

*Tijdschrift voor gedragstherapie
en cognitieve therapie*

1

2025

GEDRAGSTHERAPIE

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*

Miriam Lommen — *adjunct-hoofdredacteur*

Hermien Elgersma

Arnold van Emmerik

Kristof Hoorelbeke

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
tvb.boomtijdschriften.nl

Aanwijzingen voor auteurs

De auteursrichtlijnen vindt u op
www.tijdschriftgedragstherapie.nl.

Nieuwe vormgeving, vertrouwde inhoud

Dit is het eerste nummer van 2025, en wat voor een nummer. Voor deze ene keer heb ik het niet (meteen) over de inhoud, maar gaat het eerst over de vormgeving van de buiten- en de binnenkant! Het afgelopen jaar zijn we bezig geweest met een vernieuwing van het logo, de kleursamenstelling, en het binnenwerk. Natuurlijk is de kern van dit tijdschrift om nieuwe kennis, inzichten en dus inhoud te delen, maar tegelijkertijd: het oog wil ook wat, toch? We hopen van harte dat deze vormgeving jullie aanspreekt! Kijk ook zeker even op de website (www.tijdschriftgedragstherapie.nl), ook die is vernieuwd.



En dan natuurlijk de inhoud; die zeker net zo mooi en vernieuwend is als de vormgeving. Ben je geïnteresseerd in technologische vernieuwingen zoals *virtual en augmented reality* exposure bij angst? Bekijk dan zeker het artikel van Chloë Boghe, Tom Van Daele, Nele De Witte en Sara Scheve-neels hierover. Zou je iets willen leren over werkdruk, stressklachten en veerkracht bij gedragstherapeuten (dus bij jezelf of collega's)? Lilach Shaul, Lars de Vroege en Anneloes van den Broek onderzochten dit bij 711 leden van de VGCT. Annemieke Kamstra, Milou Wiersum, Mirjam Meek, Robert Schoevers, Sybolt de Vries en Frederike Jörg beschrijven aan de hand van mooie casuïstiek de waardevolle combinatie van klinische traumabehandeling met dialectische gedragstherapie. En Klaske Glashouwer, Eva Van Malderen en Lien Goossens bieden Nederlandstalige normen voor de Child Eating Disorder Examination (ChEDE), hetgeen helpt bij de interpretatie van testresultaten en diagnostiek.

Daarnaast zijn er drie boekbesprekingen: Vincent van Bruggen bespreekt het boek *Dialogues for discovery: Improving psychotherapy's effectiveness* van Christine Padesky & Helen Kennerley; Rebecca van den Berge-Minnaar bespreekt *Afkicken van je ex: Zelfhulp bij (toxisch) liefdesverdriet* van Courtney Soderlind Warren, en Arnold van Emmerik bespreekt *Written exposure therapy for PTSD: A brief treatment approach for mental health professionals* van Denise Sloan & Brian Marx. De rubriek Voor u gelezen gaat over de mate waarin klinische diagnostiek bijdraagt aan betere behandelresultaten; een onderwerp dat zowel aansluit bij fundamentele discussies als implicaties heeft voor de klinische praktijk.

Veel plezier met de 'binnenkant én buitenkant'.

ELSKE SALEMINK
Hoofdredacteur

Virtual en augmented reality exposure voor angstgerelateerde problemen in de klinische praktijk

Een overzicht van laagdrempelige mogelijkheden

► CHLOË BOGHE, TOM VAN DAELE, NELE DE WITTE & SARA SCHEVENEELS

Samenvatting Exposure is een van de meest effectieve interventies bij de behandeling van angstproblemen, maar in de klinische praktijk wordt ze onderbenut. Virtual en augmented reality (VR/AR) blijken werkzame, acceptabele en praktische manieren om exposure aan te bieden, en kunnen mogelijk een oplossing bieden voor dit ondergebruik. Belangrijke drempels die behandelaren echter nog ervaren bij het inzetten van VR/AR is de kostprijs ervan en een gebrek aan kennis over de mogelijkheden wat betreft hard- en software. Deze bijdrage omvat daarom een overzicht van een aantal laagdrempelige en budgetvriendelijke VR/AR-toepassingen voor exposure. We hopen behandelaren hiermee het nodige houvast te bieden wanneer ze VR/AR willen inzetten bij hun behandelingen voor angstproblemen.

TREFWOORDEN — *exposure, virtual reality, augmented reality, angst, in vivo*

Kernboodschappen voor de klinische praktijk

- VR- en AR-exposure worden momenteel beperkt toegepast in de klinische praktijk, mede vanwege de kostprijs ervan en een gebrek aan kennis over de mogelijkheden wat betreft hard- en software.
- Behandelaren kunnen VR/AR inzetten bij behandelingen van angstproblemen door laagdrempelige en budgetvriendelijke toepassingen te gebruiken.
- Niettegenstaande het potentieel van VR/AR, is er behoefte aan bijkomend onderzoek omtrent de toepassingen van VR/AR bij de behandeling van angstproblemen.

Inleiding

Angststoornissen worden gekenmerkt door overmatige, intense angst en vermijdingsgedrag, die leiden tot hinder in het dagelijks functioneren (Lindner et al., 2019). Het zijn veelvoorkomende aandoeningen met een *lifetime* prevalentie van naar schatting 30% (Kessler et al., 2005). Een van de meest effectieve elementen in de behandeling van angststoornissen is exposure (Hofmann & Smits, 2008; Norton & Price, 2007). Exposure is een techniek waarbij patiënten in een veilige context worden blootgesteld aan gevreesde objecten, activiteiten of situaties die ze normaal gezien vermijden (American Psychological Association Division 12, 2017). Vaak wordt exposure *in vivo* aangeboden, waarbij individuen worden blootgesteld aan *echte* gevreesde stimuli of situaties (American Psychological Association Division 12, 2017). Meta-analyses tonen aan dat exposure *in vivo* als een opzichzelfstaande behandeling of als onderdeel van een bredere cognitief-gedragstherapeutische behandeling heel goed werkzaam is voor verschillende angstproblemen (zie bijvoorbeeld: Norton & Price, 2007).

Ondergebruik van exposure Hoewel exposure een van de meest effectieve interventies voor angstproblemen is, wordt deze behandeltechniek onderbenut in de klinische praktijk (Deacon & Farrell, 2013; Deacon et al., 2013; Pittig et al., 2019). Dit is het geval bij de behandeling van zowel volwassenen (Hipol & Deacon, 2013) als kinderen en jongeren met angst (de Jong et al., 2020; Whiteside et al., 2016). Een Amerikaanse studie onder gedrags-therapeuten toonde aan dat slechts 19-33% van hen exposure gebruikte bij de behandeling van volwassenen met angststoornissen (Hipol & Deacon, 2013). Daarnaast vonden de Jong en collega's (2020) dat behandelaren uit Vlaanderen en Nederland in minder dan de helft van de gevallen exposure gebruikten bij kinderen en jongeren met angstproblemen.

Verschillende studies onderzochten welke factoren bijdragen aan dit ondergebruik van exposure. Een eerste belemmering is *terughoudendheid bij patiënten*, omdat die het aangaan van een directe en reële confrontatie met gevreesde objecten of situaties als te bedreigend kunnen ervaren (Choy et al., 2007; Garcia-Palacios et al., 2007). Hierdoor kan een deel van de patiënten een behandeling met exposure weigeren of afhaken tijdens de behandeling (Boeldt et al., 2019; Choy et al., 2007).

Niet alleen patiënten, maar ook behandelaren blijken terughoudend om exposure toe te passen. Deze terughoudendheid heeft onder meer te maken met allerlei *negatieve overtuigingen* over exposure. Verschillende studies tonen aan dat deze negatieve overtuigingen ertoe bijdragen dat exposure beperkter wordt toegepast (de Jong et al., 2020; Deacon et al., 2013; Pittig et al., 2019; Reid et al., 2017; Whiteside et al., 2016). Zowel Pittig en collega's (2019) als Schneider en collega's (2020) vonden dat bij therapeuten met name de overtuiging speelt dat exposure schade zou kunnen toebrengen aan patiënten. Deze schade kan onder meer betrekking hebben op: [1] het

feit dat patiënten niet in staat zijn de hoge angstniveaus tijdens exposure te tolereren, [2] decompensatie en hertraumatisering, maar ook [3] fysieke schade, zoals gebeten worden door een hond (bij een hondenfobie), betrokken raken bij een auto-ongeluk (bij rijangst) of iemand daadwerkelijk neersteken (bij *harm OCD*).

Hieraan gerelateerd is een derde belemmering: dat het uitvoeren van exposure gepaard gaat met *ongemak bij sommige behandelaren*. Deze behandelaren ervaren exposure als stresserend, risicovol en uitdagend (Deacon & Farrell, 2013; Pittig et al., 2019). Schumacher en collega's (2014, 2015) vonden uitgesproken fysiologische stressreacties bij therapeuten tijdens het toepassen van exposure, die bovendien vergelijkbaar waren met de stressreacties bij hun patiënten. Uit onderzoek van Pittig en collega's (2019) blijkt dat 37,7% van de therapeuten belemmerd wordt in het uitvoeren van exposure omdat dat stresserend is voor hen. Deze therapeuten voelen zich bijvoorbeeld onzeker of patiënten wel klaar zijn voor exposure, zijn bang om patiënten schade te berokkenen of hebben een slechte ervaring met eerdere mislukte exposurebehandelingen. Verder zien sommige therapeuten af van het gebruik van exposure omdat ze zelf angstig zijn voor de voorwerpen of situaties waaraan patiënten blootgesteld moeten worden. Dit houdt het risico in dat deze therapeuten zelf de indruk wekken dat gevreesde objecten of situaties bedreigend zijn. Daarnaast maken therapeuten zich zorgen over hun vermogen om tijdens exposure het negatieve affect bij zowel patiënt als zichzelf te verdragen (Deacon & Farrell, 2013). Kortom, sommige therapeuten vermijden de toepassing van exposure vanwege negatieve overtuigingen en ongemak.

Praktische uitdagingen bij het uitvoeren van exposure vormen weer een andere belemmering. Meer bepaald is het uitvoeren van in vivo exposure soms moeilijk te realiseren (bijvoorbeeld in geval van angst voor onweer), kan het erg kostbaar zijn (bijvoorbeeld bij vliegangst) of vereist het een intensieve of tijdrovende voorbereiding (Boeldt et al., 2019; Diemer et al., 2015; Pot-Kolder & van der Gaag, 2020). Zo moet voor exposure bij spreekangst de behandelaar een publiek verzamelen, of moet hij voor exposure bij angst voor spinnen op zoek gaan naar spinnen en die in leven houden.

Virtual en augmented reality exposure

Een mogelijke oplossing voor een aantal van de hiervoor genoemde belemmeringen is het aanbieden van exposure via *virtual reality* (VR) of *augmented reality* (AR). Hierna gaan we verder in op wat VR/AR-exposure inhoudt, de mogelijke voordelen en uitdagingen ervan, en de huidige stand van zaken betreffende de toepassing ervan in de klinische praktijk.

Definitie Virtual reality exposure (VRE), ook wel 'exposure in virtuo' genoemd, is een vorm van exposuretherapie waarbij patiënten in een virtuele omgeving worden blootgesteld aan gevreesde objecten of situaties (Lind-

ner et al., 2019; Wechsler et al., 2019). Virtuele omgevingen kunnen worden geprogrammeerd met behulp van computersoftware of kunnen worden gefilmd met gespecialiseerde camera's die 360°-video's creëren van scènes uit de echte wereld (Bell et al., 2020). Patiënten krijgen de virtuele omgeving doorgaans aangeboden via een virtual reality bril (VR-bril), ook bekend als head-mounted display (HMD) (Bell et al., 2020; Wechsler et al., 2019). De VR-bril bevat doorgaans een beeldscherm, luidsprekers en een tracker (Krijn et al., 2004). Deze tracker registreert de bewegingen van de patiënten, zodat de visuele input in de virtuele omgeving verandert in overeenstemming met de bewegingen die zij maken (Krijn et al., 2004). De VR-bril is al dan niet aangesloten op een computer, die door de therapeut wordt aangestuurd en waarop hij kan zien wat de patiënten zien in de virtuele wereld (Krijn et al., 2004). Naast deze gespecialiseerde headsets zijn er ook VR-brillen waarin een smartphone geplaatst kan worden om een virtuele omgeving aan te bieden (voor een uitgebreide beschrijving van de hardware-mogelijkheden, zie verderop in dit artikel).

Bij VRE zijn twee concepten van belang. Ten eerste *immersie*, een concept dat verwijst naar de objectieve technologische mogelijkheden die het VR-systeem biedt om de zintuigen te stimuleren (Bell et al., 2020; Bowman & McMahan, 2007). Deze stimulatie wordt gecreëerd door personen visuele, auditieve en soms tactiele prikkels aan te bieden (Krijn et al., 2004). Het tweede belangrijke concept is *sense of presence*, dat verwijst naar de subjectieve psychologische reactie van de gebruiker op het VR-systeem (Bowman & McMahan, 2007), met name het gevoel aanwezig te zijn in de virtuele omgeving (Krijn et al., 2004). VRE streeft naar een hoge immersie, teneinde bij patiënten een hoge sense of presence te creëren (Diemer et al., 2015). Zo vonden Wiederhold en collega's (1998) dat een hogere immersie leidde tot een hogere sense of presence en een sterkere mate van fysiologische reactiviteit, wat belangrijk kan zijn om in de virtuele wereld dezelfde mate van angst en gelijkaardige reacties op te wekken als in de echte wereld (Vincelli & Riva, 2002). Dit suggereert dat de mate van immersie een belangrijke rol kan spelen in hoe effectief VRE is.

Een gerelateerde technologie is *augmented reality* (AR). *Augmented reality exposure* (ARE) is een vorm van exposure waarbij patiënten niet worden ondergedompeld in een volledig virtuele wereld (zoals bij VRE), maar waarbij virtuele objecten toegevoegd worden aan de echte wereld (Baus & Bouchard, 2014; De Witte et al., 2020). Zo kunnen spinnen, slangen of andere dieren toegevoegd worden (figuur 1). Patiënten kunnen de virtuele objecten aangeboden krijgen via (sommige) VR-brillen of andere HMD's (bijvoorbeeld HoloLens 2), maar ook via meer toegankelijke toestellen, zoals smartphones of tablets (De Witte et al., 2020, 2022).

Werkzaamheid Systematische reviews en meta-analyses ondersteunen de effectiviteit van VRE bij verschillende angstgerelateerde stoornissen (Emmelkamp & Meyerbröker, 2021; Maples-Keller et al., 2017; Wiebe et al., 2022). Zo blijkt bij de behandeling van sommige angstproblemen VRE ef-



Figuur 1 Voorbeeld van een augmented reality toepassing (ZeroPhobia – Spinnenangst). Opgenomen met toestemming.

fectiever dan controle- en wachtlijstcondities, en even goed werkzaam als in vivo exposure (Carl et al., 2019; Dellazizzo et al., 2020; Powers & Emmelkamp, 2008). Hierbij dient opgemerkt te worden dat de werkzaamheid van VRE vooral onderzocht werd bij specifieke fobieën en spreekangst, en veel minder onderzoek beschikbaar is voor VRE bij andere angstgerelateerde problemen, zoals dwang, gegeneraliseerde sociale angst en paniekstoornis. Bovendien is er enige evidentie die suggereert dat de effecten van VRE behouden blijven op lange termijn (Oprîş et al., 2012) en succesvol generaliseren naar de echte wereld (Morina et al., 2015; Oprîş et al., 2012).

Voor een uitgebreide review over de werkzaamheid van VR bij (onder meer) angstgerelateerde stoornissen verwijzen we naar Emmelkamp en Meyerbröker (2021). Met betrekking tot specifieke fobieën als hoogtevrees, dierenfobieën en vliegangst is er evidentie voor effectgroottes van VRE die even groot zijn als die van exposure in vivo (Donker et al., 2019; Meyerbröker et al., 2018; Morina et al., 2015; Wechsler et al., 2019). Ook voor paniekstoornis en agorafobie suggereren de beschikbare RCT's een gelijkaardige werkzaamheid van VRE en in vivo exposure (zie bijvoorbeeld: Meyerbröker et al., 2013). Betreffende sociale-angststoornis tonen twee meta-analyses dat VRE tot betere effecten leidt dan passieve controlecondities (bijvoorbeeld wachtlijst) en worden geen significante verschillen in effectgroottes gevonden tussen VRE en actieve controlecondities (bijvoorbeeld in vivo exposure of CGT) (Chesham et al., 2018; Kampmann et al., 2016). Een meta-analyse specifiek gericht op spreekangst toont aan dat zowel VRE als in vivo exposure effectief is, met een marginale voorkeur voor in vivo exposure (Reeves et al., 2022). Voor dwang zijn er weinig studies beschikbaar naar de effecten van het inzetten van VR bij exposure (en responspreventie). Een mogelijke reden hiervoor is dat het idiosyncratische karakter van deze problematiek het ontwikkelen van geschikte VRE-omgevingen bemoeilijkt. Een beperkt aantal single-case, preklinische en

pilotstudies suggereert dat VRE potentieel heeft bij dwang, maar bijkomend onderzoek is noodzakelijk voordat er meer definitieve conclusies te trekken zijn (Inozu et al., 2020; Laforest et al., 2016). Bij posttraumatische-stressstoornis (PTSS) kan VR ondersteuning bieden tijdens *prolonged exposure*, in het bijzonder wanneer patiënten moeite hebben met het visualiseren tijdens imaginaire exposure. In de Verenigde Staten zijn enkele RCT's uitgevoerd onder soldaten met PTSS, waarbij zij werden blootgesteld aan een virtuele omgeving van de oorlogszones waarin de traumatische gebeurtenis plaatsvond, terwijl zij traumatische herinneringen ophaalden. Uit de grootste RCT (Reger et al., 2016) blijkt dat VRE tot gunstige resultaten leidt, maar niet noodzakelijk effectiever is dan prolonged exposure zonder VRE-component. Integendeel, tijdens follow-up bleek prolonged exposure enigszins effectiever. Een meta-analyse van tien RCT's (Deng et al., 2019) vond een matig effect van VRE op PTSS-symptomen, waarbij VRE even effectief bleek als andere traumagerichte CGT. Gezien de kosten waarmee het ontwikkelen van dergelijke omgevingen gepaard gaat, heeft het meeste onderzoek tot nu toe gefocust op PTSS in een militaire context (bijvoorbeeld in Vietnam, Irak of volgend op aanslagen, zoals die op de WTC-torens in New York). In de tussentijd wordt er echter ook geëxperimenteerd met gepersonaliseerde VR voor individuele trauma's, al is de onderzoeksevidentie daarvoor nog heel beperkt (Best et al., 2024).

Een belangrijke kanttekening bij het interpreteren van de onderzoeksevidentie is de variabele kwaliteit van het beschikbare onderzoek. Met name omvatten heel wat studies kleine steekproeven, ontbreken (actieve) controlecondities en wordt vaak niet nagegaan of er een transfer is van de effecten naar het dagelijks leven (Page & Coxon, 2016). Hoewel de kwaliteit van het onderzoek de laatste jaren is verbeterd, is er sprake van heterogeniteit en publicatiebias (Dellazizzo et al., 2020; Fernández-Álvarez et al., 2019).

Onderzoek naar de werkzaamheid van ARE is schaarser. Enkele kleinschalige onderzoeken suggereren dat ARE effectief is in het verminderen van angst bij spinnen- of kakkerlakkenfobie (Botella et al., 2010, 2016; Chicchi Giglioli et al., 2015). Bovendien blijven deze effecten tot 1 jaar na follow-up behouden (Botella et al., 2010). Daarnaast blijkt uit een *randomized controlled trial* (RCT) dat ARE even effectief kan zijn als VRE en exposure in vivo bij de behandeling van spinnen- of kakkerlakkenfobie (Suso-Ribera et al., 2019).

Voordelen en uitdagingen VRE en ARE hebben een aantal voordelen die een oplossing kunnen bieden voor een aantal van de hiervoor besproken belemmeringen die gepaard gaan met het gebruik van exposure in vivo. Een eerste voordeel is dat patiënten VRE acceptabeler lijken te vinden dan exposure in vivo. Zo toonden Garcia-Palacios en collega's (2007) aan dat 76% van de patiënten VRE verkoos boven exposure in vivo, en dat 27% van de patiënten exposure in vivo zou weigeren, terwijl slechts 3% VRE zou weigeren. Van de patiënten die VRE verkozen, gaf 90,4% aan dat ze dit deden

omdat ze te bang waren om zich in vivo bloot te stellen aan de gevreesde objecten of situaties. Dit suggereert dat ze het idee van blootstelling aan virtuele gevreesde objecten of situaties minder eng lijken te vinden dan blootstelling aan echte gevreesde objecten of situaties. De resultaten van een studie door Scheveneels en collega's (2023) liggen in dezelfde lijn, wat suggereert dat de stap naar exposure in VRE kleiner is dan die naar exposure in vivo. Patiënten lijken VRE acceptabeler en minder bedreigend te vinden, waardoor hun bereidheid om exposure te ondergaan wellicht groter is.

Een tweede voordeel is dat VRE kan worden gebruikt bij angsten waarbij exposure in vivo moeilijk te realiseren of te bekostigen is (zoals bij angst voor onweer of vliegangst) en zo tegemoetkomt aan de praktische hindernissen bij exposure in vivo (Maples-Keller et al., 2017; Pot-Kolder & van der Gaag, 2020). VR biedt patiënten een reeks aan mogelijke stimuli en situaties die rechtstreeks beschikbaar zijn binnen de veilige en vertrouwde omgeving van de therapieruimte, wat hun privacy en vertrouwelijkheid waarborgt (Wiederhold et al., 2002). Daarnaast leidt VRE mogelijk tot minder negatieve overtuigingen en ongemak bij behandelaars, aangezien zij de volledige controle hebben over onder meer de intensiteit, duur, moeilijkheidsgraad en frequentie van de exposure (Diemer et al., 2015; Freeman et al., 2017; Wiederhold et al., 2002). Dit geeft behandelaars tevens de mogelijkheid om de exposure aan te passen op maat van de individuele patiënt (Boeldt et al., 2019; Maples-Keller et al., 2017).

Hoewel VRE veel voordelen biedt, zijn er ook enkele uitdagingen. Het rapporteren van bijwerkingen gebeurt nog onvoldoende in onderzoek naar VR en AR in een psychiatrische context, maar verschillende studies wijzen op het voorkomen van *cyber sickness* (Lundin et al., 2023). Cyber sickness wordt gekenmerkt door symptomen van misselijkheid, hoofdpijn en duizeligheid, vergelijkbaar met die van bewegingsziekte of wagenziekte (Diemer et al., 2015; Pot-Kolder & van der Gaag, 2020). Het ontstaat door een mismatch in de sensorische input, bijvoorbeeld tussen het visuele systeem en het vestibulaire systeem (waarneming van beweging) (Rebenitsch & Owen, 2016). Dit kan zich voordoen wanneer de patiënt zich beweegt in de virtuele omgeving (visuele input van beweging), maar stilstaat in de echte wereld (Diemer et al., 2015). Daarnaast wordt cyber sickness ook in verband gebracht met technische aspecten, zoals de kwaliteit van beelden en schermen, of de interactie en navigatie in de virtuele omgeving (Weech et al., 2019). Dit leidt ertoe dat het voorkomen van cyber sickness sterk kan variëren tussen verschillende toepassingen (Lundin et al., 2023). Over het algemeen kunnen we echter stellen dat cyber sickness bij slechts een kleine minderheid van de patiënten voorkomt en de ervaren symptomen vaak mild zijn (Krijn et al., 2004). De symptomen van cyber sickness verdwijnen ook meestal naarmate de patiënt meer gewend raakt aan VRE (Pot-Kolder & van der Gaag, 2020). Minder dan 5% van de patiënten stopt met VRE vanwege cyber sickness (Diemer et al., 2015). Het inlassen van pauzes tijdens VRE kan helpen om cyber sickness te voorkomen (Krijn et al., 2004).

Ten slotte kunnen ook de relatief hoge kostprijs van VR en een gebrek aan digitale geletterdheid bij hulpverleners uitdagingen zijn voor het gebruik van VR. Hier gaan we in de volgende paragraaf verder op in.

Huidige stand van zaken in de klinische praktijk Hoewel VRE en ARE veelbelovend zijn, lijkt de toepassing en implementatie ervan in de klinische praktijk niet vanzelfsprekend. Uit een studie door Lindner en collega's (2019) onder Zweedse gedragstherapeuten blijkt dat de overgrote meerderheid van therapeuten (86%) nog nooit VRE heeft gebruikt. Binnen Nederland en Vlaanderen zijn hieromtrent geen cijfers beschikbaar, maar vermoedelijk worden VRE en ARE ook hier slechts sporadisch toegepast. Een belangrijke vraag is welke factoren daarbij een rol kunnen spelen.

Over het algemeen blijken behandelaren positief te staan tegenover de toepassing van VRE en onderkennen zij de voordelen ervan, zoals controle over en beschikbaarheid van stimuli en situaties (Lindner et al., 2019). Toch leven er ook enkele bezorgdheden bij behandelaren, zoals de mogelijk nefaste invloed die VRE heeft op de therapeutische relatie. Hierbij speelt met name mee dat het dragen van een VR-bril oogcontact belemmert (Meyerbröker & Emmelkamp, 2008). Uit enkele studies blijkt echter dat VRE geen negatieve invloed heeft op de therapeutische relatie, en dat er geen verschillen worden gevonden in de kwaliteit van de therapeutische relatie tussen VRE en exposure in vivo (Ngai et al., 2015; Wrzesien et al., 2013). Daarnaast zijn therapeuten bezorgd dat patiënten tijdens VRE zullen afhaken, omdat zij de virtuele omgeving als onrealistisch en irrelevant kunnen ervaren (Meyerbröker & Emmelkamp, 2008). Ook deze bezorgdheid wordt niet ondersteund door onderzoek: hieruit blijkt immers dat de uitvalspercentages bij VRE zelfs iets lager liggen dan die bij exposure in vivo (Benbow & Anderson, 2019).

Twee andere drempels, die we hiervoor reeds aanhaalden, zijn: [1] de kennis en vaardigheden bij behandelaren, en [2] de kostprijs van VR-technologie. De laatste jaren zijn VR/AR-toepassingen steeds gebruiksvriendelijker geworden en is er – vanwege de toegenomen kwaliteit en kwantiteit van soft- en hardware – steeds minder sprake van technische storingen (Maples-Keller et al., 2017). Niettemin lijken heel wat behandelaren nog niet op de hoogte van de verschillende mogelijkheden. Wat betreft de kostprijs is de technologie de laatste jaren steeds betaalbaarder geworden. Met name de kosten van VR-hardware zijn afgenomen; VR-software kan daarentegen nog erg kostbaar zijn (Boeldt et al., 2019; Pot-Kolder & van der Gaag, 2020). Dit is met name het geval voor meer geavanceerde software die veel mogelijkheden tot interactie en maatwerk biedt. Voor veel individuele therapeuten en kleinschalige zorgorganisaties is de aanschaf van dergelijke VR-technologie geen haalbare kaart. Er zijn echter ook heel wat laagdrempelige en budgetvriendelijke mogelijkheden voorhanden om VRE en ARE in de praktijk toe te passen (Bernaerts et al., 2023). Om behandelaren bekend te maken met deze mogelijkheden, geven we er in de volgende paragraaf een overzicht van.

Laagdrempelige mogelijkheden voor virtual reality exposure (VRE) en augmented reality exposure (ARE) in de praktijk

Om therapeuten een houvast te bieden bij het toepassen van VRE en ARE in de klinische praktijk, geven wij hierna een overzicht van een aantal laagdrempelige mogelijkheden. ‘Laagdrempelig’ noemen we daarbij toepassingen die: [1] op vrij beschikbare hardware te installeren zijn en niet vereisen dat men een toestel specifiek voor de betreffende toepassing dient aan te schaffen bij een bepaalde aanbieder, en die [2] hoogstens een eenmalige uitgave vereisen om de toepassing aan te schaffen, en die dus geen terugkerende (abonnements)kosten met zich meebrengen. We bespreken eerst de mogelijkheden op het vlak van hardware en vervolgens die op het vlak van software. Per toepassing geven we bijkomende informatie over de doelgroep, de kostprijs en de beschikbare onderzoeksevidentie. Alle mogelijkheden die hierna worden besproken, zijn (al dan niet tegen betaling) toegankelijk voor behandelaren.

Hardware Wie zichzelf wil onderdompelen in VR, heeft een head-mounted display of een VR-bril nodig. Er zijn VR-brillen in diverse soorten en prijsklassen, ruwweg op te splitsen in drie categorieën: smartphone VR, standalone headsets en headsets gekoppeld aan een computer. De goedkoopste VR-brillen zijn brillen waarin een smartphone geplaatst kan worden waarop de VR-software draait (bijvoorbeeld Google Cardboard, Shinecon, BoboVR of VR-i Evolution). Deze brillen kosten ongeveer tussen € 15 en € 125. Hoewel de meeste smartphones in zulke VR-brillen passen, is het belangrijk om de afmetingen ervan te controleren. Daarnaast zijn er duurdere standalone VR-brillen waarop de VR-software rechtstreeks draait (bijvoorbeeld Meta Quest 3S of Pico Neo). Daar is dus geen smartphone voor nodig. De prijzen van deze brillen variëren tussen € 350 en € 600.

Wat betreft AR-toepassingen wordt doorgaans gebruikgemaakt van een smartphone of een tablet. Er zijn in het verleden ook specifieke AR-headsets ontwikkeld (zoals de HoloLens 2), maar dit zijn vaak dure toestellen, met een beperkt visueel veld. Momenteel zien we de opkomst van *passthrough* AR (bijvoorbeeld Meta Quest 3 en Apple Vision Pro), waarbij de camera's aan de buitenzijde van een VR-bril waarheidsgetrouw de echte omgeving in beeld kunnen brengen en die gebruiken om een AR-ervaring te creëren. In de toekomst zal men dus indien gewenst VR en AR met dezelfde hardware kunnen gebruiken. Smartphone AR blijft echter het grootste potentieel hebben voor zelfstandig gebruik buiten de therapieruimte.

De duurste oplossingen zijn headsets gekoppeld aan een pc (bijvoorbeeld Valve Index of Vive Pro). Deze brillen kosten ongeveer tussen € 750 en € 1250, maar vereisen bovendien een verbinding (bekabeld of draadloos) met een krachtige (en kostbare) gamingcomputer. Beeldkwaliteit en gebruikerservaring zijn vaak superieur, maar vanwege de vereiste technische

kennis en kosten raden we deze oplossing af voor behandelaren die zich voor het eerst aan VR willen wagen.

11

Software Wat betreft software staan we stil bij twee opties: computergegenereerde VR en 360°-video. Bij computergegenereerde VR wordt door softwareontwikkelaars een omgeving geprogrammeerd met behulp van computersoftware, vergelijkbaar met het ontwikkelen van een computerspel (Bell et al., 2020). Vaak is het voor patiënten mogelijk om zich in die virtuele omgeving te bewegen en ermee te interacteren (Ionescu et al., 2021). Afhankelijk van de specificaties kunnen patiënten bijvoorbeeld voorwerpen beetpakken of met virtuele avatars in gesprek gaan. De mogelijkheden bevinden zich op een continuüm dat loopt van amper tot veel interactiemogelijkheden en realtime controle over de VR-scenario's. Bij meer geavanceerde software kunnen de ontwikkel- en licentiekosten echter sterk oplopen (Ionescu et al., 2021).

Een tweede optie is het gebruik van 360°-video's. Gespecialiseerde camera's nemen daarvoor beelden in 360° op van de echte wereld (bijvoorbeeld Insta360 of Ricoh Theta). De prijzen van kwalitatieve modellen die weinig technische kennis vereisen variëren tussen € 350 en € 550. Een meegeleverd computerprogramma plakt de beelden aan elkaar tot een 360°-beeld (*stitching*), dat vervolgens kan worden afgespeeld in een VR-bril. De patiënt bevindt zich tijdens het afspelen op het punt waar de camera tijdens de opname stond en kan 360° in het rond kijken (Bell et al., 2020). Hij of zij kan echter niet rondlopen in de omgeving. Aangezien het opnamen betreft, zijn er beperkte tot geen interactiemogelijkheden, en kan het scenario niet in realtime aangepast worden (Meyerbröcker & Morina, 2021). Een belangrijk voordeel van 360°-video is dat het een eenvoudige, snelle en goedkope manier is om VR-scenario's te creëren (Ionescu et al., 2021). Bovendien betreft het fotorealistische omgevingen, die een hoge realiteitswaarde kunnen hebben (Nason et al., 2020). Wel is de kwaliteit van de video voor de patiënt sterk afhankelijk van de afspelerresolutie, beeldschermkwaliteit en mogelijk ook internetverbinding, waardoor sommige video's korrelig of vaag kunnen ogen. Omdat het creëren van zulke omgevingen minder technische vaardigheid en kennis vereist, kunnen behandelaren zelf virtuele omgevingen creëren die relevant zijn bij de behandeling van bepaalde angstproblematieken en ze op maat van hun patiënten toesnijden (Ionescu et al., 2021). Ze hoeven hiervoor niet noodzakelijk een beroep te doen op een programmeur of ontwikkelaar.

Voorbeelden van laagdrempelige VR/AR-toepassingen

In deze paragraaf geven we een overzicht van verschillende laagdrempelige mogelijkheden waarmee behandelaren VRE of ARE kunnen inzetten tijdens de behandeling van diverse angstklachten. Er dient opgemerkt te worden dat dit overzicht niet exhaustief is.

