

*Tijdschrift voor gedragstherapie
en cognitieve therapie*

1

2026

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 Vrijssen

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.

Een nieuw jasje, vertrouwde inhoud

Het is zover: een prachtige nieuwe online omgeving voor het tijdschrift om het digitaal te lezen, met daarnaast nog steeds de mogelijkheid om de papieren versie te ontvangen. Een tikje onwennig is het wel, maar we weten allemaal dat verandering gepaard gaat met een overgangsfase en gewenning. Ik heb er alle vertrouwen in dat we deze fase goed doorstaan! Je kunt nu dus eenvoudig online artikelen lezen en deze ook meteen opslaan en delen met anderen. Aangezien we open access zijn gegaan, betekent dit dat je de nieuwste inzichten vrijelijk met anderen kunt delen. We hopen zo dat belangrijke psychologische inzichten bij nog meer mensen terechtkomen en dat we op die manier bijdragen aan betere geestelijke gezondheidszorg.

Nu de inhoud, want daar draait het uiteindelijk om. Aishah Snoek en collega's onderzochten of de toevoeging van dialectische gedragstherapie (DGT) aan EMDR bij PTSS met een comorbide borderline-persoonlijkheidsstoornis tot betere behandeluitkomsten leidt. Een sterke RCT met een follow-up van één jaar liet, mogelijk verrassend, geen superieure effecten van de toevoeging van DGT zien. De tweede bijdrage richt zich op interventies waarin ouders ondersteund worden om angst bij hun kinderen te verminderen. Karen Rienks en collega's analyseerden 26 studies met in totaal meer dan 4000 deelnemers en lieten met name de waarde zien van gedragsmatige oudergerichte interventies om angst bij kinderen te verminderen. Ook in de derde bijdrage werden eerdere studies geanalyseerd. Yannick Vander Zwalm en collega's lieten zien dat volwassenen met meer depressieve klachten in mindere mate hun negatieve overtuigingen bijstellen op basis van positieve, disconfirmerende informatie.

Vervolgens geeft Hanneke Schuurmans aan dat het boek *GRIP voor hulpverleners: Handreiking bij de begeleiding en behandeling van mensen met autisme en verslavingsproblemen* van Marc Bosma, Sharon Walhout en Johan van Zanten (2024) duidelijk is, rijk aan praktijkervaringen en kennis over ASS en verslaving, én dat er enkele kanttekeningen te plaatsen zijn. Tot slot betreft de rubriek Voor u gelezen een artikel over de impact van bewegen op de mentale gezondheid en de contextuele factoren die daarbij een rol spelen (begeleid of onbegeleid; met of zonder sociale context; binnen of buiten).

Het is weer een rijkgevuuld nummer met vele nieuwe inzichten. En een tip: in september wordt het grote Europese congres over cognitieve gedragstherapie (EABCT) georganiseerd in Brussel. Een unieke kans om dicht bij huis nog veel meer inzichten op te doen!

ELSKE SALEMINK
Hoofdreducteur

© Elske Salemink. Dit artikel is open access en wordt verspreid onder de CC BY-ND 4.0-licentie. <http://creativecommons.org/licenses/by-nd/4.0>

EMDR met en zonder dialectische gedragstherapie bij PTSS met comorbide borderlinesymptomen

Een gerandomiseerde gecontroleerde studie¹

► AISHAH SNOEK, ARNE VAN DEN END, AARTJAN BEEKMAN, JACK DEKKER, INGA AARTS, MATTHIJS BLANKERS, CHRIS VRIEND, ODILE VAN DEN HEUVEL, NICK LOMMERSE & KATHLEEN THOMAES

Samenvatting Comorbiditeit van posttraumatische-stressstoornis (PTSS) met borderline-persoonlijkheidsstoornis (BPS) komt vaak voor. Bestaande behandelingen lijden onder hoge non-respons en uitval. Deze studie onderzocht daarom of gelijktijdige toepassing van EMDR voor PTSS en dialectische gedragstherapie (DGT) voor BPS betere resultaten oplevert dan EMDR alleen. Patiënten met PTSS en minstens vier BPS-symptomen werden willekeurig toegewezen aan EMDR ($n = 63$) of EMDR+DGT ($n = 61$). Na 1 jaar waren er sterke verbeteringen te zien in PTSS-symptomen, BPS-symptomen en kwaliteit van leven, zonder significante verschillen tussen condities. Algemeen functioneren verbeterde alleen in de EMDR-conditie volgens één maat (WHODAS), terwijl de andere maat (OQ-45) verbeteringen in beide groepen liet zien. Opvallend was dat patiënten in de EMDR+DGT-conditie tweemaal zo vaak voortijdig stopten. De toevoeging van DGT aan EMDR leidt niet tot superieure behandeluitkomsten bij PTSS met comorbide BPS-symptomen. Deze bevindingen ondersteunen het gebruik van EMDR als eerste interventie bij deze groep patiënten. Vervolgonderzoek naar langetermijneffecten is nodig.

TREFWOORDEN — *posttraumatische-stressstoornis, borderline-persoonlijkheidsstoornis, behandeling*

1 Dit artikel is een bewerking van een recente Engelstalige publicatie in een internationaal *peer reviewed* wetenschappelijk tijdschrift (Snoek et al., 2025).

© Aishah Snoek, Arne van den End, Aartjan Beekman, Jack Dekker, Inga Aarts, Matthijs Blankers, Chris Vriend, Odile van den Heuvel, Nick Lommerse & Kathleen Thomaes. Dit artikel is open access en wordt verspreid onder de CC BY-ND 4.0-licentie. <http://creativecommons.org/licenses/by-nd/4.0>

Kernboodschappen voor de klinische praktijk

- ▶ Start met EMDR bij PTSS met comorbide BPS. EMDR als eerste interventie is geassocieerd met significante afname van PTSS- en BPS-symptomen, terwijl toevoeging van DGT niet tot betere uitkomsten leidt. Dit ondersteunt een enkelvoudige, kortdurende aanpak als eerste stap in behandeling.
- ▶ Voorkom behandeluitval door behandelbelasting te beperken. Gecombineerde EMDR+DGT-behandeling ging gepaard met een verdubbeling van het uitvalpercentage. Dit benadrukt het belang van het minimaliseren van behandelintensiteit en complexiteit, zeker in de beginfase.
- ▶ Reserveer DGT voor persisterende BPS-symptomen. DGT kan worden ingezet bij patiënten die na EMDR nog significante BPS-klachten ervaren. Dit gefaseerde model voorkomt overbehandeling en verhoogt therapietrouw.

Inleiding

Posttraumatische-stressstoornis (PTSS) en borderline-persoonlijkheidsstoornis (BPS) komen vaak samen voor. Ongeveer een kwart van de patiënten met PTSS voldoet aan de criteria voor BPS, en minstens een derde van de patiënten met BPS heeft ook een PTSS-diagnose (Frías & Palma, 2015; Pagura et al., 2010). Beide stoornissen hangen samen met ernstige beperkingen op alle levensgebieden en de beperkingen lijken elkaar te versterken in het geval van comorbiditeit (Barnicot & Crawford, 2018; Pagura et al., 2010). Naast hoge lijdensdruk zijn PTSS en BPS geassocieerd met maatschappelijke kosten die respectievelijk 3 en 16 keer hoger zijn dan bij gezonde individuen (Bothe et al., 2020; Hastrup et al., 2019), en ook deze kosten lijken toe te nemen in het geval van comorbiditeit (Scheiderer et al., 2015).

Er bestaan verschillende evidencebased psychologische behandelingen voor PTSS en BPS. De American Psychological Association (APA), de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (2025) en de *Zorgstandaard psychotrauma- en stressorgerelateerde stoornissen* (Akwa GGZ, 2020) bevelen onder andere *eye movement desensitization and reprocessing* (EMDR) aan (APA, 2025). EMDR en andere aanbevolen behandelingen zijn over het algemeen effectief in het verminderen van PTSS-symptomen (Lewis, Roberts, Andrew et al., 2020; Mavranouzouli et al., 2020), waarbij voor traumagerichte cognitieve gedragstherapie en EMDR het meest overtuigende bewijs bestaat (Lewis, Roberts, Andrew et al., 2020). Evidencebased therapieën voor BPS omvatten onder andere schematherapie, *mentalization based treatment* en dialectische gedragstherapie (DGT) (APA, 2024; Cristea et al., 2017; Oud et

*PTSS en borderline
komen opvallend vaak
samen voor*

al., 2018; Storebø et al., 2020), waarbij voor DGT voornamelijk het meeste bewijs lijkt te zijn (Cristea et al., 2017; Storebø et al., 2020).

Bij comorbiditeit van PTSS en BPS volgen behandelstrategieën meestal een sequentieel of gefaseerd model. Volgens een sequentieel model, zoals beschreven door Balon in het kader van behandeling van depressie (Balon, 2023), wordt eerst de primaire stoornis behandeld en daarna indien nodig de secundaire stoornis. Recente studies bevestigen de effectiviteit van traumagerichte interventies bij het verlichten van symptomen van zowel PTSS als persoonlijkheidsstoornissen (de Jongh et al., 2020; Kolthof et al., 2022; Slotema et al., 2020), terwijl andersom interventies voor BPS ook veelbelovend zijn in het verminderen van PTSS-symptomen (Harned et al., 2014). Gefaseerde behandelingen, vaker toegepast bij patiënten met PTSS en comorbide BPS, volgen een gestructureerde aanpak, met meerdere fasen gericht op het hanteren van de comorbide problematiek (Wigard et al., 2024). Deze behandelingen beginnen doorgaans met een stabilisatie- en vaardigheidstrainingsfase, gevolgd door traumagerichte therapie, en worden afgesloten met een integratiefase na behandeling (Cosci & Fava, 2013; Wigard et al., 2024). Een belangrijk idee achter deze fasegerichte aanpak is dat de verschillende fasen aansluiten bij de veranderende behoeften van de patiënt gedurende het therapeutische proces (Cosci & Fava, 2013; Schnyder, 2023).

Ondanks de effectiviteit van therapieën voor PTSS en BPS, brengen zowel sequentiële als gefaseerde benaderingen uitdagingen met zich mee. Ongeveer de helft van de patiënten met PTSS of BPS reageert onvoldoende op behandeling (Bradley et al., 2005; Schottenbauer et al., 2008; Woodbridge et al., 2022); de non-respons zou in werkelijkheid nog hoger kunnen liggen dan onderzoeken aangeven, en wel omdat klinische trials patiënten uitsluiten die symptomen als suïcidale gedachten en dissociatie ervaren (Bradley et al., 2005; Ronconi et al., 2014). Bovendien beëindigt ongeveer 16% van de PTSS-patiënten (Lewis, Roberts, Gibson, & Bisson, 2020) en 28% van de BPS-patiënten (Iliakis et al., 2021) de behandeling voortijdig. Hoewel traumagerichte behandelingen effectief kunnen zijn in het verminderen van zowel PTSS- als BPS-symptomen, kunnen deze effecten kleiner zijn bij patiënten met comorbide persoonlijkheidsstoornissen (de Jongh et al., 2020; Snoek et al., 2021) en lijkt de aanwezigheid van PTSS samen te hangen met lagere remissiepercentages bij behandeling van BPS (Zanarini, 2004; Zanarini et al., 2006).

In het afgelopen decennium is er steeds meer aandacht gekomen voor behandelprotocollen die gelijktijdig comorbide psychiatrische stoornissen behandelen. Deze verschuiving is gebaseerd op bewijs dat gelijktijdige benaderingen vaak betere resultaten opleveren dan behandelingen gericht op één stoornis. Specifiek zijn dergelijke *dual focus*-strategieën veelbelovend gebleken bij complexere comorbiditeit, zoals PTSS samen met stoornissen in middelengebruik (Back et al., 2019; Mills et al., 2012) en eetstoornissen (Trottier et al., 2022). In dit kader is ook DGT voor PTSS (DGT-PTSS) naar voren gekomen als een veelbelovende benadering. Zo vonden Bohus en collega's (2013) dat DGT-PTSS in een klinische setting effectiever was dan cog-

nitive processing therapy (CPT) in het verminderen van PTSS-klachten, hoewel er geen verschillen werden gevonden in BPS-symptomen tussen de behandelingen. Latere onderzoeken vonden ook grotere effecten voor DGT-PTSS ten opzichte van CPT in een poliklinische setting, hoewel de resultaten voor patiënten met comorbide PTSS en BPS niet afzonderlijk werden gerapporteerd (Bohus et al., 2020). Meer recentelijk onderzochten Kleindienst en collega's (2021) specifiek patiënten met zowel PTSS als BPS, en observeerden zij sterkere verminderingen in symptomen van beide stoornissen na DGT-PTSS in vergelijking met CPT. Hoewel deze studies een belangrijke vooruitgang markeren in de ontwikkeling van een behandelprotocol voor patiënten met comorbide PTSS en BPS, is het belangrijk te vermelden dat de gebruikelijke duur van 12 CPT-sessies werd verlengd tot 45 sessies. Hoewel deze verlenging de vergelijkbaarheid van de twee behandelingen verbetert, blijft onduidelijk of DGT-PTSS ook betere resultaten zou opleveren dan de gebruikelijke (kortdurende) CPT voor PTSS.

De huidige studie heeft tot doel de gelijktijdige toepassing van EMDR en DGT te vergelijken met EMDR-*only* bij patiënten met PTSS en comorbide BPS-symptomen. De verwachting is dat het combineren van de effecten van EMDR (klachtenverlichting door verwerking van psychotrauma) en DGT (vaardigheden om emotionele ontregeling te verminderen) leidt tot betere behandelresultaten dan het aanbieden van EMDR-*only*. Specifiek is de primaire hypothese dat EMDR+DGT leidt tot sterkere afname van PTSS-symptomen na 1 jaar, in vergelijking met EMDR-*only*. Secundair wordt verwacht dat EMDR+DGT leidt tot grotere afnames in BPS-symptomen, en tot verbetering van algemeen functioneren en kwaliteit van leven, in vergelijking met EMDR-*only*.

Voegt DGT iets toe aan EMDR bij PTSS met BPS-symptomen?

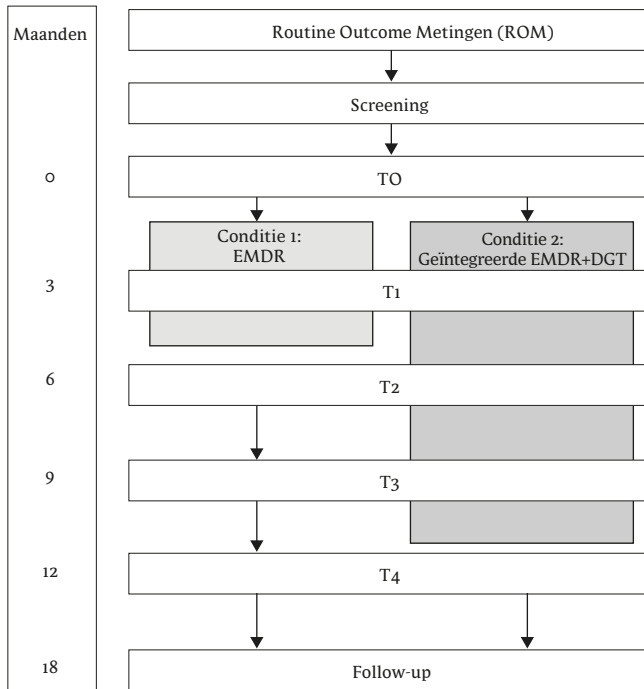
Methode

Patiënten Tijdens de intakeprocedure bij de poliklinieken van het Sinai Centrum, een organisatie voor specialistische geestelijke gezondheidszorg gericht op de behandeling van PTSS, werden patiënten doorverwezen voor een screeningsonderzoek. Patiënten kwamen in aanmerking voor deelname als zij tussen 18 en 65 jaar oud waren, een primaire PTSS-diagnose hadden en minimaal vier BPS-symptomen volgens de DSM-5. Het besluit om patiënten met minimaal vier BPS-symptomen te includeren was gebaseerd op het feit dat sommige individuen weliswaar niet volledig voldoen aan de diagnostische criteria voor BPS, maar wel voldoen aan bredere criteria voor persoonlijkheidsstoornissen en symptomen van meerdere persoonlijkheidsstoornissen hebben. Deze gevallen worden vaak geclassificeerd als 'andere gespecificeerde persoonlijkheidsstoornis' of 'gemengde persoonlijkheidsstoornis'. Door een inclusieve benadering te hanteren in plaats van strikte diagnostische criteria, weerspiegelt deze methode het

breder spectrum van BPS-ernst die doorgaans gezien wordt in een poliklinische setting, wat de klinische relevantie van de bevindingen vergroot. Andere inclusiecriteria waren een stabiel medicatieregime gedurende minimaal 3 weken voorafgaand aan de behandeling, en voldoende beheersing van de Nederlandse taal voor deelname aan groepsbehandeling. Patiënten werden uitgesloten als zij gelijktijdig elders psychologische behandeling ondergingen, een huidige psychose hadden, of indien er sprake was van problematisch middelengebruik zonder het vermogen of de intentie om dit vóór de behandeling te stoppen. Daarnaast werden patiënten geëxcludeerd met een primaire diagnose van paranoïde-, schizotypische-, histrionische-, narcistische- of antisociale-persoonlijkheidsstoornis, zoals bepaald met het Gestructureerd Klinisch Interview voor DSM-5 Persoonlijkheidsstoornissen (SCID-5-P; First et al., 2016). Andere uitsluitingscriteria waren een BMI < 17 en een IQ < 70. Indien tijdens de screening aanwijzingen voor een verstandelijke beperking werden gevonden, werd verdere diagnostiek ingezet.

Procedure Voor een overzicht van het design van de studie, zie figuur 1 en tabel 1. Tijdens de basismeting (T₀) werden PTSS en BPS gemeten met respectievelijk de *Clinician-Administered PTSD Scale voor DSM-5* (CAPS-5; Boeschoten et al., 2018; Weathers et al., 2013) en de SCID-5-P (Arntz et al., 2017; First et al., 2016). Na de *informed consent*-procedure werden patiënten door een onderzoeksassistent willekeurig toegewezen aan EMDR+DGT of EMDR in een 1:1 ratio ($n = 4$ per block). De CAPS-5 werd opnieuw afgenomen na afronding van de EMDR-behandeling (T₂). De CAPS-5 en SCID-5-P werden 6 maanden na afronding van de EMDR-behandeling opnieuw afgenomen, wat samenviel met de voltooiing van DGT in de EMDR+DGT-conditie (T₄). Digitale zelfrapportagevragenlijsten werden ingevuld vóór de behandeling (T₀), 3 maanden na aanvang van de behandeling (T₁), bij voltooiing van EMDR (T₂), 3 maanden na T₂ (T₃), bij voltooiing van DGT (T₄) en 12 maanden na T₂ (follow-up). Alle metingen werden uitgevoerd door academisch opgeleide onderzoeksassistenten die passende training en supervisie hadden ontvangen, en die niet wisten in welke behandelconditie patiënten waren ingedeeld. Het onderzoeksteam besprak de metingen wettelijk om de betrouwbaarheid te vergroten.

Een meer gedetailleerde beschrijving van de studieprocedure, metingen, behandelingen en analyses is te vinden in een eerdere publicatie (Snoek et al., 2020). Het aanvullende materiaal bij de oorspronkelijke Engelstalige publicatie biedt ook een gedetailleerd overzicht van de protocolwijzigingen, voornamelijk veroorzaakt door maatregelen van de Nederlandse overheid als reactie op de COVID-19-pandemie in 2019-2020. De studie is beoordeeld en goedgekeurd door de medisch-ethische toetsingscommissie van het Amsterdam UMC, locatie VUmc (2017/335). De studie is geregistreerd op clinicaltrials.gov onder nummer NCT03833453 en uitgevoerd volgens geldende wet- en regelgeving.



Figuur 1 Stroomschema van het onderzoeksdesign

Metingen

Posttraumatische-stressstoornis (PTSS) — De primaire uitkomstmaat was de verandering in de ernst van PTSS-symptomen van T₀ tot T₄, gemeten met de Nederlandse vertaling van de CAPS-5 (Boeschoten et al., 2018; Weathers et al., 2013). De CAPS-5, de gouden standaard voor de classificatie van PTSS, omvat vragen over de frequentie en intensiteit van PTSS-symptomen in de afgelopen maand conform de diagnostische criteria van de DSM-5. Elk item wordt gescoord op basis van de door de patiënt gerapporteerde frequentie en intensiteit van de symptomen, met een totaalscore variërend van 0 tot 80.

Borderline-persoonlijkeitsstoornis (BPS) — De aanwezigheid en ernst van BPS-symptomen werden gemeten met het SCID-5-P-interview (Arntz et al., 2017; First et al., 2016). Bij T₀ werden BPS-symptomen beoordeeld op basis van aanwezigheid sinds ten minste de vroege adolescentie. Bij T₄ werden de symptomen over de afgelopen 6 maanden geëvalueerd, waardoor het effect van de behandeling kon worden weergegeven. Naast het SCID-5-P-interview werden BPS-symptomen tevens beoordeeld met de Nederlandse versie van de Personality Assessment Inventory – Borderline Features (PAI-BOR; Distel et al., 2009; Morey, 1991). De PAI-BOR is een zelfrapport-

tagevragenlijst die de ernst van BPS meet. Deze lijst bevat vier subschalen van elk zes items: affectieve instabiliteit, negatieve relaties, identiteitsproblemen en zelfbeschadiging. Respondenten beantwoorden elk item op een schaal van 0 ('niet waar') tot 3 ('helemaal waar'). Een score van 38 of hoger duidt op de aanwezigheid van BPS-kenmerken, en een score van 60 of hoger wijst op een classificatie BPS.

Algemeen functioneren — De Outcome Questionnaire 45 (OQ-45) is een zelfrapportagevragenlijst die is ontwikkeld om de voortgang van de behandeling te beoordelen (Lambert et al., 1996). In deze studie is gebruikgemaakt

Tabel 1 *Overzicht van de metingen*

Meting	Specificatie	TO	T1	T2	T3	T4	FU
Demografische vragenlijst	Demografische gegevens	X					
CAPS-5	PTSS-symptomen	X		X		X	
PCL-5	PTSS-symptomen	X	X	X	X	X	X
CTQ	Jeugdtrauma	X					
LEC-5	Traumatische gebeurtenissen	X					
OQ-45	Psychiatrische symptomen	X	X	X	X	X	X
SCID-5-S	As I-stoornissen	X				X	
SCID-5-P	Persoonlijkheidsstoornissen	X				X	
DERS NL	Emotieregulatie	X		X		X	
DES-II	Dissociatieve ervaringen	X		X		X	
PAI-BOR	BPS-symptomen	X		X		X	
WHODAS 2.0	Globaal functioneren	X		X		X	X
EQ-VAS	Kwaliteit van leven	X		X		X	X

Noot. Naast de metingen die in tabel 1 worden beschreven, werd patiënten gevraagd aanvullende metingen te voltooien vóór, tijdens en na de behandeling in het kader van het overkoepelende onderzoeksproject. Voor een gedetailleerde beschrijving van alle metingen, zie: https://clinicaltrials.gov/ProvidedDocs/53/NCT03833453/Prot_SAP_000.pdf
 To = basismeting; T1 = 3 maanden na de start van de behandeling; T2 = na afronding van EMDR; T3 = 3 maanden na T2; T4 = na afronding van DGT; FU = 12 maanden na T2; CAPS-5 = Clinician Administered PTSD Scale for DSM-5; PCL-5 = PTSD Checklist for DSM-5; CTQ = Childhood Trauma Questionnaire; LEC-5 = Life Events Checklist – DSM-5; OQ-45 = Outcome Questionnaire 45; SCID-5-S = Gestructureerd Klinisch Interview voor DSM-5 Syndroomstoornissen; SCID-5-P = Gestructureerd Klinisch Interview voor DSM-5 Persoonlijkheidsstoornissen; DERS NL = Difficulties in Emotion Regulation – Nederlandse versie; DES-II = Dissociative Experiences Scale – II; PAI-BOR = Personality Assessment Inventory – Borderline subschaal; WHODAS 2.0 = World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0; EQ-VAS = EuroQol Visuele Analoge Schaal.

van de Nederlandse vertaling van de OQ-45. De lijst bevat 45 items over onderwerpen als psychologisch lijden, interpersoonlijke relaties en sociaal functioneren. Respondenten beantwoordden elk item op een schaal van 0 ('nooit') tot 4 ('bijna altijd'), met een totaalscore variërend van 0 tot 180.

De World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0) is een gestandaardiseerd instrument voor het meten van algemeen functioneren en beperkingen over zes domeinen: begrijpen en communiceren, verplaatsen, zelfzorg, omgaan met anderen, dagelijkse activiteiten en deelname aan de samenleving (Üstün et al., 2010). Elk item wordt gescoord van 1 ('geen beperking') tot 5 ('extreem of niet mogelijk'). De totaalscore varieert van 0 tot 100, waarbij hogere scores duiden op een hogere mate van beperkingen.

Kwaliteit van leven — De EuroQol 5-Dimension 5-Level Visual Analog Scale (EQ-VAS) is een onderdeel van de EQ-5D-5L-vragenlijst en wordt gebruikt voor het beoordelen van de gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven (Herdman et al., 2011). Voor de huidige studie werd de Nederlandse vertaling van de vragenlijst gebruikt (de Jong et al., 2007). Respondenten gaven hun ervaren mate van gezondheid aan op een schaal van 0 ('slechtst denkbare gezondheid') tot 100 ('beste denkbare gezondheid').

Behandelrespons — Naast de afname van PTSS-symptomen van T₀ tot T₄, werden patiënten die een vermindering van 1 baseline-standaarddeviatie (SD) lieten zien van T₀ tot T₄ geassocieerd als behandelresponders. Dit komt ruwweg overeen met het criterium van een 30% reductie in CAPS-5-ernst, wat vaak wordt gebruikt bij studies naar de effectiviteit van PTSS-behandelingen (Varker et al., 2020). Daarnaast werd PTSS-remissie gedefinieerd als een totaalscore lager dan 12 bij T₂ en T₄. Dit sluit aan bij de minimale score voor een PTSS-classificatie.

Uitval van behandeling — De uitvalpercentages van de EMDR-behandeling werden vergeleken tussen de twee behandelcondities. In het EMDR-protocol van deze studie bestond een volledige behandeling uit 12-18 sessies. Omdat ongeveer acht sessies in richtlijnen wordt gezien als de minimale adequate dosis, werd een cutoff van 75% (acht sessies of minder) gehanteerd om uitval te definiëren (Akwa GGZ, 2020; NICE, 2018). Uitval bij DGT werd op een vergelijkbare manier gedefinieerd: deelname aan minder dan 75% van de aanbevolen groepssessies volgens het DGT-protocol (≤ 36 groepssessies).

Interventies

Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) — In totaal gaven 28 therapeuten EMDR-behandelingen. Alle therapeuten hadden ten minste een wo-master in klinische psychologie, een gecertificeerde EMDR-opleiding afgerond en volgden tweewekelijks supervisie om de naleving van het proto-

col en de kwaliteit van de interventies te waarborgen. Behandelvoortgang werd daarnaast periodiek besproken binnen een multidisciplinair team.

Er werd een Nederlandse vertaling van het standaard EMDR-protocol van Shapiro gebruikt (Shapiro, 2017). Het protocol bestond uit minimaal 12 en maximaal 18 wekelijkse sessies van elk 75 minuten. Het exacte aantal sessies werd in overleg tussen patiënt en therapeut bepaald, afgestemd op de behoeften van de individuele patiënt. Tijdens de therapie werd de patiënt gevraagd de traumatische herinnering op te roepen, terwijl de therapeut sets van bilaterale oogbewegingen induceerde door de patiënt de vingers van de therapeut of een lichtbalk te laten volgen. Bij hoge emotionele stress en onvoldoende cognitieve afleiding kon de werkgeheugenbelasting worden verhoogd door de patiënt afwisselend links en rechts een tikje op de knie te laten geven, ook wel ‘tappen’ genoemd. Na ongeveer 30 seconden rapporteerde de patiënt opkomende gedachten, gevoelens of beelden, die het focuspunt werden voor de volgende set oogbewegingen. Dit proces werd herhaald tot de emotionele spanning verbonden aan de herinnering was afgenomen. Indien nodig werden aanvullende EMDR-technieken, zoals *cognitive interweaves*, toegepast om verstoorde cognities tijdens het geheugenverwerkingsproces te herstructureren (Shapiro, 2017).

