

*Tijdschrift voor gedragstherapie
en cognitieve therapie*

4

2025

GEDRAGSTHERAPIE

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

Doelstelling

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

Redactie

Elske Salemink — *hoofdredacteur*

Miriam Lommen — *adjunct-hoofdredacteur*

Hermien Elgersma

Arnold van Emmerik

Kristof Hoorelbeke

Margreet Oorschot

Sara Scheveneels

Bart Verkuil

Leentje Vervoort

Janna Vrijsen

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.

Nieuwe ontwikkelingen

Zo richting het einde van het jaar kan ik de neiging hebben om terug te kijken. Maar met het vierde nummer van het tijdschrift doen we nu het tegenovergestelde: we kijken juist meer vooruit. Wat brengt de toekomst ons? Volgend jaar zetten we een grote stap naar digitalisering van het tijdschrift: de ontwikkeling om in de toekomst altijd en overal online artikelen van dit tijdschrift te kunnen lezen en ze eenvoudig te kunnen delen met anderen. Ook het archief van de afgelopen 15 jaar zal online te vinden zijn. Op de volgende bladzijden tref je meer informatie aan.

De blik op de toekomst heeft ook met de inhoud van dit nummer te maken. Er komen veel nieuwe ontwikkelingen op het gebied van behandeling aan bod, waar we hopelijk vaker over gaan horen. De eerste bijdrage richt zich op een actueel onderwerp: korte intensieve exposuretherapie. Lynn Mobach, Nessa Ikani, Annemiek Wauben, Lotte Hendriks, Gert-Jan Hendriks en Mirjam Kampman beschrijven de resultaten van *single-case multiple-baseline* studies naar de effectiviteit daarvan bij de dwang- en de paniekstoornis. De volgende bijdrage gaat over zingeving, een onderwerp dat weinig aan bod komt binnen de klinische psychologie. Sanne Marcic-van Doornik, Klaske Glashouwer en Peter de Jong geven een overzicht van het belang van zingeving en zingevingegerichte therapie bij eetstoornissen. Daarna komt sporten als behandeling voor depressie aan de orde, ook een relatief nieuw onderwerp. Janna Vrijzen vat de literatuur daarover voor ons samen in een overzichtelijk artikel.

Klaas Huijbregts en Luuk Stroink schreven een Forumbijdrage over ME/CVS, een onderwerp dat momenteel veel aandacht krijgt omdat veel patiënten met long covid aan de criteria voldoen. Ze houden een pleidooi voor maatwerk via casusconceptualisatie, en vervolgens het toetsen van hypothesen met gedragsexperimenten.

We hebben twee boekbesprekingen: Rebecca van den Berge-Minnaar bespreekt het boek *Herstellen van trauma: Een werkboek om los te komen van PTSS* van Resick, Wiltsey Stirman en Losavio (2024), en Vincent van Bruggen bespreekt kritisch wat gedragstherapeuten kunnen leren van het boek *Emoties doorvoelen: Deliberate practice bij experiëntieel dynamische therapie* van Bloothoofd en Poels (2025).

De rubriek Voor u gelezen gaat over het aanbieden van aanvullende therapie gericht op persoonlijkheidsproblematiek naast traumatherapie, met verrassende resultaten.

Ik hoop dat jullie geïnspireerd raken en allerlei mogelijkheden voor de toekomst zien.

ELSKE SALEMINK
Hoofdredacteur

Tijdschrift Gedragstherapie vanaf 2026 digitaal

Kennis over CGT altijd en overal bij de hand

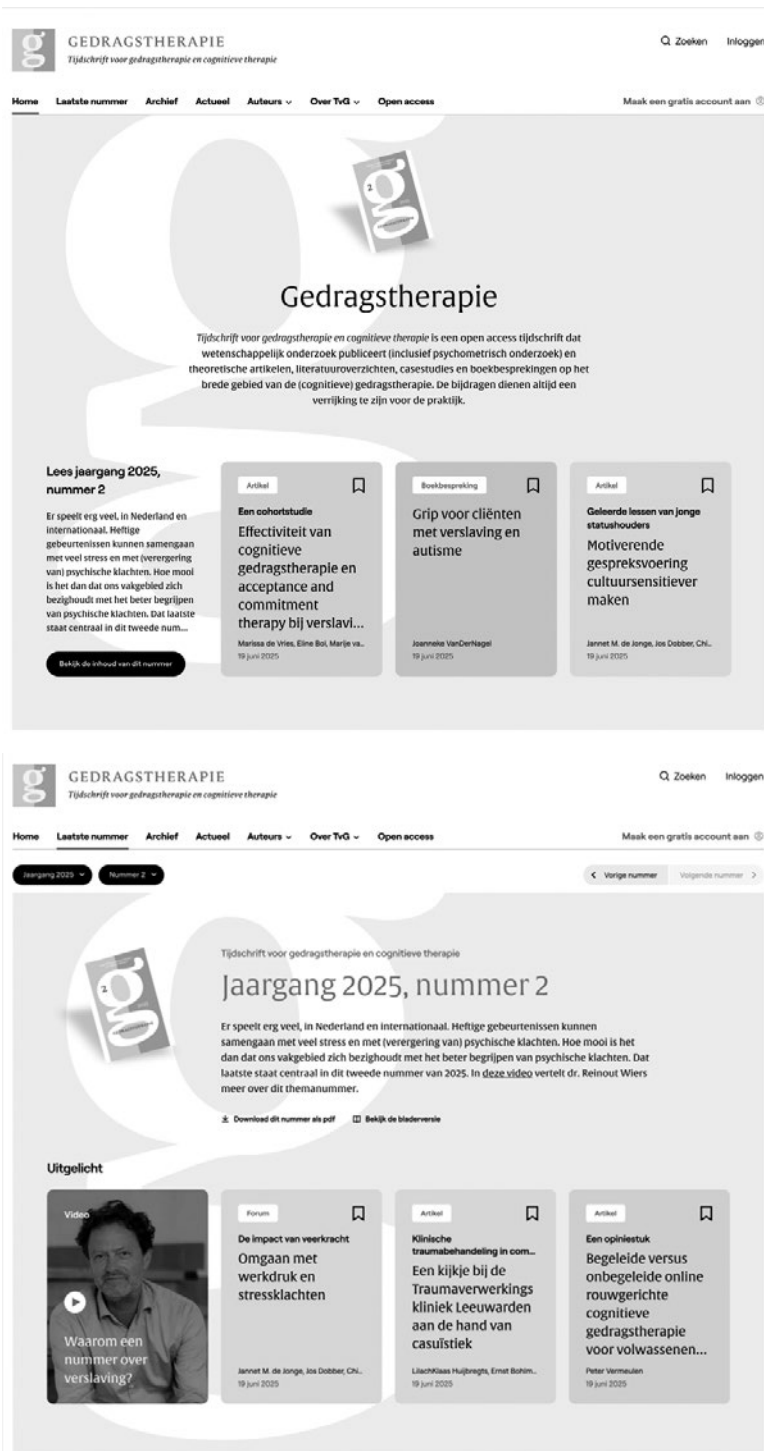
Het jaar 2026 wordt een jaar van grote veranderingen voor *Gedragstherapie, Tijdschrift voor Gedragstherapie en Cognitieve Therapie*: vanaf maart zal het tijdschrift voor het eerst volledig digitaal verschijnen. Alle artikelen zullen vrij toegankelijk (*open access*) zijn en overal te lezen – waar en wanneer je maar wilt. Daarmee heb je straks wetenschappelijke kennis over cognitieve gedragstherapie (CGT) altijd binnen handbereik.

Via de nieuwe online omgeving van het tijdschrift zullen de artikelen eenvoudig te vinden zijn, te delen met collega's en voor eigen gebruik op te slaan en te labelen. De verwachting is dat de digitale beschikbaarheid de impact van de wetenschappelijke informatie vergroot en de vertaalverslag naar de behandelpraktijk vergemakkelijkt. Bovendien is het digitale tijdschrift een stuk milieuvriendelijker.

Uit een lezersenquête in 2024 bleek dat 57% van de respondenten de voorkeur geeft aan een digitale versie en 30% aan een combinatie van digitaal en papier. Op termijn zal de digitale editie de papieren versie volledig vervangen, maar voorlopig blijft het mogelijk om (tegen kostprijs) papieren exemplaren te ontvangen. De overstap naar digitaal sluit aan bij de bredere nationale en internationale trend dat steeds meer wetenschappelijke tijdschriften hun artikelen digitaal en open access publiceren.

Het tijdschrift blijft elk kwartaal verschijnen en wordt vanaf maart 2026 standaard per e-mail verstuurd naar alle leden van de VGCT en de VVGt (de Nederlandse en Vlaamse verenigingen voor gedragstherapie). Alle nieuwe artikelen en het archief van de afgelopen jaren zijn via de website te raadplegen. Meer informatie en de link naar de nieuwe website volgen in 2026.

Kim de Jong, voorzitter Stichting Tijdschrift voor Gedragstherapie
Elske Saleminck, hoofdredacteur *Gedragstherapie, Tijdschrift voor Gedragstherapie en Cognitieve Therapie*



Figuur 1 Ontwerp van de nieuwe website

Effectiviteit van korte intensieve exposuretherapie

Studies bij patiënten met een therapieresistente of terugkerende dwang- of paniekstoornis

► LYNN MOBACH, NESSA IKANI, ANNEMIEK WAUBEN, LOTTE HENDRIKS, GERT-JAN HENDRIKS & MIRJAM KAMPMAN¹

Samenvatting Een deel van de cliënten met een dwangstoornis (OCS) of paniekstoornis (PS) reageert onvoldoende op reguliere cognitieve gedragstherapie (CGT) of valt terug na behandeling. In dit onderzoek werd de effectiviteit onderzocht van een verkorte, geïntensieveerde exposuretherapie (IET) bij cliënten met OCS en PS die onvoldoende respons hadden na eerdere, reguliere CGT. Hoewel IET eerder onderzocht is in andere doelgroepen, is er nog onvoldoende onderzoek gedaan naar de effectiviteit ervan bij cliënten met persisterende klachten na eerdere behandeling. In twee *single-case*, gerandomiseerde *multiple-baseline studies* ontvingen cliënten met OCS (N = 12) of PS (N = 12) IET na een gerandomiseerde wachtperiode. OCS- en PD-klachten namen significant af tijdens de behandeling, en dit effect bleef behouden bij follow-up. Tevens verbeterden depressieve klachten in beide groepen, maar dit effect bleef alleen stabiel bij de PS-groep. Daarnaast werd alleen in de PS-groep verbetering in algeheel functioneren gevonden. Deze resultaten suggereren dat IET mogelijk effectief is voor een complexe cliëntenpopulatie met persisterende OCS en PS na eerdere behandeling.

TREFWOORDEN — *dwangstoornis, paniekstoornis, intensieve exposuretherapie, multiple-baseline design, therapieresistentie*

Kernboodschappen voor de klinische praktijk

- Een deel van de cliënten met een dwangstoornis of een paniekstoornis reageert onvoldoende op reguliere CGT/ERP.
- Intensieve exposuretherapie (IET) is een alternatief voor reguliere CGT.
- Hoewel grotere gerandomiseerde trials nodig zijn om dit te bevestigen, is IET mogelijk effectief voor een complexe cliëntenpopulatie met persisterende dwangstoornis en paniekstoornis na eerdere behandeling.

1 Lynn Mobach en Nessa Ikani delen het eerste-auteurschap van deze studie.

Inleiding

Cognitieve gedragstherapie (CGT) met exposure (en responspreventie) wordt beschouwd als de richtlijnbehandeling voor zowel de obsessieve-compulsieve stoornis (OCS) als de paniekstoornis (PS) (Bandelow et al., 2023; NICE, 2005, 2011) en laat doorgaans middelgrote tot hoge *effect sizes* zien (Whiteside et al., 2020). Toch heeft slechts ongeveer 50% van de cliënten met angstklachten daadwerkelijk baat bij CGT (Loerinc et al., 2015). Daarmee blijft er een aanzienlijke groep over die na CGT nog steeds voldoet aan de diagnostische criteria voor een angststoornis (52%; Springer et al., 2018) of die na behandeling terugvalt, namelijk tussen 14 en 54,8% binnen 2-4 jaar (voor een meta-analyse, zie Levy et al., 2021; Scholten et al., 2016). Specifiek geldt dat circa 59% van de cliënten met OCS en 53% met PS terugval ervaart na reguliere CGT (Ali et al., 2017; Eisen et al., 2013). Gezien de impact die angststoornissen hebben (Effertz & Mann, 2013; Iancu et al., 2014) is het belangrijk om behandelmethoden te verbeteren.

Verkorte intensieve exposuretherapie (*intensified exposure-based therapy*, IET) is een veelbelovend alternatief voor bestaande behandelopties. Deze benadering omvat intensievere sessies binnen een kortere behandelperiode (4-8 dagen), met sessieduren van 180-480 minuten. Ter vergelijking: richtlijnconforme CGT voor paniekstoornis en OCS bestaat meestal uit wekelijkse sessies van 45-90 minuten. Hierdoor ontstaat meer gelegenheid voor het uitvoeren en herhalen van begeleidde exposureoefeningen (Erekson et al., 2015; Heinig et al., 2023; Hendriks et al., 2015; Iversen et al., 2022; Pittig et al., 2021).

Exposure vormt een essentieel onderdeel van IET (Craske et al., 2022; voor een meta-analyse, zie: Ferrando & Selai, 2021). Binnen IET vindt exposure plaats onder begeleiding van een therapeut, in de context waarin cliënten daadwerkelijk angst ervaren (bijvoorbeeld thuis of in het openbaar vervoer). Dit vergroot de kans op adequate uitvoering, herhaling en variatie van oefeningen, en helpt cliënten om vermijding te doorbreken. Door meerdere sessies per dag te combineren met continue begeleiding ontstaan meer kansen op herhaalde exposure binnen korte tijd, wat de consolidatie van nieuw leren kan versterken (Craske et al., 2022).

De geconcentreerde structuur van IET lijkt bovendien behandelbetrokkenheid te vergroten. De beperkte duur en hoge intensiteit verkleinen de kans op vermijding tussen sessies, wat motivatie en therapietrouw kan versterken. Recent onderzoek laat inderdaad zien dat betere therapietrouw samenhangt met betere behandeluitkomsten bij intensieve exposure voor moeilijk behandelbare OCS (Tjelle et al., 2021) en dat motivatie positief gerelateerd is aan behandelrespons, echter deels via verbeterde therapietrouw (Berg et al., 2025). Daarnaast blijkt IET goed geaccepteerd te worden door cliënten: ondanks zorgen onder therapeuten over mogelijke overbe-

De helft profiteert niet genoeg van CGT – er is meer nodig

lasting (Farrell et al., 2013; Pittig et al., 2019) tonen meerdere studies aan dat IET gepaard gaat met lage uitvalpercentages en ook goed verdragen wordt bij comorbide problematiek (Abramowitz et al., 2003; Chase et al., 2012; Dèttore et al., 2013; Heinig et al., 2023; Jain et al., 2021; Pittig et al., 2021). Een intensieve, goed uitgevoerde inzet van exposure – met nadruk op herhaling, begeleiding en het doorbreken van vermijdingsgedrag – lijkt zo niet alleen leermechanismen effectiever te activeren, maar ook motivatie, therapietrouw en acceptatie te bevorderen, wat bijdraagt aan zowel snelle als duurzame verandering (DiMauro et al., 2013).

Huidige *stepped-care* richtlijnen adviseren bij het uitblijven van CGT-effect of bij stagnering van de behandeling vaak farmacotherapie of intensivering (onder andere dagopname, klinische opname of een intensievere vorm van therapie), maar sommige van deze alternatieven kennen beperkingen. Medicatie kan effectief zijn (Skapinakis et al., 2016), maar kent vaak bijwerkingen, een hoge terugvalkans na het stoppen (Fineberg et al., 2012; Gartlehner et al., 2008) en beperkte meerwaarde in combinatie met CGT (Cuijpers et al., 2014). Bovendien geven de meeste cliënten de voorkeur aan psychologische behandeling boven medicatie (McHugh et al., 2013). Klinische programma's hebben daarnaast een grote impact op het dagelijks leven, zijn duurder dan ambulante behandeling (Priebe et al., 2006) en bieden weinig ruimte voor gepersonaliseerde exposure in de eigen leefomgeving. Intensivering in de vorm van IET zou hierin een praktisch uitvoerbaar en potentieel effectiever alternatief kunnen zijn, zeker bij cliënten met een moeilijk behandelbare dwang- of paniekstoornis, zoals therapieresistente cliënten (die onvoldoende opknapt na eerdere richtlijnbehandeling) of cliënten die terugvielen na eerdere succesvolle richtlijnbehandeling. Een vierdaagse IET is eerder onderzocht en effectief bevonden in een groepssetting voor paniekstoornis (bijvoorbeeld Iversen et al., 2022) en OCS (Hansen et al., 2018) en voor cliënten met een breed spectrum aan angststoornissen (Pittig et al., 2021). Er is echter nog onvoldoende onderzoek gedaan naar de effectiviteit van IET bij therapieresistente cliënten en cliënten die terugvielen na eerdere richtlijnbehandeling.

Deze studie had als doel de effectiviteit van IET te onderzoeken bij ambulante cliënten met OCS (studie 1) of PS (studie 2) die onvoldoende baat hadden bij reguliere CGT of na eerdere behandeling teruggevallen waren. Er werd gebruikgemaakt van een *single-case*, gecontroleerd *multiple-baseline design*, waarbij een gerandomiseerde wachtperiode (3-8 weken) voorafging aan de interventie. Multiple-baseline designs worden steeds vaker ingezet om nieuwe behandelvormen in diverse populaties te toetsen, als waardevolle eerste stap vóór het uitvoeren van grootschalige en kostbare *randomised controlled trials* (RCT's) (Task Force on Promotion and Dissemination, 1995). Tot op heden is IET nog niet onderzocht bij niet-responderende OCS- of PS-clieënten.

Zowel OCS als PS komt relatief veel voor (Ali et al., 2017; Eisen et al., 2013) en behoort, zeker bij uitblijven van behandelrespons, tot de meest

invaliderende psychische aandoeningen (Adam et al., 2012; Goodwin et al., 2005). Therapieresistente cliënten met OCS of PS hebben daarnaast vaak comorbide stoornissen, in het bijzonder depressieve klachten (Klein Breteker et al., 2021). Het is dan ook van belang om niet alleen de effectiviteit van IET op de primaire klachten te onderzoeken, maar ook de rol van comorbide depressieve symptomen hierin mee te nemen.

Studie 1: Obsessieve-compulsieve stoornis

In studie 1 werd onderzocht of IET, bestaande uit exposure en responspreventie (ERP) onder begeleiding van een therapeut, effectief is in het verminderen van OCS-klachten en depressieve symptomen bij cliënten die eerder onvoldoende op behandeling hadden gereageerd. De verwachting was dat de ernst van de OCS-klachten zou afnemen van baseline tot na de behandeling, en dat deze verbetering behouden zou blijven in de follow-upfase. Ook werd verwacht dat depressieve symptomen zouden afnemen en het algemeen functioneren zou toenemen van baseline tot post-behandeling en tijdens follow-up.

Methode

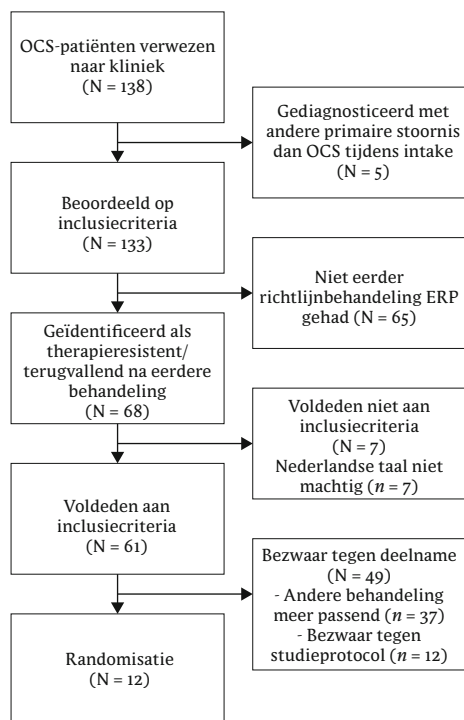
Kenmerken van de deelnemers — Deelnemers werden tussen februari 2015 en januari 2017 gerekruteerd via verwijzingen vanuit eerdere behandelinstellingen of de huisarts. Verwijzingen betroffen cliënten die teruggevallen waren na eerdere CGT voor OCS, of die onvoldoende hadden gereageerd en nog steeds voldeden aan de DSM-criteria voor OCS. Inclusiecriteria waren: [1] een primaire diagnose OCS op basis van de *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI; Sheehan et al., 1997), [2] een leeftijd tussen 18 en 70 jaar, [3] een eerdere behandeling met CGT conform de richtlijnen (minimaal 12 wekelijkse sessies, inclusief ERP), [4] een score ≥ 16 op de *Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale* (Y-BOCS; Goodman et al., 1989), en [5] een score ≥ 4 op de *Clinical Global Impression Scale* (Busner & Targum, 2007).

Voorafgaand aan de behandeling werd informatie verzameld over aard en duur van eerdere behandelingen, inclusief het gebruik van (begeleide of onbegeleide) exposure. Deze informatie werd aangevuld met verwijzingsbrieven, om te verifiëren of de deelnemer eerder protocollaire CGT had ontvangen conform de OCS-behandelrichtlijnen (NICE, 2005). Non-respons werd gedefinieerd als onvoldoende effect of terugval na eerdere protocollaire CGT. Gebruik van antidepressiva of benzodiazepinen was toegestaan (maximaal 30 mg oxazepam per dag), mits de dosering stabiel bleef tijdens de onderzoeksperiode. Exclusiecriteria waren: [1] ernstige, instabiele comorbide stoornissen (depressie, psychose, bipolaire stoornis met suïcidaal gedrag; vastgesteld met de MINI; Sheehan et al., 1997), [2] comorbide verzameldwang, [3] verstandelijke beperking ($IQ \leq 70$) of onvoldoende

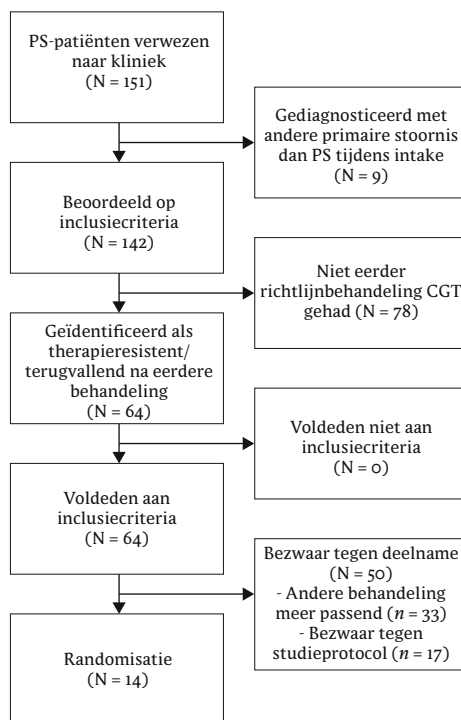
beheersing van het Nederlands, [4] praktische belemmeringen voor deelname (bijvoorbeeld geen kinderopvang), en [5] actuele middelaafhankelijkheid in de voorafgaande 12 weken, vastgesteld met de MINI.

Van de 138 verwezen cliënten werden er 68 geïdentificeerd als therapieresistent of terugvallend na eerdere succesvolle behandeling. Van hen voldeden er 61 aan de inclusiecriteria. Uiteindelijk stemden 12 deelnemers in met deelname, terwijl 49 afhaakten vanwege praktische bezwaren: 37 achtten een andere behandeling passender en 12 maakten bezwaar tegen randomisatie. Eén deelnemer viel voor de start uit om medische redenen, ongereguleerd aan behandeling of studieprotocol. Dit resulteerde in 11 deelnemers (zie figuur 1). De studie werd goedgekeurd door de lokale medisch-ethische commissie en geregistreerd in het Nederlands Trial Register (NTR4992). De analyse werd gepreregistreerd voordat de data werden bekeken en geanalyseerd (<https://doi.org/10.17605/OSF.IO/EJ5NP>).

Studie 1: OCS-cliënten



Studie 2: PS-cliënten



Figuur 1 Overzicht van de doorstroom van deelnemers binnen het onderzoek (OCS = obsessieve-compulsieve stoornis; PS = paniekstoornis; ERP = exposure en responspreventie)

Onderzoeksopzet — Het onderzoek maakte zoals gezegd gebruik van een single-case multiple-baseline design, dat geschikt is om behandelingseffecten te onderzoeken bij aandoeningen met een geringe kans op spontaan herstel, zoals therapieresistente OCS en PS (Morgan & Morgan, 2001). Deze opzet controleert voor tijdseffecten via vergelijkingen binnen een deelnemer (Kazdin & Weisz, 1998; Oar et al., 2015). Na randomisatie (tijdstip 1) werd iedere deelnemer toegewezen aan een baselineperiode van 2 tot 8 weken, gevolgd door de interventie (fase B). Het design omvatte drie fasen: baseline (fase A), interventie plus post-behandeling (fase B: 7 weken interventie plus 2-8 weken post), en follow-up (4 weken). Tijdens alle fasen werd wekelijks de ernst van OCS-klachten gemeten. Depressieve symptomen en functioneren werden op vier tijdstippen beoordeeld: randomisatie (tijdstip 1), start behandeling (tijdstip 2), na behandeling (tijdstip 3) en 14 weken na baseline (4 weken na de laatste behandeldag; tijdstip 4). De depressieve symptomen en het algeheel functioneren waren secundaire uitkomstmaten en werden daarom minder vaak afgenomen dan de primaire uitkomstmaten. De totale studieduur bedroeg 24 weken per deelnemer.

Behandeling en procedure — De deelnemers namen deel aan een 6-weekse IET (waarvan 2 weken intensief, met 4 intensieve behandeldagen per week en boostersessies in de weken daarna) bestaande uit psycho-educatie, casusconceptualisatie, ERP, betrokkenheid van naasten, huiswerkopdrachten, terugvalpreventie en een module positieve psychologie/kwaliteit van leven. In week 1 werd een gepersonaliseerde casusconceptualisatie opgesteld in een sessie van 90 minuten. In de daaropvolgende 2 weken vonden 8 behandeldagen plaats (4 per week), elk met drie à vier blokken van 90 minuten. De eerste sessie startte op de polikliniek met het plannen van doelen en ERP-oefeningen; de daaropvolgende sessies vonden plaats in relevante contexten in de leefomgeving (zoals thuis of in openbare ruimten), begeleid door een therapeut (zie tabel 1 voor het volledige behandeloverzicht).

Deelnemers voerden daarnaast zelfstandig ERP-oefeningen uit in de middag, avond of weekenden, gericht op zelfeffectiviteit en terugvalpreventie. Familieleden namen minimaal 3 dagen deel aan psycho-educatie en ERP-sessies, gericht op het verminderen van *family accommodation* (faciliterend gedrag). De daaropvolgende 4 weken bestonden uit wekelijkse consolidatiesessies (vier sessies van 90 minuten), gericht op terugvalpreventie. Iedere deelnemer koos een 'coach' (bijvoorbeeld een vriend of familielid) die aan de derde sessie deelnam om te ondersteunen bij doelen en huiswerk. Daarnaast werden vier sessies positieve psychologie gegeven, gericht op zingeving en het hervatten van bijvoorbeeld sport of sociale activiteiten.

De behandelingen werden uitgevoerd door zes ervaren therapeuten (psychologen en ggz-verpleegkundigen), in een rotatieschema dat eerder effectief bleek (van Minnen et al., 2018). Supervisie vond tweemaal per week plaats. Afwijkingen van het behandelprotocol werden vastgelegd tijdens supervisiesessies. Alle metingen werden uitgevoerd door onafhankelijke, getrainde beoordelaars.

Tabel 1 Behandelformat, meetmomenten en voorbeeld van het behandelprogramma en de therapeutrotatie

Start 9:00	Pre-behan- deling (week 1)	Intensieve fase (week 2 en 3)			Boosterfase (week 3 t/m 8)								
		Dag 1 (5) (Don- derdag)	Dag 2 (6) (Vrij- dag)	Zater- dag	Zondag	Dag 3 (7) (Maan- dag)	Dag 4 (8) (Dins- dag)	Woens- dag	Week 4	Week 5	Week 6	Week 7	Week 8
90	Meting A2	Doelen, motivatie, aanpas- sing casus- conceptu- alisatie	Doelen, motivatie, aanpassing casuscon- ceptuali- satie	HW Onbe- geleide exposure	HW Onbe- geleide exposure	Doelen, motivatie, aanpas- sing casus- conceptu- alisatie	Doelen, motivatie, aanpas- sing casus- conceptu- alisatie	HW Onbe- geleide exposure	Exposure Terugval- preventie	Exposure Terugval- preventie	Intro coach Exposure Terugval- preventie	Familie Exposure Terugval- preventie	Behandel- evaluatie en advies (30 minu- ten)
		Therapeut B	Therapeut A			Therapeut B	Therapeut A		Therapeut C	Therapeut C	Therapeut B	Therapeut B	Therapeut A
30		Cliënt: pauze Thera- peut: over- dracht				Cliënt: pauze Thera- peut: over- dracht	Cliënt: pauze Thera- peut: over- dracht					Meting A3	
		Begeleide exposure	Begeleide exposure			Begeleide exposure	Rebuild life-sessie					Rebuild life-sessie	
90	Casuscon- ceptuali- satie, motivatie, doelen						Thera- peut E					Thera- peut E	
		Therapeut C	Therapeut C			Therapeut D	Thera- peut A-D: meeting					Therapeut A-D: over- dracht	

	Pre-behan- deling (week 1)	Intensieve fase (week 2 en 3)						Boosterfase (week 3 t/m 8)					
		Dag 1 (5) (Don- derdag)	Dag 2 (6) (Vrij- dag)	Zater- dag	Zondag	Dag 3 (7) (Maan- dag)	Dag 4 (8) (Dins- dag)	Woens- dag	Week 4	Week 5	Week 6	Week 7	Week 8
90	Rebuild life-sessie	Begeleide exposure	Begeleide exposure			Begeleide exposure	Begeleide exposure						
	Thera- peut E	Therapeut C	Therapeut C			Therapeut D	Therapeut D						
90		Home- work as- signments Onbe- geleide exposure	Therapist- assisted ERP			Therapist- assisted ERP	Therapist- assisted ERP						
17:00 - avond		Thera- peut A-D; meeting	Therapeut C			Therapeut D	Therapeut D						
		HW	HW			HW	HW						
		Onbe- geleide exposure	Onbe- geleide exposure			Onbe- geleide exposure	Onbe- geleide exposure						

Noot. HW = huiswerkopdrachten; ERP = exposure en responspreventie; rebuild life-sessie = module of interventie positieve psychologie, bedoeld om andere doelen dan symptoomreductie te bespreken, zoals het hervatten van sport, hobby's, sociale contacten, vrijwilligerswerk of werk/opleiding.

