

*Tijdschrift voor gedragstherapie
en cognitieve therapie*

2

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 — *hoofredacteur*

Miriam Lommen — *adjunct-hoofredacteur*

Hermien Elgersma

Arnold van Emmerik

Kristof Hoorelbeke

Margreet Oorschot

Sara Scheveneels

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 Mulkens, prof. dr. Saskia van der Oord,
dr. Kaya Peerdeman, prof. dr. Rudi De Raedt, prof. dr. Filip Raes, dr. Jeffrey Roelofs,
prof. dr. Agnes Scholing, prof. dr. Christiaan Schotte, prof. dr. Anne Speckens,
prof. dr. Philip Spinhoven, prof. dr. Johan Vlaeyen, dr. Marisol Voncken,
prof. dr. Reinout Wiers, dr. Lidewij Wolters

Redactieadres

Weltevreden 61, 3811 NR Amersfoort
redactie@tijdschriftgedragstherapie.nl

Website

www.tijdschriftgedragstherapie.nl
tvg.boomtijdschriften.nl

Aanwijzingen voor auteurs

De auteursrichtlijnen vindt u op
www.tijdschriftgedragstherapie.nl.

Interventies centraal

Wat speelt er toch veel, in Nederland en internationaal. We weten dat heftige gebeurtenissen kunnen samengaan met veel stress en met (verergering van) psychische klachten. Hoe mooi is het dan dat ons vakgebied zich bezighoudt met het beter begrijpen van psychische klachten en ook met interventies die daarop gericht zijn.

Dat laatste staat centraal in dit tweede nummer van 2025. We presenteren drie mooie bijdragen waarin steeds een andere interventie centraal staat. En mooie manier om iets te leren over een nieuwe interventie of over de toepassing van een interventie bij een andere doelgroep.

Het eerste artikel gaat over online rouwgerichte cognitieve gedragstherapie voor volwassenen die tijdens de COVID-19-pandemie een dierbare hebben verloren. Het is geschreven door Lyanne Reitsma, Paul Boelen, Elisa van Ee, Jos de Keijser en Lonneke Lenferink. Ik had me dat niet direct gerealiseerd, maar er zijn verschillende redenen waarom rouw in de pandemie complexer kan zijn, onder andere door beperkte mogelijkheden voor rouwrituelen, sociale isolatie (met impact op sociale steun) en secundaire stressoren (zoals angst, eenzaamheid en algemene stress). Het artikel is zeker een aanrader om te lezen.

Het tweede artikel is geschreven door Imke Hanssen, Janneke Zinkstok en Anne Speckens. Uit eerder onderzoek blijkt dat mindfulness toegevoegde waarde heeft bij de behandeling van angst en depressie bij mensen met autisme. Dit betrof aangepaste mindfulnessinterventies. Deze collega's vroegen zich af of zo'n aangepaste versie wel nodig is en onderzochten bij volwassenen met autisme de effectiviteit van het oorspronkelijke protocol voor mindfulness-based cognitieve therapie. Het antwoord vind je in het artikel.

De derde bijdrage richt zich op het bevorderen van welbevinden. Klaas Huijbregts, Ernst Bohlmeijer en Gerben Westerhof bespreken een casus waarin begeleide zelfhulp is gericht op welbevinden, kernwaarden, persoonlijke groei en veerkracht.

Tot slot dit keer een ander soort 'Voor u gelezen': een samenvatting en korte reflectie op de oratie van David van den Berg getiteld: 'Patronen doorbreken in de ggz: Anders denken, praten en doen over mentale problemen'.

Veel inspiratie gewenst!

ELSKE SALEMINK
Hoofdreducteur

Begeleide versus onbegeleide online rouwgerichte cognitieve gedragstherapie voor volwassenen die een dierbare verloren tijdens de COVID-19-pandemie¹

Een gecontroleerde studie

► LYANNE REITSMA, PAUL BOELEN, ELISA VAN EE, JOS DE KEIJSER & LONNEKE LENFERINK

Samenvatting Het overlijden van een dierbare tijdens de COVID-19-pandemie werd beschouwd als een potentieel traumatisch verlies, wat het risico op persisterende rouw kon vergroten. Deze gecontroleerde studie onderzocht de korte- en langetermijneffecten van begeleide versus onbegeleide online cognitieve gedragstherapie (CGT) op persisterende rouwstoornis (PRS), posttraumatische stressstoornis (PTSS) en depressieklachten voor nabestaanden tijdens de pandemie. Nederlandse volwassenen ($N = 131$) die ten minste 3 maanden tevoren een dierbare hadden verloren, werden toegewezen aan begeleide ($n = 67$) of onbegeleide ($n = 64$) online CGT. Uitkomsten werden gemeten met gevalideerde instrumenten via telefonische interviews voorafgaand aan, direct na afloop en 6 maanden na behandeling. Deelnemers doorliepen een 8-weekse online CGT. Multilevel *intention-to-treat* analyses werden uitgevoerd. Beide online CGT's bleken effectief, maar begeleide online CGT leidde tot grotere afname van PRS- en PTSS-symptomen, zowel direct als 6 maanden na behandeling (niet voor depressie). Vroege online CGT bleek effectief in het verminderen van rouwgerelateerde klachten voor nabestaanden tijdens de pandemie.

TREFWOORDEN — *persisterende rouw, posttraumatische stress, depressie, online CGT, COVID-19*

1 Dit artikel is gebaseerd op een Engelstalig artikel dat is ingediend voor publicatie met als titel: 'Therapist-guided versus self-guided online cognitive behavioral therapy for prolonged grief after losses during the COVID-19 pandemic: A controlled trial'.

Kernboodschappen voor de klinische praktijk

- ▶ Begeleide en onbegeleide rouwspecifieke online CGT waren effectief in het verminderen van rouwgerelateerde klachten bij nabestaanden tijdens de COVID-19-pandemie.
- ▶ Begeleide (versus onbegeleide) rouwspecifieke online CGT leidde tot nog grotere effecten voor persisterende rouw- en posttraumatische stressklachten, maar niet voor depressie.

Inleiding

Wereldwijd zijn er ruim zeven miljoen mensen overleden door het coronavirus COVID-19 (WHO, 2024). Daarnaast zijn tijdens de pandemie talloze mensen overleden aan andere oorzaken die niet gerelateerd waren aan het virus (Verdery et al., 2020). De meeste mensen ervaren na een verlies rouwreacties, zoals boosheid, verdriet en verlangen naar de overleden dierbare (Djelantik et al., 2017). Rouwreacties nemen vaak met de tijd af en de meeste nabestaanden leren uiteindelijk om te gaan met het verlies (zie bijvoorbeeld: Bonanno & Malgaroli, 2020; Nielsen et al., 2019). Wanneer deze rouwreacties echter langdurig aanhouden en tot beperkingen leiden in het dagelijks leven, kan er sprake zijn van persisterende rouwstoornis (PRS). Uit onderzoek onder representatieve steekproeven blijkt dat tussen de 1% en 5% van de nabestaanden het risico loopt op het ontwikkelen van PRS volgens de criteria van de tekstrevisie van de vijfde editie van de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5-TR; APA, 2022) (Rosner et al., 2021; Treml et al., 2022, 2024).

Volgens de criteria van de DSM-5-TR wordt PRS gekenmerkt door aanhoudende separatieangst en additionele symptomen als ongeloof over het verlies, eenzaamheid en emotionele verdooving. Het overlijden dient ten minste 12 maanden tevoren te hebben plaatsgevonden en de symptomen dienen te leiden tot significante beperkingen in het dagelijks functioneren. PRS is ook geïnccludeerd in de elfde editie van de *International Classification of Diseases* (ICD-11; WHO, 2018). Volgens de criteria van de ICD-11 wordt PRS gekenmerkt door ernstige, persisterende en invaliderende rouwreacties, ten minste 6 maanden na het overlijden. In dit artikel zal de term 'persisterende rouw' worden gebruikt als overkoepelende term voor klinische relevante verstoorde rouwreacties. Hoewel persisterende rouw vaak gelijktijdig voorkomt met andere psychische stoornissen, zoals posttraumatische stressstoornis (PTSS) en depressie (Komischke-Konnerup et al., 2021), zijn deze stoornissen wel van elkaar te onderscheiden (Boelen et al., 2010; Djelantik et al., 2017; Lenferink et al., 2017, 2021; Malgaroli et al., 2018; O'Connor et al., 2010).

Het overlijden van een dierbare tijdens de COVID-19-pandemie werd door deskundigen beschouwd als een potentieel traumatisch verlies, waardoor een toename werd verwacht in de ontwikkeling van persisterende

rouw (zie bijvoorbeeld: Breen, 2020; Carr et al., 2020; Eisma et al., 2020; Gesi et al., 2020; Johns et al., 2020; Kokou-Kpolou et al., 2020; Mortazavi et al., 2020; Zhai & Du, 2020). Er waren verscheidene redenen om dit te veronderstellen, zoals beperkte mogelijkheid voor rouwrituelen, sociale isolatie, secundaire stressoren (bijvoorbeeld angst, eenzaamheid en stress in de algemene bevolking) en het verlies van meerdere dierbaren in een relatief korte tijd. In overeenstemming met deze verwachting suggereren verschillende onderzoeken inderdaad dat de prevalentie van persisterende rouw relatief hoog is bij mensen die tijdens de pandemie een dierbare hebben verloren, vergeleken met percentages die werden gevonden na natuurlijk verlies vóór de pandemie (Breen et al., 2022; Downar et al., 2022; Drucker et al., 2023; Eisma & Tamminga, 2020; Harrop et al., 2023; Lenferink & Boelen, 2023; von Blanckenburg et al., 2023). Een meta-analyse liet zien dat de prevalentie van persisterende rouw 46% is bij nabestaanden tijdens de pandemie (Kustanti et al., 2023). Dit percentage is vergelijkbaar met de prevalentie van persisterende rouw na traumatisch verlies (Djelantik et al., 2020).

De voorkeursbehandeling voor persisterende rouw is face-to-face cognitieve gedragstherapie (CGT) gericht op confrontatie met de realiteit en de onomkeerbaarheid van het verlies (Boelen & van den Bout, 2017). Sinds het uitbreken van de COVID-19-pandemie is de vraag naar online behandeling toegenomen. Online CGT kan een oplossing bieden voor problemen met vervoer of moeilijkheden bij het inplannen van therapiesessies. Daarnaast is online CGT goedkoper, waardoor behandeling toegankelijk wordt voor mensen die professionele psychologische hulp nodig hebben bij het verwerken van een verlies. Ten slotte kan online CGT het stigma op psychologische hulp mogelijk verminderen en daarmee de drempel voor het zoeken naar behandeling verlagen. Een toenemend aantal studies laat zien dat therapeutisch begeleide online CGT effectief is in het verminderen van persisterende rouw, PTSS en depressiesymptomen bij nabestaanden (Eisma et al., 2015; Kaiser et al., 2022; Kersting et al., 2013; Lenferink, Eisma et al., 2023; Litz et al., 2014; Reitsma et al., 2023; Trembl et al., 2021; Wagner et al., 2006).

Persisterende rouw kan pas na 6 maanden (volgens ICD-11) of 12 maanden (volgens DSM-5-TR) na een verlies worden gediagnosticeerd. Onderzoek toont echter aan dat verhoogde persisterende-rouwsymptomen vóór deze periode vaak chronisch blijven en een belangrijke voorspeller zijn van aanhoudende psychopathologie na verlies (Boelen & Lenferink, 2020, 2022; Bonanno & Malgaroli, 2020; Kristensen et al., 2020; Nielsen et al., 2019; Sveen et al., 2018). Daarom is het relevant om online CGT binnen 12 maanden na een verlies aan te bieden. Tot op heden zijn slechts twee gerandomiseerde wachtlijstgecontroleerde studies uitgevoerd naar online CGT voor persisterende rouw, PTSS en depressie binnen 3-6 maanden na verlies, waarbij in vergelijking met een wachtlijst matige tot grote effecten werden gevonden (Litz et al., 2014; Reitsma et al., 2023). Er is echter meer onderzoek nodig naar de effectiviteit van online CGT in het eerste jaar na

verlies. Mogelijk voorkomt deze behandeling langdurige klachten, waardoor intensievere behandeling op een later moment niet nodig is.

De effectiviteit van online behandeling hangt af van verschillende factoren, waaronder de mate van begeleiding door een therapeut (Andersson et al., 2009; Wagner et al., 2020). De grootste behandel-effecten worden behaald bij online behandelingen die worden ondersteund door een therapeut, vergeleken met minimale of geen begeleiding. Onderzoek heeft aangetoond dat zowel begeleide als onbegeleide online CGT effectief is in het verlichten van persisterende rouw, PTSS en depressie na verlies, vergeleken met een wachtgroep (Eisma et al., 2015; Kaiser et al., 2022; Kersting et al., 2013; Lenferink, Eisma et al., 2023; Litz et al., 2014; Reitsma et al., 2023; Trembl et al., 2021; Wagner et al., 2006) of vergeleken met een actieve controlegroep (Eisma et al., 2015). Daarentegen heeft geen van deze studies de effectiviteit van therapeutisch begeleide online CGT direct vergeleken met de effectiviteit van onbegeleide online CGT bij nabestaanden met psychische klachten.

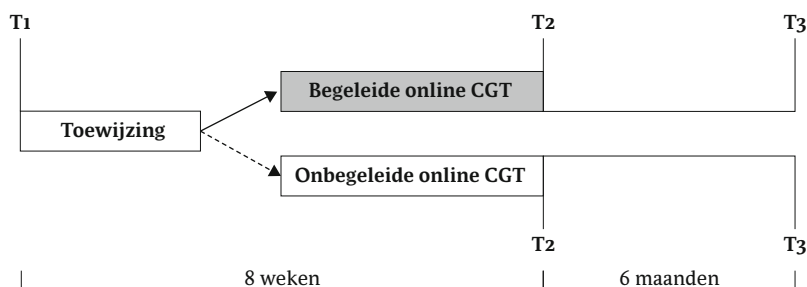
Het doel van de huidige studie was dan ook om de korte- en langetermijneffecten te evalueren van een therapeutisch begeleide online rouwgerichte CGT, vergeleken met onbegeleide online CGT, in het verminderen van vroege persisterende-rouw-, PTSS- en depressiesymptomen bij volwassenen met klinisch relevante klachten, die tijdens de COVID-19-pandemie een dierbare waren verloren. Onze eerste hypothese was dat zowel begeleide als onbegeleide online CGT zou leiden tot een vermindering in persisterende-rouw-, PTSS- en depressiesymptomen, van voorafgaand aan de behandeling tot direct na de behandeling, en 6 maanden na afloop van de behandeling. Onze tweede hypothese was dat deelnemers in de begeleide online-CGT-groep een sterkere afname van symptomen zouden laten zien vergeleken met deelnemers in de onbegeleide online-CGT-groep, zowel direct als 6 maanden na afloop van de behandeling (Reitsma et al., 2021).

Methode

Studieopzet De opzet van de studie is weergegeven in figuur 1. Zoals beschreven in het studieprotocol bestaat deze studie uit twee delen (Reitsma et al., 2021). Deel 1 bestond uit een *monocenter* gerandomiseerde wachtlijstgecontroleerde studie waarin de kortetermijneffecten van onbegeleide online CGT werden onderzocht, vergeleken met een wachtlijstconditie, bij mensen die een dierbare waren verloren tijdens de COVID-19-pandemie (Reitsma et al., 2023). Deel 2 bestond uit een *multicenter* gecontroleerde studie waarin de korte- en langetermijneffectiviteit van begeleide online CGT werd geëvalueerd, vergeleken met onbegeleide online CGT, in het verminderen van dezelfde klachten bij nabestaanden tijdens de pandemie. Alle deelnemers aan deel 2 werden toegewezen aan de begeleide online CGT. Alle deelnemers aan deel 1 van de studie (zowel deelnemers die direct behandeling kregen als deelnemers die behandeling kregen na een wacht-

periode) dienden als controlegroep voor deel 2 (dat wil zeggen: de ongebe-
leide online-CGT-groep). In de huidige studie worden de resultaten van
deel 2 beschreven.

De begeleiding werd uitgevoerd door psychologen werkzaam bij een
van de zes Nederlandse ggz-instellingen die betrokken waren bij deze stu-
die. Telefonische interviews werden afgenomen door een getrainde psy-
choloog (LR) voorafgaand aan de behandeling (T1), na afloop van de behan-
deling (T2) en 6 maanden na de behandeling (T3). De studie is goedgekeurd
door de Medische Ethische Toetsingscommissie van het Universitair Me-
disch Centrum Utrecht (UMCU) (NL74518.041.20). Alle deelnemers heb-
ben toestemming gegeven voor deelname aan de studie.



Figuur 1 Studieopzet van de gecontroleerde studie.

Noot. CGT = cognitieve gedragstherapie; T1 = interview voorafgaand aan de behande-
ling; T2 = interview direct na de behandeling; T3 = interview 6 maanden na de behande-
ling. De stippellijn geeft aan dat deelnemers niet actief aan de conditie werden toege-
wezen. De onbegeleide online-CGT-groep bestond uit alle deelnemers uit deel 1 van de
studie, die in de huidige studie dienden als controlegroep.

Deelnemers en procedure Deelnemers konden Nederlandstalige volwas-
senen die tijdens de COVID-19-pandemie ten minste 3 maanden tevoren
een partner, familielid of vriend(in) hadden verloren. Dit tijds criterium is
gekozen op basis van eerder onderzoek van Litz en collega's (2014), waarin
de effectiviteit werd aangetoond van vroege online CGT bij mensen met
verhoogde klachten na verlies. Daarnaast moesten deelnemers klinisch re-
levante niveaus vertonen van DSM-5 persisterende complexe
rouwstoornis,² PTSS en/of depressie. De klachtenniveaus werden vastge-
steld via telefonische interviews. Exclusiecriteria waren: onvoldoende be-
heersing van de Nederlandse taal, geen toegang hebben tot internet, en ooit
gediagnosticeerd zijn met een psychotische stoornis of acute suïcidaliteit.
Deze laatste twee criteria werden beoordeeld aan de hand van enkele vra-

- 2 Toen we in 2021 met de werving voor deze studie begonnen, waren de DSM-5-TR
criteria voor persisterende-rouwstoornis (PRS) nog niet gepubliceerd. Daarom
zijn de criteria voor persisterende complexe rouwstoornis gehanteerd in lijn met
de DSM-5.

gen tijdens T1 (voor meer details, zie: Reitsma et al., 2021). Werving vond plaats via (sociale) media en een website die voor deze studie was opgezet (<https://rouwbehandeling.nl/rouw-zonder-afschied>). Deelnemers aan deel 1 werden geïnccludeerd tussen oktober 2020 en februari 2021. Deelnemers aan deel 2 werden geïnccludeerd tussen maart 2021 en april 2023. De kosten voor deelname bestonden uit het betalen van het eigen risico bij de zorgverzekeraar.

Meetinstrumenten

Primaire uitkomstmaat — PRS-symptomen. PRS-symptomen volgens de DSM-5-TR-criteria (APA, 2022) werden gemeten met de Traumatic Grief Inventory-Clinician Administered (TGI-CA; Lenferink, Franzen et al., 2023). De TGI-CA bestaat uit 22 items en is de interviewversie van de Traumatic Grief Inventory-Self Report Plus (TGI-SR+; Lenferink et al., 2022). Tien DSM-5-TR PRS-symptomen werden gemeten aan de hand van elf items. Voor de twee items die betrekking hebben op woede en verdriet werd de hoogste antwoordoptie van één van de twee items gebruikt om het symptoom ‘intense emotionele pijn met betrekking tot het verlies (bijvoorbeeld woede, bitterheid, verdriet)’ vast te stellen. Alle items verwijzen naar de afgelopen maand en worden beantwoord op een vijfpunts-likertschaal van 1 (‘nooit’) tot 5 (‘altijd’). Een voorbeelditem is: ‘Heeft u, in de afgelopen maand, intense gevoelens van emotionele pijn, verdriet of golven van rouw gehad?’ De instructie op de originele vragenlijst is aangepast van ‘het overlijden van uw dierbare’ naar ‘het overlijden van uw dierbare(n) tijdens de COVID-19-pandemie’. Volgens de PRS DSM-5-TR diagnostische scoringsregel (APA, 2022) vertonen deelnemers klinisch relevante vroege PRS-symptomen wanneer ze ten minste een 3 (‘soms’) scoorden op minstens één symptoom van criterium B (separatieangst), drie symptomen van criterium C (identiteitsverstoring) en het D-criterium (beperkingen in alledaags functioneren) en/of een totale score van ≥ 33 rapporteren op basis van de tien PRS DSM-5-TR-symptomen. De TGI-CA is een betrouwbaar en valide instrument voor het beoordelen van PRS-symptomen (Lenferink, Franzen et al., 2023). De interne consistentie van de PRS DSM-5-TR-items was 0,78 op T1.

Secundaire uitkomstmaten — PTSS. De ernst van PTSS werd beoordeeld met de 20-item PTSD Checklist voor DSM-5 (PCL-5; Blevins et al., 2015; Boeschoten et al., 2014). Deelnemers beoordeelden in hoeverre ze in de afgelopen maand last hadden van elk symptoom op een vijfpunts-likertschaal, van 0 (‘helemaal niet’) tot 4 (‘extreem veel’). De instructies en items op de originele vragenlijst zijn aangepast van ‘de stressvolle ervaring’ naar ‘het overlijden van uw dierbare(n) tijdens de COVID-19-pandemie’. Omdat de items werden afgenomen via een telefonisch interview, zijn ze geherformuleerd van stellingen naar vragen. Een voorbeeld van een item is: ‘In hoeverre heeft u in de afgelopen maand last gehad van regelmatig terugke-

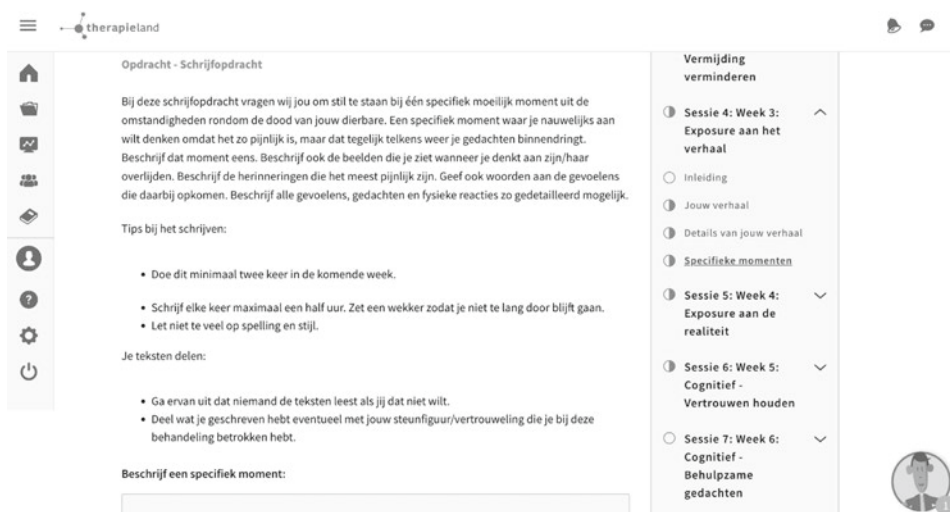
rende, onaangename en ongewenste herinneringen aan het overlijden van uw dierbare tijdens de COVID-19-pandemie?' De PCL-5 is een betrouwbaar en valide instrument (Blevins et al., 2015). Volgens de diagnostische regel van de DSM-5 (APA, 2013) wordt gesteld dat deelnemers klinisch significante PTSS-symptomen vertonen als ze ten minste een 2 (matig) scoren op minstens één criterium-B-item (intrusies), één criterium-C-item (vermijding), twee criterium-D-items (negatieve veranderingen in cognities en stemming) en twee criterium-E-items (veranderingen in arousal en reactiviteit), en/of een totale score van ≥ 31 rapporteren (Blevins et al., 2015). De interne consistentie van de items was 0,86 op T1.

Depressie. De ernst van depressie werd beoordeeld met de negen-item Patient Health Questionnaire (PHQ-9; Kroenke et al., 2001). Deelnemers beoordeelden de frequentie van elk symptoom gedurende de afgelopen 2 weken op een vierpunts-likertschaal, van 0 ('helemaal niet') tot 3 ('bijna elke dag'). De items in de oorspronkelijke vragenlijst werden geherformuleerd van stellingen naar vragen (bijvoorbeeld: 'Hoe vaak hebt u in de afgelopen 2 weken last gehad van weinig interesse of plezier in activiteiten?'). De PHQ-9 heeft goede psychometrische eigenschappen (Kroenke et al., 2001). Volgens Kroenke en collega's (2001) kan een score van ≥ 10 worden gebruikt als afkappunt voor klinisch relevante depressie. De interne consistentie van de items was 0,73 op T1.

Additionele instrumenten — Gerapporteerd werden de karakteristieken van de deelnemers, waaronder gender, leeftijd, opleidingsniveau en geboorteland, evenals de verliesgerelateerde karakteristieken, waaronder de leeftijd van de overledene, relatie tot de overledene, aantal maanden sinds het verlies en de oorzaak van het overlijden. Daarnaast werden COVID-19-gerelateerde karakteristieken in kaart gebracht, waaronder aanwezigheid bij de uitvaart en het ervaren van meerdere verliezen tijdens de pandemie. Indien een deelnemer meerdere dierbaren had verloren tijdens de pandemie, werd het interview gefocust op het meest ingrijpende verlies zoals beoordeeld door de deelnemer. Verder werd het gebruik van professionele psychologische co-interventie tijdens deelname aan de studie vastgesteld met één vraag (beantwoord met ja/nee) tijdens T2 ('Heeft u in de afgelopen 8 weken hulp ontvangen van een psycholoog, therapeut of psychiater met betrekking tot het overlijden van uw dierbare?') en tijdens T3 ('Heeft u in de afgelopen 6 maanden hulp ontvangen van een psycholoog, therapeut of psychiater met betrekking tot het overlijden van uw dierbare?')

