

GEDRAGSTHERAPIE

*Tijdschrift voor gedragstherapie
& cognitieve therapie*



JAARGANG 57 NUMMER 3 SEPTEMBER 2024

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

Doelstelling

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

Redactie

Elske Salemink, *hoofdredacteur*
Hermien Elgersma
Arnold van Emmerik
Kristof Hoorelbeke
Jaap Lancee
Miriam Lommen
Margreet Oorschot
Sara Scheveneels
Anouk Vanden Bogaerde
Leentje Vervoort
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.
Rianne de Kleine, em. prof. dr. Kees
Korrelboom, prof. dr. Ernst Koster, prof. dr.
Marije van der Lee, prof. dr. Sandra
Mulken, 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)

© 2024

Boom uitgevers Amsterdam/
Stichting Tijdschrift voor Gedragstherapie

Aanwijzingen voor auteurs

De auteursrichtlijnen vindt u op
www.tijdschriftgedragstherapie.nl.



.....

Geïnspireerd en ook een tikje moe schrijf ik deze tekst vanuit Engeland, op mijn laatste werkdag voordat mijn zomervakantie begint. Ik bezocht een congres van de Association for Cognitive Bias and Modification (ACBM) in Londen en daarna van de British Association for Behavioural and Cognitive Psychotherapies (BABCP) in Manchester. Ik luisterde naar voordrachten over vernieuwend onderzoek (zowel uit Nederland als internationaal) dat relevante implicaties heeft voor de praktijk. Dit motiveerde mij opnieuw om deze kennis met jullie te (blijven) delen via de bijdragen in dit tijdschrift.

Voor je ligt een dik na-de-zomernummer.

Dit derde nummer start met een onderzoek naar de effectiviteit van een gepersonaliseerde behandeling voor problematisch middelengebruik bij mensen met een lichte verstandelijke beperking. Het onderzoek van Gosens en collega's laat mooi zien dat met een sterk design (multiple baseline single-case experimenteel design) conclusies getrokken kunnen worden uit een onderzoek met 12 deelnemers. Daarna geven de Jong en van der Starre een overzicht van recente ontwikkelingen rondom *cognitive behavior therapy-enhanced* (CBT-E) voor cliënten met een eetstoornis. In 'Beyond the Lines of Defense' gaan ten Broeke, Weijermans en Vet in op factoren die de effecten van exposure in de praktijk in de weg kunnen staan. In aansluiting hierop is de vierde bijdrage een verdieping en verdere specificatie van bekrachtigingspatronen in een functieanalyse van problematisch operant gedrag door ten Broeke, Meijer en van Pelt. En in de vijfde bijdrage beschrijven Tollenaar en collega's een eerste studie naar de impact van gestructureerd lotgenoten-contact voor slachtoffers van huiselijk geweld.

Tot slot hebben we een dubbele boekbespreking: van Bruggen en Mantel-het Lam recenseerden twee zelfhulpboeken voor schematherapie, beide van Hannie van Genderen. De overeenkomsten en verschillen worden helder uiteengezet. In de rubriek Voor u gelezen komt episodisch toekomstig denken aan bod; een zeer actueel onderwerp dat ook op het congres in Manchester aan bod kwam.

Zoals altijd: veel leesplezier gewenst.

Elske Salemink
Hoofdredacteur

Effectiviteit van Take it Personal!+, een behandeling voor problematisch middelengebruik bij mensen met een LVB¹

LOTTE GOSENS, ESTHER HESSELINK, ROBERT DIDDEN, JANNET DE JONGE,
ARNT SCHELLEKENS, JOANNEKE VANDERNAGEL, PATRICK ONGHENA, ROY
OTTEN & EVELIEN POELLEN

Samenvatting

Mensen die een lichte verstandelijke beperking hebben of functioneren op zwakbegaafd niveau (LVB) lopen een verhoogd risico op een stoornis in het gebruik van middelen, maar behandelprogramma's zijn vaak niet aangepast aan deze doelgroep. Deze studie onderzocht de effectiviteit van Take it Personal!+, een gepersonaliseerde behandeling voor problematisch middelengebruik bij mensen met een LVB. De behandeling is gebaseerd op motiverende gespreksvoering en cognitieve gedragstherapie, en wordt ondersteund door een mHealth-applicatie. Data werden verzameld in een multiple baseline single-case experimenteel design met vier fasen: baseline, behandeling, post-treatment en follow-up. Twaalf participanten werden willekeurig toegewezen aan baselinelengten variërend tussen 7 en 11 dagen. De hoeveelheid middelengebruik werd onderzocht tijdens baseline, behandeling en post-treatment met een dagelijkse vragenlijst, en de ernst van het middelengebruik werd beoordeeld met gestandaardiseerde vragenlijsten. De resultaten ondersteunen de effectiviteit van Take it Personal!+ bij het verminderen van middelengebruik door mensen met een LVB.

Trefwoorden: motiverende gespreksvoering, cognitieve gedragstherapie, verslaving, LVB, multiple baseline design

1 Dit artikel is een vertaalde en aangepaste versie van Gosens en collega's (2024).

Kernboodschappen voor de klinische praktijk

- ▶ Take it Personal!+ is een gepersonaliseerde behandeling gebaseerd op motiverende gespreksvoering en cognitieve gedragstherapie, aangepast aan de beperkingen en behoeften van mensen met een LVB.
- ▶ Take it Personal!+ bleek effectief in het verminderen van dagelijks middelengebruik en de ernst van het middelengebruik in de meerderheid van de participanten.
- ▶ Motiverende gespreksvoering en cognitieve gedragstherapie worden vaak ingezet in de behandeling van verslaving bij mensen *zonder* een LVB. De huidige studie toont aan dat deze behandelmethoden, in aangepaste vorm, ook effectief kunnen zijn om middelengebruik bij mensen met een LVB te verminderen.

INLEIDING

.....

De prevalentie van stoornissen in het gebruik van middelen (vanaf nu: ‘verslaving’) bij mensen met een lichte verstandelijke beperking of functionerend op zwakbegaafd niveau (met een IQ van 50 tot 85; vanaf nu: ‘LVB’) is hoog (van Duijvenbode & VanDerNagel, 2019). Vanwege verschillen in steekproeven en definities van verslaving variëren de prevalenties van verslaving in de verstandelijk-gehandicaptenzorg tussen 0,1 en 46% (van Duijvenbode & VanDerNagel, 2019; van Duijvenbode et al., 2015). Daarnaast laat onderzoek zien dat de prevalentie van een LVB in de verslavingszorg ongeveer 30-40% is (Didden et al., 2020). Mensen met een LVB hebben onder andere een verhoogd risico op het ontwikkelen van een verslaving door beperkingen in intellectueel en adaptief functioneren (bijvoorbeeld wat betreft geheugen, taal en organisatietaken; American Psychiatric Association, 2014). Andere risicofactoren voor middelengebruik in deze populatie zijn bijvoorbeeld een verhoogde kwetsbaarheid voor groepsdruk, beperkte copingvaardigheden en moeite met impulsbeheersing (Didden et al., 2020; van Duijvenbode & VanDerNagel, 2019). Naast een verhoogd risico op verslaving ondervinden mensen met een LVB, vergeleken met leeftijdsgenoten zonder een LVB, vaak ook meer ernstige gevolgen van een verslaving (Didden et al., 2020; van Duijvenbode & VanDerNagel, 2019). Mensen met een LVB hebben vaak problemen in het sociale domein, lopen meer risico op het ontwikkelen van psychische problemen en hebben meer moeite om mee te doen in de samenleving. Het hebben van een verslaving verergert deze problemen (Slayter, 2008; van Duijvenbode et al., 2015). Een verslaving heeft ernstige sociale, psychologische en lichamelijke gevolgen voor mensen met een LVB. Daarnaast hebben mensen met een LVB meer moeite om met deze gevolgen om te gaan, wat een risico vormt voor een toename van het middelengebruik.

Ondanks het verhoogde risico op verslaving is de verslavingszorg over het algemeen niet aangepast aan de beperkingen en behoeften van mensen met een LVB; de drempel naar de verslavingszorg voor mensen met een LVB is doorgaans hoog (Krahn et al., 2006; Slayter, 2010, 2016; VanDerNagel et al., 2018) en uitval tijdens behandeling komt vaak voor (van Duijvenbode & VanDerNagel, 2019). Binnen de verstandelijk-gehandicaptenzorg is er behoefte aan een evidence-based behandeling voor middelengebruik bij mensen met een LVB. Om deze redenen is het belangrijk dat de behandeling voor verslaving aangepast wordt aan mensen met een LVB.

Motiverende gespreksvoering en cognitieve gedragstherapie

De behandeling van verslaving bij mensen zonder een LVB is vaak gebaseerd op motiverende gespreksvoering (MVG) en cognitieve gedragstherapie (CGT). MVG is gericht op het vergroten van de motivatie om gedrag te veranderen. De therapeut onderzoekt de redenen van de cliënt om te veranderen, detecteert ambivalentie en ontlokt verandertaal (Miller & Rollnick, 2014). Verandertaal kan gedefinieerd worden als 'argumenten voor verandering' en wordt gezien als een voorspeller voor gedragsverandering (Miller & Rollnick, 2014). CGT is een vorm van psychotherapie gericht op disfunctionele gedachten, emoties en gedragingen. Een belangrijk onderdeel van CGT is de functieanalyse, die inzicht geeft in de factoren die gedrag uitlokken en in stand houden. Factoren beschreven in de functieanalyse zijn gedachten, gevoelens en gebeurtenissen die verband houden met het probleemgedrag. Het doel van de functieanalyse is om te begrijpen waar het probleemgedrag vandaan komt en om vaardigheden aan te leren om dit gedrag aan te passen (Peters-Scheffer & Didden, 2020).

De combinatie van MVG en CGT is effectief om middelengebruik bij mensen zonder een LVB te verminderen (Davis et al., 2015; Naar & Safren, 2017; Riper et al., 2014; Smedslund et al., 2011). Over de effectiviteit van MVG-CGT bij mensen met een LVB is echter weinig bekend (van Duijvenbode & VanDerNagel, 2019). Voor zover bekend is er slechts één haalbaarheidsstudie gepubliceerd over een MVG-CGT-behandelprogramma voor mensen met een LVB (Kouimtsidis et al., 2017). De onderzoekers toonden aan dat een combinatie van MVG en CGT ingezet kan worden bij mensen met een LVB en verslaving. Vervolgonderzoek is nodig om de effectiviteit van deze methodieken bij deze doelgroep te onderzoeken. Ook bestaan behandelprogramma's vaak uit een *one-size-fits-all*-protocol, terwijl een verslavingsbehandeling effectiever is wanneer ze is aangepast aan de specifieke kenmerken van een cliënt (Volkow, 2018). Een voorbeeld van een gepersonaliseerde benadering is CGT aangepast aan de persoonlijkheidsprofielen van een individu (dat wil zeggen: angstgevoeligheid, negatief denken, impulsiviteit en sensatie zoeken; Morin et al., 2017). Aangetoond is dat deze vier persoonlijkheidsprofielen samenhangen met middelengebruik (Hecimovic et al., 2014; Krank

et al., 2011; Mackinnon et al., 2014), ook bij mensen met een LVB (Pieterse et al., 2020; Poelen et al., 2022). Zo gebruiken mensen met het profiel angstgevoeligheid of negatief denken meestal middelen om met negatieve emoties om te gaan, terwijl mensen met het profiel impulsiviteit of sensatie zoeken middelen gebruiken om een positieve bekrachtiging te krijgen (Comeau et al., 2001). Daarnaast kunnen ook het soort middel dat gebruikt wordt en het patroon van gebruik variëren tussen de persoonlijkheidsprofielen (Comeau et al., 2001).

De gepersonaliseerde aanpak is geïmplementeerd in preventieprogramma's, waar hij effectief bleek te zijn in het verminderen van middelengebruik bij jongeren met een LVB (Schijven et al., 2021) en zonder een LVB (Conrod et al., 2013; Edalati et al., 2019; Mahu et al., 2015; O'Leary-Barrett et al., 2010). Vanwege de complexiteit van verslavingsproblematiek en de potentie die een gepersonaliseerde verslavingsbehandeling heeft, is er grote behoefte aan een dergelijke behandeling die is aangepast aan de behoeften en kenmerken van mensen met een LVB.

Huidige studie

De huidige studie evalueert de effectiviteit van Take it Personal!+, een gepersonaliseerde behandeling voor problematisch middelengebruik bij mensen met een LVB (Gosens et al., 2021). Take it Personal!+ is gebaseerd op MVG en CGT, gepersonaliseerd op basis van vier persoonlijkheidsprofielen: angstgevoeligheid, negatief denken, impulsiviteit en sensatie zoeken. Take it Personal!+ is aangepast aan de behoeften van mensen met een LVB. De behandeling is door de erkenningscommissie van Vilans beoordeeld als goed onderbouwd en opgenomen in de databank interventies (Vilans, 2023). In de huidige studie wordt de effectiviteit van Take it Personal!+ onderzocht in een *multiple baseline single case experimental design* (SCED) onder 12 mensen met een LVB en een verslaving. We verwachtten een afname van het dagelijkse middelengebruik en behoud van de resultaten 1 maand na de behandeling.

METHODE

Onderzoeksopzet

De effectiviteit van Take it Personal!+ is onderzocht in een SCED (Kazdin, 2011) met vier fasen: baseline, interventie, post-treatment en follow-up (Gosens et al., 2020). Met dit design kunnen effecten gemeten worden bij een klein aantal participanten (Maric, 2018). Door herhaalde metingen per participant vóór, tijdens en na de interventie wordt inzicht verkregen in de

effectiviteit van de interventie. Daarnaast geven follow-upmetingen inzicht in de effecten van de interventie op langere termijn (Maric, 2018). De baselinfase kent vijf verschillende baselinelengten (variërend van 7 tot 11 dagen), waaraan participanten willekeurig werden toegewezen. In sommige gevallen werd de baselineperiode verlengd vanwege een no-show bij de eerste geplande behandelsessie. De interventiefase duurde om verschillende redenen tussen 2 en 12 maanden (onder meer vanwege cliëntkenmerken, ziekte, vakantie en uitval). De post-treatmentfase duurde 1 maand en de follow-upfase bestond uit één meting 3 maanden na de interventie.

Een dagboekmethode werd toegepast tijdens de baseline-, interventie- en post-treatmentfase, waarbij de participanten een dagelijkse vragenlijst invulden met behulp van een applicatie voor mobiele telefoons (EthicaData, 2019). Daarnaast werden gestandaardiseerde vragenlijsten afgenomen tijdens baseline, post-treatment en follow-up. Het onderzoek is uitgevoerd tussen voorjaar 2019 en winter 2022. De studie is geregistreerd in het Nederlands Studieregister (Trial NL4935, geregistreerd op 2 juli 2019) en goedgekeurd door de Ethiek Commissie Sociale Wetenschappen van de Radboud Universiteit (ECSW-2019-033). Bij het rapporteren van de resultaten werden de Single-Case Reporting Guidelines in Behavioral Interventions (SCRIBE) gevolgd (Tate et al., 2016).

Participanten

Twaalf cliënten van twee zorgorganisaties voor mensen met een LVB namen deel aan het onderzoek. Cliënten kwamen in aanmerking voor deelname aan de studie als (1) er sprake was van een LVB (de meest recente IQ-scores zijn ontleend aan de cliëntdossiers), (2) ze minstens drie keer per week middelen gebruikten, en (3) voldeden aan de criteria voor een stoornis in het gebruik van cannabis, alcohol, XTC, cocaïne en/of amfetamine/methamfetamine volgens de DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014). Cliënten werden uitgesloten als ze risico liepen op (1) ernstige ontwenningsverschijnselen, (2) ernstige psychiatrische comorbiditeit, zoals suïcidaliteit, psychose of depressieve stoornis, (3) ernstige somatische problemen, of (4) psychosociale problemen die de behandeling belemmeren (onder andere dakloosheid).

In totaal werden 24 cliënten beoordeeld voor inclusie. Drie cliënten kwamen niet in aanmerking, van wie één cliënt werd doorverwezen naar de verslavingszorg (vanwege een hoog risico op ontwenningsverschijnselen) en twee cliënten naar de geestelijke gezondheidszorg (vanwege acute psychische problemen). Acht participanten vielen tijdens de eerste 2 weken van de behandeling uit vanwege een gebrek aan motivatie ($n = 2$), acute psychische problemen ($n = 4$), opname in detentie ($n = 1$) of geen noodzaak voor volledige verslavingsbehandeling gezien de milde aard van de problematiek ($n = 1$). Deze participanten werden uitgesloten van het onderzoek omdat het niet mogelijk was om bij hen de effectiviteit van Take it Personal!+ te beoordelen. Eén participant werd uitgesloten van de studie vanwege ontbrekende data:

deze participant had slechts 43% van de dagelijkse vragenlijsten ingevuld, er waren geen post-treatment- en follow-upmetingen, en geen evaluatieformulier van de therapeut. Dit betekent dat 12 cliënten zijn geïncludeerd (zie tabel 1). Alle participanten hadden beperkingen in adaptieve vaardigheden op basis van een klinische beoordeling door een multidisciplinair behandelteam. Tien participanten hadden een Nederlandse culturele achtergrond en twee participanten hadden een niet-westerse culturele achtergrond.

Meetinstrumenten

De primaire uitkomstmaat was de hoeveelheid middelengebruik, die werd gemeten met een dagelijkse vragenlijst met behulp van een mobiele applicatie (EthicaData, 2019) tijdens de baseline-, interventie- en post-treatmentfase. Participanten beantwoordden dagelijks vragen over de frequentie en hoeveelheid van hun middelengebruik. Ten eerste werd gevraagd: 'Heb je vandaag [het primaire middel] gebruikt?' Hierbij kon de cliënt zelf de bewoording kiezen voor het door hem/haar gebruikte middel. Vervolgens kon hij/zij de vraag beantwoorden met 'ja' of 'nee'. Als de participant bevestigend antwoordde, werd de hoeveelheid middelengebruik gemeten met een open vraag: 'Hoe vaak?' Deze vraag werd gepersonaliseerd op het primaire middel (bijvoorbeeld met: 'Hoeveel joints heb je vandaag gerookt?'). De frequentie van het gebruik van andere middelen werd gemeten met de vraag: 'Heb je vandaag iets anders gebruikt dan [het primaire middel]?', waarop de participanten konden antwoorden met gepersonaliseerde antwoordcategorieën (bijvoorbeeld met 'nee', 'ja, alcohol', 'ja, XTC', 'ja, cocaïne' of 'ja, iets anders'). Voorafgaand aan elke behandelsessie ontving de therapeut per e-mail van de onderzoeker een samenvatting van de dagelijkse metingen en besprak de therapeut deze samenvatting met de cliënt tijdens de behandelsessie. Ook ontbrekende dagelijkse metingen van het middelengebruik werden tijdens deze sessies besproken, waarna de therapeut deze gegevens deelde met de onderzoeker.

Aanvullende informatie over het middelengebruik werd verzameld met gestandaardiseerde vragenlijsten tijdens baseline, post-treatment en follow up (dat wil zeggen: 3 maanden na de interventie). De ernst van het alcoholgebruik werd beoordeeld op basis van de Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT; Babor et al., 2001), en de ernst van het cannabis- en harddrugsgebruik op basis van de Drug Use Disorder Identification Test (DUDIT; Bergman et al., 2003). Beide vragenlijsten identificeren het risico op een stoornis in middelengebruik. Door deze vragenlijsten af te nemen, konden zowel veranderingen in de ernst van het gebruik van het middel waarvoor de cliënt werd behandeld worden gemeten, als effecten in andere middelen. De AUDIT en DUDIT maken deel uit van de Substance Use and Misuse in Intellectual Disability-Questionnaire (SumID-Q; VanDerNagel et al., 2011), waarbij de AUDIT en DUDIT aangepast zijn aan mensen met een LVB. Cronbachs alfa van de AUDIT en DUDIT varieerden tussen 0,71 en 0,97.

TABEL 1 Kenmerken van de participanten

	Leeftijd	Geslacht	DSM-5	Behandeldoel	Comorbiditeit	Zorgsetting	Persoonlijkheidsprofiel
P1	35	M	Gematigd Alcohol	Maximaal 3 glazen per dag	ADHD ASS	Extramuraal	Impulsiviteit
P2	23	M	Ernstig Cannabis	Terughoudend in veranderplan	ASS	Intramuraal	Impulsiviteit
P3	21	V	Ernstig Cannabis	Stoppen met cannabis	PTSS	Extramuraal	Angstgevoeligheid
P4	23	V	Ernstig Cannabis	Stoppen met cannabis	ASS	Extramuraal	Impulsiviteit
P5	18	M	Ernstig Cocaine Ketamine	Stoppen met cocaine and ketamine	ADHD ODD	Extramuraal	Impulsiviteit
P6	23	M	Ernstig Cannabis	Verminderen van cannabis	ADHD	Extramuraal	Impulsiviteit/ Angstgevoeligheid
P7	29	M	Ernstig Alcohol	Stoppen met alcohol	ASPD ADHD	Extramuraal	Impulsiviteit
P8	22	M	Gematigd Cannabis	Stoppen met cannabis	RAD	Extramuraal	Angstgevoeligheid
P9	18	V	Ernstig Cannabis	Stoppen met cannabis	PTSS BPD	Extramuraal	Negatief denken

P10	22	M	Ernstig Cannabis	Eén keer per week- end maximaal 3 joints	PTSS	Extramuraal	Impulsiviteit
P11	19	V	Mild Cannabis	Alleen recreatief blowen	FASD ADHD RAD	Intramuraal	Impulsiviteit
P12	22	M	Ernstig Cannabis	Stoppen met cannabis	ADHD	Intramuraal	Impulsiviteit

Noot. ADHD = *attention deficit hyperactivity disorder*; ASPD = antisociale-persoonlijkheidsstoornis; ASS = autismespectrumstoornis; BPD = borderline-persoonlijkheidsstoornis; FASD = foetaal-alcoholyndroom; M = man; ODD = oppositioneer-opstandige gedragsstoornis; P = participant; PTSS = posttraumatische-stressstoornis; RAD = geremde-hechtingsstoornis; V = vrouw.

Procedure

Participanten werden op twee manieren geworven. Ten eerste nodigden professionals cliënten uit om deel te nemen aan de behandeling. Daarnaast vroegen sommige cliënten professionals om een behandeling voor hun middelengebruik. Na *informed consent* van cliënten – en indien nodig van ouders of wettelijk vertegenwoordigers – vond er een briefing door de onderzoeker plaats. In deze briefing werden de dagelijkse vragen besproken en afgestemd op de cliënt, om er zeker van te zijn dat die de vragen begreep. Daarnaast werd in overleg de timing van de pushnotificaties bepaald (sommige participanten ontvingen de pushmelding 's ochtends en andere 's avonds), om ervoor te zorgen dat de volledige hoeveelheid middelengebruik tijdens die dag werd gemeten. Vanwege de COVID-19-pandemie vond vanaf maart 2020 de briefing via beeldbellen plaats. De baselinefase begon de dag na de briefing. Na de eerste dag van de baselinefase nam de onderzoeker contact op met de participant om te controleren of de participant vragen of problemen had met het gebruik van de applicatie. Als gedurende de onderzoeksperiode participanten de dagelijkse vragen ongeveer 4 dagen niet invulden, nam de onderzoeker contact met hen op om te controleren of ze problemen ondervonden.

Na afronding of uitval van de behandeling plande de onderzoeker direct (post-treatment) en 3 maanden later (follow-up) een gesprek met de participant om de gestandaardiseerde vragenlijsten af te nemen. Vanwege de COVID-19-pandemie vonden deze bijeenkomsten vanaf maart 2020 via beeldbellen plaats.

Take it Personal!+

Take it Personal!+ is een gepersonaliseerde behandeling voor problematisch middelengebruik, met als doel het middelengebruik te verminderen bij mensen met een LVB (Gosens et al., 2021). Take it Personal!+ wordt aangeboden gedurende 11 weken, met twee wekelijkse sessies van 45 minuten (A- en B-sessie). Sessie A is een individuele sessie met de cliënt en in sessie B neemt de cliënt een vertrouwenspersoon mee uit zijn sociale netwerk of vanuit de zorg. Afhankelijk van de behoeften van de cliënt kan de therapeut de duur van de behandeling aanpassen (sommige cliënten hebben bijvoorbeeld meer herhaling nodig, kortere sessies of een verdeling van de A- en B-sessie over 2 weken). Take it Personal!+ is aangepast aan de verstandelijke en adaptieve beperkingen van de doelgroep. Dit betekent dat Take it Personal!+ herhaling van inhoud, aanwezigheid van een vertrouwenspersoon, vereenvoudigde communicatie, en communicatie ondersteund door foto's omvat. Meer informatie over deze aanpassingen is weergegeven in tabel 2.

TABEL 2 *Aanpassingen van Take it Personal!+ aan de verstandelijke en adaptieve beperkingen van de doelgroep*

Aanpassing	Beschrijving	Reden	Verskil met regulier CGT-protocol*
Herhaling van inhoud	▶ Er zijn twee sessies per week met hetzelfde thema ▶ De belangrijkste informatie wordt herhaald in de TiP!-app ▶ Er zijn minimaal 22 sessies ▶ De duur staat niet vast; als er meer herhaling nodig is, worden sessies toegevoegd ▶ De hoeveelheid content per sessie is beperkt	Mensen met een LVB ervaren geheugen-problemen**	Reguliere CGT gaat uit van één sessie per week, omvat 13 sessies en de inhoud ervan wordt niet herhaald over de sessies
Aanwezigheid van vertrouwenspersoon	▶ De vertrouwenspersoon is één keer per week aanwezig ▶ De vertrouwenspersoon krijgt informatie na iedere sessie ▶ De vertrouwenspersoon ondersteunt tijdens de sessies ▶ De vertrouwenspersoon ondersteunt in het dagelijks leven door aangeleerde vaardigheden te helpen generaliseren naar het dagelijks leven	Mensen met een LVB ondervinden problemen bij het generaliseren van aangeleerde vaardigheden**	In reguliere CGT is er geen vertrouwenspersoon
Versimpelde communicatie, die ondersteund wordt met afbeeldingen	▶ De communicatie is versimpeld (zelfcontrolemaatregelen bijvoorbeeld worden A's genoemd) ▶ In TiP! is de communicatie versimpeld en ondersteund met afbeeldingen (schaalvragen bijvoorbeeld zijn beperkt tot 0-5 en worden ondersteund met afbeeldingen)	Mensen met een LVB hebben taalbeperkingen	Schaalvragen in reguliere CGT lopen bijvoorbeeld van 0-10, CGT wordt niet ondersteund met afbeeldingen en bevat moeilijker woorden (bijvoorbeeld 'zelfcontrolemaatregelen')

Noot. * = Merckx (2014); ** = Willner & Lindsay (2016)

Tijdens de intake werd de Substance Use Profile Risk Scale (SURPS; Woicik et al., 2009) afgenomen om participanten toe te wijzen aan één van de vier persoonlijkheidsprofielen (zie tabel 1). Take it Personal!+ is aangepast aan de verschillende persoonlijkheidsprofielen en bestaat uit acht kerncomponenten. In de eerste 2 weken ligt de focus op MVG om de motivatie van de participant te vergroten, diens middelengebruik te veranderen en psycho-educatie te geven met betrekking tot het persoonlijkheidsprofiel. Als de cliënt in de tweede week besluit om middelengebruik te veranderen, maakt hij of zij een plan om het middelengebruik te veranderen (behandeldoel). Vanaf week 3 worden functieanalyses van het middelengebruik opgesteld, zelfcontrolemaatregelen aangeleerd, persoonlijkheidsprofiel en bijbehorende signalen herkend (bijvoorbeeld emoties, gedachten en lichaamssignalen), wekelijkse doelen gesteld, en gedrags- en cognitieve copingvaardigheden aangeleerd; de laatste sessies richten zich op terugvalpreventie. De psycho-educatie en het herkennen van het persoonlijkheidsprofiel en samenhangende signalen van middelengebruik zijn aangepast aan het persoonlijkheidsprofiel. De andere kerncomponenten zijn bij elk persoonlijkheidsprofiel hetzelfde, maar er is wel een link naar het persoonlijkheidsprofiel (bij de functieanalyse wordt bijvoorbeeld de rol van het persoonlijkheidsprofiel besproken).

De mHealth-applicatie TiP! is ontwikkeld om de behandelsessies te ondersteunen en de generalisatie van de behandeling naar het dagelijks leven te bevorderen. De applicatie bestaat uit oefeningen, doelen, toekomstwensen, een help!-knop, belangrijke informatie uit de behandelsessies (onder andere uitleg over de zelfcontrolemaatregelen) en een terugvalpreventieplan. Verder wint de cliënt accessoires voor een avatar en punten voor persoonlijke beloningen door oefeningen te maken en aan doelen te werken. Voor meer gedetailleerde informatie over het behandelprotocol, TiP! en de aanpassingen aan het protocol – gebaseerd op de verstandelijke en adaptieve beperkingen van de doelgroep – zie Gosens en collega's (2021).

In dit onderzoek voerden zes therapeuten de behandeling uit. Allen hadden ervaring met het behandelen van mensen met een LVB en verslaving, met MVG, waren CGT geregistreerd (basiscursus CGT gevolgd, gecertificeerd door de Nederlandse Vereniging voor Gedrags- en Cognitieve therapieën) en waren getraind in het uitvoeren van het behandelprotocol. Na elke sessie vulden therapeuten een evaluatieformulier in om de therapietrouw, en individuele en contextuele factoren te monitoren die het veranderproces konden beïnvloeden. Volgens de evaluatieformulieren implementeerden alle therapeuten de kerncomponenten correct, maar in sommige gevallen hebben de therapeuten kleine aanpassingen gemaakt om de behandeling verder te personaliseren (een participant had geen moeite met 'nee zeggen', waardoor de therapeut deze informatie en de bijpassende oefeningen heeft verkort).

Statistische analyses

237

Ten eerste werd een visuele analyse uitgevoerd volgens de richtlijnen van visuele analyse in single-case design, waarbij patronen binnen en tussen de fasen werden onderzocht aan de hand van zes aspecten: (1) niveau, (2) trend, (3) variabiliteit, (4) directheid (*immediacy*) van het effect, (5) overlap, en (6) consistentie van de data in vergelijkbare fasen (Kratochwill et al., 2010). De visuele analyse werd ondersteund door een statistische analyse van de dagelijkse metingen. Voor elke participant werden effectgrootten berekend, waarvoor verschillende methoden werden gebruikt: (1) Nonoverlap of All Pairs (NAP; Parker & Vannest, 2009), (2) Pooled Standardized Mean Difference (Cohens *d*; Hedges et al., 2012), en (3) Percent of Goal Obtained (PoGO; Ferron et al., 2020). De NAP en Cohens *d* zijn berekend met de Shiny SCDA web app (De et al., 2020), waarbij de Single-Case Meta-Analysis (SCMA) R package (Bulté & Onghena, 2013) werd gebruikt. Een NAP-waarde lager dan 0,50 duidt op geen effect of op een effect in de tegenovergestelde richting dan verwacht; waarden tussen 0,50 en 0,65 duiden op een zwak effect; waarden tussen 0,66 en 0,92 op een mediumeffect; en waarden tussen 0,93 en 1,0 op een groot effect (Parker & Vannest, 2009). Cohens *d*-effectgrootte lager dan 0,20 duidt op geen effect; tussen 0,20 en 0,50 op een zwak effect; tussen 0,50 en 0,80 op een mediumeffect; en hoger dan 0,80 op een groot effect. De PoGO werd met de hand berekend, rekening houdend met (1) het behandel doel van de participant, (2) het verwachte niveau van het gedrag in afwezigheid van de interventie, en (3) het niveau van het gedrag verkregen tijdens de interventie (Ferron et al., 2020). In de huidige studie werd de gemiddelde score van de baselinefase gebruikt als schatting van het verwachte niveau van het gedrag in afwezigheid van de interventie, en werd de gemiddelde score van de laatste 2 weken van de interventiefase gebruikt als schatting van het niveau van het gedrag verkregen tijdens de interventie. Het was alleen mogelijk om de PoGO te berekenen als het behandel doel van de participant gekwantificeerd was. Een PoGO-waarde kan worden geïnterpreteerd als een percentage van de behaalde doelen; een waarde kleiner dan 20 betekent geen effect; tussen 20 en 40 een zwak effect; tussen 40 en 60 een mediumeffect; tussen 60 en 80 een matig groot effect; en hoger dan 80 een groot effect (Ferron et al., 2020). Participanten werden uitgesloten van statistische analyse als minder dan de helft van de dagelijkse metingen was ingevuld ($n = 2$).

Om te testen of de ernst van het middelengebruik op basis van de AUDIT en de DUDIT was afgenomen, werd voor elke participant de Reliable Change Index (RCI) berekend (Jacobsen & Truax, 1991). Een RCI-score kleiner dan -1,96 duidt op een klinisch significante afname van de ernst van het middelengebruik en een RCI-score groter dan 1,96 duidt op een klinisch significante toename van de ernst van het middelengebruik (Jacobsen & Truax, 1991).

RESULTATEN

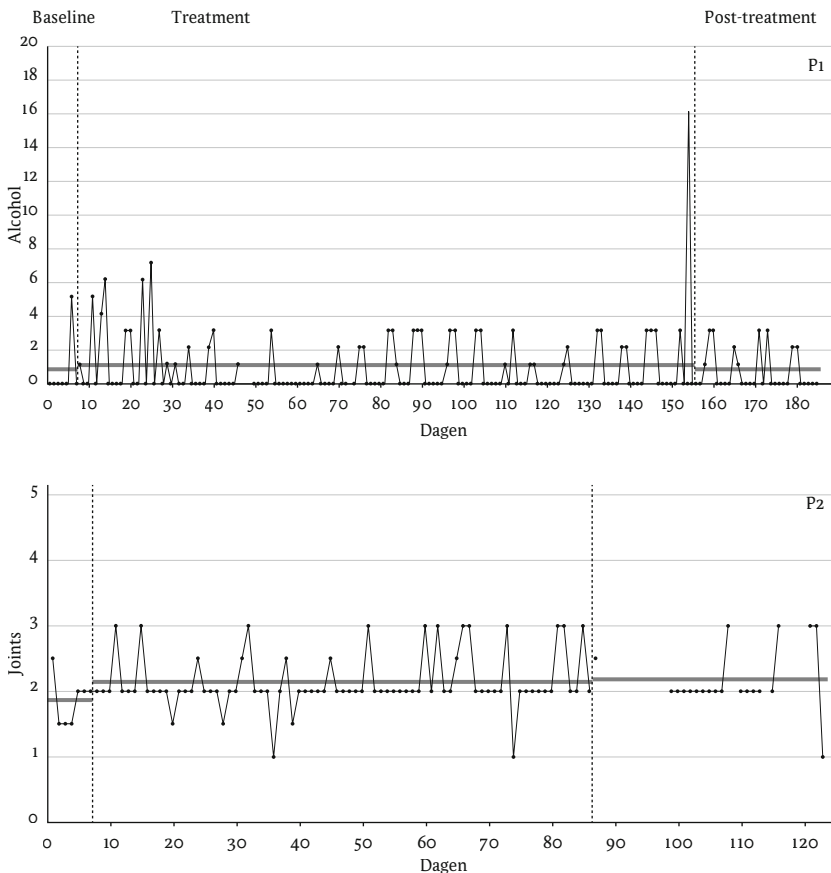
Behandelverloop

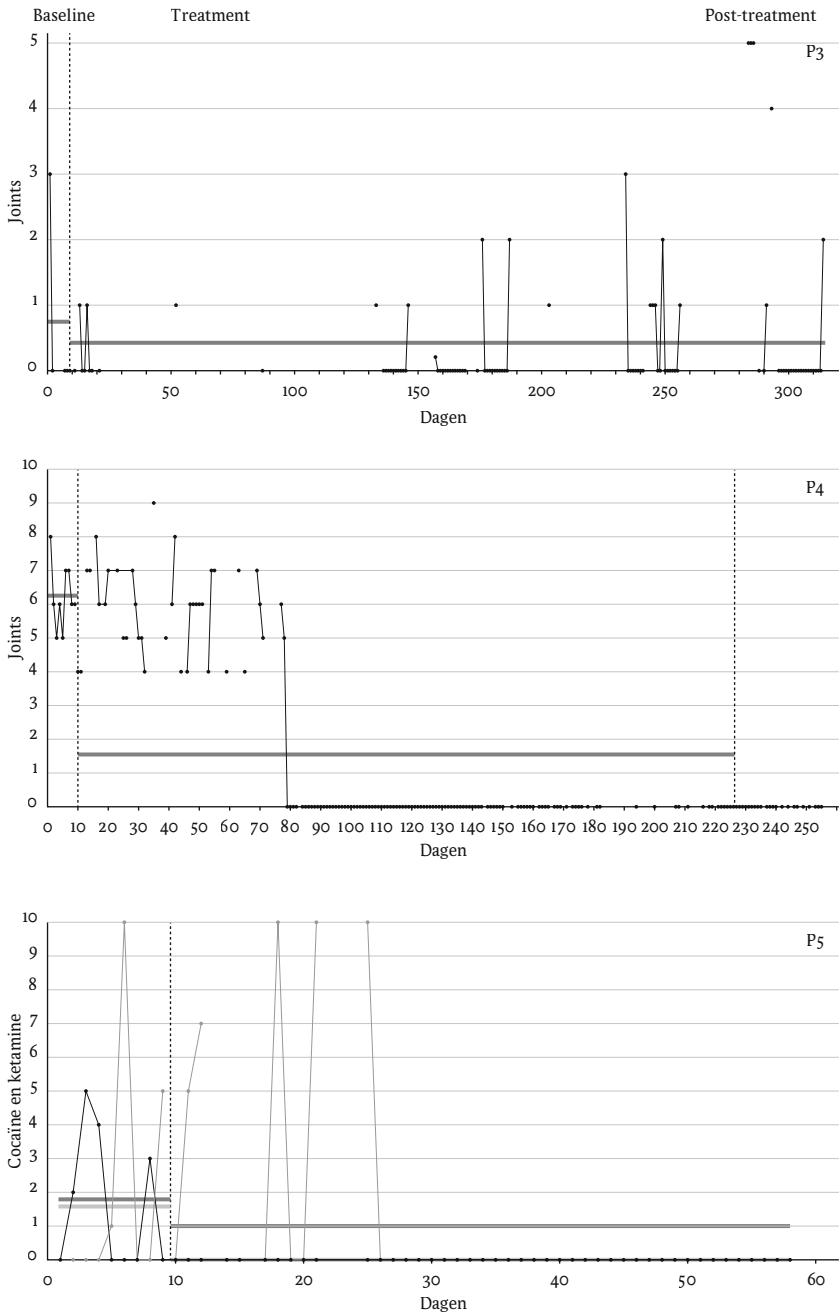
Vijf participanten (1, 4, 7, 8, 11) hebben Take it Personal!+ afgerond, met een behandelduur tussen 5 en 11 maanden. Participant 7 verlengde de behandelduur tijdens de post-treatmentfase met laagfrequente sessies (ongeveer één sessie per 2 weken), met de focus op het volhouden van zijn verandering in alcoholgebruik en het verminderen van zijn cannabisgebruik. De andere participanten hebben het protocol niet volledig afgerond. Participant 2 heeft behandeling gevolgd tot sessie 5A, waarna hij besloot om te stoppen vanwege onvoldoende motivatie. Hij gaf aan dat sommige omgevingsfactoren eerst moesten verbeteren voordat hij zijn cannabisgebruik kon veranderen. Participant 3 volgde de behandeling tot sessie 7B, met een duur van 1 jaar. Dit is een lange behandelduur geweest, met perioden van geen behandeling vanwege een reeks problemen. Ze volgde in dezelfde periode *eye movement desensitization and reprocessing* (EMDR) voor traumaklachten. Na een jaar was ze tevreden met de behaalde resultaten, waarna ze werd doorverwezen voor behandeling gericht op andere psychische problemen die verband hielden met cannabisgebruik. Participant 5 volgde de behandeling tot sessie 4B, met een duur van 2 maanden. Hij besloot te stoppen omdat hij zijn doelen had bereikt en een baan van 40 uur had, wat ook belangrijk voor hem was om de bereikte doelen vol te houden. Participant 6 stopte met behandeling na sessie 6B, omdat hij veel aan zijn hoofd had en hij de behandeling op dat moment in zijn leven te belastend vond. Bovendien was hij tevreden met de vermindering die hij had bereikt en besloot hij dat het hebben van een baan zou helpen om deze verandering in stand te houden. Participant 9 stopte met de behandeling na sessie 4A, waarbij ze besloot dat ze een klinische behandeling nodig had. Ze was een paar jaar eerder in klinische behandeling geweest en vond dat ze dat weer nodig had. Participant 10 volgde behandeling tot sessie 6B, en delen van 8A/B en 9A, omdat de inhoud van deze sessies belangrijk voor hem waren (onder andere om 'nee' te zeggen). Hij besloot te stoppen met de behandeling omdat hij tevreden was met zijn behaalde doelen en een fulltime baan had, wat belangrijk voor hem was om zijn behaalde doelen te behouden. Participant 12 volgde de behandeling tot sessie 6B. Hij besloot op dat moment te stoppen, omdat hij veel aan zijn hoofd had en de behandeling te belastend was. Bovendien had hij zijn cannabisgebruik verminderd en moest hij volgens een gerechtelijk bevel stoppen met zijn cannabisgebruik vanwege zijn kind.