EMDR plus dialectische gedragstherapie (EMDR+DGT) — Voor DGT voerden zes therapeuten-duo’s de groepsbehandelingen uit, terwijl 14 therapeuten de individuele sessies gaven. Alle DGT-therapeuten waren gecertificeerd en hadden minimaal de driedaagse basistraining van Dialexis (het Nederlandse DGT-opleidingsinstituut) voltooid. Er werd toegezien op naleving van DGT-strategieën via wekelijkse overlegmomenten en ieder kwartaal externe supervisie van 3 uur. Om de integriteit van beide behandelingen te behouden, werden EMDR en DGT door verschillende therapeuten gegeven, zodat elke interventie onafhankelijk en volgens het eigen protocol verliep.

DGT werd uitgevoerd volgens het protocol (Linehan, 2016) en begon met maximaal zes wekelijkse individuele *pre-treatment*-sessies van 45 minuten, gevolgd door een programma van 12 maanden, bestaande uit 48 wekelijkse groepsessies van 150 minuten en tweewekelijkse individuele sessies van 45 minuten. Na de zesde DGT-groepsessie startte de EMDR-behandeling. De groepsessies richtten zich op vaardigheden op het gebied van emotieregulatie, interpersoonlijke effectiviteit, mindfulness en stresstolerantie. In tegenstelling tot het Linehan-protocol – dat volcontinue telefooncoaching vereist – bepaalden therapeuten in deze studie zelf hun beschikbaarheid voor telefonische consultaties in overleg met de patiënt. Therapeuten kwamen wekelijks samen in intervisie om complexe casussen te bespreken en na te gaan of de DGT-principes gehandhaafd bleven. Patiënten mochten maximaal drie keer per kwartaal afwezig zijn bij individuele of groepsessies; bij een vierde keer moest een schriftelijke verklaring worden gegeven, waarna met goedkeuring van het behandelteam de behandeling kon worden voortgezet. Bij herhaling van dit patroon werd de therapie beëindigd wegens onvermogen tot naleving van de behandeling.

Behandeltrouw — De EMDR Fidelity Rating Scale (EFRS) werd gebruikt om de mate te beoordelen waarin therapeuten het behandelprotocol volgden (Maxfield et al., z.d.). Elk item werd gescoord van 0 ('protocol niet gevolgd') tot 3 ('protocol goed gevolgd'). Een *fidelity score* van $\geq 2,0$ (bereik 0,0-3,0) werd beschouwd als acceptabel. Eenentwintig video-opnames van EMDR-sessies werden beoordeeld door twee onafhankelijke, academisch opgeleide onderzoeksassistenten, getraind door de eerste auteur. Eventuele verschillen in scores werden opgelost via consensus.

Voor DGT werd de DGT Program Fidelity Scale gebruikt (Linehan & Korslund, 2015) om de mate te beoordelen waarin het DGT-protocol werd gevolgd. Deze schaal omvat verschillende domeinen, zoals individuele therapie, vaardigheidstraining en naleving van het consultatieteam. Elk van de 21 items werd gescoord op een vijfpuntsschaal, van 1 ('protocol niet gevolgd') tot 5 ('protocol uitstekend gevolgd'), met een totaalscore variërend van 21 tot 105. De sessies werden onafhankelijk beoordeeld door de eerste auteur, de laatste auteur en een DGT-trainer. Eventuele verschillen in de beoordelingen werden besproken en opgelost op basis van consensus.

Statistische analyses

Poweranalyse — De benodigde steekproefgrootte werd vooraf bepaald (Twisk, 2014). Deze berekening was gebaseerd op een verwachte medium effectgrootte ($d = 0,5$) tussen de condities en drie herhaalde metingen (To, T2 en T4) van de CAPS-5 als primaire uitkomstmaat. Om 80% power te berekenen, met een alfa van $p = 0,05$ (tweezijdig), een intra-persoon-correlatiecoëfficiënt van $r = 0,5$ en een geschatte uitval van 25% (Imel et al., 2013; Kliem et al., 2010), was een steekproef van 63 patiënten per behandelconditie vereist.

Ontbrekende data — Bij ontbrekende data werd gebruikgemaakt van *multiple imputation* met *fully conditional specification* (FCS) en een inclusieve selectie van variabelen. Deze methode schat de ontbrekende waarden door voor elke variabele een model te maken op basis van de beschikbare informatie van de andere variabelen.

Primaire analyse — Statistische analyses werden uitgevoerd in SPSS, versie 27 (IBM Corp, 2020). De primaire hypothese werd getoetst volgens het *intent-to-treat*-principe, waarbij alle patiënten die willekeurig aan een behandeling waren toegewezen, werden meegenomen. Er werd een *mixed-effects*-model gebruikt om de afname van PTSS-symptomen van To tot T4 tussen EMDR en EMDR+DGT te vergelijken. Het model bevatte een *random intercept* voor iedere patiënt en een *scaled-identity*-structuur voor de herhaalde metingen, omdat het oorspronkelijk geplande model (*random intercept* met een *first order autoregressive residual covariance matrix*) niet convergeerde. *Fixed effects* waren de baseline PTSS-score, behandelconditie en tijd, evenals de interacties tussen baseline PTSS-score en tijd, en tussen behandelconditie en tijd.

Secundaire analyses — Secundaire uitkomsten werden vergeleken tussen behandelcondities met *linear mixed effects*-modellen voor continue uitkomsten, en *generalized linear*-modellen met een binomiale verdeling en *logit link* voor binaire uitkomsten. De fixed effects omvatten baseline-scores, behandeling, tijd en relevante interacties. Voor de herhaalde metingen werden de modelparameters gekozen op basis van het oorspronkelijke plan en de mate van modelconvergentie, in de volgorde: eerst een random intercept met een first-order autoregressieve residual covariance matrix, vervolgens een random intercept met een *scaled identity-covariance* matrix, en ten slotte een first-order autoregressieve residual covariance matrix zonder random intercept.

Sensitiviteitsanalyses — Om mogelijke effecten van de afronding van behandeling in kaart te brengen, werd het verband geanalyseerd tussen het voltooiën van EMDR en alle uitkomstvariabelen op de verschillende meetmomenten. Daarnaast werden de resultaten vergeleken tussen de originele dataset en de dataset met geïmputeerde waarden. Tot slot werden alle analyses herhaald voor de subset van patiënten met een classificatie BPS (vijf of meer symptomen).

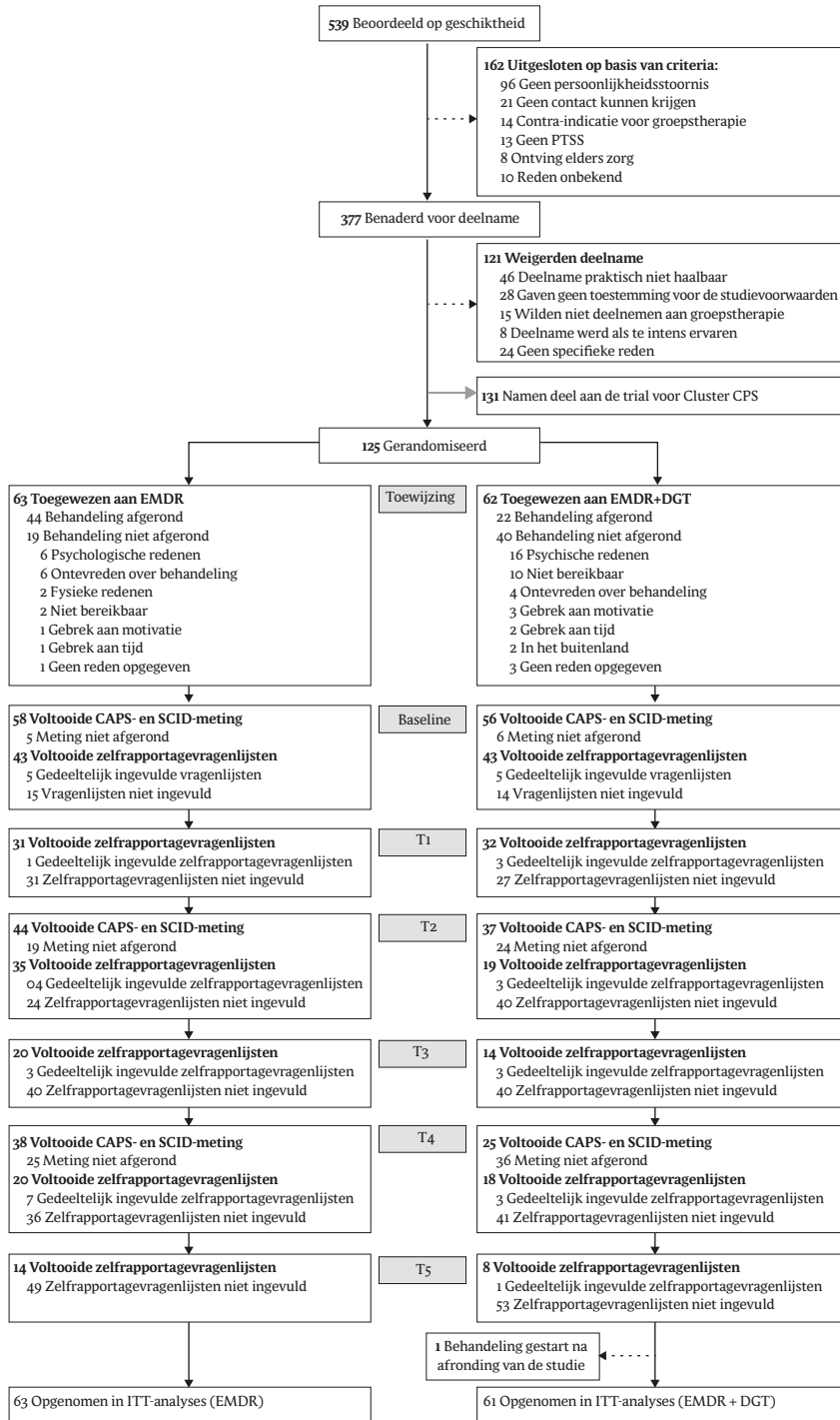
Resultaten

Beschrijving van de steekproef Zoals weergegeven in figuur 2 werden 63 patiënten willekeurig toegewezen aan EMDR-only en 61 patiënten aan EMDR+DGT. Tabellen 2 en 3 tonen de baselinekarakteristieken van de steekproef. De steekproef bestond voornamelijk uit vrouwelijke patiënten, met een leeftijd van 20 tot 65 jaar. Het mediane opleidingsniveau, gemeten met de International Standard Classification of Education (ISCED; Schneider, 2013), was 4,0 (interkwartielafstand 1,3) voor EMDR-only en 4,0 (interkwartielafstand 2,0) voor EMDR+DGT, hetgeen overeenkomt met niveau mbo 4. De meeste patiënten waren werkloos en hadden eerder psychologische behandeling(en) ontvangen. De gemiddelde baselinescore voor PTSS-ernst was 44,1 (SD = 10,6) in de EMDR-only conditie en 40,0 (SD = 11,5) in de EMDR+DGT-conditie voor niet-geïmputeerde data. De meerderheid van de patiënten rapporteerde trauma in de kindertijd, met hoge niveaus van blootstelling aan zowel seksueel als fysiek geweld, zoals beoordeeld met de Childhood Trauma Questionnaire (CTQ; Bernstein et al., 2003). Ook volgens het CAPS-5-interview vonden de meeste indextrauma's plaats tijdens de kindertijd, met seksueel misbruik en fysiek geweld als meest voorkomende traumatypes in beide condities. Patiënten in de EMDR-only-conditie hadden gemiddeld 6,0 (SD = 1,46) en patiënten in de EMDR+DGT-conditie gemiddeld 5,7 (SD = 1,62) BPS-symptomen op baseline (tabel 4). Aan de DSM-5-criteria voor BPS werd voldaan door 81% van de patiënten in de EMDR-only-conditie en 73% in de EMDR+DGT-conditie. Vermijdende-persoonlijkheidsstoornis kwam voor bij 37% van EMDR-only en 36% van

EMDR+DGT, obsessieve-compulsieve persoonlijkheidsstoornis bij respectievelijk 21% en 11%, paranoiaïde-persoonlijkheidsstoornis bij 18% en 11%, en antisociale-persoonlijkheidsstoornis bij 3% en 7%. Stemmings- en angststoornissen kwamen ook veel voor. Depressieve episodens kwamen voor bij 68% in de EMDR-only-conditie en bij 63% in de EMDR+DGT-conditie. Persistierende depressieve stoornis werd vastgesteld bij respectievelijk 57% en 53% van de steekproef. Angststoornissen kwamen voor bij 64% van EMDR-only en 58% van EMDR+DGT. Stoornissen in middelengebruik traden op bij 28% en 30%, terwijl eetstoornissen werden gevonden bij 27% van EMDR-only en 19% van EMDR+DGT. Het gemiddelde aantal gevolgde EMDR-sessies was 10,5 (SD = 5,7) in EMDR-only en 6,8 (SD = 5,9) in EMDR+DGT, een niet-significant statistisch verschil ($t = 3,49, p = 0,588$). Beoordelingen van protocoltrouw voor EMDR wezen op zeer goede protocoltrouw, met een gemiddelde score van 2,71 (SD = 0,17). Resultaten van de DGT Program Fidelity Scale toonden een totaalscore van 94, met een gemiddelde itemscore van 4,48, hetgeen betekent dat de DGT op nagenoeg alle onderdelen beoordeeld is als op of boven het gewenste niveau.

Primaire analyses CAPS-5-scores en effectgroottes op basis van de geïmputeerde data zijn weergegeven in tabel 4. In beide behandelcondities werden grote en significante afnames in PTSS-symptomen gevonden tussen To (baseline) en T4 (1 jaar). De primaire analyse, waarin EMDR-only en EMDR+DGT werden vergeleken, liet geen significant verschil zien in de vermindering van PTSS-symptomen van To tot T4 (tabel 5). In de EMDR-only-conditie werden 46 patiënten (73%) geclassificeerd als responders, inclusief 6 patiënten (10%) in remissie bij T4. In de EMDR+DGT-conditie werden 37 patiënten (61%) geclassificeerd als responders, inclusief 7 patiënten (11%) in remissie bij T4. Er werden geen statistisch significante verschillen gevonden in behandelrespons of remissie (tabel 5).

Secundaire analyses In beide condities werden van To naar T4 grote en significante verbeteringen gevonden in zelfgerapporteerde PTSS-symptomen (PCL-5), BPS-symptomen (SCID-5-P en PAI-BOR), algemeen functioneren (OQ-45) en kwaliteit van leven (EQ-VAS). Er werden geen verschillen gevonden tussen EMDR-only en EMDR+DGT voor deze uitkomsten (tabel 5). De verbetering in globaal functioneren (WHODAS 2.0) liet een niet-significante trend naar verbetering zien in de mixed-regression-analyses (tabel 5). Bij nadere bestudering van de effectgroottes in tabel 4 viel op dat er een matige en significante verbetering van globaal functioneren wordt gezien in de EMDR-only-conditie, maar dat die in de EMDR+DGT bescheidener en niet-significant is (betrouwbaarheidsinterval bevat 0).



Figuur 2 Patiëntenstroom tijdens inclusie, randomisatie en behandeling

Tabel 2 Demografische gegevens van de intent-to-treat steekproef

	EMDR (n [%])	EMDR+DGT (n [%])
Geslacht		
Vrouw	51 (81%)	47 (77%)
Man	12 (19%)	14 (23%)
Leeftijd (bereik)	36 (20-65)	36 (21-62)
Etnische herkomst*		
Nederlands	25 (50%)	26 (51%)
Anders/onbekend	25 (50%)	25 (49%)
Opleidingsniveau		
ISCED, mediaan (IQR)	3,6 (1,3)	4,0 (2,0)
In een relatie	29 (58%)	19 (37%)
Kinderen	17 (34%)	11 (22%)
Arbeidsstatus		
Voornamelijk huisvrouw/huisman	2 (4%)	5 (10%)
Voornamelijk werkzaam of in opleiding	20 (40%)	15 (29%)
Werkloos zonder uitkering	1 (2%)	0 (0%)
Ontvangt (gedeeltelijke) arbeidsongeschiktheids- uitkering	14 (28%)	7 (14%)
Ontvangt (gedeeltelijke) sociale uitkering	6 (12%)	13 (25%)
Overig	7 (14%)	12 (23%)
Eerder individuele ambulante psychologische behandeling ontvangen	35 (70%)	37 (71%)
Eerder groepsgerichte ambulante psychologi- sche behandeling ontvangen	15 (30%)	16 (31%)
Eerdere psychiatrische opname	9 (18%)	6 (12%)
Huidig regelmatig drugsgebruik	16 (32%)	9 (31%)

Noten. De hoeveelheid beschikbare data varieert per instrument. Met uitzondering van leeftijd en geslacht ($n = 124$) bevatten de metingen in deze tabel ontbrekende gegevens voor etnische herkomst ($n = 101$), opleidingsniveau ($n = 93$), relatie ($n = 101$), kinderen ($n = 101$), arbeidsstatus ($n = 101$), eerder ontvangen therapie of opname ($n = 101$) en drugsgebruik ($n = 101$). Percentages zijn berekend op basis van de beschikbare gegevens.

DGT = dialectische gedragstherapie; EMDR = eye movement desensitization and reprocessing; ISCED = International Standard Classification of Education; IQR = interkwartielafstand.

* De categorie etnische herkomst is divers, en omvat onder andere Afghaans, Antilliaans, Aziatisch, Bosnisch, Braziliaans, Chinees, Indiaas, Hindoestaans, Israëliisch, Italiaans, Pools, Spaans, Syrisch en Joegoslavisch.

Tabel 3 *Klinische baselinevariabelen voor de intent-to-treat steekproef*

16

	EMDR (gemiddelde, SD/%)	EMDR+DGT (gemiddelde, SD/%)
CAPS-5	44,1 (10,6)	40,0 (11,5)
<i>Indextrauma</i>		
Trauma in de kindertijd (< 18 jaar)	43 (72%)	40 (69%)
Seksueel misbruik	27 (45%)	25 (43%)
Fysiek geweld	25 (42%)	27 (47%)
Overig*	9 (15%)	6 (10%)
PCL-5	59,2 (14,5)	57,9 (12,4)
CTQ		
Lichamelijke verwaarlozing <i>n (%)</i> †	10,7 (4,2) 35 (74%)	11,3 (3,5) 40 (87%)
Emotionele verwaarlozing <i>n (%)</i> †	18,4 (4,3) 37 (79%)	18,8 (4,1) 40 (87%)
Seksueel misbruik <i>n (%)</i> †	12,0 (6,9) 29 (62%)	11,4 (6,4) 26 (57%)
Emotioneel misbruik <i>n (%)</i> †	16,9 (5,8) 41 (87%)	17,6 (4,6) 43 (93%)
Fysiek geweld <i>n (%)</i> †	13,0 (7,4) 30 (64%)	11,3 (6,0) 27 (59%)
LEC-5 indextrauma		
Seksueel geweld (slachtoffer)	18 (38%)	20 (40%)
Fysiek geweld (slachtoffer)	22 (46%)	19 (38%)
Seksueel geweld (getuige)	0 (0%)	1 (2%)
Fysiek geweld (getuige)	3 (6%)	2 (4%)
Levensbedreigende ziekte (slachtoffer)	0 (0%)	1 (2%)
Levensbedreigende ziekte of plotseling overlijden (getuige)	4 (8%)	6 (12%)
Overig	1 (2%)	1 (2%)
OQ-45	110,1 (25,8)	107,4 (21,3)
EQ-VAS	51,6 (21,5)	50,2 (19,8)
WHODAS 2.0	2,9 (0,8)	2,7 (0,8)
DERS	129,2 (22,5)	119,5 (25,5)
DES-II	31,2 (18,5)	26,4 (17,3)
SCID-5-S comorbide stoornissen		
Huidige depressieve episode	41 (68%)	35 (63%)
Persisterende depressieve episode	31 (57%)	27 (53%)

Tabel 3 *Vervolg*

	EMDR (gemiddelde, SD/%)	EMDR+DGT (gemiddelde, SD/%)
Stoornis in het gebruik van middelen	16 (28%)	14 (30%)
Angststoornis	35 (64%)	29 (58%)
Eetstoornis	9 (27%)	6 (19%)
Obsessieve-compulsieve stoornis	2 (3%)	4 (7%)
SCID-5-P comorbide persoonlijkheidsstoornis		
Vermijdend	23 (37%)	22 (36%)
Afhankelijk	1 (2%)	1 (2%)
Dwangmatig	13 (21%)	7 (11%)
Paranoïde	11 (18%)	7 (11%)
Schizoïde	2 (3%)	1 (2%)
Schizotypisch	-	-
Histrionisch	-	-
Narcistisch	-	2 (3%)
Borderline	51 (81%)	45 (73%)
Antisociaal	2 (3%)	4 (7%)
Aantal EMDR-sessies		
Intent-to-treat steekproef	10,5 (5,7)	6,8 (5,9)
EMDR afgerond	13,6 (3,2)	13,5 (3,3)
EMDR niet afgerond	3,3 (3,3)	3,1 (2,9)
Aantal DGT-sessies		
Intent-to-treat steekproef		26,6 (19,4)
EMDR afgerond		43,4 (10,6)
EMDR niet afgerond		17,4 (17,7)

Noten. Gegevens worden weergegeven als *n* (%) of gemiddelde (SD), tenzij anders vermeld. De volgende metingen bevatten ontbrekende gegevens: CAPS-5 (*n* = 118), PCL-5 (*n* = 89), CTQ (*n* = 93), LEC-5 index-trauma (*n* = 98), OQ-45 (*n* = 93), EQ-VAS (*n* = 85), WHODAS 2.0 (*n* = 85), DERS-II (*n* = 86), DES-II (*n* = 88), SCID-5-S (*n* = 116).

DGT = dialectische gedragstherapie; EMDR = eye movement desensitization and reprocessing; CAPS-5 = Clinician Administered PTSD Scale for DSM-5; PCL-5 = PTSD Checklist for DSM-5; CTQ = Childhood Trauma Questionnaire; LEC-5 = Life Events Checklist – DSM-5; OQ-45 = Outcome Questionnaire 45; EQ-VAS = EuroQol Visual Analog Scale; WHODAS 2.0 = World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0; DERS NL = Difficulties in Emotion Regulation – Dutch version; DES-II = Dissociative Experiences Scale – II; SCID-5-S = Gestructureerd klinisch interview voor DSM-5 syndroomstoornissen; SCID-5-P = Gestructureerd klinisch interview voor DSM-5 persoonlijkheidsstoornissen.

‡ De afkapwaarden zoals gedefinieerd door Walker en collega's (1999) werden gebruikt: 10 voor emotioneel misbruik, 15 voor emotionele verwaarlozing, en 8 voor lichamelijk misbruik, lichamelijke verwaarlozing en seksueel misbruik.

* Overige indextrauma's omvatten het getuige zijn van de natuurlijke dood of moord van een dierbare, het meemaken van een auto-ongeluk, bedreiging of blootstelling aan oorlogstrauma.

Tabel 4 *Geschatte marginale gemiddelden en effectgroottes na imputatie voor alle primaire en secundaire uitkomstmaten*

18

	EMDR		EMDR+DGT		EMDR versus EMDR+DGT	
	Geschatte marginale gemiddelden (95% betrouwbaarheidsinterval)	Cohens <i>d</i>	Geschatte marginale gemiddelden (95% betrouwbaarheidsinterval)	Cohens <i>d</i>	Cohens <i>d</i>	Cohens <i>d</i>
CAPS-5 totaalscore						
To	42,80 (40,21, 45,39)	–	41,28 (38,61, 43,95)	–	–	–
T2	23,88 (21,32, 26,44)	1,8 (1,4, 2,2)*	27,55 (24,94, 30,16)	1,3 (0,9, 1,7)*	0,5 (0,1, 0,8)*	0,5 (0,1, 0,8)*
T4	21,53 (18,97, 24,08)	2,0 (1,6, 2,4)*	22,48 (19,85, 25,12)	1,8 (1,4, 2,2)*	–0,23 (–0,6, 0,1)	–0,23 (–0,6, 0,1)
PCL-5 totaalscore						
To	58,80 (56,09, 61,51)	–	58,26 (55,51, 61,01)	–	–	–
T1	44,0 (41,23, 46,77)	1,3 (1,0, 1,7)*	48,31 (45,48, 51,14)	0,9 (0,5, 1,3)*	0,4 (0,1, 0,8)*	0,4 (0,1, 0,8)*
T2	34,63 (31,81, 37,43)	2,2 (1,8, 2,6)*	33,11 (30,21, 36,02)	2,3 (1,8, 2,7)*	–0,1 (–0,4, 0,3)	–0,1 (–0,4, 0,3)
T3	34,28 (31,47, 37,09)	2,2 (1,8, 2,7)*	34,88 (32,02, 37,74)	2,1 (1,7, 2,6)*	0,1 (–0,2, 0,4)	0,1 (–0,2, 0,4)
T4	33,95 (31,05, 36,84)	2,3 (1,8, 2,7)*	34,84 (32,0, 37,9)	2,1 (1,7, 2,6)*	0,1 (–0,2, 0,5)	0,1 (–0,2, 0,5)
T5	31,56 (28,71, 34,40)	2,5 (2,0, 2,9)*	30,67 (27,76, 33,59)	2,5 (2,1, 3,0)*	–0,03 (–0,4, 0,3)	–0,03 (–0,4, 0,3)
OQ-45 totaalscore						
To	109,29 (105,27, 113,30)	–	108,32 (104,25, 112,39)	–	–	–
T1	93,68 (89,59, 97,78)	1,0 (0,6, 1,3)*	98,28 (94,15, 102,41)	0,6 (0,3, 1,0)*	0,3 (0,2, –0,0)	0,3 (0,2, –0,0)
T2	82,67 (78,63, 86,71)	1,6 (1,2, 2,0)*	83,84 (79,66, 88,02)	1,5 (1,1, 1,9)*	0,1 (0,2, –0,2)	0,1 (0,2, –0,2)
T3	86,07 (81,96, 90,20)	1,4 (1,0, 1,8)*	88,04 (83,78, 92,31)	1,3 (0,9, 1,6)*	0,2 (0,2, –0,2)	0,2 (0,2, –0,2)
T4	83,50 (79,30, 87,70)	1,6 (1,2, 2,0)*	86,96 (82,73, 91,19)	1,3 (0,9, 1,7)*	0,3 (0,2, –0,1)	0,3 (0,2, –0,1)
T5	79,20 (75,06, 83,28)	1,9 (1,4, 2,3)*	77,56 (73,32, 81,80)	1,8 (1,5, 2,3)*	–0,0 (0,2, –0,4)	–0,0 (0,2, –0,4)
WHODAS 2.0 totaalscore						
To	2,8 (2,6, 3,1)	–	2,7 (2,5, 2,9)	–	–	–

T2	2,3 (2,1, 2,6)	0,5 (0,2, 0,9)*	2,4 (2,1, 2,6)	0,4 (0,01, 0,7)*	-0,2 (0,2, -0,5)
T4	2,3 (2,0, 2,6)	0,5 (0,2, 0,9)*	2,4 (2,1, 2,7)	0,3 (-0,03, 0,7)	0,2 (0,2, -0,1)
T5	2,3 (2,0, 2,6)	0,7 (0,2, 0,9)*	2,3 (2,0, 2,5)	0,4 (0,01, 0,7)*	-0,2 (-0,5, 0,2)
EQ-VAS					
T0	51,4 (48,0, 54,8)	-	50,4 (47,0, 53,9)	-	-
T2	60,6 (57,1, 64,0)	0,7 (0,3, 1,0)*	59,0 (55,5, 62,6)	0,6 (0,3, 1,0)*	-0,04 (-0,4, 0,3)
T4	62,2 (58,7, 65,7)	0,8 (0,4, 1,1)*	61,8 (58,3, 65,2)	0,8 (0,5, 1,2)*	-0,03 (-0,4, 0,3)
T5	62,0 (58,5, 65,5)	0,8 (0,4, 1,1)*	63,1 (59,6, 66,7)	0,9 (0,6, 1,3)*	-0,2 (-0,4, 0,3)
SCID-5-PD gemiddelde BPS criteria					
T0	6,0 (5,6, 6,5)	-	5,7 (5,3, 6,2)	-	-
T4	2,7 (2,2, 3,2)	1,9 (1,4, 2,3)*	2,5 (1,9, 3,1)	1,8 (1,4, 2,2)*	0,1 (-0,3, 0,4)
PAI-BOR totaalscore					
T0	44,1 (42,2, 46,1)	-	41,6 (39,7, 43,6)	-	-
T2	34,9 (32,9, 36,9)	1,2 (0,8, 1,5)*	34,7 (32,6, 36,7)	0,9 (0,5, 1,2)*	0,3 (-0,1, 0,6)
T4	33,4 (31,3, 35,5)	1,3 (1,0, 1,7)*	34,2 (32,1, 36,3)	0,9 (0,6, 1,3)*	-0,4 (-0,8, -0,1)*
Uitval van EMDR (≤ 8 sessies)					
n	16 (25%)		37 (61%)		
(%)					
Uitval van DGT (≤ 36 groepsessies)					
n	-		35 (57%)		
(%)					

Noten. DGT = dialectische gedragstherapie; EMDR = eye movement desensitization and reprocessing; CAPS-5 = Clinician Administered PTSD Scale for DSM-5; PCL-5 = PTSD Checklist for DSM-5; OQ-45 = Outcome Questionnaire 45; WHODAS 2.0 = World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0; EQ-VAS = EuroQol Visual Analog Scale; SCID-5-P = Gestructureerd Klinisch Interview voor DSM-5 Persoonlijkheidsstoornissen; PAI-BOR = Personality Assessment Inventory – Borderline subschaal

* Deze betrouwbaarheidsintervallen omvatten geen nul, wat wijst op statistische significantie.