Een eerste mogelijkheid, die zeer eenvoudig is en gratis, is het gebruik van 360°-video's die beschikbaar zijn op YouTube en die relevant kunnen zijn voor de toepassing van VR in de behandeling van angst. Het YouTube-kanaal Digital Mental Health (Digital Mental Health, z.d.) biedt 360°-video's die gebruikt kunnen worden bij hoogtevrees en claustrofobie. Deze video's zijn beschikbaar gesteld door de Onderzoekslijn Psychologie en technologie van de Thomas More-hogeschool. Een ander YouTube-kanaal (Virtual Reality Behandeling/Treatment Online, z.d.) biedt 360°-video's aan die bruikbaar kunnen zijn bij de behandeling van agorafobie, rijangst, vliegangst, injectiefobie en liftfobie. Ten slotte biedt weer een ander YouTube-kanaal (Exposure Therapy 360 Videos (by Andrew Sherrill), z.d.) 360°-video's aan die gebruikt kunnen worden bij de behandeling van sociale angst, agorafobie, claustrofobie en spreekangst. Alle bovengenoemde 360°-video's kunnen via de YouTube-app worden afgespeeld op een Android-smartphone die in een VR-bril wordt geplaatst of rechtstreeks op de VR-bril zelf. Momenteel is het voor Apple-gebruikers niet mogelijk om YouTube te combineren met een smartphone VR-bril. Ook is er momenteel nog geen duidelijke wetenschappelijke evidentie over de effectiviteit van deze via YouTube aangeboden 360°-video's in de behandeling van angstproblemen.

Een andere mogelijkheid is het gebruik van applicaties (apps) die rechtstreeks kunnen worden gedownload (al dan niet tegen betaling) via de App Store, Google Play of specifieke VR-app-stores (bijvoorbeeld Meta Quest of Steam). Behandelaren kunnen deze apps downloaden en installeren op een smartphone of rechtstreeks op sommige VR-brillen. Hierna geven we een beschrijving van een aantal apps die gebruikt kunnen worden bij de behan-

Tabel 1 *Praktische informatie over smartphoneapplicaties*

App	Problematiek	Android	iOS	Kostprijs	
ZeroPhobia – Hoogtevrees	Hoogtevrees	x (7.0 of nieuwer)	x (14.0 of nieuwer)	€ 9,99	
ZeroPhobia – Vliegangst	Vliegangst	x (5.0 of nieuwer)	x (13.0 of nieuwer)	€ 9,99	
ZeroPhobia – Spinnenangst	Spinnenfobie	x (7.0 of nieuwer)	x (13.0 of nieuwer)	€ 9,99	
EASYHEIGHTS	Hoogtevrees		x (11.0 of nieuwer)	Gratis	
AR Spiders	Spinnenfobie		x (12.0 of nieuwer)	€ 1,99	
SpeakAPP!-Kids	Spreekangst	x (4.4 of nieuwer)	x (14.0 of nieuwer)	Gratis	

deling van verschillende angstproblemen. Tabel 1 geeft een overzicht van de achtergrond van deze apps.

EASYHEiGHTS (Universität Basel, z.d.; Wang, 2021) biedt 360°-video's die gebruikt kunnen worden bij de behandeling van volwassenen en jongeren vanaf 16 jaar met hoogtevrees. EASYHEiGHTS kan ingezet worden zowel in het kader van (begeleide en onbegeleide) zelfhulp als binnen een regulier hulpverleningstraject. De app omvat drie scenario's, namelijk een berglandschap, een bosrand en een stedelijke omgeving. Elk scenario omvat vervolgens 15 levels. In het eerste level van elk scenario staan patiënten op een platform dat zich één meter boven de grond bevindt. Hun wordt gevraagd om hun angstniveau door te geven en afhankelijk hiervan gaan ze verder naar het volgende level. In de eerste fase beweegt het platform per level telkens één meter omhoog, in de latere levels neemt de hoogte toe met meerdere meters tegelijk. In het laatste level bevindt het platform zich 75 meter boven de grond. De werkzaamheid van deze app werd onderzocht in een RCT waaraan 70 proefpersonen met hoogtevrees deelnamen (Bentz et al., 2021). Proefpersonen in de experimentele conditie kregen een training met de app aangeboden, terwijl proefpersonen in de controleconditie deze training niet kregen. Uit de resultaten bleek dat proefpersonen in de experimentele conditie na de training een grotere afname in angst rapporteerden dan proefpersonen in de controleconditie. De studie vond een Cohens *d* van 1,27, wat wijst op een groot effect.

Ook de gratis app SpeakAPP!-Kids (Radboud University Nijmegen, 2023) maakt gebruik van 360°-video's. Deze app werd ontwikkeld door onderzoekers van de Radboud Universiteit en kan gebruikt worden voor de behandeling van kinderen met spreekangst. In deze 360°-video's kunnen

	Talen	Ontwikkelaars	Website
	Nederlands Engels	Vrije Universiteit Amsterdam Universiteit Twente	www.zerophobia.app/nl/hoogtevrees
	Nederlands Engels	Vrije Universiteit Amsterdam	www.zerophobia.app/nl/vliegangst
	Nederlands Engels	Vrije Universiteit Amsterdam	www.zerophobia.app/nl/spinnenangst
	Engels	Universiteit van Basel	https://mcn.unibas.ch/de/publications/mobile-apps/easyheights
	Engels	Joachim Mertens	
	Nederlands	Radboud University Nijmegen	www.ru.nl/onderzoek/onderzoeksnieuws/gratis-speakapp-kids-helpt-kinderen-om-spreekangst-te-overwinnen

kinderen presenteren voor een klaslokaal, zonder publiek of met een publiek bestaande uit kinderen en een leerkracht. Er kan gekozen worden voor een publiek van verschillende leeftijden in de basisschool (groep 3 tot groep 8, wat overeenkomt met 7 tot 12 jaar). Daarnaast biedt de app de mogelijkheid om tijdens de presentatie eigen aantekeningen en een timer te gebruiken. De werkzaamheid van de app wordt ondersteund door de resultaten van een RCT waaraan 98 kinderen uit de groepen 4, 5 en 6 van het basisonderwijs deelnamen (Sülter et al., 2022). Kinderen in de experimentele groep oefenden drie keer hun spreekbeurt met de app, terwijl kinderen in de controleconditie oefenden zonder de app. Uit de resultaten bleek dat de kinderen in de experimentele conditie tijdens en tot 1 week na de spreekbeurt een grotere daling in angst vertoonden dan de kinderen in de controleconditie.

Naast apps die gebruikmaken van 360°-video's zijn er ook apps die uitsluitend computergegenereerde VR of AR aanbieden, zoals de betaalde apps van ZeroPhobia. Een voorbeeld hiervan is hun app voor hoogtevrees, die als (begeleide en onbegeleide) zelfhulp, dan wel binnen een regulier hulpverleningstraject ingezet kan worden voor de behandeling van volwassenaan met hoogtevrees (van Gelder, 2018; ZeroPhobia, z.d.). De behandeling bestaat uit zes modules, die gebaseerd zijn op cognitief-gedrags-therapeutische technieken en die in lengte variëren van 5 tot maximaal 40 minuten. De modules voorzien in psycho-educatie, doelen stellen, VRE, disfunctionele gedachten identificeren, helpende functionele gedachten ontwikkelen en een angsthiërarchie opstellen. Patiënten doorlopen deze modules onder begeleiding van een virtuele therapeut. Zodra een module is afgerond, wordt een volgende module ontgrendeld. De derde module omvat VRE en bestaat uit twee VR-omgevingen: de binnenkant en de buitenkant van een theater. Binnen deze omgevingen kunnen patiënten verschillende opdrachten uitvoeren om het theater voor te bereiden op een theateruitvoering. Deze opdrachten omvatten verschillende, stapsgewijze niveaus van exposure aan hoogten (bijvoorbeeld startend op een korte ladder tot op het dak van het theater staan). Na elk level beoordelen patiënten hun angstniveau op een schaal van 0 tot 10. Bij een score van 3 of lager kunnen ze doorgaan naar de volgende opdracht. Bij een score van 4 of hoger wordt de opdracht opnieuw uitgevoerd. Ongeacht de score kan de patiënt er echter steeds voor kiezen om opdrachten opnieuw te doorlopen.

De werkzaamheid van deze app voor hoogtevrees werd onderzocht in een RCT waaraan 193 proefpersonen met hoogtevrees deelnamen, die vergeleken werden met patiënten met een wachtlijstconditie (Donker et al., 2019). Uit de resultaten bleek dat de app succesvol was in het verminderen van hoogtevrees. De effectgrootte voor de afname in hoogtevrees bij de experimentele conditie vergeleken met de wachtlijstconditie was groot, met een Cohens *d* van 1,14 (95% BI: 0,84-1,44). Opgemerkt moet worden dat voor de studie van Donker en collega's (2019) een *conflict of interest* werd gerapporteerd. Twee auteurs ontvingen subsidies en waren betrokken bij de ontwikkeling van de app (die bedoeld was voor commerciële toepas-

sing), maar om mogelijke belangenverstrengeling te voorkomen waren ze niet betrokken bij de data-analyse en de publicatie van de bevindingen.

Naast de app voor hoogtevrees biedt ZeroPhobia ook een app voor vlieg-angst aan (ZeroPhobia, z.d.). Ook deze betaalde app kan gebruikt worden als (begeleide en onbegeleide) zelfhulp of binnen een regulier hulpverleningstraject, in dit geval voor de behandeling van volwassenen met vlieg-angst (van Gelder, 2021a; ZeroPhobia, z.d.). De behandeling bestaat uit zes gelijksoortige modules als die in de ZeroPhobia-app voor hoogtevrees. De VRE-module bestaat in dit geval uit zeven VR-omgevingen: inchecken op de luchthaven, wachten op de vlucht, een stoel zoeken op het vliegtuig, opstijgen, het vliegen zelf, turbulentie en landen. Ook in deze omgevingen krijgen patiënten opdrachten als voorwerpen zoeken, ontspanningsoefeningen uitvoeren of een angstige medepassagier kalmeren. De voortgang verloopt op dezelfde manier als in de ZeroPhobia-applicatie voor hoogtevrees.

Een RCT waaraan 153 proefpersonen met vlieg-angst deelnamen biedt ondersteuning voor de werkzaamheid van deze app voor vlieg-angst (Donker et al., 2023). Uit de resultaten bleek dat de app (in vergelijking met een wachtlijstcontroleconditie) succesvol was in het verminderen van vlieg-angst. De studie vond een Cohens d van 0,98 (95% BI: 0,65-1,32), wat wijst op een groot effect. Daarnaast bleek uit de resultaten dat deze effecten tot 1 jaar na de follow-up behouden bleven. De effectgrootte was groot, met een Cohens d van 1,12 (95% BI: 0,46-1,79). Een kanttekening bij de studie van Donker en collega's (2023) is dat ook hier twee auteurs subsidies ontvingen en betrokken waren bij de ontwikkeling van de app (die bedoeld was voor commerciële toepassing). Om mogelijke belangenverstrengeling te voorkomen waren ze echter niet betrokken bij de data-analyse en publicatie van bevindingen.

De derde en laatste app binnen de ZeroPhobia-reeks is die voor spinnen-angst (ZeroPhobia, z.d.). Ook deze app is zowel te gebruiken in het kader van (begeleide en onbegeleide) zelfhulp als binnen een regulier hulpverleningstraject, in dit geval voor de behandeling van volwassenen met een spinnenfobie (van Gelder, 2021b). De behandeling bestaat uit dezelfde zes modules als de andere ZeroPhobia-apps, maar in tegenstelling tot de twee andere apps wordt hier AR gebruikt in plaats van VR. Een virtuele spin – die patiënten zelf kunnen kiezen uit vijf soorten (hooiwagen, kruisspin, grijze huisspin, wolfspin of vogelspin) – wordt toegevoegd aan de echte wereld, en patiënten krijgen opdrachten als de spin benaderen of hem over hun hand laten lopen. Ten slotte is er de mogelijkheid dat patiënten hun eigen virtuele huisspin gaan verzorgen: ze kunnen hem een naam geven, te eten geven en aankleden.

Toffolo en collega's (2022) onderzochten de effectiviteit van deze app voor spinnen-angst in een RCT waaraan 112 proefpersonen met spinnenfobie deelnamen. Hoewel de resultaten van deze studie nog niet zijn gepubliceerd, werd er opnieuw een conflict of interest voor gerapporteerd, aangezien twee van de auteurs subsidies ontvingen en betrokken waren bij de

ontwikkeling van de app (die bedoeld is voor commerciële toepassing). Om mogelijke belangenverstrengeling te voorkomen waren de auteurs echter niet betrokken bij de data-analyse.

Voor verdere informatie over de reeks ZeroPhobia-apps en de beschikbare handleiding voor therapeuten verwijzen we naar de website van ZeroPhobia (z.d.). Naast de Zerophobia-app voor spinnenangst zijn er nog andere AR-apps die ingezet kunnen worden bij de behandeling van spinnenfobie. Die bespreken we hierna. Verder werd met ZeroOCD een Europees onderzoeksproject opgestart dat moet leiden tot een AR-applicatie voor de behandeling van dwang (Transforming Health and Care Systems, z.d.).

Een andere applicatie die toegepast kan worden bij de behandeling van volwassenen met spinnenfobie is AR Spiders (Mertens, 2018), een app die oorspronkelijk werd ontwikkeld als entertainment. Ze maakt het middels AR mogelijk om virtuele spinnen toe te voegen aan de echte wereld. Bovendien biedt deze app de mogelijkheid om hiervan een video-opname te maken. De spinnen kunnen variëren in soort en grootte, en kunnen bewegen (bijvoorbeeld naar de patiënt toe, van punt A naar punt B, of aanval-len). Er is momenteel geen wetenschappelijke evidentie beschikbaar omtrent de werkzaamheid van deze app.

Twee toepassingen die in het verleden uitgebreid zijn onderzocht zijn (momenteel) niet publiek beschikbaar, namelijk Phobos AR en Phobys. Naast AR-apps voor de behandeling van spinnenfobie bestaan er ook apps die ingezet kunnen worden bij de behandeling van verschillende dierenfobieën. Een van deze apps is Phobos AR. Deze app werd ontwikkeld voor de behandeling van specifieke dierenfobieën, waaronder die voor spinnen, kakkerlakken, muizen, slangen, kikkers, honden en vogels. Via AR kunnen deze dieren toegevoegd worden aan de echte wereld. De visualisaties kunnen variëren van schematisch tot realistisch, en kunnen ook variëren in grootte. Daarnaast kunnen de virtuele dieren handelingen uitvoeren, zoals bewegen (bijvoorbeeld van de patiënt weg of naar de patiënt toe, of springen) of lawaai maken (bijvoorbeeld blaffen). Op die manier kunnen minder en meer uitdagende situaties gecreëerd worden. Er is momenteel geen rechtstreekse wetenschappelijke evidentie beschikbaar voor de effectiviteit van deze app in het verminderen van angst. Wel toonden De Witte en collega's (2020, 2022) aan dat deze app succesvol angst voor deze diersoorten kan opwekken, met als kanttekening dat een van de auteurs van het onderzoek van De Witte en collega's (2022) tevens de ontwikkelaar van de app is.

De app Phobys is ontwikkeld voor de behandeling van volwassenen en jongeren vanaf 16 jaar met een spinnenfobie (Phobys, z.d.; Wang, 2021). Ook deze app kan zowel ingezet worden in het kader van (begeleide of onbegeleide) zelfhulp als binnen een regulier hulpverleningstraject. De behandeling bestaat uit tien levels, waarbij een virtuele spin wordt toegevoegd aan de echte wereld. In elk level voeren patiënten opdrachten uit die geleidelijk moeilijker worden, zoals de spin observeren en hem benaderen.

Op het einde van elk level wordt patiënten gevraagd of ze de opdrachten hebben volbracht en geven ze hun angst aan met een score. Als hun angstscore hoog is, herhalen patiënten het level, en indien hun angstscore laag is, gaan ze naar het volgende level. Het is op basis van de website en de beschrijving van de app niet duidelijk hoe hoog of laag deze score precies moet zijn.

De werkzaamheid van de Phobys-app voor spinnenangst werd onderzocht in een RCT waaraan 66 proefpersonen met een spinnenfobie deelnamen (Zimmer et al., 2021). Proefpersonen in de experimentele conditie konden gedurende 2 weken zelfstandig een training volgen via de app, terwijl proefpersonen in de controleconditie deze training niet kregen. De resultaten toonden aan dat proefpersonen in de experimentele conditie na de training een grotere angstdaling voor spinnen vertoonden dan proefpersonen in de controleconditie, met een Cohens d van 0,57, wat wijst op een gemiddeld effect. Daarnaast was er in de experimentele conditie een afname van walging in vergelijking met de controleconditie. De studie vond een Cohens d van 0,41, wat wijst op een klein tot gemiddeld effect. Voor de studie van Zimmer en collega's (2021) werd een conflict of interest gerapporteerd, aangezien de gebruikte technologie gelicentieerd was aan GeneGuide AG, een afsplitsing van de Universiteit van Bazel die was opgericht door twee van de auteurs voor commerciële toepassing. Beide auteurs waren echter niet betrokken bij de dataverzameling of -analyse.

Discussie en conclusie

Hoewel exposure een van de meest effectieve componenten in de behandeling van angst is, wordt deze techniek onderbenut in de klinische praktijk. Het gebruik van VR en AR kan een oplossing bieden voor dit ondergebruik. VRE blijkt heel werkzaam, en kan een acceptabele en praktische manier zijn om exposure aan te bieden. Desondanks lijken VRE en ARE in de praktijk nog beperkt te worden toegepast bij de behandeling van angstproblemen. Een gebrek aan kennis over soft- en hardwaremogelijkheden en de verwachte kostprijs kunnen drempels zijn die therapeuten ervaren. Sommige softwarepakketten hebben wel degelijk een hoge kostprijs, maar er zijn ook laagdrempelige en budgetvriendelijke toepassingen voorhanden. Deze bijdrage omvat een overzicht van een aantal van dergelijke laagdrempelige mogelijkheden. Hierbij dient opgemerkt te worden dat dit overzicht in geen geval exhaustief is. Omdat nieuwe toepassingen en mogelijkheden van *digital mental health* elkaar in snel tempo opvolgen, is dit slechts een momentopname van enkele actuele en toepasbare applicaties.

Graag plaatsen we nog enkele kanttekeningen bij dit overzicht en deze bijdrage. Ten eerste valt op dat de beschikbare laagdrempelige mogelijkheden vooral gericht zijn op de behandeling van specifieke fobieën. Dit sluit aan bij het bredere onderzoeks- en toepassingsveld van VRE en ARE, waar de focus steeds sterk lag op zulke specifieke fobieën. Daarnaast valt op dat

de mogelijkheden vooral gericht zijn op de behandeling van angstproblemen bij volwassenen. Er is behoefte aan bijkomende toepassingen en onderzoek naar de behandeling van andere angstproblemen en naar de behandeling van kinderen en jongeren met angstproblemen.

Ten tweede is er sprake van een groeiend aantal VR-producten, -platforms en -apps, waardoor het voor behandelaars niet altijd gemakkelijk is om de kwaliteit daarvan in te schatten en een empirisch gefundeerde keuze te maken. Bovendien zijn sommige van deze producten ontwikkeld door commerciële partners en door technici, zonder de input van klinici of onderzoekers, waardoor belangrijke functionaliteiten voor de behandeling van angst ontbreken (Meyerbröcker & Morina, 2021). Het is dan ook belangrijk dat deze toepassingen onderworpen worden aan gedegen, onafhankelijk wetenschappelijk onderzoek om de werkzaamheid ervan na te gaan. Momenteel blijken sommige van de laagdrempelige toepassingen in dit overzicht onderzocht en werkzaam, maar er blijft niettemin behoefte aan bijkomende, grootschalige studies.

Ten derde (en aansluitend) is het belangrijk dat de werkzaamheid van goedkopere VRE- en ARE-mogelijkheden (360°-video's, apps) ook vergeleken wordt met die van duurdere en meer geavanceerdere opties. Wat betreft hardware toonde een onderzoek van Bernaerts en collega's (2023) aan dat bij relaxatie de effectiviteit van goedkope smartphone VR-brillen vergelijkbaar is met die van duurdere standalone VR-brillen in het aanbieden van 360°-video's. Of dit ook het geval is voor angstproblemen moet verder onderzocht worden. Daarnaast dient tevens onderzocht te worden of dezelfde resultaten gevonden worden op het vlak van software. 360°-video's zijn bijvoorbeeld laagdrempelig en relatief goedkoop, maar laten geen interactie toe en bieden geen mogelijkheden om de exposure in realtime aan te passen (Meyerbröcker & Morina, 2021). Het is nog de vraag of dit resulteert in suboptimale behandel-effecten en voor welke problematieken meer geavanceerde software noodzakelijk is. Voor gegeneraliseerde sociale angst bijvoorbeeld lijkt de mogelijkheid tot het aangaan van interactie crucialer dan in het geval van hoogtevrees.

Ten vierde kan opgemerkt worden dat we in deze bijdrage vooral focussen op de vergelijking tussen VRE en in vivo exposure. Dit ligt in lijn met de wetenschappelijke literatuur, waarin precies deze vergelijking de meeste aandacht krijgt. In de klinische praktijk wordt echter ook imaginaire exposure ingezet (met name bij trauma). Ten aanzien van imaginaire exposure kan VRE een aantal mogelijke voordelen hebben (Best et al., 2020; Boeldt et al., 2019). Meer specifiek heeft de behandelaar tijdens imaginaire exposure slechts een beperkte controle en kennis over de visualisaties en mentale beelden van de patiënt. De vaardigheid om levendige mentale beelden te visualiseren verschilt van patiënt tot patiënt, en deze vaardigheid blijkt af te nemen met de leeftijd (Grenier et al., 2015). Bovendien kan een minder levendige imaginatie door de patiënt aangewend worden als vermijdingsstrategie, zonder dat de behandelaar er weet van heeft. VR daarentegen laat de behandelaar toe om exact na te gaan wat de patiënt in de

virtuele wereld ziet en kan imaginatie ondersteunen bij patiënten voor wie imaginatie een uitdaging is. Momenteel is er echter weinig empirische ondersteuning voor deze vermeende voordelen. Studies naar PTSS waarbij VR wordt ingezet om exposure aan te bieden of om imaginaire exposure te ondersteunen, tonen geen duidelijke meerwaarde van VR-condities vergeleken met louter imaginaire condities (zie bijvoorbeeld: Difede et al., 2022; Reger et al., 2016). In de studie van Reger en collega's (2016) werd tijdens de follow-upmetingen zelfs een grotere symptoomreductie gevonden in de prolonged exposure conditie zonder VR. Verder vonden Difede en collega's (2022) dat prolonged exposure (zonder VR) effectiever blijkt bij niet-depressieve patiënten, terwijl VRE effectiever is bij depressieve patiënten.

Ten vijfde kan het gebruik van VRE beschouwd worden als een 'vermijdende' manier om exposure aan te bieden, en dit zowel langs de kant van de patiënt als langs de kant van de therapeut. Voor patiënten kan VRE aantrekkelijker zijn dan exposure in vivo omdat men verwacht in VRE minder angstig te zijn dan bij een in vivo confrontatie (Garcia-Palacios et al., 2007). Door het aanbieden van VRE aan deze patiënten kunnen therapeuten mogelijk meegaan in de vermijding van patiënten. Daarnaast kunnen therapeuten VRE zien als een 'veiliger' vorm van exposure en op die manier hun eigen spanning en ongemak bij het doen van in vivo exposure uit de weg gaan. Vanuit een pragmatisch standpunt lijkt het voor sommige patiënten, met name zij die exposure in vivo weigeren, toch zinvol om VRE aan te bieden. Wetenschappelijk onderzoek biedt immers ondersteuning voor de werkzaamheid van VRE en suggereert dat voor sommige angstproblemen VRE niet hoeft onder te doen voor in vivo exposure (Carl et al., 2019). Daarnaast kan het gebruik van VRE patiënten en therapeuten die anders geen exposure zouden toepassen over de streep trekken om toch exposure te doen en eventueel een opstap of tussenstap zijn voor in vivo exposure (Garcia-Palacios et al., 2007; Scheveneels et al., 2023; Schimmel & Krans, 2024). Het resultaat is dat een groter aantal patiënten met angstproblemen een effectieve behandeling krijgt. Het is echter belangrijk om te blijven beseffen dat VRE een vermijdende manier van exposure kan zijn en om ervoor te zorgen dat VRE – indien aangewezen – wordt ingezet als aanvulling op, in plaats van vervanging van, exposure in vivo.

Een andere vraag die nog verder onderzocht dient te worden is hoe VRE en ARE in de klinische praktijk kunnen worden ingezet: standalone of in de vorm van *blended care*. Het aanbieden van exposure via VR of AR kan bijvoorbeeld dienen als een eerste of tussenliggende stap, alvorens verder te gaan met in vivo exposure. In een pilotstudie waaraan zes patiënten met een paniekstoornis en/of sociale-angststoornis deelnamen, werd bij vier van hen na één VR-sessie een toename in de bereidheid tot in vivo exposure gezien (Schimmel & Krans, 2024). Deze bereidheid nam over het algemeen niet verder toe na meerdere VR-sessies, wat suggereert dat één VR-sessie voldoende is. Contrasterend met deze resultaten vonden Scheveneels en collega's (2023) geen ondersteuning voor de hypothese dat bij subklinische angst voor spinnen blootstelling in VR leidt tot grotere bereidheid tot het

aangaan van in vivo exposure. De toepassing van VRE of ARE is niet alleen een *opstap* naar in vivo exposure, maar kan ook *afgewisseld* worden met in vivo exposure. Dit heeft het potentieel om de mogelijkheden voor en variatie in exposureoefeningen sterk te vergroten, aangezien VR gemakkelijk toegang geeft tot verschillende stimuli en situaties. Ten slotte kunnen VRE en ARE ook ingezet worden bij huiswerkopdrachten. Met name smartphone-applicaties zijn wat dit betreft veelbelovend. De patiënt kan dan bijvoorbeeld via AR angstopwekkende stimuli toevoegen binnen de eigen thuiscontext.

Het gebruik van AR en VR vraagt van hulpverlener en patiënt enige digitale vaardigheden. Het in dit artikel weergegeven overzicht van toegankelijke en gebruiksvriendelijke applicaties is bedoeld om drempels te verlagen en behandelaren te ondersteunen om deze technologie in te zetten wanneer dat voor de patiënt meerwaarde zou kunnen hebben.

Omdat het onderzoeksveld nog in volle ontwikkeling is, zijn er momenteel geen duidelijke richtlijnen over het concreet en praktisch inzetten van VR en AR in de klinische praktijk. Het betreft dan niet enkel de vraag die hiervoor werd gesteld (namelijk op welk moment in de behandeling VR/AR moet worden ingezet), maar tevens de vraag voor welke patiënten welke vorm van exposure de voorkeur heeft. Tot nog toe lag de focus van onderzoek hoofdzakelijk op de werkzaamheid van VRE/ARE en op de attitudes van hulpverleners, maar minder op deze klinische vragen. Toekomstig onderzoek zal hieromtrent hopelijk meer handvatten bieden. Vooralsnog kan de behandelaar uitgaan van zijn of haar eigen klinisch oordeel, en zich bij beslissingen over het inzetten van VR en AR laten leiden door casusconceptualisatie en functieanalyse. Krijgt de therapeut bijvoorbeeld de indruk dat VR/AR een sterk veiligheidssignaal is voor de patiënt, dan zullen in vivo oefeningen een belangrijke aanvulling zijn. Een voorbeeld van de opzet van een VR-behandeling is terug te vinden in hoofdstuk 8 van het *Handboek exposure* van Pot-Kolder en van der Gaag (2020).

Ten slotte zijn veel van de besproken mogelijkheden momenteel nog niet CE-gecertificeerd als *medical device*. Dergelijke markering biedt de garantie dat de betreffende hard- en software voldoen aan de algemene veiligheids- en kwaliteitsvereisten die de Europese Unie stelt om op de markt gebracht te mogen worden als medisch hulpmiddel. Naarmate VR en AR de komende jaren intensiever gebruikt worden, zal er wellicht meer aandacht uitgaan naar de handhaving van het gebruik van kwalitatieve software met CE-markering. De laagdrempelige mogelijkheden die we schetsten beschouwen we daarom vooral als een goed vertrekpunt om VR te verkennen. Bij toekomstig intensiever gebruik is dan ook aan te raden om steeds na te gaan of individuele apps (of meer uitgebreide platforms) aan deze standaarden voldoen.

We concluderen dat VR en AR het potentieel hebben om het aanbieden van exposure te optimaliseren, maar dat VRE en ARE nog weinig worden toegepast. Mogelijke drempels die therapeuten ervaren zijn de kostprijs en kennis over de mogelijkheden. Deze bijdrage geeft daarom een overzicht

van laagdrempelige, budgetvriendelijke VRE- en ARE-mogelijkheden. Ondanks de behoefte aan bijkomend onderzoek, hopen we dat dit overzicht behandelaars kan inspireren als vertrekpunt om aan de slag te gaan met VR- en AR-toepassingen in de klinische praktijk, en die te integreren in hun behandelingen.

Chloë Boghe is verbonden aan PraxisP, Faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen, KU Leuven.

Tom Van Daele en **Nele De Witte** zijn werkzaam bij Psychologie en technologie van het Expertisecentrum Zorg en Welzijn, Thomas More-hogeschool.

Sara Scheveneels is werkzaam bij het departement Clinical Psychological Science, Universiteit Maastricht, en bij Durfpunt.

Correspondentieadres: Sara Scheveneels, Maastricht University, Clinical Psychological Science, Universiteitssingel 40, 6229 ER Maastricht. E-mail: sara.scheveneels@maastrichtuniversity.nl

Summary

Virtual and augmented reality exposure for anxiety-related problems in clinical practice: A review of low-threshold options

Exposure is one of the most effective interventions in the treatment of anxiety problems, but it is underused in clinical practice. Virtual and augmented reality (VR/AR) appear to be effective, acceptable and practical ways of offering exposure, and could potentially address this underuse. However, important barriers that practitioners still experience when deploying VR/AR is its cost and a lack of knowledge about the possibilities in terms of hardware and software. This contribution therefore includes an overview of a number of low-threshold and budget-friendly VR/AR applications for exposure. We hope this will give practitioners the necessary guidance when they want to make use of VR/AR in their treatments for anxiety problems.

Keywords *exposure, virtual reality, augmented reality, anxiety, in vivo*

Referenties

- American Psychological Association Division 12. (2017). *What is exposure therapy?* American Psychological Association. www.div12.org/sites/default/files/WhatIsExposureTherapy.pdf
- Baus, O., & Bouchard, S. (2014). Moving from virtual reality exposure-based therapy to augmented reality exposure-based therapy: A review. *Frontiers in Human Neuroscience*, 8, 112-112. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2014.00112>
- Bell, I. H., Nicholas, J., Alvarez-Jimenez, M., Thompson, A., & Valmaggia, L. (2020). Virtual reality as a clinical tool in mental health research and practice. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 22, 169-177. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2020.22.2/lvalmaggia>
- Benbow, A. A., & Anderson, P. L. (2019). Long-term improvements in probability and costs biases following brief cognitive behavioral therapy for social anxiety disorders. *Cognitive Therapy and Research*, 43, 412-418. <https://doi.org/10.1007/s10608-018-9947-0>
- Bentz, D., Wang, N., Ibach, M. K., Schick-tanz, N. S., Zimmer, A., Papassotiropoulos, A., & de Quervain, D. J. F. (2021). Effectiveness of a stand-alone, smartphone-based virtual reality exposure app to reduce fear of heights in real-life:

- A randomized trial. *NPJ Digital Medicine*, 4, 16-16. <https://doi.org/10.1038/s41746-021-00387-7>
- Bernaerts, S., Van Assche, E., & Van Daele, T. (2023, 11 mei). Virtual reality hoeft niet duur te zijn. *Onlinehulp-Vlaanderen*. <https://onlinehulp-vlaanderen.be/blog/virtual-reality-hoeft-niet-duur-te-zijn>
- Best, P., Kupeli-Holt, S., D'Arcy, J., Elliot, A., Duffy, M., & Van Daele, T. (2024). Low-cost virtual reality to support imaginal exposure within PTSD treatment: A case report study within a community mental healthcare setting. *Cognitive and Behavioral Practice*, 31, 577-594. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2023.03.003>
- Best, P., McKenna, A., Quinn, P., Duffy, M., & Van Daele, T. (2020). Can virtual reality ever be implemented in routine clinical settings? A systematic narrative review of clinical procedures contained within case reports for the treatment of PTSD. *Frontiers in Virtual Reality*, 1, 23. <https://doi.org/10.3389/frvir.2020.563739>
- Boeldt, D., McMahon, E., McFaul, M., & Greenleaf, W. (2019). Using virtual reality exposure therapy to enhance treatment of anxiety disorders: Identifying areas of clinical adoption and potential obstacles. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 773. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00773>
- Botella, C., Bretón-López, J., Quero, S., Baños, R., & García-Palacios, A. (2010). Treating cockroach phobia with augmented reality. *Behavior Therapy*, 41, 401-413. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2009.07.002>
- Botella, C., Pérez-Ara, M. Á., Bretón-López, J., Quero, S., García-Palacios, A., & Baños, R. M. (2016). In vivo versus augmented reality exposure in the treatment of small animal phobia: A randomized controlled trial. *PloS One*, 11, e0148237. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0148237>
- Bowman, D. A., & McMahan, R. P. (2007). Virtual reality: How much immersion is enough? *Computer (Long Beach, California)*, 40, 36-43. <https://doi.org/10.1109/MC.2007.257>
- Carl, E., Stein, A. T., Levihn-Coon, A., Pogue, J. R., Rothbaum, B., Emmelkamp, P., Asmundson, G. J. G., Carlbring, P., & Powers, M. B. (2019). Virtual reality exposure therapy for anxiety and related disorders: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Anxiety Disorders*, 61, 27-36. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2018.08.003>
- Chesham, R. K., Malouff, J. M., & Schutte, N. S. (2018). Meta-analysis of the efficacy of virtual reality exposure therapy for social anxiety. *Behaviour Change*, 35, 152-166. <https://doi.org/10.1017/bec.2018.15>
- Chicchi Giglioli, I. A., Pallavicini, F., Pedroli, E., Serino, S., & Riva, G. (2015). Augmented reality: A brand new challenge for the assessment and treatment of psychological disorders. *Computational and Mathematical Methods in Medicine*, 2015, 862942-12. <https://doi.org/10.1155/2015/862942>
- Choy, Y., Fyer, A. J., & Lipsitz, J. D. (2007). Treatment of specific phobia in adults. *Clinical Psychology Review*, 27, 266-286. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.10.002>
- de Jong, R., Lommen, M. J. J., van Hout, W. J. P. J., de Jong, P. J., & Nauta, M. H. (2020). Therapists' characteristics associated with the (non-)use of exposure in the treatment of anxiety disorders in youth: A survey among Dutch-speaking mental health practitioners. *Journal of Anxiety Disorders*, 73, 102230-102230. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102230>
- De Witte, N. A. J., Buelens, F., Debar, G., Bonroy, B., Standaert, W., Tarnogol, F., & Van Daele, T. (2022). Handheld or head-mounted? An experimental comparison of the potential of augmented reality for animal phobia treatment using smartphone and HoloLens 2. *Frontiers in Virtual Reality*, 3. <https://doi.org/10.3389/frvir.2022.1066996>
- De Witte, N. A. J., Scheveneels, S., Sels, R., Debar, G., Hermans, D., & Van Daele, T. (2020). Augmenting exposure therapy: Mobile augmented reality for specific phobia. *Frontiers in Virtual Reality*, 1. <https://doi.org/10.3389/frvir.2020.00008>
- Deacon, B. J., & Farrell, N. R. (2013). Therapist barriers to the dissemination of exposure therapy. In E. A. Storch & D. McKay (Eds.), *Handbook of treating variants and complications in anxiety disorders* (pp. 363-373). Springer.