Visuele analyse

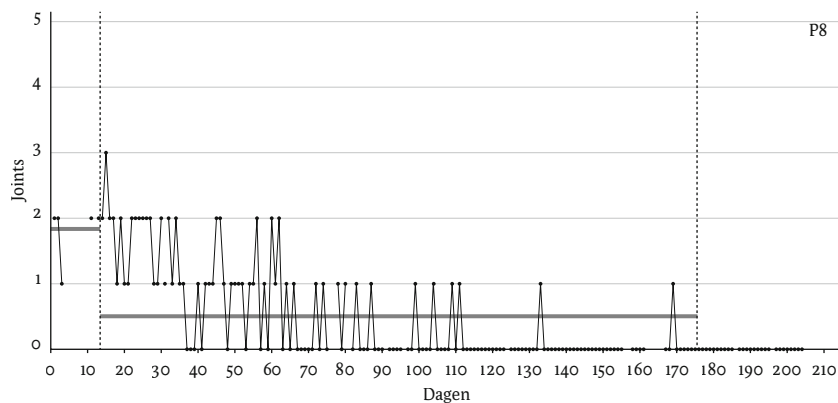
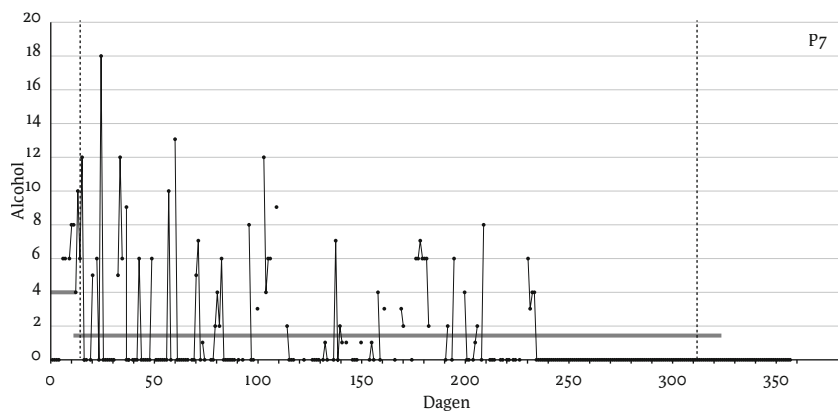
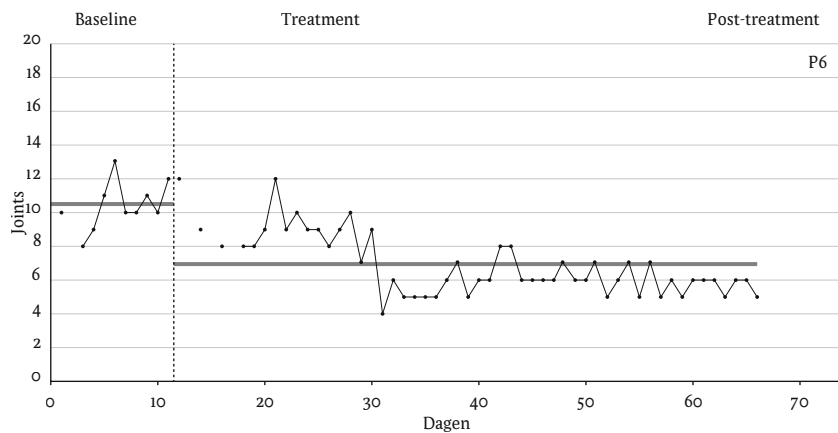
239

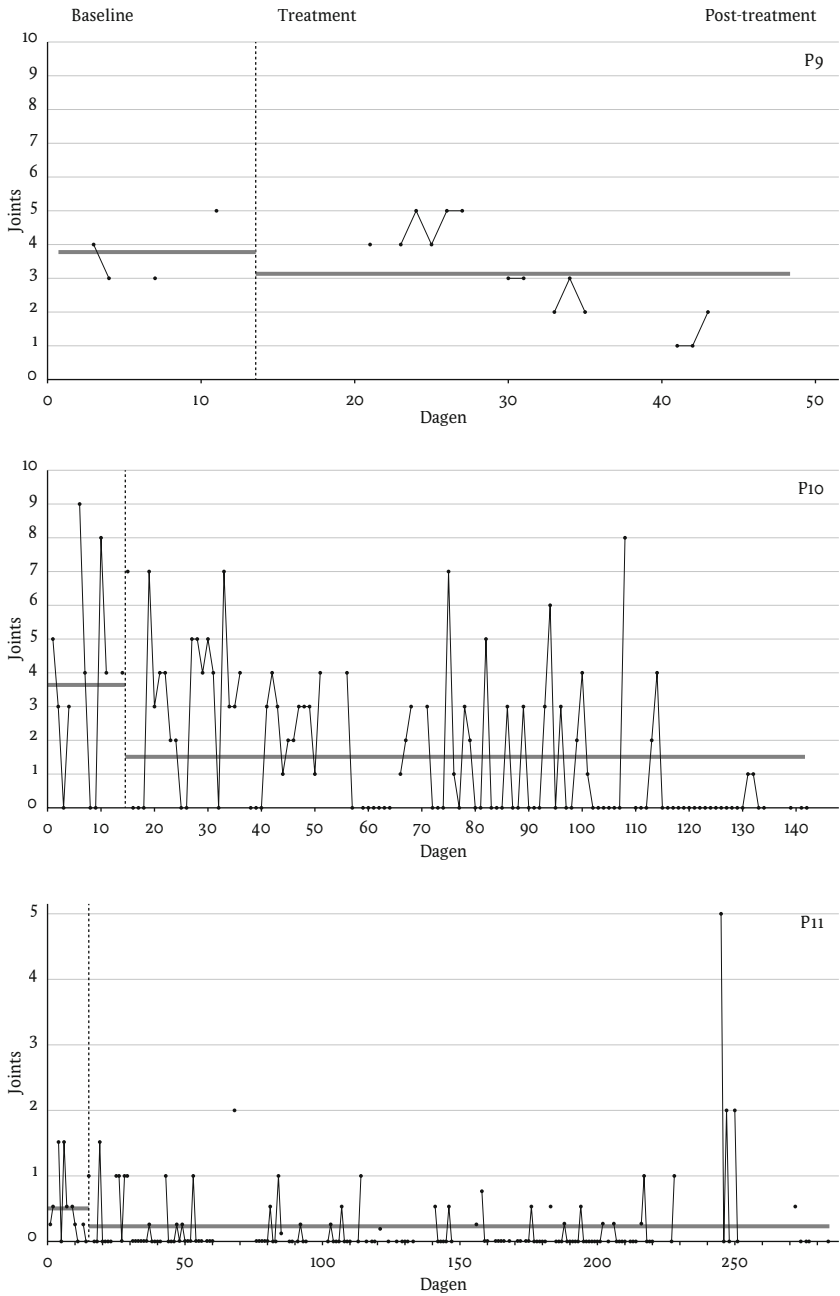
Figuur 1 toont het verloop van het dagelijks gemeten middelengebruik per participant, waarbij de horizontale lijnen de gemiddelde scores van de fasen weergeven. Bij tien participanten (3 t/m 12) daalde de gemiddelde score van het dagelijkse middelengebruik tijdens de behandeling ten opzichte van de baseline. Waar post-treatmentdata beschikbaar waren (4, 7, 8, 12), werd een verdere afname tijdens post-treatment gevonden. Daarentegen vertoonde participant 2 een kleine toename van de gemiddelde score tijdens de behandeling in vergelijking met baseline en een stabiel gemiddelde in post-treatment. Participant 1 vertoonde geen verandering in de gemiddelde score over de fasen heen.

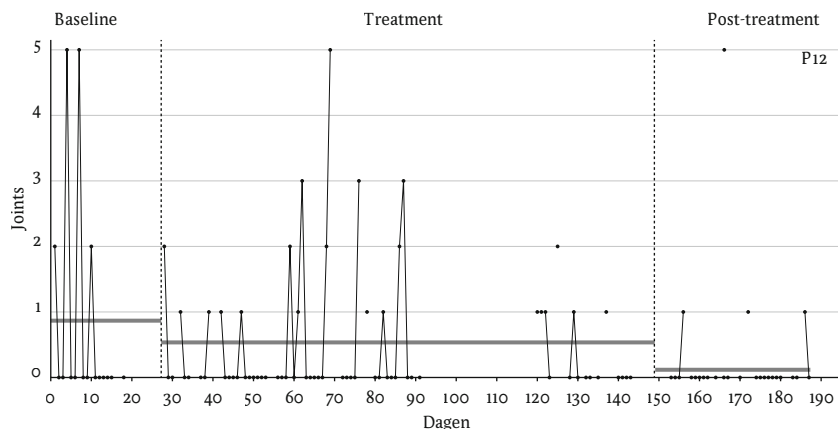
FIGUUR 1 *Dagelijks gemeten middelengebruik tussen fasen en participanten*



Noot. Zwarte lijn = ketaminegebruik; grijze lijn = cocaïnegebruik; vanaf dag 26 verminderde cocaïnegebruik tot 0; het gemiddelde in de behandelfase van ketamine is 0.







Noot. Vanwege de variabiliteit in behandeluur en hoeveelheid middelengebruik variëren de waarden van de x-as en y-as tussen deelnemers.

Percent of Goal Obtained (PoGO)

De PoGO-waarde duidt op een groot effect bij vier participanten (4, 5, 7, 8) en een matig groot effect bij één participant (12; zie tabel 3). Voor de andere vijf participanten (1, 2, 6, 10, 11) kon de PoGO niet worden berekend, omdat hun behandeldoelen niet gekwantificeerd waren. Ze vermeldten echter wel dat ze verschillende doelen hadden behaald. Zo vermeldde participant 1 dat hij zijn behandelgoal had behaald. Dit wordt ondersteund door de visuele analyse, namelijk het drinken van niet meer dan drie glazen alcohol per dag sinds week 3 van de behandeling, met één uitzondering in de laatste week van de behandeling. Participant 2 vermeldde dat hij andere doelen had behaald. Hij had bijvoorbeeld meer controle over zijn cannabisgebruik (hij kon onder meer zijn cannabisgebruik uitstellen tot later op de avond). Participant 6 gaf aan tevreden te zijn met de daling die hij had behaald. Participant 10 gaf aan dat hij tevreden was met zijn behaalde resultaten en dat hij zijn doel had behaald. Dit wordt ondersteund door visuele analyse, die in de laatste weken van de behandeling maximaal één joint per dag laat zien en op de meeste dagen geen cannabisgebruik. Ten slotte gaf participant 11 aan dat ze haar doel had bereikt, omdat ze meer controle had over haar cannabisgebruik, waarbij ze voornamelijk recreatief rookte.

TABEL 3 *Effectgrootten en RCI-scores per participant*

	Invultrouw (%)	NAP		Cohens <i>d</i>		PoGO	RCI	
		B-T	B-PT	B-T	B-PT	B-T	B-PT	B-FU
P1	97,3	0,43	0,44	-0,11	0,02	-	-0,99 ^a	-
P2	86,2	0,31	0,30	-0,66	-0,68	-	-2,50 ^{*b}	-3,93 ^{*b}
P3	32,6	-	-	-	-	-	5,00 ^{*b}	2,14 ^{*b}
P4	68,2	0,89	1	1,81	13,77	100	-7,15 ^{*b}	-7,15 ^{*b}
P5 Cocaïne Ketamine	91,4	0,60 0,72		0,28 1,96		100 100	-8,82 ^{*c}	-
P6	86,1	0,93		1,98		-	-2,50 ^{*b}	-
P7	64,8	0,68	0,78	0,84	4,20	100	-9,60 ^{*a}	-9,60 ^{*a}
P8	88,3	0,90	1	1,79	10,84	96	-3,57 ^{*b}	-5,72 ^{*b}
P9	40,6						1,07 ^b	-
P10	85,2	0,71		0,97		-	-2,50 ^{*b}	-3,93 ^{*b}
P11	54,5	0,73		0,49				2,14 ^{*b}
P12	59,7	0,50	0,58	0,30	0,68	79,5	-3,93 ^{*b}	-5,72 ^{*b}

Noot. B = baseline; NAP = non-overlap of all pairs; P = participant; PoGO = percentage of goal obtained; PT = post-treatment; RCI = reliable change index; T = treatment.

* = score is significant; ^a = Alcohol Use Disorder Identification Test; ^b = Drug Use Disorder Identification Test – cannabis; ^c = Drug Use Disorder Identification Test – hard drugs.

Non-overlap of All Pairs (NAP)

In de NAP wordt de overlap van de data tussen fasen geanalyseerd. De NAP-waarde duidt op een groot effect in het verlagen van het dagelijkse midde-
lengebruik van baseline tot behandeling bij participant 6, een gemiddeld ef-
fect bij zes participanten (4, 5, 7, 8, 10, 11), en een zwak effect bij participant 12
en bij het cocaïnegebruik van participant 5. Bij twee participanten (1, 2) werd
geen effect gevonden. Van baseline tot post-treatment duidt de NAP op een
groot effect bij twee van de zes participanten (4, 8), een gemiddeld effect bij
participant 7, een zwak effect bij participant 12 en geen effect bij twee parti-
cipanten (1, 2; zie tabel 3).

Cohens d

De Cohens *d* effectgrootten van alle participanten worden weergegeven in tabel 3. Ze wijzen op een groot effect bij 6 van de 10 participanten (4, 5, 6, 7, 8, 10), een negatief mediumeffect bij participant 2, een zwak effect bij twee participanten (11, 12) en bij het cocaïnegebruik van participant 5, en geen effect bij participant 1 in het verminderen van het dagelijkse middelengebruik van baseline tot behandeling. Daarnaast is er van baseline tot post-treatment een groot effect bij drie van de zes participanten (4, 7, 8) gevonden, een mediumeffect bij participant 12, een negatief mediumeffect bij participant 2 en geen effect bij participant 1.

Reliable Change Index (RCI)

De RCI werd berekend (tabel 3) om te beoordelen of de ernst van het middelengebruik significant veranderde van baseline naar post-treatment en van baseline naar follow-up. Bij acht participanten (2, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 12) nam de ernst van middelengebruik significant af van baseline tot post-treatment en – indien follow-upgegevens beschikbaar waren – ook tot follow-up. De RCI-scores van participant 3 en 11 toonden een toename in ernst van cannabisgebruik. Bij participant 3 kan dit verklaard worden door het feit dat de post-treatmentmeting 1 maand na de laatste behandelsessie werd uitgevoerd en de follow-upmeting een nieuwe baselinemeting was. Deze participant kwam terecht in een sociaal netwerk van middelengebruikers en kon niet zelf stoppen met cannabis, waardoor ze opnieuw is gestart met Take it Personal!+. Bij participant 11 werden de followup gegevens 5 maanden na de laatste behandelsessie verzameld.

Bijkomende effecten

Als de cliënt andere middelen dan het primaire middel van behandeling gebruikte tijdens baseline, post-treatment of follow-up, berekenden we ook de RCI-score voor deze middelen. Deze RCI-scores wijzen op positieve neveneffecten op onbehandelde middelen bij drie participanten. Twee participanten (10, 12) vertoonden een significante afname van de ernst van het alcoholgebruik vanaf baseline tot follow-up, naast het behandelde cannabisgebruik. Eén participant (5) vertoonde een significante afname van de ernst van het cannabisgebruik vanaf baseline tot behandeling en follow-up naast het behandelde harddruggebruik.

Daarentegen duidt de RCI-score op negatieve neveneffecten bij twee participanten. Participant 11 vertoonde een significante toename van de ernst van het harddruggebruik vanaf baseline tot follow-up. Ook participant 3 vertoonde een significante toename van de ernst van het gebruik van hard-

drugs van baseline tot post-treatment en tot follow-up. Na de follow-upmeting begon participant 3 opnieuw met Take it Personal!+ om ook het hard drugsgebruik te verminderen. Bij beide participanten toonden de dagelijkse metingen geen harddrugsgebruik aan *tijdens* de behandeling, wat aangeeft dat ze *na* de behandeling harddrugs begonnen te gebruiken.

DISCUSSIE

.....

Het doel van de huidige studie was om de effectiviteit van Take it Personal + te onderzoeken. Take it Personal!+ was effectief in het verminderen van het dagelijkse middelengebruik bij acht van de tien participanten. Effecten bleven ten minste 1 maand behouden (bij participanten van wie gegevens beschikbaar waren). Daarnaast was Take it Personal!+ effectief in het verminderen van de ernst van het middelengebruik bij acht van de twaalf participanten, zoals gemeten met gestandaardiseerde vragenlijsten tijdens baseline, post-treatment en follow-up. Deze effecten bleven ten minste 3 maanden behouden (bij participanten van wie gegevens beschikbaar waren). Hieruit kunnen we concluderen dat MVG en CGT ook effectief kunnen zijn bij mensen met een LVB en problematisch middelengebruik, wat in overeenstemming is met de uitkomsten van studies bij mensen zonder een LVB (Davis et al., 2015; Naar & Safren, 2017; Riper et al., 2014; Smedslund et al., 2011).

Bij twee participanten was de ernst van het middelengebruik toegenomen bij follow-up ten opzichte van de baseline. Bij één van deze participanten werden de vragenlijsten 5 maanden na de behandeling afgenomen, in plaats van direct na de behandeling en na 3 maanden. Daardoor is niet bekend of de behandeling in het geheel niet effectief was voor de ernst van middelengebruik of dat de effecten na 5 maanden niet werden behouden. Bij de andere participant bleek dat ze in een sociaal netwerk van middelengebruikers terecht was gekomen. Beide participanten vertoonden een toename van ernst in onbehandeld middelengebruik naast de toename in ernst van behandeld middelengebruik. Onderzoek heeft aangetoond dat het risico op het gebruik van andere middelen hoger is als het herstel niet voldoende sociaal ingebed is (Hodgins et al., 2017). Bij personen met een LVB lijkt dit nog belangrijker vanwege hun kwetsbaarheid voor groepsdruk en de behoefte aan een begeleider om vaardigheden te generaliseren (Willner & Lindsay, 2016).

Bij drie van de acht participanten lieten de resultaten een vermindering zien in ernst van zowel het behandelde als het onbehandelde middelengebruik. Dit is in lijn met onderzoek bij personen zonder een LVB, waaruit bleek dat bij mensen die meerdere middelen gebruiken een interventie gericht op één van deze middelen ook invloed kan hebben op de andere middelen (Hodgins et al., 2017). Voor zover bekend is dit de eerste studie die onbehandeld middelengebruik meet bij mensen met een LVB. De positieve

neveneffecten zijn opmerkelijk, omdat bekend is dat de doelgroep problemen heeft met responsgeneralisatie (dat wil zeggen: verandering in niet-behandeld gedrag; Park et al., 2020). Sommige participanten vertoonden echter geen verandering in onbehandeld middelengebruik. Daarbij is onbekend of deze personen problemen hadden met responsgeneralisatie of dat het gebruik van andere middelen niet problematisch was en een verandering niet nodig was.

Deze studie leverde nog enkele aanvullende resultaten op die de moeite waard zijn om hier te bespreken. Ten eerste laat de huidige studie eerste bewijzen zien voor de haalbaarheid van dagelijkse metingen bij mensen met een LVB en problematisch middelengebruik. Zover ons bekend, is dit de eerste studie die gebruik heeft gemaakt van dagelijkse metingen bij mensen met een LVB gedurende een lange periode (variërend tussen 2 en 12 maanden). De gemiddelde invultrouw in deze studie was 71,2%, waaruit blijkt dat het invullen van dagelijkse metingen voor een lange periode mogelijk is voor deze doelgroep. Echter, de invultrouw fluctueerde wel binnen en tussen participanten (varieerde tussen 32,6% en 97,3%), waarbij een samenhang zichtbaar was met behandelverloop: participanten met meer 'no-shows' of perioden waarin de behandeling stillag, hadden ook een lagere invultrouw. Een recente studie bevestigt de haalbaarheid van dagelijkse metingen bij mensen met een LVB (Hulsmans et al., 2024).

Ten tweede was een andere belangrijke bevinding van de huidige studie de grote variatie in behandelduur, die varieerde tussen 2 en 12 maanden. De noodzaak om de duur van CGT aan te passen aan de individuele behoeften van cliënten is reeds benadrukt door andere onderzoekers (Mennis et al., 2019; Persons & Thomas, 2019). Take it Personal!+ is oorspronkelijk ontworpen als een interventie van 11 weken, maar in de huidige studie werd therapeuten expliciet meegegeven dat ze vrij waren om de duur van de interventie aan de behoeften van de participanten aan te passen. De variatie in behandelduur kan worden verklaard door verschillende omstandigheden (onder andere stoppen met de behandeling vanwege een baan, kortere sessies, meer herhalen, no-shows en complexe problemen) en weerspiegelt het hoge niveau van personalisatie en aanpassing van de behandeling aan het individu.

Het is bekend dat de comorbiditeit van middelengebruik en psychische problemen hoog is bij mensen met een LVB, wat het belang benadrukt van uitgebreide screening op psychische problematiek bij de start van de behandeling (van Duijvenbode & VanDerNagel, 2019). In de huidige studie stopten zeven participanten binnen de eerste 2 weken van de behandeling. Psychische problemen werden als belangrijkste reden voor uitval genoemd. Dit kan erop wijzen dat de screening aan het begin van deze behandeling niet volledig was. Een uitgebreide screening aan het begin van de behandeling kan niet alleen voorkomen dat cliënten voortijdig stoppen met de behandeling, maar helpt ook om hen te begeleiden naar de behandeling die het beste bij hen past. Dit kan op zijn beurt leiden tot effectievere en efficiëntere zorg.

Beperkingen van het onderzoek

De huidige studie heeft enkele beperkingen. Ten eerste waren er voor een aantal participanten onvoldoende dagelijkse metingen beschikbaar om de effectiviteit van Take it Personal!+ vast te stellen. Met name in de fase na behandeling was dit een probleem. Zes van de twaalf participanten hadden de dagelijkse vragenlijst tijdens deze fase niet ingevuld, waardoor het onmogelijk was om te beoordelen of de afname van het dagelijkse middelengebruik na de behandeling werd gehandhaafd. Bovendien was er alleen een follow-upmeting bij 3 maanden, waardoor de effecten op langere termijn onbekend zijn. Voor toekomstige studies is het van belang om de langetermijneffecten van Take it Personal!+ vast te stellen (bijvoorbeeld na 6 maanden en 1 jaar), waarbij rekening moet worden gehouden met het feit dat de uitval hoog is.

Ten tweede zijn de positieve bevindingen van de interventie niet voldoende om de resultaten te generaliseren naar andere cliënten met een LVB. Om deze reden is het belangrijk dat de studie gerepliceerd wordt met verschillende designs. In de huidige studie is gebruikgemaakt van directe replicaties (onder andere dezelfde therapeut) en systematische replicaties (onder andere verschillende kenmerken van participanten, en verschillende therapeuten en instellingen). Om een evidence-based behandeling vast te stellen moet onderzoek echter worden uitgevoerd door minimaal drie verschillende onderzoeksteams met het gecombineerde aantal van minimaal twintig participanten (Kratochwill et al., 2010, 2013).

Klinische implicaties

Take it Personal!+ is ontwikkeld omdat er binnen de verstandelijk-gehandicaptenzorg behoefte was aan een aangepaste en evidence-based behandeling voor problematisch middelengebruik bij mensen met een LVB. Tot op heden is de verslavingszorg nog onvoldoende aangepast aan de beperkingen en behoeften van mensen met een LVB, hoewel zij een verhoogde kans hebben op een stoornis in het gebruik van middelen en er steeds meer aanwijzingen zijn dat veel mensen met een LVB zijn opgenomen in de (klinische) verslavingszorg. De huidige studie is de eerste die de effectiviteit van een gepersonaliseerde MVG-CGT-behandeling voor het verminderen van middelengebruik bij mensen met een LVB heeft onderzocht. De resultaten van deze studie tonen aan dat een aangepaste MVG-CGT effectief kan zijn in het verminderen van problematisch middelengebruik bij mensen met een LVB. Toekomstig onderzoek is nodig om vast te stellen of Take it Personal!+ een evidence-based behandeling is die ook op de lange termijn effectief is en grootschalig geïmplementeerd kan worden in de zorg.

Lotte Gosens en **Evelien Poelen** zijn verbonden aan Research & Development, Pluryn, Nijmegen, en aan het Behavioural Science Institute, Radboud Universiteit.

Esther Hesselink is werkzaam bij Research & Development, Pluryn, Nijmegen.

Robert Didden is verbonden aan het Behavioural Science Institute, Radboud Universiteit, en aan Trajectum, Zwolle.

Jannet de Jonge werkt bij het Kenniscentrum ACHIEVE, Faculteit Gezondheid, Hogeschool van Amsterdam.

Arnt Schellekens is verbonden aan de afdeling Psychiatrie, RadboudUMC, Nijmegen, en aan het Nijmegen Institute for Scientist-Practitioners in Addiction, Radboud Universiteit.

Joanneke VanDerNagel is werkzaam bij het Nijmegen Institute for Scientist-Practitioners in Addiction, Radboud Universiteit; bij Tactus Verslavingszorg in Deventer; bij de Universiteit Twente, department of Human Media Interactions in Enschede, en bij Avelijn in Borne.

Patrick Onghena is verbonden aan de Faculteit Psychologie en Onderwijswetenschappen, KU Leuven.

Roy Otten is werkzaam bij het Behavioural Science Institute, Radboud Universiteit, Nijmegen.

Correspondentieadres: Lotte C. F. Gosens, Pluryn, Industrieweg 50, 6541 TW, Nijmegen, Nederland. E-mail: lgosens@pluryn.nl

Summary *Effectiveness of Take it Personal!+, a treatment for problematic substance use in people with mild intellectual disabilities*

Individuals with mild intellectual disabilities or borderline intellectual functioning (MID-BIF) are at increased risk to develop a substance use disorder. Treatment programs are often not adapted to this target group. This study evaluated the effectiveness of Take it Personal!+, a personalized SUD treatment for individuals with MID-BIF. The treatment is based on motivational interviewing and cognitive behavioral therapy, supported by a mHealth application. Data were collected in a multiple baseline single-case experimental design with four phases: baseline, treatment, post-treatment and follow-up. Twelve participants were randomly allocated to baseline lengths varying between seven and eleven days. Substance use quantity was assessed during baseline, treatment and post-treatment with a daily survey using a mobile application, and substance use severity was assessed with standardized questionnaires. The results support the effectiveness of Take it Personal!+ in decreasing substance use in individuals with MID-BIF.

Keywords *motivational interviewing, cognitive behavioral therapy, substance use disorder, intellectual disabilities, multiple baseline design*

Referenties

American Psychiatric Association (APA). (2014). *Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5)*.

Nederlandse vertaling van Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Uitgeverij Boom.

Babor, T. F., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J. B., & Monteiro, M. G. (2001).

- AUDIT: The alcohol use disorders identification test: Guidelines for use in primary care*. Geneva: World Health Organization.
- Bergman, A. H., Bergman, H., Palmstierna, T., & Schlyter, F. (2003). *DUDIT: The drug use disorders identification test: MANUAL*. Stockholm: Karolinska Institute.
- Bulté, I., & Onghena, P. (2013). The single-case data analysis package: Analysing single-case experiments with R Software. *Journal of Modern Applied Statistical Methods*, 12(2), 450-478. <https://doi.org/10.22237/jmasm/1383280020>
- Comeau, N., Steward, S. H., & Loba, P. (2001). The relations of trait anxiety, anxiety sensitivity, and sensation seeking to adolescents' motivations for alcohol, cigarette, and marijuana use. *Addictive Behaviors*, 26, 803-825. [https://doi.org/10.1016/S0306-4603\(01\)00238-6](https://doi.org/10.1016/S0306-4603(01)00238-6)
- Conrod, P. J., O'Leary-Barrett, M., Topper, L., Castellanos-Ryan, N., Mackie, C., & Girard, A. (2013). Effectiveness of a selective, personality-targeted prevention program for adolescent alcohol use and misuse: A cluster randomized controlled trial. *JAMA Psychiatry*, 70, 334-342. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.651>
- Davis, M. L., Powers, M. B., Handelsman, P., Medina, J. L., Zvolensky, M., & Smits, J. A. J. (2015). Behavioral therapies for treatment-seeking cannabis users: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Evaluation & The Health Professions*, 38, 94-114. <https://doi.org/10.1177/0163278714529970>
- De, T. K., Michiels, B., Vlaeyen, J. W. S., & Onghena, P. (2020). *Shiny SCDA* [Computer software; Mobile application software].
- Didden, R., VanDerNagel, J., Delforterie, M., & van Duijvenbode, N. (2020). Substance use disorders in people with intellectual disability. *Current Opinion in Psychiatry*, 33, 124-129. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000569>
- Edalati, H., Afzali, M. H., Castellanos-Ryan, N., & Conrod, P. J. (2019). The effect of contextual risk factors on the effectiveness of brief personality-targeted interventions for adolescent alcohol use and misuse: A cluster-randomized trial. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 43, 997-1006. <https://doi.org/10.1111/acer.14016>
- EthicaData. (2019). www.ethicadata.com
- Ferron, J., Goldstein, H., Olszewski, A., & Rohrer, L. (2020). Indexing effects in single-case experimental designs by estimating the percent of goal obtained. *Evidence-Based Communication Assessment and Intervention*, 14, 6-27. <https://doi.org/10.1080/17489539.2020.1732024>
- Gosens, L. C. F., Otten, R., de Jonge, J. M., Schellekens, A. F. A., VanDerNagel, J. E. L., Didden, R., & Poelen, E. A. P. (2021). Development of a personalized substance use disorder treatment for people with mild intellectual disabilities or borderline intellectual functioning: An intervention mapping approach. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 47, 131-140. <https://doi.org/10.3109/13668250.2021.1925529>
- Gosens, L. C. F., Otten, R., Didden, R., & Poelen, E. A. P. (2020). Evaluating a personalized treatment for substance use disorder in people with mild intellectual disability or borderline intellectual functioning: A study protocol of a multiple baseline across individuals design. *Contemporary Clinical Trials Communication*, 19, 100616. <https://doi.org/10.1016/j.conctc.2020.100616>
- Gosens, L. C. F., Poelen, E. A. P., Didden, R., de Jonge, J. M., Schellekens, A. F. A., VanDerNagel, J. E. L., Onghena, P., & Otten, R. (2024). Evaluating the effectiveness of Take it Personal!+ in people with mild intellectual disability or

- borderline intellectual functioning and substance use disorder: A multiple baseline single-case experimental study. *Behavior Therapy*, 55, 331-346.
- Hecimovic, K., Barrett, S. P., Darredau, C., & Stewart, S. H. (2014). Cannabis use motives and personality risk factors. *Addictive Behaviors*, 39, 729-732. <https://doi.org/10.1016/j.add-beh.2013.11.025>
- Hedges, L. V., Pustejovsky, J. E., & Shadish, W. R. (2012). A standardized mean difference effect size for single case designs. *Research Synthesis Methods*, 3, 224-239. <https://doi.org/10.1002/jrsm.1052>
- Hodgins, D. C., Kim, H. S., & Stea, J. N. (2017). Increase and decrease of other substance use during recovery from cannabis use disorders. *Psychology of Addictive Behaviors*, 31, 727-734. <https://doi.org/10.1037/adbo000307>
- Hulsmans, D. H. G., Poelen, E. A. P., Lichtwarck-Aschoff, A., & Otten, R. (2024). De haalbaarheid van dagelijks monitoren bij adolescenten en jongvolwassenen met een licht verstandelijke beperking of zwakbegaafdheid. *NTZ*, 1, 12-25.
- Jacobsen, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical significance. A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 12-19. <https://doi.org/10.1037/10109-042>
- Kazdin, A. E. (2011). *Single-case research designs: Methods for clinical and applied settings*. Oxford University Press.
- Kouimtsidis, C., Bosco, A., Scior, K., Baio, G., Hunter, R., Pezzoni, V., Mcnamera, E., & Hassiotis, A. (2017). A feasibility randomised controlled trial of extended brief intervention for alcohol misuse in adults with mild to moderate intellectual disabilities living in the community; The EBI-LD study. *Trials*, 18, 1-12. <https://doi.org/10.1186/s13063-017-1953-0>
- Krahn, G., Farrell, N., Gabriel, R., & Deck, D. (2006). Access barriers to substance abuse treatment for persons with disabilities: An exploratory study. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 31, 375-384. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2006.05.011>
- Krank, M., Stewarts, S. H., O'Connor, R., Woicik, P. B., Wall, A. M., & Conrod, P. J. (2011). Structural, concurrent, and predictive validity of the substance use risk profile scale in early adolescence. *Addictive Behaviors*, 36, 37-46. <https://doi.org/10.1016/j.add-beh.2010.08.010>
- Kratochwill, T. R., Hitchcock, J., Horner, R. H., Levin, J. R., Odom, S. L., Rindskopf, D. M., & Shadish, W. R. (2010). *Single case designs technical documentation*. What Works Clearinghouse.
- Kratochwill, T., Hitchcock, J. H., Horner, R. H., Levin, J. R., Odom, S. L., Rindskopf, D. M., & Shadish, W. R. (2013). Single-case intervention research design standards. *Remedial and Special Education*, 34, 26-38. <https://doi.org/10.1177/0741932512452794>
- Mackinnon, S. P., Keyhayes, I. L., Clark, R., Sherry, S. B., & Stewart, S. H. (2014). Testing the four-factor model of personality vulnerability to alcohol misuse: A three-wave, one-year longitudinal study. *Psychology of Addictive Behaviors*, 28, 1000-1012. <https://doi.org/10.1037/a0037244>
- Mahu, I. T., Doucet, C., O'Leary-Barrett, M., & Conrod, P. J. (2015). Can cannabis use be prevented by targeting personality risk in schools? Twenty-four-month outcome of the adventure trial on cannabis use: A cluster-randomized controlled trial. *Addiction*, 110, 1625-1633. <https://doi.org/10.1111/add.12991>

- Maric, M. (2018). Single-case experimental designs in cognitive behavioral therapy. *Gedragstherapie*, 51, 158-170.
- Mennis, J., Stahler, G. J., Abou El Magd, S., & Baron, D. A. (2019). How long does it take to complete outpatient substance use disorder treatment? Disparities among Blacks, Hispanics, and Whites in the US. *Addictive Behaviors*, 93, 158-165. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2019.01.041>
- Merkx, M. J. M. (2014). *Handleiding 2: Individuele cognitieve gedragstherapie bij middelengebruik en gokken*. Stichting Resulaten Scoren/Perspectief Uitgevers.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2014). *Motiverende gespreksvoering*. Ekklesia.
- Morin, J. F. G., Harris, M., & Conrod, P. J. (2017). *A review of CBT treatments for substance use disorders*. Oxford Handbooks.
- Naar, S., & Safren, S. A. (2017). *Motivational interviewing and CBT: Combining strategies for maximum effectiveness*. The Guilford Press.
- O'Leary-Barrett, M., Mackie, C. J., Castellan-Ryan, N., Al-Khudhairy, N., & Conrod, P. J. (2010). Personality-targeted interventions delay uptake of drinking and decrease risk of alcohol-related problems when delivered by teachers. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49, 954-963. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2010.04.011>
- Park, J., Bouck, E. C., & Duenas, A. (2020). Using video modeling to teach social skills for employment to youth with intellectual disability. *Career Development and Transition for Exceptional Individuals*, 43, 40-52. <https://doi.org/10.1177/2165143418810671>
- Parker, R. I., & Vannest, K. (2009). An improved effect size for single-case research: Nonoverlap of all pairs. *Behavior Therapy*, 40, 357-367. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2008.10.006>
- Persons, J. B., & Thomas, C. (2019). Symptom severity at week 4 of cognitive behavior therapy predicts depression remission. *Behavior Therapy*, 50, 791-802. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2018.12.002>
- Peters-Scheffer, N., & Didden, R. (2020). Functional analysis methodology in developmental disabilities. In P. Sturmey (Ed.), *Functional analysis in clinical treatment* (pp. 75-95). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-012372544-8-50005-7>
- Pieterse, M. E., VanDerNagel, J. E. L., ten Klooster, P. M., Turhan, A., & Didden, R. (2020). Psychometric qualities of the Dutch version of the substance use risk profile scale adapted for individuals with mild intellectual disabilities and borderline intellectual functioning. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*, 13, 250-266. <https://doi.org/10.1080/19315864.2020.1789250>
- Poelen, E. A. P., Schijven, E. A. P., & Otten, R. (2022). The mediating role of substance use motives in the relationship between personality dimensions and alcohol and drug use in adolescents and young adults with mild intellectual disabilities. *Addictive Behaviors*, 126. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2021.107173>
- Riper, H., Andersson, G., Hunter, S. B., de Wit, J., Berking, M., & Cuijpers, P. (2014). Treatment of comorbid alcohol use disorders and depression with cognitive behavioural therapy and motivational interviewing: A meta-analysis. *Addiction*, 109, 394-406. <https://doi.org/10.1111/add.12441>
- Schijven, E. P., Hulsmans, D. H. G., VanDerNagel, J. E. L., Lammers, J., Otten, R., & Poelen, E. A. P. (2021). The effectiveness of an indicated prevention program for substance use in individuals with mild intellectual disabilities and borderline intellectual functioning and comorbid behavioural problems: Results of a quasi-

- experimental study. *Addiction*, 116, 373-381. <https://doi.org/10.1111/add.15156>
- Slayter, E. M. (2008). Understanding and overcoming barriers to substance abuse treatment access for people with mental retardation. *Journal of Social Work in Disability & Rehabilitation*, 7, 63-80. <https://doi.org/10.1080/15367100802009780>
- Slayter, E. M. (2010). Not immune: Access to substance abuse treatment among Medicaid-covered youth with mental retardation. *Journal of Disability Policy Studies*, 20, 195-204. <https://doi.org/10.1177/1044207309341373>
- Slayter, E. M. (2016). Disparities in substance abuse treatment utilization among women with intellectual disability. *Journal of Social Work in Disability & Rehabilitation*, 15, 96-115. <https://doi.org/10.1080/1536710X.2016.1162120>
- Smedslund, G., Berg, R. C., Hammerstrøm, K. T., Steiro, A., Leiknes, K. A., Dahl, H. M., & Karlsen, K. (2011). Motivational interviewing for substance abuse. *Campbell Systematic Reviews*, 7, 1-126. <https://doi.org/10.4073/csr.2011.6>
- Tate, R. L., Perdices, M., Rosenkoetter, U., Shadish, W., Vohra, S., Barlow, D. H., Horner, R., Kazdin, A., Kratochwill, T., McDonald, S., Sampson, M., Shamsseer, L., Togher, L., Albin, R., Backman, C., Douglas, J., Evans, J. J., Gast, D., Manolov, R., Mitchell, G., ... Wilson, B. (2016). The Single-Case Reporting Guideline In Behavioural Interventions (SCRIBE) 2016 Statement. *Physical Therapy*, 96, e1-e10. <https://doi.org/10.2522/ptj.2016.96.7.e1>
- van Duijvenbode, N., & VanDerNagel, J. E. L. (2019). A systematic review of substance use (disorder) in individuals with mild to borderline intellectual disability. *European Addiction Research*, 25, 263-282. <https://doi.org/10.1159/000501679>
- van Duijvenbode, N., VanDerNagel, J. E. L., Didden, R., Engels, R. C. M. E., Buitelaar, J. K., Kiewik, M., & de Jong, C. A. J. (2015). Substance use disorders in individuals with mild to borderline intellectual disability: Current status and future directions. *Research in Developmental Disabilities*, 38, 319-328. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2014.12.029>
- VanDerNagel, J. E. L., Kiewik, M., van Dijk, M., de Jong, C., & Didden, R. (2011). *Handleiding SumID-Q: Meetinstrument voor het in kaart brengen van middelengebruik bij mensen met een lichte verstandelijke beperking*. Deventer: Tactus.
- VanDerNagel, J. E., van Duijvenbode, N., Ruedrich, S., Ayu, A. P., & Schellekens, A. F. A. (2018). The perception of substance use disorder among clinicians, caregivers and family members of individuals with intellectual and developmental disabilities. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*, 11, 54-68. <https://doi.org/10.1080/19315864.2017.1390712>
- Vilans. (2023). *Take it Personal!+*. www.databankinterventies.nl/interventies/interventie-take-it-personal
- Volkow, N. D. (2018). *Principles of drug addiction treatment: A research-based guide* (Third edition). National Institute on Drugs Abuse. <https://nida.nih.gov/sites/default/files/podat-3rd-Ed-508.pdf>
- Willner, P., & Lindsay, W. R. (2016). Cognitive behavioral therapy. In N. N. Singh (Ed.), *Handbook of evidence-based practices in intellectual and developmental disabilities* (pp. 283-310). Springer.
- Woicik, P. A., Stewart, S. H., Phil, R. O., & Conrod, P. J. (2009). The substance use risk profile scale: a scale measuring traits linked to reinforcement-specific substance use profiles. *Addictive Behaviors*, 34, 1042-1055. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2009.07.001>

Recente ontwikkelingen binnen cognitive behavior therapy-enhanced (CBT-E)

MARTIE DE JONG & JEFFREY VAN DER STARRE

Samenvatting

Cognitive behavior therapy – enhanced (CBT-E) is opgenomen in de zorgstandaard als behandeling voor volwassen cliënten met een eetstoornis. In dit overzichtsartikel worden recente ontwikkelingen beschreven in de internationale onderzoeks- en *practice-based* literatuur met betrekking tot CBT-E. Dit betreft: (1) CBT-E bij ondergewicht, (2) bij adolescenten, (3) via beeldbellen, (4) in de groep, en (5) factoren die van invloed zijn op het behandelresultaat. De belangrijkste bevindingen voor de klinische praktijk en suggesties voor toekomstige ontwikkelingen worden besproken.

Trefwoorden: CBT-E, eetstoornissen, ondergewicht, adolescenten, groep, beeldbellen

Kernboodschappen voor de klinische praktijk

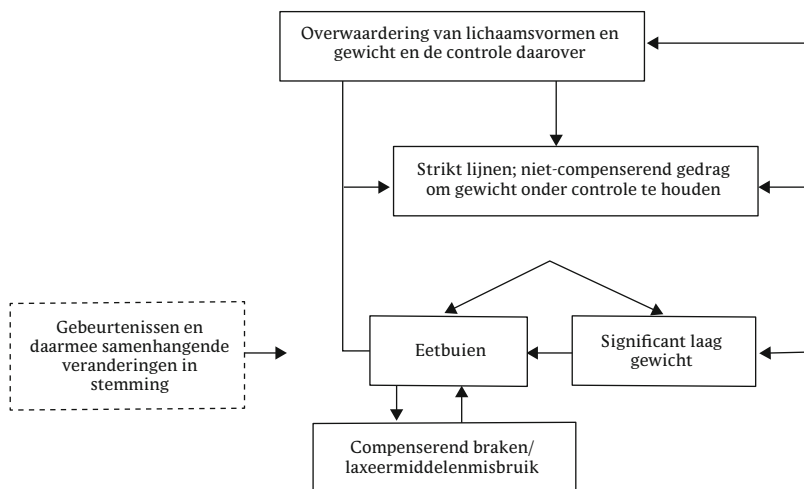
- De evidentie voor de effectiviteit van CBT-E in de behandeling van eetstoornissen zonder ondergewicht is robuust.
- Er is evidentie voor de toepassing van CBT-E bij volwassen cliënten met een eetstoornis en ondergewicht. Voor deze groep is echter, gezien de hogere drop-out en terugvalcijfers, het creëren en het behouden van commitment een belangrijk aandachtspunt in de behandeling. Het toevoegen van extra motivatietechnieken lijkt vooralsnog geen verbetering van behandel-effect of vermindering van drop-out te geven.
- De toepassing van CBT-E bij jongeren met een eetstoornis is veelbelovend.