Interventie De begeleide online CGT bestaat uit acht wekelijkse sessies, die binnen maximaal 12 weken worden afgerond. De sessies zijn verdeeld in drie rouwtaken: (1) confrontatie met het verlies en de pijn na het overlijden van een dierbare, (2) het behouden van vertrouwen in jezelf, anderen, het leven en de toekomst, en (3) het ondernemen van activiteiten die aanpassing stimuleren aan de nieuwe omstandigheden zonder de overledene (ver-

gelijk: Boelen & Eisma, 2022; Boelen & van den Bout, 2017). Sessie 1 biedt psycho-educatie over mogelijke reacties op verlies, met de nadruk op COVID-19-gerelateerde stressoren. Sessies 2, 3 en 4 zijn gefocust op exposure (taak 1). De deelnemers worden aangespoord om het verhaal van het verlies te delen in schrijfoopdrachten, waarbij de focus ligt op de pijnlijkste aspecten van het verlies. Sessies 5 en 6 zijn gericht op cognitieve herstructurering (taak 2), waarbij deelnemers worden aangemoedigd om negatieve niet-helpende gedachten te identificeren en te veranderen met behulp van cognitieve dagboeken en gedragsexperimenten. Ten slotte zijn sessies 7 en 8 gericht op gedragsactivatie (taak 3). In deze sessies worden deelnemers aangemoedigd om waardevolle activiteiten weer uit te voeren door doelen te stellen en stappen in kaart te brengen om deze doelen te bereiken. Figuur 2 illustreert een weergave van de online omgeving van de behandeling in Therapieland. Meer details over de inhoud van de behandeling zijn te vinden in eerdere studies (Reitsma et al., 2021, 2023).



Figuur 2 Screenshot van de online cognitieve gedragstherapie in Therapieland

Deelnemers die minder dan zes sessies hadden voltooid, werden beschouwd als *non-completers*, aangezien niet alle CGT-onderdelen aan bod waren gekomen. De inhoud van de behandeling werd aangeboden via een beveiligde website van Therapieland. De sessies werden begeleid door een gekwalificeerde psycholoog via e-mailcontact. Alle psychologen kregen een 8 uur durende online training over het behandelprotocol. De therapeutische begeleiding bestond uit de deelnemer één keer per week feedback geven en één keer per week een aanmoediging sturen om in te loggen en de opdrachten te voltooien. Therapeuten werden geïnstrueerd om per deelnemer wekelijks 30 minuten te besteden aan begeleiding.

Steekproefgrootte Zoals beschreven in ons studieprotocol (Reitsma et al., 2021), werd een steekproefgrootte van 86 deelnemers als voldoende beschouwd om verschillen te detecteren tussen de begeleide en onbegeleide online-CGT-groepen, met als doel ten minste een gemiddelde effectgrootte op basis van eerder onderzoek (Spek et al., 2007), met een statistische power van 80% en een alfaniveau van 0,050.

Statistische analyses Alle analyses zijn uitgevoerd met SPSS versie 27.0 (IBM Corporation, 2020). Multilevel analyses zijn uitgevoerd om de effectiviteit te evalueren van begeleide online CGT (versus onbegeleide online CGT) op PRS-, PTSS- en depressiesymptomen direct na en 6 maanden na afloop van de behandeling. Aanvankelijk werden modellen geconstrueerd die alleen random intercepten voor elke uitkomst afzonderlijk bevatten om de *intra*class correlatie te berekenen. Vervolgens werd tijd als een lineaire voorspeller toegevoegd (gecodeerd als 1 = T1, 2 = T2 en 3 = T3), gevolgd door een model waarin tijd dummy-gecodeerd werd met de T1-scores als referentiecategorie. Het model met de laagste waarde van het Akaike informatie-criterium (AIC) werd geselecteerd. Vervolgens werden conditie (gecodeerd als 0 = onbegeleide online CGT en 1 = begeleide online CGT) en de interactie-effecten tijd*conditie toegevoegd. *Deviance* toetsen werden gebruikt om te beoordelen of het includeren van interactie-effecten het model verbeterde vergeleken met een model bestaande uit alleen hoofdeffecten. In overeenstemming met Snijders en Bosker (2012) ging onze voorkeur uit naar modellen met het kleinste aantal parameters voor de random onderdelen. Daarom werden niet-significante random *slopes* weggelaten uit de modellen. Drie afzonderlijke multilevel modellen werden uitgevoerd met PRS, PTSS of depressie als afhankelijke variabele. Bij T2 ontbrak 33,6% van de itemresponsen op de uitkomsten en bij T3 was dit 38,2%. Maximale waarschijnlijkheidsinschatting is gebruikt om met ontbrekende data om te gaan. Data van alle deelnemers die zijn geïnccludeerd in de studie zijn meegenomen in de analyses (dat wil zeggen: *intention-to-treat* analyses).

Vervolgens zijn *within-group* Cohens *d* effectgrootten berekend door het verschil tussen symptoomniveaus direct na de behandeling en voorafgaand aan de behandeling te delen door de geaggregeerde standaarddeviatie van de symptoomniveaus voorafgaand aan de behandeling. Dit is gedaan in overeenstemming met eerder onderzoek (vergelijk: Boelen, Lenferink et al., 2021; Bryant et al., 2014; Lenferink, Eisma et al., 2023; Reitsma et al., 2023). De effectgrootten werden getoetst met behulp van gepaarde *t*-toetsen. *Between-group* Cohens *d* effectgrootten zijn berekend door de niet-gestandaardiseerde bèta-coëfficiënt van de interactieterm te delen door de geaggregeerde standaarddeviatie van de symptoomniveaus voorafgaand aan de behandeling. Effectgrootten werden gecategoriseerd als klein (Cohens $d \geq 0,20 \leq 0,49$), middelgroot (Cohens $d \geq 0,50 \leq 0,79$) en groot (Cohens $d \geq 0,80$) (Cohen, 1988).

Ten slotte zijn *reliable change indices* (RCI's) berekend voor de groep deelnemers die de behandeling hebben voltooid (de *completers*), om kli-

nisch significante veranderingen vast te stellen, van voorafgaand aan de behandeling tot direct na en 6 maanden na de behandeling, voor PRS-, PTSS- en depressiesymptomen per deelnemer (voor meer details, zie formule in: Jacobson & Truax, 1991).

$$RCI = \frac{X2 - X1}{\sqrt{S_{diff}}}$$

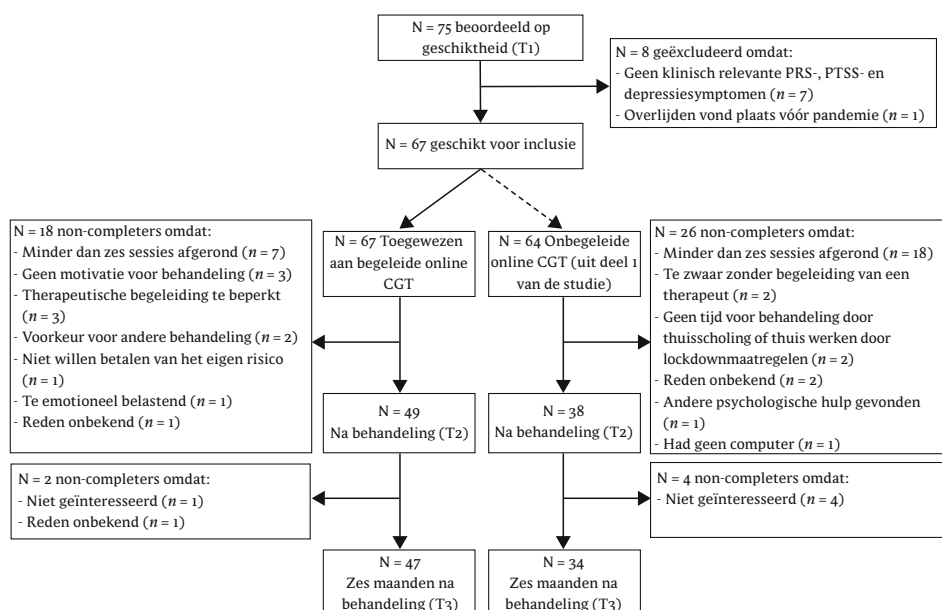
In deze formule geeft X2 de score weer van een deelnemer na de behandeling of wachtperiode, terwijl X1 de score van die deelnemer weergeeft voorafgaand aan de behandeling of wachtperiode; S_{diff} staat voor de standaardfout van het verschil op de TGI-CA, PCL-5 of PHQ-9, en is berekend met gebruik van de standaarddeviatie en de Cronbachs alfa van de *baseline*-meting. Een RCI > |1,96| duidt erop dat de verandering waarschijnlijk niet op toeval berust ($p < 0,050$). We telden vervolgens het aantal deelnemers die klinisch significante veranderingen vertoonden op de uitkomsten. Chi-kwadraattoetsen werden uitgevoerd voor het vergelijken van mogelijke verschillen tussen de twee groepen.

Op T1 werden leeftijd (in jaren), aantal maanden sinds het verlies, en PRS-, PTSS- en depressiesymptomen vergeleken tussen de twee groepen middels onafhankelijke *t*-toetsen of Mann-Whitney U-toetsen. Chi-kwadraattoetsen of Fishers exacte toetsen werden gebruikt om verschillen te evalueren tussen de twee groepen in gender (0 = man, 1 = vrouw), opleidingsniveau (0 = < hogeschool/universiteit, 1 = hogeschool/universiteit), relatie tot de overledene (0 = echtgenoot of kind, 1 = anders), aantal verliezen tijdens de pandemie (0 = één verlies, 1 = meerdere verliezen), oorzaak van overlijden (0 = ziekte, 1 = anders), en het gebruik van psychologische co-interventie tussen T1 en T3 (0 = nee, 1 = ja). Dezelfde analyses werden uitgevoerd tussen deelnemers die de behandeling hadden voltooid (completers) en non-completers op T2 en T3 met betrekking tot sociodemografische en verliesgerelateerde kenmerken, het gebruik van psychologische co-interventie, en PRS-, PTSS- en depressiesymptomen op T1. Indien de twee groepen zouden verschillen wat betreft sociodemografische en verliesgerelateerde kenmerken en het gebruik van co-interventies tijdens deelname aan de studie, zouden deze variabelen als covariaten worden opgenomen in de multilevel analyses.

Transparantie en openheid We hebben gerapporteerd hoe de steekproefgrootte is bepaald, en welke data-exclusies, manipulaties en meetinstrumenten we in de studie hebben gebruikt. Daarnaast hebben we voldaan aan de richtlijnen voor het rapporteren van (gerandomiseerde) gecontroleerde studies volgens de Consolidated Standards of Reporting Trials (Schulz et al., 2010). Het behandelprotocol is beschikbaar via het Open Science Framework (z.d.). Gepseudonimiseerde data, syntax en een codeboek kunnen worden opgevraagd door contact op te nemen met de eerste auteur. Deze studie is geregistreerd in het Landelijk Trial Register (NL9485) en een studieprotocol is gepubliceerd (Reitsma et al., 2021).

Resultaten

Figuur 3 illustreert de stroom van deelnemers in de studie. Data van 64 deelnemers waren beschikbaar die in deel 1 van de studie de onbegeleide online CGT hadden doorlopen. Deze groep diende als controlegroep in de huidige studie. In totaal hadden 75 mensen zich aangemeld voor deel 2 van de studie en T1 voltooid. Hiervan kwamen 8 mensen (10,7%) niet in aanmerking voor deelname, omdat zij geen klinische relevante PRS-, PTSS- en depressiesymptomen vertoonden ($n = 7$) of omdat de overleden dierbare vóór het begin van de COVID-19-pandemie was overleden ($n = 1$). Er zijn 67 mensen gestart met de begeleide online CGT. De meeste deelnemers (91,0%) werden geworven via meldingen op (sociale)mediakanalen.



Figuur 3 Stroom van deelnemers

Noot. CGT = cognitieve gedragstherapie; PRS = persisterende-rouwstoornis; PTSS = posttraumatische-stressstoornis; T1 = interview voorafgaand aan de behandeling; T2 = interview direct na de behandeling; T3 = interview 6 maanden na de behandeling. De stippellijn geeft aan dat deelnemers niet actief aan de conditie werden toegewezen. De onbegeleide online-CGT-groep bestond uit alle deelnemers uit deel 1 van de studie, die in de huidige studie dienden als controlegroep.

Tabel 1 toont de karakteristieken van de steekproef voor de deelnemers in de begeleide online-CGT-groep, de onbegeleide online-CGT-groep en de totale steekproef. Er zijn geen significante verschillen gevonden tussen de twee groepen met betrekking tot sociodemografische en verliesgerela-

teerde karakteristieken, het gebruik van psychologische co-interventie, en PRS-, PTSS- en depressiesymptomen voorafgaand aan de behandeling, behalve voor de variabele 'aantal maanden sinds het verlies' (zie tabel 4 in de appendix). Deelnemers in de begeleide online-CGT-groep hadden hun dierbare(n) significant langer geleden verloren ($M = 14,33$; $SD = 8,06$) vergeleken met de onbegeleide online-CGT-groep ($M = 7,09$; $SD = 2,13$; $U = -5,64$; $p < 0,001$). Daarom werd 'aantal maanden sinds het verlies' als covariaat meegenomen in de multilevel analyses.

Achttien van de 67 deelnemers (26,9%) zijn uitgevallen tijdens de begeleide online CGT en 26 van de 64 deelnemers (40,6%) zijn uitgevallen tijdens de onbegeleide online CGT. Dit resulteert in een totaal uitvalpercentage tijdens de behandeling van 33,6% (44 van de 131 deelnemers). Het verschil in uitvalpercentage tussen de twee groepen was niet significant ($\chi^2(1, N = 131) = 2,78$; $p = 0,096$). De redenen voor uitval zijn weergegeven in figuur 3. Er zijn op T2 en T3 geen significante verschillen gevonden tussen completers en non-completers wat betreft socio-demografische en verliesgerelateerde karakteristieken, het gebruik van psychologische co-interventie, en PRS-, PTSS- en depressiesymptomen voorafgaand aan de behandeling, behalve voor het aantal maanden sinds verlies (zie tabel 5 in de appendix).

Behandeluitkomsten De modellen waarin tijd gecodeerd was als dummy-variabele pasten significant beter dan de modellen waarin tijd als lineaire voorspeller werd opgenomen (PRS $\Delta AIC = 88,63$; PTSS $\Delta AIC = 54,24$; depressie $\Delta AIC = 15,97$). De modellen waarin tijd als dummyvariabele was gecodeerd zijn daarom behouden. Modellen met random slopes convergeerden niet. Om deze reden zijn random slopes niet meegenomen in de modellen.

Voor PRS-symptomen verbeterde het model significant toen de interactie-effecten (dat wil zeggen: tijd*conditie) werden toegevoegd, vergeleken met het model met alleen hoofdeffecten voor aantal maanden sinds verlies, tijd en conditie ($\Delta\chi^2(2) = 19,57$; $p < 0,001$). Beide interactietermen waren significant. Een middelgroot effect werd gevonden voor T1 versus T2 ($d = -0,62$) en een klein effect werd gevonden voor T1 versus T3 ($d = -0,41$). Dit betekent dat de afname van PRS-symptomen groter was bij mensen in de begeleide online-CGT-groep vergeleken met de onbegeleide online-CGT-groep. Tabel 2 geeft de within-group en between-group effectgrootten weer voor beide condities voor alle uitkomsten. Tabel 3 toont de parameterschattingen voor alle uitkomsten. In tabel 6 in de appendix staan de waargenomen gemiddelden en standaardafwijkingen weergegeven voor alle uitkomsten op T1, T2 en T3.

Voor PTSS-symptomen verbeterde het model significant toen tijd*conditie-effecten werden toegevoegd, vergeleken met het model met alleen hoofdeffecten ($\Delta\chi^2(2) = 11,73$; $p < 0,005$). Beide interactietermen waren significant. Een middelgroot effect werd gevonden voor T1 versus T2 ($d = -0,50$) en een klein effect werd gevonden voor T1 versus T3 ($d = -0,39$).

Tabel 1 Karakteristieken van de steekproef, en PRS-, PTSS- en depressiesymptomen voorafgaand aan de behandeling (N = 131)

Karakteristiek	Behandelconditie					
	Totale steek- proef (N = 131)		Begeleide on- line CGT (N = 67)		Onbegeleide online CGT (N = 64)	
Gender, N (%)						
Vrouw	110	(84,0)	56	(83,6)	54	(84,4)
Man	21	(16,0)	11	(16,4)	10	(15,6)
Opleidingsniveau, N (%)						
Hbo/universiteit	70	(53,4)	36	(53,7)	34	(53,1)
< Hbo/universiteit	61	(46,6)	31	(46,3)	30	(46,9)
Leeftijd (in jaren), M (SD)	52,84	(14,43)	51,45	(15,94)	54,30	(12,61)
Aantal maanden sinds verlies, M (SD)	10,79	(6,95)	14,33	(8,06)	7,09	(2,13)
3 tot 6 maanden, N (%)	27	(20,6)	10	(14,9)	17	(26,6)
≥ 6 tot 12 maanden, N (%)	69	(52,7)	23	(34,3)	46	(71,9)
≥ 12 maanden, N (%)	35	(26,7)	34	(50,7)	1	(1,6)
De overledene is ..., N (%)						
Partner/kind	63	(48,1)	36	(53,7)	27	(42,2)
Anders	68	(51,9)	31	(46,3)	37	(57,8)
Aantal verliezen tijdens pandemie, N (%)						
Eén	90	(68,7)	46	(68,7)	44	(68,8)
Meerdere	41	(31,3)	21	(31,3)	20	(31,2)
Doodsoorzaak, N (%)						
Ziekte (niet door COVID-19)	82	(62,6)	43	(64,2)	39	(60,9)
COVID-19	33	(25,2)	17	(25,4)	16	(25,0)
Anders	16	(12,2)	7	(10,4)	9	(14,1)
Gebruik van co-interventie tussen T1 en T3, N ^a (%)						
Ja	13	(85,1)	9	(18,4)	4	(10,5)
Nee	74	(14,9)	40	(81,6)	34	(89,5)
Symptoomniveaus op T1, M (SD)						
PRS	35,06	(6,16)	35,72	(4,88)	34,37	(7,23)
PTSS	34,92	(12,64)	35,78	(12,05)	34,03	(13,27)
Depressie	13,41	(4,86)	14,09	(5,08)	12,70	(4,54)

Noot. CGT = cognitieve gedragstherapie; PRS = persisterende rouwstoornis; PTSS = posttraumatische stressstoornis; T1 = interview voorafgaand aan de behandeling; T3 = interview 6 maanden na de behandeling. ^a N = 87

Dit betekent dat de afname van PTSS-symptomen groter was bij mensen in de begeleide online-CGT-groep vergeleken met de onbegeleide online-CGT-groep.

Voor depressiesymptomen verbeterde het model niet significant door het toevoegen van tijd*conditie-effecten, vergeleken met het model met alleen hoofdeffecten ($\Delta\chi^2(2) = 2,20; p > 0,100$). Beide interactietermen waren niet significant. Dit geeft aan dat er geen significante verschillen waren in de afname van depressiesymptomen tussen mensen in de begeleide versus onbegeleide online-CGT-groep.

Tabel 2 Within-group en between-group effectgrootten (Cohens *d*) voor de intention-to-treat steekproef (*N* = 131)

	Onbegeleide online CGT within-group effectgrootten	Begeleide online CGT within-group effectgrootten	Between-group effectgrootten met onbegeleide online CGT als referentie- groep
PRS-symptomen			
T1 vs. T2	-1,29***	-1,85***	-0,62***
T1 vs. T3	-1,54***	-1,98***	-0,41**
PTSS-symptomen			
T1 vs. T2	-1,17***	-1,53***	-0,50**
T1 vs. T3	-1,49***	-1,75***	-0,39*
Depressiesymptomen			
T1 vs. T2	-0,99***	-1,06***	-0,19
T1 vs. T3	-1,44***	-1,52***	-0,23

Noot. CGT = cognitieve gedragstherapie; PRS = persisterende-rouwstoornis; PTSS = posttraumatische-stressstoornis; T1 = interview voorafgaand aan de behandeling; T2 = interview direct na de behandeling; T3 = interview 6 maanden na de behandeling. * $p < 0,050$; ** $p < 0,010$; *** $p < 0,001$

In de begeleide online CGT-conditie maakten 9 van de 67 deelnemers (13,4%) gebruik van gelijktijdige professionele psychologische co-interventie tussen T1 en T2, en maakten 5 deelnemers (7,5%) daar gebruik van tussen T2 en T3. In de onbegeleide online-CGT-conditie maakten 3 deelnemers (4,7%) gebruik van gelijktijdige professionele psychologische co-interventie tussen T1 en T2, en maakten 3 deelnemers (4,7%) daar gebruik van tussen T2 en T3. Het gebruik van psychologische (co-)interventie tussen T1 en T3 werd als covariaat opgenomen in aanvullende modellen. Dit had geen significante impact op de effecten (zie tabel 7 in de appendix).

Tabel 3 Parameterschattingen voor PRS-, PTSS- en depressiesymptomen voor de intention-to-treat steekproef (N = 131)

	PRS				PTSS				Depressie			
	B	SE	p-waarde	95% BI	B	SE	p-waarde	95% BI	B	SE	p-waarde	95% BI
Intercept	35,81	0,97	< 0,001	[33,89; 37,72]	33,09	1,83	< 0,001	[29,47; 36,70]	12,73	0,74	< 0,001	[11,27; 14,20]
Maanden sinds verlies	-0,20	0,08	0,019	[-0,37; 0,03]	0,13	0,16	0,401	[-0,18; 0,45]	-0,00	0,06	0,950	[-0,13; 0,12]
T1 vs. T2	-7,85	0,64	< 0,001	[-9,12; -6,58]	-13,91	1,42	< 0,001	[-16,71; -11,10]	-4,54	0,59	< 0,001	[-5,71; -3,36]
T2 vs. T3	-9,79	0,67	< 0,001	[-11,10; -8,48]	-17,96	1,47	< 0,001	[-20,86; -15,05]	-6,37	0,62	< 0,001	[-7,59; -5,15]
Conditie	2,80	1,22	0,024	[0,38; 5,22]	0,78	2,32	0,737	[-3,80; 5,36]	1,42	0,94	0,135	[-0,45; 3,28]
T1 vs. T2 * Conditie	-3,83	0,86	< 0,001	[-5,52; -2,14]	-6,32	1,90	0,001	[-10,06; -2,58]	-0,93	0,80	0,244	[-2,50; 0,64]
T2 vs. T3 * Conditie	-2,55	0,88	0,004	[-4,28; -0,82]	-4,88	1,94	0,013	[-8,72; -1,04]	-1,12	0,82	0,175	[-2,74; 0,50]

Noot. BI = betrouwbaarheidsinterval; PRS = persisterende-rouwstoornis; PTSS = posttraumatische-stressstoornis; T1 = interview voorafgaand aan de behandeling; T2 = interview direct na de behandeling; T3 = interview 6 maanden na de behandeling. Conditie is gecodeerd als: 0 = ongeleide online CGT en 1 = begeleide online CGT.

Klinisch relevante veranderingen

Primaire uitkomstmaat — In de begeleide online-CGT-groep rapporteerde 71,4% van de deelnemers klinisch relevante verminderingen in PRS-symptomen, van voorafgaand tot direct na afloop van de behandeling. Van voorafgaand tot 6 maanden na de behandeling rapporteerde 76,6% van de deelnemers in de begeleide online-CGT-groep klinisch relevante veranderingen in PRS-symptomen. Er waren geen negatieve effecten (dat wil zeggen: klinisch relevante verslechtingen van symptomen) in de begeleide online-CGT-groep. In de onbegeleide online-CGT-groep rapporteerde 42,1% van de mensen klinisch relevante verminderingen in PRS-symptomen, van voorafgaand tot direct na afloop van de behandeling. Van voorafgaand tot 6 maanden na de behandeling rapporteerde 52,9% van de deelnemers in de onbegeleide online-CGT-groep klinisch relevante veranderingen in PRS-symptomen. Er waren geen negatieve effecten in de onbegeleide online-CGT-groep.

Van voorafgaand tot direct na afloop van de behandeling waren de percentages van deelnemers die klinisch relevante verminderingen rapporteerden in PRS-symptomen ($\chi^2(1) = 6,94$; $p = 0,008$) hoger voor mensen in de begeleide online-CGT-groep vergeleken met de onbegeleide online-CGT-groep. Ook van voorafgaand tot 6 maanden na de behandeling waren de percentages mensen met klinisch relevante verbeteringen in PRS-symptomen ($\chi^2(1) = 7,20$; $p = 0,007$) hoger voor de mensen in de begeleide online-CGT-groep dan in de onbegeleide online-CGT-groep.

Secundaire uitkomstmaten — In de begeleide online-CGT-groep rapporteerden 73,5% en 26,5% van de deelnemers klinisch relevante verminderingen in respectievelijk PTSS- en depressiesymptomen, van voorafgaand tot direct na afloop van de behandeling. Van voorafgaand tot 6 maanden na de behandeling rapporteerden respectievelijk 78,7% en 48,9% van de deelnemers in de begeleide online-CGT-groep klinisch relevante veranderingen in PTSS- en depressiesymptomen. Er waren geen negatieve effecten in de begeleide online-CGT-groep. In de onbegeleide online-CGT-groep rapporteerden respectievelijk 42,1% en 18,4% van de mensen klinisch relevante verminderingen in PTSS- en depressiesymptomen, van voorafgaand tot direct na afloop van de behandeling. Van voorafgaand tot 6 maanden na de behandeling rapporteerden respectievelijk 58,8% en 41,2% van de deelnemers in de onbegeleide online-CGT-groep klinisch relevante veranderingen in PTSS- en depressiesymptomen. Eén deelnemer (2,9%) uit de onbegeleide online-CGT-groep had een klinisch relevante verslechting van depressiesymptomen van voorafgaand tot 6 maanden na de behandeling.