- Deacon, B. J., Farrell, N. R., Kemp, J. J., Dixon, L. J., Sy, J. T., Zhang, A. R., & McGrath, P. B. (2013). Assessing therapist reservations about exposure therapy for anxiety disorders: The Therapist Beliefs about Exposure Scale. *Journal of Anxiety Disorders*, 27, 772-780. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2013.04.006>
- Dellazizzo, L., Potvin, S., Luigi, M., & Dumais, A. (2020). Evidence on virtual reality-based therapies for psychiatric disorders: Meta-review of meta-analyses. *Journal of Medical Internet Research*, 22, e20889. <https://doi.org/10.2196/20889>
- Deng, W., Hu, D., Xu, S., Liu, X., Zhao, J., Chen, Q., Liu, J., Zhang, Z., Jiang, W., Ma, L., Hong, X., Cheng, S., Liu, B., & Li, X. (2019). The efficacy of virtual reality exposure therapy for PTSD symptoms: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 257, 698-709. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.07.086>
- Diemer, J., Pauli, P., & Mühlberger, A. (2015). Virtual reality in psychotherapy. In J. D. Wright (Ed.), *International encyclopedia of the social & behavioral sciences* (pp. 138-146). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-08-097086-8.21070-2>
- Difede, J., Rothbaum, B. O., Rizzo, A. A., Wyka, K., Spielman, L., Reist, C., Roy, M. J., Jovanovic, T., Norrholm, S. D., Cukor, J., Olden, M., Glatt, C. E., & Lee, F. S. (2022). Enhancing exposure therapy for posttraumatic stress disorder (PTSD): A randomized clinical trial of virtual reality and imaginal exposure with a cognitive enhancer. *Translational Psychiatry*, 12, 299. <https://doi.org/10.1038/s41398-022-02066-x>
- Digital Mental Health. (z.d.). *Home* [YouTube-kanaal]. Geraadpleegd 30 mei 2023 op www.youtube.com/@digitalmental-health
- Donker, T., Cornelisz, I., van Klaveren, C., van Straten, A., Carlbring, P., Cuijpers, P., & van Gelder, J. L. (2019). Effectiveness of self-guided app-based virtual reality cognitive behavior therapy for acrophobia: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry (Chicago, Illinois)*, 76, 682-690. <https://doi.org/10.1001/jama-psychiatry.2019.0219>
- Donker, T., Fehribach, J. R., van Klaveren, C., Cornelisz, I., Toffolo, M. B. J., van Straten, A., & van Gelder, J. L. (2023). Automated mobile virtual reality cognitive behavior therapy for aviophobia in a natural setting: A randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 53, 6232-6241. <https://doi.org/10.1017/S0033291722003531>
- Emmelkamp, P. M., & Meyerbröker, K. (2021). Virtual reality therapy in mental health. *Annual Review of Clinical Psychology*, 17, 495-519. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-081219-115923>
- Exposure Therapy 360 Videos (by Andrew Sherrill). (z.d.). *Home* [Youtube]. Geraadpleegd 30 mei 2023 op www.youtube.com/@exposuretherapy360videos-by9/featured
- Fernández-Álvarez, J., Rozental, A., Carlbring, P., Colombo, D., Riva, G., Anderson, P. L., Baños, R. M., Benbow, A. A., Bouchard, S., Bretón-López, J. M., Cárdenas, G., Difede, J., Emmelkamp, P., García-Palacios, A., Guillén, V., Hoffman, H., Kampmann, I., Moldovan, R., Mühlberger, A., ... Botella, C. (2019). Deterioration rates in virtual reality therapy: An individual patient data level meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 61, 3-17. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2018.06.005>
- Freeman, D., Reeve, S., Robinson, A., Ehlers, A., Clark, D., Spanlang, B., & Slater, M. (2017). Virtual reality in the assessment, understanding, and treatment of mental health disorders. *Psychological Medicine*, 47, 2393-2400. <https://doi.org/10.1017/S003329171700040X>
- García-Palacios, A., Botella, C., Hoffman, H., & Fabregat, S. (2007). Comparing acceptance and refusal rates of virtual reality exposure vs. in vivo exposure by patients with specific phobias. *Cyberpsychology & Behavior*, 10, 722-724. <https://doi.org/10.1089/cpb.2007.9962>
- Grenier, S., Forget, H., Bouchard, S., Isere, S., Belleville, S., Potvin, O., Rioux, M. È., & Talbot, M. (2015). Using virtual reality to improve the efficacy of cognitive-behavioral therapy (CBT) in the treatment of late-life anxiety: Preliminary recommendations for future research. *International Psychogeriatrics*, 27, 1217-

1225. <https://doi.org/10.1017/S1041610214002300>
- Hipol, L. J., & Deacon, B. J. (2013). Dissemination of evidenced-based practices for anxiety disorders in Wyoming: A survey of practicing psychotherapists. *Behavior Modification*, 37, 170-188. <https://doi.org/10.1177/0145445512458794>
- Hofmann, S. G., & Smits, J. A. J. (2008). Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders: A meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 69, 621-632. <https://doi.org/10.4088/jcp.v69n0415>
- Inozu, M., Celikcan, U., Akin, B., & Cicek, N. (2020). The use of virtual reality (VR) exposure for reducing contamination fear and disgust: Can VR be an effective alternative exposure technique to in vivo? *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 25, 100518. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2020.100518>
- Ionescu, A., Van Daele, T., Rizzo, A., Blair, C., & Best, P. (2021). 360° videos for immersive mental health interventions: A systematic review. *Journal of Technology in Behavioral Science*, 6, 631-651. <https://doi.org/10.1007/s41347-021-00221-7>
- Kampmann, I. L., Emmelkamp, P. M., Hartanto, D., Brinkman, W. P., Zijlstra, B. J., & Morina, N. (2016). Exposure to virtual social interactions in the treatment of social anxiety disorder: A randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 77, 147-156. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.12.016>
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Ma, R., Jin, M. A., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 593-602. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.593>
- Krijn, M., Emmelkamp, P. M., Olafsson, R., & Biemond, R. (2004). Virtual reality exposure therapy of anxiety disorders: A review. *Clinical Psychology Review*, 24, 259-281. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2004.04.001>
- Laforest, M., Bouchard, S., Crétu, A.-M., & Mesly, O. (2016). Inducing an anxiety response using a contaminated virtual environment: Validation of a therapeutic tool for obsessive-compulsive disorder. *Frontiers in ICT*, 3, 18. <https://doi.org/10.3389/fict.2016.00018>
- Lindner, P., Miloff, A., Zetterlund, E., Reuterskiöld, L., Andersson, G., & Carlbring, P. (2019). Attitudes toward and familiarity with virtual reality therapy among practicing cognitive behavior therapists: A cross-sectional survey study in the era of consumer VR platforms. *Frontiers in Psychology*, 10, 176-176. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00176>
- Lundin, R., Yeap, Y., & Menkes, D. (2023). Adverse effects of virtual and augmented reality interventions in psychiatry: Systematic review. *JMIR Mental Health*, 10, e43240. <https://doi.org/10.2196/43240>
- Maples-Keller, J. L., Bunnell, B. E., Kim, S. J., & Rothbaum, B. O. (2017). The use of virtual reality technology in the treatment of anxiety and other psychiatric disorders. *Harvard Review of Psychiatry*, 25, 103-113. <https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000138>
- Mertens, J. (2018). *AR Spiders (Versie 1.61)* [Mobiele applicatie software]. Geraadpleegd op <https://apps.apple.com/tr/app/ar-spiders/id1336663439>
- Meyerbröker, K., & Emmelkamp, P. M. (2008). Therapeutic processes in virtual reality exposure therapy: The role of cognitions and the therapeutic alliance. *Journal of Cyber Therapy and Rehabilitation*, 1, 247-257.
- Meyerbröker, K., & Morina, N. (2021). The use of virtual reality in assessment and treatment of anxiety and related disorders. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 28, 466-476. <https://doi.org/10.1002/cpp.2623>
- Meyerbröker, K., Morina, N., & Emmelkamp, P. M. G. (2018). Enhancement of exposure therapy in participants with specific phobia: A randomized controlled trial comparing yohimbine, propranolol and placebo. *Journal of Anxiety Disorders*, 57, 48-56. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2018.05.001>
- Meyerbröker, K., Morina, N., Kerkhof, G. A., & Emmelkamp, P. M. (2013). Virtual reality exposure therapy does not provide any additional value in agoraphobic patients: A randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 82,

- 170-176. <https://doi.org/10.1159/000342715>
- Morina, N., IJntema, H., Meyerbröker, K., & Emmelkamp, P. M. G. (2015). Can virtual reality exposure therapy gains be generalized to real-life? A meta-analysis of studies applying behavioral assessments. *Behaviour Research and Therapy*, 74, 18-24. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.08.010>
- Nason, E. E., Trahan, M., Smith, S., Metsis, V., & Selber, K. (2020). Virtual treatment for veteran social anxiety disorder: A comparison of 360 video and 3D virtual reality. *Journal of Technology in Human Services*, 38(3), 288-308. <https://doi.org/10.1080/15228835.2019.1692760>
- Ngai, I., Tully, E. C., & Anderson, P. L. (2015). The course of the working alliance during virtual reality and exposure group therapy for social anxiety disorder. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 43, 167-181. <https://doi.org/10.1017/S135246581300088X>
- Norton, P. J., & Price, E. C. (2007). A meta-analytic review of adult cognitive-behavioral treatment outcome across the anxiety disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 195, 521-531. <https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000253843.70149.9a>
- Opriş, D., Pinteş, S., García-Palacios, A., Botella, C., Szamosközi, S., & David, D. (2012). Virtual reality exposure therapy in anxiety disorders: A quantitative meta-analysis. *Depression and Anxiety*, 29, 85-93. <https://doi.org/10.1002/da.20910>
- Page, S., & Coxon, M. (2016). Virtual reality exposure therapy for anxiety disorders: Small samples and no controls? *Frontiers in Psychology*, 7, 326. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00326>
- Phobys. (z.d.). *Phobys*. Geraadpleegd 15 juni 2023 op www.phobys.com
- Pittig, A., Kotter, R., & Hoyer, J. (2019). The struggle of behavioral therapists with exposure: Self-reported practicability, negative beliefs, and therapist distress about exposure-based interventions. *Behavior Therapy*, 50, 353-366. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2018.07.003>
- Pot-Kolder, R., & van der Gaag, M. (2020). Exposure in een virtuele omgeving. In A. Greeven & A. van Emmerik (red.), *Handboek exposure* (pp. 157-175). Boom.
- Powers, M. B., & Emmelkamp, P. M. (2008). Virtual reality exposure therapy for anxiety disorders: A meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 561-569. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2007.04.006>
- Radboud University Nijmegen. (2023). *SpeakAPP!-Kids*. [Mobiele applicatie software]. Geraadpleegd op <https://apps.apple.com/gb/app/speakapp-kids/id644875552>
- Rebenitsch, L., & Owen, C. (2016). Review on cybersickness in applications and visual displays. *Virtual Reality: The Journal of the Virtual Reality Society*, 20, 101-125. <https://doi.org/10.1007/s10055-016-0285-9>
- Reeves, R., Curran, D., Gleeson, A., & Hanna, D. (2022). A meta-analysis of the efficacy of virtual reality and in vivo exposure therapy as psychological interventions for public speaking anxiety. *Behavior Modification*, 46, 937-965. <https://doi.org/10.1177/0145445521991102>
- Reger, G. M., Koenen-Woods, P., Zetocha, K., Smolenski, D. J., Holloway, K. M., Rothbaum, B. O., Difede, J., Rizzo, A. A., Edwards-Stewart, A., Skopp, N. A., Mishkind, M., Reger, M. A., & Gahm, G. A. (2016). Randomized controlled trial of prolonged exposure using imaginal exposure vs. virtual reality exposure in active duty soldiers with deployment-related posttraumatic stress disorder (PTSD). *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 84, 946-959. <https://doi.org/10.1037/ccp0000134>
- Reid, A. M., Bolshakova, M. I., Guzik, A. G., Fernandez, A. G., Striley, C. W., Geffken, G. R., & McNamara, J. P. (2017). Common barriers to the dissemination of exposure therapy for youth with anxiety disorders. *Community Mental Health Journal*, 53, 432-437. <https://doi.org/10.1007/s10597-017-0108-9>
- Scheveneels, S., De Witte, N., & Van Daele, T. (2023). The first steps in facing your fears: The acceptability of virtual reality and in vivo exposure treatment for specific fears. *Journal of Anxiety Disorders*, 95, 102695. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2023.102695>

- Schimmel, A., & Krans, J. (2024). Virtual reality voorafgaand aan exposure bij patiënten met een paniekstoornis en/of sociale angststoornis: Een pilotstudie. *Gedragstherapie*, 57, 179-205.
- Schneider, S. C., Knott, L., Cepeda, S. L., Hana, L. M., McIngvale, E., Goodman, W. K., & Storch, E. A. (2020). Serious negative consequences associated with exposure and response prevention for obsessive-compulsive disorder: A survey of therapist attitudes and experiences. *Depression and Anxiety*, 37, 418-428. <https://doi.org/10.1002/da.23000>
- Schumacher, S., Gaudlitz, K., Plag, J., Miller, R., Kirschbaum, C., Fehm, L., Fydrich, T., & Ströhle, A. (2014). Who is stressed? A pilot study of salivary cortisol and alpha-amylase concentrations in agoraphobic patients and their novice therapists undergoing in vivo exposure. *Psychoneuroendocrinology*, 49, 280-289. <https://doi.org/10.1016/j.psychneuen.2014.07.016>
- Schumacher, S., Miller, R., Fehm, L., Kirschbaum, C., Fydrich, T., & Ströhle, A. (2015). Therapists' and patients' stress responses during graduated versus flooding in vivo exposure in the treatment of specific phobia: A preliminary observational study. *Psychiatry Research*, 230, 668-675. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.10.020>
- Sülter, R. E., Ketelaar, P. E., & Lange, W.-G. (2022). SpeakApp-Kids! Virtual reality training to reduce fear of public speaking in children – A proof of concept. *Computers and Education*, 178, 104384. <https://doi.org/10.1016/j.compedu.2021.104384>
- Suso-Ribera, C., Fernández-Álvarez, J., García-Palacios, A., Hoffman, H. G., Bretón-López, J., Baños, R. M., Quero, S., & Botella, C. (2019). Virtual reality, augmented reality, and in vivo exposure therapy: A preliminary comparison of treatment efficacy in small animal phobia. *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking*, 22, 31-38. <https://doi.org/10.1089/cyber.2017.0672>
- Toffolo, M. B. J., Fehribach, J. R., van Klaveren, C., Cornelisz, I., van Straten, A., van Gelder, J.-L., & Donker, T. (2022). Automated app-based augmented reality cognitive behavioral therapy for spider phobia: Study protocol for a randomized controlled trial. *PloS One*, 17, 1-18. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0271175>
- Transforming Health and Care Systems. (z.d.). *THCS-JTC 2023*. Geraadpleegd 6 september 2024 op www.thcspartner-ship.eu/funded-projects/funded-projects-2023.kl
- Universität Basel, Research Platform Molecular and Cognitive Neuroscience (MCN). (z.d.). *EASYHEiGHTS*. Geraadpleegd 13 juni 2023 op <https://mcn.unibas.ch/de/publications/mobile-apps/easyheights>
- van Gelder, J.-L. (2018). *ZeroPhobia – Hoogtevrees (Versie 1.5)* [Mobiele applicatie software]. Geraadpleegd op <https://apps.apple.com/nl/app/zerophobia-hoogtevrees/id1373747479>
- van Gelder, J.-L. (2021a). *ZeroPhobia – Vlieg-angst (Versie 1.2)* [Mobiele applicatie software]. Geraadpleegd op <https://apps.apple.com/nl/app/zerophobia-vlieg-angst/id1468884145>
- van Gelder, J.-L. (2021b). *ZeroPhobia – Spinnenangst (Versie 1.0)* [Mobiele applicatie software]. Geraadpleegd op <https://apps.apple.com/be/app/zerophobia-spinnenangst/id1498749494?l=nl>
- Vincelli, F., & Riva, G. (2002). Virtual reality: A new tool for panic disorder therapy. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 2, 377-383. <https://doi.org/10.1586/14737175.2.3.377>
- Virtual Reality Behandeling/Treatment Online. (z.d.). *Home* [Youtube]. Geraadpleegd 30 mei 2023 op www.youtube.com/@virtualrealitybehandelingt7390
- Wang, N. (2021). *EASYHEiGHTS (Versie 2.0)* [Mobiele applicatie software]. Geraadpleegd op <https://apps.apple.com/id/app/easyheights/id1589187860>
- Wechsler, T. F., Mühlberger, A., & Kümpers, F. (2019). Inferiority or even superiority of virtual reality exposure therapy in phobias? – A systematic review and quantitative meta-analysis on randomized controlled trials specifically comparing the efficacy of virtual reality exposure to gold standard in vivo exposure in agoraphobia, specific phobia and social phobia. *Frontiers in Psychology*, 10, 1758-1758. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01758>
- Weech, S., Kenny, S., & Barnett-Cowan, M. (2019). Presence and cybersickness in

- virtual reality are negatively related: A review. *Frontiers in Psychology*, 10, Article 158. <http://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00158>
- Whiteside, S. P., Deacon, B. J., Benito, K., & Stewart, E. (2016). Factors associated with practitioners' use of exposure therapy for childhood anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 40, 29-36. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.04.001>
- Wiebe, A., Kannen, K., Selaskowski, B., Mehren, A., Thöne, A. K., Pramme, L., Blumenthal, N., Li, M., Asché, L., Jonas, S., Bey, K., Schulze, M., Steffens, M., Pensel, M. C., Guth, M., Rohlfen, F., Ekhlās, M., Lügering, H., Fileccia, H., ... Braun, N. (2022). Virtual reality in the diagnostic and therapy for mental disorders: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 98, 102213. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2022.102213>
- Wiederhold, B. K., Davis, R., & Wiederhold, M. D. (1998). The effect of immersiveness on physiology. *Technology and Informatics*, 58, 52-60. <http://dx.doi.org/10.3233/978-1-60750-902-8-52>
- Wiederhold, B. K., Jang, D. P., Gevirtz, R. G., Kim, S. I., Kim, I. Y., & Wiederhold, M. D. (2002). The treatment of fear of flying: A controlled study of imaginal and virtual reality graded exposure therapy. *IEEE Transactions on Information Technology in Biomedicine*, 6, 218-223. <https://doi.org/10.1109/TITB.2002.802378>
- Wrzesien, M., Bretón-López, J., Botella, C., Burkhardt, J.-M., Alcañiz, M., Pérez-Ara, M. Á., & del Amo, A. R. (2013). How technology influences the therapeutic process: Evaluation of the patient-therapist relationship in augmented reality exposure therapy and in vivo exposure therapy. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 41, 505-509. <https://doi.org/10.1017/S1352465813000088>
- ZeroPhobia. (z.d.). *Snel van je hoogtevrees of vliegangst afkomen*. Geraadpleegd op www.zerophobia.app/nl
- Zimmer, A., Wang, N., Ibach, M. K., Fehlmann, B., Schick Tanz, N. S., Bentz, D., Michael, T., Papassotiropoulos, A., & de Quervain, D. J. F. (2021). Effectiveness of a smartphone-based, augmented reality exposure app to reduce fear of spiders in real-life: A randomized controlled trial. *Journal of Anxiety Disorders*, 82, 102442-102442. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2021.102442>

Omgaan met werkdruk en stressklachten

De impact van veerkracht¹

► LILACH SHAUL, LARS DE VROEGE & ANNELOES VAN DEN BROEK

Samenvatting De professionals in de geestelijke gezondheidszorg (ggz) staan onder druk en hun mentale gezondheid daalt. Het doel van dit onderzoek is het verkrijgen van inzicht in de relatie tussen de werkdruk, de mentale gezondheid en de veerkracht van zorgprofessionals in de ggz. Het betreft een crosssectionele studie onder 711 gedragstherapeuten, die allen lid zijn van de VGCT. De bevindingen zijn dat werkdruk, mentale gezondheid en veerkracht met elkaar zijn geassocieerd, en dat de relatie tussen werkdruk en mentale gezondheid wordt gemedieerd door veerkracht. Respondenten noemen als oorzaken van hun gestegen werkdruk onvoldoende tijd voor indirecte of niet-factureerbare taken, de toename van complexe cliënten, en administratieve lasten. Het integreren van ontspanning op de werkplek kan bijdragen aan een verminderde werkdruk. Onze bevindingen benadrukken het belang van bevordering van veerkracht ter voorkoming van uitval en mentale klachten en ter vermindering van werkdruk. Aanbevolen wordt de ontwikkeling van interventies gericht op veerkracht, en de monitoring van veerkracht zowel binnen de ggz als gedurende (post)academische opleidingsprogramma's.

TREFWOORDEN — *veerkracht, werkdruk, stressklachten, mentale gezondheid, gedragstherapeuten*

Kernboodschappen voor de klinische praktijk

- Ontwikkel en evalueer programma's gericht op bevordering van de veerkracht van zorgprofessionals.
- Monitor de mentale gezondheid, de ervaren werkdruk en de veerkracht van zorgprofessionals.
- Integreer ontspanningsmomenten en -activiteiten, en bevorder het gesprek over de balans tussen werk en privé op de werkvloer.

1 Dit artikel is een licht bewerkte vertaling van Shaul et al., 2024.

Inleiding

Professionals in de geestelijke gezondheidszorg (ggz) worden geconfronteerd met een toenemende werkdruk binnen een veeleisende dynamische context. Zij ervaren een hoge werkdruk door een combinatie van factoren, waaronder een tekort aan personeel, toenemende wachtlijsten, beperkende regelgeving, een toename van administratieve lasten, budgettaire beperkingen en hoge verwachtingen vanuit de samenleving. Van den Broek en collega's (2022) stelden dat toenemende capaciteitsproblemen in de toekomst en bovengenoemde factoren het rechtvaardigen om alarm te slaan over zorgprofessionals in de ggz, en om te zorgen voor ondersteuning en interventies die de gezondheid op de werkplek stimuleren.

In een eerder onderzoek vergeleken van den Broek en de Vroege (2023b) de situaties van zorgprofessionals tijdens en na de pandemie. Ze vonden dat het aantal mentale gezondheidsklachten na de pandemie aanzienlijk afnam. Bovendien bleken de meeste zorgprofessionals na de pandemie hun werk-privébalans te hebben hersteld. Deze veerkracht van zorgprofessionals werd opmerkelijk genoemd. Voor het verkrijgen van meer inzicht in de duurzame inzetbaarheid van zorgprofessionals lijkt het dan ook essentieel om bij zorgprofessionals onderzoek te doen naar de relatie tussen waargenomen werkdruk, mentale gezondheid en veerkracht.

Vergeleken met de andere drie doelen van het Quadruple Aim-model (Bodenheimer & Sinsky, 2014) – namelijk [1] het verbeteren van de bevolkingsgezondheid, [2] het verbeteren van de patiëntervaring en [3] het verlagen van kosten – is het laatste doel – namelijk [4] het verbeteren van het welzijn van het zorgteam – de afgelopen 10 jaar belangrijker geworden. Kortom, zonder goed functionerende zorgprofessionals kan er geen hoogwaardige zorg geleverd worden. Zorgprofessionals die in staat zijn om langdurig zelfstandig en gezond te werken, zijn hard nodig. Parallel aan dit gedachtegoed verschuift de focus van het *human resource management* (HRM) van strategisch naar duurzaam (Kramar, 2014).

Bij duurzame inzetbaarheid gaat over het vermogen van werknemers om gedurende hun hele werkzame leven zowel op werk als op de arbeidsmarkt te functioneren (van der Klink et al., 2016). Recent onderzoek wijst uit dat de duurzame inzetbaarheid van zorgprofessionals onder druk staat door hoge werkdruk, een tekort aan medewerkers en verzuim op basis van mentale klachten (van den Broek et al., 2023). In de hiervoor genoemde studie werd gesteld dat de COVID-19-pandemie een enorme invloed had op de duurzame inzetbaarheid van zorgprofessionals. De pandemie leidde tot meer mentale gezondheidsproblemen, meer verzuim en veranderingen in het perspectief op werk als gevolg van de verstoorde werk-privébalans. Een vergelijkbare studie door Nagel en Nilsson (2022) over de mentale gezondheid van verpleegkundigen vóór en tijdens de COVID-19-pandemie vond dat verhoogde werkdruk en een gebrek aan collegiale ondersteuning een verhoogde associatie had met werkgerelateerde psychische aandoeningen.

Verschillende studies hebben aangetoond dat werkdruk een grote invloed heeft op de mentale gezondheid van zorgprofessionals en de duurzaamheid van gezondheidszorgstelsels (Doleman et al., 2023; Fitzgerald et al., 2017). Gebrek aan onderwijs over de noodzaak van aandacht voor de eigen mentale gezondheid tijdens de (post)academische opleiding van zorgprofessionals in de ggz maken deze uitdagingen nog groter (Bray et al., 2023). Om duurzame inzetbaarheid binnen de werkomstandigheden van de ggz te bevorderen, is het van cruciaal belang om prioriteiten te stellen en ondersteunende omstandigheden te creëren (Frenkel et al., 2022), diverse trainingsopties in te zetten (Bray et al., 2023) en betere werkomstandigheden te ontwikkelen binnen diverse sectoren (Frenkel et al., 2022), teneinde de omgang met werkdruk aan te pakken en aandacht voor veerkracht te bewerkstelligen.

Veerkracht is een ingewikkeld concept, waar verschillende wetenschappers over hebben gepubliceerd. In deze alinea willen we er een beeld van schetsen. Omdat veerkracht in de loop van de tijd evolueert, is het concept volgens van Harmelen (2022) moeilijk meetbaar. Van Harmelen (2022) en Ioannidis en collega's (2020) beschreven veerkracht als 'een complex dynamisch proces van positieve aanpassing aan stress welke optreedt en zich in de loop van de tijd ontvouwt, en verschilt tussen personen in de loop van tijd. Het proces van positieve aanpassing bestaat uit complexe interacties tussen neurobiologische en sociale kwaliteiten, stress en de context waarin deze interacties plaatsvinden'. Jackson en collega's (2007) beschreven veerkracht als 'een dynamisch proces dat aanpassing omvat in de context van aanzienlijke tegenspoed'. Bovendien wordt veerkracht vaak gezien als een tegenhanger van slecht welbevinden (dat stressfactoren en tegenslagen op de werkplek veroorzaakt). Veerkracht wordt gezien als een buffer tegen moeilijke omstandigheden (McAllister & McKinnon, 2009). Jensen en collega's (2008) identificeerden vier componenten die veerkracht bepalen onder zorgprofessionals: [1] attitudes en perspectieven, [2] balans en prioritering, [3] beheer van de dagelijkse praktijk, en [4] het ondersteunen van relaties. Daarnaast hebben Eley en collega's (2013) verschillende persoonlijke eigenschappen in verband gebracht met veerkracht, waaronder de mate van onafhankelijkheid, verantwoordelijkheid, optimisme, doorzettingsvermogen en samenwerking. Deze visies op veerkracht maken duidelijk dat veerkracht een concept is dat gedurende het leven van een persoon kan veranderen, en wel onder invloed van de hiervoor besproken factoren. In de huidige studie passen we de genoemde beschrijving van veerkracht aan naar 'een complex dynamisch proces van positieve aanpassing aan stress', met de toevoeging van Eley en collega's (2013) over het aanpassingsvermogen of de verandering ervan in de loop van de tijd.

Het doel van dit onderzoek is om de relatie tussen werkdruk, mentale gezondheid en veerkracht bij zorgprofessionals inzichtelijk te maken, en om te onderzoeken of veerkracht een mediërende rol speelt in de relatie tussen ervaren werkdruk en mentale gezondheid. Om deze relaties te onderzoeken is in het huidige onderzoek gebruikgemaakt van een steekproef

onder Nederlandse gedragstherapeuten. Bovendien werd in de huidige studie onderzocht welke factoren van invloed zijn op de toename van de werkdruk en wat volgens de participanten zou kunnen bijdragen aan het verminderen van de ervaren werkdruk in de ggz.

Methoden

Opzet en hypothesen Deze crosssectionele studie richtte zich op de relatie tussen werkdruk, veerkracht en mentale gezondheid bij mentale-gezondheidszorgprofessionals (MGP's), meer specifiek gedragstherapeuten. In dit artikel wordt de algemene term 'MGP' gebruikt voor de respondenten. We verwachtten dat – zoals aangetoond in eerder onderzoek – er een negatieve relatie is tussen werkdruk en mentale gezondheid. Onze hoofdhypothese was dat veerkracht, beschreven als 'een complex dynamisch proces van positieve aanpassing aan stress', de relatie tussen werklast en mentale gezondheid medieert. Daarnaast werd onderzocht in hoeverre bepaalde werkgerelateerde aspecten volgens MGP's werkdruk veroorzaken. Bovendien werd gevraagd wat volgens de respondenten veranderd zou kunnen worden om deze werkdruk te verminderen.

Werkwijze De huidige studie maakte gebruik van een dataset die is verkregen onder 716 MGP's die lid waren van de Nederlandse Vereniging voor Gedrags- en Cognitieve therapieën (VGCT). Ruim 1400 leden van de VGCT die aanwezig waren tijdens de VGCT-najaarsconferentie in 2023 werden uitgenodigd om deel te nemen aan het onderzoek door een online enquête in te vullen. 716 deelnemers vulden de enquête in. Deelnemers hadden toegang tot de online enquête via een link op de VGCT-website. De enquête begon met een korte introductie over onder andere het doel van het onderzoek, de implicaties van deelname, de procedure van gegevensverwerking en de omgang met privacy. Vervolgens werd de deelnemers verzocht om hun toestemming voor deelname aan het onderzoek te bevestigen. De enquête startte met vragen van sociaal-demografische aard (leeftijd, geslacht en werkomgeving), over de ervaren werkdruk (werkdruk, stressvolle taken en stressvolle hoeveelheid werk; zie 'Werklast' onder 'Metingen' hierna) en over mentale gezondheid (stress, angst, depressie, cognitieve klachten en energiebalans; zie 'Mentale gezondheid' onder 'Metingen' hierna). Daarna werd de deelnemers gevraagd om aan te geven: [1] welke kenmerken van hun baan hun de meeste werkdruk gaf, en [2] wat volgens hen zou kunnen bijdragen aan het verminderen van de werkdruk in de ggz (zie 'Werkgerelateerde aspecten die de werkdruk verhogen en/of verlagen' onder 'Metingen' hierna). Ten slotte werd veerkracht gemeten, en wel door de deelnemers te vragen aan te geven in welke mate een lijst met kenmerken die het concept 'veerkracht' benaderen op hen van toepassing zijn (zie 'Veerkracht' onder 'Metingen' hierna). De gegevens zijn verzameld van 21 november 2023 tot 30 december 2023. Om in deze studie te kunnen worden geïnccludeerd, moesten deelnemers in hun

werk rechtstreeks patiëntenzorg verstrekken. Alle gegevens werden anoniem opgeslagen. Uitsluitend onderzoekers hadden toegang tot de dataset.

Deelnemers In totaal hebben 716 VGCT-leden/MGP's deelgenomen aan de online enquête. Bij een van de deelnemers ontbrak een respons op alle vragenlijsten; vier van de respondenten voldeden niet aan het inclusie criterium dat zij rechtstreeks patiëntenzorg moesten verlenen; twee respondenten werkten in opleiding; één deelnemer werkte bij een zorgverzekeraar; en één deelnemer was gepensioneerd. Uiteindelijk werd gebruikgemaakt van de gegevens van 711 respondenten die aan de inclusiecriteria voldeden. Van de totale groep respondenten werkten er 485 ambulant (68,2%), 105 in deeltijd of klinische setting (14,7%), en verklaarden 121 een eigen praktijk te hebben (17,0%).

Metingen *Sociaal-demografische variabelen.* De sociaal-demografische variabelen die werden verkregen waren leeftijd, geslacht en werkomgeving (namelijk wel of geen privépraktijk).

Werklast. Door de volgende vragen te stellen werden drie variabelen van werkdruk gemeten: [1] 'Hoeveel werkdruk ervaar je op je huidige werk?' (werkdruk), [2] 'Hoe belastend voelen de taken die je uitvoert op het werk?' (stressvolle taken), en [3] 'Hoe belastend voelt de hoeveelheid werk die je moet doen?' (stressvolle hoeveelheid werk). Deelnemers beoordeelden de vragen met behulp van een elfpunts likertschaal variërend van 0 ('niet') tot 10 ('zeer'). De werklast werd berekend als het gemiddelde van de gemiddelde score op deze drie variabelen.

Mentale gezondheid. Vijf variabelen van mentale gezondheid werden gemeten door de volgende vragen te stellen: [1] 'Hoeveel stressklachten ervaar je door je werk?' (stressklachten), [2] 'Hoeveel angstklachten ervaar je door je werk?' (angstklachten), [3] 'Hoeveel somberheidsklachten ervaar je door je werk?' (depressieklachten), [4] 'Hoeveel cognitieve klachten ervaar je als gevolg van je werk?' (cognitieve klachten), en [5] 'Is je energieniveau nog in balans na een dag werken?' (energiebalans). Deelnemers scoorden de vragen met behulp van een elfpunts likertschaal, variërend van 0 ('niet') tot 10 ('zeer'). De mentale gezondheid werd berekend als het gemiddelde van de gemiddelde scores op de vijf variabelen.