INLEIDING

255

Binnen de zorgstandaard *Eetstoornissen* (GGZ Standaarden, 2017) wordt individuele cognitieve gedragstherapie beschreven als een van de eerste-keuzebehandelingen voor volwassen cliënten met anorexia nervosa (AN), boulimia nervosa (BN) of eetbuistoornis (*binge eating disorder*, BED). In het bijzonder wordt het protocol *cognitive behavior therapy – enhanced* (CBT-E) genoemd (Fairburn, 2008). Conform het advies van de zorgstandaard is CBT-E een duidelijk omschreven behandelprotocol dat uitgevoerd dient te worden door getrainde therapeuten.

CBT-E kent een transdiagnostische benadering gericht op het doorbreken van de belangrijkste in stand houdende psychologische processen van AN, BN en BED (Fairburn, 2008). Volgens dit model is een belangrijk kernprobleem van een eetstoornis de overwaardering van lichaamsvormen en gewicht, en de controle daarover. Dat wil zeggen dat de cliënt vooral zelfwaardering ontleent aan een slank postuur en een laag lichaamsgewicht. Andere eetstoornissymptomen vloeien hieruit voort, zoals het zichzelf opleggen van eetregels en een restrictief eetpatroon.



FIGUUR 1 *Transdiagnostisch model vanuit CBT-E (Fairburn, 2008)*

CBT-E is erop gericht de cliënt zelf expert te laten worden wat betreft zijn of haar eigen eetproblemen en hoe die in stand gehouden worden. Er wordt bij de start van de behandeling samen met de cliënt een persoonlijke formulering opgesteld, ook wel bekend als het *transdiagnostisch model* (zie figuur 1). Dit transdiagnostisch model is vergelijkbaar met een casusconceptualisatie en richt zich op de in stand houdende factoren van de eetstoornis. Vervolgens worden in de behandeling de belangrijkste in stand houdende factoren

van de eetstoornis systematisch aangepakt, bijvoorbeeld door te zoeken naar nieuwe bronnen van zelfwaardering, door het eetpatroon en het gewicht te normaliseren, en/of door meer adaptieve vormen van emotieregulatie aan te leren. Dit wordt de *gefocuste variant* van CBT-E genoemd. De behandeling kan zo nodig uitgebreid worden met modules waarin gewerkt wordt aan stoornisoverstijgende factoren, zoals extreem negatieve zelfwaardering, klinisch perfectionisme en/of interpersoonlijke problemen. Dit staat bekend als de *uitgebreide variant* van CBT-E.

CBT-E is ingedeeld in vier fasen. In fase I vinden er twee sessies per week plaats. De belangrijkste doelen van fase I zijn: (1) het opbouwen van een regelmatig eetpatroon, (2) leren over hoe een eetstoornis werkt en wat de gevolgen ervan zijn, en (3) inzicht vergroten in de mechanismen die de eetstoornis bij de cliënt in stand houden. Fase II is een evaluatiefase van een of twee sessies, waarin wordt stilgestaan bij de vooruitgang en de eventuele obstakels voor verdere verandering besproken worden. In deze fase wordt vastgesteld welke mechanismen de eetstoornis in stand houden (onder andere overwaardering van lichaamsvormen en gewicht, en de controle daarover, eetregels, ondergewicht of problemen in de emotieregulatie). In fase III vinden de sessies wekelijks plaats. In deze fase staat het doorbreken van de in stand houdende factoren centraal. In fase IV van de behandeling vinden de sessies om de week plaats. In deze fase wordt een terugvalpreventieplan opgesteld dat gericht is op het vasthouden van wat er geleerd is en op het zelfstandig leren voortzetten van verandering. Na een therapiepauze van 20 weken vindt een follow-upsessie plaats, waarin gekeken wordt of er voldoende vooruitgang is geboekt om de behandeling af te kunnen sluiten. Wat betreft *duur* van de behandeling zijn er twee varianten: (1) 20 sessies in 20 weken voor cliënten die geen extreem ondergewicht hebben, en (2) een variant van 40 sessies in 40 weken voor cliënten met ondergewicht.

Diverse studies hebben de effectiviteit van CBT-E aangetoond, met name bij volwassen cliënten met een gezond lichaamsgewicht (Atwood & Friedman, 2020; Dahlenburg et al., 2019; de Jong et al., 2018; Fairburn, 2008). Er zijn aanwijzingen voor de effectiviteit van CBT-E bij volwassen cliënten met ondergewicht, maar deze evidentie is minder robuust (Agras, 2019).

In dit artikel willen we klinici een overzicht geven van de recente onderzoeksbevindingen en *practice-based* literatuur op het gebied van CBT-E. Specifiek zullen we ingaan op de literatuur rondom de effectiviteit van CBT-E vanaf 2018 in verschillende populaties en settingen, namelijk: (1) CBT-E bij cliënten met verschillende eetstoornissen, (2) CBT-E wanneer er sprake is van ondergewicht, (3) CBT-E bij adolescenten, (4) de evidentie voor het gebruik van de uitgebreide versus de gefocuste variant, (5) het aanbieden van CBT-E via beeldbellen, en (6) de effectiviteit van CBT-E wanneer die aangeboden wordt in een groepssetting en/of in een opnamesetting. We bespreken factoren waarvan uit recent onderzoek is gebleken dat ze mogelijk van invloed zijn op het behandelresultaat. Voor een overzicht van de effec-

tiviteit van CBT-E bij eetproblematiek zonder extreem ondergewicht in de periode tot 2018 verwijzen wij naar de systematische review van de Jong en collega's (2018).

METHODE

.....

Voor dit overzichtsartikel zijn de volgende databases geraadpleegd: EM-base, Google Scholar, MEDLINE, PsychINFO en PubMed. Hierin includeerden we empirische literatuur in de vorm van studies, reviews, meta-analyses en hoofdstukken uit boeken. De gebruikte Medical Subject Headings (MeSH; trefwoorden) betroffen: CBT-E, *cognitive behavio(u)r therapy enhanced*, *eating disorders*, *anorexia*, *bulimia*, *binge eating disorder*, *underweight*, eetstoornissen, eetbuisstoornis, ondergewicht, adolescent, *remote delivery*, *digital*, *blended*, *group*, groep(sgewijze) en *e-therapy*/therapie. Als jaartalbeperking hebben we ervoor gekozen om artikelen van 2018 tot 2022 te includeren. Literatuur in het Engels en Nederlands is geselecteerd voor nadere beschouwing. Gestart werd met het lezen van de titel en (indien beschikbaar) de samenvatting. Als de bron voldeed aan onze doelstelling, werd de gehele tekst gelezen. Wanneer er op deelonderwerp onvoldoende literatuur voorhanden was die voldeed aan ons jaartalcriterium, werd ervoor gekozen bronnen van vóór 2018 te raadplegen.

In juli 2022 heeft de tweede auteur een literatuursearch uitgevoerd. Een eerste search leverde 144 resultaten op. Na verwijdering van duplicaten betroffen dit 114 resultaten. De titels en abstracts van deze artikelen werden gelezen. Hiervan werden 23 artikelen geëxcludeerd, omdat ze niet aan onze inclusiecriteria voldeden: in 15 studies ging het niet om CBT-E, vijf studies betroffen gevalsbeschrijvingen en in drie studies betrof het geen eetstoornispopulatie. De overgebleven 92 artikelen werden door de tweede auteur gelezen. Hiervan werden 28 artikelen meegenomen in dit overzichtsartikel. Artikelen werden meegenomen als: (1) het originele studies met de door ons gekozen populatie en focus betroffen, (2) het overzichtsartikelen waren van gedegen methodologische kwaliteit (voorzien van flowchart en MeSH-termen), of (3) indien ze op een andere manier inzicht gaven in recente ontwikkelingen en ervaringen binnen het veld van CBT-E.

RESULTATEN

.....

CBT-E bij gemengde eetstoornisgroepen

.....

De Jong en collega's (2020) vergeleken de gefocuste variant van CBT-E met *treatment as usual* (TAU; een minder gestandaardiseerd op CGT gebaseerd

behandelprogramma) bij 143 volwassen cliënten met een eetstoornis. Het betrof een gemengde groep: deelnemers waren geclassificeerd met AN, BN, BED of een andere gespecificeerde eetstoornis. Alle deelnemers hadden een *body mass index* (BMI) van 17,5 of hoger.

De belangrijkste bevinding was dat er na 80 weken (voor CBT-E 60 weken na afronding van de behandeling) geen significante verschillen waren in effect tussen de groepen in termen van herstel van eetstoornissymptomen. De CBT-E-groep herstelde echter sneller: na 6 weken behandeling was er in de CBT-E-groep sprake van een sterkere afname van eetpathologie gemeten met de Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q; Aardoom et al., 2012; Fairburn & Beglin, 1994). De auteurs vermoeden dat de focus op gedragsverandering in de eerste fase van behandeling (waarin deelnemers twee sessies per week kregen) de kortetermijnverschillen kan verklaren.

Daarnaast is er gekeken naar de behandel-effecten op zelfwaardering, die gemeten werden met de Rosenberg Self Esteem Scale (McKay et al., 2014; Rosenberg, 1965). De CBT-E-groep verbeterde meer op het vlak van zelfwaardering dan de TAU-groep. De auteurs vermoeden dat dit deels begrepen kan worden vanuit de expliciete focus bij CBT-E op het verkrijgen van zelfwaardering uit andere domeinen van het leven (zoals werk of sociale contacten), in plaats van uit gewicht of lichaamsvormen. Opmerkelijk genoeg is dit effect het sterkst in de eerste 6 weken van behandeling, waarin zelfwaardering nog weinig expliciete aandacht krijgt. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat de eerste fase van de behandeling intensief is en inzet op vroege gedragsverandering, waardoor er hoop op verandering ontstaat, met als gevolg een toename van zelfvertrouwen. Tot slot merken de onderzoekers op dat de CBT-E uit minder sessies bestond dan de TAU, waardoor de methode minder tijd vergde van het behandelend team en er dus in kortere tijd meer cliënten behandeld konden worden. De onderzoekers beschrijven dat de groep cliënten met AN relatief klein was in deze studie en er meer onderzoek naar de effectiviteit van CBT-E bij deze groep nodig is.

Lammers en collega's (2022) vergeleken een aangepaste variant van CBT-E (CBT+) met dialectische gedragstherapie (DGT) in een sample van 175 cliënten met BED of een andere gespecificeerde eetstoornis, meest lijkend op BED. De auteurs schrijven dat de CBT+ aangepast was aan de therapiebehoeften van cliënten met BED en gebaseerd was op het protocol van Fairburn (2008), aangevuld met psychomotorische therapie, gedachten uitdagen, gedragsexperimenten en het vergroten van lichaamsbewustzijn, in combinatie met het stimuleren van regelmatig bewegen.

Bij follow-up na 6 maanden viel op dat beide groepen een significante afname van eetstoornisklachten vertoonden. Aan het einde van de behandelperiode was er in de CBT+-groep significant meer verbetering op de EDE-Q; dit effect verdween bij follow-up. De reductie van eetbuien en emotieregulatieproblemen was vergelijkbaar binnen de groepen, evenals de toename in

zelfwaardering. Er waren geen verschillen in drop-out. De auteurs concluderen dat beide behandelingen vergelijkbaar zijn qua effectiviteit en dat CBT+ sneller effect sorteert.

De evidentie voor de effectiviteit van CBT-E bij volwassen cliënten zonder ondergewicht is robuust.

CBT-E bij volwassen cliënten met ondergewicht

Ondergewicht wordt vaak gezien als een prognostisch ongunstige factor voor het behandelverloop (Wild et al., 2016). Binnen CBT-E is de aanwezigheid van ondergewicht een reden om de behandeling langer voort te zetten: 40 weken in plaats van de gebruikelijke 20 weken (Fairburn, 2008). De extra tijd stelt de cliënten in staat gestaag aan te komen tot een gezond lichaamsgewicht.

Calugi en collega's (2017) voerden een CBT-E-behandelstudie uit waarbij een groep van 32 cliënten met langdurige AN vergeleken werd met een groep van 34 cliënten met AN met een kortere ziektegeschiedenis. De effectiviteit van de behandeling en de drop-outcijfers bleken voor beide groepen vergelijkbaar. Het merendeel van de cliënten met langdurige AN ging qua ernststatus van zeer ernstig naar mild, conform de DSM-5-richtlijnen voor AN (Messent, 2013). De mate van verbetering was opmerkelijk genoeg vergelijkbaar met de cliënten met een kortere ziektegeschiedenis. De auteurs vonden dat de duur van de ziekte niet voorspellend was voor de mate van herstel. In de groep cliënten met langdurige klachten nam de eetpathologie weer toe in de therapievrije periode. Extra aandacht voor terugvalpreventie en langduriger begeleiding lijkt binnen deze groep op zijn plaats.

In een *case series* (Calugi et al., 2021) van dezelfde onderzoeksgroep werden vergelijkbare resultaten gevonden. De auteurs concluderen dat ambulante behandeling middels CBT-E voor langdurige AN een alternatief kan zijn voor klinische opname. De onderzoekers benadrukken dat er zeer actief werd geïnvesteerd in het creëren van behandelcommitment, bijvoorbeeld door te bellen bij afwezigheid, door in de sessies tijd te spenderen aan obstakels die de voortgang van de behandeling in de weg stonden, of door met cliënten in gesprek te gaan over ambivalentie ten opzichte van de behandeling.

Ook in de Nederlandse situatie werd door van den Berg en collega's (2022) geconcludeerd dat CBT-E een geschikte behandelvorm is wanneer er sprake is van ondergewicht. In deze studie werden de data van een cohort cliënten die TAU kregen vergeleken met een groep die CBT-E kreeg. Dit betrof een niet-gerandomiseerde studie. Binnen beide groepen was er een vergelijkbare afname van klachten, maar binnen de CBT-E-groep was er meer gewichtstoename zichtbaar. Gemiddeld kregen deze deelnemers meer behandelingsessies dan de TAU-groep.

Gezien de relevantie van de oudere studie van Byrne en collega's (2017) waarin het effect van drie behandelcondities voor AN met elkaar vergeleken werden, beschrijven we hier aanvullend kort de uitkomsten daarvan. In deze studie werd het effect van CBT-E met twee andere behandelvormen voor AN vergeleken, namelijk: (1) het Maudsley Model of Anorexia Treatment for Adults (MANTRA; Schmidt et al., 2018), en (2) Specialist Supportive Clinical Management (SSCM; McIntosh et al., 2006). In alle drie de behandelcondities verbeterden cliënten significant op eetstoornissymptomen, gemeten met de Eating Disorder Examination (Cooper & Fairburn, 1987). Er werden geen significante verschillen in effect gevonden tussen de verschillende behandelingen. Wel kwamen ook hier de deelnemers met AN in de CBT-E-conditie significant sneller tot gewichtsherstel. Daarnaast bleek de toevoeging van een motivatietraject (waarin deelnemers onder andere vriend-vijandbrieven schreven naar de eetstoornis, of een kosten-baten-analyse maakten van de eetstoornis) niet tot betere behandeluitkomsten of minder drop-out te leiden (Allen et al., 2012). De deelnemers in alle drie de condities kregen evenveel behandelsessies. De auteurs adviseren hier een CBT-E-conform protocol aan te bieden zonder de toevoeging van andere therapie-elementen, zoals extra motiverende interventies.

Samenvattend kan gesteld worden: (1) dat er toenemend evidentie is voor de toepassing van CBT-E bij volwassen cliënten met ondergewicht, (2) dat aandacht voor het creëren en behouden van commitment en terugvalpreventie belangrijk is bij deze groep, maar ook (3) dat het toevoegen van extra motivatietechnieken aan CBT-E geen verbetering van behandel-effect of vermindering van drop-out lijkt te geven.

CBT-E bij adolescenten

De meeste studies naar de behandeling van eetstoornissen bij adolescenten zijn gedaan naar de systemisch georiënteerde *family-based treatment* (FBT; Lock & Le Grange, 2015). Binnen deze behandelvorm speelt het gezin van de cliënt een centrale rol en richt de behandeling zich op het doorbreken van disfunctionele interactiepatronen. Bij FBT is het gezin vooral de probleem-eigenaar en worden ouders gesteund en bekrachtigd om het eetpatroon van hun kind te herstellen. Een implementatiestudie wees echter uit dat niet alle cliënten profiteren van FBT en dat behandelaren de methode als intensief ervaren en het protocol niet altijd goed navolgen (Couturier et al., 2013). Het National Institute for Health and Care Excellence (NICE; Jones et al., 2021) adviseert CBT-E bij adolescenten als FBT niet kan worden toegepast, bijvoorbeeld bij mishandeling van de cliënt door de ouders (Kimber et al., 2019) of als eerdere behandeling gebaseerd op FBT-principes niet effectief gebleken is.

Conceptueel verschilt CBT-E op enkele belangrijke vlakken van FBT (Dalle Grave, Eckhardt et al., 2019). Zo heeft binnen CBT-E de adolescent de regie over de behandeling en wordt er veel aandacht besteed aan de behandelcom-

mitment van de adolescent. Bij CBT-E worden ouders ook actief betrokken maar vooral ingezet als helpers die ondersteuning bieden in het proces van herstel, terwijl het kind de regie houdt. Het potentiële voordeel hiervan is dat CBT-E daarmee aansluit bij de autonomiewens in deze leeftijdsfase.

Enkele niet-gerandomiseerde studies hebben de effectiviteit aangetoond van CBT-E bij adolescenten. Dalle Grave, Sartirana en Calugi (2019) inclusieerden 49 adolescenten met AN in de leeftijd van 11-18 jaar. De deelnemers vertoonden significante verbeteringen op het vlak van BMI: 62,9% had een gezonde BMI na afloop. Er was ook sprake van een significante daling van eetproblemen zichtbaar op de EDE-Q. De auteurs beschrijven dat het aantal deelnemers dat de behandeling wist te voltooien (71,4%) in deze studie lager was dan in studies waarin FBT onderzocht werd (gemiddeld 84%), maar dat dit deels te verklaren valt vanuit de operationalisatie van drop-out. Zo werden cliënten die opgenomen werden in een klinische setting hier wel beschouwd als drop-out, terwijl dit niet in alle studies het geval was.

Le Grange en collega's (2020) vergeleken FBT en CBT-E in een niet-gerandomiseerde studie. De steekproef bestond uit cliënten met AN, BN, BED of een andere gespecificeerde eetstoornis. De leeftijd lag tussen 12 en 18 jaar, waarbij de deelnemers verdeeld werden in een ondergewichtsgroep en een groep normaal gewicht en overgewicht. De kinderen met hun ouders kregen de keuze tussen CBT-E en FBT. Hoewel er in de FBT-groep meer gewichtstoename was direct na de behandeling, verdween dit verschil bij 12 maanden follow-up. Verder bleken er op dat moment geen significante verschillen meer wat betreft eetproblemen gemeten met de EDE of EDE-Q of in zelfwaardering. Daarbij moet opgemerkt worden dat de CBT-E-deelnemers gemiddeld ouder waren, een langere ziektegeschiedenis hadden en meer angst- of stemmingsklachten rapporteerden bij de start van de behandeling. De auteurs concludeerden dat CBT-E een passend alternatief is wanneer FBT niet geïndiceerd is of onvoldoende aanslaat.

De onderzoeksgroep van Calugi en collega's (2019) vond vergelijkbare resultaten wat betreft de effectiviteit van CBT-E bij adolescenten. Hier werden 62 cliënten tussen 13 en 18 jaar met AN behandeld met CBT-E. Het aantal deelnemers dat de behandeling voltooide betrof 90,3%. Verder bereikte 96% van hen een gezond BMI aan het einde van de behandeling en wist meer dan 80% van de deelnemers dit ook te behouden bij 1 jaar follow-up. Er werden significante verbeteringen gevonden op eetpathologie, gemeten met de EDE (Cooper & Fairburn, 1987) aan het einde van de behandeling. De auteurs concludeerden dat CBT-E een veelbelovende interventie lijkt voor adolescenten met AN.

Hoewel op dit moment FBT als eerstekeuzebehandeling vermeld staat in de zorgstandaard voor jongeren met een eetstoornis, is er toenemend evidentie voor de effectiviteit van CBT-E bij deze cliëntenpopulatie. Een gerandomiseerde studie die een directe vergelijking maakt tussen de effectiviteit van FBT en die van CBT-E ontbreekt nog. De clinicus kan CBT-E overwegen

wanneer een systemisch georiënteerde behandeling niet passend lijkt, onvoldoende effect heeft gehad of niet voorhanden is.

CBT-E uitgebreide variant versus focale variant

In een recente systematische review van Atwood en Friedman (2020) concluderen de auteurs dat de evidentie voor de uitgebreide versie van CBT-E (de variant met aandacht voor extreem negatieve zelfwaardering, klinisch perfectionisme en/of interpersoonlijke problemen) beperkt geacht moet worden. Het merendeel van de studies vond geen significante verschillen in termen van klachtenreductie tussen cliënten die de uitgebreide dan wel de gefocuste versie van de behandeling kregen. Vooralsnog is er op basis van het huidige onderzoek nauwelijks evidentie voor de meerwaarde van de uitgebreide variant van CBT-E.

CBT-E via beeldbellen

Mede onder invloed van de coronapandemie is de interesse en de noodzaak om behandelingen via beeldbellen te kunnen aanbieden toegenomen. Therapie via beeldbellen biedt specifieke voordelen voor de behandeling van cliënten met een eetstoornis. Zo is het mogelijk om als therapeut mee te kijken in de thuissituatie en zijn er mogelijkheden om gerichte exposureoefeningen aan te bieden, zoals het doorbreken van eetregels, waardoor de leerervaring ook wordt opgedaan in de eigen omgeving van de cliënt. Daarnaast kan beeldbellen een uitkomst bieden voor cliënten die verder weg van de instelling wonen of lichamelijke beperkingen kennen (mobiliteitsproblemen).

Abrahamsson en collega's (2018) voerden een verkennende studie uit naar de eerste fase van CBT-E via beeldbellen. Na een face-to-face kennismaking met de therapeut werd de therapie digitaal vervolgd. Het betrof een *multiple baseline case series* met cliënten met overgewicht en een eetstoornis (BED of een andere gespecificeerde eetstoornis). De onderzoekers vonden een significante afname van eetpathologie gemeten met de EDE-Q. De auteurs deden geen uitspraken over hoe deze resultaten zich verhiielden tot reguliere face-to-face therapie. De tevredenheid bij de cliënten over de therapeutische relatie en de effectiviteit waren groot. De onderzoekers gaven aan dat privacy en technologische vaardigheden van zowel de therapeut als de cliënt belangrijke factoren zijn om rekening mee te houden. Een laatste opmerkelijke bevinding in deze studie was dat de deelnemers werd aangeboden de behandeling face-to-face te continueren, maar dat allen de voorkeur gaven om online door te gaan.

Murphy en collega's (2020) schreven een artikel over digitaal aangeboden CBT-E. De auteurs identificeerden op basis van opgedane ervaring enkele voordelen boven reguliere face-to-face behandeling. Evenals bij andere beeldbeltherapieën voor eetstoornissen (Mitchell et al., 2008) lijkt het erop

dat de cliënt meer van de verandering aan eigen inzet toeschrijft en vaker een actieve houding heeft. Het opbouwen van een therapeutische relatie bij eetstoornisbehandelingen via beeldbellen is mogelijk, maar kost in de regel meer tijd dan bij face-to-face behandelingen, aldus de auteurs. De therapeut dient bij behandeling via beeldbellen extra bedacht te zijn op motivatieproblemen bij de cliënt, omdat die mogelijk lastiger te herkennen of te bewerken zijn, gegeven de afstand. Non-verbale communicatie (bijvoorbeeld lichaamshouding) is minder goed zichtbaar vanaf een computerscherm, waardoor een cliënt lastiger te ‘lezen’ kan zijn. Geadviseerd wordt om behandelcommitment een terugkerend onderwerp van gesprek te maken in de sessies.

De auteurs beschrijven als een risico van behandeling van eetstoornissen via beeldbellen dat het kan leiden tot het controleren van het eigen lichaam (*bodychecking*) tijdens een behandelsessie, omdat cliënten zichzelf continu zien op het beeldscherm. De auteurs doen de suggestie om gebruik te maken van de optie die veel videobelsoftware heeft om de instellingen zo te wijzigen dat de therapeut de cliënt wel kan zien, maar de cliënt niet zichzelf kan zien. Anderzijds wijzen de auteurs erop dat het zien van het eigen gezicht via de camera ook oefensituaties in de behandeling geeft, bijvoorbeeld door op een niet-minutieuze, beoordelende manier te leren kijken naar het eigen gezicht.

Resumerend kan gesteld worden dat op basis van de eerste ervaringen CBT-E via beeldbellen acceptabel lijkt, maar dat studies van grotere omvang en van methodologisch betere kwaliteit vooralsnog ontbreken. Bij complexe (comorbide) klachten of uitblijvend behandelresultaat is het advies om live te behandelen.

CBT-E in groepsverband

De zorgstandaard adviseert om eventuele groepsgewijze CGT met de cliënt te bespreken en als de cliënt hier de voorkeur aan geeft, deze aan te bieden. Er is enige evidentie dat voor veel vormen van psychopathologie groepsgewijze behandeling even effectief is als individuele behandeling (Rosendahl et al., 2021). Een groepsbehandeling biedt potentiële voordelen ten opzichte van een individuele behandeling. Zo is het mogelijk dat deelnemers steun en herkenning bij elkaar vinden en kan een behandeling mogelijk kosteneffectiever aangeboden worden.

Dalle Grave en collega's (2013) hebben een geïntensiveerde vorm van CBT-E ontwikkeld die met name in klinieken toegepast wordt, bekend als *intensive cognitive behavioral therapy enhanced* (ICBT-E). Deze behandelvorm is specifiek ontwikkeld om het risico op terugval na ziekenhuisopnamen te verkleinen en kent meer dan reguliere CBT-E een focus op het betrekken van naasten en ondersteuning tijdens eetmomenten (Dalle Grave et al., 2013). De behandeling bestaat uit zowel groepsgewijze als individuele sessies.

Vanuit deze onderzoeksgroep werd een groep volwassen vrouwen met AN die in een kliniek behandeld werden met ICBT-E onderzocht (Calugi et al., 2017, 2019; Calugi, Chignola et al., 2018; Calugi, El Ghoch et al., 2018). Bij baseline was het gemiddelde BMI van de deelnemers 14,4. Binnen deze groep voltooide 81,1% de behandeling en 75,3% herstelde in termen van gewicht (BMI > 18,5). Significante verbeteringen waren zichtbaar op de EDE-Q. Hoewel de significante verbetering op de vragenlijsten ook bij 6 maanden follow-up behouden werd, viel op dat slechts 40% van de deelnemers nog op gezond gewicht zat. De auteurs deden geen gerichte aanbevelingen over nazorg.

In een verkennende studie van Hamadi en collega's (2022) werd een deel van de CBT-E-behandeling digitaal en een deel in een groep aangeboden. Het betrof hier een groep adolescenten met AN of een andere gespecificeerde eetstoornis (atypische anorexia). De resultaten werden primair kwalitatief geïnterpreteerd. Zo werd gerapporteerd dat de groep de adolescenten hielp ervaren dat zij niet de enigen waren met dergelijke angsten of klachten. Een tweetal deelnemers merkte op dat zij enige concurrentie ervoeren op het vlak van gewicht, maar dat dit bespreekbaar was in de groep en niet aanzette tot verder afvallen.

Samengevat is het onderzoek naar groepsgewijze CBT-E vooralsnog zeer beperkt en zijn aanvullende studies nodig.

Factoren die van invloed zijn op het herstel

De behandeluitkomsten binnen CBT-E-onderzoek verschillen behoorlijk van studie tot studie (Melisse et al., 2022). Door meer inzicht te krijgen in factoren die van invloed zijn op behandeluitkomsten kan er gericht gekeken worden of en wanneer een specifieke behandeling als CBT-E geïndiceerd is. Linardon en collega's publiceerden een systematische review (2017) waarin geconcludeerd werd dat er enig onderzoek gedaan is naar moderatoren in de behandeling van BED, maar weinig binnen andere eetstoornissen. Een verandering in gedrag en cognitie die in de eerste fase van behandeling optreedt lijkt een consequente voorspeller te zijn voor het effect van CBT-E, met name bij BED (Hilbert et al., 2019).

Melisse en collega's (2022) deden een observationele cohortstudie naar voorspellende factoren van het behandelresultaat na CBT-E in een groep eetstoorniscliënten zonder ondergewicht. Gevonden werd dat de ernst van de eetstoornis zoals gemeten met de EDE-Q bij baseline een significante voorspeller was voor het behandelresultaat. De DSM-classificatie was niet voorspellend voor het herstel, maar wel voor drop-out, die in deze studie het hoogst was in de BN-groep. Daarnaast waren BMI, duur van de eetstoornis, frequentie van de eetbuien en purgeren bij baseline, en eerder gevolgde behandelingen geen significante voorspellers voor het behandelresultaat, wat pleit voor brede inzetbaarheid van CBT-E bij cliënten zonder ondergewicht.

In de eerder beschreven studie van de Jong en collega's (2020) werden drie moderatoren bekeken. De onderzoekers keken hier naar factoren die binnen de literatuur beschreven worden als redenen om de uitgebreide variant van CBT-E te indiceren, namelijk extreem negatieve zelfwaardering, klinisch perfectionisme of interpersoonlijke problemen. In deze studie werd geen bewijs gevonden voor de hypothese dat meer zelfbeeldproblemen, een grotere mate van perfectionisme of meer interpersoonlijke problemen bij start van de behandeling langetermijnvoortgang belemmeren. Er zijn dus geen aanwijzingen gevonden dat deze factoren extra aandacht zouden behoeven in een uitgebreider protocol.

In het eerder aangehaalde artikel van Calugi en collega's (2017) werd gekeken of de snelheid van gewichtsherstel voorspellend was voor de mate van herstel tijdens behandeling. De auteurs vonden dat de deelnemers die de behandeling voltooiden (in tegenstelling tot zij die uitvielen) significant sneller aankwamen in gewicht in de eerste fase van de behandeling. Dezelfde auteurs vonden daarnaast dat een negatieve lichaamsbeleving een voorspeller bleek voor gewichtsherstel: hoe negatiever de lichaamsbeleving, hoe trager het gewichtsherstel (Calugi & Dalle Grave, 2019).

In een oudere studie vergeleek Zander (2016) CBT-E met *integrative cognitive-affective therapy* (ICAT), een behandelvorm waarin emotieregulatie centraal staat. In deze studie werden deelnemers geselecteerd die verhoogd scoorden op emotieregulatieproblemen. Tegen de verwachting van de onderzoekers in werden er geen verschillen gevonden tussen de behandelingen: de mate van emotieregulatieproblematiek bleek geen modererend effect te hebben. Een latere studie vanuit dezelfde onderzoeksgroep (Peterson et al., 2017) vond dat verbetering in emotieregulatie binnen zowel een CBT-E-traject als een ICAT-traject gepaard ging met een verbetering van eetpathologie zoals gemeten met het EDE-interview. Verandering in emotieregulatie was echter niet voorspellend voor het aantal eetbuien of voor purgeergedrag aan het einde van de behandeling.

In een studie waarin CBT-E vergeleken werd met focale psychodynamische therapie en TAU werden 169 volwassen cliënten met AN geïnccludeerd (Wild et al., 2016). De onderzoekers waren met name geïnteresseerd in het voorspellen van herstel en de BMI bij 1 jaar follow-up na behandeling. De beste voorspellers bleken BMI bij baseline (waarbij een lagere BMI prognostisch ongunstig was), duur van de ziektegeschiedenis (waarbij langer dan 6 jaar prognostisch ongunstig was) en depressie. Als laatste werd gevonden dat ervaren lichamelijke pijn (zoals buikpijn) een negatief effect had op BMI en een betere zelfwaardering juist de kans op herstel vergrootte.

Folke en collega's (2017) onderzochten in hoeverre therapeuten zich hielden aan het CBT-E-protocol bij een studie naar de effectiviteit van CBT-E bij volwassen cliënten met BN. Hiervoor werden door getrainde observatoren audio-opnamen teruggeluisterd en gescoord middels een gevalideerd instrument dat in kaart brengt in hoeverre therapeuten het protocol volgen.

De onderzoekers vonden dat de mate waarin de therapeuten het protocol n volgden significant verband hield met een afname van eetbuïen in de begin-fase en de middenfase van de behandeling. De auteurs wijzen op het belang van gecontinueerde scholing of training van therapeuten, ook om therapeu-tische dwaling te voorkomen (Waller & Turner, 2016).

Samenvattend is er bij eetpathologie zonder extreem ondergewicht geen voorspellende waarde van het type eetstoornis als het gaat om mate van her-stel, maar is er wel enige evidentie dat cliënten met BN sneller uitvallen in behandeling. De snelheid van gewichtsherstel lijkt een voorspeller voor her-stel bij AN. Daarnaast gaat een negatievere lichaamsbeleving gepaard met een trager gewichtsherstel. Een verbetering in emotieregulatie gaat gepaard met betere behandeluitkomsten. Een langere ziektegeschiedenis, lager BMI, lichamelijke pijn en comorbide persisterende depressieve stoornis hangen samen met ongunstigere behandeluitkomsten. Ten slotte is het behandel-effect van CBT-E groter wanneer behandelaren het therapieprotocol volgen.

DISCUSSIE EN CONCLUSIE

.....

Een belangrijke bevinding in dit overzichtsartikel is dat er naast robuuste evidentie voor de effectiviteit van CBT-E bij volwassenen met een eetstoornis zonder extreem ondergewicht ook in toenemende mate evidentie is voor de effectiviteit van CBT-E bij jongeren. CBT-E blijkt ook bij cliënten met een eetstoornis en ondergewicht effectief, maar voor deze groep is gezien de hogere drop-out en terugvalcijfers het creëren en behouden van commitment een belangrijk aandachtspunt. Het toevoegen van extra motivatietechnieken lijkt vooralsnog niet te leiden tot verbetering van behandel-effect of vermindering van drop-out.

De evidentie voor CBT-E via beeldbellen of in een groepsgewijze setting is nog nauwelijks onderzocht, maar lijkt veelbelovend.

Daarnaast is er evidentie dat de DSM-classificatie bij cliënten zonder ondergewicht niet significant voorspellend is voor de mate van herstel binnen CBT-E. Verder is er vooralsnog geen bewijs dat meer zelfbeeldproblemen, een hogere mate van perfectionisme of meer interpersoonlijke problemen bij de start van de behandeling langetermijnvoortgang in CBT-E belemmeren. Er lijkt wel een verband te zijn tussen enerzijds de snelheid van gewichtsherstel bij cliënten met ondergewicht en anderzijds de kans op het voltooien van behandeling en de mate van herstel. De snelheid van dit gewichtsherstel lijkt beïnvloed te worden door lichaamsbeleving. Een negatieve lichaamsbeleving gaat gepaard met een trager gewichtsherstel. Er zijn onderzoeken die aantonen dat psychomotorische therapie kan bijdragen aan het verbeteren van de lichaamsbeleving (Rekkers et al., 2022). Bij stagnatie in gewichtsherstel zouden deze interventies daarom als *add-on* module overwogen kunnen worden. Er dient voor gewaakt te worden dat het oor-

spronkelijke gedachtegoed van CBT-E (een focale behandeling gericht op de belangrijkste in stand houdende factoren) gehandhaafd blijft. Ten slotte komt uit onderzoek naar voren dat wanneer therapeuten zich houden aan het CBT-E-protocol en hier niet van afwijken, dit het effect van de behandeling ten goede komt.

Onderzoek naar factoren die van invloed zijn op de uitkomsten van een CBT-E-behandeling hebben tot dusver beperkt bruikbare resultaten opgeleverd. Een gedegen begrip van de onderliggende werkingsmechanismen van de behandeling ontbreekt vooralsnog. Nieuwe digitale ontwikkelingen, zoals smartphone-apps, maken het in toenemende mate mogelijk om realtime en op minutieus niveau factoren te monitoren die mogelijk verband houden met de eetproblematiek (ook bekend als de *experience sampling method*; Ambwani et al., 2015). Dergelijk onderzoek heeft als voordeel dat de cliënt bevraagd kan worden op voor hem of haar belangrijke uitkomstmaten (zoals interpersoonlijk functioneren, emoties en omgevingsfactoren die gepaard gaan met het optreden van eetpathologie), waardoor meer inzicht verkregen kan worden in factoren die de eetproblematiek beïnvloeden.

Hoewel er onderzoeksvragen resteren, is CBT-E breed toepasbaar voor klinici die werken met cliënten met eetproblematiek. Met een brede implementatie van CBT-E in de klinische praktijk kan de toegankelijkheid van eetstoornisbehandelingen vergroot worden.

De auteurs willen Hermien Elgersma, Klaske Glashouwer, Iris van der Meer en Wesley Sloot bedanken voor hun tekstuele suggesties voor dit artikel.

Martie de Jong is klinisch psycholoog-psychotherapeut en werkzaam binnen PsyQ Eetstoornissen te Den Haag en daarnaast P-opleider van Parnassia Groep.

Jeffrey van der Starre is gz-psycholoog-promovendus en als gz-psycholoog werkzaam binnen PsyQ Eetstoornissen te Den Haag en Rotterdam.

Correspondentieadres: Martie de Jong, PsyQ Eetstoornissen, Lijnbaan 4, 2512 VA Den Haag. E-mail: martie.dejong@psyq.nl of j.vanderstarre@psyq.nl

Summary *Recent developments within cognitive behavior therapy-enhanced*

Cognitive behavior therapy-enhanced (CBT-E) is included in the Dutch guidelines for the treatment of eating disorders, specifically for adults. In this review we present an overview of recent developments presented in the international scientific and practice-based literature pertaining to CBT-E, such as CBT-E for underweight patients, adolescents, remote delivery, in a group setting and factors that influence treatment outcomes. Key findings for clinical practice are presented, as well as possible further developments.

