.....

De twee voorbeelden laten zien dat populaire of klinisch intuïtieve behandelmethoden niet altijd effectief blijken. Gelukkig wordt er kwalitatief hoogstaand onderzoek op het gebied van psychotrauma uitgevoerd en vin-

den de resultaten hun weg naar de richtlijnen voor behandeling, waardoor de traumagerichte zorg in Nederland steeds beter wordt. Toch valt er nog veel te doen, op het gebied van zowel diagnostiek als behandeling. Uit het rapport *Zinnige zorg – Verbetersignalement posttraumatische stress-stoornis*⁴, gebaseerd op gegevens van drie middelgrote algemene ggz-instellingen in Nederland, blijkt dat er per jaar circa 90.000 mensen met PTSS hulp krijgen in de ggz, maar dat PTSS niet wordt herkend bij 18-35% van de mensen die professionele hulp zoeken. Ook ontvangt slechts een minderheid van de mensen met hoofddiagnose PTSS (39%) daadwerkelijk een traumagerichte behandeling conform de richtlijnen. Bovendien krijgt van die laatsten 41% minder sessies aangeboden dan de richtlijn aanbeveelt. Voor andere traumagerelateerde stoornissen dan PTSS, waaronder de persisterende complexe rouwstoornis en de dissociatieve stoornissen, ontbreken deze cijfers vooralsnog.

Het rapport *Zinnige zorg* roept de vraag op welke traumagerichte behandelingen dan wel in de ggz worden gegeven in de gevallen waarin er geen evidence-based richtlijnbehandeling wordt gegeven. Om de kwaliteit van de zorg op peil te houden en verder te verhogen, is het belangrijk om kritisch naar zulke alternatieven te kijken. In dit artikel nemen we ter illustratie een aantal behandelingen voor volwassenen en kinderen met traumagerelateerde stoornissen onder de loep, inclusief dissociatieve stoornissen. Onze keuze van behandelingen is zeker niet uitputtend, maar slechts een greep uit de behandelmethoden in de klinische praktijk. Deze methoden worden in ieder geval ook in de reguliere ggz aangeboden en kenmerken zich door een zekere populariteit, zoals blijkt uit het trainingsaanbod in het postdoctorale opleidingsprogramma, uit nascholing en uit presentaties op Nederlandse congressen. Aan bod komen: (1) lichaamsgerichte behandelingen, (2) dierondersteunde interventies, (3) de EMDR-methode *level of urge to avoid*, (4) het behandelen van preverbaal trauma met de Lovett-methode, (5) speltherapie, en specifiek voor de dissociatieve stoornissen de behandelmethoden (6) 'geleide synthese' en (7) 'deprogrammeren'. De centrale vragen die aan de orde komen zijn: Hoe gaat de behandeling in haar werk en wat is er bekend over de effectiviteit ervan? Wat zijn de veronderstelde werkingsmechanismen en worden die onderbouwd door empirisch onderzoek? En is de alternatieve behandeling zonder risico? In de discussie bespreken we een aantal onderliggende denkfouten die kenmerkend zijn voor de rationale en/of werkwijze van meerdere beschreven methoden. We eindigen met een onderzoeksagenda.

4 Dit rapport werd in juni 2020 opgesteld door het Zorginstituut Nederland, in samenwerking met patiëntenorganisaties, zorgprofessionals, zorginstellingen en zorgverzekeraars (Zorginstituut, 2020).

LICHAAMSGERICHTE BEHANDELINGEN

.....

Het idee achter lichaamsgerichte behandelingen is dat het trauma zo overweldigend is dat de ervaring wordt opgeslagen als lichaamsherinnering, onbewust en onveranderlijk door de tijd heen (Langmuir et al., 2012; van der Kolk, 1994, 2014). In plaats van als verbale herinnering, wordt het trauma opgeslagen in het zogenaamde ‘reptielenbrein’ (Crawford, 2010; Steenkamp et al., 2012; van der Kolk & Fisler, 1995) of in het lichaam zelf, zoals in het zogenaamde spiergeheugen (Hardeman, 2020; Hoekstra, 2020). Deze lichaamsherinneringen zouden zich uiten in de vorm van fysieke sensaties of klachten, zoals spierspanning, spierpijn, trillingen, tintelingen of hyperarousal. In lichaamsgerichte benaderingen als de *sensorimotor psychotherapy* (SP; Ogden & Minton, 2000) en de *somatic experiencing therapy* (SE; Levine & Frederick, 1997) spreekt men dan ook van de ‘taal van het lichaam’. Ook van der Kolks boek *The body keeps the score* (Nederlandse titel: *Traumasporen*) leunt op deze gedachte en is bijzonder populair. Omdat de richtlijnbehandelingen voor PTSS een grote verbale, cognitieve component hebben, zouden ze niet goed aansluiten bij mensen met zulke lichaamsherinneringen (Kuhfuss et al., 2021). Ook zouden patiënten geen baat hebben bij gangbare traumatherapie als ze overspoeld worden door herinneringen en gaan dissociëren (van der Kolk, 2014). In plaats van hun herinneringen aan het trauma te verwoorden, zoals bij richtlijnbehandelingen, focussen patiënten tijdens lichaamsgerichte behandelingen op hun lichamelijke symptomen en sensaties wanneer ze blootgesteld worden aan (veronderstelde) traumatische cues. Naast lichaamsbewustwording leren ze om hun lichaam te kalmeren en hun spanning te reguleren, bijvoorbeeld door aan positieve dingen te denken, waardoor de spanning zou afnemen (Kuhfuss et al., 2021; van der Kolk, 1994). Daarnaast is cruciaal dat mensen alsnog de beweging afmaken die zij tijdens de stressvolle gebeurtenis niet konden uitvoeren, bijvoorbeeld de dader van zich afslaan, in plaats van te verstijven (Payne et al., 2015).

Dat posttraumatische-stressklachten ook lichamelijke componenten omvatten en dat de behandeling ook gericht moet zijn op het herkennen en reduceren van deze klachten, is onomstreden. Echter, er is kritiek op de achterliggende ideeën van lichaamsgerichte therapie. Ten eerste is er geen wetenschappelijke basis voor het bestaan van lichaamsherinneringen en spiergeheugen voor trauma (McNally, 2003). Zo wordt het idee dat lichaamsherinneringen worden opgeslagen in een lager primitief deel van het brein (het reptielenbrein), dat afgescheiden is van evolutionair gezien nieuwere en hoger gelegen gebieden (met daarin ook functies als taal), niet ondersteund door de laatste wetenschappelijke inzichten (Cesario et al., 2020). Ook het belang van het afmaken van de beweging die tijdens het trauma zelf niet uitgevoerd werd (Payne et al., 2015) wordt niet ondersteund door onderzoek. Verder bestaat er geen empirische evidentie voor een verminderde

effectiviteit van traumagerichte psychotherapie voor PTSS bij mensen met (somatoforme) dissociatie (voor een meta-analyse, zie: Hoeboer et al., 2020; Zoet et al., 2018).

9

In totaal zijn er drie gecontroleerde studies gedaan naar lichaamsgerichte behandeling. Een daarvan betrof een pilot-RCT naar sensorimotortherapie voor mensen met PTSS ten gevolge van vroegkinderlijk trauma. Deze studie vond geen effect op PTSS-klachten (Classen et al., 2020). Een tweede studie gericht op de somatic experiencing therapie vond een groot effect op PTSS-symptomen (Brom et al., 2017). Een derde studie naar (sub)klinische PTSS comorbide bij chronische pijnklachten vond een statistisch significante, maar beperkte verandering ten opzichte van de baseline in PTSS-klachten (met andere woorden: beperkte klinische relevantie; Andersen et al., 2017). Overigens werden in deze studies niet speciaal mensen geïncludeerd met lichaamsherinneringen, en in de RCT's met positieve resultaten geen mensen met ervaringen van vroegkinderlijk seksueel misbruik of complex trauma, maar veelal met ervaringen van verkeersongelukken.

Er kleeft een belangrijk risico aan lichaamsgerichte interventies wanneer men een stap verder gaat en ervan uitgaat dat deze behandeling ook gegeven kan worden aan mensen die geen verbale herinneringen aan een trauma aangeven, maar die wel lichamelijke klachten vertonen (bijvoorbeeld rugpijn, plas- en bekkenproblemen, slaapproblemen en hoofdpijn) die geïnterpreteerd worden als traumagerelateerd. Dan is er namelijk sprake van omgekeerd redeneren: (1) er zijn lichamelijke klachten, dus moet er zich trauma hebben voorgedaan, en (2) om die klachten te doen afnemen, moet de herinnering aan dat trauma naar boven worden gehaald. Een dergelijke werkwijze heeft als groot risico dat er door suggestie onterechte herinneringen worden opgewekt, wat vaak niet bekend is bij patiënten die deze therapie volgen.

Samenvattend lijkt er enige, zij het beperkte en gemengde, evidentie te zijn voor lichaamsgerichte behandeling als effectieve therapie voor PTSS ten gevolge van onder andere auto-ongelukken en geweld. De methode blijkt niet effectief voor PTSS-klachten bij mensen met vroegkinderlijk interpersoonlijk trauma, en er is geen evidentie voor het vooronderstelde onderliggende werkingsmechanisme. Bovendien ontbreekt tot op heden een directe vergelijking met een van de behandelingen die de richtlijnen aanbevelen. De theorie dat traumatische herinneringen worden opgeslagen in het lichaam en/of in het reptielenbrein is discutabel, net als de aanname dat bewegingen afgemaakt moeten worden in het heden. Verder lijkt de stelling dat mensen met PTSS en lichaamsherinneringen niet profiteren van traumagerichte psychotherapie voorbarig, en kleven er aan de lichaamsgerichte behandelmethode enige risico's. Die betreffen met name de toepassing van deze behandeling bij mensen met somatische klachten die geen herinnering hebben aan traumatische ervaringen.

DIERONDERSTEUNDE INTERVENTIES

.....

10

Bij dierondersteunde interventies wordt meestal onderscheid gemaakt tussen *animal-assisted (psycho)therapy* (AA(P)T), waarbij een dier op een gestructureerde manier wordt geïntegreerd in een psychotherapie gericht op PTSS, en *animal-assisted activity* (AAA), waarbij een dier op een meer ondersteunende manier wordt ingezet in het leven van iemand met PTSS. Elk van beide vormen heeft een eigen doel: bij AAT gaat het er specifiek om PTSS-klachten te verminderen, terwijl het er bij AAA meer om gaat de kwaliteit van leven te verbeteren.

Over de werkingsmechanismen van AAT bij PTSS is nog niet zoveel bekend, en er is geen gecontroleerd onderzoek naar gedaan. Dat is ook lastig, omdat de betreffende dieren – meestal honden, paarden of andere boerderijdieren – op verschillende manieren ingezet kunnen worden, waardoor ook de werkingsmechanismen kunnen verschillen. Een verondersteld werkingsmechanisme is dat van de dieren een stressreducerende werking uitgaat. Onderzoek heeft bevestigd dat bij contact met het dier de stress inderdaad afnam, wat gemeten werd met fysieke stressindicatoren, zoals hartslag en bloeddruk (Krause-Parello & Friedmann, 2014; Woodward et al., 2017). Ook kan een dier helpen de kwaliteit van leven te verhogen, en wel door de leefwereld van de patiënt te vergroten of diens dagelijkse activiteiten te ondersteunen (O’Haire et al., 2015). Ook er is enig bewijs voor een positief effect op motivatie voor traumagerichte therapie (Germain et al., 2018).

In een recente meta-analyse van Hediger en collega’s (2021) werden 41 studies geïnccludeerd, waaronder slechts acht gecontroleerde studies en slechts twee gerandomiseerde trials. Meestal ging het om honden of paarden die werden ingezet bij oorlogsslachtoffers of slachtoffers van seksueel misbruik. Wat betreft vermindering van symptomen van PTSS en depressie waren dierondersteunde behandelingen effectiever dan een wachtlijstconditie en de effecten waren vergelijkbaar met die van reguliere psychotherapie. Er waren ook enige aanwijzingen dat een hulphond effectief was, maar de bevindingen waren gemengd. De kwaliteit van alle studies op dit gebied was echter laag: er was sprake van heterogene designs, kleine steekproeven en inadequate controlecondities. Ook de toepasbaarheid en veiligheid van AAT is nog niet systematisch gemeten. Kortom, de resultaten van het onderzoek naar de effectiviteit van AAT en AAA zijn gemengd, en de kwaliteit van de betreffende studies is nog onvoldoende om duidelijke conclusies te kunnen trekken. Het onderzoek wordt echter ook bemoeilijkt door de uiteenlopende doelstellingen van AAT: Gaat het om een eerste, laagdrempelige interventie, met als doel de patiënt naar traumagerichte behandeling te bewegen? Is het een interventie om PTSS-klachten te verminderen? Is het een laatste interventie die gericht is op rehabilitatie en acceptatie van de PTSS-klachten, en op verhoging van de kwaliteit van leven? Is de interventie

gericht op ondersteuning in het dagelijks leven (in de vorm van een hulphond die bij de patiënt inwoont)? Of gaat het om een therapievorm waarin de patiënt bijvoorbeeld eens per week een behandelsessie met een paard ondergaat?

11

Een belangrijke vraag is of er risico's verbonden zijn aan het gebruik van dieren bij de behandeling van PTSS. Vanuit de bestaande leertheorieën over de behandeling van PTSS kan AAT vragen oproepen, omdat de omgang met dieren wordt ingezet als veiligheidsgedrag, wat het effect van bestaande effectieve behandelingen, zoals exposuretherapie, mogelijk tegenwerkt. Anderzijds kan AAT mogelijk de drempel tot traumagerichte interventies verlagen (Germain et al., 2018). Verder is er recent meer aandacht voor de relatief hoge kosten van AAT (Opsimos et al., 2021) en voor de risico's voor het welzijn van de dieren die worden ingezet (Rietveld-Piepers, 2018).

Samengevat is er uit gecontroleerd onderzoek enige evidentie voor de effectiviteit van dierondersteunde interventies wat betreft daling van PTSS-klachten, maar is de kwaliteit van de studies nog onvoldoende. Er zijn aanwijzingen dat de aanwezigheid van een dier stressreducerend kan werken en de kwaliteit van leven kan verhogen, al moeten de potentiële risico's van de inzet van dieren meegewogen worden.

DE LEVEL OF URGE TO AVOID (LOUA)-METHODE

.....

Zoals gezegd is EMDR-therapie een van de eerstekeuzebehandelingen voor PTSS. Bij de behandeling van (complexe) PTSS-problematiek en dissociatieve stoornissen gebruiken verschillende methoden echter varianten op het EMDR-protocol, al dan niet in combinatie met andere technieken. Een voorbeeld is de level of urge to avoid (LOUA)-methode (Knipe, 2007; zie ook: Hauber, 2009), die wordt toegepast als voorbereiding op traumabe-handeling wanneer de therapeut de indruk krijgt dat patiënten hun traumabeelden vermijden. Het doel van de LOUA-methode is om deze vermindering te verminderen. Aan patiënten wordt gevraagd om cijfers te geven aan het positieve aspect van hun vermijdingsstrategie en de mate waarin ze niet aan het traumabeeld willen denken. Daarnaast wordt hun gevraagd waar ze de vermijding in hun lichaam voelen. Vervolgens wordt bilaterale stimulatie toegepast. Er wordt geadviseerd om zodra de patiënt aangeeft minder vermijding te voelen, door te gaan met het standaard EMDR-protocol op de eerstvolgende traumagerelateerde beelden of gedachten die opkomen.

Het veronderstelde werkingsmechanisme van deze behandeling is gebaseerd op het *adaptive processing model* (AIP; Shapiro & Liliotis, 2011). Mosquera en Knipe (2017) breiden het begrip 'disfunctioneel opgeslagen informatie' binnen het AIP-model uit met vermijdingsgedrag, dat net als traumatische herinneringen afgezwakt zou kunnen worden door bilaterale stimulatie.

Tot op heden kent de literatuur alleen beschrijvende casuïstiek over de LOUA-methode (Knipe, 2007, 2014). Voor zover ons bekend bestaat er ook geen onderzoek dat het werkingsmechanisme van de methode kan bevestigen. Tevens is er geen evidentie dat deze methode vermindering daadwerkelijk vermindert.

Wat zijn mogelijke nadelen en risico's van deze behandeling? De centrale aanname van de LOUA-methode is dat de herinnering aan het traumatisch beeld dat vermeden wordt weer naar boven komt (Knipe, 2007). Het is de vraag of dit wel zo is, want het is immers ook mogelijk dat er op dat moment een nieuwe associatie wordt gevormd, die vervolgens wordt gelabeld als herinnering. Er bestaat dus een risico dat er zich een foutieve herinnering vormt. En als er al daadwerkelijke herinneringen naar boven komen, zijn dit dan de meest beladen beelden? Kortom, het werkingsmechanisme en de effectiviteit van de LOUA-methode moeten eerst nader onderzocht worden alvorens haar toe te passen in de klinische praktijk, waarbij men het risico op het vormen van onterechte herinneringen in acht moet nemen.

PREVERBAAL TRAUMA EN DE LOVETT-VERHALENMETHODE

.....

Een andere aanpassing van het EMDR-protocol zien we op het gebied van preverbaal trauma, het 'trauma dat kan ontstaan wanneer een kind negatieve ervaringen meemaakt op een leeftijd waarop het nog niet in staat is tot verbale communicatie' (Went, 2014, p. 18). Herinneringen aan zulke trauma's worden verondersteld niet toegankelijk te zijn op bewust niveau. Om traumagerelateerde problemen bij kinderen die mogelijk veroorzaakt zijn door preverbaal trauma te behandelen, ontwikkelde Lovett (1999, 2014) de verhalenmethode. Ouders schrijven een verhaal over de traumatische gebeurtenis die vermoedelijk ten grondslag ligt aan de problemen van hun kind. Tijdens de sessie vertelt de ouder het verhaal aan het kind, dat op schoot zit, terwijl de EMDR-therapeut bilaterale stimulatie toepast. De verhalenmethode is bedoeld voor jonge kinderen met beperkte verbale vaardigheden,⁵ maar kan ook worden gebruikt bij oudere kinderen die vermoedelijk in hun jonge jaren een trauma hebben meegemaakt (Went, 2014) en bij patiënten met een verstandelijke beperking (de Roos et al., 2017). Zo wordt er gesteld dat de behandeling 'werkt als specifieke details van het preverbaal trauma aan ouders en therapeut bekend zijn, maar ook als preverbaal trauma wordt vermoed op basis van minder duidelijke signalen' (Went, 2014). Bij deze groepen gaat het dan om het verhaal zoals dat (volgens anderen) werkelijk is gebeurd. Wanneer onzeker is wat er precies is voorgevallen (bijvoorbeeld

5 Volgens het EMDR-protocol voor kinderen en jongeren zijn dat kinderen van 1-3 jaar oud (de Roos et al., 2015).

wanneer het kind geadopteerd is), wordt er zelfs een gereconstrueerd of gefantaseerd verhaal gebruikt (Went, 2014).

Wat betreft werkingsmechanisme volgt Lovett (2014) het AIP-model van Shapiro. In de Nederlandstalige literatuur wordt met betrekking tot het werkingsmechanisme van de verhalenmethode verder gesproken over het activeren van emoties en/of lichaamssensaties en desensitisatie (Went, 2014), en van werkgeheugenbelasting (de Roos et al., 2017; Speel-Flierman, 2017). Bewijs voor de effectiviteit van de verhalenmethode ontbreekt vooralsnog. Gevalsbeschrijvingen zijn positief (bijvoorbeeld: Lovett, 1999, 2014; Schlattmann, 2006; Speel-Flierman, 2017; Went, 2014). Voor zover wij hebben kunnen nagaan, heeft er nog geen (gecontroleerd) effectonderzoek naar deze behandelmethode plaatsgevonden, net zomin als onderzoek naar het werkingsmechanisme ervan.

De Lovett-methode berust op een aantal aannamen, namelijk: (1) dat pre-verbale kinderen hun herinneringen non-verbaal uiten, (2) dat deze non-verbale herinneringen bestendig zijn (zelfs tot in de volwassenheid), en (3) dat de herinneringen kunnen worden uitgelokt door verbale triggers. Wat is de evidentie voor deze aannamen? Uit prospectief onderzoek (Lindholm et al., 2008) blijkt dat een kind dat een stressvolle medische handeling heeft ondergaan (bijvoorbeeld een behandeling tegen benauwdheid) en later specifieke, sensorische details van die ervaring krijgt gepresenteerd (bijvoorbeeld een gezichtsmasker dat bij die behandeling is gebruikt) inderdaad bepaald (probleem)gedrag kan gaan vertonen (bijvoorbeeld huilen of lichamelijke onrust). Uit ander onderzoek na neutrale spelsituaties blijkt echter ook dat zulk gedrag afhankelijk is van de leeftijd en slechts tijdelijk optreedt (Lukowski & Bauer, 2013). Bij drie maanden oude baby's werd het gerelateerde gedrag tot een week na de stressvolle ervaring gezien, bij een kind van 18 maanden was dat 13 weken later (Rovee-Collier, 1999). Eenmalige leerervaringen kunnen dus enige tijd in gedrag waarneembaar blijven, maar het is onwaarschijnlijk dat nare leerervaringen gedurende de preverbale leeftijd op latere leeftijd nog tot probleemgedrag leiden. Daarnaast bleek het probleemgedrag in de genoemde studie vooral op te treden na het presenteren van sensorische cues. Dat roept de vraag op waarom een verbale vorm een preverbale herinnering zou kunnen activeren. De kern van verschillende geheugentheorieën is immers dat succesvol herinneren juist afhangt van een precieze match tussen de oorspronkelijke situatie en de ophaalcues (Kensinger & Ford, 2020): hoe jonger het kind tijdens de ervaring is, hoe specifieker de ophaalcues moeten zijn om de herinnering uit te lokken (Rovee-Collier, 1999). Daarom lijkt een narratief over de situatie juist niet zo geschikt om een non-verbale herinnering te activeren. Als onbekend is welke traumatische gebeurtenis een kind meegemaakt zou kunnen hebben, brengen fantasieverhalen, of door ouders of therapeut ingevulde verhalen, bovendien het gevaar van aangepaste herinneringen met zich mee. De Roos en collega's

(2017) manen dan ook tot terughoudendheid wat betreft het invullen van onbekende details.

Al met al lijken de theoretische aannamen van de verhalenmethode niet overeen te stemmen met wat bekend is uit onderzoek naar het geheugen en ontbreekt (gecontroleerd) empirisch bewijs voor de werkzaamheid van de methode. Er kleven echter wel risico's aan de methode, als men op zoek gaat naar ontbrekende details, als er preverbaal trauma wordt vermoed op basis van ambigue signalen, of als men uit louter lichamelijke 'signalen' afleidt dat er een traumatische ervaring moet hebben plaatsgevonden (omgekeerd redeneren).

SPELTHERAPIE

.....

Een andere manier om te werken met verhalen en herinneringen van kinderen met psychotraumaklachten is speltherapie. In deze vorm van behandeling voor kinderen van ongeveer 4 tot 12 jaar worden spelletjes, tekeningen, toneelspel en andere non-verbale technieken gebruikt om kinderen te helpen hun traumatische herinneringen te verwerken. De rationale is dat door spel dat bij de ontwikkeling en leeftijd van het kind past 'symbolische' expressie van gedachten en emoties plaatsvindt (Parker et al., 2021). Met behulp van fantasie en imaginatie kunnen kinderen hun traumatische ervaringen in het spel herhaaldelijk 'vertellen', maar ze ook veranderen, bijvoorbeeld door hun rol van slachtoffer te wijzigen in die van held. Volgens diverse grondleggers is het non-directieve aspect van de speltherapie belangrijk (Ryan & Needham, 2001), evenals het psychodynamische element, namelijk dat kinderen de traumatische gebeurtenis onbewust recreëren in het spel. Verder neemt men aan dat het bij speltherapie belangrijk is om de traumatische herinneringen vooral affectief, perceptueel en lichamenlijk te activeren en verwerken, meer dan op cognitief niveau. Er zijn ons echter geen studies bekend waarin deze aannamen omtrent het werkingsmechanisme van speltherapie zijn onderzocht.

In een meta-analyse naar de effectiviteit van psychologische interventies bij kinderen met PTSS (Mavrenazouli et al., 2019) werden twee gecontroleerde studies opgenomen (Deeba & Rapee, 2015; Schottelkorb et al., 2012) en vergeleken met de effecten van andere effectieve behandelingen, meestal cognitieve gedragstherapie (CGT). Hoewel CGT als meest effectief uit de bus kwam, werd speltherapie ook effectief bevonden. Een andere meta-analyse includeerde 32 gerandomiseerde studies naar speltherapie bij kinderen die kindermishandeling hadden meegemaakt (Parker et al., 2021). Bij 60% van de studies werd een daling van externaliserend gedrag gezien, bij 36% een daling van internaliserend gedrag en bij 50% een daling van algemene stress bij de kinderen. PTSS-klachten werden echter niet gemeten. Er waren grote verschillen in methodologie tussen de studies. Een andere review

van meta-analyses (Sánchez de Ribera et al., 2020) over de behandeling van seksueel misbruik bij kinderen met speltherapie keek naar veranderingen in algemene psychologische *distress*, internaliserende en externaliserende problemen, zelfconcept en sociaal functioneren, maar ook daarin werden PTSS-klachten niet gemeten. Vooral op gebied van sociaal functioneren werden goede resultaten gevonden (middelgrote *effect sizes*). De auteurs concluderen niettemin dat de geïnccludeerde meta-analyses een hoog risico op bias hadden en van slechte methodologische kwaliteit waren. Meer en beter onderzoek is dan ook nodig.

Zijn er ook risico's verbonden aan speltherapie als vorm van behandelen? Er is geen direct onderzoek voorhanden over het risico dat getraumatiseerde kinderen lopen bij – al dan niet – ingrijpen door middel van speltherapie: negatieve effecten zijn noch gemeld, noch onderzocht. Mogelijk speelt het eerdergenoemde risico dat (details van) herinneringen beïnvloed of gecreëerd worden een nadelige rol. Immers, spel bevindt zich op de grens tussen verbeelding en werkelijkheid, en juist voor (jonge) kinderen kan deze grens moeilijk te trekken zijn. Daarom kan speltherapie een nadelig effect hebben wanneer het als instrument voor diagnose of waarheidsvinding wordt ingezet. In de forensische praktijk wordt dan ook afgeraden om poppen en tekeningen te gebruiken om vermeende jonge slachtoffers van zedendelicten aanrakingen te doen specificeren (Rassin, 2012). Zowel bij het gebruik van spelvormen als behandeling en als diagnostisch instrument is onduidelijk hoeveel (onbewuste) beïnvloeding er plaatsvindt. Kinderen beelden uit wat hen bezighoudt. Speltherapeuten volgen kinderen in hun spel. Dit betekent dat ze onder woorden brengen wat er gebeurt in het spel en hoe kinderen de situatie beleven. Ze sluiten aan bij de initiatieven van de kinderen en helpen hen om hun gedachten en gevoelens in spel te uiten. Therapeuten interpreteren wat kinderen laten zien in hun spel en communiceren in beeldvorm met de kinderen (Bartelink, 2012). Maar is wat een kind uitbeeldt ervaring of fantasie? En welke bijdrage is er in deze interactie nog van het kind en welke is er van de behandelaar?

Samenvattend ontbreekt onderzoek naar het onderliggende werkingsmechanisme voor speltherapie. Verder is er weinig gecontroleerd onderzoek gedaan naar speltherapie bij kinderen met PTSS, waarschijnlijk omdat de diagnostiek van PTSS bij kinderen die bijvoorbeeld mishandeling hebben meegemaakt relatief laat op gang is gekomen. De onderzoeken die wel zijn gedaan laten een positief effect zien. Gebruik van poppen of tekeningen als diagnostisch instrument wordt afgeraden.

GELEIDE SYNTHESE

.....

Bij patiënten met een dissociatieve identiteitsstoornis (DIS) maken sommige behandelaars voor de verwerking en integratie van traumatische her-

inneringen gebruik van de techniek van de geleide synthese, die gebaseerd is op de structurele dissociatietheorie (Steele et al., 2018). De onderliggende aanname is dat sommige identiteiten (persoonlijkheidstoestanden) herinneringen hebben aan traumatische gebeurtenissen waar andere identiteiten geen weet van hebben of die ze niet als autobiografisch beschouwen. Zo kan de ene identiteit aangeven te zijn blijven steken in het midden van een herinnering aan een traumatische gebeurtenis, terwijl een andere identiteit het einde van deze gebeurtenis heeft meegemaakt. Of een identiteit vertelt de hele gebeurtenis te hebben meegemaakt, maar zonder daarbij emoties te voelen, terwijl een andere identiteit lichamelijke sensaties rapporteert zonder verdere herinneringen. De synthese bestaat uit het delen van traumatische ervaringen met andere identiteiten die er geen (volledige) toegang toe hebben.

De geleide synthese begint met een stabilisatiefase. In deze fase wennen de identiteiten geleidelijk aan elkaar, vooralsnog zonder traumatische herinneringen te delen. Voordat men overgaat naar de tweede fase – de traumaverwerkingsfase – wordt eerst gepland welke herinnering(en) worden aangepakt en welke identiteiten daaraan zullen deelnemen. Dit vanwege de veronderstelling dat nog niet alle identiteiten intense blootstelling aan de gehele herinnering kunnen verdragen. Het kan zijn dat slechts een klein onderdeel (bijvoorbeeld 1%) van een emotie, geluid of lichamelijke pijn gedeeld wordt, om te voorkomen dat men te veel spanning ervaart. De overige, nog ongedeelde aspecten van de herinnering worden imaginair opgeborgen tot een volgende keer, bijvoorbeeld in een container of kluis. Ook worden er hypnotische technieken gebruikt om identiteiten die het delen nog niet aan kunnen af te zonderen in een imaginaire interne veilige plek, waar ze niet meemaken wat de andere doen. Vervolgens wordt de betrokken identiteiten gevraagd hun fragmenten van de herinnering aan elkaar te vertellen, waarbij er ook aandacht is voor de reactie van elke identiteit op de gebeurtenis en voor diens kernovertuigingen. Tijdens het delen van de herinneringen worden van elke identiteit de SUD-scores (een continue maat voor ervaren distress) bijgehouden, zodat de distress voor alle identiteiten binnen de spanningsboog blijft. Ter afsluiting gaat men intern na hoe het met alle identiteiten gaat en welke identiteit nog iets wil delen over de ervaring. Het delen van (fragmenten van) traumatische herinneringen tussen de dissociatieve identiteiten heeft als doel om volledige integratie van die traumatische herinneringen te bewerkstelligen. De aanname is dat men zich na afloop van de geleide synthese in alle identiteiten het trauma kan herinneren, met inbegrip van die identiteiten die voordien amnestisch waren of geen emotionele reacties voelden (ISSTD, 2011; Steele et al., 2018).

Effectonderzoek naar geleide synthese is ons niet bekend. Kunnen we wel iets zeggen over de geldigheid van de basisaannamen van deze techniek? De voornaamste aanname van de techniek – namelijk dat gedissocieerde herinneringen in sommige identiteiten wel toegankelijk zouden zijn en in andere

niet – wordt niet ondersteund door empirisch onderzoek uit de afgelopen 20 jaar. Herinneringen tussen identiteiten blijken wel degelijk toegankelijk voor mensen met DIS, ook als het autobiografische en traumagerelateerde herinneringen betreft (zie bijvoorbeeld: Huntjens et al., 2012; Marsh et al., 2018). Er lijkt bij DIS eerder sprake van disfunctionele overtuigingen over traumatische herinneringen (bijvoorbeeld: ‘Als ik me alle nare dingen uit mijn verleden zou herinneren, zou ik gek worden’) die ertoe leiden dat mensen geen gebruik (durven) maken van hun intacte geheugen (Huntjens et al., 2022). Het lijkt zinvol om als onderdeel van de behandeling direct te werken aan de weerlegging van deze disfunctionele cognities, in plaats van mee te gaan in de ervaren fragmentatie van identiteiten, met het risico die te versterken. Bovendien werkt het afzonderen van identiteiten ‘die de realisatie van het trauma nog niet aan zouden kunnen’ mogelijk averechts. Hiermee wordt immers de disfunctionele cognitie versterkt dat de patiënt de verwerking van het trauma nog niet aankan, waardoor vermijdingsgedrag in stand wordt gehouden, de patiënt niet wordt gestimuleerd om zelfregie en controle te herwinnen (Neuner, 2008), en de behandeling onnodig lang gaat duren.

Samengevat is er geen onderzoek naar de effectiviteit van geleide synthese. Tevens is er in experimenteel onderzoek geen onderbouwing gevonden voor de uitgangspunten ervan, terwijl er aan deze behandelmethode mogelijk wel risico’s kleven.

DEPROGRAMMEREN BIJ RITUEEL MISBRUIK

.....

Een andere behandeling die sommige therapeuten toepassen bij mensen met een dissociatieve identiteitsstoornis, is deprogrammeren. Een deel van de patiënten met DIS is ervan overtuigd dat ze ritueel sadistisch misbruik hebben meegemaakt binnen een georganiseerd netwerk (Kraaij, 2021). Recent concludeerde de commissie-Hendriks in het rapport *Tussen ongelooft, ondersteuning en opsporing* dat slachtoffers de enige bron zijn die dit soort misbruik melden; vanuit andere bronnen werd geen ondersteuning gevonden voor het bestaan ervan. Wel is er ondersteuning gevonden voor het bestaan van georganiseerd misbruik van minderjarigen met gewelddadige kenmerken (Tijdelijke Onderzoekscommissie Georganiseerd Sadistisch Misbruik van Minderjarigen – Commissie Hendriks, 2022; zie ook: Goodman et al., 1994; La Fontaine, 1993; Lanning, 1992). Toch zijn deze patiënten met DIS ervan overtuigd dat er in een dergelijk netwerk nieuwe identiteiten of deelpersoonlijkheden werden gecreëerd. Met name zeggen ze slachtoffer te zijn geweest van *brainwashing* of van *mind control* (Derksen, 2017), met daarmee gepaard gaand verlies van controle over hun doen en laten, inclusief de mogelijkheid om daarover naar buiten te treden. Deze patiënten rapporteren verder tot medeplichtigen te zijn gemaakt, en wel door hen

in deelpersoonlijkheden zelf als dader seksueel misbruik te laten plegen of anderen te martelen.

Kortom, in hun ogen is er sprake van een extreme vorm van manipulatie (van veelal jonge mensen). Ook zijn ze ervan overtuigd dat ze vanwege hun programmering indien nodig uitgeschakeld kunnen worden door het netwerk. Een voorbeeld van hoe die vermeende manipulatie in zijn werk kan gaan, is dat er een beangstigende situatie wordt gecreëerd (bijvoorbeeld door de persoon in het donker op een stoel vast te binden), waarna de deelpersoonlijkheid herhaaldelijk een cue krijgt aangeboden (bijvoorbeeld een symbool). Na deze cue moet de persoon een vaste tekst opzeggen, waarin hij of zij zweert bij het tonen van deze cue een bepaalde opdracht uit te voeren (bijvoorbeeld om zichzelf het leven te benemen – de ‘suicideopdracht’). Het idee is dat als het slachtoffer de cue op een later moment aangeboden krijgt, hij of zij de tekst die eraan gekoppeld is automatisch opzegt en de opdracht die eraan vastzit, uitvoert. Dat zou het georganiseerde netwerk bijvoorbeeld kunnen doen wanneer het slachtoffer op het punt staat hen te verraden aan buitenstaanders. Een ander voorbeeld van een opdracht is om niets aan derden te vertellen over meegemaakt seksueel of fysiek misbruik door leden van het netwerk. Ook bij het programmeren van (zeer) jonge kinderen zou gebruikgemaakt worden van sadistische methoden, zoals het ‘herhaaldelijk of langdurig onder water dompelen of onder stroom zetten van baby’s’ (Kremer, 1998; zie ook: Miller, 2022).

Een van de interventies die in de klinische praktijk wordt ingezet om de mensen te helpen die dergelijke ervaringen rapporteren, is het deprogrammeren van deze opdrachten. De cue wordt opnieuw herhaaldelijk aangeboden, maar nu wordt een vergelijkbare, maar inhoudelijk andere (functionelere) tekst opgezegd. Er is echter geen empirische evidentie voor deze aanpak, die slechts ondersteund wordt door enkele casusbeschrijvingen (Kremer, 1998). Het is daarom belangrijk om de theoretische onderbouwing van de voorgestelde interventie tegen het licht te houden.

Een term die in de literatuur over deze techniek van intrainen en deprogrammeren geregeld wordt genoemd, is ‘cue-conditionering’. De conditioneringstheorie ziet traumatische gebeurtenissen als ongeconditioneerde stimuli: ze roepen bij iedereen een heftige automatische ongeconditioneerde respons op die niet onder bewuste controle staat, waaronder angst. Alle stimuli die aan het trauma doen denken, zoals geuren en beelden, kunnen vervolgens als cue dienen om de emotionele reactie (angst) weer op te roepen (de geconditioneerde respons). Als gevolg van deze angstrespons zal vaak vermijdingsgedrag plaatsvinden, waarbij de persoon de geconditioneerde cue ontwijkt of vermijdt, en de angst in stand gehouden wordt. Tijdens exposure wordt het vermijdingsgedrag doorbroken. Mensen ervaren dan dat na confrontatie met de cue de ongeconditioneerde stimulus (het trauma) niet plaatsvindt, waarna ook de geconditioneerde respons afgeleerd wordt. De cue wekt dan geen angst meer op.

In eerste instantie zijn er diverse overeenkomsten tussen exposure en deprogrammeren. Bij exposure worden initieel aangeleerde responsen geactiveerd door de eraan verbonden cues aan te bieden. Ook bij deprogrammeren vindt exposure plaats aan de geconditioneerde cue, en verder leert de patiënt dat hij niet langer bang hoeft te zijn en zal hij de vaste geleerde tekst niet meer opzeggen. Bij deprogrammeren vindt echter niet alleen exposure plaats, maar wordt er ook actief iets anders geleerd, namelijk een variant op de vaste tekst. Dat wordt in de literatuur 'contraconditioneren' genoemd. Omdat er in de literatuur geen eenduidigheid is over de meerwaarde van contraconditionering ten opzichte van 'gewoon' deconditioneren (het uitschakelen van de respons), is het de vraag of het aanleren van een alternatieve tekst van belang is tijdens het deprogrammeren. Alleen confrontatie met de cue zonder het opzeggen van de nieuwe tekst zou ook effectief kunnen zijn.