Van voorafgaand tot direct na afloop van de behandeling waren de percentages van deelnemers die klinisch relevante verminderingen rapporteerden in PTSS-symptomen ($\chi^2(1) = 8,06$; $p = 0,005$) hoger voor mensen in de begeleide online-CGT-groep vergeleken met de onbegeleide online-CGT-groep, maar niet voor depressie ($\chi^2(1) = 0,80$; $p = 0,373$). Van voorafgaand tot 6 maanden na de behandeling waren er geen significante verschillen in

de percentages mensen met klinisch relevante verbeteringen voor PTSS-symptomen ($\chi^2(1) = 3,75; p = 0,053$) en depressiesymptomen ($\chi^2(1) = 0,33; p = 0,565$).

Discussie

In deze gecontroleerde studie is de effectiviteit van een rouwgerichte therapeutisch begeleide online CGT vergeleken met een onbegeleide online CGT in het verlichten van vroege persisterende-rouw-, PTSS- en depressieklachten bij volwassenen die tijdens de COVID-19-pandemie een dierbare waren verloren. Deze studie is een van de grootste gecontroleerde studies naar de effecten van online rouwgerichte CGT en de eerste studie die twee actieve online behandelingen, bestaande uit drie CGT-elementen, met elkaar vergelijkt.

Een eerste bevinding was dat zowel begeleide als onbegeleide online CGT leidde tot significante en grote verminderingen in de ernst van vroege persisterende-rouw-, PTSS- en depressiesymptomen van voorafgaand tot direct na behandeling. Deze bevinding is in overeenstemming met eerdere onderzoeken, die aantonen dat rouwgerichte op CGT gebaseerde online behandelingen effectief zijn bij persisterende rouw, PTSS en depressie na verlies (Dominguez-Rodriguez et al., 2023; Eisma et al., 2015; Kaiser et al., 2022; Kersting et al., 2013; Lenferink, Eisma et al., 2023; Litz et al., 2014; Reitsma et al., 2023; Trembl et al., 2021; van der Houwen et al., 2010; Wagner et al., 2006, 2022). In deel 1 van deze studie vonden we dat onbegeleide online CGT resulteerde in middelgrote tot grote effecten vergeleken met een wachtlijstconditie (Reitsma et al., 2023). Dit sluit uit dat deze veranderingen uitsluitend toe te schrijven zijn aan het verstrijken van de tijd. Van voorafgaand aan de behandeling tot 6 maanden na de behandeling werden de effecten nog groter. Dit laat zien dat de behandel-effecten na verloop van tijd niet alleen aanhielden, maar zelfs toenamen. Het lijkt erop dat mensen hun verkregen vaardigheden om met het verlies om te gaan verder hebben kunnen ontwikkelen.

Onze tweede bevinding was dat, in vergelijking met de onbegeleide online CGT, begeleide online CGT tot significant grotere verminderingen in vroege persisterende-rouw- en PTSS-symptomen leidde, direct na en 6 maanden na de behandeling. De effectgrootten waren middelgroot (direct na de behandeling) en klein (6 maanden na de behandeling) voor vergelijkingen tussen de twee groepen. Deze bevindingen komen overeen met literatuur buiten de context van rouwonderzoek, waaruit blijkt dat de grootste behandel-effecten worden behaald bij online behandelingen onder begeleiding van een therapeut, in vergelijking met behandelingen met minimale of zonder begeleiding (Andersson et al., 2009). Dit is de eerste studie die de effectiviteit van begeleide en onbegeleide rouwgerichte online CGT direct met elkaar heeft vergeleken. In lijn met eerdere studies (Litz et al., 2014; Reitsma et al., 2023) vonden we dat *within-group* effecten het

grootst waren voor vroege persisterende rouw. In tegenstelling tot onze verwachting leidde begeleide online CGT niet tot grotere effecten in het verminderen van depressiesymptomen direct na en 6 maanden na behandeling, vergeleken met onbegeleide online CGT. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat op CGT gebaseerde online behandelingen weliswaar grotendeels effectief zijn in het verlichten van persisterende-rouw- en PTSS-symptomen, maar dat de impact ervan op depressiesymptomen relatief lager en minder evident lijkt te zijn (Komischke-Konnerup et al., 2024; Wagner et al., 2020).

De studie heeft enkele beperkingen. Ten eerste was het totale uitvalpercentage in onze studie (34%) hoger dan het verwachte uitvalpercentage van 19%, dat gebaseerd was op eerder onderzoek bij face-to-face rouwbehandelingen (Currier et al., 2010). Hoewel het uitvalpercentage in de begeleide online-CGT-groep (27%) lager was dan in de onbegeleide online-CGT-groep (41%), was dit verschil statistisch niet significant. Het uitvalpercentage in onze studie komt echter overeen met het gemiddelde uitvalpercentage van 27% in andere onderzoeken naar online rouwgerichte CGT (Wagner et al., 2020). Twee van de redenen voor uitval tijdens de begeleide online CGT waren de beperkte beschikbaarheid van de therapeut ($n = 3$) en een gebrek aan motivatie voor behandeling ($n = 3$). Toekomstig onderzoek zou de effectiviteit van de huidige online CGT verder kunnen evalueren door synchrone online therapeutische begeleiding toe te voegen. Het toevoegen van synchrone begeleiding aan online CGT kan het uitvalpercentage mogelijk verder verlagen (Melville et al., 2010). Dit zal ook een directe vergelijking mogelijk maken tussen de effectiviteit van online CGT en *blended* CGT in het verminderen van persisterende-rouw-, PTSS- en depressiesymptomen. Een gerelateerde beperking is dat niet gecontroleerd is hoeveel tijd er precies is besteed aan therapeutische begeleiding. Hoewel de therapeuten expliciet waren geïnstrueerd om wekelijks ongeveer 30 minuten per deelnemer te besteden aan therapeutische begeleiding, is dit niet in kaart gebracht. Hierdoor kan er mogelijk variatie zijn ontstaan in de hoeveelheid therapeutische begeleiding. In vervolgonderzoek zou die variatie zoveel mogelijk beperkt moeten worden.

Ten tweede werden de deelnemers niet willekeurig toegewezen aan ofwel de begeleide ofwel de onbegeleide online-CGT-groep. Dit heeft geleid tot verschillen tussen de twee groepen in het aantal maanden sinds het verlies. Echter, hoewel we een verschil vonden in het aantal maanden sinds het verlies, bleek dit geen significante covariaat te zijn in het model. Mogelijk zijn er ook verschillen tussen de twee groepen op andere variabelen, zoals blootstelling aan COVID-19-stressoren (bijvoorbeeld in gelegenheid voor rouwrituelen of (fysieke) sociale steun vanwege COVID-19-beperkingen). Potentiële moderatoren van behandel-effecten, zoals blootstelling aan COVID-19-stressoren, zijn niet onderzocht. Toekomstig onderzoek zou potentiële moderatoren van behandel-effecten kunnen evalueren om therapeutische verandering beter te verklaren.

Ten derde kan de wervingsmethode in deze studie hebben bijgedragen aan lagere behandelresultaten. Onderzoek toont aan dat behandelresultaten lager zijn wanneer een *outreach* wervingsmethode wordt gebruikt, vergeleken met een naturalistische setting, waarin nabestaanden met persisterende rouwsymptomen normaliter behandeling zoeken (Schut et al., 2001). Voorzichtigheid is daarom geboden bij het generaliseren van de resultaten naar een klinische populatie.

Ten vierde werden de interviews afgenomen door de eerste auteur. Dit betekent dat de interviews niet zijn uitgevoerd door een geblindeerde en onafhankelijke interviewer, wat mogelijk tot bias heeft geleid. Desondanks heeft het uitvoeren van interviews meerdere voordelen ten opzichte van zelfrapportagevragenlijsten, zoals een meer nauwkeurige schatting van de ernst van symptomen (Shevlin et al., 2024).

Tot slot vertoonde de steekproef een oververtegenwoordiging van vrouwen (84%), wat de generaliseerbaarheid van onze bevindingen naar mannen beperkt. Dit komt echter vaak voor in rouwonderzoek (Johannsen et al., 2019). Daarnaast suggereert een recente meta-analyse dat rouwgerichte CGT even effectief lijkt te zijn voor mannen als voor vrouwen (Komischke-Konnerup et al., 2024). Niettemin wordt aanbevolen dat toekomstig onderzoek de bevindingen repliceert met een meer gender-gebalanceerde steekproef.

Ondanks haar beperkingen was dit de eerste studie die, in vergelijking met ongebeleide online CGT, de korte- en langetermijneffectiviteit heeft onderzocht van therapeutisch begeleide online CGT voor vroege persisterende rouw-, PTSS- en depressiesymptomen bij volwassenen die een dierbare verloren tijdens de pandemie. Zowel begeleide als ongebeleide online CGT blijken veelbelovende behandelingen te zijn voor mensen met verhoogde symptomen van persisterende rouw, PTSS en depressie na een verlies tijdens de pandemie. Hoewel verdere evaluatie van de online CGT noodzakelijk is, tonen de bevindingen aan dat online CGT mentale gezondheidsproblemen die nabestaanden ervaren kan verlichten. De grotere effecten van begeleide online CGT voor vroege persisterende rouw en PTSS bevestigen de additionele effecten van therapeutische begeleiding in de behandeling, terwijl deze effecten niet werden gevonden voor depressie. Bovendien kan de laagdrempelige benadering van online CGT barrières voor rouwzorg doorbreken, met name in perioden wanneer zorgsystemen overbelast zijn, zoals tijdens de COVID-19-pandemie en de directe nasleep ervan. Concluderend toont deze studie aan dat online behandelingen een waardevolle aanvulling kunnen zijn op face-to-facetherapie.

Klinische implicaties Op basis van de bevindingen van deze studie kunnen verschillende klinische implicaties worden geformuleerd. Online CGT na verlies zou binnen een *stepped-care* benadering kunnen worden aanbevolen om rouwgerelateerde klachten te verminderen bij mensen die na een verlies vastlopen in het rouwproces (de Keijser et al., 2023). Vooral ongebeleide online CGT kan eenvoudig als eerste stap in de zorg voor nabestaan-

den worden ingezet, wat kan helpen om de lange wachtlijsten in de Nederlandse geestelijke gezondheidszorg te overbruggen. Bovendien kan deze laagdrempelige vorm van behandeling het voor nabestaanden gemakkelijker maken om hulp te zoeken. Online CGT biedt ook praktische voordelen, zoals het vermijden van vervoersproblemen, het flexibeler inplannen van sessies en verhoging van kosteneffectiviteit, waardoor geestelijke gezondheidszorg toegankelijker wordt voor mensen die behoefte hebben aan professionele ondersteuning bij rouwverwerking. Verder kan online CGT bijdragen aan het verminderen van het stigma rondom psychologische hulp, waardoor de drempel om behandeling te zoeken lager wordt. Onbegeleide online CGT is schaalbaar, eenvoudig toegankelijk en beschikbaar in Therapieland. Voor meer informatie over de behandeling, zie de website van Fonds Slachtofferhulp (z.d.). Gezien het grotere effect van begeleide online CGT ten opzichte van onbegeleide online CGT, is het raadzaam om de begeleide variant te gebruiken voor mensen die professionele hulp nodig hebben bij het verwerken van het overlijden van hun dierbare. Desondanks zijn beide vroege online-CGT-behandelingen effectief in het verminderen van rouwgerelateerde klachten voor nabestaanden tijdens de pandemie.

Appendix

Tabel 4 Resultaten van het toetsen van verschillen in sociodemografische en verliesgerelateerde karakteristieken, gebruik van co-interventie, en T1 PRS-, PTSS- en depressiesymptomen tussen de begeleide versus onbegeleide online CGT op T1 (N = 131)

Karakteristiek	Toets	p-waarde
Gender (man vs. vrouw)	$\chi^2(1, N = 131) = 0,02$	0,902
Opleidingsniveau (hbo/universiteit vs. < hbo/universiteit)	$\chi^2(1, N = 131) = 0,01$	0,945
Leeftijd (in jaren)	$U = -0,58$	0,563
Aantal maanden sinds verlies	$U = -5,64$	< 0,001
Relatie tot de overledene (partner/kind vs. anders)	$\chi^2(1, N = 131) = 1,75$	0,186
Aantal verliezen tijdens de pandemie (één vs. meerdere)	$\chi^2(1, N = 131) = < 0,01$	0,991
Doodsoorzaak (ziekte vs. anders)	$\chi^2(1, N = 131) = 0,15$	0,702
Gebruik van co-interventie tussen T1 en T3	$\chi^2(1, N = 87) = 1,04$	0,309
Symptoomniveaus op T1:		
PRS	$U = -0,86$	0,391
PTSS	$t(129) = -0,79$	0,432
Depressie	$t(129) = -1,65$	0,102

Noot. PRS = persisterende-rouwstoornis; PTSS = posttraumatische-stressstoornis; T1 = interview voorafgaand aan de behandeling; T3 = interview 6 maanden na de behandeling.

Tabel 5 Resultaten van het toetsen van verschillen in sociodemografische en verliesgerelateerde karakteristieken, gebruik van co-interventie, en T1 PRS-, PTSS- en depressiesymptomen tussen completers versus non-completers (N = 131)

Karakteristiek	Verschillen tussen completers en non-completers op T2		Verschillen tussen completers en non-completers op T3	
	Toets	p-waarde	Toets	p-waarde
Gender (man vs. vrouw)	$\chi^2(1, N = 131) = 0,23$	0,633	$\chi^2(1, N = 131) = < 0,01$	0,979
Opleidingsniveau (hbo/universiteit vs. < hbo/universiteit)	$\chi^2(1, N = 131) = 0,03$	0,856	$\chi^2(1, N = 131) = 0,31$	0,575
Leeftijd (in jaren)	$U = -0,78$	0,437	$t(129) = -0,36$	0,719
Aantal maanden sinds verlies	$U = -3,01$	0,002	$U = -2,01$	0,045
Relatie tot de overledene (partner/kind vs. anders)	$\chi^2(1, N = 131) = 0,19$	0,667	$\chi^2(1, N = 131) = 0,64$	0,424
Aantal verliezen tijdens de pandemie (één vs. meerdere)	$\chi^2(1, N = 131) = 0,50$	0,480	$\chi^2(1, N = 131) = 0,50$	0,480
Doodsoorzaak (ziekte vs. anders)	$\chi^2(1, N = 131) = 0,03$	0,861	$\chi^2(1, N = 131) = 0,03$	0,861
Gebruik van co-interventie tussen T1 en T3				0,585
Symptoomniveaus op T1:				
PRS	$t(73) = -0,84$	0,405	$U = -0,12$	0,907
PTSS	$t(129) = -0,55$	0,584	$t(129) = 0,08$	0,938
Depressie	$t(129) = -0,54$	0,592	$t(129) = 0,34$	0,737

Noot. PRS = persisterende-rouwstoornis; PTSS = posttraumatische-stressstoornis; T1 = interview voorafgaand aan de behandeling; T2 = interview direct na de behandeling; T3 = interview 6 maanden na de behandeling.

Tabel 6 *Geobserveerde gemiddelden en standaarddeviaties van symptoommetingen per conditie op T1, T2 en T3*

	Onbegeleide online CGT	N	Begeleide online CGT	N
PRS-symptomen, M (SD)				
T1	34,38 (7,23)	64	35,72 (4,83)	67
T2	26,43 (7,77)	37	24,33 (4,63)	49
T3	24,91 (7,05)	34	23,55 (4,40)	47
PTSS-symptomen, M (SD)				
T1	34,03 (13,27)	64	35,78 (12,05)	67
T2	19,27 (11,95)	37	16,41 (10,58)	49
T3	15,24 (9,68)	34	13,60 (9,49)	47
Depressiesymptomen, M (SD)				
T1	12,70 (4,54)	64	14,09 (5,08)	67
T2	7,89 (4,87)	38	8,92 (4,60)	49
T3	5,68 (4,43)	34	6,70 (4,09)	47

Noot. CGT = cognitieve gedragstherapie; PRS = persisterende-rouwstoornis;
PTSS = posttraumatische-stressstoornis; T1 = interview voorafgaand aan de behandeling;
T2 = interview direct na de behandeling; T3 = interview 6 maanden na de behandeling.

Tabel 7 Parameterschattingen voor PRS-, PTSS- en depressiesymptomen voor de *intention-to-treat* steekproef (N = 131)

	PRS				PTSS				Depressie			
	B	SE	p-waarde	95% BI	B	SE	p-waarde	95% BI	B	SE	p-waarde	95% BI
Intercept	35,77	1,23	< 0,001	[33,33; 38,22]	32,56	2,32	< 0,001	[27,97; 37,15]	12,51	0,94	< 0,001	[10,64; 14,38]
Maanden sinds verlies	-0,16	0,10	0,111	[-0,35; 0,04]	0,16	0,18	0,394	[-0,21; 0,52]	-0,00	0,07	0,966	[-0,14; 0,15]
Gebruik van co-interventie	-1,01	1,65	0,541	[-4,29; 2,27]	-4,16	3,03	0,173	[-10,19; 1,86]	-1,80	1,23	0,145	[-4,24; 0,63]
T1 vs. T2	-7,89	0,66	< 0,001	[-9,19; -6,60]	-13,67	1,46	< 0,001	[-16,56; -10,79]	-4,42	0,61	< 0,001	[-5,63; -3,21]
T2 vs. T3	-9,83	0,68	< 0,001	[-11,16; -8,49]	-17,72	1,51	< 0,001	[-20,69; -14,74]	-6,26	0,64	< 0,001	[-7,51; -5,00]
Conditie	2,92	1,48	0,050	[-0,00; 5,85]	2,83	2,79	0,313	[-2,69; 8,34]	2,31	1,13	0,044	[0,06; 4,55]
T1 vs. T2 * Conditie	-3,90	0,87	< 0,001	[-5,62; -2,19]	-6,88	1,94	0,001	[-10,70; -3,05]	-1,19	0,82	0,146	[-2,80; 0,42]
T2 vs. T3 * Conditie	-2,64	0,89	0,004	[-4,39; -0,88]	-5,44	1,98	0,007	[-9,36; -1,53]	-1,38	0,84	0,103	[-3,03; 0,28]

Noot. BI = betrouwbaarheidsinterval; PRS = persisterende-rouwstoornis; PTSS = posttraumatische-stressstoornis; T1 = interview voorafgaand aan de behandeling; T2 = interview direct na de behandeling; T3 = interview 6 maanden na de behandeling. Conditie is gecodeerd als: 0 = onbegeleide online CGT en 1 = begeleide online CGT.

De auteurs willen graag hun dank uitspreken aan de psychologen die therapeutische begeleiding hebben geboden, waardoor het uitvoeren van deze studie mogelijk is gemaakt. Daarnaast willen de auteurs alle deelnemers bedanken die hebben meegewerkt aan de studie.

Deze studie werd gefinancierd door Fonds Slachtofferhulp en het COVID-19 Fonds van de Faculteit Sociale Wetenschappen van de Universiteit Utrecht. Er is geen sprake van financiële of niet-financiële belangenconflicten.

Lyanne Reitsma is verbonden aan de Afdeling Klinische Psychologie, Faculteit Sociale Wetenschappen, Universiteit Utrecht.

Paul Boelen is verbonden aan de Afdeling Klinische Psychologie, Faculteit Sociale Wetenschappen, Universiteit Utrecht, en aan ARQ Nationaal Psychotrauma Centrum, Diemen.

Elisa van Ee is werkzaam bij Psychotraumacentrum Zuid-Nederland, 's-Hertogenbosch, en bij het Behavioural Science Institute, Faculteit der Sociale Wetenschappen, Radboud Universiteit.

Jos de Keijser is verbonden aan de Afdeling Klinische Psychologie en Experimentele Psychopathologie, Faculteit Gedrags- & Maatschappijwetenschappen, Rijksuniversiteit Groningen.

Lonneke Lenferink is werkzaam bij de Afdeling Klinische Psychologie, Faculteit Sociale Wetenschappen, Universiteit Utrecht, bij de Afdeling Klinische Psychologie en Experimentele Psychopathologie, Faculteit Gedrags- & Maatschappijwetenschappen, Rijksuniversiteit Groningen, en bij de Sectie Psychologie, Gezondheid & Technologie, Faculteit Behavioural, Management and Social Sciences, Universiteit Twente.

Correspondentieadres: Lyanne Reitsma, Universiteit Utrecht, Faculteit Sociale Wetenschappen, Afdeling Klinische Psychologie, Postbus 80140, 3508 TC, Utrecht. E-mail: l.reitsma@uu.nl

Summary

Therapist-guided versus self-guided online cognitive behavioral therapy for prolonged grief after losses during the COVID-19 pandemic: A controlled trial

The loss of a loved one during the COVID-19 pandemic was considered a potentially traumatic loss, increasing the risk of prolonged grief. This controlled study examined the short- and long-term effects of guided versus self-guided online cognitive behavioral therapy (CBT) on prolonged grief (PG), posttraumatic stress (PTS), and depression symptoms in people bereaved during the pandemic. Dutch adults ($N = 131$; 84% female) who lost a loved one ≥ 3 months prior were allocated to a therapist-guided ($n = 67$) or self-guided ($n = 64$) online CBT. Outcomes were measured using validated instruments through telephone interviews at baseline, immediately post-treatment, and six months post-treatment. Participants completed an 8-week online CBT. Multilevel analyses were performed. Both online CBTs were effective, but guided online CBT led to larger reductions in PG and PTS symptoms immediately post-treatment and at six-month post-treatment (but not depression). Early online CBT can effectively decrease grief-related distress in pandemic-bereaved people.