Keywords *CBT-E, eating disorders, underweight, adolescents, group, remote delivery*

Referenties

268

- Aardoom, J. J., Dingemans, A. E., Slof-Op't Landt, M. C., & van Furth, E. F. (2012). Norms and discriminative validity of the Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q). *Eating Behaviour*, 13, 305-309. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2012.09.002>
- Abrahamsson, N., Ahlund, L., Ahrin, E., & Alfnsson, S. (2018). Video-based CBT-E improves eating patterns in obese patients with eating disorder: A single case multiple baseline study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 61, 104-112. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2018.06.010>
- Agras, W. S. (2019). Cognitive behavior therapy for the eating disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 42, 169-179. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2019.01.001>
- Allen, K. L., Fursland, A., Raykos, B., Steele, A., Watson, H., & Byrne, S. M. (2012). Motivation-focused treatment for eating disorders: A sequential trial of enhanced cognitive behaviour therapy with and without preceding motivation-focused therapy. *European Eating Disorder Review*, 20, 232-239. <https://doi.org/10.1002/erv.1131>
- Ambwani, S., Roche, M. J., Minnick, A. M., & Pincus, A. L. (2015). Negative affect, interpersonal perception, and binge eating behavior: An experience sampling study. *International Journal of Eating Disorders*, 48, 715-726. <https://doi.org/10.1002/eat.22410>
- Atwood, M. E., & Friedman, A. (2020). A systematic review of enhanced cognitive behavioral therapy (CBT-E) for eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 53, 311-330. <https://doi.org/10.1002/eat.23206>
- Byrne, S., Wade, T., Hay, P., Touyz, S., Fairburn, C., Treasure, J., Schmidt, U., McIntosh, V., Allen, K., Fursland, A., & Crosby, R. (2017). A randomised controlled trial of three psychological treatments for anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 47, 2823-2833. <https://doi.org/10.1017/S0033291717001349>
- Calugi, S., Chignola, E., & Dalle Grave, R. (2019). A longitudinal study of eating rituals in patients with anorexia nervosa. *Frontiers in Psychology*, 10, 15. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00015>
- Calugi, S., Chignola, E., El Ghoch, M., & Grave, R. D. (2018). Starvation symptoms in patients with anorexia nervosa: A longitudinal study. *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention*, 26, 523-537. <https://doi.org/10.1080/10640266.2018.1471921>
- Calugi, S., & Dalle Grave, R. (2019). Body image concern and treatment outcomes in adolescents with anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 52, 582-585. <https://doi.org/10.1002/eat.23031>
- Calugi, S., El Ghoch, M. E., Conti, M., & Dalle Grave, R. (2018). Preoccupation with shape or weight, fear of weight gain, feeling fat and treatment outcomes in patients with anorexia nervosa: A longitudinal study. *Behaviour Research and Therapy*, 105, 63-68. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2018.04.001>
- Calugi, S., El Ghoch, M. E., & Dalle Grave, R. (2017). Intensive enhanced cognitive behavioural therapy for severe and enduring anorexia nervosa: A longitudinal outcome study. *Behaviour Research and Therapy*, 89, 41-48. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2016.11.006>
- Calugi, S., Sartirana, M., Frostad, S., & Dalle Grave, R. (2021). Enhanced cognitive behavior therapy for severe and extreme anorexia nervosa: An outpatient case series. *International Journal of Eating Disorders*, 54, 305-312. <https://doi.org/10.1002/eat.23428>

- Cooper, Z., & Fairburn, C. (1987). The Eating Disorder Examination: A semi-structured interview for the assessment of the specific psychopathology of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 1-8. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(198701\)6:1<1::AID-EAT2260060102>3.0.CO;2-9](https://doi.org/10.1002/1098-108X(198701)6:1<1::AID-EAT2260060102>3.0.CO;2-9)
- Couturier, J., Kimber, M., Jack, S., Niccols, A., Van Blyderveen, S., & McVey, G. (2013). Understanding the uptake of family-based treatment for adolescents with anorexia nervosa: Therapist perspectives. *International Journal of Eating Disorders*, 46, 177-188. <https://doi.org/10.1002/eat.22049>
- Dahlenburg, S. C., Gleaves, D. H., & Hutchinson, A. D. (2019). Treatment outcome research of enhanced cognitive behaviour therapy for eating disorders: A systematic review with narrative and meta-analytic synthesis. *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention*, 27, 482-502. <https://doi.org/10.1080/10640266.2018.1560240>
- Dalle Grave, R., Calugi, S., Conti, M., Doll, H., & Fairburn, C. G. (2013). Inpatient cognitive behaviour therapy for anorexia nervosa: A randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 82, 390-398. <https://doi.org/10.1159/000350058>
- Dalle Grave, R., Eckhardt, S., Calugi, S., & Le Grange, D. (2019). A conceptual comparison of family-based treatment and enhanced cognitive behavior therapy in the treatment of adolescents with eating disorders. *Journal of Eating Disorders*, 7, 42. <https://doi.org/10.1186/s40337-019-0275-x>
- Dalle Grave, R., Sartirana, M., & Calugi, S. (2019). Enhanced cognitive behavioral therapy for adolescents with anorexia nervosa: Outcomes and predictors of change in a real-world setting. *International Journal of Eating Disorders*, 52, 1042-1046. <https://doi.org/10.1002/eat.23122>
- de Jong, M., Schoorl, M., & Hoek, H. W. (2018). Enhanced cognitive behavioural therapy for patients with eating disorders: A systematic review. *Current Opinion in Psychiatry*, 31, 436-444. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000452>
- de Jong, M., Spinhoven, P., Korrelboom, K., Deen, M., van der Meer, I., Danner, U. N., van der Schuur, S., Schoorl, M., & Hoek, H. W. (2020). Effectiveness of enhanced cognitive behavior therapy for eating disorders: A randomized controlled trial. *International Journal of Eating Disorders*, 53, 447-457. <https://doi.org/10.1002/eat.23239>
- Fairburn, C. G. (2008). *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. Guilford Press.
- Fairburn, C. G., & Beglin, S. J. (1994). Assessment of eating disorders: Interview or self-report questionnaire? *International Journal of Eating Disorders*, 16, 363-370. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(199412\)16:4<363::AID-EAT2260160405>3.0.CO;2-%23](https://doi.org/10.1002/1098-108X(199412)16:4<363::AID-EAT2260160405>3.0.CO;2-%23)
- Folke, S., Daniel, S. I., Gondan, M., Lunn, S., Taekker, L., & Poulsen, S. (2017). Therapist adherence is associated with outcome in cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa. *Psychotherapy*, 54, 195-200. <https://doi.org/10.1037/pst0000107>
- GGZ Standaarden. (2017). *Eetstoornissen* [Zorgstandaard]. www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/eetstoornissen/introductie
- Hamadi, L., Hilson, R., Lunn, A., Ralph, E., Rodrigues, E., & Sohail, R. (2022). Can CBT-E be delivered in an online group format? A pilot study of the Body Image module in a child and adolescent eating disorder service. *Eating Disorders*, 31, 1-17. <https://doi.org/10.1080/10640266.2022.2099606>
- Hilbert, A., Herpertz, S., Zipfel, S., Tuschen-Caffier, B., Friederich, H. C.,

- Mayr, A., Crosby, R. D., & de Zwaan, M. (2019). Early change trajectories in cognitive-behavioral therapy for binge-eating disorder. *Behaviour Therapy*, 50, 115-125. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2018.03.013>
- Jones, D., LaBouchardiere, J., Bird, C., & Richardson, J. (2021). NICE Nuggets: NG69 Eating disorders: Recognition and treatment. *InnovAiT*, 14, 580-582. <https://doi.org/10.1177/1755738020903757>
- Kimber, M., McTavish, J. R., Couturier, J., Le Grange, D., Lock, J., & MacMillan, H. L. (2019). Identifying and responding to child maltreatment when delivering family-based treatment: A qualitative study. *International Journal of Eating Disorders*, 52, 292-298. <https://doi.org/10.1002/eat.23036>
- Lammers, M. W., Vroling, M. S., Crosby, R. D., & van Strien, T. (2022). Dialectical behavior therapy compared to cognitive behavior therapy in binge-eating disorder: An effectiveness study with 6-month follow-up. *International Journal of Eating Disorders*, 55, 902-913. <https://doi.org/10.1002/eat.23750>
- Le Grange, D., Eckhardt, S., Dalle Grave, R., Crosby, R. D., Peterson, C. B., Keery, H., Lesser, J., & Martell, C. (2020). Enhanced cognitive-behavior therapy and family-based treatment for adolescents with an eating disorder: A non-randomized effectiveness trial. *Psychological Medicine*, 52, 1-11. <https://doi.org/10.1017/S0033291720004407>
- Linardon, J., de la Piedad Garcia, X., & Brennan, L. (2017). Predictors, moderators, and mediators of treatment outcome following manualised cognitive-behavioural therapy for eating disorders: A systematic review. *European Eating Disorder Review*, 25, 3-12. <https://doi.org/10.1002/erv.2492>
- Lock, J., & Le Grange, D. (2015). *Treatment manual for anorexia nervosa: A family-based approach*. Guilford Publications.
- McIntosh, V. V., Jordan, J., Luty, S. E., Carter, F. A., McKenzie, J. M., Bulik, C. M., & Joyce, P. R. (2006). Specialist supportive clinical management for anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 39, 625-632. <https://doi.org/10.1002/eat.20297>
- McKay, M. T., Boduszek, D., & Harvey, S. A. (2014). The Rosenberg Self-Esteem Scale: A bifactor answer to a two-factor question? *Journal of Personality Assessment*, 96, 654-660. <https://doi.org/10.1080/00223891.2014.923436>
- Melisse, B., Dekker, J., van den Berg, E., de Jonge, M., van Furth, E. F., Peen, J., & de Beurs, E. (2022). Comparing the effectiveness and predictors of cognitive behavioural therapy-enhanced between patients with various eating disorder diagnoses: A naturalistic study. *Cognitive Behaviour Therapist*, 15, e20. <https://doi.org/10.1017/S1754470X22000174>
- Messent, P. (2013). DSM-5. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 18, 479-482. <https://doi.org/10.1177/1359104513502138>
- Mitchell, J. E., Crosby, R. D., Wonderlich, S. A., Crow, S., Lancaster, K., Simonich, H., Swan-Kremeier, L., Lysne, C., & Myers, T. C. (2008). A randomized trial comparing the efficacy of cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa delivered via telemedicine versus face-to-face. *Behaviour Research Therapy*, 46, 581-592. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2008.02.004>
- Murphy, R., Calugi, S., Cooper, Z., & Dalle Grave, R. (2020). Challenges and opportunities for enhanced cognitive behaviour therapy (CBT-E) in light of COVID-19. *Cognitive Behaviour Therapist*, 13, e14. <https://doi.org/10.1017/S1754470X20000161>
- Peterson, C. B., Berg, K. C., Crosby, R. D., Lavender, J. M., Accurso, E. C., Ciao,

- A. C., Smith, T. L., Klein, M., Mitchell, J. E., Crow, S. J., & Wonderlich, S. A. (2017). The effects of psychotherapy treatment on outcome in bulimia nervosa: Examining indirect effects through emotion regulation, self-directed behavior, and self-discrepancy within the mediation model. *International Journal of Eating Disorders*, 50, 636-647. <https://doi.org/10.1002/eat.22669>
- Rekkers, M. E., Aardenburg, L., Scheffers, M., van Elburg, A. A., & van Busschbach, J. T. (2022). Shifting the focus: A pilot study on the effects of positive body exposure on body satisfaction, body attitude, eating pathology and depressive symptoms in female patients with eating disorders. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19, 11794. <https://doi.org/10.3390/ijerph191811794>
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton University Press. <https://doi.org/10.1515/9781400876136>
- Rosendahl, J., Alldredge, C. T., Burlingame, G. M., & Strauss, B. (2021). Recent developments in group psychotherapy research. *American Journal of Psychotherapy*, 74, 52-59. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.20200031>
- Schmidt, U., Startup, H., & Treasure, J. (2018). *A cognitive-interpersonal therapy workbook for treating anorexia nervosa: The Maudsley model*. Routledge.
- van den Berg, E., Schlochtermeyer, D., Koenders, J., de Mooij, L., de Jonge, M., Goudriaan, A. E., Blankers, M., Peen, J., & Dekker, J. (2022). Effectiveness and cost-effectiveness of cognitive behavior therapy-enhanced compared with treatment-as-usual for anorexia nervosa in an inpatient and outpatient routine setting: A consecutive cohort study. *Journal of Eating Disorders*, 10, 2. <https://doi.org/10.1186/s40337-021-00526-1>
- Waller, G., & Turner, H. (2016). Therapist drift redux: Why well-meaning clinicians fail to deliver evidence-based therapy, and how to get back on track. *Behaviour Research and Therapy*, 77, 129-137. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.12.005>
- Wild, B., Friederich, H. C., Zipfel, S., Resmark, G., Giel, K., Teufel, M., Schellberg, D., Lowe, B., de Zwaan, M., Zeeck, A., Herpertz, S., Burgmer, M., von Wietersheim, J., Tagay, S., Dinkel, A., & Herzog, W. (2016). Predictors of outcomes in outpatients with anorexia nervosa: Results from the ANTOP study. *Psychiatry Research*, 244, 45-50. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.07.002>
- Zander, M. E. (2016). *Emotion dysregulation and impulsivity as moderators of treatment response and acceptability in bulimia nervosa*. University of North Dakota.

Over het optimaliseren van therapeutische experimenten

‘Beyond the Lines of Defense’

ERIK TEN BROEKE, JISKA WEIJERMANS & LEONIEKE VET

Samenvatting

Bij de behandeling van met name angststoornissen geldt exposure als de meest effectieve interventie. De daadwerkelijke effectiviteit daarvan laat echter te wensen over. De door ten Broeke en Rijkeboer (2017) voorgestelde *Lines of Defense* (LoD's) zijn bedoeld om de toepassing van exposure (en andere therapeutische experimenten) te verbeteren. In aansluiting op dat artikel worden in dit artikel klinisch relevante nuances binnen het conceptuele kader van de LoD's aangebracht en wordt de taxatie van specifieke factoren die optimale effecten van exposure in de klinische praktijk in de weg kunnen staan besproken en aan de hand van een casus geïllustreerd. Deze verdieping wordt hier *Beyond the Lines of Defense* genoemd.

Trefwoorden: *exposure, vermijding, veiligheidsgedrag, Lines of Defense, Beyond the Lines of Defense*

Kernboodschappen voor de klinische praktijk

- ▶ Exposure is de belangrijkste interventie in de CGt.
- ▶ De effectiviteit van exposure laat niettemin vooralsnog te wensen over.
- ▶ Het optimaal hanteren van vermijding en veiligheidsgedrag draagt bij aan optimaal effectieve exposure.
- ▶ Dat geldt ook voor gedrag dat is gericht op het beschikbaar maken van vermijding en veiligheidsgedrag.

INLEIDING

273

.....

Bij angststoornissen geldt exposuretherapie wetenschappelijk als de meest effectieve behandeling. Er zijn dan ook diverse handboeken over deze specifieke benadering geschreven (Abramowitz et al., 2019; Greeven & van Emmerik, 2020; Neudeck & Wittchen, 2012; Richard & Lautenbach, 2006; Rosqvist, 2005). De effectiviteit laat echter nog flink te wensen over. Gegeven het feit dat slechts 50% van behandelde patiënten in voldoende mate opknapt (Craske, 2015), is er alle reden om te streven naar het verbeteren van de effectiviteit van exposure. Onder anderen Michelle Craske en haar onderzoeksgroep hebben in dat kader de afgelopen twee decennia zeer invloedrijk onderzoek verricht, hetgeen heeft geleid tot het *inhibitory-learning-model* (Craske & Mystkowski, 2006; Craske et al., 2014). In een recente publicatie wordt de *state of the art* op dit gebied samengevat, conceptueel verdiept en uitgebreid met een aantal nieuwe inzichten, en is het inhibitory-learning-model omgedoopt naar het *inhibitory-retrieval-model* (Craske et al., 2022).

INHIBITORY-RETRIEVAL-MODEL

.....

Op grond van (leer)theoretische overwegingen en de resultaten van daaruit afgeleid experimenteel onderzoek naar de werkingsmechanismen van exposuretherapie is een scala aan klinische adviezen geformuleerd waarmee de interventie effectiever kan worden en de resultaten bestendiger zouden zijn (Craske et al., 2014; zie ook: ten Broeke et al., 2022). Uitgangspunt daarbij is het inhibitory-retrieval-model. De aanname is dat door exposure weliswaar een nieuwe samenhang wordt geleerd tussen CS en US/UR-representatie (CS ► niet US), maar dat de eerder geleerde CS ► US intact blijft. Dit in tegenstelling tot wat bijvoorbeeld wordt verondersteld door de *emotional processing theory* (EPT; Foa & Kozak, 1986).

Volgens Craske en collega's is de uitdaging in exposuretherapie dan ook om enerzijds de angstige verwachting te inhiberen en anderzijds de gezonde associatie met veiligheid dominanter te maken (inhibitory retrieval). Jammer genoeg is 8 jaar na Craske en collega's (2014) vooralsnog geen sprake van gepubliceerd onderzoek naar de meerwaarde van de hieruit afgeleide strategieën in de klinische praktijk. Een recent afgerond maar nog niet gepubliceerd omvangrijk onderzoek naar de toegevoegde waarde van het baseren van exposuretherapie op het inhibitory-retrieval-model lijkt dat niet aan te kunnen tonen (Craske, persoonlijke mededeling). Bovendien zijn door verschillende auteurs vragen gesteld over de wetenschappelijke status, de relevantie voor de praktijk, de juistheid van de conceptuele aannamen en de procedurele toepasbaarheid van een aantal naar voren gebrachte principes en daaruit afgeleide adviezen (Scheveneels et al., 2021; Weisman & Rode-

baugh, 2018). Toekomstig onderzoek zal ongetwijfeld meer helderheid geven over de relatieve waarde van specifieke, uit de theorie achter inhibitory retrieval voortgekomen klinische adviezen.

Vooralsnog is er dus nog weinig met zekerheid vast te stellen wat betreft optimale exposuretherapie. Wel is er consensus dat aandacht voor en het verstandig (*judicious*; Rachman et al., 2008) hanteren van vermijding en veiligheidsgedrag een belangrijke rol zullen (blijven) spelen bij het optimaal uitvoeren van exposuretherapie (Weisman & Rodebaugh, 2018). Even zeker is dat het profiteren van concrete adviezen daaromtrent wordt gehinderd door de verschillende definities van de essentiële begrippen die diverse auteurs gebruiken (voor een bespreking, zie bijvoorbeeld: Telch & Zaizar, 2020; zie ook: Harvey et al., 2004). Dat heeft ertoe geleid dat sommige auteurs benadrukken dat in bepaalde gevallen veiligheidsgedrag eerder een positief dan een negatief effect heeft op de werkzaamheid van exposuretherapie en dus niet zomaar moet worden afgebouwd (Milosovic & Radomsky, 2008; Rachman et al., 2008). Zo bleken proefpersonen met angst voor slangen die gebruik mochten maken van veiligheidsgedrag – door tijdens de exposure beschermende kleding te dragen – meer te profiteren van de exposure dan proefpersonen die gewone kleding droegen. Craske en collega's (2014) stellen echter met klem dat veiligheidsgedrag liefst direct, maar in ieder geval zo snel mogelijk geheel moet worden afgebouwd. De adviezen zijn al met al niet eenduidig.

Naar aanleiding hiervan deden ten Broeke & Rijkeboer (2017) een voorstel voor specifieke definities van begrippen als 'vermijding', 'veiligheidsgedrag', 'veilig gedrag' en 'coping'. In dat kader introduceerden zij de zogenoemde *Lines of Defense* (LoD's). De LoD's ambiëren de uitdagingen bij exposuretherapie van een conceptueel kader te voorzien en van daaruit te komen tot concrete handvatten bij de taxatie van vermijding, veiligheidsgedrag en coping. Daarbij wordt gebruikgemaakt van het model van geïntegreerde cognitieve gedragstherapie (GCGt), waarbij functieanalyse (FA) en betekenisanalyse (BA) weliswaar worden onderscheiden, maar niet gescheiden (FABA; Korrelboom & ten Broeke, 2014). Dat geldt ook voor het conceptuele kader van de LoD.

Feedback uit de praktijk maakt aannemelijk dat het conceptualiseren van vermijding en veiligheidsgedrag in termen van de LoD's in het algemeen, en bij de behandeling van angststoornissen in het bijzonder, leidt tot concrete adviezen en handvatten bij het toepassen van exposuretherapie. Op grond hiervan en vanwege het feit dat exposuretherapie beduidend minder effectief is dan gewenst, worden in het onderhavige artikel de LoD's op basis van nieuwe wetenschappelijke inzichten en nadere beschouwing verdiept en uitgebreid. Naast allerlei andere inspanningen om die effectiviteit te verhogen, wordt de aandacht hier dus exclusief gericht op de rol van vermijding, veiligheidsgedrag en daarvan afgeleid gedrag dat een negatieve impact (b)lijkt te hebben op de effectiviteit van exposuretherapie. Aangezien wat hierna wordt

uiteengezet *beyond* die specifieke taxatiesystematiek van de LoD's gaat, is het noodzakelijk hiermee bekend te zijn. In tabel 1 worden de 1st LoD en de 2nd LoD compact weergegeven.

TABEL 1 *Samenvatting van de 1st Line of Defense en de 2nd Line of Defense*

Line of Defense (LoD)	Wat is het?	Voorbeeld	Negatieve consequenties
1st LoD: Vermijdingsgedrag met betrekking tot contact met de CS	Gedrag (R) dat gericht is op het voorkomen (passief) of stoppen van het contact met de CS (vluchten; actief)	▶ Vermijden van supermarkten (passieve vermijding) ▶ Wegrennen uit drukte als ontsnapping (actieve vermijding)	Ontbreken van de mogelijkheid te ervaren dat de CS een slechte voorspeller is van de US/UR
2nd LoD: Veiligheidsgedrag	Gedrag (R) dat gericht is op het afwenden van een gevreesde ramp (US/UR) in feitelijk ongevaarlijke situaties	▶ De sociaal angstige persoon is het altijd eens met de ander in sociaal contact ▶ Raam openzetten ▶ Zeer kalm bewegen in de nabijheid van een hond	Het uitblijven van de US/UR wordt ondanks verwachtingsdisconfirmatie niet (of te weinig) toegeschreven aan het feit dat de CS een slechte voorspeller is van de US/UR, maar aan het veiligheidsgedrag

LINES OF DEFENSE

.....

Als exposure bedoeld is om verwachtingsdisconfirmatie te realiseren, is het belangrijk dat de patiënt het uitblijven van de US/UR daadwerkelijk toeschrijft aan het feit dat de CS bij nader inzien geen goede voorspeller of veroorzaker is van de US/UR. Vermijdings- en veiligheidsgedrag (de R binnen de FA) staan deze corrigerende leerervaringen in de weg, en moeten dan ook zo snel en zoveel mogelijk worden teruggedrongen (Craske et al., 2014). Daarbij is het van belang dat duidelijk is wat wordt verstaan onder respectievelijk ‘vermijding’ en ‘veiligheidsgedrag’. Ten Broeke en Rijkeboer (2017) trachtten in dat kader de definities van deze begrippen te verhelderen met

behulp van de LoD's. De eerste strategie betreft *vermijding* en wordt de 1st Line of Defense genoemd

Veiligheidsgedrag daarentegen wordt omschreven als gedrag dat gericht is op het afwenden van het optreden van de US/UR in een *feitelijk veilige* situatie en wordt de 2nd Line of Defense genoemd. In de systematiek van de LoD's staat veiligheidsgedrag *per definitie* optimale verwachtingsdisconfirmatie in de weg. Veiligheidsgedrag is vanuit dat perspectief dus in *alle* gevallen onwenselijk en dient zo snel mogelijk te worden gestopt.¹

Door zowel het vermijdingsgedrag (1st LoD) als het veiligheidsgedrag (2nd LoD) met behulp van elkaar opeenvolgende FA's in kaart te brengen, wordt er een expliciet plan opgesteld om het probleemgedrag via responspreventie (RP) te doorbreken. De nadruk ligt daarbij enerzijds op het intensiveren van de confrontatie met de CS (doorbreken 1st LoD middels exposure in vivo) en anderzijds op het achterwege laten van veiligheidsgedrag (stoppen met 2nd LoD: responspreventie).²

NADERE BEGRIPSBEPALING: BEYOND THE LINES OF DEFENSE

.....

Uit navraag bij diverse VGCT basis- en vervolgcursussen kwam naar voren dat de LoD's inmiddels vaak deel uitmaken van het curriculum. Feedback uit de praktijk geeft aanleiding te veronderstellen dat de LoD's worden meegenomen in de overwegingen om exposuretherapie vorm te geven en te verbeteren. Naast de directe invloed van vermijding en veiligheidsgedrag zijn er echter nog andere, daarmee samenhangende maar niet samenvallende factoren die een negatieve rol kunnen spelen bij het effect van het werken met therapeutische experimenten in het algemeen en exposuretherapie in het bijzonder. Hierna worden deze factoren nader toegelicht. Daarbij wordt allereerst aandacht besteed aan de wijze waarop het organiseren van de beschikbaarheid (*availability*) van vermijdingsgedrag en veiligheidsgedrag van invloed is op de effectiviteit van exposuretherapie. Gesteld wordt dat het effect van de *mogelijkheid* om zo nodig (actief) te vermijden dan wel veiligheidsgedrag in te zetten moet worden onderscheiden van daadwerkelijk overgaan tot zulk gedrag. Na een bespreking van in dit kader relevante verschillende problematische gedragingen wordt tevens stilgestaan bij het on-

- 1 Een ander begrip in het kader van de Lines of Defense betreft *coping*, de '3rd LoD'. Daarmee worden vaardigheden bedoeld waarmee met een lastige situatie kan worden omgegaan. Deze 3rd LoD wordt omwille van de overzichtelijkheid in dit artikel buiten beschouwing gelaten.
- 2 Deze visie brengt met zich mee dat bij de behandeling van angststoornissen in alle gevallen sprake is van 'exposure met responspreventie' (ERP) en niet slechts bij OCS, waarbij in feite vooral sprake zal zijn van 'responspreventie met exposure' (RPE).

derscheiden van veiligheidsgedrag en veiligheidssignalen, voor zover die relevant zijn voor het optimaliseren van een angstbehandeling met exposure.

Na deze theoretische beschouwing wordt aan de hand van een casus geïllustreerd hoe tijdens de behandeling rekening kan worden gehouden met deze nadere specificering van de factoren die een rol kunnen spelen bij optimale exposuretherapie. We noemen dat *Beyond LoD's*. Daarbij gaat het ons overigens minder om de voorgestelde terminologie als wel om het aanmoedigen van de stapsgewijze taxatie van mogelijke verklaringen van suboptimale exposuretherapie. De aangebrachte differentiatie en de introductie van nieuwe terminologie moeten in dat kader worden gezien.

EFFECT VAN (HET ORGANISEREN VAN) DE BESCHIKBAARHEID VAN VERMIJDINGS- EN VEILIGHEIDSGEDRAG

.....

Diverse studies laten zien dat het toestaan van het organiseren van de *mogelijkheid* om actief te vermijden of – indien vermijding geen optie (meer) is – om veiligheidsgedrag in te zetten, een negatief effect kan hebben op de effectiviteit van exposuretherapie. Zo concluderen Kemp en collega's (2019) op grond van (replicatie)onderzoek dat naast het daadwerkelijk inzetten van vermijdings- en veiligheidsgedrag ook de *beschikbaarheid* (availability) van vermijdings- en veiligheidsgedrag een averechts effect kan hebben tijdens exposuretherapie. Hoewel het voor de patiënt de functie heeft om de risico's te verminderen, (b)lijkt de beschikbaarheid ervan juist de focus op het gevaar te vergroten.

Volledige vermijding (1st LoD) van beangstigende situaties (CS), zoals contact met mensen of lichamelijke sensaties, is vaak niet haalbaar in het dagelijks leven. Daarom is het *creëren van de mogelijkheid* om over te gaan tot (actieve) vermijding een voor de patiënt haalbaar en acceptabel alternatief. In veel gevallen gaat de patiënt de gevreesde CS (noodzakelijkerwijs) wel aan, maar vertoont hij voorbereidend gedrag dat een snelle toevlucht tot actieve vermijding mogelijk maakt. Zo kan iemand die bang is in een afgesloten ruimte, zoals een bioscoop of een busrit, altijd bij de uitgang gaan zitten, en kan een hondenfobicus altijd hardloopschoenen aantrekken. Op het eerste gezicht lijkt dit anticipatoire gedrag het leereffect van de exposure niet in de weg te staan, aangezien het niet optreden van gevreesde calamiteit (US/UR) niet daaraan zal worden toegeschreven. Anders gezegd: het betreffende gedrag interfereert niet met verwachtingsdisconfirmatie en lijkt geen negatief effect te hebben op de effectiviteit van de exposure. Het zou dan ook onterecht zijn om in dit verband te spreken van vermijding- of veiligheidsgedrag (ten Broeke & Rijkeboer, 2017). Het ligt echter ingewikkelder. Het probleem is dat – door de betreffende acties van de patiënt – de subjectieve dreiging die uitgaat van de CS (bijvoorbeeld vervelende lichamelijke sensaties in de bioscoop) wordt versterkt. Dit geldt eveneens voor

het beschikbaar maken en houden van veiligheidsgedrag. Het gaat dan om het *organiseren van de mogelijkheid* om gedrag in te zetten dat erop gericht is de ramp te voorkomen. Het feit dat het veiligheidsgedrag zo nodig *kan* worden ingezet leidt ertoe dat de patiënt zich meer bewust is van en gevoelig is voor het 'dreigende gevaar'. Aannemelijk is dat de patiënt zichzelf door het betreffende gedrag als het ware de boodschap geeft dat de situatie waarin hij zich gaat begeven gevaarlijk is. Deze boodschap wordt niet volledig ontkracht door het optreden van verwachtingsdisconfirmatie. Volgens experts op dit gebied is er sprake van *behavior as information*: 'Cognitive models of anxiety disorders view safety-seeking behaviors (i.e., avoidance, washing, etc.) as playing a crucial role in the maintenance of irrational fear. An explanation of how these behaviors may contribute to the maintenance of unrealistic beliefs is that patients use their safety behaviors as a source of information about the situation (behavior as information): the behavior is clear evidence of the danger' (Gangemi et al., 2012).

Kortom, naast daadwerkelijk vermijdingsgedrag (1st LoD) en veiligheidsgedrag (2nd LoD) dient ook het organiseren van de *beschikbaarheid van door de patiënt zelf in te zetten* vermijdings- en veiligheidsgedrag in kaart te worden gebracht en te worden beïnvloed; we noemen dat hier respectievelijk 1st LoD on demand en 2nd LoD on demand. Een voorbeeld van het vooraf organiseren van de beschikbaarheid van vermijdingsgedrag is het bedenken van een smoesje (1st LoD on demand) dat overhaast vertrek (actieve vermijding) rechtvaardigt. Een voorbeeld van het vooraf organiseren van veiligheidsgedrag (2nd LoD on demand) is een patiënt met een paniekstoornis die tijdens een busrit een hyperfree in zijn hand houdt, die hij bij opkomende vervelende lichamelijke sensaties (CS/Sd) zou kunnen gebruiken om (bijvoorbeeld) het gevreesde flauwvallen of zelfs overlijden te voorkomen. Door de hyperfree gereed te houden zonder hem te gebruiken (wat veiligheidsgedrag zou zijn) blijft er aldus dreiging uitgaan van de busrit in combinatie met de lichamelijke sensaties (CS), ondanks de feitelijke disconfirmatie van het optreden van de verwachte ramp (behavior as information).

Een ander fenomeen dat in de taxatie moet worden betrokken, wordt in de voorgestelde systematiek *2nd LoD by proxy*³ genoemd en betreft het *organiseren van de beschikbaarheid van hulp*. Het gaat daarbij om het organiseren van de mogelijkheid dat een ander zorg draagt voor jouw 'veiligheid' en die kan waarborgen. Het betreft dus gedrag dat de optie creëert om daadwerkelijk een beroep te doen op hulp (veiligheidsgedrag). Een voorbeeld van 2nd LoD by proxy is met de telefoon naast je bed slapen en je vriendin (op een andere locatie) instrueren hetzelfde te doen.

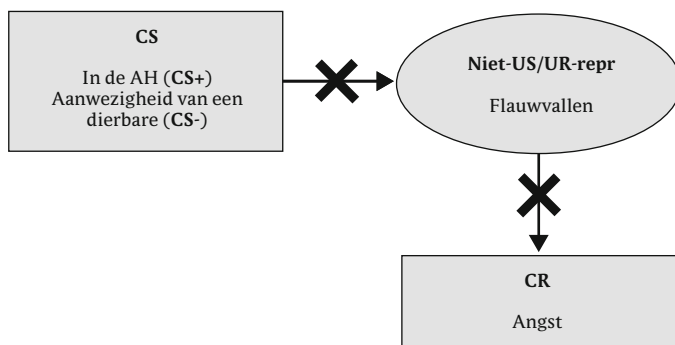
3 *By proxy* betekent letterlijk 'door middel van een proxy'. In deze context is een proxy iemand die in plaats van iemand anders optreedt of beslissingen neemt.

VEILIGHEIDSSIGNALLEN

279

De door ten Broeke en Rijkeboer (2017) beschreven LoD's worden weergegeven in termen van FA's, op basis waarvan de therapeut effectief intervieneert om de behandeling met exposure te optimaliseren, dan wel een hypothese genereert over het uitblijven van het effect van de behandeling. Dat geldt ook voor de in dit artikel geformuleerde uitbreiding en verdieping van de LoD's.

Tijdens die uitbreiding dient ook stilgestaan te worden bij de rol van veiligheidssignalen. Het gaat daarbij niet om de (negatieve) invloed van *gedrag* op het effect van exposuretherapie, maar om de invloed van eventuele inhibitorische *stimuli* (CS-). Net als over de bepaling van het begrip 'veiligheids*gedrag*', is de literatuur betrekkelijk onduidelijk over het verschil daarvan met veiligheidssignalen. Soms worden de termen door elkaar gebruikt, als kennelijke synoniemen (bijvoorbeeld: Craske et al., 2014), in andere gevallen worden de begrippen uit elkaar gehaald (Fernando et al., 2014). Hier wordt de meest gebruikte omschrijving gevolgd: een veiligheidssignaal is een stimulus die aangeeft dat de US/UR zal uitblijven ondanks de aanwezigheid van de CS. Daarmee wordt gepleit voor het onderscheiden van veiligheids*gedrag* en veiligheidssignalen bij het opstellen van FABA. Veiligheidssignalen worden in de hier gevolgde systematiek opgenomen in een BA als inhibitorische stimulus (CS-) en onderscheiden van excitatoire stimuli die het optreden van de US/UR aankondigen: CS+. Patiënten kunnen er bijvoorbeeld van overtuigd zijn dat door de aanwezigheid van een dierbare (CS-) de kans op het optreden van het gevreesde buiten bewustzijn raken (US/UR) in de AH (CS+) daadwerkelijk afneemt. In tegenstelling tot het meenemen van een ander, zodat er hulp beschikbaar is voor het geval het misgaat, schrijft de patiënt het uitblijven van het flauwvallen toe aan de *aanwezigheid* van de dierbare (CS-) en leert de patiënt niet dat de AH (CS+) geen goede voorspeller is van wat hij vreest. In figuur 1 wordt deze samenhang weergegeven.



FIGUUR 1 Betekenisanalyse met betrekking tot het effect van de aanwezigheid van een veiligheidssignaal (CS-)

Uitgangspunt is dat het bij therapeutische experimenten in het algemeen en bij exposuretherapie in het bijzonder noodzakelijk is om zo snel als strategisch haalbaar is de veiligheidssignalen te identificeren en te verwijderen – net als het veiligheidsgedrag (zie ook: Craske et al., 2014).

VAN THEORIE NAAR PRAKTIJK

.....

Zoals benoemd, zijn de door ten Broeke en Rijkeboer (2017) geïntroduceerde LoD's gericht op het optimaliseren van de behandeling van angststoornissen in het algemeen en exposure in vivo in het bijzonder. Dat is van belang gezien het feit dat – zoals eerder aangehaald – de effectiviteit van de betreffende behandelingen in veel gevallen te wensen overlaat (Craske, 2015; Craske et al., 2022). Hoewel in veel gevallen het in BA's specificeren van de CS-en, US/UR-representaties en de daarop gebaseerde algemene FA's in het algemeen, en de LoD's in het bijzonder, voldoende richting geeft aan de behandeling, is er in sommige gevallen sprake van te weinig vooruitgang. Dat kan verschillende redenen hebben, maar de aanname in dit artikel is dat de therapeut er dan goed aan doet de taxatie van het ter zake relevante gedrag uit te breiden naar de eerder besproken Beyond LoD's. Tabel 2 geeft daarvan een overzicht, en kan gezien worden als een voorstel voor begripsbepaling en taxonomie van factoren die – naast de standaard LoD's – kunnen worden afgewogen om de effectiviteit van exposuretherapie te vergroten. Samen met de standaard LoD worden de betreffende strategieën aan de hand van een casus geïllustreerd en uitgewerkt in termen van FABA.

CASUS IRIS TER ILLUSTRATIE

.....

Iris is een 29-jarige vrouw die hulp zoekt vanwege sociale angst. Ze werkt als onderzoeker in een team met enkel mannelijke collega's. Met name op haar werk ervaart ze veel hinder van haar angstklachten, bijvoorbeeld tijdens overleg met collega's, maar ook tijdens verhoren, als ze weet dat er een of meerdere mannelijke collega's meekijken. Meer in het bijzonder vreest Iris vernederd te zullen worden. Ze heeft één vaste mannelijke (werk)partner bij wie ze zich op haar gemak voelt en bij wie haar sociale angst niet speelt.

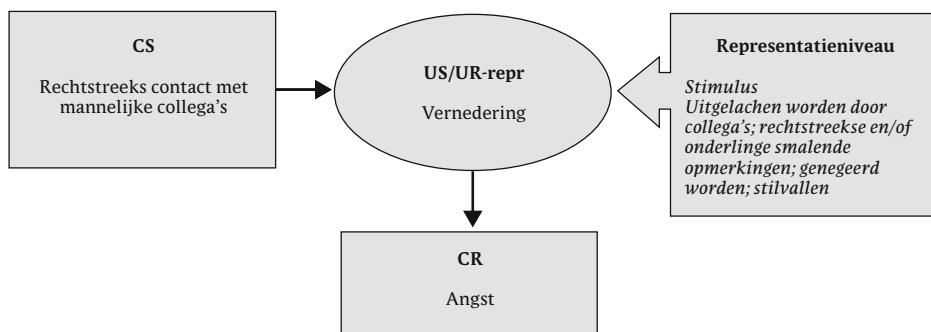
Aan de hand van FABA wordt de problematiek van Iris in kaart gebracht en gerelateerd aan de LoD's, en de verdieping en nuancering daarvan (Beyond LoD's). Waar zinvol, wordt bij de betreffende FABA aangegeven welke interventies kunnen worden overwogen (ten Broeke et al., 2021, 2022) en welke vragen aan Iris gesteld kunnen worden om de factoren die de angst en het daaraan gekoppelde gedrag in stand houden in kaart te brengen.

TABEL 2 *Overzicht van de Beyond Lines of Defense*

Beyond 'Lines of Defense'	Wat is het?	Voorbeelden	Negatieve consequentie
1st LoD on demand	Gedrag (R) dat gericht is op het organiseren van de mogelijkheid de CS actief te vermijden (+S+)	▶ Bij de uitgang gaan zitten ▶ Vooraf inventariseren van uitgangen ▶ Vooraf smoesjes bedenken dat overhaast vertrek rechtvaardigt ▶ Plastic handschoenen bij zich dragen	Impliciete focus op het met de CS geassocieerde gevaar, waardoor het effect van verwachtingsdisconfirmatie wordt verminderd of zelfs teniet wordt gedaan (behavior as information)
2nd LoD on demand	Gedrag (R) met betrekking tot het organiseren van de mogelijkheid veiligheidsgedrag (+S+) in te zetten, zodat als deze R vervolgens wordt ingezet (veiligheidsgedrag) de ramp kan worden afgewend, dan wel de ernst ervan wordt verminderd	▶ Flesje water meenemen ▶ Neusspray bij de hand ▶ Altijd bij te openen raam gaan zitten ▶ Bestand met ontspanningsoefeningen opslaan in telefoon en meenemen ▶ Altijd oxazepam (of andere medicatie) bij zich ▶ Hygiënische doekjes bij zich dragen ▶ Telefoon mee met nummer vriendin onder speeddial	Impliciete focus op het met de CS geassocieerde gevaar, waardoor het effect van verwachtingsdisconfirmatie wordt verminderd of zelfs teniet wordt gedaan (behavior as information)
2nd LoD by proxy	Gedrag (R) met betrekking tot het organiseren van snel beschikbare hulp om 'veiligheid' te waarborgen (+S+), zodat als deze R vervolgens wordt ingezet (veiligheidsgedrag) de ramp kan worden afgewend, dan wel de ernst ervan wordt verminderd	▶ Altijd met de telefoon naast je bed slapen ▶ Samen naar huis fietsen in het donker ▶ Al bellend naar huis fietsen ▶ Een traumahulphond aanschaffen	Impliciete focus op het met de CS geassocieerde gevaar, waardoor het effect van verwachtingsdisconfirmatie wordt verminderd of zelfs teniet wordt gedaan (behavior as information)
Veiligheidssignalen (CS-)	Een (inhibitorische) stimulus die aangeeft dat de US/UR zal uitblijven, ondanks de aanwezigheid van de CS+: 'als CS (-), dan niet-US/UR'	▶ Echtgenoot mee naar de winkel ▶ Geluksokken aandoen ▶ Hondje mee bij naar buiten gaan ▶ Fiets aan de hand bij wandelen ▶ Foto van zoon in binnenzak	Het uitblijven van de US/UR wordt niet geassocieerd met de CS+, maar met de aanwezigheid van de CS-. De CS+ behoudt daardoor zijn angstaanjagende betekenis.

Casusconceptualisatie van de sociale angst van Iris⁴

Omdat niet zozeer vermijding centraal staat, maar het feit dat Iris contact met mannelijke collega's alleen met veel angst doorstaat, en omdat Iris als behandeldoel heeft geformuleerd dat zij meer ontspannen zou willen zijn tijdens (met name rechtstreeks) contact met mannelijke collega's, wordt gestart met een BA die de angst in het contact met mannelijke collega's verklaart (zie figuur 2).



FIGUUR 2 Betekenisanalyse (sequentieel) met betrekking tot de angst om vernederd te worden in contact met mannelijke collega's. Voor de hand liggende interventie: exposure in vivo/gedragsexperimenten (CS ► niet-US/UR).

Tegen de achtergrond van de BA in figuur 2 zou Iris bereid moeten zijn onderzoek te doen naar haar verwachting dat contact met haar collega's daadwerkelijk de voorbode is van vernedering. Dat vraagt om *exposure in vivo* aan de CS 'contact met mannelijke collega's'. Omdat Iris contact met haar collega's alleen volledig kan vermijden als ze haar baan opgeeft (wat niet aan de orde is), vindt de noodzakelijke exposure aan de CS reeds regelmatig plaats. Interessant is dat de door Iris gevreesde vernedering zich nog nooit daadwerkelijk heeft voorgedaan, maar dat ondanks die verwachtingsdisconfirmatie (Craske et al., 2014) er toch geen sprake is van extinctie van de angst (CR). De verklaring daarvoor moet richting geven aan een optimaal behandelplan voor Iris.

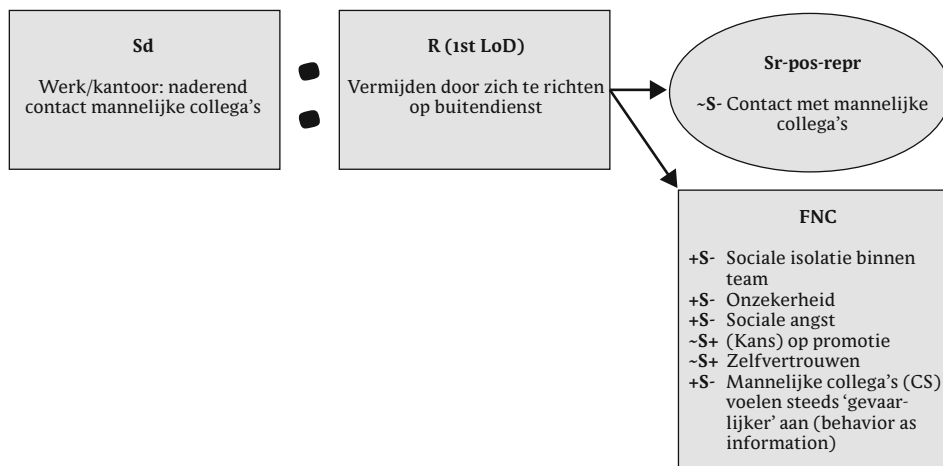
Redenerend vanuit de standaard LoD's moet in eerste instantie worden stilgestaan bij de passieve en actieve vermijding van de CS. In de figuren 3 en 4 wordt deze 1st LoD weergegeven. Gelet echter op de beperkte mogelijkheden om de CS te vermijden, zal de meeste aandacht uitgaan naar het taxeren en doorbreken van het veiligheidsgedrag dat Iris inzet om de kans op vernede-

4 De eventueel in referentiële BA's nader uit te werken directe invloed van Iris' leer- geschiedenis wordt hier in het kader van de focus op de taxatie van vermijding en veiligheidsgedrag buiten de taxatie gehouden.

ring te minimaliseren. In figuur 6 wordt de 2nd LoD weergegeven. Hoewel Iris inziet dat deze gedragsverandering noodzakelijk is, stuit dat bij haar op verzet. Contact met collega's roept zoveel angst op dat het doorbreken van het veiligheidsgedrag een *deal breaker* dreigt te worden. Dat vraagt om nadere taxatie waarmee gezocht wordt naar intermediaire gedragsverandering op weg naar volledige CS-exposure zonder enige vorm van veiligheidsgedrag. Daarbij wordt niet alleen gebruikgemaakt van de standaard LoD, maar ook de eerder geïntroduceerde Beyond LoD. Aan de hand van de wederwaardigheden van Iris worden de verschillende opties in kaart gebracht en met behulp van FABA weergegeven. Daarbij wordt achtereenvolgens stilgestaan bij de 1st LoD, de 1st LoD on demand, de 2nd LoD, de 2nd LoD on demand, de 2nd LoD by proxy en bij het elimineren van veiligheidssignalen (CS-).