In de literatuur over de conditioneringstheorie wordt, in tegenstelling tot complex gedrag (bijvoorbeeld suïcide), enkel gesproken over veel minder complexe geconditioneerde responsen zoals lichamelijke en emotionele reacties, die bovendien vaak buiten de bewuste controle opgeroepen worden. Het uitspreken van teksten is echter geen onbewuste respons te noemen, maar betreft een set gedragingen die per definitie onder bewuste controle staan. Bovendien geldt dat de koppeling tussen geconditioneerde cue en respons vaak geoefend moet worden, willen conditionering en deconditionering succesvol verlopen. Dit is niet het geval wanneer het bijvoorbeeld om suïcide gaat. Daarmee komt de theorie achter het deprogrammeren op losse schroeven te staan en wordt de leertheoretische logica tenietgedaan.

Onderzoek naar de effectiviteit van deprogrammeren is er niet. Zolang een solide theoretische basis en empirische evidentie voor deprogrammering ontbreken, en de eventuele positieve en negatieve effecten van deze aanpak nog onduidelijk zijn, lijkt voorzichtigheid bij (het promoten van) het gebruik ervan geboden.

CONCLUSIE EN DISCUSSIE

.....

In het voorafgaande hebben we een greep gedaan uit de vele soorten behandelvormen die in de klinische praktijk worden toegepast bij mensen met traumagerelateerde klachten en/of dissociatieve stoornissen. We beschreven de inhoud van de behandelingen en wat er bekend is over hun effectiviteit, de op basis van theorie veronderstelde werkingsmechanismen, of die aansluiten bij de huidige empirische kennis, en of er sprake is van mogelijke schadelijke effecten.

Samengevat blijkt dat er voor alle genoemde behandelingen (nog) onvoldoende bewijs is voor de effectiviteit ervan voor PTSS-klachten en/of dissociatieve klachten. Voor drie van de beschreven behandelingen – lichaamsgerichte therapie, speltherapie en dierondersteunde interventies – zijn er

gemengde of voorzichtig positieve resultaten gevonden, maar is de kwaliteit van de betreffende onderzoeken laag en is er nog te weinig bekend over het veronderstelde werkingsmechanisme. Voor de overige vier behandelingen - de LOUA-methode, de Lovett-verhalenmethode, geleide synthese en de programmeren - blijkt helemaal geen evidentie te zijn. Er is naar die behandelingen geen onderzoek gedaan en ze worden louter aanbevolen door een of meer mensen die er trainingen in geven.

Dat er nog weinig onderzoek naar deze behandelingen is gedaan, of onvoldoende onderzoek van goede kwaliteit, wil natuurlijk niet zeggen dat ze niet werken. Echter, een belangrijke afweging bij een tekort aan bewijs van werkzaamheid is dat de inzet van *non-evidence-based* technieken ten koste kan gaan van de inzet van evidence-based technieken en dat patiënten zo effectieve zorg onthouden wordt. Dat zal ook de kosteneffectiviteit en de lengte van de wachtlijsten in de ggz niet ten goede komen. Daarnaast brengen deze non-evidence-based technieken risico's met zich mee en kunnen ze dus schade toebrengen. De richtlijnen zoals beschreven in de zorgstandaarden zijn duidelijk: kies voor een evidence-based behandeling. Pas in de laatste stap van het algoritme van de zorgstandaard, wanneer alle eerdere behandelingen zijn mislukt, is er ruimte voor nieuwe en experimentelere behandelvormen.

Het rapport *Zinnige zorg* toonde aan dat het percentage patiënten dat (traumagerichte) evidence-based behandeling conform de richtlijnen krijgt aangeboden schrikbarend laag is (39%) en heeft de ambitie uitgesproken dat dit percentage moet stijgen naar 70%. Wat is daarvoor nodig? Mogelijk vergt de implementatie van de zorgstandaard enige tijd. Een andere mogelijkheid is dat het louter beschikbaar stellen van een zorgstandaard niet voldoende is om het aanbod evidence-based behandelingen te vergroten en dat er meer aandacht dient te komen voor de implementatie van de zorgstandaard in de klinische praktijk. Allereerst is overigens goede diagnostiek aangewezen: voordat er voor een bepaalde behandeling wordt gekozen, is het nodig om de symptomatologie vast te stellen. Daarnaast kan het behulpzaam zijn om te registreren welke behandelingen patiënten daadwerkelijk krijgen, en om na te gaan of er voldoende aanbod en kwaliteit is van scholing in evidence-based technieken. Waar er nu een wildgroei lijkt te zijn in het aanbod van opleidingen, zou de *level of evidence* van de verschillende behandelingen leidend moeten zijn wanneer onderwijsinstellingen hun aanbod bepalen. Verder kunnen we klinici wijzen op mogelijke denkfouten bij de keuze van hun behandeling. We lichten hier drie mogelijke denkfouten toe die in de klinische praktijk vaak voorkomen, met opnieuw niet de intentie om volledig te zijn.

'Ik zie dat het werkt'

21

Belangrijk is dat behandelaren betere voorlichting krijgen over mogelijke risico's van niet (goed) onderzochte interventies. In de inleiding hebben we al laten zien dat klinische ideeën van therapeuten over wat effectief is bij nader onderzoek niet altijd correct blijken te zijn. Stabilisatie bijvoorbeeld, blijkt minder effectief en minder noodzakelijk dan gedacht. Een ander voorbeeld: hoewel debriefing populair was en het klinisch gezien logisch lijkt om mensen na een ingrijpende gebeurtenis psychologisch op te vangen, blijkt uit onderzoek naar debriefing dat het juist een schadelijk effect heeft en paradoxaal genoeg herstel in de weg kan staan (van Emmerik et al., 2002). In individuele gevallen kan een interventie weliswaar goed resultaat hebben, maar zulk anekdotisch bewijs wil niet zeggen dat die interventie effectief is. De gedachte dat een interventie intuïtief logisch voelt en effectief lijkt bij een casus is dus niet voldoende reden om een interventie toe te passen in de praktijk. Parker en Waller (2015) benoemen in deze context de *self-assessment bias*, die een rol kan spelen in een voorkeur voor *practice-based* werken in plaats van evidence-based werken. Deze bias verwijst naar de neiging die we allemaal hebben, dus ook behandelaren, om het eigen kunnen (waaronder klinisch werk) te overschatten, zowel in relatie tot het werk van andere behandelaren als in termen van behandeluitkomst. Niettemin is er in feite maar een matige overeenkomst tussen iemands self-assessment en een onafhankelijke inschatting van zijn behandelcompetentie. Deze bias kan versterkt worden door *confirmation bias*: het negeren van nieuwe informatie die iemands eigen overtuigingen tegenspreekt, terwijl diegene tegelijkertijd zoekt naar informatie die zijn bestaande overtuigingen juist versterkt. Er wordt dus onvolledige informatie gebruikt om eigen ideeën te bevestigen (ook wel *jumping to conclusions* genoemd), en naar andere informatie wordt niet gezocht of die wordt genegeerd, bijvoorbeeld wetenschappelijke artikelen waaruit blijkt dat een andere methode effectiever is.

'Het is belangrijk om herinneringen aan trauma naar boven te halen als iemand die onderdrukt'

Een andere denkfout is dat het belangrijk zou zijn om herinneringen aan stressvolle gebeurtenissen die de behandelaar als oorzaak ziet voor de gerapporteerde klachten te hervinden. Bij de LOUA-methode hoopt men dit te bereiken door de vermijding te verminderen, bij de verhalenmethode construeert men zelf het traumaverhaal als dat er niet is, bij lichaamsgerichte therapie wordt gesuggereerd dat de traumatische ervaringen in het lichaam zijn opgeslagen, en bij de geleide synthese en deprogrammeren gaat men uit van afgesplitste herinneringen in aparte identiteiten. Het idee is dat de herinnering verdronken of gedissocieerd is en eerst naar boven moet wor-

den gehaald, wil ze verwerkt kunnen worden en de patiënt kunnen genezen. Wanneer de patiënt aangeeft geen weet te hebben van negatieve ervaringen, kan dat voor een behandelaar die uitgaat van zulke onbewezen ideeën juist bevestigen dat de gebeurtenissen ingrijpend zijn geweest en juist daarom zijn verdrongen of gedissocieerd. Zulke behandelaren willen de patiënt dan helpen om de herinneringen naar boven te halen en te verwerken.

Deze aannamen zijn echter problematisch en het gevolg van een omgekeerde redenering, die als volgt verloopt: Mensen die ernstige traumatische gebeurtenissen hebben meegemaakt, kunnen traumagerelateerde klachten ontwikkelen, variërend van herbelevingen en voortdurende hyperarousal tot minder voorkomende klachten, zoals de aandrang om veel kleren te gaan dragen om seksueel onaantrekkelijk te zijn, eetproblemen, angst voor donkere ruimten omdat het misbruik in een dergelijke ruimte plaatsvond, enzovoort. Wanneer een behandelaar veel mensen met trauma-ervaringen behandelt, zal deze een duidelijke samenhang gaan zien tussen trauma en deze klachten. Als een patiënt vervolgens geen herinneringen aan trauma rapporteert maar wel dergelijke 'signalen' afgeeft, dan is snel de stap gezet naar een omgekeerde causale redenering (klachten, dus trauma), ook als er mogelijk een heel andere reden is voor de gerapporteerde klachten. Een bruikbare analogie is die van het schaap: een schaap heeft vier poten, maar elk dier met vier poten hoeft nog geen schaap te zijn. Juist het interpreteren van ambigue (lichamelijke) symptomen of signalen als traumagerelateerd is dus risicovol. Als de patiënt verder geen expliciete herinneringen aan een trauma heeft, en de behandelaar er dan van uitgaat dat traumatische gebeurtenissen weggedrukt of gedissocieerd worden in het geheugen, wordt het echt risicovol. Het lijkt noodzakelijk om tijdens de behandeling de vermeend verdrongen of gedissocieerde herinneringen naar boven te halen, maar dat draagt het risico in zich dat er nieuwe (details van) herinneringen worden gecreëerd (Ost et al., 2001). Immers, herinneren is een reconstructief proces, en daarom is het een misvatting om te denken dat geïsoleerde informatie weer naar boven komt in de vorm waarin ze was opgeslagen.

Ten aanzien van mogelijke schadelijke effecten van behandeling van traumagerelateerde problematiek wees de Gezondheidsraad er in het rapport *Omstreden herinneringen* uit 2004 op dat het onmogelijk is om louter op grond van een klinisch beeld tot een aanname te komen of conclusies te trekken over de aanwezigheid van specifieke traumatische gebeurtenissen in de voorgeschiedenis van een patiënt (p. 101) en dat als een patiënt, desgevraagd, geen seksueel misbruik meldt, die mogelijkheid niet actief geëxploreerd dient te worden (p. 102). Ook wees de Gezondheidsraad op het risico dat er door suggestieve beïnvloeding van de behandelaar ingebeelde herinneringen kunnen ontstaan, met name als de verklaring voor (moeilijk verklaarbare) klachten wordt gezocht in een negatieve ervaring uit het verleden, ook als de patiënt zich die ervaring maar vaag of in het geheel niet herinnert. De commissie concludeerde in het rapport: 'De bestaande kennis over de stand

van wetenschap met betrekking tot het geheugen is van groot belang voor het therapeutisch handelen, maar lijkt in de praktijk onvoldoende door te dringen.' Beroepsverenigingen hebben sindsdien hun richtlijnen aangepast, maar onduidelijk is of de adviezen uit de richtlijnen worden nageleefd in de praktijk en of eigen suggestieve werkwijzen herkend worden, bijvoorbeeld dat men mentale beelden al te snel interpreteert als herinneringen.

Concrete individuele gevallen van veronderstelde schadelijke behandeling kunnen worden voorgelegd aan het Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg, maar behandelingen voor traumagerelateerde stoornissen die men in de praktijk aanbiedt, worden nog niet systematisch tegen het licht gehouden, terwijl daar in het geval van een aantal van bovengenoemde behandelingen wel reden toe lijkt.

'De patiënt vindt deze aanpak fijn'

De wens van de patiënt moet uiteraard worden meegewogen in de keuze voor behandeling. Ook daarin is de zorgstandaard duidelijk. Maar er zit soms een discrepantie tussen wat patiënten fijn vinden en wat effectief is. In het eerdergenoemde onderzoek naar het werkingsmechanisme van EMDR bijvoorbeeld, vonden deelnemers geluidspiepjes prettiger dan oogbewegingen. Ze werden te veel afgeleid door de oogbewegingen, zo rapporteerden ze. Maar oogbewegingen waren effectiever juist omdat ze de deelnemers meer afleidden van hun angstige herinneringen. Ook deelnemers aan de debriefing-interventie waren daar tevredener over dan deelnemers over de controleconditie, maar uiteindelijk waren ze wel slechter af wat betreft PTSS-klachten. Wat betreft interventies spreken patiënten vaak hun waardering uit voor non-verbale therapieën en geven zij aan behoefte te hebben aan behandelingen die niet-traumagericht zijn. Wellicht omdat ze traumagerichte behandelingen te confronterend vinden, terwijl confrontatie juist het werkende element daarvan is.

Kortom, het is weliswaar belangrijk om de wens van de patiënt mee te wegen in het behandelbeleid, maar dat mag er niet toe leiden dat een patiënt een niet-effectieve behandeling krijgt aangeboden. Ook aan de kant van patiëntenvoorlichting is er dus werk aan de winkel: patiënten moeten goede voorlichting krijgen over de effectiviteit van traumagerichte behandelingen en over de angstige verwachtingen die gepaard kunnen gaan met deze behandelingen. Maar natuurlijk moeten we ook aan hun wens tegemoet komen door bestaande niet-traumagerichte behandelingen beter te onderzoeken, en de optie van nieuwe, effectieve interventies die minder traumagericht zijn te onderzoeken.

ONDERZOEKSAGENDA

.....

Naast aandacht voor de hobbels in implementatie zou toekomstig onderzoek zich meer dan nu kunnen richten op de eigenschappen en beweegredenen van behandelaren om de genoemde non-evidence-based behandelingen aan te bieden en op de situaties waarin ze dat doen. Zo kan het beeld van behandelaren over wat goede behandeling is vertekend raken doordat ze slechts heel selectief de literatuur lezen. Uit een recente review van 66 studies (Speers et al., 2022; zie ook: Waller & Turner, 2018) kwam naar voren dat behandelaren soms te weinig kennis hebben over relevant onderzoek of dat ze een negatieve houding hebben ten opzichte van onderzoek in het algemeen. Ook bleek dat behandelaren die zelf angstig zijn minder evidence-based behandeling toepassen, wat ook gold voor degenen onder hen die minder geneigd zijn tot kritisch denken. Jongere behandelaren met relatief weinig ervaring (die dus recenter waren getraind en geschoold) gebruikten vaker evidence-based methoden, net als behandelaren die waren getraind in cognitieve gedragsmethodes. Het zou goed zijn om onderzoek te doen naar de beweegredenen van behandelaren om juist wel te kiezen voor de alternatieve behandelingen. Worden bijvoorbeeld de genoemde behandelingen – zoals de LOUA-methode en lichaamsgerichte therapie – ingezet omdat de patiënt aangeeft de herinneringen niet te willen of kunnen ophalen, en directe traumagerichte behandeling dus niet mogelijk is, terwijl de behandelaar wel wil helpen? Of is er reeds directe traumabehandeling toegepast en was die niet effectief? Een belangrijke en gerelateerde vraag is welke traumagerichte behandeling voor wie werkt, een van de grootste uitdagingen voor het onderzoek in dit veld de komende tijd. Ook dient er meer aandacht te komen voor de redenen waarom patiënten wel of niet kiezen voor een bepaalde behandeling en voor hun voorkeuren voor behandeling. Zo gaven paneldiscussies (onder andere gevoerd in de context van de genoemde zorgstandaarden) aan dat er veel interesse is vanuit patiënten in vaktherapieën, zoals creatieve therapie en lichaamsgerichte therapieën, als aanvulling op de behandeling van PTSS, en in dierondersteunde interventies. Anderzijds blijkt uit de literatuur dat patiënten heel uiteenlopende behandelvoorkeuren kunnen hebben, waarbij de effectiviteit en het veronderstelde werkingsmechanisme van de betreffende therapie de keuze bepaalt (Schwartzkopff et al., 2021).

Naast (kosten)effectiviteit is onderzoek naar onderliggende werkingsmechanismen dus ook van belang. Uit het uitgebreide fundamentele onderzoek naar EMDR is gebleken hoe essentieel dat kan zijn voor de juiste toepassing van een behandelmethode. Daarnaast lijkt het ook goed om onderzoek expliciet te richten op mogelijke gevaren en risico's van behandelingen. Onderzoek naar bijvoorbeeld de effecten van debriefing hebben immers laten zien dat niet alle nieuwe interventies zinvol zijn en zelfs schadelijk kunnen zijn (van Emmerik et al., 2002). Ten onrechte gaan we er vaak van uit dat

behandelingen nooit kwaad kunnen (Merckelbach et al., 2018; Teachman et al., 2021). Zo wezen Teachman en collega's (2021) op de noodzaak tot het ontwikkelen van betere criteria en instrumenten om schadelijke therapieën te definiëren en identificeren, alsmede op de noodzaak om risicofactoren op te sporen en om uit te zoeken welke behandeling schadelijk is voor wie. Anderen (Merckelbach et al., 2018) braken een lans voor meer aandacht voor therapeutisch falen in de klinische praktijk. Reflectie op wat we verstaan onder klinische expertise en een beter zicht op nadelen van behandeling lijkt wenselijk en noodzakelijk, alsmede het informeren van patiënten hierover.

Patiënten met traumagerelateerde stoornissen hebben behoefte aan goede zorg. Dat die hen nog onvoldoende bereikt, vraagt om meer aandacht voor de implementatie van reeds bewezen effectieve interventies in de aangeraden dosering, waarbij eerst en vooral goede diagnostiek moet zijn verricht. Daarnaast is essentieel om het kaf van het koren te scheiden, en wel door te kijken naar het niveau van het bewijs voor geboden behandelalternatieven en door te reflecteren op mogelijke nadelen en gevaren van geopperde alternatieven. Het onderzoeken van alternatieve behandelingen in gedegen studies blijft essentieel vooraleer een behandeling wordt toegepast in de klinische praktijk, hoezeer we ook zitten te springen om nog betere hulp te bieden aan degenen die het nodig hebben. Als behandelaren en wetenschappers hebben we een gezamenlijke verantwoordelijkheid om de beste zorg te leveren. We hebben de verantwoordelijkheid om continu te reflecteren op wat we doen en waarom we het doen. Door klinisch werk te combineren met onderzoek kunnen we onderscheiden welke technieken een grote kans van slagen hebben en welke die kans (nog) niet hebben. In de praktijk kunnen waardevolle ideeën voor nieuwe behandelvormen ontstaan. Hypothesen over de werkingsmechanismen en effectiviteit van zulke nieuwe behandelingen moeten vervolgens getoetst worden in wetenschappelijk onderzoek; dat kan zowel in analoge (experimentele) methoden als in studies naar de effectiviteit van behandelingen (Rosen et al., 2019). Uiteindelijk kan een dergelijke werkwijze de (kosten)effectiviteit van de zorg verbeteren. Om deze nieuwe inzichten te kunnen genereren en optimaal te benutten, hebben we een gezamenlijke taak om kennis met elkaar te blijven delen en – nog belangrijker – om onze behandelingen en onderzoek bij te stellen als dat leidt tot (kosten)effectievere behandeling.

Rafaële Huntjens, Ineke Wessel en Miriam Lommen zijn verbonden aan de afdeling Klinische Psychologie en Experimentele Psychopathologie, Rijksuniversiteit Groningen.

Nathan Bachrach werkt bij GGZ Oost Brabant, Helmond, en aan Tilburg University.

Marloes Eidhof is verbonden aan Psychotraumacentrum Zuid-Nederland, Reinier van Arkel, Den Bosch, en aan het Behavioural Science Institute (BSI), Radboud Universiteit, Nijmegen.

Chris Hoeboer is werkzaam bij de afdeling Psychiatrie, Amsterdam Universitair Medische Centra locatie AMC, Amsterdam.

Suzy Matthijssen is verbonden aan Altrecht Academisch Angstcentrum, en aan de afdeling Klinische Psychologie, Universiteit Utrecht.

Trudy Mooren werkt bij ARQ Centrum '45, Diemen, en bij de afdeling Klinische Psychologie, Universiteit Utrecht.

Maartje Schoorl is verbonden aan de afdeling Klinische Psychologie, Universiteit Leiden, en aan het Leids Universitair Behandel- en Expertise Centrum.

Agnes van Minnen werkt bij het Psychotrauma Expertise Centre (PSYTREC) Bilthoven, en bij het Behavioural Science Institute (BSI), Radboud Universiteit, Nijmegen.

Correspondentieadres: Rafaële Huntjens, Rijksuniversiteit Groningen, Klinische Psychologie en Experimentele Psychopathologie, Grote Kruisstraat 2/1, 9712 TS, Groningen, Nederland. E-mail: r.j.c.huntjens@rug.nl.

Summary *Trauma-related symptoms: A critical evaluation of popular treatments*

In clinical practice, various forms of evidence-based treatment for the treatment of trauma-related symptoms are available. However, relatively few patients receive one of these forms of treatment. Instead, patients receive other popular treatments for trauma-related complaints, such as body-focused treatments, animal-assisted therapy, EMDR for avoidance, play therapy, the Lovett method for preverbal trauma, guided synthesis, and deprogramming. We summarize the effectiveness, hypothesized working mechanism, and possible risks of these treatment methods. In the discussion, we explain possible reasons why these and comparable methods are preferred in clinical practice above evidence-based treatments and several reasoning errors which can contribute to these choices.

Keywords *trauma, PTSD, dissociative disorders, evidence-based, EMDR*

Literatuur

- Andersen, T. E., Lahav, Y., Ellegaard, H., & Manniche, C. (2017). A randomized controlled trial of brief somatic experiencing for chronic low back pain and comorbid post-traumatic stress disorder symptoms. *European Journal of Psychotraumatology*, 8, 1331108. <https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1331108>
- Bartelink, C. (2012). *Speltherapie nader omschreven*. <http://docplayer.nl/11752905-Speltherapie-1-speltherapie-nader-omschreven-cora-bartelink.html>
- Brom, D., Stokar, Y., Lawi, C., Nuriel, P. V., Ziv, Y., Lerner, K., & Ross, G. (2017). Somatic experiencing for post-traumatic stress disorder: A randomized controlled outcome study. *Journal of Traumatic Stress*, 30, 304-312. <https://doi.org/10.1002/jts.22189>
- Cesario, J., Johnson, D. J., & Eisthen, H. L. (2020). Your brain is not an onion with a tiny reptile inside. *Current Directions in Psychological Science*, 29, 255-260. <https://doi.org/10.1177/0963721420917687>
- Christman, S. D., Garvey, K. J., Propper, R. E., & Phaneuf, K. A. (2003). Bilateral eye movements enhance the retrieval of episodic memories. *Neuropsychology*, 17, 221-229. <https://doi.org/10.1037/0894-4105.17.2.221>
- Classen, C. C., Hughes, L., Clark, C., Hill Mohammed, B., Woods, P., & Beckett,

- B. (2020). A pilot RCT of a body-oriented group therapy for complex trauma survivors: An adaptation of sensorimotor psychotherapy. *Journal of Trauma & Dissociation*, 22, 52-68. <https://doi.org/10.1080/15299732.2020.1760173>
- Crawford, M. A. (2010). Long-chain polyunsaturated fatty acids in human brain evolution. In S. C. Cunnane & K. M. Stewart (Eds.), *Human brain evolution, the influence of freshwater and marine food resources* (pp. 13-31). Wiley Blackwell.
- Cuijpers, P., van Veen, S. C., Sijbrandij, M., Yoder, W., & Cristea, I. A. (2020). Eye movement desensitization and reprocessing for mental health problems: A systematic review and meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, 49, 165-180. <https://doi.org/10.1080/16506073.2019.1703801>
- de Roos, C., Beer, R., de Jongh, A., & ten Broeke, E. (2015). *EMDR protocol voor kinderen en jongeren tot 18 jaar*. www.emdr.nl/wp-content/uploads/2016/01/EMDR-KJ-PROTOCOL-2015
- de Roos, C., Knipschild, R., de Jongh, A., & Bicanic, I. (2017). EMDR en her-vonden herinneringen. *EMDR Magazine*, 15, 10-11. <https://hdl.handle.net/11245.1/fce889e0-9adc-4f15-bcaf-a8716445e930>
- Deeba, F., & Rapee, R. M. (2015). Evaluation of an innovative intervention for traumatized children from a low resourced country. *Mental Health & Prevention*, 3, 157-169. <https://doi.org/10.1016/j.mhp.2015.05.001>
- Derksen, M. (2017). Mind control. In *Histories of human engineering: Tact and technology* (pp. 139-176). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/9781107414921.008>
- Germain, S. M., Wilkie, K. D., Milbourne, V. M. K., & Theule, J. (2018). Animal-assisted psychotherapy and trauma: A meta-analysis. *Anthrozoös*, 31, 141-164. <https://doi.org/10.1080/08927936.2018.1434044>
- Gezondheidsraad. (2004). *Omstreden herinneringen* [Rapport]. www.gezondheidsraad.nl/documenten/adviezen/2004/01/27/omstreden-herinneringen
- GGZ Standaarden. (2020a). *Dissociatieve stoornissen* [Zorgstandaard]. www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/dissociatieve-stoornissen/introductie
- GGZ Standaarden. (2020b). *Psychotrauma- en stressorgerelateerde stoornissen* [Zorgstandaard]. www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/psychotrauma-en-stressorgerelateerde-stoornissen/introductie
- Goodman, G. S., Qin, J., Bottoms, B. L., & Shaver, P. R. (1994). *Characteristics and sources of allegations of ritualistic child abuse: Final report to the National Center on Child Abuse and Neglect*. National Center on Child Abuse and Neglect.
- Gunter, R., & Bodner, G. (2009). EMDR works but how? Recent progress in the search for treatment mechanisms. *Journal of EMDR Practice and Research*, 3, 161-168. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.3.3.161>
- Hardeman, E. (2020). 'Ggz-behandelaars, denk aan het lichaam'. *GZ-Psychologie*, 12, 30-33. <https://doi.org/10.1007/s41480-020-0781-0>
- Hauber, K. (2009). Een bijzondere casus (serie): De behandeling van een dissociatieve identiteitsstoornis. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 35, 109-122. <https://doi.org/10.1007/BF03080481>
- Hediger, K., Wagner, J., Künzi, P., Haefeli, A., Theis, F., Grob, C., Pauli, E., & Gerger, H. (2021). Effectiveness of animal-assisted interventions for children and adults with post-traumatic stress disorder symptoms: A systematic review and meta-analysis. *European Journal of Psychotraumatology*

- ogy, 12, 1879713. <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1879713>
- Hoebroer, C. M., de Kleine, R. A., Molen-dijk, M. L., Schoorl, M., Oprel, D. A. C., Mouthaan, J., van der Does, W., & van Minnen, A. (2020). Impact of dissociation on the effectiveness of psychotherapy for post-traumatic stress disorder: Meta-analysis. *British Journal of Psychiatry Open*, 6, e53. <https://doi.org/10.1192/bjo.2020.30>
- Hoekstra, J. (2020). De taal van het lichaam leidt tot heling. *GGZ Totaal* (e-magazine). https://doi.org/10.1007/978-90-368-1746-2_2
- Huntjens, R. J. C., Dorahy, M. M. J., Read, D., Middleton, W., & van Minnen, A. (2022). The Dissociation-related Beliefs about Memory Questionnaire (DBMQ): Development and psychometric properties. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. <https://doi.org/10.1037/tra000686.supp> (Supplemental)
- Huntjens, R. J. C., Verschuere, B., & McNally, R. J. (2012). Inter-identity autobiographical amnesia in patients with dissociative identity disorder. *PLoS ONE*, 7, e40580. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0040580>
- International Society for the Study of Trauma and Dissociation (ISSTD) [Chu, J. A., Dell, P. F., van der Hart, O., Cardeña, E., Barach, P. M., Somer, E., Loewenstein, R. J., Brand, B., Golston, J. C., Courtois, C. A., Bowman, E. S., Classen, C., Dorahy, M., Sar, V., Gelnas, D. J., Fine, C. G., Paulsen, S., Kluft, R. P., Dalenberg, C. J., ... Twombly, J.]. (2011). Guidelines for treating dissociative identity disorder in adults: Third revision. *Journal of Trauma & Dissociation*, 12, 115-187. <https://doi.org/10.1080/15299732.2011.537247>
- ISTSS Guidelines Committee. (2018). *Guidelines position paper on complex PTSD in adults*. International Society of Traumatic Stress Studies. [https://istss.org/getattachment/Treat-ing-Trauma/New-ISTSS-Prevention-and-Treatment-Guidelines/ISTSS-CPTSD-Position-Paper-\(Adults\)_FNL.pdf](https://istss.org/getattachment/Treat-ing-Trauma/New-ISTSS-Prevention-and-Treatment-Guidelines/ISTSS-CPTSD-Position-Paper-(Adults)_FNL.pdf)
- Kensinger, E. A., & Ford, J. H. (2020). Retrieval of emotional events from memory. *Annual Review of Psychology*, 71, 251-272. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010419-051123>
- Knipe, J. (2007). Loving eyes: Procedures to therapeutically reverse dissociative processes while preserving emotional safety. In C. Forgash & M. Copeley (Eds.), *Healing the heart of trauma and dissociation with EMDR and ego state therapy* (pp. 181-225). Springer Publishing Co.
- Knipe, P. (2014). *EMDR toolbox: Theory and treatment of complex PTSD and dissociation*. Springer Publishing Company.
- Kraaij, C. (2021). Shards of glass and dark rituals, *ESTD Newsletter*, 11, 11-14.
- Krause-Parello, C. A., & Friedmann, E. (2014). The effects of animal-assisted intervention on salivary alpha-amylase, salivary immunoglobulin a, and heart rate during forensic interviews in child sexual abuse cases. *Anthrozoös*, 27, 581-590. <https://doi.org/10.2752/089279314x14072268688005>
- Kremer, B. (1998). *Casus m.b.t. sadistisch ritueel geweld*. <https://docplayer.nl/28720711-Casus-m-b-t-sadistisch-ritueel-geweld-een-verslag-van-het-deprogrammeren-bij-een-cliente-met-s-r-a-ervaringen.html>
- Kuhfuss, M., Maldei, T., Hetmanek, A., & Baumann, N. (2021). Somatic experiencing – Effectiveness and key factors of a body-oriented trauma therapy: A scoping literature review. *European Journal of Psychotraumatology*, 12, 1929023. <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1929023>
- La Fontaine, J. S. (1993). Defining organized sexual abuse. *Child Abuse Review*, 2, 232-231.
- Langmuir, J. I., Kirsh, S. G., & Classen, C. C. (2012). A pilot study of body-oriented

- group psychotherapy: Adapting sensorimotor psychotherapy for the group treatment of trauma. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 4, 214. <https://doi.org/10.1037/a0025588>
- Lanning, K. V. (1992). *Investigator's guide to allegations of 'ritual' child abuse*. National Center for the Analysis of Violent Crime, Behavioral Science Unit.
- Levine, P. A., & Frederick, A. (1997). *Waking the tiger: Healing trauma: The innate capacity to transform overwhelming experiences*. North Atlantic Books.
- Lewis, C., Roberts, N. P., Andrew, M., Starling, E., & Bisson, J. I. (2020). Psychological therapies for post-traumatic stress disorder in adults: Systematic review and meta-analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 11, 1729633. <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1729633>
- Lindholm, T., Sjöberg, R. L., Pedroletti, C., Boman, A., Olsson, G. L., Sund, A., & Lindblad, F. (2008). Infants' and toddlers' remembering and forgetting of a stressful medical procedure. *Journal of Pediatric Psychology*, 34, 205-216. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsn066>
- Lovett, J. (1999). *Small wonders: Healing childhood trauma with EMDR*. Simon & Schuster.
- Lovett, J. (2014). *Trauma-attachment tangle: Modifying EMDR to help children resolve trauma and develop loving relationships*. Routledge.
- Lukowski, A. F., & Bauer, P. J. (2013). Long-term memory in infancy and early childhood. In P. J. Bauer & R. Fivush (Eds.), *The Wiley handbook on the development of children's memory* (pp. 230-254). John Wiley & Sons. <https://doi.org/10.1002/9781118597705.ch11>
- Marsh, R. J., Dorahy, M. J., Verschuere, B., Butler, C., Middleton, W., & Huntjens, R. J. C. (2018). Transfer of episodic self-referential memory across amnesic identities in dissociative identity disorder using the Autobiographical Implicit Association Test. *Journal of Abnormal Psychology*, 127, 751-757. <https://doi.org/10.1037/abn0000377>
- Matthijssen, S. J., Brouwers, T., van Roozendaal, C., Vuister, T., & de Jongh, A. (2021). The effect of EMDR versus EMDR 2.0 on emotionality and vividness of aversive memories in a non-clinical sample. *European Journal of Psychotraumatology*, 12, 1956793. <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1956793>
- Mavranetzouli, I., Megnin-Viggars, O., Daly, C., Dias, S., Stockton, S., Meiser-Stedman, R., Trickey, D., & Pilling, S. (2020). Research review: Psychological and psychosocial treatments for children and young people with post-traumatic stress disorder: a network meta-analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 61(1), 18-29. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13094>
- McNally, R. J. (2003). *Remembering trauma*. Belknap Press/Harvard University Press.
- Merckelbach, H., Houben, S., Dandachi-Fitzgerald, B., Otgaar, H., & Roelofs, J. (2018). Als psychotherapie faalt. *De Psycholoog*, 10, 10-21. www.tijdschriftdepsycholoog.nl/wetenschap/als-psychotherapie-faalt
- Miller, A. (2022). *Jezelf worden door mind control en geritualiseerd misbruik te overwinnen*. Kenniscentrum Transgenerationeel Georganiseerd Geweld.
- Mosquera, D., & Knipe, J. (2017). Idealization and maladaptive positive emotion: EMDR therapy for women who are ambivalent about leaving an abusive partner. *Journal of EMDR Practice and Research*, 11, 54-66. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.11.1.54>
- Neuner, F. (2008). Stabilisierung vor Konfrontation in der Traumatherapie

- Grundregel oder Mythos? [Stabilization before confrontation in trauma treatment – Elementary rule or myth?] *Verhaltenstherapie*, 18, 109-118. <https://doi.org/10.1159/000134006>
- O'Haire, M. E., Guérin, N. A., & Kirkham, A. C. (2015). Animal-assisted intervention for trauma: A systematic literature review. *Frontiers in Psychology*, 6, 1121. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01121>
- Ogden, P., & Minton, K. (2000). Sensorimotor psychotherapy: One method for processing traumatic memory. *Traumatology*, 6, 149-173. <https://doi.org/10.1177/15347656000600302>
- Oprel, D. A. C., Hoeboer, C. M., Schoorl, M., de Kleine, R. A., Cloitre, M., Wigard, I. G., van Minnen, A., & van der Does, W. (2021). Effect of prolonged exposure, intensified prolonged exposure and STAIR+prolonged exposure in patients with PTSD related to childhood abuse: A randomized controlled trial. *European Journal of Psychotraumatology*, 12, 1851511. <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1851511>
- Opsimos, G., ten Hoor, G., Wijne, A., & Kok, G. (2021). De invloed van hulphonden bij mensen met traumatische ervaringen: Een overzicht van de literatuur. *De Psycholoog*, 11, 30-35. www.tijdschriftdepsycholoog.nl/wetenschap/de-invloed-van-hulphonden-bij-mensen-met-traumatische-ervaringen
- Ost, J., Costall, A., & Bull, R. (2001). False confessions and false memories: A model for understanding retractors' experiences. *Journal of Forensic Psychiatry*, 12, 549-579. <https://doi.org/10.1080/09585180110091985>
- Parker, M. M., Hergenrather, K., Smelser, Q., & Kelly, C. T. (2021). Exploring child-centered play therapy and trauma: A systematic review of literature. *International Journal of Play Therapy*, 30, 2. <https://doi.org/10.1037/pla0000136.supp> (Supplemental)
- Parker, Z. J., & Waller, G. (2015). Factors related to psychotherapists' self-assessment when treating anxiety and other disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 66, 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.12.010>
- Payne, P., Levine, P. A., & Crane-Godreau, M. A. (2015). Somatic experiencing: Using interoception and proprioception as core elements of trauma therapy. *Frontiers in Psychology*, 6, 93. <https://psycnet.apa.org/record/2015-34086-001>
- Raabe, S., Ehring, T., Marquenie, L., Arntz, A., & Kindt, M. (Submitted). *Imagery rescripting versus STAIR plus imagery rescripting for PTSD related to childhood abuse: A randomized controlled trial*.
- Rassin, E. (2012). Het gebruik van poppen en tekeningen bij het horen van kinderen. *Trema*, 3, 76-80.
- Rietveld-Piepers, B. (2018). *De inzet van dieren in zorg en onderwijs*. <https://dehondkandewasdoen.nl/wp-content/uploads/2019/01/Rapport-Dr.-B.-Rietveld-Piepers.pdf>
- Rosen, G. M., Lilienfeld, S. O., & Glasgow, R. E. (2019). Psychiatry's stance towards scientifically implausible therapies: Are we losing ground? *The Lancet Psychiatry*, 6, 802-803. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30276-7](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30276-7)
- Rovee-Collier, C. (1999). The development of infant memory. *Current Directions in Psychological Science*, 8, 80-85. <https://doi.org/10.1111/1467-8721.00019>
- Ryan, V., & Needham, C. (2001). Non-directive play therapy with children experiencing psychic trauma. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 6, 437-453. <https://doi.org/10.1177/1359104501006003011>
- Sánchez de Ribera, O. A., Trajtenberg, N., & Christensen, L. S. (2020). Evaluating the quality of meta-analytical reviews using the AMSTAR-2: A systematic review of meta-analytical