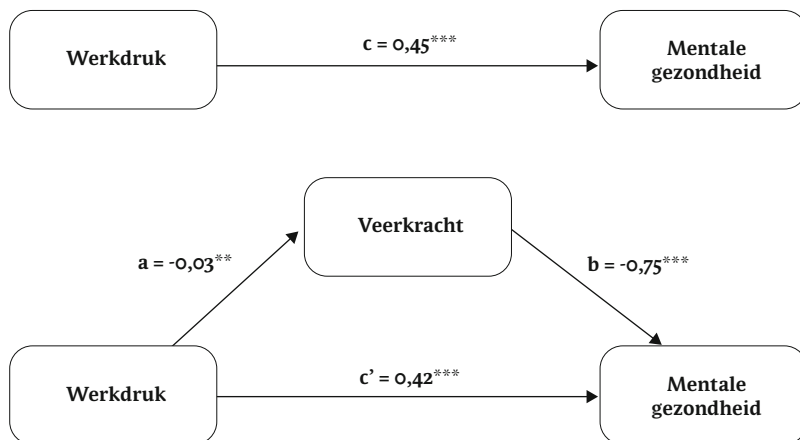
Veerkracht. Op het moment van de online enquête waren er niet veel vragenlijsten beschikbaar om het concept veerkracht te meten. In het onderzoek is de vragenlijst 'Hoe veerkrachtig ben jij?' gebruikt, ontwikkeld door professor Al Siebert, hoogleraar psychologie aan de Portland State University (VS) en oprichter van het Al Siebert Resilience Center (Siebert, 2010). De variabele veerkracht werd gemeten op basis van de volgende tien items: [1] 'Ik pas me snel aan. Ik herstel me snel na moeilijkheden', [2] 'Ik stel prioriteiten en handel daarnaar. Ik zeg nee tegen dingen waar ik geen tijd voor heb', [3] 'Ik ben optimistisch, zie problemen als tijdelijk. Ik verwacht dat ik er weer bovenop kom en dat alles goed zal komen', [4] 'Tijdens een crisis kalmeer ik mezelf en concentreer ik me op het ondernemen van nut-

tige acties', [5] 'Ik ben goed in het logisch analyseren van problemen', [6] 'Ik verzin creatieve oplossingen. Ik vertrouw op mijn intuïtie', [7] 'Ik ben speels, heb humor, kan om mijzelf lachen', [8] 'Ik ben nieuwsgierig en stel vragen. Ik wil graag weten hoe dingen werken en experimenteer graag', [9] 'Ik leer constant van mijn ervaringen en van die van anderen', en [10] 'Ik ben erg flexibel. Ik kan omgaan met tegenstrijdige gevoelens, zoals vertrouwen en wantrouwen, gulheid en zelfzucht, optimisme en pessimisme.' Deelnemers beoordeelden de vragen aan de hand van een elfpunts likertschaal variërend van 0 ('niet') tot 10 ('zeer'). De veerkracht werd berekend als de het gemiddelde van de gemiddelde scores op alle items.

Werkgerelateerde aspecten die de werkdruk verhogen en/of verlagen. De mate waarin bepaalde werkgerelateerde aspecten door MGP's werden ervaren, zoals een toenemende of juist verminderde werkdruk, werd onderzocht door de respondenten de volgende twee vragen voor te leggen: [1] 'Wat in je werk geeft jou de meeste (werk)druk?', en [2] 'Wat vermoed jij dat kan bijdragen aan het verminderen van de werkdruk in de ggz?' Bij de eerste vraag werden 20 werkgerelateerde aspecten als optie voorgelegd en bij de tweede vraag 11 aspecten. Aan de deelnemers werd gevraagd aan te geven welke van de genoemde aspecten op hen van toepassing waren.

Data-analyse Data-analyses werden uitgevoerd met behulp van het Statistisch Pakket voor de Sociale Wetenschappen Versie 29. Eerst werden de gegevens gecontroleerd op *outliers*, ontbrekende variabelen en normaliteit.

Onafhankelijke *t*-tests en ANOVA's werden gebruikt om groepsverschillen te testen op vlak van mentaal welbevinden, werkdruk en veerkracht. Pearsoncorrelaties werden berekend op demografische kenmerken, en op werkdruk, mentale gezondheid en veerkracht. Vervolgens werd de impact van werkdruk op de mentale gezondheid berekend door de mogelijke medierende factor van veerkracht te testen (voor een visuele representatie, zie figuur 1). We gebruikten de benadering van mediatie van Baron en Kenny (1986), die stelt dat er sprake is van een mediërend effect wanneer: het effect van de werklust op veerkracht significant is (pad a); veerkracht op mentale gezondheid significant is (pad b); de werkdruk op de mentale gezondheid significant is (pad c); en het directe effect van werkdruk op de mentale gezondheid (pad c') dicht bij nul ligt dan het indirecte effect (pad c). Daarom zijn er drie (afzonderlijke) regressieanalyses gedaan om het medierende effect te testen: [1] een regressieanalyse van werklust naar veerkracht (pad a); [2] een twee-regressieanalyse van werklust en veerkracht naar mentale gezondheid (pad b en pad c'); en [3] een regressieanalyse van werkdruk naar mentale gezondheid (pad c). Ten slotte werden Pearsoncorrelaties berekend om te onderzoeken welke werkgerelateerde aspecten door de deelnemers werden ervaren als werkdrukverhogend en welke als werkdrukverlagend. Het significantieniveau werd vastgesteld op 0,05.



Figuur 1 Mediatiemodel van veerkracht in relatie tot werkdruk en mentale gezondheid ($^{**}p < ,01$; $^{***}p < ,001$ (2-zijdig))

Resultaten

Beschrijvende statistieken Tabel 1 geeft de kenmerken van de respondenten weer en de beschrijvende statistieken van de demografische variabelen, waaronder gemiddelden en standaarddeviaties. De leeftijd van de respondenten varieerde van 25 tot 75 jaar, met een gemiddelde van 43,19 jaar ($SD = 11,44$). Het grootste deel van de respondenten was vrouw (89,3%, $n = 635$), had geen eigen praktijk, en was werkzaam in een poliklinische, deeltijdse of klinische setting (83,0%, $n = 590$).

Een gemiddelde score van 6,95 ($SD = 1,68$) werd gevonden voor werkdruk, bestaande uit de drie variabelen die het ervaren niveau maten van werkdruk ($M = 7,16$, $SD = 1,77$), stressvolle taken ($M = 6,48$, $SD = 1,79$) en stressvolle hoeveelheid werk ($M = 7,21$, $SD = 1,95$). Verder werd een gemiddelde score van 3,90 ($SD = 1,49$) gevonden voor mentale gezondheid, bestaande uit de variabelen stress ($M = 5,87$, $SD = 2,14$), angst ($M = 3,10$, $SD = 2,52$), depressie ($M = 2,59$, $SD = 2,36$), cognitieve klachten ($M = 3,44$, $SD = 2,63$) en energiebalans ($M = 4,52$, $SD = 2,27$). Tot slot is er een gemiddelde score van 3,80 ($SD = 0,48$) gevonden voor veerkracht, bestaande uit tien items die het volgende meten: het vermogen om zich aan te passen aan veranderingen ($M = 3,85$, $SD = 1,72$), prioriteiten te stellen en grenzen te trekken ($M = 3,20$, $SD = 0,93$), om optimistisch te zijn en problemen te overwinnen ($M = 3,81$, $SD = 0,85$), om gefocust te zijn tijdens een crisis ($M = 3,82$, $SD = 0,79$), het logisch analyseren van problemen ($M = 4,07$, $SD = 0,79$), om tot creatieve oplossingen te komen ($M = 3,80$, $SD = 0,83$), speels en humoristisch zijn ($M = 3,84$, $SD = 0,91$), om nieuwsgierig te zijn en graag te experimenteren ($M = 3,97$, $SD = 0,81$), te leren van

Tabel 1 *Demografische variabelen*

Variabelen	Totaal <i>M (SD) / n (%)</i>	Mentale gezondheid		Werkdruk		Veerkracht	
		<i>M (SD)</i>	<i>t/F</i>	<i>M (SD)</i>	<i>t/F</i>	<i>M (SD)</i>	<i>t/F</i>
<i>Leeftijd</i>	43,19 (11,44) ^a		1,05		2,32 ^{**}		0,91
<i>Geslacht</i>			0,19		1,41		-2,79 ^{**}
Vrouw	635 (89,8) ^b	3,91 (1,49)		6,98 (1,63)		3,78 (0,47)	
Man	72 (10,2) ^b	3,87 (1,47)		6,68 (2,05)		3,95 (0,47)	
<i>Eigen praktijk^c</i>			1,07		36,08 ^{***}		0,85
Ja	121 (17,0) ^b	3,61 (1,51)		6,00 (2,20)		3,78 (0,53)	
Nee	590 (83,0) ^b	3,96 (1,48)		7,14 (1,48)		3,78 (0,46)	
<i>Werkdruk</i>	6,95 (1,68) ^a						
Werkdruk	7,16 (1,77) ^a						
Stressvolle taken	6,48 (1,79) ^a						
Hoeveelheid stressvol werk	7,21 (1,95) ^a						
<i>Mentale gezondheid</i>	3,90 (1,49) ^a						
Stressklachten	5,87 (2,14) ^a						
Angstklachten	3,10 (2,52) ^a						
Depressieve klachten	2,59 (2,36) ^a						
Cognitieve klachten	3,44 (2,63) ^a						
Energiebalans	4,52 (2,27) ^a						
<i>Veerkracht</i>	3,80 (0,48) ^a						
Aanpassen aan veranderingen	3,85 (0,72) ^a						
Prioriteiten en grenzen stellen	3,20 (0,93) ^a						
Optimistisch en problemen verhelpen	3,81 (0,85) ^a						
Gefocust zijn tijdens crisis	3,82 (0,79) ^a						
Logisch problemen analyseren	4,07 (0,79) ^a						
Met creatieve oplossingen komen	3,80 (0,83) ^a						
Speels en humoristisch zijn	3,84 (0,91) ^a						
Onderzoekend en willen experimenteren	3,97 (0,81) ^a						
Leren door ervaring	4,12 (0,74) ^a						
Kunnen dealen met conflicterende gevoelens	3,49 (0,80) ^a						

^{**} $p < ,01$; ^{***} $p < ,001$ (2-zijdig); ^a gemiddelde waarden (standaarddeviatie); ^b aantallen (%)

ervaringen ($M = 4,12$, $SD = 0,74$) en in staat om met tegenstrijdige gevoelens om te gaan ($M = 3,49$, $SD = 0,80$).

Significante verschillen met betrekking tot leeftijd werden gevonden in werkbelasting ($F = 2,32$, $p < ,001$), waarbij deelnemers met een hogere leeftijd lager scoorden op werkdruk (dat wil zeggen, werkdruk en stressvolle hoeveelheid werk; zie ook tabel 2). Verder is er een significant verschil gevonden voor geslacht op veerkracht ($t = -2,79$, $p < ,05$), waarbij mannen hoger scoorden dan vrouwen. Ook werden significante verschillen gevonden met betrekking tot privépraktijk en werkdruk ($F = 36,08$, $p < ,001$). Deelnemers die (tevens) werkten in een privépraktijk scoorden lager op werkdruk dan deelnemers die werkzaam waren in een poliklinische, deeltijdse of klinische setting.

Verband tussen werkdruk, mentale gezondheid, veerkracht en demografische variabelen Bivariate correlaties tussen werkdruk, mentale gezondheid en veerkracht zijn weergegeven in tabel 2. Uit de resultaten blijkt dat werkdruk en mentale gezondheid positief correleerden ($r = 0,50$, $p < ,01$), wat aangeeft dat hogere scores op werklust geassocieerd zijn met hogere scores op mentale klachten. Alle drie variabelen van werklust waren significant positief gecorreleerd met stress, angst, depressie en cognitieve klachten, en negatief met de energiebalans (zie tabel 2; alle $p < ,01$), wat aangeeft dat hogere niveaus van ervaren werkdruk, stressvolle taken en stressvolle hoeveelheid werk worden geassocieerd met hogere scores van stress, angst, depressie en cognitieve klachten, en met een lagere energiebalans. Verder waren werklust en veerkracht negatief gecorreleerd ($r = -0,10$, $p < ,05$), wat aangeeft dat hogere niveaus van werkdruk worden geassocieerd met lagere niveaus van veerkracht. Kijkend naar de items van werklust, was alleen het item stressvolle taken significant gecorreleerd met veerkracht ($r = -0,16$, $p < ,01$), wat aangeeft dat hogere niveaus van stressvolle taken zijn geassocieerd met een lager niveau van veerkracht. Tot slot waren veerkracht en mentale gezondheid negatief gecorreleerd ($r = -0,29$, $p < ,01$), wat aangeeft dat hogere niveaus van mentale klachten werden gerapporteerd door MGP's die lagere niveaus van veerkracht rapporteerden. Veerkracht was negatief gecorreleerd met stress, angst, depressie en cognitieve klachten, en positief met de energiebalans (zie tabel 2; alle $p < ,01$), wat aangeeft dat hogere niveaus van stress, angst, depressie en cognitieve klachten en lagere niveaus van energiebalans werden gerapporteerd door MGP's die lagere niveaus van veerkracht rapporteerden. Verder was hogere leeftijd ($r = -0,12$, $p < ,01$) en werken in een privépraktijk ($r = -0,09$, $p < ,05$) significant gecorreleerd met minder mentale klachten. Ook waren hogere leeftijd ($r = -0,12$, $p < ,01$) en werken in een privépraktijk ($r = -0,21$, $p < ,01$) gecorreleerd met lagere werkdruk. Ten slotte bleken mannelijk geslacht ($r = 0,12$, $p < ,01$) en werken in een privépraktijk ($r = 0,09$, $p < ,05$) significant gecorreleerd te zijn met meer veerkracht.

Tabel 2 *Correlaties tussen studievariabelen*

Totale scores van werkdruk, mentale gezondheid en veerkracht						
	1	2	3	4	5	6
Leeftijd	-					
Geslacht	-0,14**	-				
Eigen praktijk ¹	0,40**	-0,12**	-			
Werkdruk	-0,12**	0,03	-0,21**	-		
Mentale gezondheid	-0,12**	0,01	-0,09*	0,50**	-	
Veerkracht	0,04	-0,12**	0,09*	-0,10*	-0,29**	-

Gespecificeerd naar de items van werkdruk en mentale gezondheid												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Leeftijd	-											
Geslacht	-0,14**	-										
Eigen praktijk ¹	0,40**	-0,12**	-									
Werkdruk	-0,13**	0,10*	-0,25**	-								
Taken	-0,06	-0,03	-0,15**	0,63**	-							
Hoeveelheid werk	-0,16**	0,03	-0,19**	0,77**	0,60**	-						
Stress	-0,14**	0,08*	-0,18**	0,62**	0,59**	0,57**	-					
Angst	-0,14**	0,05	-0,04	0,29**	0,41**	0,28**	0,56**	-				
Depressie	-0,08*	0,02	-0,03	0,35**	0,50**	0,32**	0,61**	0,64**	-			
Cognitieve klachten	-0,13**	0,04	-0,12**	0,38**	0,42**	0,38**	-0,57**	0,52**	0,58**	-		
Energiebalans	0,13**	-0,13**	0,15**	-0,29**	-0,32**	-0,28**	-0,35**	-0,20**	-0,29**	-0,30**	-	
Veerkracht	0,04	-0,12**	0,09*	-0,08	-0,16**	-0,05	-0,22**	-0,30**	-0,28**	-0,22**	0,14**	-

* $p < ,05$; ** $p < ,01$ (2-zijdig); ¹ of deelnemers wel of niet een eigen praktijk hadden

Veerkracht als mediator in de relatie tussen werkdruk en mentale gezondheid Vervolgens is getest of veerkracht de relatie tussen werkdruk en mentale gezondheid medieert (zie tabel 3). De resultaten laten zien dat de relatie tussen werkdruk en veerkracht (pad a; zie figuur 1) negatief en significant was ($\beta = -0,03$, $t = -2,70$, $p = ,007$). De relatie tussen veerkracht en mentale gezondheid (pad b; zie figuur 1) was negatief en significant

($\beta = -0,76, t = -6,95, p < ,001$). Verder is het totale effect van werkdruk op mentale gezondheid (pad c; zie figuur 1) significant ($\beta = 0,45, t = 14,15, p < ,001$). De algemene bevindingen toonden een positieve en significante impact op de werkdruk en op de mentale gezondheid (pad c'; zie figuur 1) door veerkracht ($\beta = 0,42, t = 13,46, p < ,001$). Kortom, uit de resultaten blijkt dat aan alle eisen voor mediatie is voldaan: de effecten a, b en c zijn

Tabel 3 Mediatieanalyses

Direct effect model					
Predictor		Uitkomst = M (veerkracht)			
		B	SE	t	p
X (werkdruk)	a	-0,03	0,12	-2,70	,007**
Leeftijd		-0,00	0,00	-1,15	,249
Geslacht		-0,16	0,06	-2,57	,010 ⁺
Eigen praktijk ¹		0,06	0,06	1,06	,291
Constante	i ₁	4,24	0,14	30,51	< ,001***
Direct effect model					
Predictor		Uitkomst (mentale gezondheid)			
		B	SE	t	p
X (werkdruk)	c'	0,42	0,03	13,46	< ,001***
M (veerkracht)	b	-0,76	0,11	-6,95	< ,001***
Leeftijd		-0,01	0,01	-1,30	,194
Geslacht		-0,24	0,17	1,44	,151
Eigen praktijk ¹		0,22	0,16	-1,44	,150
Constante	i ₂	4,30	0,60	7,27	< ,001***
Totaal effect model					
Predictor		Uitkomst = Y (mentale gezondheid)			
		B	SE	t	p
X (werkdruk)	c	0,45	0,32	14,15	< ,001***
Leeftijd		-0,00	0,01	-0,88	,381
Geslacht		-0,10	0,17	-0,58	,565
Eigen praktijk ¹		0,23	0,16	1,45	,149
Constante	i ₃	0,982	0,38	2,61	,009**

⁺ $p < ,05$; ^{**} $p < ,01$; ^{***} $p < ,001$ (2-zijdig); SE = standard error; ¹ of deelnemers wel of niet een eigen praktijk hadden

allemaal statistisch significant, en het directe effect van werkdruk op mentale gezondheid c' is gelijk aan 0,42 en bevindt zich dus dicht bij nul dan het totale effect ($c = 0,45$). Aangezien zowel c als c' significant zijn, medeert veerkracht gedeeltelijk het effect van werkdruk op mentale gezondheid (dat wil zeggen: het vermindert het effect, maar doet het niet helemaal teniet).

Werkgerelateerde aspecten en perceptie van MGP's op de werkdruk Tot slot is onderzocht: [1] in welke mate bepaalde werkgerelateerde factoren door MGP's werden ervaren als oorzaak van toenemende werkdruk, en [2] wat naar hun mening kan bijdragen aan het verminderen van de werkdruk in de ggz. Voor een gedetailleerde beschrijving van de resultaten verwijzen we naar tabel 4.

Discussie

De geestelijke gezondheid van MGP's wordt wereldwijd een steeds belangrijker onderwerp. Hoewel de mentale gezondheid van MGP's over het algemeen wordt beschouwd als een van de hoekstenen van professionele effectiviteit, gezondheid en geluk (Eley et al., 2013), is er in de afgelopen decennia in de klinische praktijk minder aandacht besteed aan dit vraagstuk. Uit onderzoek is gebleken dat de mentale gezondheid van MGP's onwenselijk laag is, en dat emotionele uitputting en uitval onder MGP's hoog is (van den Broek & de Vroege, 2023a). Dit gegeven kan negatieve gevolgen hebben voor de duurzame inzetbaarheid van MGP's, die onder druk staan als gevolg van ervaren hoge werkdruk, een toenemend capaciteitsprobleem en uitval door mentale klachten (van den Broek et al., 2023). Howard en collega's (2019) zagen veerkracht als een tegengif voor een minimaal gevoel van mentale gezondheid, voor het omgaan met stressoren, tegenslagen en negatieve ervaringen op de werkvloer, en als een buffer bij het omgaan met complexe situaties. Met deze kennis lijkt het voor de hand te liggen om aandacht te besteden aan (het onderhouden van) mentale veerkracht. Onderzoek onder MGP's naar de relatie tussen waargenomen werkdruk, mentale gezondheid en veerkracht is schaars. Het huidige onderzoek richtte zich vooral op de relatie tussen ervaren werkdruk, mentale gezondheid en veerkracht, en met name of de relatie tussen ervaren werkdruk en mentale gezondheid werd gemedieerd door veerkracht. Daarnaast waren we geïnteresseerd in welke factoren volgens MGP's bijdragen aan het ervaren van hoge werkdruk en welke aspecten volgens hen kunnen bijdragen aan het verlagen van de werkdruk in de geestelijke gezondheidszorg.

Ten eerste toonden de resultaten van het huidige onderzoek aan dat werkdruk en mentale gezondheid positief geassocieerd zijn. Dit betekent dat een hoge ervaren werkdruk gerelateerd is aan hoge(re) psychische problemen. Meer specifiek, alle drie variabelen van werklast (werkdruk, stressvolle taken en stressvolle hoeveelheid werk) waren significant posi-

Tabel 4 *Werkgerelateerde aspecten geassocieerd met werkdruk*

40

Variabele	n(%)
Aspecten die gezien worden als veroorzakers van werkdruk	
Te weinig tijd voor niet-declarabele taken	422 (59,3)
Toenemende ernst van problemen van cliënten	414 (58,1)
Administratieve last	399 (56,0)
Eigen karakter	345 (48,5)
Oplopende productienormen	343 (48,2)
Wachttijsten	286 (40,2)
Personeels-/capaciteitstekort	262 (36,8)
Verloop van personeel	225 (31,6)
Samenwerking met management	189 (26,5)
Grote caseload als regiebehandelaar	187 (26,3)
Organisatorische druk, te weinig steun vanuit management	181 (25,4)
Langdurige ziekte bij collega	119 (16,7)
Scholing en/of nascholing niet goed gefaciliteerd	113 (15,9)
Supervisie en/of intervisie niet goed gefaciliteerd	88 (12,4)
Weinig autonomie hebben	85 (11,9)
Samenstelling van het team	71 (10,0)
Samenwerking met collega's	59 (8,3)
Crisisdienst draaien	39 (5,5)
Langdurige afwezigheid van collega's	34 (4,8)
Aspecten die werkdruk kunnen verminderen volgens de participanten	
Inbouwen van ontspanning op de werkvloer	347 (48,8)
Sociale steun vergroten op de werkvloer	221 (31,1)
Mentale klachten door werkdruk bespreekbaar maken (destigmatisatie)	217 (30,5)
Mogelijkheid tot supervisie en/of intervisie	200 (28,1)
Cliënten informeren over steun van lotgenoten	198 (26,4)
Zelfmanagement van stress (monitoren van de eigen stressbalans)	167 (23,4)
Mogelijkheid tot (bij)scholing	145 (20,4)
Opzetten van ondersteuningssysteem binnen het werk (bijvoorbeeld buddy's of supportafdeling)	129 (18,1)
Psycho-educatie over mentale zelfzorg en preventieplan voor medewerkers	93 (13,1)
Meer sociale steun buiten de werkomgeving	57 (8,0)

tief gecorreleerd met stress, angst, depressie en cognitieve klachten, en negatief gecorreleerd met energiebalans (dat wil zeggen, met minder energie). Dit is in lijn met eerder vergelijkbaar onderzoek van van den Broek en collega's (2023), dat suggereerde dat de duurzame inzetbaarheid van zorgmedewerkers onder druk staat door de hoge werkdruk en impactvolle gebeurtenissen (zoals de COVID-19-pandemie), die tot een toename hebben geleid in psychische problemen en ziekteverzuim, en door de verstoorde werk-privébalans tot een verandering in visie op het werk.

Aansluitend werd in het huidige onderzoek gevonden dat de algeheel ervaren werkdruk en veerkracht negatief correleren. Dit betekent dat een hogere mate van ervaren werkdruk geassocieerd is met een lagere mate van veerkracht. Meer specifiek was één item van werklast – stressvolle taken – significant negatief gecorreleerd met veerkracht, wat betekent dat een hogere mate van ervaren belasting door stressvolle taken geassocieerd is met een lagere mate van veerkracht. Karadaş en Duran (2021) onderzochten de mediërende rol van veerkracht in het effect van ervaren sociale steun op werkstress bij zorgprofessionals. Zij vonden een statistisch negatieve correlatie tussen werkstress en ervaren werkdruk en veerkracht.

Bovendien waren veerkracht en mentale gezondheid negatief gecorreleerd, wat betekent dat er een hogere mate van ervaren mentale klachten gerapporteerd werd door MGP's met een lagere mate van veerkracht. Meer specifiek was veerkracht negatief gecorreleerd met stress, angst, depressie en cognitieve klachten, en positief gecorreleerd met energiebalans. Dit houdt in dat er een hogere mate van stress, angst, depressie en cognitieve klachten, en een lagere mate van energiebalans gerapporteerd werden door MGP's met een lagere mate van veerkracht. In verschillende onderzoeken wordt veerkracht gerapporteerd als een kritische factor bij het handhaven van de energiebalans en de algehele mentale gezondheid van MGP's. Veerkracht zou omgekeerd evenredig zijn met burn-out en psychische problemen (angst, depressie) (Castillo-González et al., 2024).

Binnen het huidige onderzoek meldden MGP's met een hogere leeftijd en diegenen werkzaam in een privépraktijk minder mentale klachten. De resultaten van het onderzoek geven aan dat oudere MGP's die werkzaam zijn in een privépraktijk minder werkdruk ervaren ten opzichte van de rest van de respondenten. Mogelijke verklaringen hiervoor zijn: meer levenservaring (met behoud van interesse, toegenomen ontwikkeling van het zelfbewustzijn en acceptatie van persoonlijke beperkingen), betere rolwaardering en meer balans en prioritering (bijvoorbeeld het inplannen van pauzes), autonomie over praktijkmanagement en op tijd ondersteunende relaties opbouwen (denk aan positieve persoonlijke relaties, effectieve professionele relaties en goede communicatie met collega's) (Jensen et al., 2008), en een aantal persoonlijkheidseigenschappen, zoals volwassenheid en het vermogen om verantwoordelijkheden aan te pakken (Eley et al., 2013).

In het onderzoek werd bovendien een verschil tussen mannen en vrouwen gevonden: mannelijke MGP's werkzaam in een privépraktijk rappor-

teerden meer veerkracht. Eerdere studies suggereren dat mannen en vrouwen over het algemeen anders reageren op werkdruk, waarbij mannen over het algemeen hogere scores rapporteren op veerkracht dan vrouwen. Een crosssectionele studie uitgevoerd door Lowe en collega's (2021) in New York toonde aan dat vrouwelijke gezondheidsprofessionals kwetsbaarder zijn voor de psychologische gevolgen van stress, zoals symptomen van depressie, angst en posttraumatische stressklachten. Dit is in lijn met een studie van Teo en collega's (2024) onder beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg in Singapore. Zij ontdekten dat mannen significant hoger scoorden op veerkracht dan vrouwen. Hetzelfde resultaat werd gevonden in een crosssectionele studie van Elkudssiah Ismail en collega's (2022) onder mannelijke huisartsen en apothekers in Maleisië, die hogere veerkrachtscores rapporteerden dan hun vrouwelijke collega's. Als mogelijke verklaring hiervoor stelden Hirani en collega's (2016) dat werkende vrouwen vaak ook huishoudelijke en gezinsgerelateerde verantwoordelijkheden dragen, terwijl de rollen van mannen voornamelijk verband houden met extern werk en besluitvorming.

Zoals verondersteld, bleek uit het huidige onderzoek dat het verband tussen werkdruk en mentale gezondheid werd gemedieerd door veerkracht. Dit houdt in dat MGP's die hoog scoren op werkdruk een grotere kans hebben op een hogere score op mentale klachten. Interessant is dat veerkracht deze relatie gedeeltelijk verklaart. MGP's die meer werkdruk ervaren, rapporteren een lagere score op veerkracht, wat leidt tot een toename van gemelde psychische problemen. Dit is in lijn met de uitkomsten van de systematische review van Howard en collega's (2019), die aangeven dat persoonlijke veerkracht essentieel is voor de mentale gezondheid, werking en duurzame inzetbaarheid van MGP's – allemaal factoren die het hun mogelijk maken om hun cliënten op gepassioneerde wijze zorg te kunnen leveren.

Tot slot blijkt uit de respons op de verkennende vragen over welke werkgerelateerde zaken werkdruk veroorzaken dat bijna 60% van de respondenten aangeeft veel te weinig tijd te hebben voor niet-declarabele taken, zoals telefonisch overleg met verwijzers, administratieve taken (bijvoorbeeld ontslagbrieven en verslagen schrijven) en overleg met collega's. Meer dan de helft van de respondenten gaf aan dat de toenemende complexiteit van de problemen van cliënten en de administratieve lasten oorzaak zijn van toename van de werkdruk. Verder geeft ongeveer de helft van de MGP's aan dat werkdruk wordt veroorzaakt door toenemende productienormen, wachtlijsten, personeels- en/of capaciteitstekort en omzet. Ongeveer een kwart van de MGP's was van mening dat de samenwerking met het management, hun grote caseload als regiebehandelaar, organisatorische druk en te weinig steun van het management de werkdruk verhogen. Verder noemden MGP's langdurige ziekte van collega's, onvoldoende middelen (zoals niet goed gefaciliteerde (bij)scholing, supervisie en/of interview), weinig autonomie, samenstelling van het team, samenwerking met collega's, crisisdienst draaien en langdurig verlof van collega's als factoren

die een negatieve invloed hebben op de ervaren werkdruk. Deze bevindingen zijn in lijn met de studie van Howard en collega's (2019), die als oorzaken van stress noemen: een te hoge werkdruk, functie- en opleidingseisen, ontoereikende middelen, slechte supervisie, lange werkdagen (vanwege capaciteitsproblemen, ontoereikende faciliteiten en een gebrek aan ondersteuning door collega's of management). Deze aspecten leiden tot ontevredenheid en spijt over de carrièrekeuze, personeelsverloop (Yanchus et al., 2017) en een gebrek aan empathie voor cliënten (Kealy et al., 2016).

Met betrekking tot aspecten die de werkdruk zouden kunnen verminderen, rapporteert ongeveer de helft van de respondenten het inbouwen van ontspanning op de werkvloer. Een derde stelde voor om de sociale steun op de werkvloer te vergroten, mentale klachten als gevolg van werkdruk te bespreken, en de mogelijkheid tot supervisie en/of intervisie te integreren. Een kwart van de respondenten stelde voor om cliënten te informeren over de mogelijkheid tot ondersteuning door lotgenoten, om het eigen stressmanagement te verbeteren (de eigen energiebalans te monitoren) en om op dit vlak mogelijkheden tot (bij)scholing te creëren. De laatste aanbevelingen betroffen het opzetten van een ondersteuningssysteem binnen het werk (bijvoorbeeld met buddy's), het realiseren van terugkerende psycho-educatie voor werknemers over mentale zelfzorg en preventieactiviteiten, en het verhogen van de sociale steun buiten de werkomgeving.

Deze bevindingen zijn in lijn met eerdere reviews van De Sio en collega's (2020) over de doeltreffendheid van preventieve maatregelen tegen werkgerelateerde stress en tegen psychische klachten bij zorgprofessionals. De auteurs vonden dat verschillende maatregelen effectief waren, zoals collectieve interventies (bijvoorbeeld steungroepen), individueel gerichte interventies (bijvoorbeeld mentorschap en fysieke activiteiten tijdens werktijd) en op mindfulness gebaseerde strategieën (bijvoorbeeld counselingprogramma's). Ze concludeerden echter ook dat er nog steeds geen consensus is over wat de meest effectieve preventieve maatregelen zijn. Een aanbeveling uit een review van Howard en collega's (2019) betrof het ontwikkelen van een evidencebased interventie gericht op bevorderen van veerkracht. Het regelmatig volgen van zulke trainingen tijdens werktijd zou gefaciliteerd moeten worden. Een ondersteunende en op samenwerking gerichte werkomgeving, met frequente trainingen gericht op stressvermindering en zelfmanagement, is essentieel om het niveau van mentale gezondheid te verhogen. Toekomstig onderzoek is nodig om vast te stellen welke interventies doeltreffend zijn voor MGP's.

Naast het voorgaande is het van belang om de rol van de overheid en de maatschappij hierin niet te vergeten. Het feit dat zorgprofessionals in toenemende mate een hoge werkdruk en een groeiende administratieve last ervaren, heeft een directe impact op hun welzijn, met daarmee een verhoogd risico op mentale klachten, zoals stress, burn-out en demotivatie. Het concept van veerkracht speelt hierbij een cruciale rol. Veerkracht helpt zorgprofessionals om te gaan met deze uitdagingen, maar het versterken

ervan vraagt om een structurele ondersteuning vanuit zowel de werkgever als de overheid. Hoewel zorgprofessionals veel intrinsieke motivatie en toewijding hebben, is veerkracht geen oneindige bron. Zonder voldoende steun en middelen kunnen zelfs de meest veerkrachtige zorgverleners uitgeput raken. Daarom pleiten we naast het hiervoor beschreven preventieve aanbod, dat gericht is op het bevorderen van de individuele veerkracht van zorgprofessionals, voor een aanpak die gestuurd wordt vanuit de werkgever en de overheid. Dat is noodzakelijk ter bescherming en versterking van de zorgprofessionals.