Lines of Defense and beyond in de casus Iris

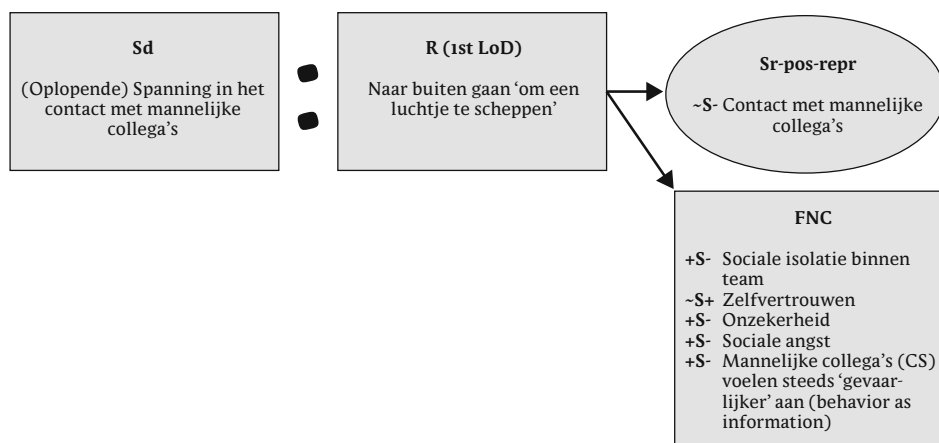
Passieve vermijding (1st LoD) — Angstige personen proberen vanzelfsprekend de gevreesde CS-en te vermijden (1st LoD). Al is contact met collega's onvermijdelijk, Iris doet haar best dat zoveel mogelijk te vermijden. Zo streeft zij ernaar zoveel mogelijk in de buitendienst te werken. Omdat ze dan op pad is met haar vaste partner, is er van sociale angst geen sprake. De FA van dit passieve vermijdingsgedrag wordt in figuur 3 weergegeven.



FIGUUR 3 *Functieanalyse van passief vermijdingsgedrag (R; 1st LoD, gericht op voorkomen van confrontatie met de CS). Taxatievraag: Hoe zorg je ervoor dat je zo min mogelijk contact hebt met je mannelijke collega's? Wat doe je in dat opzicht en wat laat je na? Welke prijs betaal je voor je vermijding van contact met collega's? Wat zijn de nadelen op kortere en vooral op langere termijn? Interventies: benadrukken van de FNC en uitnodigen de noodzaak van de R nader te onderzoeken.*

Vanzelfsprekend wordt van Iris verwacht dat ze regelmatig aanwezig is bij collegiaal overleg en verhooren, want dat is een noodzakelijk deel van haar werk. Ze heeft een strategie ontwikkeld waarbij ze zich actief inspant om te ontsnappen aan of te vluchten uit het contact met haar mannelijke collega's, als de angst voor vernedering te veel oploopt. Er is dan sprake van actieve vermijding of vluchtgedrag (R; 1st LoD).

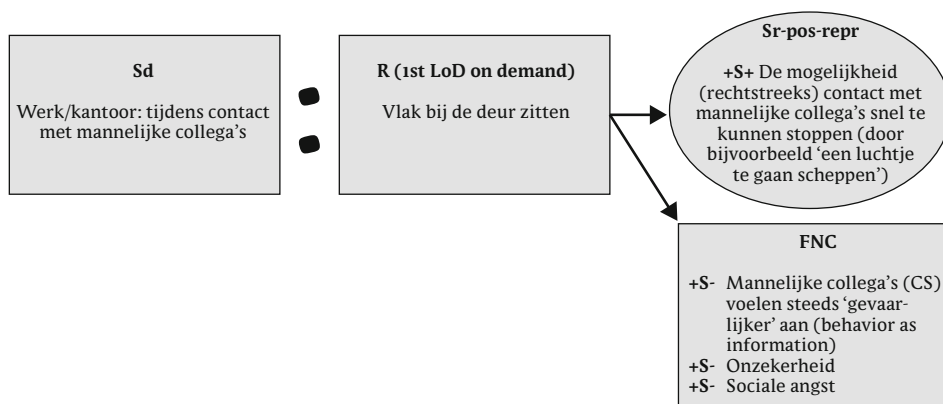
Actieve vermijding (1st LoD) — Actief vermijden is de mogelijkheid die overblijft om uit de gevreesde situatie (CS) te komen als passieve vermijding geen optie (meer) is. Voor Iris geldt dat als zij ziet dat er bij binnenkomst veel mannelijke collega's op kantoor zijn, zij soms aangeeft dat ze zich niet lekker voelt en 'even' naar buiten gaat. Dat is met name aan de orde als Iris zich meer dan anders gespannen voelt. Dit kan zich al voordoen direct bij binnenkomst, maar ook in de loop van een vergadering. Figuur 4 geeft de desbetreffende FA weer.



FIGUUR 4 *Functieanalyse met betrekking tot actieve vermijding (1st LoD). Taxatievraag: Hoe zorg je ervoor dat het contact met je mannelijke collega's zo kort mogelijk duurt als je je gespannen voelt? Welke prijs betaal je voor je vermijding van contact met collega's? Interventie: benadrukken van de FNC (en vanuit de BA met betrekking tot de CS 'contact met mannelijke collega's' nadere interventies inzetten).*

Beschikbaarheid van (actieve) vermijding (1st LoD on demand) — Zoals hiervoor besproken, is niet alleen daadwerkelijke vermijding van CS-en problematisch, maar heeft ook het *organiseren van de mogelijkheid om de gevreesde situatie te vermijden* een negatief effect op de ernst van de angststoornis en de exposuretherapie. Ook Iris maakt hiervan gebruik door tijdens een overleg stevast zo dicht mogelijk bij de deur te gaan zitten, zodat ze indien nodig snel kan vluchten uit de situatie (actieve vermijding).

De vermijding (1st LoD) is daarmee on demand beschikbaar. Het probleem daarbij is dat Iris zichzelf daarmee in feite de boodschap geeft dat ze zich in een potentieel gevaarlijke situatie (CS) begeeft, wat de dreiging die uitgaat van de CS versterkt. Zoals telkens het geval is bij de Beyond LoD is hier de aanname dat het betreffende gedrag indirect de CS als het ware ‘inflatert’. Wat daarbij een rol speelt, is de focus op het potentiële gevaar van de CS en het effect van behavior as information. Deze negatieve consequentie (FNC; voorheen Sr-neg⁵) interfereert daardoor indirect met het verwachte positieve effect van verwachtingsdisconfirmatie en kan soms – zoals ook bij Iris het geval is – een extra barrière opwerpen voor een optimaal effect van exposure. In figuur 5 wordt de betreffende 1st LoD on demand weergegeven.



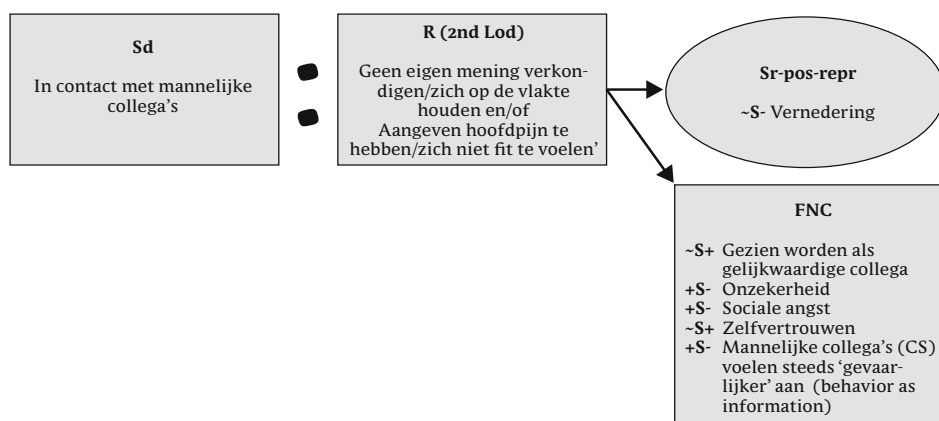
FIGUUR 5 *Functioneanalyse van gedrag (R; 1st LoD on demand) dat gericht is op het optimaliseren van de mogelijkheid om aan de CS te ontsnappen. Taxatievraag: Wat doe je om ervoor te zorgen dat je snel weg kunt als dat voor jouw gevoel noodzakelijk is? Hoe organiseer je die mogelijkheid? Interventie: responspreventie van de R na psycho-educatie met betrekking tot het negatieve effect van het gedrag.*

Strategieën van Iris gericht op het afwenden van de US/UR

Veiligheidsgedrag (2nd LoD) — Wanneer de strategieën om de CS te vermijden niet (meer) haalbaar zijn, zal toevlucht moeten worden gezocht in veiligheidsgedrag, dat wil zeggen: gedrag dat (volgens de hier gevolgde definitie) als doel heeft het optreden van de US/UR te voorkomen, in de FA weergegeven als een ~S-. Ook Iris maakt gebruik van veiligheidsgedrag. Tij-

5 In de revisie van het *Handboek geïntegreerde cognitieve gedragstherapie* (Korrelboom et al., in voorbereiding) wordt in plaats van 'Sr-neg' gebruikgemaakt van FNC (feitelijke negatieve consequenties).

dens het onvermijdelijke contact met haar mannelijke collega's tracht Iris de gevreesde vernedering af te wenden door zich enerzijds zo min mogelijk in het gesprek te mengen en zich anderzijds – als dat niet kan worden volgehouden – zoveel mogelijk op de vlakte te houden. Ze spreekt haar mening niet uit, zeker niet als die feitelijk of vermoedelijk anders is dan de visie van haar collega's. Daarnaast geeft ze geregeld aan hoofdpijn te hebben of zich niet fit te voelen, omdat ze verwacht dat haar collega's dan mild zijn naar haar en vernedering uitblijft. De Sr-pos in de FA is het afwenden van de gevreesde vernedering (~S-) en is op zichzelf voor Iris al een volgende reden om vast te houden aan het veiligheidsgedrag (R). Voor zover het een irreële samenhang tussen R en Sr-pos betreft, kan responspreventie worden ingezet. Figuur 6 geeft de FA met betrekking tot een voorbeeld van de 2nd LoD van Iris weer.

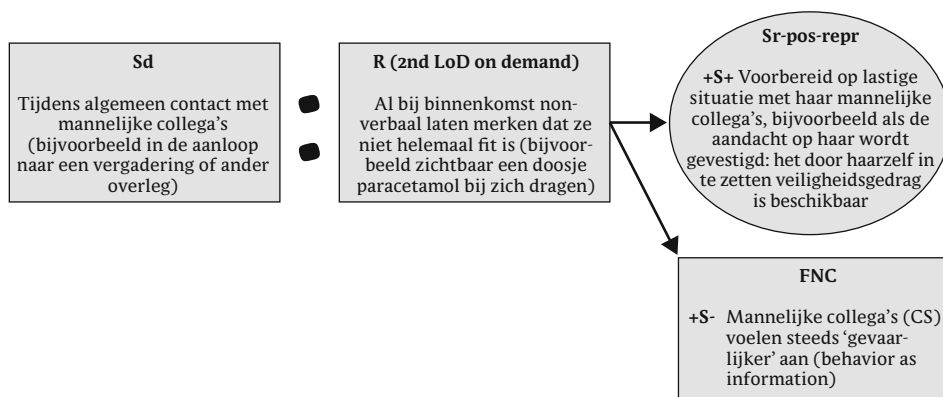


FIGUUR 6 *Functieanalyse met betrekking tot veiligheidsgedrag (R; 2nd LoD) gericht op het afwenden van de gevreesde ramp (US/UR). Taxatievraag: Wat doe je of wat laat je na om ervoor te zorgen dat je niet wordt vernederd als je contact met je mannelijke collega's niet kunt voorkomen of het contact niet kunt stoppen? Interventie: therapeutisch experiment gericht op het zo snel mogelijk terugdringen van het veiligheidsgedrag (responspreventie).*

Beschikbaarheid van veiligheidsgedrag (2nd LoD on demand) — In een topografische analyse komt naar voren dat Iris ook geneigd is om de mogelijkheid veiligheidsgedrag in te zetten actief te organiseren. Een voorbeeld daarvan is dat zij soms niet alleen tijdens vergaderingen, maar al bij binnenkomst op kantoor non-verbaal laat merken dat ze zich niet lekker voelt (2nd LoD on demand), zodat zij tijdens de interactie met haar collega's zo nodig aan kan geven dat ze zich niet fit voelt (bijvoorbeeld erge hoofdpijn heeft) en daarom 'vandaag niet zo scherp is' (de FA van dit veiligheidsgedrag is in figuur 7 weergegeven). Dit gedrag wordt bekrachtigd door de zekerheid voorbereid te zijn op *direct* contact met collega's, met name als de aandacht

in haar richting gaat; zo houdt zij het veiligheidsgedrag als het ware achter de hand. In figuur 7 wordt deze 2nd LoD on demand in FA weergegeven.

287

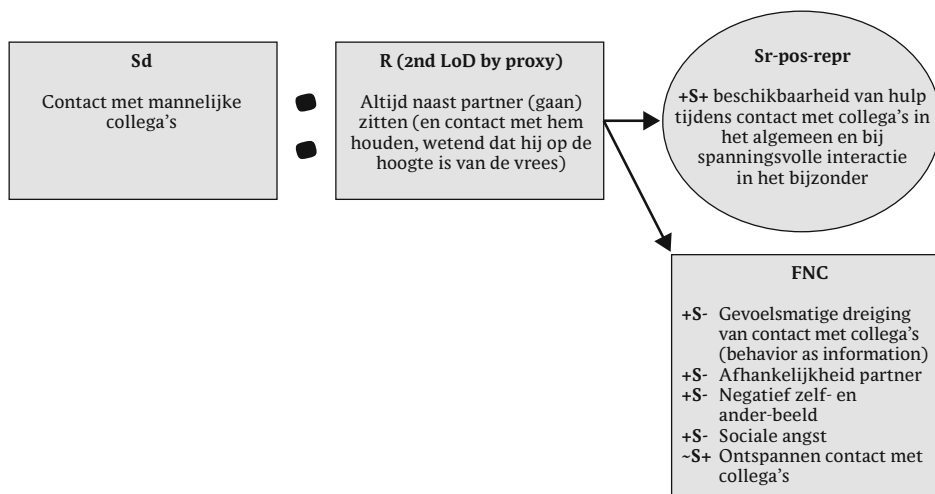


FIGUUR 7 *Functieanalyse beschikbaar maken van veiligheidsgedrag (R; 2nd LoD on demand). Taxatievraag: Welke maatregelen tref je vooraf om de mogelijkheid te waarborgen dat je iets kunt doen of nalaten om te voorkomen dat je wordt vernederd? Hoe bereid je je voor? Interventie: responspreventie van de R (wegnemen van de mogelijkheid deze strategie toe te passen).*

Organiseren van hulp om de ramp af te wenden (2nd LoD by proxy) — Iris kan ook gebruikmaken van LoD by proxy door de beschikbaarheid van hulp tijdens vergaderingen te organiseren, zodat de ramp kan worden afgewend of in een vroeg stadium kan worden gestopt. Dit kan ze doen door zoveel mogelijk in de buurt te blijven van haar vaste werkpartner. Ze vertrouwt hem en heeft de overtuiging dat hij het altijd voor haar zal opnemen tegenover collega's als ze onder druk wordt gezet en de sfeer ongemakkelijk wordt. Figuur 8 geeft de betreffende FA weer.

Gebruik door Iris van veiligheidssignalen (CS-)

De taxatievraag: 'In welke situaties met mannelijke collega's ben je *niet of in ieder geval veel minder* bang dat de vernedering aanstaande is?' laat zien dat bij Iris veiligheidssignalen nauwelijks een rol spelen. Het enige wat naar voren komt is dat als de hoofdcommissaris aanwezig is bij het teamoverleg en soms ook bij verhoren, Iris de kans op vernedering veel minder groot acht. De hoofdcommissaris fungeert in dat opzicht als een veiligheidssignaal (CS-). De hoofdcommissaris vragen niet meer aanwezig te zijn in voorkomende interacties tussen Iris en haar mannelijke collega's (achterwege laten van de CS-) is echter noch praktisch uitvoerbaar noch therapeutisch erg relevant, aangezien hij sowieso slechts zelden aanwezig is. In figuur 1 wordt een voor-



FIGUUR 8 *Functieanalyse met betrekking tot het organiseren van de beschikbaarheid van hulp (Sr-pos) waarmee de gevreesde US/UR geheel of in een vroeg stadium kan worden afgewend (R; 2nd LoD by proxy). Taxatievraag: Hoe organiseer je dat je hulp van anderen kunt inschakelen om te voorkomen dat je vernederd wordt door mannelijke collega's of om de ernst van de vernedering te laten afnemen? Interventie: psycho-educatie en responspreventie.*

beeld gegeven van de plek van de CS in een BA met betrekking tot een veiligheidssignaal (CS-).

HANDVATTEN VOOR DE PRAKTIJK

.....

In het voorgaande is een conceptueel kader gepresenteerd waarmee enerzijds het gebruik van therapeutische experimenten in het algemeen en van exposuretherapie in het bijzonder kan worden geoptimaliseerd, en anderzijds eventuele stagnaties in de behandeling kunnen worden geanalyseerd. De gedragstherapeut doet er goed aan zich bewust te zijn van de factoren die een negatieve invloed kunnen hebben op de effectiviteit van de interventies, die met elkaar gemeen hebben dat ze erop zijn gericht optimale verwachtingsdisconfirmatie te bewerkstelligen, zodat de CS een andere, veilige betekenis krijgt. Het algemene principe is dat alle factoren die hierbij in de weg kunnen staan moeten worden geëlimineerd. Soms is dat een flinke uitdaging, zowel wat betreft de te kiezen focus als wat betreft de volgorde en timing van de ingrepen.

Het is behulpzaam bij iedere interventie steeds twee aspecten in gedachten te houden. Het eerste aspect is dat de patiënt iets nieuws moet leren over de CS. Dat kan betekenen dat moet worden ervaren dat de CS bij nader inzien

toch geen goede voorspeller of veroorzaker is van de US/UR (CS ► niet-US/UR) of met name leert dat de CS juist een positieve gebeurtenis voorspelt (CS ► andere US/UR).⁶ Het tweede aspect is dat het tempo waarin de patiënt wordt uitgenodigd wezenlijke veranderingen aan te brengen in zijn gedrag wordt aangepast aan wat haalbaar en acceptabel is voor de betreffende patiënt. Dat geldt met name voor het doorbreken van passieve vermijding en het weliswaar geleidelijk maar zo snel mogelijk terugdringen van actieve vermijding en vooral van veiligheidsgedrag. De geleidelijkheid is slechts om te voorkomen dat de patiënt wordt overvraagd en afhaakt: ‘Gradual phasing is recommended only in order to reduce treatment attrition’ (Craske et al., 2014).

Bij het beïnvloeden van de vermijding en het veiligheidsgedrag moet ook expliciet rekening worden gehouden met de manieren waarop de patiënt de *beschikbaarheid* van actieve vermijding en veiligheidsgedrag probeert te optimaliseren (1st en 2nd LoD on demand), zeker als de reguliere exposure-therapie te weinig progressie laat zien. Het op basis van een voor de patiënt begrijpelijke rationale terugdringen van ook deze acties draagt vermoedelijk betekenisvol bij aan het effect van de therapeutische experimenten. Dat geldt overigens ook voor het door de patiënt organiseren van beschikbare hulp om de ramp af te wenden of de ernst hiervan te verminderen (2nd LoD by proxy).

Door het terugdringen van deze indirecte strategieën wordt immers voorkomen dat de patiënt zichzelf de boodschap blijft geven dat de CS daadwerkelijk gevaarlijk is en blijft, ook al treedt de ramp – tijdens de behandeling met exposure – niet op: ‘Ik neem vooraf maatregelen om zo nodig te kunnen vermijden, de ramp af te wenden of de ernst van de ramp te verminderen, dus bevind ik me in een gevaarlijke situatie’ (hiervoor gerelateerd aan wat behavior as information wordt genoemd; Gangemi et al., 2012; zie ook: Arntz et al., 1995). De CS behoudt aldus zijn negatieve, dreigende betekenis en is in zeker opzicht mogelijk immuun voor de effecten van de wel optredende verwachtingsdisconfirmatie. Van belang is om de patiënt hierover psycho-educatie te geven en hem socratisch te verleiden het gedrag op te geven (ten Broeke et al., 2022).

Tot slot moet het inventariseren en zo nodig geleidelijk elimineren van veiligheidssignalen (CS-) betrokken worden in de behandeling. Het gaat dan om het met behulp van de BA vaststellen van de inhibitoire stimuli (CS-) die ‘aankondigen’ dat de gevreesde ramp (US/UR) *in dit geval* zal uitblijven, ook al is de CS+ aanwezig. Zolang de patiënt het uitblijven van de ramp toeschrijft aan de aanwezigheid van de CS-, blijft de CS+ de betekenis houden van gevaar en dreiging. Van een optimaal therapeutisch experiment is dus sprake als de patiënt (1) bij herhaling ervaart dat de gevreesde ramp uitblijft, (2) dat uitblijven niet toeschrijft aan andere factoren dan aan het feit dat de CS daadwerkelijk ongevaarlijk is, en (3) stopt met gedrag dat indirect de dreiging van de CS benadrukt. Het is daarbij cruciaal om zo snel mogelijk te stoppen zowel met

6 Dit raakt aan het onderscheid tussen exposure en gedragsexperiment (ten Broeke et al., 2022, hoofdstuk 4).

daadwerkelijke vermijding en veiligheidsgedrag als met het organiseren van de mogelijkheid er gebruik van te maken en het elimineren van veiligheidsignalen (Craske et al., 2014, 2022; Weisman & Rodebaugh, 2018).

TOT SLOT

.....

Hoewel het gebruik van therapeutische experimenten – waaronder exposure – vrijwel altijd een vanzelfsprekend onderdeel is van cognitieve gedragstherapie, blijkt de effectiviteit ervan te wensen over te laten (Craske, 2015). In aansluiting op publicaties die zich richten op het verbeteren van de effectiviteit (Craske et al., 2022) wordt in dit artikel op basis van enerzijds wetenschappelijk literatuur en anderzijds een beargumenteerde vertaling van (leer)theorie naar de praktijk een conceptueel kader beschreven waarmee gedetailleerd bepaalde factoren kunnen worden geanalyseerd die vermoedelijk een rol spelen bij (in)effectieve therapeutische experimenten. Uitgangspunt bij het betoog is dat (1) de rol van vermijding en veiligheidsgedrag bij het optimaliseren van exposure vooralsnog de sterkste wetenschappelijke ondersteuning geniet (Weisman & Rodebaugh, 2018), en (2) dat de in Nederland in dit kader geformuleerde systematiek van de Lines of Defense een werkbaar kader biedt om die rol (van vermijding en veiligheidsgedrag) van een conceptueel kader te voorzien. Bij het laatste moet worden bedacht dat er voor de LoD's geen expliciete empirische evidentie bestaat, maar dat ze 'louter' een vertaling zijn van robuuste wetenschappelijke psychologische kennis, met name van het model van inhibitory retrieval (Craske et al., 2022). Het interessante van de invalshoek van Beyond LoD is dat die aansluit bij laatstgenoemd model, en tegelijkertijd oog heeft voor gedrag dat weliswaar niet expliciet raakt aan het therapeutisch beïnvloeden van verwachtingsdisconfirmatie maar niettemin het effect van exposure kan ondermijnen. Dit brengt een extra uitdaging mee wat betreft de kennis en kunde van de gedragstherapeut die therapeutische experimenten in het algemeen en exposure in het bijzonder inzet. Daarbij komt dat het in lijn is met wetenschappelijke noties (zie bijvoorbeeld: Kemp et al., 2019).

Vanzelfsprekend zijn in lang niet alle gevallen de geschetste nuances en gedragsaspecten van beslissende betekenis, maar – zo wordt in dit artikel beweerd – juist als de therapie niet oplevert wat er wordt nagestreefd, doen details er des te meer toe. Dat maakt het allemaal zeker niet eenvoudiger, maar – om Einstein te citeren: 'Alles moet zo simpel mogelijk gemaakt worden, maar niet simpeler.' Dit artikel wil dat advies recht doen.

Erik ten Broeke is als cognitief gedragstherapeut werkzaam in eigen praktijk te Deventer en Barcelona.

Jiska Weijermans is cognitief gedragstherapeut, en als behandelaar, opleider en inhoudelijk directeur werkzaam bij Psy-zo!

Leonieke Vet is als cognitief gedragstherapeut werkzaam bij Accare te Groningen.

Correspondentieadres: Erik ten Broeke. E-mail: ebroeke@planet.nl

291

Summary *On optimizing therapeutic experiments: Beyond the Lines of Defense*

In the treatment of anxiety disorders in particular, exposure is considered the most effective intervention. However, the actual effectiveness leaves much to be desired. The so-called 'Lines of Defense' (LoD) proposed by ten Broeke & Rijkeboer (2017) are intended to improve the application of exposure (and other therapeutic experiments). Following this, the article introduces clinically relevant nuances within the conceptual framework of the LoD and discusses the relevance of factors that may impede optimal effects of exposure in clinical practice, and illustrates them through a case study. This elaboration is referred to as 'Beyond the Lines of Defense'.

Keywords *exposure, avoidance, safety behaviour, Lines of Defense, Beyond the Lines of Defense*

Referenties

- Abramowitz, J. S., Deacon, B. J., & Whiteside, S. P. H. (2019). *Exposure therapy for anxiety: Principles and practice* (2nd ed.). The Guilford Press.
- Arntz, A., Rauner, M., & van den Hout, M. (1995). 'If I feel anxious, there must be danger': Ex-consequentia reasoning in inferring danger in anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 917-925.
- Craske, M. (2015). Optimizing exposure therapy for anxiety disorders: An inhibitory learning and inhibitory regulation approach. *Verhaltenstherapie*, 25, 134-143. <https://doi.org/10.1159/000381574>
- Craske, M. G., & Mystkowski, J. L. (2006). Exposure therapy and extinction: Clinical studies. In M. G. Craske, D. Hermans, & D. Vansteenwegen (Eds.), *Fear and learning: From basic processes to clinical implications* (pp. 217-233). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/11474-011>
- Craske, M. G., Treanor, M., Conway, C. C., Zbozinek, T., & Vervliet, B. (2014). Maximizing exposure therapy: An inhibitory learning approach. *Behaviour Research and Therapy*, 58, 10-23. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.04.006>
- Craske, M. G., Treanor, M., Zbozinek, T. D., & Vervliet, B. (2022). Optimizing exposure therapy with an inhibitory retrieval approach and the OptEx Nexus. *Behaviour Research and Therapy*, 152, 104069. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2022.104069>
- Fernando, A. B., Urcelay, G. P., Mar, A. C., Dickinson, A., & Robbins, T. W. (2014). Safety signals as instrumental reinforcers during free-operant avoidance. *Learning & Memory*, 21, 488-497. <https://doi.org/10.1101/lm.034603.114>
- Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99, 20-35. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.99.1.20>
- Gangemi, A., Mancini, F., & van den Hout, M. (2012). Behavior as information: 'If I avoid, then there must be a

- danger.' *Journal of Behaviour Therapy & Experimental Psychiatry*, 43, 1032-1038. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2012.04.005>
- Greeven, A., & van Emmerik, A. (red.) (2020). *Handboek exposure*. Boom.
- Harvey, A., Watkins, E., Mansell, W., & Shafran, R. (2004). *Cognitive behavioral processes across psychological disorders: A transdiagnostic approach to research and treatment*. Oxford University Press.
- Kemp, J. J., Blakey, S. M., Wolitzky-Taylor, K. B., Sy, J. T., & Deacon, B. J. (2019). The effects of safety behavior availability versus utilization on inhibitory learning during exposure. *Cognitive Behavioural Therapy*, 48, 517-528. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.07.002>
- Korrelboom, K., & ten Broeke, E. (2014). *Geïntegreerde cognitieve gedragstherapie: Handboek voor theorie en praktijk*. Coutinho.
- Korrelboom, K., ten Broeke, E., & van Dijk (in voorbereiding). *Geïntegreerde cognitieve gedragstherapie: Handboek voor theorie en praktijk* (2de druk). Coutinho.
- Milosovic, I., & Radomsky, A. S. (2008). Safety behavior does not necessarily interfere with exposure therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 1111-1118. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2008.05.011>
- Neudeck, P., & Wittchen, H.-U. (2012). *Exposure therapy: Rethinking the model – Refining the method*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-1-4614-3342-2>
- Rachman, S., Radomsky, S. F., & Shafran, R. (2008). Safety behaviour: A reconsideration. *Behaviour Research and Therapy* 46, 163-173. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2007.11.008>
- Richard, D.C.S., & Lauterbach, D. (Eds.) (2006). *Handbook of exposure therapies*. Elsevier Science Publishing. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-587421-2.X5000-5>
- Rosqvist, J. (2005). *Exposure treatments for anxiety disorders*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203843833>
- Scheveneels, S., Boddez, Y., & Hermans, D. (2021). Uitdagingen voor het inhibitorisch-leermodel van exposuretherapie. *Gedragstherapie*, 54, 3-25.
- Telch, M. J., & Zaizar, E. D. (2020). Safety behaviors. In J. S. Abramowitz & S. M. Blakey (Eds.), *Clinical handbook of fear and anxiety: Maintenance processes and treatment mechanisms* (pp. 27-44). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000150-002>
- ten Broeke, E., Korrelboom, K., Verbraak, M., & Meijer, S. (red.). (2021). *Praktijkboek geïntegreerde cognitieve gedragstherapie: Protocolaire behandelingen op maat*. Coutinho.
- ten Broeke, E., & Rijkeboer, M. (2017). Over het hanteren van vermijding en veiligheidsgedrag bij de behandeling van angststoornissen: Overwegingen en praktische handvatten. *Gedragstherapie*, 50, 2-20.
- ten Broeke, E., van der Heiden, C., Meijer, S., Driessen, A., & Korrelboom, K. (2022). *Cognitieve gedragstherapie: De basisvaardigheden*. Boom.
- Weisman, J. S., & Rodebaugh, T. L. (2018). Exposure therapy augmentation: A review and extension of techniques informed by an inhibitory learning approach. *Clinical Psychological Review*, 59, 41-51. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.10.010>

Over de Sr-pos in de functieanalyse

293

ERIK TEN BROEKE, STEVEN MEIJER & YTJE VAN PELT

Samenvatting

In de geïntegreerde cognitieve gedragstherapie (GCGt) richt de functieanalyse (FA) zich op het formuleren van hypothesen met betrekking tot het voortduren van problematisch operant gedrag (R). Daarbij speelt de analyse van de patronen van bekrachtiging een belangrijke rol, hetgeen tot uitdrukking komt in de weergave van de zogenoemde Sr-pos (bekrachtiger). In dit artikel worden de belangrijkste aspecten van de Sr-pos en de relatie ervan met de R besproken. Daarbij komen aan de orde: (1) de relevantie van het onderscheiden van CS-en (neutrale stimuli) en US-en (intrinsiek aversieve stimuli) bij het vaststellen van de Sr-pos, (2) het verschil tussen 'aan/uit-' en 'multi-interpreteerbare' Sr-pos en hun relevantie voor de praktijk, en (3) twee nieuwe begrippen: proximale Sr-pos en distale Sr-pos. Tot slot wordt aan de hand van de *Lines of Defense* besproken hoe de FA in het algemeen en bepaalde aspecten daarvan samenhangen met de formulering van betekenisanalyses (BA). De rode draad in het artikel is de klinische relevantie van de beschreven nuances.

Trefwoorden: *functieanalyse, Sr-pos, proximale Sr, distale Sr-pos, Lines of Defense*

Kernboodschappen voor de klinische praktijk

- ▶ Stel in alle gevallen een patiëntspecifieke casusconceptualisatie op.
- ▶ Indien bij het opstellen daarvan gebruik wordt gemaakt van FABA, dan is de rol en beschrijving van de Sr-pos een wezenlijk aspect.
- ▶ De kracht en klinische relevantie van een FA nemen toe door spaarzaam te zijn met het aantal Sr-pos dat wordt opgenomen.
- ▶ Differentieer bij de Sr-pos tussen representaties van een CS en/of US/UR.
- ▶ Het onderscheiden van proximale en distale Sr-pos, en het op grond daarvan (1) aanscherpen van de FA en (2) die te verbinden met de BA, kan de effectiviteit van de behandeling vergroten.

INLEIDING

.....

Bij het opstellen van een casusconceptualisatie binnen de geïntegreerde cognitieve gedragstherapie (GCGt) worden twee te onderscheiden maar niet van elkaar gescheiden analysestrategieën gebruikt: betekenisanalyse (BA) en functieanalyse (FA) (Korrelboom & ten Broeke, 2014). In een BA wordt onderzocht welke situatie (of situaties) (CS) door de activatie van een representatie van een intrinsiek aversieve stimulus (US/UR-representatie) een problematische emotionele reactie (CR) oproept. Een FA daarentegen is bedoeld om vast te stellen welk probleemgedrag (R) in welke situatie (of situaties) (Sd) – ondanks de negatieve consequenties (FNC; voorheen Sr-neg¹) – door welke consequenties persisteert (Sr-pos). Op basis van beide analysestrategieën wordt een behandelplan opgesteld, van waaruit passende interventies worden geselecteerd en op de persoon toegesneden worden uitgevoerd (Craske, 2010).

In dit artikel wordt de aandacht gericht op de relatie tussen de R en verschillende typen Sr-pos bij het opstellen van een FA. Meer in het bijzonder wordt besproken hoe oog hebben voor nuances en differentiaties kan bijdragen aan een informatieve, op de persoon afgestemde casusconceptualisatie en het daaruit af te leiden behandelplan. In dit artikel wordt van daaruit beweerd dat het zo precies mogelijk vaststellen van de Sr-pos en de aard van de associatie met de R bijdraagt aan het optimaal inrichten van therapeutische experimenten (ten Broeke et al., 2021). Daarbij wordt gebruikgemaakt van enerzijds ter zake relevante literatuur en anderzijds van het door ten Broeke en Rijkeboer (2017) voorgestelde conceptuele kader van de *Lines of Defense*. In de bespreking komen aan de orde de wat ons betreft te onderscheiden typen Sr-pos, de aard van hun relatie met de R, de differentiatie tussen de Sr-pos als CS en US/UR, en de (on)zin van de differentiatie in Langs representatieniveaus (Korrelboom & ten Broeke, 2014; Lang, 1979).

DE SR-POS IN DE FA

.....

Met probleemgedrag dat in de FA als R wordt weergegeven, wordt zowel ‘te veel’-gedrag bedoeld (bijvoorbeeld perfectionisme) als ‘te weinig’-gedrag (bijvoorbeeld subassertiviteit). Het gedrag kan *overt* (zichtbaar) of *covert* (onzichtbaar) zijn. Zoals door Korrelboom en ten Broeke (2014) benadrukt, gaat het bij de weergave van de FA niet om de daadwerkelijke Sr-pos, maar om *mentale representaties* van de Sr-pos. Dat neemt niet weg dat de Sr-pos

1 In de revisie van het *Handboek geïntegreerde cognitieve gedragstherapie* (Korrelboom et al., in voorbereiding) wordt in plaats van ‘Sr-neg’ gebruikgemaakt van FNC (feitelijke negatieve consequenties).

soms daadwerkelijk is geassocieerd met gedrag, bijvoorbeeld ‘pleasen’ (R) om daadwerkelijke conflicten te voorkomen (~S-). In andere gevallen bestaat de samenhang ‘slechts’ in de beleavingswereld van de persoon, bijvoorbeeld bij iemand die ademhalingsoefeningen doet (R) om een hartinfarct (~S-) te voorkomen. De Sr-pos in de FA kent dan ook diverse aspecten, die een betekenis hebben voor de te kiezen interventie(s) of voortzetting van de taxatie. De door de patiënt veronderstelde samenhang tussen zijn gedrag (R) en de consequenties van dat gedrag (Sr-pos) is vaak een bepalende factor in het voortduren van dat gedrag (zie tabel 1).

TABEL 1 Voorbeelden van Sr-pos-en

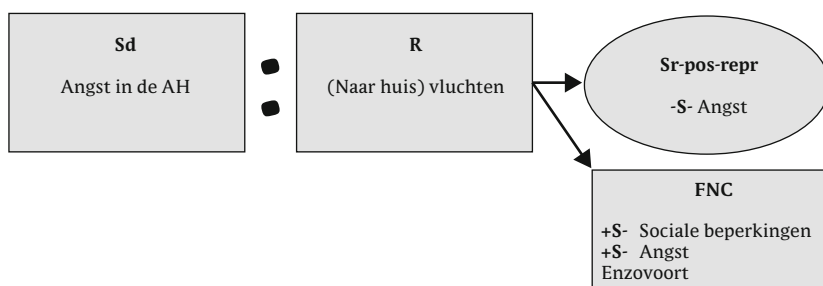
Sr-pos	Voorbeelden
Toename van iets positiefs: +S+ (positieve bekrachtiging)	Geld, erkenning, roes, bewondering, aandacht, respect, sociaal contact
Afname van iets negatiefs: -S- (negatieve bekrachtiging)	Angst, herbelevingen, pijn, dreiging, in het middelpunt staan
Uitblijven van iets negatiefs dat wordt gevreesd: ~S- (negatieve bekrachtiging)	Herbelevingen, conflicten, afbranden van huis, overlijden van dierbaren, hartinfarct, sociale aandacht

Hier wordt de stelling verdedigd dat de therapeut er goed aan doet om met name de essentiële Sr-pos vast te stellen die het gedrag in stand houdt en daardoor gedragsverandering in de weg staat. Het beste is dan om slechts één (essentiële en) vooral irreële bekrachtiger op te nemen. Het is niet zinvol om Sr-pos-en op te nemen die al te zeer voor de hand liggen, zoals afname van angst (-S-) als de supermarkt overhaast wordt verlaten: de afname van angst vindt dan evident plaats, waarbij de FA zelden aangrijpingspunt zal zijn voor behandeling (tenzij het gaat om het inzichtelijk maken van de nadelige effecten: FNC). De nadruk dient dan ook vooral te liggen op de ~S- als verklaring voor het voortduren van het probleemgedrag, aangezien therapeutische experimenten als exposure in vivo en responspreventie gebruikmaken van het *irreële* karakter van de door de patiënt veronderstelde samenhang tussen gedrag (R) en consequenties (Sr-pos). Hierna worden deze punten nader uitgewerkt en verbonden met de klinische praktijk.

REËLE EN IRREËLE SAMENHANG VAN EEN SR-POS MET DE R

.....

In tegenstelling tot alledaags gedrag spelen +S+ veelal een beperkte rol bij psychopathologie. Uitzonderingen daarop zijn onder andere verslavingen en parafilie. De -S- daarentegen zijn weliswaar prominent bij psychopathologie en zeer bekrachtigend, maar niettemin in de meeste gevallen therapeutisch betrekkelijk oninteressant. Net als bij de +S+ gaat het immers om een *reële samenhang* tussen het gedrag en de vermoede consequenties. Het innemen van het middel (R) leidt daadwerkelijk tot de gewenste roes (+S+). Ook de angst (S-) neemt daadwerkelijk af (-S-) als actieve vermijding (R; naar huis vluchten) of veiligheidsgedrag (R; pleasen in sociaal contact) wordt ingezet. Een op die samenhang gericht therapeutisch experiment (responspreventie; ten Broeke et al., 2021) levert geen nieuwe inzichten op, hooguit een bevestiging wat al verondersteld was, namelijk dat de angst daalt (zie figuur 1). Niet naar huis vluchten staat immers in de weg van angstdaling en de angst kan dan zelfs toenemen. Hier wordt nogmaals benadrukt dat een therapeutisch experiment in dergelijke gevallen vragen naar de bekende weg is en daarom klinisch nauwelijks relevant.



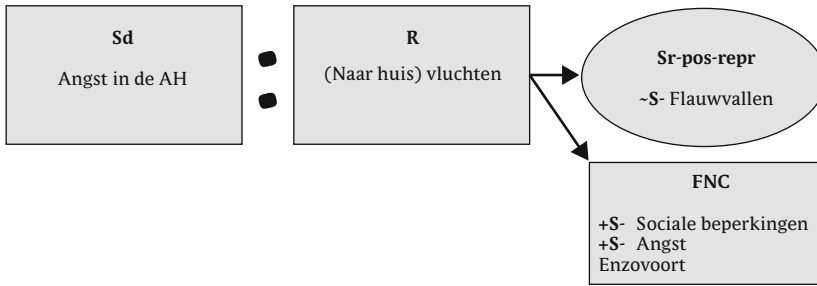
FIGUUR 1 Voorbeeld van een betrekkelijk irrelevante FA

Het herformuleren van de FA zodat er sprake is van een ‘irreële’ verwachting maakt de optie van een therapeutisch experiment alsnog beschikbaar (zie figuur 2):

Therapeut: ‘Los van het effect op je angst, wat vrees je dat er gebeurt als je niet zou wegvluchten, maar langer in de winkel blijft?’

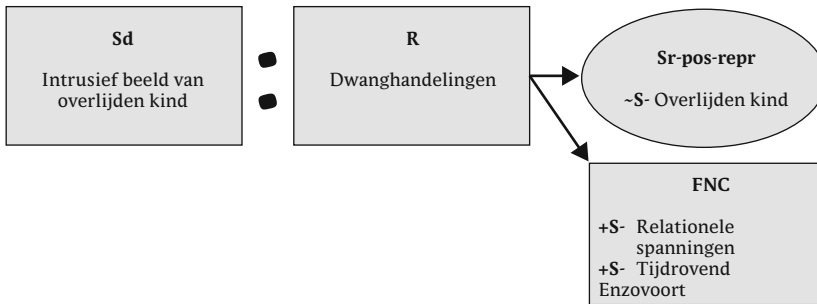
Patiënt: ‘Als ik niet op tijd wegga, dan ga ik vast en zeker flauwvallen.’

Uit het voorgaande voorbeeld volgt dat het in de FA centraal stellen van een Sr-pos in termen van -S- (met name afname van een negatieve emotionele toestand, zoals angst) in de regel wordt ontmoedigd, omdat het gaat om een reële relatie en derhalve weinig aanknopingspunten biedt voor een therapeutische interventie. Dit is echter niet zomaar het geval als de nadruk ligt op een ~S-.



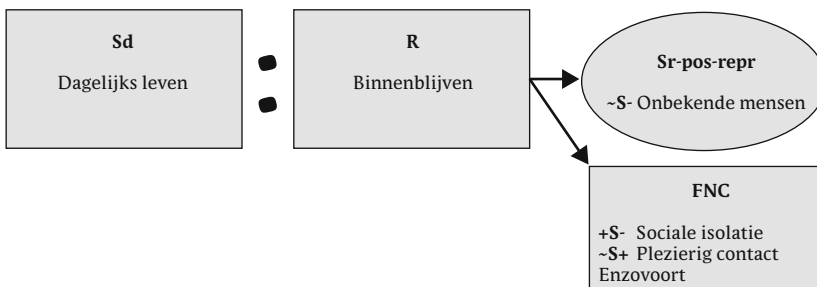
FIGUUR 2 Voorbeeld van een FA met een relevante Sr-pos

Het hangt dan af van de aard van de S- of er sprake is van een reële of een irreële relatie met de R. Zo kan de Sr-pos in figuur 3 een US/UR-representatie zijn en de relatie met de R *irreël*.