Keywords *prolonged grief, posttraumatic stress, depression, online treatment, COVID-19*

Referenties

- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. American Psychiatric Publishing. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- American Psychiatric Association (APA). (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.) text revision*. American Psychiatric Publishing. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- Andersson, G., Carlbring, P., Berger, T., Almlöv, J., & Cuijpers, P. (2009). What makes internet therapy work? *Cognitive Behaviour Therapy*, 38, 55-60. <https://doi.org/10.1080/16506070902916400>
- Blevins, C. A., Weathers, F. W., Davis, M. T., Witte, T. K., & Domino, J. L. (2015). The Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5): Development and initial psychometric evaluation. *Journal of Traumatic Stress*, 28, 489-498. <https://doi.org/10.1002/jts.22059>
- Boelen, P. A., & Eisma, M. C. (2022). Cognitive behavior therapy for grief. In E. M. Steffen, E. Milman, & R. A. Neimeyer (Eds.), *The handbook of grief therapies* (pp. 111-120). Sage.
- Boelen, P. A., & Lenferink, L. I. M. (2020). Symptoms of prolonged grief, posttraumatic stress, and depression in recently bereaved people: Symptom profiles, predictive value, and cognitive behavioural correlates. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 55, 765-777. <https://doi.org/10.1007/s00127-019-01776-w>
- Boelen, P. A., & Lenferink, L. I. M. (2022). Prolonged grief disorder in DSM-5-TR: Early predictors and longitudinal measurement invariance. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 56, 667-674. <https://doi.org/10.1177/00048674211025728>
- Boelen, P. A., Lenferink, L. I. M., & Spuij, M. (2021). CBT for prolonged grief in children and adolescents: A randomized clinical trial. *The American Journal of Psychiatry*, 178, 294-304. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2020.20050548>
- Boelen, P. A., van de Schoot, R., van den Hout, M. A., de Keijser, J., & van den Bout, J. (2010). Prolonged grief disorder, depression, and posttraumatic stress disorder are distinguishable syndromes. *Journal of Affective Disorders*, 125, 374-378. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.01.076>
- Boelen, P. A., & van den Bout, J. (2017). *Protocolaire behandeling van persisterende complexe rouwstoornis*. In G. Keijsers, A. van Minnen, M. Verbraak, K. Hoogduin, & P. Emmelkamp (red.), *Protocolaire behandelingen voor volwassenen met psychische klachten* (Boek 2, pp. 125-174). Boom.
- Boeschoten, M. A., Bakker, A., Jongedijk, R. A., & Olff, M. (2014). *PTSS Checklist voor de DSM-5 (PCL-5)*. Arq Psychotrauma Expert Groep.
- Bonanno, G. A., & Malgaroli, M. (2020). Trajectories of grief: Comparing symptoms from the DSM-5 and ICD-11 diagnoses. *Depression and Anxiety*, 37, 17-25. <https://doi.org/10.1002/da.22902>
- Breen, L. J. (2020). Grief loss and the COVID-19 pandemic. *Australian Journal of General Practice*, 49. <https://doi.org/10.31128/ajgp-covid-20>
- Breen, L. J., Mancini, V. O., Lee, S. A., Pappalardo, E. A., & Neimeyer, R. A. (2022). Risk factors for dysfunctional grief and functional impairment for all causes of death during the COVID-19 pandemic: The mediating role of meaning. *Death Studies*, 46, 43-52. <https://doi.org/10.1080/07481187.2021.1974666>
- Bryant, R. A., Kenny, L., Joscelyne, A., Rawson, N., Maccallum, F., Cahill, C., Hopwood, S., Aderka, I., & Nickerson, A. (2014). Treating prolonged grief disorder: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 71, 1332-1339. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.1600>
- Carr, D., Boerner, K., & Moorman, S. (2020). Bereavement in the time of coronavirus: Unprecedented challenges demand novel interventions. *Journal of Aging & Social Policy*, 32, 425-431. <https://doi.org/10.1080/08959420.2020.1764320>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed., Vol. 67). Routledge Academic. <https://doi.org/10.4324/9780203771587>
- Currier, J., Holland, J., & Neimeyer, R. (2010). Do CBT-based interventions alleviate distress following bereavement? A review of the current evidence. *Interna-*

- tional Journal of Cognitive Therapy*, 3, 77-93.
- de Keijser, J., Boelen, P. A., & Smid, G. E. (2023). *Handboek traumatische rouw* (Herziene editie). Boom.
- Djelantik, A. A. A. M. J., Smid, G. E., Kleber, R. J., & Boelen, P. A. (2017). Symptoms of prolonged grief, post-traumatic stress, and depression after loss in a Dutch community sample: A latent class analysis. *Psychiatry Research*, 247, 276-281. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.11.023>
- Djelantik, A. A. A. M. J., Smid, G. E., Mroz, A., Kleber, R. J., & Boelen, P. A. (2020). The prevalence of prolonged grief disorder in bereaved individuals following unnatural losses: Systematic review and meta regression analysis. *Journal of Affective Disorders*, 265, 146-156. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.01.034>
- Dominguez-Rodriguez, A., Sanz-Gomez, S., González Ramírez, L. P., Herdoiza-Arroyo, P. E., Trevino García, L. E., de la Rosa-Gómez, A., González-Cantero, J. O., Macías-Aguinaga, V., & Miaja, M. (2023). The efficacy and usability of an unguided web-based grief intervention for adults who lost a loved one during the COVID-19 pandemic: Randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 25, e43839. <https://doi.org/10.2196/43839>
- Downar, J., Parsons, H. A., Cohen, L., Besserer, E., Adeli, S., Gratton, V., Murphy, R., Warmels, G., Bruni, A., Bhimji, K., Dyason, C., Enright, P., Desjardins, I., Wooller, K., Kabir, M., Noel, C., Heidingeler, B., Anderson, K., Arsénault-Mehta, K., Lapenskie, J., ... Lawlor, P. (2022). Bereavement outcomes in family members of those who died in acute care hospitals before and during the first wave of COVID-19: A cohort study. *Palliative Medicine*, 36, 1305-1312. <https://doi.org/10.1177/02692163221109711>
- Drucker, A., Levi-Belz, Y., & Hamdan, S. (2023). Depression, complicated grief, and suicide ideation following bereavement during the COVID-19 pandemic. *Omega*, 302228231186361. Advance online publication. <https://doi.org/10.1177/00302228231186361>
- Eisma, M. C., Boelen, P. A., & Lenferink, L. I. M. (2020). Prolonged grief disorder following the coronavirus (COVID-19) pandemic. *Psychiatry Research*, 288. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113031>
- Eisma, M. C., Boelen, P. A., van den Bout, J., Stroebe, W., Schut, H., Lancee, J., & Stroebe, M. (2015). Internet-based exposure and behavioral activation for complicated grief and rumination: A randomized controlled trial. *Behavior Therapy*, 46, 729-748. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2015.05.007>
- Eisma, M. C., & Tammenga, A. (2020). Grief before and during the COVID-19 pandemic: Multiple group comparisons. *Journal of Pain and Symptom Management*, 60, e1-e4. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.10.004>
- Fonds Slachtofferhulp. (z.d.). *Rouwbehandeling*. Geraadpleegd op 18 april 2025 via <https://rouwbehandeling.nl>
- Gesi, C., Carmassi, C., Cerveri, G., Carpita, B., Cremone, I. M., & Dell'Osso, L. (2020). Complicated grief: What to expect after the coronavirus pandemic. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 489. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.00489>
- Harrop, E., Medeiros Mirra, R., Goss, S., Longo, M., Byrne, A., Farnell, D. J. J., Seddon, K., Penny, A., Machin, L., Sivell, S., & Selman, L. E. (2023). Prolonged grief during and beyond the pandemic: Factors associated with levels of grief in a four time-point longitudinal survey of people bereaved in the first year of the COVID-19 pandemic. *Frontiers in Public Health*, 11, 1215881. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1215881>
- IBM Corporation. (2020). *IBM SPSS Statistics for Windows, Version 27.0*. IBM Corporation.
- Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 12-19. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.59.1.12>
- Johannsen, M., Damholdt, M. F., Zachariae, R., Lunderoff, M., Farver-Vestergaard, I., & O'Connor, M. (2019). Psychological interventions for grief in adults: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Affective Disorders*, 253, 69-86. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.04.065>

- Johns, L., Blackburn, P., & McAuliffe, D. (2020). COVID-19, prolonged grief disorder and the role of social work. *International Social Work*, 63, 660-664. <https://doi.org/10.1177/0020872820941032>
- Kaiser, J., Nagl, M., Hoffmann, R., Linde, K., & Kersting, A. (2022). Therapist-assisted web-based intervention for prolonged grief disorder after cancer bereavement: Randomized controlled trial. *JMIR Mental Health*, 9, e27642. <https://doi.org/10.2196/27642>
- Kersting, A., Dölemeyer, R., Steinig, J., Walter, F., Kroker, K., Baust, K., & Wagner, B. (2013). Brief internet-based intervention reduces posttraumatic stress and prolonged grief in parents after the loss of a child during pregnancy: A randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 82, 372-81. <https://doi.org/10.1159/000348713>
- Kokou-Kpolou, C. K., Fernández-Alcántara, M., & Cénat, J. M. (2020). Prolonged grief related to COVID-19 deaths: Do we have to fear a steep rise in traumatic and disenfranchised griefs? *Psychological Trauma*, 12, S94-S95. <https://doi.org/10.1037/tra0000798>
- Komischke-Konnerup, K. B., Zachariae, R., Boelen, P. A., Marello, M. M., & O'Connor, M. (2024). Grief-focused cognitive behavioral therapies for prolonged grief symptoms: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 92, 236-248. <https://doi.org/10.1037/ccp0000884>
- Komischke-Konnerup, K. B., Zachariae, R., Johannsen, M., Nielsen, L. D., & O'Connor, M. (2021). Co-occurrence of prolonged grief symptoms and symptoms of depression, anxiety, and posttraumatic stress in bereaved adults: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders Report*, 4, 100140. <https://doi.org/10.1016/j.jadr.2021.100140>
- Kristensen, P., Dyregrov, K., & Gjestad, R. (2020). Different trajectories of prolonged grief in bereaved family members after terror. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 545368. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.545368>
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16, 606-613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
- Kustanti, C. Y., Jen, H. J., Chu, H., Liu, D., Chen, R., Lin, H. C., Chang, C. Y., Pien, L. C., Chiang, K. J., & Chou, K. R. (2023). Prevalence of grief symptoms and disorders in the time of COVID-19 pandemic: A meta-analysis. *International Journal of Mental Health Nursing*, 32, 904-916. <https://doi.org/10.1111/inm.13136>
- Lenferink, L. I. M., & Boelen, P. A. (2023). DSM-5-TR prolonged grief disorder levels after natural, COVID-19, and unnatural loss during the COVID-19 pandemic. *Journal of Affective Disorders Reports*, 12, 100516. <https://doi.org/10.1016/j.jadr.2023.100516>
- Lenferink, L. I. M., de Keijser, J., Smid, G. E., Djelantik, A. A. A. M. J., & Boelen, P. A. (2017). Prolonged grief, depression, and posttraumatic stress in disaster-bereaved individuals: Latent class analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 8. <https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1298311>
- Lenferink, L. I. M., Eisma, M. C., Buiters, M. Y., de Keijser, J., & Boelen, P. A. (2023). Online cognitive behavioral therapy for prolonged grief after traumatic loss: A randomized waitlist-controlled trial. *Cognitive Behaviour Therapy*, 52, 508-522. <https://doi.org/10.1080/16506073.2023.2225744>
- Lenferink, L. I. M., Eisma, M. C., Smid, G. E., de Keijser, J., & Boelen, P. A. (2022). Valid measurement of DSM-5 persistent complex bereavement disorder and DSM-5-TR and ICD-11 prolonged grief disorder: The Traumatic Grief Inventory-Self Report plus (TGI-SR+). *Comprehensive Psychiatry*, 112, 152281. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2021.152281>
- Lenferink, L. I. M., Franzen, M., ten Klooster, P. M., Knaevelsrud, C., Boelen, P. A., & Heeke, C. (2023). The Traumatic Grief Inventory-Clinician Administered: A psychometric evaluation of a new interview for ICD-11 and DSM-5-TR prolonged grief disorder severity and probable caseness. *Journal of Affective*

- Disorders*, 330, 188-197. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.03.006>
- Lenferink, L. I. M., van den Munckhof, M. J. A., de Keijser, J., & Boelen, P. A. (2021). DSM-5-TR prolonged grief disorder and DSM-5 posttraumatic stress disorder are related, yet distinct: Confirmatory factor analyses in traumatically bereaved people. *European Journal of Psychotraumatology*, 12. <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.2000131>
- Litz, B. T., Schorr, Y., Delaney, E., Au, T., Papa, A., Fox, A. B., Morris, S., Nickerson, A., Block, S., & Prigerson, H. G. (2014). A randomized controlled trial of an internet-based therapist-assisted indicated preventive intervention for prolonged grief disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 61, 23-34. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.07.005>
- Margaroli, M., Maccallum, F., & Bonanno, G. A. (2018). Symptoms of persistent complex bereavement disorder, depression, and PTSD in a conjugally bereaved sample: A network analysis. *Psychological Medicine*, 48, 2439-2448. <https://doi.org/10.1017/S0033291718001769>
- Melville, K. M., Casey, L. M., & Kavanagh, D. J. (2010). Dropout from internet-based treatment for psychological disorders. *The British Journal of Clinical Psychology*, 49, 455-471. <https://doi.org/10.1348/014466509X472138>
- Mortazavi, S. S., Assari, S., Alimohamadi, A., Rafiee, M., & Shati, M. (2020). Fear, loss, social isolation, and incomplete grief due to COVID-19: A recipe for a psychiatric pandemic. *Basic and Clinical Neuroscience*, 11, 225-232. <https://doi.org/10.32598/bcn.11.covid19.2549.1>
- Nielsen, M. K., Carlsen, A. H., Neergaard, M. A., Bidstrup, P. E., & Guldin, M.-B. (2019). Looking beyond the mean in grief trajectories: A prospective, population-based cohort study. *Social Science & Medicine*, 232, 460-469. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.10.007>
- O'Connor, M., Lasgaard, M., Shevlin, M., & Guldin, M.-B. (2010). A confirmatory factor analysis of combined models of the Harvard Trauma Questionnaire and the Inventory of Complicated Grief-Revised: Are we measuring complicated grief or posttraumatic stress? *Journal of Anxiety Disorders*, 24, 672-679. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.04.009>
- Open Science Framework. (z.d.). *The mourning after COVID-19: Consequences and care following loss during the COVID-19 pandemic*. Geraadpleegd 18 april 2025 op <https://osf.io/6798d/>
- Reitsma, L., Boelen, P. A., de Keijser, J., & Lenferink, L. I. M. (2021). Online treatment of persistent complex bereavement disorder, posttraumatic stress disorder, and depression symptoms in people who lost loved ones during the COVID-19 pandemic: Study protocol for a randomized controlled trial and a controlled trial. *European Journal of Psychotraumatology*, 12, 1987687. <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1987687>
- Reitsma, L., Boelen, P. A., de Keijser, J., & Lenferink, L. I. M. (2023). Self-guided online treatment of disturbed grief, posttraumatic stress, and depression in adults bereaved during the COVID-19 pandemic: A randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 163, 104286. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2023.104286>
- Rosner, R., Comtesse, H., Vogel, A., & Doering, B. K. (2021). Prevalence of prolonged grief disorder. *Journal of Affective Disorders*, 287, 301-307. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.03.058>
- Schulz, K. F., Altman, D. G., Moher, D., & CONSORT Group (2010). CONSORT 2010 statement: Updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. *BMJ (Clinical Research ed.)*, 340, c332. <https://doi.org/10.1136/bmj.c332>
- Schut, H., Stroebe, M. S., van den Bout, J., & Terheggen, M. (2001). The efficacy of bereavement interventions: Determining who benefits. In M. S. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe, & H. Schut (Eds.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care* (pp. 705-737). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10436-029>
- Shevlin, M., Hyland, P., Cloitre, M., Brewin, C., Martenskovskyi, D., Ben-Ezra, M., Bondjers, K., Karatzias, T., Duffy, M., & Redican, E. (2024). Assessing self-reported prolonged grief disorder with 'clinical checks': A proof of principle study. *Journal of Traumatic Stress*,

- 10.1002/jts.23100. Advance online publication. <https://doi.org/10.1002/jts.23100>
- Snijders, T. A. B., & Bosker, R. J. (2012). *Multilevel analysis: An introduction to basic and advanced multilevel modeling* (2nd ed.). Sage.
- Spek, V., Cuijpers, P., Nyklíček, I., Riper, H., Keyzer, J., & Pop, V. (2007). Internet-based cognitive behaviour therapy for symptoms of depression and anxiety: A meta-analysis. *Psychological Medicine*, 37, 319-328. <https://doi.org/10.1017/S0033291706008944>
- Sveen, J., Bergh Johannesson, K., Cernvall, M., & Arnberg, F. K. (2018). Trajectories of prolonged grief one to six years after a natural disaster. *PLOS One*, 13, eo209757. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0209757>
- Trembl, J., Brähler, E., & Kersting, A. (2022). Prevalence, factor structure and correlates of DSM-5-TR criteria for prolonged grief disorder. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 880380. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.880380>
- Trembl, J., Linde, K., Brähler, E., & Kersting, A. (2024). Prolonged grief disorder in ICD-11 and DSM-5-TR: Differences in prevalence and diagnostic criteria. *Frontiers in Psychiatry*, 15, 1266132. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1266132>
- Trembl, J., Nagl, M., Linde, K., Kündiger, C., Peterhänsel, C., & Kersting, A. (2021). Efficacy of an internet-based cognitive-behavioural grief therapy for people bereaved by suicide: A randomized controlled trial. *European Journal of Psychotraumatology*, 12, 1926650. <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1926650>
- van der Houwen, K., Schut, H., van den Bout, J., Stroebe, M., & Stroebe, W. (2010). The efficacy of a brief internet-based self-help intervention for the bereaved. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 359-367. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2009.12.009>
- Verdery, A. M., Smith-Greenaway, E., Margolis, R., & Daw, J. (2020). Tracking the reach of COVID-19 kin loss with a bereavement multiplier applied to the United States. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 117, 17695-17701. <https://doi.org/10.1073/pnas.2007476117>
- von Blanckenburg, P., Seifart, C., Ramaswamy, A., Berthold, D., & Volberg, C. (2023). Prolonged grief in times of lockdown during the COVID-19 pandemic. *Omega*, 302228231182738. Advance online publication. <https://doi.org/10.1177/00302228231182738>
- Wagner, B., Hofmann, L., & Maas, U. (2022). A therapist-supported internet-based intervention for bereaved siblings: A randomized controlled trial. *Palliative Medicine*, 36, 1532-1543. <https://doi.org/10.1177/02692163221122344>
- Wagner, B., Knaevelsrud, C., & Maercker, A. (2006). Internet-based cognitive-behavioral therapy for complicated grief: A randomized controlled trial. *Death Studies*, 30, 429-53. <https://doi.org/10.1080/07481180600614385>
- Wagner, B., Rosenberg, N., Hofmann, L., & Maass, U. (2020). Web-based bereavement care: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 525. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00525>
- World Health Organization (WHO). (2018). *ICD-11: Prolonged Grief Disorder Criteria*. Geraadpleegd 12 mei 2025 op <https://icd.who.int/browse11/l-m/en> <http://id.who.int/icd/entity/1183832314>
- World Health Organization (WHO). (2024). *WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard*. <https://data.who.int/dashboards/covid19/deaths?n=c>
- Zhai, Y., & Du, X. (2020). Loss and grief amidst COVID-19: A path to adaptation and resilience. *Brain, Behavior, and Immunity*, 87, 80-81. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.04.053>

Effectiviteit van mindfulness-based cognitieve therapie voor volwassenen met autisme¹

► IMKE HANSSEN, JANNEKE ZINKSTOK & ANNE SPECKENS

Samenvatting Mindfulness lijkt van toegevoegde waarde te zijn bij de behandeling van psychische klachten als angst en depressie bij mensen met autisme. Deze conclusie is gebaseerd op studies naar aangepaste mindfulnessinterventies. Bij een transdiagnostische interventie als mindfulness-based cognitieve therapie (MBCT) is het echter de vraag of aanpassingen van het protocol vereist zijn. In het huidige onderzoek werden data onderzocht van 15 deelnemers met autisme die tussen juli 2012 en mei 2018 MBCT volgden bij het Radboudumc Expertisecentrum voor Mindfulness in Nijmegen. Deelnemers volgden het oorspronkelijke MBCT-protocol in heterogene patiëntengroepen. Er werden verbeteringen gevonden in algemeen functioneren, depressieve symptomen, piekeren, mindfulnessvaardigheden en zelfcompassie. Bij 33% van de deelnemers werd een klinisch relevante verbetering gezien en geen enkele deelnemer verslechterde tijdens de MBCT. Het op deze wijze aanbieden van MBCT lijkt haalbaar en effectief voor autistische mensen. Dit kan de implementatie van MBCT voor autisme in de reguliere ggz bevorderen.

TREFWOORDEN — *mindfulness, autisme, effectiviteit, routine outcome monitoring*

Kernboodschappen voor de klinische praktijk

- MBCT aangeboden volgens het oorspronkelijke protocol in heterogene patiëntengroepen is behulpzaam voor mensen met autisme.
- Er zijn geen aanwijzingen dat het toestandbeeld van mensen met autisme verslechtert tijdens MBCT.
- Om MBCT op maat te kunnen aanbieden is vervolgonderzoek nodig om vast te stellen in welke vorm MBCT het beste aansluit bij de behoeften van mensen met autisme.

1 Bij het verwijzen naar autisme erkent dit artikel de verschillende voorkeuren betreffende taalgebruik in deze context, en wel door zowel de term 'autistische mensen' (*identity-first*) als de term 'mensen met autisme' (*person-first*) te gebruiken.

Inleiding

Ongeveer 55-94% van de mensen met autisme krijgt gedurende het leven te maken met een of meerdere bijkomende psychische problemen (Hossain et al., 2020), waarvan angst- en dwangstoornissen, depressieve stoornissen en slaapstoornissen het meeste voorkomen. Daarnaast lijken mensen met autisme vaker last te hebben van lichamelijke aandoeningen dan mensen zonder autisme (Rydzewska et al., 2021). Deze klachten gaan gepaard met ernstige beperkingen in het dagelijks functioneren en een lage kwaliteit van leven.

Vanwege een gebrek aan wetenschappelijke onderbouwing worden er in de richtlijnendatabase geen specifieke psychotherapeutische aanbevelingen gedaan voor de behandeling van bijkomende problemen bij autisme (Federatie Medisch Specialisten, 2013). De klinische indruk is echter dat voor een deel van de autistische mensen cognitieve gedragstherapie (CGT) behulpzaam lijkt te zijn, hoewel wordt gezien dat hun beperkte zelfreflectie en zelfinzicht de behandeling in de weg kunnen staan. In de zorgstandaard wordt CGT aanbevolen voor de behandeling van bijkomende psychische klachten bij autisme (GGZ Standaarden, 2017). Deze richtlijn legt daarnaast de focus op het verminderen van stress, het vinden of bijstellen van een toekomstperspectief, en het aanleren van vaardigheden die het dagelijks functioneren bevorderen. Hierbij wordt genoemd dat mindfulness ingezet kan worden in de behandeling van mensen met autisme, maar worden er geen gerichte aanbevelingen gedaan bij gebrek aan wetenschappelijke evidentie.

Mindfulness wordt vaak gedefinieerd als ‘met volle aandacht aanwezig zijn in het hier-en-nu’ (Feldman & Kuyken, 2019). Deelnemers leren om een onderzoekende en niet-veroordelende houding te ontwikkelen ten aanzien van hun huidige ervaring, ongeacht of deze ervaring positief, negatief of neutraal is. Dit helpt hen om ervaringen als negatieve gedachten, gevoelens of lichamelijke sensaties van een afstand waar te nemen, in plaats van ermee samen te vallen. Deelnemers ervaren daardoor meer keuzevrijheid om automatische en niet-adaptieve patronen die psychische klachten in stand houden te doorbreken en om bewust te kiezen voor meer behulpzaam gedrag. Vaak vergroot dit tevens bewustwording en inzicht in eigen behoeften en wensen, waardoor deelnemers zich beter realiseren wat zij belangrijk vinden en meer zingeving ervaren. Mindfulness kan daarmee een belangrijke bijdrage leveren aan de herstelgerichte benadering binnen de behandeling van autisme, met aandacht voor symptomatisch, functioneel, persoonlijk en maatschappelijk herstel.

Mindfulness is een vaardigheid die wordt getraind in de vorm van de 8-weekse interventies mindfulness-based stressreductie (MBSR) of mindfulness-based cognitieve therapie (MBCT). MBSR is in de jaren zeventig ontwikkeld als interventie voor stressreductie bij mensen met chronische pijn (Kabat-Zinn et al., 1985). MBSR bestaat uit acht wekelijkse bijeenkom-

sten van elk 2,5 uur, waarbij aandachtsoefeningen, psycho-educatie en groepsdiscussies centraal staan. Daarnaast is er een stiltedag en wordt van deelnemers gevraagd om dagelijks thuis te oefenen met behulp van audiobestanden.

MBCT werd in 2002 ontwikkeld als terugvalpreventiestrategie voor mensen met recidiverende depressieve stoornissen (Segal et al., 2012). MBCT is een integratie van het klassieke MBSR-protocol met enkele elementen van CGT. Hierbij is specifiek aandacht voor het gegeven dat gedachten geen feiten zijn. Verder wordt er een terugvalpreventieplan opgesteld. MBCT is veelvuldig onderzocht bij een verscheidenheid aan psychiatrische populaties en wordt inmiddels ook toegepast bij onder andere angststoornissen, eetstoornissen, bipolaire stoornissen, verslaving en ADHD. Een systematisch overzicht met gecombineerde data van 44 meta-analyses (met in totaal 30.483 deelnemers) vond middelgrote tot grote effecten van MBCT bij depressieve stoornissen ($d = 0,49$), angststoornissen ($d = 0,89$), eetstoornissen ($d = 0,79$) en psychotische stoornissen ($d = 0,50$) ten opzichte van passieve controlegroepen (Goldberg et al., 2022). Specifiek voor depressieve stoornissen en verslaving kwam MBCT naar voren als effectiever dan actieve controlegroepen (waaronder CGT en psychofarmaca), met kleine tot middelgrote effecten ($ds = 0,13-0,54$) (Goldberg et al., 2022).

De laatste jaren wordt er gewerkt aan een vertaalslag om mindfulnessinterventies ook te kunnen inzetten bij mensen met autisme. Vaak gaat het daarbij om aangepaste versies van het MBSR-protocol. Er zijn in totaal vijf onderzoeken uitgevoerd die eerste voorzichtige positieve bevindingen rapporteren over het verminderen van depressieve en angstklachten bij autistische mensen na het volgen van mindfulnessinterventies (Linden et al., 2023). Het grootste onderzoek tot nu toe komt van Nederlandse bodem. Annelies Spek ontwikkelde in 2010 een mindfulnessprotocol voor volwassenen met autisme (Spek, 2010). In samenwerking met ervaringsdeskundigen wijzigde zij het klassieke MBSR-protocol om het toepasbaar te maken voor mensen met autisme. Denk hierbij aan aanpassingen om rekening te houden met vertraagde informatieverwerking, letterlijke communicatie, en behoefte aan structuur en duidelijkheid. Dit aangepaste protocol is behulpzaam gevonden in een gerandomiseerd onderzoek onder 42 mensen met autisme, waarbij na het volgen van MBSR grote effecten werden gevonden in vermindering van depressie ($d = 0,78$), angst ($d = 0,76$) en rumineren ($d = 1,25$), vergeleken met een controlegroep (Spek et al., 2013). Deze effecten waren ook na 9 weken follow-up nog aanwezig (Kiep et al., 2015). In kwalitatief onderzoek gaven 50 mensen met autisme aan MBSR een logische interventie te vinden, met een grote kans op verbetering van klachten (Agius et al., 2023). De deelnemers gaven verder aan dat zij MBSR zouden aanraden aan andere mensen met autisme.

MBSR lijkt dus van toegevoegde waarde te zijn in de behandeling van bijkomende psychische klachten bij autistische mensen. Het bewijs is echter nog te summier om duidelijke conclusies te kunnen trekken. Bovendien beperkt de wetenschappelijke evidentie zich vooralsnog tot aangepaste ver-

sies van het MBSR-protocol. Bij psychiatrische populaties wordt echter meestal gebruikgemaakt van MBCT vanwege de integratie van enkele CGT-elementen en terugvalpreventie. Hoewel er nog geen overtuigend bewijs is dat CGT effectief is in de behandeling van bijkomende psychische klachten bij autisme, lijken er vooralsnog ook geen evidente contra-indicaties te zijn (Federatie Medisch Specialisten, 2013). Mogelijk is MBCT daarmee toepasbaar bij mensen met autisme. Daarnaast hebben eerdere onderzoeken de effectiviteit van MBSR uitsluitend onderzocht in homogene groepen van mensen met autisme. Hoewel dit uiteraard ook voordelen heeft, zoals gerichte psycho-educatie en lotgenotencontact, is de vraag of het van toegevoegde waarde is bij een transdiagnostische interventie als MBCT. Het kunnen inzetten van MBCT bij autistische mensen in heterogene groepen zou implementatie buiten gespecialiseerde poliklinieken voor autisme kunnen bevorderen.