- reviews regarding child sexual abuse interventions. *Child Abuse & Neglect*, 104, 104463. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104463>
- Schlattmann, N. (2006). EMDR en de allerkleinsten: Een gevalsbeschrijving. *Kinder- & Jeugdpsychotherapie*, 33, 14. <https://francineshapirolibrary.omeka.net/items/show/19141>
- Schottelkorb, A. A., Dumas, D. M., & Garcia, R. (2012). Treatment for childhood refugee trauma: A randomized, controlled trial. *International Journal of Play Therapy*, 21, 57. <https://doi.org/10.1037/a0027430>
- Schwartzkopff, L., Gutermann, J., Steil, R., & Müller-Engelmann, M. (2021). Which trauma-treatment suits me? Identification of patients' treatment preferences for posttraumatic stress disorder (PTSD). *Frontiers in Psychology*, 12, 694038. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.694038>
- Shapiro, F., & Laliotis, D. (2011). EMDR and the adaptive information processing model: Integrative treatment and case conceptualization. *Clinical Social Work Journal*, 39, 191-200. <https://doi.org/10.1007/s10615-010-0300-7>
- Speel-Flierman, E. (2017). De EMDR-verhalenmethode en het belang van ouderbegeleiding. *EMDR magazine*, 13, 6-7.
- 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, 1-14. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2022.102132>
- Steele, K., Boon, S., & van der Hart, O. (2018). *Behandeling van traumagerelateerde dissociatie*. Uitgeverij Mens!
- Steenkamp, J. O., van der Walt, M. J. V., Schoeman-Steenkamp, E. M., & Strydom, I. (2012). Introducing SHIP as a psychotherapeutic model to access the body memory of traumatized clients: Depathologising expressions of trauma. *South African Journal of Psychology*, 42, 202-213. <https://doi.org/10.1177/00812463120420020>
- Teachman, B. A., White, B. A., & Lilienfeld, S. O. (2021). Identifying harmful therapies: Setting the research agenda. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 28, 101-106. <https://doi.org/10.1037/cps0000002>
- Tijdelijke Onderzoekscommissie Georganiseerd Sadistisch Misbruik van Minderjarigen – Commissie Hendriks. (2022). *Tussen ongeloof, ondersteuning en opsporing: Over georganiseerd sadistisch misbruik van minderjarigen* [Eindrapport]. www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2022/12/21/eindrapport-tijdelijke-onderzoekscommissie-georganiseerd-sadistisch-misbruik-van-minderjarigen
- van den Hout, M. A., Engelhard, I. M., Rijkeboer, M. M., Koekebakker, J., Hornsveld, H., Leer, A., Toffolo, M. B., & Akse, N. (2011). EMDR: Eye movements superior to beeps in taxing working memory and reducing vividness of recollections. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 92-98. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.11.003>
- van der Kolk, B. A. (1994). The body keeps the score: Memory and the evolving psychobiology of posttraumatic stress. *Harvard Review of Psychiatry*, 1, 253-265.
- van der Kolk, B. A. (2014). *The body keeps the score: Mind, brain and body in the transformation of trauma*. Penguin.
- van der Kolk, B. A., & Fisler, R. (1995). Dissociation and the fragmentary nature of traumatic memories: Overview and exploratory study. *Journal of Traumatic Stress*, 8, 505-525. <https://doi.org/10.1002/jts.2490080402>
- van Emmerik, A. A. P., Kamphuis, J. H., Hulsbosch, A. M., & Emmelkamp, P. M. G. (2002). Single session debriefing after psychological trauma: A meta-analysis. *The Lancet*, 360, 766-

771. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)09897-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)09897-5)
- van Vliet, N. I., Huntjens, R. J. C., van Dijk, M. K., Bachrach, N., Meewisse, M. L., & de Jongh, A. (2021). Phase-based treatment versus immediate trauma-focused treatment for post-traumatic stress disorder due to childhood abuse: Randomized clinical trial. *British Journal of Psychiatry Open*, 7, 20211057. <https://doi.org/10.1192/bjo.2021.1057>
- Waller, G., & Turner, H. (2018). Het terugdringen van therapeutische dwaling: Waarom goedwillende klinici er niet in slagen om evidence-based therapie te bieden, en hoe we weer op koers kunnen komen [Therapist drift redux: Why well-meaning clinicians fail to deliver evidence-based therapy, and how to get back on track]. *Gedragstherapie*, 51, 85-111. www.tijdschriftgedragstherapie.nl/inhoud/tijdschrift_artikel/TG-2018-2-5/Het-terugdringen-van-therapeutische-dwaling
- Went, M. A. T. (2014). Ouder-kind-trauma-therapie: Een geïntegreerde psychotherapeutische behandeling met EMDR voor kinderen met preverbaal trauma. *GZ-psychologie*, 6, 18-24. <https://doi.org/10.1007/s41480-014-0016-3>
- Woodward, S. H., Jamison, A. L., Gala, S., & Holmes, T. H. (2017). Canine companionship is associated with modification of attentional bias in posttraumatic stress disorder. *PLoS ONE*, 12, e0179912. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0179912>
- World Health Organization (WHO). (2022). *ICD-11: International classification of diseases for mortality and morbidity statistics: Eleventh revision*. <https://icd.who.int/en>
- Zoet, H. A., Wagenmans, A., van Minnen, A., & de Jongh, A. (2018). Presence of the dissociative subtype of PTSD does not moderate the outcome of intensive trauma-focused treatment for PTSD. *European Journal of Psychotraumatology*, 9, 1468707. <https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1468707>
- Zorginstituut Nederland. (2020). *Zinnige zorg – Verbetersignalement post-traumatische stress-stoornis* [Rapport]. Zorginstituut Nederland. www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/rapport/2020/06/15/zinnige-zorg-bij-ptss-verbetersignalement

Cognitieve gedragstherapie voor aanhoudende ernstige vermoeidheidsklachten bij multiple sclerose

Een transdiagnostische behandeling

DENNIS FELLING, MARIEKE DE GIER  HANS KNOOP

Samenvatting

Aanhoudende ernstige vermoeidheidsklachten komen vaak voor bij chronische somatische aandoeningen. Bij een aantal van deze aandoeningen is gebleken dat cognitieve gedragstherapie een effectieve behandeling is om dergelijke vermoeidheidsklachten te verminderen. Zo ook bij multiple sclerose (MS), een neurologische ziekte waarbij het centrale zenuwstelsel wordt aangetast en waarbij vermoeidheid een van de meest voorkomende klachten is. Cognitieve gedragstherapie grijpt aan op de in stand houdende factoren van de vermoeidheid. Aan de hand van de casus van een patiënt met aanhoudende ernstige vermoeidheidsklachten bij MS wordt een dergelijke behandeling geïllustreerd. Tevens wordt besproken in hoeverre vermoeidheidsklachten bij chronische somatische aandoeningen als transdiagnostische klacht beschouwd én behandeld kunnen worden.

Trefwoorden: aanhoudende ernstige vermoeidheid, chronische somatische aandoeningen, cognitieve gedragstherapie, transdiagnostische behandeling

Kernboodschappen voor de klinische praktijk

- ▶ Aanhoudende ernstige vermoeidheidsklachten bij multiple sclerose (MS) kunnen effectief behandeld worden met cognitieve gedragstherapie.
- ▶ Doel van de behandeling is afname van vermoeidheidsklachten en vermoeidheidsgerelateerde beperkingen.
- ▶ Aanhoudende ernstige vermoeidheid bij chronische somatische aandoeningen kan worden beschouwd als een transdiagnostische klacht. De in stand houden-

de of herstel belemmerende factoren van de vermoeidheidsklachten overlappen voor een substantieel deel tussen ziekten, ongeacht de somatische aandoening. Ook de rol van cognitieve en gedragsmatige factoren in de behandeling van vermoeidheid blijkt vergelijkbaar tussen verschillende aandoeningen. Dit betekent dat cognitieve gedragstherapie voor aanhoudende ernstige vermoeidheid toegepast kan worden bij een breed scala aan chronische somatische aandoeningen.

INLEIDING

Vermoeidheid is voor velen een alledaags, voorbijgaand en onschuldig fenomeen. Problematisch wordt het wanneer de mate van vermoeidheid sterk toeneemt, blijft aanhouden (langer dan zes maanden) en leidt tot beperkingen in het functioneren (Korenromp et al., 2012). Aanhoudende ernstige vermoeidheidsklachten treden op bij een groot aantal chronische somatische aandoeningen. In een recent Nederlands onderzoek bleek 22 tot 53% van patiënten met 23 verschillende chronische somatische ziekten last te hebben van aanhoudende ernstige vermoeidheid (Goërtz et al., 2021). Vergeleken met andere chronische ziekten gaat multiple sclerose (MS) gepaard met een zeer hoge prevalentie van vermoeidheidsklachten; in een recent literatuuroverzicht werd een prevalentie van 36-78% gerapporteerd (Oliva Ramirez et al., 2021).

Tot voor kort werd aangenomen dat deze klacht weinig beïnvloedbaar was (Rietberg et al., 2014). En tot onlangs adviseerde de richtlijn *Multiple sclerose (MS)* (onder andere) multidisciplinaire behandeling, veelal aangeboden in revalidatiecentra. Deze behandeling was vooral gericht op het leren omgaan met (blijvende) vermoeidheid. Recente onderzoeken laten echter zien dat cognitieve gedragstherapie effectief is om vermoeidheidsklachten bij MS te reduceren (Pottgen et al., 2018; van den Akker et al., 2017; van Kessel et al., 2008). Sinds augustus 2021 is cognitieve gedragstherapie voor vermoeidheid opgenomen in de richtlijn *Multiple sclerose (MS)* (Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen, 2021).

In cognitieve gedragstherapie voor aanhoudende ernstige vermoeidheidsklachten worden de (uit de literatuur bekende) in stand houdende factoren getaxeerd en vervolgens beïnvloed met cognitief-gedragstherapeutische interventies. Dit artikel illustreert een dergelijke behandeling aan de hand van een geanonimiseerde casus. Deze behandeling vond plaats binnen de context van een *multicenter randomised clinical trial*, waarin een nieuw ontwikkelde *blended* versie – MS Fit, een combinatie van face-to-face en online cognitieve gedragstherapie – wordt vergeleken met face-to-face cognitieve gedragstherapie; verder wordt onderzocht of een boosterprogramma (MS Blijf Fit) de langetermijneffecten verbetert (Houniet-de Gier et al., 2020). Dit onderzoek is lopende.

Ons artikel wil de ontwikkelingen op het gebied van cognitief-gedrags-therapeutische behandel mogelijkheden bij vermoeidheidsklachten onder de aandacht brengen. Het artikel richt zich (vooral) op de behandeling van vermoeidheid bij MS, maar ook op de vergelijkbare behandeling van vermoeidheid bij andere chronische somatische aandoeningen. Wij hopen klinici te enthousiasmeren om vermoeidheid te zien als een (in principe) behandelbaar probleem bij MS, maar ook bij andere aandoeningen. Om die reden wordt de behandeling stap voor stap toegelicht aan de hand van een casus, met functie- en betekenisanalyses (Korrelboom & ten Broeke, 2014).

MS EN VERMOEIDHEID

.....

MS is een chronische neurologische aandoening, waarbij zenuwbanen in de hersenen en het ruggenmerg door ontstekingscellen worden aangetast. De ziekte ontstaat vaak tussen het 20ste en 40ste levensjaar. In Nederland komt de ziekte naar schatting bij 25.000 mensen voor (Loonstra et al., 2022). Symptomen variëren van motorische zwakte, sensorische stoornissen, balansproblemen, vermoeidheid, depressieve stemming tot pijn.

Vermoeidheid is een zeer frequent gerapporteerde klacht van MS-patiënten en wordt door een meerderheid van hen als een van de meest hinderlijke klachten ervaren (Barin et al., 2018). Ernstig vermoeide MS-patiënten hebben daarnaast meer beperkingen dan MS-patiënten zonder ernstige vermoeidheid (Fisk et al., 1994). De oorzaak van MS-gerelateerde vermoeidheid blijft ondanks wetenschappelijk onderzoek onduidelijk. Ziektespecifieke neurobiologische factoren kunnen aanhoudende vermoeidheidsklachten onvoldoende verklaren. De oorzaak is vermoedelijk multifactorieel van aard (Bol et al., 2009; Kos et al., 2008; Manjaly et al., 2019). Cognitieve en gedragsfactoren spelen een rol bij het aanhouden van ernstige vermoeidheid (van Kessel & Moss-Morris, 2006).

Marianne is een 39-jarige vrouw en sinds twee jaar bekend met MS. De diagnose kon worden gesteld na voorbijgaande duizeligheid gevolgd door een 'schub': een korte periode met ziekteactiviteit en neurologische uitval (zoals verlies van kracht of gevoel). Bij Marianne trokken de klachten, te weten gevoelsverlies in een van haar armen en een deel van het gezicht, weg maar de vermoeidheid bleef aanwezig. Desondanks lukte het Marianne om haar baan als beleidsadviseur te hervatten. Buiten het werk is zij echter te moe om tot betekenisvolle activiteiten te komen: zij sport niet meer, spreekt nauwelijks meer af met vrienden, en gaat ook met haar partner weinig de deur uit. Bij doorvragen blijkt ook haar baan beduidend meer moeite te kosten dan voorheen. Zij heeft moeite zich te concentreren en heeft het idee dat zij minder productief is.

Bij Marianne kan de vermoeidheid niet verklaard worden door een eventuele andere ziekte dan MS. Evenmin heeft Marianne psychische klachten die voldoen

aan een DSM-5-classificatie welke de vermoeidheid beter kan verklaren, bijvoorbeeld een depressieve stoornis. Het onderscheid met burn-out valt op te maken uit het feit dat de vermoeidheid niet wordt toegeschreven aan werk en Marianne geen demotivatie of mentale distantie tot haar werk ervaart.

BEHANDELINGEN VAN MS-GERELATEERDE VERMOEIDHEID

.....

Soms wordt vermoeidheid medicamenteus behandeld, bijvoorbeeld met amantadine of modafinil. Omdat er echter onvoldoende bewijs is voor de effectiviteit hiervan, wordt in de richtlijn *Multiple sclerosis (MS)* (2021) niet-medicamenteuze behandeling van MS-gerelateerde vermoeidheid geadviseerd. Onderzoek laat zien dat multidisciplinaire revalidatiebehandeling en *energy conservation management* niet of nauwelijks effectief zijn bij de behandeling van vermoeidheid (de Gier et al., 2020). Aerobe en/of fysieke training blijkt wel tot significante vermindering van vermoeidheid te leiden, maar de effecten werden onvoldoende klinisch relevant bevonden; gezien de intensiteit van de behandeling werd geconcludeerd dat deze interventie onvoldoende praktisch en duurzaam was als behandeling voor vermoeidheid bij MS (de Gier et al., 2020).

Verschillende studies hebben de effectiviteit van cognitieve gedragstherapie aangetoond als behandeling van MS-gerelateerde vermoeidheid (Pöttgen et al., 2018; van den Akker et al., 2017; van Kessel et al., 2008). In een recente meta-analyse werd de *effect size* van cognitieve gedragstherapie als middelgroot tot groot geschat (Harrison et al., 2021). In de studie van van den Akker en collega's (2017) bleek een deel van de behandelde mensen na behandeling niet langer ernstig vermoeid. Het idee is dat vermoeidheids-gerelateerde beperkingen dan ook afnemen. Uiteraard blijft MS aanwezig en andere MS-klachten kunnen uiteraard niet enkel vervelend zijn, maar eveneens tot beperkingen leiden. In ditzelfde onderzoek bleek echter dat op groepsniveau na één jaar de vermoeidheid opnieuw was toegenomen en dat er weer sprake was van ernstige vermoeidheid. De oorzaak van deze terugval is niet duidelijk en deze terugval wordt in andere studies niet gezien (Pöttgen et al., 2018; van Kessel et al., 2008). Momenteel wordt onderzocht of boostersessies na afloop van de reguliere behandeling het initiële behandeldeffect kunnen bestendigen (Houniet-de Gier et al., 2020). In de hierna beschreven casus is het behandelprotocol gehanteerd dat gebruikt is in de studies van van den Akker en collega's (2017) en Houniet-de Gier en collega's (2020).

De richtlijn *Multiple sclerosis (MS)* concludeert dat er voldoende significant en klinisch relevant effect is van cognitieve gedragstherapie. De richtlijn adviseert om als behandeling te kiezen voor cognitieve gedragstherapie of – ondanks de eerdergenoemde kanttekeningen – voor fysieke training.

Marianne heeft een controleafspraak in het ziekenhuis. Zij bespreekt de aanhoudende vermoeidheid met haar neuroloog. De neuroloog is op de hoogte van het wetenschappelijk onderzoek naar MS-gerelateerde vermoeidheid en verwijst haar voor cognitieve gedragstherapie. Marianne weet niet zo goed wat ze kan verwachten, maar staat open voor de verwijzing en is nieuwsgierig naar de mogelijkheden van cognitieve gedragstherapie.

COGNITIEVE GEDRAGSTHERAPIE VOOR MS-GERELATEERDE VERMOEIDHEID

.....

Het cognitief-gedragstherapeutisch model van MS-gerelateerde vermoeidheid maakt onderscheid tussen uitlokkende en in stand houdende factoren van de vermoeidheid. Ziekteactiviteit van MS wordt als uitlokkende factor beschouwd. In onderzoek zijn verschillende in stand houdende factoren geïdentificeerd. Enkele factoren zijn specifiek voor MS, maar andere factoren worden ook gezien bij andere chronische somatische ziekten. Een evidence-based behandeling met het behandelprotocol zoals gebruikt in het eerdergenoemde onderzoek (Houniet-de Gier et al., 2020; van den Akker et al., 2017) begint met de taxatie van de aanwezige in stand houdende factoren.

Een onderscheid met taxatie middels het gevolgenmodel (van Rood & de Roos, 2017) is dat de bekende in stand houdende factoren systematisch worden nagevraagd, en dat de taxatie minder afhankelijk is van wat de patiënt aan informatie levert of kan leveren. Vooral bij therapeuten met beginnende kennis van de dynamiek van vermoeidheidsklachten kan dit het risico verkleinen op het missen van in stand houdende factoren of op het (te veel) waarde toekennen aan weinig relevante of irrelevante factoren. Een ander onderscheid kan zijn dat bij het genoemde behandelprotocol de mogelijkheid van herstel van ernstige vermoeidheid wordt benadrukt; dit verschil wordt relevanter wanneer het gevolgenmodel ‘slechts’ gebruikt wordt voor het behandelen van de gevolgen van vermoeidheid zonder de intentie om de vermoeidheid zelf te verminderen, zoals gangbaar was bij eerdere versies van het gevolgenmodel.

Na taxatie worden de in stand houdende factoren beïnvloed met een reeks specifiek voor vermoeidheid ontwikkelde cognitief-gedragstherapeutische interventies. Hierna worden de in stand houdende factoren van MS-gerelateerde vermoeidheid besproken en toegelicht aan de hand van de casus.

OVERZICHT VAN DE BEHANDELING

.....

De behandeling hanteert in- en exclusiecriteria. In onderzoeksverband worden deze criteria strikt gehanteerd, terwijl in de klinische praktijk meer speelruimte bestaat. De volgende zaken zijn echter altijd van belang. Patiënten dienen ernstig vermoeid te zijn. Een score van 35 of hoger op de subschaal 'Ernst van de vermoeidheid' van de Checklist Individuele Spankracht (CIS-20) duidt op ernstige vermoeidheid (Worm-Smeitink et al., 2017). Mogelijke somatische of psychiatrische verklaringen van de vermoeidheid moeten worden uitgesloten. Somatische verklaringen kunnen bijvoorbeeld zijn: infecties, bloedarmoede of een afwijkende schildklierfunctie. Een psychiatrische verklaring kan bijvoorbeeld een ernstige depressie zijn. Comorbide psychische stoornissen hoeven geen belemmering te vormen als zij de vermoeidheid niet verklaren, bijvoorbeeld in geval van een sociale angststoornis. Bij comorbiditeit is het belangrijk dat de patiënt zowel voldoende hinder heeft van vermoeidheid als daar behandeling voor wil. Wat betreft het beloop van MS worden verschillende varianten onderscheiden: *remitting relapsing*, primair progressief en secundair progressief. De behandeling kan bij elk van deze varianten geboden worden, maar er moet rekening gehouden worden met de mate van handicap, meer specifiek met de mobiliteit. Patiënten dienen (al dan niet met een hulpmiddel) zelfstandig te kunnen lopen. De behandeling is nog niet op effectiviteit onderzocht bij mensen die rolstoelgebonden zijn. Onderdelen van het protocol, zoals de opbouw van fysieke activiteiten, zouden dan aangepast moeten worden aan de mogelijkheden van de patiënt. Verder is de timing van de behandeling belangrijk. Na ziekteactiviteit is vermoeidheid een normaal verschijnsel; pas als deze vermoeidheid niet wegtrekt, is het zinvol om behandeling te overwegen. Een gelijktijdige, andersoortige behandeling voor vermoeidheid dient te worden vermeden.

In onderzoeksverband bestaat de behandeling uit maximaal 12 sessies, terwijl de blinded behandeling bestaat uit twee face-to-face gesprekken (aan het begin en aan het einde) en uit drie tot vier gesprekken via beeldbellen, met de mogelijkheid tot e-mailcontact. Zowel de face-to-face- als de blinded behandeling duren 20 weken. Boostersessies vinden plaats via beeldbellen rond 2 en 4 maanden na afloop van de behandeling. De behandeling werd gegeven door (in het protocol getrainde) psychologen.

De behandeling begint met de taxatie van de in stand houdende factoren. Vervolgens wordt uitleg gegeven over de behandeling. Eerst komt het cognitief-gedragstherapeutische model van vermoeidheid bij MS aan bod. Vervolgens wordt het (gepersonaliseerde) behandelplan besproken, waarbij de getaxeerde in stand houdende factoren worden toegelicht. Vaak kan dit plaatsvinden in de eerste behandelingsessie. In de eerste en/of tweede behandelingsessie worden doelen geformuleerd. In de resterende behandelingsessies

worden interventies gepleegd op de in stand houdende factoren. De in stand houdende factoren zijn: onregeldd slaap-waakritme, MS-gerelateerde emotionele problematiek, disfunctionele vermoeidheidsgerelateerde opvattingen, gerichtheid op vermoeidheid, afgenomen of onregeldd activiteitsniveau, ontbrekende of niet-passende sociale steun, en pijnklachten.

In de eerste behandelspraak met Marianne worden de mogelijke in stand houdende factoren getaxeerd met behulp van vragenlijsten en een anamnese (Houniet-de Gier et al., 2020). Vervolgens wordt een op maat gemaakt behandelplan opgesteld en met Marianne besproken. De uitleg over het cognitief-gedragstherapeutisch model en over eerdere onderzoeksresultaten biedt zowel duidelijkheid als hoop op verbetering. Haar aanvankelijke hulpvraag was om te *leren omgaan* met de vermoeidheid, maar dit wordt nu aangescherpt tot het *verminderen* van de vermoeidheid. Gesproken wordt over 'normaal' moe zijn, vergelijkbaar met 'gezonde' mensen; uit onderzoek (zie eerder) blijkt immers dat dit voor een deel van de patiënten haalbaar is. Er is geen verband bekend tussen enerzijds de duur en ernst van MS, en anderzijds de mogelijkheid tot herstel van ernstige vermoeidheid.

Met Marianne wordt verkend wat 'normaal' moe zijn zou betekenen voor haar activiteitsniveau. Marianne wordt gevraagd concreet te maken welke activiteiten ze weer wil uitvoeren, hoe vaak, hoe lang en met wie, als ze weer normaal moe zou zijn. Dit worden de persoonlijke doelen in de behandeling. Hierbij moedigt de therapeut Marianne aan om niet te voorzichtig te zijn met het stellen van doelen uit angst voor teleurstellingen.

ONTREGELD SLAAP-WAAKRITME EN SLAAPPROBLEMEN

.....

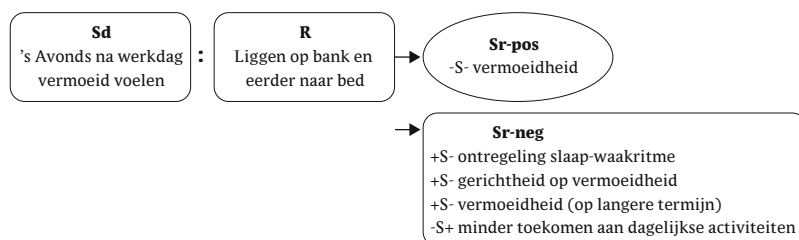
Vermoeidheid kan in stand worden gehouden door een ontregeling van het slaap-waakritme en door slaapproblemen. Zo kan een patiënt in reactie op vermoeidheid eerder naar bed gaan of 's ochtends langer in bed blijven liggen. Geregeld slapen patiënten ook overdag of brengen ze veel tijd liggend door, in de hoop hierdoor minder moe te worden. Bij acute, normale vermoeidheid helpt rust inderdaad, maar bij aanhoudende vermoeidheid werkt het ontregeling van het slaap-waakritme in de hand en daarmee de vermoeidheid. Slaapstoornissen komen veel voor bij MS. Tot wel 40% van de MS-patiënten ervaart chronische slaapproblemen, die een versterkende rol kunnen spelen bij vermoeidheid en cognitieve en depressieve klachten (Braley & Boudreau, 2016).

Marianne gaat op werkdagen vaak eerder naar bed dan zij gewend was. Haar bedtijden zijn afhankelijk van de mate van vermoeidheid. Op vrije dagen blijft zij 's ochtends regelmatig langer in bed liggen. Overdag slaapt zij niet, maar de avon-

den brengt ze veelal liggend op de bank door. Marianne doet dit alles in de hoop enigszins te herstellen (zie figuur 1).

In de behandeling werd uitleg gegeven over de samenhang tussen slaap-waakritme en vermoeidheid. De uitleg motiveerde Marianne om vaste slaaptijden te hanteren en overdag niet meer te gaan liggen. Voor Marianne betekende dit dat zij voortaan iets *later* naar bed ging dan recentelijk het geval was. Het betreft feitelijk een milde slaaprestrictie. In de behandeling werd besproken wat hielp om 's avonds laat wakker te blijven.

Na enige weken merkte Marianne op dat het nieuwe slaapritme beviel en goed te doen was. Overigens droeg het vele liggen ook bij aan haar gerichtheid op de vermoeidheid, wat toont hoe verschillende in stand houdende factoren aan elkaar gerelateerd kunnen zijn. Zowel destijds in de behandeling als nu in dit artikel wordt gerichtheid op vermoeidheid later besproken.



FIGUUR 1 *Functionanalyse van 'slaapgedrag'*

MS-GERELATEERDE EMOTIELE PROBLEMATIEK

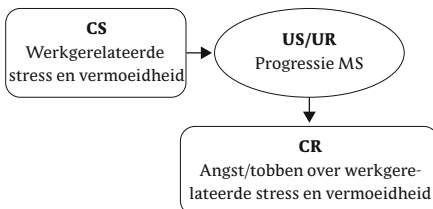
.....

Angst en somberheid komen geregeld voor bij MS. Emotionele problemen kunnen zelfs dusdanig centraal staan in het leven van een patiënt dat er te weinig ruimte is voor een behandeling gericht op vermoeidheid. Emotionele problemen kunnen de vermoeidheid mede in stand houden. Net als bij andere progressieve aandoeningen, kan bij MS angst voor ziekteprogressie bestaan. Hoewel begrijpelijk, laat dit onverlet dat daarover disfunctionele opvattingen kunnen bestaan. Als (toenemende) vermoeidheid bijvoorbeeld wordt gezien als een voorspeller van ziekteprogressie, krijgt vermoeidheid een (extra) negatieve betekenis. Dit draagt bij aan gerichtheid op de vermoeidheid en kan leiden tot vermijding van inspanning.

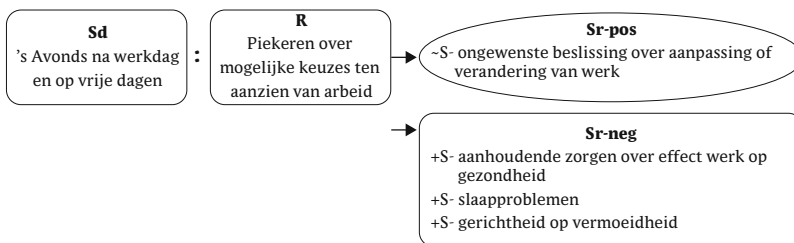
Marianne is soms somber, maar dat lijkt vooral een gevolg te zijn van haar vermoeidheidsgerelateerde beperkingen, zoals het missen van sociale uitjes, waar zij te moe voor is. Niet zozeer somberheid, maar zorgen over haar veeleisende werk houden Marianne sterk bezig. Haar baan brengt vermoeidheid en op bepaalde momenten stress met zich mee. Zij is bang dat deze stress en vermoeidheid van invloed zijn op het beloop van de MS op lange termijn (zie figuur 2). Op korte termijn is zij niet

bang voor ziekteprogressie, waardoor er geen evident vermijdingsgedrag ten aanzien van stress en vermoeidheid lijkt te bestaan, zoals het vermijden van 'uitdagingen' op het werk. Wel leidt haar verwachting tot (min of meer respondent) tobben over werkgerelateerde stress en vermoeidheid, maar ook tot (min of meer operant) piekeren over aanpassing van haar huidige werk of zoeken naar ander werk. Het getob en gepieker verstoort 's nachts haar slaap. Bovendien komt de vermoeidheid nog centraler te staan in haar leven door haar gepieker erover. In haar beleving brengt het piekeren haar niets positiefs. Het piekeren stelt echter een ongewilde en ongewenste beslissing over aanpassing van werk uit (zie figuur 3).

In de behandeling werd haar opvatting expliciet gemaakt: 'Stress en vermoeidheid leiden tot meer ontstekingen in het zenuwstelsel en daarmee tot progressie van MS.' Marianne was echter niet volledig overtuigd van de juistheid van haar opvatting. Dit gaf ruimte om te bespreken hoe zij haar verwachting kon toetsen. Zij besloot om die voor te leggen aan een arts in wie zij vertrouwen had. Toen deze arts aangaf de literatuur over deze kwestie te zijn ingedoken en onvoldoende bewijs voor haar opvatting te hebben gevonden, voelde Marianne zich serieus genomen. Ze begreep dat er enige aanwijzingen zijn voor de negatieve invloed van chronische stress op MS, maar niet voor die van kortdurende stress of van vermoeidheid. Deze informatie corrigeerde haar te eenzijdige opvatting en stelde haar gerust. De negatieve, gevaarlijke betekenis van vermoeidheid zwakte aanzienlijk af, terwijl de betekenis toenam dat vermoeidheid een weliswaar vervelend, maar niet bedreigend fenomeen is. Dit gaf minder reden tot piekeren, wat het slapen ten goede kwam.



FIGUUR 2 *Betekenisanalyse van angst voor ziekteprogressie*

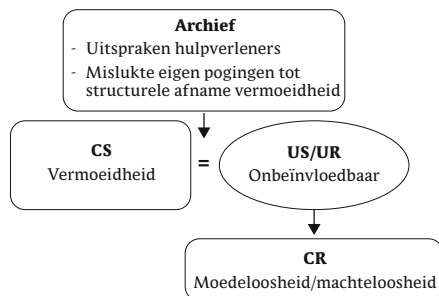


FIGUUR 3 *Functieanalyse piekeren over stress en vermoeidheid*

DISFUNCTIONELE VERMOEIDHEIDSGERELATEERDE OPVATTINGEN

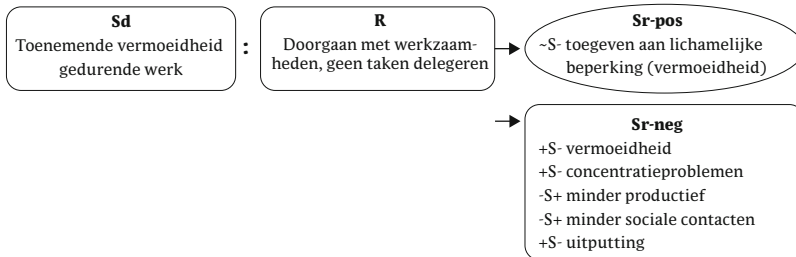
Als vermoeidheid wordt toegeschreven aan MS of aan blijvende lichamelijke schade, kan dat impliceren dat vermoeidheid een onveranderbaar gegeven is. Een gevoel van onvermogen om vermoeidheid te beïnvloeden is een in stand houdende factor van diezelfde vermoeidheid. Behalve een dergelijke somatische attributie, schrijven MS-patiënten vermoeidheid overigens (ook) toe aan andere factoren, zoals piekeren of een druk leven. Catastrofale opvattingen over de vermoeidheid, bijvoorbeeld het niet kunnen verdragen van de vermoeidheid of dat de vermoeidheid het ziekteproces negatief beïnvloedt, hangen samen met ernst van de vermoeidheid (zie de vorige paragraaf en figuur 2). Niet-accepterende opvattingen kunnen leiden tot het negeren van vermoeidheid en overbelasting, wat vervolgens vermoeidheid weer in stand kan houden. Veranderingen in opvattingen blijken een belangrijke mediërende rol te spelen in het effect van cognitieve gedragstherapie bij aanhoudende ernstige vermoeidheidsklachten bij MS (Knoop et al., 2012), maar ook bij andere chronische somatische aandoeningen, zoals diabetes mellitus type 1 (Menting, Tack, Donders et al., 2018), chronische myeloïde leukemie (Hyland et al., 2022) of tijdens de palliatieve behandeling van kanker (Poort et al., 2021).

Bij Marianne is de vermoeidheid ontstaan in dezelfde periode dat de diagnose MS gesteld werd. Bij gebrek aan betere verklaringen schrijft zij de vermoeidheid toe aan haar ziekte. De psycho-educatie en het formuleren van doelen aan het begin van de behandeling droegen niet enkel bij aan het motiveren van Marianne voor de behandeling. Het zijn ook (verbale) cognitieve interventies gericht op het beïnvloeden van de bij Marianne aanwezige opvatting dat de vermoeidheid een (min of meer) onlosmakelijk onderdeel is van haar chronische ziekte en dat de vermoeidheid weinig of niet te beïnvloeden is (zie figuur 4). Dit is echter slechts een eerste maar noodzakelijke stap. Een succesvolle behandeling zal in veel gevallen van doorslaggevende betekenis zijn om ervan overtuigd te raken dat haar vermoeidheid beïnvloedbaar is. De behandeling in haar geheel kan daarmee gezien worden als een gedragsexperiment.



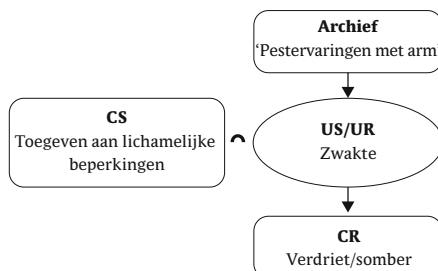
FIGUUR 4 Prototypische betekenisanalyse van opvattingen over de beïnvloedbaarheid van aanhoudende ernstige vermoeidheid

Bij Marianne is er echter enig besef dat zij toch enige invloed heeft op haar vermoeidheid: zij realiseert zich dat zij gedurende het werk de vermoeidheid min of meer bewust negeert, voordat zij 's avonds uitgeput instort. Marianne heeft daar echter haar redenen voor. Ze wil voorkomen dat ze 'vrijwillig' toegeeft aan de vermoeidheid (zie figuur 5).



FIGUUR 5 *Functieanalyse van het negeren van vermoeidheid*

Mariannes leergeschiedenis is van belang om de functie van het gedrag te begrijpen. Zij is geboren met een zichtbare afwijking aan haar arm en lijkt te hebben geleerd zich niets aan te trekken van lichamelijke beperkingen, iets wat zij associeert met zwakte (zie figuur 6).



FIGUUR 6 *Betekenisanalyse van toegeven aan vermoeidheid*

Op school richtte Marianne zich op het behalen van goede cijfers, nu geeft zij prioriteit aan haar carrière. Dit alles uit zich in niet-accepterende automatische gedachten in reactie op vermoeidheid op het werk. De niet-accepterende gedachten rond de vermoeidheid worden in de behandeling geproblematiseerd, waarbij de nadruk ligt op het hiermee gepaard gaande gedrag, namelijk het *negeren* van de vermoeidheid (zie figuur 5). Marianne probeert daarmee haar werk vol te houden, maar dat lukt slechts met veel moeite. Bovendien draagt het bij aan uitputting, wat het steeds lastiger maakt om haar werk te blijven doen.

Enmaal bewust(er) van de feitelijke negatieve consequenties, staat Marianne open voor een andere aanpak (die hierna beschreven wordt in de paragraaf 'Afgenoemen en ontregeld activiteitsniveau'). Daarbij is essentieel dat de behandeling als doel heeft om de vermoeidheid te laten afnemen. Dit betekent dat een andere omgang met de vermoeidheid een tijdelijk karakter heeft, met als doel om te herstellen, on-

der het motto 'één stap terug om twee stappen vooruit te zetten' (voor de uitwerking hiervan: zie de paragraaf over het activiteitenniveau). Deze zienswijze vat Marianne samen in een helpende gedachte, waaraan zij zichzelf kan herinneren op het werk.

De hiervoor beschreven interventie is voor Marianne voldoende om de belangrijkste bekrachtiger van het disfunctionele gedrag in een ander daglicht te zien. Daarmee is een interventie gericht op het zelfbeeld niet vereist, maar kan toch gedragsverandering plaatsvinden en daarmee een in stand houdende factor van de vermoeidheid (sneller) worden beïnvloed.

GERICHTHEID OP VERMOEIDHEID

.....

Aandacht voor vermoeidheid kan de perceptie van vermoeidheid versterken. Dit kan een gevolg zijn van overt gedrag, zoals praten over de vermoeidheid, maar ook van covert gedrag, zoals in gedachten met vermoeidheid bezig zijn of het vermoeide gevoel gebruiken om te beslissen om wel of niet een activiteit te ondernemen. De gerichtheid op vermoeidheid kan een gevolg zijn van angst dat vermoeidheid een voorspeller is van ziekteprogressie. Ook kan het zijn aangeleerd in eerder gevolgde behandelingen voor vermoeidheid, waarin vermoeidheidssignalen niet zelden als uitgangspunt worden genomen voor het al dan niet ondernemen van een activiteit. In zulke gevallen is het vaak verwarrend voor een patiënt als deze bij een cognitieve gedragstherapie juist een andere aanpak krijgt aangeleerd.

Een ander punt van aandacht is de registratie van vermoeidheidsklachten. In cognitieve gedragstherapie is terecht een belangrijke rol weggelegd voor registratieopdrachten. Als vermoeidheid echter (regelmatig of zelfs continu) wordt geregistreerd, draagt dit juist bij aan de gerichtheid op de vermoeidheid. Metingen van vermoeidheidsklachten kunnen om die reden beter worden uitgevoerd met incidentele afname van een vragenlijst, zoals de CIS-20.

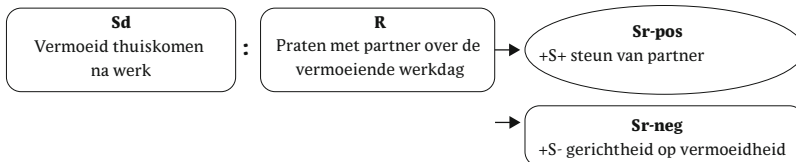
Gerichtheid op vermoeidheid is op verschillende manieren te conceptualiseren. Het kan een min of meer onvrijwillige respons zijn (zie de CR in figuur 2). Geregeld is de gerichtheid een (vaak onopgemerkt) gevolg van min of meer intentioneel gedrag (zie de Sr-neg in eerdere functieanalyses en zie ook figuur 7). In aansluiting hierop wordt alternatief gedrag aangeleerd.