Meetinstrumenten — Voor de primaire uitkomstmaat werd gebruikge-
maakt van de Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS; Goodman
et al., 1989). Dit semigestructureerde interview (10 items) meet de ernst
van OCS-klachten in de afgelopen week en heeft een goede interne consis-
tentie ($\alpha = 0,88-0,91$).

De secundaire maat (depressieve klachten) werd gemeten met de *Inven-
tory of Depressive Symptomatology - Self-Report* (IDS-SR; Rush et al., 2000).
De IDS-SR bestaat uit 30 items, heeft goede psychometrische eigenschap-
pen (Nolen & Dingemans, 2004) en werd op vier tijdstippen afgenomen.

Het algemeen functioneren werd gemeten met de *Outcome Question-
naire-45.2* (OQ-45.2; Lambert et al., 1996), die algemene mentale gezond-
heid meet over drie subschalen: Symptoomlast, Relaties en Sociale rol. De
OQ-45.2 heeft een hoge interne consistentie ($\alpha = 0,93$) en test-hertestbe-
trouwbaarheid ($r = 0,93$; de Jong et al., 2007).

Data-analyse — De analyse van de effectiviteit van IET op OCS-klachten
werd uitgevoerd volgens Kazdins (2019) richtlijnen voor single-case multi-
ple-baseline designs. Hierbij werd gekeken naar: [1] significante verande-
ring in gemiddelde Y-BOCS-scores tussen baseline en interventiefase, [2]
verandering in trends (*slope*), [3] plotselinge verschuiving van klachten bij
start van de interventie, en [4] korte tijd tussen start interventie en klacht-
vermindering. Hoe meer criteria werden onderschreven, des te sterker de
aanwijzing dat IET effect had. De analyseprocedure zag er als volgt uit:

- 1 beschrijven en visualiseren van Y-BOCS-scores (Bulté & Onghena, 2009);
- 2 randomisatietest om verschil in Y-BOCS-scores tussen fase A en B te
bepalen;
- 3 bepalen van de *Reliable Change Index* (RCI) op Y-BOCS (klinisch rele-
vant bij $RCI > 1,96$);
- 4 modelleren van trends in de afhankelijke variabele – de Y-BOCS score
– via bayesiaanse *mixed-effects* modellen (Bürkner, 2017), inclusief fol-
low-up. Met deze modellen kan op zowel persoonsniveau als groepsni-
veau worden bepaald of een interventie effect heeft. Als het 95%- be-
trouwbaarheidsinterval geen nul bevatte, werd het effect als significant
beschouwd. Verandering in niveau en latentie werd beoordeeld op basis
van visualisaties.

Aanvullend werden depressieve klachten en functioneren geanalyseerd
met Wilcoxon-rangtoetsen (IDS-SR en OQ-45), zowel tussen baseline en
post-behandeling, als tussen baseline en follow-up. Voor beide maten werd
ook de RCI berekend.

Resultaten en discussie

Kenmerken van de deelnemers — De 11 deelnemers hadden een gemiddelde
leeftijd van 28,45 jaar ($SD = 8,32$; range 18-47). Acht van hen waren non-res-

ponder na reguliere CGT (therapieresistente deelnemers) en drie waren teruggevallen na eerdere succesvolle CGT. Deelnemers rapporteerden verschillende typen OCS: controledwang (cliënten 1, 2, 5, 6, 8, 9), smetvrees (cliënten 3, 4, 6, 10 en uitvaller), symmetrie- of ordedwang (cliënten 1, 5), en ongewenste obsessies (cliënt 7). Zeven deelnemers (inclusief de uitvaller) gebruikten medicatie: sertraline ($n = 2$), citalopram ($n = 2$), fluoxetine ($n = 1$), fluvoxamine ($n = 1$), oxazepam ($n = 2$) en diazepam (indien nodig, $n = 1$) (voor een overzicht, zie tabel 2). Van de deelnemer die uitviel vóór de start van de studie (om medische redenen die losstonden van OCS of de behandeling) ontbraken deels gegevens.

Effect van IET op OCS-klachten — De gemiddelde Y-BOCS-scores per deelnemer zijn weergegeven in figuur 2A. Hoewel de scores enigszins fluctueerden over tijd, liet visuele inspectie bij alle deelnemers een duidelijke verschuiving zien direct na de start van de interventie. Een niet-parametrische randomisatietoets toonde een significante verandering in Y-BOCS-scores tussen baseline en interventiefase. De gecombineerde p -waarde op basis van Edgingtons methode (1972) liet een significante afname van OCS-klachten zien bij de 10 deelnemers die de behandeling voltooiden ($p < 0,001$), evenals in de *intent-to-treat*-analyse ($p < 0,001$). Daarnaast voldeden 10 van de 11 deelnemers (90,9%) aan de klinische afkapwaarde ($RCI \geq 1,96$; RCI -range = 0,49-6,74), wat wijst op betrouwbare en klinisch relevante verbetering.

OCS: duidelijke klachtenafname, maar weinig verandering in functioneren

Een bayesiaans mixed-effects model bevestigde deze bevindingen met een significante trendverandering (slope) tussen baseline en interventiefase ($B = 6,00$, $SE = 1,12$, 95% CI [3,78, 8,24]) (zie figuur 3). Herhaling van deze analyse tijdens de follow-up toonde behoud van deze resultaten ($B = 5,73$, $SE = 1,00$, 95% CI [3,71, 7,74]).

Samengenomen tonen de resultaten een significante verbetering in OCS-klachten, zowel in absolute ernst als in trendverandering, met bovendien een abrupte daling en start van het effect direct na start van IET. Hiermee wordt voldaan aan alle evaluatiecriteria voor effectiviteit (Kazdin, 2016). Deze bevindingen bevestigen de hypothese dat verkorte IET effectief is in het verminderen van OCS-klachten, met blijvend effect op korte termijn.

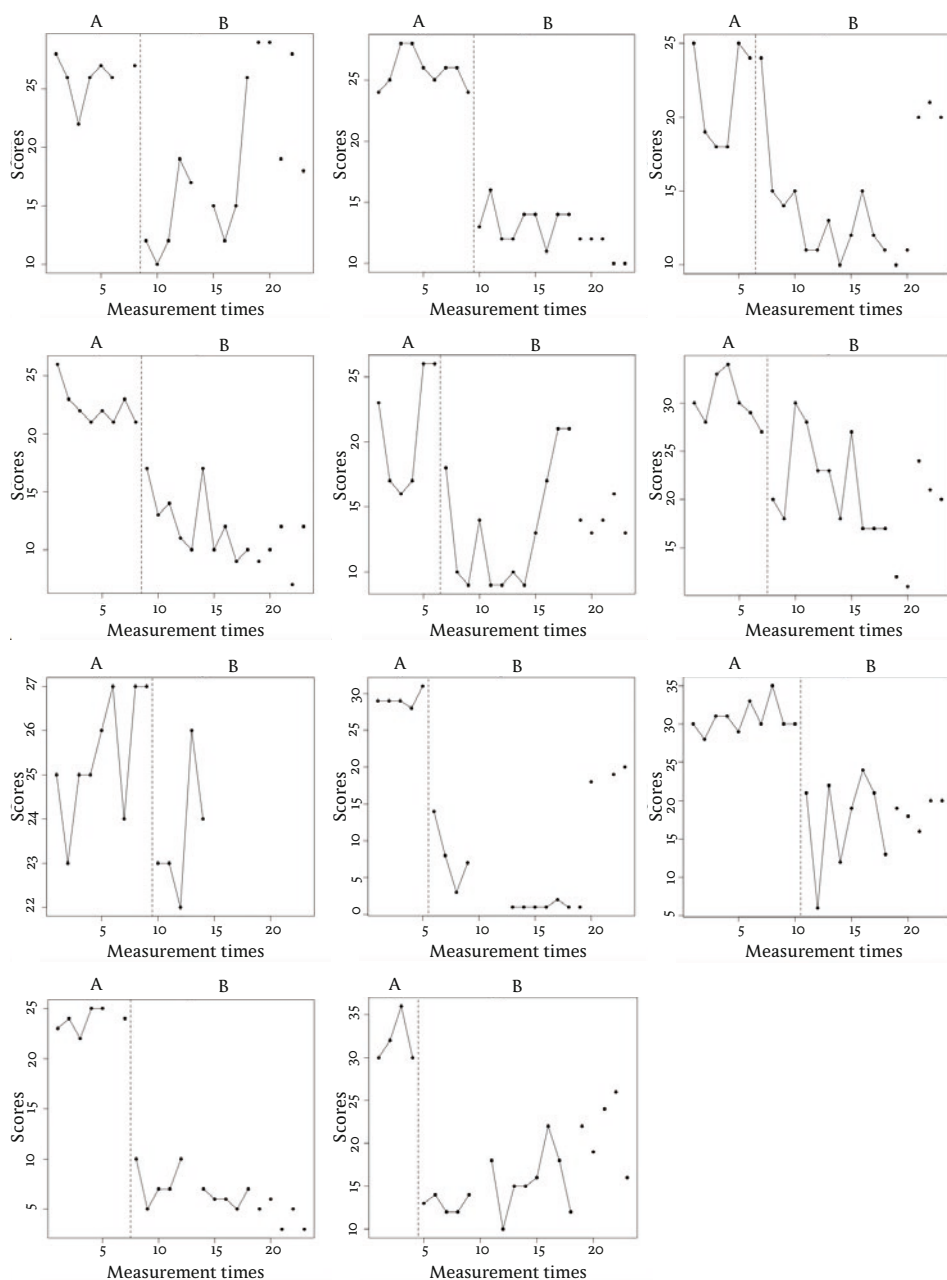
Effect van IET op depressieve symptomen en functioneren — De Wilcoxon-rangtoets liet een significante afname van depressieve symptomen zien tussen baseline en post-behandeling ($Z = -2,386$, $p = 0,017$). Deze klachtenreductie bleef echter niet behouden wanneer de follow-up fase ook werd geïncorporeerd in de analyse ($Z = -1,663$, $p = 0,123$). In lijn hiermee voldeed slechts één deelnemer (9,1%) aan de klinisch significante RCI -drempel voor depressie (RCI -range = -0,17-1,49). Voor het algemeen functioneren werden geen significante verbeteringen gevonden, noch van baseline naar post-behandeling ($Z = -1,009$, $p = 0,313$), noch naar follow-up ($Z = -0,534$, $p = 0,594$). Twee deelnemers (18,2%) voldeden aan de RCI -criteria voor rele-

Tabel 2 Demografische en klinische kenmerken van de cliënten

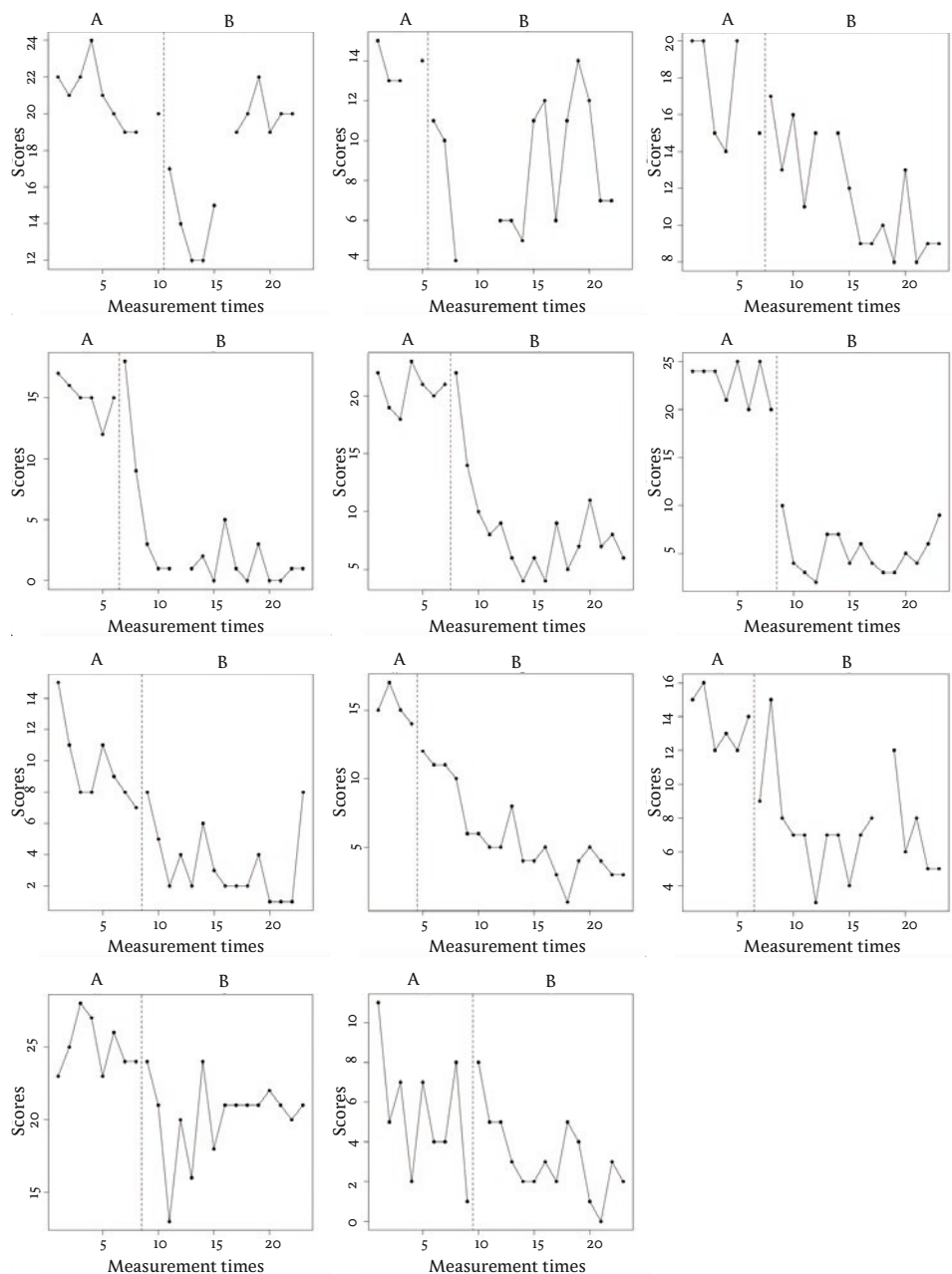
258

	OCS ¹ (N = 11)	PS ² (N = 11)
<i>Sekse</i>		
Mannen, Nr. (%)	2 (18,2)	7
Leeftijd, M (SD ³), range	28,45 (8,72), 18-47	30,09 (8,57), 19-45
<i>Opleidingsniveau</i>		
Middelbareschooldiploma	-	3 (27)
Mbo-diploma	6 (56)	4 (36)
Hbo-diploma	2 (18)	2 (18)
Wo-diploma	3 (27)	2 (18)
<i>Woonsituatie, Nr. (%)</i>		
Alleenwonend	3 (28)	1 (9)
Samenwonend met partner	3 (28)	4 (36)
Samenwonend met familie	2 (18)	2 (18)
Samenwonend met ouders	1 (9)	3 (27)
Samenwonend met anderen (studentenhuis, enz.)	2 (18)	1 (9)
<i>Werksituatie Nr. (%)</i>		
Werkend	2 (18)	3 (27)
Zonder werk/werkzoekend	1 (9)	1 (9)
Ziektewetuitkering	3 (28)	-
Arbeidsongeschiktheidsuitkering	1 (9)	5 (45)
Studerend	4 (37)	2 (18)
<i>Duur van symptomen, in maanden, M (SD), range</i>	93,64 (71,36), 12-240	65,82 (82,42), 7-228
<i>Duur van eerdere behandeling, in maanden, M (SD), range</i>	18,75 (22,40), 3-72	8,38 (11,30), 2-36
<i>Y-BOCS⁴/PDSS⁵ scores bij randomisering, M (SD), range</i>	26,64 (2,71) 23-30	16,31 (5,81), 5,44-25
<i>Axis-I comorbiditeit (huidig), Nr. (%)</i>	4 (36)	4 (36)
1 comorbide stoornis	2(20)	4 (36)
2 comorbide stoornissen	2(20)	-
<i>Axis-II comorbiditeit, Nr. (%)</i>	4 (36)	3 (27)
Gebruikt farmacotherapie	7 (64)	4 (36)

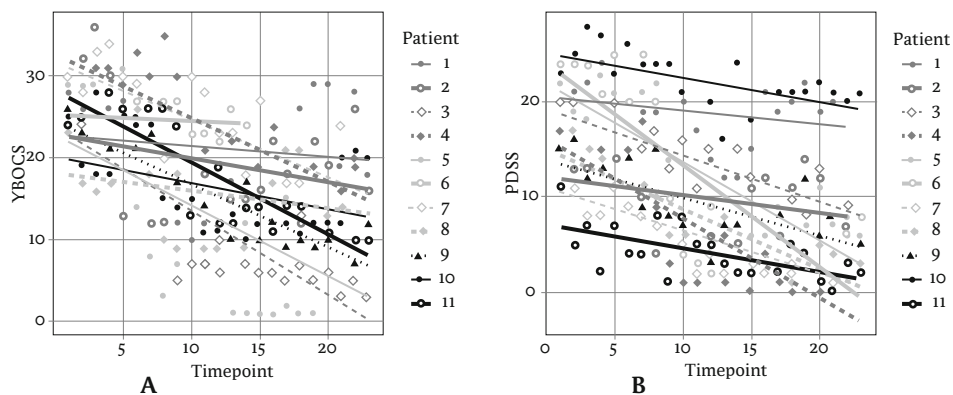
Noten. ¹ OCS = obsessieve-compulsieve stoornis; ² PS = paniekstoornis; ³ SD = standaarddeviatie; ⁴ Y-BOCS = Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale; ⁵ PDSS = Panic Disorder Severity Scale



Figuur 2A Visualisatie van de gemiddelde Y-BOCS-scores per deelnemer tijdens de baselinefase (voor de verticale lijn) en de behandelperiode



Figuur 2B Visualisatie van de gemiddelde PDSS-scores per deelnemer tijdens de baselinefase (voor de verticale lijn) en de behandelperiode



Figuur 3 Individuele Y-BOCS-scores (A) en PDSS-scores (B) per deelnemer gedurende het onderzoek. De regressielijnen per deelnemer laten een algemene afname zien in zowel OCS- als panieklachten.

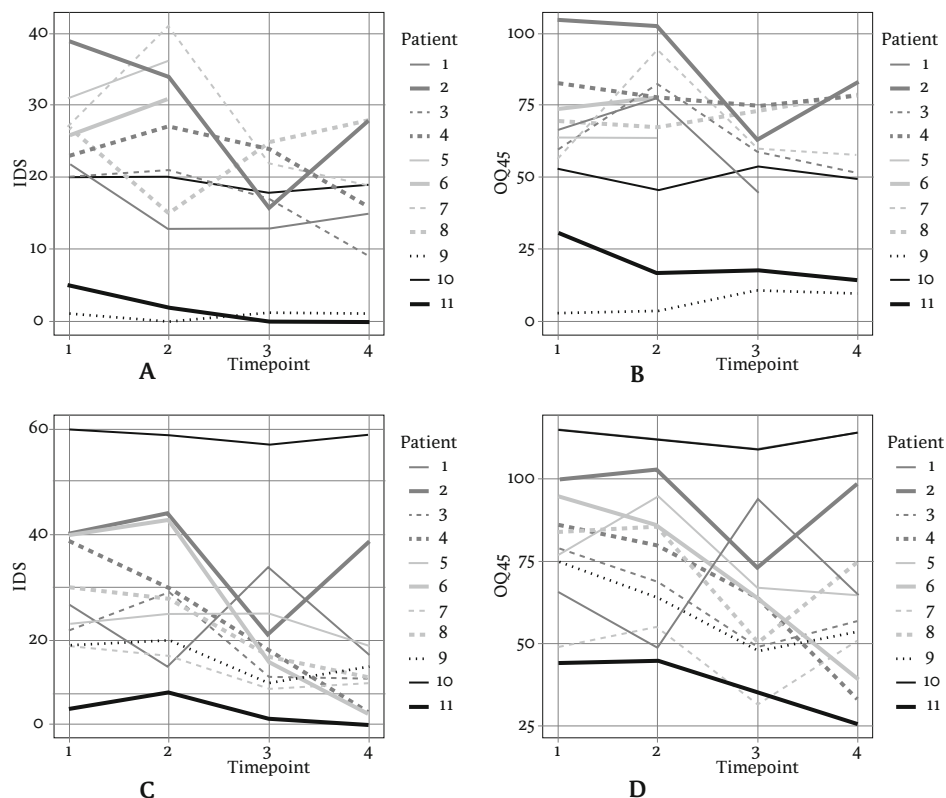
vante verandering in functioneren (RCI-range = -0,86-4,49) (voor individuele visualisaties, zie figuur 4). Deze resultaten suggereren dat IET mogelijk tijdelijk effect heeft op depressieve symptomen, maar dat dit effect niet duurzaam is. Ook werd geen overtuigend effect gevonden op het algemeen functioneren. De resultaten ondersteunen de hypothese over effectiviteit bij depressie en functioneren dus slechts deels.

Studie 2: Paniekstoornis

Het doel van studie 2 was het onderzoeken van de effectiviteit van IET met begeleidde exposure bij cliënten met een paniekstoornis (PS) die eerder onvoldoende hadden gereageerd op behandeling. De hypothese was dat IET effectief zou zijn in het verminderen van panieklachten van baseline tot het einde van de behandeling, met behoud van klachtreductie bij de follow-up. Daarnaast werd verwacht dat IET depressieve symptomen zou verminderen en het algemeen functioneren zou verbeteren, eveneens met behoud van klachtreductie op de lange termijn.

Methoden De methodologische opzet was vrijwel identiek aan studie 1. Alleen afwijkende informatie wordt hierna toegelicht.

Deelnemers — Voor studie 2 werden 151 cliënten met een primaire diagnose PS verwezen naar de gespecialiseerde polikliniek. De enige aanvullende inclusiecriteria ten opzichte van studie 1 waren: [1] een primaire diagnose paniekstoornis (eventueel met agorafobie) vastgesteld via de MINI (Sheehan et al., 1997), en [2] een score ≥ 10 op de *Panic Disorder Severity Scale* (PDSS;



Figuur 4 Visualisatie van de IDS-SR depressiescores en OQ-45 functioneren per deelnemer op de meetmomenten: randomisatie (tijdstip 1), baseline (tijdstip 2), na behandeling (tijdstip 3) en follow-up (tijdstip 4). Panels A en B tonen de resultaten voor de OCD-cliëntengroep uit studie 1, en panels C en D tonen de PD-cliëntengroep uit studie 2.

Shear et al., 1997). Van de 151 verwezen cliënten werden er 64 geïdentificeerd als therapieresistent of terugvallend na eerdere succesvolle behandeling. Alle 64 potentiële deelnemers voldeden aan de inclusiecriteria. Van hen haakten er 50 af vanwege praktische bezwaren of bezwaar tegen randomisatie (van wie 33 een andere behandeling toch passender achtten en 17 bezwaar hadden tegen randomisatie). Uiteindelijk stemden dus 14 deelnemers in met deelname aan de studie. Na uitval van twee deelnemers (voorafgaand aan de start van de studie en vanwege praktische redenen, ongerelateerd aan de inhoud van de studie of de behandeling) bleef een sample van 12 deelnemers over (zie tabel 2 en zie figuur 1 voor de flowchart van deelnemers).

Behandeling en procedure — De exposure werd specifiek afgestemd op panieklachten. Cliënten met een paniekstoornis ontvingen verschillende vormen van exposure, net als in studie 1, maar het aandeel interoceptieve

exposure was aanzienlijk groter dan in studie 1, in lijn met de richtlijnen voor paniekstoornis (NICE, 2011). Alle andere behandelcomponenten waren identiek aan die in studie 1.

Meetinstrumenten — Voor de primaire uitkomstmaat werd gebruikgemaakt van de *Panic Disorder Severity Scale - Self-Report* (PDSS-SR; Shear et al., 1997). Deze semigestructureerde klinische interviewscore over de afgelopen week bestaat uit 10 items, heeft goede psychometrische eigenschappen ($\alpha = 0,88-0,91$) en wordt beschouwd als de gouden standaard voor panieklachten.

Procedure en data-analyse — De procedure en analysemethoden waren gelijk aan studie 1, met als enige verschil dat de PDSS-SR als primaire uitkomstmaat werd gebruikt.

Resultaten en discussie

Kenmerken van de deelnemers — De 12 deelnemers hadden een gemiddelde leeftijd van 30,09 jaar ($SD = 8,57$; range 19-45). Allen hadden een primaire diagnose PS én voldeden aan de criteria voor agorafobie. Acht deelnemers waren non-responder na eerdere CGT, drie waren teruggevallen na eerdere CGT. Drie deelnemers (inclusief de uitvaller) gebruikten gedurende het onderzoek een stabiele dosering medicatie: sertraline ($n = 1$), citalopram ($n = 1$), paroxetine ($n = 1$). Eén deelnemer startte pas met sertraline tijdens de laatste follow-upmeting. Van één uitvaller ontbraken deels gegevens om persoonlijke redenen die losstonden van de behandeling.

Effect van IET op panieklachten — De gemiddelde PDSS-scores per deelnemer zijn weergegeven in figuur 2B. Visuele inspectie liet bij vrijwel alle deelnemers een duidelijke en snelle afname van klachten zien direct na aanvang van de interventie. Een randomisatietoets toonde een significante afname van PDSS-scores van baseline naar de interventiefase. De gecombineerde p -waarde toonde significante klachtenreductie aan bij de tien voltooide behandelingen ($p < 0,001$), evenals de intent-to-treat-analyse ($p < 0,001$). Op basis van de RCI liet 63,6% van de deelnemers (7 van 11) een klinisch relevante verandering zien ($RCI \geq 1,96$; range $RCI = 0,51-5,91$).

Bayesiaanse mixed-effects modellen bevestigden deze bevindingen met een significante trendverandering (slope) in de klachten ($B = 3,83$, $SE = 0,84$, 95% CI [2,14, 5,50]). Deze winst bleef behouden tijdens de follow-up ($B = 3,89$, $SE = 0,86$, 95% CI [2,19, 5,61]). Samengenomen wijzen de resultaten op zowel een significante afname van panieklachten als een trendverandering van de baseline naar interventiefase. Ook hier werd visueel een abrupte daling met effect van IET direct na start gezien. Hoewel niet alle deelnemers klinisch relevante verandering bereikten, toonde het merendeel een duurzaam effect. De hypothese dat IET effectief is in het verminderen van panieklachten werd grotendeels bevestigd.

Effect van IET op depressieve symptomen en functioneren — Wilcoxon-rangtoetsen toonden significante afname in depressieve symptomen tussen baseline en post-behandeling ($Z = -2,403, p = 0,016$), met behoud van klachtenreductie op de follow-up ($Z = -1,988, p = 0,047$). Vier van de 11 deelnemers (36,4%) bereikten klinisch significante verbetering (RCI-range = -0,33-3,98). Ook op functioneren werd een significante verbetering gevonden tussen baseline en post-behandeling ($Z = -2,225, p = 0,026$), die behouden bleef bij follow-up ($Z = -2,584, p = 0,010$). Zes deelnemers (54,6%) voldeden aan de RCI-criteria voor klinisch relevante verandering (RCI-range = -2,99-3,63)

(voor individuele visualisaties, zie figuur 4). Deze resultaten bevestigen dat IET een positief effect had op zowel depressieve symptomen als functioneren, op zowel korte als langere termijn. Hoewel ongeveer de helft van de deelnemers klinisch relevante verandering behaalde, tonen de resultaten aan dat IET effectief is op groepsniveau, met duurzame effecten, maar dat deze niet altijd klinisch doorslaggevend zijn voor elke individuele deelnemer.

***Paniekstoornis:
klachtenreductie en
beter functioneren
– effecten houden
stand***

Algemene discussie

In deze studie werd de effectiviteit onderzocht van IET bij cliënten met een OCS of PS die onvoldoende baat hadden gehad bij eerdere CGT (therapiereistente cliënten) of die na eerdere succesvolle behandeling waren teruggevallen. Zowel studie 1 als studie 2 toonde een significante afname van de primaire klachten na IET, waarbij deze verbeteringen behouden bleven tot de follow-up. Dit wijst op een duurzaam effect over tijd.

Visuele interpretatie van klachtenverloop volgens de richtlijnen van Kazdin (2019) toonde stabiele symptomen tijdens de baselinedfase, waardoor tijdseffecten konden worden uitgesloten. Deze bevindingen werden verder ondersteund door significantietoetsen en RCI-scores, die bij het merendeel van de deelnemers wezen op klinisch relevante verbetering. Bovendien voldeed 27% van de OCS-deelnemers en 27% van de PS-deelnemers na behandeling niet meer aan de diagnostische criteria voor hun stoornis en/of agorafobie. Daarmee sluiten de bevindingen aan bij eerder onderzoek naar (andere vormen van) IET bij paniekstoornis (Iversen et al., 2022) en OCS, (Hansen et al., 2018) en bij andere klinische populaties (onder andere Abramowitz et al., 2003; Pittig et al., 2021). Verder blijkt uit de bevindingen dat deze aanpak ook toepasbaar is bij therapieresistente cliënten met OCS en PS, alsmede bij cliënten die terug zijn gevallen na eerdere succesvolle richtlijnbehandeling voor OCS en PS. De uitval was laag ($n = 2$) en niet gerelateerd aan de inhoud van de behandeling, wat de haalbaarheid van IET ondanks de tijdelijke intensiteit ervan ondersteunt (Pittig et al., 2021). Een combinatie van kenmerken die IET typeren, lijkt hierbij de basis te vormen voor het behalen van goede behandelresultaten bij deze complexe cli-

entengroep. Met name de mogelijkheid tot begeleide exposure in een passende setting draagt bij aan een zorgvuldig en effectief uitgevoerde behandeling, waarbij inhibitorisch leren en het doorbreken van vermijdingsgedrag centraal staan. Voor cliënten met ernstige OCS- of PS-klachten, bij wie de drempel te hoog is om dit zelfstandig aan te gaan, biedt dit belangrijke ondersteuning. Dit vergroot niet alleen de kans op een snelle behandelrespons, maar bevordert ook duurzame verandering, omdat de onderliggende mechanismen krachtiger worden aangesproken (DiMauro et al., 2013). Voor zover bekend zijn er echter geen onderzoeken die een directe vergelijking hebben gemaakt tussen de werkingsmechanismen van reguliere CGT versus IET.

Hoewel een directe vergelijking tussen de OCS- en PS-groep niet mogelijk is, lijken de resultaten enigszins te verschillen. Een kleiner percentage PS-deelnemers behaalde klinisch significante verbetering ten opzichte van de OCS-groep, maar deze deelnemers profiteerden wel breder van IET: er werden significante verbeteringen gevonden in zowel depressieve klachten (behouden bij follow-up) als algemeen functioneren. Bij de OCS-groep werd een afname in depressieve klachten gevonden, maar deze hield geen stand en het functioneren verbeterde niet. Mogelijk hangt dit samen met verschillen in klachtenpresentatie.