In deze studie wordt onderzocht of het inzetten van MBCT in gemengde groepen van volwassenen zowel met autisme als zonder autisme en met andere diverse psychische problemen behulpzaam is in het verbeteren van hun algemeen functioneren, depressieve symptomen, piekeren, mindfulnessvaardigheden en zelfcompassie.

..... Methode

Design Deze ongecontroleerde naturalistische studie maakt gebruik van de *routine outcome monitoring* (ROM) van patiënten die tussen juli 2012 en mei 2018 hebben deelgenomen aan MBCT bij het Radboudumc Expertisecentrum voor Mindfulness in Nijmegen. De voormeting vond plaats 2 weken voor start van de MBCT en de nameting op de dag van de laatste MBCT-sessie.

Procedure Potentiële deelnemers waren door hun huisarts of ggz-behandelaar verwezen naar het Radboudumc Expertisecentrum voor Mindfulness. Zij werden uitgenodigd voor een intake met een psycholoog of psychiater om hun geschiktheid voor deelname aan MBCT te beoordelen. Met het Mini International Neuropsychiatric Interview Plus (MINI; Sheehan et al., 1998) werd de aanwezigheid van psychische aandoeningen op semigestructureerde wijze uitgevraagd. Eerder gestelde classificaties van autismespectrumstoornis, ADHD en/of persoonlijkheidsstoornissen werden overgenomen uit de verwijfsbrief of het elektronische patiëntendossier. Daarnaast werd informatie over MBCT verstrekt, en de verwachtingen van deelnemers uitgevraagd en eventueel bijgesteld.

MBCT werd geschikt bevonden wanneer deelnemers bereid waren eraan deel te nemen in een groepssetting en de dagelijkse huiswerkopdrachten wilden doen. Wanneer primair andere evidencebased behandelingen geïndiceerd waren, of bij ernstige acute psychotische symptomen, suïcidaliteit of verslaving, werd niet gestart met MBCT.

De data zijn afkomstig van routine outcome monitoring (ROM). Toestemming voor het gebruik van de data is via opt-out tot stand gekomen. Bij het invullen van de vragenlijsten hebben deelnemers aangevinkt of hun data wel of niet voor wetenschappelijk onderzoek gebruikt mochten worden. Verder heeft de ethische commissie van het Radboudumc bepaald dat het om niet WMO-plichtig onderzoek gaat. Goedkeuring voor het gebruik van de ROM-data is in 2020 verleend door de CMO van het Radboudumc (CMO-nummer 20151972).

Interventie MBCT werd aangeboden volgens het oorspronkelijke protocol (Segal et al., 2012), dat bestaat uit acht wekelijkse sessies van elk 2,5 uur in groepen van 8-12 deelnemers, plus een stilte dag. De groepen bestonden uit deelnemers met zowel psychische klachten (zoals depressieve en angststoornissen, en ADHD) als lichamelijke aandoeningen (zoals parkinson, kanker en chronische pijn). De wekelijkse sessies bestonden uit geleide meditaties, psycho-educatie over psychische en lichamelijke klachten, en uitwisseling van ervaringen. Daarnaast werd van de deelnemers gevraagd om dagelijks 30-45 minuten te oefenen met behulp van audiobestanden. De mindfulnesstrainers waren gekwalificeerd in het geven van MBCT en voldeden aan de kwaliteitseisen van de Vereniging voor Mindfulness Based Trainers Nederland (VMBN, z.d.) en het onafhankelijk kwaliteitsregister voor mindfulnesstrainers (SMR, z.d.).

Meetinstrumenten De ROM bestond uit vijf vragenlijsten. De primaire uitkomstmaat was het algemeen functioneren, dat gemeten werd met de Outcome Questionnaire-45 (OQ-45; Lambert et al., 1996). Deze vragenlijst is specifiek ontwikkeld om de voortgang van psychotherapeutische behandelingen te meten. Er worden drie domeinen van functioneren gemeten: (1) *symptomatische distress* (OQ-id) heeft betrekking op factoren die samenhangen met psychische stoornissen (bijvoorbeeld item 10: 'Ik ben angstig'); (2) *interpersoonlijke relaties* (OQ-ir) zegt iets over iemands functioneren in relatie met anderen (bijvoorbeeld item 18: 'Ik voel mij eenzaam'); en (3) *sociale rol* (OQ-sr) meet het functioneren op school, werk en vrije tijd (bijvoorbeeld item 4: 'Ik sta onder stress op het werk/op school'). Er zijn in totaal 45 items, met een scorering van 0 ('nooit') tot 4 ('bijna altijd'). De maximale score bedraagt 180, waarbij een hogere score overeenkomt met een slechter niveau van functioneren. De OQ-45 is nog niet gevalideerd in een populatie met autisme. In het huidige onderzoek is sprake van een goede test-hertestbetrouwbaarheid ($\alpha = 0,821$; $p < 0,001$).

Een van de secundaire uitkomstmaten was de ernst van depressieve symptomen, gemeten met de Beck Depression Inventory (BDI-II; Beck et al., 1996). De BDI-II bestaat uit 21 items, met een scorering van 0 ('niet') tot 3 ('heel erg'). De maximale score bedraagt 63, waarbij een hogere score overeenkomt met meer depressieve symptomen. De BDI-II is een valide en betrouwbare vragenlijst om depressieve symptomen bij mensen met au-

tisme te kwantificeren (Williams et al., 2021). In het huidige onderzoek is sprake van een goede test-hertestbetrouwbaarheid ($\alpha = 0,813$; $p = < 0,001$).

Piekeren werd gemeten met de Penn State Worry Questionnaire (PSWQ; van Rijsoort et al., 1999). De PSWQ bestaat uit 16 items, met een scorereange van 1 ('helemaal niet typisch voor mij') tot 5 ('heel erg typisch voor mij'). De maximale score bedraagt 80, waarbij een hogere score duidt op meer piekeren. De PSWQ is nog niet gevalideerd in een populatie met autisme. In het huidige onderzoek is sprake van een matige test-hertestbetrouwbaarheid ($\alpha = 0,632$; $p = 0,011$).

Daarnaast werden mindfulnessvaardigheden gemeten met de Five Facet Mindfulness Questionnaire-Short Form (FFMQ-SF; Bohlmeijer et al., 2011). De FFMQ-SF bestaat uit 24 items, met een scorereange van 1 ('nooit of bijna nooit waar') tot 5 ('heel vaak of altijd waar'). De maximale score bedraagt 120, waarbij een hogere score duidt op meer mindfulnessvaardigheden. De FFMQ-SF is nog niet gevalideerd in een populatie met autisme. In het huidige onderzoek is sprake van een goede test-hertestbetrouwbaarheid ($\alpha = 0,814$; $p = < 0,001$).

Zelfcompassie werd gemeten met de Self-Compassion Scale-Short Form (SCS-SF; Raes et al., 2011). De SCS-SF bestaat uit 12 items, met een scorereange van 1 ('zelden of nooit') tot 7 ('bijna altijd'). De maximale score bedraagt 84, waarbij een hogere score duidt op meer zelfcompassievaardigheden. De SCS-SF is nog niet gevalideerd in een populatie met autisme. In het huidige onderzoek is sprake van een acceptabele test-hertestbetrouwbaarheid ($\alpha = 0,737$; $p = 0,002$).

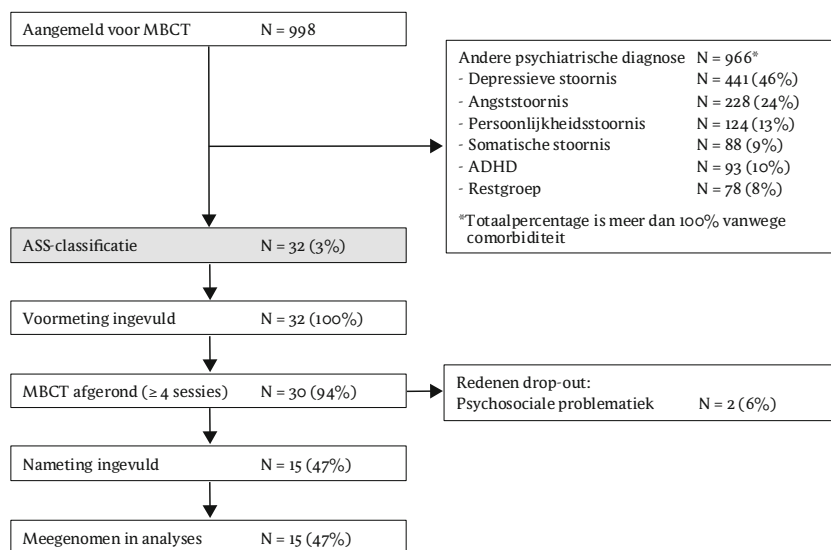
Ten slotte werden demografische gegevens verkregen uit het elektronische patiëntendossier.

Analyses Data werden geanalyseerd met behulp van het statische programma SPSS (IBM Corporation, 2017). Alle deelnemers die zijn gestart met de MBCT zijn meegenomen in de analyses, ongeacht of zij de MBCT wel of niet hebben voltooid. Berekend werden percentages van demografische gegevens, zoals gender, werkstatus, psychische en somatische comorbiditeit, huidig medicatiegebruik en eerdere psychologische behandeling. De chi-kwadraattoets en onafhankelijke *t*-toets werden gebruikt om te onderzoeken of er demografische verschillen waren tussen diegenen die wel en diegenen die niet de nameting hadden ingevuld. De gepaarde *t*-toets werd gebruikt om de behandeluitkomsten van de voormeting en die van de nameting met elkaar te vergelijken. Vervolgens werd de Cohens *d* effectgrootte berekend door het verschil tussen de voormeting en nameting te delen door de standaarddeviatie van de voormeting. Ook werd de index voor betrouwbare verandering (*reliable change index*) berekend om te bepalen of er sprake was van betrouwbare verbetering, verslechtering of herstel.

Resultaten

Deelnemers In totaal waren er 998 deelnemers die MBCT volgden tussen juli 2012 en mei 2018. Tweeëndertig van hen (3%) waren geclassificeerd met autisme (zie tabel 1). De meerderheid van deze deelnemers had daarnaast een of meerdere bijkomende psychische stoornissen, waaronder huidige depressieve stoornis (N = 12; 38%) en angststoornis (N = 6; 19%). De meerderheid van de deelnemers gebruikte medicatie of had eerder deelgenomen aan een psychotherapeutische behandeling vanwege deze bijkomende klachten. Ongeveer een derde van de deelnemers had naast autisme ook een lichamelijke aandoening (N = 12; 38%).

Er waren 15 deelnemers (47%) die zowel de voormeting als de nameting hadden ingevuld. Degenen zonder nameting ($n = 17$; 53%) waren gemiddeld 7,5 jaar jonger (95%BI = -15,0 tot -0,0) en volgden 1,4 (95%BI = -2,6 tot -0,1) minder MBCT-sessies dan degenen die de nameting wel hadden ingevuld. Er waren twee deelnemers (6%) die voortijdig waren gestopt met MBCT (minder dan vier sessies gevolgd). Reden voor het vroegtijdig stoppen met MBCT was in beide gevallen psychosociale problematiek. Er waren geen verschillen in demografische of klinische kenmerken tussen de deelnemers die de MBCT wel of niet hadden afgemaakt.



Figuur 1 CONSORT flowdiagram

Noot. ADHD = aandachtstekort-/hyperactiviteitsstoornis; ASS = autismspectrumstoornis; MBCT = mindfulness-based cognitieve therapie

Tabel 1 *Demografische en klinische variabelen*

	Voor- en na- meting inge- vuld (N = 15)	Voor- of nameting ontbreekt (N = 17)	Totaal (N = 32)	p-waar- de
Leeftijd				< 0,05
Gemiddeld (SD)	47,4 (9,8)	39,9 (10,7)	43,4 (10,9)	
Geslacht				NS**
Identificerend als mannelijk	9 (60%)	9 (53%)	18 (56%)	
Identificerend als vrouwelijk	6 (40%)	8 (47%)	14 (44%)	
Werkstatus				NS
Werkend/student	2 (13%)	8 (47%)	9 (28%)	
Werkloos	8 (53%)	6 (35%)	14 (82%)	
Ziekteverlof	3 (20%)	2 (12%)	4 (13%)	
Onbekend	2 (13%)	1 (6,0%)	3 (9%)	
Opleidingsniveau				NS
Laag	2 (13%)	1 (5%)	3 (9%)	
Gemiddeld	1 (7%)	3 (18%)	4 (13%)	
Hoog	8 (53%)	7 (41%)	15 (47%)	
Onbekend	4 (27%)	6 (35%)	10 (31%)	
Psychiatrische comorbiditeit				
Huidige depressie	7 (47%)	5 (29%)	12 (38%)	NS
Depressie in remissie	3 (20%)	7 (41%)	10 (31%)	NS
Bipolaire stoornis	0 (0%)	1 (6%)	1 (3%)	NS
Huidige angststoornis	2 (13%)	4 (24%)	6 (19%)	NS
Huidige verslaving	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	NS
Somatische comorbiditeit				NS
Ja*	8 (53%)	4 (24%)	12 (38%)	
Nee	7 (47%)	13 (77%)	20 (63%)	
Huidig medicatiegebruik				
Antidepressiva	4 (27%)	10 (59%)	14 (44%)	NS
Benzodiazepinen	2 (13%)	4 (24%)	6 (19%)	NS
Antipsychotica	2 (13%)	2 (12%)	4 (13%)	NS

132

Eerdere psychotherapeutische behandeling				
Cognitieve gedragstherapie	5 (33%)	10 (59%)	15 (47%)	NS
Anders	8 (53%)	12 (71%)	20 (63%)	NS
Aantal bijgewoonde MBCT-sessies, inclusief stilstedag				< 0,05
Gemiddelde (SD)	8,7 (0,6)	7,4 (2,3)	8,4 (1,2)	
Voormeting OQ-45				NS
Gemiddelde (SD)	88,9 (23,0)	83,00 (25,0)	85,3 (24,4)	
Voormeting BDI-II				NS
Gemiddelde (SD)	26,5 (13,0)	24,1 (12,6)	25,1 (12,8)	
Voormeting PSWQ				NS
Gemiddelde (SD)	58,5 (12,3)	59,9 (13,8)	58,9 (13,2)	
Voormeting FFMQ				NS
Gemiddelde (SD)	23,9 (0,3)	24,0 (0,0)	24,0 (0,2)	
Voormeting SCS				NS
Gemiddelde (SD)	19,6 (5,7)	18,0 (6,3)	18,8 (6,0)	

Noot. BDI-II = Beck Depression Inventory II; FFMQ = Five Facet Mindfulness Questionnaire; MBCT = mindfulness-based cognitieve therapie; OQ-45 = Outcome Questionnaire 45; PSWQ = Penn State Worry Questionnaire; SCS = Self Compassion Scale. * = inclusief longaandoeningen, diabetes mellitus, osteoarthritis/reuma, kanker, schildklierdisfunctie, hypertensie, en hart- en vaatziekten; ** NS = niet-significant

Effectiviteit van MBCT Er werden significante verschillen gevonden op alle uitkomstmaten. Hierbij lieten deelnemers na MBCT een verbetering van algemeen functioneren zien ($t(14) = 2,97$; $p = 0,010$), met een middelgroot effect ($d = 0,52$). Deze verbeteringen zijn terug te zien op de subschalen symptomatische distress (OQ-id), interpersoonlijke relaties (OQ-ir) en sociale rol (OQ-sr). Daarnaast is er na MBCT een verbetering te zien in depressieve symptomen, piekeren, mindfulnessvaardigheden en zelfcompassie, met middelgrote tot grote effecten (voor een uitgebreide beschrijving van deze resultaten, zie tabel 2). De index voor klinisch significante verbetering op de OQ-45 laat zien dat gedurende MBCT vijf deelnemers (33%) betrouwbaar verbeterden en dat er geen deelnemers waren die verslechterden.

Tabel 2 Effect van MBCT op primaire en secundaire uitkomstmaten

	Gemiddelde (SD) (N = 15)	Gemiddelde verschil [95%BI]	p-waar- de	Effect- grootte (Cohens d)
OQ-45		11,9 [3,31 – 20,56]	0,010	0,52
Voormeting	88,9 (22,98)			
Nameting	77,0 (27,22)			
Symptomatische distress		7,1 [1,66 – 12,47]	0,014	0,50
Voormeting	50,7 (14,24)			
Nameting	43,7 (15,81)			
Interpersoonlijke relaties		3,3 [0,84 – 5,69]	0,012	0,49
Voormeting	21,1 (6,73)			
Nameting	17,8 (6,90)			
Sociale rol		1,6 [-0,37 – 3,57]	0,104	0,29
Voormeting	17,1 (5,58)			
Nameting	15,5 (6,19)			
BDI-II		9,8 [5,25 – 14,35]	< 0,001	0,80
Voormeting	26,5 (13,01)			
Nameting	16,7 (13,77)			
PSWQ		9,8 [3,60 – 16,00]	0,004	0,80
Voormeting	58,5 (12,28)			
Nameting	48,7 (13,66)			
FFMQ		-8,6 [-12,84 – -4,36]	< 0,001	0,66
Voormeting	65,7 (12,95)			
Nameting	74,3 (11,96)			
SCS		-3,2 [-5,40 – -1,00]	0,008	0,56
Voormeting	19,6 (5,69)			
Nameting	22,8 (5,21)			

Noot. BDI-II = Beck Depression Inventory II; FFMQ = Five Facet Mindfulness Questionnaire; MBCT = mindfulness-based cognitieve therapie; OQ-45 = Outcome Questionnaire 45; PSWQ = Penn State Worry Questionnaire; SCS = Self Compassion Scale.

Discussie

In dit onderzoek werden data onderzocht van de ROM van 32 deelnemers met autisme die tussen juli 2012 en mei 2018 MBCT volgden bij het Radboudumc Expertisecentrum voor Mindfulness. De resultaten laten zien dat bij mensen met autisme die het oorspronkelijke MBCT-protocol in heterogene patiëntengroepen hebben gevolgd het algemeen functioneren, depressieve symptomen, piekeren, mindfulnessvaardigheden en zelfcompassie verbeteren, met middelgrote tot grote effecten. Er werd bij 33% van de deelnemers een betrouwbare verbetering gezien en er waren geen deelnemers die verslechterden tijdens de MBCT.

De resultaten van het huidige onderzoek dragen positief bij en zijn in lijn met eerdere studies naar de effectiviteit van mindfulness-based interventies bij mensen met autisme. Deze onderzoeken laten middelgrote tot grote verbeteringen zien in depressieve klachten, angstklachten, rumineren, welzijn en positief affect bij autistische mensen na het volgen van mindfulness-based interventies (Cachia et al., 2016; Hartley et al., 2019; Menezes et al., 2020). Het effect van MBCT bij mensen met autisme lijkt niet onder te doen voor dat bij andere populaties. Een artikel van Geurts en collega's (2021) bespreekt de ROM van de 998 deelnemers die MBCT bij het Radboudumc Expertisecentrum voor Mindfulness volgden tussen juli 2012 en mei 2018. Daarin blijkt uit de effectgrootten dat mensen met autisme ($d = 0,52$) wat betreft algemeen functioneren (gemeten met de OQ-45) evenveel profiteren van MBCT als mensen met een depressieve stoornis ($d = 0,52$), angststoornis ($d = 0,53$) of ADHD ($d = 0,58$). Ook het percentage deelnemers dat betrouwbaar is verbeterd is vergelijkbaar tussen deze populaties. In het huidige onderzoek wordt na MBCT een betrouwbare verbetering van 33% gezien, terwijl in het artikel van Geurts en collega's (2021) een betrouwbare verbetering over de gehele populatie van 30,2% wordt gevonden (inclusief depressieve stoornissen, angststoornissen, persoonlijkheidsstoornissen, somatische stoornissen en ADHD). Een systematisch onderzoek naar de voordelen en mogelijke schadelijke effecten van psychotherapeutische interventies bij autistische mensen met bijkomende psychische klachten brengt echter aan het licht dat er weliswaar positieve effecten van MBSR zijn gevonden bij mensen met autisme, maar dat de kwaliteit van deze evidentie nog te laag is en dat er weinig bekend is over eventuele schadelijke effecten van MBSR of MBCT bij mensen met autisme (Linden et al., 2023). In de toekomst zullen kwalitatief goed opgezette gerandomiseerde onderzoeken naar de (kosten)effectiviteit en mogelijke schadelijke effecten van mindfulness-based interventies bij mensen met autisme moeten uitwijzen of MBSR of MBCT voor autisme op grotere schaal geïmplementeerd kan worden. Belangrijk is om daarbij rekening te houden met specifieke factoren die mensen met autisme kunnen belemmeren bij het volgen van psychologische interventies (Adams & Young, 2021).

Kanttekeningen Door gebruik te maken van ROM blijft dit onderzoek dicht bij de klinische praktijk. Er zijn echter ook een aantal belangrijke kanttekeningen te plaatsen. Ten eerste is dit een ongecontroleerde studie. Door het ontbreken van een controlegroep kunnen we niet met zekerheid zeggen of de waargenomen verbeteringen in klachten daadwerkelijk aan het positieve effect van MBCT te danken zijn, of dat die te maken hebben met het natuurlijke beloop van psychische klachten. Ten tweede is er sprake van een kleine studiepopulatie. Dit heeft te maken met het beperkt aantal verwijzingen van mensen met autisme voor deelname aan MBCT, die gerelateerd kan zijn aan het feit dat MBCT en MBSR niet zijn opgenomen in de richtlijndatabase voor autisme. Daarnaast is de indruk vanuit de klinische praktijk dat autistische mensen met ernstniveau 2 ('vereist substantiële ondersteuning') of ernstniveau 3 ('vereist zeer substantiële ondersteuning') bij de intake eerder ongeschikt worden bevonden voor groepsdeelname, waardoor vaak wordt besloten hun een individueel traject aan te bieden. Gevolg is dat de deelnemers aan het huidige onderzoek met name hoogfunctionerende mensen met autisme van ernstniveau 1 zijn ('vereist ondersteuning'), waardoor de resultaten niet te generaliseren zijn naar het gehele spectrum van autismespectrumstoornissen. Ten derde heeft een significant deel van de deelnemers de nameting niet ingevuld. Hoewel de specifieke redenen daarvan onduidelijk zijn, zouden die te maken kunnen hebben met het gebruik van zelfrapportagevragenlijsten. Vanwege beperkt ziekte-inzicht of de neiging om taal te letterlijk te nemen, hebben mensen met autisme soms moeite met het invullen van dergelijke vragenlijsten (GGZ Standaarden, 2017). Verder waren de deelnemers die zowel de voor- als de nameting hebben ingevuld significant ouder ($M = 47,4$ jaar) dan de deelnemers die uitsluitend de voormeting hebben ingevuld ($M = 39,9$ jaar). Ook dit kan van invloed zijn op de generaliseerbaarheid van de resultaten naar de algehele populatie van mensen met autisme.

Klinische implicaties Dit onderzoek laat zien dat mensen met autisme baat kunnen hebben bij het volgen van MBCT in heterogene patiëntengroepen. Hierbij kan gebruikgemaakt worden van het oorspronkelijke MBCT-protocol, zonder specifieke aanpassingen voor autistische mensen. Dit kan implementatie van MBCT voor mensen met autisme in de reguliere ggz bevorderen, waarbij zij kunnen deelnemen in groepen met mensen met andere psychische aandoeningen. De resultaten van het huidige onderzoek zijn echter uitsluitend gebaseerd op kwantitatieve data. In een vervolg op dit kwantitatieve onderzoek zou idealiter ook kwalitatief onderzoek moeten volgen, waarin deelnemers worden geïnterviewd over hoe zij de MBCT hebben ervaren, en welke belemmerende en bevorderende factoren zij zijn tegengekomen. Zulk vervolgonderzoek is nodig om vast te stellen in welke vorm de MBCT het beste aansluit bij de behoeften van mensen met autisme, bijvoorbeeld in een (heterogene of homogene) groep, individueel of online, en of het belangrijk is daarbij onderscheid te maken tussen de verschillende ernstniveaus van de deelnemers. Indien uit vervolgonderzoek

blijkt dat het belangrijk is om MBCT op maat aan te bieden, kan hier in de klinische praktijk rekening mee gehouden worden. MBCT kan een veelbelovende interventie zijn voor mensen met autisme en bijkomende psychische klachten, die nader onderzoek verdient.

Imke Hanssen, Anne Speckens en **Janneke Zinkstok** zijn alle drie verbonden aan het Radboud Universitair Medisch Centrum, Afdeling Psychiatrie. Imke Hanssen en Anne Speckens bij het Expertisecentrum voor Mindfulness, Janneke Zinkstok bij het Zorgprogramma Impulsregulatie.

Correspondentieadres: Dr. Imke Hanssen, Radboud Universitair Medisch Centrum, Afdeling Psychiatrie, Reinier Postlaan 4, 6525 GC Nijmegen. E-mail: imke.hanssen@radboudumc.nl

Summary

Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy for adults with autism

Mindfulness seems to be of added value in the treatment of psychological complaints, such as anxiety and depression, in people with autism. This is based on studies on adapted mindfulness-based interventions. However, with a transdiagnostic intervention such as mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) adaptations to the original protocol might not be necessary. In the current study, data were examined from 15 individuals with autism who followed MBCT between July 2012 and May 2018 at the Radboudumc Centre for Mindfulness in Nijmegen. Participants followed the original MBCT protocol in heterogeneous patient groups. Results showed improvements in overall functioning, depressive symptoms, worrying, mindfulness skills, and self-compassion. Twenty percent of participants showed reliable improvement and no participants worsened during MBCT. Offering MBCT this way seems to be feasible and effective for people with autism. This can promote implementation of MBCT for people with autism in regular mental health care.