FIGUUR 3 Voorbeeld van een FA met een irreële samenhang tussen R en Sr-pos

De geëigende interventie is dan (exposure met) responspreventie (ERP), waardoor de patiënt ervaart dat er geen relatie bestaat tussen het gedrag en het optreden van de gevreesde ramp. Indien de Sr-pos daarentegen een CS is (zoals in figuur 4), dan is er in de regel sprake van een *reële* associatie met de R.



FIGUUR 4 Voorbeeld van een FA met een reële samenhang tussen R en Sr-pos

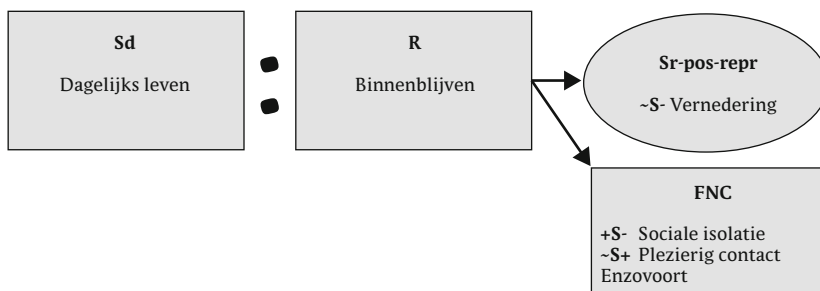
Op basis van deze FA is responspreventie (in de zin van het vertonen van ander gedrag) geen zinvolle therapeutische optie, aangezien naar buiten gaan daadwerkelijk zal leiden tot contact met onbekende mensen. Wanneer het de patiënt ontgaat dat de FNC ten gevolge van het gedrag groot zijn, of de ernst ervan ontkend of gebagatelliseerd wordt, dan is een voor de hand liggend therapeutisch aangrijpingspunt het versterken van de 'betrokkenheid' op de feitelijk negatieve consequenties van het gedrag door die consequenties te benadrukken en te 'escaleren'. Naast het benadrukken van de toename van ellende (sociale isolatie; +S-) en verlies van positieve zaken (baan; -S+) wordt daarbij uitdrukkelijk ook aandacht besteed aan hetgeen gehoopt of gewenst wordt maar uitblijft door het probleemgedrag (relatie, promotie; ~S+). Vermoedelijk is deze strategie op zichzelf relatief ineffectief: stabiele gedragsverandering komt immers zelden tot stand door alleen inzicht en betrokkenheid op negatieve consequenties (met name op langere termijn), maar vooral door de ervaring dat verwachte ellende (~S-) uitblijft ondanks de doorgevoerde gedragsverandering.

De vraag die vervolgens beantwoord moet worden, is waardoor een verwachte confrontatie met 'onbekende mensen' de patiënt ervan weerhoudt om naar buiten te gaan. Confrontatie met 'onbekende mensen' is over het algemeen immers zelden een reden voor mensen om binnen te blijven. Conceptueel gezien zijn 'onbekende mensen' voor de betreffende persoon kennelijk een CS, wat vraagt om nadere analyse van de betekenis van 'onbekende mensen' in een of meerdere BA's. Tegelijkertijd kan natuurlijk worden gezegd dat wat daadwerkelijk wordt vermeden niet de CS is, maar de daarmee geassocieerde US/UR 'vernederings' en dat op grond daarvan de protocollaire therapeutische experimenten kunnen worden opgestart. Hier wordt niettemin beweerd dat de therapeut zichzelf daarmee een kans ontnemt om een meer informatieve casusconceptualisatie op te stellen, die zo specifiek mogelijk richting kan geven aan aanpassingen in de standaardbehandelingen, teneinde zo nodig op verschillende borden te kunnen schaken. In dat kader wordt het onderscheid tussen 'proximale' Sr-pos en 'distale' Sr-pos geïntroduceerd. In de volgende paragraaf worden deze termen toegelicht en wordt de relevantie ervan voor de praktijk beargumenteerd.

PROXIMALE EN DISTALE SR-POS

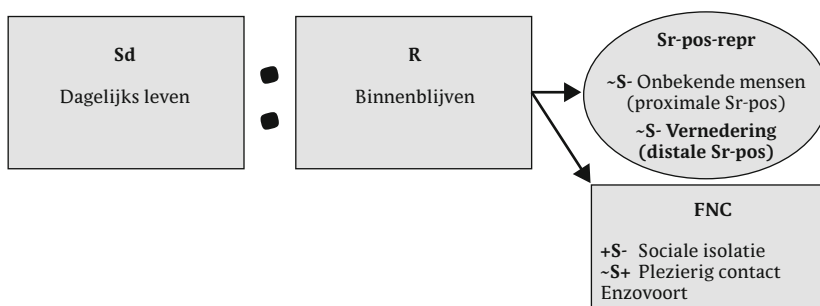
.....

In FA's met betrekking tot vermijdingsgedrag (R) wordt in veel gevallen als Sr-pos de gevreesde US/UR als ~S- opgenomen. In het eerder gebruikte voorbeeld (zie figuur 5) zou het dan gaan om de US/UR-representatie 'vernederings'. Dat leidt op zichzelf tot een zinvolle FA, op basis waarvan zou kunnen worden overgegaan tot het laten uitvoeren van therapeutische experimenten om de verwachtingsrelatie te onderzoeken (zie figuur 5).



FIGUUR 5 Voorbeeld van een (standaard) FA met een US/UR als Sr-pos

De vraag is echter of wat er vermeden wordt feitelijk wel de US/UR is. Strikt genomen is vermijding gericht op het voorkomen van confrontatie met de CS (die de US/UR voorspelt): 'While avoidance behaviour involves avoidance of confrontation with a fearful stimulus (CS), safety behaviour (SB) may be displayed when the CS is present, and is aimed at neutralizing or reducing its threatening aspects' (van den Hout et al., 2013). In ons voorbeeld is de als ~S- in de FA op te nemen CS 'contact met onbekende mensen', die in een BA nader kan worden onderzocht wat betreft geassocieerde *threatening aspects*; hier is dat de gevreesde 'vernedering'. De vermeden CS kan daarbij worden gezien als een proximale Sr-pos en de indirect vermeden US/UR (vernedering) als een distale Sr-pos (zie figuur 6).

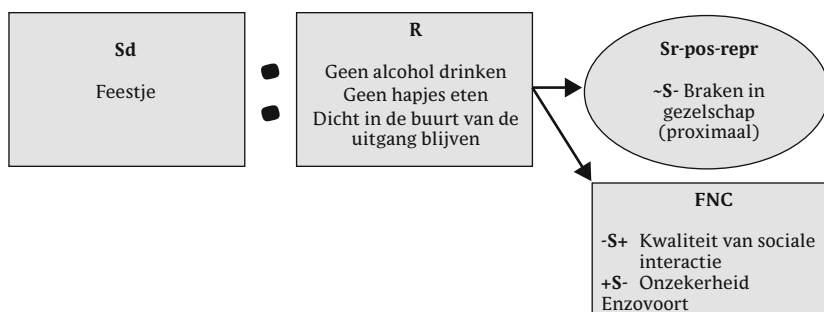


FIGUUR 6 Voorbeeld van een FA met een proximale Sr-pos (CS) en een distale Sr-pos (US/UR)

Deze differentiatie tussen proximale en distale Sr-pos heeft een aantal klinische voordelen. Mogelijk is de gevreesde vernedering inderdaad de belangrijkste of enige reden dat contact met 'onbekende mensen' moet worden vermeden (R). Maar alvorens deze conclusie te trekken, is het niettemin aan te bevelen eerst nader onderzoek te doen naar eventuele andere threatening aspects. Zo is het mogelijk dat 'contact met onbekende mensen' een of meerdere representatie(s) van vernederingen op de middelbare school in het geheugen activeert of dat contact met onbekende mensen een US/UR-kernthe-

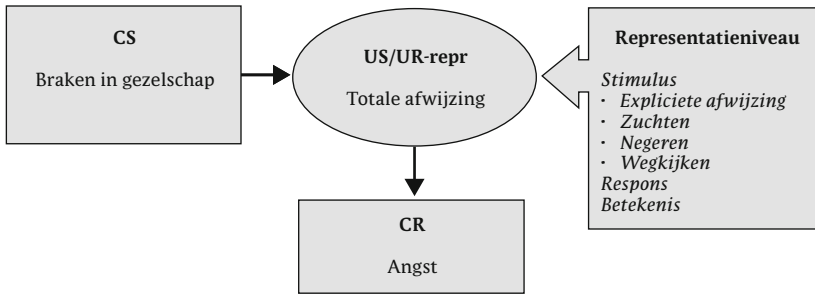
ma rond zelfbeeld oproept (Allart et al., 2021). Afhankelijk van de vermoede validiteit en relevantie van deze BA('s) kan de behandeling optimaal worden verbreed en verdiept. Nadat op basis van de opgestelde BA de betekenis van proximale Sr-pos (CS) therapeutisch is bewerkt – bijvoorbeeld door directe US-herevaluatie (Korrelboom & ten Broeke, 2014; ten Broeke et al., 2021) of COMET (Korrelboom, 2023) – wordt gedragsverandering (de R in de FA) een meer haalbaar doel. Als direct de distale Sr-pos ‘vernederig’ in de FA als enige ~S- was opgenomen, zouden deze opties mogelijk zijn gemist, wat zou kunnen leiden tot een beperkter begrip van de complexiteit van het gedrag en de mogelijk wezenlijke interventies. Hierdoor kan de effectiviteit van de behandeling verminderen en kunnen belangrijke factoren over het hoofd worden gezien die van invloed zijn op het individu en zijn of haar gedrag.

Proximale Sr-pos-en zijn overigens niet vanzelfsprekend CS-en. Als het gaat om veiligheidsgedrag (R), is de ~S- per definitie een US/UR (ten Broeke & Rijkeboer, 2017; ten Broeke et al., 2024; van den Hout et al., 2013). Het hangt dan af van de aard van de US/UR-representatie of er verder moet worden gezocht naar een distale Sr-pos. Zo kan dwanggedrag (R) gericht zijn op het afwenden van het overlijden van de kinderen (~S-), waarbij er vanzelfsprekend geen aanleiding is nader onderzoek te doen naar de betekenis van deze ‘proximale’ US/UR. Anders ligt dat bij een FA met betrekking tot gedrag dat gericht is op het voorkomen van een eveneens intrinsiek aversieve maar niettemin objectief niet rampzalige gebeurtenis, zoals braken in gezelschap (proximale Sr-pos: ~S-) (zie figuur 7).



FIGUUR 7 Voorbeeld van een FA met een proximale Sr-pos

Braken (in gezelschap) is weliswaar intrinsiek aversief (en daarom een US/UR), maar kan door de patiënt zodanig worden gecatastrofeerd dat een aanvullende BA moet worden opgesteld met ‘braken in gezelschap’ als CS (zie figuur 8). Van daaruit kan worden overwogen of nader onderzoek met behulp van een of enkele BA's de moeite waard is (zie figuur 8).



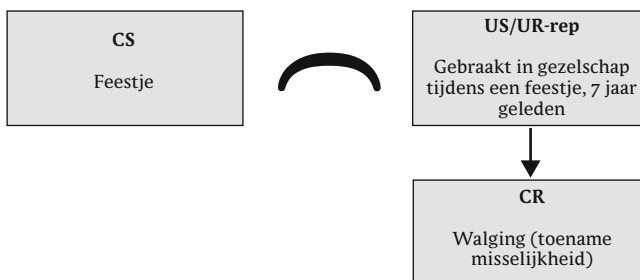
FIGUUR 8 *Sequentiële BA met een US/UR uitgewerkt als CS*

Als totale afwijzing de gevreesde US/UR is, dan is er sprake van een distale Sr-pos² (zie figuur 9).



FIGUUR 9 *Voorbeeld van een FA met een nader te onderzoeken proximale Sr-pos*

Daarnaast kan er sprake zijn van een referentieel met de CS geassocieerde US/UR-representatie (zie figuur 10).



FIGUUR 10 *Referentiële BA met betrekking tot een mentale representatie van een kern-gebeurtenis*

- 2 Als er wordt gezocht naar te desensitiseren *flashforwards* (Logie & de Jongh, 2014; ten Broeke et al., 2022), gaat het in alle gevallen om US/UR-representaties, die soms pas aan het licht komen door vanuit de CS/proximale ~S- te vragen naar de meest gevreesde rampen.

Als deze BA hout snijdt, is een op US-herevaluatie gerichte interventie aangewezen, bijvoorbeeld imaginaire rescripting of EMDR-therapie.

PROXIMALE SR-POS, DISTALE SR-POS EN DE LINES OF DEFENSE

.....

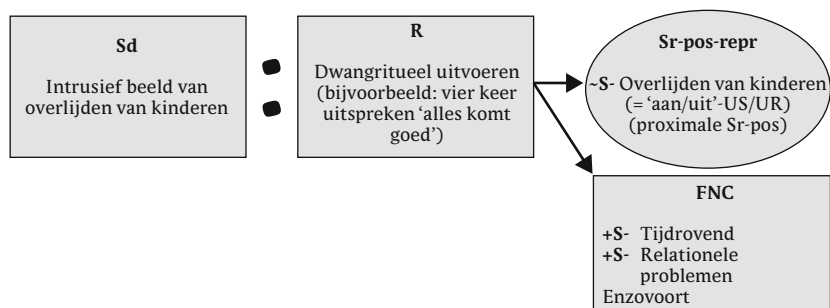
De Lines of Defense (LoD; ten Broeke & Rijkeboer, 2017) zijn bedoeld om de negatieve rol van vermijding en veiligheidsgedrag (een R binnen de FA) bij het optreden van corrigerende leerervaringen te betrekken in de casusconceptualisatie. Vermijding (van CS-en) wordt de *1st Line of Defense* (1st LoD) genoemd, de eerste ‘verdedigingslinie’ tegen het ‘gevaar van de CS’. Hieronder valt zowel passieve vermijding (nalaten van gedrag om confrontatie met de CS te voorkomen) als actieve vermijding (wegvluchten bij de CS). De 1st LoD (vermijding) is derhalve altijd gericht op de proximale Sr-pos (CS; ~S-). Veiligheidsgedrag daarentegen betreft iets doen of nalaten met de bedoeling het optreden van de US/UR af te wenden als de CS niet kon worden vermeden. Dit betreft per definitie onnodig gedrag, omdat er geen sprake is van daadwerkelijk gevaar (Telch & Lancaster, 2012). De patiënt maakt dan gebruik van wat in de hier gevolgde systematiek de *2nd Line of Defense* (2nd LoD) wordt genoemd. Gedrag in het kader van de 2nd LoD is per definitie gericht op het afwenden van de distale Sr-pos (~S-). Het onderscheiden van proximale en distale Sr-pos sluit dan ook goed aan bij de systematiek van de LoD, maar biedt ook een nadere verdieping, en wel door vanuit de (proximale) Sr-pos niet alleen de distale – dus sequentieel geassocieerde – Sr-pos in de taxatie te betrekken, maar ook de eventuele referentiële associaties met US/UR-representaties (kerngebeurtenissen en/of kernthema’s). Afhankelijk van de desbetreffende informatie kan het behandelplan worden genuanceerd. Als het gaat om een *irreële* sequentiële samenhang tussen R en (proximale of distale) Sr-pos, kan een therapeutisch experiment worden opgezet gericht op verwachtingsdisconfirmatie (Craske et al., 2014) of het verzwakken van de *flashforward* (Logie & De Jongh, 2014; ten Broeke et al., 2022). Als in een BA weer te geven referentiële associaties een rol van betekenis spelen bij de taxatie van de betekenis van de Sr-pos, kan worden gebruikgemaakt van US-herevaluatietechnieken (Korrelboom & ten Broeke, 2014; ten Broeke et al., 2022) of COMET (Korrelboom, 2023), waarna de uiteindelijk noodzakelijke gedragsverandering (eenvoudiger) kan worden bewerkstelligd.

DE SR-POS EN LANGS REPRESENTATIE-NIVEAUS

.....

Zodra in een FA een irreële samenhang tussen R en Sr-pos is weergegeven, wordt gezocht naar therapeutische experimenten waarmee de patiënt aan den lijve kan ervaren dat wat wordt gevreesd niet optreedt. In algemene zin gaat het daarbij om responspreventie van de R door ofwel het weglaten van

het gedrag (stoppen met dwangrituelen), ofwel het vertonen van ander gedrag (assertief gedrag). Essentieel daarbij is dat het al dan niet optreden van de gevreesde uitkomst (S-) onmiskenbaar kan worden vastgesteld. Daarbij kan worden gedifferentieerd tussen representaties van zogenoemde aan/uit- en multi-interpretabele gebeurtenissen (Sr-pos). Indien het gaat om een aan/uit-Sr-pos, zoals 'in elkaar geslagen worden', 'auto-ongeval', 'hartstilstand', 'over iemand heen braken' of 'overlijden', kan worden volstaan met het desbetreffende label om de Sr-pos te beschrijven (zie figuur 11).



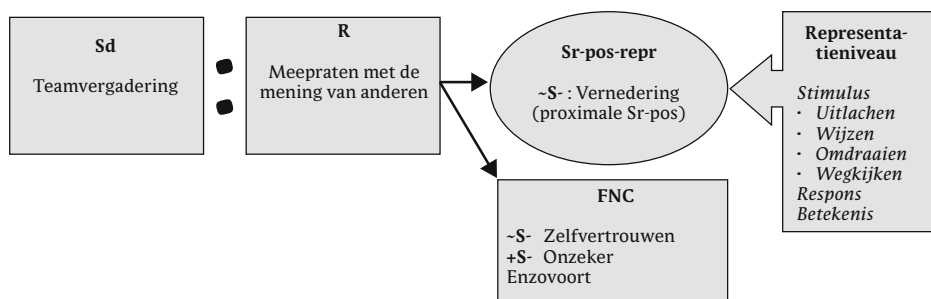
FIGUUR 11 FA met een aan/uit-Sr-pos

Bij multi-interpretabele Sr-pos daarentegen is dat niet voldoende, omdat niet vanzelfsprekend helder is wat de patiënt verstaat onder een conflict, afwijzing, vernedering, afgaan, een paniekaanval, gek worden of ruzie. Zelfs over schijnbaar evident vast te stellen gebeurtenissen, zoals flauwvallen, hartinfarct of verlating, kan soms verschil van interpretatie bestaan. Om post hoc 'discussies' met de patiënt te voorkomen, kan worden gebruikgemaakt van de door Lang (1979) beschreven representatieniveaus: stimulusaspecten (zien, horen, aanraken, ruiken, proeven), responsaspecten (gedragstendenties, uitroepen, motoriek, enzovoort) en betekenisaspecten (verbale labels met betrekking tot de representatie van de gebeurtenis). Waar het gaat om interventies gericht op verwachtingsdisconfirmatie, ligt de nadruk sterk, zo niet exclusief, op de stimulusaspecten van de representatie van de Sr-pos, zodat kan worden vastgesteld of de gevreesde ramp daadwerkelijk is opgetreden. Een informatieve vraag daarbij is: 'Stel dat wat je vreest en dus wilt afwenden door [vul hier de R in] onverhoopt toch gebeurt en ik zou erbij zijn, wat zou ik dan zien ... en horen?' Het antwoord op deze vraag betreft de stimulusaspecten en kan bij de Sr-pos bij wijze van toelichting worden weergegeven (zie figuur 12).

COPING MET HET DAADWERKELIJK OPTREDEN VAN DE SR-POS

.....

Indien het probleemgedrag wordt bekrachtigd door een niet waarschijnlijke maar ook niet denkbeeldige Sr-pos, moeten de copingvaardigheden van de



FIGUUR 12 FA met een multi-interpretabele Sr-pos

patiënt worden ingeschat en zo nodig worden verbeterd. Een voorbeeld is het optreden van een conflict. Als de vermijdende patiënt meer voor zijn mening gaat opkomen, is een conflict weliswaar niet waarschijnlijk, maar niettemin neemt de kans daarop toe. De patiënt zal in staat moeten zijn gedragsmatig met een eventueel conflict om te gaan, los van de betekenis die 'conflict' als CS in een BA kan blijken te hebben.

KLINISCHE RELEVANTIE VAN DEZE DIFFERENTIATIES EN NUANCES ROND DE SR-POS

.....

Als het behandeldoel van de patiënt betrekking heeft op ofwel 'gedragsverandering' (perfectionisme, subassertiviteit, stoppen met gokken) ofwel 'non-specifieke klachten' (lichamelijke klachten, somberheid, uitputting, persisterende conflicten), wordt in principe gestart met het opstellen van een FA. De doelstelling is dan de patiënt te helpen om te komen tot gedragsverandering. Een belangrijk aspect van die transitie betreft het identificeren en therapeutisch beïnvloeden van de factoren die daarbij in de weg staan, waaronder de Sr-pos. De in dit artikel geschetste nuances en differentiaties dragen bij aan het formuleren van (de fasering van) passende interventies. Dit voorkomt dat (1) te snel wordt ingezet op directe gedragsverandering (met name als de Sr-pos een CS is), (2) de te testen verwachtingen worden gehinderd door onduidelijkheid rond de Sr-pos (Langs representatieniveaus), en (3) de coping met eventuele toch optredende Sr-pos tekortschiet.

BESCHOUWING

.....

FABA is niet zozeer goed of fout, maar meer of minder zinvol voor het formuleren van een doelgericht behandelplan en de optimale uitvoering van therapeutische interventies. Dat neemt overigens niet weg dat soms 'onmogelijke'

analyses worden geformuleerd, die niet zullen leiden naar goede therapie. Voorbeelden zijn het als R in een FA opnemen van respondent gedrag, en het verwarren van sequentiële en referentiële associaties in een BA of deze in eenzelfde BA opnemen. Niet alleen moeten dergelijke *unforced errors* worden voorkomen, ook moeten de FABA zo worden geformuleerd dat het rendement de inspanning loont. De in dit artikel besproken *ins and outs* van de rol en weergave van de Sr-pos in de FA maken het mogelijk niet eenvoudiger om FA's op stellen, maar wij menen op grond van conceptuele overwegingen dat het de moeite loont, niet in minst omdat de effectiviteit van CGT in het algemeen (Springer et al., 2018) en exposure in het bijzonder minder indrukwekkend is dan gewenst (Craske, 2015). De uiteindelijke scheidsrechter is of het al dan niet bijdraagt aan het verhogen van het rendement van het opstellen van FA's en het mede daarop te baseren behandelplan. Dit is uiteindelijk een wetenschappelijke vraag, maar het feit dat decennia van psychologisch onderzoek vooralsnog niet hebben geleid tot een toename in effectiviteit van psychotherapie in het algemeen en CGT in het bijzonder stemt ons niet direct hoopvol. Wij houden onze adem dan ook niet in.

Erik ten Broeke is cognitief gedragstherapeut en is werkzaam te Deventer en Barcelona.

Steven Meijer is cognitief gedragstherapeut en werkzaam in een eigen praktijk en HSK Deventer.

Ytje van Pelt is cognitief gedragstherapeut en is werkzaam bij Psy-zo! Onderwijs en Instelling.

Correspondentieadres: Erik ten Broeke. E-mail: ebroeke@planet.nl

Summary *On the Sr-pos in the functional analysis*

In integrated cognitive behavioral therapy (*geïntegreerde cognitieve gedragstherapie*; GCGt), the functional analysis (*functieanalyse*; FA) is aimed at formulating hypotheses regarding the recurrence of problematic operant behavior (R). Thereby, the analysis of reinforcement patterns plays an important role, which is reflected in the representations of the so-called Sr-pos. This article discusses the main aspects of the Sr-pos (reinforcer) and its relation to the R (operant behaviour). This includes the relevance of distinguishing CSs (neutral stimuli) and US/URs (intrinsic aversive stimuli) when determining the Sr-pos. The difference between 'on/off' and 'multi-interpretable' Sr-pos is discussed and linked to practice, and two new concepts are introduced: the proximal and distal Sr-pos. Finally, using the Lines of Defense, how FA in general and certain aspects of FA are related to the formulation of meaning analysis (*betekenisanalyse*; BA) is discussed. The main focus of the article is the clinical relevance of the nuances described.

Keywords *functional analysis, Sr-pos, proximal Sr, distal Sr-pos, Lines of Defense*

Referenties

- Allart, E., Voncken, M., & Meijer, S. (2021). GCGT en sociale-angststoornis (sociale fobie). In E. ten Broeke, K. Korrelboom, M. Verbraak, & S. Meijer (red.), *Praktijkboek geïntegreerde cognitieve gedragstherapie: Protocollaire behandelingen op maat* (pp. 123-174). Coutinho.
- Craske, M. G. (2010). *Cognitive behavioral therapy*. APA.
- Craske, M. G. (2015). Optimizing exposure therapy for anxiety disorders: An inhibitory learning and inhibitory regulation approach. *Verhaltenstherapie*, 25, 134-143. <https://doi.org/10.1159/000381574>
- Craske, M. G., Treanor, M., Conway, C. C., Zbozinek, T., & Vervliet, B. (2014). Maximizing exposure therapy: An inhibitory learning approach. *Behavior Research and Therapy*, 58, 10-23. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.04.006>
- Korrelboom, K. (2023). *COMET voor negatief zelfbeeld: Handleiding voor therapeuten*. Bohn Stafleu van Loghum.
- Korrelboom, K., & ten Broeke, E. (2014). *Geïntegreerde cognitieve gedragstherapie: Handboek voor theorie en praktijk*. Coutinho.
- Korrelboom, K., ten Broeke, E., & van Dijk (in voorbereiding). *Geïntegreerde cognitieve gedragstherapie: Handboek voor theorie en praktijk* (2de druk). Coutinho.
- Lang, P. J. (1979). A bio-informational theory of emotional imagery. *Psychophysiology*, 16, 495-512. <https://doi.org/10.1111/j.1469-8986.1979.tb01511.x>
- Logie, R. D. J., & de Jongh, A. (2014). The 'flashforward procedure': Confronting the catastrophe. *Journal of EMDR Practice and Research*, 8, 1. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.8.1.25>
- Springer, K. S., Levy, H. C., & Tolin, D. F. (2018). Remission in CBT for adult anxiety disorders: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 61, 1-8.
- Telch, M. J., & Lancaster, C. L. (2012). Is there room for safety behaviors in exposure therapy for anxiety disorders? In P. Neudeck & H.-U. Wittchen (Eds.), *Exposure therapy: Rethinking the model — refining the method* (pp. 313-334). Springer Science + Business Media. https://doi.org/10.1007/978-1-4614-3342-2_18.
- ten Broeke, E., Korrelboom, K., Verbraak, M., & Meijer, S. (red.). (2021). *Praktijkboek geïntegreerde cognitieve gedragstherapie: Protocollaire behandelingen op maat*. Coutinho.
- ten Broeke, E., & Rijkeboer, M. (2017). Over het hanteren van vermijding en veiligheidsgedrag bij de behandeling van angststoornissen: Overwegingen en praktische handvatten. *Gedrags therapie*, 50, 2-20.
- ten Broeke, E., van der Heiden, C., Meijer, S., Driessen, A., & Korrelboom, K. (2022). *Cognitieve gedragstherapie: de basisvaardigheden*. Boom.
- ten Broeke, E., Weijermans, J., & Vet, L. (2024). Over het optimaliseren van therapeutische experimenten: Beyond the Lines of Defense. *Gedrags therapie*, 57, 273-293.
- van den Hout, M., Reininghaus, J. K., van der Stap, D., & Engelhard, I. M. (2013). Why safety behaviour may not be that bad in the treatment of anxiety disorders: The commitment to future exposures. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale – Monograph Supplement*, 111-126.

Het beloop van psychische klachten en herstel tijdens deelname aan gestructureerd lotgenotencontact voor slachtoffers van huiselijk geweld

MARIEKE TOLLENAAR, ELINE IJZERMAN, CHRISTEL DINGERDIS
 & HAMEEDA LAKHO

Samenvatting

In dit onderzoek werd de samenhang van gestructureerd lotgenotencontact, begeleid door professionele ervaringsdeskundigen, met psychisch herstel bij slachtoffers van huiselijk geweld en/of kindermishandeling onderzocht. Hiertoe werden bij 37 vrouwen die deelnamen aan een lotgenotencursus voor slachtoffers van huiselijk geweld aan de start en het einde van de cursus vragenlijsten afgenomen om psychische klachten (angst, depressie en posttraumatische stress) en mechanismen die een mogelijke rol spelen bij herstel (positieve factoren: hoop, veerkracht en zelfredzaamheid; negatieve factoren: eenzaamheid en experiëntiële vermijding) te onderzoeken. De herstelmechanismen hingen vóór en na de cursus in de verwachte richtingen samen met de psychische klachten. Verder bleek dat alle psychische klachten significant afnamen over de tijd, en dat hoop en psychologische veerkracht significant toenamen over de tijd. Uit deze studie komen eerste, voorzichtige aanwijzingen naar voren dat gestructureerd lotgenotencontact een positieve impact kan hebben op psychisch herstel. Er was geen controlegroep aanwezig in de huidige studie, dus vervolgonderzoek met een controlegroep zal verder moeten uitwijzen in welke mate de positieve veranderingen in psychisch herstel zijn toe te wijzen aan het volgen van de lotgenotencursus.

Trefwoorden: huiselijk geweld, kindermishandeling, lotgenotencontact, ervaringsdeskundigheid, psychische problematiek, veerkracht

Kernboodschappen voor de klinische praktijk

- Gedurende het volgen van een lotgenotencursus voor slachtoffers van huiselijk geweld en/of kindermishandeling was er een afname te zien in psychische klachten, waaronder lagere niveaus van posttraumatische-stress-, angst- en depressieklachten, met tegelijkertijd een toename in hoop en psychische veerkracht.
- Verder onderzoek met een controlegroep zal moeten uitwijzen in hoeverre de verbeteringen in mentale gezondheid gedurende de lotgenotencursus toe te wijzen zijn aan de cursus.
- Het versterken van hoop en veerkracht lijkt een belangrijk mechanisme van lotgenotencontact om psychisch herstel van huiselijk geweld te bevorderen, mogelijk ook als additionele hulp naast psychotherapeutische behandeling.

INLEIDING

.....

Huiselijk geweld is wereldwijd een groot probleem, met zowel korte- als langetermijneffecten. In Nederland zijn er jaarlijks meer dan een miljoen slachtoffers van huiselijk geweld (Boom & Wittebrood, 2019; Centraal Bureau voor de Statistiek, 2020), onder wie een groot percentage vrouwen en jongeren (Alink et al., 2019; Nederlands Jeugdinstituut, 2023). Het gaat daarbij zowel om fysiek, psychisch en seksueel geweld als om structurele intimidatie. Slachtoffers van kindermishandeling maken op latere leeftijd ook vaker (interpersoonlijk) geweld mee (Li et al., 2019) en hebben een grotere kans om hun eigen kinderen te mishandelen, een verschijnsel dat bekendstaat als 'intergenerationele overdracht' (Assink et al., 2018).

Gevolgen van huiselijk geweld lopen uiteen van fysiek letsel tot psychische problematiek, waaronder een verhoogd risico op angst- en depressieklachten (Herzog & Schmahl, 2018; Shen & Kusunoki, 2019). Het meemaken van huiselijk geweld kan tevens een traumatische ervaring zijn en leiden tot posttraumatische-stressklachten of -stoornis (PTSS), gekenmerkt door onder andere angst, herbelevingen, nachtmerries en het vermijden van herinneringen aan de gebeurtenis (American Psychiatric Association, 2014). Het meemaken van huiselijk geweld, vooral in de kindertijd, wordt ook wel gezien als een transdiagnostische risicofactor, met een verhoogd risico op bijna alle psychische stoornissen (McLaughlin et al., 2020; Spencer et al., 2022). Daarnaast kunnen subklinisch verhoogde niveaus van angst en depressie aanwezig zijn, alsook problemen op het gebied van emotieregulatie, laag zelfvertrouwen en interpersoonlijke moeilijkheden (Young & Widom, 2014). Ook is er vaker sprake van sociale isolatie en eenzaamheid (Kunst et al., 2010). Hoewel niet ieder slachtoffer van huiselijk geweld psychische problemen ontwikkelt, en onderzoek naar veerkracht en de processen die daar een rol bij spelen van belang is, is het meemaken van huiselijk geweld een

risicofactor voor psychische problemen. Zowel het tegengaan van huiselijk geweld bij kinderen en volwassenen, als het tijdig aanpakken van de (psychische) gevolgen ervan zijn dus van groot belang.

Vanwege schaamte, angst of machtsverhoudingen en bedreigingen binnen het gezin blijft huiselijk geweld vaak lang verborgen (Heron & Eisma, 2021). De drempel om hulp te zoeken kan dan ook hoog zijn. In sommige gevallen is er jaren niet over het geweld gesproken, en kunnen angst voor onbegrip en ongeloof de drempel steeds verder verhogen. Laagdrempelige psychosociale hulp, waarbij slachtoffers de stap leren zetten om te spreken over hun verleden en dat te delen met anderen, kan een belangrijke stap zijn naar erkenning en herstel of in de zoektocht naar hulpverlening. Lotgenotencontact kan mogelijk in die behoefte voorzien (Hulplijn, 2023). Gezien de zeer hoge druk in de geestelijke gezondheidszorg (Nederlandse Zorgautoriteit, 2022) kan lotgenotencontact mogelijk ook een rol spelen als additionele vorm van psychosociale hulp voor slachtoffers van huiselijk geweld en kindermishandeling (GGZTotaal, 2021).

Over de *mate* waarin lotgenotencontact een rol kan spelen in het psychische herstel van slachtoffers van huiselijk geweld is echter nog weinig bekend. In het huidige onderzoek richten we ons dan ook op de mogelijke rol van lotgenotencontact in psychisch herstel bij slachtoffers van huiselijk geweld.

Lotgenotencontact

Lotgenotencontact wordt omschreven als het (al dan niet georganiseerd) onderling contact tussen mensen met een vergelijkbare ervaring, ziektebeeld of beperking, hun familieleden of partners (Distelbrink et al., 2008). Hoofddoel is uitwisseling van ervaringskennis en het bieden van emotionele steun. In tegenstelling tot professionele psychische hulp is er geen specifiek behandel- of hulpverlenersdoel (Helder, 2020). In lotgenotencontact is er sprake van onderling begrip door herkenning en erkenning. Door validatie en gezamenlijke reflectie kunnen nieuwe kennis en attitudes worden opgedaan die helpen omgaan met de ziekte of situatie en het beter accepteren ervan, en die kunnen leiden tot beter zelfmanagement (Smit et al., 2023; van de Ven et al., 2023). Distelbrink en collega's (2008) suggereren dat lotgenotencontact op die wijze kan bijdragen aan een beter zelfgevoel, ondersteuning en zelfredzaamheid, en daarmee ook een preventieve werking kan hebben op de (geestelijke) gezondheidszorg.

Waar lotgenotencontact zich in het verleden vooral op fysieke aandoeningen en ziekten richtte, wordt lotgenotencontact in Nederland ook steeds vaker aangeboden voor psychische problematiek (Stichting MIND, 2023). Ook is er steeds meer aandacht voor lotgenotencontact voor slachtoffers van huiselijk geweld (ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2023) en voor mensen met mishandelervaringen uit de kindertijd (Academie voor

Herstel en Ervaringsdeskundigheid, 2023; Hulplijn, 2023). Lotgenotencontact kan online plaatsvinden, maar wordt ook fysiek mogelijk gemaakt bij onder andere Blijf Groep (Oranje Huizen), Moviera, Academie voor Herstel en Ervaringsdeskundigheid, en Stichting Voor Ons.

Meta-analytisch onderzoek op het gebied van lotgenotencontact voor kankerpatiënten laat zien dat er over het algemeen positieve uitkomsten worden gevonden op het gebied van emotionele gezondheid (Campbell et al., 2004; Hoey et al., 2008). Echter, deze effecten waren niet altijd even sterk; verder laten een aantal meta-analyses naar lotgenotencontact specifiek voor psychische problematiek ook gemengde bevindingen zien op psychosociale uitkomsten als zelfredzaamheid en hoop; ten slotte is de impact op psychische klachten en kwaliteit van leven nog onduidelijk (Lloyd-Evans et al., 2014; Lyons et al., 2021; Smit et al., 2023). Daarbij concluderen al deze studies echter ook dat er nog weinig methodologisch sterke studies zijn op dit gebied. Zo zijn studies naar lotgenotencontact vaak gebaseerd op zelfrapportage na afloop van het contact, is er geen voormeting of follow-up, zijn de interventies vaak niet gestructureerd en vergelijkbaar, zijn de groepen klein en is er geen controlegroep.

In Nederland zijn recent een aantal kwalitatieve onderzoeken naar lotgenotencontact binnen de ggz uitgevoerd (GGZTotaal, 2021), ook specifiek bij slachtoffers van traumatische ervaringen (van de Ven, 2022). GGZTotaal beschrijft daarbij een toename in kwaliteit van leven, minder verzuim en een korter zorgproces voor alle typen lotgenotencontact. Zij pleiten dan ook voor meer aandacht voor lotgenotencontact. Binnen Nederland is er echter nog weinig empirisch onderzoek gedaan en is er vrijwel niets bekend over de impact van lotgenotencontact na huiselijk geweld.

Studies naar de impact van lotgenotencontact zijn vaak lastig uit te voeren, omdat lotgenotencontact op allerlei manieren kan plaatsvinden (bijvoorbeeld live of online, eenmalig of meermaals, een-op-een of in groepsverband), het vaak op eigen initiatief start en op verschillende momenten in verschillende samenstellingen plaatsvindt. Een beginmeting (voorafgaand aan de start van het contact) is daardoor vaak moeilijk te bewerkstelligen en individuele trajecten vergelijken is lastig. Om een goede effectiviteitsstudie te kunnen doen is een gestructureerd aanbod van belang, teneinde individuele verschillen in aanbod zo klein mogelijk te houden. In de huidige studie onderzoeken we hiertoe het beloop van psychische klachten en van mechanismen van herstel in het kader van gestructureerd lotgenotencontact voor slachtoffers van huiselijk geweld dat wordt begeleid door ervaringsdeskundigen.

Voor het begeleiden van lotgenotencontact worden vaak ervaringsdeskundigen ingezet. Ervaringsdeskundigen hebben de ziekte of gebeurtenis zelf ervaren. Daarnaast hebben zij hun ervaringen doorleefd en daarin een mate van herstel ervaren, en hebben zij kennis van ervaringen van anderen (collectieve kennis), aangevuld met kennis over de aandoening en/of

gebeurtenis (Helder, 2020). Rondom ervaringsdeskundigheid zijn kwaliteitsstandaarden voor de ggz ontwikkeld (GGZ Standaarden, 2022), een beroepscompetentieprofiel door het Trimbos-instituut (van Bakel et al., 2013) en een handreiking voor de inzet van ervaringsdeskundigheid door het Verwey-Jonker Instituut (Bulsink & de Wildt, 2023). De kerntaken omvatten het bieden van veiligheid en vertrouwen, en het ondersteunen van herstelprocessen, zorgprocessen, destigmatisering en inclusie. Het lijkt daarbij van belang dat ervaringsdeskundigen een bepaalde mate van training ontvangen (Delisle et al., 2016). Ook binnen de zorg voor slachtoffers van huiselijk geweld worden steeds vaker ervaringsdeskundigen ingezet, waarvoor de handreiking *Samen deskundig* is samengesteld (Movisie, 2021b). Een recent onderzoek laat zien dat de inzet van ervaringsdeskundigheid binnen het bredere zorgdomein kan zorgen voor een lager gebruik van reguliere zorg en meer zelfredzaamheid (Movisie, 2021a). Ervaringsdeskundigheid binnen de ggz wordt ook ondersteund door de Nederlandse overheid (ministerie van VWS, 2018; ZonMw, 2023).

De huidige studie onderzoekt een gestructureerde cursus lotgenotencontact onder de namen Doorbreek het Zwijgen en Herstelgroep, die is ontwikkeld door een professionele ervaringsdeskundige (Hameeda Lakho), specifiek voor slachtoffers van huiselijk geweld en kindermishandeling. Het doel van de huidige studie is om de mogelijke impact van lotgenotencontact in meer kwantitatieve vorm te evalueren via het gebruik van vragenlijsten aan de start en het eind van de lotgenotencursus. Daarbij wordt gekeken naar het beloop van psychische klachten tijdens de cursus (PTSS-, depressie- en angstklachten) en naar mogelijke achterliggende herstelmechanismen die daarin een rol zouden kunnen spelen.

Mechanismen van herstel

Distelbrink en collega's (2008) beschrijven de mogelijk werkzame mechanismen van lotgenotencontact, maar geven aan dat hier nog relatief weinig onderzoek naar is gedaan. Zij benoemen sociale vergelijking als mogelijk werkzaam bestanddeel, waardoor ervaringen genormaliseerd kunnen worden. Daarnaast kan stress worden verlaagd door sociale steun. Ook kan het adviseren aan en kennis delen met anderen een goed zelfgevoel geven. Ten slotte beschrijven zij dat inzicht, emotionele bevestiging en opkomen voor elkaar een belangrijke bijdrage kunnen leveren aan het versterken van hoop en veerkracht. Binnen de huidige studie zullen een aantal mogelijke mechanismen van herstel worden onderzocht waar het lotgenotencontact aan bij zou kunnen dragen, zoals hoop, psychologische veerkracht en zelfredzaamheid. Ook zullen twee mechanismen worden onderzocht die juist samenhangen met psychische klachten, namelijk eenzaamheid en experiëntiële vermijding, en in welke mate deze mogelijk afnemen tijdens het lotgenotencontact.

Hoop wordt gezien als een belangrijk onderdeel van de werkzaamheid van lotgenotencontact (Sullivan, 2018). Hoop is tevens van belang voor het herstel van traumatische ervaringen (Gilman et al., 2012). Door te horen hoe anderen omgaan met hun ervaringen en hun herstel, te leren vooruitkijken en doelen te stellen, kunnen zelfvertrouwen en hoop op een positieve toekomst worden verhoogd. We verwachten dan ook dat lotgenotencontact samenhangt met een toename in hoop.

Hoop kan tegelijkertijd ook leiden tot een hogere mate van psychologische veerkracht, ook wel *resilience* genoemd, die samenhangt met minder psychologische klachten (Anderson & Bang, 2012). Veerkracht kan worden gezien als een persoonskenmerk dat iemand in staat stelt om stressvolle of potentieel traumatische ervaringen te doorstaan zonder daar psychisch onder te lijden. Recent komt echter steeds meer naar voren dat veerkracht een proces is dat ontwikkeld kan worden (Kalisch et al., 2017), hoewel er nog weinig bekend is over de rol van lotgenotencontact in de ontwikkeling van veerkracht.