In de avonden en op vrije dagen doet Marianne, in haar eigen woorden, 'niet zoveel'. Vanwege een gebrek aan afleiding dringt de vermoeidheid zich nadrukkelijk aan haar op. Dit zijn niet toevalligerwijs ook de momenten waarop zij vaak tobt en piekert over haar werk, met in haar achterhoofd het veronderstelde verband tussen stress, vermoeidheid en progressie van de MS. In de behandeling wordt de uitleg over het verband tussen aandacht en perceptie niet alleen verbaal gegeven, maar krijgt Marianne ook de kans om dit te ervaren. Marianne wordt gevraagd om met haar ogen dicht te letten op geluiden die zij ter plekke kan horen. Zij merkt op zich bewust te zijn van

het tikken van de klok en van het geroezemoes op de gang. In een tweede oefening wordt haar gevraagd gedurende een minuut de aandacht op haar tenen te houden, waarna zij lichamelijke sensaties opmerkt waarvan zij zich eerder niet bewust was.

Marianne kan aanvankelijk geen voorbeelden noemen uit haar dagelijks leven waarin zij haar aandacht op de vermoeidheid richt. Dat lukt haar wel nadat enkele adviezen worden besproken waarmee zij haar voordeel kan doen, bijvoorbeeld met haar partner afspreken niet meer over vermoeidheid te praten, maar in plaats daarvan over andere zaken te spreken (zie figuur 7). Ook wordt besproken om afleiding te zoeken als zij op rustige momenten merkt in gedachten met de vermoeidheid bezig te zijn. Nadrukkelijk wordt dit besproken in positieve termen ('verleggen van de aandacht') en niet in negatieve termen ('niet denken aan vermoeidheid'), teneinde het paradoxale wittebeereffect te voorkomen.

In latere behandelsessies (vaak vroeg in de behandeling en bij Marianne vanaf sessie 3) past de therapeut zijn taalgebruik aan om te voorkomen dat in de gesprekken alsnog impliciet over de vermoeidheid wordt gesproken. In plaats daarvan staat centraal hoe Marianne de behandeladviezen toepast en welke vooruitgang zij boekt.



FIGUUR 7 *Functieanalyse van gerichtheid op vermoeidheid (zie ook eerdere functieanalyses)*

AFGENOMEN EN ONTREGELD ACTIVITEITENNIVEAU

.....

Bij ernstig vermoeide mensen zijn er twee soorten activiteitenpatronen te onderscheiden die op verschillende wijzen de vermoeidheid in stand kunnen houden: (1) een relatief activiteitsniveau, en (2) een laag actief patroon.

Bij een *relatief activiteitsniveau* kan het activiteitsniveau gedurende de dag en week sterk wisselend zijn. Perioden met piekbelasting kunnen worden gevolgd door (noodgedwongen) rust. Een sterke wisseling in activiteitsniveau hangt niet zelden samen met niet-accepterende cognities, waarbij met frustratie en 'verzet' op de vermoeidheid gereageerd wordt. Bij als belangrijk gepercipieerde activiteiten (Sd) wordt vermoeidheid genegeerd (R), teneinde te voorkomen dat een dergelijke activiteit niet uitgevoerd wordt of niet kan worden afgemaakt (~S-). Een dergelijke belangrijke activiteit niet uitvoeren of niet afmaken (CS) activeert vaak een negatief zelfbeeld (US/UR-representatie) en roept vaak verdriet of somberheid (CR) op. Dit gedragspatroon leidt echter tot uitputting, 'gedwongen rust' en houdt vermoeidheid daarmee in stand.

Als er vrijwel voortdurend (Sd) sprake is van weinig lichamelijke inspanning en veel rust (R), dan wordt dit als een *laag actief patroon* bestempeld. ‘Laag actieven’ proberen (totale) uitputting te voorkomen (~S-), maar op langere termijn houdt hun patroon vermoeidheid juist in stand.

In de behandeling wordt het activiteitenniveau geleidelijk aan vergroot. Relatief actieven zullen eerst een gelijkmatig activiteitenniveau moeten bewerkstelligen, om het ontregelen te doorbreken en ruimte te creëren voor een systematische opbouw van fysieke activiteiten. Vaak is dat wandelen of fietsen, maar in principe kan het elke vorm van activiteit zijn die toegankelijk is en systematisch kan worden opgebouwd.

Laag actieven beginnen direct met een systematische opbouw van fysieke activiteiten. In de loop van enkele weken neemt het activiteitenniveau stap voor stap toe. Deze interventie kan als exposure aan lichamelijke inspanning beschouwd worden. Zo kan iemand ervaren dat hij of zij klaarblijkelijk meer inspanning over langere tijd kan tolereren, wat uiteraard haaks staat op de (al dan niet impliciete) opvatting dat de vermoeidheid een hoger activiteitenniveau over langere tijd onmogelijk maakt.

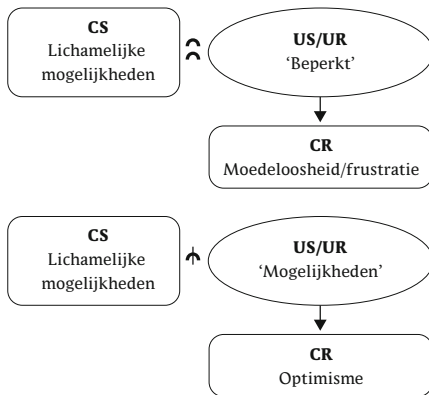
Uit onderzoek bij het chronisch-vermoeidheidssyndroom (Wiborg et al., 2010) en vermoeidheidsbehandelingen bij palliatieve kanker (Poort et al., 2021) blijkt het effect van een dergelijk beweegprogramma met name te worden verklaard door veranderingen in cognities, en niet zozeer door een verbeterde lichamelijke conditie.

Marianne heeft een relatief actief activiteitenniveau. Op werkdagen is zij actief, waarna zij 's avonds instort. Zij heeft vier werkdagen van 9 uur. Haar vrije dag gebruikt zij als 'hersteldag'. Ook in de weekenden is zij aanzienlijk minder actief dan op werkdagen. In de behandeling worden deze schommelingen gevisualiseerd in een grafiek. Marianne was zich al enige mate bewust van haar wisselende activiteitenniveau en herkent zich in het geschetste beeld. De eerdere interventies hebben haar doen beseffen dat haar niet-accepterende gedachten en gedragingen bijdragen aan de afwisseling van piekbelasting met min of meer gedwongen rust (zie functieanalyse in figuur 5). Marianne gaat dit patroon doorbreken door haar dagen gelijkmatiger in te delen. Dit lukt haar zelfs zonder minder te hoeven werken. In plaats daarvan deelt zij haar werkzaamheden handiger in en neemt ze tijdens vergaderingen een poos minder het voortouw.

Zulke relatief kleine wijzigingen creëren een gevoel van ruimte bij Marianne. Dit is het sein om te starten met het verhogen van haar activiteitenniveau. Zij gaat dagelijks twee keer wandelen, te beginnen met twee keer 10 minuten. Dit aantal minuten bouwt zij aan de hand van enkele principes in de loop van de weken stap voor stap en systematisch op. De opbouw verloopt echter niet zonder moeilijkheden. Ze moet ervoor blijven waken dat ze voldoende ruimte in haar werkdagen houdt om aan het beweegprogramma toe te komen. In de behandeling worden de opbouw en de moeilijkheden besproken.

Gaandeweg neemt bij Marianne het gevoel toe dat zij meer kan. Dit kan geconceptualiseerd worden als een verschuiving in de opvattingen over de eigen lichame-

lijke mogelijkheden. Gaandeweg de behandeling heeft de aanvankelijk geïnhibeerde betekenis dat Marianne over significante lichamelijke mogelijkheden beschikt aan kracht gewonnen (zie figuur 8). Zodra zij dagelijks twee keer bijna 50 minuten wandelt en duidelijk merkt dat haar mogelijkheden zijn toegenomen, wordt zij aangemoedigd om haar persoonlijke doelen te realiseren. Daar blijkt zij al enigszins mee te zijn begonnen. Een voorbeeld is om 's avonds samen met haar partner de hond uit te laten. Bij het realiseren van haar doelen kan Marianne gebruikmaken van dezelfde principes als waarmee zij haar beweegprogramma heeft uitgevoerd.



FIGUUR 8 Prototypische betekenisanalyse van de perceptie van lichamelijke mogelijkheden bij aanhoudende ernstige vermoeidheidsklachten (bij aanvang van behandeling)

ONTBREKENDE OF NIET-PASSENDE SOCIALE STEUN

.....

Ervaren onbegrip voor vermoeidheid, of juist overbezorgdheid en de neiging van anderen om zaken uit handen te nemen, kunnen vermoeidheid in stand houden. Ook schaamtegevoelens over (de gevolgen van) MS lijken gerelateerd aan vermoeidheid.

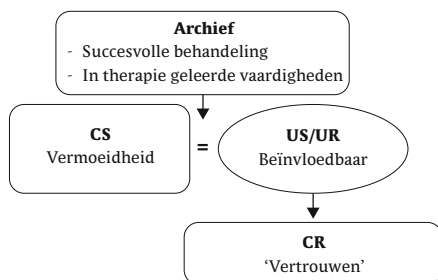
Marianne ervaart nauwelijks onbegrip van anderen. Vermoedelijk komt dit doordat zij probeert niets te laten merken aan anderen. Op het werk weet men niet van de moeite die het haar kost om het werk vol te houden. Van afspreken met vrienden komt het weinig, maar daar hebben zij begrip voor. Marianne hoort van hen vooral dat ze beter voor zichzelf moet zorgen, maar ervaart zulke uitspraken niet als vervelende bemoeienis. Haar partner steunt haar waar hij dat nodig vindt, zonder structureel zaken over te nemen. In het begin van de behandeling komt haar partner mee. Uitleg over de behandeling en zijn eventuele rol daarin helpen om zijn al aanwezige begrip te vergroten. Marianne blijkt daar veel aan te hebben en zich thuis vrij te voelen om de behandeladviezen toe te passen.

MS kan gepaard gaan met pijnklachten, die vervolgens een negatieve invloed hebben op de vermoeidheid. Disfunctionele opvattingen over en gerichtheid op de pijn kunnen belemmerende factoren zijn bij de behandeling van de vermoeidheid, bijvoorbeeld bij de opbouw van activiteiten. In dat geval is het zinvol om interventies uit te voeren om de gevolgen van de pijn zo minimaal mogelijk te houden. Dit kan door het uitdagen van catastroferende opvattingen over de pijn en oefenen met het verleggen van de aandacht weg van de pijn.

Marianne heeft niet of nauwelijks last van pijnklachten. Bij flinke vermoeidheid kan ze wat gevoelsverlies en tintelingen in haar arm merken, maar dat voelt niet als pijn. Omdat deze mogelijke in stand houdende factor niet bij Marianne speelt, is het geen onderdeel van haar behandeling.

De behandeling van Marianne bedroeg tien sessies gedurende 5 maanden. Haar score op de CIS-20 subschaal 'Ernst van de vermoeidheid' is in vergelijking met vóór de behandeling sterk afgenomen en is vergelijkbaar met de gemiddelden uit de normgroep 'gezonden'. Marianne is niet langer ernstig moe. Boostersessies vonden plaats na 2 en na 4 maanden. Een jaar na de behandeling bleek de winst nog altijd behouden te blijven (zie figuur 9). Terugval bleef uit. Marianne kan weer verder met haar leven, mét MS maar zónder hinderlijke vermoeidheid.

Bij de boostersessies werd vooral besproken wat zij gedaan (of juist niet gedaan) had om de winst te behouden. Normale schommelingen in vermoeidheid deden zich uiteraard voor, maar Marianne kon over een langere periode ervaren dat (1) een kortstondige toename van vermoeidheid geen teken van terugval was, en dat (2) zij voldoende kennis en vaardigheden had om effectief met vermoeidheid om te gaan. Vermoeidheid heeft daarmee een andere betekenis gekregen, wat geverbaliseerd kan worden in andere opvattingen over de vermoeidheid (zie figuur 9).



FIGUUR 9 Prototypische betekenisanalyse van vermoeidheid na succesvolle behandeling

VERMOEIDHEID ALS TRANSDIAGNOSTISCHE KLACHT

49

De oplettende lezer zal in de hier besproken behandeling veel elementen herkennen uit het behandelprotocol voor het chronische-vermoeidheidsyndroom (ME/CVS) (Knoop & Bleijenberg, 2017). Dit protocol vormt de basis voor de behandelprotocollen voor ernstige vermoeidheid bij een reeks somatische aandoeningen, bijvoorbeeld na behandeling van kanker (Gielissen et al., 2006), bij diabetes mellitus type 1 (Menting et al., 2017), een infectieziekte zoals Q-koorts (Keijmel et al., 2017), een spierziekte zoals facio-scapulohumerale spierdystrofie (Voet et al., 2014) en bij MS (van den Akker et al., 2017).

Deze behandelprotocollen bleken bij gerandomiseerde en gecontroleerde studies effectief en te leiden tot een afname van moeheid en (in vrijwel alle studies) van vermoeidheidsgerelateerde beperkingen. Los van enkele ziektespecifieke interventies gericht op verwerking en omgaan met specifieke aspecten van de aandoening, bestaat de behandeling voornamelijk uit generieke interventies die hetzelfde zijn bij elke aandoening. Voor de uitvoerende cognitief gedragstherapeut betekent dit dat ziektespecifieke kennis waardevol is, maar niet doorslaggevend om de behandeling te kunnen geven.

Uit recente studies blijken steeds meer aanwijzingen dat vermoeidheid meer als een transdiagnostisch symptoom beschouwd kan worden, in plaats van als een ziektespecifiek symptoom (Goërtz et al., 2021; Menting, Tack, Bleijenberg et al., 2018). De ernst van vermoeidheidsklachten lijkt beter verklaard te worden door transdiagnostische gedragsfactoren dan door ziekteafhankelijke factoren (Goërtz et al., 2021; Menting, Tack, Bleijenberg et al., 2018). In een recente studie, waarin vier *randomised clinical trials* naar cognitieve gedragstherapie voor vermoeidheid bij ME/CVS, vermoeidheid na Q-koorts, bij diabetes mellitus type 1 en bij MS werden vergeleken, bleek dat de voorspellende, modererende en mediërende rol van cognitieve en gedragsmatige factoren in de behandeling van vermoeidheid vergelijkbaar waren over alle aandoeningen (de Gier et al., 2023). Ook dit is een aanwijzing dat de behandeling van vermoeidheid bij verschillende aandoeningen op dezelfde processen inwerkt en dat cognitieve gedragstherapie voor vermoeidheid dus transdiagnostisch ingezet kan worden. Deze bevindingen sluiten aan bij transdiagnostische ontwikkelingen op andere probleemgebieden dan vermoeidheid (zie: Korrelboom, 2021).

Het voorgaande mag de cognitief gedragstherapeut beschouwen als een aanmoediging om vermoeidheid te zien als een behandelbare klacht binnen een breed scala aan chronische somatische aandoeningen; een klacht waarbij herstel of reductie van ernstige vermoeidheid voor een deel van de patiënten een reëel perspectief is.

Dennis Felling is gz-psycholoog en cognitief gedragstherapeut VGcT bij het Slingeland Ziekenhuis, afdeling Medische Psychologie, Doetinchem.

Marieke de Gier is gz-psycholoog, cognitief gedragstherapeut VGcT en promovenda in het Amsterdam UMC, afdeling Medische Psychologie.

Hans Knoop is klinisch psycholoog, supervisor VGcT en hoogleraar medische psychologie bij het Amsterdam UMC.

Correspondentieadres: Dennis Felling, Slingeland Ziekenhuis, afdeling Medische Psychologie, Kruisbergseweg 25, 7009 BL Doetinchem. E-mail: d.felling@slingeland.nl.

Summary *Cognitive behavioural therapy for chronic severe fatigue in multiple sclerosis: A transdiagnostic treatment*

Chronic severe fatigue is highly prevalent in chronic diseases and medical conditions. In various medical conditions, cognitive behavioural therapy is an effective treatment to reduce fatigue, for example in multiple sclerosis (MS). MS is a chronic neurodegenerative disease of the central nervous system. Fatigue is among the most prevalent symptoms in MS. Cognitive behavioural therapy is aimed at the cognitive-behavioural maintaining factors of fatigue. Here, the treatment is illustrated by a case example of an MS patient. Furthermore, the transdiagnostic nature and treatment options of fatigue in chronic diseases and medical conditions are discussed.

Keywords *chronic severe fatigue, chronic diseases and medical conditions, cognitive behavioural therapy, transdiagnostic treatment*

Literatuur

- Barin, L., Salmen, A., Disanto, G., Babačić, H., Calabrese, P., Chan, A., Kamm, C. P., Kesselring, J., Kuhle, J., Gobbi, C., Pot, C., Puhan, M. A., & von Wyl, V. (2018). The disease burden of multiple sclerosis from the individual and population perspective: Which symptoms matter most? *Multiple Sclerosis and Related Disorders*, 25, 112-121.
- Bol, Y., Duits, A. A., Hupperts, R. M., Vlaeyen, J. W., & Verhey, F. R. (2009). The psychology of fatigue in patients with multiple sclerosis: A review. *Journal of Psychosomatic Research*, 66, 3-11.
- Braley, T. J., & Boudreau, E. A. (2016). Sleep disorders in multiple sclerosis. *Current Neurology and Neuroscience Reports*, 16, 1-8.
- de Gier, M., Beckerman, H., Knoop, H., & de Groot, V. (2020). Behandeling van MS-gerelateerde vermoeidheid: Recente inzichten. *Tijdschrift voor Neurologie & Neurochirurgie*, 121, 236-241.
- de Gier, M., Picariello, F., Slot, M., Janse, A., Keijmel, S., Menting, J., Worm-Smeitink, M., Beckerman, H., de Groot, V., Moss-Morrisc, R., & Knoop, H. (2023). The relation between cognitive-behavioural responses to symptoms in patients with long term medical conditions and the outcome of cognitive behavioural therapy for fatigue – A secondary analysis of four RCTs. *Behaviour Research and Therapy*, 161, 104243.
- Fisk, J. D., Pontefract, A., Ritvo, P. G., Archibald, C. J., & Murray, T. J. (1994). The impact of fatigue on patients with multiple sclerosis. *Canadian*

- Journal of Neurological Sciences*, 21, 9-14.
- Gielissen, M. F., Verhagen, S., Witjes, F., & Bleijenberg, G. (2006). Effects of cognitive behavior therapy in severely fatigued disease-free cancer patients compared with patients waiting for cognitive behavior therapy: A randomized controlled trial. *Journal of Clinical Oncology*, 24, 4882-4887.
- Goërtz, Y. M. J., Braamse, A. M. J., Spruit, M. A., Janssen, D. J. A., Ebadi, Z., van Herck, M., Burtin, C., Peters, J. B., Sprangers, M. A. G., Lamers, F., Twisk, J. W. R., Thong, M. S. Y., Vercoulen, J. H., Geerlings, S. E., Vaes, A. W., Beijers, R. J. H. C. G., van Beers, M., Schols, A. M. W. J., Rosmalen, J. G. M., & Knoop, H. (2021). Fatigue in patients with chronic disease: Results from the population-based Lifelines Cohort Study. *Scientific Reports*, 11, 1-12.
- Harrison, A. M., Safari, R., Mercer, T., Picariello, F., van der Linden, M. L., White, C., Moss-Morris, R., & Norton, S. (2021). Which exercise and behavioural interventions show most promise for treating fatigue in multiple sclerosis? A network meta-analysis. *Multiple sclerosis*, 27(11), 1657-1678.
- Houniet-de Gier, M., Beckerman, H., van Vliet, K., Knoop, H., & de Groot, V. (2020). Testing non-inferiority of blended versus face-to-face cognitive behavioural therapy for severe fatigue in patients with multiple sclerosis and the effectiveness of blended booster sessions aimed at improving long-term outcome following both therapies: Study protocol for two observer-blinded randomized clinical trials. *Trials*, 21, 1-14.
- Hyland, K. A., Nelson, A. M., Eisel, S. L., Hoogland, A. I., Ibarz-Pinilla, J., Sweet, K., Jacobsen, P. B., Knoop, H., & Jim, H. S. (2022). Fatigue perpetuating factors as mediators of change in a cognitive behavioral intervention for targeted therapy-related fatigue in chronic myeloid leukemia: A pilot study. *Annals of Behavioral Medicine*, 56, 137-145.
- Keijmel, S. P., Delsing, C. E., Bleijenberg, G., van der Meer, J. W., Donders, R. T., Leclercq, M., Kampschreur, L. M., van den Berg, M., Sprong, T., Nabuurs-Franssen, M. H., Knoop, H., & Bleeker-Rovers, C. P. (2017). Effectiveness of long-term doxycycline treatment and cognitive-behavioral therapy on fatigue severity in patients with Q fever fatigue syndrome (Qure Study): A randomized controlled trial. *Clinical Infectious Diseases*, 64, 998-1005.
- Knoop, H., & Bleijenberg, G. (2017). Protocolaire behandeling van patiënten met het chronische vermoeidheidssyndroom. In G. P. J. Keijsers, A. van Minnen, M. J. P. M. Verbraak, C. A. L. Hoogduin, & P. M. G. Emmelkamp (Eds.), *Protocolaire behandelings voor volwassenen met psychische klachten: Boek 3* (pp. 163-193). Boom.
- Knoop, H., van Kessel, K., & Moss-Morris, R. (2012). Which cognitions and behaviours mediate the positive effect of cognitive behavioural therapy on fatigue in patients with multiple sclerosis? *Psychological Medicine*, 42, 205-213.
- Korenromp, I. H., Meeus, M., & Bleijenberg, G. (2012). Dutch language area definition of chronic fatigue. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 156, A4403-A4403.
- Korrelboom, K. (2021). Behandelen vanuit een transdiagnostisch perspectief. In E. ten Broeke, K. Korrelboom, M. Verbraak, & S. Meijer (Eds.), *Praktijkboek geïntegreerde cognitieve gedragstherapie: Protocolaire behandelings op maat* (pp. 701-721). Uitgeverij Coutinho.
- Korrelboom, C. W., & ten Broeke, E. (2014). *Geïntegreerde cognitieve ge-*

- dragstherapie: Handboek voor theorie en praktijk*. Uitgeverij Coutinho.
- Kos, D., Kerckhofs, E., Nagels, G., D'hooghe, M. B., & Ilsbrouckx, S. (2008). Origin of fatigue in multiple sclerosis: Review of the literature. *Neurorehabilitation and Neural Repair*, 22, 91-100.
- Loonstra, F. C., de Ruiter, L. R., Doesburg, D., Lam, K. H., van Lierop, Z. Y., Moraal, B., Strijbis, E. M. M., Killestein, J., & Uitdehaag, B. M. (2022). Project Y: The search for clues explaining phenotype variability in MS. *Multiple Sclerosis and Related Disorders*, 57, 103337.
- Manjaly, Z. M., Harrison, N. A., Critchley, H. D., Do, C. T., Stefanics, G., Wenderoth, N., Lutterotti, A., Müller, A., & Stephan, K. E. (2019). Pathophysiological and cognitive mechanisms of fatigue in multiple sclerosis. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 90(6), 642-651.
- Menting, J., Tack, C. J., Bleijenberg, G., Donders, R., Droogleevers Fortuyn, H. A., Fransen, J., Goedendorp, M. M., Kalkman, J. S., Strik-Albers, R., van Alfen, N., van der Werf, S. P., Voermans, N. C., van Engelen, B. G., & Knoop, H. (2018). Is fatigue a disease-specific or generic symptom in chronic medical conditions? *Health Psychology*, 37, 530-543.
- Menting, J., Tack, C. J., Donders, R., & Knoop, H. (2018). Potential mechanisms involved in the effect of cognitive behavioral therapy on fatigue severity in type 1 diabetes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 86, 330-340.
- Menting, J., Tack, C. J., van Bon, A. C., Jansen, H. J., van den Bergh, J. P., Mol, M. J., Goedendorp, M. M., Donders, R., & Knoop, H. (2018). Web-based cognitive behavioural therapy blended with face-to-face sessions for chronic fatigue in type 1 diabetes: A multicentre randomized controlled trial. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*, 5, 448-456.
- Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen. (2021). *Multiple Sclerose (MS)* [Richtlijn]. https://richtlijnendatabase.nl/richtlijn/multiple_sclerose_ms/startpagina_-_multiple_sclerose_ms.html
- Oliva Ramirez, A., Keenan, A., Kalau, O., Worthington, E., Cohen, L., & Singh, S. (2021). Prevalence and burden of multiple sclerosis-related fatigue: A systematic literature review. *BMC Neurology*, 21, 1-16.
- Poort, H., Müller, F., Bleijenberg, G., Verhagen, S., Verdam, M., Nieuwkerk, P. T., & Knoop, H. (2021). Condition or cognition? Mechanism of change in fatigue in a randomized controlled trial of graded exercise therapy or cognitive behavior therapy for severe fatigue in patients with advanced cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 89, 731-741.
- Pöttgen, J., Moss-Morris, R., Wende-bourg, J. M., Feddersen, L., Lau, S., Köpke, S., Meyer, B., Friede, T., Penner, I. K., Heesen, C., & Gold, S. M. (2018). Randomised controlled trial of a self-guided online fatigue intervention in multiple sclerosis. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 89, 970-976.
- Rietberg, M. B., van Wegen, E. E., Eyssen, I. C., Kwakkel, G., & MS Study Group. (2014). Effects of multidisciplinary rehabilitation on chronic fatigue in multiple sclerosis: A randomized controlled trial. *PloS One*, 9, e107710.
- van den Akker, L. E., Beckerman, H., Collette, E. H., Twisk, J. W., Bleijenberg, G., Dekker, J., Knoop, H., de Groot, V., & TREFAMS-ACE Study Group. (2017). Cognitive behavioral therapy positively affects fatigue in patients with multiple sclerosis: Results of a randomized controlled trial. *Multiple Sclerosis Journal*, 23, 1542-1553.

- van Kessel, K., & Moss-Morris, R. (2006). Understanding multiple sclerosis fatigue: A synthesis of biological and psychological factors. *Journal of Psychosomatic Research*, 61, 583-585.
- van Kessel, K., Moss-Morris, R., Willoughby, E., Chalder, T., Johnson, M. H., & Robinson, E. (2008). A randomized controlled trial of cognitive behavior therapy for multiple sclerosis fatigue. *Psychosomatic Medicine*, 70, 205-213.
- van Rood, Y., & de Roos, C. (2017). *Somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten en somatisch-symptoomstoornis*. In G. P. J. Keijsers, A. van Minnen, M. J. P. M. Verbraak, C. A. L. Hoogduin, & P. M. G. Emmelkamp (2017). *Protocolaire behandelings voor volwassenen met psychische klachten: Boek 3* (pp. 19-62). Uitgeverij Boom.
- Voet, N., Bleijenberg, G., Hendriks, J., de Groot, I., Padberg, G., van Engelen, B., & Geurts, A. (2014). Both aerobic exercise and cognitive-behavioral therapy reduce chronic fatigue in FSHD: An RCT. *Neurology*, 83, 1914-1922.
- Wiborg, J. F., Knoop, H., Stulemeijer, M., Prins, J. B., & Bleijenberg, G. (2010). How does cognitive behaviour therapy reduce fatigue in patients with chronic fatigue syndrome? The role of physical activity. *Psychological Medicine*, 40, 1281-1287.
- Worm-Smeitink, M., Gielissen, M., Bloot, L., van Laarhoven, H., van Engelen, B., van Riel, P., Bleijenberg, G., Nikolaus, S., & Knoop, H. (2017). The assessment of fatigue: Psychometric qualities and norms for the Checklist Individual Strength. *Journal of Psychosomatic Research*, 98, 40-46.

Crisissignaleringsplan monitoren en visualiseren

In transitie van reactief naar preventief bij
borderline-persoonlijkheidsstoornissen

MASSI AOUDJAN, ELISA VAN DELFT, DATE VAN DER VEEN, LAURA
BRINGMANN, GERT STULP & BARBARA MONTAGNE

Samenvatting

Patiënten met een borderline-persoonlijkheidsstoornis (BPS) zijn kwetsbaar voor crises. Een crisissignaleringsplan (CSP) kan een crisis helpen voorkomen, maar voor het opstellen van een helpend CSP is inzicht nodig in de vroege signalen van een crisis. Dit inzicht ontbreekt vaak.

Door gedurende een instabiele periode van de patiënt gebruik te maken van de *experience sampling method* (ESM) wordt persoonlijke en betrouwbare informatie verzameld over de crisis, wat een goede basis kan zijn voor het opstellen van een CSP. In deze pilot onderzochten de auteurs de haalbaarheid en bruikbaarheid van deze methodiek. Het blijkt haalbaar te zijn om patiënten met BPS in een periode waarin er sprake is van een (dreigende) crisis driemaal daags een online vragenlijst in te laten vullen. De visuele terugkoppeling van de ESM-data aan de patiënt kan nieuwe en bruikbare inzichten opleveren in de onderliggende risicofactoren voor crisis. Bredere inzetbaarheid van de methodiek dient nader onderzocht te worden.

Trefwoorden: crisissignaleringsplan (CSP), borderline-persoonlijkheidsstoornis (BPS), experience sampling method (ESM), crisis, gedwongen opname

Kernboodschappen voor de klinische praktijk

- Bij een borderline-persoonlijkheidsstoornis (BPS) is een instabiele periode een belangrijke bron van informatie voor het verkrijgen van inzicht in het beloop van een crisis.

- ▶ Het is haalbaar om patiënten met BPS in een periode waarin er sprake is van een (dreigende) crisis driemaal daags een online vragenlijst in te laten vullen.
- ▶ Het is mogelijk om een grote hoeveelheid ESM-data, ondersteund door visuele weergave, op een toegankelijke manier terug te koppelen.

INLEIDING

.....

In de geestelijke gezondheidszorg (ggz) worden dwangmaatregelen, zoals gedwongen behandeling of opname, regelmatig en in toenemende mate toegepast. Dit gebeurt vooral wanneer dreigend gevaar samenhangend met een psychiatrisch toestandbeeld niet op een andere manier afgewend kan worden (de Jong et al., 2016; Legemaate, 2008). Uit verslaglegging door de Raad voor de Rechtspraak blijkt dat in 2018 het aantal dwangopnamen in Nederland 27.133 bedroeg, tegenover 16.313 tien jaar eerder – een stijging van 66% (de Rechtspraak, 2019). De toename van het aantal dwangmaatregelen staat haaks op het Nederlandse ggz-beleid van de laatste jaren. Dat is er juist op gericht om dwangmaatregelen terug te dringen en patiënten meer inspraak te bieden over hun behandeling. Dergelijke maatregelen zijn namelijk niet alleen duur, maar hebben ook negatieve consequenties voor de patiënt, doordat ze herstelondermijnend of zelfs traumatisch kunnen zijn. Ze hebben bovendien vaak een negatief effect op het verloop van de behandeling (Frueh et al., 2005).

Voor interventies gericht op het tijdig signaleren van crises ter voorkoming van extern ingrijpen en het toepassen van dwangmaatregelen is de evidentie echter zeer gering (Molyneaux et al., 2019). De meeste interventies dragen nauwelijks bij aan het terugdringen van crisis- en dwangmaatregelen (de Jong et al., 2016). Een uitzondering hierop is het crisissignaleringsplan (CSP), een plan dat aangeeft waar patiënten een dreigende crisis aan kunnen herkennen en wat ze kunnen ondernemen om die crisis te voorkomen (Molyneaux et al., 2019). Gebleken is dat bij psychiatrische patiënten die gebruikmaakten van een CSP de dwangopnamen met een kwart verminderden (de Jong et al., 2016; Legemaate, 2008).

Ondanks de effectiviteit van het CSP, heeft onderzoek tevens uitgewezen dat slechts 4-13% van de patiënten het proces van het maken van een CSP afmaakt (Swanson et al., 2006). Een belangrijk kenmerk van patiënten die het CSP afmaakten was dat zij inzicht hadden in hun ziekte en onderliggende crisogene factoren (Ruchlewska et al., 2016; Swanson et al., 2006). Mogelijk zijn patiënten door dit inzicht al beter in staat om zowel de aanloop als de verschillende fasen van de crisis en de bijbehorende onderliggende factoren met een signaalfunctie (zoals veranderingen in lichamelijke spanning en de gevoelswereld) te verwoorden en te noteren in een CSP. De groep patiënten die het CSP niet afmaakt, zou daarmee de groep patiënten kunnen zijn met een beperkter ziekte-inzicht.

Een deel van de patiënten met een verhoogde kans op opname in de ggz vanwege een crisis, zijn patiënten geclassificeerd met een borderline-persoonlijkheidsstoornis (BPS). Dit komt mede door beperkingen in het oplos-send en reflectief vermogen, alsook door problemen met zelfcontrole en emotieregulatie (Borschmann et al., 2013; Peritogiannis et al., 2008). Het lukt daardoor vaak niet om zelf de crisis tijdig te signaleren en af te wenden, waardoor extern ingrijpen middels een (gedwongen) opname noodzakelijk is. Deze groep patiënten heeft baat bij een degelijk CSP. Echter, het beperkte ziekte-inzicht bij personen met BPS draagt er tevens toe bij dat het vaak niet lukt om het maken van een CSP af te ronden (Dimaggio & Lysaker, 2018). Zij hebben dus een verhoogde kans op zowel een crisis als het niet afronden van hun CSP, een middel dat crisis juist zou kunnen voorkomen.

Daarnaast is bekend dat een wisselende gemoedstoestand en gebrekkige affectregulatie – kernsymptomen van BPS – ervoor kunnen zorgen dat het terughalen van informatie onvoldoende accuraat verloopt. Patiënten met BPS zijn sterk geneigd om informatie over de afgelopen week te laten beïnvloeden door hun huidige gemoedstoestand, waardoor die informatie vaak negatief gekleurd is (Solhan et al., 2009). Tevens is er bij hen sprake van een geheugenbias, waarbij negatieve gebeurtenissen veelal beter onthouden worden dan neutrale of positieve gebeurtenissen (Winter et al., 2015). Kortom, personen met BPS hebben moeite om retrospectief een genuanceerd beeld te geven van het beloop van hun klachten en het niveau van spanning in bijvoorbeeld de afgelopen week (Trull et al., 2008). Mogelijk speelt dit mee in de observatie dat veel CSP's onafgemaakt en ongebruikt blijven bij patiënten met BPS.

Wanneer we bij deze patiëntenpopulatie de belangrijke verschuiving van reactief naar preventief interveniëren willen bewerkstelligen, dan hebben we naast vaardigheden en interventies *ten tijde* van de dreigende crisis ook betrouwbare en gepersonaliseerde informatie nodig over de *aanloop naar* de (dreigende) crisis, zoals het beloop en de interacties van emoties, en het gedrag en de context waarin die zich voordoen, teneinde zo eerder te kunnen ingrijpen (Huxley et al., 2019; Stanley & Mann, 2020; Warrender et al., 2020).

Wij beogen een werkwijze te ontwikkelen waarbij de *experience sampling method* (ESM) en visualisaties van de ESM-data bijdragen aan het opstellen van een betrouwbaar en gepersonaliseerd CSP. ESM is een vorm van elektronische dagboekmetingen waarmee meerdere malen per dag digitaal informatie uit het dagelijks leven van de patiënt wordt verzameld (Shiffman et al., 2008). ESM kan worden ingezet om data te verzamelen over de gevoelens, gedachten en gedragingen van de patiënt, alsmede over de context waarin die zich afspelen. Deze informatie heeft een hoge (ecologische) validiteit, omdat de patiënt wordt gevraagd om op zijn mobiele telefoon op verschillende momenten tijdens de dag vragen te beantwoorden over zijn gedachten, gevoelens en gedragingen, en over de context (Verhagen et al.,

2016) op dat moment of sinds de vorige meting. Hiermee wordt de invloed van geheugenbias verminderd. Omdat er veel informatie over een persoon gedurende een langere periode wordt verzameld, is het mogelijk om variaties in gevoelens, gedachten en gedragingen van die persoon te analyseren (Bak et al., 2016; Bringmann et al., 2013, 2016; Wigman et al., 2015).

Niet alleen kan het louter invullen van ESM door patiënten als inzichtgevend worden ervaren, (Kramer et al. 2014), ook kan feedback middels gevisualiseerde data – die patiënt en therapeut samen in een gesprek analyseren – helpen om voor zowel patiënt als therapeut patronen in het dagelijks leven bloot te leggen (Kramer et al., 2014; Wichers et al., 2011). In dit onderzoek worden gepersonaliseerde ESM en visualisaties van de ESM-data gekoppeld aan het opstellen van een CSP.

Wij beogen een werkwijze te ontwikkelen waarin we veronderstellen dat het opstellen van een CSP op basis van gepersonaliseerde en betrouwbare data middels ESM, gecombineerd met een terugkoppeling middels visuele weergave van de data, een manier is om het inzicht in de onderliggende risicofactoren voor een crisis te vergroten. In deze pilot onderzoeken we aan de hand van een kwalitatief interview en evaluatieformulier de haalbaarheid en bruikbaarheid van deze methodiek, uitgaande van de volgende drie onderzoeksvragen:

- 1 Is het haalbaar voor patiënten met een BPS om tijdens een instabiele periode een gepersonaliseerde vragenlijst drie keer per dag gedurende vier weken in te vullen?
- 2 Is het mogelijk om deze grote hoeveelheid informatie te visualiseren en overzichtelijk terug te koppelen?
- 3 Levert deze informatie aanknopingspunten op voor de behandeling?

METHODE

.....

Participanten

.....

De participanten waren vier volwassenen met een leeftijd tussen 26 en 28 jaar. Zij waren alle vier aangemeld bij de afdeling Persoonlijkheidsstoornissen van GGz Centraal in Amersfoort en allen bekend met verhoogde suïcidaleiteit. De participanten werden geworven binnen de opnamevoorkomende deeltijdbehandeling (OVDB). Dit is een zes weken durende acute deeltijdbehandeling binnen GGz Centraal, gericht op het stabiliseren van klachten bij crisisgevoelige patiënten, met als doel (verdere) ontregeling tegen te gaan of een klinische opname te voorkomen of te verkorten. Alle participanten hebben het reguliere intakeproces op de afdeling Persoonlijkheidsstoornissen gevolgd.

nissen en een indicatiegesprek voor een deeltijdbehandeling doorlopen, waarna zij door een zorgprofessional gediagnosticeerd werden met een persoonlijkheidsstoornis: drie met een BPS en één met een ongespecificeerde persoonlijkheidsstoornis.