Keywords *mindfulness, autism, effectiveness, routine outcome monitoring*

Referenties

- Adams, D., & Young, K. (2021). A systematic review of the perceived barriers and facilitators to accessing psychological treatment for mental health problems in individuals on the autism spectrum. *Review Journal of Autism and Developmental Disorders*, 8, 436-453. <https://doi.org/10.1007/s40489-020-00226-7>
- Agius, H., Luoto, A.-K., Backman, A., Eriksdotter, C., Jayaram-Lindström, N., Bölte, S., & Hirvikoski, T. (2023). Mindfulness-based stress reduction for autistic adults: A feasibility study in an outpatient context. *Autism*, 13623613231172809. <https://doi.org/10.1177/13623613231172809>
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Beck Depression Inventory II (BDI-II)*. The Psychological Corporation. <https://doi.org/10.1037/100742-000>
- Bohlmeijer, E., ten Klooster, P. M., Fledderus, M., Veehof, M., & Baer, R. (2011). Psychometric properties of the Five Facet Mindfulness Questionnaire in depressed adults and development of a short form. *Assessment*, 18, 308-320. <https://doi.org/107319111408231>
- Cachia, R. L., Anderson, A., & Moore, D. W. (2016). Mindfulness in individuals with autism spectrum disorder: A systematic review and narrative analysis. *Review Journal of Autism and Developmental Disorders*, 3, 165-178. <https://doi.org/10.1007/s40489-016-0074-0>

- Federatie Medisch Specialisten. (2013). *Autismespectrumstoornissen bij volwassenen*. https://richtlijnendatabase.nl/richtlijn/autismespectrumstoornissen_bij_volwassenen/autismespectrumstoornissen_bij_volwassenen_-start.html
- Feldman, C., & Kuyken, W. (2019). *Mindfulness: Ancient wisdom meets modern psychology*. The Guilford Press.
- Geurts, D. E., Haegens, N. M., van Beek, M. H., Schroevens, M. J., Compen, F. R., & Speckens, A. E. (2021). Putting mindfulness-based cognitive therapy to the test in routine clinical practice: A transdiagnostic panacea or a disorder specific intervention? *Journal of Psychiatric Research*, 142, 144-152. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.07.043>
- GGZ Standaarden. (2017). *Zorgstandaard autisme*. www.ggzstandaarden.nl/uploads/pdf/project/project_089b3d35-42be-4952-b2dc-f9f2b6cc1281_autisme__authorized-at_20-11-2017.pdf
- Goldberg, S. B., Riordan, K. M., Sun, S., & Davidson, R. J. (2022). The empirical status of mindfulness-based interventions: A systematic review of 44 meta-analyses of randomized controlled trials. *Perspectives on Psychological Science*, 17(1), 108-130. <https://doi.org/10.1177/1745691620968771>
- Hartley, M., Dorstyn, D., & Due, C. (2019). Mindfulness for children and adults with autism spectrum disorder and their caregivers: A meta-analysis. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 49, 4306-4319. <https://doi.org/10.1007/s10803-019-04145-3>
- Hossain, M. M., Khan, N., Sultana, A., Ma, P., McKyer, E. L. J., Ahmed, H. U., & Purohit, N. (2020). Prevalence of comorbid psychiatric disorders among people with autism spectrum disorder: An umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. *Psychiatry Research*, 287, 112922. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112922>
- IBM Corporation. (2017). *IBM SPSS Statistics for Windows, version 25.0*. IBM Corporation.
- Kabat-Zinn, J., Lipworth, L., & Burney, R. (1985). The clinical use of mindfulness meditation for the self-regulation of chronic pain. *Journal of Behavioral Medicine*, 8(2), 163-190. <https://doi.org/10.1007/bf00845519>
- Kiep, M., Spek, A. A., & Hoebe, L. (2015). Mindfulness-based therapy in adults with an autism spectrum disorder: Do treatment effects last? *Mindfulness*, 6, 637-644. <https://doi.org/10.1007/s12671-014-0299-x>
- Lambert, M. J., Burlingame, G. M., Umphress, V., Hansen, N. B., Vermeersch, D. A., Clouse, G. C., & Yancher, S. C. (1996). The reliability and validity of the Outcome Questionnaire. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 3, 249-258. [https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/\(SICI\)1099-0879\(199612\)3:4%3C249::AID-CP106%3E3.o.CO;2-S](https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/(SICI)1099-0879(199612)3:4%3C249::AID-CP106%3E3.o.CO;2-S)
- Linden, A., Best, L., Elise, F., Roberts, D., Branagan, A., Tay, Y. B. E., Crane, L., Cusack, J., Davidson, B., & Davidson, I. (2023). Benefits and harms of interventions to improve anxiety, depression, and other mental health outcomes for autistic people: A systematic review and network meta-analysis of randomised controlled trials. *Autism*, 27, 7-30. <https://doi.org/10.1177/13623613221117931>
- Menezes, M., Harkins, C., Robinson, M. F., & Mazurek, M. O. (2020). Treatment of depression in individuals with autism spectrum disorder: A systematic review. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 78, 101639. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2020.101639>
- Raes, F., Pommier, E., Neff, K. D., & van Gucht, D. (2011). Construction and factorial validation of a short form of the Self-Compassion Scale. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 18, 250-255. <https://doi.org/10.1002/cpp.702>
- Rydzewska, E., Dunn, K., & Cooper, S.-A. (2021). Umbrella systematic review of systematic reviews and meta-analyses on comorbid physical conditions in people with autism spectrum disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 218, 10-19. <https://doi.org/10.1192/bjp.2020.167>
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2012). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression* (2nd ed.). Guilford Press.
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Her-

- gueta, T., Baker, R., & Dunbar, G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59, 2233.
- Spek, A. (2010). *Mindfulness bij volwassenen met autisme*. Hogrefe Uitgevers.
- Spek, A. A., van Ham, N. C., & Nyklíček, I. (2013). Mindfulness-based therapy in adults with an autism spectrum disorder: A randomized controlled trial. *Research in Developmental Disabilities*, 34, 246-253. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2012.08.009>
- Stichting Mindfulness Register (SMR). (z.d.). *Stichting Mindfulness Register*. Geraadpleegd 13 mei 2025 op <https://www.mindfulnessregister.nl>
- van Rijsoort, S., Emmelkamp, P., & Vervaeke, G. (1999). The Penn State Worry Questionnaire and the Worry Domains Questionnaire: Structure, reliability and validity. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 6, 297-307. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-0879\(199910\)6:4<297::AID-CP-P206>3.0.CO;2-E](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-0879(199910)6:4<297::AID-CP-P206>3.0.CO;2-E)
- Vereniging Mindfulness Based Trainers Nederland (VMBN). (z.d.). *Vereniging voor Mindfulness Based Trainers Nederland*. Geraadpleegd 13 mei 2025 op <https://www.vmbn.nl>
- Williams, Z. J., Everaert, J., & Gotham, K. O. (2021). Measuring depression in autistic adults: Psychometric validation of the Beck Depression Inventory-II. *Assessment*, 28, 858-876. <https://doi.org/10.1177/1073191120952889>

De dans tussen klachten en welbevinden

Een casuïstiekbespreking

► KLAAS HUIJBREGTS, ERNST BOHLMEIJER & GERBEN WESTERHOF

Samenvatting In de ggz gaat steeds meer aandacht uit naar welbevinden. Therapie richt zich daarbij op kernwaarden, persoonlijke groei en veerkracht. Begeleide zelfhulp aan de hand van het boek *Kwetsbaar en krachtig* is een manier om dit vorm te geven. De casus van David bood een kans om deze aanpak te illustreren. Eerdere cognitieve gedragstherapie had er bij David voor gezorgd dat hij niet langer werd overspoeld door paniekaanval- len. Maar door de regelmatige hartoverslagen waar hij last van had, was hij nog steeds bang ernstig ziek te zijn. Bovendien was hij bang voor gek te staan als hij voor zijn klachten medische hulp nodig zou hebben. Bij gericht doorvragen bleken er bij hem ook sociaal-fobische klachten te spelen. David wilde eerst handvatten om zijn aandacht te verleggen van zijn hartoverslagen naar de positieve aspecten van zijn leven. Hiertoe werd als eerste stap welbevindentherapie ingezet. Daarop volgde een tweede fase met exposure aan zijn sociaal-fobische angst. Deze combinatie leidde ertoe dat Davids klachten afnamen en zijn welbevinden toenam.

TREFWOORDEN — *welbevinden, begeleide zelfhulp, N = 1, angststoornissen*

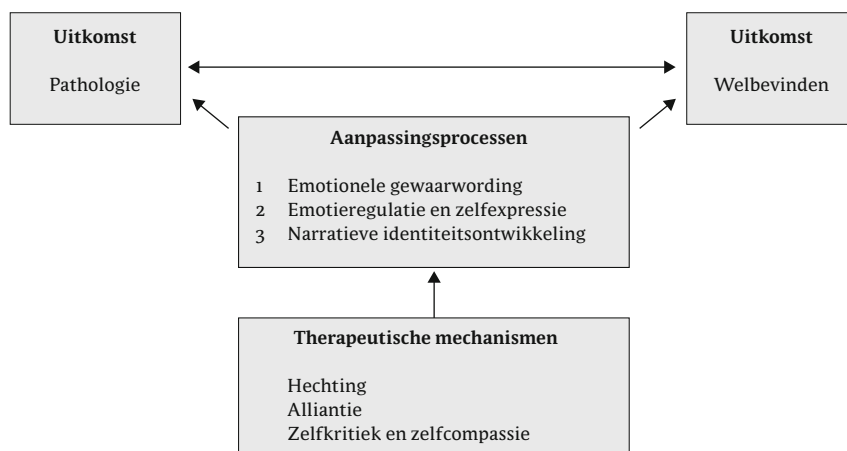
Kernboodschappen voor de klinische praktijk

- Therapie draait niet alleen om het aanpakken van psychopathologie, maar ook om het versterken van de positieve eigenschappen van de patiënt.
- Het zelfhulpboek *Kwetsbaar en krachtig* is een voorbeeld van positieve psychologie, en beoogt versterking van persoonlijk herstel en persoonlijke groei.
- Welbevindentherapie had in deze casus een transdiagnostische waarde en liet zich goed combineren met cognitieve gedragstherapie.

Inleiding

Mentale gezondheid is niet alleen de afwezigheid van psychische klachten, maar omvat ook positieve geestelijke gezondheid of mentaal welbevinden. Mentaal welbevinden omvat het positieve emotionele, psychologische en sociale functioneren van patiënten (Keyes, 2005). Onderzoek laat zien dat mentaal welbevinden en psychopathologie samenhangen: een afname van psychische klachten leidt in het algemeen tot een toename van mentaal welbevinden. Maar deze samenhang is beperkt. Mentaal welbevinden en psychische klachten kunnen het beste als twee aparte dimensies worden gezien. Dit wordt het ‘twee-continuummodel’ genoemd, waarvoor inmiddels steeds meer bewijs is (de Vos et al., 2017; Franken et al., 2018; Keyes, 2005, 2007). Dit betekent dat iemand weinig psychische klachten kan hebben en tevens een laag mentaal welbevinden (of andersom). Dit is relevant, omdat een laag mentaal welbevinden een voorspeller is van psychische klachten op langere termijn en van terugval (Bohlmeijer & Westerhof, 2021). In deze casuïstiekbespreking richten we ons op deze ‘dans’ tussen klachten en welbevinden.

Om een balans te vinden tussen klacht- en krachtgerichte interventies, is het model van duurzame geestelijke gezondheid ontworpen (Bohlmeijer & Westerhof, 2021). Krachtgerichte interventies richten zich op het versterken van aanwezige bronnen voor adaptatie en mentale gezondheid, zoals positieve emoties, zelfcompassie en positieve relaties. Hoe deze elementen elkaar beïnvloeden, zodat welbevinden kan toenemen en psychopathologie kan verminderen, wordt geïllustreerd in figuur 1.



Figuur 1 Model van duurzame geestelijke gezondheid

Een voorbeeld van krachtgerichte interventies zijn *positieve psychologie-interventies* (PPI's). Zij richten zich op het versterken van positieve emoties, cognities en gedrag (Bohlmeijer et al., 2021). Recente meta-analyses laten zien dat PPI's een significant effect kunnen hebben op de mentale

gezondheid, zowel in de algemene bevolking als in klinische populaties (Carr et al., 2021; Chakhssi et al., 2018). Chakhssi en collega's (2018) vonden dat niet alleen welbevinden verbeterde door dergelijke interventies, maar ook dat de spanning (*distress*) afnam bij psychische stoornissen als depressie en angst. Ook Carr en collega's (2021) vonden een effect op depressie, angst en spanning. Zij baseerden zich op 347 onderzoeken uit 41 landen met meer dan 72.000 deelnemers uit klinische en niet-klinische populaties van kinderen en volwassenen.

PPI's kunnen ook in een samenhangend programma worden aangeboden, waarmee de effecten lijken toe te nemen (Carr et al., 2021). In Nederland zijn diverse voorbeelden beschikbaar, zoals *Geluk en optimisme* (Peters & Smeets, 2017) en *Positieve cognitieve gedragstherapie* (Bannink, 2018). Een ander voorbeeld is het hulpboek *Kwetsbaar en krachtig* (Bohlmeijer & Hulsbergen, 2024; voorheen *Dit is jouw leven*, Bohlmeijer & Hulsbergen, 2013), dat zich richt op het bevorderen van persoonlijke groei en mentaal welbevinden. Een grootschalig onderzoek onder volwassenen met psychische klachten liet zien dat deze methode als begeleide zelfhulp leidde tot meer welbevinden en minder psychische klachten (Schotanus-Dijkstra et al., 2017).

Het hulpboek *Kwetsbaar en krachtig* is ook als onderdeel van welbevindentherapie beschikbaar (Bohlmeijer, in druk; Bohlmeijer et al., 2017). Deze vorm van therapie is een gestructureerde behandeling waarin het vergroten van psychologisch welbevinden centraal staat (Fava & Ruini, 2003). Psychologisch welbevinden omvat zes domeinen van positief psychologisch functioneren: [1] autonomie, [2] persoonlijke groei, [3] effectief omgaan met je leefomgeving, [4] richting hebben in het leven, [5] positieve relaties, en [6] zelfacceptatie (Ryff, 1989). Deze domeinen zijn voortgekomen uit een uitgebreide review van theorieën over positieve geestelijke gezondheid (Ryff, 1989) en zijn geïntegreerd in de bewezen effectieve methode *Kwetsbaar en krachtig* (Bohlmeijer & Hulsbergen, 2024).

Welbevindentherapie op basis van *Kwetsbaar en krachtig* start, na een kennismaking en uitleg in sessie 1, in sessie 2 met het monitoren van positieve momenten, en het in kaart brengen en uitdagen van cognities die deze momenten onderbreken (Bohlmeijer et al., 2017, 2022). Vervolgens gaat het gesprek in sessie 3 verder over zelfcompassie (hoofdstuk 5 uit het boek), met als doel het ontwikkelen van een (zelf)accepterende houding waarin de klachten of de ziekte als onderdeel van het leven worden beschouwd. Met verschillende oefeningen kan deze houding versterkt worden, zoals het herbeleven van een emotionele gebeurtenis en tegen jezelf zeggen – terwijl je een hand op je hartstreek legt – dat de ervaren emotie er mag zijn en dat dit goed is. In de volgende sessies (4 tot en met 8) gaat de behandeling verder op basis van de keuze die de patiënt maakt uit de verschillende hoofdstukken: de sterke kanten van de persoon (hoofdstuk 2 en 3), optimisme (hoofdstuk 4), omgaan met en groeien door moeilijke gebeurtenissen (hoofdstuk 6), versterking van relaties (hoofdstuk 7) en verbondenheid (hoofdstuk 8). Bij elk hoofdstuk zijn huiswerkopdrachten

geformuleerd. De interventie wordt afgesloten met het schrijven van een brief aan jezelf vanuit de toekomst. Daarbij verbeeld je jezelf dat je tot bloei bent gekomen en dat je je talenten verder hebt ontwikkeld.

Naast de hiervoor genoemde meta-analyses naar de bredere groep van PPI's, is welbevindentherapie specifiek in de Nederlandse context al als individuele behandeling onderzocht bij de posttraumatische-stressstoornis (PTSS) (Radstaak et al., 2020). Patiënten die eerder een symptomatische behandeling voor PTSS kregen, hadden baat bij aanvullende welbevindentherapie als zij bij aanvang van de PTSS-behandeling laag scoorden op welbevinden. Verder is er wereldwijd nog niet veel onderzoek gedaan naar welbevindentherapie bij angststoornissen (wel naar PPI's in het algemeen).

Los van effectonderzoek is er reden om aan te nemen dat welbevindentherapie kan werken bij angst- en stemmingsproblematiek. Bij mensen met een sociale-angststoornis bijvoorbeeld is aangetoond dat zij moeite hebben om positief affect vast te houden (Carl et al., 2013). Ook ervaren zij minder positieve emoties naarmate de angstklachten toenemen (Kashdan, 2007). Dit speelt vermoedelijk ook een rol bij andere angststoornissen (Watkins & Pereira, 2016). Zo vonden Carl en collega's (2014) dat studenten minder positief reageerden op gebeurtenissen naarmate zij meer last hadden van algemene angstklachten.

Volgens het model van duurzame geestelijke gezondheid kan welbevindentherapie aangewezen zijn als een patiënt de lessen van protocollaire klachtgerichte interventies goed heeft toegepast en die hun effect hebben bereikt (Bohlmeijer & Westerhof, 2021). Een focus op welbevinden kan een patiënt helpen om in aanwezigheid van klachten toch verbeterd functioneren te realiseren. Maar PPI's kunnen mogelijk ook bijdragen aan vermindering van angstklachten en aan het langer vasthouden van positieve gevoelens. Als dit lukt, kunnen aanvullende protocollaire klachtgerichte interventies soms opnieuw kansrijk zijn.

Insteken op welbevinden lijkt dus de moeite waard. Maar hoe is dit in de praktijk aan te pakken? Wat levert het op? En wat zijn valkuilen? Met de beschrijving van de behandeling van 'David', iemand met lang bestaande angstklachten, hopen we licht op deze vragen te werpen. De reden om daarbij voor het boek *Kwetsbaar en krachtig* te kiezen, is dat voor deze methode een duidelijk protocol beschikbaar is, namelijk het whitepaper van Bohlmeijer en collega's (2022). Dat biedt een goed stappenplan voor een in een therapie ingebed begeleid zelfhulptraject.

Casus: David¹

David is een 49-jarige man die wordt verwezen vanwege aanhoudende angstklachten. Protocollaire cognitieve gedragstherapie voor een paniekstoornis was succesvol bij het terugdringen van zijn paniekaanvallen, maar David bleef last houden van verhoogde spanning en angst dat er iets mis was met zijn hart (al werd hij om die reden niet langer volledig door paniek overspoeld).

David vertelt tijdens de intake dat hij gepreoccupeerd is met het overslaan van zijn hart. Exposure aan het niet checken van zijn hartslag lijkt niet te helpen. Daarnaast hinderen de overslagen hem bij de lange autoritten die hij regelmatig maakt om zijn zoon te bezoeken die bij zijn ex-partner woont. Zoals David het verwoordt: 'Ook na duizend keer is de rit nog steeds een opgave.' Hoewel cardiologisch onderzoek geen bijzonderheden oplevert en zijn bloeddruk met medicatie onder controle is, stelt dit David niet gerust. Zijn angst om een hartaanval te krijgen is excessief en leidt tot controlegedrag (namelijk het voortdurend checken van zijn hartslag). Deze angst mondt niet uit in de scherpe piek die past bij een paniekaanval, maar David is wel doorlopend bezorgd dat hij een hartziekte heeft. Dit maakt dat zijn actuele symptomen beter passen bij een ziekteangststoornis dan bij een paniekstoornis, al is 'paniekstoornis gedeeltelijk in remissie' wel een differentiaaldiagnostische overweging.

Uit Davids voorgeschiedenis komt een aantal dingen naar voren. Het plotselinge overlijden van zijn oma, toen David 17 jaar was, maakte grote indruk. Zijn moeder had de gewoonte om avonden lang met hem in een medische encyclopedie te lezen. Davids beide ouders zijn overleden aan kanker. Vroeger was David goed in sport en een populaire jongen. Na een gewichtstoename – waarvoor hij zich schaamt – is hij onzeker en negatief over zichzelf geworden. Hij blijft het liefst op de achtergrond en durft zijn mening vaak niet te uiten. Hij baalt wanneer hij fouten maakt en daarop aangesproken wordt. Bij doorvragen blijken er sociaal-fobische cognities te spelen, zoals: 'Ik mag niet opvallen' en: 'Als ik word opgehaald met een ambulance voor wat later een paniekaanval blijkt te zijn, sta ik voor schut en wil niemand meer met mij omgaan.' Er wordt voldaan aan de criteria van een sociale-angststoornis. David vindt het goed als hier aandacht aan wordt besteed tijdens de behandeling, maar zijn angst voor een hartziekte heeft voor hem prioriteit.

Los van Davids klachten heeft hij een aantal zaken goed op de rit. Hij heeft een stabiele relatie. Op zijn werk, waar hij al 15 jaar in dienst is, wordt

1 'David' is niet zijn echte naam. Tevens zijn details in de beschrijving van zijn geschiedenis en omgeving veranderd om herkenning te voorkomen. Er is *informed consent* gevraagd en verkregen voor deze casusbeschrijving. De auteurs zijn 'David' dankbaar dat hij mee wilde werken aan het artikel (wat hij deed omdat hij het anderen gunt dat behandelmethoden door middel van onderzoek worden verbeterd).

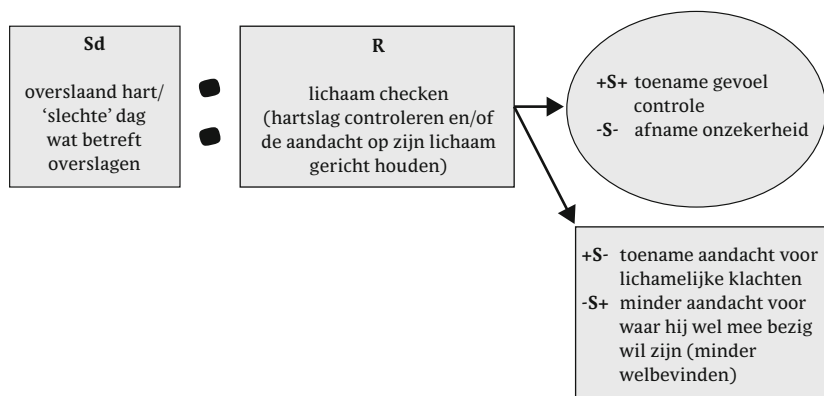
hij gewaardeerd. Hij zorgt ervoor dat alles draait als een ‘Zwitsers uurwerk’. Verder heeft David een vaste vriendengroep.

Binnen de DSM-5 (APA, 2014) kunnen we de problemen van David als volgt classificeren:

- ▶ hoofdd classificatie: 300.7 ziekteangststoornis;
- ▶ overige classificaties: 300.23 sociale-angststoornis;
- ▶ somatisch: hoge bloeddruk onder controle met medicatie; licht overgewicht.

Keuze van de behandelmethode

David verwoordt zijn hulpvraag als volgt: ‘Ik wil leren leven met mijn klachten, zodat de angst mijn leven niet meer zo sterk beheerst.’ Uit de functieanalyse – opgesteld tijdens de eerste sessies, die aan diagnostiek werden besteed – komt naar voren dat David erg geneigd is zijn aandacht te richten op waar hij *niet* mee bezig wil zijn: de hartoverslagen die zich plotseling aandienen (zie figuur 2). Hij kan hier soms een hele dag last van hebben. David controleert op ‘slechte dagen’ (dagen met veel hartoverslagen) vaak zijn hartslag. Ook vertrouwt hij er dan niet op dat het veilig is om zijn aandacht te laten verslappen. Die is voortdurend op zijn lichaam gericht, waarbij David piekert of hij een hartziekte zou kunnen hebben. Hij besteedt juist weinig aandacht aan dingen waar hij *wel* mee bezig wil zijn: zijn gezin, werk, vrienden en interesses. Met andere woorden: veel van Davids tijd gaat uit naar zijn klachten en weinig naar zaken die geassocieerd zijn met welbevinden.



Figuur 2 Functieanalyse van ziekteangst in de casus David

De therapeut bespreekt met David de opties voor behandeling. Omdat de eerdere cognitieve gedragstherapie (CGT) geen invloed had op Davids angst voor hartoverslagen, lijkt het goed om een andere insteek te kiezen. De therapeut stelt voor om in te zetten op het vergroten van welbevinden.

De hypothese is dat het verplaatsen van de aandacht naar positieve gebeurtenissen en ervaringen David zal helpen met het verminderen van zijn ziekteangst. David kan zich hierin vinden, op voorwaarde dat zijn klachten niet genegeerd worden en zo nodig alsnog een focus worden in de therapie. Als behandelmethode wordt gekozen voor welbevindentherapie (Bohlmeijer et al., 2022), waarin de patiënt actief aan de slag gaat met het zelfhulpboek *Kwetsbaar en krachtig*. Deze methode bestaat uit acht modules, te weten:

- 1 Aandacht voor positieve emoties;
- 2 Zelfcompassie;
- 3 Bewustwording van sterke kanten;
- 4 Benutten en inzetten van sterke kanten;
- 5 Optimisme;
- 6 Posttraumatische groei;
- 7 Positieve relaties;
- 8 Spiritualiteit.