Tabel 5 Resultaten van de gecombineerde (pooled) analyse van geïmputeerde gegevens voor de primaire en secundaire hypothesen tijdens T4

	Schatting	t	p
Primaire uitkomstmaat			
CAPS-5 totaal			
Tijd [‡]	-18,79 (1,81)	-10,34	< 0,001
Tijd x conditie [§]	-2,47 (2,45)	-1,01	0,312
Continue secundaire uitkomstmaten			
PCL-5 totaal			
Tijd [‡]	-27,59 (1,79)	-15,37	< 0,001
Tijd x conditie [§]	0,34 (2,48)	0,14	0,890
SCID-5-P BPS-criteria			
Tijd [‡]	-3,23 (0,35)	-9,30	< 0,001
Tijd x conditie [§]	-0,11 (0,47)	-0,24	0,813
OQ-45 totaal			
Tijd [‡]	-30,76 (2,61)	-11,79	< 0,001
Tijd x conditie [§]	0,64 (3,65)	0,18	0,861
WHODAS 2.0 gemiddeld			
Tijd [‡]	-0,35 (0,18)	-1,88	0,061
Time x conditie [§]	-0,16 (0,25)	-0,62	0,535
EQ-VAS			
Tijd [‡]	12,70 (2,37)	5,36	< 0,001
Tijd x conditie [§]	-2,11 (3,31)	-0,64	0,524
PAI-BOR			
Tijd [‡]	-7,39 (1,24)	-5,96	< 0,001
Tijd x conditie [§]	-3,30 (1,70)	-1,90	0,058
Binaire secundaire uitkomstmaten			
Behandelrespons			
Conditie [§]	0,34 (0,47)	-0,58, 1,26 [†]	0,467
PTSS-remissie			
Conditie [§]	0,27 (0,55)	-0,81, 1,35 [†]	0,626
EMDR uitval			
Conditie [§]	-1,30 (0,39)	-2,01, -0,54 [†]	< 0,001

Noten. CAPS-5 = Clinician Administered PTSD Scale for DSM-5; PCL-5 = PTSD Checklist for DSM-5; SCID-5-P = Gestructureerd Klinisch Interview voor DSM-5 Persoonlijkheidsstoornissen; BPS = borderline-persoonlijkheidsstoornis; OQ-45 = Outcome Questionnaire 45; WHODAS 2.0 = World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0; EQ-VAS = EuroQol Visual Analog Scale; PAI-BOR = Personality Assessment Inventory – Borderline subschaal, [†]To is referentie, [§]EMDR-DGT is referentie, [†]95% Wald betrouwbaarheidsintervallen

Uitval van behandeling EMDR-uitvalpercentages verschilden significant tussen de twee behandelcondities ($B = -1,30$, $SE = 0,39$, $p < 0,001$), met 16 patiënten (25%) die uitvielen in de EMDR-only-conditie en 37 patiënten (61%) in de EMDR+DGT-conditie. Alle uitvallers werden telefonisch benaderd om hun redenen voor voortijdige beëindiging van EMDR voor 12 sessies te achterhalen. In de EMDR-only-conditie varieerden de redenen, waarbij de meest voorkomende waren: behoefte aan poliklinische behandeling voor andere comorbide psychiatrische symptomen (3), onvoldoende PTSS-symptomen bij aanvang van EMDR (3), ontevredenheid over de behandeling (bijvoorbeeld vanwege lange wachttijden of therapeutenwisselingen) (2), zich voldoende beter voelen (1), of praktische redenen, zoals te druk zijn (1) en medische ziekte (1). Daarnaast weigerden enkele patiënten deel te nemen zonder reden (4) en was één patiënt onbereikbaar.

In de EMDR+DGT-conditie was de meeste uitval het gevolg van: veel gemiste afspraken (10) of het ervaren van de behandeling als onpraktisch (bijvoorbeeld vanwege intensiteit, afstand tot centrum, werkstress, of verhuizing) (7). Andere redenen waren: gevoel dat DGT niet aansloot bij de symptomen (3), onbereikbaar zijn (3), ontevredenheid over behandeling (2), EMDR ervaren als te intens (2), noodzaak voor opname vanwege ernst van de PTSS-symptomen (2), poliklinische behandeling nodig voor andere psychiatrische symptomen (2), beëindiging zonder opgave van reden (2), onvoldoende PTSS-symptomen bij aanvang van EMDR (2), zich beter voelen (1), of een familielid met medische problemen (1).

Daarnaast werden in de EMDR+DGT-conditie 35 patiënten (57%) als uitvaller van DGT geïmputeerd. Vanwege de grote hoeveelheid ontbrekende T4-data onder uitvallers kon het aantal behandelresponders op T4 in deze groep niet betrouwbaar worden berekend. In de EMDR-only-conditie ontbraken de T4-data van 14 van de 16 uitvallers, terwijl in de EMDR+DGT-conditie bij 26 van de 37 uitvallers deze gegevens ontbraken. Van de overige patiënten met beschikbare data werden twee EMDR-only-uitvallers geïmputeerd als behandelresponders bij T4. In de EMDR+DGT-conditie waren zes patiënten behandelresponders, terwijl de overige vijf als non-responders werden geïmputeerd.

Sensitiviteitsanalyses De bevindingen bleven consistent bij analyses van niet-geïmputeerde data en bij patiënten met vijf of meer BPS-symptomen (resultaten beschikbaar in de *supplemental materials* van de oorspronkelijke Engelstalige publicatie; zie tabellen 1 en 2 aldaar). Voltooiing van EMDR was niet geassocieerd met CAPS-5-scores op enig meetmoment in beide condities (tabel 3 *supplemental materials*).

Bijwerkingen Tijdens de studie deden zich vier *serious adverse events* voor. Het eerste geval betrof een deelnemer in de EMDR-conditie die werd opgenomen wegens meerdere botbreuken na een val; dit geval werd beoordeeld als niet gerelateerd aan de studie. Het tweede geval betrof een patiënt in de EMDR+DGT-conditie die een toename van suïcidale gedachten en dissocia-

tieve symptomen ervoer, terwijl een derde patiënt in de EMDR-conditie toegenomen zelfbeschadiging en middelengebruik rapporteerde. In beide gevallen werd een overstap naar klinische opname als noodzakelijk beschouwd voor intensievere ondersteuning. Het vierde geval betrof een deelnemer in de EMDR-conditie die voor euthanasie koos vanwege ernstige, langdurige psychiatrische aandoeningen die al vóór aanmelding bij de studie aanwezig waren. Deze beslissing werd meer dan een jaar na het stopzetten van de studiebehandeling genomen.

Discussie

Dit is de eerste gerandomiseerde klinische trial (RCT) die de effectiviteit van gelijktijdige EMDR+DGT en EMDR-only vergelijkt bij patiënten met PTSS en comorbide BPS-symptomen. Patiënten in beide behandelcondities lieten grote verminderingen van PTSS-symptomen zien. Tevens werden in beide condities grote verbeteringen in BPS-ernst en verbeteringen in kwaliteit van leven waargenomen. De grote behandel-effecten in deze studie zijn in lijn met eerdere onderzoeken naar de effectiviteit van EMDR (Cuijpers et al., 2020) en DGT-PTSS (Bohus et al., 2020). De huidige bevindingen sluiten ook aan bij de effectgroottes die recentelijk in een meta-analyse werden gevonden over de effectiviteit van traumagerichte behandeling bij PTSS-patiënten met comorbide persoonlijkheidsstoornissen (Snoek et al., 2021).

Opmerkelijk is dat EMDR-only en EMDR+DGT geen verschil vertoonden in vermindering van PTSS-symptomen, BPS-symptomen of kwaliteit van leven. Hoewel een matige verbetering in globaal functioneren werd gevonden in EMDR-only, was deze verbetering niet significant in EMDR+DGT. Deze bevindingen zijn opmerkelijk gezien de aanzienlijk grotere hoeveelheid psychotherapie in EMDR+DGT en gezien het feit dat DGT specifiek gericht is op verbetering van de chronische en uitgebreide problematiek geassocieerd met BPS. Alleen al vanwege het verschil in behandelintensiteit viel te verwachten dat EMDR+DGT superieure therapeutische effecten zou opleveren als behandelingsdosering een kritieke factor was. Een verklaring

Beide condities lieten grote verbeteringen zien – maar EMDR+DGT was niet beter dan EMDR alleen

voor deze bevinding is dat met EMDR een plafondeffect bereikt is, waardoor potentiële verdere winst door de gecombineerde interventie beperkt was. Gezien de consequent grote effectgroottes die voor EMDR bij de behandeling van PTSS zijn gedocumenteerd, met name in vergelijking met de bescheiden effectgroottes van psychotherapieën bij andere psychiatrische aandoeningen, zoals depressie (Cuijpers et al., 2013, 2014), is dit plafondeffect aannemelijk.

Hoewel de huidige bevindingen niet overeenkomen met die van Kleindienst en collega's (2021), die vonden dat DGT-PTSS superieur was aan een

traumagerichte therapie (CPT) voor zowel PTSS- als BPS-symptomen, sluiten onze resultaten aan bij een parallel gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek uitgevoerd door onze onderzoeksgroep. Dat onderzoek vergeleek de effectiviteit van imaginaire herstructurering met gelijktijdige *imagery rescripting* (ImRs) en groepsschematherapie bij patiënten met PTSS en comorbide cluster C-persoonlijkheidsstoornissen (van den End, Beekman et al., 2024). Hoewel zowel onze studie als die van Kleindienst en collega's grote effecten laten zien, worden in onze studie hogere effectgroottes voor EMDR-only ($d = 2,0$) en EMDR+DGT ($d = 1,8$) gevonden, in vergelijking met Kleindiensts CPT ($d = 0,9$) en DGT-PTSS ($d = 1,2$). Ook hier kan een plafondeffect het verschil verklaren: de grote effecten na EMDR in onze studie bieden minder ruimte voor verdere verbetering dan in de studie van Kleindienst, waar de gemiddelde effecten kleiner zijn en er mogelijk meer ruimte voor verbetering was.

Het voorgaande roept een belangrijke vraag op over de relatieve effectiviteit van de behandelingen in verschillende studies. De studie van Kleindienst en collega's (2021) richtte zich specifiek op patiënten met een dubbele diagnose van PTSS en BPS, wat hen mogelijk ontvankelijker maakte voor de gecombineerde DGT-PTSS-behandeling. In onze studie omvatte de populatie patiënten met zowel volledige BPS (≥ 5 symptomen) als subklinische BPS (4 symptomen), waardoor een bredere representatie van symptoomernst werd geïnccludeerd. In deze context kan EMDR-only voldoende effectief zijn geweest voor deze patiënten. Hoewel we uitkomsten hebben bekeken voor patiënten met en zonder een 'volledige' DSM-5-classificatie BPS en vergelijkbare resultaten vonden, is het belangrijk te erkennen dat variaties in patiëntkenmerken de behandelrespons kunnen beïnvloeden. Toekomstig onderzoek met een groter cohort van patiënten met dubbele diagnoses die EMDR of EMDR+DGT ontvangen, zou waardevolle inzichten kunnen geven in de differentiële effectiviteit van deze benaderingen.

De huidige bevindingen bouwen voort op toenemend bewijs dat EMDR veilig en effectief symptomen van zowel PTSS als BPS kan verminderen (de Jongh et al., 2020; Kolthof et al., 2022; Slotema et al., 2020), en dat afnames in klachten (bijvoorbeeld hoge niveaus van stress door voortdurende herbelevingen passend bij PTSS) samen lijken te hangen met snelle verbeteringen in BPS-symptomen (Gunderson et al., 2003). Het *adaptive information processing model* (AIP-model) biedt inzicht in hoe traumagerichte therapie BPS-symptomen kan verlichten (de Jongh et al., 2024; Shapiro, 2007). Volgens het AIP-model kan het brein bij een kind dat trauma ervaart moeite hebben om de traumatische herinneringen volledig te verwerken en te integreren vanwege hun overweldigende aard. Deze incomplete verwerking kan leiden tot aanhoudende symptomen en problematische copingmechanismen. Gezien de hoge prevalentie van trauma in de kindertijd bij individuen met BPS, is het vanuit het AIP-model te verwachten dat een behandeling die specifiek gericht is op de verwerking van traumatische herinneringen de daaraan gerelateerde stress kan verminderen, en vervol-

gens de emotionele regulatie, het zelfgevoel en het interpersoonlijke functioneren kan verbeteren.

Hoewel onze studie specifiek gericht was op patiënten met PTSS en comorbide BPS-symptomen, kunnen de bevindingen ook relevant zijn voor de behandeling van individuen met complexe PTSS (CPTSS). CPTSS wordt gekenmerkt door symptomen die overlappen met zowel PTSS als BPS, zoals emotionele disregulatie, interpersoonlijke problemen en een negatief zelfbeeld (Cloitre et al., 2012). Traditioneel wordt CPTSS behandeld met gefaseerde benaderingen, die nadruk leggen op stabilisatie voordat traumagerichte interventies worden gestart. De resultaten van onze studie geven echter aan dat EMDR als opzichzelfstaande behandeling effectief en veilig is, wat de noodzaak van uitgebreide stabilisatiefasen in bepaalde gevallen ter discussie stelt. Hoewel de verwachting is dat het merendeel van de patiënten in onze steekproef zal voldoen aan de classificatie CPTSS, zou toekomstig onderzoek de effectiviteit van EMDR-only versus gefaseerde behandelingen bij patiënten met CPTSS kunnen bestuderen. Belangrijke onderzoeksvragen omvatten de noodzaak en duur van stabilisatiefasen, evenals het identificeren van subgroepen van patiënten die beter reageren op directe traumagerichte interventies. Daarnaast verdienen de langetermijnuitkomsten van EMDR in vergelijking met gefaseerde benaderingen verdere bestudering. Dergelijke studies kunnen waardevolle inzichten opleveren en mogelijk bijdragen aan het verfijnen van behandelrichtlijnen voor CPTSS.

Met betrekking tot de gebruikte meetinstrumenten is het van belang te benadrukken dat de verbeteringen in globaal functioneren die in deze studie werden waargenomen, verschilden tussen de twee gebruikte meetinstrumenten. De WHODAS 2.0, die gezondheidsgerelateerde beperkingen en functioneren meet, liet alleen een kleine verbetering zien in de EMDR-conditie. Daarentegen gaf de OQ-45, die algemene psychologische stress en welzijn meet, grote verbeteringen aan in zowel de EMDR-only-conditie als de EMDR+DGT-conditie. Dit suggereert dat beide behandelingen weliswaar effectief psychiatrische symptomen verminderen, maar dat die symptoomvermindering niet altijd zonder meer leidt tot functionele verbeteringen. Door diverse meetinstrumenten – inclusief globaal functioneren – op te nemen, krijgen we een completer beeld van hoe behandelingen de algehele kwaliteit van leven van patiënten beïnvloeden.

Met betrekking tot uitval uit behandeling is van belang dat de uitval uit EMDR bij patiënten die zowel EMDR als DGT ontvingen twee keer zo hoog was als bij patiënten die alleen EMDR kregen, met een totale gemiddelde uitval van 42%. Dit percentage komt overeen met de bevindingen van Kleindienst en collega's (2021). Hoewel die geen specifieke redenen voor uitval vermeldden, noemde bijna de helft van de EMDR-uitvallers in de EMDR+DGT-conditie in onze studie gemiste afspraken en tijdsbeperkingen als reden. Hoewel het aantal gevolgde sessies statistisch niet significant verschillend was tussen de condities, wekken het absolute aantal uitvallers en de opgegeven redenen de suggestie dat de extra belasting bij

gelijktijdig volgen van DGT en EMDR de betrokkenheid bij de EMDR-behandeling negatief beïnvloedde. Een andere mogelijkheid is dat patiënten in de EMDR+DGT-conditie minder EMDR-sessies nodig hadden om vergelijkbare resultaten te bereiken, aangezien de behandelresultaten niet significant verschilden tussen de condities. Een aanvullend perspectief op behandeluitval bij BPS komt van een recente meta-analyse waarin gevonden werd dat individuele behandeling voor BPS geassocieerd is met lagere uitval dan groepsbehandeling (Arntz et al., 2023). De auteurs suggereren dat praktische problemen en groepsdynamiek een negatieve invloed kunnen hebben op retentie, en dat het aanbieden van groepsbehandeling om kosten te besparen averechts kan uitwerken, omdat uitval juist tot hogere kosten leidt. Deze bevindingen zouden in lijn kunnen zijn met de resultaten van de huidige studie, waarbij bijna de helft van de deelnemers in de EMDR+DGT-conditie hun uitval uit EMDR toeschreef aan tijdsbeperkingen. Het is belangrijk te benadrukken dat de hogere uitval uit EMDR in deze gecombineerde conditie niet kan worden geïnterpreteerd als ontevredenheid over EMDR zelf. Het is waarschijnlijk dat de intensieve aard van de gecombineerde behandeling heeft bijgedragen aan de uitval, aangezien de dubbele behandeling aanzienlijke eisen aan patiënten stelt. Bovendien zochten patiënten voornamelijk behandeling voor PTSS-symptomen, waardoor hun verwachtingen over en tolerantie voor de extra vereisten van DGT mogelijk beperkt waren. Anderzijds kan het zijn dat sommige patiënten vroegtijdig reageerden op de behandeling, waardoor minder EMDR-sessies nodig waren dan normaal wordt aanbevolen. De hoge mate van ontbrekende data onder uitvallers beperkt echter onze mogelijkheid om robuuste conclusies te trekken over de behandelrespons bij deze groep.

Deze studie had verschillende sterke punten. Ten eerste zorgde het gebruik van een a priori poweranalyse ervoor dat de analyses adequaat betekenisvolle effecten konden detecteren. Daarnaast werden *best practice* methoden, zoals randomisatie en blinde beoordelaars, toegepast om vertekening (bias) van de resultaten te minimaliseren. Bovendien betreft dit de eerste studie die EMDR vergelijkt met EMDR+DGT bij patiënten met PTSS en BPS-symptomen. Andere sterke kanten zijn het gebruik van door de APA aanbevolen protocollen voor EMDR en DGT (in plaats van aangepaste of verlengde protocollen) en de adequate uitvoering ervan (protocoltrouw). De inclusie van een diverse groep patiënten met PTSS en zowel klinische als subklinische BPS, evenals de aanwezigheid van diverse andere comorbide aandoeningen, verhoogt bovendien de generaliseerbaarheid van onze bevindingen naar de klinische praktijk, waarin dergelijke comorbiditeit eerder regel dan uitzondering is.

Er moeten echter ook enkele beperkingen worden genoemd. Ten eerste kan het hoge uitvalspercentage hebben geleid tot *attrition bias*, waarbij

*De prijs van extra
behandeling: de uitval
bij EMDR+DGT was
meer dan twee keer
zo hoog*

resultaten vertekend worden door selectieve uitval. Dit lijkt onwaarschijnlijk, aangezien uitval niet geassocieerd was met behandeluitkomsten. Ook werden andere verklaringen voor onze bevindingen onderzocht. We hebben bekeken of de resultaten verschilden voor niet-geïmputeerde (oorspronkelijke) gegevens, wat niet het geval bleek. We hebben ook onderzocht of de uitkomsten verschilden voor patiënten met en zonder een volledige BPS-classificatie, maar vonden vergelijkbare resultaten voor beide groepen. Ook was er geen statistisch significant verschil in het aantal gevolgde EMDR-sessies tussen de condities.

Ten tweede kan in dit type onderzoek de aanwezigheid van ruis bijdragen aan negatieve bevindingen. Bronnen van ruis kunnen onder meer bestaan uit onnauwkeurige meetinstrumenten en inconsistente toepassing van protocollen. Dit lijkt onwaarschijnlijk, gezien het gebruik van state of the art meetinstrumenten en hoge protocoltrouw. Echter, de validiteit van het gebruik van de SCID-5-P om verandering in BPS-symptomen binnen 1 jaar te meten is onduidelijk, omdat de SCID-5-P oorspronkelijk ontworpen is om symptomen van persoonlijkheidsstoornis sinds de vroege volwassenheid te meten. De SCID-5-P werd gekozen vanwege de brede validatie en betrouwbaarheid bij het diagnosticeren van persoonlijkheidsstoornissen, inclusief BPS, in plaats van alternatieve benaderingen (zoals het alternatieve model voor persoonlijkheidsstoornissen) die destijds nog in een vroeg stadium van ontwikkeling en klinische validatie waren. Hoewel de categorische benadering van de SCID-5-P mogelijk minder gevoelig is voor veranderingen over korte intervallen, werd deze aangevuld met de PAI-BOR, een dimensioneel instrument dat beter geschikt is om symptoomveranderingen te volgen. Met betrekking tot protocoltrouw dient opgemerkt te worden dat niet alle therapeuten die de EMDR-behandelingen gaven werden beoordeeld op protocoltrouw. Hoewel 21 video-opnamen van EMDR-sessies van 13 therapeuten werden beoordeeld, betekent dit dat de protocoltrouw van 15 therapeuten niet gemeten is.

Ten derde beperkt het gebrek aan genderdiversiteit in onze steekproef (die voornamelijk uit vrouwen bestond) de generaliseerbaarheid van onze bevindingen naar andere genders.

Ten vierde vereiste de COVID-19-pandemie en de daaropvolgende overheidsmaatregelen verschillende aanpassingen aan het oorspronkelijke onderzoeksprotocol (zoals beschreven in de supplemental materials van de oorspronkelijke Engelstalige publicatie), wat bij sommige patiënten leidde tot zorgonderbrekingen, en vertragingen in intake, diagnostiek en indicatiestelling. Helaas hebben we de invloed van deze periode op de resultaten niet kunnen analyseren.

Tot slot heeft het includeren van patiënten met vier BPS-symptomen de diversiteit van patiënten vergroot, maar tegelijkertijd beperkte dat de directe generaliseerbaarheid naar uitsluitend patiënten die voldoen aan de volledige classificatie-eisen voor BPS.

Al met al wijzen de resultaten erop dat de effectgroottes tussen de condities voor alle uitkomstmaten dicht bij nul liggen, wat suggereert dat

EMDR+DGT niet effectiever is dan EMDR alleen. De behandelingen zijn getest onder geoptimaliseerde, gecontroleerde omstandigheden in een gespecialiseerd behandelcentrum waar beide behandelvormen al langere tijd geïmplementeerd waren en ruime specialistische kennis van PTSS en BPS aanwezig was. Samengenomen benadrukken de bevindingen de noodzaak van verder onderzoek naar de oorzaken van uitval uit behandeling en naar verschillen in individuele behandeluitkomsten in deze populatie. Toekomstige studies gericht op het identificeren van patiënten die baat kunnen hebben bij uitgebreide behandelingen na EMDR versus patiënten die alleen EMDR nodig hebben, zijn nodig. Het verkennen van alternatieve combinaties van behandelingen, waarin timing, tempo of integratie van therapieën nader wordt onderzocht, kan bijdragen aan het vergroten van de therapietrouw en de behandelbelasting verminderen. Een gedetailleerde analyse van factoren die bijdragen aan uitval uit behandeling is afzonderlijk gepubliceerd (van den End, Snoek et al., 2024).

Klinische implicaties De huidige bevindingen suggereren dat de toevoeging van DGT aan EMDR geen extra voordeel biedt. De resultaten suggereren juist dat een relatief kortdurende EMDR-behandeling de symptomen van PTSS en BPS betekenisvol kan doen afnemen, en het globale functioneren en de kwaliteit van leven kan verbeteren. Bovendien vormde het hoge percentage uitval een uitdaging bij de implementatie van EMDR+DGT, wat pleit voor enkelvoudig beginnen met EMDR. Op basis van de resultaten in deze studie adviseren wij klinici daarom om te beginnen met enkelvoudige behandeling met EMDR bij patiënten met PTSS en comorbide BPS; DGT kan vervolgens worden gereserveerd voor patiënten met aanhoudende BPS-symptomen na traumagerichte behandeling. Op deze manier worden fragmentatie van behandeling, uitval en de belasting van patiënten geminimaliseerd. Verder onderzoek is nodig om te identificeren welke subgroep patiënten aanvullende DGT nodig heeft en om EMDR te vergelijken met andere (traumagerichte of niet-traumagerichte) interventies voor deze populatie.

De auteurs danken alle klinici van het Sinai Centrum en alle patiënten die hebben deelgenomen voor hun bijdrage aan deze studie. Ook bedanken wij Evelyn Nispeling voor haar ondersteuning bij de coördinatie van de studie. De studie werd gefinancierd door Stichting Steunfonds Joodse Geestelijke Gezondheidszorg (subsidienummer 150016/SSF/SG/gl/13.4). De financier had geen rol in het design, de dataverzameling, data-analyse en publicatie van de resultaten. Verder verklaren de auteurs geen belangenconflicten en/of concurrerende belangen te hebben.

Aishah Snoek is werkzaam bij Arkin, Inforsa, forensisch FACT-team, Amsterdam.

Arne van den End is werkzaam bij Arkin, NPI, Amsterdam.

Aartjan Beekman is verbonden aan Amsterdam UMC, afdeling Psychiatrie.

Jack Dekker werkt bij Arkin, Amsterdam, en bij de Vrije Universiteit Amsterdam, Klinische Psychologie.

Inga Aarts is verbonden aan Arkin, Jellinek, Amsterdam.

Matthijs Blankers werkt bij Arkin Amsterdam.