Bij OCS richt IET zich in korte tijd op symptoomreductie, terwijl veel OCS-deelnemers langdurige klachten en een uitgebreide behandelgeschiedenis rapporteerden, vaak gepaard met persoonlijkheidsproblematiek. Deze factoren kunnen het herstel van sociale rollen, relaties en werk beïnvloeden, en vergen waarschijnlijk meer tijd. In beide groepen had slechts een minderheid bij aanvang een comorbide depressieve stoornis, wat de beperkte veranderingen op groepsniveau kan verklaren. Ook was de follow-up relatief kort (maximaal 14 weken vanaf baseline; 4 weken na de laatste behandel sessie). Voor evaluatie van duurzame effecten van intensieve behandelingen is een langere follow-up noodzakelijk.

Sterke punten van dit onderzoek zijn de controle op tijdseffecten via het multiple-baseline design, de systematische visuele beoordeling (Kazdin, 2019) en het gebruik van gevalideerde meetinstrumenten. Ondanks de kleine steekproef werd een combinatie van beschrijvende en conservatieve, sterke statistische analyses toegepast, wat de betrouwbaarheid van de bevindingen versterkt. Limitaties van dit onderzoek omvatten de kleine steekproeven, wat de noodzaak voor vervolgonderzoek onderstreept. Een logische vervolgstap is een RCT met grotere samples. Daarnaast is in de huidige studie de follow-up beperkt tot 4 weken, wat onvoldoende inzicht biedt in de langetermijneffecten van IET binnen deze doelgroep. Toekomstig onderzoek moet daarom idealiter langere follow-upperiodes hanteren om de duurzaamheid van behandelresultaten adequaat te kunnen beoordelen. Gezien de wachttijden in de ggz en de maatschappelijke kosten is onderzoek naar de kosteneffectiviteit van IET essentieel. Daarbij dient gekeken te worden naar de benodigde 'dosering' van IET, aangezien eerdere studies uiteenlopende maten van intensiteit hanteerden (4-25 dagen; zie

onder andere Hansen et al., 2018; Iversen et al., 2022). Heldere richtlijnen hierover ontbreken nog.

Daarnaast lieten de visualisaties grote individuele variatie in klachtenverloop zien. Recente studies wijzen op het belang van het in kaart brengen van individuele veranderingen tijdens behandeling (Hayes & Andrews, 2020). Toekomstig onderzoek zou intensieve metingen tijdens de behandeling moeten bevatten, gericht op intra-individuele processen. Tot slot doet deze studie geen uitspraken over de werkzame elementen van IET, of over de vergelijking tussen reguliere CGT en verkorte IET. Dit zijn belangrijke vragen voor toekomstig onderzoek.

Klinische implicaties

Deze twee studies tonen eerste, bemoedigende aanwijzingen voor de effectiviteit van verkorte IET bij therapieresistente cliënten met OCS of PS die eerder niet voldoende profiteerden van CGT-behandeling. De resultaten onderstrepen dat het aanpassen van de behandelvorm – met name de intensiteit en setting van exposure – het verschil kan maken voor chronisch angstgerelateerde stoornissen. Daarmee vormt dit onderzoek een belangrijke stap richting gerandomiseerd vervolgonderzoek naar IET in grotere, therapieresistente populaties.

De auteurs danken alle deelnemers, therapeuten, onderzoeksassistenten en anderen die aan deze studie hebben bijgedragen. Verder verklaren de auteurs geen conflicterende belangen te hebben. Deze studie kreeg een subsidie van MIND (voorheen Fonds Psychische Gezondheid).

Lynn Mobach is verbonden aan de instelling voor geïntegreerde geestelijke gezondheidszorg Pro Persona, Overwaal, Expertisecentrum voor Angststoornissen, OCD en PTSS, Nijmegen, en aan de afdeling Ontwikkelingspsychologie, Universiteit van Amsterdam.

Nessa Ikani is verbonden aan de instelling voor geïntegreerde geestelijke gezondheidszorg Pro Persona, Overwaal, Expertisecentrum voor Angststoornissen, OCD en PTSS, Nijmegen, en aan de afdeling Ontwikkelingspsychologie, Tilburg University, Nederland.

Annemiek Wauben en **Lotte Hendriks** zijn verbonden aan de instelling voor geïntegreerde geestelijke gezondheidszorg Pro Persona, Overwaal, Expertisecentrum voor Angststoornissen, OCD en PTSS, Nijmegen.

Gert-Jan Hendriks en **Mirjam Kampman** zijn verbonden aan de instelling voor geïntegreerde geestelijke gezondheidszorg Pro Persona, Overwaal, Expertisecentrum voor Angststoornissen, OCD en PTSS, Nijmegen.

Correspondentieadres: Lynn Mobach, Pro Persona Nijmegen, Nijmeegsebaan 61, 6525 DX Nijmegen. E-mail: l.mobach@uva.nl, l.mobach@propersona.nl

Summary

Effectiveness of brief intensive exposure treatment for non-responding outpatients with obsessive compulsive disorder and panic disorder

A subset of patients with obsessive-compulsive disorder (OCD) or panic disorder (PD) shows insufficient response to regular cognitive behavioural therapy (CBT). This study examined the effectiveness of a brief, intensified exposure therapy (IET) for patients with OCD and PD who did not sufficiently respond to previous, regular CBT. While IET has been studied in other populations, its effectiveness for patients who have had insufficient response or have relapsed after previous CBT has not yet been sufficiently investigated. In two single-case, randomized multiple-baseline studies, patients with OCD (N = 12) or PD (N = 12) received IET after a randomized waiting period. OCD and PD symptoms significantly decreased during treatment, and these effects were maintained at follow-up. Depressive symptoms also improved in both groups, but remained stable only in the PD group. Additionally, improvements in overall functioning were only observed in the PD group. These findings suggest that IET may be effective for a complex patient population with persistent OCD and PD after previous treatment.

Keywords *obsessive-compulsive disorder, panic disorder, intensive exposure therapy, multiple-baseline design, non-response*

Referenties

- Abramowitz, J. S., Foa, E. B., & Franklin, M. E. (2003). Exposure and ritual prevention for obsessive-compulsive disorder: Effects of intensive versus twice-weekly sessions. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 71, 394. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.71.2.394>
- Adam, Y., Meinschmidt, G., Gloster, A. T., & Lieb, R. (2012). Obsessive-compulsive disorder in the community: 12-month prevalence, comorbidity and impairment. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 47, 339-349. <https://doi.org/10.1007/s00127-010-0337-5>
- Ali, S., Rhodes, L., Moreea, O., McMillan, D., Gilbody, S., Leach, C., Lucock, M., Lutz, W., & Delgadillo, J. (2017). How durable is the effect of low intensity CBT for depression and anxiety? Remission and relapse in a longitudinal cohort study. *Behaviour Research and Therapy*, 94, 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2017.04.006>
- Bandelow, B., Allgulander, C., Baldwin, D. S., Costa, D. L. D. C., Denys, D., Dilbaz, N., Domschke, K., Eriksson, E., Fineberg, N. A., Hättenschwiler, J., Hollander, E., Kaiya, H., Karavaeva, T., Kasper, S., Katzman, M., Kim, Y. K., Inoue, T., Lim, L., Masdrakis, V., Menchón, J. M., ... Zohar, J. (2023). World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for treatment of anxiety, obsessive-compulsive and posttraumatic stress disorders – Version 3: Part I: Anxiety disorders. *The World Journal of Biological Psychiatry: The Official Journal of the World Federation of Societies of Biological Psychiatry*, 24(2), 79-117. <https://doi.org/10.1080/15622975.2022.2086295>
- Berg, H., Tjelle, K., Solem, S., Hansen, B., Kvale, G., Björgvinsson, T., & Hagen, K. (2025). Motivation in the Bergen 4-day treatment for obsessive-compulsive disorder. *BMC Psychiatry*, 25, 958. <https://doi.org/10.1186/s12888-025-07218-z>
- Bulté, I., & Onghena, P. (2009). Randomization tests for multiple-baseline designs: An extension of the SCRT-R package. *Behavior Research Methods*, 41, 477-485. <https://doi.org/10.3758/BRM.41.2.477>
- Bürkner, P. (2017). brms: An R package for Bayesian Multilevel Models using Stan. *Journal of Statistical Software*, 80, 1-28. <https://doi.org/10.18637/jss.v080.i01>
- Busner, J., & Targum, S. D. (2007). The Clinical Global Impressions Scale: Applying a research tool in clinical practice. *Psychiatry (Edgmont (Pa.: Townshp))*, 4, 28-37. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20526405

- Chase, R. M., Whitton, S. W., & Pincus, D. B. (2012). Treatment of adolescent panic disorder: A nonrandomized comparison of intensive versus weekly CBT. *Child & Family Behavior Therapy*, 34, 305-323. <https://doi.org/10.1080/07317107.2012.732873>
- Craske, M. G., Treanor, M., Zbozinek, T. D., & Vervliet, B. (2022). Optimizing exposure therapy with an inhibitory retrieval approach and the OptEx Nexus. *Behaviour Research & Therapy*, 152, 104069. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2022.104069>
- Cuijpers, P., Sijbrandij, M., Koole, S. L., Andersson, G., Beekman, A. T., & Reynolds, C. F. (2014). Adding psychotherapy to antidepressant medication in depression and anxiety disorders: A meta-analysis. *World Psychiatry*, 13, 56-67. <https://doi.org/10.1176/appi.focus.12.3.347>
- de Jong, K., Nugter, M. A., Polak, M. G., Waggenborg, J. E. A., Spinhoven, P., & Heiser, W. J. (2007). The Outcome Questionnaire (OQ-45) in a Dutch population: A cross-cultural validation. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 14, 288-301. <https://doi.org/10.1002/cpp.529>
- Dettore, D., Pozza, A., & Coradeschi, D. (2013). Does time-intensive ERP attenuate the negative impact of comorbid personality disorders on the outcome of treatment-resistant OCD? *Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry*, 44, 411-417. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2013.04.002>
- DiMauro, J., Domingues, J., Fernandez, G., & Tolin, D. F. (2013). Long-term effectiveness of CBT for anxiety disorders in an adult outpatient clinic sample: A follow-up study. *Behaviour Research & Therapy*, 51, 82-86. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2012.10.003>
- Edgington, E. S. (1972). An additive method for combining probability values from independent experiments. *Journal of Psychology*, 80, 351-363.
- Effertz, T., & Mann, K. (2013). The burden and cost of disorders of the brain in Europe with the inclusion of harmful alcohol use and nicotine addiction. *European Neuropsychopharmacology*, 23, 742-748. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2012.07.010>
- Eisen, J. L., Sibrava, N. J., Boisseau, C. L., Mancebo, M. C., Stout, R. L., Pinto, A., & Rasmussen, S. A. (2013). Five-year course of obsessive-compulsive disorder: Predictors of remission and relapse. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 74, 7286. <https://doi.org/10.4088/JCP.12mo07657>
- Erekson, D. M., Lambert, M. J., & Eggett, D. L. (2015). The relationship between session frequency and psychotherapy outcome in a naturalistic setting. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 83, 1097. <https://doi.org/10.1037/a0039774>
- Farrell, N. R., Deacon, B. J., Kemp, J. J., Dixon, L. J., & Sy, J. T. (2013). Do negative beliefs about exposure therapy cause its suboptimal delivery? An experimental investigation. *Journal of Anxiety Disorders*, 27, 763-771. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2013.03.007>
- Ferrando, C., & Selai, C. (2021). A systematic review and meta-analysis on the effectiveness of exposure and response prevention therapy in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 31, 100684. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2021.100684>
- Fineberg, N. A., Reghunandanan, S., Brown, A., & Pampaloni, I. (2012). Pharmacotherapy of obsessive-compulsive disorder: Evidence-based treatment and beyond. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 47, 121-141. <https://doi.org/10.1177/0004867412461958>
- Gartlehner, G., Thieda, P., Hansen, R. A., Gaynes, B. N., DeVeau-Geiss, A., Krebs, E. E., & Lohr, K. N. (2008). Comparative risk for harms of second generation antidepressants. *Drug Safety*, 31, 851-865. <https://doi.org/10.2165/00002018-200831100-00004>
- Goodman, W. K., Price, C. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Fleischmann, R. L., Hill, C. L., & Charney, D. S. (1989). Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS). *Archives of General Psychiatry*, 46, 1006-1011.
- Goodwin, R. D., Faravelli, C., Rosi, S., Cosci, F., Truglia, E., de Graaf, R., & Wittchen, H. U. (2005). The epidemiology of panic disorder and agoraphobia in Europe. *European Neuropsychopharmacology*, 15, 435-

443. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2005.04.006>
- Hansen, B., Hagen, K., Öst, L. G., Solem, S., & Kvale, G. (2018). The Bergen 4-day OCD treatment delivered in a group setting: 12-month follow-up. *Frontiers in Psychology*, 9, 639. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00639>
- Hayes, A. M., & Andrews, L. A. (2020). A complex systems approach to the study of change in psychotherapy. *BMC Medicine*, 18, 1-13. <https://doi.org/10.1186/s12916-020-01662-2>
- Heinig, I., Knappe, S., Hoyer, J., Wittchen, H. U., Richter, J., Arolt, V., Deckert, J., Domschke, K., Hamm, A., Kircher, T., Lueken, U., Margraf, J., Neudeck, P., Rief, W., Straube, B., Ströhle, A., Pauli, P., & Pittig, A. (2023). Effective and tolerable: Acceptance and side effects of intensified exposure for anxiety disorders. *Behavior Therapy*, 54, 427-443. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2022.11.001>
- Hendriks, L., de Kleine, R. A., Hendriks, G. J., & van Minnen, A. V. (2015). Intensive cognitive-behavioral treatment of PTSD: An overview of massed outpatient treatment programs. In C. Martin, V. Preedy, & V. Patel (Eds.), *Comprehensive guide to post-traumatic stress disorders* (pp. 1-16). https://doi.org/10.1007/978-3-319-08613-2_123-1
- Iancu, S. C., Batelaan, N. M., Zweekhorst, M. B. M., Bunders, J. F. G., Veltman, D. J., Penninx, B. W. J. H., & van Balkom, A. J. L. M. (2014). Trajectories of functioning after remission from anxiety disorders: 2-year course and outcome predictors. *Psychological Medicine*, 44, 593-605. <https://doi.org/10.1017/S0033291713001050>
- Iversen, H. M., Eide, T. O., Harvold, M., Solem, S., Kvale, G., Hansen, B., & Hagen, K. (2022). The Bergen 4-day treatment for panic disorder: replication and implementation in a new clinic. *BMC psychiatry*, 22, 728. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-04380-6>
- Jain, N., Stech, E., Grierson, A. B., Sharrock, M. J., Li, I., Mahoney, A. E., & Newby, J. M. (2021). A pilot study of intensive 7-day internet-based cognitive behavioral therapy for social anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 84, 102473. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2021.102473>
- Kazdin, A. E. (2016). Evidence-based psychosocial treatment: Advances, surprises, and needed shifts in foci. *Cognitive & Behavioral Practice*, 23, 426-430. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2015.11.003>
- Kazdin, A. E. (2019). Single-case experimental designs: Evaluating interventions in research and clinical practice. *Behaviour Research & Therapy*, 117, 3-17. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2018.11.015>
- Kazdin, A. E., & Weisz, J. R. (1998). Identifying and developing empirically supported child and adolescent treatments. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 66, 19.
- Klein Breteler, J. K., Ikani, N., Becker, E. S., Spijker, J., & Hendriks, G. (2021). Comorbid depression and treatment of anxiety disorders, OCD, and PTSD: Diagnosis versus severity. *Journal of Affective Disorders*, 295, 1005-1011. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.08.146>
- Lambert, M. J., Burlingame, G. M., Umphress, V., Hansen, N. B., Vermeersch, D. A., Clouse, G. C., & Yanchar, S. C. (1996). The reliability and validity of the Outcome Questionnaire. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 3, 249-258. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-0879\(199612\)3:4%3C249::AID-CPP106%3E3.0.CO;2-S](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-0879(199612)3:4%3C249::AID-CPP106%3E3.0.CO;2-S)
- Levy, H. C., O'Bryan, E. M., & Tolin, D. F. (2021). A meta-analysis of relapse rates in cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 81, 102407. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2021.102407>
- Loerinc, A. G., Meuret, A. E., Twohig, M. P., Rosenfield, D., Bluett, E. J., & Craske, M. G. (2015). Response rates for CBT for anxiety disorders: Need for standardized criteria. *Clinical Psychology Review*, 42, 72-82. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.08.004>
- McHugh, R. K., Whitton, S. W., Peckham, A. D., Welge, J. A., & Otto, M. W. (2013). Patient preference for psychological vs. pharmacological treatment of psychiatric disorders: A meta-analytic review. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 74, 595. <https://doi.org/10.4088%2FJCP.12r07757>
- Morgan, D. L., & Morgan, R. K. (2001). Single-participant research design: Bring-

- ing science to managed care. *American Psychologist*, 56, 119. <https://doi.org/10.1037//0003-066X.56.2.119>
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). (2005). Obsessive compulsive disorder and body dysmorphic disorder: Adults. In *National Institute for Health and Clinical Excellence – Clinical Guidelines*. www.nice.org.uk/guidance/cg31
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). (2011). Generalised anxiety disorder and panic disorder in adults. In *National Institute for Health and Clinical Excellence – Clinical Guidelines*. www.nice.org.uk/guidance/cg113.
- Nolen, W. A., & Dingemans, P. M. A. J. (2004). Meetinstrumenten bij stemmingsstoornissen (Assessment scales for mood disorders). *Tijdschrift Voor Psychiatrie*, 6, 681-686.
- Oar, E. L., Farrell, L. J., Waters, A. M., Conlon, E. G., & Ollendick, T. H. (2015). One session treatment for pediatric blood-injection-injury phobia: A controlled multiple baseline trial. *Behaviour Research & Therapy*, 73, 131-142. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.08.002>
- Pittig, A., Heinig, I., Goerigk, S., Thiel, F., Hummel, K., Scholl, L., Deckert, J., Pauli, P., Domschke, K., Lueken, U., Fydrich, T., Fehm, L., Plag, J., Ströhle, A., Kircher, T., Straube, B., Rief, W., Koelkebeck, K., Arolt, V., Dannlowski, U., ... Wittchen, H. U. (2021). Efficacy of temporally intensified exposure for anxiety disorders: A multicenter randomized clinical trial. *Depression & Anxiety*, 38, 1169-1181. <https://doi.org/10.1002/da.23204>
- Pittig, A., Kotter, R., & Hoyer, J. (2019). The struggle of behavioral therapists with exposure: Self-reported practicability, negative beliefs, and therapist distress about exposure-based interventions. *Behavior Therapy*, 50, 353-366. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2018.07.003>
- Priebe, S., Jones, G., McCabe, R., Briscoe, J., Wright, D., Slead, M., & Beecham, J. (2006). Effectiveness and costs of acute day hospital treatment compared with conventional in-patient care: Randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 188, 243-249. <https://doi.org/10.1192/bjp.188.3.243>
- Rush, A. J., Carmody, T., & Reimnitz, P. (2000). The Inventory of Depressive Symptomatology (IDS): Clinician (IDS-C) and Self-Report (IDS-SR) ratings of depressive symptoms. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 9, 45-59.
- Scholten, W. D., Batelaan, N. M., Penninx, B. W., van Balkom, A. J., Smit, J. H., Schoevers, R. A., & van Oppen, P. (2016). Diagnostic instability of recurrence and the impact on recurrence rates in depressive and anxiety disorders. *Journal of Affective Disorders*, 195, 185-190. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.02.025>
- Shear, M. K., Brown, T. A., Barlow, D. H., Money, R., Sholomskas, D. E., Woods, S. W., Gorman, J. M., & Papp, L. A. (1997). Multicenter collaborative Panic Disorder Severity Scale. *American Journal of Psychiatry*, 154, 1571-1575.
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Janavs, J., Weiller, E., Keskner, A., Schinka, J., Knapp, E., Sheehan, M. F., & Dunbar, G. C. (1997). The validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) according to the SCID-P and its reliability. *European Psychiatry*, 12, 232-241.
- Skapinakis, P., Caldwell, D. M., Hollingworth, W., Bryden, P., Fineberg, N. A., Salkovskis, P., Welton, N. J., Baxter, H., Kessler, D., Churchill, R., & Lewis, G. (2016). Pharmacological and psychotherapeutic interventions for management of obsessive-compulsive disorder in adults: A systematic review and network meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 3, 730-739. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30069-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30069-4)
- Springer, K. S., Levy, H. C., & Tolin, D. F. (2018). Remission in CBT for adult anxiety disorders: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 61, 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.03.002>
- Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures. (1995). Training in and dissemination of empirically-validated treatments: Report and recommendations. *The Clinical Psychologist*, 48, 3-23.
- Tjelle, K., Opstad, H. B., Solem, S., Launes, G., Hansen, B., Kvale, G., & Hagen, K. (2021). Treatment adherence as predictor of outcome in concentrated exposure

- treatment for obsessive-compulsive disorder. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 667167. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.667167>
- van Minnen, A., Hendriks, L., Kleine, R. D., Hendriks, G. J., Verhagen, M., & de Jongh, A. (2018). Therapist rotation: A novel approach for implementation of trauma-focused treatment in post-traumatic stress disorder. *European Journal of Psychotraumatology*, 9, 1492836. <https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1492836>
- Whiteside, S. P., Sim, L. A., Morrow, A. S., Farah, W. H., Hilliker, D. R., Murad, M. H., & Wang, Z. (2020). A meta-analysis to guide the enhancement of CBT for childhood anxiety: Exposure over anxiety management. *Clinical Child & Family Psychology Review*, 23, 102-121. <https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1492836>

Het belang van zingeving en zingevingegerichte therapie

Een overzicht en toepassing bij eetstoornissen

► SANNE MARCIC-VAN DOORNIK, KLASKE GLASHOUWER & PETER DE JONG

Samenvatting Dit overzichtsartikel geeft een beschrijving van het thema zingeving, een thema dat lange tijd weinig aandacht kreeg binnen de psychologie. De ontwikkeling van duidelijke definities en betrouwbare meetinstrumenten heeft daar verandering in gebracht. Onderzoek toont aan dat een lage mate van zingeving samenhangt met diverse mentale problemen, terwijl een hoge mate van zingeving gerelateerd is aan een positieve mentale gezondheid. Daarnaast laat onderzoek zien dat zingeving effectief kan worden verhoogd door middel van *meaning-centered psychotherapy* (MCP), een interventie die breed toepasbaar lijkt. Dit overzichtsartikel beschrijft een toepassing van MCP bij eetstoornissen (MCP-ED). Twee effectiviteitsstudies bij vrouwen met zorgen over lichaam en gewicht tonen aan dat MCP-ED effectief is in het verhogen van zingeving en het verminderen van eetstoornissymptomen. Klinisch vervolgonderzoek moet uitwijzen of MCP-ED inderdaad een belangrijke aanvullende interventie kan zijn bij de behandeling van eetstoornissen en in hoeverre MCP effectief kan worden ingezet bij andere mentale aandoeningen.

TREFWOORDEN — *zingeving, zingevingegerichte therapie, eetstoornissen*

Kernboodschappen voor de klinische praktijk

- Een lage mate van zingeving hangt samen met diverse mentale problemen, zoals depressieklachten, angst en middelengebruik.
- Zingevingegerichte therapieën, zoals *meaning-centered psychotherapy*, zijn effectief in het verhogen van zingeving en lijken breed toepasbaar voor verschillende aandoeningen die gepaard gaan met problemen in het mentaal of fysiek functioneren.
- Zingevingegerichte therapie voor eetstoornissen blijkt effectief in het verhogen van zingeving, en in het verminderen van eetstoornissymptomen en comorbide angst- en depressieklachten bij vrouwen met zorgen over lichaam en gewicht. Daarom is zingevingegerichte therapie mogelijk een belangrijke aanvullende interventie bij de behandeling van eetstoornissen.

Inleiding

Met dit artikel stellen we ons ten doel de lezer te informeren over het thema zingeving en hoe belangrijk het is om zingeving te integreren binnen de klinische psychologie. We beginnen met een beschrijving van de ontwikkeling van het begrip ‘zingeving’, de bijbehorende meetinstrumenten en de belangrijkste empirische resultaten. Vervolgens bespreken we in meer detail een veelbelovende therapeutische interventie gericht op zingeving, namelijk *meaning-centered psychotherapy*, alsook een concrete toepassing ervan gericht op eetstoornissen. Na de huidige stand van zaken in de classificatie en behandeling van eetstoornissen besproken te hebben, staan we stil bij de rationale en de (eerste) empirische evidentie voor het incorporeren van deze interventie gericht op zingeving in de behandeling van eetstoornissen.

Ontwikkeling van het concept zingeving

Hoewel de meeste mensen weleens nadenken over wat het leven voor hen zinvol maakt, heeft het concept zingeving (*meaning in life*) lange tijd geen centrale plek gehad binnen de psychologie. Zo werd het concept te vaag geacht om het te kunnen opnemen in theoretische modellen en empirisch onderzoek (Debats, 1996).

Tijdens de twintigste eeuw begonnen echter steeds meer therapeuten en onderzoekers zich te buigen over het thema. Victor Frankl, een Oostenrijkse psychiater, was een van de eersten die een theoretisch kader over zingeving ontwikkelde en wordt daarom gezien als grondlegger van dit onderzoeksveld. Een van zijn belangrijkste overtuigingen was dat iemand ongeacht het lijden dat hij doormaakt altijd de mogelijkheid heeft om zingeving te ervaren, te zoeken of te creëren (Frankl, 1959, 1986). Volgens Frankl is het ervaren van zingeving een van de meest fundamentele menselijke behoeften en leidt de afwezigheid van zingeving tot mentale problemen. Om deze reden ontwikkelde hij ‘logotherapie’, een therapie om mensen te ondersteunen bij het ervaren van zingeving (Frankl, 1986, 1998).

In de loop der jaren is er veel discussie geweest over hoe het concept zingeving het beste kan worden begrepen (King & Hicks, 2021). Zo bleek het belangrijk om onderscheid te maken tussen *meaning of life* en *meaning in life*. *Meaning of life* gaat over de filosofische vraag wat de zin is van het menselijk bestaan in zijn algemeenheid, waarbij de vraag impliceert dat er mogelijk een eenduidig antwoord kan worden gegeven, terwijl *meaning in life* gaat over de individuele, subjectieve ervaring die iemand heeft over zijn hui-

Het ervaren van zingeving is een van de meest fundamentele menselijke behoeften en de afwezigheid van zingeving leidt tot mentale problemen

dige toestand en leven, een ervaring die door de tijd heen kan veranderen (King & Hicks, 2021). Het soort zingeving waar het in dit artikel over gaat betreft deze laatste, individuele, subjectieve ervaring van het eigen leven.

Vervolgens kwam het discussiepunt aan de orde hoe dit concept van zingeving nader gedefinieerd moest worden. In de beginjaren probeerden onderzoekers deze discussie vaak te omzeilen, bijvoorbeeld door vragenlijsten te gebruiken die het volledig aan de respondent zelf overlieten om te definiëren wat een zinvol leven eigenlijk inhoudt. Een bekend voorbeeld hiervan is de veelgebruikte Purpose in Life test (PIL; Crumbaugh & Maholick, 1964), met items als: 'My personal existence is: 1 (meaningless, without purpose) to 7 (purposeful, meaningful).' Wat verder bijdroeg aan de verwarring rond de definitie van zingeving, was dat in sommige artikelen zingeving als een unidimensioneel construct werd beschouwd, waarbij de concepten *meaning* en *purpose* als verwisselbaar werden gezien (zoals in de PIL), terwijl in andere artikelen deze concepten als twee losstaande constructen werden beschreven (George & Park, 2013).

De laatste jaren is er echter steeds meer consensus gekomen om zingeving niet meer als een unidimensioneel construct te zien, maar als een construct waarin drie dimensies worden onderscheiden: *comprehension*, *purpose* en *mattering* (George & Park, 2016; Heintzelman & King, 2014; Martela & Steger, 2016). *Comprehension* gaat over de mate waarin een individu een gevoel van begrip en samenhang in het leven ervaart, *purpose* betreft de intrinsiek gewaardeerde doelen in het leven waar een individu naar kan streven, en *mattering* refereert aan de mate waarin een individu het gevoel heeft dat het eigen leven belangrijk is en waardevol voor de wereld (George & Park, 2016). Kortom, volgens de huidige stand van zaken kan het ervaren van een gevoel van zingeving worden gedefinieerd als de mate waarin iemand doelen heeft in het leven, een gevoel van begrip en samenhang ervaart, en het idee heeft dat zijn of haar leven ertoe doet (George & Park, 2016).

Om zingeving te meten werd in veel vroegere studies de PIL gebruikt. De kritiek op de PIL nam echter steeds meer toe, met name vanwege de variërende factorstructuur en de vermenging van het concept zingeving met andere concepten, zoals stress en plezier (met items als: 'I am usually: 1 (completely bored) to 7 (exuberant, enthusiastic)'; Steger et al., 2006). Om hier verbetering in aan te brengen, ontwikkelden Steger en collega's (2006) de Meaning in Life Questionnaire (MLQ), met items als: 'I have a good sense of what makes my life meaningful.' Net als de PIL benadert de MLQ het concept zingeving als unidimensioneel. Hoewel zingeving in de MLQ niet wordt gedefinieerd, werd de MLQ de meest gebruikte vragenlijst om zingeving te meten (King & Hicks, 2021). Recent echter werd in lijn met de multidimensionele kijk op zingeving een nieuwe vragenlijst ontwikkeld, die zingeving op een multidimensionele manier tracht te meten: de Multidimensional Existential Meaning Scale (MEMS; George & Park, 2017), die met drie subschalen de dimensies *comprehension* (met items als: 'I can make sense of the things that happen in my life') meet, *purpose* (met items

als: 'I have aims in my life that are worth striving for') en mattering (met items als: 'I am certain that my life is of importance').

Frankls overtuiging dat de afwezigheid van zingeving kan leiden tot mentale problemen wordt grotendeels ondersteund door de resultaten van empirisch onderzoek. Zo lieten vroege studies al zien dat een lage mate van ervaren zingeving samenhangt met meer depressieklachten, angst en suïcidale gedachten (Crumbaugh et al., 1970; Harlow et al., 1986). Ook recentere onderzoeken laten een eenduidig patroon zien: een hoge mate van zingeving is dikwijls gerelateerd aan diverse positieve uitkomsten, terwijl een lage mate van zingeving samenhangt met een verscheidenheid aan mentale problemen. Zo rapporteren mensen die meer zingeving ervaren ook een hogere mate van autonomie, zelfbeschikking, positief affect, geluk en tevredenheid (Delle Fave et al., 2013; Glaw et al., 2017; Steger et al., 2008). Daarentegen hangt een lage mate van zingeving samen met depressieklachten, hopeloosheid, angst, middelengebruik, suïcidale gedachten en een hoger risico op overlijden (Goodman et al., 2018; Hill & Turiano, 2014; Marco et al., 2017; Palfai & Weafer, 2006). Deze uitkomsten wijzen erop dat het binnen de klinische psychologie van belang kan zijn om interventies te ontwikkelen die zich richten op het verhogen van zingeving.