Een ander doel van lotgenotencontact is het vergroten van zelfredzaamheid, oftewel *empowerment* (van Gestel-Timmermans et al., 2012). Het op durven komen voor jezelf, ook binnen de hulpverlening, kan leiden tot beter zelfmanagement (Pulvirenti et al., 2014). Lotgenotencontact zou via die weg ook de druk op de ggz kunnen verlagen. We zullen hier dan ook onderzoeken of zelfredzaamheid toeneemt gedurende het volgen van de lotgenotencursus.

Twee factoren die daarentegen sterk samenhangen met psychische klachten zijn eenzaamheid (Kunst et al., 2010; Wang et al., 2018) en experiëntiële vermijding (Kashdan et al., 2006). We willen dan ook onderzoeken of het tegengaan van eenzaamheid via contact met lotgenoten samenhangt met een gunstig verloop van psychisch herstel. Het delen van negatieve ervaringen met anderen en het mogen ervaren van emoties daarbij kan daarnaast leiden tot meer acceptatie en normalisatie van negatieve gevoelens en gedachten. Dit zou het vermijden van negatieve innerlijke ervaringen (dat wil zeggen: experiëntiële vermijding) tegen kunnen gaan. Experiëntiële vermijding is onderdeel zowel van PTSS-problematiek als van angst en depressie, en we verwachten dan ook een daling in experiëntiële vermijding bij afname van de psychische klachten.

Doel van de studie

Samengevat is het doel van deze studie het kwantitatief onderzoeken van het beloop van psychische klachten (angst-, depressie- en PTSS-klachten) en mechanismen van herstel (hoop, psychologische veerkracht, zelfredzaamheid, eenzaamheid en experiëntiële vermijding) tijdens een gestructureerde lotgenotencursus voor slachtoffers van huiselijk geweld en kindermishandeling. Om het beloop van deze factoren tijdens de cursus te onderzoeken

vulden de deelnemers aan de start en aan het eind van de cursus een reeks (online) vragenlijsten in. We verwachten dat de psychische klachten afnemen over de tijd en dat dit enerzijds samenhangt met een toename in hoop, veerkracht en zelfredzaamheid, en anderzijds met een afname in eenzaamheid en experiëntiële vermijding.

METHODE

De studie betreft een quasi-experimenteel onderzoek met een voor-nametingdesign. Het onderzoek is ontwikkeld en opgezet door onderzoekers van de Universiteit Leiden Marieke Tollenaar en Eline IJzerman, en uitgevoerd in samenwerking met de Blijf Groep onder leiding van Christel Dingerdis en cursusbegeleider Hameeda Lakho. Lakho en de Blijf Groep hadden geen rol in het verwerken en beschrijven van de data en de resultaten.

Deelnemers

Voor het onderzoek zijn alle deelnemers van negen lotgenotencursussen, georganiseerd door Hameeda Lakho in 2021 en 2022, geïnformeerd over de studie en gevraagd om deel te nemen (94 cursisten). In totaal hebben 37 cursisten (39%) toestemming gegeven om online ($n = 25$) of op papier ($n = 12$) deel te nemen aan het onderzoek en deze zijn gestart aan de voormeting. Op papier hebben twee deelnemers de vragenlijsten in het Engels ingevuld en de overige deelnemers grotendeels met behulp van een tolk. Van de 37 deelnemers aan de voormeting hebben er 27 (73%) ook deelgenomen aan de nameting, waarvan 19 online en 8 op papier.

Procedure

De cursussen vonden plaats in vier Oranje Huislocaties van Blijf Groep. Ook deelnemers aan een van de online cursussen voor slachtoffers van kindermishandeling en huiselijk geweld werden uitgenodigd. Aan de geïncludeerde cursussen namen alleen vrouwen deel. Deelnemers ontvingen tijdens de eerste of tweede bijeenkomst van de cursus (afhankelijk van praktische planning en contact met de groep) een informatiebrief over het onderzoek, met een toestemmingsformulier en de vraag om bij toestemming binnen een week de vragenlijst in te vullen. Zij kregen de keuze uit deelname op papier of online deelname. Bij deelname op papier vulden zij schriftelijk het toestemmingsformulier en de vragenlijsten in. Bij online deelname gaven zij toestemming om hun e-mailadres te delen met de onderzoeker in Leiden, die hen vervolgens benaderde met een online link naar een vragenlijst op het Qualtrics-platform. Daar gaven zij toestemming tot deelname. Tijdens de laatste twee sessies werd deelnemers gevraagd en eraan herinnerd om

aan de eindmeting deel te nemen. De online deelnemers ontvingen tevens twee herinnerings-e-mails als zij de nameting nog niet hadden ingevuld. De deelnemers op papier konden na afloop van de cursus niet meer bereikt worden voor herinneringen in verband met privacy. Aan het eind van het onderzoek ontvingen de deelnemers een korte debriefing en een vergoeding voor deelname van 10 euro. Deelname kostte gemiddeld 30-40 minuten per meting. De voormeting werd het vaakst ingevuld tussen de derde en de vierde sessie, en de nameting na de laatste (tiende) sessie. Het onderzoeksprotocol is goedgekeurd door de Commissie Ethiek van het Instituut Psychologie van de Universiteit Leiden.

Lotgenotencursus

De lotgenotencursus Doorbreek het Zwijgen of Herstelgroep bestaat uit 10 gestructureerde wekelijkse sessies van 2-2,5 uur. Per cursus is plaats voor 8 tot 12 personen. Elke sessie heeft een vaste structuur. Het doel van de cursus is 'het (h)erkennen van de gevolgen van huiselijk geweld en kindermishandeling en het bieden van handvatten, nieuwe inzichten en empowerment ter bevordering van de levenskwaliteit'. In de cursus worden theoretische onderdelen afgewisseld met keuzesessies door middel van het inbrengen van gezamenlijke thema's, zoals 'overlevingsstrategieën', 'omgaan met familie', 'angst voor herhaling' en 'onzekerheid'. Ook vindt er psycho-educatie plaats over de (langetermijn)gevolgen van kindermishandeling en huiselijk geweld, worden er oefeningen uitgevoerd en huiswerkopdrachten gemaakt. De cursus is door de jaren heen ontwikkeld door Hameeda Lakho op basis van eigen ervaringsdeskundigheid, in nauw contact met slachtoffers van huiselijk geweld. Er is een cursusmap aanwezig met het programma en informatie voor de deelnemers (cursusmap *Doorbreek het zwijgen*: Lakho, 2020).

Vragenlijsten

De vragenlijsten konden in het Nederlands of in het Engels worden ingevuld; zo nodig werden tolken ingeschakeld (onder meer Arabisch en Russisch), die ook aanwezig waren tijdens de cursus. De vragenlijsten over psychische klachten en mechanismen van herstel werden zowel bij de voor- als name-ting uitgevraagd. Trauma-ervaringen in het algemeen werden uitgevraagd tijdens de voormeting en ervaringen met kindermishandeling tijdens de nameting. Verder werden in de voormeting vragen gesteld over gender, leeftijd, etnische achtergrond, het aantal jaren genoten onderwijs en spreken van de Nederlandse taal. Ook werd het gebruik van professionele psychologische hulp tijdens de cursus uitgevraagd, alsmede het aantal sessies van de cursus die op het moment van invullen van de voor- en nameting al gevolgd waren. Tevens werd bij de beginmeting een open vraag gesteld naar persoonlijke doelen en bij de eindmeting naar ervaringen met de cursus.

Posttraumatische stress — De Posttraumatische-stressstoornis Checklist voor de DSM-5 (PCL-5; Boeschoten et al., 2018; Weathers, Litz et al., 2013) is een zelfrapportagevragenlijst met 20 items die symptomen van PTSS meet volgens de DSM-5 in de afgelopen maand. Antwoorden worden gegeven op een likertschaal van 0 ('helemaal niet') tot 4 ('extreem veel') en opgeteld tot een totaalscore. De totaalscore is een indicatie van de ernst van PTSS-klachten. Voor deze studie werd deelnemers gevraagd om tijdens het invullen van de PCL-5 de meest ingrijpende gebeurtenis die ze hebben meegemaakt in gedachten te houden. De Cronbachs alfa van de PCL-5 op de voormeting was 0,92 en op de nameting 0,94.

Angst en depressie — De Patient Health Questionnaire Anxiety and Depression Scale (PHQ-ADS; Kroenke et al., 2016) is een combinatie van de (PHQ-9) (Kroenke et al., 2001; Pfizer, z.d.) en de General Anxiety Disorder-7 (GAD-7) (Pfizer, z.d.; Spitzer et al., 2006). Deze vragenlijst werd gebruikt om angst- en depressieve klachten te meten. In deze vragenlijst worden de negen DSM-criteria van depressie en zeven symptomen van gegeneraliseerde angststoornis gedurende de afgelopen 2 weken uitgevraagd. De 16 items worden gescoord op een likertschaal van 0 ('helemaal geen last') tot 3 ('bijna elke dag') en opgeteld tot een totaalscore. De totaalscore is een indicatie van de ernst van angst- en depressieklachten. De Cronbachs alfa van de PHQ-ADS op de voormeting was 0,91 en op de nameting 0,93.

Hoop — De mate van hoop is gemeten met de vragenlijst State Hope Scale (SHS; Baneke, 2001; Snyder et al., 1996). Deze vragenlijst bestaat uit acht items op een likertschaal van 0 ('absoluut mee eens') tot 8 ('absoluut niet mee eens'). Binnen de lijst zijn er twee schalen van vier items genaamd *agency* en *pathway*. Voor de huidige studie zijn de twee schalen opgeteld tot een totaalscore voor hoop. De Cronbachs alfa van de SHS op de voormeting was 0,87 en op de nameting 0,92.

Eenzaamheid — Eenzaamheid is gemeten met de zes-itemvragenlijst van de Jong-Gierveld (Gierveld & van Tilburg, 2006). Met deze vragenlijst wordt zowel zowel emotionele als sociale eenzaamheid gemeten. De zes items zijn stellingen waarop geantwoord kan worden met 'ja!', 'ja', 'min of meer', 'nee', of 'nee!', welke antwoorden vervolgens omgescoord worden naar een score van 0 of 1. Dit gebeurt door de antwoorden 'ja!' en 'ja', respectievelijk de antwoorden 'nee!' en 'nee' gelijk te beoordelen. Het antwoord 'min of meer' wordt als ja of nee gescoord afhankelijk van de positieve of negatieve richting van de stelling. Op basis daarvan wordt een 0 of 1 toegewezen aan het antwoord. Deze zes scores worden opgeteld tot een totaalscore die de mate van eenzaamheid aangeeft. De Cronbachs alfa van de de Jong-Gierveld-lijst op de voormeting was 0,84 en op de nameting 0,87.

Experiëntiële vermijding — De Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II; Bond et al., 2011; Jacobs et al., 2008) is een vragenlijst die experiëntiële vermijding meet versus psychologische flexibiliteit. In deze studie maakten we gebruik van de versie met zeven items, gescoord op een likertschaal van 1 ('nooit waar') tot 7 ('altijd waar'), welke antwoorden opgeteld worden tot een totaalscore die de mate van experiëntiële vermijding aangeeft. De Cronbachs alfa van de AAQ-II op de voormeting was 0,90 en op de nameting 0,88.

Veerkracht — Psychologische veerkracht werd gemeten met de Resilience Evaluation Scale (RES; van der Meer et al., 2018). Deze vragenlijst bestaat uit negen items die gescoord worden op een likertschaal van 0 ('helemaal niet mee eens') tot 4 ('helemaal mee eens'). Een totaalscore wordt berekend door alle itemscores op te tellen, waarbij hogere scores een grotere mate van veerkracht aangeven. De Cronbachs alfa van de RES op de voormeting was 0,81 en op de nameting 0,87.

Zelfredzaamheid — Zelfredzaamheid werd gemeten met een aangepaste versie van de Empowermentvragenlijst, ontwikkeld door het Trimbos-instituut (Boevink et al., 2017) voor gebruik door cliënten in de geestelijke gezondheidszorg. De vragenlijst bestaat uit zes dimensies, waarvan de eerste vijf in dit onderzoek zijn meegenomen: professionele hulp, sociale steun, eigen wijsheid (waarvan een item over patiëntrol is weggelaten), erbij horen, en zelfmanagement. De zesde schaal, over betrokken leefgemeenschap, past niet bij de doelgroep van het lotgenotencontact. Daarnaast zijn de items die gaan over hulpverleners en hulpverlening aangepast aan de ervaringsdeskundigen die de groep en het lotgenotencontact begeleiden. Er is een score per dimensie berekend door de items op te tellen en vervolgens zijn de dimensies gemiddeld tot een totaalscore. Voor deze studie zijn 33 uitspraken meegenomen, die worden gescoord op een likertschaal van 1 ('sterk mee oneens') tot 5 ('sterk mee eens'). De Cronbachs alfa van de totaalscore van de Empowermentvragenlijst op de voormeting was 0,96 en op de nameting 0,98.

Trauma — Tijdens de voormeting is de Life Events Checklist voor de DSM-5 (LEC-5; Boeschoten et al., 2014; Weathers, Blake et al., 2013) uitgevraagd om het aantal en type (A1) trauma's dat de deelnemers tijdens hun leven hebben ervaren te bepalen. De LEC-5 vraagt naar 17 gebeurtenissen, waarbij kan worden aangegeven of de gebeurtenis is meegemaakt en op welke manier. Voor dit onderzoek werd deze lijst beschrijvend gebruikt.

Kindermishandeling — Tijdens de nameting is tevens de Jeugd Trauma Vragenlijst (JTV; Bernstein et al., 2003; Thombs et al., 2009) uitgevraagd om mishandeling en verwaarlozing in de kindertijd te meten. De JTV bevat 28 items, die gescoord worden op een likertschaal van 1 ('nooit waar') tot 5 ('zeer vaak waar'). In de items wordt gevraagd naar het meemaken van ervaringen

op het gebied van mishandeling en verwaarlozing gedurende de kinder- en tienerjaren. De JTV bevat vijf schalen: psychische mishandeling, fysieke mishandeling, psychische verwaarlozing, fysieke verwaarlozing en seksueel misbruik. Elke schaal bevat vijf items; daarnaast zijn er drie minimalisatie-items. Eén item in de Nederlandse versie is verwijderd vanwege problemen met de vertaling van het woord ‘molesteren’. Voor de huidige studie telden we de overgebleven 24 items van de 5 schalen op tot een totaalscore voor het meemaken van kindermishandeling. De Cronbachs alfa van de JTV was 0,95.

Analyse

Ten eerste werd beschrijvende statistiek op de volledige onderzoeksgroep uitgevoerd, waarna degenen die beide metingen hadden ingevuld werden vergeleken met hen die alleen de voormeting hadden ingevuld. De data werden vervolgens geanalyseerd op een *intent-to-treat*-basis, waarbij alle voor- en nametingen werden meegenomen middels een lineaire *mixed model* (multilevel) benadering, welke ook geschikt is voor relatief kleine steekproeven (Muhammad, 2023; Muth et al., 2016). Sessie (voor- en nameting) werd geïncordeerd in het model als een herhaalde factor op level 1, genest binnen de deelnemers (level 2). Omdat de deelnemers deel uitmaakten van een groep die elkaar kan beïnvloeden, werd gecontroleerd of cursusgroep een impact had op de uitkomsten en zo nodig als factor in het model geïncordeerd. De intercept van het model werd random ingesteld om variatie tussen personen toe te staan. Tijd werd onderzocht als *fixed factor* in het model om veranderingen over de tijd te toetsen. Eerst werd met twee modellen onderzocht of de PTSS-, en angst- en depressieklachten afnamen. Daarna werd nagegaan of de vijf mechanismen over de tijd veranderden, en wel door ze elk als afhankelijke variabele in een model te onderzoeken. Vervolgens werden de herstelmechanismen toegevoegd als level-1-predictoren (variërend over de tijd heen) aan de modellen voor PTSS-, en angst- en depressieklachten om te onderzoeken in hoeverre de mechanismen samenhangen met deze psychische klachten over de tijd heen. Om te controleren of de effecten van deze mechanismen over de tijd heen verschilden, werd ook de interactie van de mechanismen met tijd bekeken. Data werden geanalyseerd in SPSS versie 27 met een alfa van 0,05. Om te controleren voor het aantal toetsen en de kans op type-1-fouten te reduceren, werd een Bonferroni-correctie toegepast op de analyses van de twee uitkomstmaten (alfa 0,025) en bij de analyses voor de vijf mechanismen van herstel (alfa 0,01).

RESULTATEN

In tabel 1 is de demografische informatie beschreven van alle deelnemers die met het onderzoek zijn gestart (N = 37). De 10 personen die niet aan de na-

meting hebben deelgenomen (de drop-outs) verschilden niet van de rest van de groep (de completers; $n = 27$) wat betreft demografische variabelen (alle p 's $> 0,32$). Ook verschilden zij op de voormeting niet wat betreft psychische klachten en de meeste mechanismen (p 's $> 0,36$). De drop-outs ervaarden enkel minder hoop ($M_{\text{drop-outs}} = 32,3$, $SD = 11,5$, versus $M_{\text{completers}} = 42,3$, $SD = 11,0$, $F(1,33) = 4,91$, $p = 0,034$). De ontbrekende data blijken ook at random (Little's MCAR-test: Chi-Square (74) = 71,41, $p = 0,56$).

TABEL 1 *Demografische informatie van de gehele onderzoeksgroep (N = 37, tenzij anders aangegeven)*

	M	SD	Min - Max	Aantal (%)
Leeftijd	39,7	9,6	25-61	
Aantal jaar gevolgd onderwijs	13,2	5,5	0-24	
Land van herkomst				
<i>Nederland</i>				20 (54%)
<i>Elders uit Europa</i>				4 (11%)
<i>Niet-Europees</i>				13 (35%)
Aantal jaar Nederlandse taal (van <i>non-native speakers</i> , $n = 18$)	9,9	14,1	0-41	
Woont met eigen kinderen				22 (59%)
Eerdere professionele hulp				22 (59%)
Professionele hulp tijdens cursus ^a				10 (37%)
Aantal meegemaakte A1-events (ingevulde lijst, $n = 36$)	5,3	2,5	1-11	
Jeugdtrauma ^a (JTV, $n = 26$)	56,8	24,0	24-111	

Noot. A1-event = traumatische gebeurtenis volgens de DSM-5 (zelf meegemaakt en/of getuige geweest); M = gemiddelde; JTV = Jeugd Trauma Vragenlijst; SD = standaarddeviatie; ^a uitgevraagd tijdens de nameting.

Aan de start van het onderzoek werd gevraagd naar de reden voor deelname en de doelen van de deelnemers. Een aantal voorbeelden daarvan zijn te vinden in tabel 2. Er werd door 22 van de 37 deelnemers (59%) bij de voormeting aangegeven eerder hulp te hebben ontvangen voor psychische klachten. Na afloop gaven 10 van de 27 deelnemers (37%) aan tijdens de lotgenotencursus ook andere psychosociale hulp te hebben ontvangen, waaronder traumabehandeling, zoals EMDR, wat als covariaat in de analyses zal worden meegenomen. Verder gaven 20 deelnemers (74%) aan dat zij eerder gestarte thera-

pie zullen doorzetten of op zoek willen gaan naar verdere psychische hulp. Ten slotte gaven 24 deelnemers (89%) aan dat deze lotgenotencursus iets anders biedt dan reguliere professionele hulp. Daarbij werden als belangrijkste factoren genoemd 'voelen niet de enige te zijn', 'er wordt zonder oordeel geluisterd' en 'echt begrepen worden'. Het delen van eigen ervaringen was daardoor makkelijker. Daarnaast was er herkenning, hielp het horen van andere verhalen om te relativiseren en werd er steun ervaren.

TABEL 2 *Voorbeelden van redenen voor deelname aan de lotgenotencursus en persoonlijke doelen van de deelnemers aan het onderzoek*

Reden voor deelname

- ▶ Om te ervaren dat je niet de enige bent die dit heeft ervaren.
- ▶ Het een plekje kunnen geven samen en alleen.
- ▶ Elkaar helpen door ervaringen te delen.
- ▶ Contact opzoeken met mensen!
- ▶ Verwerking van gewelddadige relatie, leven weer op de rit krijgen.
- ▶ Dat je begrepen wordt als je je verhaal vertelt.
- ▶ Het helpt mij meer inzichten te krijgen in mezelf.
- ▶ Want ik wil meer zelfvertrouwen krijgen.

Persoonlijke doelen

- ▶ Ik wil zelfstandig zijn en sterker worden dan ik nu ben.
- ▶ Loslaten van negatieve gevoelens of i.i.g. manier vinden om hier goed mee om te gaan.
- ▶ Minder alleen voelen in de geschiedenis van een slechte jeugd, inzicht in/begrip van langdurige effecten en hoe ermee om te gaan.
- ▶ Verwerken van het gebeuren.
- ▶ Oefenen met praten over wat mij is overkomen.
- ▶ M'n gevoel te kunnen uiten, erover kunnen praten.
- ▶ Ik hoop te kunnen accepteren wat is gebeurd en hoop uiteindelijk mijn klachten te kunnen reguleren met uiteindelijk doel leren ontspannen. Daarna hoop ik te worden wie ik wil zijn (levensenergie).

In tabel 3 zijn beschrijvende statistieken te vinden van de vragenlijsten op de voor- en nameting. Wanneer een vragenlijst ontbrak, werd deze paarsgewijs uit de analyse verwijderd. Van drie personen ontbraken specifiek de PHQ-9-vragen op de voor- of nameting, welke werden geïmputeerd met het groepsgemiddelde voor die variabele, om wel hun PHQ-ADS te kunnen includeren in de analyse. Op de zelfredzaamheidsschaal was er op de nameting één extreem lage uitbijter. Ter controle zijn de relevante analyses herhaald zonder deze uitbijter. PTSS-, en angst- en depressieklachten correleerden op zowel de voormeting ($r = 0,85$, $p < 0,001$) als nameting ($r = 0,74$, $p = 0,001$) sterk met elkaar. De herstelmechanismen relateerden in de verwachte richtingen met elkaar op de voor- en nametingen, met positieve correlaties tus-

sen hoop, veerkracht en zelfredzaamheid (r 's > 0,25), en tussen eenzaamheid en experiëntiële vermijding (r 's > 0,48). Daarnaast waren er negatieve correlaties tussen enerzijds hoop, veerkracht en zelfredzaamheid, en anderzijds eenzaamheid en experiëntiële vermijding (r 's < -0,25).

TABEL 3 Beschrijvende statistieken van de onderzoeksvariabelen op de voor- en nameting

	Voormeting				Nameting			
	M	SD	Min-Max	n	M	SD	Min-Max	n
Psychische klachten								
PTSS (PCL-5)	40,6	15,8	8-75	35	30,1*	16,7	3-67	27
Angst en depressie (PHQ-ADS)	24,2	10,1	6-43	37	14,8**	7,8	2-35	27
Mechanismen								
Hoop (SHS)	39,9	11,8	16-61	35	49,5*	10,6	28-63	26
Veerkracht (RES)	19,7	6,1	6-32	37	25,5**	5,5	17-36	27
Zelfredzaamheid (Trimbos)	128,8	20,0	69-163	34	129,8 ^a	25,0	33-163	26
Eenzaamheid (DJG)	3,7	2,2	0-6	35	2,8	2,4	0-6	26
Experiëntiële vermijding (AAQ-II)	28,3	9,0	7-46	34	23,8	9,1	8-41	26

Noot. AAQ = Acceptance and Action Questionnaire; DJG = de Jong-Gierveld; M = gemiddelde; PCL-5 = PTSS Checklist voor de DSM-5; PHQ-ADS = Patient Health Questionnaire – Anxiety and Depression Scale; PTSS = posttraumatische-stressstoornis; RES = Resilience Evaluation Scale; SD = standaarddeviatie; SHS = State Hope Scale; ^a zonder de uitbijter is het gemiddelde op de zelfredzaamheidsschaal na afloop: 133,7 (SD = 15,7); * significante verandering over de tijd heen met $p < 0,01$; ** significante verandering over de tijd heen met $p < 0,001$.

Veranderingen over tijd

Om te onderzoeken of er verandering optrad in de psychische klachten over de tijd heen, werd er voor de PTSS-klachten (1) en angst- en depressieklachten (2) eerst een basis mixed model met herhaalde metingen opgesteld, met de psychische klachten als afhankelijke variabele en een random intercept, genest binnen individuen. Om te controleren of de cursusgroep van invloed was, werden dummievariabelen die de groepen representeerden als fixed factors in het model onderzocht. De groepen verschilden niet van elkaar op

PTSS-, of angst- en depressieklachten (alle p 's $> 0,25$). Cursusgroep werd daarom verder niet als variabele in de modellen geïncorporeerd. Vervolgens werd sessie (start versus eind) toegevoegd als fixed factor aan het model.

De analyses lieten zien dat de PTSS-klachten significant afnamen over tijd ($b = -9,91$, $SE = 3,01$, $t(30,7) = -3,29$, $p = 0,003$). De angst- en depressieklachten namen ook significant af over tijd ($b = -9,13$, $SE = 1,80$, $t(28,3) = -5,08$, $p < 0,001$). Als de deelnemers naast het volgen van de cursus elders hulp voor psychische problematiek ontvingen, bleken hun psychische klachten gemiddeld lager te zijn ($b = -11,73$, $SE = 4,77$, $t(40,8) = -2,46$, $p = 0,018$ en $b = -6,78$, $SE = 2,50$, $t(43,1) = -2,71$, $p = 0,010$, voor respectievelijk PTSS- en angst- en depressieklachten), maar op een gelijke manier af te nemen over de tijd heen (interacties ontvangen hulp en tijd zijn niet significant: $b = 5,62$, $SE = 4,88$, $t(25) = -1,15$, $p = 0,26$ en $b = -4,72$, $SE = 2,75$, $t(25) = 1,71$, $p = 0,098$, voor respectievelijk PTSS- en angst- en depressieklachten).

Om te onderzoeken of er verandering was in de herstelmechanismen over de tijd heen, werden vijf aparte modellen onderzocht met respectievelijk de mechanismen hoop, psychologische veerkracht, eenzaamheid, experiëntiële vermijding en zelfredzaamheid als afhankelijke variabelen, en tijd als fixed factor. Er was een significante toename te zien in veerkracht ($b = 5,76$, $SE = 1,29$, $t(30,9) = 4,49$, $p < 0,001$) en hoop ($b = 8,45$, $SE = 2,31$, $t(27,2) = 3,66$, $p = 0,001$). De toename in zelfredzaamheid was niet significant ($b = -0,092$, $SE = 3,48$, $t(26,4) = -0,026$, $p = 0,979$), ook niet na verwijderen van de uitbijter op deze schaal ($b = 2,65$, $SE = 2,27$, $t(23,9) = 1,17$, $p = 0,254$). Er was daarnaast een afname te zien in eenzaamheid ($b = -0,87$, $SE = 0,39$, $t(27,9) = -2,22$, $p = 0,035$) en experiëntiële vermijding ($b = -4,26$, $SE = 1,64$, $t(27,8) = -2,603$, $p = 0,015$), maar deze beide afnamen waren niet significant na Bonferronicorrectie. Kortom, er was een significante afname in psychische klachten, en een significante toename in veerkracht en hoop te zien van begin tot eind van de cursus (zie tabel 3).

Samenhang tussen herstelmechanismen en psychische klachten

Vervolgens werd onderzocht in welke mate de mechanismen samenhangen met de psychische klachten over de tijd heen. In de mixed models met de psychische klachten als afhankelijke variabelen en tijd als predictor werden de vijf mechanismen individueel toegevoegd. Als individuele predictor waren na Bonferronicorrectie alle mechanismen significant geassocieerd met de psychische klachten over de tijd heen (zie tabel 4, model 1-5). Daarbij was zelfredzaamheid alleen significant gerelateerd aan PTSS-klachten na Bonferronicorrectie als de uitbijter op die schaal werd verwijderd ($b = -0,40$, $SE = 0,11$, $t(51) = -3,54$, $p < 0,001$). Met alle mechanismen tegelijk in één model bleek enkel experiëntiële vermijding nog een individuele significante predictor te zijn van angst- en depressieklachten ($b = 0,38$, $SE = 0,14$, $t(38,8) = 2,70$, $p = 0,010$) en was geen van de individuele predictoren nog significant voor PTSS-klachten (p 's $> 0,06$). Dit geeft aan dat de mechanismen variantie

delen in het voorspellen van de psychische klachten. Om te onderzoeken of de samenhang met de mechanismen verschilde op sessie 1 en 2, werden de interacties van de mechanismen met tijd toegevoegd aan de modellen. Geen van de interacties was significant, dus de associaties van de mechanismen met de psychische klachten op sessie 1 en 2 waren gelijk (alle p 's > 0,11).

TABEL 4 Voorspellende waarde van de vijf mechanismen voor PTSS-, en angst- en depressieklachten

		PTSS				Angst en depressie			
		95% BI				95% BI			
		b	onder	boven	p	b	onder	boven	p
Model 0	Intercept	40,6	35,1	46,0	< 0,001	24,2	21,1	27,2	< 0,001
	Tijd	-9,91	-16,1	-3,76	0,003	-9,13	-12,8	-5,45	< 0,001
Model 1	Intercept	69,9	57,7	82,0	< 0,001	40,8	33,7	47,9	< 0,001
	Tijd	-1,68	-7,89	4,52	0,59	-4,36	-8,43	-0,29	0,036
	Veerkracht	-1,47	-2,04	-0,90	< 0,001	-0,84	-1,18	-0,51	< 0,001
Model 2	Intercept	72,7	60,4	85,0	< 0,001	42,6	35,0	50,3	< 0,001
	Tijd	-4,18	-9,65	1,28	0,129	-5,46	-9,15	-1,77	0,005
	Hoop	-0,805	-1,09	-0,526	< 0,001	-0,458	-0,64	-0,28	< 0,001
Model 3	Intercept	61,3	36,0	86,6	< 0,001	43,1	28,7	57,5	< 0,001
	Tijd	-10,8	-17,2	-4,30	0,002	-9,30	-13,5	-5,13	< 0,001
	Zelfredzaamheid ^a	-0,16	-0,35	0,030	0,097	-0,17	-0,26	-0,037	0,010
Model 4	Intercept	26,4	19,1	33,6	< 0,001	17,3	12,7	21,9	< 0,001
	Tijd	-7,62	-13,3	-1,91	0,010	-7,80	-11,7	-3,88	< 0,001
	Eenzaamheid	3,86	2,30	5,42	< 0,001	1,91	0,92	2,89	< 0,001
Model 5	Intercept	10,15	-1,51	21,8	0,087	5,16	-1,31	11,6	0,116
	Tijd	-6,11	-11,3	-0,91	0,023	-6,43	-10,3	-2,53	0,002
	Experiëntiële vermijding	1,07	0,69	1,45	< 0,001	0,68	0,46	0,89	< 0,001

Noot. BI = betrouwbaarheidsinterval, PTSS = posttraumatische-stressstoornis, SE = *standard error* (standaardfout). ^a Zonder de uitbijter op deze schaal is het effect van zelfredzaamheidsschaal op PTSS-klachten wel significant na Bonferroni-correctie ($b = -0,40$, $SE = 0,119$, $t(51,0) = -3,541$, $p < 0,001$).

DISCUSSIE

323

.....

In deze studie onderzochten we het beloop van psychische klachten en de rol van herstelmechanismen hierin tijdens een gestructureerde lotgenoten-cursus voor slachtoffers van kindermishandeling en huiselijk geweld onder leiding van ervaringsdeskundigen. De psychische klachten en herstelmechanismen werden aan het begin en eind van de cursus via vragenlijsten gemeten. De deelnemers lieten gemiddeld sterk verhoogde PTSS-, en angst- en depressieklachten zien aan de start van de cursus. In overeenstemming met onze verwachting namen deze psychische klachten over de tijd heen significant af. Alle vijf individuele herstelmechanismen hingen significant samen met de psychische klachten over de tijd heen, waarbij enerzijds meer hoop, veerkracht en zelfredzaamheid samenhangen met minder angst-, depressie- en PTSS-klachten, en anderzijds meer eenzaamheid en experiëntiële vermijding samenhangen met meer angst-, depressie- en PTSS-klachten. Van begin tot eind van de cursus namen hoop en psychologische veerkracht significant toe, maar niet zelfredzaamheid. Eenzaamheid en experiëntiële vermijding namen na correctie voor het aantal toetsen niet significant af.

Deze resultaten geven een eerste indicatie dat gestructureerd lotgenotencontact na ervaringen van huiselijk geweld, kindermishandeling inbegrepen, mogelijk een positief effect kan hebben op de psychische gezondheid en veerkracht kan versterken. Omdat deze studie geen controlegroep bevatte, is echter niet direct vast te stellen of deze veranderingen over de tijd heen toe te wijzen zijn aan de lotgenotencursus. De bevindingen moeten dus met voorzichtigheid worden geïnterpreteerd. De positieve resultaten zijn wel in lijn met eerdere kwalitatieve onderzoeken in Nederland naar lotgenotencontact binnen de ggz en na slachtofferervaringen (GGZTotaal, 2021; van de Ven, 2022), en met een vergelijkbare studie door Tutty en collega's (1993) naar vrouwen die het slachtoffer zijn geworden van huiselijk geweld. Het integreren van lotgenotencontact en ervaringsdeskundigheid in het huidige stelsel van hulpverlening krijgt steeds meer aandacht. Deze resultaten dragen bij aan de maatschappelijke discussie dat lotgenotencontact, begeleid door ervaringsdeskundigen, een belangrijke toevoeging kan zijn aan de psychosociale hulpverlening voor personen met psychische klachten na huiselijk geweld. Verder onderzoek hiernaar is dan ook van belang.

Mechanismen van herstel

.....

Hoop en veerkracht namen significant toe tijdens de cursus en hingen negatief samen met de psychische klachten, wat aangeeft dat het versterken van hoop en weerbaarheid een mogelijk belangrijk werkingsmechanisme van lotgenotencontact is. Dit is in lijn met eerder onderzoek waarin met name hoop wordt gezien als een belangrijk onderdeel van de werkzaamheid van

lotgenotencontact (Sullivan, 2018). Daarnaast is hoop ook van belang gebleken voor het herstel van traumatische ervaringen (Gilman et al., 2012). Door te horen hoe anderen omgaan met hun ervaringen en herstel, en door actief doelen te stellen kan hoop op een positieve toekomst worden verhoogd. Dit hangt mogelijk ook samen met de toename in psychologische veerkracht, die in eerder onderzoek ook van invloed is gebleken op afname in psychologische klachten (Anderson & Bang, 2012). Het concept veerkracht is naar ons weten niet eerder onderzocht in het kader van lotgenotencontact, maar deze resultaten passen bij de literatuur die veerkracht ziet als een factor die versterkt kan worden en een rol speelt in de ontwikkeling van stress-gerelateerde stoornissen (Kalisch et al., 2017).

Op basis van de literatuur (Movisie, 2021a; van Gestel-Timmermans et al., 2012) hadden we verwacht dat zelfredzaamheid ('empowerment') ook zou toenemen gedurende de cursus, maar we vonden hier geen bewijs voor. Wel hing een sterkere mate van zelfredzaamheid samen met minder psychische klachten. Binnen deze studie is een aangepaste versie van de vragenlijst van het Trimbos-instituut gebruikt om zelfredzaamheid te meten, die normaliter binnen de ggz wordt ingezet. De aangepaste en ingekorte versie bleek wel intern betrouwbaar, maar lijkt niet de veranderingen in zelfredzaamheid te meten die we hadden verwacht. Daarentegen blijkt dat een groot deel van de deelnemers na afloop aangeeft verdere stappen te willen zetten om hun ervaringen te verwerken. Dit geeft aan dat de cursus mogelijk wel helpt in het zelfmanagement van de deelnemers wat betreft hun psychische gezondheid.

Hoewel experiëntiële vermijding niet significant bleek te zijn afgenomen na de cursus, hing die wel sterk samen met de psychische klachten. Met name voor PTSS-klachten was dit te verwachten, omdat experiëntiële vermijding een onderdeel is van de diagnostische criteria voor PTSS. Dit mechanisme kan dan ook niet als een geheel onafhankelijk construct gezien worden van PTSS. Echter, ook voor andere psychische problematiek is experiëntiële vermijding een transdiagnostische risicofactor (Kashdan et al., 2006) en kan daarom relevant zijn om als mechanisme van lotgenotencontact te onderzoeken. Gezien het belang ervan bij de instandhouding van psychische klachten zou onderzocht kunnen worden hoe dit aspect nog verder in de lotgenoten-cursus verwerkt kan worden. Het kan echter ook focus zijn van (verdere) verwerking van de (traumatische) ervaringen binnen de reguliere ggz. Een van de standaardbehandelingen voor angst- en PTSS-klachten binnen de ggz is exposuretherapie (GGZ Standaarden, 2020), waarbij het herbeleven van ervaringen en alle bijbehorende emoties van belang is. Een voordeel van lotgenotencontact daarbij kan zijn dat het stimuleert om ervaringen en emoties te verwoorden, en bovendien kan helpen om een hogere mate van hoop op herstel te ervaren tijdens behandeling. Vervolgonderzoek zal moeten uitwijzen wat de specifieke toegevoegde waarde is van lotgenotencontact aan psychotherapeutische behandelingen.

Hoewel een van de doelen van lotgenotencontact het bieden van sociale steun is, en sociale steun van belang is in het tegengaan van eenzaamheid (Zhang & Dong, 2022), bleek eenzaamheid niet significant af te nemen. Het belang van sociale steun na het ervaren van huiselijk geweld dat in eerder onderzoek is aangetoond (Bjørlykhaug et al., 2022; Fritz et al., 2018) betreft mogelijk een meer langdurige mate van steun in de nabije omgeving, bijvoorbeeld door familie. Daarnaast spelen ook andere factoren een rol in eenzaamheid, zoals zelfvertrouwen, sociale angst en extraversie (Chai et al., 2019; Mahon et al., 2006), die mogelijk minder werden beïnvloed door de lotgenotencursus. Verder is het mogelijk dat er cultuur- en taalbarrières aanwezig waren binnen de cursusgroepen die onderling sociaal contact bemoeilijkten. Ook het volgen van een online cursus maakt onderling contact lastiger. Binnen de cursus zou hier mogelijk meer aandacht aan besteed kunnen worden, alsmede aan het uitbreiden van het eigen netwerk om sociale steun te bevorderen.

Veranderingen over tijd

Dit onderzoek omvatte een voor- en nameting van een actieve conditie (de cursus), maar er was geen controlegroep aanwezig. Dit betekent dat de veranderingen over de tijd ook aan andere factoren te wijten kunnen zijn dan aan de cursus, bijvoorbeeld aan steun en hulp binnen de opvanglocatie waar een groot deel van de deelnemers verbleef (bijvoorbeeld via de Oranje Huis-methodiek; Lünemann et al., 2021), aan psychotherapeutische hulp of aan een natuurlijk beloop van de klachten. Hoewel we een groot deel van deze alternatieve verklaringen niet uit kunnen sluiten, vonden we wel dat er na statistische controle voor professionele hulp nog steeds een daling was in psychische klachten over de tijd heen en dat de daling voor de groepen met en zonder additionele hulp gelijk was. We hadden echter weinig informatie over het type hulp dat werd ontvangen.

Met de huidige opzet van het onderzoek kunnen we enkel een lichte indicatie voor de effectiviteit van de cursus geven (volgens de richtlijnen van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2018). Het includeren van een controlegroep die geen interventie, *treatment as usual* of een placebo-interventie ontvangt zou een sterkere bewijskracht voor effectiviteit kunnen geven. Ook een wachtlijstperiode voorafgaand aan de start van het lotgenotencontact zou meer zicht op kunnen geven op het natuurlijk beloop van de klachten over de tijd heen. Daarnaast was er een redelijk hoge drop-out tijdens het onderzoek (27%), waardoor er een kans is op een bias in de onderzoeksbevindingen. Mogelijk zijn deelnemers met wie het na afloop minder goed ging niet bereid geweest om de vragenlijst nogmaals in te vullen, wat tot een overschatting van de uitkomsten kan hebben geleid. Uit de analyses bleek in elk geval op de voormeting weinig verschil te zijn tussen degenen die het onderzoek wel en niet hebben afgerond. Ook hebben we een intent-to-treat-analyse gebruikt, waarbij alle data mee worden genomen in het onderzoek, ook die van de uitvallers.

Sterktes en beperkingen van het onderzoek

In dit onderzoek hebben we een uitgebreide voor- en nameting met gevalideerde vragenlijsten kunnen includeren bij een gestructureerd aanbod van lotgenotencontact. Studies naar lotgenotencontact in Nederland zijn vaak gebaseerd op zelfrapportage na afloop en missen daarbij een voormeting. Ook zijn er vaak problemen in de vergelijkbaarheid van het aanbod van lotgenotencontact tussen personen. Het toevoegen van een onderzoeksdesign met voor- en nameting is een stap vooruit ten opzichte van eerder onderzoek. Echter, de voormeting vond in de meeste gevallen pas na de derde sessie plaats, omdat er in de eerste paar sessies van de cursus veel aandacht wordt besteed aan kennismaking, creëren van veiligheid en durven praten over het meegemaakte geweld. Dit kan voor een onderschatting van de effecten hebben geleid, omdat deelnemers tegen die tijd al een aantal sessies lotgenotencontact hadden ervaren. Daarentegen hebben niet alle deelnemers aan de lotgenotencursus deelgenomen aan het onderzoek (de respons voor deelname was 39%) en is het mogelijk dat degenen die wel deelnamen gemotiveerder waren voor verandering.

De studie betreft verder een relatief kleine onderzoeksgroep, terwijl we meerdere afhankelijke variabelen hebben onderzocht. Enerzijds kan een kleine steekproef ertoe leiden dat er niet genoeg power is om effecten te vinden die er wel zijn (type-2-fout), maar anderzijds kunnen er in dit specifieke sample ook effecten gevonden zijn die niet voor de gehele populatie gelden (type-1-fout). Om valspositieven te voorkomen, hebben we gebruikgemaakt van Bonferronicorrecties in de analyses, maar ook daardoor is de power wellicht te laag geweest om sommige effecten aan te tonen (bijvoorbeeld een significante daling in eenzaamheid en experiëntiële vermijding).