De overheid kan zich hierbij richten op vermindering van de administratieve werklast. Een groot deel van de werkdruk komt voort uit de hoeveelheid administratief werk die zorgverleners moeten verrichten. Door beleid te ontwikkelen dat hun administratieve verplichtingen vereenvoudigt of vermindert, kan de overheid zorgprofessionals direct ontlasten. Dit kan bijvoorbeeld door te investeren in efficiënte ICT-systemen, onnodige rapportages te schrappen, en vertrouwen terug te brengen door minder controle- en verantwoordingsmechanismen te eisen. Wat tevens op zijn plaats zou zijn, is een gerichte investering met middelen die worden vrijgemaakt ten behoeve van programma's die de mentale gezondheid van zorgprofessionals ondersteunen. Hierbij kan gedacht worden aan subsidies voor mentale coaching en training in veerkracht, toegang tot laagdrempelige en anonieme psychologische hulp, en implementatie van herstelperioden of sabbaticals voor zwaar belaste professionals.

Bovendien zijn er structurele oplossingen nodig om de werkdruk te verminderen. Het aanpakken van personeelstekorten is essentieel, bijvoorbeeld door meer opleidingsplaatsen te creëren en betere arbeidsvoorwaarden te bieden. Daarnaast kunnen flexibele werkmodellen zorgverleners helpen om hun werkdruk te reguleren, zoals deeltijds of hybride werken. Verder kan de overheid maatschappelijke waardering stimuleren, wat de motivatie en veerkracht van zorgprofessionals kan vergroten. Dit kan door middel van bewustwordingscampagnes, waarderingsacties en publieke steun. Dit kan ook bijdragen aan het creëren van realistische verwachtingen als het gaat om wachttijden of de beperkingen van zorgsystemen. Door op die manier begrip te tonen en te vertrouwen op het vakmanschap van zorgprofessionals, kunnen die zich gesteund voelen, in plaats van onder druk gezet. Tot slot kunnen preventieve overheidsmaatregelen gericht op het bevorderen van een gezonde levensstijl de druk op het zorgsysteem verminderen, wat zorgprofessionals meer ruimte biedt om te focussen op complexe casussen.

Sterke punten en beperkingen Deze huidige studie richt zich op een onderwerp uit de geestelijke gezondheidszorg dat nauwelijks is onderzocht. Een behoorlijke steekproef werd verzameld onder gedragstherapeuten die door heel Nederland werkten in verschillende beroepsomgevingen. Tezamen vormden zij een goede weerspiegeling van het werkveld van MGP's.

Deze studie kent echter ook verschillende beperkingen. Ten eerste het ontbreken van een duidelijke operationele definitie van veerkracht. Op basis van de huidige beschikbare literatuur over dit onderwerp hebben we geprobeerd het concept 'veerkracht' op de best mogelijke manier te peilen. Vanwege het crosssectionele design konden we de factoren werkdruk, mentale gezondheid en veerkracht slechts op één enkel tijdstip meten, waardoor we niet in staat waren om de dynamische veranderingen in de loop van de tijd van met name veerkracht vast te leggen. Om die reden kunnen geen conclusies worden getrokken met betrekking tot causaliteit. Dit staat in contrast met de definitie van veerkracht van van Harmelen (2022) en Ioannidis en collega's (2020), die veerkracht omschrijven als 'een complex dynamisch proces van positieve aanpassing aan stress die zich in de loop van de tijd voordoet en ontvouwt, en verschilt van persoon tot persoon en na verloop van tijd'. Gekozen is voor de combinatie van samengestelde vragenlijsten en het gebruik van een likertschaal om de perceptie van respondenten van werkdruk en mentale gezondheid te meten, evenals veerkracht. Deze verkennende vragenlijsten misten echter validatie. Nadere studies moeten worden uitgevoerd om met behulp van gevalideerde instrumenten de relatie tussen werkdruk, mentale gezondheid en psychologische veerkracht te beoordelen. Aangezien veerkracht een complex construct is, waarvan binnen de wetenschap verschillende definities worden genoemd, hebben we een keuze gemaakt en besloten om de vragenlijst van Al Siebert (2010) te benutten. Mogelijk is deze vragenlijst niet allesomvattend en zijn niet alle mogelijke factoren in dit onderzoek meegenomen. Andere beïnvloedende factoren, zoals mentale en medische comorbiditeit, zouden de score op het concept 'veerkracht' mede bepaald kunnen hebben. Ten slotte: hoewel deze studie kan worden gegeneraliseerd naar andere MGP's, is externe validiteit vereist voor verder onderzoek. Professionele rollen en functies kunnen verschillen tussen de respondenten in deze steekproef en van collega's van andere beroepsverenigingen, hetgeen de generaliseerbaarheid van de bevindingen enigszins beperkt.

Klinische implicaties Deze studie draagt bij aan beter begrip van de relatie tussen ervaren werkdruk, mentale gezondheid en veerkracht, en de mediërende rol van veerkracht in relatie tot ervaren werkdruk en mentale gezondheid onder MGP's in Nederland. De bevindingen benadrukken de noodzaak voor een proactieve aanpak van het probleem van lage veerkracht onder MGP's in de geestelijke gezondheidszorg.

In navolging van dit onderzoek zouden interventies gericht op het vergroten van de veerkracht onder MGP's kunnen worden verkend. Deze interventies kunnen zich richten op hun werkgebied, bijvoorbeeld op het opbouwen van ontspanning, het vergroten van het sociale draagvlak op de werkvloer, het bespreken van mentale klachten door werkdruk, het creëren van een mogelijkheid tot supervisie en/of intervisie, en het informeren van cliënten over steun van lotgenoten – allemaal zaken die kunnen leiden tot vermindering van de druk op de professional. Interventies met betrekking

tot persoonlijke ontwikkeling kunnen bestaan uit regelmatige aandacht voor zelfbewustzijn, reflectie en zelfzorgvaardigheden gedurende en na de opleiding. Wat betreft aandachtspunten buiten werktijd zou gepleit kunnen worden voor het bespreekbaar maken van het op tijd opnemen van vrije dagen, evenals voor een goede werk-privébalans en steun vragen aan partner of familie. Bovendien wordt het belang van autonomie met betrekking tot flexibele werkregelingen en het plannen van de eigen agenda gesuggereerd, naast een cultuur van voortdurende aandacht voor het bevorderen van veerkracht op de werkplek. Om de effectiviteit van mogelijke interventies beter te kunnen evalueren, is onderzoek op dit gebied noodzakelijk.

Hoewel veerkracht een complex concept is, blijkt het een mediërende rol te spelen bij het omgaan met ervaren werkdruk en de eventuele mentale klachten die daaruit kunnen voortvloeien. Veerkracht bevorderen door het implementeren van de nodige strategieën is absoluut wenselijk om een gezonde, effectieve en plezierige werkomgeving binnen de ggz te realiseren. Regelmatige aandacht voor veerkracht en training ervan bevorderen de capaciteiten om werkdruk te kunnen hanteren, wat een positieve invloed heeft op de mentale gezondheid van zorgprofessionals. De veerkracht van zorgprofessionals is een waardevolle, maar niet onuitputtelijke bron. Naast individuele acties gericht op bevordering van veerkracht, zijn ook werkgevers en de overheid aan zet. Het verminderen van werkdruk en administratieve lasten, gecombineerd met steun voor mentale gezondheid, is namelijk niet alleen een investering in de zorgsector, maar in de samenleving als geheel.

Onze waardering gaat uit naar Coen Horstman en Floor van Dun van de sectie Werk en Gezondheid van de Vereniging voor Gedrags- en Cognitieve therapieën (VGCT). Zij hebben het initiatief genomen om een enquête te houden onder VGCT-leden en stelden de auteurs in staat om de gegevens te verwerken. Tot slot willen we alle respondenten bedanken die de tijd hebben genomen om de enquête in te vullen.

De auteurs verklaren geen belangenconflicten te hebben met betrekking tot de publicatie van dit artikel.

Lilach Shaul is werkzaam bij GGz Breburg in Breda.

Lars de Vroege en **Anneloes van den Broek** zijn eveneens verbonden aan GGz Breburg in Tilburg/Breda, en zijn verder verbonden aan departement Tranzo van Tilburg University.

Correspondentieadres: Anneloes van den Broek, GGZ Breburg, Poolseweg 190, 4818CG Breda. E-mail: a.vandenbroek@ggzbreburg.nl

Summary

Dealing with workload and stress complaint: The impact of resilience

Mental health professionals (MGPs) are under pressure and their mental well-being is decreasing. The aim of this research is to gain insight into the relationship between

work pressure, mental well-being and resilience among MGPs. This is a cross-sectional study among 711 behavioral therapists, all members of the VGct. It was shown that the relationship between workload and mental well-being is partly mediated by resilience. Respondents cite insufficient time for indirect/non-billable tasks, increase in the number of clients with complex problems and administrative burden as causes of their increased workload. Respondents advocate leisure activities integrated in the workplace to reduce the workload. Our findings highlight the importance of promoting resilience to prevent absenteeism and mental health issues, and reduce the perceived workload. It is recommended to develop, evaluate and monitor resilience programs within mental health care and during the (post)graduate training.

Keywords *resilience, workload, stress complaints, well-being, behavioral therapists*

Referenties

- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1173-1182. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.51.6.1173>
- Bodenheimer, T., & Sinsky, C. (2014). From triple to quadruple aim: Care of the patient requires care of the provider. *The Annals of Family Medicine*, 12, 573-576. <https://doi.org/10.1370/afm.1713>
- Bray, L., Meznikova, K., Crampton, P., & Johnson, T. (2023). Sustainable healthcare education: A systematic review of the evidence and barriers to inclusion. *Medical Teacher*, 45, 157-166. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2022.2110052>
- Castillo-González, A., Velando-Soriano, A., De La Fuente-Solana, E. I., Martos-Cabrera, B. M., Membrive-Jiménez, M. J., Lucía, R. B., & Cañadas-De La Fuente, G. A. (2024). Relation and effect of resilience on burnout in nurses: A literature review and meta-analysis. *International Nursing Review*, 71(1), 160-167. <https://doi.org/10.1111/inr.12838>
- De Sio, S., Buomprisco, G., Perri, R., Bruno, G., Mucci, N., Nieto, H. A., Trovato Battagliola, E., & Cedrone, F. (2020). Work-related stress risk and preventive measures of mental disorders in the medical environment: An umbrella review. *European Review for Medical and Pharmacological Sciences*, 24, 821-830.
- Doleman, G., De Leo, A., & Bloxsome, D. (2023). The impact of pandemics on healthcare providers' workloads: A scoping review. *Journal of Advanced Nursing*, 79, 4434-4454. <https://doi.org/10.1111/jan.15690>
- Eley, D. S., Cloninger, C. R., Walters, L., Laurence, C., Synnott, R., & Wilkinson, D. (2013). The relationship between resilience and personality traits in doctors: Implications for enhancing wellbeing. *PeerJ*, 1, e216. <https://doi.org/10.7717/peerj.216>
- Elkudssiah Ismail, N., Hui, W. M., Goh, K. W., Jimam, N. S., Hermansyah, A., & Ming, L. C. (2022). Resilience among Malaysian community pharmacists and general medical practitioners using the 10-item Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC): The first national survey. *Behavioral Sciences*, 12, Article 272. <https://doi.org/10.3390/bs12080272>
- Fitzgerald, K., Yates, P., Bengier, J., & Harris, A. (2017). The psychological health and well-being of emergency medicine consultants in the UK. *Emergency Medicine Journal*, 34, 430-435. <https://doi.org/10.1136/emered-2015-205246>
- Frenkel, M. O., Pollak, K. M., Schilling, O., Voigt, L., Fritzsching, B., Wrzus, C., Egger-Lampl, S., Merle, U., Weigand, M. A., & Mohr, S. (2022). Stressors faced by healthcare professionals and coping strategies during the early stage of the COVID-19 pandemic in Germany. *PloS one*, 17, e0261502. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0261502>
- Hirani, S., Lasiuk, G., & Hegadoren, K. (2016). The intersection of gender and resilience. *Journal of Psychiatric and*

- Mental Health Nursing*, 23, 455-467.
<https://doi.org/10.1111/jpm.12313>
- Howard, R., Kirkley, C., & Baylis, N. (2019). Personal resilience in psychiatrists: Systematic review. *BJPsych Bulletin*, 43, 209-215. <https://doi.org/10.1192/bjb.2019.12>
- Ioannidis, K., Askelund, A. D., Kievit, R. A., & van Harmelen, A. (2020). The complex neurobiology of resilient functioning after childhood maltreatment. *BMC Medicine*, 18, Article 32. <https://doi.org/10.1186/s12916-020-1490-7>
- Jackson, D., Firtko, A., & Edenborough, M. (2007). Personal resilience as a strategy for surviving and thriving in the face of workplace adversity: A literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 60, 1-9. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04412.x>
- Jensen, P. M., Trollope-Kumar, K., Waters, H., & Everson J. (2008). Building physician resilience. *Canadian Family Physician*, 54, 722-729.
- Karadaş, A., & Duran, S. (2021). The effect of social support on work stress in health workers during the pandemic: The mediation role of resilience. *Journal of Community Psychology*, 50, 1640-1649. <https://doi.org/10.1002/jcop.22742>
- Kealy, D., Halli, P., Ogrodniczuk, J. S., & Hadjipavlou, G. (2016). Burnout among Canadian psychiatry residents: A national survey. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 61, 732-736. <https://doi.org/10.1177/0706743716645286>
- Kramar, R. (2014). Beyond strategic human resource management: Is sustainable human resource management the next approach? *The International Journal of Human Resource Management*, 25, 1069-1089. <https://doi.org/10.1080/09585192.2013.816863>
- Lowe, S. R., Hennein, R., Feingold, J. H., Peccoralo, L. A., Ripp, J. A., Mazure, C. M., & Pietrzak, R. H. (2021). Are women less psychologically resilient than men? Background stressors underlying gender differences in reports of stress-related psychological sequelae. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 83, 21br14098. <https://doi.org/10.4088/JCP.21br14098>
- McAllister, M., & McKinnon, J. (2009). The importance of teaching and learning resilience in the health disciplines: A critical review of the literature. *Nurse Education Today*, 29, 371-379. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2008.10.011>
- Nagel, C., & Nilsson, K. (2022). Nurses' work-related mental health in 2017 and 2020 – A comparative follow-up study before and during the COVID-19 pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19, Article 15569. <https://doi.org/10.3390/ijerph192315569>
- Shaul, L., de Vroege, L., & van den Broek, A. (2024). Dealing with workload and stress complaints: The impact of resilience. *Psychology*, 15, 1455-1473. <https://doi.org/10.4236/psych.2024.159086>
- Siebert, A. (2010). *Survivor personality: Why some people are stronger, smarter, and more skillful at handling life's difficulties and how you can be, too*. Penguin Press.
- Teo, C. W., Ong, P. W., Low, L. L., Seah, S. S. Y., Leong, D. Q. X., & Tan, C. Y. F. (2024). Psychological resilience in post-acute care: A cross-sectional study of health care workers in Singapore community hospitals. *Journal of the American Medical Directors Association*, 25, Article 105029. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2024.105029>
- van den Broek, A., & de Vroege, L. (2023a). Don't postpone! Mental health of healthcare professionals needs attention! *Exploratory Research and Hypothesis in Medicine*, 9, 170-174. www.xiahepublishing.com/2472-0712/ERHM-2023-00006
- van den Broek, A., & de Vroege, L. (2023b). Post-pandemic self-reported mental health of mental healthcare professionals in The Netherlands compared to during the pandemic – an online longitudinal follow-up study. *Frontiers in Public Health*, 11, Article 1221427. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1221427>
- van den Broek, A., van Dam, A., Bongers, I., Stikkelbroek, Y., Bachrach, N., & de Vroege, L. (2022). Alarmerend beeld onder personeel ggz: Uitputting, angst en somberheidsklachten, met mogelijk vertrek uit de ggz als gevolg. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 100, 107-111. <https://doi.org/10.1007/s12508-022-00353-y>

- van den Broek, A., van Hoorn, L., Tooten, Y., & de Vroeghe, L. (2023). The moderating effect of the COVID-19 pandemic on the mental wellbeing of health care workers on sustainable employability: A scoping review. *Frontiers in Psychiatry*, 13, Article 1067228. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.1067228>
- van der Klink, J. J., Bültmann, U., Burdorf, A., Schaufeli, W. B., Zijlstra, F. R., Abma, F. I., Brouwer, S., & van der Wilt, G. J. (2016). Sustainable employability – Definition, conceptualization, and implications: A perspective based on the capability approach. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 42, 71-79. <https://doi.org/10.5271/sjweh.3531>
- van Harmelen, A. L. (2022). *Veerkracht bestaat niet*. Universiteit Leiden. <https://hdl.handle.net/1887/3567352>
- Yanchus, N. J., Periard, D., & Osatuke, K. (2017). Further examination of predictors of turnover intention among mental health professionals. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 24, 41-56. <https://doi.org/10.1111/jpm.12354>

Klinische traumabehandeling in combinatie met dialectische gedragstherapie

*Een kijkje bij de Traumaverwerkingskliniek
Leeuwarden aan de hand van casuïstiek*

► ANNEMIEKE KAMSTRA, MILOU WIERSUM, MIRJAM MEEK, ROBERT SCHOEVERS, SYBOLT DE VRIES & FREDERIKE JÖRG

Samenvatting Klinische dialectische gedragstherapie gecombineerd met traumabehandeling (DGT-PTSS) richt zich op cliënten met een ernstige posttraumatische-stressstoornis (PTSS) en comorbide problematiek. Eerder onderzoek toonde in een *randomized controlled trial* met een *treatment-as-usual*-conditie de effectiviteit van het behandelprogramma aan bij vrouwen met een PTSS na vroegkinderlijk seksueel misbruik. De behandeling, die enerzijds geprotocolleerd is en anderzijds aansluit bij de persoonlijke problematiek en doelen van de cliënt, wordt geïllustreerd met casuïstiek. Maaike en Klaas, twee cliënten met een lange psychiatrische voorgeschiedenis, profiteerden van deze geïntegreerde behandelvorm. Zij kampten naast een ernstige PTSS, ontstaan na vroegkinderlijk trauma, met heel uiteenlopende comorbide klachten. Klinische DGT-PTSS is onderdeel van recente ontwikkelingen in het traumaveld en past binnen het brede behandelaanbod in Nederland voor cliënten met ernstige traumagerelateerde klachten.

TREFWOORDEN — *posttraumatische-stressstoornis (PTSS), dialectische gedragstherapie (DGT), traumabehandeling, borderline-persoonlijkheidsstoornis*

Kernboodschappen voor de klinische praktijk

- Klinische DGT-PTSS combineert dialectische gedragstherapie met traumabehandeling en richt zich op cliënten met een ernstige PTSS en comorbide problematiek.
- Het geïntegreerde behandelprogramma is geprotocolleerd en sluit tegelijkertijd aan bij de casusconceptualisatie van individuele cliënten.
- Klinische DGT-PTSS is een landelijk behandelaanbod dat relatief recent ontwikkeld werd.

Inleiding

‘Een hels traject, waardoor ik beter weet wie ik ben.’ Een treffende opmerking van Maaïke tijdens de evaluatie van haar behandeling op de Traumaverwerkingskliniek, waar we dialectische gedragstherapie (DGT) combineren met traumagerichte behandeling. Deze combinatie past uitstekend in het gedachtegoed van DGT: interveniëren op één onderdeel is pas zinvol als de brede context van de cliënt wordt meegenomen.

In dit artikel bespreken we eerst kort de ontwikkeling in het denken over effectieve en efficiënte behandelingen voor PTSS en emotieregulatieproblemen na vroegkinderlijke traumatisering. Vervolgens bespreken we de theorie achter DGT. Ten slotte illustreren we aan de hand van casuïstiek de huidige werkwijze van het klinische DGT-PTSS-programma in de Traumaverwerkingskliniek van GGZ Friesland.

Ontwikkelingen in de behandeling voor PTSS en emotieregulatieproblemen

Het traumalandschap in Nederland wordt gekenmerkt door een diversiteit aan behandelsettings en behandelvormen, en door een grote verscheidenheid aan traumagerelateerde klachten. Er zijn ontwikkelingen die de behandeluitkomsten verder kunnen verbeteren voor cliënten met een PTSS na (herhaaldelijk) vroegkinderlijk trauma en comorbide problematiek die onvoldoende opknappen of voortijdig uitvallen uit reguliere behandelingen. Recente onderzoeken naar cognitieve therapie, *cognitive processing therapy* (CPT) en *prolonged exposure* (PE) laten bijvoorbeeld zien dat wanneer sessies kort op elkaar volgen, PTSS-klachten vlotter afnemen (Ehlers et al., 2014; Gutner et al., 2016). Ook de IMPACT-trial in Nederland toonde aan dat het intensiever aanbieden van imaginaire exposure (IE) leidde tot een snellere afname van klachten (Opel et al., 2021). De mate waarin de klachten afnamen was vergelijkbaar met wekelijkse IE-sessies, en met de combinatie van Skills Training in Affective and Interpersonal Regulation (STAIR) en IE. In een systematische review van hoofdzakelijk observationele studies lijken kortdurende, intensieve programma's waarin minstens twee traumagerichte sessies per week aangeboden worden voor verschillende doelgroepen effectief te zijn (Sciarrino et al., 2020). Ook toont deze review aan dat de drop-out tijdens deze intensieve behandelingen een stuk lager ligt dan bij een minder intensieve poliklinische behandeling (5,5% berekend over vijf studies, vergeleken met 18% tot 39% in voorgaande studies). Een andere ontwikkeling is het combineren van persoonlijkheids- en traumagerichte behandeling, zoals schematherapie met EMDR (Driessen & ten Broeke, 2014) of DGT gecombineerd met traumagerichte behandeling. In een pilot randomized controlled trial (RCT) werd poliklinische DGT vergeleken met DGT in combinatie met IE en exposure in vivo bij cliënten ($n =$

26) met PTSS en een borderline-persoonlijkheidsstoornis (Harned et al., 2014). De combinatie van deze behandelvormen bleek het meest effectief in het verminderen van zowel PTSS-klachten, zelfbeschadigend gedrag als suïcidaliteit. Een recente RCT bij een grotere groep patiënten ($n = 193$) toonde aan dat zowel de combinatie van poliklinische DGT en exposure als CPT bij vrouwen met PTSS-klachten gerelateerd aan vroegkinderlijk fysiek of seksueel geweld effectief waren in het verminderen van PTSS-klachten (Bohus et al., 2020). In deze studie leidde DGT met exposure vaker tot remissie van de PTSS en was de drop-out lager (25,5% vs. 39%) dan in de CPT-groep. Bohus en collega's (2013) ontwikkelden in Duitsland een 12 weken durend klinisch behandelprogramma (DGT-PTSS). In een RCT vergeleken ze de behandeling met een treatment-as-usual-conditie en bleek DGT-PTSS wederom effectief bij vrouwen met PTSS na vroegkinderlijk seksueel misbruik. Hoewel effectiviteit ten opzichte van een wachtlijst niet heel veelzeggend is, kan worden gesteld dat DGT-PTSS goede resultaten heeft laten zien voor cliënten met en zonder comorbide borderline-persoonlijkheidsstoornis. Deze indicatie voor effectiviteit deed GGZ Friesland in 2014 besluiten om te starten met dit programma, waarbij professor Bohus het behandelteam trainde.

Dialectische gedragstherapie in een notendop

Marsha Linehan (2002) ontwikkelde DGT als behandeling voor cliënten met ernstige suïcidaliteit en borderline-persoonlijkheidsproblematiek. Inmiddels hebben ruim 35 RCT's de positieve behandelresultaten van DGT aangetoond (Harned, 2022), zoals verscheidene recente meta-analyses laten zien (onder andere: DeCou et al., 2019; Panos et al., 2014; Storebø et al., 2020). DGT is oorspronkelijk een poliklinische behandeling, met vier belangrijke pijlers: [1] individuele therapie, [2] groepsvaardigheidstraining, [3] 24-uurs telefonische consultatie, en [4] een consultatieteam (DGT-intervisie) voor therapeuten. De groepsvaardigheidstraining bevat vier modules: [1] mindfulness, [2] intermenselijke effectiviteit, [3] emotieregulatie, en [4] frustratietolerantie (Linehan, 2016). Vanwege de grote hectiek in het leven van mensen met borderline-persoonlijkheidsproblematiek kennen DGT-behandelsessies een hiërarchie in de onderwerpen die aan bod komen: een sessie begint na een mindfulnessoefening altijd met aandacht voor eventuele levensbedreigende gedragingen, zoals suïcidaliteit en zelfbeschadigend gedrag; vervolgens komt therapieverstorend gedrag aan bod, zoals te laat komen of afgesproken huiswerk niet doen; de volgende en laatste in de rij zijn gedragingen die de kwaliteit van leven van de cliënt in de weg staan, zoals comorbide problematiek of meer praktische problemen, zoals schulden of huisvestingsproblemen (van Dijk, 2013). Deze hiërarchie geeft zowel de cliënt als de hulpverlener structuur. De genoemde gedragingen worden geanalyseerd met behulp van een 'ketenanalyse', waarin de cliënt zo precies mogelijk de keten van gebeurtenissen beschrijft tussen de

eerste trigger en het uiteindelijke gedrag, de positieve en negatieve gevolgen van het gedrag, en hoe het in de toekomst kan worden voorkomen. DGT is bij uitstek een gedragstherapie waarin het aanleren van nieuwe vaardigheden en het inzetten van nieuw gedrag centraal staat. Het is zodoende van meerwaarde in de verwerking van traumatische gebeurtenissen uit het verleden, omdat de cliënt tegelijkertijd vaardiger wordt in het inzetten van niet-traumagerelateerd gedrag.

De inhoud van de DGT-behandeling en de houding van de DGT-therapeut komen onder andere voort uit twee belangrijke uitgangspunten. Allereerst is dat de *biosociale theorie*. Deze theorie geeft weer hoe kinderen met een kwetsbare predispositie die opgroeien in een omgeving waarin structureel invaliderend op hun emoties wordt gereageerd emotieregulatieproblemen kunnen ontwikkelen (Linehan, 2016).

Het tweede belangrijke uitgangspunt van DGT is de *dialectiek*. Linehan (2002) omschrijft de dialectiek als een filosofisch wereldbeeld dat uitgaat van een doorlopend veranderende werkelijkheid, waarin alles met elkaar verbonden is. Volgens de dialectiek bestaat er nooit slechts één kant aan een situatie of ervaring; iets is nooit zwart-wit. Er is niet één oplossing de beste, maar juist door de tegenstellingen naast elkaar te leggen, ontstaan er nieuwe ideeën en oplossingen (van Dijk, 2013).

Het gedachtegoed achter DGT is bepalend voor de attitude van de DGT-therapeut naar cliënten en collega's (Linehan, 2016). Vanuit haar ervaring met suïcidale cliënten beschrijft Linehan (2002) de therapeutische relatie als essentieel binnen de behandeling. Een achttal veronderstellingen helpt de DGT-therapeut om niet bevooroordeeld te zijn en komt de relatie met de cliënt ten goede (zie box 1). Om een constructieve therapeutische relatie op te bouwen is het van belang dat de therapeut al deze veronderstellingen ter harte neemt.

Box 1: De acht basisveronderstellingen uit DGT (Linehan, 2002)

- 1 Cliënten doen wat ze kunnen.
- 2 Cliënten hebben de wil om beter te worden.
- 3 Cliënten moeten harder werken, gemotiveerder zijn voor verandering en nog meer hun best doen.
- 4 Ook wanneer cliënten hun problemen niet zelf hebben veroorzaakt, zijn zij degenen die ze moeten oplossen.
- 5 Voor cliënten met borderlineproblematiek (en suïcidaliteit) voelt het leven op dit moment onverdraaglijk.
- 6 In alle essentiële contexten moeten cliënten nieuw gedrag aanleren.
- 7 Cliënten kunnen niet falen in de behandeling (mogelijk sloten de therapie of behandelaar onvoldoende aan).
- 8 Voor therapeuten die werken met cliënten met borderline-persoonlijkeitsproblematiek en suïcidaliteit is steun nodig.

Behandelprogramma van de klinische DGT-PTSS

In het DGT-PTSS-behandelprogramma van de Traumaverwerkingskliniek bij GGZ Friesland komen cliënten in behandeling met zowel een PTSS, meestal ten gevolge van meervoudige vroegkinderlijke traumatisering, als met emotieregulatieproblemen (denk aan: eetproblemen, zelfbeschadiging, suïcidaliteit, dwangklachten). Zij krijgen een klinische opname van 12 weken, waarbij er enerzijds traumaverwerking met behulp van imaginaire exposure (en optioneel EMDR) wordt ingezet, en anderzijds emotieregulatievaardigheden worden aangeleerd met behulp van DGT. Twee van deze cliënten zijn 'Maaïke' en 'Klaas'. Hun namen zijn gefingeerd; beide cliënten gaven mondeling en schriftelijk toestemming voor de publicatie van dit artikel. Via hun behandeling geven we een kijkje in de keuken van dit behandelprogramma door de ogen van de therapeut.

Casus Maaïke Maaïke meldt zich voor een intakegesprek bij de Traumaverwerkingskliniek. Ze is eerder behandeld voor haar eetstoornis en werd vanuit de afdeling eetstoornissen verwezen naar de Traumaverwerkingskliniek voor het klinische DGT-PTSS-programma. Zij is 26 jaar en worstelt met herbelevingen en overspoelende emoties. Om haar hevige emoties te dempen, gebruikt ze dagelijks cannabis, sport ze overmatig en eet ze te weinig. Er is sprake van een PTSS (dissociatief subtype), kenmerken van een borderline-persoonlijkheidsstoornis, emotieregulatieproblemen, cannabisgebruik, een restrictief eetpatroon en eenzaamheid. In haar voorgeschiedenis kreeg zij te maken met vroegkinderlijk seksueel misbruik, fysieke mishandeling binnen het gezin en affectieve verwaarlozing. Op 16-jarige leeftijd verhuisde zij naar een pleeggezin. Zij had vervolgens meerdere relaties waarin zij seksueel misbruikt en fysiek mishandeld werd. Ze werd in het verleden meerdere malen verwezen voor intensieve persoonlijkheidsbehandeling, maar zag daarvan af om zich te kunnen richten op het volgen van een opleiding. Deze opleiding ronde zij echter niet af. Op dit moment heeft ze een prettige relatie, waarin haar grenzen gerespecteerd worden. Nu er meer rust in haar leven is, wil ze graag behandeling. Door de meegemaakte traumata is zij ervan overtuigd dat ze er alleen voor staat in het leven en dat anderen misbruik van haar maken als zij zich kwetsbaar toont. Ze stelt hoge eisen aan zichzelf en ze is perfectionistisch ingesteld. Dat maakt haar tegelijkertijd ook een doorzetter. Haar krachtbronnen zijn onder andere haar intelligentie, haar liefde voor dieren en momenteel de gezonde relatie met haar partner. Ze is gemotiveerd voor behandeling. Ze geeft aan deze investering te willen doen om zich vervolgens opnieuw te kunnen oriënteren op werk en opleiding.

Maaïke zit tegenover me. Ik zie een kleine, jonge vrouw, die goed uit haar woorden komt en mij een stevige handdruk geeft. Ze verdwijnt bijna in de grote fauteuil. Toch maakt ze een sterke indruk. De woorden die ze kiest en de duidelijkheid waarmee ze haar verhaal vertelt, geven

haar iets krachtigs. Ze weet wat ze wil. Tegelijkertijd geeft ze mij het gevoel dat ik niet te dicht bij haar mag komen. Ik ben onder de indruk van de forse traumatisering en verwaarlozing die ze heeft moeten meemaken. Als ik wat meer doorvraag naar haar gevoel, zie ik haar trillen. Als het gaat om deze heftige emoties, komen de woorden niet meer vanzelf. Zoekend naar woorden en soms stotterend probeert ze woorden te geven aan haar gevoel. Haar doelen? 'Ik wil grip krijgen op mijn herbelevingen, en minder gespannen en schrikachtig door het leven gaan' en: 'Ik wil ook op seksueel gebied kunnen genieten van mijn relatie en mij minder alleen voelen.'

Casus Klaas Klaas is 50 jaar als hij met forse PTSS-klachten, cluster B persoonlijkheidsproblematiek, emotieregulatieproblemen, alcoholmisbruik en een conversiestoornis in de vorm van pseudo-epileptische aanvallen verwezen wordt naar het klinische DGT-PTSS-programma. Voorgaande behandelingen in zijn leven richtten zich op de eerder gestelde borderline-persoonlijkheidsstoornis met narcistische trekken. Klaas leerde om bij oplopende gevoelens van agressie van anderen weg te lopen. Hij bouwde zijn alcoholgebruik af, maar zijn lijdensdruk bleef hoog en zijn PTSS-klachten werden zichtbaarder. In de voorgeschiedenis is er sprake van seksueel misbruik door verschillendeaders, jarenlange ernstige fysieke mishandeling, emotionele mishandeling en verwaarlozing door zowel zijn biologische ouders, als in het kindertehuis en in een pleeggezin. Ook heeft hij een pestverleden. Vanaf zijn achttiende kwam Klaas in het criminele circuit terecht, waarna hij voor meerdere delicten in detentie zat. Hij was getuige van fysiek geweld, waaronder de mishandeling van een goede bekende met dodelijke afloop en de suïcide van een medegevangene. Ook gebruikte hij zelf fysiek geweld. 'Klinische behandeling is wat anders dan detentie.' Ik heb Klaas aan de telefoon en we bespreken zijn mogelijke deelname aan het behandelprogramma. Klaas meldde zich in het weekend bij de crisisdienst. Hij heeft veel alcohol gedronken en weet niet meer hoe hij zijn spanning moet hanteren. Ik bel hem hierover na het weekend op. Ik wil graag begrijpen waarom hij juist dit weekend contact opnam met de crisisdienst. Klaas vertelt dat hij erg gespannen is voor de behandeling. Als ik hierop doorvraag, vertelt hij dat hij het gevoel heeft dat hij zich vrijwillig laat opsluiten, terwijl hij niets heeft gedaan. Ik hoor de spanning in zijn stem en vraag door over dit gevoel. Klaas denkt dat het komt door zijn periode in detentie. Ik hoop dat hij de behandeling aangaat, omdat ik denk dat hij er veel baat bij kan hebben. Tegelijkertijd heb ik in mijn achterhoofd dat hij degene is die zich moet committeren aan het behandelprogramma. Gaandeweg zakt zijn spanning en hoor ik hem met meer vastberadenheid zeggen dat hij de behandeling echt wil. Als ik ophang, heb ik er vertrouwen in dat ik Klaas de volgende dag mag verwelkomen.