Interventies gericht op zingeving: meaning-centered psychotherapy (MCP)

Binnen een aantal psychotherapeutische benaderingen is zingeving een belangrijk thema of behandeldoel, zoals bij existentiële therapie (Yalom, 1980), positieve psychologie (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000) en *acceptance and commitment therapy* (Hayes et al., 2006). Er zijn echter ook therapieën die het ervaren van zingeving als hoofddoel stellen en daar systematisch naar toe werken. Deze therapeutische benaderingen worden wel 'zingevingsgerichte therapieën' genoemd en blijken effectief in het verbeteren van de kwaliteit van leven en het verminderen van mentale problemen (Vos & Vitali, 2018). Een van deze zingevingsgerichte therapieën is meaning-centered psychotherapy (MCP), ontwikkeld door Breitbart en collega's (2015) en gebaseerd op het werk van Frankl. MCP is oorspronkelijk ontwikkeld en bedoeld om mensen met kanker in een vergevorderd stadium te helpen hun gevoel van zingeving te behouden of te versterken (Breitbart, 2017).

In zowel het werk van Frankl (1998) als MCP staat het idee centraal dat er in het menselijk leven vier voorspelbare en relatief toegankelijke bronnen van zingeving zijn (*sources of meaning*), die als leidraad dienen binnen de therapie (Breitbart, 2017):

- 1 Het persoonlijke levensverhaal (*historical sources*) gaat over wat het individu vanuit de persoonlijke geschiedenis heeft meegemaakt, hoe hij of zij daarmee is omgegaan en het in de toekomst wil gebruiken.

- 2 Omgaan met tegenslag (*attitudinal sources*) gaat onder andere over het kiezen van een houding tegenover moeilijke omstandigheden en tegenslagen, waarbij beperkingen kunnen worden overwonnen.
- 3 Bij het vormgeven van het leven (*creative sources*) zijn moed, toewijding en verantwoordelijkheid belangrijk, zodat het individu actief kan deelnemen aan het leven en dat kan vormgeven door onder andere werk, hobby's, creativiteit, maatschappelijke betrokkenheid en prestaties.
- 4 Ervaringen (*experiential sources*) ten slotte gaat over het zich verbonden voelen met het leven door bijvoorbeeld relaties, liefde, kunst, natuur en humor.

De meeste mensen leven hun leven zonder zich ervan bewust te zijn dat ze deze bronnen van zingeving gebruiken. Wanneer iemand echter een lage mate van zingeving ervaart, bijvoorbeeld na een kankerdiagnose, kan het helpend zijn om deze bronnen expliciet te krijgen en ze bewust na te streven, om zo het gevoel van zingeving te vergroten (Breitbart, 2017). Dat is precies wat MCP beoogt te doen.

MCP is ontwikkeld als een geprotocolleerde interventie, met wekelijkse sessies (zeven in de individuele variant en acht in de groepsinterventie)

*Meaning-centered
psychotherapy (MCP)
ondersteunt het
versterken en ervaren
van zingeving*

waarin theorie, discussies en ervaringsgerichte oefeningen rondom de vier bronnen van zingeving centraal staan (Breitbart et al., 2010). Op deze manier ondersteunt MCP het versterken en ervaren van zingeving. Volgens het theoretisch model van MCP werkt de verhoogde zingeving vervolgens als een katalysator, waardoor ook andere psychosociale factoren verbeteren (Breitbart, 2017). Wat betreft de effectiviteit van MCP laten de resultaten van meerdere grote studies onder patiën-

ten met terminale kanker zien dat MCP inderdaad effectief is in het verhogen van zingeving, kwaliteit van leven en psychologisch welbevinden. Daarnaast blijkt MCP effectief in het verminderen van depressieve klachten en hopeloosheid (Breitbart et al., 2010, 2012, 2015, 2018).

Vanwege deze positieve bevindingen hebben diverse onderzoeksgroepen in verschillende delen van de wereld MCP overgenomen, vertaald en er de nodige culturele aanpassingen in aangebracht, bijvoorbeeld voor de Chinese en de Spaanse cultuur. Bovendien is MCP aangepast voor verschillende doelgroepen, bijvoorbeeld voor vrouwen die hersteld zijn van borstkanker, adolescenten en jongvolwassenen met kanker, en verpleegkundigen op oncologieafdelingen (voor een overzicht, zie Breitbart, 2017). In deze lijn werd tevens een Nederlandse variant van MCP ontwikkeld, gericht op mensen die curatief zijn behandeld voor kanker, waarvan de effectiviteit in meerdere studies werd aangetoond (van der Spek et al., 2014, 2017, 2018). Samenvattend concluderen Breitbart en collega's (2018) dat MCP weliswaar oorspronkelijk ontworpen is voor mensen met terminale kanker, maar dat de inter-

ventie vanwege de focus op verbetering van zingeving breder toepasbaar lijkt te zijn voor een verscheidenheid aan aandoeningen waarbij het mentaal of fysiek functioneren in het geding is. Om te illustreren dat MCP mogelijk een belangrijke rol kan spelen bij de behandeling van mentale aandoeningen, bespreken we hierna een toepassing voor eetstoornissen.

Toepassing van MCP voor eetstoornissen

Eetstoornissen als anorexia nervosa en boulimia nervosa kenmerken zich door problemen op het gebied van eten en lichaamsbeeld (APA, 2015). Als gevolg hiervan ervaren mensen met een eetstoornis vaak beperkingen in lichamelijke gezondheid, psychosociaal functioneren en emotioneel welbevinden (Dakanalis et al., 2017; Stice et al., 2013; van Hoeken & Hoek, 2020; Voderholzer et al., 2020). Eetstoornissen beginnen doorgaans voor het 25ste levensjaar en hebben vaak een chronisch beloop (Schmidt et al., 2016). Uit onderzoek is gebleken dat mensen met een eetstoornis een lagere tevredenheid met het leven ervaren dan mensen zonder eetstoornis (Magallares et al., 2014) en dat comorbide stemmings- en angststoornissen onder hen vaak voorkomen (Touchette et al., 2011; Vervaet et al., 2021). Naar schatting krijgt ongeveer één op vijf vrouwen en één op vijftig mannen op enig moment in hun leven te maken met een eetstoornis (Silén & Keski-Rahkonen, 2022), wat hoge zorgkosten tot gevolg heeft (Schmidt et al., 2016) en benadrukt hoe belangrijk het is om effectieve behandelopties te ontwikkelen.

Cognitive behavior therapy – enhanced (CBT-E; Fairburn, 2008) wordt momenteel beschouwd als de leidende evidencebased therapie voor eetstoornissen, met name voor boulimia nervosa (Hay et al., 2009), eetbuistoornis (Hilbert et al., 2019) en in mindere mate ook voor anorexia nervosa (Hay et al., 2015). CBT-E wordt daarom aangeraden als eerstekeuzebehandeling in (inter)nationale behandelrichtlijnen – waaronder de zorgstandaard *Eetstoornissen* (GGZ Standaarden, 2017), en de betreffende richtlijnen van NICE (2017) en RANZCP (Hay et al., 2014) –, naast een gezinsgerichte aanpak voor jongeren met een eetstoornis.

Hoewel de wetenschappelijke ondersteuning voor de effectiviteit van de huidige behandelopties toeneemt, komen veel mensen met een eetstoornis niet in behandeling (Hay et al., 2019), vallen zij uit tijdens hun behandeling (de Jong et al., 2018) of is er sprake van terugval nadat de behandeling is afgerond (Berends et al., 2018; Gregertsen et al., 2019; Marzola et al., 2021). Om deze redenen is het van belang om meer kennis te vergaren over de factoren die relevant zijn voor de ontwikkeling en instandhouding van eetstoornissen, zodat duidelijker wordt waar de behandeling zich op dient te richten. Recent is geopperd dat een lage mate van zingeving een belangrijke rol speelt bij eetstoornissen en als zodanig een belangrijk aangrijpingspunt van behandeling zou kunnen zijn (Marco et al., 2021).

Zingeving en eetstoornissen: theoretisch model en empirische bevindingen

Volgens het transdiagnostische model van Fairburn en collega's (2003) speelt overwaardering van gewicht, lichaamsvormen, eetgedrag en de controle hierover een centrale rol binnen eetstoornissen. Dit houdt in dat in tegenstelling tot mensen zonder een eetstoornis – die zichzelf beoordelen op basis van hoe het met hen gaat op diverse levensdomeinen, zoals werk, school, sport, relaties, enzovoort – mensen met een eetstoornis zichzelf vrijwel uitsluitend beoordelen op basis van hun gewicht, lichaamsvormen en eetgedrag, en hoe goed ze die factoren onder controle kunnen houden (Fairburn et al., 2003). Deze overwaardering komt tot uiting in schema's die iemands aandacht richten op informatie uit de omgeving die te maken heeft met lichaamsvorm en eten, en in schema's die de interpretatie van deze informatie kleuren (Williamson et al., 2004). Dit kan vervolgens een vicieuze cirkel creëren, waarbij het doel om af te vallen ertoe leidt dat bepaalde informatie meer opvalt (bijvoorbeeld de eigen 'dikke' lichaamsdelen), met als gevolg dat er meer aandacht naar deze informatie gaat en die uitgebreid wordt verwerkt, wat vervolgens weer leidt tot de activatie van het oorspronkelijke doel van gewichtsverlies, enzovoort (Williamson et al., 2004). Volgens het *meaning making model in eating disorders* (MMM-ED; Marco et al., 2021) kan deze vicieuze cirkel ervoor zorgen dat de impliciete en expliciete ideeën en mentale representaties die mensen over de wereld hebben (*meaning frameworks*; George & Park, 2016) en de bijbehorende doelen en waarden meer en meer gaan draaien om gewicht, lichaamsvormen en eetgedrag (Marco et al., 2021). Iemands gedrag zal zich hierdoor steeds meer toespitsen op activiteiten die gericht zijn op gewichts- en lichaamsvormgerelateerde doelen, bijvoorbeeld lijnen, purgeren of overmatig sporten (Marco et al., 2021).

Op korte termijn kunnen deze eetstoornisgedragingen de betrokkene een gevoel van identiteit geven (Croce et al., 2024) en een mate van samenhang en structuur in het leven (Fox & Leung, 2009; Ison & Kent, 2010; Serpell et al., 1999), en dus een manier zijn om zin te geven aan het leven. Volgens het MMM-ED zijn zulke eetstoornisgedragingen echter een disfunctionele manier om zingeving te creëren, die ook nog eens interfereert met toegang tot adaptievere bronnen van zingeving (Marco et al., 2021), zoals positieve relaties met anderen, gezondheid en persoonlijke ontwikkeling (Emmons, 2003; Schnell, 2011). Daarnaast kan de gevormde identiteit rond eetstoornis, gewichtsbeheersing en slankheid (Verschuere et al., 2018) ervoor zorgen dat wanneer er niet aan het ideaal kan worden voldaan, men gevoelens van schaamte en walging ervaart en zichzelf als onwaardig ziet (Glashouwer & de Jong, in druk). Tot slot lijkt het nuttig dat mensen binnen verschillende levensdomeinen doelen nastreven, zodat ze van domein kunnen wisselen wanneer mocht blijken dat een bepaald doel (tijdelijk) onhaalbaar is (Kashdan et al., 2023). Wie uitsluitend doelen nastreeft binnen één levensdomein – zoals mensen met een eetstoornis doen die enkel streven naar doelen op het gebied van gewicht en lichaamsvormen –, loopt het risico ontmoedigd te raken wanneer hij of zij geconfron-

teerd wordt met moeilijkheden binnen dat ene domein of wanneer die doelen onbereikbaar blijken (Kashdan et al., 2023). Kortom, een disfunctionele wijze van zingeving creëren, die daardoor toegang tot adaptievere bronnen van zingeving inperkt, een identiteit gefocust op de eetstoornis en uitsluitend doelen hebben binnen één levensdomein – dit alles leidt ertoe dat mensen met een eetstoornis op de lange termijn juist een laag gevoel van zingeving ervaren (Marco et al., 2020). Om daarmee om te gaan, zetten zij (paradoxaal genoeg) weer eetstoornisgedragingen in (Fox & Leung, 2009), waardoor er een vicieuze cirkel ontstaat die de eetstoornis juist in stand houdt (Marco et al., 2021).

Deze theorie lijkt te worden ondersteund door empirisch onderzoek naar de relatie tussen eetstoornissen en zingeving. Zo ervaren mensen met een eetstoornis een lagere mate van zingeving (Marco et al., 2017), existentieel welbevinden (Fox & Leung, 2009) en tevredenheid met zinvolle levensdomeinen (zoals familie, vrienden en school; van Doornik et al., 2021) dan mensen zonder eetstoornis. Ook blijkt de mate van ervaren zingeving samen te hangen met de ernst van de eetstoornissymptomen (Marco et al., 2019). Daarnaast laat longitudinaal onderzoek onder jongeren met anorexia nervosa zien dat een verbetering in eetstoornissymptomen samenhangt met een toename in tevredenheid met zinvolle levensdomeinen (van Doornik et al., 2022). Tot slot heeft een recent grootschalig onderzoek in de algemene populatie aangetoond dat zingeving een causale invloed heeft op eetstoornissymptomen (Schutzeichel et al., 2024; voor meer informatie over het causaal detectiealgoritme dat in dit onderzoek is gebruikt, zie Waldorp et al., 2025). Samen lijken deze bevindingen erop te wijzen dat zingeving een veranderbare factor is, die kan fluctueren met de ernst van de eetstoornissymptomen en daardoor mogelijk relevant is om in de behandeling aan te pakken (van Doornik et al., 2022).

Een disfunctionele wijze van zingeving: een identiteit gefocust op de eetstoornis en uitsluitend doelen hebben binnen één levensdomein

MCP-ED: een zingevingsgerichte therapie voor eetstoornissen Hoewel meerdere onderzoekers erop gewezen hebben dat het nuttig kan zijn om aan de huidige eetstoornisbehandelingen een behandelcomponent toe te voegen die zich richt op zingeving (de Vos et al., 2017; Marco et al., 2020), was daar nog geen behandelprotocol voor ontwikkeld. Om die reden hebben wij een nieuw protocol ontwikkeld, genaamd ‘zingevingsgerichte psychotherapie voor jongeren met een eetstoornis’ (*meaning-centered psychotherapy for eating disorders*; MCP-ED; van Doornik et al., 2024). Het doel van MCP-ED is om het gevoel van zingeving te vergroten en jongeren zo te ondersteunen in het proces van herstel van de eetstoornis.

MCP-ED is ontwikkeld in samenwerking met therapeuten en jongeren die een eetstoornis hebben, en is gebaseerd op het individuele MCP-protocol (Breitbart et al., 2018) en de Nederlandse variant van MCP voor mensen met kanker die curatief behandeld zijn (van der Spek et al., 2017). MCP-ED

bestaat uit zes wekelijkse sessies, waarin theorie wordt besproken, ervaringsgerichte oefeningen worden gedaan en huiswerkopdrachten worden meegegeven die gaan over thema's gerelateerd aan zingeving (van Doornik et al., 2024). Aanpassingen die zijn doorgevoerd omvatten onder andere een vermindering van het aantal sessies van acht naar zes, en wijzigingen in onderwerpen, oefeningen en terminologie, om die beter te laten aansluiten bij de adolescente leeftijdsgroep en hun klachtenpatroon. Zo wordt het concept zingeving beschreven als een gereedschapskist waar verschillende instrumenten in zitten die de jongere eruit kan halen om met zingeving aan de slag te gaan (van Doornik et al., 2024). De vier bronnen van zingeving uit de eerdere MCP-protocollen (deze omvatten het persoonlijke levensverhaal, omgaan met tegenslag, je leven vormgeven en ervaringen) worden in MCP-ED dan ook beschreven als 'tools'. De sessies duren een uur en worden gegeven door een vaste therapeut die getraind is in het geven van MCP-ED. Er wordt gebruikgemaakt van een werkboek. Tijdens elke sessie staat één van de vier bronnen van zingeving centraal (voor een gedetailleerd overzicht van de sessies, zie tabel 1; van Doornik et al., 2024).

Empirische bevindingen Om een eerste idee te krijgen van de effectiviteit van MCP-ED hebben we een *randomized controlled trial* uitgevoerd onder een grote groep jonge vrouwen met zorgen over lichaam en gewicht (voor een uitgebreide beschrijving van deze studie, zie van Doornik et al., 2024). Het voornaamste doel was te onderzoeken of MCP-ED effectief is in het verhogen van een algeheel gevoel van zingeving (gemeten met de MLQ; Steger et al., 2006). Daarnaast werd gekeken of een eventuele verhoging in zingeving zichtbaar was voor elk van de drie componenten van zingeving (purpose, comprehension en mattering, gemeten met de MEMS; George & Park, 2017) en wat het effect van MCP-ED was op de secundaire uitkomstmaten, te weten eetstoornissymptomen (gemeten met de EDE-Q; Fairburn & Beglin, 2008), symptomen van angst, stress en depressiviteit (gemeten met de DASS-21; Lovibond & Lovibond, 1995), psychologisch welbevinden (gemeten met de Ryff's PWB Scales; Ryff, 1989) en tevredenheid met zinvolle levensdomeinen (gemeten met de BMSLSS-C; Zullig et al., 2009).

Na het invullen van de voormeting werden in totaal 134 eerstejaars vrouwelijke psychologiestudenten met verhoogde zorgen over lichaam en gewicht (gescreend met de Weight Concern Scale; Killen et al., 1994) (gemiddelde leeftijd = 19,72, SD = 2,14, gemiddeld BMI = 23,86, SD = 5,51) gerandomiseerd over de experimentele conditie ($n = 67$) en de wachtlijstconditie ($n = 67$). Deelnemers in de experimentele conditie kregen een therapeut toegewezen en volgden de zes wekelijkse sessies van MCP-ED in de taal van hun voorkeur (Nederlands, Duits of Engels). Vanwege de COVID-19-pandemie werden de sessies via videobellen gehouden. De nameting en follow-upmeting werden respectievelijk direct na de laatste sessie en 4 weken later ingevuld. De deelnemers in de wachtlijstconditie vulden enkel de vragenlijsten op de drie meetmomenten in. Van de 134 deelnemers vielen er

Tabel 1 *Overzicht van de sessies in MCP-ED (aangepast van: van Doornik et al., 2024, p. 182)*

Sessie	Inhoud	Oefeningen	Huiswerk
1	Kennismaking en introductie, theorie over het concept zingeving, de bronnen van zingeving en de relatie tussen zingeving en eetstoornissen	Definiëren van zingeving, bespreken en opschrijven van zinvolle ervaringen van de afgelopen week, bekijken van een video over de ervaring van andere jongeren met een eetstoornis wat betreft zingeving	Schrijf elke dag minimaal één ervaring op die je als zinvol hebt ervaren
2	Levensverhaal (1)	Bespreken en opschrijven van meege-maakte positieve en negatieve ervaringen en de bijbehorende levenslessen, bespreken en opschrijven van herinneringen/ervaringen die opkomen bij de emoties blijdschap, verdriet en spijt, bespreken en opschrijven van belangrijke mensen in je leven, bespreken en maken van een woordweb met antwoorden op de vraag ‘wie ben ik?’	Maak een overzicht van de belangrijkste ervaringen, herinneringen, mensen, relaties en gewoonten die bepalend zijn geweest voor de persoon die je nu bent
3	Levensverhaal (2)	Bespreken en maken van een tijdlijn van je persoonlijke levensverhaal tot nu toe, bespreken en maken van een toekomstige tijdlijn	Bespreek de gemaakte tijdlijnen met een of meerdere voor jou belangrijke mensen
4	Omgaan met tegenslag	Bespreken en opschrijven van beperkingen en tegenslagen waar je momenteel mee te kampen hebt en hoe je hiermee omgaat, bespreken en opschrijven van tools die je al goed gebruikt (tops) en tools die je meer wilt gaan gebruiken (tips), maken van een lijst van vijf doelen die je zou willen behalen in de nabije toekomst	Kies één doel van de lijst, maak een stappenplan om naar dat doel te werken en zet de eerste stap van het stappenplan
5	Je leven vormgeven en ervaringen	Bespreken en opschrijven van situaties waarin je moed hebt getoond, verantwoordelijkheid hebt genomen of toegewijd was, bespreken van betekenisvolle ervaringen en daar een creatieve uiting aan geven (maak een tekening, bekijk foto's, laat een gerelateerd voorwerp zien)	Maak een overzicht van de dingen die je hebt geleerd tijdens MCP-ED, neem een vervolgstap van het stappenplan naar het gekozen doel
6	Presenteren van levenslessen en een terugblik op MCP-ED	Presenteren van het overzicht van de dingen die je hebt geleerd tijdens MCP-ED en dit bespreken, beantwoorden van vragen als reflectie op MCP-ED	

negen uit vóór de nameting en nog een deelnemer viel uit vóór de follow-upmeting (totale drop-out = 7,5%; van Doornik et al., 2024).

Tabel 2 geeft een overzicht van de gemiddelden en standaarddeviaties van de uitkomstmaten op alle meetmomenten. Tabel 3 toont de resultaten van de uitgevoerde ANCOVA's (voor een uitgebreide beschrijving van de statistische analyses en resultaten, zie van Doornik et al., 2024). In lijn met onze verwachting lieten de resultaten zien dat de deelnemers in de experimentele conditie meer zingeving rapporteerden direct na de laatste MCP-ED-sessie en een maand later, met een grote effectgrootte, in vergelijking met deelnemers uit de wachtlijstconditie (hierbij werd gecontroleerd voor de mate van zingeving bij de voormeting). Met andere woorden, deze bevindingen wijzen erop dat MCP-ED effectief is in het verhogen van zingeving bij vrouwen met zorgen over lichaam en gewicht. Verder werd met betrekking tot de secundaire uitkomstmaten gevonden dat MCP-ED effectief was in het verminderen van eetstoornissymptomen, en van symptomen van angst, stress en depressiviteit, en in het verhogen van de drie componenten van zingeving, psychologisch welbevinden en tevredenheid met normatieve levensdomeinen, alles met medium tot grote effectgrootte (van Doornik et al., 2024).

Dat MCP-ED ook voor een vermindering in eetstoornissymptomen zorgde, was een veelbelovend resultaat

Deze studie leverde dus het eerste bewijs dat MCP-ED een effectieve interventie is in het verhogen van zingeving bij vrouwen met zorgen over lichaam en gewicht. Dat MCP-ED ook voor een vermindering in eetstoornissymptomen zorgde, was een veelbelovend resultaat. Een belangrijke limitatie was echter dat dit onderzoek tijdens de COVID-19-pandemie werd uitgevoerd, waardoor de effecten wellicht positiever uitvielen: aange-

zien de deelnemers mogelijk meer stress ervoeren en er minder menselijke interactie mogelijk was, profiteerden zij mogelijk meer van MCP-ED dan ze zonder COVID-19-restricties zouden hebben gedaan. Daarom is recent een replicatiestudie uitgevoerd onder vrouwen met zorgen over lichaam en gewicht (N = 131; Schutzeichel et al., 2025). Daaruit bleek dat MCP-ED voor vrouwen met zorgen over lichaam en gewicht ook post-COVID-19 leidt tot een toename in zingeving, en voor een afname in eetstoornissymptomen en comorbide angst- en depressieklachten.

Een belangrijke vervolgstap is toetsen of MCP-ED ook effectief is in een klinische groep van jongeren met een eetstoornis. Om dit uit te zoeken, voeren we momenteel een *single case experimental design* uit waaraan 16 adolescenten met een eetstoornis deelnemen. Deelnemers zijn vrouwelijke adolescenten van minimaal 14 jaar oud die voldoen aan de DSM-5-criteria voor een eetstoornisclassificatie (anorexia nervosa, boulimia nervosa of een eetstoornis anders omschreven met kenmerken van anorexia nervosa of boulimia nervosa), die in behandeling zijn voor hun eetstoornis en bij wie er geen sprake is van een acute (medische) crisis. Gedurende de gehele studie vullen

Tabel 2 Gemiddelden en standaarddeviaties van de primaire en secundaire uitkomstmaten (aangepast van: van Doornik et al., 2024, p. 184)

	Experimentele conditie			Wachtlijstconditie		
	Pre-interventie (n = 67)	Post-interventie (n = 61)	Follow-up (n = 61)	Pre-interventie (n = 67)	Post-interventie (n = 64)	Follow-up (n = 63)
	Gemiddelde (SD)	Gemiddelde (SD)	Gemiddelde (SD)	Gemiddelde (SD)	Gemiddelde (SD)	Gemiddelde (SD)
MLQ-P	19,88 (6,89)	25,64 (5,45)	25,02 (6,14)	20,93 (6,60)	21,95 (6,23)	22,43 (6,63)
MEMS						
Comprehension (samenhang)	19,85 (5,36)	24,26 (5,14)	23,64 (5,27)	20,57 (5,39)	21,67 (5,21)	21,35 (5,79)
Purpose (doelen)	24,22 (4,95)	27,79 (4,15)	27,05 (4,59)	24,01 (5,05)	25,39 (4,81)	25,49 (5,08)
Mattering (‘ertoe doen’)	16,93 (6,44)	20,54 (5,93)	20,30 (6,12)	18,24 (6,40)	18,75 (6,05)	18,83 (6,71)
EDE-Q	2,73 (1,20)	1,66 (1,05)	1,77 (1,13)	2,54 (1,17)	2,43 (1,27)	2,38 (1,36)
DASS						
Totaal	45,97 (25,70)	29,38 (22,18)	33,70 (25,34)	36,84 (21,66)	39,13 (24,04)	37,37 (26,57)
Depressie	15,34 (10,98)	8,72 (8,56)	11,48 (10,61)	11,73 (9,60)	12,94 (10,52)	12,10 (11,13)
Angst	12,57 (9,71)	7,67 (7,40)	9,18 (8,24)	10,21 (7,89)	10,06 (8,28)	10,29 (8,94)
Stress	18,06 (8,94)	12,98 (8,28)	13,05 (9,66)	14,90 (8,25)	16,13 (9,28)	14,98 (9,15)
PWB	3,92 (0,54)	4,34 (0,58)	4,28 (0,60)	3,98 (0,54)	4,09 (0,54)	4,08 (0,59)
BMSLSS-C	3,38 (0,74)	3,73 (0,77)	3,69 (0,72)	3,49 (0,67)	3,52 (0,66)	3,45 (0,69)

Noot. BMSLSS-C = the Brief Multidimensional Students’ Life Satisfaction Scale-College version (range 1-5; hogere scores wijzen op hogere tevredenheid met zinvolle levensdomeinen); DASS = Depression, Anxiety, and Stress Scales, Totaalscore (range 0-126; hogere scores wijzen op meer pathologie) en subschalen Depressie, Angst, Stress (0-42; hogere scores wijzen op meer symptomen van depressie, angst of stress); EDE-Q = Eating Disorder Examination Questionnaire (range 0-6; hogere scores wijzen op meer eetstoornispathologie); MEMS = Multidimensional Existential Meaning Scale, subschalen Comprehension (samenhang), Purpose (doelen), Mattering (ertoe doen) (range 5-35; hogere scores wijzen op meer zingeving); MLQ-P = Meaning in Life Questionnaire (MLQ), Presence-subschaal (range 5-35; hogere scores wijzen op meer zingeving); PWB = Ryff’s Psychological Well-Being Scales, Totaalscore (range 1-6; hogere scores wijzen op hoger psychologisch welbevinden).

Tabel 3 ANCOVA's voor de *primaire en secundaire uitkomstmaten post-interventie en follow-up* (aangepast van: van Doornik et al., 2024, p. 184)

	ANCOVA					
	Post-interventie (N = 125)			Follow-up (N = 124)		
	<i>F</i>	<i>p</i>	η_p^2	<i>F</i>	<i>p</i>	η_p^2
MLQ-P	40,22	< 0,001	0,25	14,97	< 0,001	0,11
MEMS						
<i>Comprehension</i> (samenhang)	26,98	< 0,001	0,18	15,74	< 0,001	0,12
<i>Purpose</i> (doelen)	15,36	< 0,001	0,11	4,32	0,040*	0,04
<i>Mattering</i> (‘ertoe doen’)	14,28	< 0,001	0,11	8,59	0,004	0,06
EDE-Q	40,80	< 0,001	0,25	19,49	< 0,001	0,14
DASS						
Totaal	26,49	< 0,001	0,18	6,90	0,010	0,05
Depressie	18,38	< 0,001	0,13	2,22	0,139	0,02
Angst	12,50	0,001	0,09	4,46	0,037*	0,04
Stress	20,80	< 0,001	0,15	7,72	0,006	0,06
PWB	27,65	< 0,001	0,19	14,08	< 0,001	0,10
BMSLSS-C	7,41	0,007	0,06	13,63	< 0,001	0,10

Noot. BMSLSS-C = the Brief Multidimensional Students' Life Satisfaction Scale-College version; DASS = Depression, Anxiety, and Stress Scales, Totaalscore en subschalen Depressie, Angst, Stress; EDE-Q = Eating Disorder Examination Questionnaire; MEMS = Multidimensional Existential Meaning Scale, subschalen Comprehension (samenhang), Purpose (doelen), Mattering (ertoe doen); MLQ-P = Meaning in Life Questionnaire (MLQ), Presence-subschaal; PWB = Ryff's Psychological Well-Being Scales, Totaalscore.
* Wordt als niet-significant beschouwd na het toepassen van de Bonferroni-Holm-correctie.

de deelnemers twee keer per week een korte vragenlijst in, bestaande uit de MEMS om zingeving te meten (George & Park, 2017) en de ED-15-Y om eetstoornissymptomen te meten (Accurso & Waller, 2021), zowel tijdens de baselinefase waarin ze hun gewoonlijke behandeling volgen, als tijdens de interventiefase waarin ze naast hun gewoonlijke behandeling ook de zes wekelijkse sessies van MCP-ED volgen. Het moment van faseverandering wordt voor ieder van de deelnemers willekeurig bepaald, wat de mogelijkheid biedt om statistisch te toetsen of MCP-ED inderdaad effectief is in het verhogen

van zingeving en het verminderen van eetstoornissymptomen (voor meer informatie over dit type design, zie Onghena, 2020).