Niet onverwacht waren er ook drop-outs in het onderzoek. Dit is een kwetsbare groep, voor wie deelname aan onderzoek een extra belasting vormt. De specifieke redenen voor drop-out uit het onderzoek zijn niet gemeten en moeten in vervolgonderzoek beter worden uitgezocht. Een groot deel hing echter samen met het niet volledig afronden van de lotgenotencursus in verband met verhuizing en persoonlijke omstandigheden, en in een enkel geval was de deelnemer er nog niet aan toe. Wat betreft een langere follow-up was er het probleem van privacy. Omdat de deelnemers in verband met huiselijk geweld grotendeels verbleven in een vrouwenopvang, was het voor hen belangrijk dat er zo min mogelijk persoonlijke informatie uitgevraagd en bewaard bleef. Hierdoor is het moeilijker om deelnemers te bereiken voor een follow-up. Zoals eerder besproken was er ook geen controlegroep in deze studie, maar geven de bevindingen wel aanleiding om vervolgonderzoek op te zetten middels een gerandomiseerd gecontroleerde studie (RCT).

Een sterk punt van deze studie is verder dat er tolken aanwezig waren bij de cursus, die ook bereid waren om te helpen bij de uitvoering van het onderzoek. Hierdoor hebben we een zo realistisch mogelijke steekproef kunnen onderzoeken van de populatie die deelneemt aan de lotgenotencursus. Niettemin kan het gebruik van een tolk bij Nederlandse vragenlijsten ook leiden tot interpretatieverschillen of eventuele vertalingsproblemen. De deelnemers aan het onderzoek waren uitsluitend vrouwen. Er hebben in het verleden ook mannen aan de cursus deelgenomen, maar omdat de huidige studie met name in vrouwenopvanglocaties plaatsvond, zijn er alleen vrouwen onderzocht. Het is van belang te onderzoeken of de cursus voor mannen een vergelijkbare impact heeft.

Ten slotte hebben we de vragenlijsten alleen aan de start en het eind afgenomen en niet tussen de cursus door. Hierdoor hebben we niet kunnen onderzoeken of de veranderingen in de herstelmechanismen, zoals hoop en veerkracht, veranderden voordat de psychische klachten afnamen. We weten hierdoor niet wat oorzaak en gevolg is. De afname in psychische klachten zou ook kunnen leiden tot een toename in hoop en veerkracht. Hiervoor zijn meer metingen nodig, maar dat leidt tegelijkertijd tot een grotere belasting van de deelnemers. Korte, wekelijkse meetmomenten zouden hiervoor een oplossing kunnen bieden.

Vervolgonderzoek

Het onderzoeken van gestructureerd lotgenotencontact, zoals de cursus in de huidige studie, kan meer inzicht geven in het belang van lotgenotencontact voor de psychische gezondheid, maar ook voor bijvoorbeeld zorggebruik. Inhoudelijk zou verder bekeken kunnen worden welke componenten van lotgenotencontact en met name die van de onderzochte cursus het meeste van belang zijn, bijvoorbeeld door sessies onderling te vergelijken. Het is ook belangrijk om te onderzoeken of deze cursus even effectief is indien hij op verschillende locaties en door verschillende ervaringsdeskundigen wordt uitgevoerd. Ten slotte geeft deze studie ook aanleiding om lotgenotencontact voor andere typen (psychische) problematiek meer gestructureerd te onderzoeken en na te gaan wat de specifieke toegevoegde waarde is van lotgenotencontact aan bestaande psychosociale en psychotherapeutische interventies bij slachtoffers van huiselijk geweld.

Klinische implicaties

Dit onderzoek geeft eerste, voorzichtige aanwijzingen dat gestructureerd lotgenotencontact onder leiding van ervaringsdeskundigen voor slachtoffers van huiselijk geweld en kindermishandeling mogelijk een positieve impact heeft op psychisch welzijn en veerkracht. Met name een toename in hoop en veerkracht lijkt een rol te spelen bij het lotgenotencontact, wat

mogelijk ook van belang kan zijn ter ondersteuning van psychotherapeutische (trauma)behandelingen. Op basis van de studieopzet – zonder controlegroep – kunnen we enkel lichte aanwijzingen voor effectiviteit vaststellen, wat aanleiding geeft voor verder onderzoek naar de inzet van de cursus onder slachtoffers van huiselijk geweld en kindermishandeling. Dit onderzoek benadrukt ook het belang van meer onderzoek naar het betrekken van lotgenoten en ervaringsdeskundigen bij het proces van herstel van slachtoffers van huiselijk geweld. Een relevante vervolgstap is het onderzoeken van de mogelijke integratie van lotgenotencontact in de bredere aanpak van huiselijk geweld en de gevolgen daarvan, waarbij het verhogen van de weerbaarheid van de betrokkenen een belangrijke rol kan spelen.

Marieke Tollenaar en **Eline IJzerman** zijn verbonden aan het Instituut Psychologie Leiden, Universiteit Leiden.

Christel Dingerdis is werkzaam bij Blijf Groep.

Hameeda Lakho is verbonden aan de Academie voor Herstel en Ervaringsdeskundigheid.

Correspondentieadres: Marieke S. Tollenaar, Universiteit Leiden, Afdeling Klinische Psychologie, Instituut Psychologie Leiden, Postbus 9555, 2300 RB, Leiden. E-mail: m.s.tollenaar@fsw.leidenuniv.nl

Summary *The course of psychological complaints and recovery during structured peer support for victims of domestic violence*

In this study we examined the relationship between structured peer support, supervised by professional experience experts, and psychological recovery in victims of family violence and/or childhood abuse. To this end, 37 women who participated in a peer support group program for victims of family violence filled in questionnaires at the start and end of the program to assess psychological complaints (post-traumatic stress, anxiety, and depression), as well as mechanisms that may play a role in recovery (positive factors: hope, resilience, and empowerment; negative factors: loneliness and experiential avoidance). Mechanisms of recovery were found to be associated with the psychological complaints in the expected directions before and after the program. Furthermore, psychological complaints significantly decreased over time while psychological resilience and hope significantly increased over time. This study provides preliminary, cautious indications that structured peer support for victims of family violence may have a positive impact on psychological recovery. Since the current study did not include a control group, future studies should include a control group to examine whether the positive psychological changes over time can be attributed to the peer support program.

Keywords *domestic violence, child abuse, peer support, experience expertise, mental health, resilience*

Referenties

- Academie voor Herstel en Ervaringsdeskundigheid. (2023). *Herstellen na kindermishandeling*. www.herstel-ervaringsdeskundigheid.nl
- Alink, L., Prevoo, M., van Berkel, S., Linting, M., Klein, M., & Fieke Pannebakker, V. (2019). *NPM-2017: Nationale prevalentiestudie mishandeling van kinderen en jeugdigen*. Leiden University, Institute of Education and Child Studies/TNO Child Health. <https://hdl.handle.net/1887/135535>
- American Psychiatric Association (APA). (2014). *Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5). Nederlandse vertaling van Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. Uitgeverij Boom.
- Anderson, K. M., & Bang, E. J. (2012). Assessing PTSD and resilience for females who during childhood were exposed to domestic violence. *Child and Family Social Work*, 17. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2206.2011.00772.x>
- Assink, M., Spruit, A., Schuts, M., Lindauer, R., van der Put, C. E., & Stams, G. J. J. M. (2018). The intergenerational transmission of child maltreatment: A three-level meta-analysis. *Child Abuse & Neglect*, 84, 131-145. <https://doi.org/10.1016/J.CHIA-BU.2018.07.037>
- Baneke, J. J. (2001). *Vragenlijst voor actuele persoonlijke doelen en ervaringen (Nederlandse vertaling Adult State Hope Scale, Snyder)*.
- Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., Stokes, J., Handelsman, L., Medrano, M., Desmond, D., & Zule, W. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse and Neglect*, 27, 169-190. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(02\)00541-0](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(02)00541-0)
- Bjørlykhaug, K. I., Karlsson, B., Hesook, S. K., & Kleppe, L. C. (2022). Social support and recovery from mental health problems: A scoping review. *Nordic Social Work Research*, 12, 666-697. <https://doi.org/10.1080/2156857X.2020.1868553>
- Boeschoten, M., Bakker, A., Jongedijk, R., & Olff, M. (2014). *Life Events Checklist for DSM-5 – Nederlandstalige versie*. Stichting Centrum '45/Arq Psychotrauma Expert Groep.
- Boeschoten, M. A., van der Aa, N., Bakker, A., ter Heide, F. J. J., Hoofwijk, M. C., Jongedijk, R. A., van Minnen, A., Elzinga, B. M., & Olff, M. (2018). Development and evaluation of the Dutch Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 (CAPS-5). *European Journal of Psychotraumatology*, 9. <https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1546085>
- Boevink, W., Kroon, H., Delespaul, P., & van Os, J. (2017). Empowerment according to persons with severe mental illness: Development of the Netherlands Empowerment List and its psychometric properties. *Open Journal of Psychiatry*, 7, 18-30. <https://doi.org/10.4236/ojpsych.2017.71002>
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., Waltz, T., & Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*, 42, 676-688. <https://doi.org/10.1016/J.BETH.2011.03.007>
- Boom, A., & Wittebrood, K. (2019). *De prevalentie van huiselijk geweld en kindermishandeling in Nederland* (WODC, Cahier 2019-1). WODC.
- Bulsink, D., & de Wildt, R. (2023). *Handreiking ervaringsdeskundigen inzetten*. www.verwey-jonker.nl/wp-content/uploads/2023/03/220440_Handreiking-Ervaringsdeskundigen_inzetten.pdf

- Campbell, H. S., Phaneuf, M. R., & Deane, K. (2004). Cancer peer support programs – do they work? *Patient Education and Counseling*, 55, 3-15. <https://doi.org/10.1016/J.PEC.2003.10.001>
- Centraal Bureau voor de Statistiek. (2020). *Prevalentiemonitor Huiselijk Geweld*. <https://longreads.cbs.nl/phgsg-2020>
- Chai, X., Du, H., Li, X., Su, S., & Lin, D. (2019). What really matters for loneliness among left-behind children in rural china: A meta-analytic review. *Frontiers in Psychology*, 10. <https://doi.org/10.3389/FPSYG.2019.00774>
- Delisle, V. C., Gumuchian, S. T., Kloda, L. A., Boruff, J., El-Baalbaki, G., Körner, A., Malcarne, V. L., Thombs, B. D., Connolly, K., Dyas, L., Elrod, S., Fortune, C., Gottesman, K., McCusker, A., Richard, M., Riggs, R., Sauve, M., & Stephens, N. (2016). Effect of support group peer facilitator training programmes on peer facilitator and support group member outcomes: A systematic review. *BMJ Open*, 6, 13325. <https://doi.org/10.1136/BMJOP-EN-2016-013325>
- Distelbrink, M., de Grijter, M., Oudenampsen, D., Flikweert, M., & ter Woerds, S. (2008). *Effecten van lotgenotencontact: Onderzoek bij de Vereniging Spierziekten Nederland*. www.verwey-jonker.nl
- Fritz, J., de Graaff, A. M., Caisley, H., van Harmelen, A. L., & Wilkinson, P. O. (2018). A systematic review of amenable resilience factors that moderate and/or mediate the relationship between childhood adversity and mental health in young people. *Frontiers in Psychiatry*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00230>
- GGZ Standaarden. (2020). *Psychotrauma- en stressorgerelateerde stoornissen* [Zorgstandaard]. www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/
- psychotrauma- en stressorgerelateerde stoornissen/introductie
- GGZ Standaarden. (2022). *Ervaringsdeskundigheid* [Zorgstandaard]. www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/ervaringsdeskundigheid/inleiding
- GGZTotaal. (2021). *Maatschappelijke meerwaarde van lotgenotencontact is enorm*. www.ggztotaal.nl/nw-29166-7-3870243/nieuws/maatschappelijke_meerwaarde_van_lotgenotencontact_is_enorm.html?page=0
- Gierveld, J. D. J., & van Tilburg, T. (2006). A 6-item scale for overall, emotional, and social loneliness: Confirmatory tests on survey data. *Research on Aging*, 28. <https://doi.org/10.1177/0164027506289723>
- Gilman, R., Schumm, J. A., & Chard, K. M. (2012). Hope as a change mechanism in the treatment of post-traumatic stress disorder. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 4. <https://doi.org/10.1037/a0024252>
- Helder, A. A. (2020). *Lotgenotencontact en ervaringsdeskundigheid*. <https://helder-advies.nl/wp-content/uploads/2020/04/Lotgenotencontact-en-ervaringsdeskundigheid.pdf>
- Heron, R. L., & Eisma, M. C. (2021). Barriers and facilitators of disclosing domestic violence to the healthcare service: A systematic review of qualitative research. *Health & Social Care in the Community*, 29, 612-630. <https://doi.org/10.1111/HSC.13282>
- Herzog, J. I., & Schmah, C. (2018). Adverse childhood experiences and the consequences on neurobiological, psychosocial, and somatic conditions across the lifespan. *Front Psychiatry*, 9, 420. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00420>
- Hoey, L. M., Ieropoli, S. C., White, V. M., & Jefford, M. (2008). Systematic review of peer-support programs for people with cancer. *Patient Education*

- and Counseling*, 70, 315-337. <https://doi.org/10.1016/J.PEC.2007.11.016>
- Hulplijn. (2023). *Verbreek de stilte*. www.verbreekdestilte.nl
- Jacobs, N., Kleen, M., de Groot, F., & A-tjak, J. (2008). Het meten van experiëntiële vermijding: De Nederlandstalige versie van de Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II). *Gedragstherapie*, 41, 349-361.
- Kalisch, R., Baker, D. G., Basten, U., Boks, M. P., Bonanno, G. A., Brummelman, E., Chmitorz, A., Fernández, G., Fiebach, C. J., Galatzer-Levy, I., Geuze, E., Groppa, S., Helmreich, I., Hendler, T., Hermans, E. J., Jovanovic, T., Kubiak, T., Lieb, K., Lutz, B., ... Kleim, B. (2017). The resilience framework as a strategy to combat stress-related disorders. *Nature Human Behaviour*, 1, 784-790. <https://doi.org/10.1038/s41562-017-0200-8>
- Kashdan, T. B., Barrios, V., Forsyth, J. P., & Steger, M. F. (2006). Experiential avoidance as a generalized psychological vulnerability: Comparisons with coping and emotion regulation strategies. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1301-1320. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.10.003>
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16, 606-613. <https://doi.org/10.1046/J.1525-1497.2001.016009606.X>
- Kroenke, K., Wu, J., Yu, Z., Bair, M. J., Kean, J., Stump, T., & Monahan, P. O., (2016). The Patient Health Questionnaire Anxiety and Depression Scale (PHQ-ADS): Initial validation in three clinical trials. HHS Public Access Author manuscript. *Psychosomatic Medicine*, 78, 716-727. <https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000322>
- Kunst, M., Bogaerts, S., & Winkel, F. W. (2010). Domestic violence and mental health in a Dutch community sample: The adverse role of loneliness. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 20. <https://doi.org/10.1002/casp.1040>
- Lakho, H. (2020). 'Doorbreek het zwijgen': (H)erkenning van kindermishandeling en de gevolgen. Academie voor Herstel en Ervaringsdeskundigheid.
- Li, S., Zhao, F., & Yu, G. (2019). Childhood maltreatment and intimate partner violence victimization: A meta-analysis. *Child Abuse & Neglect*, 88, 212-224. <https://doi.org/10.1016/J.CHIABU.2018.11.012>
- Lloyd-Evans, B., Mayo-Wilson, E., Harrison, B., Istead, H., Brown, E., Pilling, S., Johnson, S., & Kendall, T. (2014). A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials of peer support for people with severe mental illness. *BMC Psychiatry*, 14, 1-12. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-39/TABLES/3>
- Lünnemann, M. K. M., Lünnemann, K. D., & Compagner, M. (2021). *In de lift: Cohortstudie naar de effecten van de Oranje Huis aanpak*. Verwey-Jonker Instituut.
- Lyons, N., Cooper, C., & Lloyd-Evans, B. (2021). A systematic review and meta-analysis of group peer support interventions for people experiencing mental health conditions. *BMC Psychiatry*, 21, 315. <https://doi.org/10.1186/S12888-021-03321-Z>
- Mahon, N. E., Yarcheski, A., Yarcheski, T. J., Cannella, B. L., & Hanks, M. M. (2006). A meta-analytic study of predictors for loneliness during adolescence. *Nursing Research*, 55, 308-315. <https://doi.org/10.1097/00006199-200609000-00003>
- McLaughlin, K. A., Colich, N. L., Rodman, A. M., & Weissman, D. G. (2020). Mechanisms linking childhood trauma exposure and psychopathology: A transdiagnostic model of risk and resilience. *BMC Medicine*, 18, 96. <https://doi.org/10.1186/S12916-020-01561-6>

- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). (2018, 12 juli). *Gesettelijke gezondheidszorg*. 25424 nr. 420: *Brief van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal*. Geraadpleegd 14 augustus 2024 op www.tweedekamer.nl/kamerstukken/brieven_regering/detail?id=2018Z13981&did=2018D39363
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). (2023). *Organisaties voor wie hulp zoekt*. www.huiselijkgeweld.nl/organisaties/voor-wie-hulp-zoekt
- Movisie. (2021a). *De rol en meerwaarde van ervaringsdeskundigen in sociale wijkteams*. www.movisie.nl/sites/movisie.nl/files/2021-03/De-rol-en-meerwaarde-van-ervaringsdeskundigen-in-sociale-wijkteams.pdf
- Movisie. (2021b). *Handreiking Samen deskundig*. www.movisie.nl/sites/movisie.nl/files/2021-07/Handreiking%20Samen%20Deskundig.pdf
- Muhammad, L. N. (2023). Guidelines for repeated measures statistical analysis approaches with basic science research considerations. *The Journal of Clinical Investigation*, 133, e171058. <https://doi.org/10.1172/JCI171058>
- Muth, C., Bales, K. L., Hinde, K., Maninger, N., Mendoza, S. P., & Ferrer, E. (2016). Alternative models for small samples in psychological research: Applying linear mixed effects models and generalized estimating equations to repeated measures data. *Educational and Psychological Measurement*, 76, 64. <https://doi.org/10.1177/0013164415580432>
- Nederlands Jeugdinstituut. (2023). *Cijfers over huiselijk geweld*. www.nji.nl/cijfers/huiselijk-geweld
- Nederlandse Zorgautoriteit. (2022). *Informatiekaart wachtlijden ggz juli 2022*. https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_716176_22/1/
- Pfizer. (z.d.). *PHQ and GAD Nederlandse Versie*. www.phqscreeners.com
- Pulvirenti, M., McMillan, J., & Lawn, S. (2014). Empowerment, patient centered care and self-management. *Health Expectations*, 17, 303-310. <https://doi.org/10.1111/J.1369-7625.2011.00757.X>
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. (2018). *Notitie Erkenning van interventies (2019-2022)*. www.loket-gezondleven.nl/documenten/notitie-erkenning-van-interventies-2019-2022
- Shen, S., & Kusunoki, Y. (2019). Intimate partner violence and psychological distress among emerging adult women: A bidirectional relationship. *Journal of Women's Health*, 28, 1060-1067. <https://doi.org/10.1089/JWH.2018.7405>
- Smit, D., Miguel, C., Vrijsen, J. N., Groeneweg, B., Spijker, J., & Cuijpers, P. (2023). The effectiveness of peer support for individuals with mental illness: Systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 53, 5332-5341. <https://doi.org/10.1017/S0033291722002422>
- Snyder, C. R., Simpson, S. C., Ybasco, F. C., Borders, T. F., Babyak, M. A., & Higgins, R. L. (1996). Development and validation of the State Hope Scale. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 321-335. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.70.2.321>
- Spencer, C. M., Keilholtz, B. M., Palmer, M., & Vail, S. L. (2022). Mental and physical health correlates for emotional intimate partner violence perpetration and victimization: A meta-analysis. *Trauma, Violence & Abuse*, 25, 41-53. <https://doi.org/10.1177/15248380221137686>
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166, 1092-1097.

- <https://doi.org/10.1001/ARCHINTE.166.10.1092>
- Stichting MIND. (2023). *MIND Platform*. <https://mindplatform.nl/help-mij>
- Sullivan, C. M. (2018). Understanding how domestic violence support services promote survivor well-being: A conceptual model. *Journal of Family Violence*, 33, 123-131. <https://doi.org/10.1007/S10896-017-9931-6>
- Thombs, B. D., Bernstein, D. P., Lobbestael, J., & Arntz, A. (2009). A validation study of the Dutch Childhood Trauma Questionnaire – Short Form: Factor structure, reliability, and known-groups validity. *Child Abuse and Neglect*, 33, 518-523. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2009.03.001>
- Tutty, L. M., Bidgood, B. A., & Rothery, M. A. (1993). Support groups for battered women: Research on their efficacy. *Journal of Family Violence*, 8, 325-343. <https://doi.org/10.1007/BF00978097/METRICS>
- van Bakel, M., van Rooijen, S., Boertien, D., Kamoschinski, J., Liefhebber, S., & Kluit, M. (2013). *Ervaringsdeskundigheid Beroepscompetentieprofiel*. Trimbos-instituut.
- van de Ven, P. (2022). *The role of social support in the aftermath of victimization: Interpersonal aspects of coming to terms with a victimization experience* (Doctoral thesis). Tilburg University.
- van de Ven, P. V., Leferink, S., & Pember-ton, A. (2023). The key characteristics and role of peer support in the aftermath of victimization: A scoping review. *Trauma, Violence & Abuse*, 24, 899-912. <https://doi.org/10.1177/15248380211043826>
- van der Meer, C. A. I., te Brake, H., van der Aa, N., Dashtgard, P., Bakker, A., & Olff, M. (2018). Assessing psychological resilience: Development and psychometric properties of the English and Dutch version of the Resilience Evaluation Scale (RES). *Frontiers in Psychiatry*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00169>
- van Gestel-Timmermans, H., Brouwers, E. P. M., van Assen, M. A. L. M., & van Nieuwenhuizen, C. (2012). Effects of a peer-run course on recovery from serious mental illness: A randomized controlled trial. *Psychiatric Services*, 63, 54-60. <https://doi.org/10.1176/APPI.PS.201000450>
- Wang, J., Mann, F., Lloyd-Evans, B., Ma, R., & Johnson, S. (2018). Associations between loneliness and perceived social support and outcomes of mental health problems: A systematic review. *BMC Psychiatry*, 18, 156. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1736-5>
- 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)*. National Center for PTSD. <https://doi.org/10.1177/1073191104269954>
- Weathers, F. W., Litz, B. T., Keane, T. M., Palmieri, P. A., Marx, B. P., & Schnurr, P. P. (2013). *The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5)*. National Center for PTSD. <https://doi.org/10.1037/to2622-000>
- Young, J. C., & Widom, C. S. (2014). Long-term effects of child abuse and neglect on emotion processing in adulthood. *Child Abuse & Neglect*, 38, 1369-1381. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2014.03.008>
- Zhang, X., & Dong, S. (2022). The relationships between social support and loneliness: A meta-analysis and review. *Acta Psychologica*, 227, 103616. <https://doi.org/10.1016/J.ACTPSY.2022.103616>
- ZonMw. (2023). *Ontwikkelen kwaliteits-systeem voor ervaringsdeskundigen binnen de GGZ*. <https://projecten.zonmw.nl/nl/project/ontwikkelen-kwaliteitssysteem-voor-ervaringsdeskundigen-binnen-de-ggz>

.....

Twee keer een zelfhulpboek schematherapie

.....

Bespreking van

Hannie van Genderen, Gitta Jacob & Laura Seebauer (2023). *Patronen doorbreken: Negatieve gevoelens en gewoonten herkennen en veranderen*. Uitgeverij Nieuwezijds. 206 pp., € 21,99. ISBN 9789057125898

Hannie van Genderen (2023). *Doorbreek je patronen in vijf stappen: Een systematisch plan om negatieve gevoelens, gedachten en gedrag te veranderen*. Uitgeverij Nieuwezijds. 208 pp. € 21,99. ISBN 9789057125850

VINCENT VAN BRUGGEN & MACHTELD MANTEL-HET LAM

In 2023 kwamen twee zelfhulpboeken schematherapie uit, beide van Hanne van Genderen. De boeken zijn exact even duur, en het ene boek heeft een geel-blauwe kaft en het andere een blauw-gele kaft, wat nieuwsgierig maakt. Wat zijn de inhoudelijke overeenkomsten en verschillen? Wanneer is het ene zelfhulpboek aan te raden en wanneer het andere? *Patronen doorbreken* is de tweede en geactualiseerde editie van de eerste editie, die ruim 10 jaar geleden verscheen. Het boek werd door van Genderen samen met twee Duitse auteurs geschreven en is maar liefst 165.000 keer verkocht. Het heeft voorzien in een grote behoefte, wat blijkt uit de honderden zeer positieve reviews op internet. Lezers vinden het boek overzichtelijk, helder geschreven en waarderen de uitnodigende toon.

Patronen doorbreken gaat uit van het modusmodel, dat is ontwikkeld in de schematherapie. In deel 1 worden de modi besproken, namelijk kindmodi (inclusief de gelukkige-kindmodus), kritische modi, copingmodi en de gezonde-volwassenemodus. Het modusmodel is in de schematherapie ontwikkeld om terugkerende patronen van gedrag en emoties te beschrijven. Een voorbeeld van een kindmodus is de boze-kindmodus. Wanneer iemand in

deze modus terecht komt, uit zich dat in ongecontroleerde, heftige boosheid en gedrag waar iemand later dan weer spijt van heeft. In deel 2 van het boek worden per modus oefeningen en adviezen gegeven om tot verandering te komen. Doel is om problematische modi beter te herkennen, te begrijpen, er empathie voor op te brengen en ze waar nodig te begrenzen. Hierdoor krijgt de gezonde-volwassenemodus uiteindelijk meer de regie en ontstaat er ruimte voor de gelukkige-kindmodus.

Het tweede boek dat we bespreken, *Doorbreek je patronen in vijf stappen*, heeft weliswaar evenveel bladzijden als het eerste boek, maar is groter van formaat en heeft daardoor circa een kwart meer inhoud. In het voorwoord geeft de auteur drie redenen voor het schrijven van deze nieuwe versie van het zelfhulpboek: cliënten die het boek gebruikten, benaderden haar met vragen om aanvullende technieken om schema's en modi te veranderen; de klinische praktijk van schematherapie ontwikkelde zich verder, met onder andere meer aandacht voor behandelfasen; en tot slot dienen zich nieuwe theoretische ontwikkelingen aan, zoals een nieuwe visie op de drie manieren waarop mensen met schema's kunnen omgaan, namelijk overcompensatie, vermijding en overgave. Deze drie manieren worden nu als copingstrategieën gezien, omdat het reacties zijn op interne spanningen en niet op een externe dreiging.

Globaal volgt het boek dezelfde opzet als zijn voorganger. Eerst wordt uitleg gegeven over hardnekkige patronen, daarna volgen stappen om tot verandering te komen. Deze stappen bewegen van het formuleren van een algemeen model naar het herkennen van modi in het dagelijks leven, ze leren veranderen en ten slotte ontdekken wat er nodig is om deze veranderingen vast te houden. Voor elke stap wordt aangegeven hoeveel tijd het kost om hem goed uit te voeren. Bij elkaar opgeteld vraagt het doorlopen van de stappen tussen de 45 en 81 weken. Dit zelfhulpboek spiegelt de lezer dus geen snelle of gemakkelijke oplossingen voor.

Ook in dit boek staat het modusmodel dus centraal, maar er zijn ook een aantal opvallende verschillen met *Patronen doorbreken*. In *Doorbreek je patronen in vijf stappen* wordt ook aandacht gegeven aan de schema's die de verschillende modi aansturen; deze schema's worden hier 'valkuilen' genoemd. Verder bevat het boek nieuwe oefeningen, bijvoorbeeld om te leren boosheid meer te uiten en een plan om terugval te voorkomen. Het boek besteedt ook meer aandacht aan cognitieve interventies en biedt invulformulieren waarin de cliënt emotionele reacties leert begrijpen vanuit cognities die een rol spelen bij de verschillende modi.

Voordat we ingaan op de vraag welk boek op welke momenten aan te raden is, eerst nog een paar algemene opmerkingen over beide boeken. Het begrip 'temperament' wordt in beide boeken slechts zijdelings genoemd. Hierdoor ontstaat het beeld dat emotionele problemen altijd terug te voeren zijn op negatieve ervaringen en het tekortschieten van andere mensen. Is dat wel zo wenselijk? Bij mensen die inderdaad veel ellende hebben meegemaakt is

deze invalshoek heel belangrijk, maar anderen kunnen er mogelijk te weinig door worden uitgedaagd om naar zichzelf te kijken, zeker wanneer er geen therapeut betrokken is om op dit punt eventueel bij te sturen. Dit laatste is meteen een meer algemeen punt. Van de lezers van beide boeken wordt veel gevraagd. Iemand die een probleem met boosheid heeft, krijgt het advies die boosheid te analyseren en zelf oplossingen te bedenken om anders te reageren. Relatief goed functionerende cliënten kunnen dit, met ondersteuning van mensen in hun netwerk, maar voor anderen is het te veel gevraagd. De lezer wordt dan ook terecht regelmatig gewezen op de mogelijkheid om een schematherapeut te zoeken. Dat neemt niet weg dat het voor cliënten prettig en helpend is om met een zelfhulpboek (ook) zelf aan de slag te kunnen.

Het is lastig om te bepalen wanneer welk boek het beste ingezet kan worden. Het doel van beide boeken is gelijk en ook de inhoud stemt voor een groot deel overeen. Het boek *Patronen doorbreken* vinden wij overzichtelijker en het is wat beknopter. *Doorbreek je patronen in vijf stappen* is complexer: de aandacht voor de verschillende valkuilen in combinatie met de modi leidt tot tientallen begrippen waarin de lezer zich een weg moet zien te vinden. Dit vraagt meer van hem en maakt het boek mogelijk geschikter voor cliënten die al een basis in de schematherapie hebben, of die het boek met begeleiding van een therapeut doorwerken. Deze lezers krijgen dan wel veel extra verdiepende uitleg en zinvolle oefeningen. Ook uit de opzet in vijf stappen, en de erkenning dat elke stap veel aandacht en inspanning vraagt, blijkt dat de auteur de lezer bij de hand wil nemen in het vaak taaie veranderproces om te komen tot nieuwe patronen.

Vincent van Bruggen is supervisor en docent CGT, en is werkzaam als gz-psycholoog bij Mindfit Zwolle.

Machteld Mantel-het Lam is werkzaam als gz-psycholoog bij Mindfit Zwolle en maakt in haar therapieën al jaren gebruik van het boek *Patronen doorbreken*.

Correspondentieadres: vincentvanbruggen@gmail.com

.....

Het stellen van een doel met Episodic Future Thinking bevordert gezonde beslissingen

.....

Athamneh, L. N., Stein, M. D., Lin, E. H., Stein, J. S., Mellis, A. M., Gatchalian, K. M., Epstein, L. H., & Bickel, W. K. (2021). Setting a goal could help you control: Comparing the effect of health goal versus general episodic future thinking on health behaviors among cigarette smokers and obese individuals. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 29, 59-72.
<https://doi.org/10.1037/pha0000351>

Wereldwijd zijn de belangrijkste risicofactoren voor overlijden tabaksgebruik en de gevolgen die verband houden met obesitas, zoals hoge bloeddruk, een hoog bloedglucosegehalte en een hoge bodymassindex. Roken en zwaarlijvigheid hebben twee gemeenschappelijke gedragskenmerken: (a) buitensporige voorkeur voor beloningen op de korte termijn, en (b) buitensporige waardering van en vraag naar een ongezonde bekrachtiger (sigaretten, fastfood). De voorkeur voor korte termijn beloningen kan worden beoordeeld met *delay discounting* (DD), een gedragsindicator voor verslaving en de waardering van een bekrachtiger. Het verminderen van DD ofwel het verminderen van de vraag naar een ongezonde bekrachtiger kan negatieve gewoonten onder controle houden en positief gezondheidsgedrag bevorderen.

Een opkomende aanpak voor het terugdringen van DD is Episodic Future Thinking (EFT). Bij EFT stelt men zich levendig persoonlijke ervaringen voor die zich realistisch gezien in de toekomst zouden kunnen voordoen. Er wordt aangenomen dat EFT DD vermindert door individuen te begeleiden bij het nadenken over mogelijke toekomstige uitkomsten tijdens intertemporele besluitvorming, waardoor het temporele perspectief van het heden naar de toekomst verschuift. Eerdere studies hebben een effect van

EFT aangetoond op het verminderen van de waardering van ongezonde bekrachtigers.

Aangezien een individu impulsiever kan zijn voor een specifieke bekrachtiger (bijvoorbeeld sigaretten, voedsel) maar niet voor een andere (bijvoorbeeld alcohol), kan het personaliseren en afstemmen van EFT op het gewenste gedrag (bijvoorbeeld stoppen met roken, gezonder eten) gunstig zijn.

Het huidige onderzoek onderzocht in twee afzonderlijke studies de effectiviteit bij het terugdringen van DD van EFT-gebeurtenissen die zijn gepersonaliseerd voor iemands toekomstige gezondheidsdoelen (EFT-gezondheidsdoel) versus algemene EFT-gebeurtenissen (EFT-algemeen) die op geen enkele andere manier verband hielden met gezondheidsdoelen. Daarnaast werden de effecten van gezondheidsdoelen en algemeen episodisch denken op de waardering van bekrachtigers met behulp van een hypothetische aankooptaak onderzocht.

Beide onderzoeken zijn uitgevoerd met behulp van gegevens die online zijn verzameld op het Amazon Mechanical Turk (mTurk)-platform. Deelnemers beantwoordden een korte demografische vragenlijst, genereerden de gebeurtenissen en voltooiden een taak om het aankoopbedrag aan te passen. Daarna voltooiden de deelnemers een beoordeling van het verlangen naar sigaretten dan wel fastfood en een taak voor het kopen van sigaretten dan wel fastfood.

In studie 1 werd de impact op DD van EFT-gezondheidsdoelstellingen en EFT-algemeen vergeleken met ERT-algemeen, de waardering van sigaretten en de vraag naar sigaretten onder 189 sigarettenrokers (70 vrouwen). ERT (Episodic Recent Thinking) werkt net als EFT, maar ERT-gebeurtenissen vinden in het recente verleden plaats en niet in de recente toekomst.

Hoewel studie 1 aantoonde dat het combineren van een gezondheidsdoel met algemene EFT significant geassocieerd was met minder trek in en vraag naar sigaretten, is de rol van toekomstdenken in deze combinatie niet helemaal duidelijk. Om dit helderder te krijgen, hebben we in studie 2 een aanvullende, vierde groep opgenomen (gezondheidsgerelateerde ERT). Daarnaast probeerden we in studie 2 de resultaten van studie 1 systematisch te repliceren en uit te breiden door het effect van de EFT-gezondheidsdoelstelling op kortingspercentages, de waardering van fastfood en de vraag naar fastfood onder 255 zwaarlijvige individuen (151 vrouwen) te beoordelen.

Vergelijkbaar met studie 1 toonde studie 2 aan dat het combineren van een gezondheidsdoel met algemene EFT significant geassocieerd was met minder verlangen en vraag naar fastfood vergeleken met de controlegroep. In beide onderzoeken veranderde EFT-algemeen de intensiteit en elasticiteit van de vraag naar sigaretten of fastfood niet significant. Deze bevindingen suggereren dat de versterking van het toekomstdenken door het opnemen van een gezondheidsdoel gezonde beslissingen kan bevorderen en kan resulteren in positieve gedragsveranderingen.

De huidige bevindingen duiden op een mogelijk domeinspecifiek effect van het toevoegen van een gezondheidsdoel aan EFT, waardoor de hunkering naar en waardering voor een bepaalde ongezonde bekrachtiger kan afnemen, als die bekrachtigers het bereiken van het gewenste doel belemmeren.

EFT, gestructureerd rond gezondheidsdoelen, stelt een individu in staat om zowel de potentiële voordelen van het overwinnen van de drang naar onmiddellijk genot als de waarde van toekomstige beloningen ten volle te overwegen. Het versterken van het toekomstdenken door het opnemen van een gezondheidsdoel kan gezonde beslissingen bevorderen en een mechanisme zijn waarmee EFT tot positieve gedragsveranderingen kan leiden. De ontwikkeling van uit meerdere componenten bestaande behandelingen die een EFT-component voor gezondheidsdoelen hebben, kan het effect van het terugdringen van de consumptie van ongezonde bekrachtigers versterken.

COMMENTAAR VAN DE REDACTIE (HERMIEN ELGERSMA)

.....

Episodic Future Thinking (EFT) verwijst naar de mogelijkheid om jezelf in gedachten in de nabije toekomst voor te stellen. EFT is een concept dat al enige jaren onderzocht wordt. De toevoeging van EFT aan behandelingen op het gebied van psychopathologie lijkt veel belovend en wordt bij diverse gebieden onderzocht, zoals depressie, autisme, suïcidepreventie en alcoholmisbruik, om maar een paar gebieden te noemen. De studies verschillen overigens van kwaliteit.

Dit artikel beschrijft twee op elkaar voortbordurende studies op het gebied van gezonde leefstijl. Het concept EFT biedt voor mensen die sigaretten roken en voor mensen met obesitas een interessante toevoeging aan bestaande leefstijlinterventies. EFT zou individuen kunnen helpen positieve keuzes te maken en daarmee tot gedragsverandering te komen. Hoewel er een enorm aanbod is op het gebied van gezonde leefstijlinterventies, laten de resultaten nog zeker ruimte voor verbetering over. Naast dergelijke interventies en interventies ter preventie op maatschappelijk niveau om een gezonde leefstijl zo vroeg en zo veel mogelijk te maken in de maatschappij, biedt EFT voor de behandeling van individuen een interessant en veelbelovend concept.

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).

de Neef, M., Giesen, R., & van Langen, W. (2024). *Een positief zelfbeeld: Een cognitief-gedragstherapeutische interventie voor mensen met LVB en een negatief zelfbeeld*. Boom.

Kerkhof, A., & van Spijker, B. (2024). *Piekeren en (suïcidale) schrikbeelden: Hoe trotseer ik mijn suïcidale gedachten?* Boom.

Koopmans, W. (2024). *Kapitein op eigen schip: Vaar mee met Doortje en leer over gepieker, gevoelens en gedoe!* Niño.

Liber, J. (2024). *Anders leren denken met Vincenzo het vuurvliegje: Dierenverhalen voor cognitief gedragstherapeuten die werken met jonge kinderen*. SWP.

Pameijer, N., Kramer, A., & Draaisma, N. (2024). *Handelingsgerichte diagnostiek in de Jeugdzorg en de JGGZ: Samen van vraag naar plan*. Acco.

Sharp, C., & Bevington, D. (2024). *Mentaliseren in de psychotherapie: Een gids voor therapeuten*. Uitgeverij Nieuwezijds.

van der Heijden, P., Claes, L., & Witteman, C. (2024). *Bij de psycholoog: Vind je weg in de psychologische hulpverlening*. Uitgeverij Nieuwezijds.

van Dijk, A., & Brauckman, J. (2024). *Heartly: Psycho-educatie over hechtingsproblematiek*. Niño.

Van Lierde, D. (2024). *Werkboek EMDR bij kinderen en adolescenten*. Bohn Stafleu van Loghum.

van Meekeren, E., & Spaans, J. (2024). *Zelfregulatie: Grip op heftige emoties, negatieve gedachten en impulsief gedrag*. Boom.

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.

Nieuwe abonnementen

Abonnementen kunnen op elk gewenst tijdstip ingaan. Nieuwe abonnementen kunnen alleen via www.tijdschriftgedragstherapie.nl/abonnementen/abonneren worden opgegeven of per e-mail aan abonnementen@boom.nl. 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 236 en 237 boek 6 BW. Mocht dit anders zijn, dan bent u gehouden dit binnen één maand na ingang van het abonnement per e-mail (abonnementen@boom.nl) of schriftelijk bij de abonnementenadministratie van de uitgever aan te geven.

Wijziging of beëindiging abonnement

Bij wijziging van naam en/of adres verzoeken wij u een e-mail te zenden aan de abonnementenadministratie.

Abonnementen worden aangegaan voor de duur van één jaar. Het abonnement wordt na verloop van één jaar telkens stilzwijgend verlengd. Na het eerste jaar geldt voor particulieren een opzegtermijn van 1 maand. Zakelijke abonnementen kunnen opgezegd worden aan het eind van een jaar, met inachtneming van 1 maand voor het einde van de termijn. Opzegging geschiedt schriftelijk of per e-mail. De opzegging kan worden gericht aan de abonnementenadministratie op abonnementen@boom.nl.

Betaling

U ontvangt een factuur voor de betaling.

GEDRAGSTHERAPIE

Zevenenvijftigste jaargang, nummer 3, september 2024

Pagina 225-340

225 *Redactioneel*

226 **Lotte Gosens, Esther Hesselink, Robert Didden, Jannet de Jonge, Arnt Schellekens, Joanneke VanDerNagel, Patrick Onghena, Roy Otten & Evelien Poelen**

Effectiviteit van Take it Personal!+, een behandeling voor problematisch middelengebruik bij mensen met een LVB

254 **Martie de Jong & Jeffrey van der Starre**

Recente ontwikkelingen binnen cognitive behavior therapy-enhanced (CBT-E)

272 **Erik ten Broeke, Jiska Weijermans & Leonieke Vet**

Over het optimaliseren van therapeutische experimenten: 'Beyond the Lines of Defense'

293 **Erik ten Broeke, Steven Meijer & Ytje van Pelt**

Over de Sr-pos in de functieanalyse

307 **Marieke Tollenaar, Eline IJzerman, Christel Dingerdis & Hameeda Lakho**

Het beloop van psychische klachten en herstel tijdens deelname aan gestructureerd lotgenotencontact voor slachtoffers van huiselijk geweld

BOEKBESPREKING

334 **Vincent van Bruggen & Machteld Mantel-het Lam**

Hannie van Genderen, Gitta Jacob & Laura Seebauer (2023). *Patronen doorbreken: Negatieve gevoelens en gewoonten herkennen en veranderen* & Hannie van Genderen (2023). *Doorbreek je patronen in vijf stappen: Een systematisch plan om negatieve gevoelens, gedachten en gedrag te veranderen*

VOOR U GELEZEN

337 Athamneh, L. N., Stein, M. D., Lin, E. H., Stein, J. S., Mellis, A. M., Gatchalian, K. M., Epstein, L. H., & Bickel, W. K. (2021). Setting a goal could help you control: Comparing the effect of health goal versus general episodic future thinking on health behaviors among cigarette smokers and obese individuals. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 29, 59-72.

340 *Ontvangen*

Boom Tijdschriften

ISSN 0167-7454