De behandeling wordt geëvalueerd met behulp van vragenlijsten (zie hierna bij meetinstrumenten) en Goal Attainment Scales. Als de klachten niet voldoende afnemen of de scores op de Goal Attainment Scales niet voldoende toenemen, kan een tweede interventiefase aan de behandeling worden toegevoegd, bijvoorbeeld door alsnog een angst aan te pakken met exposure of andere technieken uit de CGT. David gaat akkoord met het plan.

Meetinstrumenten en meetmomenten

Specifieke doelen in de therapie worden geoperationaliseerd met de volgende twee Goal Attainment Scales (Dekkers et al., 2011):

- 1 'Ik laat mij niet meer afleiden van waar ik mee bezig ben door symptomen in mijn hartstreek (zoals een overslaand of bonzend hart).' Aanvangsscore: 1 uit 10 (waarbij 10 = 'nauwelijks af te leiden').
- 2 'Ik ben minder angstig in situaties waarin ik vermeend voor gek zou kunnen staan door een aanval.' Aanvangsscore: 2 uit 10 (waarbij 10 = 'geen noemenswaardige angst').

Verder volgen we de voortgang van Davids behandeling met vragenlijsten voor welbevinden en psychopathologie, de twee domeinen van het eerder beschreven twee-continuamodel (Franken et al., 2018; Keyes, 2007). Dit gebeurt met de volgende instrumenten:

- **Welbevinden.** Voor welbevinden is dat de Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF; Lamers et al., 2011). Dit instrument bestaat uit veertien items, die drie dimensies van welbevinden in kaart brengen:

emotioneel welbevinden, sociaal welbevinden en psychologisch welbevinden. Hogere scores zijn gunstig.

- **Angst.** Met de Beck Anxiety Inventory (BAI; Beck et al., 1988) wordt een specifieke klachtenlijst voor angst meegenomen. Op een schaal van 0 tot 3 punten per item, zijn de totaalscores als volgt te interpreteren: 0-7 staat voor een minimaal angstniveau, 8-15 voor milde klachten, 16-25 voor een gemiddeld niveau van angst, en 26-63 voor ernstige angst.
- **Effect van de behandeling.** De Brief Symptom Inventory (BSI; Derogatis & Melisaratos, 1983) wordt toegevoegd omdat dit een veelgebruikt instrument is om het effect van behandelingen te meten. Het is een zelf-rapportagevragenlijst met 53 items, gescoord van 0 ('helemaal geen last') tot 4 ('heel veel last'), waarmee een breed overzicht wordt verkregen van symptomen van psychopathologie bij volwassenen vanaf 18 jaar. De BSI inventariseert de aard en de ernst op negen dimensies van klachten: somatische klachten, cognitieve problemen, interpersoonlijke gevoeligheid, depressieve stemming, angst, hostiliteit, fobische angst, paranoïde gedachten en psychoticisme. Er zijn drie globale dimensies waarop wordt gescoord: een algemene maat voor psychopathologie (BSI-totaalscore), het aantal aanwezige symptomen, en de ernst van de aanwezige symptomen.

Voorafgaand aan de behandeling starten we met wekelijkse metingen en deze worden gedurende de hele behandeling wekelijks voortgezet. (Met de patiënt is afgesproken dat hij dit thuis tussen de sessies door doet en dat hij de vragenlijsten meeneemt naar de sessies.) Fase A is de periode met voormetingen en zal 3 weken duren. Fase B is de interventiefase en zal 8 tot 12 weken duren (waarin er acht sessies plaatsvinden). De mogelijkheid wordt opengehouden om er een ABC-design (VGCT, 2022) van te maken indien er na afloop van de welbevindentherapie aanvullende interventies nodig zijn of er probleemgebieden opduiken die aanvankelijk minder scherp in zicht zijn geweest.

Behandeling en resultaten

Eerst beschrijven we het verloop van de behandeling. Vervolgens rapporteren we de scores op de vragenlijsten.

Behandelfase (fase B) Na lezing van het eerste hoofdstuk van *Kwetsbaar en krachtig*, dat gaat over het verleggen van aandacht naar positieve zaken, is David sceptisch over de aanpak. Hij vraagt zich af zijn lichamelijke signalen dan voldoende in beeld blijven. Hij vindt het gevaarlijk om die te 'negeren', want hij vreest dat onoplettendheid grote consequenties kan hebben, zoals een fatale hartaanval. Hij twijfelt of aandacht voor het positieve voldoende tegenwicht kan bieden aan zijn klachten. In zijn woorden: 'Het is alsof je met een katapult op een tank afgestuurd wordt.' Sommige mensen

in zijn omgeving doen zijn klachten al te vaak af met ‘iedereen heeft wel eens wat’. David is bang dat de therapeut die de welbevindentherapie uitvoert zijn klachten bagatelliseert door de insteek op het positieve.

Allereerst bevestigt de therapeut dat Davids klachten vervelend zijn. Ook wijst hij David erop dat diens overmatige focus op het lichaam de kwaliteit van leven deed kelderen. De therapeut begrijpt dat de aandacht verleggen David beangstigt, maar benadrukt de noodzaak ervan. Ook bespreekt de therapeut dat controle van het lichaam nooit 100% zekerheid kan bieden. Tot slot spreekt de therapeut zijn vertrouwen uit over de aanpak.

David wil de therapie een kans geven. Hij begrijpt dat het niet de bedoeling van de therapeut is om zijn klachten te bagatelliseren. Hij gaat positieve gebeurtenissen consequent noteren. Uiteindelijk wordt dit zelfs zijn favoriete opdracht, die hij aan het eind van elke dag samen met zijn vrouw invult.

In de negen therapiesessies die in de loop van 12 weken volgen, worden uiteindelijk alle hoofdstukken van *Kwetsbaar en krachtig* doorlopen. Daarbij wordt de volgorde van het protocol in het whitepaper van Bohlmeijer en collega's (2022) gevolgd. Het volgende komt aan bod in de therapiesessies:

- *Therapiesessie 1* (meetmoment 5 in de figuren 3 en 4). De rationale van de therapie die is voortgekomen uit de drie diagnostiekssessies (op de meetmomenten 1, 3 en 4 in de figuren 3 en 4) wordt doorgenomen met David en zijn vrouw. Dat zijn vrouw aansluit is op verzoek van de patiënt. Zij maakte zich zorgen over zijn aanhoudende angst en wilde weten hoe ze er voor hem kon zijn, zonder dat ze hem tijdens zijn ‘slechte dagen’ alleen maar aan het geruststellen is over zijn hartoverslagen. Besproken wordt dat ze gezamenlijk het accent kunnen verleggen van klachten naar welbevinden. Als huiswerk spreken we af dat David opdracht 1 (positievedingendagboek) in gaat vullen en dat hij met zijn vrouw opdracht 3 gaat doen uit hoofdstuk 1 van *Kwetsbaar en krachtig*: per dag drie positieve zaken noteren.
- *Therapiesessie 2*. Ondanks Davids stress over zijn hartoverslagen (hij overweegt zijn bloeddruk bij het huisarts te laten controleren) is het hem gelukt zijn huiswerk te doen. Hij merkt hoe moeilijk het voor hem is om positieve gevoelens te ervaren, omdat hij zo gewend is om zich te richten op negatieve emoties. Van het noteren van drie positieve ervaringen per dag heeft hij een avondritueel met zijn vrouw gemaakt, wat hun beiden goed bevalt.
- *Therapiesessie 3*. Bij het oefenen merkt David dat hij zichzelf weleens iets kan gunnen (een oefening uit hoofdstuk 5 over zelfcompassie) als het goed gaat met zijn klachten (en dat hij het dan ook kan voelen), maar als hij veel hartoverslagen heeft, kan hij dit gunnen alleen op een rationele manier – zonder gevoel. Hij erkent dat het proces tijd nodig heeft en is bereid door te gaan met oefenen.
- *Therapiesessie 4*. David begint te merken dat hij door te oefenen zichzelf kan kalmeren. ‘Zo lang de klachten maar niet te erg zijn’, voegt hij er wel aan toe. Met name de ‘oma-oefening’ helpt (zie hierna).

- *Therapiesessie 5.* David vertelt dat hij naar aanleiding van de hoofdstukken over flow (hoofdstuk 3) en over positief denken (hoofdstuk 4) steeds meer reflecteert en met zijn vrouw in gesprek gaat over wat hij leuk vindt en wat zijn langetermijndoelen zijn. Langetermijndoelen vindt hij lastig, maar op het werk zou hij misschien een nieuwe uitdaging willen. Met het vliegtuig op reis gaan is een doel dat hij – ondanks zijn vliegangst – voor het eerst hardop durft uit te spreken.
- *Therapiesessie 6.* De sterke kanten van David komen aan bod. Hij weet bijvoorbeeld dat hij een duizendpoot is op de computer. Ook wordt hij gewaardeerd voor hoe secuur hij werkt. Dit vindt hij echter minder leuk, want hij wil niet enkel voor de precieze klusjes opdraaien. Hij wil op het werk meer ruimte maken voor wat hij leuk vindt en goed kan, in plaats van vooral wat hij goed kan.
- *Therapiesessie 7.* We bespreken de hoofdstukken die nog niet aan bod zijn gekomen (6, 7 en 8) over respectievelijk posttraumatische groei, versterking van relaties en verbondenheid. David gaat deze hoofdstukken lezen.
- *Therapiesessie 8.* Tijdens deze sessie komen we niet toe aan de laatste opdracht, omdat David toch weer erg angstig is geworden: als gevolg van griep heeft hij namelijk veel lichamelijke klachten gehad. Hij is teleurgesteld over zijn terugval (die ook de scores op de vragenlijsten erg drukt). We bespreken dat terugval een veelvoorkomend fenomeen is bij een angststoornis, maar dat het geleerde niet verdwenen is. Zijn vrouw, die is meegekomen, herkent dit. Zij ziet ook dat David zich sneller herpakt dan vroeger.
- *Therapiesessie 9.* In deze sessie wordt een start gemaakt met het tweede deel van de therapie (zie hierna). Maar conform *Kwetsbaar en krachtig* wordt ook de brief vanuit de toekomst voorgelezen – het slot van de behandeling – omdat dat in sessie 8 niet aan bod kwam.

Gedurende het doorlopen van het boek doet David een groot aantal oefeningen. Zoals beschreven is hij in het begin enigszins sceptisch over welbevindetherapie, maar niet over de specifieke oefeningen. In het bijzonder is hij positief over de volgende opdrachten:

- *De oma-oefening*, waarbij David iemand visualiseert bij wie hij vroeger terecht kon en die vervolgens met wijsheid of compassie reageerde. David stelt zich daarbij zijn moeder en zijn vrouw voor, die hem een knuffel geven. Bij deze oefening gaat het niet zozeer om verbale geruststelling, maar om de experiëntiële beleving. Ook in het geval van David ging het niet om woorden, maar om een gevisualiseerde knuffel.
- *De zelfcompassie-oefening*, waarbij iemand zichzelf iets goeds toewenst, wat diegene vervolgens ‘verankert’ door een gebaar. In geval van David is dat een troostende hand die hij op zijn buik legt. Hij wenst zichzelf ontspanning toe. Na enige oefening kan hij dit ook voelen.

- *Reflecteren op activiteiten die iemand in een staat van 'flow' brengen.* David ontdekt dat een aantal hobby's hem de tijd kan doen vergeten. Als kind ging het om voetballen, maar dit lukt lichamelijk niet meer. Op dit moment zou hij biljarten willen oppakken. Ook zou hij een drone willen aanschaffen, waarmee hij op pad kan.
- *Schrijven van een brief aan jezelf vanuit de toekomst.* Dit leidt ertoe dat het thema spijt besproken wordt. David vertelt dat hij er spijt van zou krijgen als hij het contact met zijn neef niet herstelt. Hij besluit hem uit te nodigen voor zijn verjaardag. Tijdens een van de sessies belt zijn neef toevallig. Die vindt het nog te vroeg om naar het feest te komen, maar wil wel het contact herstellen. Het is een bijzonder moment in de therapie.

Evaluatie [1] Na negen therapiesessies zijn alle hoofdstukken van *Kwetsbaar en krachtig* doorgenomen. Paradoxaal genoeg is de welbevindeninterventie bij David vooral effectief bij het terugdringen van klachten en symptomen, en wat minder bij het laten toenemen van welbevinden (zie tabel 1 en figuur 3). Angst (op de BAI; zie figuur 4) en het algemene niveau van psychopathologie (op de BSI) nemen duidelijk af. Welbevinden (op de MHC-SF) neemt gemiddeld genomen iets toe tijdens fase B (van 2,20 naar 2,36 op de MHC-SF, zoals weergegeven in tabel 1), maar fluctueert erg op geleide van de aanvallen met hartoverslagen. In de week voorafgaand aan de meting na fase B duikt de score voor welbevinden nog onder de beginwaarde (1,71 op de MHC-SF). Bij doorvragen geeft David aan dat hij, ondanks een duidelijke afname van zijn klachten, erg teleurgesteld is dat hij toch weer last heeft van hartoverslagen. Deze teleurstelling heeft meer effect op zijn ervaren welbevinden dan op de psychopathologie.

Tijdens de evaluatie vertelt David dat hij tevreden is over het resultaat op een van de doelen van de Goal Attainment Scales: 'Ik laat me niet afleiden door hartoverslagen' (van score 1 naar score 7). Na een aanval herpakt David zich sneller. Niettemin vindt hij het teleurstellend dat hij zich nog regelmatig – zij het kortdurend – van slag laat brengen door hartoverslagen. Op zulke dagen zakt zijn welbevinden fors, zo geeft hij aan. Zijn sociaal-fobische angst om bij een aanval voor gek te staan, blijkt bij evaluatie het voornaamste probleem (de Goal Attainment Scale stijgt maar licht: van 2 naar 4,5). We spreken af dat dit de focus van behandelfase C zal worden.

Behandelfase (fase C) Met David worden vijf extra therapiesessies afgesproken die gericht zijn op zijn Goal Attainment Scale: 'Ik ben minder angstig in situaties waarin ik vermeend voor gek zou kunnen staan door een aanval.' Vanaf zijn schooltijd probeert David te voorkomen dat hij negatief opvalt. In groepen maakt hij zich onzichtbaar door achteraan of aan de zijkant te gaan staan. Soms compenseert hij door mee te lachen en luid te praten. Dit is hij altijd blijven doen. Ook houdt hij in het bijzijn van anderen vaak zijn buik in, uit angst dat anderen hem te dik vinden. Dit is zijn tweede natuur geworden. Verder is hij bang dat men hem op zijn werk als zwak zal

zien als er een ambulance moet komen voor een vermeend probleem met zijn hart, terwijl het achteraf om een paniekaanval blijkt te zijn gegaan. Dit beeld roept veel schaamte op.

Niet alleen Davids pogingen een mogelijk schaamtevolle situatie te vermijden, maar ook de hoge eisen die hij aan zichzelf stelt, belemmeren een toename van welbevinden. Hierdoor onderneemt hij geen nieuwe activiteiten. Hij zou graag bij een biljartvereniging willen en het lijkt hem leuk om met een drone op pad te gaan. Met behulp van gedragsexperimenten toetst hij zijn verwachtingen.

Op aandringen van de therapeut gaat David naar een biljartvereniging. Tegen zijn verwachting in interesseert het de leden van de vereniging niet hoe goed hij kan biljarten. Ze blijken vooral benieuwd naar hoe hij de kennismaking met de club ervaart. Verder doet hij rondvraag bij zijn vrienden over zijn verwachting dat zij iemand met een angststoornis een ‘zwak persoon’ vinden. Maar zij blijken zelf de nodige stress en psychische klachten te hebben meegemaakt. Ze zijn milder dan hij verwachtte en dan hij op school heeft meegemaakt. Ten slotte gaat David op pad met de drone die hij voor zijn verjaardag heeft gekregen. In tegenstelling tot zijn verwachting zijn mensen niet geërgerd omdat ze overlast van de drone zouden kunnen ervaren. De meesten van hen lijkt het niet te interesseren en een enkeling is nieuwsgierig. Een hond blijft rondjes rennen onder de drone, wat het baasje grappig vindt.

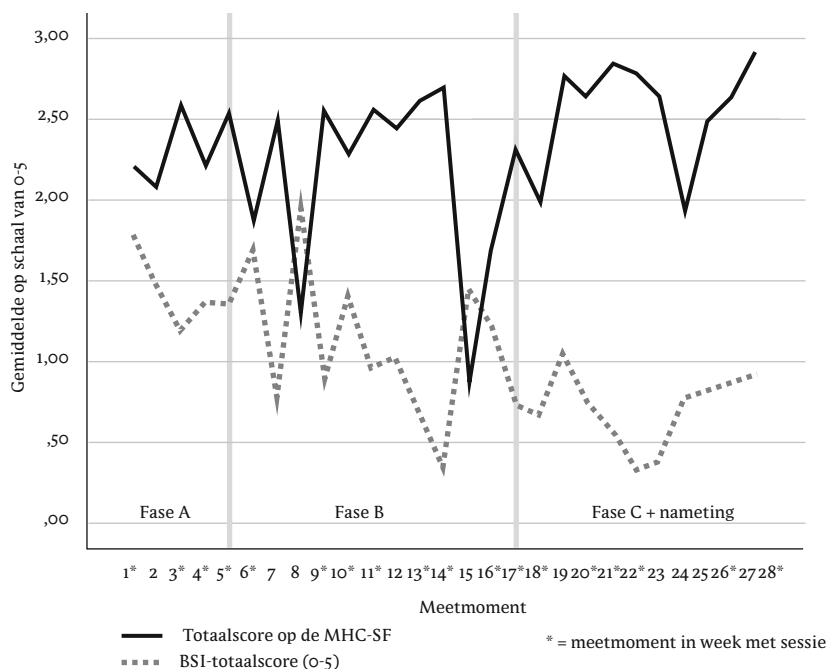
In de spreekkamer oefenen we met het inhouden van onze buik, en wel door twee keer de kamer binnen te lopen, de ene keer met ingehouden buik en de andere keer niet, terwijl de ander observeert. Het blijkt verrassend moeilijk om een ingehouden buik waar te nemen. Het percentage correcte inschattingen overstijgt het kansniveau nauwelijks.

Evaluatie [2] David is tevreden met het resultaat van fase C. Een aanval in het bijzijn van anderen is in zijn beleving niet langer rampzalig, hooguit vervelend. Dat is terug te zien in zijn score op dit doel van de Goal Attainment Scale, die stijgt van 4 naar 8. Ook de vragenlijsten suggereren voldoende resultaat, zoals te zien is in tabel 1: iets meer welbevinden en duidelijk minder psychopathologie. De score op welbevinden is ook stabiel en vertoont minder dips. In figuur 3 is te zien hoe de lijnen voor welbevinden en psychopathologie steeds verder uit elkaar lopen, wat gunstig is: een lage score voor klachten en een hogere score voor welbevinden. Tot slot is de angstscore op de BAI nu stabiel lager (minder scherpe pieken). De angst is structureel afgenomen (figuur 4). Daarop wordt het actieve deel van de behandeling afgesloten. Er volgt nog een aantal laagfrequente follow-up-sessies en na 6 weken een follow-upmeting.

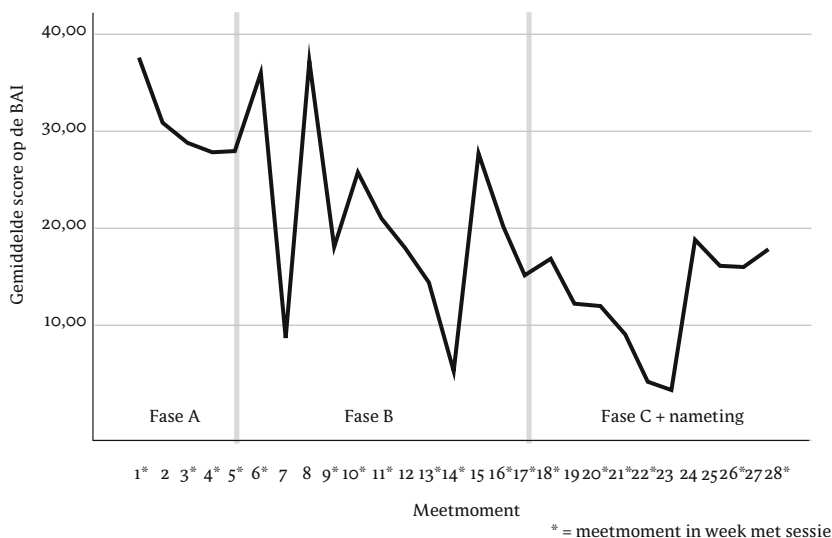
Tabel 1 Scores voor welbevinden, psychopathologie en Goal Attainment Scales in de casus David

	BSI totaal (score 0-4)*	MHC-SF totaal***	MHC-SF - Emotioneel welbevinden	MHC-SF - Sociaal welbevinden	MHC-SF - Psychologisch welbevinden	BAI	Goal Attainment Scale 1	Goal Attainment Scale 2
Baseline	1,43 (boven- gemid- deld) **	2,20	1,70	2,40	2,30	38 (ern- stige angst)	1	2
Na fase B	0,58 (be- neden- gemid- deld)	2,36	2,00	2,20	2,67	15 (mild)	7	4,5
Na fase C	0,66 (be- neden- gemid- deld)	2,50	2,00	2,80	2,67	16 (gemid- deld)	8	7,5
Name- ting	0,70 (be- neden- gemid- deld)	2,64	2,33	2,60	2,83	16 (gemid- deld)	Niet afgeno- men	Niet afge- nomen

Noten. BAI = Met de Beck Anxiety Inventory; BSI = Brief Symptom Inventory; MHC-SF = Mental Health Continuum-Short Form.
* Scores voor de BSI komen hier lager over dan in figuur 3, waar dezelfde waarden getransformeerd zijn naar een vijfpuntschaal om zo een betere optische vergelijking met de MHC-SF mogelijk te maken; **Normgroep = patiënten; *** Gemiddelde MHC-SF totaal voor mannen is 2,98, met een standaarddeviatie van 0,85.



Figuur 3 Beloop van psychopathologie en welbevinden in de casus David. BSI = Brief Symptom Inventory; MHC-SF = Mental Health Continuum-Short Form.



Figuur 4 Beloop van de scores op de Beck Anxiety Inventory (BAI) (algemene angst) in de casus David

Discussie

Welbevindentherapie is tot nu toe vaak toegepast als slotakkoord na een behandeltraject gericht op symptoomreductie door middel van klachtgerichte behandeling (zie bijvoorbeeld: Kraiss et al., 2023; Radstaak et al., 2020). Hoewel David een protocollaire CGT voor paniekaanvallen had gekregen, resteerden nog altijd angstklachten. Hij had vooral last van hartoverslagen, die leidden tot ziekteangst. Een nieuwe protocollaire behandeling (Keijzers et al., 2023) leek een herhaling van zetten en David was hiervoor aanvankelijk ook niet erg gemotiveerd. De functieanalyse (waarbij het steeds checken van zijn lichaam operant geconditioneerd was) bood ook andere mogelijkheden. Onze hypothese was dat het verplaatsen van de aandacht naar positieve ervaringen hem zou helpen om zijn angst voor ziekte te verminderen. Het doel van deze casusbeschrijving was inzichtelijk te maken hoe begeleide zelfhulp aan de hand van het boek *Kwetsbaar en krachtig* in de praktijk kan worden uitgevoerd. Welbevindentherapie werd daarbij de openingsdans van de therapie bij David, in plaats van het slotakkoord.

Hoewel David instemde met het behandelplan, sloeg bij hem aanvankelijk twijfel toe. Hij vond het spannend om de focus op klachten 'los te laten'. De gerichtheid op positieve ervaringen voelde voor hem alsof hij 'met een katapult op een tank werd afgestuurd'. De optie van een tweede klachtgerichte fase in de therapie hielp als geruststelling.

Bij de eerste evaluatie bleek de therapie effect te hebben. David was actief met de opdrachten aan de slag gegaan en een aantal van de eerder beschreven oefeningen werkte goed voor hem. Het viel op dat het effect op de vragenlijsten vooral zat in klachtenreductie en minder in een toename van welbevinden. Dit is echter een relevante uitkomst, aangezien David daarmee in het twee-continuamodel opschoof van het kwadrant 'veel klachten en weinig welbevinden' naar het kwadrant 'weinig klachten en weinig welbevinden'.

De score voor welbevinden bleek sterk te reageren op de aanwezigheid van de hoofdklacht: hartoverslagen. David vond dagen met veel overslagen moeilijk te verdragen. Zijn welbevinden en kwaliteit van leven ervoer hij op die dagen ook als erg slecht. Hij vond wel dat hij zich sneller kon herpakken, omdat hij zijn vizier op positieve zaken richtte. Dit kwam overeen met de van 1 naar 7 toegenomen score op zijn vooraf bepaalde doel: 'Ik laat mij niet meer afleiden van waar ik mee bezig ben door symptomen in mijn hartstreek (zoals een overslaand of bonzend hart)'. Aldus kon de hypothese over het verplaatsen van de aandacht worden aangenomen.

Tijdens de welbevindentherapie werd het David duidelijk dat zijn sociaal-fobische klachten een grotere rol speelden dan hij aanvankelijk dacht. Dit motiveerde hem om in de tweede behandelfase een aantal gedragsexperimenten uit te voeren. Die waren gericht op het doorbreken van de angst en de vermijding die zijn welbevinden ondermijnden, zoals de angst om

over de drempel van de biljartvereniging stappen. Begeleide zelfhulp met *Kwetsbaar en krachtig* lijkt vanwege de brede onderwerpkruis tevens een (proces)diagnostische functie te kunnen vervullen. Hierdoor komen punten naar voren die eerder onderbelicht zijn gebleven. Daaraan kunnen dan weer gedragsexperimenten worden gekoppeld.