Chris Vriend en **Odile van den Heuvel** zijn werkzaam bij Amsterdam UMC, afdeling Psychiatrie en afdeling Anatomie en Neurowetenschappen, en bij Amsterdam Neuroscience, programma Compulsiviteit, Impulsiviteit en Aandacht.

Nick Lommerse is verbonden aan Arkin, Amsterdam.

Kathleen Thomaes is werkzaam bij Amsterdam UMC, afdeling Psychiatrie en afdeling Anatomie en Neurowetenschappen, en bij Arkin, Sinai Centrum, Amstelveen.

Correspondentieadres: Aishah Snoek, Arkin, Inforsa, forensisch FACT-team, Vlaardingenvaan 5, 1059 GL Amsterdam. E-mail: aishah.snoek@sinaicentrum.nl

Summary

Eye movement desensitization and reprocessing with and without dialectical behavior therapy for posttraumatic stress disorder and comorbid borderline personality disorder symptoms: A randomized controlled trial

Comorbidity between posttraumatic stress disorder (PTSD) and borderline personality disorder (BPD) is common, while existing treatments show high non-response and dropout rates. This study investigated whether the simultaneous application of EMDR for PTSD and dialectical behavior therapy (DBT) for BPD yields better outcomes than EMDR alone. Patients with PTSD and ≥ 4 BPD symptoms were randomly assigned to EMDR ($n = 63$) or EMDR+DBT ($n = 61$). After 1 year, both conditions showed substantial improvements in PTSD symptoms, BPD symptoms and quality of life, with no significant differences between groups. Global functioning improved only in the EMDR group according to one measure, while another measure showed improvements in both groups. Notably, patients in the EMDR+DBT group dropped out twice as often. The addition of DBT to EMDR is not superior to EMDR only for PTSD with comorbid BPD symptoms. These findings support EMDR as a first-line intervention for this patient group. Further research on long-term effects is needed.

Keywords *posttraumatic stress disorder, borderline personality disorder, treatment*

Referenties

Akwa GGZ. (2020). *Zorgstandaard psycho-trauma- en stressorgerelateerde stoornissen*. GGZ Standaarden.

www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/psychotrauma-en-stressorgerelateerde-stoornissen/introductie

American Psychiatric Association (APA). (2024). *The American Psychiatric Association Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder* (Second edition). American Psychiatric Association Publishing. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890428009>

American Psychological Association (APA). (2025). *APA Clinical practice guideline*

for the treatment of posttraumatic stress disorder (PTSD) in adults. American Psychological Association. www.apa.org/about/policy/guideline-ptsd-in-adults.pdf

Arntz, A., Kamphuis, J. H., & Derks, J. (2017). *Gestructureerd klinisch interview voor DSM-5 persoonlijkheidsstoornissen*. Boom.

Arntz, A., Mensink, K., Cox, W. R., Verhoef, R. E. J., van Emmerik, A. A. P., Rameckers, S. A., Badenbach, T., & Grasman, R. P. P. (2023). Dropout from psychological treatment for borderline personality disorder: A multilevel survival meta-analysis. *Psychological Medicine*, 53, 668-686. <https://doi.org/10.1017/S0033291722003634>

- Back, S. E., Killeen, T., Badour, C. L., Flanagan, J. C., Allan, N. P., Ana, E. S., Lozano, B., Korte, K. J., Foa, E. B., & Brady, K. T. (2019). Concurrent treatment of substance use disorders and PTSD using prolonged exposure: A randomized clinical trial in military veterans. *Addictive Behaviors*, *90*, 369-377. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2018.11.032>
- Balon, R. (2023). The quest for a valid model of long-term treatment of depression: Sequential model and Giovanni A. Fava. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *92*, 9-13. <https://doi.org/10.1159/000527693>
- Barnicot, K., & Crawford, M. (2018). Post-traumatic stress disorder in patients with borderline personality disorder: Treatment outcomes and mediators. *Journal of Traumatic Stress*, *31*(6), 899-908. <https://doi.org/10.1002/jts.22340>
- Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., Stokes, J., Handelsman, L., Medrano, M., Desmond, D., & Zule, W. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse & Neglect*, *27*, 169-190. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(02\)00541-0](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(02)00541-0)
- Boeschoten, M. A., van der Aa, N., Bakker, A., ter Heide, F. J. J., Hoofwijk, M. C., Jongedijk, R. A., van Minnen, A., Elzinga, B. M., & Olf, M. (2018). Development and evaluation of the Dutch Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 (CAPS-5). *European Journal of Psychotraumatology*, *9*, 1546085. <https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1546085>
- Bohus, M., Dyer, A. S., Priebe, K., Krüger, A., Kleindienst, N., Schmahl, C., Niedtfeld, I., & Steil, R. (2013). Dialectical behaviour therapy for post-traumatic stress disorder after childhood sexual abuse in patients with and without borderline personality disorder: A randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *82*, 221-233. <https://doi.org/10.1159/000348451>
- Bohus, M., Kleindienst, N., Hahn, C., Müller-Engelmann, M., Ludäscher, P., Steil, R., Fydrich, T., Kuehner, C., Resick, P. A., Stiglmayr, C., Schmahl, C., & Priebe, K. (2020). Dialectical behavior therapy for posttraumatic stress disorder (DBT-PTSD) compared with cognitive processing therapy (CPT) in complex presentations of PTSD in women survivors of childhood abuse: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, *77*, 1235-1245. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.2148>
- Bothe, T., Jacob, J., Kröger, C., & Walker, J. (2020). How expensive are post-traumatic stress disorders? Estimating incremental health care and economic costs on anonymised claims data. *The European Journal of Health Economics*, *21*, 917-930. <https://doi.org/10.1007/s10198-020-01184-x>
- Bradley, R., Greene, J., Russ, E., Dutra, L., & Westen, D. (2005). A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. *American Journal of Psychiatry*, *162*, 214-227. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.2.214>
- Cloitre, M., Courtois, C. A., Ford, J. D., Green, B. L., Alexander, P., Briere, J., & van der Hart, O. (2012). *The ISTSS expert consensus treatment guidelines for complex PTSD in adults*. ISTSS.
- Cosci, F., & Fava, G. A. (2013). Staging of mental disorders: Systematic review. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *82*, 20-34. <https://doi.org/10.1159/000342243>
- Cristea, I. A., Gentili, C., Cotet, C. D., Palomba, D., Barbui, C., & Cuijpers, P. (2017). Efficacy of psychotherapies for borderline personality disorder: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, *74*, 319. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.4287>
- Cuijpers, P., Huibers, M., Daniel Ebert, D., Koole, S. L., & Andersson, G. (2013). How much psychotherapy is needed to treat depression? A metaregression analysis. *Journal of Affective Disorders*, *149*, 1-13. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.02.030>
- Cuijpers, P., Karyotaki, E., Weitz, E., Andersson, G., Hollon, S. D., & van Straten, A. (2014). The effects of psychotherapies for major depression in adults on remission, recovery and improvement: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, *159*, 118-126. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.02.026>
- Cuijpers, P., Veen, S. C. V., Sijbrandij, M., Yoder, W., & Cristea, I. A. (2020). Eye movement desensitization and reprocessing for mental health problems: A systematic review and meta-analysis.

- Cognitive Behaviour Therapy*, 49, 165-180. <https://doi.org/10.1080/16506073.2019.1703801>
- de Jong, K., Nugter, M. A., Polak, M. G., Wagenborg, J. E., 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.
- de Jongh, A., Groenland, G. N., Sanches, S., Bongaerts, H., Voorendonk, E. M., & van Minnen, A. (2020). The impact of brief intensive trauma-focused treatment for PTSD on symptoms of borderline personality disorder. *European Journal of Psychotraumatology*, 11, 1721142. <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1721142>
- de Jongh, A., Hafkemeijer, L., Hofman, S., Slotema, K., & Hornsveld, H. (2024). The AIP model as a theoretical framework for the treatment of personality disorders with EMDR therapy. *Frontiers in Psychiatry*, 15, 1331876. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1331876>
- Distel, M. A., Moor, M. H. M., & Boomsma, D. I. (2009). Nederlandse vertaling van de Personality Assessment Inventory – Borderline kenmerken schaal (PAI-BOR): Normgegevens, factorstructuur en betrouwbaarheid. *Psychologie en Gezondheid*, 37, 38-46. <https://doi.org/10.1007/BF03080362>
- First, M., Williams, J., Benjamin, L., & Spitzer, R. (2016). *Structured Clinical Interview for DSM-5 Personality Disorders: SCID-5-PD*. American Psychiatric Association Publishing.
- Frías, Á., & Palma, C. (2015). Comorbidity between post-traumatic stress disorder and borderline personality disorder: A review. *Psychopathology*, 48, 1-10. <https://doi.org/10.1159/000363145>
- Gunderson, J. G., Bender, D., Sanislow, C., Yen, S., Rettew, J. B., Dolan-Sewell, R., Dyck, I., Morey, L. C., McGlashan, T. H., Shea, M. T., & Skodol, A. E. (2003). Plausibility and possible determinants of sudden ‘remissions’ in borderline patients. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 66, 111-119. <https://doi.org/10.1521/psyc.66.2.111.20614>
- Harned, M. S., Korslund, K. E., & Linehan, M. M. (2014). A pilot randomized controlled trial of Dialectical Behavior Therapy with and without the Dialectical Behavior Therapy Prolonged Exposure protocol for suicidal and self-injuring women with borderline personality disorder and PTSD. *Behaviour Research and Therapy*, 55, 7-17. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.01.008>
- Hastrup, L. H., Jennum, P., Ibsen, R., Kjellberg, J., & Simonsen, E. (2019). Societal costs of borderline personality disorders: A matched-controlled nationwide study of patients and spouses. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 140, 458-467. <https://doi.org/10.1111/acps.13094>
- Herdman, M., Gudex, C., Lloyd, A., Janssen, M., Kind, P., Parkin, D., Bonseil, G., & Badia, X. (2011). Development and preliminary testing of the new five-level version of EQ-5D (EQ-5D-5L). *Quality of Life Research*, 20, 1727-1736. <https://doi.org/10.1007/s11136-011-9903-x>
- IBM Corp. (2020). *IBM SPSS Statistics for Windows, Version 27.0* [Windows]. IBM Corp.
- Iliakis, E. A., Ilagan, G. S., & Choi-Kain, L. W. (2021). Dropout rates from psychotherapy trials for borderline personality disorder: A meta-analysis. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 12, 193-206. <https://doi.org/10.1037/per0000453>
- Imel, Z. E., Laska, K., Jakupcak, M., & Simpson, T. L. (2013). Meta-analysis of dropout in treatments for posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81, 394-404. <https://doi.org/10.1037/a0031474>
- Kleindienst, N., Steil, R., Priebe, K., Müller-Engelmann, M., Biermann, M., Fydrich, T., Schmahl, C., & Bohus, M. (2021). Treating adults with a dual diagnosis of borderline personality disorder and posttraumatic stress disorder related to childhood abuse: Results from a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 89, 925-936. <https://doi.org/10.1037/ccp0000687>
- Kliem, S., Kröger, C., & Kosfelder, J. (2010). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: A meta-analysis using mixed-effects modeling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, 936-951. <https://doi.org/10.1037/a0021015>
- Kolthof, K. A., Voorendonk, E. M., van Minnen, A., & de Jongh, A. (2022). Effects of

- intensive trauma-focused treatment of individuals with both post-traumatic stress disorder and borderline personality disorder. *European Journal of Psychotraumatology*, 13, 2143076. <https://doi.org/10.1080/20008066.2022.2143076>
- 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<249::AID-CPPI106>3.0.CO;2-S](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-0879(199612)3:4<249::AID-CPPI106>3.0.CO;2-S)
- Lewis, C., Roberts, N. P., Andrew, M., Starling, E., & Bisson, J. I. (2020). Psychological therapies for post-traumatic stress disorder in adults: Systematic review and meta-analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 11, 1729633. <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1729633>
- Lewis, C., Roberts, N. P., Gibson, S., & Bisson, J. I. (2020). Dropout from psychological therapies for post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults: Systematic review and meta-analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 11, 1709709. <https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1709709>
- Linehan, M. (2016). *De DGT-vaardigheden: Handleiding voor de vaardigheidstraining dialectische gedragstherapie* (6de ed.). Pearson Assessment and Information BV.
- Linehan, M., & Korslund, K. E. (2015). *Dialectical behavior therapy adherence manual*. University of Washington.
- Mavranezouli, I., Megnin-Viggars, O., Daly, C., Dias, S., Welton, N. J., Stockton, S., Bhutani, G., Grey, N., Leach, J., Greenberg, N., Katona, C., El-Leithy, S., & Pilling, S. (2020). Psychological treatments for post-traumatic stress disorder in adults: A network meta-analysis. *Psychological Medicine*, 50, 542-555. <https://doi.org/10.1017/S0033291720000070>
- Maxfield, L., Smith, N. J., & Stickgold, R. (z.d.). *EMDR Fidelity Rating Scale (EFRS)*. EMDR Research Foundation.
- Mills, K. L., Teesson, M., Back, S. E., Brady, K. T., Baker, A. L., Hopwood, S., Sannibale, C., Barrett, E. L., Merz, S., Rosenfeld, J., & Ewer, P. L. (2012). Integrated exposure-based therapy for co-occurring posttraumatic stress disorder and substance dependence: A randomized controlled trial. *JAMA*, 308, 690-699. <https://doi.org/10.1001/jama.2012.9071>
- Morey, L. C. (1991). *Personality assessment inventory*. Psychological Assessment Resources.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2018). *Post-traumatic stress disorder: NICE guideline*. www.nice.org.uk/guidance/ng116
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP). (2025). *Multidisciplinaire richtlijn posttraumatische stressstoornis (PTSS)*. Richtlijndatabase. <https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/ptss>
- Oud, M., Arntz, A., Hermens, M. L., Verhoef, R., & Kendall, T. (2018). Specialized psychotherapies for adults with borderline personality disorder: A systematic review and meta-analysis. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 52, 949-961. <https://doi.org/10.1177/0004867418791257>
- Pagura, J., Stein, M. B., Bolton, J. M., Cox, B. J., Grant, B., & Sareen, J. (2010). Comorbidity of borderline personality disorder and posttraumatic stress disorder in the U.S. population. *Journal of Psychiatric Research*, 44, 1190-1198. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2010.04.016>
- Ronconi, J. M., Shiner, B., & Watts, B. V. (2014). Inclusion and exclusion criteria in randomized controlled trials of psychotherapy for PTSD. *Journal of Psychiatric Practice*, 20, 25-37. <https://doi.org/10.1097/01.pra.0000442936.23457.5b>
- Scheiderer, E. M., Wood, P. K., & Trull, T. J. (2015). The comorbidity of borderline personality disorder and posttraumatic stress disorder: Revisiting the prevalence and associations in a general population sample. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 2, 11. <https://doi.org/10.1186/s40479-015-0032-y>
- Schneider, S. L. (2013). The International Standard Classification of Education 2011. In G. E. Birkelund (Ed.), *Comparative Social Research* (Vol. 30, pp. 365-379). Emerald Group Publishing Limited. [https://doi.org/10.1108/S0195-6310\(2013\)0000030017](https://doi.org/10.1108/S0195-6310(2013)0000030017)

- Schnyder, U. (2023). Longitudinal development of symptoms and staging in psychiatry and clinical psychology: A tribute to Giovanni Fava. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *92*, 4-8. <https://doi.org/10.1159/000527462>
- Schottenbauer, M. A., Glass, C. R., Arnkoff, D. B., Tendick, V., & Gray, S. H. (2008). Nonresponse and dropout rates in outcome studies on PTSD: Review and methodological considerations. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, *71*, 134-168. <https://doi.org/10.1521/psyc.2008.71.2.134>
- Shapiro, F. (2007). EMDR, adaptive information processing, and case conceptualization. *Journal of EMDR Practice and Research*, *1*, 68-87. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.1.2.68>
- Shapiro, F. (2017). *Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): Basic principles, protocols, and procedures, 3rd edition*. Guilford Press.
- Slotema, C. W., Wilhelmus, B., Arends, L. R., & Franken, I. H. A. (2020). Psychotherapy for posttraumatic stress disorder in patients with borderline personality disorder: A systematic review and meta-analysis of its efficacy and safety. *European Journal of Psychotraumatology*, *11*, 1796188. <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1796188>
- Snoek, A., Beekman, A. T. F., Dekker, J., Aarts, I., van Grootheest, G., Blankers, M., Vriend, C., van den Heuvel, O., & Thomaes, K. (2020). A randomized controlled trial comparing the clinical efficacy and cost-effectiveness of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) and integrated EMDR-Dialectical Behavioural Therapy (DBT) in the treatment of patients with post-traumatic stress disorder and comorbid (sub)clinical borderline personality disorder: Study design. *BMC Psychiatry*, *20*, 396. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02713-x>
- Snoek, A., Nederstigt, J., Ciharova, M., Sijbrandij, M., Lok, A., Cuijpers, P., & Thomaes, K. (2021). Impact of comorbid personality disorders on psychotherapy for post-traumatic stress disorder: Systematic review and meta-analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, *12*, 1929753. <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1929753>
- Snoek, A. C., van den End, A., Beekman, A. T. F., Dekker, J., Aarts, I., Blankers, M., Vriend, C., van den Heuvel, O. A., Lommerse, N., & Thomaes, K. (2025). Eye Movement Desensitization and Reprocessing with and without Dialectical Behavior Therapy for posttraumatic stress disorder and comorbid borderline personality disorder symptoms: A randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *94*, 175-193. <https://doi.org/10.1159/000544918>
- Storebø, O. J., Stoffers-Winterling, J. M., Völlm, B. A., Kongerslev, M. T., Mattivi, J. T., Jørgensen, M. S., Faltinsen, E., Todorovac, A., Sales, C. P., Callesen, H. E., Lieb, K., & Simonsen, E. (2020). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2020, CD012955. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012955.pub2>
- Trottier, K., Monson, C. M., Wonderlich, S. A., & Crosby, R. D. (2022). Results of the first randomized controlled trial of integrated cognitive-behavioral therapy for eating disorders and posttraumatic stress disorder. *Psychological Medicine*, *52*, 587-596. <https://doi.org/10.1017/S0033291721004967>
- Twisk, J. (2014). *Inleiding in de toegepaste biostatistiek*. Bohn Stafleu van Loghum.
- Üstün, T. B., Chatterji, S., Kostanjsek, N., Rehm, J., Kennedy, C., Epping-Jordan, J., Saxena, S., von Korff, M., & Pull, C. (2010). Developing the World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0. *Bulletin of the World Health Organization*, *88*, 815-823. <https://doi.org/10.2471/BLT.09.067231>
- 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 post-traumatic stress disorder and comorbid cluster C personality disorder: A randomized clinical trial. *European Journal of Psychotraumatology*, *15*, 2382652. <https://doi.org/10.1080/20008066.2024.2382652>
- van den End, A., Snoek, A., Aarts, I., Beekman, A. T. F., Dekker, J., Blankers,

- M., Lommerse, N., & Thomaes, K. (2024). Predictors of treatment attendance in patients with posttraumatic stress disorder and comorbid personality disorders. *Comprehensive Psychiatry*, *134*, 152516. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2024.152516>
- Varker, T., Kartal, D., Watson, L., Freijah, I., O'Donnell, M., Forbes, D., Phelps, A., Hopwood, M., McFarlane, A., Cooper, J., Wade, D., Bryant, R., & Hinton, M. (2020). Defining response and nonresponse to posttraumatic stress disorder treatments: A systematic review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *27*, e12355. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12355>
- Walker, E. A., Unutzer, J., Rutter, C., Gelfand, A., Saunders, K., VonKorff, M., Koss, M. P., & Katon, W. (1999). Costs of health care use by women HMO members with a history of childhood abuse and neglect. *Archives of General Psychiatry*, *56*, 609-613. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.56.7.609>
- Weathers, F. W., Blake, D. D., Schnurr, P. P., Kaloupek, D. G., Marx, D. G., & Keane, T. M. (2013). *The Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 (CAPS-5)*. www.ptsd.va.gov
- Wigard, I., Meyerbröker, K., Ehring, T., Topper, M., Arntz, A., & Emmelkamp, P. (2024). Skills training followed by either EMDR or narrative therapy for posttraumatic stress disorder in adult survivors of childhood abuse: A randomized controlled trial. *European Journal of Psychotraumatology*, *15*, 2332104. <https://doi.org/10.1080/20008066.2024.2332104>
- Woodbridge, J., Townsend, M., Reis, S., Singh, S., & Grenyer, B. F. (2022). Non-response to psychotherapy for borderline personality disorder: A systematic review. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, *56*, 771-787. <https://doi.org/10.1177/00048674211046893>
- Zanarini, M. C. (2004). Axis I comorbidity in patients with borderline personality disorder: 6-year follow-up and prediction of time to remission. *American Journal of Psychiatry*, *161*, 2108-2114. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.11.2108>
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Hennen, J., Reich, D. B., & Silk, K. R. (2006). Prediction of the 10-year course of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, *163*, 827-832. <https://doi.org/10.1176/ajp.2006.163.5.827>

Ouders ondersteunen om angst bij kinderen te verminderen

Een meta-analyse van interventies en effectieve componenten¹

► KAREN RIENKS, ELSKE SALEMINK, LIINA BJÖRG LAAS SIGURÐARDÓTTIR, G. J. MELENDEZ-TORRES, JANNEKE STAAKS & PATTY LEIJTEN

Samenvatting Interventies waarin ouders ondersteund worden om angst bij hun kinderen te verminderen kunnen effectief zijn. De inhoud van deze interventies is echter zeer divers en we weten nog weinig over welke inhoud het effectiefst is. In deze meta-analyse hebben we de effectiviteit van oudergerichte interventies voor angst bij kinderen getoetst, en geanalyseerd welke combinaties van interventiecomponenten effectief zijn. De meta-analyse is gebaseerd op een systematisch literatuuronderzoek in PsycINFO, Medline en Web of Science in oktober 2022. In totaal zijn 26 studies met gegevens van 4098 participanten geïnccludeerd. Oudergerichte interventies hebben een middelgroot effect op angst bij kinderen. Interventies bevatten zeven verschillende componenten, gericht op acceptatie, gedrag, cognities, emoties, ouder-kindrelaties, ontspanning en sociale vaardigheden. Geen van deze componenten was op zichzelf effectiever dan andere componenten. Alle combinaties van componenten die effectief waren, bevatten een gedragsmatige component, in sommige gevallen gecombineerd met een cognitieve of emotiegerichte component. Deze resultaten tonen de waarde van gedragsmatige oudergerichte interventies om angst bij kinderen te verminderen.

TREFWOORDEN — *angst, kinderen, interventie, componenten, ouders, meta-analyse*

1 Dit artikel is een vertaalde en deels bewerkte versie van Rienks en collega's (2025).

© Karen Rienks, Elske Salemink, Liina Björg Laas Sigurðardóttir, G. J. Melendez-Torres, Janneke Staaks & Patty Leijten. Dit artikel is open access en wordt verspreid onder de CC BY-ND 4.0-licentie. <http://creativecommons.org/licenses/by-nd/4.0>

Kernboodschappen voor de klinische praktijk

- ▶ Interventies gericht op ouders verminderen angst bij hun kinderen.
- ▶ Oudergerichte interventies bestaan uit zeven verschillende componenten, die gericht zijn op acceptatie, gedrag, cognities, emoties, ouder-kindrelaties, ontspanning en sociale vaardigheden.
- ▶ Gedragmatige componenten lijken het effectiefst te zijn.

Inleiding

Angstsymptomen (gevoelens van spanning, aanhoudende zorgen of angst; APA, 2013) zijn een van de meest voorkomende psychische problemen in de kindertijd (Kessler et al., 2007). Deze symptomen gaan gepaard met directe negatieve gevolgen, zoals sociale en schoolse problemen, en kunnen op de lange termijn leiden tot bijkomende psychische problemen in de volwassenheid (Bosquet & Egeland, 2006; Copeland et al., 2014; Van Ameringen et al., 2003; Woodward & Fergusson, 2001). Oudergerichte interventies zijn een veelbelovende manier om angst bij kinderen te voorkomen en behandelen (Costantini et al., 2023; Jewell et al., 2022; Yap et al., 2016; Yin et al., 2021). De huidige meta-analyse onderzoekt het effect van oudergerichte interventies op angst bij kinderen, en brengt in kaart welke interventie-inhoud (in de vorm van interventiecomponenten) het effectiefst is.

Het gedrag van ouders kan onbedoeld bijdragen aan de ontwikkeling en instandhouding van angst bij kinderen (Drake & Ginsburg, 2011; McLeod et al., 2007; Möller et al., 2016; Piquart, 2017; Yap & Jorm, 2015). Goedbedoeld gedrag, zoals familie-accommodatie (dat wil zeggen: gedrag van familieleden om angst bij kinderen te voorkomen of verminderen) of overbescherming (te veel controle of hulp, waardoor het kind te weinig ruimte krijgt om zelfstandig ervaringen op te doen), kan vermijdingsgedrag van angstige kinderen faciliteren en angst in de hand werken (Hudson & Rapee, 2002; Lebowitz, 2013; Möller et al., 2016). Daarnaast kunnen angstige ouders het lastig vinden om te voorkomen dat zij hun eigen angsten aan hun kinderen laten zien (*modeling*). Door observationeel leren en informatieoverdracht kan het uiten of bespreken van eigen angst ertoe leiden dat kinderen bepaalde situaties als gevaarlijk gaan zien (Burstein & Ginsburg, 2010; Yap & Jorm, 2015). Ten slotte kunnen kritiek en een gebrek aan warmte van ouders bijdragen aan angst bij kinderen, omdat kinderen hun ouders hierdoor mogelijk minder als een veilige basis zien in stressvolle situaties (Bögels & Brechman-Toussaint, 2006; McLeod et al., 2007; Piquart, 2017). Deze bevindingen suggereren dat het ondersteunen van ouders een effectieve manier kan zijn om angst bij kinderen te verminderen.

Ouders spelen een sleutelrol in het ontstaan én verminderen van angst bij kinderen

De invulling van een ouderinterventie hangt af van de rol die de ouders hierin vervullen. De twee meest voorkomende rollen zijn: [1] ouders als ontvangers van de interventie, en [2] ouders als niet-professionele behandelaar (Forehand et al., 2013; Kendall et al., 2010; Lebowitz et al., 2014). Als ouders de rol van ontvanger hebben, krijgen ze handvatten aangereikt om te voorkomen dat ze onbedoeld de angstsymptomen van hun kind verergeren; als ouders de rol van behandelaar hebben, leren ze hun kind nieuwe vaardigheden aan of begeleiden ze exposureoefeningen. Als ouders bijvoorbeeld de rol van ontvanger hebben en de interventietechniek cognitieve herstructurering wordt gebruikt, dagen zij hun eigen maladaptieve gedachten uit; als ouders de rol van behandelaar hebben en cognitieve herstructurering wordt gebruikt, helpen zij hun kind om maladaptieve gedachten uit te dagen. Dit onderscheid laat zien dat het belangrijk is om rekening te houden met de rol van de ouders bij het bepalen van de effectiefste interventie-inhoud. Toch wordt hier vaak geen rekening mee gehouden wanneer ouderinterventies worden vergeleken wat betreft effectiviteit.

De effectiviteit van ouderinterventies hangt samen met wat ouders doen, en welke rol zij krijgen

Oudergerichte interventies kunnen een waardevolle aanvulling vormen op kindgerichte interventies. Ten eerste zijn oudergerichte interventies vaak beter toegankelijk, met name wanneer kinderen zelf niet in behandeling kunnen of willen (Lebowitz et al., 2014). Ten tweede kunnen oudergerichte interventies bijdragen aan de generalisatie en het behoud van behandelresultaten, omdat ouders in veel gevallen een stabiel onderdeel zijn van het leven van een kind (Breinholst et al., 2012). Ten derde zijn oudergerichte interventies mogelijk extra effectief in het voorkomen van angst bij kinderen, omdat zulke interventies ouderlijke risicofactoren voor de ontwikkeling van angst kunnen aanpakken (Breinholst et al., 2012). Ten vierde kan het overdragen van bepaalde behandeltaken aan ouders bijdragen aan het verkorten van wachtlijsten in de geestelijke gezondheidszorg. Ten slotte zijn oudergerichte interventies relatief kosteneffectief in vergelijking met kindgerichte of gecombineerde ouder- en kindinterventies, bijvoorbeeld omdat er minder sessies nodig zijn en sessies telefonisch kunnen worden uitgevoerd, wat reistijd en -kosten vermindert (Creswell et al., 2023; Creswell et al., 2017).