Na kennismaking bij de OVDB werden de patiënten geïnformeerd over het onderzoek. Zij werden ingelicht over het doel van het onderzoek, over de wijze van dataverzameling en over het proces van deelname. Deelname was geheel vrijwillig en kon op ieder moment worden stopgezet. Nadat zij hadden aangegeven te willen participeren in het onderzoek, tekenden de patiënten een *informed consent*. Het onderzoek is goedgekeurd door de METC azM/UM en is niet WMO-plichtig verklaard. Box 1 geeft een overzicht van de klinische vignetten.

BOX 1: VIGNETTEN

.....

Participant 1 is een 28-jarige man, die wordt aangemeld na een opname van drie maanden in verband met verhoogd suïciderisico. Patiënt heeft een uitgebreide psychiatrische voorgeschiedenis. Op het moment van deelname aan het onderzoek zijn een borderline-persoonlijkheidsstoornis en een posttraumatische-stressstoornis gediagnosticeerd. Patiënt is al lange tijd bekend met ernstig en impulsief zelfverwondend gedrag en middelenmisbruik. Patiënt heeft last van black-outs, waarna hij zichzelf aantreft in verwarde toestand in een risicovolle situatie. Tevens heeft hij last van angsten, achterdocht, waanbeelden en stemmen. Behandelingen (onder andere via schematherapie, diverse opnamen, en behandeling gericht op trauma en verslaving van (hard)drugs) lijken weinig te beklijven of patiënt juist te ontregelen. Patiënt werkt niet en woont samen met zijn vriendin met wie hij al lange tijd een stabiele relatie heeft. Hij heeft verder goed contact met familie, maar daarbuiten is zijn sociale netwerk zeer beperkt.

Participant 2 is een 27-jarige vrouw, die wordt aangemeld na een opname van een week naar aanleiding van suïcidaliteit. Patiënt is in het verleden verscheidene behandelingen gestart, maar nooit is een behandeling met succes afgerond. Patiënt is onder andere geneigd tot zwart-witdenken, heeft last van emotieregulatieproblematiek (onder andere in de vorm van automutilatie), vindt het aangaan van stabiele relaties moeilijk, is impulsief, heeft een negatief zelfbeeld en heeft geregeld last van dissociaties. Ook is ze sterk geneigd tot excessief schoonmaken. De afgelopen jaren heeft ze diverse ingrijpende gebeurtenissen meegemaakt. Op het moment van deelname is ze gediagnosticeerd met een borderline-persoonlijkheidsstoornis en vertoont ze kenmerken van een posttraumatische-stressstoornis en een obsessieve-compulsieve stoornis. Voorheen werkte patiënt, maar momenteel zit ze in de Ziektewet. Verder verblijft ze momenteel bij een vriendin, omdat ze zich onveilig voelt in haar eigen huis. Ze trekt zich terug uit contacten en heeft een beperkt sociaal netwerk.

Participant 3 is een 26-jarige vrouw, die wordt aangemeld na een opname van twee maanden vanwege suïcidaliteit. Patiënt is in haar jeugd jarenlang seksueel misbruikt en heeft een laag zelfbeeld. Eerder heeft ze traumabehandeling gehad, met enig effect. Momenteel heeft ze nog last van herbelevingen en soms van nachtmerries. Voorts ervaart ze slaapproblemen en stemmingswisselingen. Op het moment van deelname is ze gediagnosticeerd met een posttraumatische-stressstoornis en met een ongespecificeerde persoonlijkheidsstoornis. Na een faalervaring heeft ze een uitgewerkt suïcideplan opgesteld en daar meerdere maanden voorbereidingen voor getroffen. Ze heeft afscheid genomen van vrienden en trekt zich terug uit sociale contacten. Ze is geneigd haar emoties op te kroppen en zich naar de buitenwereld positief te presenteren. Ze komt over als een goedlachse jonge vrouw, die tegelijkertijd alle negatieve gevoelens weglacht. In het dagelijks leven werkt ze fulltime en doet ze daarnaast nog een opleiding. Patiënt heeft een betrokken steunsysteem met ouders en diverse vriendinnen.

Participant 4 is een 27-jarige vrouw, die wordt aangemeld na contact met de crisisdienst in verband met suïcidaliteit. Zij heeft eerder zowel deeltijd- als poliklinische behandeling gehad, gericht op persoonlijkheidsproblematiek, maar met onvoldoende resultaat. Patiënt heeft een instabiele jeugd gehad, gekenmerkt door emotionele verwaarlozing en fysieke mishandeling. Momenteel heeft ze vooral veel last van paniekaanvallen en een erg laag zelfbeeld, en is er sprake van stemmingswisselingen, identiteitsproblematiek en gevoelens van leegte. Ze is voorts erg gevoelig voor afwijzing en verlating. Op het moment van deelname is patiënt gediagnosticeerd met een borderline-persoonlijkheidsstoornis. Wat betreft haar sociaal netwerk werkt patiënt enkele uren per week als vrijwilliger. Ze heeft daarnaast enkele goede vriendinnen, met wie ze regelmatig afspreekt. Het contact met familie is beperkt.

Procedure

Een vast programmaonderdeel van de OVDB is het opstellen van een CSP. Doorgaans werd dit gedaan aan de hand van het stoplichtmodel, dat ervan uitgaat dat een crisis wordt aangekondigd door voortekenen die toenemen in aantal en/of in mate van aanwezigheid. Deze oplopende voortekenen kunnen worden onderverdeeld in verschillende fasen. Samen met de participant werd retrospectief gekeken naar welke voortekenen (signalen) en interventies in welke fase aanwezig zijn. Het CSP bestaat uit een neutrale fase (groen), een fase van eerste crisissignalen (geel), een fase van aanhoudende crisissignalen (oranje) en een acute crisisfase (rood).

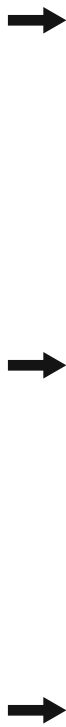
Doel van huidige onderzoek was om het traditionele CSP waarover de participant reeds beschikte te verbeteren, en wel door het ophalen van informatie uit het dagelijks leven middels ESM. Deze informatie wilden we zo gepersonaliseerd mogelijk maken. Om die reden werd per participant een persoonlijke vragenlijst voor de ESM-metingen opgesteld. Het traditionele

BOX 2: OMZETTEN VAN CRISISSIGNALERINGSPLAN (CSP) NAAR GEPERSONALISEERDE VRAGENLIJST

Voor het opstellen van een gepersonaliseerde vragenlijst werd in het crisissignaleringsplan gezocht naar terugkerende gevoelens, gedachten en gedragingen. Samen met enkele algemene contextvragen vormden dit het raamwerk voor de gepersonaliseerde vragenlijst.

Fase groen – Signalen - Zin om dingen te ondernemen (A7) - Normale nachtrust: 8 uur (B5) - Normale eetlust (B5) - Bijna nooit geïrriteerd (A4) - Regelmatig contact zoeken (A10, A11, B9) - Goede uiterlijke verzorging (B5)	Fase groen – Interventies - Dag- en weekplanning maken en volgen (B7) - Eén keer per dag dagboek bijwerken (B6, B7) - Half uur yoga (B6, B7) - Half uur naar buiten, wandelen of fietsen (B6, B7)	➔
Fase geel – Signalen - Weinig zin om dingen te ondernemen (A7) - Minder slapen dan normaal (B5) - Verminderde eetlust (B5) - Snel moe na inspanningen (A2) - Sneller geïrriteerd dan normaal (A4) - Soms stemmingswisselingen - Neiging tot terugtrekken; neiging om dingen op mijzelf te betrekken (B4, B9) - Eigenlijk altijd lange mouwen, en die snel over vingers heentrekken (B3) - Meer roken dan normaal (B5) - Kan soms drang/trek opleveren (gemiddeld tot hoog) tot automutilatie, drank of drugs (B1, B2)	Fase geel – Interventies - Dag- en weekplanning maken en volgen (B7) - Minimaal één keer per dag dagboek bijwerken; indien nodig gedachten opschrijven (B7) - Half uur yoga (B6, B7) - Half uur naar buiten, wandelen of fietsen (B6, B7) - Half uur muziek maken (B6 en B7) - Oppassen met aantal kopjes koffie (B5)	➔
Fase oranje – Signalen - Geen zin om dingen te ondernemen (A7) - Slecht slapen (B5) - Geen/weinig eetlust (B5) - Moe, leeg en lusteloos (A2) - Veel onrust; ijsberen (A1) - Snel geïrriteerd (A4) - Veel en snelle stemmingswisselingen - Warrige, chaotische en negatieve gedachten (B4) - Zeer negatief zelfbeeld (B6) - Afsluiten van de wereld; trillerig, huilerig en onzeker (A11, B9) - Aan vinger pulken; chaotisch overkomen (B4) - Let niet meer op uiterlijke verzorging: grote truien, niet meer scheren, nagels knippen (B5) - Heel veel roken (B5) - Veel drang/trek tot automutilatie, drank of drugs (B1, B2)	Fase oranje – Interventies - Uur- en dagplanning maken en volgen; uitschrijven van gedachten (B6, B7) - Douchen om gevoelens af te spoelen (B7) - Afleiding zoeken: wandelen, kleuren (B7) - Niet alleen zijn! (A11)	➔
Fase rood – Signalen - Sluit mij af, ben uit contact (A11, B9) - Val terug in drank, drugs of automutilatie (B1, B2) - Waanideeën, achterdocht, psychotische verschijnselen (B4)	Fase rood – Interventies - Contactpersoon bellen (A9) - Noodmedicatie nemen	➔

FIGUUR 1 crisissignaleringsplan (csp) van participant 1. Diverse klachten en gedragingen, bijvoorbeeld slaapproblemen, irritatie, stemmingswisselingen en zin om iets te ondernemen, komen herhaaldelijk terug in het CSP, en zijn meegenomen als thema's bij het opstellen van de gepersonaliseerde vragenlijst. De verwijzingen tussen haakjes corresponderen met de bijbehorende vraag in de gepersonaliseerde vragenlijst (zie figuur 2). Zo correspondeert de klacht 'snel geïrriteerd' in fase oranje met vraag A4: 'Op dit moment voel ik mij geïrriteerd.'



Deel A: Op dit moment ...

1. voel ik mij onrustig
2. voel ik mij leeg/lusteloos
3. kan ik prikkels aan
4. voel ik mij geïrriteerd
5. voel ik mij eenzaam
6. ben ik nutteloos/waardeloos
7. heb ik zin om iets te ondernemen
8. voel ik mij blij
9. heb ik hulp nodig
10. heb ik behoefte aan contact met anderen
11. ben ik met andere mensen

Deel B: Sinds de vorige meting ...

1. heb ik de neiging gehad om mijzelf schade toe te brengen (mijzelf slaan, mijzelf snijden, krassen, overdosis medicatie)
2. heb ik mijzelf daadwerkelijk schade toegebracht (mijzelf slaan, mijzelf snijden, krassen, overdosis medicatie)
3. heb ik last gehad van zenuwachtige trekjes (been trillen, nagels pulken, mouwen over handen trekken, niet stil kunnen zitten)
4. heb ik last gehad van (rand)psychotische verschijnselen (schimmen zien, stemmen die op de voorgrond zijn en opdrachten geven, dissociaties, schaduwgevoel, achterdocht, black-out)
5. heb ik goed voor mijzelf gezorgd (goed slapen, normaal aantal kopjes koffie, gezond eten, geknipte nagels, gedoucht, baard getrimd, normaal gerookt)
6. heb ik activiteiten ondernomen omdat ik het leuk vind (serie/film kijken, muziek maken, yoga, wandelen, spelletjes)
7. heb ik afleidende/helpende activiteiten ondernomen (meditatie, muziek maken, muziek luisteren, sporten, yoga, wandelen, fietsen, kleuren, planning maken, in mijn dagboek schrijven, douchen)
8. heb ik mij afgereageerd (schreeuwen in kussen, in kussen slaan, mijzelf slaan, muur slaan, mijzelf schade toebrengen, sporten)
9. heb ik mijzelf afgezonderd/teruggetrokken
10. heb ik iets plezierigs meegemaakt
11. heb ik iets onplezierigs meegemaakt

FIGUUR 2 Gepersonaliseerde vragenlijst van participant 1. De vragen zijn gebaseerd op terugkerende thema's uit het crisissignaleringsplan (CSP) van participant 1 (zie figuur 1).

CSP dat de participant eerder had opgesteld diende hierbij als vertrekpunt voor het opstellen van vragen die werden gebruikt voor de ESM-metingen. In samenspraak met de participant werden de belangrijkste voortekenen uit het CSP, aangevuld met informatie over de huidige situatie en actuele kennis van de participant over zichzelf, omgevormd tot een gepersonaliseerde vragenlijst. De informatie in het CSP was dus niet leidend of beperkend bij het bepalen van welke vragen wel of niet opgenomen werden in de vragenlijst.

Bij het opstellen van de gepersonaliseerde vragenlijst is ervoor gekozen om het cognitief-gedragstherapeutische model als uitgangspunt te nemen (gebeurtenis, gedachten, gevoel en gedrag) en de vragen onder te verdelen in twee delen: (1) deel A ('Op dit moment ...') dient om zicht te krijgen op de gevoelens en gedachten die op het moment van invullen een rol speelden; (2) deel B ('Sinds de vorige meting ...') biedt zicht op gedragingen in de afgelopen uren die invloed kunnen hebben gehad op de ingevulde huidige gevoelens en gedachten. Verder is een aantal vragen toegevoegd gericht op context (bijvoorbeeld locatie en gezelschap). De thema's die centraal stonden in het door de participant opgestelde CSP werden geherformuleerd, leidend tot een vragenlijst. Tevens was er ruimte om nieuwe thema's toe te voegen aan de vragenlijst. Op deze manier werd voor iedere participant een gepersonaliseerde vragenlijst gecreëerd met relevante vragen over de crisogene factoren, teneinde zo (vroeg) signalen te monitoren.

Om de klinische bruikbaarheid van de methodiek te illustreren wordt de casus van participant 1 verder toegelicht aan de hand van box 2. In het CSP van participant 1 staan klachten centraal als depressiviteit, overprikkeling, nervositeit, zich terugtrekken uit sociaal contact, vermijding en psychotische klachten (zie figuur 1 in box 2). Verder rapporteert hij automutilatie, middelengebruik en het stukmaken van spullen als copingmechanismen. Helpende interventies zijn volgens participant afleiding zoeken, plezierige activiteiten ondernemen, zelfzorg en sociale contacten. Bovengenoemde klachten en copingmechanismen komen herhaaldelijk terug in verschillende fasen in het CSP en worden daarom als centrale thema's meegenomen bij het opstellen van de gepersonaliseerde vragenlijst. Vragen gericht op de thema's zijn aangevuld met een aantal contextvragen. Dit resulteerde in een vragenlijst met 22 vragen, waarbij erop gelet werd dat het aantal positief en negatief gelabelde vragen ongeveer gelijk was (zie figuur 2 in box 2). Deze vragenlijst werd vervolgens gedurende minimaal 4 weken driemaal daags aangeboden.

Verwerken data en terugkoppeling

63

Voor het bestuderen van de crisogene factoren is gebruikgemaakt van ESM. In dit geval werd gebruikgemaakt van online metingen via de eigen smartphone om (vroeg) signalen uit het CSP te monitoren.

De gedigitaliseerde vragenlijst werd vier weken lang driemaal per dag op van tevoren afgesproken tijdstippen (bijvoorbeeld om 11:00, 16:00 en 21:00 uur) via een link in een sms naar de betreffende participant verzonden. Na 30 minuten ontving de participant indien nodig een sms ter herinnering. De participant had in totaal maximaal een uur per meting de tijd om de vragenlijst op de telefoon in te vullen, voordat de meting als *missing data* werd geregistreerd. De data werden verzameld binnen een database van RoQua (Sytéma & van der Krieke, 2013).

Vervolgens werden de verkregen data met ESMvis geanalyseerd en visueel weergegeven (Bringmann et al., 2020). In deze ESM-feedbacktool worden ruwe ESM-gegevens gevisualiseerd met behulp van de computersoftware R (R Core team, 2019), die dynamische schommelingen van variabelen en de invloed van omgevingsfactoren (context) kan weergeven. De visualisaties bestonden uit een filmpje, diverse grafieken, diagrammen en figuren.

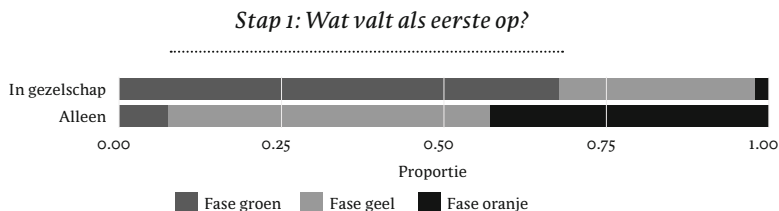
De resultaten van de visuele ESM-data werden uitgeprint op A0-formaat en in een face-to-face gesprek teruggekoppeld aan de participanten. Het uitgangspunt van dit gesprek was om gezamenlijk hypothesen te genereren over het ontstaan van instabiele perioden, de in stand houdende factoren, de gevolgen en tot slot de mogelijke interventies. Tijdens het teruggavegesprek werd uitgebreid stilgestaan bij alle data op de A0-poster en samen met de participant werd in de visualisaties gezocht naar relevante informatie over patronen. Het proces van het teruggavegesprek aan de hand van de ESM-resultaten van participant 1 wordt in box 3 nader toegelicht. Alle visualisaties in box 3 werden gegenereerd middels ESMvis en samengevoegd op een A0-poster.

Daarnaast werden in het teruggavegesprek de haalbaarheid en bruikbaarheid van de methodiek geëvalueerd middels een kwalitatief interview met de participant en middels een evaluatieformulier met vragen gericht op de ervaringen, die beantwoord konden worden op een zevenpunts-likertschaal. Voorbeelden uit dit evaluatieformulier waren: 'Hoe belastend vond u de deelname aan het project?' en: 'Zou u nog een keer meedoen aan een vergelijkbaar project?' (Zie figuur 9.)

BOX 3: TERUGGAVEGESPREK MET EEN PARTICIPANT

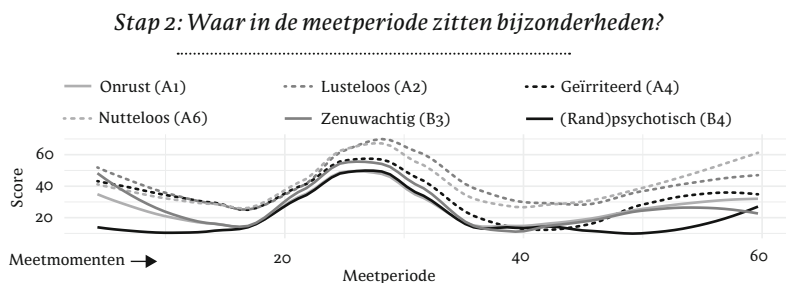
.....

Het bespreken van de visuele resultaten van de ESM-data zal aan de hand van een voorbeeld worden toegelicht. Hierna is weergegeven hoe het teruggavegesprek bij participant 1 werd vormgegeven.



FIGUUR 3 *Gezelschap per fase. De grijsstinten corresponderen met de fase in het cisis-signaleringsplan (groen, geel, oranje; zie box 2, figuur 1). De proportie geeft weer hoe vaak de participant heeft aangegeven in de desbetreffende fase te zitten.*

Bij participant 1 is te zien dat hij aangeeft veelal een laag spanningsniveau te hebben (fase groen) wanneer hij in gezelschap is (zie figuur 3). Wanneer hij alleen is, ervaart hij vaker een hoger spanningsniveau (fase geel en oranje). Daarnaast komt naar voren dat tijdens de meetperiode participant 1 geen enkele keer heeft aangegeven in fase rood te zijn. Met de participant is besproken dat hij zich meer ontspannen lijkt te voelen wanneer hij met anderen is. Opvallend was dat naar voren kwam dat participant 1 zelf aangaf geneigd te zijn zich juist terug te trekken bij oplopende spanning, terwijl contact met anderen hem dus juist goed lijkt te doen.



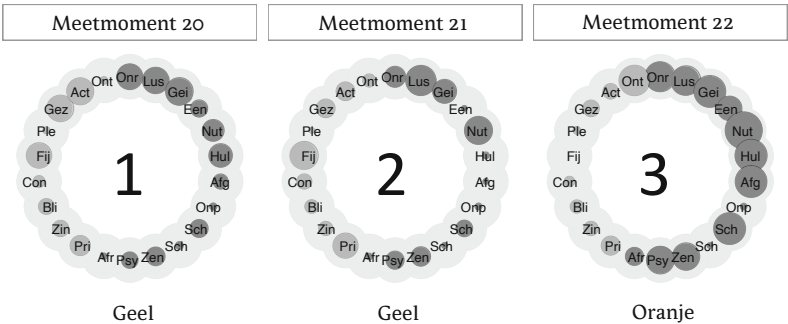
FIGUUR 4 *Resultaten negatieve items gedurende de gehele meetperiode. De verwijzingen tussen haakjes verwijzen naar de corresponderende vragen uit de gepersonaliseerde vragenlijst (zie box 2, figuur 2).*

De vragen uit de gepersonaliseerde vragenlijsten werden grofweg ingedeeld in negatieve items en positieve items. In figuur 4 zijn de belangrijkste negatieve items uitgezet tegen de tijd. Rond meetmoment 20 stijgen de scores van de negatieve items. Samen met participant wordt onderzocht wat er in deze periode is gebeurd.

Stap 3: Wat gebeurt er?

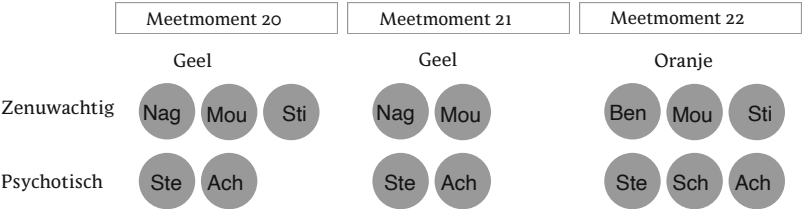
In de figuren 5, 6 en 7 is een aantal op elkaar volgende meetresultaten weergegeven uit de periode die geselecteerd is in stap 2. De cirkelfiguren geven een overzicht van de mate waarin de participant een item heeft beoordeeld als aan- of afwezig, waar-

bij één cirkel staat voor één meetmoment. Door de (op elkaar volgende) meetmomenten met elkaar te vergelijken, kunnen veranderingen in gedachten, gevoelens en gedrag worden gevonden, en kan gezocht worden naar patronen. Te zien is dat de spanning bij participant 1 toeneemt: hij beoordeelt zijn spanningsniveau eerst als geel (figuren 5 en 6) en later als oranje (figuur 7). Kijkend naar de items valt op dat gevoelens van onrust, lusteloosheid, nutteloosheid en irritatie toenemen bij oplopende spanning. In gedrag wordt gezien dat hij last krijgt van zenuwachtige trekjes, (rand)psychotische verschijnselen en slecht slapen.



FIGUREN 5, 6 en 7 Cirkelfiguren. De donkergrijze bollen verwijzen naar negatieve items, de lichtgrijze bollen naar positieve items. De afkortingen in de bollen refereren aan vragen in de gepersonaliseerde vragenlijst (zie box 2, figuur 2). Zo refereert 'Onrru' (bovenste donkergrijze bol) naar vraag A1: 'Op dit moment voel ik mij onrustig.' Onder de figuur staat de kleur van de fase waarin de participant aangaf te zitten tijdens het invullen van de vragenlijst op het desbetreffende meetmoment.

Stap 4: Wat zijn eerste signalen?



FIGUUR 8 De symptomen in detail. 'Zenuwachtig' correspondeert met vraag B3 (zie box 2, figuur 2), 'Psychotisch' met vraag B4. 'Ach' = achterdocht, 'Mou' = mouwen over handen trekken, 'Nag' = nagelbijten, 'Sch' = schimmen zien, 'Ste' = stemmen die op de voorgrond zijn en opdrachten geven, 'Sti' = niet stil kunnen zitten. Boven de figuur staat de fase waarin de participant aangaf te zitten tijdens het invullen van de vragenlijst op het desbetreffende meetmoment.

Tot slot wordt tijdens het teruggavesprek verdiepend gekeken naar specifieke gedragingen die naar voren komen bij oplopende spanning. Wanneer bijvoorbeeld gekeken wordt naar de vraag: 'Sinds de vorige meting heb ik last gehad van zenuw-

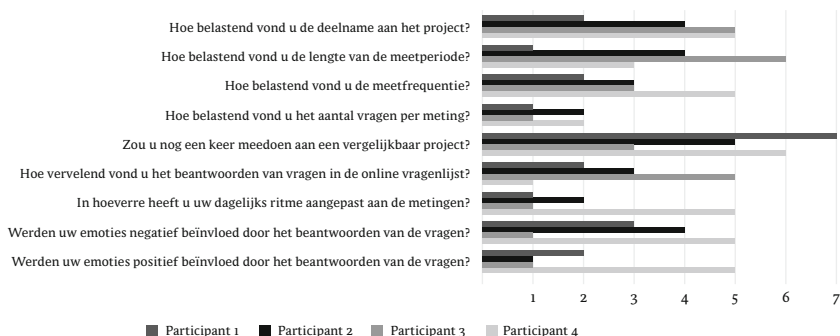
achtige trekjes', dan komen 'nagelbijten' en 'mouwen over handen trekken' naar voren (zie figuur 8). Voor de vraag: 'Sinds de vorige meting heb ik last gehad (rand) psychotische verschijnselen', springen 'stemmen die op de voorgrond aanwezig zijn en opdrachten geven' en 'achterdocht' eruit.

Stap 5: Samenvatting

Samengevat wordt bij participant 1 onder andere gezien dat de eerste signalen van oplopende spanning subtiele gedragingen zijn als nagelbijten en mouwen over de handen trekken, samen met oplopende achterdocht en het horen van opdrachtgevende stemmen. Daarnaast komen als eerste gevoelens van onrust, irritatie en lusteloosheid naar voren. Het doet hem verder goed om in gezelschap te zijn.

Bovengenoemde geeft slechts een deel weer van een teruggavegesprek. Er werd niet alleen gekeken naar de eerste signalen van oplopende spanning, maar op een vergelijkbare manier ook naar interventies die een participant inzette om de spanning te reguleren. Belangrijke speerpunten tijdens het teruggavegesprek waren het betrekken van de participant bij de resultaten, samen bespreken of deze zich hierin herkende en overleggen op welke signalen hij of zij zich in de toekomst meer kan focussen, om zo op tijd te kunnen interveniëren en een crisis voorkomen. Op deze manier wordt samen met de participant gestreefd naar preventief in plaats van reactief reageren op crisis.

RESULTATEN



FIGUUR 9 Resultaten evaluatieformulier na deelname. Op de y-as de gestelde vragen in het evaluatieformulier. Op de x-as een zevenpunts-likertschaal met 1 = Niet belastend/Zeker niet meedoen/Helemaal niet vervelend/Helemaal niet aangepast/Helemaal niet beïnvloed; 7 = Heel erg belastend/Zeker meedoen/Heel erg vervelend/Heel erg aangepast/Heel erg beïnvloed.

Haalbaarheid

67

Alle vier de participanten hebben het volledig benodigde aantal metingen volbracht. Uit de kwalitatieve interviews en ingevulde evaluatieformulieren kwam naar voren dat de lengte van de vragenlijst niet als belastend werd ervaren. Ook had het invullen van de vragenlijst over het algemeen nauwelijks effect op de dagelijkse activiteiten of het dag-nachtritme van de deelnemers (zie figuur 9). Hoewel deelname aan het onderzoek als enigszins belastend werd ervaren, zijn de participanten wel geneigd om nog een keer mee te doen aan een vergelijkbaar onderzoek. Zelfs in de meest instabiele fase waarin de participanten de vragenlijsten moesten invullen, vonden ze de metingen over het algemeen niet stressverhogend of confronterend. Tijdens de kwalitatieve interviews kwam naar voren dat het meermaals per dag invullen van de online vragenlijst eerder als een moment van reflectie werd ervaren, omdat ten tijde van crisis het contact met eigen gevoel en ervaring onder druk kwam te staan. De vragen in de vragenlijst werden als herkenbaar en persoonlijk ervaren, mede doordat de vragen gepersonaliseerd zijn opgesteld, op basis van de persoonlijke verhalen en ervaringen van de participanten.

Een van de participanten vond een vraag over trauma ('Sinds de vorige meting heb ik last gehad van PTSS-klachten') enigszins belastend, maar tegelijkertijd werd het ook als nuttig ervaren om meer zicht te krijgen op het eigen vermijdingsgedrag.

Bruikbaarheid

Hoewel er een grote hoeveelheid data en informatie aan de participanten werd terugggekoppeld in het teruggavegesprek, is uit de kwalitatieve interviews gebleken dat de visuele teruggave van de ESM-data wordt ervaren als een overzichtelijke manier om de data weer te geven. Participanten waren goed in staat om de data te interpreteren en hierdoor actief deel te nemen aan het teruggavegesprek. De visuele weergave geeft de mogelijkheid om in te zoomen op het beloop van de verschillende symptomen, van globaal tot steeds meer in detail. De toevoeging van het stoplichtmodel, waarbij bij elke meting tevens aangegeven moest worden in welke fase de participant zich op dat moment bevond (groen, geel, oranje of rood), blijkt een goede toevoeging. Hierdoor werd het gemakkelijker om de aanloop tot en het verloop van de crisis te kunnen koppelen aan de verschillende symptomen die in kaart waren gebracht.

Middels grafieken en diagrammen werd duidelijk in beeld gebracht welke symptomen met elkaar interacteren en welke gebeurtenissen van invloed zijn op een instabiele periode. Vroege signalen van een crisis kunnen bijvoorbeeld zowel in symptomen als in de context worden gezocht, en kunnen

al eerder aanwezig zijn dan een patiënt zelf doorheeft. Het bespreken van deze onderwerpen biedt aanknopingspunten voor (preventieve) interventies die ook geïntegreerd kunnen worden binnen de reguliere behandeling van patiënten. Gedacht kan worden aan het inzetten van interventies gericht op het verbeteren van slapen en het tegengaan van sociaal isolement, zoals bij participant 1 het geval was.

DISCUSSIE

.....

In dit haalbaarheids- en bruikbaarheidsonderzoek hebben we onderzocht of het mogelijk is om ESM en ESM-visualisaties te gebruiken bij het verzamelen van betrouwbare en gepersonaliseerde informatie, met als doel het inzicht in het beloop van crisissignalen te vergroten bij patiënten met een (borderline-)persoonlijkheidsstoornis.

Terugkomend op onderzoeksvraag 1 kan gezegd worden dat de resultaten van de kwalitatieve interviews en evaluatieformulieren suggereren dat deze werkwijze haalbaar en bruikbaar is voor het verzamelen van waardevolle informatie over psychiatrische symptomen en over activiteiten in de context van het dagelijks leven van patiënten met een (borderline-)persoonlijkheidsstoornis. De vier gevalsbeschrijvingen waren representatief voor de behandelpopulatie in deze instelling. Ze laten zien dat het mogelijk is om patiënten in een periode waarin er sprake is van (dreigende) crisis driemaal daags een online vragenlijst in te laten vullen. Echter, de resultaten op basis van deze pilot zijn niet een-op-een te generaliseren naar andere patiënten. Het verzamelen van informatie op basis van gepersonaliseerde en betrouwbare data middels ESM kan nieuwe en bruikbare inzichten opleveren over de onderliggende factoren die een crisis kunnen signaleren.

Voorts bleek dat het mogelijk was om een grote hoeveelheid ESM-data, ondersteund door visuele weergaven van de data, op een toegankelijke manier terug te koppelen aan de patiënten (onderzoeksvraag 2) en hier samen met een patiënt over te reflecteren. Met behulp van deze werkwijze kan een genuanceerd en realistisch beeld gevormd worden van het verloop van symptomen in een instabiele fase en tijdens een crisis, wat vervolgens weer meegenomen kan worden bij het opstellen van een betrouwbaar CSP. Daarnaast is het mogelijk om gericht te kijken naar perioden waarin crisissignalen voorkomen of ernstiger worden, en wat iemands gedachten of gevoelens hierbij zijn. Op die manier kan deze werkwijze ook bijdragen aan het identificeren van onderliggende (omgevings)factoren die crisisgedrag kunnen uitlokken of de intensiteit ervan kunnen beïnvloeden. Zo kunnen vroege signalen van een crisis uit emotionele instabiliteit bestaan, terwijl op gedragsniveau deze signalen lang onopgemerkt blijven. Het is daardoor lastig om vroege signalen van een crisis op basis van het gedrag te herkennen en te onthouden voor patiënten en hun omgeving. In de ESMvis-feedback

kunnen bijvoorbeeld slaapproblemen, angstklachten of piekeren als vroege signalen worden gemarkeerd zonder dat er sprake is van duidelijke veranderingen op gedragsniveau. Inzicht hierin leidde bij in ieder geval één van de vier participanten tot een concreet behandeladvies.

Geconcludeerd wordt dat de verzamelde data en de gebruikte werkwijze aanknopingspunten kunnen bieden voor (preventieve) interventies (onderzoeksvraag 3). Zelfs wanneer een patiënt al lange tijd in behandeling is, brengt het nieuwe inzicht over de samenhang tussen klachten en dreigende crisis.

Dit zijn belangrijke bevindingen, want met meer zicht op fluctuaties in ernst en samenhang van crisissignalen kunnen preventie en behandeling meer specifiek worden gemaakt, waarmee meer gevoel van regie kan worden ervaren.

Beperkingen

Een mogelijke beperking van het onderzoek is dat we de persoonlijke vragenlijsten hebben opgesteld mede op basis van de gebruikelijke papieren CSP's, terwijl die juist onvoldoende betrouwbaar zijn vanwege de eerdergenoemde geheugenbias. We zouden hierdoor alsnog belangrijke signalen gemist kunnen hebben bij het opstellen van de persoonlijke vragenlijsten. Mogelijk kan dit in de toekomst ondervangen worden door ook naasten van patiënten te betrekken. Belangrijk om te vermelden is dat we de focus bij het verzamelen van de data zoveel mogelijk op het hier-en-nu hebben gelegd en de participanten actief hebben betrokken bij het proces van het opstellen van een persoonlijke vragenlijst. Het papieren CSP was daarbij het startpunt, maar niet leidend.

Een andere beperking betreft de inclusie van participant 3. Zij bleek achteraf niet aan voldoende criteria te voldoen om te kunnen spreken van BPS, waardoor de onderzoeksgroep heterogener was dan in eerste instantie werd gedacht. Desondanks werden haar resultaten meegenomen in het huidige onderzoek. Doorslaggevend daarbij was de aanwezigheid van emotieregulatieproblemen als gevolg van persoonlijkheidsproblematiek.

Tot slot worden patiënten met een BPS gekenmerkt door een grotere emotionele reactiviteit. Herhaaldelijk vragen naar (negatieve) gevoelens zou er mogelijk toe kunnen leiden dat ze gedurende het beantwoorden van de vragenlijst negatieve emoties ervaren. Wij hebben bij het opstellen van de vragenlijst veel aandacht besteed aan het maken van een gelijke verdeling tussen het aantal positieve en negatieve vragen. Hierbij veronderstellen wij dat positieve vragen ook positieve stemmingsverbeteringen kunnen oproepen, net zoals we veronderstellen dat negatieve vragen eventueel een negatieve invloed kunnen hebben op de stemming. Zo is in figuur 9 te zien dat de participanten aangaven dat de vragenlijst zowel enige negatieve als positieve invloed had op hun stemming. Bovendien laten vergelijkbare

ESM-studies juist zien dat samenwerking tussen patiënt en clinicus, waarbij ze samen keuzes maken bij het opstellen van een vragenlijst, leidt tot meer empowerment en positieve zelfevaluatie (Bos et al., 2019).

Klinische implicaties

Aangezien er volgens de ggz-standaarden bij iedere doelgroep binnen de ggz aandacht moet zijn voor crisismanagement, en de CSP-DNA-resultaten diagnostische informatie en een behandelindicatie kunnen bieden, zien de auteurs bredere toepassingsmogelijkheden voor CSP-DNA binnen de Nederlandse ggz. Voor de pilot werden echter veel technische handelingen handmatig verricht. Om de werkwijze breder in te zetten en de bruikbaarheid op te schalen is hard gewerkt om vanuit de gegevens van de ingevulde vragenlijsten het verslag en de poster automatisch te kunnen genereren.

Vooralsnog is dit mogelijk wanneer men gebruikmaakt van Roqua, een systeem waarmee men vragenlijsten vanuit het EPD kan aanbieden aan patiënten. Meerdere grote ggz-instellingen in Nederland maken gebruik van dit programma. De methodiek is hierdoor schaalbaar en toepasbaar geworden voor een groot aantal behandelaren in de ggz. Op korte termijn is er ook een training beschikbaar om behandelaren te helpen de methodiek in de klinische praktijk in te zetten.

Aanbevelingen

In deze pilot werd de methodiek toegepast bij patiënten met een persoonlijkheidsstoornis. Aanvullend onderzoek met een grotere steekproef, zowel bij BPS-patiënten als bij eventuele andere patiëntengroepen, is nodig om de effecten van de inzet nauwkeuriger in kaart te brengen. Dit onderzoek kan zich richten op de effecten van deze nieuwe manier van werken op de korte en de langere termijn, waarbij aantal crises, crisisopnamen, coping en zelfregie, en/of inzicht interessante uitkomstmaten zijn om mee te nemen.

De huidige pilot suggereert dat instabiliteit in het toestandsbeeld een vereiste kan zijn voor toepassing. Huidig onderzoek laat namelijk zien dat er juist in een instabiele periode voldoende variatie in het verloop van de psychiatrische symptomen is om de data waardevol te maken. In een stabiele periode met weinig wisseling zullen de verkregen data mogelijk minder informatief zijn, omdat de variatie ontbreekt. Verder zou, naast het afweten van crisissen, ook het beperken van de tijd waarin patiënten de dreiging van een crisis beleven een waardevol therapeutisch doel kunnen zijn, evenals het kunnen verbeteren van de kwaliteit van leven. Het is bijvoorbeeld denkbaar dat, door de patiënt op gezette tijden stil te laten staan bij zijn of haar gevoelens, gedachten en gedrag, deze eerder zelf veranderingen opmerkt en leert om hierop te anticiperen. Dit bevordert de zelfregie van patiënten.

Bovendien past het in de visie van herstelondersteunende zorg, waarin het versterken van de autonomie van patiënten centraal staat.