Conclusie en klinische implicaties

De afgelopen jaren is het concept zingeving een steeds prominenter plek gaan innemen binnen de klinische psychologie. Niet ten onrechte, want uit de literatuur komt een eenduidig beeld naar voren: een lage mate van zingeving hangt samen met een verscheidenheid aan mentale problemen. Dit onderstreept hoe belangrijk het is om in de klinische praktijk samen met cliënten stil te staan bij het onderwerp zingeving. Ook kan het nuttig zijn om tijdens de behandeling de mate van ervaren zingeving te monitoren, waarvoor recent ontwikkelde multidimensionale vragenlijsten gebruikt kunnen worden. Op deze manier kan tevens de inschatting worden gemaakt om al dan niet extra behandelcomponenten of interventies gericht op zingeving in te zetten.

Een van deze zingevingsgerichte interventies is meaning-centered psychotherapy (MCP). MCP is een theoriegestuurde en empirisch onderbouwde interventie, die goed lijkt te passen binnen het cognitief-gedragstherapeutisch kader. De werkwijze en inhoud van de individuele sessies, met een duidelijke agenda, stilstaan bij gedachten omtrent zingeving en (thuis)opdrachten gericht op het uitvoeren van ander gedrag, sluiten aan bij de reguliere aanpak van (derde generatie) cognitief-gedragstherapeutische interventies. MCP lijkt goed toepasbaar voor een verscheidenheid aan aandoeningen; hier liggen voor vervolgonderzoek nog diverse mogelijkheden.

In dit artikel is stilgestaan bij een toepassing van MCP voor eetstoornissen (MCP-ED). Twee effectiviteitsstudies toonden positieve resultaten wat betreft het verhogen van zingeving en het verminderen van eetstoornissymptomen. Klinisch vervolgonderzoek moet verder uitwijzen of MCP-ED inderdaad een belangrijke aanvullende interventie kan zijn in de behandeling van eetstoornissen, en in hoeverre MCP effectief kan worden ingezet bij andere mentale aandoeningen.

Sanne Marcic-van Doornik is verbonden aan Co-eur, specialistisch behandelcentrum voor voedings- en eetstoornissen, Vught; Rijksuniversiteit Groningen, afdeling Klinische Psychologie en Experimentele Psychopathologie; en aan Accare Kinder- en Jeugdpsychiatrie, afdeling Voedingsstoornissen, Eetstoornissen en Obesitas, Haren. **Klaske Glashouwer** is werkzaam bij de Rijksuniversiteit Groningen, afdeling Klinische Psychologie en Experimentele Psychopathologie, en bij Accare Kinder- en Jeugdpsychiatrie, afdeling Voedingsstoornissen, Eetstoornissen en Obesitas, Haren.

Peter de Jong is verbonden aan de Rijksuniversiteit Groningen, afdeling Klinische Psychologie en Experimentele Psychopathologie.

Correspondentieadres: Sanne F. W. Marcic-van Doornik, Co-eur, Hogedwarsstraat 3, 5261 LX Vught. E-mail: sanne.marcic@co-eur.nl

Summary

The importance of meaning in life and meaning-centered psychotherapy: an overview and application for eating disorders

This review article discusses meaning in life, a topic that for a long time received little attention in psychology. However, the development of clear definitions and reliable measures resulted in a renewed interest. Studies showed that low levels of meaning in life are associated with a variety of mental problems, while high levels of meaning in life are related to positive mental health. Furthermore, research showed that meaning in life can be effectively increased by means of meaning-centered psychotherapy (MCP), an intervention that may have broad applicability across a variety of conditions. The current article describes an application of MCP for eating disorders (MCP-ED). Two studies in women with weight and shape concerns showed that MCP-ED can effectively increase meaning in life and reduce eating disorder symptoms. Therefore, future clinical research should examine whether MCP-ED might be an important addition to the treatment of eating disorders, and whether MCP can be effectively applied to other mental disorders.

Keywords *meaning in life, meaning-centered psychotherapy, eating disorders*

Referenties

- Accurso, E. C., & Waller, G. (2021). A brief session-by-session measure of eating disorder psychopathology for children and adolescents: Development and psychometric properties of the Eating Disorder-15 for Youth (ED-15-Y). *The International Journal of Eating Disorders*, 54, 569-577. <https://doi.org/10.1002/eat.23449>
- American Psychiatric Association (APA). (2015). *Feeding and eating disorders: DSM-5 selections*. American Psychiatric Publishing.
- Berends, T., Boonstra, N., & van Elburg, A. (2018). Relapse in anorexia nervosa: A systematic review and meta-analysis. *Current Opinion in Psychiatry*, 31, 445-455. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000453>
- Breitbart, W. (Ed.). (2017). *Meaning-centered psychotherapy in the cancer setting: Finding meaning and hope in the face of suffering*. Oxford University Press.
- Breitbart, W., Pessin, H., Rosenfeld, B., Applebaum, A. J., Lichtenthal, W. G., Li, Y., Saracino, R., Marziliano, A. M., Masterson, M., Tobias, K., & Fenn, N. (2018). Individual meaning-centered psychotherapy for the treatment of psychological and existential distress: A randomized controlled trial in patients with advanced cancer. *Cancer*, 124, 3231-3239. <https://doi.org/10.1002/cncr.31539>
- Breitbart, W., Poppito, S., Rosenfeld, B., Vickers, A. J., Li, Y., Abbey, J., Olden, M., Pessin, H., Lichtenthal, W., Sjoberg, D., & Cassileth, B. R. (2012). Pilot randomized controlled trial of individual meaning-centered psychotherapy for patients with advanced cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 30, 1304-1309. <https://doi.org/10.1200/JCO.2011.36.2517>
- Breitbart, W., Rosenfeld, B., Gibson, C., Pessin, H., Poppito, S., Nelson, C., Tomarken, A., Timm, A. K., Berg, A., Jacobsen, C., Sorger, B., Abbey, J., & Olden, M. (2010). Meaning-centered group psychotherapy for patients with advanced cancer: A pilot randomized controlled trial. *Psycho-Oncology*, 19, 21-28. <https://doi.org/10.1002/pon.1556>
- Breitbart, W., Rosenfeld, B., Pessin, H., Applebaum, A., Kulikowski, J., Lichtenthal, W. G. (2015). Meaning-centered group psychotherapy: An effective intervention for improving psychological well-being in patients with advanced cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 33, 749-754. <https://doi.org/10.1200/JCO.2014.57.2198>
- Croce, S. R., Malcolm, A. C., Ralph-Nearman, C., & Phillipou, A. (2024). The role of identity in anorexia nervosa: A narrative review. *New Ideas in Psychology*, 72,

101060. <https://doi.org/10.1016/j.newideapsych.2023.101060>
- Crumbaugh, J. C., & Maholick, L. T. (1964). An experimental study in existentialism: The psychometric approach to Frankl's concept of noogenic neurosis. *Journal of Clinical Psychology*, 20, 200-207.
- Crumbaugh, J. C., Raphael, M., & Shrader, R. R. (1970). Frankl's will to meaning in a religious order. *Journal of Clinical Psychology*, 26, 206-207. [https://psycnet.apa.org/doi/10.1002/1097-4679\(197004\)26:2%3C206::AID-JCLP2270260223%3E3.o.CO;2-C](https://psycnet.apa.org/doi/10.1002/1097-4679(197004)26:2%3C206::AID-JCLP2270260223%3E3.o.CO;2-C)
- Dakanalis, A., Clerici, M., Bartoli, F., Caslini, M., Crocamo, C., Riva, G., & Carrà, G. (2017). Risk and maintenance factors for young women's DSM-5 eating disorders. *Archives of Women's Mental Health*, 20, 721-731. <https://doi.org/10.1007/s00737-017-0761-6>
- de Jong, M., Schoorl, M., & Hoek, H. W. (2018). Enhanced cognitive behavioural therapy for patients with eating disorders: A systematic review. *Current Opinion in Psychiatry*, 31, 436-444. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000452>
- de 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, 1-14. <https://doi.org/10.1186/s40337-017-0164-0>
- Debats, D. L. (1996). Meaning in life: Clinical relevance and predictive power. *British Journal of Clinical Psychology*, 35, 503-516. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1996.tb01207.x>
- Delle Fave, A., Wissing, M., Brdar, I., Vella-Brodrick, D., & Freire, T. (2013). Cross-cultural perceptions of meaning and goals in adulthood: Their roots and relations with happiness. In A. S. Waterman (Ed.), *The best within us: Positive psychology perspectives on eudaimonia* (pp. 227-247). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/14092-012>
- Emmons, R. A. (2003). Personal goals, life meaning, and virtue: Wellsprings of a positive life. In C. L. M. Keyes & J. Haidt (Eds.), *Flourishing: Positive psychology and the life well-lived* (pp. 105-128). American Psychological Association.
- Fairburn, C. G. (2008). *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. Guilford Press.
- Fairburn, C. G., & Beglin, S. (2008). Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q 6.0). In C. G. Fairburn (Ed.), *Cognitive behavior therapy and eating disorders* (Appendix). Guilford Press.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A 'transdiagnostic' theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 509-528. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(02\)00088-8](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(02)00088-8)
- Fox, A. P., & Leung, N. (2009). Existential well-being in younger and older people with anorexia nervosa: A preliminary investigation. *European Eating Disorders Review*, 17, 24-30. <https://doi.org/10.1002/erv.895>
- Frankl, V. E. (1959). *Man's search for meaning: From death camp to existentialism*. Beacon.
- Frankl, V. E. (1986). *The doctor and the soul: From psychotherapy to logotherapy*. Random House.
- Frankl, V. E. (1998). *Man's search for meaning: An introduction to logotherapy*. Random House.
- George, L. S., & Park, C. L. (2013). Are meaning and purpose distinct? An examination of correlates and predictors. *The Journal of Positive Psychology*, 8, 365-375. <https://doi.org/10.1080/17439760.2013.805801>
- George, L. S., & Park, C. L. (2016). Meaning in life as comprehension, purpose, and mattering: Toward integration and new research questions. *Review of General Psychology*, 20, 205-220. <https://doi.org/10.1037/gpr0000077>
- George, L. S., & Park, C. L. (2017). The multidimensional existential meaning scale: A tripartite approach to measuring meaning in life. *The Journal of Positive Psychology*, 12, 613-627. <https://doi.org/10.1080/17439760.2016.1209546>
- GGZ Standaarden. (2017). *Eetstoornissen* [Zorgstandaard]. www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/eetstoornissen
- Glashouwer, K. A., & de Jong, P. J. (in press). Self-disgust and self-conscious emotions in anorexia nervosa. In J. Fox & M. Wil-

- liams (Eds.), *The role of identity in anorexia nervosa: Embracing the neglected self*. Routledge.
- Glaw, X., Kable, A., Hazelton, M., & Inder, K. (2017). Meaning in life and meaning of life in mental health care: An integrative literature review. *Issues in Mental Health Nursing*, 38, 243-252. <https://doi.org/10.1080/01612840.2016.1253804>
- Goodman, F. R., Doorley, J. D., & Kashdan, T. B. (2018). Well-being and psychopathology: A deep exploration into positive emotions, meaning and purpose in life, and social relationships. In E. Diener, S. Oishi, & L. Tay (Eds.), *Handbook of well-being* (pp. 1-12). DEF Publishers.
- Gregertsen, E. C., Mandy, W., Kanakam, N., Armstrong, S., & Serpell, L. (2019). Pre-treatment patient characteristics as predictors of drop-out and treatment outcome in individual and family therapy for adolescents and adults with anorexia nervosa: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, 271, 484-501. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.11.068>
- Harlow, L. L., Newcomb, M. D., & Bentler, P. M. (1986). Depression, self-derogation, substance use, and suicide ideation: Lack of purpose in life as a mediational factor. *Journal of Clinical Psychology*, 42, 5-21. [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(198601\)42:1%3C5::AID-JCLP2270420102%3E3.CO;2-9](https://doi.org/10.1002/1097-4679(198601)42:1%3C5::AID-JCLP2270420102%3E3.CO;2-9)
- Hay, P., Chinn, D., Forbes, D., Madden, S., Newton, R., Sugenor, L., Touyz, S., Ward, W., & Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists. (2014). Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of eating disorders. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 48, 977-1008. <https://doi.org/10.1177/0004867414555814>
- Hay, P. J., Claudino, A. M., Touyz, S., & Abd Elbaky, G. (2015). Individual psychological therapy in the outpatient treatment of adults with anorexia nervosa. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003909.pub2>
- Hay, P. J., Touyz, S., Claudino, A. M., Lujic, S., Smith, C. A., & Madden, S. (2019). Inpatient versus outpatient care, partial hospitalisation and waiting list for people with eating disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010827.pub2>
- Hay, P. P., Bacaltchuk, J., Stefano, S., & Kashyap, P. (2009). Psychological treatments for bulimia nervosa and bingeing. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000562.pub3>
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1-25. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>
- Heintzelman, S. J., & King, L. A. (2014). Life is pretty meaningful. *American Psychologist*, 69, 561-574. <https://doi.org/10.1037/a0035049>
- Hilbert, A., Petroff, D., Herpertz, S., Pietrowsky, R., Tuschen-Caffier, B., Vocks, S., & Schmidt, R. (2019). Meta-analysis of the efficacy of psychological and medical treatments for binge-eating disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 87, 91-105. <https://doi.org/10.1037/ccp0000358>
- Hill, P. L., & Turiano, N. A. (2014). Purpose in life as a predictor of mortality across adulthood. *Psychological Science*, 25, 1482-1486. <https://doi.org/10.1177/0956797614531799>
- Ison, J., & Kent, S. (2010). Social identity in eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 18, 475-485. <https://doi.org/10.1002/erv.1001>
- Kashdan, T. B., Goodman, F. R., McKnight, P. E., Brown, B., & Rum, R. (2023). Purpose in life: A resolution on the definition, conceptual model, and optimal measurement. *American Psychologist*. Advance online publication. <https://dx.doi.org/10.1037/amp0001223>
- Killen, J. D., Taylor, C. B., Hayward, C., Wilson, D. M., Haydel, K. F., Hammer, L. D., Simmonds, B., Robinson, T. N., Litt I., Varady, A., & Kraemer, H. (1994). Pursuit of thinness and onset of eating disorder symptoms in a community sample of adolescent girls: A three-year prospective analysis. *International Journal*

- of *Eating Disorders*, 16, 227-238. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(199411\)16:3%3C227::AID-EAT2260160303%3E3.O.CO;2-L](https://doi.org/10.1002/1098-108X(199411)16:3%3C227::AID-EAT2260160303%3E3.O.CO;2-L)
- King, L. A., & Hicks, J. A. (2021). The science of meaning in life. *Annual Review of Psychology*, 72, 561-584. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-072420-122921>
- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 335-343. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)00075-U](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-U)
- Magallares, A., Jauregui-Lobera, I., Gamiz-Jimenez, N., & Santed, M. A. (2014). Subjective well-being in a sample of women with eating disorders. *The Psychological Record*, 64, 769-776. <https://doi.org/10.1007/s40732-014-0043-x>
- Marco, J. H., Cañabate, M., Llorca, G., & Pérez, S. (2020). Meaning in life moderates hopelessness, suicide ideation, and borderline psychopathology in participants with eating disorders: A longitudinal study. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 27, 146-158. <https://doi.org/10.1002/cpp.2414>
- Marco, J. H., Cañabate M., & Pérez, S. (2019). Meaning in life is associated with the psychopathology of eating disorders: Differences depending on the diagnosis. *Eating Disorders*, 27, 550-564. <https://doi.org/10.1080/10640266.2018.1560852>
- Marco, J. H., Cañabate, M., Pérez, S., Guillén, V., Botella, C., & Baños, R. (2021). The meaning making model of eating disorders (MESTA): A preliminary analysis of the model. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 29, 5-28. <https://doi.org/10.51668/bp.8321101n>
- Marco, J. H., Cañabate M., Pérez S., & Llorca G. (2017). Associations among meaning in life, body image, psychopathology, and suicide ideation in Spanish participants with eating disorders. *Journal of Clinical Psychology*, 73, 1768-1781. <https://doi.org/10.1002/jclp.22481>
- Martela, F., & Steger, M. F. (2016). The three meanings of meaning in life: Distinguishing coherence, purpose, and significance. *The Journal of Positive Psychology*, 11, 531-545. <https://doi.org/10.1080/17439760.2015.1137623>
- Marzola, E., Longo, P., Sardella, F., Deldime, N., & Abbate-Daga, G. (2021). Re-hospitalization and 'revolving door' in anorexia nervosa: Are there any predictors of time to readmission? *Frontiers in Psychiatry*, 12, 694223. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.694223>
- National Institute for Clinical Excellence (NICE). (2017). *Eating disorders: recognition and treatment*. www.nice.org.uk/guidance/ng69
- Onghena, P. (2020). One by one: The design and analysis of replicated randomized single-case experiments. In R. van de Schoot & M. Miočević (Eds.), *Small sample size solutions: A guide for applied researchers and practitioners* (pp. 87-101). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780429273872>
- Palfai, T. P., & Weafer, J. (2006). College student drinking and meaning in the pursuit of life goals. *Psychology of Addictive Behaviors*, 20, 131-134. <https://doi.org/10.1037/0893-164X.20.2.131>
- 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>
- Schmidt, U., Adan, R., Böhm, I., Campbell, I. C., Dingemans, A., Ehrlich, S., Elzakers, I., Favaro, A., Giel, K., Harrison, A., Himmerich, H., Hoek, H. W., Herpertz-Dahlmann, B., Kas, M. J., Seitz, J., Smeets, P., Sternheim, L., Tenconi, E., van Elburg, A., ... Zipfel, S. (2016). Eating disorders: The big issue. *The Lancet Psychiatry*, 3, 313-315. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)00081-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)00081-X)
- Schnell, T. (2011). Individual differences in meaning-making: Considering the variety of sources of meaning, their density and diversity. *Personality and Individual Differences*, 51, 667-673. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2011.06.006>
- Schutzeichel, F., aan het Rot, M., van Doornik, S. F., Glashouwer, K. A., Frey, M. I., & de Jong, P. J. (2025). A meaning-centered intervention for undergraduate women with high weight and shape

- concerns: Replication of a randomized controlled trial. *European Eating Disorders Review*, 33, 719-729. <https://doi.org/10.1002/erv.3175>
- Schutzzeichel, F., Waldorp, L. J., aan het Rot, M., Glashouwer, K. A., Frey, M. I., Wiers, R. W., & de Jong, P. J. (2024). Life meaning and feelings of ineffectiveness as transdiagnostic factors in eating disorder and comorbid internalizing symptomatology: A combined undirected and causal network approach. *Behaviour Research and Therapy*, 172, 104439. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2023.104439>
- Seligman, M. E., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *The American Psychologist*, 55, 5-14. <https://doi.org/10.1037//0003-066X.55.1.5>
- Serpell, L., Treasure, J., Teasdale, J., & Sullivan, V. (1999). Anorexia nervosa: Friend or foe? *International Journal of Eating Disorders*, 25, 177-186. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-108X\(199903\)25:2<177::AID-EAT7>3.0.CO;2-D](https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-108X(199903)25:2<177::AID-EAT7>3.0.CO;2-D)
- Silén, Y., & Keski-Rahkonen, A. (2022). Worldwide prevalence of DSM-5 eating disorders among young people. *Current Opinion in Psychiatry*, 35, 362-371. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000818>
- Steger, M. F., Frazier, P., Oishi, S., & Kaler, M. (2006). The Meaning in Life Questionnaire: Assessing the presence of and search for meaning in life. *Journal of Counseling Psychology*, 53, 80-93. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.53.1.80>
- Steger, M. F., Kashdan, T. B., Sullivan, B. A., & Lorentz, D. (2008). Understanding the search for meaning in life: Personality, cognitive style, and the dynamic between seeking and experiencing meaning. *Journal of Personality*, 76, 199-228. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2007.00484.x>
- Stice, E., Becker, C. B., & Yokum, S. (2013). Eating disorder prevention: Current evidence-base and future directions. *International Journal of Eating Disorders*, 46, 478-485. <https://doi.org/10.1002/eat.22105>
- Touchette, E., Henegar, A., Godart, N. T., Pryor, L., Falissard, B., Tremblay, R. E., & Côté, S. M. (2011). Subclinical eating disorders and their comorbidity with mood and anxiety disorders in adolescent girls. *Psychiatry Research*, 185, 185-192. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.04.005>
- van der Spek, N., Jansen, F., Holtmaat, K., Vos, J., Breitbart, W., van Uden-Kraan, C. F., Tollenaar, R. A. E. M., Cuijpers, P., Coupé, V. M. H., & Verdonck-De Leeuw, I. M. (2018). Cost-utility analysis of meaning-centered group psychotherapy for cancer survivors. *Psycho-oncology*, 27, 1772-1779. <https://doi.org/10.1002/pon.4726>
- van der Spek, N., van Uden-Kraan, C. F., Vos, J., Breitbart, W., Tollenaar, R. A., van Asperen, C. J., Cuijpers, P., & Verdonck-de Leeuw, I. M. (2014). Meaning-centered group psychotherapy in cancer survivors: A feasibility study. *Psycho-oncology*, 23, 827-831. <https://doi.org/10.1002/pon.3497>
- van der Spek, N., Vos, J., van Uden-Kraan, C. F., Breitbart, W., Cuijpers, P., Holtmaat, K., Witte, B. I., Tollenaar, R. A. E. M., & Verdonck-de Leeuw, I. M. (2017). Efficacy of meaning-centered group psychotherapy for cancer survivors: A randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 47, 1990-2001. <https://doi.org/10.1017/S0033291717000447>
- van Doornik, S. F. W., Glashouwer, K. A., Ostafin, B. D., & de Jong, P. J. (2024). The effects of a meaning-centered intervention on meaning in life and eating disorder symptoms in undergraduate women with high weight and shape concerns: A randomized controlled trial. *Behavior Therapy*, 55, 177-190. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2023.05.012>
- van Doornik, S. F. W., Ostafin, B. D., Jonker, N. C., Glashouwer, K. A., & de Jong, P. J. (2021). Low satisfaction with normative life goals in adolescents with anorexia nervosa. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 28, 1266-1274. <https://doi.org/10.1002/cpp.2574>
- van Doornik, S. F. W., Ostafin, B. D., Jonker, N. C., Glashouwer, K. A., & de Jong, P. J. (2022). Satisfaction with normative life domains and the course of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 55, 553-563. <https://doi.org/10.1002/eat.23691>

- van Hoeken, D., & Hoek, H. W. (2020). Review of the burden of eating disorders: Mortality, disability, costs, quality of life, and family burden. *Current Opinion in Psychiatry*, 33, 521-527. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000641>
- Verschueren, M., Claes, L., Bogaerts, A., Palmeroni, N., Ghandi, A., Moons, P., & Luyckx, K. (2018). Eating disorder symptomatology and identity formation in adolescence: A cross-lagged longitudinal approach. *Frontiers in Psychology*, 9, 1-11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00816>
- Vervaeke, M., Puttevils, L., Hoekstra, R. H. A., Fried, E., & Vanderhasselt, M. A. (2021). Transdiagnostic vulnerability factors in eating disorders: A network analysis. *European Eating Disorders Review*, 29, 86-100. <https://doi.org/10.1002/erv.2805>
- Voderholzer, U., Haas, V., Correll, C., & Körner, T. (2020). Medical management of eating disorders: An update. *Current Opinion in Psychiatry*, 33, 542-553. <https://doi.org/10.1097/ycp.0000000000000653>
- Vos, J., & Vitali, D. (2018). The effects of psychological meaning-centered therapies on quality of life and psychological stress: A meta-analysis. *Palliative & Supportive Care*, 16, 608-632. <https://doi.org/10.1017/S1478951517000931>
- Waldorp, L. J., Schutzzeichel, F., & de Jong, P. (2025). Causal inference: Principles unifying experimental and observational accounts. *Theory & Psychology*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1177/09593543251325506>
- Williamson, D. A., White, M. A., York-Crowe, E., & Stewart, T. M. (2004). Cognitive-behavioral theories of eating disorders. *Behavior Modification*, 28, 711-738. <https://doi.org/10.1177/0145445503259853>
- Yalom, I. D. (1980). *Existential psychotherapy*. Basic Books.
- Zullig, K. J., Huebner, E. S., Patton, J. M., & Murray, K. A. (2009). The Brief Multidimensional Students' Life Satisfaction Scale-College version. *American Journal of Health Behavior*, 33, 483-493. <https://doi.org/10.5993/AJHB.33.5.1>

Sporten als behandeling voor depressie

► JANNA VRIJSEN

Samenvatting Dit artikel geeft een niet-exhaustief overzicht van de literatuur over sporten als behandeling voor depressie. We kennen het op wetenschap gebaseerde recept van sporttherapie voor depressie, namelijk minimaal 9 weken lang drie keer week gedurende ongeveer 45 minuten bewegen op gematigde intensiteit. Een keer per week dient een sportsessie begeleid te worden. Ook is er sterk bewijs voor sporttherapie als transdiagnostische behandeling in de ggz. Nieuwer onderzoek laat zien dat sporttherapie veelbelovend is als neuromodulerende augmentatiestrategie bij andere ggz-behandelingen, omdat sporttherapie de hersenen direct beter laat werken. Ondanks de grote meerwaarde van regelmatig sporten voor het mentale en fysieke welzijn van patiënten, wordt het niet standaard (op een evidencebased manier) aangeboden binnen de Nederlandse en Belgische ggz. Manieren waarop het ggz-aanbod versterkt kan worden zijn: [1] ggz-zorgverleners opleiden in hoe zij sporttherapie kunnen integreren in de behandeling, en [2] het positioneren van sporttherapie als formele behandeling.

TREFWOORDEN — *sporten, sportbehandeling, psychomotorische therapie, ggz, depressie, transdiagnostische behandeling*

Kernboodschappen voor de klinische praktijk

- Sporttherapie is even effectief als antidepressiva en psychotherapie in de behandeling van depressie.
- Er is een evidencebased recept voor sporttherapie beschikbaar, wat neerkomt op driemaal per week 45 minuten op gematigde intensiteit bewegen.
- We kunnen ons ggz-aanbod sterken door sporttherapie een vaste plaats in het behandel aanbod van depressie, en ook andere stoornissen, te geven.

Inleiding

Sporten is een fantastische manier om de stemming te verbeteren. Wie regelmatig sport, is gezonder, ook mentaal (Kramer, 2020). Het effect van regelmatig sporten is zelfs zo sterk dat het kan dienen als volwaardige behandeling van mentale stoornissen, zoals depressie (Heissel et al., 2023). Het effect van sporttherapie op depressieve symptomen is namelijk vergelijkbaar met dat van psychotherapie en farmacotherapie (Kvam et al., 2016). Maar waarom schrijven we sporten niet vaker – of zelfs standaard – voor in de geestelijke gezondheidszorg (ggz)? Deel van het probleem is een gebrek aan kennis. Daarom beschrijft dit artikel het ‘recept’ van sportbehandeling tegen depressie. Ook komt aan de orde hoe sporten via biologische mechanismen kan werken om de standaardbehandeling te versterken en hoe we enkele barrières tegen de implementatie ervan kunnen slechten.

Regelmatig sporten werkt even goed tegen depressie als medicatie of psychotherapie

Voor een goed begrip van sporten als behandeling tegen depressie moeten we de volgende definities en achtergrondinformatie in het achterhoofd houden.

Allereerst moeten we onderscheid maken tussen fysieke activiteit en sporten (American College of Sports Medicine, 2013). *Fysieke activiteit* is elke lichamelijke beweging die het gevolg is van het samentrekken van spieren waarvoor substantieel meer calorieën nodig zijn dan rust (het basaal metabolisme of ruststofwisseling). Dit behelst de dingen die mensen doen in hun vrije tijd, hun dagelijkse verplaatsingen, hun beroepsactiviteiten en hun bezigheden thuis, zoals tuinieren of huishoudelijke klusjes. *Sporten* is een vorm van fysieke activiteit die gepland en gestructureerd is, en waarbij men het lichaam herhaaldelijk beweegt, met als doel (componenten van) fysieke fitheid te behouden of te vergroten. Er bestaan verschillende typen sport, zoals joggen, fietsen, roeien en dansen (allemaal aerobe typen sport), en *high-intensity interval training* (HIIT), sprinten en stevige krachttraining (anaerobe sporttypen).

Fysieke activiteiten, inclusief sportactiviteiten, zijn op verschillende niveaus te beschrijven, waarbij vaak onderscheid wordt gemaakt in:

- ▶ **Duur.** Hoeveel minuten voert iemand de activiteit onafgebroken uit? Vaak worden bij sportsessies warming-up en cooling-down meegerekend, alsook een korte pauze (waarbij de hartslag minimaal zakt).
- ▶ **Intensiteit.** Er wordt onderscheid gemaakt tussen lichte, gematigde en zware activiteiten. Voor de intensiteit worden verschillende parameters gebruikt, zoals: [1] *percentage maximale hartslag*. Bij de berekening hiervan wordt vaak voor leeftijd gecorrigeerd, maar het kan betrouwbaarder worden vastgesteld op basis van een inspanningstest (bijvoorbeeld een

meting van het maximale zuurstofopnamevermogen); [2] *calorieverbruik per uur* (of per duur van de activiteit); [3] *metabolic equivalent of task* (MET-waarde). Dit is de hoeveelheid energie die een bepaalde fysieke inspanning kost ten opzichte van de hoeveelheid benodigde energie in rust, waarbij één MET de ruststofwisseling is; [4] voor gewichtstraining wordt vaak verwezen naar het *repeatable maximum* (RM). Dit is het maximale gewicht dat in een enkele herhaling getild kan worden. Het aantal sets en herhalingen moet daarbij gespecificeerd worden.

- **Frequentie.** Hoe vaak per week voert iemand de activiteit uit? Soms wordt hier een ondergrens in duur bij gegeven.
- **Modaliteit.** Ook wat dit betreft is het onderscheid tussen sport en fysieke activiteit belangrijk. Binnen sport wordt dan weer het onderscheid gemaakt tussen *aerobe* en *anaerobe* sport. Bij aerobe sport vindt geen verzuring van de spieren plaats (de spieren krijgen nog voldoende zuurstof), terwijl er bij anaerobe sport zo veel energie naar de spieren moet dat de zuurstofkanalen voor brandstof worden gebruikt en de spieren ‘verstikken’ (oftewel: verzuren).

Sporten in de behandeling van depressie volgens evidencebased recept

Sporten is een effectieve behandeling voor depressie, zowel in de vorm van monotherapie als in de vorm van complementaire behandeling (Heissel et al., 2023; Lee et al., 2021; Morres et al., 2019). De klinische effecten van sporten als monotherapie zijn zelfs vergelijkbaar met die van psychotherapie en farmacotherapie (Kvam et al., 2016). De multidisciplinaire richtlijn *Depressie* (NVvP, 2024) noemt runningtherapie expliciet als complementaire behandeling, dus als een aanvulling op andere behandelmethoden, zoals antidepressiva of psychotherapie. Deze richtlijn geeft echter geen specificatie van de dosering en geen van de richtlijnen dicteert wanneer in het behandelalgoritme, bij wie of in combinatie met welke behandeling sporten kan worden ingezet als therapie. Sporttherapie wordt in de Nederlandstalige richtlijnen dus (nog) niet als monotherapie beschreven.