Door de welbevindentherapie werd duidelijk dat David gevoelig was voor verschillende vormen van fobische angst, niet alleen voor ziekten, maar ook om in het sociale verkeer voor gek te staan. Dergelijke fobische angst wordt in het Engels wel *fear* genoemd en wordt gezien als een overstijgende factor die verschillende in de DSM-5 geformuleerde angststoornissen omvat (van der Heijden et al., 2020). Welbevindentherapie is duidelijk een transdiagnostische interventie die kan helpen om klachten op een meer overstijgend niveau aan te pakken dan een enkelvoudige DSM-classificatie.

Deze casus zegt ook iets over de timing van welbevindentherapie. Zoals eerdergenoemd, hoeft welbevindentherapie niet per se plaats te vinden aan het eind van langer lopende behandelingen in de ggz. In sommige gevallen kan het ook aan het begin of gaandeweg. Het lijkt erop dat welbevindentherapie bij stagnerende trajecten of heraanmeldingen (zoals bij David) een rol kan spelen. Dit heeft een parallel met bevindingen uit de herstelbeweging, waar het verbreden van de agenda naar andere vormen van herstel (niet alleen symptomatisch herstel, maar ook maatschappelijk, persoonlijk en functioneel herstel) soms tot het doorbreken van een impasse kan leiden (Huibregts et al., 2020). Tevens past het in de trend om ook bij intakes minder exclusief naar de klachten te kijken (Waterhout et al., 2019). Het is uiteraard van belang om bij de hiervoor genoemde suggesties een slag om de arm te houden, aangezien het om maar één casus gaat.

Een vraag die de casus van David oproept is of het achteraf gezien niet beter was geweest om te starten met de klachtgerichte behandeling van de sociale-angststoornis. Die was vastgesteld voorafgaand aan de behandeling. Daar valt tegen in te brengen dat David aanvankelijk dusdanig in beslag werd genomen door de hartoverslagen dat hij sociale angst niet als een relevant probleem zag. Pas bij het doornemen van de hoofdstukken van *Kwetsbaar en krachtig* werd hem duidelijk dat hij nauwelijks plezier haalde uit sociale activiteiten. Welbevindentherapie verbreedde zijn blikveld, waardoor hij ging zien wat hij miste. Toen hij dat eenmaal zag, was hij zeer gemotiveerd voor de behandeling van de sociale angst. De eerste fase waarin welbevindentherapie werd ingezet, werkte aldus motiverend voor de fase met exposure die erop volgde. David wist toen waarom het voor hem meerwaarde zou hebben om de (sociale) angst op te zoeken. Exposure op zich was geen expliciet onderdeel van de begeleide zelfhulp met *Kwetsbaar en krachtig*, maar de methode wees wel de weg ernaartoe. Welbevindentherapie en CGT bleken dus uitstekende danspartners van elkaar te zijn.

We bedanken Michel Reinders voor het meedenken over een eerdere versie van het artikel.

Klaas Huijbregts is klinisch psycholoog, cognitief gedragstherapeut en senior onderzoeker bij Scelta, expertisecentrum voor persoonlijkheidsproblematiek van GGNet.

Ernst Bohlmeijer is hoogleraar Geestelijke Gezondheidsbevordering aan de Universiteit Twente. Zijn interesse gaat uit naar duurzame mentale gezondheid en naar de vraag hoe mensen tot floreren komen.

Gerben Westerhof is hoogleraar Narratieve Psychologie en Technologie, en voorzitter van de vakgroep Psychologie, Gezondheid en Technologie van de Universiteit Twente.

Correspondentieadres: Klaas Huijbregts, GGNet, Vordenseweg 12, 7231 PA, Warnsveld. E-mail: k.huijbregts@ggnet.nl

Summary

The dance between symptoms and wellbeing: A case report

Mental health care increasingly focuses on the importance of wellbeing. In doing so, therapy is aimed at core values, personal growth, and resilience. For this purpose, the book *Kwetsbaar en krachtig* can be used. The case of David offered an opportunity to illustrate this. Previous CBT resulted in a lower frequency of overwhelming panic attacks. Nevertheless, David feared that he was seriously ill, because of the palpitations he experienced. He also feared looking foolish, if he needed medical assistance for this. Such symptoms of social phobia proved to be a broader issue. David wanted tools to help him shift his attention from palpitations to more positive aspects of his life. To achieve this goal, well-being therapy was the first step. This was followed by a second phase comprising exposure to social phobic fear. This combination resulted in a decrease in symptoms and increased well-being.

Keywords *wellbeing, guided self-help, N = 1, anxiety disorders*

Referenties

- American Psychiatric Association (APA). (2014). *Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5): Nederlandse vertaling van Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. Boom.
- Bannink, F. P. (2018). Positieve cognitieve gedragstherapie. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 44, 1-17.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897. <https://doi/10.1037//0022-006x.56.6.893>
- Bohlmeijer, E. T. (in druk). *Positieve klinische psychologie*. Boom.
- Bohlmeijer, E. T., Christenhusz, L., Huning, L., & Meulenbeek, P. (2017). Welbevindenterapie: Achtergrond, doelstelling en protocol. *Tijdschrift voor Directieve Therapie*, 37, 117-133.
- Bohlmeijer, E. T., Christenhusz, L., Huning, L., & Meulenbeek, P. (2022). *Welbevindenterapie: Achtergrond, doelstelling en protocol*. Boom. [www.boompsychologie.nl/media/13/whitepaper_welbevinden2\(1\).pdf](http://www.boompsychologie.nl/media/13/whitepaper_welbevinden2(1).pdf)
- Bohlmeijer, E. T., & Hulsbergen, M. (2013). *Dit is jouw leven*. Boom.
- Bohlmeijer, E. T., & Hulsbergen, M. (2024). *Kwetsbaar en krachtig*. Boom.
- Bohlmeijer, E. T., & Westerhof, G. (2021). The model for sustainable mental health: Future directions for integrating positive psychology into mental health

- care. *Frontiers in Psychology*, 12, 747999. <https://doi/10.3389/fpsyg.2021.747999>
- Carl, J. R., Christopher, P., Fairholme, M. W., Gallagher, J., Thompson-Hollands, J., & Barlow, D. H. (2014). The effects of anxiety and depression symptoms on daily positive emotion regulation. *Journal of Psychopathology and Behavioural Assessment*, 36, 224-236. <https://doi.org/10.1007/s10862-013-9387-9>
- Carl, J. R., Soskin, D. P., Kerns, C., & Barlow, D. H. (2013). Positive emotion regulation in emotional disorders: A theoretical review. *Clinical Psychology Review*, 33, 343-360. <https://doi/10.1016/j.cpr.2013.01.003>
- Carr, A., Cullen, K., Keeney, C., Canning, C., Mooney, O., Chinseallaigh, E., & O'Dowd, A. (2021). Effectiveness of positive psychology interventions: A systematic review and meta-analysis. *The Journal of Positive Psychology*, 16, 749-769. <https://doi.org/10.1080/17439760.2020.1818807>
- Chakhssi, F., Kraiss, J. T., Sommers-Spijkerman, M., & Bohlmeijer, E. T. (2018). The effect of positive psychology interventions on well-being and distress in clinical samples with psychiatric or somatic disorders: A systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 18, 211. <https://doi/10.1186/s12888-018-1739-2>
- de Vos, J. A., LaMarre, A., Radstaak, M., Bijkerk, C. A., Bohlmeijer, E. T., & Westerhof, G. J. (2017). Identifying fundamental criteria for eating disorder recovery: A systematic review and qualitative meta-analysis. *Journal of Eating Disorders*, 5, 34. <https://doi/10.1186/s40337-017-0164-0>
- Dekkers, K., de Viet, E., Eilander, H., & Steenbeek, D. (2011). *Goal Attainment Scaling in de praktijk: Handleiding*. Relevant.
- Derogatis, L. R., & Melisaratos, N. (1983). The Brief Symptom Inventory: An introductory report. *Psychological Medicine*, 13, 595-605. <https://doi/10.1017/S0033291700048017>
- Fava, G. A., & Ruini, C. (2003). Development and characteristics of a well-being enhancing psychotherapeutic strategy: Well-being therapy. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 34, 45-63. [https://doi/10.1016/s0005-7916\(03\)00019-3](https://doi/10.1016/s0005-7916(03)00019-3)
- Franken, C. P. M., Lamers, S. M. A., ten Klooster, P. M., Bohlmeijer, E. T., & Westerhof, G. J. (2018). Validation of the Mental Health Continuum-Short Form and the dual continua model of well-being and psychopathology in an adults mental health setting. *Journal of Clinical Psychology*, 74, 2187-2202. <https://doi/10.1002/jclp.22659>
- Huibregts, K. M. L., Grobink, L. H., Jansen, M., Verhoeven, E. J., & van Dijk, F. E. (2020). Monitoren met vier herstell-fasen: Eerste ervaringen binnen FACT. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 62, 385-392.
- Kashdan, T. B. (2007). Social anxiety spectrum and diminished positive experiences: Theoretical synthesis and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 27, 348-365. <https://doi/10.1016/j.cpr.2006.12.003>
- Keijsers, G., van Minnen, A., Verbraak, M., Hoogduin, K., & Emmelkamp, P. (2023). *Protocolaire behandeling van patiënten met angst voor (ernstige) ziekten met cognitieve gedragstherapie*. Boom. www.boom.nl/psychologie/100-14809_Protocolaire-behandeling-van-patiënten-met-angst-voor-ernstige-ziekten
- Keyes, C. L. M. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 539-548. <https://doi/10.1037/0022-006X.73.3.539>
- Keyes, C. L. M. (2007). Promoting and protecting mental health as flourishing: A complementary strategy for improving national mental health. *American Psychologist*, 62, 95-108. <https://doi/10.1037/0003-066X.62.2.95>
- Kraiss, J. T., ten Klooster, P. M., Chrispijn, M., Stevens, A., Doornbos, B., Kupka, R. W., & Bohlmeijer, E. T. (2023). A multicomponent positive psychology intervention for euthymic patients with bipolar disorder to improve mental well-being and personal recovery: A pragmatic randomized controlled trial. *Bipolar Disorders*, 25, 683-695. <https://doi/10.1111/bdi.13313>
- Lamers, S. M. A., Westerhof, G. J., Bohlmeijer, E. T., ten Klooster, P. M., & Keyes, C. L. M. (2011). Evaluating the psycho-

- metric properties of the Mental Health Continuum-Short Form (MHCSF). *Journal of Clinical Psychology*, 67, 99-110. <https://doi/10.1002/jclp.20741>
- Peters, M., & Smeets, E. (2017). *Geluk en optimisme: Een bewezen werkzaam programma op basis van positieve psychologie*. Uitgeverij Nieuwezijds.
- Radstaak, M., Hüning, L., & Bohlmeijer, E. T. (2020). Well-being therapy as rehabilitation therapy for posttraumatic stress disorder symptoms: A randomized controlled trial. *Journal of Traumatic Stress*, 33, 813-823. <https://doi/10.1002/jts.22500>
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-1081. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.57.6.1069>
- Schotanus-Dijkstra, M., Drossaert, C. H. C., Pieterse, M. E., Boon, B., Walburg, J. A., & Bohlmeijer, E. T. (2017). An early intervention to promote well-being and flourishing and reduce anxiety and depression: A randomized controlled trial. *Internet Interventions*, 28, 15-24. <https://doi/10.1016/j.invent.2017.04.002>
- van der Heijden, P., Hendriks, M., Witeman, C., & Egger, J. (2020). Transdiagnostische modellen voor diagnostiek van psychische stoornissen. *De Psycholoog*, 55, 12-15.
- VGct. (2022). *Richtlijnen voor N=1 nieuwe stijl*. www.vgct.nl/wp-content/uploads/2022/03/Richtlijnen-N1-nieuwe-stijl.pdf
- Waterhout, N., Dijkstra, M., Nugter, A., Keet, R., & van Rooijen, S. (2019). *HOI! Niet zomaar een begroeting: Ervaringen met de Herstel Ondersteunende Intake bij GGZ Noord-Holland-Noord*. www.psycho-senet.nl/assets/wbb-publications/47680/Herstel%20Ondersteunende%20Intake.pdf
- Watkins, P. C., & Pereira, A. (2016). Don't worry, be happy: Toward a positive clinical psychology for anxiety disorders. In A. M. Wood & J. Johnson (Eds.), *The Wiley handbook of positive clinical psychology* (pp. 205-222). Wiley Blackwell.

Een andere kijk op psychische problematiek

VAN DEN BERG, D. (2024). *Patronen doorbreken in de ggz: Anders denken, praten en doen over mentale problemen* [Oratie]. Vrije Universiteit Amsterdam.

Op vrijdag 13 december 2024 sprak David van den Berg zijn oratie uit met de titel 'Patronen doorbreken in de ggz: Anders denken, praten en doen over mentale problemen'. Hij aanvaardde daarmee zijn bijzondere leerstoel Complexity of Psychopathology: Intervention, Prevention and Models namens Parnassia Groep aan de Vrije Universiteit Amsterdam. In deze 'Voor u gelezen' een samenvatting van zijn oratie en een korte reflectie erop.

Complexiteit omarmen

De huidige inrichting van de ggz is niet toekomstbestendig en schiet tekort, vooral voor mensen met ernstige mentale problemen. Voor een betere en duurzame ggz is een fundamentele herziening nodig van ons denken over mentale problemen. Mentale problemen worden veroorzaakt en beïnvloed door een dynamische interactie tussen biologische, psychologische, sociale, maatschappelijke en culturele factoren, en zijn niet simpelweg te reduceren tot specifieke en statische syndromen of diagnostische classificaties. Het is onmogelijk om exact te bepalen welke factoren over tijd en in interactie met elkaar hebben bijgedragen aan het ontstaan en voortbestaan van de mentale problemen van een individu. Het omarmen van deze complexiteit is cruciaal voor een betere en duurzame ggz, en vereist een nieuwe kijk op diagnostiek, preventie, behandeling en de rol van de ggz in de samenleving.

Anders denken

Om mentale problemen beter te begrijpen en aan te pakken, moeten we het volgende doen:

- 1 *De context betrekken.* Mentale problemen zijn geen individuele psychologische problemen. Aanleg en omgevingsfactoren spelen een cruciale rol, zoals onze gezinssituatie en sociaal-maatschappelijke context.

- 2 *Dynamisch denken*. Beschouw mentale problemen als het gevolg van interactiepatronen tussen biologische, psychologische, sociale en culturele factoren. Het is niet zo dat mensen ofwel ziek, ofwel gezond zijn.
- 3 *Het levensloopperspectief meenemen*. Analyseer hoe problematische en welzijnsbevorderende patronen over tijd zijn ontstaan en hoe transitie-momenten ertoe hebben bijgedragen dat iemand mentaal is vastgelopen.
- 4 *De kracht van verhalen inzetten*. Mensen hebben verhalen nodig om richting te geven aan hun leven. Verhalen helpen om ongewenste patronen af te breken en nieuwe wenselijkere patronen op te bouwen. De ggz moet mensen hierin ondersteunen.

Anders praten

.....

Het huidige classificerende taalgebruik binnen de ggz werkt stigma en ongelijkheid tussen ‘patiënt’ en ‘behandelaar’ in de hand en maakt samenwerken tussen domeinen moeilijk. We moeten dus ook anders gaan praten over mentale problemen. Het Patterns Of Life-project van David van den Berg biedt een alternatief met Patroondiagnostiek, een nieuwe diagnostische aanpak gericht op persoonlijke verhalen, zelfregie en samenwerking. Deze methode bestaat uit drie gesprekken, die worden voorbereid via een app. In het eerste gesprek staat het persoonlijke verhaal centraal. Er is aandacht voor wie iemand is, de levensloop, zingeving, de globale hulpvraag en waarom iemand juist nu hulp zoekt. In het tweede gesprek wordt samen verkend welke factoren de problemen in stand houden. In het derde gesprek worden, samen met een naaste, concrete doelen en een herstelplan opgesteld. Dit plan richt zich op het doorbreken van ongewenste patronen en het opbouwen van welzijnsbevorderende patronen. Hierin ligt steeds de nadruk op wat de persoon zelf kan doen, hoe de omgeving kan helpen en wat de rol van de ggz hierin is.

Anders doen

.....

Om mentale problemen beter te voorkomen, moeten we ook anders gaan doen. Van den Berg pleit ervoor om – los van classificaties – groepen mensen te identificeren die een verhoogd risico lopen op langdurige mentale problemen en langdurig maatschappelijk disfunctioneren, en om te leren hoe we het beloop van hun problemen positief kunnen beïnvloeden. Dit kan lijden verminderen, maatschappelijk functioneren bevorderen en langdurige zorgtrajecten voorkomen. Dit is een belangrijke stap richting een duurzamer zorgsysteem. Hieraan wordt op de TopGGz-afdeling EDIT Haaglanden gewerkt, onder andere met het Patterns of Life-project. Daarnaast hebben we een nationale visie nodig die mentaal welzijn en veer-

kracht bevordert. Vanuit Redesigning Psychiatry hebben van den Berg en collega's daarom een netwerk ontworpen van op elkaar afgestemde lokale 'knooppunten', die werken vanuit eenzelfde herstelgerichte visie en taal, maar die elk een verschillende mate van ondersteuning bieden en zelfregie stimuleren. De hoop is dat dit de druk op de ggz verlaagt, zodat hulpverleners voldoende tijd overhouden voor mensen die ondanks deze inspanningen toch vastlopen.

Patronen doorbreken en opbouwen

Er zullen helaas altijd mensen blijven vastlopen in ernstige mentale problemen. Op dit moment krijgen deze mensen niet de zorg die zij verdienen. We zullen moeten beginnen met hun de zorg te bieden zoals die omschreven wordt in de zorgstandaarden. Daarnaast moeten we beter gaan begrijpen wat er in onze behandelingen gebeurt, zodat we de effectiviteit ervan kunnen vergroten. Om deze reden onderzoekt van den Berg met zijn team in de Re.PROCESS-studie de werkingsmechanismen van drie verschillende traumagerichte behandelingen. Ten slotte zullen we vaker modulaire interventies en ervaringswerkers moeten gaan inzetten. De effectiviteit hiervan onderzoekt van den Berg in de FeelingSafe NL-studie, die gericht is op het verminderen van overmatige achterdocht (bijvoorbeeld in de vorm van piekeren, slecht slapen, negatieve zelfwaardering of intrusies), en wel door middel van korte cognitief-gedragstherapeutische modules en een herstelgerichte benadering met behulp van ervaringswerkers.

Samen beweging maken

De beweging naar anders denken, praten en doen over mentale problemen kan vanaf nu beginnen. Sommige veranderingen zijn ingewikkeld en groot, maar andere relatief simpel en klein. Zo kunnen we vanaf morgen andere taal gaan gebruiken. We zouden het bijvoorbeeld niet langer kunnen hebben over 'syndromen', maar alleen nog maar over 'ervaringen op symptoomniveau'. Dit is een simpele, haalbare verandering, die alleen maar positieve gevolgen heeft – probeer het maar uit! Wees onderdeel van de vooruitgang, denk mee, doe mee, inspireer anderen en maak beweging vanuit de rol die jij hebt! Want wij zijn de ggz, en samen kunnen wij deze transitie naar het omarmen van complexiteit maken.

Reflectie van de redactie (Margreet Oorschot)

David van den Berg doet in zijn oratie een oproep om onszelf heel bewust te maken van de kracht van onze woorden. Een alternatieve titel voor deze oratie zou zijn: 'Woorden hebben kracht'. Dat is mooi, want woorden zijn

precies het middel dat we binnen de ggz gebruiken om aan de slag te gaan met mensen die zijn vastgelopen in hun mentale problemen. Zijn pleidooi om meer ruimte te maken voor het verhaal van de mensen die we in zorg krijgen en hun naasten, om naast hen te gaan zitten, samen hun eigen woorden te geven aan hun problemen en een plan te maken voor een uitweg daaruit, zonder onszelf als ggz centraal te zetten, is sterk.

Tegelijkertijd blijft het woord 'complexiteit' bij mij hangen. Als woorden kracht hebben, helpt het zo centraal zetten van dit woord dan bij het bieden van hoop op een uitweg uit de problemen waarin iemand is vastgelopen? De stap naar 'het is ingewikkeld' (voor een medewerker in de ggz) of 'ik ben een complex geval' (voor iemand die hulp zoekt in de ggz) is makkelijk te maken en precies niet waar David van den Berg naartoe wil. Mogelijk kunnen woorden als 'gelaagdheid', 'veelvormigheid', 'samenspel' of 'interactie' helpen om met een open en brede blik te kijken naar de problemen waarin mensen zijn vastgelopen, en van daaruit ook naar oplossingsrichtingen.

Dat gezegd hebbende, laten we gehoor geven aan de oproep van David van den Berg om enerzijds bescheiden te zijn met betrekking tot ons eigen aandeel in het herstelproces van mensen met mentale problemen, en anderzijds te blijven streven naar het optimaliseren van wat we wel kunnen bieden.

Ontvangen

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

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

- Amoruso, D., (2025). *Ik kan er (n)iets aan doen*. Pelckmans.
- Bloothoofd, G., & Poels, R. (2025). *Emoties doorvoelen: Deliberate practice bij experimenteel dynamische therapie*. Boom.
- Bohlmeijer, E. (red.). (2025). *Positieve klinische psychologie in de praktijk*. Boom.
- Damen, K, Tielen, E., & Hommel, K. (2025). *Pijn en verslaving: Een leven vrij van medicatie en andere middelen*. Hogrefe.
- de Boer-van Dam, B. (2025). *Contact in therapie: Herstel zonder medicatie*. Acco Uitgeverij.
- Horstman, C., & Goldsteen, M. (2024). *Praktijkboek schematherapie*. Nieuwezijds.
- Jacob, G. (2025). *Uit je schaduw: Leer je negatieve patronen los te laten en vooruit te kijken*. Nieuwezijds.
- Resick, P. A., Monson, C. M., & Chard, K. M. (2025). *Cognitieve verwerkingstherapie voor PTSS: Een praktische therapeutenhandleiding*. Nieuwezijds.
- Rosenboom, R., Pol, S., & Westerhof, G. (2025). *Een sterk verhaal: Schrijven aan je eigen herstel* [Hulpboek en handleiding voor begeleiders]. Boom.
- Schuiling, E., & Roelofs, J. (2025). *Handleiding schematherapie voor ouders en het jonge kind*. Bohn Stafleu van Loghum.
- van Bruggen, M. (2025). *Mama, waarom eet jij niet mee? Voor ouders met een eetprobleem*. Boom.
- van Staveren, R. (2025). *Een dun streepje toeval: Hoe een psychiater mentaal herstelde en jou dat ook gunt*. Boom.
- Videler, A. (2025). *Schematherapie bij ouderen met persoonlijkheidsproblematiek*. Bohn Stafleu van Loghum.

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

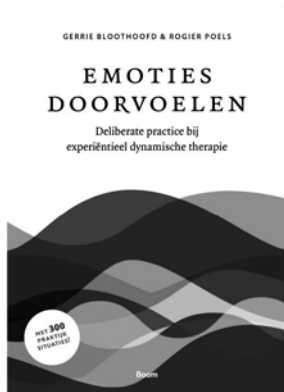
Voorbeelden van uitspraken van de cliënt en responsen van de therapeut, van beginners- tot gevorderdenniveau, belichten veelvoorkomende therapeutische interacties. Deze voorbeelden bieden de lezers de mogelijkheid om te oefenen met het improviseren van spontane reacties in een nagebootste klinische setting, 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.



NIEUW



300 praktijkvoorbeelden en deliberate practice-oefeningen

Emoties doorvoelen nodigt therapeuten uit om zich te richten op de bron van veel psychisch lijden: het onderdrukken en vermijden van emoties. Vanuit het perspectief van de Experienceel Dynamische Therapie (EDT) leer je hoe je patiënten kunt helpen om weer in contact te komen met hun emoties, waarbij je uitgebreid aandacht hebt voor angst en afweermechanismen. Het boek is rijk aan concrete technieken, 300 praktijksituaties en wetenschappelijk onderbouwde inzichten, waarmee je stap voor stap leert emoties effectief in de behandeling te integreren.

Vermindering van psychische klachten

Met meer dan veertig jaar onderzoek achter de methodes van EDT laat Emoties doorvoelen zien hoe aandacht voor (onbewuste) emoties niet alleen bijdraagt aan de vermindering van psychische klachten, maar ook aan een duurzame karakterverandering. Dit boek is een onmisbare gids voor hulpverleners die op zoek zijn naar meer diepgang en effectiviteit in hun behandelingen, met emoties als de sleutel tot herstel.

**Boompsychologie
& psychiatrie**

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



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

Achttenvijftigste jaargang, nummer 2, juni 2025

Pagina 93–162

- 93 Redactioneel
- 94 **Lyanne Reitsma, Paul Boelen, Elisa van Ee, Jos de Keijser & Lonneke Lenferink** ♦ Begeleide versus onbegeleide online rouwgerichte cognitieve gedragstherapie voor volwassenen die een dierbare verloren tijdens de COVID-19-pandemie: Een gecontroleerde studie
- 124 **Imke Hanssen, Janneke Zinkstok & Anne Speckens** ♦ Effectiviteit van mindfulness-based cognitieve therapie voor volwassenen met autisme
- 139 **Klaas Huijbregts, Ernst Bohlmeijer & Gerben Westerhof** ♦ De dans tussen klachten en Welbevinden: Een casuïstiekbespreking

Voor u gelezen

- 158 VAN DEN BERG, D. (2024). *Patronen doorbreken in de ggz: Anders denken, praten en doen over mentale problemen* [Oratie]. Vrije Universiteit Amsterdam.
- 162 Ontvangen