De huidige resultaten kunnen gezien worden als een stimulans voor het verzamelen van informatie en het vergroten van inzicht tijdens een instabiele periode. Er kan opgemerkt worden dat dit afwijkt van de huidige werkwijze, waarin eerst gestreefd wordt naar stabiliteit alvorens men een crisissignaleringsplan opstelt. Het huidige onderzoek suggereert dat het verzamelen en analyseren van gegevens ten tijde van een crisis waardevol kan zijn voor de klinische praktijk. Daarnaast kan het verzamelen van dergelijke data verrijkend zijn voor onze wetenschappelijke kennis over het ontstaan van crisissen bij BPS-patiënten. Zelfmonitoring, heldere visuele teruggave en samenwerking tussen patiënt en behandelaar bij het duiden van de verkregen data kunnen namelijk onze inzichten over fenomenologie, etiologie en klinische aspecten van crisogene factoren bij (borderline-)persoonlijkheidsstoornissen verder verdiepen.

Het huidige onderzoek wordt voortgezet in een lopend onderzoek dat in kaart moet brengen of deze werkwijze voor het opstellen van een CSP bij patiënten met een (borderline-)persoonlijkheidsstoornis kan leiden tot meer inzicht in de onderliggende crisogene factoren en tot verbetering van copingmechanismen, wanneer deze werkwijze wordt vergeleken met het opstellen van een CSP op de traditionele manier.

Massi Aoudjan is werkzaam bij Praktijk voor psychotherapie Massi, Haarlem.

Elisa van Delft is werkzaam bij GGz Centraal, Amersfoort.

Date van der Veen is verbonden aan University of Groningen, Department of Medical Sciences & University Medical Center Groningen, Department of Psychiatry, Interdisciplinary Center of Psychopathology of Emotion regulation (ICPE), Groningen.

Laura Bringmann is verbonden aan University of Groningen, Department of Psychometrics and Statistics & University Medical Center Groningen, Department of Psychiatry, Interdisciplinary Center of Psychopathology of Emotion regulation (ICPE), Groningen.

Gert Stulp is werkzaam bij University of Groningen, Department of Sociology & Inter-University Center for Social Science Theory and Methodology (ICS), Groningen.

Barbara Montagne is verbonden aan GGz Centraal, Centrum voor Psychotherapie, te Ermelo en de Universiteit Utrecht, Vakgroep Psychologische Functie leer.

Correspondentieadres: Barbara Montagne, GGz Centraal, Rietschans behandelgebouw, Horsterweg 130, 3853 JE Ermelo. E-mail: b.montagne@ggzcentraal.nl.

Summary *Monitoring and visualizing Joint Crisis Plans: In transition from reactive to preventive in borderline personality disorders*

Patients with borderline personality disorder (BPS) are vulnerable to crisis. A Joint Crisis Plan (JCP) can help prevent crises, but to draw up a helpful JCP,

insight into the early signs of a crisis is needed. This is often lacking. By using the experience sampling method (ESM) technique during an unstable period, personalized and reliable information about variables that are important in the development of crisis is collected, which can serve as basis for the JCP. In this pilot study the authors investigated the feasibility and usability of this methodology. It turns out that it is possible to have patients with BPS fill out an online questionnaire three times a day during a period of (impending) crisis. The visual feedback of the ESM data to the patient can open up new and useful insights into the underlying risk factors for crisis. Broader application of the method should be further investigated.

Keywords *Joint Crisis Plans (JCP), borderline personality disorder (BPD), experience sampling method (ESM), crisis, involuntary admission*

Literatuur

- Bak, M., Drukker, M., Hasmi, L., & van Os, J. (2016). Correction: An n = 1 clinical network analysis of symptoms and treatment in psychosis. *PloS One*, 11, e0165762. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0162811>
- Borschmann, R., Barrett, B., Hellier, J. M., Byford, S., Henderson, C., Rose, D., Slade, M., Sutherby, K., Szumukler, G., Thornicroft, G., Hogg, J., & Moran, P. (2013). Joint crisis plans for people with borderline personality disorder: Feasibility and outcomes in a randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 202, 357-364. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.117762>
- Bos, F. M., Snippe, E., Bruggeman, R., Wichers, M., & van der Krieke, L. (2019). Insights of patients and clinicians on the promise of the experience sampling method for psychiatric care. *Psychiatric Services*, 70, 983-991. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201900050>
- Bringmann, L. F., Pe, M. L., Vissers, N., Ceulemans, E., Borsboom, D., Vanpaemel, W., Tuerlinckx, F., & Kuppens, P. (2016). Assessing temporal emotion dynamics using networks. *Assessment*, 23, 425-435. <https://doi.org/10.1177/107319116645909>
- Bringmann, L. F., van der Veen, D. C., Wichers, M., Riese, H., & Stulp, G. (2020). ESMvis: A tool for visualizing individual Experience Sampling Method (ESM) data. *Quality of Life Research*, 30, 3179-3188. <https://doi.org/10.1007/s11136-020-02701-4>
- Bringmann, L. F., Vissers, N., Wichers, M., Geschwind, N., Kuppens, P., Peeters, F., Borsboom, D., & Tuerlinckx, F. (2013). A network approach to psychopathology: New insights into clinical longitudinal data. *PLoS One*, 8, e60188. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0060188>
- de Jong, M. H., Kamperman, A. M., Oorschot, M., Priebe, S., Bramer, W., van de Sande, R., van Gool, A. R., & Mulder, C. L. (2016). Interventions to reduce compulsory psychiatric admissions: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 73, 657-664. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.0501>
- de Rechtspraak. (2019, juni). *Rechter beslist steeds vaker over gedwongen opname*. www.rechtspraak.nl/Organisatie-en-contact/Organisatie/Raad-voor-de-rechtspraak/Nieuws/Paginas/Rechter-beslist-steeds-vaker-over-gedwongen-opname.aspx
- Dimaggio, G., & Lysaker, P. H. (2018). A pragmatic view of disturbed self-reflection in personality disorders: Im-

- plications for psychotherapy. *Journal of Personality Disorders*, 32, 311-328. <https://doi.org/10.1521/pedi.2018.32.3.311>
- Frueh, B. C., Knapp, R. G., Cusack, K. J., Grubaugh, A. L., Sauvageot, J. A., Cousins, V. C., Yim, E., Robins, C. S., Monnier, J., & Hiers, T. G. (2005). Patients' reports of traumatic or harmful experiences within the psychiatric setting. *Psychiatric Services*, 56, 1123-1133. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.56.9.1123>
- Huxley, E., Lewis, K. L., Coates, A. D., Borg, W. M., Miller, C. E., Townsend, M. L., & Grenyer, B. F. (2019). Evaluation of a brief intervention within a stepped care whole of service model for personality disorder. *BMC Psychiatry*, 19, 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2308-z>
- Kramer, I., Simons, C. J., Wigman, J. T., Collip, D., Jacobs, N., Derom, C., Thiery, E., van Os, J., Myin-Germeys, I., & Wichers, M. (2014). Time-lagged moment-to-moment interplay between negative affect and paranoia: New insights in the affective pathway to psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, 40, 278-286. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbs194>
- Legemaate, J. (2008). Dwangopneming in de psychiatrie: Ontwikkelingen in Nederland. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 50, 49-53.
- Molyneaux, E., Turner, A., Candy, B., Landau, S., Johnson, S., & Lloyd-Evans, B. (2019). Crisis-planning interventions for people with psychotic illness or bipolar disorder: Systematic review and meta-analyses. *BJPsych Open*, 5, e53. <http://dx.doi.org/10.1192/bjo.2019.28>
- Peritogiannis, V., Stefanou, E., Damigos, D., & Mavreas, V. (2008). Admission rates of patients with borderline personality disorder in a psychiatric unit in a General Hospital. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 12, 78-80. <http://dx.doi.org/10.1080/13651500701531455>
- R Core Team. (2019). *R: A language and environment for statistical computing*. www.r-project.org
- Ruchlewska, A., Kamperman, A. M., Wierdsma, A. I., van der Gaag, M., & Mulder, C. L. (2016). Determinants of completion and use of psychiatric advance statements in mental health care in the Netherlands. *Psychiatric Services*, 67, 858-863. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ps.201400495>
- Shiffman, S., Stone, A. A., & Hufford, M. R. (2008). Ecological momentary assessment. *Annual Review of Clinical Psychology*, 4, 1-32. <http://dx.doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091415>
- Solhan, M. B., Trull, T. J., Jahng, S., & Wood, P. K. (2009). Clinical assessment of affective instability: Comparing EMA indices, questionnaire reports, and retrospective recall. *Psychological Assessment*, 21, 425. <http://dx.doi.org/10.1037/a0016869>
- Stanley, B., & Mann, J. J. (2020). The need for innovation in health care systems to improve suicide prevention. *JAMA psychiatry*, 77(1), 96-98. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.2769>
- Swanson, J., Swartz, M., Ferron, J., Elbogen, E., & Van Dorn, R. (2006). Psychiatric advance directives among public mental health consumers in five US cities: Prevalence, demand, and correlates. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law Online*, 34, 43-57.
- Sytema, S., & van der Krieke, L. (2013). Routine outcome monitoring: A tool to improve the quality of mental health care? In G. Thornicroft, M. Ruggeri, & D. Goldberg (Eds.), *Improving mental health care: The global challenge* (pp. 246-263). Wiley-Blackwell.

- Trull, T. J., Solhan, M. B., Tragesser, S. L., Jahng, S., Wood, P. K., Piasecki, T. M., & Watson, D. (2008). Affective instability: Measuring a core feature of borderline personality disorder with ecological momentary assessment. *Journal of Abnormal Psychology, 117*, 647. <https://doi.org/10.1037/a0012532>
- Verhagen, S. J., Hasmi, L., Drukker, M., van Os, J., & Delespaul, P. A. (2016). Use of the experience sampling method in the context of clinical trials. *Evidence-Based Mental Health, 19*, 86-89. <https://doi.org/10.1136/ebmental-2016-102418>
- Warrender, D., Bain, H., Murray, I., & Kennedy, C. (2020). Perspectives of crisis intervention for people diagnosed with 'borderline personality disorder': An integrative review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 28*, 208-236. <http://dx.doi.org/10.1111/jpm.12637>
- Wichers, M., Hartmann, J. A., Kramer, I. M., Lothmann, C., Peeters, F., van Bemmelen, L., Myin-Germeys, I., Delespaul, P., van Os, J., & Simons, C. J. (2011). Translating assessments of the film of daily life into person-tailored feedback interventions in depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 123*, 402-403. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2011.01684.x>
- Wigman, J. T., van Os, J., Borsboom, D., Wardenaar, K. J., Epskamp, S., Klippel, A., MERGE, Viechtbauer, W., Myin-Germeys, I., & Wichers, M. (2015). Exploring the underlying structure of mental disorders: Cross-diagnostic differences and similarities from a network perspective using both a top-down and a bottom-up approach. *Psychological Medicine, 45*, 2375-2387. <https://doi.org/10.1017/S0033291715000331>
- Winter, D., Herbert, C., Koplin, K., Schmahl, C., Bohus, M., & Lis, S. (2015). Negative evaluation bias for positive self-referential information in borderline personality disorder. *PLoS One, 10*, e0117083. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0117083>

Werkingsmechanismen van imaginaire rescripting (ImRs) bij volwassen cliënten met PTSS vanuit de kindertijd

Een pilotstudie

THERA KOETSIER, JESSICA APELDOORN & ANNET NUGTER

Samenvatting

Imaginaire rescripting (ImRs) is een effectieve behandeling voor posttraumatische-stressstoornis (PTSS) die het gevolg is van vroegkinderlijk trauma. De huidige theorie stelt dat de betekenisverandering van het trauma centraal staat in ImRs. Verschillende auteurs veronderstellen dat het uiten van behoeften en gevoelens, en het uitvoeren van acties werken als genezende factoren, maar hier is nog weinig onderzoek naar gedaan.

In deze studie hebben we onderzocht in welke mate het uitvoeren van geïnhibeerde actietendensen en het vervullen van behoeften leidt tot afname van de PTSS-symptomen bij cliënten met vroegkinderlijk trauma. Opnamen van 249 therapiesessies uit 24 ImRs-behandelingen zijn beoordeeld met een daartoe ontwikkeld observatie-instrument, waarna de scores zijn gerelateerd aan verandering in PTSS-symptomen.

Uit de resultaten blijkt dat er een samenhang is tussen enerzijds afname van PTSS-symptomen, en anderzijds het uiten van actietendensen en het vervullen van basisbehoeften, waarbij het uitvoeren van acties een voorwaarde lijkt voor het vervullen van behoeften.

Trefwoorden: Imagery Rescripting, werkingsmechanismen, PTSS, behoeften, actietendensen

Kernboodschappen voor de klinische praktijk

- ▶ Uit het pilotonderzoek naar werkingsmechanismen van imaginaire rescripting blijkt dat de B-BAIR een betrouwbaar onderzoeksinstrument is om uitgevoerde actietendensen en vervulde behoeften te observeren.
- ▶ Uit het pilotonderzoek blijkt een samenhang tussen enerzijds afname van PTSS-symptomen, en anderzijds het uitvoeren van actietendensen en het vervullen van basisbehoeften.
- ▶ Het lijkt zinvol als behandelaren tijdens de ImRs-training specifiek getraind worden in het uitvoeren van acties die leiden tot vervulling van de basisbehoeften.

INLEIDING

.....

Imaginaire rescripting (ImRs) is een effectieve behandeling voor posttraumatische-stressstoornis (PTSS) als gevolg van een verscheidenheid aan trauma's (Arntz et al., 2007, 2013; Grunert et al., 2007; Morina et al., 2017), met inbegrip van PTSS door vroegkinderlijk trauma (Raabe et al., 2015). De essentie van ImRs is dat er wordt gewerkt met beelden om betekenissen te veranderen en leed te verlichten (Hackman, 2011). In ImRs stelt de cliënt zich verschillende reacties en uitkomsten voor ten aanzien van de oorspronkelijke traumatische gebeurtenis en de nasleep daarvan. Een nieuw script kan bijvoorbeeld zijn dat er iemand anders ten tonele verschijnt en voor veiligheid zorgt, of dat de cliënt zelf de macht heeft en het trauma voorkomt, of wraak neemt op de daders (Hagenaars & Arntz, 2012). Rescripting kan een cliënt helpen door een nieuw perspectief te bieden op gebeurtenissen die in het verleden hebben plaatsgevonden en door nieuwe gevoelens over de situatie te ervaren, zoals boosheid in plaats van angst. Ook kan rescripting onvervulde behoeften identificeren, zoals de behoefte aan veiligheid, en deze behoefte alsnog vervullen, bijvoorbeeld doordat in de situatie die gerescript wordt de cliënt (als kind) daadwerkelijk in veiligheid wordt gebracht. Hierdoor wordt de cliënt ook geconfronteerd met de realiteit (bijvoorbeeld dat sommige ervaringen pijnlijk en schadelijk waren, zoals een mishandeling), zodat een gezond rouwproces kan volgen (Arntz et al., 2007; Holmes et al., 2007).

Hoewel er de afgelopen jaren verschillende onderzoeken zijn gedaan naar de werkzaamheid van ImRs (Dibbets & Arntz, 2016; Slofstra et al., 2016), staat het onderzoek naar de onderliggende mechanismen ervan nog in de kinderschoenen. Volgens Arntz en Weertman (1999) en Arntz (2012) wijzigt rescripting de betekenis van de oorspronkelijke gebeurtenis door de oorspronkelijke reacties op de gebeurtenis, en daarmee de negatieve associaties van de ongeconditioneerde stimulus (US), in positievere te veranderen. In termen van leertheorie zou dit kunnen worden opgevat als 'US-herevaluatie', waardoor het angstnetwerk verandert (CS-US-associaties; Arntz, 2014b). Door gebruik te maken van imaginatie vindt de betekenisverande-

ring niet alleen plaats op verbaal, cognitief niveau, maar ook op zintuiglijk, emotioneel en gedragsniveau.

Hoewel volgens de huidige theorie de verandering van betekenis van het trauma geheugen centraal staat, is niet duidelijk waardoor deze verandering daadwerkelijk wordt veroorzaakt. Arntz (2012) veronderstelt dat de expressie van de behoeften en gevoelens en het uitvoeren van acties die op het moment van het trauma werden geïnhibeerd (meestal om te overleven) mogelijk een belangrijke helende factor vormen. Tijdens een traumatische gebeurtenis is het normaal dat allerlei behoeften, emoties en actietendensen worden geactiveerd, maar deze kunnen meestal niet volledig worden geuit, ofwel omdat dit onmogelijk is (bijvoorbeeld omdat de betrokkene vastgebonden is), ofwel omdat het te gevaarlijk is (wie bijvoorbeeld een dader aanvalt, kan door hem vermoord worden). Het is helend en corrigerend als tijdens de therapie de betreffende emoties alsnog worden geuit, acties worden uitgevoerd en aan behoeften wordt voldaan (Arntz, 2014b).

Voor PTSS gerelateerd aan vroegkinderlijk trauma bestaat het ImRs-protocol (Arntz, 2016) uit drie fasen:

- 1 *Fase 1.* De cliënt wordt gevraagd de ogen te sluiten en zich een traumatische jeugdervaring zo levendig mogelijk voor te stellen vanuit het perspectief van zichzelf als kind. Er wordt gevraagd: 'Vertel me: wat zie je, wat hoor je, wat voel je, wat ruik je?' 'Vertel me: wat gebeurt er?' 'Wat voel je (emotioneel)?' 'Wat vind je ervan?' Zodra sterke traumagerelateerde emoties zijn opgewekt, wordt de eindvraag gesteld: 'Wat heb je nodig?' Hierna stopt fase 1.
- 2 *Fase 2.* De cliënt komt in beeld als een volwassene die getuige is van de situatie. De volwassene wordt ertoe aangezet in te grijpen en te doen wat nodig is voor het kind. Fase 2 stopt als de cliënt als volwassene tevreden is met de interventies.
- 3 *Fase 3.* De cliënt wordt gevraagd om zich de scène opnieuw voor te stellen en te ervaren vanuit het kind, met daarbij de interventies die in fase 2 uitgevoerd zijn. Het kind wordt aangemoedigd om de eigen behoeften te uiten naar de volwassene zelf. Het rescripten stopt wanneer de cliënt vanuit het perspectief van het kind tevreden is met de interventies (Raabe et al., 2015).

Een alternatieve methode is dat de therapeut in de eerste zes sessies van de ImRs-behandeling in het beeld stapt, ingrijpt in fase 2, en beschermt en voorziet in de behoeften van het kind (Boterhoven de Haan et al., 2017). Op deze wijze fungeert de therapeut als een voorbeeld voor de cliënt, die het gezonde perspectief en de kracht nog mist om zelf in te grijpen (Arntz, 2014a). In de tweede helft van de behandeling stapt de volwassen cliënt in fase 2 in het beeld en beschrijft de gebeurtenis vanuit het standpunt van de volwassene. Tijdens de fasen 2 en 3 kan de cliënt geïnhibeerde actietendensen uitvoeren,

waaronder het uiten van emoties, en kunnen onvervulde behoeften alsnog vervuld worden (Arntz, 2012). De cliënt bevrijdt zichzelf van de starheid en machteloosheid die met de traumatische gebeurtenis samenhangen. De behoeften in fase 3 kunnen verschillen van die in fase 2, aangezien het perspectief in de derde fase dat van het kind is; dit kan met name de behoefte aan hulp, ondersteuning en troost betreffen (Arntz & Weertman, 1999). Door actie te ondernemen en aan deze basisbehoeften van het kind te voldoen, kan de betekenis van de oorspronkelijke gebeurtenis veranderen en het zelfgevoel beïnvloed worden. Ook kan het de cliënt helpen om te beseffen dat de oorspronkelijke ervaring schadelijk en atypisch was, en daarom beter gezien kan worden als een extreme uitzondering op het normale leven dan als een algemene regel (Hackmann, 2011) of als iets wat het kind te verwijten is. Ter illustratie worden in onderstaande casus de drie fasen uitgewerkt.

Casus

- *Fase 1.* Els, een 46-jarige vrouw, beschrijft een situatie van toen ze 5 jaar oud was. Haar ouders hebben ruzie, waarbij haar vader een pistool uit zijn zak haalt en op het hoofd van haar moeder zet.
- *Fase 2.* Els als volwassene ('Grote Els') stapt in het beeld, samen met zes politieagenten. De politieagenten weten vader te overmeesteren. Ze boeien hem en op verzoek van Grote Els krijgt hij ducttape over zijn mond. Dan moeten twee grote politieagenten haar vader vasthouden van Grote Els en wil zij twee andere agenten naast zich hebben. Ze gaat voor haar vader staan en vertelt hem dat hij een slechte vader is en naar de gevangenis gebracht zal worden. Vader wordt meegenomen. De therapeut en Grote Els overleggen net zolang tot Grote Els tevreden is met de acties die er uitgevoerd zijn. Vader zit dan vastgeketend in een cel, met camerabewaking en twee grote bewakers voor de deur. Hierna stimuleert de therapeut Grote Els om aandacht te besteden aan Els als kind ('Kleine Els'). Grote Els gaat bij Kleine Els zitten en vertelt haar dat ze niet meer bang hoeft te zijn, omdat haar papa veilig opgesloten zit. Kleine Els ontspant zich en Grote Els is tevreden.
- *Fase 3.* Vervolgens vraagt de therapeut Els om opnieuw de situatie te beschrijven vanuit het perspectief van Kleine Els: wat er allemaal gebeurt en wat Grote Els allemaal doet. Wanneer de therapeut vervolgens aan Kleine Els vraagt wat ze nog nodig heeft, blijkt Kleine Els te denken dat het háár schuld is dat haar ouders ruzie maakten. De therapeut stimuleert Kleine Els aan Grote Els te vragen of de ruzie haar schuld is en helpt Grote Els vervolgens aan Kleine Els uit te leggen dat de ruzie zeker haar schuld niet is, dat ze er niks aan kon doen, dat ouders verantwoordelijk zijn en voor hun kinderen moeten zorgen. Kleine Els lijkt hierdoor opgelucht, maar ze blijkt nog iets nodig te hebben. Ze wil liever niet alleen bij haar moeder thuisblijven, die onder invloed van alcohol op de bank ligt. De therapeut helpt Grote Els uit te zoeken waar Kleine Els graag heen wil en dat blijken haar grootouders te zijn. Kleine Els wordt naar opa en oma gebracht. Ze is tevreden als die haar vertellen dat ze zo lang mag blijven als ze wil, en als ze samen met hen aan tafel zit om een spelletje kaart te spelen.

Hoewel verschillende auteurs (Arntz, 2012; Arntz et al., 2007; Hagenaars & Arntz, 2012; Holmes et al., 2007) veronderstellen dat het uiten van behoeften en gevoelens, en het uitvoeren van acties kunnen werken als potentieel genezende factoren, is er tot dusver nog weinig specifiek onderzoek gedaan om een dergelijke hypothese te toetsen. Deze studie onderzoekt het verband tussen enerzijds het uitvoeren van actietendensen, en het vervullen van behoeften aan hulp, ondersteuning en troost tijdens de ImRs-behandeling, en anderzijds veranderingen in de PTSS-symptomen bij cliënten met trauma vanuit de vroege kinderjaren. Onze hypothese was dat PTSS-symptomen meer afnemen naarmate er meer vervulde behoeften en meer geuite actietendensen worden waargenomen tijdens de behandeling.

Dit onderzoek vroeg om een instrument waarmee kan worden geobserveerd in hoeverre aan behoeften wordt voldaan en in welke mate actietendensen worden uitgevoerd tijdens de behandeling. Voor zover wij weten, bestond een dergelijk instrument nog niet. Daarom is een observatie-instrument ontwikkeld om de vervulling van behoeften en uitvoering van actietendensen tijdens de ImRs-sessies te beoordelen. Voor de operationalisaties van behoeften en actietendensen namen we de emotionele basisbehoeften (zie ‘werkingsmechanismen’ in de paragraaf ‘Instrumenten’ hieronder) voor het menselijk individu als uitgangspunt, zoals beschreven door Young (Young et al., 2003) in zijn schematheorie. Young veronderstelt vijf basisbehoeften: (1) een veilige band met andere mensen, (2) de behoefte aan autonomie, en het ontwikkelen van je competentie en identiteitsgevoel, (3) de vrijheid om je behoeften en emoties te uiten, (4) spontaniteit en spel, en (5) duidelijke grenzen. Voor een gezonde emotionele ontwikkeling moeten al deze behoeften in de jeugd voldoende vervuld worden. Vroegkinderlijk trauma kan gezien worden als een schadelijke ervaring, die leidt tot onvoldoende vervulling van meerdere basisbehoeften.

METHODE

.....

Onderzoeksontwerp

.....

Deze studie is een aanvullende studie op de internationale multicenter gerandomiseerde klinische studie naar de effectiviteit van ImRs versus *eye movement desentization and reprocessing* (EMDR) als behandeling van volwassenen met PTSS door trauma vanuit de kindertijd (IREM). Aan het onderzoek namen meerdere specialistische ggz-instellingen deel uit verschillende regio's van Nederland, een instelling in Duitsland en een instelling in Australië (Boterhoven de Haan et al., 2017, 2020).

In Nederland werd de hoofdstudie goedgekeurd door de Ethische Commissie Psychologie (ECP) van de Universiteit van Maastricht. Alle deelne-

mers gaven schriftelijke toestemming. Voor deze substudie was geen aanvullende goedkeuring vereist.

Voor de ontwikkeling van een observatie-instrument hebben we een web-based Delphi-studie uitgevoerd met tien experts op het gebied van ImRs. De Delphi-techniek is een methode die wordt gebruikt om bij een groep experts de meest betrouwbare consensus betreffende een onderwerp te verkrijgen, en wel door de afname van een reeks vragenlijsten afgewisseld met gecontroleerde feedback (Fenella et al., 2013). Het uitgangspunt van de Delphi-methode is dat de collectieve mening van een panel van experts meer valide is dan de individuele mening van de panelleden (Voogt et al., 2016). Deze Delphi-studie bestond uit twee ronden. In de eerste ronde stonden de observeerbaarheid en relevantie van de vijf basisbehoeften van Young centraal. Op basis van de beoordelingen en het commentaar in deze ronde is een eerste versie van de beoordelingsschaal aan de experts voorgelegd. Deze tweede ronde resulteerde uiteindelijk in het gebruikte instrument. Daarbij is de mate van overeenstemming van de beoordelaars als uitgangspunt genomen.

Omdat dit de eerste studie is met dit nieuwe observatie-instrument, besloten we ons te beperken tot een pilotstudie.

Deelnemers

Inclusiecriteria van de IREM-studie waren: leeftijd tussen 18 en 70 jaar, als primaire diagnose PTSS ten gevolge van een trauma voor het 16de levensjaar en de instemming van de deelnemer dat het trauma voor het 16de levensjaar de focus van de behandeling was. PTSS-symptomen moesten langer dan drie maanden aanwezig zijn en voornamelijk gelinkt zijn aan het trauma vóór de leeftijd van 16 jaar. De aanwezigheid van psychiatrische aandoeningen werd uitgevraagd met de SCID I screener en het SCID I interview. Exclusiecriteria waren: psychiatrische aandoeningen die een specifiek andere behandeling vereisten (comorbide psychotische stoornis, bipolaire stoornis type I, en alcohol- of drugsverslaving; daarentegen was een DSM-IV-diagnose van middelenmisbruik geen exclusie criterium). Andere exclusiecriteria waren: het gebruik van benzodiazepinen (cliënten werden gemotiveerd om minstens 2 weken voor start van de behandeling te stoppen met benzodiazepinegebruik), acuut suïciderisico, IQ lager dan 80, PTSS door een meegemaakt trauma in de afgelopen 6 maanden, of enige op PTSS gerichte therapie in de afgelopen 3 maanden (Boterhoven de Haan et al., 2020).

Voor deze pilotstudie, die alleen betrekking heeft op de ImRs-conditie, wilden we N = 20 deelnemers includeren.

Instrumenten

Werkingsmechanismen — De Beoordelingsschaal Behoeften en Actietendenzen bij Imaginatie en Rescripting (B-BAIR) bestaat uit zes domeinen: (1) veiligheid, (2) zich begrepen en getroost voelen, (3) zelfexpressie, (4) ontschuldigen, (5) autonomie, competentie en identiteitsgevoel, en (6) spontaniteit en spel. Elk domein omvat een Behoeftenschaal (Bt-schaal) en een Actietendensschaal (At-schaal), en wordt gescoord op een driepuntsschaal, die varieerde van 0 ('niet voldaan aan behoefte', respectievelijk 'actietendens niet uitgedrukt'), 1 ('een beetje voldaan aan behoefte', respectievelijk 'acties, maar met onvoldoende resultaten') tot 2 ('volledig aan behoefte voldaan', respectievelijk 'actietendens volledig uitgedrukt'). Een score van 1 op de At-schaal betekent dus dat er een actie is uitgevoerd op het betreffende domein, maar dat deze actie onvoldoende resultaat heeft gehad: om de actietendens volledig uit te drukken, zou er nog een additionele actie uitgevoerd moeten worden. Bij een score 1 op het domein ontschuldigen is bijvoorbeeld alleen de dader aangesproken, maar niet aan de cliënt als kind uitgelegd dat het geen schuld heeft aan de situatie.

TABEL 1 *Scoringsinstructie voor het domein ontschuldigen (domein 4) uit de B-BAIR*

Scoringsinstructie:	
Basisbehoefte	Actietendens
0 Cliënt voelt zich nog steeds schuldig / verantwoordelijk	0 De therapeut of cliënt legt niets uit aan cliënt als kind over schuld en verantwoordelijkheid en spreekt de dader(s) niet aan op hun daden en hun verantwoordelijkheid.
1 Cliënt voelt zich wat minder schuldig / verantwoordelijk	1 De therapeut of cliënt legt uit dat de situatie niet de schuld van de cliënt als kind is, maar dat anderen verantwoordelijk zijn voor de situatie. <i>Of</i> de dader(s) worden aangesproken op hun daden en hun verantwoordelijkheid
2 Cliënt voelt zich niet meer schuldig / verantwoordelijk	2 De therapeut of cliënt legt uit dat de situatie niet de schuld van de cliënt als kind is, maar dat anderen verantwoordelijk zijn voor de situatie. <i>En</i> de dader(s) worden aangesproken op hun daden en hun verantwoordelijkheid.

Het scorebereik voor beide subschalen is 0-12 voor elke sessie. Aangezien in deze studie de therapeut tijdens de eerste zes sessies in fase 2 in het beeld stapt om te interveniëren en de cliënt deze fase volledig beleeft vanuit het

kindperspectief, werd besloten om voor de eerste zes sessies alleen de uitgevoerde actietendensen van de therapeut te scoren op de At-schaal. Mogelijke actietendensen die de cliënt als kind uitvoerde, werden niet meegenomen in de score, dus als alleen de cliënt acties uitvoerde, werd dit gescoord als 0. Voor de laatste zes sessies, waarin de cliënt als volwassene intervenieert, werden de acties van de therapeut niet gescoord. Voor de Bt-schaal en de At-schaal worden de scores van alle sessies opgeteld. Hoe hoger de cumulatieve score, des te meer behoeften worden vervuld en/of actietendensen worden geuit in de therapie. De geobserveerde range in deze studie van de totale Bt-schaal en de totale At-schaal is 0-132, omdat voor 11 sessies de zes domeinen gescoord werden en de maximale score per domein 2 is.

Om de betrouwbaarheid van de B-BAIR te onderzoeken hebben twee beoordelaars dezelfde video-opnamen van tien willekeurig gekozen ImRs-sessies (van maximaal 90 minuten) van verschillende cliënten onafhankelijk van elkaar gescoord met de B-BAIR. Op basis van de geconstateerde verschillen in scoring werd een handleiding ontwikkeld en werd voor deze tien sessies een standaardscore bepaald. Deze standaardscore werd gebruikt in de training van toekomstige beoordelaars, waarbij na beoordeling van dezelfde tien sessies de scores op de B-BAIR vergeleken werd met de standaardscore. Om de overeenstemming met de standaardscores en de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid te bepalen, scoorde ook een derde beoordelaar de tien ImRs-sessies met de B-BAIR. Om de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid te bepalen, werd Cohens κ berekend, die een uitstekende overeenkomst liet zien tussen de twee beoordelingen ($\kappa = 0,83$, (95% BI, 0,30 tot 0,89), $p < 0,001$). Om de interne consistentie te meten, werd Cronbachs α berekend van de 24 cliënten en hun 11 sessies ($n = 249$; enkele cliënten waren eerder klaar met de behandeling). Uit de betrouwbaarheidsanalyse van de 24 cliënten bleek dat zowel de Bt-schaal (Cronbachs $\alpha = 0,68$) als de At-schaal (Cronbachs $\alpha = 0,70$) een matige interne consistentie hadden.

PTSS-symptomen — Als primair uitkomstinstrument gebruikten we de Impact of Events Scale-Revised (IES-R; Creamer et al., 2003; Weiss & Marmar, 1997). De IES-R is een zelfrapportagevragenlijst van 22 items waarmee PTSS-symptomen gemeten worden (dat wil zeggen: intrusies, vermijding en hyperarousal) gedurende de afgelopen week. De vragenlijst wordt gescoord met 0 ('helemaal niet'), 1 ('een klein beetje'), 2 ('matig'), 3 ('behoorlijk veel') en 4 ('extreem'). Hoe lager de score op de IES-R, hoe minder PTSS-symptomen een deelnemer heeft. Uit onderzoek van Creamer en collega's (2003) blijkt dat de interne consistentie uitstekend is (Cronbachs $\alpha = 0,97$). Dit geldt ook voor de test-hertestbetrouwbaarheid ($r = 0,89$ tot $0,94$).

In deze studie scoorden de deelnemers de PTSS-symptomen aan het begin van elke therapiesessie met behulp van de IES-R. Ze scoorden twee keer: één keer voor het 'indextrauma' en één keer voor alle andere trauma's, zoals aangegeven op de Life Events-Checklist voor de DSM-5 (LEC-5; Weathers et

al., 2013). Een indextrauma betreft een traumatische herinnering waarvan de cliënt zelf aangeeft dat het de ergste herinnering betreft. In deze studie hebben we de opgetelde totaalscores van de twee subschalen gebruikt, omdat tijdens de behandeling de focus weliswaar lag op het indextrauma (het indextrauma moest in de eerste zes sessies behandeld worden), maar ook andere trauma's aan bod kwamen, aangezien een trauma gedurende maximaal twee sessies behandeld mocht worden, waarna de behandeling zich moest richten op een volgend trauma. Op deze manier kon gekeken worden naar een algehele daling van de PTSS-klachten. Voor elke sessie was het scorebereik 0-176.

Procedure

Inclusie van cliënten verliep volgens het onderzoeksprotocol van de hoofdstudie (Boterhoven de Haan et al., 2020).

Alle sessies werden op video opgenomen. Omdat sessie 1 een introductiesessie was, hebben we gebruikgemaakt van de video-opnamen van sessie 2 tot en met 12. Voor deze pilotstudie scoorden vier getrainde beoordelaars 249 video-opnamen van 24 cliënten met de B-BAIR. De video-opnamen van de verschillende Nederlandse locaties (behalve die van GGZ Noord-Holland-Noord) werden door een van de getrainde beoordelaars persoonlijk opgehaald en vervoerd via een beveiligde externe harde schijf. Daarna werden de opnamen bij GGZ Noord-Holland-Noord volgens de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG) opgeslagen op een Europese server. Alleen de getrainde beoordelaars van GGZ Noord-Holland-Noord hadden toegang tot de opnamen.

Interventie

De behandeling bestond uit 12 sessies van 90 minuten ImRs, met tweemaal per week een sessie. Therapeuten waren BIG-geregistreerde psychologen, psychiaters en een verpleegkundig specialist, die met succes een basisopleiding hadden afgerond in CGT en een tweedaagse opleiding in ImRs voor PTSS gerelateerd aan vroegkinderlijk trauma. Elke week kregen de therapeuten een uur supervisie van een ImRs-specialist. De behandeling werd binnen 6 weken gepland, maar kon indien nodig tot 8 weken worden uitgebreid. Het was mogelijk dat deelnemers de behandeling eerder dan de toegewezen 12 sessies afronden. Voor deze aanvullende studie gold dat cliënten minimaal acht sessies gevolgd moesten hebben.

Statistische analyse

De totale score van de vervulde behoeften op de zes domeinen (Bt-schaal) en de totale score van de geuite actietendensen op de zes domeinen (At-schaal)

van de 11 sessies die een cliënt gevolgd had, dienden als onafhankelijke variabelen. De verschilscore op de IES-R diende als afhankelijke variabele, waarbij de score van sessie 2 van de IES-R (de score die het dichtst bij de eerste scoring van de B-BAIR lag) werd afgetrokken van de nameting van de IES-R (afgenomen binnen 3 dagen na afronding van de behandeling). Hoe lager de score (hoe negatiever), hoe meer vooruitgang wat betreft PTSS-symptomen.

De verdeling van de score op de B-BAIR werd geanalyseerd door de minimum- en maximumscores voor beide subschalen, het gemiddelde en de standaarddeviatie te berekenen. Voor de variabelen Bt-schaal ($W(24) = 0,97$, $p = 0,57$) en At-schaal ($W(24) = 0,94$, $p = 0,19$) is voldaan aan de aanname van normaliteit door de Shapiro-Wilk-test. Om de relatie tussen de twee subschalen van de B-BAIR te bepalen, hebben we de Pearson-correlatie berekend tussen de totale score op de Bt-schaal en de totale score op de At-schaal. Ook om de relatie te bepalen tussen de Bt-schaal en de verschilscore op de IES-R, en tussen de At-schaal en de verschilscore op de IES-R, hebben we de Pearson-correlatiecoëfficiënt berekend. Voor onze hypothese – namelijk dat meer vervulde behoeften en meer uitgevoerde actietendensen tijdens de behandeling een vermindering van PTSS-symptomen voorspelden – werd een meervoudige lineaire regressieanalyse met de entermethode uitgevoerd. Daarbij bleek dat de aanname voor normaalverdeling van de residuen werd geschonden. Er was geen sprake van multicollineariteit (Bt-schaal: *Tolerance* = 0,48, *VIF* = 2,11; At-schaal: *Tolerance* = 0,48, *VIF* = 2,11). Ook aan de andere aannamen voor een meervoudige lineaire regressie werd voldaan. Omdat transformeren van de data onvoldoende effect had, is ervoor gekozen om de data ongetransformeerd te laten. Dit betekent dat de resultaten niet zomaar te generaliseren zijn naar de algemene populatie.

RESULTATEN

.....