De internationale richtlijn voor depressie (NICE, 2022) specificeert een bepaalde dosering van fysieke activiteit wel als behandeling tegen depressie. Hierbij ligt de focus op aerobe sport (zoals hardlopen), terwijl de effecten van anaerobe sport (zoals gewichtheffen) minder goed zijn onderzocht.

Het ‘recept’ van de richtlijn is dat men per week 150 minuten op gematigde intensiteit (dat is 60-70% van de maximale hartslag) fysiek actief is. Als alternatief kan voor een vergelijkbaar effect intensiever en korter bewogen worden (namelijk 75 minuten per week op 70-85% van de maximale hartslag). Een dergelijke volgehouden hartslagverhoging wordt gewoonlijk

*Drie keer per week
45 minuten bewegen op
gematigde intensiteit
blijkt al effectief*

bereikt tijdens een geplande sportsessie. Voor anaerobe sessies wordt vaak een intensiteit van 80% van één RM aangehouden.

Op basis van onderzoek kunnen er elementen aan dit recept worden toegevoegd om de opname van de behandeling te vergroten (Rethorst & Trivedi, 2013). Zo wordt aanbevolen om drie tot vijf keer per week te sporten. Bij drie sessies per week aerobe sport op gematigde intensiteit wordt de duur van een enkele sessie dus op 45 tot maximaal 60 minuten gezet. Goed hierbij te noemen is dat recenter onderzoek aangeeft dat sessies van 20-30 minuten op gematigde intensiteit (met daarbij een korte warming-up en cooling-down) wellicht even effectief of zelfs effectiever zijn dan langere sessies van bijvoorbeeld 45 minuten (Meyer et al., 2024; Roig et al., 2013). Dit omdat langere sessies bij patiënten tot te veel vermoeidheid kunnen leiden, waardoor zij zich iets minder fijn voelen en de cognitieve meerwaarde van sport – bijvoorbeeld zich beter kunnen concentreren na het sporten – weer afneemt. De duur van een sporttherapie-interventie dient minimaal 9 weken te zijn, al wordt er vaak 12-16 weken aangeboden, en minimaal één gesuperviseerde sessie per week is aanbevolen (Stanton & Reaburn, 2014).

Om mensen te motiveren om te gaan en te blijven sporten, kunnen er tools ingezet worden. Het gebruik van een activiteitstracker (zoals Fitbit) werkt voor sommige mensen motiverend om meer te bewegen of sportsessies bij te houden. Ook ondersteunt een activiteitstracker het doseren van sport en zo het sporten op wenselijke intensiteit, bijvoorbeeld door de hartslag te monitoren (Schmitter, Wijnen et al., 2025). Ook worden steeds vaker op wetenschap gebaseerde toolkits ingezet die mensen helpen met het plannen van sport en het identificeren van zaken die bijdragen aan sportbeoefening of die dat juist in de weg staan (bijvoorbeeld: Glowacki et al., 2019).

Sporten als transdiagnostische behandeling

Naast het vele bewijs voor de effectiviteit van sporten als behandeling voor depressie, is er groeiend bewijs voor de effectiviteit ervan bij andere mentale stoornissen, zoals angststoornissen, obsessieve-compulsieve stoornis en posttraumatische-stressstoornis (Bottoms et al., 2023; Sabri et al., 2023), autismespectrumstoornissen (Wu et al., 2024), aandachtsdeficiëntie-/hyperactiviteitsstoornis (ADHD; Yang et al., 2024), verslaving aan middelen (Zheng et al., 2024), en schizofrenie en eetstoornissen (Ashdown-Franks et al., 2020). Bij deze mentale stoornissen wordt sporttherapie veelal aangeboden en onderzocht als complementaire behandeling naast farmacotherapie of psychotherapie.

Naast de veelheid aan onderzoeken – vooral gerandomiseerde trials – in patiëntengroepen met een specifieke classificatie (zoals een angststoornis) hebben onderzoekers expliciet bewijs gezocht voor de effectiviteit van

sporttherapie in meer heterogene groepen patiënten, zoals we die vaak zien in de (hoog)specialistische ggz (oftewel in de tweede- en derdelijnszorg). Ook in dergelijke groepen patiënten is er bewijs dat een interventie met gestructureerde sportsessies mensen fysiek actiever maakt, leidt tot algemene symptoomreductie en tot verbetering van de slaap, reacties op stress en angst, cognitieve functies inclusief het geheugen (als symptomen van verschillende mentale stoornissen), kwaliteit van leven en algemeen dagelijks functioneren (bijvoorbeeld: García-Estela et al., 2024; Jacquart et al., 2019; Zeibig et al., 2021). Dergelijke positieve effecten op de mentale gezondheid zien we ook bij andere chronische hersenstoornissen, zoals de ziekte van Alzheimer, de ziekte van Huntington, multiple sclerose en de ziekte van Parkinson, die vaak gepaard gaan met comorbide mentale stoornissen, zoals angst- en stemmingsstoornissen (Dauwan et al., 2021). Al dit bewijs tezamen maakt dat sporttherapie gezien kan worden als een evidencebased transdiagnostische (complementaire) behandeling die tevens kan worden ingezet bij de behandeling van enkelvoudige stoornissen.

Slim gebruik van de biologische mechanismen van sport

Neuroplasticiteit als mechanisme Sporten heeft direct invloed op allerlei processen in ons lichaam en onze hersenen. Enkele bekende psychologische mechanismen van sporttherapie tegen depressie zijn bijvoorbeeld het vergroten van de eigenwaarde en het vertrouwen in de eigen capaciteiten, tevredenheid met het leven, de ervaring van sociale steun en verbetering van de slaap (Craft, 2005; Xie et al., 2021). Ook afleiding van bijvoorbeeld piekergedachten of zorgen lijkt bij te dragen aan het effect van sporttherapie (Craft, 2023); we zien dit ook als een mechanisme van bijvoorbeeld gedragsactivatie. Maar sporten traint niet alleen de spieren in het lichaam, ook de hersenen worden getraind. Wie regelmatig sport, verbetert de neuroplasticiteit van het brein (hoe vaak of hoelang iemand precies moet sporten voor duurzame hersenverandering is nog niet bekend). Verbetering van de neuroplasticiteit betekent dat de connectiviteit tussen delen van het brein verbetert, waardoor informatie beter doorgegeven wordt. Ook de functie en architectuur van het brein veranderen in positieve zin door regelmatig te sporten (Dołęga et al., 2024). We zien niet alleen dat de hippocampus beter gaat werken, maar bijvoorbeeld ook een groter breinvolume in mensen die frequent sporten (Dołęga et al., 2024). Een goed onderzocht biologisch mechanisme van sport is de verhoging van de synaptische neuroplasticiteit door een toename in de *brain derived neurotrophic factor*

(BDNF; Szuhany et al., 2015). Hiermee hangt samen dat door te sporten de endocannabinoïden toenemen, net als tal van andere stofjes die de functionaliteit van het brein verbeteren (Desai et al., 2022). Interessant is dat vooral de toename van endocannabinoïden – en niet zozeer endor-

Sporten traint niet alleen het lichaam, maar ook de hersenen

fine – de stemming verbetert en tot de *runners high* leidt (Fuss & Gass, 2010; Meyer et al., 2019). Naast een verbetering van stemming zorgt de toename van deze stoffen bij mensen die regelmatig sporten ook voor betere cognitieve (en executieve) functies, zoals het geheugen en de leercapaciteit (Basso & Suzuki, 2017; Roig et al., 2013; Schmitter & Vrijsen, 2024). Maar we zien ook een direct effect: er is al een toename in deze biomarkers voor neuroplasticiteit – en de daaraan gerelateerde verbeteringen in cognitieve functies en stemming, en afname in angst – na ongeveer 20 minuten gematigd intensief sporten (Connor et al., 2023; Moriarty et al., 2019; Roig et al., 2013).

Andere antidepressieve biologische mechanismen van sport Sporten vergroot niet alleen de neuroplasticiteit, ook andere biologische mechanismen van sporten zijn relevant in de behandeling van depressie, bijvoorbeeld de toename van neurotransmitters als serotonine en norepinefrine (Ross et al., 2023). Naast een directe afname van symptomen van depressie en angst, lijkt een toename in serotonine ook bij te dragen aan een beter werkend geheugen, specifiek het episodisch geheugen (het herinneren van persoonlijke gebeurtenissen), waardoor stemming en angst verder verbeteren (Illesca-Matus et al., 2023). Daarnaast heeft sporten direct – en bij regelmatig sporten ook op de lange termijn – een anti-inflammatoir effect (Ross et al., 2023), leidt het tot meer mitochondriale stabiliteit en tot een beter energiemetabolisme (Lu et al., 2023), waardoor sporten – ook weer zowel op korte als op lange termijn – bijdraagt aan verbeterde cognitieve functies (Lu et al., 2023). Hoewel het bewijs voor het effect van sporten op dergelijke antidepressieve biomarkers stevig is, is het bewijs dat de verandering in deze biomarkers leidt tot een klinisch effect van sporttherapie niet eenduidig (Ross et al., 2023). Structureel sporten ‘volgens recept’ (zie hiervoor) heeft een vergelijkbaar effect op de afname van depressieve symptomen als het gebruik van antidepressieve medicatie (Recchia et al., 2022), maar hoe dit precies werkt is niet helder. Waarschijnlijk is het voordeel van sporttherapie ook meteen het nadeel ervan: sporten doet zoveel in het lichaam en het brein dat lastig te meten is hoe het precies werkt, ook omdat de verschillende mechanismen op elkaar inwerken.

Sporttherapie als augmentatiestrategie Wanneer de hersenen van patiënten door te sporten plastischer worden, lijkt het belangrijk om de juiste therapeutische context aan te bieden, juist omdat de patiënt dan sensitiever voor therapie wordt (Donse et al., 2018; Kiss-Leizer et al., 2024; Mallon et al., 2022; Shin et al., 2018). Het onderzoek naar sporttherapie als augmentatiestrategie voor psychotherapie en ook farmacotherapie bij depressie – als interventie om de werking van de standaardbehandeling te verbeteren – is dan ook veelbelovend. Complementaire sporttherapie lijkt de werking te verbeteren van zowel antidepressiva en psychotherapie bij depressie als exposuretherapie bij PTSS (bijvoorbeeld: Abdollahi et al., 2017; Mura et al., 2014; Rosenbaum et al., 2015; Trivedi et al., 2011). Er is eerste

bewijs voor de klinische waarde van een combinatie van sporttherapie en psychotherapiesessies, dus voor het integreren van deze twee behandelingen. De aanname is dat patiënten meer leren van een psychotherapiesessie als zij vlak ervoor of erna gaan sporten. De hypothese is dat patiënten door vóór een psychotherapiesessie te sporten hun cognitieve vermogens verbeteren, waardoor zij tijdens de psychotherapiesessie meer opnemen; door na een psychotherapiesessie te sporten, kan wat zij hebben geleerd tijdens de psychotherapiesessie beter beklijven in het geheugen. Enkele eerste studies laten zien dat de combinatie van sporttherapie en psychotherapie (bijvoorbeeld cognitieve gedragstherapie of exposuretherapie) haalbaar is voor patiënten en behandelaren, en dat dit werkzamer is dan deze behandelingen apart aanbieden (Bryant et al., 2024; Meyer et al., 2022; Powers et al., 2015; Schmitter, Rubin et al., 2025; Szuhany & Otto, 2020). Het geïntegreerd aanbieden van deze twee typen behandeling, inclusief zorgcoördinatie tussen behandelaren en een gedeelde rationale voor de patiënt, kan de kwaliteit van de zorg verder verbeteren (Rost, 2005). Of en hoe dit precies werkt onderzoeken we momenteel binnen verschillende ggz-instellingen.

Door de biologische en cognitieve effecten ervan kan sporten gezien worden als een natuurlijke neuromodulatietechniek: sporten heeft een direct effect op de staat van de hersenen en hoe informatie verwerkt wordt. Onder meer omdat sporttherapie goedkoop is, thuis ingezet kan worden, geen bijwerkingen heeft en amper risico's kent (Krogh et al., 2017), wordt het steeds meer gezien als een aantrekkelijke aanvulling op behandelingen die de neuroplasticiteit van het brein pogen te vergroten door magnetische stimulatie of stimulatie op basis van stroom, zoals repetitieve transcraniële magnetische stimulatie (rTMS) en transcraniële *direct current* stimulatie (tDCS; Tendolkar & Vrijzen, 2024).

Hoe kunnen we de barrières bij de implementatie van sporttherapie slechten?

Nu we weten dat sporten effectief is tegen depressie en andere mentale stoornissen, bestaande behandelingen kan versterken, weinig tot geen bijwerkingen heeft, langdurig en tegen lage kosten 'voorgeschreven' kan worden en binnen de ggz beschikbaar is en vergoed wordt, waarom ontvangt dan niet iedere patiënt in de ggz sporttherapie?

Barrières vanwege de mentale stoornis van de patiënt Veel mensen zullen herkennen dat gaan en blijven sporten een grote uitdaging is. Patiënten het advies geven een actievere leefstijl aan te nemen is dan ook onvolgende: er moet een gestructureerd en begeleid programma aangeboden worden. Maar zelfs dan gaat lang niet elke patiënt meer bewegen. Naast de barrières binnen het zorgsysteem (zie hierna), zijn er barrières te benoemen die met depressie en andere mentale stoornissen samengaan. Een negatieve stemming en de ervaring van stress zijn grote barrières voor patiën-

ten om te gaan sporten, net als een gebrek aan steun (Firth et al., 2016; Glowacki et al., 2017). Ook staat een gebrek aan vertrouwen in het kunnen (volhouden van) sporten het gaan en blijven sporten in de weg (Glowacki et al., 2017). Deze barrières gelden voor een breed scala aan gezondheidsgedrag en zijn dan ook gelinkt aan duurzame gedragsverandering in bredere zin (Glowacki et al., 2017).

Sporttherapie aanbieden en integreren in het zorgaanbod In de Nederlandse ggz worden bewegingsinterventies voornamelijk aangeboden door psychomotorisch therapeuten (PMT'ers). PMT behelst meer dan louter sporten: tijdens PMT wordt onder andere door fysieke beweging inzicht in emoties en psychologische processen vergroot, waarbij groepsdynamiek ingezet kan worden. Krachtig hieraan is dat emotieregulatietechnieken, motivationele technieken en andere lichaamsgerichte interventies en technieken worden benut om patiënten te helpen te gaan en te blijven bewegen en in contact met hun lichaam te komen. Hierbij wordt ook aandacht besteed aan het opbouwen van een gewoonte om te sporten (Hawtender et al., 2023) en daarmee de transfer naar de thuissituatie. In het Belgische zorgsysteem kent men Bewegen op Verwijzing, waarbij sporttherapie niet binnen de ggz-setting beschikbaar hoeft te zijn, maar wordt aangeboden vanuit een samenwerking met een professionele coach (bijvoorbeeld een kinesitherapeut). Hierbij wordt op indicatie een beweegplan opgesteld voor de betreffende patiënt, die individueel of in groepsverband werkt aan een actievere levensstijl. Wanneer iemand start met dit coachingstraject, is de kans groot dat die persoon het ook succesvol afmaakt. Er is echter niet bekend hoeveel ggz-patiënten dergelijke coaching ontvangen; het percentage lijkt laag te zijn (< 10%) (Gezond Leven, 2018).

Hoewel PMT en Beweging op Verwijzing toegankelijk zijn voor ggz-patiënten en de kosten ervan vergoed worden door de verzekeraar, worden ze niet standaard aangeboden aan patiënten. Ook zijn ze op veel plaatsen waar ze beschikbaar zijn minimaal geïntegreerd in het behandelaanbod en in de overleg- en evaluatiestructuur. Dit lijkt vooral een barrière in de ambulante behandeling; in de dagbehandeling is bewegen of door een PMT'er begeleide sport vaak wel geïntegreerd en lijkt bij opname ook meer structureel aangeboden te worden.

In lijn met hoe runningtherapie genoemd wordt in de multidisciplinaire richtlijn *Depressie* (NVvP, 2024), namelijk als te overwegen aanvulling op de behandeling, maar zonder 'recept' en zonder specificatie van hoe runningtherapie moet worden ingezet, worden verpleegkundigen, psychologen, psychiaters en andere zorgverleners in de ggz niet opgeleid in het geven of indiceren van sporttherapie (Pollock, 2001). Ondanks bewijs voor effectiviteit en een beschikbaar recept, moet deze kennis de weg naar de ggz deels nog vinden. Om deze barrière te slechten, dient samenwerken met en verwijzen naar een professional die opgeleid is in het aanbieden van sporttherapie een plek te krijgen in de opleidingen van ggz-professionals, zoals verpleegkundigen, psychologen en psychiaters. Aan de andere kant is

het emanciperen van PMT'ers (en bijvoorbeeld ook van bewegingsagogen, kinesitherapeuten, sportwetenschappers en fysiotherapeuten in de ggz) een facilitator van de integratie en positionering van sporttherapie in de ggz. Zo kunnen therapeuten die sporttherapie aanbieden en collega-behandelaren – maar zeker ook beleidsmakers en managers in de ggz – sporttherapie en programma's als Bewegen op Verwijzing positioneren als formele interventies, en wel door ze standaard mee te nemen in de indicatiestelling en multidisciplinaire overleggen. Dit zal de implementatie en integratie sterk in de hand werken, waardoor we patiënten hopelijk sneller tot meer (mentale) gezondheid en beter functioneren kunnen bewegen.

Afstemming op de patiënt Een andere barrière (maar ook een kans!) is dat sporttherapie bij uitstek gepersonaliseerd aangeboden moet worden (Bendau et al., 2024). Om sporten tot een gewoonte te maken, moet het sporten aansluiten bij de persoonlijke behoeften en mogelijkheden van de patiënt. Hoewel binnen PMT en Bewegen op Verwijzing vaak expliciet met de patiënt gezocht wordt naar welke sportmodaliteit de voorkeur heeft (bijvoorbeeld door er thuis mee te experimenteren) en naar wat kan helpen om tot sporten te komen (bijvoorbeeld een luisterboek tijdens het hardlopen of sportkleding de avond tevoren al klaarleggen), is er binnen de ggz-setting weinig mogelijkheid tot personalisatie. Op veel locaties is alleen runningtherapie beschikbaar, al zijn er zeker ook locaties die toegang hebben tot een fitnesszaal of bijvoorbeeld spinningfietsen. Ook wordt sporttherapie vaak in groepsverband aangeboden, waardoor het personaliseren in modaliteit lang niet altijd mogelijk is.

Wanneer sporttherapie wordt aangeboden door een PMT'er of een sportwetenschapper, vindt er vrijwel altijd een personalisering op intensiteit plaats; zulke professionals zijn hierin ook opgeleid. Er wordt met de patiënt rustig opgebouwd naar een werkzaam en haalbaar niveau van sportintensiteit. Een frequentie van drie gematigd intensieve sessies per week van elk 45 minuten – waarvoor het bewijs vooral gebaseerd is op milde depressie, maar dat ook voor ernstigere depressie is gevonden (Noetel et al., 2024) – is lang niet voor alle patiënten haalbaar (net als voor niet-patiënten!). Dat hebben wij zelf ook gezien in ons pragmatische onderzoek binnen de ggz (Schmitter, Wijnen, et al., 2025). Onderzoek naar een haalbaar recept voor sporttherapie voor hoog comorbide en ernstigere vormen van mentale stoornissen (met vaak een hoge somatische comorbiditeit of fysieke beperkingen door medicatie) is daarom nodig (Schuch et al., 2017). Ook het identificeren van voorspellers van het effect van sporttherapie en de opname ervan helpt bij het op de persoon afgestemd aanbieden en inzetten van sporttherapie (oftewel: wie moet er met welke frequentie en intensiteit sporten voor een positief effect op de mentale gezondheid en voor langetermijngebruik?) We hebben hier als onderzoekers in de ggz zeker nog werk te doen.

Sporten als gewoonte Soms maakt een levensgebeurtenis, bijvoorbeeld een ziekte, de noodzaak tot leefstijlverandering helder. De betrokkene komt dan in een sensitieve periode, waarin leefstijlverandering gemakkelijker plaatsvindt en beklijft (Artinian et al., 2010; Schäfer et al., 2012). Bij een mentale ziekte echter vindt een dergelijke duurzame verandering vaak minder gemakkelijk plaats. Zo is het tijdens een depressieve episode een behoorlijke opgave om de leefstijl van de patiënt te veranderen. Dat het zo lastig is om sporttherapie breed in de ggz te implementeren, ligt deels aan de moeite die het kost om mensen aan het sporten te krijgen en te houden, wat in feite een universeel probleem is bij het verbeteren van leefstijl en duurzame gedragsverandering. Meer en meer onderzoek naar bewegen en sporten bij mentale stoornissen richt zich op de ontwikkeling van gewoonten (*habit formation*) om deze barrière te overwinnen. Hierbij steunt men op kennis over motivatie en beloning, en over contextuele triggers die gewenst gedrag (zoals sporten) in de hand werken (Aarts et al., 1997; Krämer et al., 2014). Belangrijk is dat zich ten doel stellen om te gaan sporten er niet per se toe leidt dat men de gewoonte om te sporten ook daadwerkelijk oppakt (Harvey et al., 2022). Contextuele hints of triggers, zoals sportkleding alvast klaarleggen, maken het gemakkelijker om te gaan sporten. Belangrijk is om te ontdekken wat voor de betreffende patiënt werkt.

*Alleen herhaling
maakt van sporten een
gewoonte – en van
therapie een blijvend
effect*

Alleen herhaling leidt ertoe dat zich een gewoonte vormt. Daarvoor moet sporttherapie gedurende meerdere weken aangeboden worden en in die periode het thuis sporten opgestart worden. Zo kan sporten een automatisme worden, waardoor het steeds minder aandacht en moeite (cognitieve capaciteit) kost om te doen. Maar het duurt enige tijd voor die gewoonte zich gevormd heeft, wat de inzet van beloningen om te blijven sporten belangrijk maakt. Een dergelijke beloning kan zijn sporten gezelliger maken door het samen met een vriend te doen of tijdens het sporten naar een mooi boek te luisteren. Kleine dingen kunnen sterk bijdragen aan het vormen van de gewoonte. Bewust en gericht met de sporttherapeut werken naar het vormen van de gewoonte om te sporten, maakt de kans op langdurig 'thuisgebruik' door patiënten het grootst. Hierdoor kan de patiënt uiteindelijk zelf bijdragen aan het voorkomen van terugval na de behandeling.

Conclusie

Er is sterk bewijs voor de effectiviteit van sporten als behandeling voor depressie en als transdiagnostische complementaire behandeling. De richtlijnen geven concrete adviezen over hoe sporten aangeboden kan worden. Een interessante ontwikkeling in het onderzoeksveld is dat sporttherapie

steeds meer gezien wordt als neuromodulerende augmentatiestrategie voor andere ggz-behandelingen, bijvoorbeeld cognitieve gedragstherapie, omdat het de hersenen direct beter laat werken, waardoor patiënten meer kunnen profiteren van de cobehandeling. Ondanks de grote meerwaarde van sporten voor het mentale en fysieke welzijn van patiënten, wordt het niet standaard (op een evidencebased manier) aangeboden binnen de Belgische en Nederlandse ggz. Het vraagt goede samenwerking met en verwijzing naar professionals die getraind zijn in het geven van sporttherapie (en van beweeginterventies in bredere zin) om mensen met een depressie langdurig te laten profiteren van sporten en bewegen.

Janna Vrijzen is vanuit Pro Persona (Expertisecentrum Depressie, Nijmegen) als hoogleraar verbonden aan de Radboud Universiteit en werkt als universitair hoofddocent op de afdeling Psychiatrie, verbonden aan het Donders Institute for Brain, Cognition and Behaviour in Nijmegen. *Correspondentieadres:* Radboudumc, afdeling Psychiatrie, Reinier Postlaan 4, 6525 GC Nijmegen. E-mail: janna.vrijzen@radboudumc.nl

Summary

Exercise as treatment for depression

This article provides a non-exhaustive overview of the literature on exercise as a treatment for depression. The evidence-based prescription for exercise therapy in depression consists of engaging in physical activity three times per week for at least nine weeks, with each session lasting around 45 minutes at a moderate intensity. One of these weekly sessions should be supervised. There is also strong evidence supporting exercise therapy as a transdiagnostic treatment in mental health care. Recent research shows that exercise therapy is promising as a neuromodulatory augmentation strategy alongside other mental health treatments, as it acutely enhances brain functioning. Despite the substantial benefits of regular physical activity for both mental and physical well-being, exercise therapy is currently not routinely implemented within Dutch and Belgian mental health care. Ways to strengthen its implementation include: [1] training mental health professionals in how to integrate exercise therapy into the treatment provision, and [2] positioning exercise therapy as a formal treatment.

Keywords *exercise, psychomotor therapy, mental health care, depression, transdiagnostic treatment*

Referenties

- Aarts, H., Paulussen, T., & Schaalma, H. (1997). Physical exercise habit: On the conceptualization and formation of habitual health behaviours. *Health Education Research*, 12, 363-374. <https://doi.org/10.1093/her/12.3.363>
- Abdollahi, A., LeBouthillier, D. M., Najafi, M., Asmundson, G. J. G., Hosseinian, S., Shahidi, S., Carlbring, P., Kalhori, A., Sadeghi, H., & Jalili, M. (2017). Effect of exercise augmentation of cognitive behavioural therapy for the treatment of suicidal ideation and depression. *Journal of Affective Disorders*, 219, 58-63. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.05.012>
- American College of Sports Medicine. (2013). *Acsm's health-related physical fitness assessment manual* (5th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.

- Artinian, N. T., Fletcher, G. F., Mozaffarian, D., Kris-Etherton, P., Van Horn, L., Lichtenstein, A. H., Kumanyika, S., Kraus, W. E., Fleg, J. L., Redeker, N. S., Meininger, J. C., Banks, J., Stuart-Shor, E. M., Fletcher, B. J., Miller, T. D., Hughes, S., Braun, L. T., Kopin, L. A., Berra, K., Hayman, L. L., ... American Heart Association Prevention Committee of the Council on Cardiovascular Nursing. (2010). Interventions to promote physical activity and dietary lifestyle changes for cardiovascular risk factor reduction in adults: A scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*, 122, 406-441. <https://doi.org/10.1161/CIR.0b013e3181e8edf1>
- Ashdown-Franks, G., Firth, J., Carney, R., Carvalho, A. F., Hallgren, M., Koyanagi, A., Rosenbaum, S., Schuch, F. B., Smith, L., Solmi, M., Vancampfort, D., & Stubbs, B. (2020). Exercise as medicine for mental and substance use disorders: A meta-review of the benefits for neuropsychiatric and cognitive outcomes. *Sports Medicine*, 50, 151-170. <https://doi.org/10.1007/s40279-019-01187-6>
- Basso, J. C., & Suzuki, W. A. (2017). The effects of acute exercise on mood, cognition, neurophysiology, and neurochemical pathways: A review. *Brain Plasticity*, 2, 127-152. <https://doi.org/10.3233/BPL-160040>
- Bendau, A., Petzold, M. B., Kaminski, J., Plag, J., & Ströhle, A. (2024). Exercise as treatment for 'stress-related' mental disorders. *Current Neuropharmacology*, 22, 420-436. <https://doi.org/10.2174/1570159X22666230927103308>
- Bottoms, L., Prat Pons, M., Fineberg, N. A., Pellegrini, L., Fox, O., Wellsted, D., Drummond, L. M., Reid, J., Baldwin, D. S., Hou, R., Chamberlain, S., Sireau, N., Grohmann, D., & Laws, K. R. (2023). Effects of exercise on obsessive-compulsive disorder symptoms: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 27, 232-242. <https://doi.org/10.1080/13651501.2022.2151474>
- Bryant, R. A., Dawson, K. S., Azevedo, S., Yadav, S., Cahill, C., Kenny, L., Maccallum, F., Tran, J., Rawson, N., Tockar, J., Garber, B., & Keyan, D. (2024). A pilot study of the role of the BDNF Val66Met polymorphism in response to exercise-augmented exposure therapy for posttraumatic stress disorder. *Psychoneuroendocrinology*, 167, 107106. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2024.107106>
- Connor, M., Hargreaves, E. A., Scanlon, O. K., & Harrison, O. K. (2023). The effect of acute exercise on state anxiety: A systematic review. *Sport*, 11, 145. <https://doi.org/10.3390/sports11080145>
- Craft, L. L. (2005). Exercise and clinical depression: Examining two psychological mechanisms. *Psychology of Sport and Exercise*, 6, 151-171. <https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2003.11.003>
- Craft, L. L. (2023). Potential psychological mechanisms underlying the exercise and depression relationship. In P. Ekkekakis (Ed.), *Routledge handbook of physical activity and mental health* (pp. 161-168). Routledge.
- Dauwan, M., Begemann, M. J., Slot, M. I., Lee, E. H., Scheltens, P., & Sommer, I. E. (2021). Physical exercise improves quality of life, depressive symptoms, and cognition across chronic brain disorders: A transdiagnostic systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Neurology*, 268, 1222-1246. <https://doi.org/10.1007/s00415-019-09493-9>
- Desai, S., Borg, B., Cuttler, C., Crombie, K. M., Rabinak, C. A., Hill, M. N., & Marusak, H. A. (2022). A systematic review and meta-analysis on the effects of exercise on the endocannabinoid system. *Cannabis and Cannabinoid Research*, 7, 388-408. <https://doi.org/10.1089/can.2021.0113>
- Dołęga, J., Łukasz, S. P., Mól, P., Maciejczyk, T., Sieńko, A., Łabuś, M., Zabawa, B., Hudzińska, P., Krzykowski, K., & Sadowski, J. (2024). Neuroplasticity: How regular physical activity influences the brain's structure and function. *Quality in Sport*, 34, 56026-56026. <https://doi.org/10.12775/QS.2024.34.56026>
- Donse, L., Padberg, F., Sack, A. T., Rush, A. J., & Arns, M. (2018). Simultaneous rTMS and psychotherapy in major depressive disorder: Clinical outcomes and predictors from a large naturalistic study. *Brain Stimulation*, 11, 337-345. <https://doi.org/10.1016/j.brs.2017.11.004>