Oudergerichte interventies lijken angst bij kinderen te verminderen. Verschillende meta-analyses tonen aan dat zulke interventies een klein tot middelgroot effect hebben (Costantini et al., 2023; Yin et al., 2021), zowel bij preventie (bijvoorbeeld: Yap et al., 2016) als bij behandeling (bijvoorbeeld: Jewell et al., 2022) van angst bij kinderen. In deze studie breiden we deze kennis op twee manieren uit.

Ten eerste brengen we de effecten van oudergerichte interventies apart in kaart voor preventie (universele, selectieve, geïndiceerde preventie) en voor behandeling. Wat betreft psychische problemen worden vaak grotere effecten gevonden voor behandeling dan voor preventie (In-Albon &

Ten eerste brengen we de effecten van oudergerichte interventies apart in kaart voor preventie (universele, selectieve, geïndiceerde preventie) en voor behandeling. Wat betreft psychische problemen worden vaak grotere effecten gevonden voor behandeling dan voor preventie (In-Albon &

Schneider, 2007; Simon et al., 2011). Dit kan komen doordat klachten bij behandeling doorgaans ernstiger zijn dan bij preventie, en meer klachten bij aanvang meer ruimte biedt voor verbetering.

Ten tweede onderzoeken we de effecten van verschillende combinaties van componenten op de angstklachten van kinderen. Oudergerichte interventies voor angst bij kinderen bestaan vaak uit verschillende componenten. Cognitieve componenten zijn gebaseerd op de theorie die veronderstelt dat specifieke cognities en manieren van denken angst kunnen beïnvloeden. Cognitieve interventiecomponenten omvatten onder andere cognitieve herstructurering en het aanleren van probleemoplossende vaardigheden. Gedragmatige componenten zijn gebaseerd op de theorie dat gedrag (vermijding versus toenadering door middel van exposure) van invloed is op angst. Gedragmatige componenten omvatten exposure, het voordoen van adaptief gedrag, zodat angstige kinderen dit kunnen zien en nadoen (modeling), en adaptief gedrag belonen en angstig gedrag negeren. Deze strategieën zijn gebaseerd op de principes van sociaal en operant leren (Breinholst et al., 2012; Jewell et al., 2022). Een laatste voorbeeld zijn relationele componenten, gebaseerd op de theorie dat een positieve ouder-kindrelatie een veilige omgeving creëert, wat angst kan verminderen. Relationele componenten omvatten kindgeleid spel, het verbeteren van ouder-kindinteracties en het verhogen van ouderlijke empathie (Costantini et al., 2023; Yap et al., 2016).

In de huidige studie brengen we in kaart welke interventiecomponenten gebruikt worden in oudergerichte interventies, en onderzoeken we welke componenten en combinaties van componenten samenhangen met minder angst bij kinderen. Als we weten welke componenten samenhangen met de grootste afname in angst bij kinderen, kunnen we interventies effectiever maken (Sebastian et al., 2021). Daarnaast kan deze kennis inzicht geven in risico- en in stand houdende factoren in de ouderlijke context. Als bijvoorbeeld interventies die zich richten op ouderlijke cognities erg effectief blijken, kan dit suggereren dat ouderlijke cognities mogelijk bijdragen aan het ontstaan of in stand houden van angst bij kinderen.

Huidige studie In deze meta-analyse onderzoeken we of oudergerichte interventies angst bij kinderen kunnen verminderen op verschillende niveaus van preventie (universeel, selectief, geïndiceerd) en in behandeling (onderzoeksvraag 1). Daarnaast onderzoeken we welke interventie-inhoud samenhangt met de grootste afname in angst bij kinderen, voor individuele componenten (onderzoeksvraag 2) en voor clusters van componenten (onderzoeksvraag 3). Tot slot verkennen we de effecten van de componenten apart voor ouders die de rol van ontvanger hadden en ouders die de rol van behandelaar hadden.

..... Methode

Zoekstrategie De eerste en de vijfde auteur (deze is bibliotheekmedewerker) zochten in de elektronische databases Medline, PsycINFO en Web of Science op 11 oktober 2022 naar relevante artikelen in *peer reviewed* tijdschriften en in proefschriften. Gebruikt zijn trefwoorden gerelateerd aan kinderen, interventieonderzoek, ouders en angst. Artikelen in alle talen kwamen in aanmerking voor inclusie. De eerste auteur screende alle titels en samenvattingen. Ook de volledige artikelen werden door de eerste auteur gescreend. Daarnaast screende de laatste auteur onafhankelijk 20% van de artikelen (90% overeenkomst). Verschillen in beoordeling werden opgelost door middel van discussie.

Inclusie- en exclusiecriteria Studies werden geïncludeerd indien: [1] ze zich richtten op verzorgers van kinderen, inclusief niet-biologische ouders; [2] ze zich richtten op kinderen met een maximale gemiddelde leeftijd van 12 jaar, met een maximale leeftijd van 16 jaar; [3] de interventies zich alleen op ouders richtten, zonder contact tussen het kind en de behandelaar; [4] het verminderen van angst bij kinderen het primaire doel van de interventie was; en [5] het een gerandomiseerde gecontroleerde studie betrof. We excludeerden studies over ouders of kinderen met fysieke gezondheidsproblemen, beperkingen of neuro-ontwikkelingsstoornissen, omdat in deze onderzoekspopulaties de oorzaken van angst mogelijk afwijken. Ook excludeerden we studies die zich richtten op de posttraumatische stressstoornis of de obsessieve-compulsieve stoornis, omdat deze stoornissen in de DSM-5 niet langer onder de angststoornissen vallen (APA, 2013).

Data-extractie De eerste auteur extraheerde de relevante studie-, participant- en interventiekenmerken, en de gegevens die nodig waren voor het berekenen van effectgroottes. De derde auteur codeerde onafhankelijk 20% van de studies, met een hoge betrouwbaarheid ($r = 0,85$, met $\kappa = 1,00$ voor de interventiecomponenten). Meningsverschillen werden opgelost door middel van discussie. Gemiddelden en standaarddeviaties van angstsymptomen van kinderen van iedere informant (bijvoorbeeld een ouder, een leerkracht of het kind zelf) en ieder tijdstip werden gebruikt voor het berekenen van Cohens d . Wanneer informatie niet aanwezig was in het artikel, werd de corresponderende auteur van het artikel gecontacteerd om deze informatie op te vragen.

Data-analyse

Hoofdanalyses — Om te onderzoeken of oudergerichte interventies angst bij kinderen verminderen op de verschillende niveaus van preventie en behandeling (onderzoeksvraag 1) en te achterhalen welke interventiecomponenten leiden tot betere uitkomsten (onderzoeksvraag 2), gebruikten we

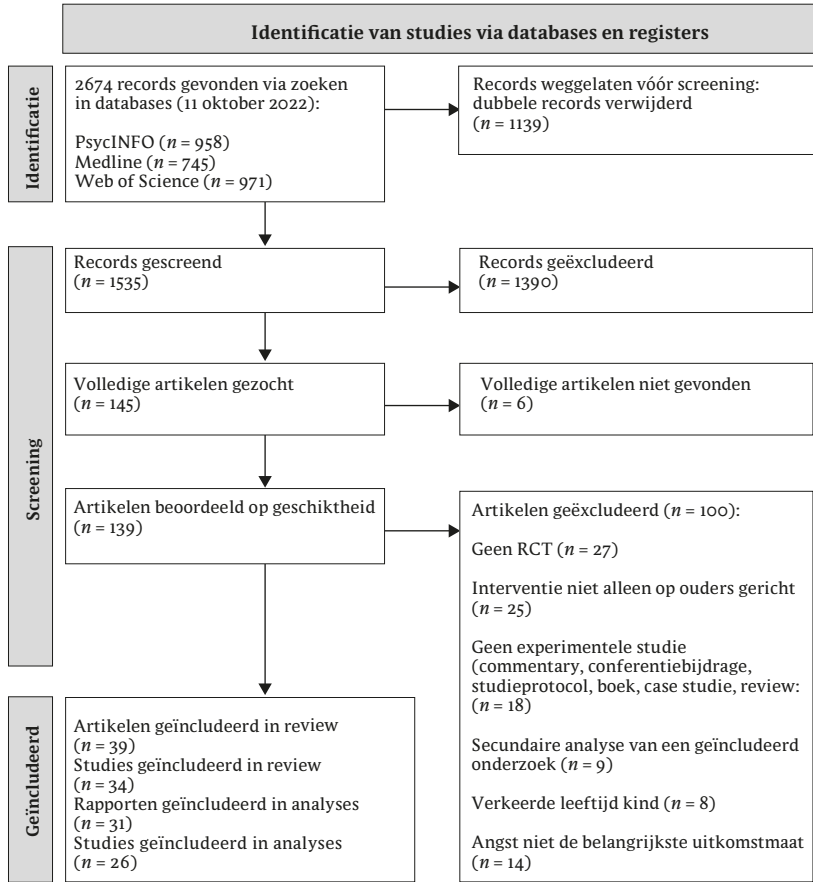
Robust Variance Estimation (RVE; Pustejovsky & Tipton, 2022) in Stata (Tanner-Smith & Tipton, 2014). Deze methode is gekozen omdat RVE rekening houdt met de samenhang binnen studies, en we alle meetinstrumenten, beoordelaars en tijdstippen wilden meenemen in deze analyses. De individuele effecten van de componenten werden onderzocht door een binaire variabele toe te voegen als moderator, die de afwezigheid (0) of aanwezigheid (1) van een specifieke component aangaf. Om de effecten van clusters van componenten te onderzoeken (onderzoeksvraag 3), hebben we een netwerkmeta-analyse (NMA) uitgevoerd (Balduzzi et al., 2023). In deze analyse zijn per studie alleen de eerste meetmomenten na de interventie gebruikt. De analyses zijn apart uitgevoerd voor de rollen van de ouder als ontvanger en van de ouder als behandelaar.

Bewijskracht — De bewijskracht van de studies is beoordeeld aan de hand van de benadering *Grades of Recommendation, Assessment, Development, and Evaluation* (GRADE; Guyatt et al., 2011). Studies zijn beoordeeld op de volgende domeinen: risico op bias, inconsistentie, indirectheid, onnauwkeurigheid en publicatiebias. De domeinen werden gescoord op een vierpuntsschaal, van hoog tot zeer laag. Hiervoor zijn onder andere de *Cochrane Risk of Bias Tool 2* (Higgins et al., 2019) gebruikt, en *funnel plots* om eventuele publicatiebias op het spoor te komen.

Resultaten

Studiekenmerken In deze meta-analyse werden 31 artikelen opgenomen, gebaseerd op 26 verschillende studies (figuur 1). Tabel 1 bevat de details van de 26 geïnccludeerde studies. De meeste studies zijn uitgevoerd in Australië (35%), de Verenigde Staten (15%) en het Verenigd Koninkrijk (15%). In totaal zijn 4098 ouders geïnccludeerd (range 18 tot 734 ouders per studie). De kinderen hadden een gemiddelde leeftijd van 6,84 jaar (leeftijdsschaal 2,70 tot 14,00 jaar), en 49% van hen was vrouwelijk. Gemiddeld kwam 36% van de participanten uit een minderheidsgroep (range 3% tot 98%). Twee studies richtten zich specifiek op kinderen van angstige ouders. De meeste studies ($n = 24$) gingen over de effecten van oudergerichte interventies op angst van kinderen in het algemeen, maar twee studies (Mendez et al., 2003; Santacruz et al., 2006) richtten zich specifiek op angst voor het donker. Slechts 35% van de studies rapporteerde naast angst van kinderen ook ouderuitkomsten van de interventie (bijvoorbeeld opvoedgedragingen).

De gemiddelde duur van oudergerichte interventies was 8,19 uur (range 1 tot 20 uur). De meeste interventies werden fysiek in groepen gegeven (67%), gevolgd door fysiek individueel (13%), online individueel (10%) of zelfstandig op een andere manier, in de vorm van bibliotherapie (7%) of online zelfstandig (3%).



Figuur 1 PRISMA flowdiagram van de geïnccludeerde studies

Effecten van oudergerichte interventies op angst van kinderen Wanneer de verschillende preventieniveaus en behandeling samen werden genomen, verminderden oudergerichte interventies ($N = 25$ studies; $k = 154$ effectgroottes) angst bij kinderen significant, met een middelgroot effect ($d = -0,59$; 95% BI $[-0,92; -0,26]$). In behandeling hadden oudergerichte interventies ($n = 11$; $k = 57$) eveneens een significant middelgroot effect op de angst bij kinderen ($d = -0,66$; 95% BI $[-1,18; -0,14]$). Vanwege het relatief kleine aantal studies, dienen de effecten op de verschillende preventieniveaus terughoudend geïnterpreteerd te worden. Op het niveau van geïndiceerde preventie ($n = 6$; $k = 59$) was het effect groot, maar niet significant ($d = -1,13$; BI $[-2,67; 0,42]$), op het niveau van selectieve preventie ($n = 4$; $k = 28$) klein en niet significant ($d = -0,26$; BI $[-0,57; 0,06]$), en op het niveau van universele preventie ($n = 4$; $k = 10$) zeer klein en niet significant ($d = -0,12$; BI $[-0,58; 0,34]$).

Effecten van individuele componenten We identificeerden in de geïncludeerde studies zeven verschillende componenten, gericht op acceptatie, gedrag, cognities, emoties, ouder-kindrelaties, ontspanning en sociale vaardigheden (voor een overzicht van de componenten per studie, zie tabel 2 en tabel S1²). De gedragsmatige, cognitieve, emotiegerichte en ontspanningsgerichte componenten werden toegepast in beide ouderrollen (zowel ouders die de rol van ontvanger hadden als ouders die de rol van behandelaar hadden). De relationele component werd alleen gebruikt in de rol van ouder als ontvanger, en de sociale component werd alleen gebruikt in de rol van ouder als behandelaar.

De resultaten worden weergegeven in tabel 3. Geen van de vergelijkingen was significant, wat aangeeft dat interventies *met* een specifieke component niet beter of slechter waren in het verminderen van angst dan interventies *zonder* deze specifieke component. In sommige gevallen waren effecten van interventies waarin een specifieke component werd gebruikt significant, maar de effecten van interventies zonder deze specifieke component niet; dit was het geval voor de gedragsmatige en cognitieve componenten. In andere gevallen waren effecten van interventies waarin een specifieke component werd gebruikt niet significant, maar de effecten van interventies zonder deze specifieke component wel; dit was het geval voor de relationele, ontspanningsgerichte en sociale componenten.

We vonden bij het onderzoeken van deze verbanden vergelijkbare resultaten bij ouders die de rol van ontvanger hadden als bij ouders die de rol van behandelaar hadden (tabel S2). Een paar resultaten weken af. Ten eerste waren interventies zonder de cognitieve component effectief in het verminderen van angst, zowel voor ouders die de rol van ontvanger hadden als voor ouders die de rol van behandelaar hadden.

Interventies zonder de gedragsmatige componenten waren ook effectief voor ouders die de rol van behandelaar hadden. Verder waren interventies met de emotiegerichte component niet effectief, niet voor ouders die de rol van ontvanger hadden en niet voor ouders die de rol van behandelaar hadden.

Geen enkele losse component springt eruit, maar gedragsmatige elementen zijn steeds aanwezig

Relatieve effecten van clusters van componenten Onze netwerkmeta-analyse (NMA) bevatte vier verschillende soorten studies (zie figuur S1 voor alle vergelijkingen). De NMA (figuur 2) liet zien dat gedragsmatige componenten aanwezig waren in alle clusters van componenten die angst van kinderen significant verminderden. Het toevoegen van de cognitieve en emotiegerichte componenten aan gedragsmatige componenten leek effectief te zijn. Geen van de clusters met de sociale component liet signifi-

2 Voor het supplement zie: <https://doi.org/10.5553/TG/016774542026059001004>

Tabel 1 Kenmerken van de geïnccludeerde studies

Studie	Land	Preventieniveau/ behandeling	Interventie(s)	Focus van interventie	Controle- groep	N	Gemiddelde leeftijd kind
Bayer et al. (2018) [Follow-up: Bayer et al. (2021; 2022)]	Australië	Selectieve preventie	Cool Little Kids	Internaliserende problemen	Toegang tot ondersteuning in de gemeen- schap	545	4,55
Cartwright-Hatton et al. (2011)	Verenigd Koninkrijk	Geïndiceerde preventie	Timid to Tiger	Angst	Wachtljst	74	6,60
Cobham et al. (2017)	Australië	Behandeling	Fear-less Triple P	Angststoornissen	Wachtljst	63	9,30
Comer et al. (2021)	Verenigde Staten	Behandeling	iCALM	Angststoornissen	Wachtljst	40	6,20
Dadds & Roth (2008)	Australië	Universele preventie	REACH for RESILIENCE	Angst en andere problemen	Wachtljst	734	Niet gerapporteerd
Donovan & March (2014)	Australië	Behandeling	BRAVE-ONLINE	Angststoornissen	Wachtljst	52	4,08
Edrissi et al. (2019)	Iran	Geïndiceerde preventie	Tuning in to Kids	Angst	Wachtljst	56	4,40
El Raffhi-Ferreira et al. (2018)	Brazilië	Behandeling	Sleeping with Rafi: Good night my child	Angst voor het donker	Wachtljst	68	4,94
Hiller et al. (2016) ^a	Verenigd Koninkrijk	Behandeling	Brief-Guided Parent-Delivered CBT; Tolerance of Child's Negative Emotions	Angststoornissen	Niet van toe- passing	60	9,57
Huhn & Zimpfer (1989)	Verenigde Staten	Universele preventie	Survival Training for Parents (STP)	Angst	Wachtljst	18	Niet gerapporteerd
Kennedy et al. (2009)	Verenigde Staten	Selectieve preventie	Modification Cool Kids Program	Angst bij kinderen met een geremd temperament met ouders met een angststoor- nis	Wachtljst	71	3,92
Mendez et al. (2003)	Spanje	Geïndiceerde preventie	Emotive Performan- ces without Game; Emotive Performan- ces with Game	Angst voor het donker	Wachtljst	64	6,33
Morgan et al. (2017)	Australië	Selectieve preventie	Cool Little Kids Online	Angst bij kinderen met een geremd temperament	Wachtljst	433	4,80

Özyurt et al. (2019) [Follow-up: Özyurt et al. (2016)]	Turkije	Behandeling	Triple P	Angststoornissen	Wachtljst	74	9,90
Pile et al. (2021)	Verenigd Koninkrijk	Universele preventie	My Memory Forest	Emotionele stoornissen	Placebo	56	7,76
Rapee et al. (2006)	Australië	Behandeling	Bibliotherapy Helping Your Anxious Child	Angststoornissen	Wachtljst	267	9,51
Rapee et al. (2010)	Australië	Selectieve preventie	Parent Intervention Program	Angst bij kinderen met een geremd temperament	Wachtljst	146	3,88
Salari et al. (2018)	Iran	Behandeling	FRIENDS for life	Angststoornissen	Wachtljst	42	8,29
Santacruz et al. (2006)	Spanje	Behandeling	Bibliotherapy and Games; Emotive Performances	Angst voor het donker	Wachtljst	78	6,49
Schlarb & Jäger (2015)	Duitsland	Geïndiceerde preventie	Tübinger-Intensiv-Programm für Eltern	Angst	Wachtljst	36	6,48
Sim et al. (2020)	Australië	Universele preventie	Parenting Resilient Kids (PaRK)	Angst en depressie	Informatieflyer over kinderoontwikkeling	355	9,79
Simon et al. (2011)	Nederland	Geïndiceerde preventie	Parent-Focused Intervention	Angst	Wachtljst	412	9,92
Smith (2014); Smith et al. (2014)	Verenigde Staten	Behandeling	Parent Cognitive Behavioral Therapy	Angststoornissen	Wachtljst	31	9,80
Thirlwall et al. (2013) [Follow-up: Brown et al. (2017)]	Verenigd Koninkrijk	Behandeling	Full guided parent-delivered CBT; Brief guided parent-delivered CBT	Angststoornissen	Wachtljst	194	Niet gerapporteerd
Waters et al. (2009)	Australië	Behandeling	Take ACTION – Parent Only	Angststoornissen	Wachtljst	80	6,79
Zhu et al. (2014) ^b	China	Geïndiceerde preventie	Educational Intervention for Parents	Angst	Wachtljst	49	4,07

Noten. ^a Alleen geïncludeerd in de analyses voor onderzoeksvraag 3, omdat deze studie twee ondergerichte interventies vergelijkt, en geen passieve controleconditie heeft. ^b Alleen geïncludeerd in de analyses voor onderzoeksvraag 1 en 2, en niet in de NMA voor onderzoeksvraag 3, omdat deze studie alleen psycho-educatie omvat.

Tabel 2 Omschrijving en voorbeelden van de componenten

Component	Omschrijving	Voorbeelden
Acceptatiegericht	Het veranderen van de relatie met (angstige) gedachten door die te accepteren, en zich bewust te zijn van de eigen gevoelens en gedragingen, kan angst verminderen.	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Mindfulness ▶ (Zelf)compassie
Gedragsmatig	Het aangaan van angstopwekkende situaties, en het stimuleren van kinderen om dit te doen, kan angst verminderen.	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Exposure^a ▶ Modeling ▶ Positieve bekrachtiging en/of consequenties
Cognitief	Het veranderen van specifieke manieren van denken kan angst verminderen.	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Cognitieve herstructurering ▶ Probleemoplossing ▶ Training voor geheugenspecificiteit
Emotiegericht	Het leren van emotieregulatie kan angst verminderen.	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Emotieregulatiestrategieën ▶ Verbeteren van emotionele veerkracht
Relationeel (alleen voor ouder als ontvanger)	Het verbeteren van de ouder-kindrelatie kan angst bij het kind verminderen.	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Kindgeleid(e) spel/activiteiten ▶ Verbeteren ouder-kindinteracties ▶ Empathie verhogen
Ontspanningsgericht	Leren hoe (fysiek) te ontspannen kan angst verminderen.	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Ontspanningsoefeningen
Sociaal (alleen voor ouder als behandelaar)	Kinderen sociale vaardigheden aanleren kan hun angst verminderen.	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Training van sociale vaardigheden ▶ Assertiviteit verhogen

Noot. ^a Exposure wordt soms ook als een *cognitieve* benadering gezien (Craske et al., 2014). Wij hebben ervoor gekozen om het te zien als een *gedragsmatige* component, omdat het doel van exposureoefeningen is om gedrag aan te passen, en exposure vaak als gedragsmatig wordt gezien.

cante effecten zien. De betrouwbaarheidsintervallen zijn relatief breed, met name voor geschatte clusters (bijvoorbeeld voor de acceptatiegerichte component) en clusters gebaseerd op slechts één studie (bijvoorbeeld voor de combinatie van een cognitieve, gedragsmatige, emotionele en acceptatiegerichte component). Dit betekent dat er nog veel onzekerheid bestaat over de precieze grootte van het effect van deze (combinaties van) componenten. Over het algemeen leek de trend te zijn dat het combineren van componenten leidde tot betere effecten dan het gebruiken van individuele componenten. De inclusie van meer verschillende componenten leidde echter niet automatisch tot betere effecten.

In de aparte NMA's voor ouders die de rol van ontvanger hadden en ouders die de rol van behandelaar hadden, kwamen over het algemeen gelijke bevindingen naar voren die het belang van de gedragsmatige component onderstreepten. Het is echter opvallend dat voor de rol van ouders als ont-

Tabel 3 Differentiële effecten in de afwezigheid en aanwezigheid van de componenten

	Component afwezig			Component aanwezig		
	<i>n</i> (<i>k</i>)	Cohens <i>d</i> [95% BI]	<i>I</i> ²	<i>n</i> (<i>k</i>)	Cohens <i>d</i> [95% BI]	<i>I</i> ²
Gedragsmatig^a	3 (6)	-0,39 [-1,84; 1,07]	64%	22 (148)	-0,62** [-0,99; -0,26]	92%
Cognitief	7 (60)	-1,07 [-2,63; 0,49]	94%	18 (94)	-0,45*** [-0,66; -0,23]	88%
Emotiegericht^a	19 (124)	-0,61** [-1,04; -0,17]	90%	6 (30)	-0,55* [-1,01; -0,08]	94%
Relationeel	15 (113)	-0,71** [-1,17; -0,25]	90%	10 (41)	-0,38 [-0,87; 0,12]	92%
Ontspannings-gericht	19 (119)	-0,69** [-1,14; -0,25]	92%	7 (35)	-0,54 [-1,16; 0,09]	87%
Sociaal^a	22 (140)	-0,65** [-1,00; -0,29]	88%	3 (14)	-0,18 [-1,47; 1,11]	97%

Noten. BI = betrouwbaarheidsinterval; **p* < 0,05; ***p* < 0,01; ****p* < 0,001.

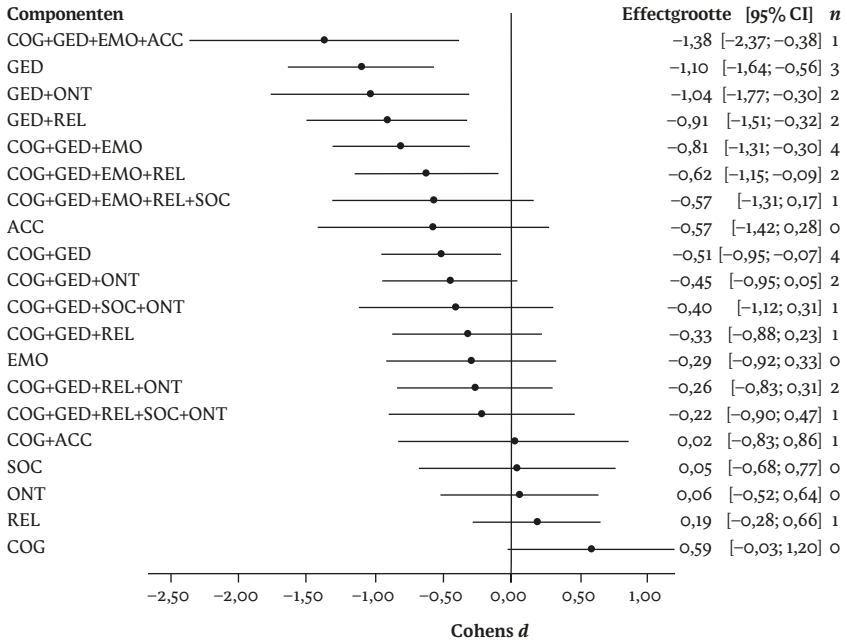
^a Moet voorzichtig geïnterpreteerd worden, in verband met het kleine aantal studies dat een interventie met of zonder deze interventie vergelijkt.

vanger NMA (*n* = 21; figuur S2) 7 van de 13 clusters (54%) significante resultaten lieten zien, in vergelijking met enkel 3 van de 15 clusters (20%) voor de rol van ouder als behandelaar (*n* = 20; figuur S3) en 7 van de 20 clusters (35%) in de algemene NMA. De resultaten voor de verschillende rollen moeten echter wel voorzichtig worden geïnterpreteerd, omdat de meeste interventies een combinatie tussen de verschillende rollen gebruikten.

Bewijskracht Het risico op bias werd voor 14 studies gescoord als ‘enige zorgen’ en voor de overige 12 studies als ‘hoog risico’ (zie figuur S4). Daarnaast leek de funnel plot (figuur S5) enige asymmetrie te vertonen, mogelijk wijzend op publicatiebias. Al met al werd de bewijskracht van de geïncludeerde studies beoordeeld als zeer laag (zie tabel S3).