Klaas verwoordt tijdens het opnamegesprek zijn hulpvraag: 'Ik wil graag minder last hebben van nachtmerries, herbelevingen en pseudo-epileptische aanvallen. Ook wil ik leren met boosheid om te gaan zonder agressief te worden en de controle te verliezen. Ik wil angst en verdriet durven voelen en uiten.'

In gesprek met Klaas wordt verder duidelijk dat hij ervan overtuigd is dat anderen niet te vertrouwen zijn en dat mensen misbruik van hem zullen maken als hij kwetsbaar is. Hij leerde als kind zichzelf te beschermen door net zo lang te vechten tot de ander uitgeschakeld was. Tot slot gelooft hij dat hij er zelf niet toe doet. Hij leerde om emoties als angst, verdriet, schaamte en schuld weg te drukken of ze om te zetten in boosheid en agressie. Tegelijkertijd is hij bang om de controle over zijn boosheid en agressie te verliezen. Hij verdooft emoties met alcohol en cannabis, door voortdurend bezig te blijven en het uiterste van zichzelf te vragen. Vermoeidheid of pijn voelt hij niet.

Ik hoop dat Klaas zijn strijd lust en doorzettingsvermogen kan aanwenden voor de behandeling. Hij is gemotiveerd voor behandeling, is toekomstgericht en weet ondanks alles te kijken naar de positieve dingen in zijn leven (het contact met zijn kinderen, hobby's en een opleiding die hij mogelijk wil volgen na behandeling). Tot slot: Klaas zit in de Ziekte wet, heeft door zijn alcoholgebruik leverproblemen, en heeft weinig steun en sociale contacten.

Klinische DGT-PTSS: het behandelproces

Als er, zoals bij Maaïke en Klaas, sprake is van complexe problematiek, is het opstellen van een goede casusconceptualisatie essentieel. In de kliniek doen we dit samen met de cliënt en stellen we vervolgens samen een behandelplan op. Na de intake- en diagnostiekfase vindt er voor de start van de behandeling een commitmentgesprek plaats. Een belangrijk principe binnen de DGT en de klinische DGT-PTSS is commitment: werkelijke verbondenheid aan de therapiedoelen, en duidelijkheid en afstemming over de wederzijdse verwachtingen. We gaan ervan uit dat cliënten gemotiveerd zijn, maar zeker bij dit type problematiek verwachten we dat die motivatie onder druk komt te staan en cliënten ondanks deze motivatie nog een stapje extra moeten zetten om de behandeling tot een succes te maken. Dit is conform een van de acht veronderstellingen uit box 1: cliënten moeten beter hun best doen, harder werken en gemotiveerder zijn voor verandering.

Casus Maaïke Tijdens het commitmentgesprek met Maaïke komt haar moeite met eten en haar overmatig sporten aan de orde. We bespreken het belang om dit in de behandeling aan te pakken en haar bereidheid hiertoe. Maaïke geeft aan hier absoluut aan te willen werken, maar niet telkens eetlijsten in te willen vullen. Ik ga daarmee akkoord. Het is im-

mers geen behandeling voor eetproblemen. ‘Wat ga je dan doen om voldoende te eten, zodat je deze therapie goed kunt volgen?’ Maaïke geeft aan ons op te zoeken om zich te laten coachen als ze zich niet houdt aan haar eetlijst (die ze eerder met collega’s van de afdeling eetstoornissen heeft opgesteld). Een prima voorstel wat mij betreft. Ik geef hierbij aan dat we dan een ontbrekende-schakelanalyse kunnen gebruiken om te onderzoeken waarom het niet gelukt is om voldoende te eten en wat er mogelijk in de keten van ervaringen ontbreekt om nieuw gedrag in te zetten. Voor mij als therapeut kan het adviseren van een analyse lastig zijn. Je wilt cliënten immers leren om gedrag te onderzoeken en hun niet het idee geven dat ze het niet goed doen. Zeker niet bij een cliënt als Maaïke, die al zulke hoge eisen aan zichzelf stelt. De analyse roept aanvankelijk frustratie op bij Maaïke: ‘Moet ik dan nog meer mijn best doen? Het is al zoveel!’ Ik snap haar reactie en zeg: ‘Ik kan me goed voorstellen dat het lastig is om nieuw gedrag in te zetten. Waar had je dat in jouw verleden moeten leren?’ Maaïke blijft even stil en reageert dan: ‘Ik vind jou maar vies lief.’ Ik glimlach en geef aan: ‘Dat lijkt mij ook heel onwennig. Laten we samen zoeken naar wat je nu nodig hebt om vriendelijker met jezelf om te gaan als je zoveel hevige emoties voelt.’

Als cliënten geïndiceerd zijn voor en gecommitteerd aan de klinische DGT-PTSS-behandeling, kunnen zij deelnemen aan het programma. De DGT-PTSS-behandeling bij GGZ Friesland is een 12 weken durend programma, dat in drie fasen is verdeeld. Cliënten krijgen een aantal vaste modules aangeboden en kiezen daarnaast een aantal optionele modules, zoals beschreven in tabel 1. De nadruk in de individuele therapie ligt op het behandelen van de PTSS, maar naast meer symptoomgerichte doelen werken cliënten ook aan persoonlijke en herstelgerichte doelen.

Tabel 1 *Overzicht van de modules gedurende de drie fasen van klinische DGT-PTSS*

Individueel	Groep
Individuele therapie (inclusief IE)^{2,3} Exposure in vivo^{2,3,*} DGT-dagboekbespreking ^{1,2,3} Mindfulness ^{1,2,3} Mentorgesprek ^{1,2,3} Systeemtherapie ^{1,2,3} Psychomotorische therapie ^{2,3,*} Beeldende therapie: nachtmerrie-training ^{2,3,*} Contact met ervaringsdeskundige ^{1,2,3}	Skillstraining – basis ^{1,2} en expert ^{2,3} Psycho-educatie ^{1,2} Eigenwaarde ^{2,3,*} Beeldende therapie ^{1,2,3} Het leven veroveren ^{2,3} Psychomotorische therapie ^{1,2,3} Sportmodules: ► Mindful bewegen ^{1,2,3} ► Ochtendsport ^{1,2,3} ► Krachttraining ^{1,2} ► Escrima <i>martial arts</i> ^{1,2,3} ► Sportgroep voor allen ^{1,2,3} ► Zelfverdediging ^{*,1,2,3}

Noot.¹ = Behandelfase 1; ² = Behandelfase 2; ³ = Behandelfase 3; * = Facultatieve module.

Fase 1 beslaat de eerste 2 weken van de behandeling. Hierin stelt de cliënt met behulp van de behandelaar een behandelplan op, met persoonlijke doelen aan de hand van zijn of haar eigen waarden. Verder schrijven cliënten in fase 1 een biografie, stellen ze een levenslijn op en wordt het indextrauma bepaald (het cluster van traumatische ervaringen waardoor de cliënt de meeste klachten ervaart).

We kijken een stukje mee bij een sessie van Klaas. De doelen die Maaïke en Klaas samen met hun behandelaar hebben opgesteld, zijn weergegeven in tabel 2. Deze doelen schrijven Maaïke en Klaas vervolgens SMART uit. Klaas bedacht bij zijn doel om anderen meer te durven vertrouwen dat hij de klimwand wilde beklimmen met een man (de psychomotorisch therapeut) die hem zekert.

Tabel 2 Globale weergave van de persoonlijke doelen van Maaïke en Klaas

Persoonlijke doelen van Maaïke	Persoonlijke doelen van Klaas
Hoofddoel: Afname PTSS-klachten Subdoelen/persoonlijke doelen: ▶ Geen drugs meer gebruiken ▶ Opleiding starten na behandeling ▶ Meer intimiteit met partner ▶ Meer verbinding maken met kennissen/vrienden ▶ Mijzelf kwetsbaar opstellen in belangrijke vriendschappelijke contacten ▶ Lief zijn voor mijn lichaam door aangename activiteiten in te plannen	Hoofddoel: Afname PTSS-klachten Subdoelen/persoonlijke doelen: ▶ Irritatie en boosheid uiten op acceptabele manier ▶ Kwetsbare emoties toelaten en uiten ▶ Hulp vragen ▶ Anderen meer vertrouwen ▶ Gezonder leven (regelmatig en gezond eten, sporten en stoppen met alcohol) ▶ Starten met een opleiding ▶ Tijd besteden aan kinderen, partner en hobby's ▶ Sociaal netwerk uitbouwen

Casus Klaas Klaas leest me zijn uitgebreid beschreven biografie voor. Het valt mij op dat hij over het algemeen de moeilijke situaties niet uit de weg is gegaan, maar dat hij niets heeft geschreven over het seksueel misbruik dat hem als jong kind is overkomen. Ik complimenteer hem met zijn uitgebreide schrijven en het dapper voorlezen van zijn biografie. Dan bespreek ik met Klaas dat hij niets geschreven heeft over het misbruik. Klaas zegt dat hij niet goed weet waarom hij het misbruik onbesproken liet. Als ik vraag of hij het wellicht vermijdt, geeft hij aan dat hij niet denkt dat dit het geval is. Om tot het bepalen van het indextrauma te komen, bespreken we op welke manier hij nu last heeft van het seksueel misbruik. Hij heeft er geen intrusieve symptomen van, maar het lijkt wel veel effect te hebben gehad op zijn cognities. Hij is er onder andere door gaan geloven dat 'mensen niet te vertrouwen zijn', 'ik er niet toe doe', 'anderen mij zien als een gebruiksvoorwerp' en dat 'als ik mij kwetsbaar opstel, mensen daar misbruik van maken'. Klaas vertelt de meeste PTSS-symptomen te hebben van de jarenlange, ernstige mis-

handeling door zijn vader. Daarom besluiten we de imaginaire-exposuresessies hierop te gaan richten.

59

Aan het einde van de tweede week presenteert de cliënt aan het behandelteam in het kort wat zijn indextrauma en persoonlijk behandelplan zijn. Op dat moment wordt bekeken of de cliënt daadwerkelijk zover is om aan de tweede fase van de traumaverwerking te beginnen. Een heel enkele keer wordt besloten om de eerste fase met een week te verlengen of dat iemand toch stopt met de behandeling. Redenen hiervoor hebben vaak te maken met de motivatie voor de behandeling of de aanwezigheid van praktische belemmeringen waardoor de timing van het traject toch niet passend is. Het team let op of de cliënt in staat is vermijding te doorbreken en vaardigheden in te zetten om te zorgen dat er voldoende contact met het hier-en-nu blijft.

Casus Klaas Als Klaas zijn indextrauma en behandelplan aan het team presenteert, vertelt hij over zijn meest heftige herinnering aan het fysieke geweld door zijn vader. Het is de herinnering waar hij de meeste nachtmerries en herbelevingen van heeft. Hij vertelt dat zijn vader hem ooit probeerde te wurgen, maar dat Klaas uiteindelijk de overhand kreeg en zijn vader bewusteloos sloeg. Hij dacht hem te hebben vermoord. Tijdens het vertellen let hij op zijn ademhaling en zet hij een paar keer zijn voeten stevig op de grond, om het contact met het hier-en-nu vast te houden. Ik zie dat de spanning bij Klaas hoog is. Zijn handen en benen trillen. De collega's van het team complimenteren Klaas met hoe hij vertelt over de gebeurtenis, zonder de moeilijke momenten en woorden te schuwen. Dit lijkt hem goed te doen.

Klaas laat ook zien wat zijn persoonlijke waarden, doelen en gekozen behandelmodules zijn.

De voorzitter van het behandelteam valideert de inspanning van Klaas in het aangaan van deze spannende situatie en het presenteren van zijn persoonlijk behandelplan. De complimenten doen Klaas zichtbaar goed. Vervolgens laten alle leden van het behandelteam aan Klaas weten op welke manier zij kunnen bijdragen aan zijn behandeltraject. Klaas is klaar voor het volgende deel van de behandeling. We wensen hem veel succes bij het vervolg.

In de tweede fase (week 3 tot en met 10) staat traumaverwerking centraal, waarbij er tweemaal per week een imaginaire-exposuresessie plaatsvindt. Op de overige dagen luisteren cliënten de opnamen terug. De casus geeft een voorbeeld van wat Klaas ervoer tijdens een imaginaire-exposuresessie.

Casus Klaas Klaas is bang om tijdens de exposure de controle over zijn boosheid te verliezen en agressief te worden. Hij vertelt mij dat hij wel eens verbaal agressief en fysiek bedreigend is geweest tegenover een mannelijke therapeut die voor Klaas te snel ging. Klaas wil dit te allen

tijde voorkomen. Naast de hoge spanning die Klaas voelt voorafgaand en tijdens de eerste exposuresessies, voel ik in eerste instantie ook enige spanning. Hoewel Klaas al een aantal vaardigheden geleerd heeft en ik Klaas vertrouw in zijn wil om niet agressief naar mij te worden, ken ik ook zijn voorgeschiedenis. Deze aarzeling breng ik tijdens een consultatieteam in, zodat ik Klaas goed kan blijven coachen. Gaandeweg de sessies voelt Klaas boosheid zonder agressief te worden en voelt hij de voor hem kwetsbare emoties, zoals angst, verdriet en machteloosheid. Hij durft dit steeds meer te laten zien in het bijzijn van verschillende behandelaren en toetst op die manier zijn overtuigingen over zichzelf en anderen aan de realiteit. In plaats van straffend te zijn of misbruik van hem te maken, exploreren en valideren de behandelaren zijn emoties. Hij hoeft zijn emoties niet weg te maken, zoals hij in zijn leven leerde.

Tijdens een van de exposuresessies heeft Klaas het gevoel te stikken op het moment dat hij bij het moment van wurgen komt. Hij voelt ongeloof en verdriet over het feit dat hij als 16-jarige jongen berustte in de verwachting dood te gaan op het moment dat zijn vader hem probeerde te wurgen: 'Dan was ik van alle ellende af.' Aan de ene kant komen negatieve cognities op over het uiten van kwetsbare emoties: 'Ik ben zwak' en: 'Ik mag niet zwak zijn, maar ik moet vechten.' Aan de andere kant krijgt Klaas meer compassie voor zichzelf wanneer hij zich realiseert dat hij zich als jonge jongen zo diep ellendig voelde dat hij het niet erg vond als hij er niet meer zou zijn.

Indien nodig worden cognitieve technieken toegevoegd om hardnekkige kerncognities die verwerking in de weg staan, te bewerken. Dit was het geval bij Maaïke.

Casus Maaïke Maaïke heeft over het seksueel misbruik door haar vader veel zelfverwijt. Hierdoor zijn andere emoties nauwelijks toegankelijk en keurt zij die sterk af. Door het uitdagen van haar schuldgedachten middels de socratische dialoog en het schrijven van een onschuldpleidooi lukt het haar om haar angst te voelen en ook het gigantische verdriet toe te laten over wat ze gemist heeft bij haar vader. Het is begrijpelijk dat ze graag gezien wilde worden door haar vader en dat daardoor het misbruik ook een dubbele lading heeft.

In het consultatieteam laat ik mij bevragen of ik me niet te veel laat afleiden door het zelfverwijt van Maaïke en daarmee juist de traumaverwerking uit het oog verlies. Ik realiseer mij door de kritische vragen van een collega dat ik niet aan het vermijden ben, maar dat dit precies het snijvlak is bij deze complexe doelgroep van mensen met trauma en persoonlijkheidsproblematiek waarvoor cliënten naar deze behandeling komen.

Ook andere therapeutische technieken kunnen toegevoegd worden als de behandelaren inschatten dat het past binnen het behandeltraject van de

cliënt, zoals een schrijfpdracht (bijvoorbeeld een boze brief) of imaginaire rescripting, zoals bij Maaïke.

61

Casus Maaïke Wanneer ik in het beeld stap en Maaïke weghaal bij haar vader, en opkom voor haar intense behoefte dat haar vader haar gewoon aardig vindt zonder dat ze er iets voor hoeft te doen, stromen de tranen over haar wangen. Na de oefening gaf Maaïke aan: 'Ik weet dat het niet echt zo is gegaan, maar wat zou dat fijn zijn geweest. Dat had ik zo graag gewild!'

Verder maken cliënten tijdens de behandeling ketenanalyses om hun therapieverstorend gedrag in kaart te brengen.

Casus Klaas Klaas vult een ketenanalyse in van een situatie waarin hij een pseudo-epileptische aanval krijgt, om meer te begrijpen waardoor die aanvallen in gang worden gezet en wat dan helpend gedrag is. Vanuit zijn overtuiging dat hij 'moet vechten tot hij erbij neervalt', werkt hij binnen de behandeling zo hard tot hij niet meer kan. Dit kan dan uitlopen op een pseudo-epileptische aanval. Door het invullen van de ketenanalyse realiseert Klaas zich dat zijn spanning sneller oploopt dan hij denkt en dat als hij dit eerder leert opmerken, hij er op een eerder moment naar kan handelen.

In de negende week vertelt de cliënt aan het behandelteam hoever hij of zij is met traumaverwerking, evalueert de cliënt met het team in welke mate de doelen zijn behaald en wat aandachtspunten voor het vervolg zijn. Dit 'negenwekenteam' wordt afgerond met het 'kralenritueel'. Ieder aanwezige teamlid geeft de cliënt een kraal en geeft aan waar de kraal voor staat. Dit kunnen bijvoorbeeld krachtige eigenschappen van de cliënt zijn, die hij of zij kan inzetten in de toekomst, of juist wat de cliënt nog meer gegund is, zoals zelfcompassie. De casus beschrijft de evaluatie van Maaïke tijdens het 'negenwekenteam'.

Casus Maaïke Alle collega's die op de vrijdag werken zijn aanwezig in de ruimte voor beeldende therapie, waar wij aan grote tafels zitten. Maaïke en ik komen samen binnen. Ik hang haar persoonlijkedoelenformulier op een bord, zodat iedereen de doelen kan lezen. Samen gaan we voor de groep zitten. Als Maaïke gevraagd wordt te vertellen waar ze allemaal aan heeft gewerkt, gaat ze staan. Ik zie haar stevig met beide benen op de grond staan. Ze vertelt de groep behandelaren met een trotse blik wat haar gelukt is in de therapie. Zo is het haar gelukt om haar angstige verwachtingen uit te dagen, namelijk dat zij gek zou worden als ze de traumaherinnering echt onder ogen ziet. Het inzetten van skills (onder andere een skippybal) helpt haar om spanning te verdragen, waardoor ze voor het eerst ruimte voelt voor haar verdriet en gemis. Als ze dit vertelt, zie ik haar ogen waterig worden. Dapper om te zien hoe ze dat laat ge-

beuren en even stevig voor ons blijft staan. Ze vertelt: 'Ik ben niet alleen de confrontatie aangegaan met mijn trauma, maar het is mij zelfs ook gelukt om mijn boosheid naar de juiste mensen te richten en niet meer mezelf kapot te maken.' Als ik om mij heen kijk, zie ik trotse collega's die net als ik met bewondering aan het luisteren zijn.

Maaikes PTSS-klachten zijn afgenomen. Nu wil ze de laatste weken gebruiken om in de systeemtherapie meer verbinding met haar partner en haar schoonfamilie te ervaren, maar ook te kijken naar wat ze wil op het gebied van werk en opleiding. Ik kan het niet laten om aan te vullen dat ze ook geen trek meer heeft in cannabis en meer plezier ervaart in bewegen zonder dat het extreem hoeft te worden. Als belangrijk aandachtspunt voor de toekomst geeft Maaïke aan dat ze wel een sterke lichamelijke vermoeidheid ervaart, die ze nog niet goed kan plaatsen. Ze wil de afrondende ambulante nazorg van de kliniek volgen, om vervolgens de ggz achter zich te laten en zich te richten op werk en opleiding.

Tijdens het kralenritueel geef ik haar een kraal en spreek daarover uit: 'Deze kraal staat voor warmte en kracht. Ik gun je de warmte om bij jezelf stil te blijven staan en de kracht om op je eigen gevoel te vertrouwen in contact met anderen.' Ik zie haar lip een beetje trillen. Ik merk ook een kleine trilling in mijn eigen stem. Het emotioneert haar en mijzelf dan ook enigszins.

De derde, afrondende fase (weken 11 en 12) staat in het teken van radicale acceptatie en integratie van het geleerde in de dagelijkse praktijk. Tijdens deze oefening in de individuele therapie schrijven cliënten op (en spreken dit later tijdens de sessie uit) dat ze erkennen dat ze traumatische gebeurtenissen hebben meegemaakt, welke impact dit op hun leven had en wat ze geleerd hebben over hoe zij ermee om kunnen en willen gaan. De oefening wordt afgerond door naar de toekomst te kijken en uit te spreken waar de cliënt volledig voor gaat in de toekomst. Het idee is dat wanneer iemand in staat is tot radicale acceptatie van zowel het verleden als het directe heden, er gekeken kan worden naar wat hij of zij wil veranderen in de toekomst.

Casus Maaïke Aan het einde van de individuele therapie spreekt Maaïke haar radicale acceptatie hardop uit: 'Ik erken dat ik in mijn jeugd seksueel misbruikt ben en dat dat mijn leven beïnvloed heeft, in de zin dat mijn angst mijn leven beheerst heeft, ik mijzelf pijn heb gedaan om niet te hoeven voelen en mij teruggetrokken heb uit sociale contacten om niet opnieuw overheerst te worden. Ik kan daar nu anders mee omgaan, omdat ik mij realiseer dat ik vriendelijk naar mezelf kan zijn, in plaats van net zo straffend en kleinerend als mijn ouders. Ik kan het aan om heftige emoties te verdragen en ga ze niet meer actief wegmaken.' Tijdens het uitspreken van haar radicale acceptatie zie ik nog steeds die kleine, maar krachtige vrouw, die nu haar emoties toelaat. Tranen springen in haar ogen. Die hoeven niet langer weggemaakt te worden.

Naast de radicale acceptatie is er in de laatste 2 weken aandacht voor de toekomst en neemt de cliënt afscheid. Ook Klaas sluit zijn behandeling af. Hij neemt afscheid van zijn medecliënten en de behandelaren.

63

Casus Klaas Ik ga afscheid nemen van Klaas. We staan stil bij wat hij heeft bereikt. Hij ervaart een sterke daling in PTSS-klachten, en pseudo-epileptische aanvallen doen zich nog maar zelden voor. Een van de dingen waar hij erg trots op is, is het oefenen met vertrouwen stellen in mannen door tijdens de PMT de klimwand te beklimmen en zich te laten zekeren door de mannelijke PMT'er. Klaas heeft nog PTSS-klachten van traumata uit zijn periode in het criminele circuit en zijn detentietijd. Die pakt hij in ambulante behandeling verder op. Klaas heeft meer grip gekregen op zijn boosheid en agressie. Hij vertelt dat het hem hielp om tijdens de individuele PMT te oefenen met gecontroleerd boksen en dat hij conflicten met behandelaren leerde te bespreken, nadat de ergste woede wat was gedaald.

Bij het afscheid zijn Klaas en ik beiden emotioneel geraakt. Klaas vertelt dat hij in het verleden weinig voelde bij dit soort momenten: 'Ik benaderde het zakelijk.' Nu voelt hij verdriet, omdat hij een band heeft durven opbouwen met mij en andere behandelaren, en we nu afscheid van elkaar nemen. Zelf ben ik ontroerd omdat zijn verdriet zijn ontwikkeling gedurende de behandeling illustreert. Klaas staat zichzelf meer toe om emoties te voelen, zonder destructief gedrag in te zetten. Het voelt daarom goed om samen aandacht te schenken aan het afscheid. Tegelijkertijd voel ik ook verdriet, omdat ik afscheid neem van Klaas met wie ik mij als behandelaar verbonden heb gevoeld. Zelf zegt hij over deze periode: 'Dit was de eerste plek waar ik echt kon laten weten hoe het met mij gaat.'

Discussie

De behandeling van cliënten met ernstige PTSS en comorbide problematiek na vroegkinderlijk trauma kan behandelaren voor een uitdaging stellen. Met dit artikel gaven we een kijkje in de keuken van klinische DGT-PTSS, een behandelprogramma dat bedoeld is voor cliënten met juist deze combinatie van klachten. De behandelvorm kent een aantal waardevolle aspecten. Allereerst zijn traumagerichte behandeling en persoonsgerichte behandeling in deze behandelvorm geïntegreerd. De cliënt werkt tegelijkertijd aan PTSS en comorbide klachten. Bij veel cliënten komen deze comorbide klachten, zoals eetproblemen en persoonlijkheidsproblematiek, voort uit hun voorgeschiedenis met vroegkinderlijke traumatisering en verwaarlozing. Verder is het programma enerzijds geprotocolleerd, anderzijds sterk afgestemd op de specifieke hulpvraag, doelen en klachten van de individuele cliënt. Het modulaire karakter van het programma en de onderliggende DGT-principes maken het programma flexibel. Ook zorgen de

structuur van het behandelprogramma en de DGT-attitude ervoor dat het gehele behandelteam op een consistente wijze werkt. Om dit te waarborgen, is training van het gehele behandelteam in DGT nodig. Bovendien helpt het consultatieteam de behandelaar om scherp te blijven op de DGT-principes. Ten slotte is de aandacht voor persoonlijk en functioneel herstel een krachtig aspect, naast de focus op symptomatisch herstel.

Cliënt Maaïke had al een lange psychiatrische voorgeschiedenis, met behandelingen gericht op ofwel haar eetproblemen ofwel haar persoonlijkheidsproblematiek ofwel haar PTSS. Zij had onvoldoende geprofiteerd van die eerdere behandelingen en het was in haar geval helpend om intensief 12 weken aan de combinatie van klachten te werken. Voor Klaas leken de holding en het behandelkader helpend om belangrijke stappen te zetten in het doorbreken van vermijding en het leren contact te maken met zijn emoties. Hij heeft zijn behandeling poliklinisch vervolgd. Beiden lijken te hebben geprofiteerd van het geïntegreerde karakter van het programma.

De klinische indruk bestaat dat een kleinere groep cliënten *niet* optimaal profiteert van de behandeling. Redenen hiervoor die het behandelteam tegenkomt zijn divers. Ze variëren van fors wantrouwen over hulpverlening tot forse somatische klachten, waardoor het programma niet goed volledig te volgen is. Er loopt wetenschappelijk onderzoek waarin dit nader onderzocht wordt, zodat de indicatiestelling verder kan worden aangescherpt.

Een mogelijk nadeel van klinische DGT-PTSS is dat het protocol uitgaat van IE als traumaverwerkingstechniek, terwijl er meerdere technieken in de GGZ Zorgstandaard (GGZ Standaarden, 2020) beschreven staan als voorkeursbehandeling bij PTSS. De mogelijke voorkeur van de cliënt voor een van deze technieken wordt niet standaard besproken. De flexibiliteit van het programma maakt het overigens wel mogelijk voor het behandelteam en de cliënt om om te schakelen van IE naar bijvoorbeeld EMDR wanneer dit voor de cliënt passender of effectiever lijkt.

Een andere uitdaging in deze geïntegreerde behandelvorm is om een juiste balans te behouden tussen enerzijds effectieve traumaverwerking en anderzijds oog te houden voor comorbide problematiek. Zo zouden de agressieproblemen van Klaas ertoe kunnen leiden dat de behandelaar te voorzichtig wordt in het inzetten van exposure. Dat zou de behandeling van Klaas niet ten goede komen.

Tot slot is een aandachtspunt dat klinische DGT-PTSS gezien moet worden als een intensivering en versnelling van de langer lopende behandeling van PTSS en comorbide persoonlijkheidsproblematiek. Dit betekent dat er nauw moet worden samengewerkt met verwijzende instellingen, wat in de praktijk lastig te realiseren kan zijn.

Uit de beschreven casuïstiek komt het beeld naar voren dat Maaïke en Klaas goed hebben geprofiteerd van dit gecombineerde aanbod. Of zij van een andere behandelsetting, zoals een kortdurende traumagerichte behandeling, net zo goed hadden geprofiteerd, valt niet te zeggen. Uitgaande van de dialectiek bestaat er geen gouden standaard. Anders gezegd: er is geen *one size fits all* voor deze diverse doelgroep. Wetenschappelijk onderzoek

naar voorspellers voor therapiesucces kan helpen om beter te kunnen bepalen welke behandeling het beste aansluit bij welke cliënt. Maaïke en Klaas hebben baat gehad bij deze intensieve behandeling, die niet op zichzelf staat, maar die net als kortdurende intensieve traumabehandeling nazorg behoeft. De klinische implicatie hiervan is dat meer samenwerking en overleg tussen verschillende behandelsettings en verwijzers ertoe kan leiden dat we van elkaar kunnen leren en op die manier de meest passende behandelvorm voor iedere specifieke cliënt kunnen vinden.

Concluderend kunnen we stellen dat de verschillende nieuwe behandelvormen die de afgelopen jaren beschikbaar zijn gekomen goed nieuws zijn voor cliënten met ernstige traumagerelateerde problematiek na vroeg-kinderlijk trauma. Klinische DGT-PTSS is een van die nieuwe behandelingen. Toekomstig onderzoek moet uitwijzen welke behandelvorm het meest geschikt is voor wie, zodat we de middelen die we in de ggz tot onze beschikking hebben zo goed mogelijk kunnen benutten.

Annemieke Kamstra, Milou Wiersum en **Sybolt de Vries** zijn werkzaam bij de GGZ Friesland. De eerste auteur is tevens verbonden aan het Universitair Medisch Centrum Groningen, Universitair Centrum Psychiatrie.

Mirjam Meek is klinisch psycholoog, VGCT-supervisor en eigenaar van MeJa Centrum voor Zwangerschap en Psyche.

Frederike Jörg en **Robert Schoevers** zijn werkzaam bij het Universitair Medisch Centrum Groningen, Universitair Centrum Psychiatrie.

Correspondentieadres: Annemieke Kamstra/Milou Wiersum, GGZ Friesland, Sixmastraat 2, 8932 PA Leeuwarden. E-mail: annemieke.kamstra@ggzfriesland.nl

Summary

Inpatient trauma focused treatment combined with dialectical behaviour therapy: A look inside a Dutch inpatient DBT-PTSD facility illustrated with two cases

Inpatient Dialectical Behavioural Therapy combined with trauma treatment (DBT-PTSD) focuses on clients with severe posttraumatic stress disorder (PTSD) and comorbid complaints. Previous research demonstrated the effectiveness of the treatment program in a randomized controlled trial with a 'treatment as usual' condition in a group of women with a PTSD after childhood sexual abuse. The treatment, which on the one hand is protocolised, and on the other hand adaptable to the individual complaints and treatment goals of the patient, is illustrated with two cases. 'Maaïke' and 'Klaas', two clients with an extensive trauma history and a long psychiatric background, benefitted from this integrated treatment program. Beside a severe PTSD, they suffered from very different forms of comorbid complaints. Inpatient DBT-PTSD is part of recent developments in the trauma field and exists in the treatments on offer for patients with severe trauma related complaints within the Netherlands.

Keywords *posttraumatic stress disorder (PTSD), dialectical behavioural therapy (DBT), trauma treatment, borderline personality disorder*

Referenties

- Bohus, M., Dyer, A. S., Priebe, K., Krüger, A., Kleindienst, N., Schmahl, C., Niedtfeld, I., & Steil, R. (2013). Dialectical behavior therapy for post-traumatic stress disorder after childhood sexual abuse in patients with and without borderline personality disorder: A randomised controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 82, 221-233. <https://doi.org/10.1159/000348451>
- Bohus, M., Kleindienst, N., Hahn, C., Müller-Engelmann, M., Ludäscher, P., Steil, R., Fydrich, T., Kuehner, C., Resick, P. A., Stiglmayr, C., Schmahl, C., & Priebe, K. (2020). Dialectical behavior therapy for posttraumatic stress disorder (DBT-PTSD) compared with cognitive processing therapy (CPT) in complex presentations of PTSD in women survivors of childhood abuse: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 77, 1235-1245. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.2148>
- DeCou, C. R., Comtois, K. A., & Landes, S. J. (2019). Dialectical behavior therapy is effective for the treatment of suicidal behavior: A meta-analysis. *Behavior Therapy*, 50, 60-72. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2018.03.009>
- Diessen, A., & ten Broeke, E. (2014). Schematherapie en EMDR gecombineerd bij complexe traumagerelateerde problematiek. *Gedragstherapie*, 47, 232-249.
- Ehlers, A., Hackmann, A., Grey, N., Wild, J., Liness, S., Albert, I., Deale, A., Stott, R., & Clark, D. M. (2014). A randomized controlled trial of 7-day intensive and standard weekly cognitive therapy for PTSD and emotion-focused supportive therapy. *The American Journal of Psychiatry*, 171, 294-304. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.13040552>
- GGZ Standaarden. (2020). *Psychotrauma en stressorgerelateerde stoornissen* [Zorgstandaard]. www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/psychotrauma-en-stressorgerelateerde-stoornissen/introductie
- Gutner, C. A., Gallagher, M. W., Baker, A. S., Sloan, D. M., & Resick, P. A. (2016). Time course of treatment dropout in cognitive-behavioral therapies for posttraumatic stress disorder. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 8, 115-121. <https://doi.org/10.1037/tra0000062>
- Harned, M. S. (2022). *Treating trauma in dialectical behavior therapy: The DBT Prolonged Exposure Protocol (DBT PE)*. The Guilford Press.
- Harned, M. S., Korslund, K. E., & Linehan, M. M. (2014). A pilot randomized controlled trial of Dialectical Behavior Therapy with and without the Dialectical Behavior Therapy Prolonged Exposure protocol for suicidal and self-injuring women with borderline personality disorder and PTSD. *Behaviour Research and Therapy*, 55, 7-17. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.01.008>
- Linehan, M. M. (2002). *Dialectische gedragstherapie bij borderline persoonlijkheidsstoornis: Theorie en behandeling*. Pearson Benelux.
- Linehan, M. M. (2016). *De DGT vaardigheden: Handleiding voor de vaardigheidstraining dialectische gedragstherapie* (L. M. C. van den Bosch, Nederlandse bewerking). Pearson Assessment and Information.
- Oprel, D. A. C., Hoeboer, C. M., Schoorl, M., de Kleine, R. A., Cloitre, M., Wigard, I. G., van Minnen, A., & van der Does, W. (2021). Effect of prolonged exposure, intensified prolonged exposure and STAIR+ prolonged exposure in patients with PTSD related to childhood abuse: A randomized controlled trial. *European Journal of Psychotraumatology*, 12, 1851511. <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1851511>
- Panos, P. T., Jackson, J. W., Hasan, O., & Panos, A. (2014). Meta-analysis and systematic review assessing the efficacy of dialectical behavior therapy (DBT). *Research on Social Work Practice*, 24, 213-223. <https://doi.org/10.1177/1049731513503047>
- Sciarrino, N. A., Warnecke, A. J., & Teng, E. J. (2020). A systematic review of intensive empirically supported treatments for posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 33, 443-454. <https://doi.org/10.1002/jts.22556>
- Storebø, O. J., Stoffers-Winterling, J. M., Völm, B. A., Kongerslev, M. T., Mattivi, J. T., Jørgensen, M. S., Faltinsen, E., Todorovac, A., Sales, C. P., Callesen,

H. E., Lieb, K., & Simonsen, E. (2020). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5, CD012955. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012955.pub2>

van Dijk, S. (2013). *Dialectische gedragstherapie in de praktijk: Een praktische werkwijzer voor professionals*. Hogrefe Uitgever.