- Firth, J., Rosenbaum, S., Stubbs, B., Gorcynski, P., Yung, A. R., & Vancampfort, D. (2016). Motivating factors and barriers towards exercise in severe mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 46, 2869-2881. <https://doi.org/10.1017/S0033291716001732>
- Fuss, J., & Gass, P. (2010). Endocannabinoids and voluntary activity in mice: Runner's high and long-term consequences in emotional behaviors. *Experimental Neurology*, 224, 103-105. <https://doi.org/10.1016/j.expneurol.2010.03.016>
- García-Estela, A., Angarita-Osorio, N., Holzhausen, M. C., Mora-Salgueiro, J., Pérez, V., Duarte, E., Faulkner, G., & Colom, F. (2024). Evaluating the effect of exercise-based interventions on functioning in people with transdiagnostic depressive symptoms: A systematic review of randomised controlled trials. *Journal of Affective Disorders*, 351, 231-242. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.01.191>
- Gezond Leven. (2018). *Evaluatierapport Bewegen Op Verwijzing: Begin tot zomer 2018*. www.gezondleven.be/files/beweging/Evaluatierapport-Bewegen-Op-Verwijzing-begin-tot-zomer-2018.pdf
- Glowacki, K., Arbour-Nicitopoulos, K., Burrows, M., Chesick, L., Heinemann, L., Irving, S., Lam, R. W., Macridis, S., Michalak, E., Scott, A., Taylor, A., & Faulkner, G. (2019). It's more than just a referral: Development of an evidence-informed exercise and depression toolkit. *Mental Health and Physical Activity*, 17, 100297. <https://doi.org/10.1016/j.mhpa.2019.100297>
- Glowacki, K., Duncan, M. J., Gainforth, H., & Faulkner, G. (2017). Barriers and facilitators to physical activity and exercise among adults with depression: A scoping review. *Mental Health and Physical Activity*, 13, 108-119. <https://doi.org/10.1016/j.mhpa.2017.10.001>
- Harvey, A. G., Callaway, C. A., Zieve, G. G., Gumport, N. B., & Armstrong, C. C. (2022). Applying the science of habit formation to evidence-based psychological treatments for mental illness. *Perspectives on Psychological Science*, 17, 572-589. <https://doi.org/10.1177/1745691621995752>
- Hawtlader, M. D. H., Mozid, N. E., Sharmin, S., Monju, I. H., Ahmed, S. B., Sarker, W., Amin, M. A., Jhumur, S. S., & Dalal, K. (2023). The art of forming habits: Applying habit theory in changing physical activity behaviour. *Journal of Public Health*, 31, 2045-2057. <https://doi.org/10.1007/s10389-022-01766-4>
- Heissel, A., Heinen, D., Brokmeier, L. L., Skarabis, N., Kangas, M., Vancampfort, D., Stubbs, B., Firth, J., Ward, P. B., Rosenbaum, S., Hallgren, M., & Schuch, F. (2023). Exercise as medicine for depressive symptoms? A systematic review and meta-analysis with meta-regression. *British Journal of Sports Medicine*, 57, 1049-1057. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2022-106282>
- Illesca-Matus, R., Ardiles, N. M., Munoz, F., & Moya, P. R. (2023). Implications of physical exercise on episodic memory and anxiety: The role of the serotonergic system. *International Journal of Molecular Sciences*, 24, 11372. <https://doi.org/10.3390/ijms241411372>
- Jacquart, J., Dutcher, C. D., Freeman, S. Z., Stein, A. T., Dinh, M., Carl, E., & Smits, J. A. J. (2019). The effects of exercise on transdiagnostic treatment targets: A meta-analytic review. *Behaviour Research and Therapy*, 115, 19-37. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2018.11.007>
- Kiss-Leizer, M., Horváth, A. Á., Kabella, B., Pogány, L., & Lazáry, J. (2024). Combination of CBT and rTMS: What are the advantages? *European Psychiatry*, 67, S710-S710. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2024.1478>
- Kramer, A. (2020). An overview of the beneficial effects of exercise on health and performance. *Advances in Experimental Medicine and Biology*, 1228, 3-22. https://doi.org/10.1007/978-981-15-1792-1_1
- Krämer, L. V., Helmes, A. W., Seelig, H., Fuchs, R., & Bengel, J. (2014). Correlates of reduced exercise behaviour in depression: The role of motivational and volitional deficits. *Psychology & Health*, 29, 1206-1225. <https://doi.org/10.1080/08870446.2014.918978>
- Krogh, J., Hjorthøj, C., Speyer, H., Gluud, C., & Nordentoft, M. (2017). Exercise for patients with major depression: A systematic review with meta-analysis and trial sequential analysis. *BMJ Open*, 7,

- eo14820. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-014820>
- Kvam, S., Kleppe, C. L., Nordhus, I. H., & Hovland, A. (2016). Exercise as a treatment for depression: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 202, 67-86. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.03.063>
- Lee, J., Gierc, M., Vila-Rodriguez, F., Puterman, E., & Faulkner, G. (2021). Efficacy of exercise combined with standard treatment for depression compared to standard treatment alone: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Affective Disorders*, 295, 1494-1511. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.09.043>
- Lu, Y., Bu, F. Q., Wang, F., Liu, L., Zhang, S., Wang, G., & Hu, X. Y. (2023). Recent advances on the molecular mechanisms of exercise-induced improvements of cognitive dysfunction. *Translational Neurodegeneration*, 12, 9. <https://doi.org/10.1186/s40035-023-00341-5>
- Mallon, S., Walker, K., Bayley, Z., & Griffiths, C. (2022). Practitioner perspectives on best practice in non-treatment factors that support the delivery of repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS) for depression. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 29, 463-471. <https://doi.org/10.1111/jpm.12815>
- Meyer, J. D., Crombie, K. M., Cook, D. B., Hillard, C. J., & Koltyn, K. F. (2019). Serum endocannabinoid and mood changes after exercise in major depressive disorder. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 51, 1909-1917. <https://doi.org/10.1249/MSS.0000000000002006>
- Meyer, J. D., Kelly, S. J. E., Gidley, J. M., Lansing, J. E., Smith, S. L., Churchill, S. L., Thomas, E. B. K., Goldberg, S. B., Abercrombie, H. C., Murray, T. A., & Wade, N. G. (2024). Protocol for a randomized controlled trial: Exercise-priming of CBT for depression (the CBT+trial). *Trials*, 25, 663. <https://doi.org/10.1186/s13063-024-08495-x>
- Meyer, J. D., Perkins, S. L., Brower, C. S., Lansing, J. E., Slocum, J. A., Thomas, E. B. K., Murray, T. A., Lee, D. C., & Wade, N. G. (2022). Feasibility of an exercise and CBT intervention for treatment of depression: A pilot randomized controlled trial. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 799600. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.799600>
- Moriarty, T. A., Mermier, C., Kravitz, L., Gibson, A., Beltz, N., & Zuhl, M. (2019). Acute aerobic exercise based cognitive and motor priming: Practical applications and mechanisms. *Frontiers in Psychology*, 10, 2790. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02790>
- Morres, I. D., Hatzigeorgiadis, A., Stathi, A., Comoutos, N., Arpin-Cribbie, C., Krommidas, C., & Theodorakis, Y. (2019). Aerobic exercise for adult patients with major depressive disorder in mental health services: A systematic review and meta-analysis. *Depression and Anxiety*, 36, 39-53. <https://doi.org/10.1002/da.22842>
- Mura, G., Moro, M. F., Patten, S. B., & Carta, M. G. (2014). Exercise as an add-on strategy for the treatment of major depressive disorder: A systematic review. *CNS Spectrums*, 19, 496-508. <https://doi.org/10.1017/S1092852913000953>
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2022). *Depression in adults: Treatment and management* (NICE Guideline No. 222). www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK583074
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP). (2024). *Depressie* [Richtlijn]. Federatie Medisch Specialisten (FMS). https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/depressie/startpagina_-_richtlijn_depressie_2024.html
- Noetel, M., Sanders, T., Gallardo-Gómez, D., Taylor, P., Del Pozo Cruz, B., van den Hoek, D., Smith, J. J., Mahoney, J., Spathis, J., Moresi, M., Pagano, R., Pagano, L., Vasconcellos, R., Arnott, H., Varley, B., Parker, P., Biddle, S., & Lonsdale, C. (2024). Effect of exercise for depression: Systematic review and network meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ*, 384, e075847. <https://doi.org/10.1136/bmj-2023-075847>
- Pollock, K. M. (2001). Exercise in treating depression: Broadening the psychotherapist's role. *Journal of Clinical Psychology*, 57, 1289-1300. <https://doi.org/10.1002/jclp.1097>
- Powers, M. B., Medina, J. L., Burns, S., Kauffman, B. Y., Monfils, M., Asmundson, G. J., Diamond, A., McIntyre, C., & Smits, J. A. (2015). Exercise augmented

- tion of exposure therapy for PTSD: Rationale and pilot efficacy data. *Cognitive Behaviour Therapy*, 44, 314-327. <https://doi.org/10.1080/16506073.2015.1012740>
- Recchia, F., Leung, C. K., Chin, E. C., Fong, D. Y., Montero, D., Cheng, C. P., Yau, S. Y., & Siu, P. M. (2022). Comparative effectiveness of exercise, antidepressants and their combination in treating non-severe depression: A systematic review and network meta-analysis of randomised controlled trials. *British Journal of Sports Medicine*, 56, 1375-1380. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2022-105964>
- Rethorst, C. D., & Trivedi, M. H. (2013). Evidence-based recommendations for the prescription of exercise for major depressive disorder. *Journal of Psychiatric Practice*, 19, 204-212. <https://doi.org/10.1097/01.pra.0000430504.16952.3e>
- Roig, M., Nordbrandt, S., Geertsens, S. S., & Nielsen, J. B. (2013). The effects of cardiovascular exercise on human memory: A review with meta-analysis. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 37, 1645-1666. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2013.06.012>
- Rosenbaum, S., Sherrington, C., & Tiedemann, A. (2015). Exercise augmentation compared with usual care for post-traumatic stress disorder: A randomized controlled trial. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 131, 350-359. <https://doi.org/10.1111/acps.12371>
- Ross, R. E., VanDerwerker, C. J., Saladin, M. E., & Gregory, C. M. (2023). The role of exercise in the treatment of depression: Biological underpinnings and clinical outcomes. *Molecular Psychiatry*, 28, 298-328. <https://doi.org/10.1038/s41380-022-01819-w>
- Rost, K. M. (2005). Improving depression treatment by integrated care. *Journal of Managed Care Pharmacy*, 11, S5-S8. <https://doi.org/10.18553/jmcp.2005.11.3.S5>
- Sabri, S., Rashid, N., & Mao, Z. X. (2023). Physical activity and exercise as a tool to cure anxiety and posttraumatic stress disorder. *Mental Illness*, 4294753. <https://doi.org/10.1155/2023/4294753>
- Schäfer, M., Jaeger-Erben, M., & Bamberg, S. (2012). Life events as windows of opportunity for changing towards sustainable consumption patterns? Results from an intervention study. *Journal of Consumer Policy*, 35, 65-84. <https://doi.org/10.1007/s10603-011-9181-6>
- Schmitter, M., Rubin, M., Smits, J. A. J., Reijnen, S. E., de Ruiter-Blijdorp, E. D., van den Berg, M. M. A., de Jong-Dinar, R., Spijker, J., & Vrijksen, J. N. (2025). Exercise prior to cognitive behavior therapy sessions for depression: A feasibility pilot study. *Cognitive Behaviour Therapy*, 54, 613-625. <https://doi.org/10.1080/16506073.2024.2449088>
- Schmitter, M., & Vrijksen, J. N. (2024). Exercise and memory. *Current Topics in Behavioral Neurosciences*, 67, 141-154. https://doi.org/10.1007/7854_2024_495
- Schmitter, M., Wijnen, B., Creemers, D., van Dorp, A., Oostelbos, P., Tendolkar, I., Smits, J., Spijker, J., & Vrijksen, J. N. (2025). The (cost-)effectiveness of exercise therapy adjunct to guideline-concordant care for depression: A pragmatic randomised controlled trial. *European Psychiatry*, 68, e124. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2025.10085>
- Schuch, F. B., Morres, I. D., Ekkekakis, P., Rosenbaum, S., & Stubbs, B. (2017). A critical review of exercise as a treatment for clinically depressed adults: Time to get pragmatic. *Acta Neuropsychiatrica*, 29, 65-71. <https://doi.org/10.1017/neu.2016.21>
- Shin, S. S., Krishnan, V., Stokes, W., Robertson, C., Celnik, P., Chen, Y., Song, X., Lu, H., Liu, P., & Pelled, G. (2018). Transcranial magnetic stimulation and environmental enrichment enhances cortical excitability and functional outcomes after traumatic brain injury. *Brain Stimulation*, 11, 1306-1313. <https://doi.org/10.1016/j.brs.2018.07.050>
- Stanton, R., & Reaburn, P. (2014). Exercise and the treatment of depression: A review of the exercise program variables. *Journal of Science and Medicine in Sport*, 17, 177-182. <https://doi.org/10.1016/j.jsams.2013.03.010>
- Szuhany, K. L., Bugatti, M., & Otto, M. W. (2015). A meta-analytic review of the effects of exercise on brain-derived neurotrophic factor. *Journal of Psychiatric Research*, 60, 56-64. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2014.10.003>
- Szuhany, K. L., & Otto, M. W. (2020). Efficacy evaluation of exercise as an augmen-

- tation strategy to brief behavioral activation treatment for depression: A randomized pilot trial. *Cognitive Behaviour Therapy*, 49, 228-241. <https://doi.org/10.1080/16506073.2019.1641145>
- Tendolkar, I., & Vrijksen, J. N. (2024). Not too late: Towards personalized treatment of persistent depression using neuromodulating augmentation strategies. *Journal of Psychiatry and Cognitive Behaviour*, 7, 182. <https://doi.org/10.29011/2574-7762.000082>
- Trivedi, M. H., Greer, T. L., Church, T. S., Carmody, T. J., Grannemann, B. D., Galper, D. I., Dunn, A. L., Earnest, C. P., Sunderajan, P., Henley, S. S., & Blair, S. N. (2011). Exercise as an augmentation treatment for nonremitted major depressive disorder: A randomized, parallel dose comparison. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 72, 677-684. <https://doi.org/10.4088/JCP.10mo06743>
- Wu, Y., Ding, L., Zhang, Q., Dong, Y., Tao, C., Li, Z., Li, Z., & Lu, L. (2024). The effect of physical exercise therapy on autism spectrum disorder: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, 339, 116074. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2024.116074>
- Xie, Y., Wu, Z., Sun, L., Zhou, L., Wang, G., Xiao, L., & Wang, H. (2021). The effects and mechanisms of exercise on the treatment of depression. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 705559. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.705559>
- Yang, G., Liu, Q., Wang, W., Liu, W., & Li, J. (2024). Effect of aerobic exercise on the improvement of executive function in children with attention deficit hyperactivity disorder: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychology*, 15, 1376354. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1376354>
- Zeibig, J. M., Seiffer, B., Sudeck, G., Rösel, I., Hautzinger, M., & Wolf, S. (2021). Transdiagnostic efficacy of a group exercise intervention for outpatients with heterogeneous psychiatric disorders: A randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 21, 313. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03307-x>
- Zheng, Y., Zhao, Y., Chen, X., & Li, S. (2024). Effect of physical exercise on the emotional and cognitive levels of patients with substance use disorder: A meta-analysis. *Frontiers in Psychology*, 15, 1348224. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1348224>

ME/CVS: geen protocol, maar maatwerk en samenwerking

► KLAAS HUIJBREGTS & LUKK STROINK

Samenvatting De behandeling van de ernstig invaliderende aandoening myalgische encefalomyelitis/chronisch vermoeidheidssyndroom (ME/ CVS) krijgt momenteel volop aandacht, onder andere omdat veel patiënten met long covid voldoen aan de criteria van ME/ CVS. Traditioneel is de voorkeursbehandeling voor ME/ CVS een cognitief-gedragstherapeutisch protocol waarin het activiteitsniveau geleidelijk wordt opgebouwd. Deze aanpak staat echter steeds meer op de helling, omdat onderzoeksresultaten in twijfel worden getrokken en veel patiënten aangeven dat de behandeling bij hen tot een fysieke terugslag heeft geleid. Deze kritiek is niet langer te negeren, onder andere omdat star vasthouden aan één protocol met *graded activity* niet strookt met de manier waarop cognitief gedragstherapeuten worden opgeleid. Een op maat gemaakte casusconceptualisatie, op basis waarvan hypothesen met gedragsexperimenten worden getoetst, zou een uitweg kunnen bieden uit de controverse, die momenteel zowel de werkrelatie met patiënten als het maatschappelijke beeld van cognitieve gedragstherapie (CGT) aantast.

TREFWOORDEN — *ME/ CVS, cognitieve gedragstherapie (CGT), graded activity, protocollaire behandeling, controverse*

Kernboodschappen voor de klinische praktijk

- CGT met *graded activity* voor ME/ CVS ligt steeds meer onder vuur.
- De kritiek is deels terecht, omdat rigide vasthouden aan een protocol niet strookt met hoe cognitief gedragstherapeuten worden opgeleid.
- De uitweg uit de controverse over CGT voor ME/ CVS ligt in een meer op de patiënt toegesneden aanpak op basis van een casusconceptualisatie en het toetsen van hypothesen met gedragsexperimenten.

Voor wie bekend is met de geschiedenis van postvirale aandoeningen zal het geen verrassing zijn geweest: na de zware beving van de pandemie zien we nu een tsunami van long covid. Iets dergelijks was door de geschiedenis heen al bij verschillende infectieziekten het geval, bijvoorbeeld bij de Q-

koortsepidemie (RIVM, 2017). Het verbaasde ons daarom dat we in de media wel lasen over de voorbereidingen op een dergelijke golf, maar dat daarbij alleen biomedisch onderzoek genoemd werd. Immers, cognitieve gedragstherapie (CGT) was toch allang geleden effectief bevonden voor het myalgische encefalomyelitis/chronisch vermoeidheidssyndroom (ME/CVS), waar postvirale klachten helaas vaak in uitmonden (Price et al., 2008)? Dit werd alleen nergens genoemd. Wie op onderzoek uitgaat, komt er al snel achter dat CGT buiten spel is komen te staan en dat er zeer negatief bericht wordt over deze therapievorm.

*CGT is buiten spel
komen te staan bij
de behandeling
van ME/CVS*

De eerste blikvanger is een opmerkelijke uitspraak van de Gezondheidsraad uit 2018. Deze schrijft dat 'CGT niet te beschouwen is als een naar medische maatstaven adequate behandeling waartoe patiënten verplicht kunnen worden' (Gezondheidsraad, 2018). Recent besteedde ook de NOS aandacht aan de twijfel over de effectiviteit en mogelijk zelfs negatieve effecten van deze behandelingsvorm (Zurhake, 2025). Zoveel negatieve berichten over onze therapie moet natuurlijk te denken geven. Het lijkt erop dat CGT lang niet altijd wordt toegepast zoals we het hebben geleerd tijdens onze opleiding tot cognitief gedragstherapeut.

Hoe zit het ook alweer met CGT voor ME/CVS? De belangrijkste kenmerken van ME/CVS zijn aanhoudende, ernstige vermoeidheid en onvermogen om het vroegere activiteitenniveau vast te houden. Patiënten hebben veel tijd nodig om te herstellen van zelfs lichte inspanning, de zogeheten 'post-exertionele malaise' (PEM). Een nacht goed slapen leidt niet tot herstel. Daarnaast komen klachten zoals geheugenproblemen, keelpijn en spierpijn regelmatig voor. Om de diagnose te kunnen stellen, moeten de symptomen minimaal 6 maanden aanwezig zijn. De aandoening kan het dagelijks functioneren van de patiënt ernstig beperken (CDC, 2024). Sommige patiënten zijn aan bed gekluisterd en kunnen nauwelijks nog prikkels verdragen.

Met CGT voor ME/CVS wordt vaak een protocollaire aanpak bedoeld waarin het activiteitenniveau stapsgewijs wordt verhoogd (*graded activity*). Patiënten zouden zo leren dat hun vermoeidheid het gevolg is van afname van hun conditie en niet komt door een lichamelijke ziekte. Deze benadering vindt onder meer steun in een artikel van Wessely en Powell (1989). Zij stelden dat CVS-patiënten twee keer vaker voldeden aan de criteria voor een psychiatrische aandoening dan patiënten met een neuromusculaire ziekte (72% versus 36%). Qua ervaren vermoeidheid leken CVS-patiënten meer op mensen met een affectieve stoornis dan op neuromusculaire patiënten, maar zij schreven hun klachten toe aan een lichamelijke oorzaak in plaats van aan een psychische. Volgens deze theorie (en het graded activity-protocol) moeten die somatische overtuigingen worden bijgesteld.

Het stapsgewijs opbouwen van activiteiten kan daarmee gezien worden als een gedragsexperiment waarmee de aanname dat het lichaam activiteit-verhoging niet aankan mogelijk wordt ontkracht. Het aantrekkelijke van een gedragsexperiment is dat er ‘iets te wedden valt’. Een dergelijke weddenschap kan luiden: ‘Wedden dat ik me beter ga voelen als ik elke dag iets langer ga wandelen?’ Veel patiënten hadden echter niet de ervaring dat er sprake was van een experiment waarvan de uitkomst ook kon zijn dat zij zich door de graded activity slechter gingen voelen in plaats van beter. Er is zelfs een heus zwartboek verschenen op de website van de ME/CVS Vereniging (Blom-Laumen & de Jonge, 2025). Daarin staan 50 ervaringsverhalen van patiënten opgetekend. De citaten zijn af en toe schokkend. We lichten er twee uit:

‘Ik leerde daar op 14-jarige leeftijd dat ik signalen van mijn lichaam niet moest vertrouwen (*gaslighting*) en dat ik ondanks pijn en toenemende uitputting (*false illness beliefs*) activiteiten op moest bouwen. Dit maakte dat niet alleen mijn fysieke conditie, maar ook mijn zelfbeeld en eigenwaarde ernstig beschadigd raakte.’

‘Ik wilde zo graag beter worden, maar ik werd alleen maar slechter en kreeg nog minder vertrouwen in de medische wetenschap. Je kon ook niet zomaar weggaan. Het UWV had als je wegging de macht in handen. Je afkeuring kon worden teruggedraaid, omdat ze dan konden aantonen dat je zorg weigerde.’

Het punt dat de fysieke conditie achteruitging in plaats van vooruit, wordt vaak gemaakt in het zwartboek. Dit heeft te maken met de hiervoor genoemde PEM, die tegenwoordig meer dan vermoeidheid op zich als kernsymptoom van ME/CVS wordt gezien. Een studie uit 2010 van Heins en collega's concludeerde dat na behandeling met graded activity een vergelijkbaar percentage patiënten verslechterde als in de controlegroep. Dit suggereert op het eerste gezicht dat die verslechtering een gevolg is van de aandoening in plaats van de behandeling. Een recente richtlijn van het gezaghebbende Britse National Institute for Health and Care Excellence (NICE, 2020, 2021) is echter duidelijk: het instituut neemt afstand van graded activity bij PEM.

Feit is ook dat het vertrouwen van veel patiënten in CGT met graded activity ernstig beschadigd is. Daar is ook wel enige reden toe. In 2011 werden de resultaten van de grootschalige PACE-trial gepubliceerd. De onderzoeksoptzet kreeg in de jaren daarna echter veel kritiek. In 2016 werden na een gerechtelijk besluit de ruwe data openbaar gemaakt. Desondanks kon het vertrouwen in de uitkomsten van het onderzoek sindsdien niet worden hersteld, onder andere omdat van het vooraf gepubliceerde onderzoeksprotocol was afgeweken (Wilshire & Kindlon, 2019).

Of graded activity nu leidt tot fysieke schade of niet, uit het zwartboek blijkt dat patiënten zich lang niet altijd serieus genomen voelden en dat sommigen de indruk hadden onder druk te worden gezet (bijvoorbeeld omdat het traject belangrijk was voor de beoordeling door het UWV). Het is lastig om hierover te oordelen zonder de andere kant van het verhaal te kennen, maar patiënten zouden vrij moeten zijn om wel of niet deel te nemen aan een behandeling. Ook zou vermeden moeten worden dat zij het gevoel krijgen dat hun klachten gebagatelliseerd worden. Dit kan voor patiënten een herhaling vormen van eerdere schadelijke ervaringen. Veel ME/CVS-patiënten horen hun leven lang al dat ze zich aanstellen, dat ze ‘gewoon moeten doorgaan’ of dat hun klachten ‘tussen de oren zitten’. Wanneer een behandeling impliciet of expliciet dezelfde boodschap lijkt af te geven – bijvoorbeeld door signalen van het lichaam te negeren of die standaard te interpreteren als uitingen van irrationele overtuigingen – kan dit hertraumatiserend werken. In plaats van erkenning en samenwerking ontstaan dan opnieuw twijfel aan de eigen waarneming en afname van zelfvertrouwen. Bovendien kan dit ertoe leiden dat psychotherapie in de toekomst vermeden wordt.

Bij ME/CVS is de therapeutische relatie van groot belang, zeker wanneer er bij patiënten sprake is van eerdere negatieve ervaringen. Volgens Hafkenscheid (2014) vraagt dit om echte aansluiting bij het verhaal van de patiënt, zonder te snel te sturen op symptomen. Toen de VGCT onlangs reageerde (VGCT, 2025) op de berichtgeving door de NOS (Zurhake, 2025), benadrukte zij het belang van maatwerk en samenwerking in CGT bij ME/CVS. Toch is het problematisch dat uit de kritiek blijkt dat geprotocolleerde CGT bij ME/CVS in de praktijk tekortschiet op vlak van maatwerk en samenwerking.

Te veel focussen op één protocol is in strijd met hoe CGT in de opleiding door de VGCT wordt aangeboden. Daarin wordt het belang van de therapeutische relatie (Hafkenscheid, 2014) onderstreept middels een verplichte online module. Daarnaast leren we bij het schrijven van onze N=1 dat een cognitieve gedragstherapie begint met uitgebreide casusconceptualisatie, gevolgd door een behandelplan op basis van

shared decision making (VGCT, 2022). Essentieel is om vervolgens samen met de patiënt hypothesen te verkennen. Wanneer dat proces wordt ingevuld voor rigide sturing, verliest CGT zowel haar therapeutische kracht als haar morele basis.

De behandeling van een aandoening als ME/CVS, waarover nog veel onbekend is (maar het belang van PEM zich steeds duidelijker aftekent), vraagt om maatwerk. Als wordt gekozen voor graded activity, moeten gedragsexperimenten werkelijk open worden ingezet; werkt graded activity niet, dan moet worden overgestapt op *adaptive pacing*, een aanpak die uitgaat van energiemangement waarbij patiënten leren hun energie op een

Laat rigide protocollen los: kies voor maatwerk, relationele afstemming en echt toetsbare hypothesen

consistente manier in te zetten, zonder overschrijding van grenzen (crash-preventie). Een bekende methode is de ‘energie-envelop’ (Jason et al., 2013). Daarnaast kan CGT zich vaak beter richten op acceptatie of behandeling van comorbide klachten dan op herstel van de ME/CVS zelf. In feite is dit in lijn met de Britse richtlijn (NICE, 2021). Ons ongevroegde advies aan de VGCT is om de daarin beschreven werkwijze aan te bevelen, in afwachting van een nieuwe Nederlandse leidraad.

Maar een richtlijn is niet het belangrijkste. Om CGT bij ME/CVS op nieuw betekenis en vertrouwen te geven, moeten therapeuten zich losmaken van rigide protocollen, en handelen vanuit relationele afstemming en herstelgericht denken (bijvoorbeeld door te kijken naar maatschappelijk, persoonlijk en functioneel herstel, in plaats van alleen naar symptomatisch herstel). Een gedragsexperiment is pas effectief als de patiënt er een werkelijk toetsbare hypothese in uitprobeert en er niet louter bestaande aannamen van de therapeut in bevestigt. Alleen dan kunnen richtlijn en beleving elkaar ontmoeten, en ontstaat er ruimte voor een meer humane, effectieve benadering.

Opmerkelijk genoeg klinkt deze boodschap al sinds 2011 (Twisk & Maes, 2011). Voor een vak dat gestoeld is op leertheoretische principes, lijken we zelf soms weinig leerbaar.

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

Luuk Stroink is klinisch psycholoog, cognitief gedragstherapeut en promovendus bij de Poli Complex Trauma van GGNet.

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

Summary

ME/CFS: no protocol, but tailor-made care and collaboration

The treatment of the severely disabling condition ME/CFS is currently receiving considerable attention, as many long COVID patients meet the diagnostic criteria. Traditionally, a CBT protocol involving a gradual increase in activity levels was the preferred treatment. However, this approach is increasingly under scrutiny, as research findings have been called into question and many patients report that the treatment led to physical setbacks. This criticism can no longer be ignored, partly because rigid adherence to a single protocol with graded activity is inconsistent with the way cognitive behavioural therapists are trained. A tailored case conceptualization, based on which hypotheses are tested through behavioural experiments, could offer a way out of the controversy that is currently damaging both the therapeutic relationship with patients and the public perception of CBT.

Keywords *ME/CFS, cognitive behavioural therapy (CBT), graded activity, protocol-based treatment, controversy*

Referenties

- Blom-Laumen, A., & de Jonge, E. (2025). *Zwartboek CGT en GET. ME/CVS Vereniging*. <https://me-cvsvereniging.nl/wp-content/uploads/2025/05/Zwartboek-CGT-en-GET-versie-29-mei.pdf>
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2024). *Symptoms of myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome (ME/CFS)*. www.cdc.gov/me-cfs/signs-symptoms
- Gezondheidsraad. (2018). *Advies ME/CVS* (Publicatienummer 2018/07). Gezondheidsraad. www.gezondheidsraad.nl/documenten/adviezen/2018/03/19/me-cvs
- Hafkenscheid, A. (2014). *De therapeutische relatie*. De Tijdstroom.
- Heins, M. J., Knoop, H., Prins, J. B., Stulemeijer, M., van der Meer, J. W. M., & Bleijenberg, G. (2010). Possible detrimental effects of cognitive behaviour therapy for chronic fatigue syndrome. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 79, 249-256. <https://doi.org/10.1159/000315130>
- Jason, L. A., Brown, M., Brown, A., Evans, M., Flores, S., Grant-Holler, E., & Sunnquist, M. (2013). Energy conservation/envelope theory interventions. *Fatigue: Biomedicine, Health & Behavior*, 1, 27-42. <https://doi.org/10.1080/21641846.2012.748920>
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2020). *NICE guidance addresses the best approach to the diagnosis and management of ME/CFS*. www.nice.org.uk/news/article/nice-guidance-addresses-the-best-approach-to-the-diagnosis-and-management-of-me-cfs
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2021). *Myalgic encephalomyelitis (or encephalopathy)/chronic fatigue syndrome: Diagnosis and management (NG206)*. www.nice.org.uk/guidance/ng206
- Price, J. R., Mitchell, E., Tidy, E., & Hunot, V. (2008). Cognitive behaviour therapy for chronic fatigue syndrome in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, CD001027. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001027.pub2>
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). (2017). *Q-koortsvermoeidheidssyndroom*. www.rivm.nl/q-koorts/qvs
- Twisk, F., & Maes, M. (2011). Cognitieve gedragstherapie (CGT) en myalgische encephalomyelitis (ME)/chronisch vermoeidheidssyndroom (CVS): géén gelukkig huwelijk. *Gedragstherapie*, 44, 225-232.
- Vereniging voor Gedragstherapie en Cognitieve Therapie (VGCT). (2022). *Richtlijnen voor N=1 nieuwe stijl*. www.vgct.nl/wp-content/uploads/2022/03/Richtlijnen-N1-nieuwe-stijl.pdf
- Vereniging voor Gedragstherapie en Cognitieve Therapie (VGCT). (2025, 6 juni). *Reactie VGCT op artikel NOS over behandeling ME/CVS*. www.vgct.nl/reactie-vgct-op-artikel-nos-over-behandeling-me-cvs
- Wessely, S., & Powell, R. (1989). Fatigue syndromes: A comparison of chronic 'postviral' fatigue with neuromuscular and affective disorders. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 52, 940-948. <https://doi.org/10.1136/jnnp.52.8.940>
- Wilshire, C. E., & Kindlon, T. (2019). Response: Sharpe, Goldsmith and Chalder fail to restore confidence in the PACE trial findings. *BMC Psychology*, 7, 19. <https://doi.org/10.1186/s40359-019-0296-x>
- Zurhake, S. (2025, 30 mei). Therapie voor kinderen met uitputtingsziekte ME/CVS in twijfel getrokken. *NOS Nieuws*. <https://nos.nl/artikel/therapy-me-cvs>

Herstellen met cognitive processing therapy: een praktisch werkboek bij PTSS

Bespreking van

PATRICIA RESICK, SHANNON WILTSEY STIRMAN & STEFANIE LOSAVIO (2024).