Discussie
.....

Oudergerichte interventies kunnen een waardevolle rol spelen in het verminderen van angst bij kinderen. In deze meta-analyse onderzochten we het effect van oudergerichte interventies op angst bij kinderen en verkenden we welke combinaties van componenten tot de beste uitkomsten leid-



Figuur 2 Forest plot van de effecten van de combinaties van componenten op angst van kinderen

Noot. BI = betrouwbaarheidsinterval; ACC = acceptatiegerichte componenten; COG = cognitieve componenten; EMO = emotiegerichte componenten; GED = gedragsmatige componenten; ONT = ontspanningsgerichte componenten; REL = relationele componenten; SOC = sociale componenten.

n = 0 geeft aan dat deze componenten alleen in combinatie met andere componenten zijn gebruikt en niet individueel, dus deze effecten zijn geschat.

den. Onze systematische zoekopdracht leverde een relatief klein aantal studies op (N = 26), wat aangeeft dat nog maar weinig studies de effecten hebben onderzocht van een focus op ouders om angst bij kinderen te verminderen.

Onze meta-analyse liet zien dat oudergerichte interventies, over behandeling en preventie heen, angst bij kinderen verminderen. Dit is in lijn is met eerdere meta-analyses (Costantini et al., 2023; Jewell et al., 2022; Yap et al., 2016; Yin et al., 2021) en suggereert dat interventies die zich volledig richten op ouders (zonder contact tussen het kind en de behandelaar) een succesvolle manier zijn om angst bij kinderen te verminderen. Dit biedt perspectief voor angstige kinderen die niet aan kindgerichte interventies kunnen of willen deelnemen. Het doel van dit artikel was niet om ouder- en kindgerichte interventies met elkaar te vergelijken, en eerder onderzoek liet tegenstrijdige resultaten zien (bijvoorbeeld: Byrne et al., 2023; Howes Vallis et al., 2020; In-Albon & Schneider, 2007). Onze studie benadrukt

juist de waarde van oudergerichte interventies op zichzelf. Preventieve interventies leken geen significant effect te hebben op de angst van kinderen, wat mogelijk verklaard kan worden uit het feit dat kinderen in deze context weinig angstsymptomen ervaren ten tijde van de interventie, waardoor er weinig ruimte is voor vermindering van klachten.

De geïncludeerde interventies gebruikten zeven verschillende componenten: acceptatiegericht, gedragsmatig, cognitief, emotiegericht, relationeel, ontspanningsgericht en sociaal. Voor elk van deze componenten bleek dat interventies waarin de component aanwezig was niet leidden tot significant betere of slechtere uitkomsten dan interventies zonder die component. Dit komt overeen met onderzoek van Yap en collega's (2016), die geen verschillen vonden tussen het in- of excluderen van een focus op opvoedingsvaardigheden, de ouder-kindrelatie of ouders als coach van het probleemgedrag, om angst bij kinderen te verminderen. Ons resultaat zou kunnen suggereren dat de inhoud van oudergerichte interventies minder van belang is. Een andere mogelijkheid is echter dat er wel verschillen bestaan tussen de componenten, maar wij deze om verschillende redenen niet hebben gevonden. Ten eerste was de variatie in effectgrootte tussen de studies groot, waarschijnlijk door het beperkte aantal geïncludeerde studies. Dit maakt het lastiger om significante verschillen tussen interventies te vinden, terwijl de gemiddelde effectgroottes wel in omvang leken te verschillen (bijvoorbeeld $d = -0,18$ voor interventies *met* de sociale component, versus $d = -0,65$ voor interventies *zonder* de sociale component). Ten tweede konden we enkel de aan- of afwezigheid van de componenten coderen, en niet de hoeveelheid tijd die eraan besteed werd. Van kindgerichte interventies weten we bijvoorbeeld dat uitkomsten beter zijn wanneer er meer tijd wordt besteed aan exposure (Whiteside et al., 2020).

Daarnaast suggereren onze resultaten wel een hiërarchie in de effecten van clusters van componenten. De gedragsmatige component kwam voor in alle clusters van componenten die angst van kinderen significant verminderen, wat wijst op de effectiviteit van gedragsmatige componenten. Dit sluit aan bij onderzoek naar kindgerichte behandelingen, waarin exposure een effectief element is om angst te verminderen (Peris et al., 2017; Rapee et al., 2023). Angstvermindering door exposure kan via verschillende mechanismen verlopen, zoals uitdoving of verandering in angstige overtuigingen (Knowles & Tolin, 2022). Whiteside en collega's (2020) vonden dat interventies waarbij ouders betrokken zijn vaak minder tijd besteden aan exposure. Gezien onze bevinding dat gedragsmatige componenten effectief zijn, en bewijs dat door ouders geleide exposure effectiever is dan traditionele kindgerichte cognitieve gedragstherapie (Whiteside et al., 2024), pleiten wij voor meer onderzoek naar het betrekken van ouders bij exposure.

Daarnaast leek het combineren van verschillende componenten te leiden tot betere uitkomsten dan het gebruik van individuele componenten, met uitzondering van de gedragsmatige component, die ook individueel effectief was. Dit komt overeen met de resultaten van Costantini en collega's (2023), die vonden dat interventies met gemengde componenten

beter waren in het verminderen van internaliserende problemen van jonge kinderen. Dit kan erop wijzen dat het helpend kan zijn om in een interventie meerdere componenten te combineren. In tegenstelling tot Costantini en collega's (2023) vonden wij geen bewijs voor de superioriteit van relatiegerichte interventies. Een mogelijke verklaring voor dit verschil is dat de relationele component in ons onderzoek zich alleen richtte op de ouders, terwijl deze zich in het onderzoek van Costantini en collega's (2023) op ouders en kinderen richtte. Mogelijk is het nodig om met zowel ouders als kinderen te werken aan verbetering van de ouder-kindrelatie.

Een sterk punt van de huidige studie is dat de geïncludeerde interventies zich volledig op ouders richten. In andere studies wordt veelal een afkapwaarde gebruikt waarbij ten minste de helft van de interventietijd op ouders gericht moet zijn, waardoor deze interventies in feite gecombineerde ouder-kindinterventies zijn. Hierdoor konden we specifiek het effect bepalen van interventies waarin de behandelaar alleen met de ouder werkt. Een ander sterk punt is de inclusie van niet-Engelstalige artikelen (namelijk in het Duits, Spaans en Chinees). Ondanks dat het aantal niet-Engelstalige artikelen relatief klein was ($n = 4$; 15%), verhoogt het de generaliseerbaarheid van onze resultaten. Verder is onze studie een van de eerste studies die een onderscheid maakt in ouderrollen (de ouder als ontvanger en de ouder als behandelaar). Een laatste sterk punt van deze studie is dat zowel afzonderlijke componenten als combinaties van componenten onderzocht zijn.

De studie kent ook enkele beperkingen. Ten eerste wijst de zeer lage mate van bewijskracht erop dat dit onderzoeksveld nog in ontwikkeling is, en dat meer onderzoek van hoge kwaliteit nodig is om de precieze waarde van oudergerichte interventies bij angst van kinderen, en de effectiefste componenten, beter te begrijpen. Ten tweede waren we voor het coderen van de interventiecomponenten afhankelijk van de informatie die in de studies werd gerapporteerd. We hebben zoveel mogelijk handleidingen geraadpleegd, maar veel handleidingen waren niet in *open access* beschikbaar. Dit is een belangrijke beperking voor zowel de klinische praktijk als de wetenschap (Costantini et al., 2023; Cuijpers et al., 2024; Whiteside et al., 2020). Bovendien kan de inhoud van componenten met dezelfde naam tussen studies verschillen. Zo kan de techniek 'probleemoplossing' bijvoorbeeld verwijzen naar het oplossen van problemen door lichamelijke ontspanning (ontspanningsgerichte component), een compassievolle houding aannemen (acceptatiegerichte component) of het hanteren van een stapsgewijze aanpak (cognitieve component). Ondanks de beperkte informatie in de studies was de overeenkomst tussen de twee onafhankelijke beoordelaars voor de componenten in onze meta-analyse hoog. Ten derde konden we de component psycho-educatie niet meenemen vanwege een gebrek aan variatie tussen de studies. Een laatste limitatie is dat we de effecten van de componenten op ouderlijke cognities of gedragingen niet hebben onderzocht. We excludeerden studies die enkel ouderuitkomsten hebben gemeen (bijvoorbeeld: Sung et al., 2021), en slechts 35% van de geïncludeerde

studies rapporteerde zowel kind- als ouderuitkomsten. Het is daardoor onduidelijk op welke manier de interventies veranderingen bij ouders te weegbrengen die leiden tot een vermindering van angst bij kinderen.

Klinische implicaties De conclusie dat oudergerichte interventies angst bij kinderen succesvol kunnen verminderen, kan belangrijke implicaties hebben voor de klinische praktijk. Eerder onderzoek suggereert dat oudergerichte interventies duurzamer, beter toegankelijk en kosteneffectiever zijn dan kindgerichte en gecombineerde ouder-kindinterventies (Creswell et al., 2023). Daarnaast lijken specifiek gedragsmatige componenten succesvol te zijn, wat suggereert dat het zinvol kan zijn om deze componenten op te nemen in oudergerichte interventies. Ouders kunnen bijvoorbeeld leren hun kind stap voor stap bloot te stellen aan zijn of haar angsten in het dagelijks leven, hun kind te belonen voor adaptief gedrag of familieaccommodatie te verminderen. Daarnaast suggereren onze bevindingen dat componenten met name in combinatie effectief zijn, maar verder onderzoek is nodig om dit bevestigen.

Oudergerichte interventies verminderen angst bij kinderen, maar vragen om meer precisie in ontwerp

Implicaties voor onderzoek Toekomstig onderzoek kan zich richten op het verder onderzoeken van de componenten. De brede paraplu van de gedragsmatige component omvat bijvoorbeeld zowel exposure als modeling, die verschillende effecten kunnen hebben op de angst van kinderen. Verder kan toekomstig onderzoek identificeren *voor wie* specifieke interventietechnieken werken. Het is bijvoorbeeld nog onduidelijk of componenten meer of minder effectief zijn voor verschillende vormen van angst. Meer inzicht in individuele verschillen helpt niet alleen om interventies te verbeteren, maar geeft ons ook meer inzicht in de factoren die specifieke vormen van angst mogelijk in stand houden. Daarnaast kan toekomstig onderzoek mogelijke leeftijdseffecten verkennen. Inzicht in hoe de leeftijd van een kind de effectiviteit van oudergerichte interventies beïnvloedt, kan de klinische toepasbaarheid vergroten en helpen bij beslissingen over het gebruik ervan.

Conclusie
.....

Samengevat lijken oudergerichte interventies effectief in het verminderen van angst bij kinderen, al is het aantal gerandomiseerde studies beperkt. Onze bevindingen vormen een eerste stap in het identificeren van effectieve patronen van componenten in deze interventies. De relatief brede betrouwbaarheidsintervallen wijzen echter op aanzienlijke variatie in effectiviteit. Onze resultaten onderstrepen daarom de noodzaak van meer precisie in het onderzoek naar oudergerichte interventies voor angst bij

kinderen, met aandacht voor de afzonderlijke technieken waaruit deze interventies bestaan.

Deze studie is gepre-registreerd op PROSPERO (CRD42022362983). De codeerhand-leiding en de statistische code zijn te vinden op <https://osf.io/sznyv>. Dit onderzoek werd gefinancierd door een beurs van de Nederlandse Organisatie voor Wetenschap-pelijk Onderzoek Vidi (NWO #VI.Vidi.201.065). De financier speelde geen rol bij het opzetten en uitvoeren van het onderzoek, bij de voorbereiding, beoordeling of goed-keuring van het manuscript, of bij de beslissing om het manuscript ter publicatie in te dienen.

Karen Rienks, Janneke Staaks en Patty Leijten zijn werkzaam aan de Universiteit van Amsterdam.

Elske Saleminck is werkzaam aan de Universiteit Utrecht.

Liina Björg Laas Sigurðardóttir is werkzaam aan de University of Oxford, Verenigd Koninkrijk.

G. J. Melendez-Torres is werkzaam bij de University of Exeter, Verenigd Koninkrijk.
Correspondentieadres: Karen Rienks, Universiteit van Amsterdam, Nieuwe Achter-gracht 127, 1018 WS Amsterdam, Nederland. E-mail: k.rienks@uva.nl

Summary

Supporting parents to reduce anxiety in children: A meta-analysis of interventions and effective components

Parent-focused interventions hold promise for reducing child anxiety, but their content varies greatly, and little is known about what the most effective intervention content is. We estimated the effects of parent-focused interventions on child anxiety and identified the most effective combinations of intervention components. We searched PsycINFO, Medline, and Web of Science in October 2022 for randomized trials on parent-focused interventions to reduce children's anxiety. We identified 26 studies, with data from 4,098 participants. Parent-focused interventions had a significant effect on children's anxiety. Interventions used seven distinct components. No significant differential effects for individual components were found, but all clusters of components that produced significant effects contained a behavioral component. Adding cognitive and emotional components to behavioral components seemed beneficial. This meta-analysis highlights the potential of parent-focused interventions for children's anxiety, and of behavioral components in particular.

Keywords *anxiety, children, intervention, components, parents, meta-analysis*

Referenties

American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Publishing. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>

Balduzzi, S., Rücker, G., Nikolakopoulou, A., Papakonstantinou, T., Salanti, G., Efthimiou, O., & Schwarzer, G. (2023). Netmeta: An R package for network meta-analysis using frequentist meth-ods. *Journal of Statistical Software*, 106, 1-40. <https://doi.org/10.18637/jss.v106.i02>

- Bayer, J., Beatson, R., Bretherton, L., Hiscock, H., Wake, M., Gilbertson, T., Mihalopoulos, C., Prendergast, L., & Rapee, R. (2018). Translational delivery of Cool Little Kids to prevent child internalising problems: Randomised controlled trial. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 52, 181-191. <https://doi.org/10.1177/0004867417726582>
- Bayer, J., Brown, A., Prendergast, L., Bretherton, L., Hiscock, H., Mihalopoulos, C., Nelson-Lowe, M., Gilbertson, T., Noone, K., Bischof, N., Beechey, C., Muliadi, F., & Rapee, R. (2022). Follow-up of the Cool Little Kids translational trial into middle childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 63, 88-98. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13464>
- Bayer, J., Prendergast, L., Brown, A., Harris, L., Bretherton, L., Hiscock, H., Beatson, R., Mihalopoulos, C., & Rapee, R. (2021). Cool Little Kids translational trial to prevent internalising: Two-year outcomes and prediction of parent engagement. *Child and Adolescent Mental Health*, 26, 211-219. <https://doi.org/10.1111/camh.12420>
- Bögels, S. M., & Brechman-Toussaint, M. L. (2006). Family issues in child anxiety: Attachment, family functioning, parental rearing and beliefs. *Clinical Psychology Review*, 26, 834-856. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.08.001>
- Bosquet, M., & Egeland, B. (2006). The development and maintenance of anxiety symptoms from infancy through adolescence in a longitudinal sample. *Development and Psychopathology*, 18, 517-550. <https://doi.org/10.1017/S09545794060060275>
- Breinholst, S., Esbjørn, B. H., Reinholdt-Dunne, M. L., & Stallard, P. (2012). CBT for the treatment of child anxiety disorders: A review of why parental involvement has not enhanced outcomes. *Journal of Anxiety Disorders*, 26, 416-424. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2011.12.014>
- Brown, A., Creswell, C., Barker, C., Butler, S., Cooper, P., Hobbs, C., & Thirlwall, K. (2017). Guided parent-delivered cognitive behaviour therapy for children with anxiety disorders: Outcomes at 3- to 5-year follow-up. *British Journal of Clinical Psychology*, 56, 149-159. <https://doi.org/10.1111/bjc.12127>
- Burstein, M., & Ginsburg, G. S. (2010). The effect of parental modeling of anxious behaviors and cognitions in school-aged children: An experimental pilot study. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 506-515. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.02.006>
- Byrne, S., Cobham, V., Richardson, M., & Imuta, K. (2023). Do parents enhance cognitive behavior therapy for youth anxiety? An overview of systematic reviews over time. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 26, 773-788. <https://doi.org/10.1007/s10567-023-00436-5>
- Cartwright-Hatton, S., McNally, D., Field, A., Rust, S., Laskey, B., Dixon, C., Gallagher, B., Harrington, R., Miller, C., Pemberton, K., Symes, W., White, C., & Woodham, A. (2011). A new parenting-based group intervention for young anxious children: Results of a randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 50, 242-251. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2010.12.015>
- Cobham, V., Filus, A., & Sanders, M. (2017). Working with parents to treat anxiety-disordered children: A proof of concept RCT evaluating Fear-less Triple P. *Behaviour Research and Therapy*, 95, 128-138. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2017.06.004>
- Comer, J., Furr, J., del Busto, C., Silva, K., Hong, N., Poznanski, B., Sanchez, A., Cornacchio, D., Herrera, A., Coxé, S., Miguel, E., Georgiadis, C., Conroy, K., & Puliafico, A. (2021). Therapist-led, internet-delivered treatment for early child social anxiety: A waitlist-controlled evaluation of the iCALM telehealth program. *Behavior Therapy*, 52, 1171-1187. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2021.01.004>
- Copeland, W. E., Angold, A., Shanahan, L., & Costello, E. J. (2014). Longitudinal patterns of anxiety from childhood to adulthood: The Great Smoky Mountains Study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 53, 21-33. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2013.09.017>
- Costantini, I., López-López, J. A., Caldwell, D., Campbell, A., Hadjipanayi, V., Cantrell, S. J., Thomas, T., Badmann, N.,

- Paul, E., James, D. M., Cordero, M., Jewell, T., Evans, J., & Pearson, R. M. (2023). Early parenting interventions to prevent internalising problems in children and adolescents: A global systematic review and network meta-analysis. *BMJ Mental Health*, 26. <https://doi.org/10.1136/bmjment-2023-300811>
- Craske, M. G., Treanor, M., Conway, C. C., Zbozinek, T., & Vervliet, B. (2014). Maximizing exposure therapy: An inhibitory learning approach. *Behaviour Research and Therapy*, 58, 10-23. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.04.006>
- Creswell, C., Chessell, C., & Halliday, G. (2023). Parent-led cognitive behaviour therapy for child anxiety problems: Overcoming challenges to increase access to effective treatment. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 51, 512-532. <https://doi.org/10.1017/S1352465822000546>
- Creswell, C., Violato, M., Fairbanks, H., White, E., Parkinson, M., Abitabile, G., Leidi, A., & Cooper, P. J. (2017). Clinical outcomes and cost-effectiveness of brief guided parent-delivered cognitive behavioural therapy and solution-focused brief therapy for treatment of childhood anxiety disorders: A randomised controlled trial. *The Lancet Psychiatry*, 4, 529-539. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30149-9](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30149-9)
- Cuijpers, P., Boyce, N., & van Ommeren, M. (2024). Why treatment manuals of psychological interventions should be freely available. *Lancet Psychiatry*, 11, 325-326. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(24\)00071-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(24)00071-3)
- Dadds, M., & Roth, J. (2008). Prevention of anxiety disorders: Results of a universal trial with young children. *Journal of Child and Family Studies*, 17, 320-335. <https://doi.org/10.1007/s10826-007-9144-3>
- Donovan, C., & March, S. (2014). Online CBT for preschool anxiety disorders: A randomised control trial. *Behaviour Research and Therapy*, 58, 24-35. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.05.001>
- Drake, K. L., & Ginsburg, G. S. (2011). Parenting practices of anxious and nonanxious mothers: A multi-method, multi-informant approach. *Child & Family Behavior Therapy*, 33, 299-321. <https://doi.org/10.1080/07317107.2011.623101>
- Edrissi, F., Havighurst, S., Aghebati, A., Habibi, M., & Arani, A. (2019). A pilot study of the Tuning in to Kids parenting program in Iran for reducing preschool children's anxiety. *Journal of Child and Family Studies*, 28, 1695-1702. <https://doi.org/10.1007/s10826-019-01400-0>
- El Rafihi-Ferreira, R., Silveiras, E., Asbahr, F., & Ollendick, T. (2018). Brief treatment for nighttime fears and co-sleeping problems: A randomized clinical trial. *Journal of Anxiety Disorders*, 58, 51-60. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2018.06.008>
- Forehand, R., Jones, D. J., & Parent, J. (2013). Behavioral parenting interventions for child disruptive behaviors and anxiety: what's different and what's the same. *Clinical Psychology Review*, 33(1), 133-145. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.10.010>
- Guyatt, G. H., Oxman, A. D., Schünemann, H. J., Tugwell, P., & Knottnerus, A. (2011). GRADE guidelines: A new series of articles in the Journal of Clinical Epidemiology. *Journal of Clinical Epidemiology*, 64, 380-382. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2010.09.011>
- Higgins, J. P. T., Thomas, J., Chandler, J., Cumpston, M., Li, T., Page, M. J., & Welch, V. A. (2019). *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions* (2nd ed.). www.wiley.com/en-gb/Cochrane+Handbook+for+Systematic+Reviews+of+Interventions%2C+2nd+Edition-p-9781119536659
- Hiller, R. M., Apetroaia, A., Clarke, K., Hughes, Z., Orchard, F., Parkinson, M., & Creswell, C. (2016). The effect of targeting tolerance of children's negative emotions among anxious parents of children with anxiety disorders: A pilot randomised controlled trial. *Journal of Anxiety Disorders*, 42, 52-59. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.05.009>
- Howes Vallis, E., Zwicker, A., Uher, R., & Pavlova, B. (2020). Cognitive-behavioural interventions for prevention and treatment of anxiety in young children: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 81, 101904. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101904>
- Hudson, J. L., & Rapee, R. M. (2002). Parent-child interactions in clinically anxious children and their siblings. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psy-*

- chology*, 31, 548-555. https://doi.org/10.1207/S15374424JCCP3104_13
- Huhn, R. P., & Zimpfer, D. G. (1989). Effects of a parent education program on parents and their preadolescent children. *Journal of Community Psychology*, 17, 311-318.
- In-Albon, T., & Schneider, S. (2007). Psychotherapy of childhood anxiety disorders: A meta-analysis. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 76, 15-24. <https://doi.org/10.1159/000096361>
- Jewell, C., Wittkowski, A., & Pratt, D. (2022). The impact of parent-only interventions on child anxiety: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 309, 324-349. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.04.082>
- Kendall, P. C., Furr, J. M., & Podell, J. L. (2010). Child-focused treatment of anxiety. In J. R. Weisz & A. E. Kazdin (Eds.), *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents* (2nd ed., pp. 45-60). The Guilford Press.
- Kennedy, S., Rapee, R., & Edwards, S. (2009). A selective intervention program for inhibited preschool-aged children of parents with an anxiety disorder: Effects on current anxiety-disorders and temperament. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48, 602-609. <https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e31819f6fa9>
- Kessler, R. C., Angermeyer, M., Anthony, J. C., de Graaf, R., Demyttenaere, K., Gasquet, I., De Girolamo, G., Gluzman, S., Gureje, O., Haro, J. M., Kawakami, N., Karam, A., Levinson, D., Medina Mora, M. E., Oakley Browne, M. A., Posada-Villa, J., Stein, D. J., Adley Tsang, C. H., Aguilar-Gaxiola, S., ... Ustün, T. B. (2007). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry*, 6, 168-176.
- Knowles, K. A., & Tolin, D. F. (2022). Mechanisms of action in exposure therapy. *Current Psychiatry Reports*, 24, 861-869. <https://doi.org/10.1007/s11920-022-01391-8>
- Lebowitz, E. (2013). Parent-based treatment for childhood and adolescent OCD. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 2, 425-431. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2013.08.004>
- Lebowitz, E., Omer, H., Hermes, H., & Scahill, L. (2014). Parent training for childhood anxiety disorders: The SPACE program. *Cognitive and Behavioral Practice*, 21, 456-469. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2013.10.004>
- McLeod, B. D., Wood, J. J., & Weisz, J. R. (2007). Examining the association between parenting and childhood anxiety: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 27, 155-172. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.09.002>
- Mendez, X., Orgiles, M., & Espada, J. P. (2003). Tratamiento psicológico de la fobia a la oscuridad en un contexto lúdico: Un ensayo controlado [Psychological treatment of the phobia of the dark in a game situation: A controlled essay]. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 8, 199-210. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.8.num.3.2003.3960>
- Möller, E. L., Nikolić, M., Majdandžić, M., & Bögels, S. M. (2016). Association between maternal and paternal parenting behaviors, anxiety and its precursors in early childhood: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 45, 17-33. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.03.002>
- Morgan, A., Rapee, R., Salim, A., Goharpey, N., Tamir, E., McLellan, L., & Bayer, J. (2017). Internet-delivered parenting program for prevention and early intervention of anxiety problems in young children: Randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 56, 417-425. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2017.02.010>
- Özyurt, G., Gencer, Ö., Öztürk, Y., & Özbek, A. (2016). Is Triple P Positive Parenting Program effective on anxious children and their parents? 4th month follow up results. *Journal of Child and Family Studies*, 25(5), 1646-1655. <https://doi.org/10.1007/s10826-015-0343-z>
- Özyurt, G., Gencer, O., Öztürk, Y., & Özbek, A. (2019). Is Triple P effective in childhood anxiety disorder? A randomized controlled study. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*, 29, 570-578. <https://doi.org/10.1080/24750573.2018.1483790>
- Peris, T. S., Caporino, N. E., O'Rourke, S., Kendall, P. C., Walkup, J. T., Albano,

- A. M., Bergman, R. L., McCracken, J. T., Birmaher, B., Ginsburg, G. S., Sakolsky, D., Piacentini, J., & Compton, S. N. (2017). Therapist-reported features of exposure tasks that predict differential treatment outcomes for youth with anxiety. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *56*, 1043-1052. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2017.10.001>
- Pile, V., Winstanley, A., Oliver, A., Bennett, E., & Lau, J. (2021). Targeting image-based autobiographical memory in childhood to prevent emotional disorders: Intervention development and a feasibility randomised controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, *144*. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2021.103913>
- Pinquart, M. (2017). Associations of parenting dimensions and styles with internalizing symptoms in children and adolescents: A meta-analysis. *Marriage & Family Review*, *53*, 613-640. <https://doi.org/10.1080/01494929.2016.1247761>
- Pustejovsky, J. E., & Tipton, E. (2022). Meta-analysis with robust variance estimation: Expanding the range of working models. *Prevention Science*, *23*, 425-438. <https://doi.org/10.1007/s11121-021-01246-3>
- Rapee, R. M., Abbott, M. J., & Lyneham, H. J. (2006). Bibliotherapy for children with anxiety disorders using written materials for parents: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *74*, 436-444. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.74.3.436>
- Rapee, R. M., Creswell, C., Kendall, P. C., Pine, D. S., & Waters, A. M. (2023). Anxiety disorders in children and adolescents: A summary and overview of the literature. *Behaviour Research and Therapy*, *168*, 104376. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2023.104376>
- Rapee, R., Kennedy, S., Ingram, M., Edwards, S., & Sweeney, L. (2010). Altering the trajectory of anxiety in at-risk young children. *American Journal of Psychiatry*, *167*, 1518-1525. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.09111619>
- Rienks, K., Saleminck, E., Laas Sigurðardóttir, L. B., Melendez-Torres, G. J., Staaks, J. P. C., & Leijten, P. (2025). Supporting parents to reduce children's anxiety: A meta-analysis of interventions and their theoretical components. *Behaviour Research and Therapy*, *185*, Article 104692. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2025.104692>
- Salari, E., Shahrivar, Z., Mahmoudi-Gharaei, J., Shirazi, E., & Sepasi, M. (2018). Parent-only group cognitive behavioral intervention for children with anxiety disorders: A control group study. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *27*, 130-136.
- Santacruz, I., Mendez, F. J., & Sanchez-Meca, J. (2006). Play therapy applied by parents for children with darkness phobia: Comparison of two programmes. *Child & Family Behavior Therapy*, *28*, 19-35. https://doi.org/10.1300/J019v28n01_02
- Schlarb, A. A., & Jager, S. (2015). Die Wirksamkeit des Tübinger-Intensiv-Programms bei Müttern und Vätern ängstlicher Kinder – Eine Pilotstudie. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, *64*, 206-222. <https://doi.org/10.13109/prkk.2015.64.3.206>
- Sebastian, C. L., Pote, I., & Wolpert, M. (2021). Searching for active ingredients to combat youth anxiety and depression. *Nature Human Behaviour*, *5*, 1266-1268. <https://doi.org/10.1038/s41562-021-01195-5>
- Sim, W., Fernando, L., Jorm, A., Rapee, R., Lawrence, K., Mackinnon, A., & Yap, M. (2020). A tailored online intervention to improve parenting risk and protective factors for child anxiety and depression: Medium-term findings from a randomized controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, *277*, 814-824. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.09.019>
- Simon, E., Bögels, S. M., & Voncken, J. M. (2011). Efficacy of child-focused and parent-focused interventions in a child anxiety prevention study. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, *40*, 204-219. <https://doi.org/10.1080/15374416.2011.546039>
- Smith, A. M. (2014). *Cognitive-behavioral treatment of childhood anxiety: Examining a parent consultation model* [Doctoral dissertation]. University of Rhode Island.
- Smith, A., Flannery-Schroeder, E., Gorman, K., & Cook, N. (2014). Parent cognitive-behavioral intervention for the treatment of childhood anxiety disorders: A pilot study. *Behaviour Research and*