Nederlandse vertaling van de Child Eating Disorder Examination (ChEDE)

Normen voor jeugdigen

► KLASKE GLASHOUWER, EVA VAN MALDEREN & LIEN GOOSSENS

Samenvatting De kinderversie van de Eating Disorder Examination (ChEDE) is een gestandaardiseerd instrument voor de diagnostiek van eetstoornissen bij jeugdigen. Onlangs is de Nederlandse vertaling van het ChEDE-interview aangepast volgens de DSM-5. Om te voorzien in Nederlandstalige normen voor de ChEDE namen we het interview af bij 171 jeugdigen in de klinische praktijk en de algemene populatie. Zoals verwacht, vonden we een duidelijk verschil tussen jeugdigen met en zonder een eetstoornis. We vonden geen significant verschil in algemene ernst tussen jeugdigen met een eetstoornis met kenmerken van anorexia nervosa (AN) en jeugdigen met een eetstoornis met kenmerken van eetbuien. In de huidige steekproef leken jeugdigen met AN gemiddeld meer eetstoornissymptomen te rapporteren dan in eerdere studies. Het feit dat de gegevens verzameld werden tijdens en na de COVID-19-pandemie zou deze ernstigere symptomen wellicht kunnen verklaren. We hopen dat deze normen zowel klinici als onderzoekers zullen helpen bij de interpretatie van testresultaten en diagnostiek.

TREFWOORDEN — *Eating Disorder Examination, ChEDE, jeugdigen, Nederlandstalige normen*

Kernboodschappen voor de klinische praktijk

- Het doel van dit artikel is om Nederlandstalige normen te ontwikkelen voor de Child Eating Disorder Examination, een gestandaardiseerd instrument voor de diagnostiek van eetstoornissen bij jeugdigen.
- De bevindingen zijn belangrijk voor zowel klinici als onderzoekers om testresultaten en diagnostiek van eetstoornissen te interpreteren.

Inleiding

Een goede en effectieve behandeling van een eetstoornis begint met grondige diagnostiek. Als onderdeel van het diagnostische proces¹ worden eetproblemen bij voorkeur onderzocht met behulp van (semi)gestructureerde interviews, afgenomen door getrainde clinici, aangezien verschillende belangrijke aspecten van eetstoornissen moeilijk te beoordelen zijn met vragenlijsten (Decaluwé & Braet, 2004; Fairburn & Beglin, 1994; Tanofsky-Kraff et al., 2003). Een vaak gebruikt gestandaardiseerd instrument voor de beoordeling van eetstoornissen is het Eating Disorder Examination Interview (EDE; Cooper & Fairburn, 1987; Fairburn et al., 2008). Voor jeugdigen vanaf 8 jaar is er een aangepaste versie ontwikkeld, de Child Eating Disorder Examination (ChEDE; Bryant-Waugh et al., 1996; Nederlandse vertaling: Decaluwé & Braet, 1999). Gedurende de laatste 25 jaar is de ChEDE een valide en betrouwbaar instrument gebleken voor het beoordelen van eetstoornissen bij jeugdigen. Het interview werd oorspronkelijk toegepast bij kinderen tussen 8 en 14 jaar oud (Bryant-Waugh et al., 1996; Watkins et al., 2005), maar is ook veelvuldig gebruikt bij jeugdigen tussen 12 en 19 jaar oud (zie bijvoorbeeld: Binford et al., 2005; Eddy et al., 2008; Goossens & Braet, 2010).

In lijn met de Engelse versie 17 voor volwassenen is de Nederlandse vertaling van het ChEDE-interview inmiddels aangepast (Glashouwer et al., 2019) om het interview geschikt te maken voor eetstoornisclassificaties volgens de DSM-5² (APA, 2013). In de DSM-5 wordt onderscheid gemaakt tussen de eetstoornisclassificaties anorexia nervosa, boulimia nervosa en eetbuistoornis. Daarnaast is er een restcategorie ‘anders gespecificeerde eetstoornis’, waar bijvoorbeeld atypische eetstoornissen onder vallen, eetstoornissen die net niet voldoen aan de criteria en specifieke syndromen, zoals het nachtelijk eetsyndroom (Elgersma & Jonker, 2020; Goossens, 2013). Naast eetstoornissen worden er in de DSM-5 ook voedingsstoornissen onderscheiden, de vermijdende/restrictieve voedselintakestoornis (ARFID), pica en ruminatiestoornis. Voor de diagnostiek van voedingsstoornissen is een apart diagnostisch instrument ontwikkeld, het Pica, ARFID en Rumination Disorder Interview (PARDI; Bryant-Waugh et al., 2019; Nederlandse vertaling: Neimeijer & Mulkens, 2018).

De ChEDE kan niet alleen worden gebruikt voor het stellen van DSM-5-classificaties, maar geeft daarnaast ook een gedetailleerd en nauwkeurig

- 1 Hoe uitgebreid de diagnostiek wordt uitgevoerd is afhankelijk van de setting. Binnen Accare en Universitair Centrum Kind en Adolescent van Universiteit Gent (specialistische ggz) bestaat de diagnostiek van eetstoornissen naast de ChEDE standaard uit een algemene anamnese bij jeugdige en ouders, een ontwikkelings-anamnese bij ouders en een screenend systeemonderzoek.
- 2 Wat betreft eetstoornisclassificaties verschilt de DSM-5-TR niet in belangrijke mate van de DSM-5.

overzicht van de huidige eetstoornissymptomen. Bovendien geeft het interview inzicht in de ernst van de eetproblemen. Het interview draagt daarmee bij aan de accuraatheid en kwaliteit van de diagnostiek van eetproblemen. Tot nu toe is er in de bestaande literatuur beperkte informatie beschikbaar over ChEDE-normen voor eetstoornissen bij jeugdigen. Er zijn gegevens voorhanden uit internationale studies met wisselende steekproefgroottes (zie bijvoorbeeld: Binford et al., 2005; Bryant-Waugh et al., 1996; Couturier & Lock, 2006; Eddy et al., 2008; Frampton et al., 2011; Hilbert et al., 2013; Watkins, et al., 2005). Er zijn echter geen Nederlandstalige ChEDE-normen beschikbaar voor jeugdigen met een eetstoornis. Bovendien zijn er nog geen normen beschikbaar voor de DSM-5-versie van de ChEDE (ChEDE17). Daarom was het doel van dit artikel het ontwikkelen van Nederlandstalige normen voor de ChEDE17. We hebben de ChEDE17 afgenomen bij jeugdigen die behandeling zochten, evenals bij jeugdigen uit de algemene populatie.

..... Methode

Deelnemers en procedure De steekproef bestond uit 171 Nederlandstalige jeugdigen tussen 9 en 21 jaar oud (10,0% mannelijk, 89,9% vrouwelijk, 0,1% anders). Van de 101 deelnemers met een eetstoornis werd 94,2% verwezen voor behandeling naar de Accare-afdeling voor eetstoornissen in het noorden van Nederland en 3,0% naar een poliklinisch behandelingscentrum voor jeugdigen gevestigd aan de Universiteit Gent in België. Op basis van informatie uit de ChEDE voldeden deelnemers aan de DSM-5-criteria voor anorexia nervosa restrictief type (AN-R; $n = 27$), anorexia nervosa eetbuien/purgeren type (AN-BP; $n = 3$), atypische anorexia nervosa (AN-atyp; $n = 18$), boulimia nervosa (BN; $n = 10$), eetbuiestoornis (BED; $n = 3$), andere gespecificeerde eetstoornis met kenmerken van AN-R (OSFED-AN-R; $n = 13$), andere gespecificeerde eetstoornis met kenmerken van AN-BP (OSFED-AN-BP; $n = 4$), andere gespecificeerde eetstoornis met kenmerken van BN (OSFED-BN; $n = 6$), andere gespecificeerde eetstoornis met kenmerken van BED (OSFED-BED; $n = 1$), of niet-gespecificeerde eetstoornis (USED; $n = 16$).

Van de 70 deelnemers zonder eetstoornis volgens de DSM-5 (geen-eetstoornis) werd 18,6% verwezen naar Accare (maar zij bleken niet te voldoen aan de DSM-5-criteria voor een eetstoornis) en werd 81,4% verzameld vanuit de algemene populatie als onderdeel van een PhD-project over eetproblemen (van Eva Van Malderen) waarbij geen sprake was van een hulpvraag in het kader van een eetstoornis. Van de 70 jongeren zonder eetstoornis volgens de DSM-5 vertoonden 56 geen kenmerken van een eetstoornis en vertoonden 14 deelnemers subklinische eetproblemen, die onvoldoende waren voor een classificatie volgens de DSM-5. Alle deelnemers – en hun ouders, als de deelnemer jonger was dan 16 jaar – hebben toestemming gegeven voor het gebruik van hun ChEDE-gegevens. Het onderzoek werd goedgekeurd door de Ethische Commissie Psychologie van de Rijksuniver-

siteit Groningen (PSY-1920-S-0458), de Ethische Commissie Psychologie van de Universiteit Gent (2017/05) en de Medisch Ethische Commissie van het Universitair Ziekenhuis Gent (2019/0801BC-05372).

71

Metingen ChEDE. De ChEDE bestaat uit 41 items die DSM-5-criteria voor eetstoornissen en andere eetstoornisgerelateerde symptomen en gedragingen meten.³ Een interviewer scoort de items op een zevenpunts likert-schaal, waarbij de frequentie of ernst van eetstoorniskenmerken worden beoordeeld van 0 ('helemaal niet/geen dagen') tot 6 ('duidelijk/elke dag'). Op basis van 22 items kunnen vier gemiddelde subschaalscores worden berekend – Lijnen, Zorgen over eten, Zorgen over lichaamsvormen, en Zorgen over gewicht – plus een totaalscore, die wordt verkregen door de scores van de vier subschalen te middelen. De andere items zijn gericht op het uitvragen van DSM-5-criteria (bijvoorbeeld eetbuien en extreme gewichtscntrolemaatregelen) en op de beschrijvende diagnostiek (om bijvoorbeeld het huidige eetpatroon in kaart te brengen). Een hogere score op de schalen duidt op meer eetstoornissymptomen. De interne consistentie van de ChEDE in de huidige steekproef was goed (voor Lijnen was Cronbach's $\alpha = 0,83$, voor Zorgen over eten $\alpha = 0,78$, voor Zorgen over gewicht $\alpha = 0,85$ en voor Zorgen over lichaamsvormen $\alpha = 0,84$) en vergelijkbaar met de Engelstalige ChEDE (zie bijvoorbeeld: Frampton et al., 2011; Hilbert et al., 2013).

Vertaling. De Nederlandstalige ChEDE17 is een geautoriseerde vertaling (Glashouwer et al., 2019) gebaseerd op de Engelstalige EDE 17.0D voor volwassenen (Fairburn et al., 2014), waarbij de eerdere Nederlandstalige versie van de ChEDE (ChEDE12; Bryant-Waugh et al., 1996; Decaluwé & Braet, 1999) en de Engelstalige ChEDE 16.0D/C.1 (Bryant-Waugh & Watkins, 2012) als referentietekst dienden. Het vertalingsproces verliep als volgt: [1] de Nederlandstalige ChEDE12 en de Engelstalige EDE17.0D werden vergeleken en verschillen werden geïdentificeerd, [2] twee teams vertaalden onafhankelijk van elkaar de interviewtekst, [3] verschillen werden besproken en opgelost in een vergadering, en tot slot [4] werd de vertaling gecontroleerd door dr. Rachel Bryant-Waugh (die Nederlands beheerst). De Nederlandstalige ChEDE17 is vrij beschikbaar via <https://naeweb.nl/e-learning>.

DSM-5-classificatie. De ChEDE werd afgenomen door getrainde klinici (bij Accare waren die getraind door Klaske Glashouwer, bij de Universiteit Gent door Eva Van Malderen) of door getrainde masterstudenten (bij Universiteit Gent getraind door Eva Van Malderen). Om de DSM-5-classificatie zorgvuldig te bepalen, werd een geblindeerde classificatie door een aparte persoon op basis van uitsluitend de ChEDE-gegevens vergeleken met de classificatie die eerder door de klinici en masterstudenten was vastgesteld. In geval van discrepantie tussen beide classificaties heeft de eerste auteur

3 Voor een overzicht van de aanpassingen die zijn doorgevoerd van EDE12.0D naar EDE16.0D, en van EDE16.0D naar EDE 17.0D, verwijzen we naar de Engelstalige handleidingen (Fairburn et al., 2008, 2014).

(Klaske Glashouwer) het volledige diagnostische rapport doorgenomen om tot een beslissing te komen.

Body Mass Index (BMI). Voor een beschrijving van de steekproef en voor de DSM-classificatie werden bij de instelling waar de ChEDE werd afgenomen van iedere deelnemer gewicht en lengte gemeten met gevalideerde meetinstrumenten. Omdat de bodymassindex (BMI; gewicht/lengte²) bij kinderen aanzienlijk verandert met de leeftijd en afhangt van hun geslacht, werden aangepaste BMI-scores berekend ([werkelijk gewicht/percentiel 50 van gewicht voor lengte, leeftijd en geslacht (TNO, 2010)] X 100; vergelijk: Le Grange et al., 2012). Aangepaste BMI-scores tussen 85% en 120% worden beschouwd als een gezond gewicht, tussen 120% en 140% als overgewicht, en groter dan 140% als obesitas.

Resultaten

Beschrijvende informatie Beschrijvende informatie voor jeugdigen met een eetstoornis en jeugdigen zonder een eetstoornis wordt gepresenteerd in tabel 1. De laatste groep is opgesplitst in twee brede diagnostische groepen: [1] jeugdigen met een eetstoornis met kenmerken van anorexia nervosa (bestaande uit AN-R, AN-BP, AN-atyp, OSFED-AN-R en OSFED-AN-BP), en [2] jeugdigen met een eetstoornis met kenmerken van eetbuien (bestaande uit BN, BED, OSFED-BN en OSFED-BED). Vanwege de kleine steekproefomvang presenteren we daarnaast alleen specifieke beschrijvende informatie voor de subgroepen AN-R en AN-atyp. Percentielen voor de drie grootste groepen – [1] jeugdigen zonder een eetstoornis, [2] jeugdigen met een eetstoornis, en [3] jeugdigen met een eetstoornis met kenmerken van anorexia nervosa (subgroep van jeugdigen met een eetstoornis) – worden gepresenteerd in tabel 2.

Groepsvergelijkingen We gebruikten onafhankelijke *t*-toetsen om de groepen met elkaar te vergelijken wat betreft de ernst van de eetstoornissymptomen (met $\alpha \leq 0,05$). Wanneer de Levene's test voor gelijkheid van varianties significant was, rapporteren we teststatistieken voor niet-veronderstelde gelijke varianties.

Jeugdigen zonder een eetstoornis scoorden gemiddeld significant lager op alle ChEDE-subschalen, alsmede op de globale ChEDE-score, dan jeugdigen met een eetstoornis (Lijnen: $t(166,85) = -16,78, p < 0,001, d = 2,51$; Zorgen over eten: $t(146,16) = -13,96, p < 0,001, d = 2,03$; Zorgen over gewicht: $t(166,24) = -12,05, p < 0,001, d = 1,79$; Zorgen over lichaamsvormen: $t(167,01) = -13,56, p < 0,001, d = 2,02$; Globale score: $t(159,59) = -17,08, p < 0,001, d = 2,52$). Jeugdigen met een eetstoornis met kenmerken van anorexia nervosa verschilden gemiddeld niet significant van jeugdigen met een eetstoornis met kenmerken van eetbuien (Lijnen: $t(83) = 0,23, p = 0,82, d = 0,06$; Zorgen over eten: $t(83) = -0,60, p = 0,55, d = 0,15$; Zorgen over gewicht: $t(43,92) = -1,13, p = 0,26, d = 0,26$; Zorgen over lichaamsvormen:

$t(83) = -0,36, p = 0,18, d = 0,36$; Globale score: $t(83) = -0,85, p = 0,40, d = 0,23$). Verder verschilden jeugdigen met AN-R gemiddeld niet significant van jeugdigen met atypische AN op de meeste subschalen, behalve op de subschaal Lijnen, waarop jeugdigen met atypische AN gemiddeld genomen hoger scoren (Lijnen: $t(43) = -2,13, p = 0,04, d = 0,64$; Zorgen over eten: $t(43) = -1,59, p = 0,12, d = 0,49$; Zorgen over gewicht: $t(43) = -1,96, p = 0,06, d = 0,61$; Zorgen over lichaamsvormen: $t(43) = -1,15, p = 0,26, d = 0,36$; Globale score: $t(43) = -2,01, p = 0,05, d = 0,62$). Samenvattend vonden we grote verschillen tussen jeugdigen met en die zonder een eetstoornis, maar vonden we nauwelijks verschillen tussen verschillende soorten eetstoornissen.

Tijdens de analyses bleek het percentage jongens in de groep zonder eetstoornis veel hoger te zijn (27,5%) dan in de groep met eetstoornis (2%); daarom presenteren we aparte beschrijvende informatie voor jongens en meisjes uit de groep zonder eetstoornis. Gemiddeld scoorden meisjes significant hoger dan jongens op Zorgen over eten ($t(64,62) = -2,72, p = 0,008, d = 0,58$), Zorgen over lichaamsvormen ($t(58,52) = -3,32, p = 0,002, d = 0,78$) en de Globale ChEDE-score ($t(50,19) = -2,52, p = 0,02, d = 0,62$), maar niet op de andere subschalen (Lijnen: $t(66) = -1,39, p = 0,17, d = 0,40$; Zorgen over gewicht: $t(67) = -0,76, p = 0,45, d = 0,20$). Meisjes lijken daarmee gemiddeld genomen wat meer eetstoornissymptomen te rapporteren dan jongens.

Discussie

De ChEDE17 laat duidelijk hogere scores in eetstoornissymptomen zien bij jeugdigen met een eetstoornis dan bij jeugdigen zonder een eetstoornis. Bovendien vonden we dat wat betreft ernst van eetstoornissymptomen jeugdigen met een eetstoornis met kenmerken van AN gemiddeld genomen niet significant verschilden van jeugdigen met een eetstoornis met kenmerken van eetbuien. De huidige bevindingen verschillen van eerdere studies, waarin jeugdigen met AN minder eetstoornissymptomen rapporteerden dan jeugdigen met BN (Couturier & Lock, 2006). De gemiddelden van de AN-groepen in deze studie liggen inderdaad hoger dan die van jeugdigen met AN in eerdere studies (zie bijvoorbeeld: Binford et al., 2005; Couturier & Lock, 2006). Wel in lijn met de bestaande literatuur (Walsh et al., 2022) vonden we dat jeugdigen met atypische AN gemiddeld evenveel eetstoornissymptomen rapporteerden als jeugdigen met AN van het restrictieve type (AN-R). Op de subschaal Lijnen scoorden jeugdigen met atypische AN zelfs hoger dan jeugdigen met AN-R.

Vanwege de COVID-19-pandemie kan de ernst van eetstoornissymptomen in de AN-groepen in deze studie zijn verhoogd, aangezien de meeste gegevens van de klinische groepen werden verzameld tussen augustus 2020 en augustus 2022. Er zijn aanwijzingen dat met name jeugdigen na COVID hogere niveaus van eetstoornissymptomen rapporteren dan vóór de COVID-periode (zie bijvoorbeeld: Schreyer et al., 2022). Bovendien zijn de relatief lage scores in AN-groepen in eerdere studies wellicht te verklaren

Tabel 1 Gemiddelden en standaarddeviaties van de variabelen per groep

	Jeugdigen zonder ES			Jeugdigen met een ES (N = 101) ^c	
	Totale sample (N = 70) ^a	Meisjes (n = 50)	Jongens (n = 19)		
Leeftijd	14,09 (2,42)	14,59 (2,27)	12,79 (2,42)	15,31 (1,68)	
% Meisjes	72,5%			98,0%	
Aangepast BMI ^b	109,21 (20,22)	108,55 (16,62)	110,72 (28,33)	96,51 (20,88)	
L	0,54 (0,87)	0,64 (0,93)	0,32 (0,67)	3,45 (1,39)	
ZE	0,32 (0,57)	0,40 (0,65)	0,13 (0,19)	2,39 (1,32)	
ZG	0,80 (0,98)	0,86 (0,97)	0,66 (1,02)	3,20 (1,62)	
ZL	0,93 (1,01)	1,11 (1,08)	0,43 (0,59)	3,67 (1,63)	
Globale score	0,65 (0,66)	0,76 (0,71)	0,38 (0,46)	3,18 (1,25)	

Noten. AN-R = anorexia nervosa restrictieve type; AN-atyp = atypische anorexia nervosa; BMI = body-massindex; ES = eetstoornis; L = Lijnen; ZE = Zorgen over eten; ZG = Zorgen over gewicht; ZL = Zorgen over lichaamsvormen.

Tabel 2 Percentielen voor ChEDE-scores voor jeugdigen zonder een eetstoornis, jeugdigen met een eetstoornis, en jeugdigen met een eetstoornis met kenmerken van anorexia nervosa

Percentiel	Jeugdigen zonder een ES (N = 70)					Jeugdigen met een ES (N = 101)				
	Globaal	L	ZE	ZG	ZL	Globaal	L	ZE		
2	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,89	0,00	0,00		
16	0,05	0,00	0,00	0,00	0,00	1,75	2,40	1,00		
50	0,41	0,00	0,00	0,60	0,56	3,23	3,60	2,40		
84	1,48	1,36	0,60	1,60	1,88	4,62	4,80	4,00		
98	2,93	3,44	2,40	4,23	4,32	5,36	5,99	5,38		

Noot. AN = anorexia nervosa; ES = eetstoornis; L = Lijnen; ZE = Zorgen over eten; ZG = Zorgen over gewicht; ZL = Zorgen over lichaamsvormen.

	Jeugdigen met een ES met kenmerken van AN (n = 65)	Jeugdigen met een ES met kenmerken van eetbuien (n = 20)	Jeugdigen met AN-R (n = 27) ^d	Jeugdigen met AN-atyp (n = 18) ^d
	14,95 (1,75)	16,25 (1,07)	15,37 (1,67)	14,67 (1,64)
	100,0%	90,0%	100,0%	100,0%
	86,72 (10,11)	123,75 (29,10)	77,99 (5,14)	97,52 (8,75)
	3,48 (1,31)	3,40 (1,45)	3,41 (1,14)	4,16 (1,19)
	2,34 (1,25)	2,54 (1,47)	2,26 (1,21)	2,80 (0,97)
	3,15 (1,69)	3,54 (1,21)	2,92 (1,71)	3,86 (1,34)
	3,54 (1,68)	4,10 (1,39)	3,57 (1,72)	4,11 (1,20)
	3,13 (1,28)	3,40 (1,09)	3,02 (1,19)	3,73 (1,03)

^a Eén persoon identificeerde zich niet als mannelijk of vrouwelijk; ^b Aangepaste BMI-scores tussen 85% en 120% worden beschouwd als een gezond gewicht, tussen 120% en 140% als overgewicht, en groter dan 140% als obesitas; ^c De groep jeugdigen met een eetstoornis (N = 101) bestaat uit jeugdigen met een eetstoornis met kenmerken van AN (n = 65), jeugdigen met een eetstoornis met kenmerken van eetbuien (n = 20) en jeugdigen met een niet-gespecificeerde eetstoornis (n = 16); ^d Jeugdigen met AN-R en jeugdigen met AN-atyp zijn twee subgroepen die ook zijn meegenomen in de groep jeugdigen met een eetstoornis met kenmerken van AN.

			Jeugdigen met een ES met kenmerken van AN (N = 65)				
	ZG	ZL	Globaal	L	ZE	ZG	ZL
	0,00	0,38	0,46	0,26	0,00	0,00	0,12
	1,20	1,75	1,65	2,40	1,00	1,20	1,70
	3,40	3,88	3,12	3,60	2,40	3,40	3,75
	5,00	5,25	4,62	4,80	3,69	5,00	5,18
	5,80	6,00	5,20	6,00	5,02	5,80	7,24

door het gebruik van de EDE voor volwassenen (Binford et al., 2005) of door een subgroep van jeugdigen met AN die nul scoorden (Couturier & Lock, 2006). In de huidige studie hebben we geen jeugdigen met AN waargenomen die nul scoorden. Toch is het belangrijk dat klinici en onderzoekers die de ChEDE gebruiken er alert op zijn dat sommige jeugdigen mogelijk onderrapporteren, bijvoorbeeld vanwege ontkenning, gebrek aan inzicht of weerstand tegen behandeling. In deze gevallen is het extra belangrijk om aanvullende diagnostische informatie te verkrijgen van anderen (bijvoorbeeld ouders). Vanuit dit perspectief zou het interessant zijn om te onderzoeken of een extra ChEDE-oudercomponent de beoordeling van AN-symptomen bij jeugdigen kan verbeteren.

Tot nu toe waren er geen Nederlandstalige ChEDE-normgegevens beschikbaar voor jeugdigen met een eetstoornis, laat staan voor de DSM-5-versie van de ChEDE. Vanuit dat oogpunt vormt het huidige artikel een belangrijke aanvulling op de bestaande literatuur. Onze steekproefgrootte was geschikt voor een vergelijking tussen jeugdigen met en zonder eetstoornis (Piovesana & Senior, 2018). Echter, de steekproef was te klein voor betrouwbare analyses van de subgroepen. Met name de kleine steekproefgrootte van de groepen met eetbuien (BN, BED, AN-BP type) kan worden gezien als een beperking. Het relatief hoge percentage restrictieve eetstoornissen in de huidige studie is in lijn met prevalentiestudies die laten zien dat BN en BED zich typisch wat later ontwikkelen dan AN (Smink et al., 2012). Het zou er echter ook op kunnen wijzen dat eetstoornissen waar bij eetbuien centraal staan minder snel worden herkend en/of dat de betreffende jeugdigen minder snel worden doorgestuurd voor behandeling. Verder verschilde het percentage meisjes en jongens tussen de groepen met en zonder eetstoornis. Omdat meisjes op eetstoornissymptomen doorgaans hoger scoren dan jongens (zie bijvoorbeeld: Goossens & Braet, 2010), kan deze ongelijke sekseverdeling hebben geleid tot een lichte overschatting van de verschillen tussen de groepen met en zonder eetstoornis. In de beschrijvende informatie hebben we daarom naast de gegevens voor de totale groep zonder eetstoornis ook de gegevens voor meisjes en jongens nog eens apart weergegeven. Hieruit wordt duidelijk dat de jongens gemiddeld genomen wat jonger waren ($M = 12,8$) dan de meisjes ($M = 14,6$), wat kan hebben bijgedragen aan de gevonden groepsverschillen tussen jongens en meisjes zonder eetstoornis. Omdat de groep jongens bovendien relatief klein was ($n = 20$), zou het goed zijn om in de toekomst een grotere groep jongens te includeren die wat betreft leeftijd vergelijkbaar is met de groep meisjes, teneinde de betrouwbaarheid van de normgegevens te vergroten. Ten slotte bevonden zich in de steekproef relatief weinig jongere (9-10 jaar) en oudere deelnemers (20-21 jaar), waardoor deze gegevens mogelijk minder representatief zijn voor deze leeftijden.

Klinische implicaties Tot nu toe is er in de literatuur slechts beperkte informatie beschikbaar over ChEDE-normen voor eetstoornissen bij jeugdigen, laat staan voor de DSM-5-versie van de ChEDE. Daarom was ons be-

langrijkste doel om actuele Nederlandstalige normen te bieden voor de ChEDE17, voor jeugdigen zowel met als zonder eetstoornissen. We hopen dat de normgegevens in de tabellen 1 en 2 zowel klinici als onderzoekers zullen helpen bij de interpretatie van testresultaten en diagnostiek.

We danken dr. Rachel Bryant-Waugh voor haar hulp en feedback bij het vertalen van het interview, Roosmarijn van der Veer voor haar hulp bij het vertalen van het interview en het opzetten van de dataverzameling van de studie, Thomas de Lang, Evelien Doornbos, Jolien De Coen en Juliette Taquet voor hun hulp bij de dataverzameling, en Eef Jütten voor haar hulp bij de dataverwerking. Ook willen we de therapeuten danken voor hun hulp bij de werving en de patiënten voor hun bereidheid om hun gegevens te gebruiken.

Klaske Glashouwer is werkzaam bij de Afdeling Klinische Psychologie en Experimentele Psychopathologie, Rijksuniversiteit Groningen, en bij de Afdeling Eetstoornissen, Accare Kinder- en Jeugdpsychiatrie, Groningen.

Eva Van Malderen en **Lien Goossens** zijn verbonden aan de Afdeling Ontwikkelings-, Persoonlijkeids- en Sociale Psychologie, Universiteit Gent.

Correspondentieadres: Klaske Glashouwer, Rijksuniversiteit Groningen, Afdeling Klinische Psychologie en Experimentele Psychopathologie, Grote Kruisstraat 2/1, 9712 TS Groningen. E-mail: k.a.glashouwer@rug.nl

Summary

Dutch translation of the Child Eating Disorder Examination (ChEDE): Norms for youth

The child version of the Eating Disorder Examination (ChEDE) is a standardized instrument for diagnosing eating disorders in adolescents. Recently, the Dutch translation of the ChEDE interview has been adapted according to the DSM-5. To provide Dutch-language norms for the ChEDE, we administered the interview to 171 adolescents in clinical practice and the general population. As expected, we found a clear difference between adolescents with and without an eating disorder. We found no significant difference in overall severity between adolescents with an eating disorder characterized by features of anorexia nervosa (AN) and those with features of binge eating disorder. In the current sample, adolescents with AN appeared to report, on average, more eating disorder symptoms than in previous studies. Collecting data during and after the COVID-19 pandemic may possibly explain these more severe symptoms. We hope that these norms will help both clinicians and researchers in eating disorder diagnostics.

Keywords *Eating Disorder Examination, ChEDE, adolescents, Dutch norms*

Referenties

- | | |
|---|---|
| <p>American Psychiatric Association (APA). (2013). <i>Diagnostic and statistical manual of mental disorders</i> (5th ed.). American Psychiatric Publishing.</p> | <p>Binford, R. B., Le Grange, D., & Jellar, C. C. (2005). Eating Disorders Examination versus Eating Disorders Examination-Questionnaire in adolescents with full and partial-syndrome bulimia nervosa and anorexia nervosa. <i>International</i></p> |
|---|---|

- Journal of Eating Disorders*, 37, 44-49. <https://doi.org/10.1002/eat.20062>
- Bryant-Waugh, R. J., Cooper, P. J., Taylor, C. L., & Lask, B. D. (1996). The use of the eating disorder examination with children: A pilot study. *International Journal of Eating Disorders*, 19, 391-397. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-108X\(199605\)19:4<391::AID-EAT6>3.0.CO;2-G](https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-108X(199605)19:4<391::AID-EAT6>3.0.CO;2-G)
- Bryant-Waugh, R., Micali, N., Cooke, L., Lawson, E., Eddy, T., Kamryn, J., & Thomas, J. J. (2019). Development of the Pica, ARFID, and Rumination Disorder Interview, a multi-informant, semi-structured interview of feeding disorders across the lifespan: A pilot study for ages 10-22. *International Journal of Eating Disorders*, 52, 378-387. <https://doi.org/10.1002/eat.22958>
- Bryant-Waugh, R. J., & Watkins, B. (2012). *Child Eating Disorder Examination – Edition 16.0D/C.1. (authorized by C. Fairburn, Z. Cooper & M. O'Connor)*. Unpublished manuscript.
- Cooper, Z., & Fairburn, C. (1987). The Eating Disorders Examination: A semi-structured interview for the assessment of 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. L., & Lock, J. (2006). Do supplementary items on the Eating Disorder Examination improve the assessment of adolescents with anorexia nervosa? *International Journal of Eating Disorders*, 39, 426-433. <https://doi.org/10.1002/eat.20258>
- Decaluwé, V., & Braet, C. (1999). *Child Eating Disorder Examination – Questionnaire: Dutch translation and adaptation of the eating disorder examination (authored by C. Fairburn & S. Beglin)*. Unpublished manuscript.
- Decaluwé, V., & Braet, C. (2004). Assessment of eating disorder psychopathology in obese children and adolescents: Interview versus self-report questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 799-811. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2003.07.008>
- Eddy, K. T., Celio Doyle, A., Hoste, R. R., Herzog, D. B., & Le Grange, D. (2008). Eating disorder not otherwise specified in adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47, 156-164. <https://doi.org/10.1097/chi.0bo13e31815cd9cf>
- Elgersma, H. J., & Jonker, N. C. (2020). Voedings- en eetstoornissen en obesitas bij kinderen en jongeren. *Kind en Adolescent*, 41, 337-341. <https://doi.org/10.1007/s12453-020-00243-7>
- Fairburn, C. G., & Beglin, S. J. (1994). Assessment of eating disorders: Interview or self-report questionnaire? *International Journal of Eating Disorders*, 16, 363-337.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., & O'Connor, M. E. (2008). Eating Disorder Examination (EDE 16.0D). In C. G. Fairburn (Ed.), *Cognitive behavior therapy and eating disorders* (pp. 309-314). Guilford Press.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., & O'Connor, M. E. (2014). *Eating Disorder Examination (EDE 17.0D)*. Unpublished manuscript.
- Frampton, I., Wisting, L., Øverås, M., Midtsund, M., & Lask, B. (2011). Reliability and validity of the Norwegian translation of the Child Eating Disorder Examination (ChEDE). *Scandinavian Journal of Psychology*, 52, 196-199. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9450.2010.00833.x>
- Glashouwer, K. A., van der Veer, R. M. L., Van Malderen, E., & Goossens, L. (2019). *Authorized Dutch translation of the Child version of the Eating Disorder Examination 17.0*. <https://naeweb.nl/e-learning>
- Goossens, L. (2013). DSM-5 onder de loep: Eetstoornissen in de DSM-5. *Psychopraktijk*, 5, 28-29. <https://doi.org/10.1007/s13170-013-0041-8>
- Goossens, L., & Braet, C. (2010). Screening for eating pathology in the pediatric field. *International Journal of Pediatric Obesity*, 5, 483-490. <https://doi.org/10.3109/17477160903571995>
- Hilbert, A., Buerger, A., Hartmann, A. S., Spenner, K., Czaja, J., & Warschburger, P. (2013). Psychometric evaluation of the Eating Disorder Examination adapted for children. *European Eating Disorders Review*, 21, 330-339. <https://doi.org/10.1002/erv.2221>
- Le Grange, D., Doyle, P. M., Swanson, S. A., Ludwig, K., Glunz, C., & Kreipe, R. E.