In totaal werden in de internationale multicenter gerandomiseerde klinische studie 74 deelnemers geïnccludeerd in de ImRs-conditie. Vier van de vijf Nederlandse behandelcentra vermeld bij de resultaten van de correlatie stelden op ons verzoek videomateriaal van 39 therapieën beschikbaar. Daarvan voldeden de sessies van drie ImRs-behandelingen niet aan het ImRs-protocol, van drie ImRs-behandelingen kregen we het videomateriaal te laat binnen, van twee ImRs-behandelingen ontvingen we minder dan acht sessies en bij één ImRs-behandeling waren de opnamen van de therapiesessies te kort; al met al hielden we materiaal van 30 therapieën over. In de tijd die er voor dit onderzoek stond, hebben we de therapieën van 24 deelnemers kunnen scoren met de B-BAIR, wat neerkomt op 249 video's.

De 24 deelnemers in de huidige pilotstudie voltooiden de behandeling en vulden de nameting in. De onderzoeksgroep bestond uit vier mannen en 20 vrouwen. De gemiddelde leeftijd van de proefpersonen was 38,54 jaar (SD

= 10,88), binnen een range van 19 tot 55 jaar. Tien deelnemers hadden een mbo-opleiding afgerond, zeven een hbo-opleiding en drie een wo-opleiding; drie deelnemers hadden na hun middelbare school geen vervolgonderwijs afgerond en één deelnemer had alleen lagere school gevolgd. Van de deelnemers kwam 54,2% ($n = 13$) uit Nederland, 8,3% ($n = 2$) uit een ander Europees land en 37,5% ($n = 9$) uit een niet-Europees land. De duur van de PTSS-klachten liep uiteen van 7 maanden tot 53 jaar, met een gemiddelde van 20,64 jaar ($SD = 16,45$).

Minimum- en maximumscores, het gemiddelde en de standaarddeviatie van de twee subschalen van de B-BAIR, en de verschillscore op de IES-R zijn te vinden in tabel 2, die een grote spreiding laat zien op de subschalen van de B-BAIR en de verschillscore op de IES-R. Het verschil tussen de maximum- en minimumscore op de Bt-schaal is 80, en het verschil tussen de maximum- en minimumscore op de At-schaal is 65. Dit betekent dat bij sommige behandelings veel meer behoeften werden vervuld en acties werden uitgedrukt dan bij andere behandelingen.

TABEL 2 *Minimum- en maximumscores, gemiddelde en standaarddeviatie van de twee subschalen van de B-BAIR, en de verschillscore op de IES-R*

	Minimum	Maximum	Gemiddelde	Standaarddeviatie
Totale score Bt-schaal	17,0	97,0	65,6	21,1
Totale score At-schaal	47,0	112,0	71,7	15,5
Verschijscore op de IES-R	-117,0	38,0	-49,0	38,5

In tabel 2 is te zien dat de afname in PTSS-symptomen een grote spreiding kent. Gemiddeld is er een afname van 49 punten op de IES-R, maar wanneer we verder inzoomen blijkt dat bij één deelnemer de PTSS-klachten zijn toegenomen met 38 punten op de IES-R, dat er bij drie deelnemers nauwelijks sprake is van verandering (+2,7 tot -2) en dat er bij 20 deelnemers een afname is in IES-R-scores (-6 tot -117).

De correlatiecoëfficiënt tussen de totale score op de Bt-schaal en de totale score op de At-schaal is te zien in tabel 3. Er is een significant positieve correlatie tussen de score op de Bt-schaal en de score op de At-schaal ($r = 0,73$, $n = 24$, $p < 0,01$). Dit betekent dat hoe meer de actietendensen werden uitgevoerd, hoe meer er aan de behoeften van een cliënt werd voldaan, en vice versa.

Tabel 3 laat voorts zien dat de correlaties tussen de twee totale scores van de B-BAIR afzonderlijk en de verschillscores op de IES-R statistisch significant zijn: de correlatie tussen de totale score op de Bt-schaal en de verschil-

score op de IES-R is $-0,50$ ($n = 24$, $p < 0,05$), en de correlatie tussen de totale score op At-schaal en de verschillscore op de IES-R is $-0,46$ ($n = 24$, $p < 0,01$). Dit betekent dat hoe meer actietendensen worden uitgevoerd en hoe meer aan de behoeften wordt voldaan, des te groter de vermindering van PTSS-symptomen is.

TABEL 3 *Correlaties tussen de Bt-schaal, de At-schaal en de verschillscore op de IES-R*

	Totale score Bt-schaal	Totale score At-schaal	Verschijscore op de IES-R
Totale score Bt-schaal	1,00	0,73**	-0,50**
Totale score At-schaal	0,73**	1,00	-0,46*
Verschijscore op de IES-R	-0,50**	-0,46*	1,00

* Correlatie is significant op 0,05-niveau (2-tailed); ** Correlatie is significant op 0,01-niveau (1-tailed)

Om de hypothese te toetsen, werd er een meervoudige regressieanalyse uitgevoerd. Daaruit bleek dat de scores op de Bt-schaal en de At-schaal een significante proportie van de variantie verklaarden in de verschillscore op de IES-R ($F(2, 21) = 3,81$, $p = 0,039$), met een R^2 van 0,266. Dit houdt in dat 26,6% van de variantie in de vermindering van de scores op de IES-R kon worden verklaard met beide subschalen van de B-BAIR. De At-schaal en Bt-schaal bleken echter elk afzonderlijk geen significante voorspellers voor de score op de IES-R ($\beta = -0,53$, $p = 0,44$ en $\beta = -0,62$, $p = 0,22$). Om de effectgrootte te berekenen is gebruikgemaakt van de formule: $f^2 = \frac{R^2}{1-R^2}$ (Cohen, 1988). Hierbij kwam een groot effect van $f^2 = 0,36$ uit voor beide subschalen samen.

DISCUSSIE

.....

Het doel van deze studie was om te onderzoeken in hoeverre het vervullen van basisbehoeften en het uitvoeren van actietendensen bij ImRs-behandeling de vermindering van PTSS-symptomen voorspellen. Onze hypothese was dat hoe meer vervulde behoeften en hoe meer uitgevoerde actietendensen er worden waargenomen tijdens de behandeling, hoe groter de vermindering van de PTSS-symptomen is bij cliënten met PTSS als gevolg van trauma in de kindertijd. Hiervoor hebben we een nieuw observatie-instrument ontwikkeld, de Beoordelingsschaal Behoeften en Actietendensen bij Imaginatie en Rescripting (B-BAIR). Onze resultaten tonen aan dat de interbeoordelaarscoëfficiënt van de B-BAIR goed is, maar ook dat de interne

consistentie van beide subschalen aan de magere kant is. Hiermee moet bij de interpretatie van de resultaten rekening worden gehouden.

Uit onze berekeningen blijkt dat ongeveer een kwart van de variantie in de vermindering van PTSS-symptomen verklaard kan worden met de B-BAIR. Er kan echter nog niet hard gemaakt worden dat dit toe te schrijven is aan een van de twee subschalen van de B-BAIR, aangezien de regressiecoëfficiënten van beide subschalen niet statistisch significant zijn. Tegelijkertijd correleren beide schalen rond de $-0,50$ met de verschillscore op de IES-R. Hoewel er geen sprake was van multicollineariteit tussen de At-schaal en de Bt-schaal, was er een relatief hoge onderlinge correlatie ($> 0,70$). Het is goed mogelijk dat de subschalen een overlappend deel van de variantie verklaren van de verschillscore op de IES-R, waardoor ze ieder voor zich niet voorspellend waren in het model. Dit zou betekenen dat deze twee subschalen niet los van elkaar te zien zijn. Dit is goed te verklaren: zonder het uitvoeren van acties wordt het moeilijk om basisbehoeften te vervullen. Een enkele keer is het voorgekomen dat een cliënt geen actietendensen uitvoerde, terwijl in deze sessies de therapeut wel actief was, waardoor het mogelijk was om wel een score van 1 of 2 op de Bt-schaal te hebben. Dit kwam echter heel weinig voor. Wat wij vooral zagen, was dat de therapeut de cliënt in die situatie aanmoedigde om bepaalde acties uit te voeren, zonder het proces over te nemen, en de cliënt dan deed wat de therapeut zei. Dit gaf dan toch een gescoorde actietendens. Deze observaties en de grote samenhang tussen het vervuld worden van behoeften en het uitvoeren van actietendensen in ImRs geven aanleiding tot de gedachte dat het uitvoeren van een actietendens voorwaardelijk is voor het vervullen van de behoefte.

Een belangrijke beperking van deze pilotstudie is natuurlijk de beperkte steekproef van $n = 24$ cliënten. Het zou enorm helpen als een arbeidsintensieve studie als deze kan worden gerepliceerd, waarbij bijvoorbeeld ook de IES-R wordt afgenomen vóór en na de sessie. Zo is het mogelijk om meer zicht te krijgen op oorzaak en gevolg. Mogelijk zijn het uitvoeren van actietendensen en het vervullen van basisbehoeften voorwaardelijk voor de afname van PTSS-symptomen, maar het omgekeerde is ook mogelijk: wellicht leidt de vermindering van PTSS-klachten ertoe dat het voor de cliënt makkelijker wordt om actietendensen uit te voeren en basisbehoeften te vervullen.

De bevindingen uit deze studie maken nieuwsgierig naar welke acties met name van belang zijn in fase 2 en 3. Een mogelijke hypothese is dat acties en vervulde behoeften op niet alle domeinen verantwoordelijk zijn voor de afname van PTSS-klachten. Is die afname bijvoorbeeld vooral te danken aan het in veiligheid brengen van het kind? Of aan het ontschuldigen door de volwassene? Vervolgonderzoek zou zich kunnen richten op de vraag welke van de zes domeinen van de B-BAIR het meeste effect heeft op de afname van de PTSS-symptomen. Met deze informatie kunnen we het ImRs-protocol verder verbeteren. Daarnaast zou het interessant zijn om te onderzoeken of het uitmaakt of de therapeut of de cliënt zelf de actietendensen uitvoert. Wel-

licht dat het uitvoeren van actietendensen door de cliënt zorgt voor grotere autonomie, wat mogelijk invloed heeft op afname van de PTSS-klachten.

Deze pilotstudie naar de werkingsmechanismen van ImRs bij PTSS-behandeling heeft laten zien dat het uitvoeren van acties en het vervullen van basisbehoeften tijdens ImRs samenhangen met afname van PTSS-klachten, en dat acties en basisbehoeften niet los van elkaar te zien zijn. Dit type onderzoek is erg arbeidsintensief, maar tegelijkertijd van groot belang om de werkingsmechanismen van een behandeling als ImRs beter te begrijpen. Het kan in de praktijk therapeuten ertoe aanzetten om tijdens de behandeling niet alleen te vragen of de rescripting zelf volgens de cliënt voldoende was, maar ook om bijvoorbeeld na te gaan of er wel voldoende acties uitgevoerd zijn en te checken of de basisbehoeften vervuld zijn.

Graag willen we Arnoud Arntz, hoofdonderzoeker van het IREM-onderzoek, Mariel Meewisse, hoofdonderzoeker van de site GGZ-NHN en de onderzoeksassistenten Mulan Koopmans, Shekib Haidari en Myrza Bossenbroek bedanken voor hun bijdrage aan dit onderzoek.

Thera Koetsier is klinisch psycholoog-psychotherapeut, supervisor VGCT en leadexpert persoonlijkheidsstoornissen bij GGZ Noord-Holland-Noord.

Jessica Apeldoorn is psycholoog, junior onderzoeker van GGZ Noord-Holland-Noord.

Annet Nugter is hoofd wetenschappelijk onderzoek van GGZ Noord-Holland-Noord.

Correspondentieadres: Maelsonstraat 1, 1624 NP Hoorn. E-mail: t.koetsier@ggz-nhn.nl.

Summary *Working mechanisms of Imagery Rescripting (ImRs) in adult patients with childhood related PTSD: A pilot study*

Imagery Rescripting (ImRs) is an effective treatment for posttraumatic stress disorder (PTSD) due to early childhood trauma. Current theory is that the change in meaning of trauma memory is central to ImRs. Several authors hypothesize that expressing needs and feelings, and performing actions may act as healing factors, but little research has been done yet. In this study we investigated to what extent performing inhibited action tendencies and fulfilling needs lead to a reduction in PTSD symptoms in patients with early childhood trauma. Recordings of 249 therapy sessions of 24 clients were assessed with a specially developed observation instrument and the scores are related to change in PTSD symptoms. The results show that PTSD symptoms reduce as action tendencies are performed and needs are met. The assumption is that performing actions brings about the fulfillment of needs.

Keywords *Imagery Rescripting, working mechanisms, PTSD, needs, action tendencies*

Literatuur

- Arntz, A. (2012). Imagery rescripting as a therapeutic technique: Review of clinical trials, basic studies, and research agenda. *Journal of Experimental Psychopathology*, 3, 189-208.
- Arntz, A. (2014a). Imagery rescripting for personality disorders. In N. C. Thoma & D. McKay (Eds.), *Working with emotion in cognitive-behavioral therapy: Techniques for clinical practice* (pp. 175-203). Guilford Press.
- Arntz, A. (2014b). Imagery rescripting for posttraumatic stress disorder. In N. C. Thoma & D. McKay (Eds.), *Working with emotion in cognitive-behavioral therapy: Techniques for clinical practice* (pp. 203-2015). Guilford Press.
- Arntz, A. (2016). *Imagery rescripting for PTSD related to childhood traumas: Treatment Protocol for the IREM study V1.6* [Unpublished manuscript].
- Arntz, A., Sofi, D., & van Breukelen, G. (2013). Imagery rescripting as treatment for complicated PTSD in refugees: A multiple baseline case series study. *Behaviour Research and Therapy*, 51, 274-283.
- Arntz, A., Tiesema, M., & Kindt, M. (2007). Treatment of PTSD: A comparison of imaginal exposure with and without imagery rescripting. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 38, 345-370.
- Arntz, A., & Weertman, A. (1999). Treatment of childhood memories: Theory and practice. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 715-740.
- Boterhoven de Haan, K. L., Lee, C. W., Fassbinder, E., van Es, S. M., Mennin-ga, S., Meewisse, M., Rijkeboer, M., Kousemaker, M., & Arntz, A. (2020). Imagery rescripting and eye movement desensitization and reprocessing as treatment for adults with post-traumatic stress disorder from childhood trauma: Randomised clinical trial. *British Journal of Psychiatry*, 217, 609-615.
- Boterhoven de Haan, K. L., Lee, C. W., Fassbinder, E., Voncken, M. J., Meewisse, M., van Es, S. M., Menninga, S., Kousemaker, M., & Arntz, A. (2017). Imagery rescripting and eye movement desensitisation and reprocessing for treatment of adults with childhood trauma-related post-traumatic stress disorder: IEM study design. *BMC Psychiatry*, 17, 165.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the social sciences*. Lawrence Erlbaum Associates.
- Creamer, M., Bell, R., & Failla, S. (2003). Psychometric properties of the Impact of Event Scale-Revised. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 1489-1496.
- Dibbets, P., & Arntz, A. (2016). Imagery rescripting: Is incorporation of the most aversive scenes necessary? *Memory*, 24, 683-695.
- Fenella, J. G., Gavin, D. L., Grech, C., & Latour, J. M. (2013). Using a web-based survey tool to undertake a Delphi study: Application for nurse education research. *Nurse Education Today*, 33, 1322-1328.
- Grunert, B. K., Weis, J. M., Smucker, M. R., & Christianson, H. F. (2007). Imagery rescripting and reprocessing therapy after failed prolonged exposure for post-traumatic stress disorder following industrial injury. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 38, 317-328.
- Hackmann, A. (2011). Imagery rescripting in posttraumatic stress disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, 18, 424-432.
- Hagenaars, M. A., & Arntz, A. (2012). Reduced intrusion development after post-trauma imagery rescripting: An experimental study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 43, 808-814.

- Holmes, E. A., Arntz, A., & Smucker, M. R. (2007). Imagery rescripting in cognitive behaviour therapy: Images, treatment techniques and outcomes. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 38, 297-305.
- Morina, N., Lance, J., & Arntz, A. (2017). Imagery rescripting as a clinical intervention for aversive memories: A meta-analysis. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 55, 6-15.
- Raabe, S., Ehring, T., Marquenie, L., Olff, M., & Kindt, M. (2015). Imagery rescripting as stand-alone treatment for posttraumatic stress disorder related to childhood abuse. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 48, 170-176.
- Slofstra, C., Nauta, M. H., Holmes, E. A., & Bockting, C. L. H. (2016). Imagery rescripting: The impact of conceptual and perceptual changes on aversive autobiographical memories. *Plos One*, 3, 1-16.
- Voogt, L. A., Nugter, A., van Achterberg, T., & Goossens, P. J. J. (2016) Development of the psychiatric nursing intervention providing structure: An international Delphi study. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 22(2), 100-111.
- Weathers, F. W., Blake, D. D., Schnurr, P. P., Kaloupek, D. G., Marx, B. P., & Keane, T. M. (2013). *The Life Events Checklist for DSM-5 (LEC-5)*. Instrument available from the National Center for PTSD at www.ptsd.va.gov.
- Weiss, D., & Marmar, C. (1997). The Impact of Event Scale-Revised. In J. Wilson & T. Keane (Eds), *Assessing psychological trauma and PTSD*. Guilford Press.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. Guilford Press.

.....

Koerswijziging in de geestelijke gezondheidszorg

.....

Bespreking van

Myrrhe van Spronsen & Jim van Os (2021). *We zijn God niet: Pleidooi
voor een nieuwe psychiatrie en samenwerking*. Lannoo Campus. 203 pp.,
€ 29,99. ISBN 9789401481007

JOOP D. BOSCH

We zijn God niet is een pleidooi voor een ggz-benadering zonder ‘algoritmische ordening’ (dus zonder de psychiatrische classificering van het DSM-systeem), zonder evidence-based werken en zonder de mythe dat alles maakbaar of meetbaar moet zijn. De huidige ggz gaat uit van ‘productie, mits aan specifieke criteria wordt voldaan’, aldus de auteurs. Wat in dit boek aanspreekt, is dat het opnieuw de focus legt op een aloude en overbekende kritiek op de psychiatrische benadering: dat zij psychisch lijden probeert te classificeren. Bovendien focussen de auteurs op de diversiteit in ‘psychisch lijden’, óók binnen psychiatrisch vastgestelde classificeringen. Psychische klachten manifesteren zich gradueel, met inbegrip van een scala aan determinerende factoren die ‘psychisch lijden’ triggeren en in stand houden. De auteurs leggen grote nadruk op ervaringskennis, zowel van de patiënt als van de professional. Opvallend is dat ze in hun boek tevens anderen aan het woord laten, ofwel in korte uitspraken, ofwel in korte ‘interviews’, aangevuld met hun eigen reacties daarop, al waaien die meningen wel alle kanten uit.

Na een korte inleiding (deel I), waarin de auteurs zowel hun academische kennis als hun ervaringskennis kort toelichten, volgen de drie belangrijkste delen. In deel II worden de psychologie en de manifestaties van psychisch lijden omschreven, inclusief een uitvoerige opsomming van de contextuele kanten ervan. In deel III (het grootste gedeelte van het boek) wordt het samenwerkingsmodel in de ggz (cocreatie) toegelicht, zoals de voorwaarden

en de werkwijze ervan, maar vooral ook de door hen voorgestelde structuur van de zorg. Juist in de paragraaf die daarover gaat, vechten de auteurs de zorgstructuur in de huidige ggz aan. In deel IV wordt een tienstappenplan van cocreatie beschreven binnen het ecosysteem mentale gezondheid (GEM), althans zoals zij dat bezien, al stelt hun uiteindelijke concretisering daarvan teleur. Kortom, wat betreft de inhoudelijke thema's oogt het boek veelbelovend, maar wat betreft de uitwerking ervan valt er heel wat op af te dingen.

In deel II komen de meest relevante thema's direct aan de orde: de antipsychiatrische wijze van classificeren van de auteurs en de dimensionele benadering van stoornissen. Die antipsychiatrische houding is op zichzelf niets nieuws en wordt verder amper uitgewerkt. In de jaren zeventig, toen de psychiatrie ons het DSM-III-systeem (American Psychiatric Association, 1980) in feite opdroeg, is er overtuigend genoeg over geschreven (zie bijvoorbeeld: Szasz, 1972; Trimbo, 1975; en vele andere publicaties). Juist dit classificeren van allerlei stoornissen (dat toen nog 'formeel diagnosticeren' werd genoemd) is niets meer dan het afvinken van kenmerken om tot een psychiatrische classificering te komen, zonder oorzaken te achterhalen, wat echter juist de praktijk van diagnostiek zou moeten zijn. Ook het modeldenken wordt in het boek terecht ter discussie gesteld, waarbij de auteurs ook anderen hierover het woord geven, zoals in een interview met Floortje Scheepers (2021), hoogleraar innovatie in de ggz aan het UMC Utrecht.

In hun dimensionele benadering van 'psychisch lijden' sluiten van Spronsen en van Os aan op de gedragsbenadering van de gedragstherapeuten van de 'eerste generatie': mensen zijn niet ondubbelzinnig wel of niet 'gestoord', en kunnen niet in hokjes worden ondergebracht, maar hun klachtgedrag moet worden geobserveerd en geanalyseerd in de mate waarin dat zich manifesteert, inclusief de analyse van de belangrijkste determinerende factoren (middels FA/BA). Hoewel veel psychiaters er wellicht hetzelfde over denken, blijkt toch dat ze er nauwelijks of niet in slagen recht te doen aan zo'n dimensionele en contextuele analyse van het individuele geval (DSM-5; American Psychiatric Association, 2014). Het is lovenswaardig dat de auteurs zelf wel een zo compleet mogelijke context geven, waarbij de auteurs beginnen met de 'existentiële context' van lijden. In de uitwerking staan ze uiteraard verder af van een 'behavioristische' benadering, en is hun benadering meer beschouwend dan concreet. Zo wordt ter illustratie in deze context van hun betoog over betekenisverlening aan psychisch lijden 'zinloosheid' omschreven als 'misschien wel de ergste psychische pijn die er is' (p. 59). Zinloosheid is echter net zo moeilijk te operationaliseren als de klachten op de vele andere pagina's die ze besteden aan een existentiële context, sterk gelardeerd met uitspraken als 'transparantie, dat zou refereren om aan ons vermogen te ontstijgen'. Het blijft aan de lezer in hoeverre hij of zij die mogelijk determinerende factoren in de eigen psychodiagnostiek wil en kan betrekken, als ze al te operationaliseren zijn. Datzelfde geldt ook voor het

betoog van de auteurs over de 'relationele context'. Te waarderen is dat ze de contextuele kant in een redelijk volledige opsomming beschrijven, zoals de maatschappelijk en sociaal-culturele aspecten ervan, en zaken als hechting, de lichamelijke kanten, verwaarlozing, medicalisering en trauma's.

Voor al in deel III onderscheidt het boek zich in positieve zin, omdat daarin uitgebreid wordt ingegaan op hoe een zowel effectievere als toegankelijke manier van werken in de ggz te bewerkstelligen is. De auteurs leggen de nadruk op herstel middels ondersteunende coaching, en wel door zowel preventief als begeleidend het herstelvermogen bij patiënten aan te spreken. Dat zou al moeten beginnen bij de intake, maar dan niet om tot een classificering te komen die gericht is op 'symptoomreductie', maar gefocust op 'je eigen ding kunnen doen' en 'het goede leven kunnen leiden'. De auteurs werken deel III bovendien uit op een manier waarbij men op basis van zowel professionele als ervaringskennis 'multideskundig' zou kunnen samenwerken. Tot op zekere hoogte wil ik meegaan in hun pleidooi voor een min of meer gelijkwaardige therapeutische relatie. Terecht bekritisieren de auteurs de huidige ggz, omdat die vooral georganiseerd is vanuit de professionele identiteit van de specialistisch diagnosticus of evidence-based symptoombestrijder die werkt volgens specifieke zorglijnen en protocollen. Eveneens onderschrijf ik dat ze zich afzetten tegen een bureaucratie van een overgekwantificeerd evalueren van al ons klinisch handelen. Maar de door hen geformuleerde doelen, zoals 'het goede leven leiden', lijken me tamelijk moeilijk te concretiseren. Het concept van een zelfherstellend, zelflerend en zelfregulerend vermogen spreekt me weer zeer aan. Dat geldt ook voor de uitwerking van het ecosysteem mentale gezondheid (GEM) middels 13 componenten, opgedeeld in onderliggende kernwaarden en een moreel kader, want dat geeft stof tot nadenken. Kortom, het bekritisieren van de totaal 'uit de hand gelopen' bureaucratie binnen de ggz kan een zinnige discussie opleveren ter verandering en verbetering van het huidige ggz-systeem.

In deel IV wordt echter onvolledig waargemaakt hoe de auteurs in een tienstappenplan hun cocreatie in het GEM daadwerkelijk menen te kunnen operationaliseren. Daarom beschouw ik *We zijn God niet* meer als een – weliswaar vaak moeilijk navolgbaar – ideeënboek dat een discussie wil aanzwengelen. Niettemin zet het boek volledig terecht onze huidige ggz-praktijk uiterst kritisch te kijk. Helaas schieten de aanbevelingen van de auteurs tekort om ze in concreet geoperationaliseerd handelen te kunnen omzetten.

Aan het einde van het boek introduceren de auteurs zichzelf op een persoonlijke en uitvoerige manier, ter ondersteuning van wat ze zo vurig hebben bepleit: een volledig andere ggz wat betreft werkwijze en inhoud, waarin classificering en protocollering, maar ook bureaucratische archivering op de schop zouden moeten. Op zich prijzenswaardig, maar hun eigen narratieve curriculum vitae bevestigt dat de door hen beoogde geïndividualiseerde benadering in een evenwichtige therapeutische relatie niet bij iedere patiënt op deze wijze te realiseren is. Daarin ligt de uitdaging vooral bij de

professionele lezer om de therapeutische samenwerking zo te optimaliseren dat het therapeutisch proces niet als een ritueel, maar als een empirisch te operationaliseren behandeling verloopt, tot aan het evalueren toe, inclusief de follow-ups.

Kortom, *We zijn God niet* snijdt diverse belangrijke thema's aan zonder er concrete oplossingen voor aan te dragen, al lijken de auteurs dat wel te suggereren met hun beschrijving van een stappenplan. Tegelijkertijd rijst de vraag tot welk lezerspubliek de auteurs zich richten: tot een breed lekenpubliek of tot de grote groep van patiënten met psychiatrisch-psychische klachten? Zelfs in dat laatste geval kunnen velen van deze patiëntenpopulatie onmogelijk op een relationeel gelijkwaardig niveau worden geholpen. Patiënten met een mentale beperking al zeker niet, maar evenmin ernstig psychiatrisch gestoorde patiënten, borderliners of patiënten die voortdurend aan psychotische toevallen lijden, terwijl de auteurs dat wel suggereren. Maar mijn vraag is ook welke specifieke beroepsgroep de auteurs eigenlijk beogen te bereiken, zeker gezien de enorme diversiteit aan meningen waar ze in hun boek voor open lijken te staan. Welke groep professionele hulpverleners ze ook proberen te bereiken, de verantwoordelijkheid wordt paradoxaal genoeg wel erg nadrukkelijk bij de professional gezocht, alsmede bij onze samenleving, en dat alles heel vaag beschreven. Ook de hulpvragenden zelf zoeken veel te gemakkelijk naar snelle en tastbare oplossingen, en gaan dieperliggende oorzaken bij voorkeur uit de weg. We leven, zoals Byung-Chul Han recent nog aankaartte in zijn essaybundel (Han, 2022), in een palliatieve maatschappij, in enorme angst voor pijn en psychische problematiek, met een sterk hypochondrisch-narcistische hypersensibiliteit. *We zijn God niet* zet ons in elk geval aan tot een stevige discussie over een hoognodige koerswijziging in de geestelijke gezondheidszorg.

Joop D. Bosch is emeritus universitair docent klinische ontwikkelingspsychologie.

Correspondentieadres: Händellaan 24, 2555 WD Den Haag. E-mail:

jd.bosch@kpnmail.nl.

Literatuur

- | | |
|---|--|
| <p>American Psychiatric Association (APA). (1980). <i>Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-III</i>. American Psychiatric Association.</p> <p>American Psychiatric Association (APA). (2014). <i>Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5)</i>: Nederlandse vertaling van: <i>Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fifth edition</i>. Boom.</p> | <p>Han, B.-C. (2022). <i>De palliatieve maatschappij</i>. Ten Have.</p> <p>Scheepers, F. (2021). <i>Mensen zijn ingewikkeld: Een pleidooi voor acceptatie van de werkelijkheid en het loslaten van modellen denken</i>. De Arbeiderspers.</p> <p>Szasz, T. S. (1972). <i>Geestesziekte als mythe</i>. Lemniscaat.</p> <p>Trimbos, T. (1975). <i>Antipsychiatrie: Een overzicht</i>. Van Loghum Slaterus.</p> |
|---|--|

.....

Oefenstof voor startende hulpverleners

.....

Bespreking van

Gerrie Bloothoofd (2021). *Fundamentele vaardigheden in gesprekstherapie*. Boom. 288 pp., € 32,95. ISBN 9789024443147

VINCENT VAN BRUGGEN ☞ EVELINE HENDRIX

Startende gesprekstherapeuten zijn de doelgroep van *Fundamentele vaardigheden in gesprekstherapie*. Dit boek biedt hun een overzicht van de belangrijke vaardigheden die een psycholoog nodig heeft. Het onderscheidt zich van andere handboeken door de praktische insteek. Per vaardigheid wordt met voorbeelden uitgelegd hoe je deze uitvoert en daarna volgen oefeningen waarmee de lezer zich de vaardigheid verder eigen kan maken. De oefeningen bestaan uit vragen of heel korte vignetten, waarbij je eerst zelf een antwoord moet bedenken en vervolgens de uitwerking kunt lezen die de auteur voorstelt. In de inleiding vergelijkt de auteur dit met de schaakpuzzels die schakers gebruiken om vaardiger te worden. Een voorbeeld van een oefening (uit het hoofdstuk over omgaan met lastige situaties): ‘Esmee is sinds een paar weken somber, en de somberheid lijkt steeds erger te worden. Je vraagt je af of er sprake is van suicidaliteit bij haar. Welke vraag zou je aan haar kunnen stellen om dit te onderzoeken?’ (p. 168). Het antwoord dat het boek voorstelt: ‘Heb je weleens het idee dat het leven niet meer de moeite waard is? Heb je gedachten aan de dood?’ (p. 170).

Het boek beschrijft tien vaardigheden, die volgens de auteur fundamenteel zijn voor het werk van een psycholoog. Het gaat onder andere om: het eerste contact leggen, klachten verhelderen, psychodiagnostisch onderzoek verrichten en het beëindigen van de therapie. Bij de vaardigheden wordt steeds een verband gelegd met theorie op dit gebied. Het hoofdstuk over het opbouwen van een therapeutische relatie gaat bijvoorbeeld uit van de ‘rogeriaanse gespreksvoering’. Het hoofdstuk over klachtverheldering bevat een

uitwerking van het gebruik van functie- en betekenisanalyses, en is feitelijk een samenvatting van het bekende handboek van Korrelboom en ten Broeke (2016), zoals de auteur ook zelf aangeeft (p. 107).

De insteek van het boek is sympathiek en er valt veel goeds over te zeggen. Voor we dat gaan doen, moeten er echter nog twee kritische noten gekraakt worden. De eerste betreft de selectie van de vaardigheden die als fundamenteel gezien worden. Bij sommige hoofdstukken is gemakkelijk te begrijpen dat het gaat om vaardigheden waarover elke gesprekstherapeut moet beschikken, zoals empathisch aansluiten, uitvragen van suïcidaliteit en het afsluiten van een therapie. In deze hoofdstukken zijn de praktijkoefeningen die worden gegeven ook het meest overtuigend. De auteur heeft echter voor een brede scope gekozen en bespreekt ook vaardigheden waarbij dit minder duidelijk het geval is. Is bijvoorbeeld het uitvoeren van psychodiagnostisch onderzoek, inclusief de zogenaamde 'dynamische profielinterpretatie' (p. 213), een fundamentele vaardigheid? Dat is de vraag. In elk geval zijn er veel gesprekstherapeuten die deze vaardigheid niet (meer) toepassen. Dit hoofdstuk lijkt daarom hooguit nuttig voor wie – bijvoorbeeld na de gz-opleiding – psychodiagnostiek als taak heeft. Hetzelfde geldt voor het al genoemde hoofdstuk over functie- en betekenisanalyses. De toepassing hiervan is een must voor gedragstherapeuten, maar wat kan een hulpverlener ermee die geen gedragstherapie toepast? De brede scope van het boek roept daarnaast de vraag op waarom andere vaardigheden dan niet besproken worden die volgens ons minstens zo fundamenteel zijn, zoals de inzet van e-health, het toepassen van behandelrichtlijnen, en het toepassen en interpreteren van effectmetingen. De tweede kritische noot betreft de bespreking van de rol van de DSM. De auteur sluit aan bij de actuele – en vaak terechte – kritiek op de DSM, maar gaat daar wel erg ver in mee. Zo lezen we in het boek dat classificaties voornamelijk worden opgesteld voor de zorgverzekeraar, dat je ze vooral niet in de huisartsbrief moet vermelden en dat je ze in het gesprek met de patiënt zo min mogelijk moet benadrukken (pp. 24-25). Startende hulpverleners zouden meer geholpen zijn met een genuanceerde visie. Een kritisch gebruik van de DSM vergemakkelijkt het gesprek tussen hulpverleners en geeft hun, maar ook cliënten zelf, toegang tot belangrijke informatiebronnen.

Tijdens het lezen van *Fundamentele vaardigheden in gesprekstherapie* werd ik (VB) mij ervan bewust dat ik al een tijd niet meer behoor tot de primaire doelgroep van het boek. Gelukkig vond ik in Eveline Hendrix, een startende collega, iemand die mij wilde helpen bij het schrijven van deze recensie. Na het lezen van het boek schreef ze: 'De beginnende gedragswetenschapper maakt met grote regelmaat situaties mee waarin we even twijfelen aan onszelf of handelingsverlegen raken. Neem bijvoorbeeld de volgende situaties: het voeren van eerste kennismakingsgesprekken, wanneer een cliënt boos op je wordt tijdens een gesprek, praten over een mogelijke suïcidepoging of een seksueel getinte opmerking die een cliënt maakt. Dit

is maar een kleine greep uit situaties die zich voor kunnen doen waardoor we soms even niet weten hoe we moeten handelen. *Fundamentele vaardigheden in gesprekstherapie* is een interessant boek met handige tips. Het is verhelderend om mogelijke antwoorden te lezen en het boek biedt inzicht in verscheidene situaties. Het is een boek dat iedereen zou kunnen lezen die therapie biedt en/of gesprekken met cliënten heeft. Het is op een eenvoudige wijze geschreven, beschrijft bekende situaties en geeft duidelijke mogelijke antwoorden. Het boek biedt handvatten en daardoor meer zekerheid over hoe te handelen in specifieke situaties. Vrijwel ieder onderdeel in het therapieproces komt aan bod. Zeer nuttig, leest makkelijk weg en een must-have voor de startende gedragswetenschapper.'

Deze reactie illustreert dat het boek voorziet in een behoefte bij startende hulpverleners en daarom kunnen we het hun van harte aanbevelen. Ook leent het boek zich goed voor onderwijssituaties, met name door de vele korte opdrachten, die de opleiding aanzetten om actief met de stof aan de slag te gaan.

Vincent van Bruggen is supervisor bij de VGCT en is werkzaam als gz-psycholoog bij GGZ Centraal, Marina de Wolfcentrum. Hij geeft daarnaast les in CGT.

Eveline Hendrix is werkzaam als orthopedagoog bij Voorschoten Voor Elkaar. Daarnaast werkt ze als praktijkondersteuner (POH) bij huisartsenpraktijken in Voorschoten. Tijdens het schrijven van deze recensie volgde ze een basiscursus gedragstherapie, waarin de eerste auteur docent was.

Correspondentieadres: v.vanbruggen@ggzcentraal.nl.

Literatuur

Korrelboom, K., & ten Broeke, E. (2016). *Geïntegreerde cognitieve gedragstherapie: Handboek voor theorie en praktijk*. Coutinho.

.....

Met meer lijntjes kleur je er niet buiten

.....

Bespreking van

Tayyab Rashid & Martin Seligman (2020). *Positieve psychotherapie: Handboek voor behandelaars*. Hogrefe Uitgevers. 400 pp., € 36,70. ISBN 9789492297358. *Werkboek voor cliënten*. 240 pp., € 22,94. ISBN 9789492297365

JAN CALLENS

In 2013 gaf Tayyab Rashid in Maastricht een door mijzelf en vele anderen gesmaakte workshop over positieve psychotherapie. Daarin kregen we een geprotocolleerde behandeling voorgeschoteld waarvan men beweerde dat ze onder andere depressie zou kunnen behandelen enkel en alleen door het inoefenen en toepassen van inzichten uit de positieve psychologie. In de workshops en lezingen die ikzelf nadien verzorgde over het thema ‘positieve psychologie in de klinische praktijk van de CGT’er’ gebruikte ik wat ik in de workshop had opgestoken als ‘uitsmijter’, een soort veelbelovend curiosum naast de toen reeds gevestigde waarden als die van Lyubomirsky, Csikszentmihalyi, Fredrickson, Padesky, Seligman en Bannink. De toonaard van de boodschap die ik mijn toehoorders toen bracht was: een degelijke therapie moet ook oog hebben voor de inherente positiviteit van de cliënt, en positieve psychologie biedt een rijk gevulde grabbelton aan interventies en inzichten om tussen klachtgerichte interventies in te breien.

Mijn houding tegenover de positieve psychotherapie (verder aangegeven als ‘PPT’) veranderde echter grondig toen Rashids werk in 2020 uiteindelijk in de vorm van een handboek en een werkboek verscheen, ik me er wederom in verdiepte en in de praktijk tot leven wekte in de groep positieve psychologie die ik sinds enkele jaren in een residentieel psychiatrisch centrum verzorgde en die ik prompt na het doornemen van het boek omdoopte tot een groep positieve *psychotherapie*. Ik was bekeerd.

Ik worstelde immers al langer met het weinig samenhangend allegaartje aan thema's, technieken en geluksbrengers die de mij bekende literatuur over positieve psychologie bood. Samenhang en een coherente theoretische achtergrond ontbraken grotendeels, waardoor ik de neiging kreeg om voor cliënten maar weer eens 'dankbaarheid' of 'maak contact met de natuur' aan te kaarten als positief extraatje in mijn klachtgerichte behandeling. Het deed me denken aan de grabbelton van cognitieve technieken die ik me begin jaren tachtig eigen probeerde te maken met het boek *Kognitieve psychotherapie* van Hans Geluk (1980). Beste lezer, let op de tijdsgeest van toen: inderdaad 'kognitief' met een K!