- Therapy*, 61, 156-161. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.08.010>
- Sung, J., Mumper, E., & Schleider, J. (2021). Empowering anxious parents to manage child avoidance behaviors: Randomized control trial of a single-session intervention for parental accommodation. *JMIR Mental Health*, 8. <https://doi.org/10.2196/29538>
- Tanner-Smith, E. E., & Tipton, E. (2014). Robust variance estimation with dependent effect sizes: Practical considerations including a software tutorial in Stata and SPSS. *Research Synthesis Methods*, 5, 13-30. <https://doi.org/10.1002/jrsm.1091>
- Thirlwall, K., Cooper, P., Karalus, J., Voysey, M., Willetts, L., & Creswell, C. (2013). Treatment of child anxiety disorders via guided parent-delivered cognitive behavioural therapy: Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 203, 436-444. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.126698>
- Van Ameringen, M., Mancini, C., & Fardoulen, P. (2003). The impact of anxiety disorders on educational achievement. *Journal of Anxiety Disorders*, 17, 561-571. [https://doi.org/10.1016/S0887-6185\(02\)00228-1](https://doi.org/10.1016/S0887-6185(02)00228-1)
- Waters, A. M., Ford, L. A., Wharton, T. A., & Cobham, V. E. (2009). Cognitive-behavioural therapy for young children with anxiety disorders: Comparison of a child + parent condition versus a parent only condition. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 654-662. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2009.04.008>
- Whiteside, S. P. H., Biggs, B. K., Geske, J. R., Gloe, L. M., Reneson-Feeder, S. T., Cunningham, M., Dammann, J. E., Brennan, E., Ong, M. L., Olsen, M. W., & Hofschulte, D. R. (2024). Parent-coached exposure therapy versus cognitive behavior therapy for childhood anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 104, 102877. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2024.102877>
- Whiteside, S. P. H., 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 and Family Psychology Review*, 23, 102-121. <https://doi.org/10.1007/s10567-019-00303-2>
- Woodward, L. J., & Fergusson, D. M. (2001). Life course outcomes of young people with anxiety disorders in adolescence. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40, 1086-1093. <https://doi.org/10.1097/00004583-200109000-00018>
- Yap, M. B., & Jorm, A. F. (2015). Parental factors associated with childhood anxiety, depression, and internalizing problems: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 175, 424-440. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.01.050>
- Yap, M. B. H., Morgan, A. J., Cairns, K., Jorm, A. F., Hetrick, S. E., & Merry, S. (2016). Parents in prevention: A meta-analysis of randomized controlled trials of parenting interventions to prevent internalizing problems in children from birth to age 18. *Clinical Psychology Review*, 1, 138-158. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.10.003>
- Yin, B., Teng, T., Tong, L., Li, X., Fan, L., Zhou, X., & Xie, P. (2021). Efficacy and acceptability of parent-only group cognitive behavioral intervention for treatment of anxiety disorder in children and adolescents: A meta-analysis of randomized controlled trials. *BMC Psychiatry*, 21. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-03021-0>
- Zhu, M.-Z., Zhu, X.-J., Du, J.-E., & Zhang, X.-L. (2014). Efficacy of short-term educational intervention for parents of pre-school children with anxiety. *Zhongguo Dang Dai Er Ke Za Zhi*, 16, 901-904. <https://doi.org/10.7499/j.issn.1008-8830.2014.09.007>

Overtuigingen aanpassen bij volwassenen met depressieve klachten

Een systematische review en meta-analyse¹

► YANNICK VANDER ZWALMEN, SARAH STRUYF, JENTE DEPOORTER, REUT ZABAG, TOBIAS KUBE, JUTTA JOORMANN, ERNST KOSTER & KRISTOF HOORELBEKE

Samenvatting Studies tonen aan dat volwassenen met depressieve klachten moeite hebben om hun overtuigingen flexibel bij te stellen. Toch blijft onduidelijk hoe sterk deze associatie is, onder welke voorwaarden ze optreedt en in welke richting overtuigingen kunnen worden aangepast. In deze systematische review en meta-analyse bestuderen we de samenhang tussen depressieve symptomen en het bijstellen van overtuigingen, na het verkrijgen van zowel positieve als negatieve discrepante informatie. Negentwintig studies met in totaal 3130 participanten werden geïncludeerd. We vonden een klein, significant verband ($r = -0,11$) tussen depressieve symptomen en het bijstellen van overtuigingen na het ontvangen van positieve discrepante informatie, maar niet na negatieve informatie. Deze meta-analyse bevestigt dat volwassenen met depressieve klachten een verminderd bijstellen van overtuigingen vertonen als reactie op positieve, disconfirmerende informatie, terwijl er geen verband werd gevonden met het bijstellen van overtuigingen als reactie op negatieve informatie.

TREFWOORDEN — *overtuigingen, depressie, systematische review, meta-analyse, cognitieve flexibiliteit*

Kernboodschappen voor de klinische praktijk

- Negatieve denkpatronen spelen een grote rol in het ontstaan en in stand houden van depressieve klachten. Psychologische therapieën richten zich vaak op het veranderen van negatieve overtuigingen bij depressie.

1 Dit artikel is een vertaalde en deels bewerkte versie van Zabag, Vander Zwalm en collega's (2025).

- ▶ In deze meta-analyse onderzochten we de associaties tussen depressieve symptomen en het bijstellen van overtuigingen.
- ▶ Depressieve klachten zijn gelinkt aan verminderd bijstellen van overtuigingen in een positieve richting, maar niet met het bijstellen van overtuigingen in een negatieve richting.
- ▶ Hoewel verminderde positieve bijstelling relevant kan zijn voor het begrijpen van depressie, kunnen hieruit nog geen directe therapeutische aanbevelingen worden afgeleid. Verdere studies zijn nodig om te onderzoeken of en hoe deze processen in de klinische praktijk veranderbaar en toepasbaar zijn.

Inleiding

Jonathan (een fictieve naam) is al enige tijd in therapie in verband met zijn depressieve klachten. Op basis van een beladen verleden is er sprake van veel zelfkritiek en een continu gevoel van falen. Ondanks heel wat werksucces en een warme partner en kinderen, blijft dit gevoel zeer prominent aanwezig. Ook cognitieve interventies om meer open te staan voor positieve informatie en feedback lijken weinig zoden aan de dijk te zetten. Jonathans negatieve overtuigingen lijken als het ware immuun voor correctie.

Depressie is een veelvoorkomende en invaliderende psychische stoornis die wordt gekenmerkt door aanhoudende gevoelens van verdriet, verlies van interesse of plezier in activiteiten, en een breed scala aan cognitieve, emotionele en fysieke symptomen (APA, 2013). Ook subklinische depressieve symptomen kunnen substantieel lijden veroorzaken (Goldney et al., 2004; Rodríguez et al., 2012). Cognitieve modellen stellen dat depressie in stand gehouden wordt door negatieve denkprocessen in combinatie met depressogene verwerkingsstijlen (Beck, 1963; Gotlib & Joormann, 2010; Rief & Joormann, 2019). Recente theorieën en studies suggereren dat ook inflexibiliteit in het bijstellen van overtuigingen ten grondslag kan liggen aan depressie (Kube, 2023b). Ondanks heel wat empirisch onderzoek naar dit fenomeen is momenteel onduidelijk hoe sterk en robuust het is.

Cognitieve theorieën over depressie Cognitieve theorieën over depressie gaan ervan uit dat vertekende, negatieve overtuigingen een centraal mechanisme vormen dat ten grondslag ligt aan het ontstaan en voortbestaan van depressieve klachten. Volgens de cognitieve theorie van Beck bijvoorbeeld komt depressie voort uit verstoorde denkpatronen, met name uit negatieve overtuigingen over zichzelf, de wereld en de toekomst (Beck 2008; Beck et al., 1979). De afgelopen decennia heeft onderzoek consequent bia-

ses in overtuigingen onthuld als een mechanisme dat ten grondslag ligt aan depressie en het in stand houden ervan (Clark & Beck, 2010; Dozois & Beck, 2008; Gagne et al., 2022). Deze theorieën hebben een belangrijke invloed gehad op de assessment-, interventie- en preventie-inspanningen bij depressie (Disner et al., 2011; Hollon et al., 2002; Young et al., 2008).

Meer recente theorieën suggereren dat depressie niet alleen geassocieerd is met vertekende overtuigingen, maar ook met verminderde flexibiliteit in het bijstellen van deze overtuigingen (Kashdan & Rottenberg, 2010;

*Van negatieve schema's
naar een dynamisch
proces: hoe flexibel zijn
overtuigingen?*

Kube et al., 2020). Het bijstellen van overtuigingen is het proces waarbij individuen hun bestaande overtuigingen aanpassen in reactie op nieuwe informatie, inclusief verwachtingen, interpretaties en indrukken (Kashdan & Rottenberg, 2010; Kube, 2023b). In veel situaties hebben we emotioneel beladen (positieve of negatieve) overtuigingen over onszelf of de wereld om ons heen (in de casus Jonathan bijvoorbeeld

de overtuiging te falen). Soms ontvangen we echter positieve informatie die onze negatieve overtuigingen uitdaagt. We kunnen bijvoorbeeld geloven dat we slecht zijn in basketbal. Als we erin slagen om meerdere keren te scoren tijdens verschillende basketbalwedstrijden, zullen we waarschijnlijk onze overtuigingen in een positievere richting herzien. Anderzijds kunnen we in het dagelijks leven ook discrepante negatieve informatie ontvangen die onze positieve overtuigingen uitdaagt. Als onze favoriete muziekgroep bijvoorbeeld meerdere slechte albums uitbrengt, gaan we deze groep misschien minder waarderen. De manier waarop we onze overtuigingen bijstellen, is gekoppeld aan hoe we onze subjectieve realiteit construeren en in stand houden. De casus Jonathan illustreert dit: ondanks frequente corrigerende ervaringen in het dagelijks leven en expliciete aandacht hiervoor binnen de therapeutische begeleiding, blijkt Jonathan zijn overtuigingen slechts beperkt bij te stellen. Deze beperkte bijstelling van overtuigingen kan ertoe leiden dat Jonathan vaker negatieve gedachten ervaart, wat vervolgens bijdraagt aan de instandhouding van depressieve symptomen.

Empirische evidentie voor een verminderd bijstellen van overtuigingen bij depressie Depressie is in verband gebracht met veranderingen in de verwerking van zowel positieve als negatieve informatie (bijvoorbeeld: Levens & Gotlib, 2009; Winer & Salem, 2016). Het meeste onderzoek suggereert dat informatie op een stemmingscongruente manier wordt verwerkt, waarbij depressie specifiek geassocieerd is met problemen bij het integreren van positieve informatie, in tegenstelling tot negatieve informatie (Disner et al., 2011; Quigley et al., 2022). Deze verwerkingsstijl zou bij depressie het bijstellen van overtuigingen in een negatieve richting kunnen versterken, terwijl het bijstellen van overtuigingen in een positieve richting waarschijnlijk zal worden verminderd.

In de afgelopen 15 jaar zijn er verschillende taken ontwikkeld om het bijstellen van overtuigingen bij depressie te onderzoeken (bijvoorbeeld: Deng et al., 2022; Everaert et al., 2018; Feldman et al., 2022). Deze taken zijn ontworpen om het cognitieve proces van het bijstellen van overtuigingen te simuleren. Meestal worden eerst de initiële overtuigingen van deelnemers beoordeeld. Vervolgens worden zij geconfronteerd met nieuwe, discrepante informatie die hun oorspronkelijke overtuiging weerlegt. In een laatste fase worden de overtuigingen opnieuw beoordeeld, nadat deze nieuwe informatie is verstrekt. Dergelijke experimentele procedures bieden inzicht in cognitieve processen die een centrale rol spelen binnen de behandeling van depressie, zoals bij het uitdagen van niet-helpende overtuigingen tijdens cognitieve therapie.

In een recente review biedt Kube (2023b) een overzicht van de verschillende experimentele taken die zijn gebruikt om vertekende bijstelling van overtuigingen in relatie tot depressieve symptomen te onderzoeken. Dit waren onder andere de Emotional Bias Against Disconfirmatory Evidence taak (BADE; Everaert et al., 2018), de Adverse Life Events Task (ALET; Sharot et al., 2011) en de Interpretation Inflexibility Task (IIT; Deng et al., 2022). Voor een overzicht van de meestgebruikte taken verwijzen we naar Kube (2023b). Deze taken kunnen worden onderverdeeld in vier categorieën, die elk een ander type overtuiging in kaart brengen: [1] overtuigingen over de eigen taakprestaties, [2] overtuigingen over interpersoonlijke relaties en situaties, [3] overtuigingen over toekomstige levensgebeurtenissen, en [4] overtuigingen over psychotherapieresultaten (Kube, 2023b). Hoewel deze taken beogen hetzelfde theoretische construct te beoordelen, verschillen ze sterk wat betreft inhoudelijke focus. Het is momenteel nog onduidelijk in hoeverre de mate en aard van verstoringen in het bijstellen van overtuigingen bij depressie afhankelijk zijn van de specifieke inhoud van die overtuigingen.

Daarbij lijkt het van belang om een onderscheid te maken tussen het bijstellen van overtuigingen als reactie op discrepante negatieve informatie en als reactie op discrepante positieve informatie. In eerder onderzoek toonden Sharot en collega's (2011) bijvoorbeeld aan dat gezonde individuen een optimistische bias vertoonden bij het bijstellen, dat wil zeggen: ze veranderden hun overtuigingen meer in de richting van wenselijke (positieve) informatie dan van ongewenste (negatieve) informatie. Deze optimistische bias was afwezig bij depressieve cliënten, wat duidt op een verminderde positieve bijstelling van overtuigingen bij depressie. Andere studies met vergelijkbare onderzoeksopzetten vonden echter geen verband tussen depressie en de integratie van positieve informatie (bijvoorbeeld: Garrett et al., 2014). Nog andere studies vonden weliswaar een algemeen verminderde bijstelling van overtuigingen bij depressie, maar hielden daarbij geen rekening met de valentie van de informatie (bijvoorbeeld: Botteman et al., 2022). Sommige stu-

Eén construct, veel meetmethoden: meten studies wel hetzelfde?

dies richtten zich specifiek op het bijstellen van interpretaties, wat kan worden gezien als een vorm van overtuigingsbijstelling. Deze onderzoeken tonen eveneens aan dat depressie samenhangt met een verminderde integratie van positieve informatie (Deng et al., 2022; Everaert et al., 2018, 2020). Op een vergelijkbare manier was er geen aanwijzing dat depressieve individuen hun verwachtingen veranderden als reactie op positieve feedback, terwijl gezonde proefpersonen dit wel deden (bijvoorbeeld: Kube, Rief et al., 2019).

Daarnaast heeft onderzoek zich gericht op het bijstellen van overtuigingen in reactie op negatieve informatie. Verschillende studies onthulden bijvoorbeeld dat depressieve cliënten hun overtuigingen meer bijstellen dan gezonde individuen wanneer ze slecht nieuws ontvangen. Dit wijst erop dat depressie niet alleen wordt gekenmerkt door een *verminderde positieve* bijstelling van overtuigingen, maar mogelijk ook door een *versterkte negatieve* bijstelling van overtuigingen (Garrett et al., 2014; Korn et al., 2014). Andere studies vonden echter geen verband tussen depressie en het bijstellen van overtuigingen als reactie op nieuwe negatieve informatie (Deng et al., 2023; Everaert et al., 2018; Kube, Kirchner et al., 2019). Interessant is dat sommige studies zelfs het tegenovergestelde patroon observeerden, wat suggereert dat depressieve symptomen gekoppeld zijn aan een verminderde bijstelling van overtuigingen als reactie op negatieve informatie (bijvoorbeeld: Takano et al., 2019). Deze laatste observatie suggereert eerder dat depressie gepaard gaat met een algemene verminderde bijstelling van overtuigingen, ongeacht de valentie. Samengevat, hoewel theoretische modellen (bijvoorbeeld: Beck, 2008; Beck et al., 1979) suggereren dat individuen met verhoogde depressieve symptomen gevoelig zijn voor nieuwe negatieve informatie en men zou verwachten dat het bijstellen van overtuigingen in een negatieve richting versterkt zou kunnen zijn bij depressie, zijn de empirische bevindingen met betrekking tot negatieve bijstelling eerder gemengd.

Huidige studie Deze meta-analyse heeft tot doel de grootte van het verband te onderzoeken tussen depressie en het bijstellen van overtuigingen na het verkrijgen van discrepante positieve informatie (positief bijstellen) of van discrepante negatieve informatie (negatief bijstellen). In navolging van recente theorieën definieerden we het bijstellen van overtuigingen als een verandering in overtuigingen (Kube 2023a; Kube et al., 2020). Daarom hebben we taken opgenomen die overtuigingen beoordelen na blootstelling aan weerlegend bewijs over vaardigheden, interpretaties, of verwachtingen over het zelf of anderen. We hebben ons daarbij met name gericht op taken die een van deze genoemde overtuigingen onderzochten en die deelnemers nieuwe informatie presenteerden in relatie tot deze overtuigingen, alsook hun overtuigingen beoordeelden nadat nieuwe, discrepante informatie was verstrekt (Kube, 2023a). Aangezien verschillende methodologische benaderingen worden gebruikt in de literatuur om het verband tussen depressie en het bijstellen van overtuigingen te onderzoeken, kan

deze variatie in methodologie bijdragen aan inconsistente bevindingen tussen studies (Feldman et al., 2022; Groth & Rief, 2022b). Daarom hebben we in een bijkomende analyse de rol van taaktype onderzocht. Daarbij toetsten we of het verband tussen depressieve klachten en het bijsturen van overtuigingen na discrepante positieve of negatieve informatie afhankelijk is van de gebruikte taak.

..... Methode

Voor deze studie werden de PRISMA-richtlijnen voor het rapporteren van systematische reviews gevolgd (Page et al., 2021). Gepreregistreerde informatie over deze studie is te vinden op PROSPERO met code CRD42024513555. Data en script om deze meta-analyse te reproduceren zijn publiek toegankelijk op Open Science Framework (<https://osf.io/wymga>).

Literatuurzoekstrategie De eerste zoekopdrachten werden uitgevoerd op 19 februari 2024 in de elektronische databases PsycINFO, MEDLINE, Embase, Cochrane Library en Web of Science, waarbij de volgende zoekterm werd gebruikt om te zoeken op titel- en abstractniveau: ('belief updat*' OF 'interpret* updat*' OF 'affect* updat*' OF 'cogniti* updat*' OF 'expect* updat*' OF 'belief flex*' OF 'interpret* flex*' OF 'affect* flex*' OF 'cogniti* flex*' OF 'expect* flex*' OF 'belief inflex*' OF 'interpret* inflex*' OF 'affect* inflex*' OF 'cogniti* inflex*' OF 'expect* inflex*' OF 'belief revisi*' OF 'interpret* revisi*' OF 'affect* revisi*' OF 'cogniti* revisi*' OF 'expect* revisi*' OF 'belief adjust*' OF 'interpret* adjust*' OF 'affect* adjust*' OF 'cogniti* adjust*' OF 'expect* adjust*') EN (depress* OF dysphor*). Een tweede zoekopdracht werd uitgevoerd op 5 februari 2025 in dezelfde databases met dezelfde zoekterm, wat drie nieuwe studies opleverde die werden opgenomen. De referentielijsten van de opgenomen artikelen werden gescreend op andere relevante studies en er werd een sneeuwbalmethode toegepast op de eerste auteurs van de geselecteerde studies om andere potentiële artikelen te identificeren.

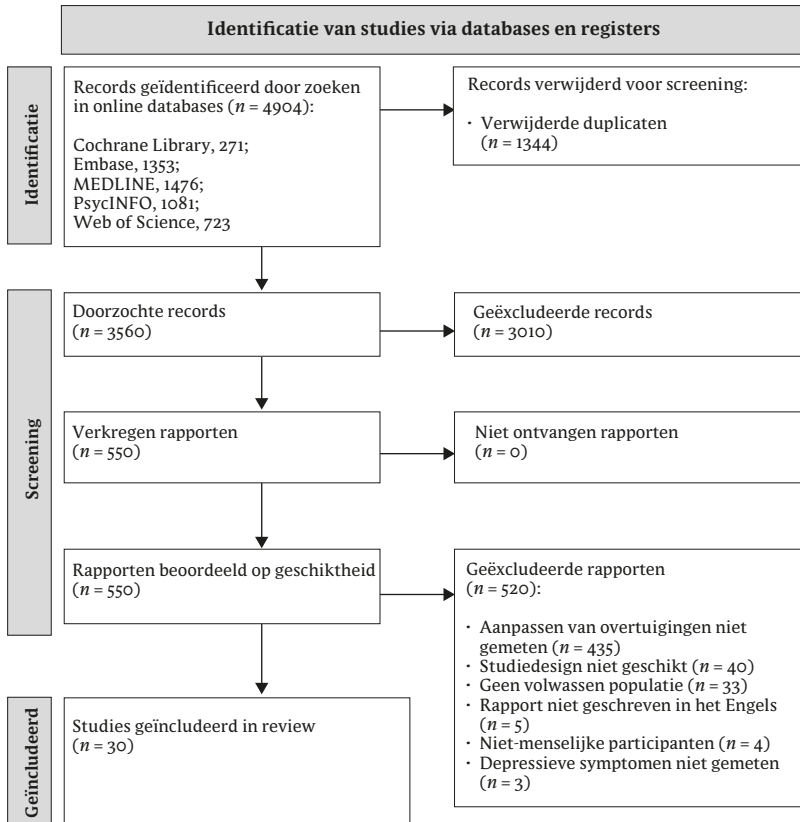
Inclusie- en exclusiecriteria Studies werden geïncludeerd als ze het aanpassen van overtuigingen en depressieve symptomen onderzochten in een volwassen steekproef. Belangrijk is dat alleen studies werden gebruikt waarin deelnemers hun huidige overtuigingen bijstelden. Studies die louter cognitieve flexibiliteit onderzochten, waarbij deelnemers hun overtuigingen niet bijstelden als reactie op positieve of negatieve informatie, vallen buiten het bereik van deze review. Als de studie een interventie omvatte, werden alleen de pre-interventiegegevens meegenomen. Uitgesloten werden artikelen die niet in het Engels waren geschreven en casusrapporten. Bovendien werden studies die geen onderscheid maakten tussen positieve en negatieve feedback uitgesloten. Dit laatste exclusie criterium werd niet expliciet beschreven in onze preregistratie. Studies werden uitgeslo-

ten als er geen gegevens konden worden verkregen na minstens drie keer contact te hebben opgenomen met de auteurs van de studie.

Studieselectie en data-extractie De systematische zoekstrategie leverde 5125 initiële resultaten op, waarvan titels en abstracts werden geëxporteerd uit de elektronische databases en geïmporteerd in de systematische reviewmanagersoftware Covidence (Veritas Health Innovation, z.d.) voor beoordeling. Na verwijdering van dubbele artikelen ($n = 1401$) bleven er 3724 studies over. Twee onderzoekers onderzochten onafhankelijk de titels en abstracts aan de hand van de inclusie- en exclusiecriteria. Na de selectie op titel- en abstractniveau werden 558 studies gekozen voor een volledige tekstbeoordeling, waarvan 33 artikelen werden geselecteerd om te worden opgenomen in onze systematische review. Het zoek- en selectieproces wordt visueel weergegeven in een PRISMA-diagram (zie figuur 1). Een interbeoordelaarsbetrouwbaarheidsanalyse werd uitgevoerd om de consistentie tussen de twee onafhankelijke beoordelaars te bepalen. Deze was matig voor de screening van titels en abstracts ($\kappa = 0,52$) en volledige teksten ($\kappa = 0,57$). In alle geïnccludeerde studies werden depressieve symptomen gemeten op baseline met gevalideerde instrumenten (zie tabel 2) en de gerapporteerde correlaties betreffen steeds de relatie tussen baseline depressiesymptomen en de berekende bijstellingsindexen van de psychologische taken.

Beoordeling van methodologische kwaliteit Een aangepaste versie van de Downs en Black-checklist (Downs & Black, 1998) van Everaert en collega's (2022) werd gebruikt voor de beoordeling van het risico op bias. Deze was aangepast voor de inclusie van niet-gerandomiseerde onderzoeksonwerpen in meta-analytisch onderzoek. De checklist bestaat uit 21 items die de kwaliteit van de rapportage, externe validiteit en interne validiteit beoordelen. Daarnaast werd van elke studie nagegaan of ze was geregistreerd, of de gegevens openbaar beschikbaar waren en of er een poweranalyse was uitgevoerd. De beoordeling van het risico op bias werd onafhankelijk door twee reviewers uitgevoerd om de kwaliteit van de opgenomen studies te beoordelen. Wanneer de twee reviewers van mening verschilden over het risico op bias, diende een derde reviewer als arbiter, zoals aanbevolen door het Agency for Healthcare Research and Quality (Viswanathan et al., 2018). De analyse van het risico op bias werd gevisualiseerd met behulp van de Risk-of-bias VISualization (robvis; McGuinness & Higgins, 2020).

Statistische analyse Analyses werden uitgevoerd in R, versie 4.3.2 (R Core Team, 2024). Voor elk van de geselecteerde studies werden Pearson r effectgroottes ofwel rechtstreeks uit het artikel gehaald, ofwel op verzoek van de auteurs van de studie verkregen, ofwel berekend op basis van beschikbare data. Wanneer effectgroottes werden berekend, hield dit in dat een Pearsoncorrelatie werd berekend tussen de relevante continue varia-



Figuur 1 PRISMA flow-diagram

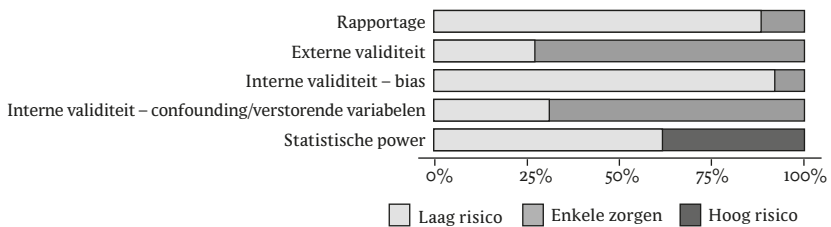
belen in R. In gevallen waar ruwe data niet beschikbaar waren, werden geen transformaties toegepast. De effectgroottes werden geïnterpreteerd als klein van $r = 0,10$ tot $0,29$, medium van $r = 0,30$ tot $0,49$ en groot voor $r = 0,50$ en hoger.