Herstellen van trauma: Een werkboek om los te komen van PTSS.

Nieuwezijds. 336 pp., € 37,99. ISBN 9789057125973

► REBECCA VAN DEN BERGE-MINNAAR

Dit werkboek is bedoeld voor volwassenen met een posttraumatische stressstoornis (PTSS) die willen werken aan hun herstel door middel van cognitieve verwerkingstherapie (*cognitive processing therapy*, CPT). De auteurs zijn allen gespecialiseerd op het gebied van PTSS. Resick heeft zelf CPT ontwikkeld in de jaren tachtig. Het boek is geschreven voor cliënten, maar zou ook ingezet kunnen worden door therapeuten die met CPT werken en die op zoek zijn naar een gestructureerd hulpmiddel voor in de behandeling. De laagdrempelige schrijfstijl, toegankelijke uitleg en concrete oefeningen maken het boek bruikbaar voor mensen met uiteenlopende achtergronden.

De auteurs beogen cliënten op een gestructureerde en empathische wijze te begeleiden bij hun verwerking van traumatische ervaringen. Door middel van psycho-educatie, cognitieve herstructurering en schrijf oefeningen helpen zij cliënten om negatieve overtuigingen te herkennen en te veranderen. Deze doelstelling wordt overtuigend behaald: het werkboek is zorgvuldig opgebouwd, steekt methodisch sterk in elkaar en begeleidt cliënten stap voor stap. De toon is respectvol en ondersteunend. Tevens worden er tal van voorbeelden gegeven, wat duidelijkheid biedt, en er mogelijk ook toe leidt dat cliënten zich minder alleen voelen met hun klachten. Het boek biedt niet alleen ruimte voor persoonlijke betekenisgeving, maar geeft ook houvast.

Herstellen van trauma bestaat uit twaalf overzichtelijke hoofdstukken die gebaseerd zijn op het behandelprotocol van de cognitieve verwerkingstherapie. Het boek begint met een heldere uitleg over PTSS en over hoe CPT werkt. Vervolgens leert de cliënt disfunctionele overtuigingen herkennen die na het trauma zijn ontstaan. Middels oefeningen, reflecties en schrijfopdrachten onderzoekt de cliënt stap voor stap hoe deze overtuigingen zijn ontstaan, waarom ze belemmerend zijn en hoe ze veranderd kunnen worden. Aan bod komen belangrijke thema's als veiligheid, vertrou-

wen, controle, eigenwaarde en intimiteit. Elk hoofdstuk bevat gestructureerde invulbladen en opdrachten die de cliënt helpen om het geleerde toe te passen in het dagelijks leven. Tevens kan door regelmatig een PTSS-checklist (PCL-5) in te vullen de voortgang worden gemonitord. Het boek eindigt met oefeningen voor integratie van inzichten en terugvalpreventie.

Cognitieve verwerkingstherapie is internationaal erkend als evidencebased behandelvorm voor PTSS en sinds kort ook opgenomen als aanbevolen behandeling in de Nederlandse multidisciplinaire richtlijn PTSS (NVvP, 2025). Deze opname markeert een belangrijke stap in de brede erkenning van CPT binnen de Nederlandse ggz, waar vooral EMDR en imaginaire exposure gangbaar zijn.

Het boek sluit uitstekend aan bij CGT en is volledig in lijn met het standaard CPT-protocol. Wat dit boek onderscheidt, is de toegankelijke stijl en de uitgebreide voorbeelden. De auteurs houden rekening met diversiteit in de achtergrond, het type trauma en de copingstijl van de cliënt. De toon is motiverend en herstelgericht, met nadruk op veerkracht en eigen regie. In de praktijk zal dit boek geschikt zijn voor cliënten die baat hebben bij een cognitieve benadering en die behandeling met EMDR of imaginaire exposure niet zien zitten. Voor therapeuten biedt *Herstellen van trauma* niet alleen structuur, maar ook een manier om cliënten actief te betrekken bij hun herstel. Hoewel het boek bedoeld is om zelfstandig te gebruiken, lijkt dit erg belastend en ligt vermijding op de loer. Professionele begeleiding lijkt dan ook wenselijk.

Kortom, *Herstellen van trauma* is een waardevolle, toegankelijke en wetenschappelijk onderbouwde gids voor cliënten en therapeuten die werken met cognitieve verwerkingstherapie. Nu CPT ook in Nederland officieel is opgenomen in de richtlijn PTSS, is dit boek mogelijk zeer relevant voor de klinische praktijk. Het bevordert zelfinzicht, versterkt eigenaarschap en ondersteunt cliënten op krachtige wijze bij hun herstel.

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

Referentie

Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP). (2025). *PTSS* [Richtlijn]. Federa-

tie Medisch Specialisten (FMS).
https://richtlijnendatabase.nl/richtlijn/ptss/startpagina_ptss.html

CPT helpt cliënten hun overtuigingen na trauma stap voor stap te onderzoeken en te veranderen

Emoties centraal in therapie

Bespreking van

GERRIE BLOOTHOOFD & ROGIER POELS (2025). *Emoties doorvoelen: Deliberate practice bij experiëntieel dynamische therapie*. Boom. 385 pp., € 39,90. ISBN 9789024466726

► VINCENT VAN BRUGGEN

Wat kunnen wij als gedragstherapeuten leren van de experiëntieel dynamische therapie (EDT)? Met die vraag begon ik met het lezen van *Emoties doorvoelen: Deliberate practice bij experiëntieel dynamische therapie*. De eerste auteur schreef het boek *Fundamentele vaardigheden in gesprekstherapie*, dat eerder is besproken in dit tijdschrift (Bloothoofd, 2021; van Bruggen & Hendrix, 2023). De tweede auteur is de vertaler van het populaire zelfhulpboek *Omarm je emoties* (Frederick, 2014). Nu is er dus een boek dat deze twee auteurs samen hebben geschreven. Helpen Bloothoofd en Poels de gedragstherapie verder met hun boek over het doorvoelen van emoties?

Het boek *Emoties doorvoelen* is opgezet als een leerboek en maakt, zoals de ondertitel al zegt, gebruik van *deliberate practice*. Dit betekent dat elk hoofdstuk wordt gevolgd door tientallen microcasussen met het verzoek op de casus te reageren. Bij elke casus geven de auteurs een voorbeeldantwoord. Een van deze casussen (p. 161): ‘Therapeut: “Wat is het probleem waar je vandaag mee aan de slag wilt?” Patiënt: “We kunnen het wel hebben over mijn studie? Daar hadden we het vorige keer ook over.”’ De lezer moet vervolgens de door de cliënt toegepaste afweer benoemen en bedenken hoe de therapeut kan reageren. De auteurs geven als voorbeeldantwoord dat de therapeut kan doorvragen naar wat de cliënt zelf wil. Deze microcasus laat meteen zien hoe er in de EDT gewerkt wordt. De cliënt wordt gezien als de expert met betrekking tot zichzelf en bepaalt wat er belangrijk is om te bespreken (p. 136).

Het is daarna de taak van de therapeut om aandachtig te luisteren en te observeren. Door deze aandachtige houding probeert de therapeut zicht te krijgen op de emoties die de cliënt op dat moment ervaart en op de manier waarop de cliënt deze emoties probeert te hanteren. Een belangrijke taak voor de therapeut is het herkennen en helpen reguleren van angstreacties. Wanneer er een onderwerp wordt besproken dat voor de cliënt angst- of schuldbeladen is, kan deze reageren met afweer – zoals weglachen, minimaliseren of ontkennen – of met angst. Lichamelijke signalen, zoals zuch-

ten, onrustig bewegen of snel praten, attenderen de therapeut erop dat er mogelijk sprake is van een angstreactie. De angstreactie kan zich volgens de auteurs bevinden in de dwarsgestreepte spieren (spieren die je bewust kunt aanspannen), maar ook in de gladgestreepte spieren of in het cognitief-perceptuele domein. Wanneer er sprake is van deze twee laatste reacties, moet de therapeut eerst helpen de angst te reguleren, zodat deze onderzocht en bewerkt kan worden. Dit reguleren gebeurt door te vertragen, de focus te leggen op de lichamelijke uitingen en de angst te benoemen. Zowel het reguleren van angst als het blokkeren en verhelderen van afweer hebben als doel dat de eigenlijke emoties onderzocht kunnen worden. Dit laatste wordt gezien als het werkzame onderdeel van EDT. Op pagina 42 stellen de auteurs dan ook dat er pas werkelijke verandering bij cliënten kan plaatsvinden wanneer zij hun ware gevoelens onder ogen zien.

Wat kan ik als gedragstherapeut leren van dit boek over psychodynamische therapie? Het sprak me aan hoe in deze methode de nadruk ligt op de volledige aandacht die je als therapeut hebt voor de ervaringen van de cliënt. Wat gebeurt er in de sessie? Welke lichamelijke signalen laat de cliënt zien? Wat wordt er gezegd en wat wordt er verzwegen? Binnen CGT kan de nadruk op het toepassen van analyses en interventies ervoor zorgen dat deze aandacht onder druk komt te staan. Ook wat in de sessie zelf gebeurt is uiteraard belangrijk en kan voor een gedragstherapeut materiaal zijn voor verdere analyses en interventies.

Daarnaast sprak het mij aan dat dit boek laat zien dat emoties vaak geïgald zijn en dat de emotie die de cliënt presenteert niet altijd de beste focus is voor een interventie. Ook dit principe kan een gedragstherapeut nader analyseren, bijvoorbeeld door in een betekenisanalyse een emotie als CS weer te geven en zich af te vragen hoe het komt dat de cliënt op deze emotie op een bepaalde manier reageert (Korrelboom & ten Broeke, 2016). Een voorbeeld is dat mensen bang zijn voor controleverlies wanneer zij hun woede meer zouden toelaten. Dit zou kunnen worden verduidelijkt met een betekenisanalyse, en het bijbehorende vermijdingsgedrag met een functieanalyse.

Naast deze raakvlakken met de gedragstherapie, zag ik ook veel verschillen. Het eerdergenoemde onderscheid tussen angst die zich kan bevinden in de dwarsgestreepte of gladgestreepte spieren, of in het cognitief-perceptuele domein, herkende ik niet vanuit literatuur over angststoornissen en ik kon er ook geen wetenschappelijk bewijs voor vinden. Problematisch is wat mij betreft dat dit model wel leidt tot vergaande uitspraken. Een therapeut zal de lichamelijke signalen interpreteren als een teken van angst en bijvoorbeeld zeggen: 'Een piep in je oren is een teken van angst' (p. 54) of 'Je geeft aan dat je misselijk bent. Dat is een teken van angst' (p. 51). Wanneer dit met dergelijke stelligheid naar voren

*Wat kan ik als
gedragstherapeut
leren van dit boek over
psychodynamische
therapie?*

wordt gebracht, moet je als cliënt wel van goeden huize komen om je tegen de autoriteit van de therapeut te verzetten en het er niet mee eens te zijn. De cliënten in de weergegeven vignetten stemmen dan ook in met dit nieuwe inzicht in hun reacties (bijvoorbeeld op p. 54).

Een ander verschil is de nadruk die wordt gelegd op het onder ogen leren zien van 'ware gevoelens' (p. 42). Een dergelijk uitgangspunt kan goed zijn voor sommige cliënten, maar bij andere cliënten zal een andere insteek beter werken. Een cliënt met een depressie die al weken niet meer buiten de deur komt, heeft meer aan een gedegen gedragsactivatie dan aan een zoektocht naar de ware gevoelens. Dit maakt dat EDT mogelijk vooral geschikt is voor een selecte groep hulpzoekers: mensen met niet al te ernstige klachten die in staat en bereid zijn om langdurig bij hun eigen gevoelsleven stil te staan.

In het slotwoord bij het boek pleiten de auteurs ervoor om onderscheid te maken tussen 'therapieën die symptoom- of klachtgeoriënteerd zijn en therapieën die gericht zijn op relationele of structurele veranderingen' (p. 370). De EDT hoort dan uiteraard bij de tweede groep en voor deze groep zou gelden dat de resultaten moeilijk meetbaar zijn. Dit vaak gebruikte onderscheid is echter erg relatief. Een 'symptoomgerichte therapie' kan tot zeer structurele veranderingen leiden. Wanneer iemand na jarenlang thuiszitten door behandeling van zijn agorafobie weer naar het buurtcentrum kan, ontstaat er mogelijk een kettingreactie van positieve ervaringen die leiden tot diepe en zeer betekenisvolle veranderingen. Omgekeerd kan ik me niets voorstellen bij een structurele verandering die niet ook zichtbaar wordt op het niveau van gedrag en bewuste ervaringen. Dat deze therapievormen niet tot meetbare uitkomsten zouden leiden, is bovendien in tegenspraak met de grote hoeveelheid literatuur die de auteurs zelf aanhalen en waarin de effectiviteit van EDT en verwante therapieën is onderzocht en aangetoond (pp. 366-368).

Conclusie: *Emoties doorvoelen* is een gedegen en waardevol boek voor gesprekstherapeuten die zich willen bekwamen in EDT, maar de relevantie voor de gedragstherapie is beperkt.

Vincent van Bruggen is supervisor en docent CGT en is werkzaam als gz-psycholoog bij Mindfit Zwolle. *Correspondentie:* vincent.vanbruggen@mindfit.nl

Referenties

- | | |
|---|--|
| <p>Bloothoofd, G. (2021). <i>Fundamentele vaardigheden in gesprekstherapie</i>. Boom.</p> <p>Frederick, R. J. (2014). <i>Omarm je emoties: Vrij van angst voor je gevoelens</i> [Nederlandse vertaling van <i>Living like you mean it</i>]. Boom.</p> | <p>Korrelboom, K., & ten Broeke, E. (2016). <i>Geïntegreerde cognitieve gedragstherapie: Handboek voor theorie en praktijk</i>. Coutinho.</p> <p>van Bruggen, V., & Hendrix, E. (2023). Oefenstof voor startende hulpverleners: Bespreking van Gerrie Bloothoofd (2021). <i>Fundamentele vaardigheden in gesprekstherapie. Gedragstherapie</i>, 56, 95-97.</p> |
|---|--|

Imagery rescripting even effectief als combinatie met schematherapie

VAN DEN END, A., BEEKMAN, A. T. F., DEKKER, J., AARTS, I., SNOEK, A., BLANKERS, M., VRIEND, C., VAN DEN HEUVEL, O. A., & THOMAS, K. (2024). Trauma-focused and personality disorder treatment for posttraumatic stress disorder and comorbid cluster C personality disorder: A randomized clinical trial. *European Journal of Psychotraumatology*, 15(1), 2382652. <https://doi.org/10.1080/20008066.2024.2382652>

en

VAN DEN END, A., BEEKMAN, A. T. F., DEKKER, J. J. M., & THOMAS, K. (2025). Trauma- en persoonlijkheidsgerichte behandeling bij PTSS en comorbide cluster C-persoonlijkheidsstoornissen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 67(3), 184-191.

Het artikel 'Trauma-focused and personality disorder treatment for post-traumatic stress disorder and comorbid cluster C personality disorder' van van den End en collega's (2024, vertaling 2025) onderzoekt of een gecombineerde behandeling voor posttraumatische-stressstoornis (PTSS) en een comorbide cluster C-persoonlijkheidsstoornis (CPS) effectiever is dan een uitsluitend traumagerichte behandeling. Het onderzoek richt zich op de vraag of de toevoeging van groepsschematherapie (GST) aan individuele traumabehandeling via *imagery rescripting* (ImRs) leidt tot betere behandelresultaten. GST is gericht op persoonlijkheidsstoornissen.

De studie is opgezet als een gerandomiseerde klinische trial met twee groepen, uitgevoerd tussen 2018 en 2023 in Nederland. In totaal namen 130 volwassen ambulante patiënten met PTSS en CPS deel, voornamelijk vrouwen met een gemiddelde leeftijd van 40 jaar. De deelnemers werden willekeurig toegewezen aan twee condities: alleen ImRs of ImRs in combinatie met GST. ImRs bestond uit 12 tot 18 individuele sessies van 75 minuten en richtte zich op het herbelevingsproces van traumatische herinneringen, waarbij de emotionele lading van de herinnering wordt veranderd door verbeelding. In de gecombineerde conditie ontvingen deelnemers daarnaast 52 tot 58 GST-sessies, gericht op het doorbreken van hardnekkige denk- en gedragspatronen die voortkomen uit onvervulde basisbehoeften. De GST-groepen werkten met ervaringsgerichte technieken als stoelentechnieken en imaginatie. De metingen vonden plaats bij aanvang, na 3 maanden, na afloop van ImRs en na 6, 9 en 12 maanden.

De belangrijkste uitkomstmaat was de ernst van PTSS-symptomen, gemeten met de Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS-5) een jaar na de start van de behandeling. Secundaire uitkomsten betroffen persoonlijk-

heidsstoornissymptomen, algemene psychische klachten, kwaliteit van leven en functioneren. De hypothese was dat de gecombineerde behandeling (ImRs + GST) tot grotere verbeteringen zou leiden dan ImRs alleen, omdat GST verondersteld werd de diepgewortelde vermijdingsmechanismen en interpersoonlijke problemen van CPD-patiënten te doorbreken.

De resultaten laten echter zien dat beide behandelcondities tot sterke verbeteringen leidden, maar zonder significante verschillen tussen de groepen. Zowel ImRs als ImRs + GST veroorzaakten een grote afname van PTSS-symptomen, met vergelijkbare effectgroottes (ongeveer $d = 2,4$). Ook de symptomen van persoonlijkheidsstoornissen, gemeten met de SCID-5-PD, namen aanzienlijk af in beide groepen ($d \approx 3,0$), evenals de algemene psychische klachten. De kwaliteit van leven en het functioneren verbeterden matig, maar ook hier was geen verschil tussen de condities. De toevoeging van GST leidde dus niet tot extra winst, ondanks de veel hogere behandelintensiteit. De therapietrouw was vergelijkbaar in beide groepen: ongeveer 38% voltooide minder dan driekwart van de ImRs-sessies. Ongeveer 28 tot 43% van de patiënten bereikte volledige remissie van PTSS, afhankelijk van de gehanteerde definitie. Deze cijfers zijn hoog, zeker gezien de complexiteit van de doelgroep met langdurige trauma's en comorbide stoornissen.

De onderzoekers verklaren deze bevindingen door te wijzen op de werkingsmechanismen van ImRs. Deze techniek richt zich op het herschrijven van traumatische herinneringen en de herwaardering van negatieve zelfbeelden die voortkomen uit vroege ervaringen van afwijzing, schaamte of angst. Daardoor kan ImRs niet alleen PTSS-symptomen verminderen, maar ook persoonlijkheidskenmerken die gebaseerd zijn op diezelfde traumatische ervaringen. Dit zou kunnen verklaren waarom ook de CPD-symptomen sterk afnamen, zelfs zonder de extra schematherapie. Bovendien tonen eerdere studies aan dat traumagerichte behandelingen zoals exposure en EMDR eveneens leiden tot verbeteringen in persoonlijkheidskenmerken, wat suggereert dat verandering van traumagerelateerde overtuigingen ook invloed heeft op diepere persoonlijkheidsstructuren.

De studie kent sterke punten, waaronder een voldoende steekproefgrootte, een representatieve klinische populatie met ernstige trauma's, en ervaren therapeuten die goed getraind waren in beide behandelmethoden. De naleving van protocollen werd zorgvuldig gecontroleerd en bleek hoog. De methodologische kwaliteit is sterk door de geblindeerde beoordeling en de toepassing van *intention-to-treat*-analyses. Er zijn echter ook beperkingen. Zo ontbrak een controleconditie zonder behandeling, waardoor de verbeteringen niet exclusief aan ImRs kunnen worden toegeschreven. Ook leidde de COVID-19-pandemie tot onderbrekingen en mogelijk hogere uitval. Verder werd alleen groepsschematherapie onderzocht, wat betekent dat de resultaten niet zonder meer kunnen worden gegeneraliseerd naar individuele schematherapie. Kleinere groepsgroottes door uitval kunnen bovendien de groepsdynamiek en effectiviteit hebben beïnvloed. Tot slot

was de steekproef grotendeels vrouwelijk, wat de generaliseerbaarheid beperkt.

De bevinding dat de intensieve gecombineerde behandeling geen betere resultaten opleverde dan de kortere ImRs-behandeling heeft belangrijke klinische implicaties. Het suggereert dat bij patiënten met PTSS en cluster C-persoonlijkheidsstoornissen een traumagerichte behandeling zoals ImRs als eerste keuze kan worden ingezet. Pas als de PTSS-symptomen onvoldoende verbeteren of als persoonlijkheidspathologie blijft bestaan, kan worden overwogen om over te stappen op langduriger en intensievere behandelingen zoals schematherapie. Deze stapsgewijze benadering kan de behandeling efficiënter maken, zowel qua duur als kosten, zonder dat dit ten koste gaat van de effectiviteit.

Daarnaast wijst de studie erop dat persoonlijkheidsstoornissen, in tegenstelling tot de traditionele opvatting, mogelijk minder stabiel en beter behandelbaar zijn dan vaak wordt gedacht. De aanzienlijke vermindering van CPD-symptomen na relatief korte ImRs-behandelingen ondersteunt het idee dat persoonlijkheidsveranderingen sneller kunnen optreden wanneer de onderliggende traumatische schema's direct worden aangepakt. Dit opent perspectieven voor een herziening van behandelstrategieën bij persoonlijkheidsstoornissen, waarin trauma-georiënteerde technieken een prominere rol krijgen.

Samenvattend toont deze studie overtuigend aan dat *imagery rescripting* een krachtige en brede werking heeft bij patiënten met PTSS en comorbide cluster C-persoonlijkheidsstoornissen. De combinatie met groepsschematherapie biedt geen extra voordeel, ondanks de intensievere aanpak. Dit pleit voor een eenvoudiger en meer gefaseerde behandelplan: eerst het trauma behandelen, daarna pas de persoonlijkheidsproblematiek, indien nodig. Verdere onderzoeken worden aanbevolen om te toetsen of vergelijkbare resultaten gelden voor andere persoonlijkheidsstoornissen, en om te bepalen of individuele varianten van schematherapie in combinatie met traumabehandeling mogelijk wel meerwaarde hebben. De studie draagt daarmee belangrijk bij aan het inzicht dat effectieve traumabehandeling niet alleen PTSS, maar ook persoonlijkheidsproblematiek substantieel kan verminderen, en dat de toevoeging van langdurige therapieën niet altijd nodig is om betekenisvolle klinische vooruitgang te boeken.

Commentaar van de redactie (Miriam Lommen)

In 2023 stond ik op een traumacongres in Belfast met mijn 3 maanden oude zoon in de draagzak te kijken naar een poster over dit onderzoek. Ik raakte in gesprek met de onderzoeker, Arne van den End. Wat me zo boeide, is dat de resultaten van de studie zo tegenintuïtief zijn. Ik wilde er meteen meer over weten. Nog steeds vind ik de resultaten fascinerend. Wie had nou gedacht dat het aanbieden van aanvullende therapie gericht op

persoonlijkheidsproblematiek naast traumatherapie, bij deze complexe doelgroep *niet* meer uithaalt dan traumatherapie alleen.

Het herinnert me aan het belang van het blijven meten en onderzoeken van onze assumpties, ook als deze intuïtief heel duidelijk en logisch zijn. Het is helaas niet de eerste keer dat iets wat volstrekt logisch klinkt niet helpend blijkt te zijn. Voor mij staat deze studie voor kritisch blijven kijken naar wat we doen en hoe we beslissingen nemen in de praktijk. En het geeft aan dat er nog veel meer te begrijpen valt over wat nu werkt, voor wie en waarom. Als we blijven meten wat de effecten zijn van onze behandelingen, kunnen we weer verder denken over alternatieven als mensen niet voldoende opknappen, maar kunnen we ook zien waar onze behandelingen (wellicht onverwacht) positieve effecten op kunnen hebben.

Reviewers 2025

323

De redactie bedankt de onderstaande reviewers hartelijk voor het beoordelen van manuscripten in 2025.

Dr. Vincent van Bruggen
Jakke Coenye MSc
Prof. dr. Ann DeSmet
Prof. dr. Robert Didden
Dr. Puck Duits
Dr. Hermien Elgersma
Dr. Arnold van Emmerik
Dr. Mirjam Frey
Prof. dr. Kristof Hoorelbeke
Prof. dr. Ernst Koster
Dr. Margreet Oorschot
Prof. dr. Pier Prins
Prof. dr. Filip Raes
Dr. Sara Scheveneels
Prof. dr. Anouk Vanden Bogaerde
Dr. Bart Verkuil
Dr. Leentje Vervoort
Prof. dr. Janna Vrijzen

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 eventueel 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).

- Been, D. (2025). *Slimmer dan je smartphone: Krijg meer grip*. Boom.
- Blijd-Hoogewys, E., Buruma, M., & Vermeiren, R. (red.). (2025). *De zijlijn van de zorg: Over de mentale gezondheid van meiden*. Hogrefe.
- Boerwinkel, S., & de Lau, M. (2025). *Cognitieve gedragstherapie bij autisme: Een praktisch behandelprogramma voor adolescenten en volwassenen*. Hogrefe.
- De Bie, C. (2025). *Waarheid, durven, daten!* Pelckmans.
- de la Rie, S., & Knipscheer, J. (red.). (2025). *Handboek migratie en psychotrauma*. Boom.
- Fox, D. J. (2025). *Het borderline werkboek: Een complete methode om je BPS te begrijpen en beheersen*. Nieuwezijds.
- Hendriks, L., & Warhol, D. (2025). *Ik wil je iets vertellen*. Dolly Warhol.
- Korrelboom, K., ten Broeke, E., & van Dijk, M. (2025). *Geïntegreerde cognitieve gedragstherapie* (3de ed.). Boom.
- Lemmers, L., van Hasselt, N., & Greeven, P. (2025). *Minder drinken in 5 stappen*. Boom.
- Mevissen, L., & Didden, R. (2025). *Trauma, verstandelijke beperking, zwakbegaafdheid en autisme: Praktijkboek diagnostiek en behandeling*. Uitgeverij SWP.
- Samsen, G. M. (2025). *ACT bij kinderen, jongeren en volwassenen: Procesdiagnostiek en behandeling met het ACT4life-model*. Bohn Stafleu van Loghum.
- Seif, M. N., & Winston, S. M. (2025). *Voor de zekerheid: Een gids op basis van cognitieve gedragstherapie bij dwangmatig controleren en overmatig geruststelling zoeken*. Uitgeverij Nieuwezijds.

Uitgever

Uitgeverij Boom, Postbus 15970,
1001 NL Amsterdam

Advertenties

klantenservice@boompsychologie.nl

Typografische verzorging

LINE UP boek en media bv, Groningen
(opmaak) / René van der Vooren,
Amsterdam (basisontwerp)

Abonnementenadministratie

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

Abonnementen

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

Nieuwe abonnementen

Abonnementen kunnen op elk gewenst tijdstip ingaan. Nieuwe abonnementen kunnen alleen worden opgegeven via www.tijdschriftgedragstherapie.nl/abonnementen/abonneren of per e-mail aan abonnementen@boom.nl. Vanwege de aard en inhoud van de uitgave wordt u geacht het abonnement in het kader van uw beroep of bedrijf te ontvangen en niet als consument op te treden in de zin van de artikelen 236 en 237 boek 6 BW. Mocht dit anders zijn, dan bent u gehouden dit binnen één maand na ingang van het abonnement per e-mail (abonnementen@boom.nl) of schriftelijk bij de abonnementenadministratie van de uitgever aan te geven.

Wijziging of beëindiging abonnement

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

Betaling

U ontvangt een factuur voor de betaling.

GEDRAGSTHERAPIE

Achternvijftigste jaargang, nummer 4, december 2025

Pagina 245–324

- 245 Redactioneel
- 246 Tijdschrift Gedragstherapie vanaf 2026 digitaal: Kennis over CGT altijd en overal bij de hand
- 248 **Lynn Mobach, Nessa Ikani, Annemiek Wauben, Lotte Hendriks, Gert-Jan Hendriks & Mirjam Kampman** ♦ Effectiviteit van korte intensieve exposuretherapie: Studies bij patiënten met een therapieresistente of terugkerende dwang- of paniekstoornis
- 272 **Sanne Marcic-van Doornik, Klaske Glashouwer & Peter de Jong** ♦ Het belang van zingeving en zingevingegerichte therapie: Een overzicht en toepassing bij eetstoornissen
- 292 **Janna Vrijzen** ♦ Sporten als behandeling voor depressie

Forum

- 308 **Klaas Huijbregts & Luuk Stroink** ♦ ME/ CVS: geen protocol, maar maatwerk en samenwerking

Boekbesprekingen

- 314 **Rebecca van den Berge-Minnaar** ♦ PATRICIA RESICK, SHANNON WILTSEY STIRMAN & STEFANIE LOSAVIO (2024). *Herstellen van trauma: Een werkboek om los te komen van PTSS*
- 316 **Vincent van Bruggen** ♦ GERRIE BLOOTHOOFT & ROGIER POELS (2025). *Emoties doorvoelen: Deliberate practice bij experiëntieel dynamische therapie*

Voor u gelezen

- 319 VAN DEN END, A., BEEKMAN, A. T. F., DEKKER, J., AARTS, I., SNOEK, A., BLANKERS, M., VRIEND, C., VAN DEN HEUVEL, O. A., & THOMAES, K. (2024). *Trauma-focused and personality disorder treatment for posttraumatic stress disorder and comorbid cluster C personality disorder: A randomized clinical trial. European Journal of Psychotraumatology*, 15(1), 2382652.
- 323 Reviewers 2025
- 324 Ontvangen

Boom Tijdschriften

ISSN 0167-7454