Met het werk van Rashid vielen echter de puzzelstukken op hun plaats: een samenhangend model over het belang van positieve identiteit, dito emoties en relaties, het ondergesneeuwd raken hiervan door psychische problemen, het risico dat klachtgerichte hulpverlening de 'negatieve' identiteit onbedoeld bevestigt, en derhalve het belang van tegengewicht door de inherente positiviteit te ontdekken, aan te wakkeren en een stevige plaats in het bestaan te geven. Dit alles leidt tot een minder kwetsbaar zelfbeeld en brengt veerkracht met zich mee.

Beide boeken horen uiteraard bij elkaar: het ene als handboek voor de behandelaar en het andere als werkboek voor cliënten. Zoals wel meer het geval is bij een dergelijke dubbele uitgave, is er sprake van een flinke overlapping tussen beide: mijn werkboekexemplaar kan ondertussen geclassificeerd worden als 'met duidelijke gebruikssporen', terwijl het handboek er nog 'zo goed als nieuw' uitziet. Het handboek onderscheidt zich van het werkboek door een hoofdstuk over de theoretische grondslagen van de positieve psychotherapie.

'Leren functioneren als je geconfronteerd wordt met psychische lijdensdruk is een alternatieve benadering die wordt aangehangen door PPT' (p. 16), in tegenstelling tot de traditionele psychotherapie, die zich juist focust op tekortkomingen. De ambitie is om het responspercentage van 65% van de klachtgerichte therapieën te overschrijden door mensen te leren hun sterke kanten te gebruiken terwijl ze symptomen hebben.

Twee belangrijke theorieën schragen de PPT: (1) de PERMA-conceptualisering van welbevinden van Seligman, en (2) het persoonlijke-kwaliteiten-model van Peterson en Seligman. PERMA staat voor *positive emotions, engagement, relations, meaning and accomplishment*, vijf meetbare en hanteerbare dimensies van welbevinden. Symptomen worden gezien als een ontregeling van sterke kanten. Van die sterke kanten of persoonlijke kwaliteiten bieden Peterson en Seligman een mooi lijstje van 24 waarden, gerangschikt in zes categorieën of kerndeugden. Het handboek eindigt met per kwaliteit een uitgebreide beschrijving en illustratie. Dit lijstje vormt de ruggengraat van de 15 sessies die het hoofdaandeel van het handboek en de inhoud van het werkboek uitmaken. De reeks sessies doorloopt drie fasen:

- 1 Leer je positieve identiteit kennen (vier sessies: van jezelf positief leren voorstellen en dankbaarheidsdagboek, over sterke kanten ontdekken tot een betere versie van jezelf).
- 2 Ontwikkel positieve emoties en leer omgaan met negatieve herinneringen en gevoelens (vier sessies: open versus gesloten herinneringen, vergeving, maximaliseren versus genoeg nemen, en dankbaarheid).
- 3 Bouw en handhaaf positieve relaties, en onderzoek de zin en het hogere doel in je leven (zeven sessies: hoop en optimisme, posttraumatische groei, traagheid en genieten, positieve relaties, positieve communicatie, altruïsme, en zingeving en een hoger doel).

Elke sessie volgt hetzelfde duidelijke stramien: ‘drie dingen die je moet weten over het thema’, een ontspanningsoefening, werkbladen om tijdens de sessie mee te oefenen, tips om je vooruitgang vast te houden (die je makkelijk in vrijblijvend huiswerk kan vertalen) en ‘hulpbronnen’: leesvoer, filmpjes en websites.

Inmiddels heb ik al verschillende reeksen van 15 sessies met veel plezier geleid en aan de man gebracht. Mijn groep bestond steeds uit een heterogene groep residentieel opgenomen psychiatrische patiënten (in het continuüm van ernstig depressief of gebukt onder traumatische ervaringen, tot mensen bij wie het herstel al vrij goed op weg was). Sommigen bleven zwijzaam volgen en oefenden niet mee, anderen konden gretig een thema opnemen en in de groep naar voren brengen wat dat thema voor hen betekende. Voor veel levensgebeurtenisverwerkende cliënten betekende elke sessie een verademing: eindelijk eens focussen op de inherente en soms flink ondergesneeuwde positiviteit in hun bestaan. De aankondiging (aan het einde van elke sessie) van het thema voor de volgende keer bracht stevast een spannende verwachting met zich mee en zodoende een trouw publiek. Als therapeut word je bovendien ook een beetje groepslid: tal van thema's kun je onbevangen met je eigen leven illustreren – wat met negatieve emoties en ervaringen toch wat moeilijker ligt. Op die manier kun je drempels verlagen en de groepscohesie verhogen. De gedragstherapeut in mij moest echter wel de neiging afleren om huiswerk mee te geven en er de volgende sessie op terug te komen. Wel gaf ik huiswerksuggesties mee, waarbij ik in PPT-stijl aangaf dat men zelf kan uitmaken of dit in hun situatie zinvol is of niet.

De opgegeven filmpjes, websites, TED-talks en literatuur in de boeken zijn weinig bruikbaar, omdat ze gewoon zijn overgenomen uit de oorspronkelijke Noord-Amerikaanse versie en voor Europeanen minder toegankelijk of domweg te ‘Amerikaans’ zijn.

Voor de rechtgeaarde gedragstherapeut geven deze boeken een verfrissende aanvulling op zijn inzichten en technieken. Ook in een individuele therapie kunnen onderdelen uit het boek gesprokkeld worden die meteen een aanvulling bieden op het (te eenzijdig?) klachtgericht werken.

Beide werken zijn verzorgd uitgegeven, overzichtelijk ingedeeld en goed leesbaar, ook als de therapeut ze ‘live’ in de sessie als leidraad gebruikt.

Voor elke gedragstherapeut, ook voor diegenen onder hen die met de voeten op de grond willen blijven staan, lijkt dit werk me een must: beseffen dat klachtgericht werken een bevestiging van negatieve identiteit inhoudt, en dat vertrouwen in en stimuleren van intrinsieke kwaliteiten een cruciaal onderdeel van het therapeutische proces vormt. Zodoende draagt dit werk tevens bij tot de positieve identiteit van de gedragstherapeut.

101

Jan Callens is klinisch psycholoog en cognitief gedragstherapeut en supervisor voor de VVGT. Hij was tot voor kort verbonden aan het Centrum voor Psychiatrie en Psychotherapie Sint-Jozef te Pittem (B) en is werkzaam bij Plan C, praktijk voor klinische psychologie en gedragstherapie, Wevelgem (B). *Correspondentieadres:* Beukenstraat 22, B 8560 Wevelgem. E-mail: jan@planC-psycholoog.be.

Literatuur

Geluk, H. (1980). *Kognitieve psychotherapie*. Gamma.

.....

Dansen met ACT

.....

Bespreking van

Lieve Bruyninx, Yvonne Barnes-Holmes, Ciara McEnteggart, Roy The-
wissen & Marjolein Vleugel (2022). *ACT met hoofd en hart: Procesgericht
werken met acceptance and commitment therapy*. Boom. 224 pp., € 32,95.
ISBN 9789024448753

JACQUELINE A-TJAK

ACT met hoofd en hart is bedoeld voor hulpverleners die al met ACT werken of die met ACT willen leren werken. Hoewel voorkennis over ACT niet vereist is, lijkt het wel raadzaam om naast dit boek ook andere literatuur over ACT te bestuderen. Het ACT-model is zo rijk dat het lezen van één boek niet volstaat. Het boek beschrijft ACT als een vloeiend proces van bewustwording en gedragsverandering, waarin nauw wordt aangesloten bij de beleving van de cliënt. Het boek wil therapeuten helpen begrijpen waarom cliënten doen wat ze doen, middels analyses gestoeld op ACT en de *relational frame theory*.

In hoofdstuk 1 worden basisbegrippen uit het functioneel contextualisme geïntroduceerd. In hoofdstuk 2 staat de invloed van zelf-als-inhoud als beperkende factor op het gedrag centraal. In hoofdstuk 3 wordt ingegaan op het proces van fusie en defusie. Hoofdstuk 4 is geheel gewijd aan creatieve hopeloosheid, omdat dat volgens de auteurs een grote rol moet hebben in een ACT-behandeling. In hoofdstuk 5 wordt uitgelegd waarom werken met het proces van hier-en-nu meer is dan cliënten mindfulness technieken aanleren. De hoofdstukken 6, 7 en 8 behandelen achtereenvolgens acceptatie en bereidheid, zelf-als-context en waarden in combinatie met toegewijde actie. De indeling in processen sluit aan bij de hexaflex (zie onder andere: Hayes et al., 2012), maar met eigen accenten.

Het is ingewikkeld om therapieprocessen tot leven te brengen in de lineaire context van een boek. De auteurs zijn daar wat mij betreft goed in geslaagd. Ze illustreren met voorbeelden uit hun eigen leven wat het werken

met ACT betekent. De lezer wordt middels oefeningen uitgenodigd om bij zichzelf stil te staan, om de processen van binnenuit te leren kennen. Daarnaast krijgt de lezer praktische voorbeelden van interventies die hij of zij als therapeut kan gebruiken. Aan de hand van casuïstiek wordt verduidelijkt hoe de beschreven processen er in de praktijk uitzien. De auteurs verbinden de processen uit de verschillende hoofdstukken met elkaar, waardoor duidelijk wordt hoe een behandeling zorgvuldig opgebouwd kan worden en hoe de processen elkaar versterken. Er is aandacht voor zowel de therapeutische relatie als belangrijke context, als het welzijn van de therapeut.

Het boek is een belangrijke toevoeging aan andere literatuur over ACT. De nadruk die gelegd wordt op creatieve hopeloosheid is uniek. De auteurs zeggen hierover: 'Als je als behandelaar creatieve hopeloosheid niet centraal stelt, doe je geen ACT' (p. 117). Volgens de auteurs is de essentie van een goede ACT-behandelaar het vermogen om vol overgave te worstelen met creatieve hopeloosheid, zowel bij zichzelf als bij cliënten.

Er is een heel hoofdstuk gewijd aan identiteit of zelf-als-inhoud, omdat dat volgens de auteurs een centrale rol speelt wanneer cliënten vastlopen. Bij cliënten met persoonlijkheidsproblematiek zijn er meer therapiemodellen die daar aandacht voor vragen, zoals de schematherapie (Young & Klosko, 1999). Volgens de auteurs van dit boek is het niet alleen bij persoonlijkheidsproblematiek nuttig om de beperkende invloed van identiteit te onderzoeken en aan te pakken. Dit sluit aan bij mijn eigen ervaring.

In het Nederlandse taalgebied wordt het begrip functieanalyse vaak ingevuld naar het voorbeeld van basisboeken, zoals *Inleiding tot de gedragstherapie* (Hermans et al., 2017) en *Geïntegreerde cognitieve gedragstherapie* (Korrelboom & ten Broeke, 2013). De auteurs van *ACT met hoofd en hart* plaatsen zich in de traditie van Skinner en de relational frame theory. De uitleg in dit boek over de vermijdingsfunctie en toenaderingsfunctie van gedrag wijkt af van de meer traditionele (Nederlandstalige) opvatting, wat tot verwarring kan leiden bij de lezer.

ACT wordt niet altijd zo intensief toegepast als de auteurs van dit boek voorstaan (er wordt vermeld dat de behandeling niet binnen 30-50 sessies is afgerond) en dat is ook niet altijd nodig. Zeker binnen de gefinancierde zorg moet goed gekeken worden naar wat nodig en haalbaar is. Tegelijkertijd biedt de benadering van de auteurs hoop en ruimte voor cliënten die niet opknappen van standaardbehandelingen, en voor hun therapeuten.

In alle hoofdstukken wordt uitleg herhaald en vervolgens wordt er een nieuw aspect aan toegevoegd, wat past bij het procesmatige karakter. In sommige hoofdstukken echter wordt naar mijn smaak te veel herhaald. Ook is de tekst soms verwarrend, zoals in het hoofdstuk over het hier-en-nu: daarin wordt niet duidelijk wat er nu wel en niet onder verstaan wordt. Verder mis ik referenties naar de interventies die niet oorspronkelijk door de auteurs zijn bedacht.

Tot slot: er zijn inmiddels al heel wat boeken geschreven over ACT. Kan een nieuw boek daar nog iets aan toevoegen? In het geval van *ACT met hoofd en hart* is mijn conclusie: zeer zeker.

Jacqueline A-Tjak is als klinisch psycholoog en supervisor VGCT werkzaam bij Skils.

Daarnaast heeft zij een eigen cursusbedrijf (ACT Cursus) en is zij peer reviewed ACT-trainer. Ze is voorzitter van de opleidingscommissie van de ACBS BeNe. *Correspondentieadres*: Skils, locatie Emmen, Hooggoorns 24, 7812 AM, Emmen.

E-mail: a-tjak.turk@planet.nl.

Literatuur

- | | |
|---|---|
| <p>Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). <i>Acceptance en commitment therapie: Veranderingen door mindfulness, het proces en de praktijk</i>. Pearson.</p> | <p>Hermans, D., Raes, F., & Orlemans, H. (2017). <i>Inleiding tot de gedragstherapie</i>. Bohn Stafleu van Loghum.</p> <p>Korrelboom, K., & ten Broeke, E. (2013). <i>Geïntegreerde cognitieve gedragstherapie</i>. Uitgeverij Countinho.</p> <p>Young, J., & Klosko, J. (1999). <i>Leven in je leven</i>. Pearson.</p> |
|---|---|

.....

Misschien zie ik ... een nieuwe horizon? Zeker weten!

.....

Bespreking van

Henny Visser & Maartje Punt (2022). *Behandeling van OCD: Inclusief de inference based approach: een nieuwe behandelmethode voor dwangklachten*. Bohn Stafleu van Loghum, 242 pp., € 49,95. ISBN 9789036828307

YVETTE VAN DER PAS

Dit boek is een zeer welkome aanvulling op de literatuur over de obsessieve-compulsieve stoornis (OCD). Het is het eerste Nederlandstalige boek over de behandelmethode die bekendstaat als de *inference based approach* (IBA) en is geschreven voor behandelaars in de geestelijke gezondheidszorg. Het eerste deel van het boek bevat relevante informatie voor psychologen en psychiaters die zich op diagnostiek richten. In het tweede deel van het boek komt de IBA-behandelmethode aan bod.

De auteurs hebben veel ervaring met de behandeling van OCD, Maartje Punt als patiënt en Henny Visser als behandelaar en onderzoeker. Sinds 2008 maak ik, medeauteur van een boek over CGT bij OCD (van der Pas & de Neef, 2020), gebruik van de IBA-methode. Ik deed mee aan de pilotstudie van Henny Visser. Wij kregen online supervisie van Marie Claude Pélissier, een van de grondleggers van IBA.

De auteurs delen met dit boek hun kennis en ervaring, zodat behandelaars beter toegerust zijn om OCD, in haar vele verschijningsvormen, te herkennen. Ze beogen begrip te kweken voor de innerlijke strijd die patiënten met OCD ervaren. Verder bieden zij een nieuwe behandelmethode aan, na daarvan de wetenschappelijke basis te hebben beschreven. In mijn ogen zijn de auteurs erin geslaagd deze ambities te verwezenlijken.

Hoofdstuk 3 vormt de schakel tussen de informatie over OCD en het handelspecifieke deel. Aan de hand van data uit laboratoriumonderzoek illustreren de auteurs de wetenschappelijke basis van IBA. Visser beschrijft ingewikkelde materie op een begrijpelijke manier, terwijl Punt op aansprekende wijze haar reflecties deelt over hoe het is om aan OCD te lijden en over haar ervaringen met zowel CGT als IBA. Deze reflecties bieden de therapeut waardevolle aanknopingspunten. Het geheel is toegankelijk geschreven, in een prettig leesbare stijl.

Henny Visser promoveerde op het proefschrift *Obsessive-compulsive disorder: Unresolved issues, poor insight and psychological treatment* (2016). Een van haar onderzoeksvragen betrof het effect van IBA bij de behandeling van mensen met OCD met slecht inzicht. IBA blijkt even effectief te zijn als een CGT-behandeling. Dit is in overeenstemming met eerdere bevindingen van O'Connor en collega's (O'Connor & Aardema, 2011; O'Connor et al., 2005). Het behandel-effect van OCD met CGT is matig en er is geregeld sprake van recidive (Verbraak et al., 2017; Visser, 2016). Behandeling met CGT, in casu exposure en responspreventie (ERP), roept soms zoveel angst op dat patiënten afhaken. Zonder behandeling verloopt OCD chronisch, wat leidt tot een verminderde kwaliteit van leven. Voor welke categorie patiënten ERP dan wel IBA het meest geschikt is, kan nog niet gezegd worden en behoeft nader onderzoek.

Het toepassen van IBA vraagt om een omschakeling in het denken van de therapeut en veel oefening. IBA start bij de ervaren twijfel van de patiënt en richt zich op de redeneerprocessen die ertoe leiden dat de patiënt zijn dwangtwijfel realistisch acht. Tijdens de IBA-behandeling doorgronden patiënten deze redeneerprocessen. Ze leren begrijpen waarom de gevreesde toestanden realistisch lijken, terwijl ze in feite puur imaginair zijn. De patiënt leert zich te verdedigen tegen het effect van obsessieve redeneerprocessen. Verder leert hij hoe hij het contact met de waarneembare werkelijkheid kan behouden, en wel door zich te baseren op de zintuiglijke informatie die op dat moment beschikbaar is.

Deel I beslaat drie hoofdstukken. Het eerste hoofdstuk behandelt de diagnostiek van OCD. Relevante meetinstrumenten worden beschreven, zoals de Overvalued Ideas Scale (OVIS). Bij het bespreken van de klachten kan schaamte de patiënt in de weg zitten. Dit hoofdstuk biedt waardevolle tips en helpende vragen om hiermee om te gaan. Verder wordt het fenomeen 'meedwangen' door gezinsleden geïllustreerd. Met de Family Accommodation Scale (FAS), oftewel de 'meedwangschaal', kan voor alle betrokkenen inzichtelijk worden gemaakt in welke mate zij 'meedwangen'. Hoofdstuk 2 gaat over de behandeling van OCD volgens de multidisciplinaire richtlijn en zorgstandaard, inclusief de medicamenteuze behandeling. Ook de behandelrelatie en hoe de patiënt de therapeut kan verleiden tot meedwangen krijgen aandacht, evenals eventuele kinderen van de patiënt en hoe die te beschermen zijn tegen de negatieve gevolgen van OCD. Het derde hoofd-

stuk beschrijft de wetenschappelijke stand van zaken met betrekking tot hersenonderzoek, erfelijkheid en neuropsychologische aspecten, alsmede het experimentele onderzoek naar factoren die OCD veroorzaken en in stand houden. Het aangrijpingspunt van de CGT-behandeling verschilt van dat van IBA. CGT richt zich op het falsifiëren van de verwachte ramp, waarbij intrusies beschouwd worden als een normaal verschijnsel, terwijl IBA aangrijpt op de intrusie, die opgevat wordt als twijfel zonder grond in de werkelijkheid; met andere woorden: IBA grijpt in op de realiteitstoetsing. Voor de toepassing van CGT wordt verwezen naar bekende literatuur en protocollen.

Deel II behandelt de IBA-behandelingsmethode in tien stappen. De behandeling wordt aan de hand van vier casussen geïllustreerd. Een e-werkboek voor de patiënt is beschikbaar via een code in het boek.

Mijn gereedschapskist voor de behandeling van OCD is verrijkt met IBA. Ik hoop die van u en van de commissie die de multidisciplinaire richtlijnen opstelt binnenkort ook!

Yvette van der Pas is als klinisch psycholoog en cognitief gedragstherapeut/supervisor verbonden aan Singel 54, praktijk voor psychotherapie. Zij publiceerde over OCD en angststoornissen. *Correspondentieadres:* Singel 54, 1015 AB Amsterdam. E-mail: vanderpas@singel54.nl.

Literatuur

O'Connor, K., & Aardema, F. (2011). *Clinician's handbook for obsessive compulsive disorder: Inference-based therapy*. Wiley Blackwell.

O'Connor, K., Aardema, F., Bouthillier, D., Guay, S., Robillard, S., Pélissier, M. C., Landry, P., Todorov, C., Tremblay, M., & Pitre, D. (2005). Evaluation of an inference based approach to treating obsessive-compulsive disorder. *Cognitive Behavior Therapy*, 34, 148-163.

van der Pas, Y., & de Neef, M. (2020). *Doorbreek je dwang*. Boom.

Verbraak, M., Hoogduin, C., & Keijsers, G. (2017). Protocollaire behandeling van patiënten met een obsessieve-compulsieve stoornis. In G. Keijsers, A. van Minnen, C. Hoogduin, & P. Emmelkamp (red.), *Protocollaire behandelingen voor volwassenen met psychische klachten: Boek 1* (pp. 427-506). Boom.

Visser, H. A. D. (2016). *Obsessive-compulsive disorder: Unresolved issues, poor insight and psychological treatment* [Proefschrift]. Vrije Universiteit Amsterdam.

.....

De vrouwelijke vorm van autisme leren (her)kennen

.....

Bespreking van

Sarah Hendrickx (2022). *Meisjes en vrouwen met autisme*. Hogrefe Uitgevers. 232 pp., € 25,00. ISBN: 9789492297471

PAULIEN DIJK

Sarah Hendrickx is getrouwd met een man met autisme, werkte jarenlang als hulpverlener onder mensen met autisme en heeft meerdere boeken over het onderwerp geschreven. Desondanks herkende zij het autisme bij zichzelf niet en kreeg zij pas op haar 43ste de diagnose. Ze worstelde daarmee: 'Het vooruitzicht van het openlijk vertellen en toegeven dat ik in feite anders en (in mijn ogen) minder was dan de volkomen acceptabele persoon die ik altijd had proberen te zijn, was een enorm persoonlijk dilemma' (p. 15).

De auteur schreef dit boek voor vrouwen met autisme en hun naasten, alsmede voor professionals. Ze wilde bijdragen aan de (h)erkenning en acceptatie van de 'vrouwelijke vorm' van autisme. In het eerste hoofdstuk schetst de auteur dat onderzoek dat zich richt op differentiatie tussen mannelijke en vrouwelijke profielen van autisme schaars is (alsof deze verschillen zouden wegvallen zodra iemand autistisch is). Ook het diagnostisch profiel is volgens Hendrickx 'vrijwel volledig gebaseerd op een mannelijk fenotype' (p. 19). In de eerste twee hoofdstukken geeft de auteur alvast een goede voorzet om het vrouwelijke gedragsprofiel bij autisme helderder te krijgen, en wel door zowel wetenschappelijk onderzoek te citeren als quotes van een groep van ruim 30 vrouwen met autisme. Deze quotes zijn door het hele boek te vinden en geven een blik van binnenuit. Vanuit het stellen van een diagnose loopt de auteur vervolgens het hele leven van vrouwen met autisme door, zoals de vroege jeugd en kindertijd, adolescentie, onderwijs, relaties, moederschap, en ouder worden met autisme. Met name in de hoofdstukken over seksualiteit en genderidentiteit zaten eyeopeners, bijvoor-

beeld dat vrouwen met autisme vaak een minder sterke ‘genderidentiteit’ hebben, maar daardoor niet per se transgender hoeven te zijn (het kan wel).

Dit boek heeft mij als professional geholpen om een duidelijker beeld te krijgen van vrouwen met autisme in verschillende levensfasen. Ik raad het collega’s dus zeker aan. Het boek kan therapeuten helpen om hun diagnostische blik op autisme te verbreden en zich beter in te leven in vrouwelijke cliënten met autisme. De autobiografische boeken van Gunilla Gerland (1998) en recenter Judith Visser (2018, 2020) hebben mij hierbij trouwens ook erg geholpen, evenals de YouTube-documentaire *Mijn vriendin heeft autisme* (Vet gezellig: Docs, 2021). Het boek van Sarah Hendrickx kan verder bruikbaar zijn om aan cliënten te geven. Het feit dat het boek is geschreven door een ‘insider’ zal voor hen zeker een pré zijn. Gelukkig is er ook in Nederland steeds meer aandacht voor (de diagnostiek van) autisme bij vrouwen en kunnen zij (en hun familieleden en hulpverleners) terecht op informatieve websites, zoals www.anneliesspek.nl en www.fann-autisme.nl.

Sterk aan het boek vind ik verder de combinatie van de blik van binnenuit en de wetenschappelijke onderbouwing. Sommige punten worden wel wat vaak herhaald. Als professional ben ik soms zoekende naar hoe ik vrouwen met autisme in de behandeling zal benaderen. In dit boek zijn geen afvinklijstjes, diagnostische instrumenten of concrete behandelhandvatten te vinden, dus in de behandelkamer is dit boek minder bruikbaar. Wel laat de auteur vrouwen met autisme aan het woord over wat hen hielp en niet hielp. Onder andere komt naar voren dat degenen die baat hadden bij de therapie hulp kregen die ‘directief was en hielp bij het verkrijgen van sociaal inzicht’ (p. 200). Jammer genoeg worden er geen onderzoeken geciteerd die dit inzicht ondersteunen (misschien omdat ze er niet zijn), maar wat mij betreft mag Hendrickx een boek schrijven dat hier dieper op ingaat.

Het stellen van een diagnose blijft een uitdaging, vooral omdat vrouwen met autisme (en mannen trouwens ook) vaak onbewust proberen hun autisme te camoufleren (Hull et al., 2017). Er is geen uitputtende lijst van criteria op te stellen om dat eenvoudiger te maken. Ook in dit boek is zo’n lijst niet te vinden. Wel geeft dit boek veel beschrijvende informatie die kan helpen bij het interpreteren van de bestaande criteria voor autisme en om deze toe te passen bij vrouwen.

Ik denk dat het zou helpen als er een nieuw beeld in de maatschappij ontstaat – naast dat van mannen met autisme – van vrouwen met autisme, die gefascineerd zijn door bijvoorbeeld dieren, popsterren, vriendschappen of sociale interacties (!) en in sociaal opzicht niet direct opvallen, maar die heel hard hun best moeten doen om een façade op te houden, en zich vanbinnen eenzaam en onbegrepen voelen. Voor zulke vrouwen hoop ik, met Sarah Hendrickx, op meer (h)erkenning en acceptatie. Of zoals een wijze vrouw het verwoordt op de laatste pagina: ‘Autisme is gewoon iets wat je hebt, het hoeft je niet te bepalen. Het is niet het interessantste aan jou. Ken je grenzen, en verken zoveel mogelijk wat daarbinnen kan’ (p. 226).

Paulien Dijk is psycholoog bij Eleos in Ede. *Correspondentieadres:* paulien.dijk@eleos.nl.

110

Literatuur

- Gerland, G. (1998). *Een echt mens*. Houtekiet.
- Hull, L., Petrides, K. V., Allison, C., Smith, P., Baron-Cohen, S., Lai, M., & Mandy, W. (2017). 'Putting on my best normal': Social camouflaging in adults with autism spectrum conditions. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 47, 2519-2534.
- Visser, J. (2018). *Zondagskind*. Harper Collins.
- Visser, J. (2020). *Zondagsleven*. Harper Collins.
- Vet gezellig: Docs. (2021). *Mijn vriendin heeft AUTISME* [Video]. YouTube. www.youtube.com/watch?v=n61rEx-f4B-g&ab_channel=VetGezellig

Werkzame elementen van therapie

Fitzpatrick, O.M., Cho, E., Venturo-Conerly, K.E., Ugueto, A.M., Ng, M.Y., & Weisz, J.R. (2022). Empirically supported principles of change in youth psychotherapy: Exploring codability, frequency of use, and meta-analytic findings. *Clinical Psychological Science*. <https://doi.org/10.1177/21677026221120230>

Er is in het veld van psychotherapie een groeiende roep om de heersende conceptualisering van psychopathologie te herzien. Zo hebben experts aanbevolen om over te stappen van de op de DSM gebaseerde benadering naar een benadering die meer transdiagnostisch en transtheoretisch van aard is, met als doel de dynamische, gepersonaliseerde en dimensionale aard van geestelijke gezondheid beter weer te kunnen geven. De meeste jongeren die doorverwezen worden, vertonen bijvoorbeeld meerdere, gelijktijdig voorkomende geestelijke gezondheidsproblemen die fluctueren over de tijd, wat de behoefte aan meer flexibele en aanpasbare benaderingen benadrukt. Een raamwerk dat hieraan zou kunnen bijdragen is dat van de zogeheten *empirically supported principles of change* (ESPC's).

Voorbeelden van ESPC's zijn het bevorderen van de verwachting van de cliënt dat therapie kan helpen, het versterken van de motivatie van de cliënt voor verandering en het tot stand brengen van een optimale therapeutische alliantie. Deze ideeën hebben bijgedragen aan waardevol werk in het veld, van de ontwikkeling van taskforces die zijn ontworpen om ESPC's te identificeren tot belangrijke discussies over de factoren van effectieve psychotherapieën. Maar ondanks het feit dat het ESPC-concept al tientallen jaren in de literatuur bestaat, is het empirische onderzoek van de toepassing ervan tot op heden beperkt gebleven. Dit artikel wil bijdragen aan dit onderzoek.

ESPC's worden hier gedefinieerd als constructen die groepen van conceptueel gerelateerde behandelingsprocedures omvatten en karakteriseren, en waarvoor RCT's significant bewijs van voordeel hebben aangetoond. Vanwege dat laatste is in dit onderzoek de nadruk gelegd op ESPC's binnen *evidence based practices* (EBP's).

Een belangrijke eerste stap in de richting van een wetenschappelijke evaluatie van het ESPC-raamwerk is het identificeren van testbare kandidaat-ESPC's. In het huidige onderzoek is deze stap gezet binnen de context van de meest voorkomende psychische stoornissen bij jongeren (angst, depressie, ADHD en gedragsproblemen). De lijst van vijf ESPC's omvat: (a) ontspanning (bijvoorbeeld door progressieve spierontspanning), (b) het verhogen van motivatie (bijvoorbeeld door prijzen en tastbare beloningen), (c) het veranderen van niet-helpende gedachten (bijvoorbeeld identificeren en veranderen van vijandige attributies), (d) problemen oplossen, en (e) het positieve tegenovergestelde oefenen (bijvoorbeeld door exposure of gedragsactivatie).

Deze ESPC's zijn onderzocht zoals ze voorkwamen in een grote database van RCT's voor jeugdpsychotherapie van de afgelopen 60 jaar. De onderzoekers voerden een systematische review en meta-analyse uit van 263 RCT's voor jeugdpsychotherapie (met 348 vergelijkingen tussen behandeling en controle). Ze hebben vijf vragen onderzocht die relevant zijn voor het evalueren van de haalbaarheid en bruikbaarheid van een ESPC-aanpak.

- 1 Een fundamentele haalbaarheidseis is dat ESPC's betrouwbaar identificeerbaar moeten zijn door onafhankelijke beoordelaars. De onderzoekers vonden een hoge intercodeursbetrouwbaarheid bij het identificeren van de specifieke ESPC's en bij het optellen van het aantal aanwezige ESPC's in de verschillende behandelingen.
- 2 Vervolgens onderzochten ze het aantal ESPC's dat in een behandeling werd gebruikt, en ze vonden een afnemend patroon. Eén ESPC per behandeling is het meest gebruikelijk en vijf ESPC's het minst gebruikelijk.
- 3 Een analyse van de frequentie van de verschillende ESPC's binnen de verschillende behandelingen toonde aan dat het verhogen van de motivatie om gewenst gedrag te vertonen de meest gebruikte ESPC was in die behandelingen die slechts één ESPC hadden, en dat het beoefenen van het positieve tegenovergestelde van onbehulpzaam gedrag de ESPC was die het meest werd gebruikt bij behandelingen met meerdere ESPC's. De specifieke ESPC's die het meest en het minst vaak werden gebruikt, varieerden over de vier probleemdomeinen op manieren die klinisch relevant lijken. Zo werden in behandelingen voor de relatief moeilijk te behandelen depressie bij jongeren, meer ESPC's gevonden dan bij problemen die gemakkelijker reageren op behandelingen, zoals angst.
- 4 De variërende effectgroottes van de verschillende ESPC's in de bredere steekproef en in de substeekproef van elk doelprobleem maken het interessant om de mogelijkheid te overwegen van ESPC-hiërarchieën (zie ook hierna).
- 5 In tests om na te gaan of effecten verschilden als gevolg van het aantal ESPC's in behandelingen, vonden de onderzoekers bewijs dat behandelingen met vijf ESPC's effectgroottes opleverden die ruwweg twee keer groter waren dan die van behandelingen met minder ESPC's.

Verschillen in bevindingen tussen de verschillende probleemdomeneinen suggereren de mogelijkheid van een gelaagd netwerk van principes, met spotlights en ondersteunende ESPC's voor elk probleemgebied, die kunnen variëren afhankelijk van gelijktijdig optredende problemen en comorbiditeit. Het brede scala aan bevindingen dat hier wordt gepresenteerd, suggereert dat een belangrijke missie voor toekomstig onderzoek, en mogelijk voor het ontwerpen van behandelingen, kan zijn om te onderscheiden welke ESPC's (alleen en in combinatie met andere ESPC's) de beste vooruitzichten bieden voor het optimaliseren van het behandelingsvoordeel.

COMMENTAAR VAN DE REDACTIE (SANDRA VERBEKEN)

.....

Zoals Ollendick en King (2018) in hun overzicht over evidence-based behandeling voor kinderen en adolescenten aangeven, laat psychotherapie-onderzoek zien dat de huidige psychotherapie gunstige, maar bescheiden effecten heeft, die relatief stabiel zijn. Daarnaast zijn er veel variaties in de verschillende behandelmodaliteiten die voor psychopathologie bij kinderen en adolescenten de status van vermoedelijk werkzame behandeling blijken te hebben. Ze merken op dat veel behandelingen voorlopig nog experimenteel zijn vanwege een gebrek aan empirische ondersteuning. Het is duidelijk dat er aanvullende en betere behandelingen ontwikkeld en getoetst moeten worden, maar hoe moet de klinische praktijk intussen verder? Het identificeren en selecteren van gemeenschappelijke elementen of basisprincipes van evidence-based behandelingen lijkt hierin een zinvolle stap, waarbij er aandacht is voor de mechanismen die leiden tot verandering tijdens effectieve behandelingen. Het hier gepresenteerde onderzoek poogt hieraan een bijdrage te leveren en past ook binnen de oproep van Hofmann en Hayes om te evolueren naar een meer *process based therapy* (2019). Fijn te lezen dat enkele van de veelgebruikte technieken in de CGT bij kinderen en adolescenten als werkzame elementen werden geïdentificeerd, zoals exposure, relaxatie en operante technieken, en daarmee die technieken ondersteunen.

Literatuur

Hofmann, S. G., & Hayes, S. C. (2019). The future of intervention science: Process-based therapy. *Clinical Psychological Science*, 7(1), 37-50. <https://doi.org/10.1177/2167702618772296>
Ollendick, Th. H., & King, N. J. (2018). Evidence-based behandeling voor kin-

deren en adolescenten: aandachtspunten en commentaar In P. Prins, J. Bosch, & C. Braet (red.), *Methoden en technieken van gedragstherapie bij kinderen en jeugdigen* (pp.293-315). Bohn Stafleu van Loghum. https://doi.org/10.1007/978-90-368-1972-5_12

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).

Shapiro, F. (2023). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Therapie – Nederlandse editie* (Ludwig Cornil, vert.). Gompel & Svacina.

van der Helm, P. (red.). (2023). *Herstel van eetproblemen (anorexia): Op weg naar verantwoorde ambulante zorg: 'zoveel thuis als mogelijk'*. Uitgeverij SWP.

Verheugt-Pleiter, A., Zevalkink, J. (2022). *Mentaliseren in de kindertherapie: Leidraad voor de praktijk* (3de geheel herziene druk). Uitgeverij Nieuwezijds.

NIEUW

115



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.

Boompsychologie
& psychiatrie

Kijk op boompsychologie.nl
of scan de QR-code



NIEUW



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 re-produceren van eerder gepubliceerd materiaal moet alle benodigde toestemming zijn bijgesloten.
- Wilt u uw manuscript per e-mail indienen dan dient kopij vergezeld te gaan van een begeleidende brief van de auteur, die voor de verdere correspondentie over het stuk verantwoordelijk is. De begeleidende brief moet een verklaring bevatten dat het manuscript is goedgekeurd door alle auteurs, dat het niet elders is aangeboden en dat het om oorspronkelijk materiaal gaat. Stuur uw manuscript naar redactie@tijdschriftgedragstherapie.nl of naar het redactiesecretariaat: t.a.v. J.L. Wolters, Weltevreden 61, 3811 NR Amersfoort.

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

vermelden 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

Zesenvijftigste jaargang, nummer 1, maart 2023

Pagina 1-116

- 1 *Redactioneel*
- 2 *In memoriam Floris W. Kraaimaat*
-
- 3 **Rafaële Huntjens, Ineke Wessel, Nathan Bachrach, Marloes Eidhof, Chris Hoeboer, Miriam Lommen, Suzy Matthijssen, Trudy Mooren, Maartje Schoorl & Agnes van Minnen**
Traumagerelateerde klachten: Een aantal populaire behandelingen onder de loep genomen
- 33 **Dennis Felling, Marieke de Gier & Hans Knoop**
Cognitieve gedragstherapie voor aanhoudende ernstige vermoeidheidsklachten bij multiple sclerose: Een transdiagnostische behandeling
- 54 **Massi Aoudjan, Elisa van Delft, Date van der Veen, Laura Bringmann, Gert Stulp & Barbara Montagne**
Crisissignaleringsplan monitoren en visualiseren: In transitie van reactief naar preventief bij borderline-persoonlijkheidsstoornissen
- 75 **Thera Koetsier, Jessica Apeldoorn & Annet Nugter**
Werkingsmechanismen van imaginaire rescripting (ImRs) bij volwassen cliënten met PTSS vanuit de kindertijd: Een pilotstudie
-

BOEKBESPREKINGEN

- 91 **Joop D. Bosch**
Myrrhe van Spronsen & Jim van Os (2021). *We zijn God niet*
- 95 **Vincent van Bruggen & Eveline Hendrix**
Gerrie Bloothoofd (2021). *Fundamentele vaardigheden in gesprekstherapie*
- 98 **Jan Callens**
Tayyab Rashid & Martin Seligman (2020). *Positieve psychotherapie*
- 102 **Jacqueline A-Tjak**
Lieve Bruyninx et al. (2022). *ACT met hoofd en hart*
- 105 **Yvette van der Pas**
Henny Visser & Maartje Punt (2022). *Behandeling van OCD*
- 108 **Paulien Dijk**
Sarah Hendrickx (2022). *Meisjes en vrouwen met autisme*
-

111 VOOR U GELEZEN

Boom Tijdschriften

ISSN 0167-7454