- (2012). Calculation of expected body weight in adolescents with eating disorders. *Pediatrics*, 129, e438-e446. <http://doi.org/10.1542/peds.2011-1676>
- Neumeijer, R., & Mulken, S. (2018). *The Pica, ARFID en Rumination Disorder Interview (PARDI): Nederlandse geautoriseerde vertaling*. www.accare.nl/child-study-center/kennisdomein/e-learning-pardi
- Piovesana, A., & Senior, G. (2018). How small is big: Sample size and skewness. *Assessment*, 25, 793-800. <https://doi.org/10.1177/1073191116669784>
- Schreyer, C. C., Vanzhula, I. A., & Guarda, A. S. (2022). Evaluating the impact of COVID-19 on severity at admission and response to inpatient treatment for adult and adolescent patients with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 56, 182-191. <https://doi.org/10.1002/eat.23855>
- Smink, F. R., van Hoeken, D., & Hoek, H. W. (2012). Epidemiology of eating disorders: Incidence, prevalence and mortality rates. *Current Psychiatry Reports*, 14, 406-414. <https://doi.org/10.1007/s11920-012-0282-y>
- Tanofsky-Kraff, M., Morgan, C., Yanovski, S., Marmarosh, C., Wilfley, D., & Yanovski, J. (2003). Comparison of assessments of children's eating disordered behaviours by interview and questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 33, 213-224. <https://doi.org/10.1002/eat.10128>
- TNO. (2010). *BMI-for-age charts*. www.tno.nl/nl/aandachtsgebieden/gezond-leven/prevention-work-health/gezond-enveilig-opgroeien/groeydiagrammen-in-pdf-formaat
- Walsh, B. T., Hagan, K. E., & Lockwood, C. (2022). A systematic review comparing atypical anorexia nervosa and anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 56, 798-820. <https://doi.org/10.1002/eat.23856>
- Watkins, B., Frampton, I., Lask, B., & Bryant-Waugh, R. (2005). Reliability and validity of the child version of the Eating Disorder Examination: A preliminary investigation. *International Journal of Eating Disorders*, 38, 183-187. <https://doi.org/10.1002/eat.20165>

Socratische dialoog als basis van CGT

Bespreking van

CHRISTINE PADESKY & HELEN KENNERLEY (red.). (2023). *Dialogues for discovery: Improving psychotherapy's effectiveness*. Oxford University Press. 527 pp., € 51,95. ISBN 9780199586981

► VINCENT VAN BRUGGEN

Op 29 september 2023 gaf Christine Padesky op de vooravond van een door PsyZo! georganiseerd symposium een online lezing met de titel *Action and dialogue in psychotherapy: A dance of equals*. In deze lezing beschreef zij het psychotherapeutische proces als een dans waarin er voortdurend interactie plaatsvindt tussen de socratische dialoog (een onderzoekend gesprek) en activerende onderdelen, zoals rollenspelen, gedragsexperimenten en imaginaire technieken. Padesky sprak anderhalf uur lang, keek met vriendelijke blik recht in de camera en dit verveelde geen moment. Door haar woorden ging psychotherapie er inderdaad uitzien als een dans en werd het heel vanzelfsprekend dat reflectie en actie steeds hand in hand gaan. Ik was dan ook erg benieuwd naar haar boek dat ongeveer gelijktijdig uitkwam, *Dialogues for discovery: Improving psychotherapy's effectiveness*, dat gaat over een van de twee danspartners, namelijk over de socratische dialoog.

De socratische dialoog is een veelgebruikt begrip, zowel binnen de cognitieve gedragstherapie als daarbuiten. Vaak wordt benadrukt dat het daarin gaat om een gesprekshouding waarin iemand onbevooroordeeld en open luistert en vragen stelt, en op deze manier een gesprekspartner helpt om tot inzichten te komen. Daarnaast worden bepaalde gesprekstechnieken aan de socratische dialoog verbonden, zoals het verhelderen van de voor- en tegenargumenten voor een gedachte, het veranderen van perspectief ('Hoe zou je collega hier tegen aankijken?') of het gespeeld aannemen van een extreem standpunt om de ander uit te lokken ('advocaat van de duivel').

Padesky en haar medeauteurs geven in de eerste twee hoofdstukken van het boek achtergrondinformatie bij de socratische dialoog. Ze lichten hun eigen model toe, dat bestaat uit vier stadia: [1] verhelderend vragen, [2] empathisch luisteren, [3] samenvatten, en [4] analytisch en verbindend (*synthesizing*) vragen. Met deze indeling in vier stappen onderscheiden de auteurs hun methode van socratische vragen in het algemeen, waarbij er geen gebruik wordt gemaakt van een specifieke gespreksstructuur. Verder benadrukken de auteurs dat het gaat om een dialoog waarin *beide* partners

op zoek zijn naar nieuwe inzichten. Dit vraagt van de therapeut dat deze flexibel is en er steeds voor openstaat dat de eigen aannamen of plannen moeten worden bijgesteld. Dit laatste onderscheidt hun benadering van het gebruik van de socratische dialoog om iets uit te leggen of om iemand gericht tot een specifiek inzicht te doen komen.

In de volgende hoofdstukken van het boek wordt geïllustreerd hoe het vierstadiummodel van de socratische dialoog kan worden toegepast bij bijvoorbeeld depressie en angststoornissen, in de behandeling van kinderen en jongeren, en in groepstherapie. Anders dan bij andere cognitieve therapieën gaat dit boek er niet van uit dat eerst disfunctionele gedachten moeten worden uitgewerkt en geloofwaardigheidsscores bepaald, hoewel de methode daar wel mee kan worden gecombineerd. De gesprekken in het boek volgen steeds de vier benoemde stadia, waarbij de therapeuten na het nieuwsgierig bevragen van de cliënt en het uitwerken van een bij voorkeur uitgeschreven samenvatting, door verdiepende vragen de cliënt tot meer helpende inzichten proberen te laten komen. Zo kan een cliënt in de vierde fase van de dialoog de vraag worden gesteld hoe de informatie over verschillende persoonlijke successen te verenigen is met het idee een 'complete mislukking' te zijn.

Het lezen van *Dialogues for discovery* was voor mij een dubbele ervaring. Enerzijds werkt het enthousiasme van Padesky en haar medeauteurs voor socratische gespreksvoering aanstekelijk. Zij laten overtuigend zien hoe belangrijk het is om cliënten vooral zelf na te laten denken en hen te ondersteunen bij hun eigen ontdekkingsproces. Anderzijds vond ik het boek wel erg uitgebreid, herhalend en bij vlagen zelfs langdradig. Dit komt onder meer omdat de belangrijkste aspecten van het gespreksmodel al zijn uitgelegd in de eerste 93 bladzijden en dat de overige hoofdstukken gaan over de toepassing ervan, maar dat daarin dezelfde uitgangspunten vaak weer terugkomen.

Daarnaast komt het gespreksmodel dat de auteurs presenteren vrijblijvend over. Hier wreekt zich volgens mij hun claim dat het boek voor therapeuten van alle therapeutische richtingen geschikt is, zodat het de lezer niet duidelijk wordt binnen welke richting de aangehaalde gesprekken plaatsvinden. Op pagina 229 bijvoorbeeld suggereert een therapeut een cliënt om haar overleden man te vragen om in een droom aan haar te verschijnen. In een volgend gesprek vertelt de cliënt dat dit inderdaad gebeurd is. Het is een bijzondere anekdote en de suggestie zal deze cliënt best geholpen hebben, maar hiermee verlaten we wel het terrein van de wetenschappelijke psychologie. Ook op andere momenten lijken de gesprekken alle kanten op te kunnen gaan. Het is moeilijk voorstelbaar dat al dat praten ook werkelijk tot actie of blijvende inzichten gaat leiden. In de lijn van Padesky's metafoor van psychotherapie als een dans, leert *Dialogues for discovery* een therapeut de danspassen, maar heeft die de choreografie van een therapeutische methode nodig om niet doelloos door de ruimte te blijven dwalen.

Een CGT-therapeut die meer wil leren over socratische gespreksvoering vindt in dit boek veel inspiratiemateriaal. Daarbij raad ik aan om regelma-

tig een hoofdstuk te lezen, dus niet het hele boek in één keer. Persoonlijk vond ik het hoofdstuk over groepstherapie erg inspirerend. Hierin wordt duidelijk geïllustreerd op welke manieren een therapeut een groep actief aan het denken kan zetten met behulp van de socratische methode, bijvoorbeeld door groepsgenoten te laten nadenken over elkaars inbreng.

Vincent van Bruggen is supervisor en docent CGT, en werkzaam als gz-psycholoog bij Mindfit Zwolle. *Correspondentieadres:* vincentvanbruggen@gmail.com

Afkicken van je ex

Een weg naar herstel

Bespreking van

CORTNEY SODERLIND WARREN (2024). *Afkicken van je ex: Zelfhulp bij (toxisch) liefdesverdriet*. Boom Psychologie. 224 pp., € 24,95. ISBN 9789024463015

► REBECCA VAN DEN BERGE-MINNAAR

Wanneer ik in de behandelkamer cliënten tref die moeilijk kunnen loskomen van hun ex-partner, maak ook ik weleens de vergelijking met verslaving. Daarom was mijn nieuwsgierigheid naar *Afkicken van je ex* meteen gewekt. Is het boek een aanrader voor deze doelgroep? Het richt zich primair op 'exaholics': mensen die – recent of in het verleden – een relatiebreuk hebben doorgemaakt, maar die zich moeilijk van hun ex-partner kunnen losmaken en obsessief met hem of haar bezig blijven. De auteur, een klinisch psycholoog en een voormalig 'exaholic', biedt handvatten voor het omgaan met liefdesverdriet en het doorbreken van ongezonde patronen. Ook mensen die worstelen met liefdesverdriet, ongezonde relaties of emotionele afhankelijkheid kunnen profiteren van de inzichten en strategieën die het boek biedt. Tot slot kunnen ook therapeuten en coaches waardevolle inzichten uit dit boek halen.

De doelstelling van Warren is om haar lezers te helpen begrijpen waarom het zo lastig is om een ex los te laten en hen te begeleiden in het proces van emotioneel herstel. De auteur slaagt er over het algemeen goed in om deze doelstelling te bereiken. Het gebruik van persoonlijke verhalen, praktische (CGT-)oefeningen en psychologische inzichten maakt het boek herkenbaar en toepasbaar.

Het boek is opgedeeld in verschillende secties, die de lezers meenemen in wat zij kunnen doen om 'exaholic'-symptomen te onderkennen en te verminderen, onderliggende (kern)overtuigingen te herkennen en aan te passen, en verder te gaan met hun leven. Warren behandelt thema's als gehechtheidsstijlen, rouw en waarden. Door oefeningen en reflectievragen aan te bieden, moedigt ze haar lezers aan om actief aan de slag te gaan.

Afkicken van je ex is een goed onderbouwd zelfhulpboek, dat CGT-interventies gebruikt om klachten te verminderen en patronen te doorbreken. Het heeft een goed leesbare schrijfstijl, wat het boek toegankelijk maakt voor een breed publiek. Daarnaast wordt de pijn van liefdesverdriet gevali-

deerd en biedt het boek een duidelijk kader om de bijbehorende emoties te begrijpen en te verwerken. Achterliggende theorieën, zoals de hechtings-theorie (Bowlby, 1971), worden slechts kort aangestipt, waardoor het boek wellicht enige diepgang mist. Warren biedt echter wel suggesties en leestips voor verdere verdieping. Zoals elk zelfhulpboek kan dit boek de indruk wekken dat lezers alles zelf kunnen oplossen. Dit vergt enorm veel discipline en is niet altijd haalbaar, zeker niet wanneer er sprake is van complexere problematiek.

Kortom, *Afkicken van je ex* van Courtney Soderlind Warren is een toegankelijk en praktisch zelfhulpboek voor mensen die zich lastig kunnen losmaken van hun ex-partner. Het biedt praktische (CGT-)oefeningen om kernovertuigingen met betrekking tot liefde en relaties onder de loep te nemen en aan te passen, en biedt handvatten om verder te gaan. Wel lijkt het wenselijk om het boek te combineren met professionele begeleiding.

Rebecca van den Berge-Minnaar is zelfstandig gz-psycholoog met een eigen praktijk (psychologiepraktijk Rebecca). *Correspondentieadres:* Jannewekken 10a, 4301 HH Zierikzee. E-mail: rebecca@psychologie-praktijk.nl

Referentie

Bowlby, J. (1971). *Attachment: Attachment and loss*. Penguin Books.

Wie schrijft, die blijft

Geschreven exposure bij posttraumatische-stress-stoornis

Bespreking van

DENISE SLOAN & BRIAN MARX (2019). *Written exposure therapy for PTSD: A brief treatment approach for mental health professionals*. American Psychological Association. 115 pp., € 48,95. ISBN 9781433830129

► ARNOLD VAN EMMERIK

Ik moet bekennen dat toen ik *Written exposure therapy for PTSD* van de deurmat raapte, mijn eerste reactie er een van lichte teleurstelling was: het boek heeft niet de lijvigheid waar ik van houd en op hoopte, en de uitgave oogt bovendien ietwat goedkoop. Mede door een ronkend voorwoord over de bewezen effectiviteit en klinische bruikbaarheid van Written Exposure Therapy (WET) sloeg deze teleurstelling echter al snel om in enthousiasme, dat gaandeweg het boek alleen maar verder toenam.

Het boek bevat zes hoofdstukken, geflankeerd door een inleiding en een appendix. De inleiding markeert duidelijk wat WET wel en wat het niet is. Zo is volgens de auteurs een geschiedenis van meervoudig of chronisch trauma geen beletsel voor WET; is WET nog niet onderzocht, en daarom nog niet aanbevolen, voor minderjarige patiënten; en is WET niet geschikt voor toepassing door (uitsluitend) ervaringsdeskundigen of als zelfhulpmethode. Dat laatste is belangrijk om te vermelden, omdat het geprotocolleerde karakter van WET en de verbatim instructies in het boek mogelijk wel die indruk wekken. Toepassing van WET is volgens de auteurs – na een relatief beperkte training – voorbehouden aan bevoegde en bekwame behandelaren, die bij voorkeur ook ervaring hebben met andere traumabehandelingen.

Hoofdstuk 1 van het boek beschrijft de PTSS-classificatie in de DSM-5, alsook de PTSS- en complexe PTSS-classificaties in de ICD-11. Daarnaast worden andere evidencebased PTSS-behandelingen beschreven en welke therapeutische procedures deze gemeenschappelijk hebben. Hoofdstuk 2 geeft een overzicht van het effectonderzoek naar WET en beschrijft hoe WET voortkomt uit een serie experimentele studies naar varianten op James Pennebakers Expressive Writing-protocol. Vooral belangrijk is de bevinding dat WET (in vijf sessies, zonder huiswerk) in een methodolo-

gisch sterke *non-inferiority trial* niet minder effectief bleek dan de veel langere (12 sessies) en intensievere (wel huiswerk) Cognitive Processing Therapy. In combinatie met de – waarschijnlijk mede als gevolg daarvan – lagere behandeluitval geeft dit WET aanzienlijke implementatievoordelen ten opzichte van andere eerstekeuzebehandelingen voor PTSS. Hoofdstuk 3 biedt een uitstekend overzicht van instrumenten voor het vaststellen van PTSS, en voor de aanwezigheid en ernst van PTSS-symptomen, met diagnostische interviews en vragenlijsten vóór, tijdens en na WET. Ook het vaststellen van en de omgang met veelvoorkomende comorbiditeit komt aan bod. Hoofdstuk 4 is het centrale hoofdstuk van het boek. Het geeft een uitgebreide toelichting op het concrete behandelprotocol, dat is opgenomen in de appendix. Daarbij is aandacht voor zowel het nominale verloop van de behandeling, als oplossingen voor eventuele problemen die zich kunnen voordoen. Hoofdstuk 5 geeft antwoord op maar liefst 18 veelgestelde vragen over WET, deels eerder besproken en deels nieuw. Hoofdstuk 6 bevat vijf beschrijvingen van relatief complexe casuïstiek. De appendix ten slotte bevat het uitgeschreven protocol met verbatim instructies aan de patiënt. Het Engels daarvan is zo beknopt en overzichtelijk dat het geen probleem mag zijn om deze instructies, eventueel na vertaling vooraf, in het Nederlands voor te lezen. De auteurs maken er een punt van dat deze instructies *letterlijk* worden voorgelezen, omdat ze het resultaat zijn van diverse onderzoeken en daarmee de grootste kans op succes bieden. Wel worden aanpassingen aan de situatie van de patiënt aanbevolen, zoals het benoemen van diens specifieke traumatische ervaring of specifieke symptomen.

Wat opvalt aan het boek is het consequente belang dat de auteurs hechten aan een wetenschappelijke benadering van diagnostiek en behandeling van PTSS. Illustraties daarvan vinden we bijvoorbeeld in hoofdstuk 3 over diagnostiek, waarin de auteurs ons op het hart drukken dat ‘clinicians should always choose additional measures appropriately and according to the manner in which they were intended to be used’ (p. 39) en dat ‘clinicians consider the samples on which an assessment instrument for PTSD was validated when selecting a measure’ (p. 41). Tegelijkertijd is er ruimte voor pragmatiek en realisme, bijvoorbeeld wanneer zij spreken over de mogelijke inaccuraatheid van eerder niet-herinnerde perifere, niet-essentiële details van een traumatische ervaring. Al te veel zorgen hierover zijn volgens de auteurs niet nodig:

‘We have observed that these clients usually are more bothered by their inability to recall these details than by concerns about the accuracy of the details they subsequently provide, and they experience some relief from simply being able to close a memory gap. Clinicians should weigh the benefit of the relief provided by closing this memory gap against the accuracy of these newly recalled details’ (p. 41).

Mijn enige punt van kritiek is dat nergens expliciet wordt aangegeven of patiënten geïnstrueerd worden te schrijven in de tegenwoordige tijd (zoals in gesproken imaginaire exposure, met als argument dat dit het inleven bevordert) of in de verleden tijd (zoals in narratieve exposuretherapie, met als argument dat dit benadrukt dat de traumatische ervaring in het verleden ligt). Dit lijkt een detail, maar valt op, omdat daar in de imaginaire exposure en narratieve exposuretherapie nogal een punt van wordt gemaakt.

Samengevat biedt dit boek niet alleen een uitstekende inleiding op en handleiding bij WET, maar ook een helder overzicht van de belangrijkste *key facts* en aanbevelingen omtrent de diagnostiek en behandeling van PTSS. WET is een effectieve en efficiënte PTSS-behandeling, waarvan ik verwacht en hoop dat ze ook in Nederland en België de weg naar de klinische praktijk zal vinden. Dit boek kan daaraan een bijdrage leveren.

Arnold van Emmerik is als universitair docent verbonden aan de programmagroep Klinische Psychologie van de Universiteit van Amsterdam en is bestuurslid van de European Association for Behavioural and Cognitive Therapies. *Correspondentie-adres:* Universiteit van Amsterdam, programmagroep Klinische Psychologie, Nieuwe Achtergracht 129-B, 1018 WS Amsterdam. E-mail: a.a.p.vanemmerik@uva.nl

De meerwaarde van klinische diagnostiek voor behandeling

KAMPHUIS, J. H., NOORDHOF, A., & HOPWOOD, C. J. (2021). When and how assessment matters: An update on the Treatment Utility of Clinical Assessment (TUCA). *Psychological Assessment*, 33, 122-132.
<https://doi.org/10.1037/pas0000966>

In dit artikel onderzoeken de auteurs de meerwaarde van klinische diagnostiek voor behandeling (Treatment Utility of Clinical Assessment; TUCA), ofwel de mate waarin klinische diagnostiek bijdraagt aan betere behandelresultaten (klinische diagnostiek kan immers ook andere doelen dienen, die echter buiten het bestek van het artikel vallen). Dit onderwerp is regelmatig onderwerp van soms felle discussie, mede als gevolg van wisselende onderzoeksresultaten. Sommige studies laten positieve resultaten zien (bijvoorbeeld verbetering in motivatie en behandelplanning), terwijl andere negatieve resultaten rapporteren.

De auteurs benadrukken om te beginnen dat de vraag ‘in hoeverre klinische diagnostiek bijdraagt aan betere behandelresultaten’ te breed is. Ze pleiten voor een beter en meer gedetailleerd begrip van de omstandigheden waaronder en de mechanismen waarmee diagnostiek al dan niet bijdraagt aan de zorg voor onze patiënten.

De auteurs beschrijven vijf methodologische aspecten die een rol spelen in (goed of minder goed) TUCA-gerelateerd onderzoek. Ten eerste is het belangrijk onderscheid te maken tussen directe en indirecte effecten van diagnostiek. Directe effecten verwijzen naar de positieve effecten van de diagnostiek op zichzelf, zoals verhoogd zelfinzicht en motivatie. Indirecte effecten betreffen de manieren waarop diagnostiek kan worden gebruikt om de daaropvolgende behandeling te verbeteren, bijvoorbeeld door middel van het selecteren en toepassen van specifieke interventies of stijlen. Ten tweede zijn er duidelijke hypothesen nodig over de mechanismen waarmee diagnostiek wordt gedacht bij te dragen aan het behandelresultaat. Ten derde moet er voldoende variabiliteit zijn in bijvoorbeeld de problematiek van de proefpersonen en in de beschikbare behandelopties. Ten vierde zouden ook de uitkomsten op de langere termijn en in andere domeinen dan alleen de primaire klachten meegenomen moeten worden, zoals therapietrouw en relationeel of maatschappelijk functioneren. Ten vijfde zou replicerbaarheid van onderzoek meer aandacht moeten krijgen. Te weinig aandacht voor deze vijf aspecten heeft als gevolg dat onderzoek naar de meerwaarde van klinische diagnostiek voor behandeling, deze meerwaarde mogelijk niet alleen niet aantoot, maar vooral op voorhand niet aan kán tonen.

Het artikel bespreekt vervolgens het onderzoek naar de meerwaarde van vier benaderingen van klinische diagnostiek: [1] actuariële diagnostiek, [2] classificerende diagnostiek, [3] klinische persoonlijkheidsdiagnostiek, en [4] diagnostiek als behandeling. Van elke benadering komen sprekende voorbeelden aan bod, alsook aanbevelingen voor hoe het onderzoek ernaar verbeterd kan worden door aandacht voor de hiervoor genoemde methodologische aspecten. Een interessant voorbeeld is het alomtegenwoordige gebruik van DSM-classificaties als inclusiecriteria voor onderzoek naar behandel-effectiviteit. Of dit meerwaarde heeft voor de behandel-effectiviteit weten we in feite niet, omdat er geen of nauwelijks onderzoek is dat DSM-classificaties op dit punt vergelijkt met andere diagnostische benaderingen: een voorbeeld van te weinig variatie, in dit geval in de klinische diagnostiek zelf.

De auteurs benadrukken dat de meerwaarde van klinische diagnostiek afhankelijk is van de specifieke context, zoals de complexiteit van de problematiek en de beschikbaarheid van verschillende behandelingsopties. Een belangrijke conclusie is dat uitgebreide klinische diagnostiek vooral nuttig lijkt bij complexe problematiek, of wanneer lopende of eerdere behandelingen zijn gestagneerd. Ze pleiten voor een stapsgewijze aanpak van de diagnostiek (*stepped assessment*), waarbij de intensiteit van de diagnostiek wordt afgestemd op de behoeften van de patiënt.

Het artikel besluit met de oproep om toekomstige onderzoeken naar de meerwaarde van klinische diagnostiek meer te richten op de mechanismen achter deze meerwaarde en de voorwaarden waaronder deze optreden en zich in onderzoek kunnen manifesteren. De indirecte effecten van klinische diagnostiek moeten beter worden begrepen en replicatie van onderzoek naar de meerwaarde van klinische diagnostiek verdient meer aandacht. Kortom: klinische diagnostiek kan meerwaarde hebben voor behandelingen, maar deze meerwaarde is afhankelijk van diverse factoren en moet worden onderzocht in onderzoek dat zodanig is opgezet dat deze meerwaarde zich kan manifesteren.

Commentaar van de redactie (Arnold van Emmerik)

De meerwaarde van klinische diagnostiek voor behandeling is een veelbesproken onderwerp. Ook binnen onze vereniging vang je nog weleens op dat klinische diagnostiek weinig tot geen nut zou hebben, of dat het onderzoek hiernaar al met al maar weinig bruikbaar heeft opgeleverd. Het eerste punt lijkt me niet alleen veel te grofmazig (welke diagnostiek, bij welke patiënt met welke problematiek?) maar ook ten principale onjuist: we kunnen niet zonder diagnostiek, al was het maar om te bepalen welk behandelprotocol of zorgprogramma zal worden ingezet. Het artikel van Kamphuis en collega's (2021) gaat dieper in op met name op het tweede punt. Het is een rijk en doordacht artikel, waaraan in deze rubriek onmogelijk volledig recht kan worden gedaan. De kern ervan is mijns inziens dat we beslissin-

gen over de inzet van klinische diagnostiek in onze behandelingen niet alleen moeten baseren op onderzoek naar de meerwaarde daarvan, maar vooral op onderzoek dat zodanig is ontworpen dat het die meerwaarde – als die er is – ook daadwerkelijk heeft kunnen aantonen. De auteurs beschrijven een aantal redenen waarom dat in veel onderzoek niet het geval is. Een duidelijk en sprekend voorbeeld van zo'n reden – hiervoor als derde genoemd – is onvoldoende varia(n)tie: in studies waarin bijvoorbeeld de aard en ernst van de problematiek van de deelnemers te weinig varieert, of waarin het niet mogelijk is om keuzes voor of binnen specifieke interventies ook daadwerkelijk op de diagnostiek van deze problematiek te baseren (zoals in gerandomiseerde trials of studies in sterk monodisciplinaire settings), kan klinische diagnostiek simpelweg geen meerwaarde voor de behandeling hebben. Uit dergelijk onderzoek concluderen dat diagnostiek geen meerwaarde heeft, is dan een *false negative*.

Van een heel andere orde, maar even terecht, is de boodschap dat goed onderzoek naar de meerwaarde van klinische diagnostiek voor behandeling (dus onderzoek dat zodanig is ontworpen dat die meerwaarde zich erin kan manifesteren) bovendien zodanig fijnmazig is, dat het niet zomaar gegeneraliseerd kan worden over verschillende diagnostische methoden, patiënten, klachten of settings. En dat specifieke vormen van diagnostiek, zoals het semigestructureerde *therapeutic assessment*, ook op zichzelf – dus niet via keuzes voor of binnen specifieke interventies – een positief effect kunnen hebben.

Met deze en andere overwegingen over onderzoek naar de klinische meerwaarde van diagnostiek, zou dit artikel goed kunnen bijdragen aan een fundamentele discussie over dit onderwerp binnen onze vereniging. Het bevat ook een aantal implicaties voor de dagelijkse praktijk. Denk na over wat u met diagnostiek wilt bereiken, wat onderzoek daarover zegt, en vooral ook of het zo is opgezet dat het daarover iets heeft kunnen zeggen. Overweeg stepped assessment (het aanpassen van de complexiteit van de diagnostiek aan die van de problematiek), wat in sommige situaties ook aanleiding zou kunnen zijn voor minder of zelfs geen diagnostiek. Een pleidooi kortom niet zozeer voor of tegen het gebruik van diagnostiek voor indicatie, maar veeleer voor meer aandacht voor de indicatie voor diagnostiek.

Ontvangen

91

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).

- Batink, T., A-Tjak, J., & Thewissen, R. (2024). *Casusboek ACT: Acceptance and Commitment Therapy in de behandelpraktijk*. Bohn Stafleu van Loghum.
- Bosma, M., Walhout, S., & van Zanten, J. (2024). *GRIP voor hulpverleners: Handreiking bij de begeleiding en behandeling van mensen met autisme en verslavingsproblemen*. Hogrefe.
- Coppens, L., & van Kregten, C. (2025). *Traumasensitief opvoeden en begeleiden: een training voor opvoeders. Handleiding voor trainers en Werkboek voor deelnemers*. Bohn Stafleu van Loghum.
- Henderson, D., Wayland, S., & White, J. (2024). *Is dit autisme?* Boom.
- Hofmann, S., Hayes, S., & Lorscheid, D. (2025). *Process-Based Therapy in de praktijk*. Hogrefe.
- Price, D. (2024). *Autisme ontmaskeren: De kracht van het omarmen van onze verborgen neurodiversiteit*. Hogrefe.
- Resick, P. A., Wiltsey Stirman, S., & Losavio, S. T. (2024). *Herstellen van trauma: Een werkboek om los te komen van PTSS*. Uitgeverij Nieuwezijds.
- Swartz, H. (2025). *Sociaal-ritmeth therapie bij een bipolaire stoornis: Werkboek*. Hogrefe.
- van Oenen, F. J. (2024). *Verdragen: Over de hulp helpt-mythe*. Boom.

NIEUW

**Emotion-focused therapy voor individuen**

Dit boek biedt deliberate practice-oefeningen om studenten, stagiairs en artsen individueel te helpen oefenen met fundamentele vaardigheden op het gebied van emotie-gerichte therapie (EFT), zodat ze zich kunnen voorbereiden op veelvoorkomende situaties in de klinische praktijk.

Praktijkvoorbeelden voor behandelaren

Voorbeelden van uitspraken van de cliënt en responsen van de therapeut, van beginners- tot gevorderdenniveau, belichten veelvoorkomende therapeutische interacties. Deze voorbeelden bieden de lezers de mogelijkheid om te oefenen met het improviseren van spontane reacties in een nagebootste klinische setting, waardoor zij als therapeut hun eigen stijl kunnen aanscherpen met als doel het behalen van nog betere resultaten voor hun cliënten.

Boompsychologie
& psychiatrie

Kijk op boom.nl of
scan de QR-code.



Kijk op boom.nl of
scan de QR-code:

**Negatief zelfbeeld speelt een centrale rol**

Ongeveer een miljoen mensen hebben in Nederland een licht verstandelijke beperking (LVB). Deze groep loopt drie- tot viermaal zo veel kans om psychische problemen te ontwikkelen dan mensen zonder verstandelijke beperking. Een negatief zelfbeeld speelt vaak een centrale rol in de problematiek waarmee mensen met LVB in de ggz terechtkomen, maar tot nu toe was er voor deze doelgroep geen passende interventie beschikbaar.

Speciale aanpassingen voor cliënten met een LVB

Het boek bestaat uit twee delen: de trainers-handleiding en het werkboek voor de cliënt (gratis te downloaden). Dankzij deze interventie kan een grote groep cliënten profiteren van de effecten van een positiever zelfbeeld, zoals meer zelfvertrouwen, een verbeterd welbevinden, meer mogelijkheden om zich te ontplooiën, en het ervaren van zingeving en participatie in de maatschappij.

Boompsychologie
& psychiatrie

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)

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 worden opgegeven via www.tijdschriftgedragstherapie.nl/abonnementen/abonneren 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

Achternvijftigste jaargang, nummer 1, maart 2025

Pagina 1–92

- 1 Redactioneel
- 2 **Chloë Boghe, Tom Van Daele, Nele De Witte & Sara Scheveneels ♦**
Virtual en augmented reality exposure voor angstgerelateerde problemen in de klinische praktijk: Een overzicht van laagdrempelige mogelijkheden
- 28 **Lilach Shaul, Lars de Vroeghe & Anneloes van den Broek ♦** Omgaan met werkdruk en stressklachten: De impact van veerkracht
- 50 **Annemieke Kamstra, Milou Wiersum, Mirjam Meek, Robert Schoevers, Sybolt de Vries & Frederike Jörg ♦** Klinische traumabehandeling in combinatie met dialectische gedragstherapie: Een kijkje bij de Traumaverwerkingskliniek Leeuwarden aan de hand van casuïstiek
- 68 **Klaske Glashouwer, Eva Van Malderen & Lien Goossens ♦**
Nederlandse vertaling van de Child Eating Disorder Examination (ChEDE): Normen voor jeugdigen

Boekbesprekingen

- 80 **Vincent van Bruggen ♦** CHRISTINE PADESKY & HELEN KENNERLEY (red.). (2023). *Dialogues for discovery: Improving psychotherapy's effectiveness*
- 83 **Rebecca van den Berge-Minnaar ♦** CORTNEY SODERLIND WARREN (2024). *Afkicken van je ex: Zelfhulp bij (toxisch) liefdesverdriet*
- 85 **Arnold van Emmerik ♦** DENISE SLOAN & BRIAN MARX (2019). *Written exposure therapy for PTSD: A brief treatment approach for mental health professionals*

Voor u gelezen

- 88 KAMPHUIS, J. H., NOORDHOF, A., & HOPWOOD, C. J. (2021). When and how assessment matters: An update on the Treatment Utility of Clinical Assessment (TUCA). *Psychological Assessment*, 33, 122-132.
- 91 Ontvangen