In lijn met de preregistratie werden exploratieve analyses uitgevoerd om de impact van verschillen in de gebruikte experimentele taken voor het bijstellen van overtuigingen te onderzoeken. Deze analyses werden uitgevoerd voor beide richtingen. Alleen taken die in meerdere studies werden gebruikt, werden hierin opgenomen. Heterogeniteit in de modellen wordt gerapporteerd met τ^2 voor de variantie tussen studies en met de I^2 statistiek, die de mate van heterogeniteit van effectgroottes kwantificeert (dat wil zeggen: het percentage van de variantie dat niet wordt toegeschreven aan willekeurige fouten of toeval). Een waarde van $I^2 < 30\%$ werd beschouwd als lage heterogeniteit, van 31% - 60% als matig, van 61% - 75% als substantieel, en van 76% - 100% als aanzienlijk. We maakten *forest plots* met individuele en samengenomen effectgroottes en hun 95% betrouwbaarheidsintervallen.

Resultaten

Studiekenmerken Deze meta-analyse is gebaseerd op data uit 29 studies, met in totaal 3130 deelnemers. Dertien studies waren gepre-registreerd en negen hadden publiek toegankelijke data. Over alle studies heen was ongeveer 67,7% van de deelnemers vrouw, met een gemiddelde leeftijd van 30,7 (SD = 8,4). Een overzicht van de studiekenmerken is te vinden in tabel 1. In totaal werden 50 effectgroottes geëxtraheerd. Tabel 2 geeft een samenvatting van de geëxtraheerde gegevens en de berekende effectgroottes. Er was geen overlap in de steekproeven tussen de studies.

Risico op bias Voor de meeste studies werd een laag risico op bias gevonden voor de subschalen rapportage en interne validiteit – bias, terwijl er enkele bezorgdheden werden gevonden voor de subschalen externe validiteit en interne validiteit – confounding. Zestien van de 29 studies (55,2%) rapporteerden een a-priori poweranalyse. Figuur 2 toont een samenvattende grafiek van de beoordeling van het risico op bias.

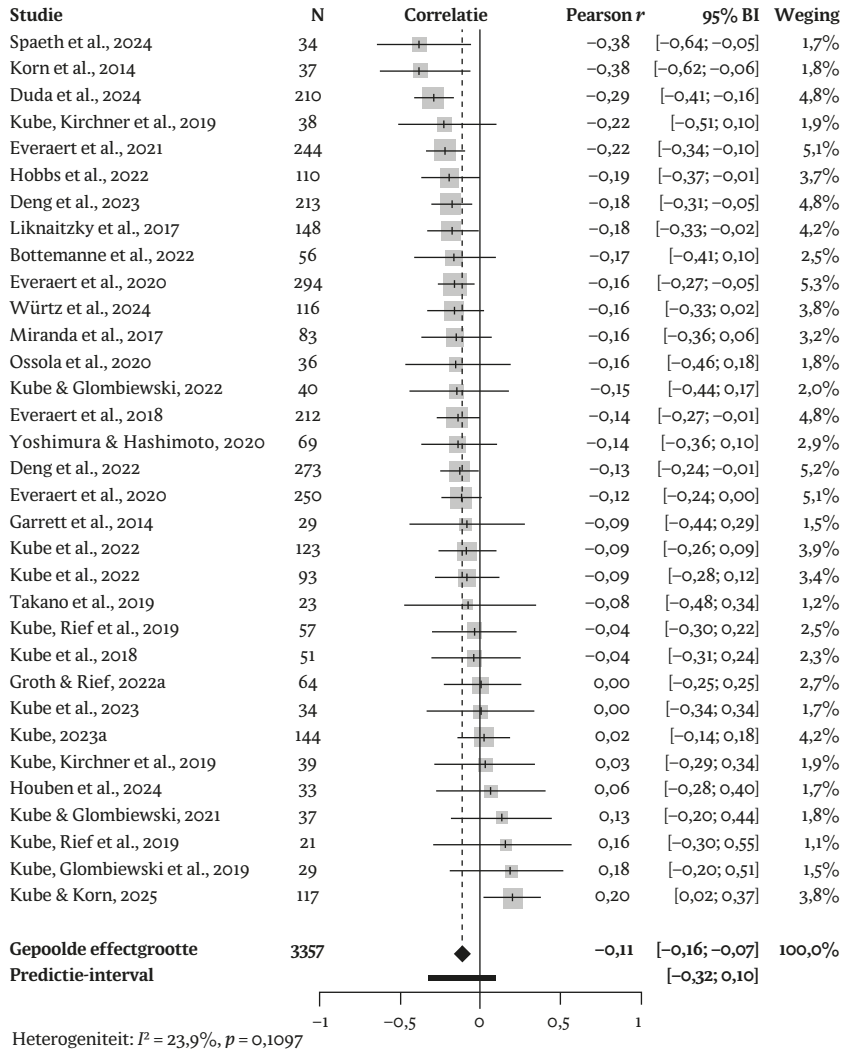


Figuur 2 Samenvattende grafiek van de beoordeling op risico voor bias

Noot. Wat betreft de powerschaal werd het risico op bias gescoord als laag indien de auteurs een poweranalyse rapporteerden; indien zij dat niet hadden gedaan, werd het risico op bias gescoord als hoog.

Depressie hangt samen met minder positieve bijstelling van overtuigingen

Positief bijstellen Er werden 33 effectgroottes berekend uit experimenten die de associatie onderzochten tussen depressieve symptomen en het bijstellen van overtuigingen naar positieve informatie. Een *random-effects*-model vond een significante samengenomen effectgrootte van $r = -0,11$ (95%CI [-0,16, -0,07]). Dit suggereert dat meer depressieve symptomen geassocieerd zijn met een verminderde bijstelling van overtuigingen na het ontvangen van discrepante positieve informatie. De heterogeniteit was laag ($\tau^2=0,01$, $I^2=23,9\%$ (95%CI [0,0%, 50,7%])). Figuur 3 toont de forest plot voor positief bijstellen.



Figuur 3 Forest plot voor positief bijstellen

Negatief bijstellen Er werden 17 effectgroottes afgeleid uit studies die het verband onderzochten tussen depressieve symptomen en het bijstellen van overtuigingen naar negatieve informatie. Het random-effects-model vond een niet-significante samengenomen effectgrootte van $r = -0,05$ (95%CI [-0,12, 0,02]). De heterogeniteit was laag ($\tau^2 = 0,01$, $I^2 = 14,0\%$ 95%CI [0,0%, 50,7%]). Figuur 4 toont de forest plot. Dit suggereert dat er geen aanwijzingen zijn dat depressie gekenmerkt wordt door bijstelproblemen na confrontatie met discrepante negatieve informatie.

Tabel 1 Kenmerken van de geïncludeerde studies

Studie	Land	Steekproef populatie	N (geïncludeerde N)	Percentage vrouw	Gemiddelde leeftijd (SD)	Gepreregistreerd	Data publiek beschikbaar
Bottemanne et al., 2022	Frankrijk	Therapieresistente MDD en communitysteekproef	56	48	52,3 (1,2)	Nee	Nee
Deng et al., 2022	USA	MTurk	273	47,4	37,8 (10,8)	Nee	Nee
Deng et al., 2023	USA	MTurk	213	47,9	39,6 (10,4)	Nee	Nee
Duda et al., 2024	USA	MTurk	210	43,8	38,4 (10,6)	Nee	Nee
Everaert et al., 2018	USA	MTurk	212	56,6	34,3 (10,4)	Nee	Nee
Everaert et al., 2020	USA	MTurk	250	66,8	37,2 (11,7)	Nee	Ja
Everaert et al., 2021	USA	MTurk	244	49,3	39,4 (12,2)	Ja	Ja
Garrett et al., 2014	UK	MDD zonder medicatie en studentensteekproef	29	37,9	30,9 (8,8)	Nee	Nee
Groth & Rief, 2022a	Duitsland	MDD en communitysteekproef	144 (64)	71,9	26,9 (9,1)	Nee	Nee
Hobbs et al., 2022	UK	Prolific – MDD en communitysteekproef	110	71,8	35,0 (13,4)	Ja	Ja
Houben et al., 2024	Duitsland	MDD	139 (33)	63,3	43,9 (14,8)	Ja	Nee
Korn et al., 2014	Duitsland	MDD en studentensteekproef	37	73	27,8 (6,8)	Nee	Nee
Kube & Glombiewski, 2021	Duitsland	Studenten met weinig depressieve klachten	152 (37)	83,8	22,8 (2,6)	Ja	Nee
Kube & Glombiewski, 2022	Duitsland	Studenten met weinig depressieve klachten	99 (32)	79,8	22,4 (9,8)	Ja	Nee
Kube & Glombiewski, 2022	Duitsland	Volwassenen (71% studenten) met weinig depressieve klachten	93 (32)	76,3	28,2 (11,9)	Ja	Nee
Kube & Glombiewski, 2022	Duitsland	Volwassenen (75% studenten) met weinig depressieve klachten	118 (40)	80,7	26,7 (5,5)	Ja	Nee
Kube et al., 2018	Duitsland	Studentensteekproef	102 (51)	92,7	22,7 (3,4)	Nee	Nee
Kube, Glombiewski et al., 2019	Duitsland	Opgenomen MDD	113 (29)	55,2	41,5 (12,1)	Ja	Nee

Communitysteekproef	81 (42)	69,1	28,0 (13,1)	Ja	Nee		
Kube, Kirchner et al., 2019	Duitsland	Communitysteekproef	81 (42)	69,1	28,0 (13,1)	Ja	Nee
Kube, Kirchner et al., 2019	Duitsland	MDD steekproef	76 (38)	59,2	41,3 (14,8)	Ja	Nee
Kube, Kirchner et al., 2019	Duitsland	MDD en communitysteekproef	117 (57)	64,9	36,8 (14,7)	Nee	Nee
Kube, Kirchner et al., 2019	Duitsland	Individueel met verhoogde depressiescores	59 (21)	64,9	25,8 (7,1)	Nee	Nee
Kube et al., 2022	Duitsland	MDD en communitysteekproef	378 (123)	81,4	24,8 (8,6)	Ja	Nee
Kube et al., 2022	Duitsland	MDD en communitysteekproef	292 (93)	75	25,9 (8,2)	Ja	Nee
Kube et al., 2023	Duitsland	Subklinische steekproef	101 (34)	85,3	22,7 (2,9)	Ja	Nee
Kube, 2023a	Duitsland	Volwassenen met weinig depressieve klachten	144	70,5	40,0 (11,5)	Nee	Nee
Kube & Korn, 2025	Duitsland	Studenten	117	76,9	22,3 (3,1)	Ja	Ja
Liknaitzky et al., 2017	USA	M Turk	148	69	31,6 (9,5)	Nee	Ja
Miranda et al., 2017	USA	Studenten	170 (83)	75,3	20,0 (3,4)	Nee	Nee
Ossola et al., 2020	Italië	Opgenomen steekproef met bipolaire stoornis	36	42,2	45,9 (13,1)	Nee	Ja
Spaeth et al., 2024	Duitsland	Studenten	34	55,9	22,8 (3,1)	Nee	Nee
Takano et al., 2019	België	Studenten en communitysteekproef	23	80,4	23,1 (5,6)	Nee	Nee
Würtz et al., 2024	Duitsland	Studenten en communitysteekproef	347 (116)	74,6	26,3 (8,3)	Ja	Ja
Yoshimura & Hashimoto, 2020	Japan	Studenten	69	82,6	19,7 (1,2)	Nee	Nee

Noot. Sommige studies rapporteerden resultaten van meerdere experimenten, welke alleen meermaals werden geïncludeerd indien het ging om onafhankelijke steekproeven. 'Geïncludeerde N' refereert naar het aantal participanten dat relevant was voor deze meta-analyse.
MDD = Major Depressive Disorder

Tabel 2 Geëxtraheerde data en berekende effectgroottes

Studie	Updating richting	Gebruikte taak	Uitkomstmaat depressieve symptomen	Uitkomstmaat taak	Geïncledeerde N	Pearson-correlatie
Bottemanne et al., 2022	Naar negatief	ALET	MADRS	UPD	56	0,09
Deng et al., 2022	Naar negatief	BADE	BDI-II	INT	273	-0,01
Deng et al., 2023	Naar negatief	IIT	BDI-II	INT	213	-0,12
Duda et al., 2024	Naar negatief	BADE	BDI-II	INT	210	-0,05
Everaert et al., 2018	Naar negatief	BADE	BDI-II	INT	212	-0,09
Everaert et al., 2021	Naar negatief	BADE	BDI-II	INT	244	-0,17
Garrett et al., 2014	Naar negatief	ALET	BDI	UPD	29	0,36
Hobbs et al., 2022	Naar negatief	ALET	BDI-II	UPD	110	-0,07
Korn et al., 2014	Naar negatief	ALET	BDI	UPD	37	0,26
Kube & Glombiewski, 2022	Naar negatief	TEMINT	BDI-II	PES	32	-0,21
Kube & Glombiewski, 2022	Naar negatief	TEMINT	BDI-II	PES	32	-0,08
Kube, Kirchner et al., 2019	Naar negatief	TEMINT	BDI-II	PES	42	-0,07
Kube, Kirchner et al., 2019	Naar negatief	TEMINT	BDI-II	PES	38	0,03
Liknaizky et al., 2017	Naar negatief	CIT	CES-D	EVV	148	-0,17
Ossola et al., 2020	Naar negatief	ALET	BDI-II	UPD	36	0,08
Takano et al., 2019	Naar negatief	ERLT	BDI-II	UPD	23	-0,29
Yoshimura & Hashimoto, 2020	Naar negatief	ALET	CES-D	UPD	69	-0,08
Bottemanne et al., 2022	Naar positief	ALET	MADRS	UPD	56	-0,17
Deng et al., 2022	Naar positief	BADE	BDI-II	INT	273	-0,13
Deng et al., 2023	Naar positief	IIT	BDI-II	INT	213	-0,18
Duda et al., 2024	Naar positief	BADE	BDI-II	INT	210	-0,29
Everaert et al., 2018	Naar positief	BADE	BDI-II	INT	212	-0,14

OVERTUIGINGEN AANPASSEN BIJ DEPRESSIEVE KLACHTEN

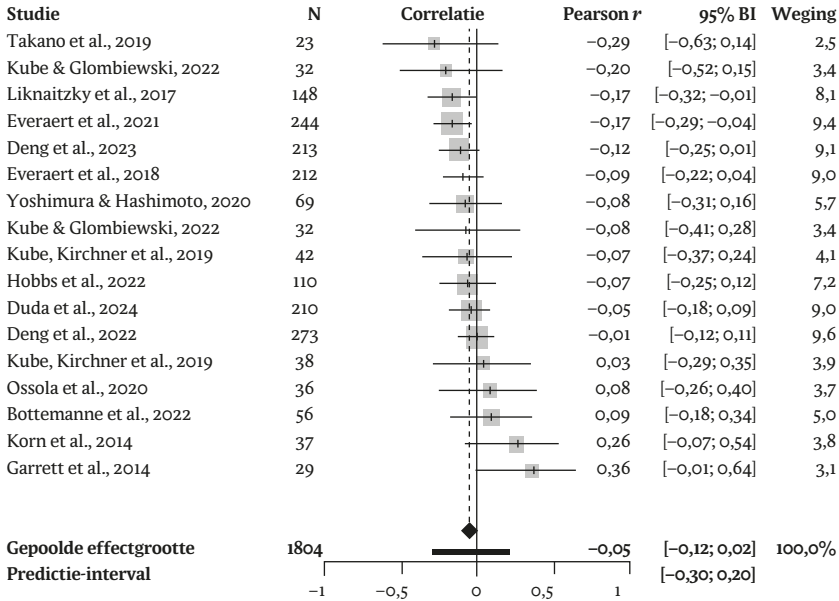
Everaert et al., 2020	Naar positief	BADE	BDI-II	INT	250	-0,12
Everaert et al., 2020	Naar positief	BADE	BDI-II	INT	294	-0,16
Everaert et al., 2021	Naar positief	BADE	BDI-II	INT	244	-0,22
Garrett et al., 2014	Naar positief	ALET	BDI	UPD	29	-0,09
Groth & Rief, 2022a	Naar positief	Cyberball	PHQ9	UPD	64	0,00
Hobbs et al., 2022	Naar positief	ALET	BDI-II	UPD	110	-0,19
Houben et al., 2024	Naar positief	BADE	BDI-II	UPD	34	0,07
Korn et al., 2014	Naar positief	ALET	BDI	UPD	37	-0,38
Kube & Glombiewski, 2021	Naar positief	TEMINT	BDI-II	PES	37	0,13
Kube & Glombiewski, 2022	Naar positief	TEMINT	BDI-II	PES	40	-0,15
Kube et al., 2018	Naar positief	TEMINT	BDI-II	PES	51	0,04
Kube, Glombiewski et al., 2019	Naar positief	TEMINT	BDI-II	PES	29	0,18
Kube, Kirchner et al., 2019	Naar positief	TEMINT	BDI-II	PES	39	0,03
Kube, Kirchner et al., 2019	Naar positief	TEMINT	BDI-II	PES	38	-0,22
Kube, Rief et al., 2019	Naar positief	TEMINT	BDI-II	PES	57	-0,04
Kube, Rief et al., 2019	Naar positief	TEMINT	BDI-II	PES	21	0,16
Kube et al., 2022	Naar positief	TEMINT	BDI-II	PES	123	-0,09
Kube et al., 2022	Naar positief	ISI	BDI-II	PES	93	-0,09
Kube et al., 2023	Naar positief	TEMINT	BDI-II	PES	34	0,00
Kube, 2023a	Naar positief	ISI	BDI-II	SES	144	0,02
Kube & Korn, 2025	Naar positief	Monopoly task	BDI-II	UPD	117	0,20
Liknaitzky et al., 2017	Naar positief	CIT	CES-D	EVV	148	-0,18
Miranda et al., 2017	Naar positief	FET	CES-D	FEQ	83	-0,16

Tabel 2 *Vervolg*

Ossola et al., 2020	Naar positief	ALET	BDI-II	UPD	36	-0,16
Spaeth et al., 2024	Naar positief	BADE	BDI-II	UPD	34	-0,38
Takano et al., 2019	Naar positief	ERLT	BDI-II	UPD	23	-0,08
Würitz et al., 2024	Naar positief	TEMINT	QIDS	PES	116	-0,16
Yoshimura & Hashimoto, 2020	Naar positief	ALET	CES-D	UPD	69	-0,14

Nota. Sommige studies rapporteerden resultaten van meerdere experimenten, die alleen meermaals geïncludeerd werden indien onafhankelijke steekproeven werden gebruikt. Geïncludeerde *N*' refereert naar het aantal participanten dat relevant was voor deze meta-analyse. Voor Deng en collega's (2022) werden zowel de BADE- als IIT-data geëxtraheerd, maar in lijn met het principe van participanten slechts eenmaal te includeren in een meta-analyse, kozen we voor de BADE-data, aangezien deze de meest gebruikte taak was. De bijstellen-naar-positief-correlatie voor de IIT was -0,10 en de bijstellen-naar-negatief correlatie voor de IIT was 0,06. Een sensitiviteitsanalyse toonde aan dat de keuze voor de BADE boven de IIT de resultaten van de random-effects-modellen niet veranderde.

ALET = Adverse Life Events taak van Sharot et al., 2011; BADE = Bias Agamst Disconfirmatory Evidence; BDI-II = Beck Depression Inventory – 2nd Edition; CES-D = Center of Epidemiological Studies – Depression; CIT = Contingent Inference Task; ERLT = Emotional Reversal Learning Task; EVV = Expectancy-Violation Vignettes; FEQ = Future Events Questionnaire; FET = Future Events Task; IIT = Interpretation Inflexibility Task; INT = Change in probability of interpretations; ISI = Imagined Social Interactions task; MADRS = Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale; PES = Performance Expectations Scale – Generalized performance expectations subscale; PHQ9 = Patient Health Questionnaire – 9 items; QIDS = Quick Inventory of Depressive Symptomatology; SES = Social Expectations Scale; TEMINT = Test of Emotional Intelligence; UPD = Belief Updating Dependent variable; uitkomstmaat van de taak voor het bijstellen van overtuigingen die de verandering van de initiële schatting van de overtuiging ten opzichte van de tweede schatting van de overtuiging weerspiegelt.



Heterogeniteit: $I^2 = 14\%$, $p = 0,29$

Figuur 4 Forest plot voor negatief bijstellen

Analyse van de invloed van de gebruikte taak Verschillende taken voor het bijstellen van overtuigingen werden gebruikt in de geïncludeerde studies. Verkennende analyses werden uitgevoerd om te onderzoeken of de sterkte van de associaties verschilde tussen deze taken, voor zowel de positieve als de negatieve bijstellingsrichting. Tabel 3 rapporteert de resultaten van deze analyse. Voor positieve bijstelling observeerden we significante verschillen in depressie-bijstellingscorrelaties tussen de taken, waarbij de correlaties enkel significant van 0 verschilden voor de BADE- en ALET-taken. Dit betekent dat aan depressie gerelateerde moeilijkheden in het bijstellen van overtuigingen na het ontvangen van positieve discrepante informatie met name zichtbaar waren voor deze twee taken. Dit was niet het geval voor de TEMINT. Voor negatieve bijstelling observeerden we echter geen verschillen tussen de taken ($p = 0,144$) en verschilden de depressie-bijstellingscorrelaties voor alle drie de taken niet significant van 0.

*Er zijn geen
aanwijzingen voor het
bijstellen van
overtuigingen na
negatieve informatie
bij depressie*

Tabel 3 Analyse van het effect van gebruikte taak voor het bijstellen van overtuigingen

Positief bijstellen						
Taak	k	Pearson-correlatie	95% CI	τ^2	I^2	p
ALET	6	-0,19	[-0,27, -0,09]	0,003	0,0%	< 0,001
BADE	8	-0,18	[-0,24, -0,12]	0,004	0,0%	
TEMINT	13	-0,04	[-0,11, 0,02]	0,005	0,0%	
Negatief bijstellen						
Taak	k	Pearson-correlatie	95% CI	τ^2	I^2	p
ALET	6	0,07	[-0,11, 0,25]	0,017	28,8%	0,144
BADE	4	-0,08	[-0,19, 0,03]	0,002	15,2%	
TEMINT	4	-0,08	[-0,23, 0,08]	0,002	0,0%	

Noot. Subgroepanalyses werden alleen uitgevoerd wanneer taken in meerdere studies werden gebruikt ($k \geq 4$). ALET: Adverse Life Events taak van Sharot en collega's (2011); BADE: Bias Against Disconfirmatory Evidence; TEMINT: Test of Emotional INTElligence.

Discussie

Deze meta-analyse ging na in welke mate depressieve klachten samenhangen met moeilijkheden in het bijsturen van overtuigingen na confrontatie met positieve of negatieve discrepante informatie. We vonden dat depressiegerelateerde veranderingen in het bijstellen van overtuigingen valentief afhankelijk zijn. Depressieve klachten waren alleen geassocieerd met een verminderde positieve bijstelling. De effectgrootte was klein en afhankelijk van de gebruikte meetmethode (dat wil zeggen: voor een aantal taken werd een meer uitgesproken effect gevonden). Terwijl het bijstellen van interpretaties en verwachtingen met betrekking tot toekomstige gebeurtenissen als reactie op nieuwe positieve informatie verminderd was, werden er geen associaties gevonden tussen depressieve klachten en het bijstellen van overtuigingen als reactie op negatieve informatie. De meeste studies toonden een laag risico op bias wat betreft interne validiteit, en beperkte risico's met betrekking tot externe validiteit.

Het bijstelprobleem bij depressie lijkt valentiespecifiek

De huidige meta-analyse biedt verdere ondersteuning voor theorieën die suggereren dat het bijstellen van overtuigingen verminderd is bij depressie (Kube 2023a; Kube et al., 2020). Onze resultaten suggereren dat depressie niet alleen gekop-

peld is aan niet-helpende overtuigingen (Beck, 1963), maar ook aan moeilijkheden in het bijstellen van die overtuigingen. Onze resultaten suggereren dat om depressie te begrijpen niet alleen de inhoud van iemands overtuigingen belangrijk is, maar ook diens flexibiliteit in het bijstellen van overtuigingen wanneer hij of zij geconfronteerd wordt met tegenstrijdig bewijs (Kube et al., 2020). Deze verschuiving naar het begrijpen van het bijstellen van overtuigingen biedt een meer dynamische kijk op cognitieve verwerking bij depressie, waarbij individuen niet alleen kunnen worstelen met hun negatieve overtuigingen, maar ook met hun onvermogen om deze overtuigingen vervolgens te herzien in het licht van weerleggend bewijs. Dit lijkt met name het geval te zijn wanneer dergelijke overtuigingen in positieve richting bijgestuurd dienen te worden, terwijl er geen problemen lijken op te treden in het bijsturen van overtuigingen in negatieve richting. Hoewel de gevonden effectgrootte klein was, sluit de bevinding van een verminderde positieve bijsturing aan bij andere kleine en middelgrote effectgroottes van cognitieve mechanismen bij depressie (bijvoorbeeld: Rock et al., 2014). Bovendien kunnen zelfs kleine effecten in grote populaties betekenisvolle implicaties hebben. In een breder kader sluit de huidige meta-analyse aan bij theorieën die flexibiliteit en het bijstellen van informatie benadrukken als een kernmechanisme bij depressie en bij geestelijke gezondheid in het algemeen (Kashdan & Rottenberg, 2010).

Het tekort in positief bijstellen bij volwassenen met depressieve klachten lijkt te variëren tussen de taken. In de bijkomende analyses waren de emotionele BADE – die interpretatieflexibiliteit weerspiegelt – en de ALET – die de verandering in verwachtingen omtrent toekomstige levensgebeurtenissen meet – als enige significant geassocieerd met depressieve klachten. De TEMINT – die verwachtingen over prestaties onderzoekt – vertoonde daarentegen geen significante relatie met depressieve symptomen. Dit is mogelijk te wijten aan verschillen tussen taken in de wijze waarop het bijstellen van positieve overtuigingen berekend wordt (Everaert et al., 2018; Korn et al., 2014; Kube, 2023a). Waar de emotionele BADE en de ALET rekening houden met de initiële overtuigingen, doet de TEMINT dat niet. Hierdoor kunnen verschillen in uitgangsovertuigingen (dat wil zeggen: de geloofwaardigheid en intensiteit van de overtuiging voorafgaand aan confrontatie met discrepante positieve informatie) de mate van bijstelling beïnvloeden.

De huidige meta-analyse vond verder geen verband tussen depressieve symptomen en het bijstellen van overtuigingen als reactie op discrepante negatieve informatie. Deze resultaten zijn in lijn met de kwantitatieve review van Kube (2023a), die suggereerde dat bij het bijstellen van overtuigingen depressie niet geassocieerd is met een overmatige gevoeligheid voor nieuwe negatieve informatie. Dit wijst er bijgevolg op dat problemen in het bijstellen van overtuigingen bij depressie valentiespecifiek zijn. Cognitieve immunisatie biedt een mogelijke verklaring voor dit valentiespecifieke tekort bij depressie. Cognitieve immunisatie, dat het cognitief devalueren van onverwacht positieve informatie inhoudt, kan het bijstellen van

overtuigingen in het licht van positieve informatie belemmeren (Kube & Glombiewski, 2021, 2022), met name doordat individuen met verhoogde niveaus van depressie de betrouwbaarheid en waarde van positieve informatie verminderen, of positieve informatie als een uitzonderlijke gebeurtenis beschouwen. Echter, wanneer ze negatieve informatie ontvangen, verschillen individuen met verhoogde niveaus van depressie niet van individuen met lage niveaus van depressie. Het is ook mogelijk dat individuen met verhoogde depressieve symptomen over het algemeen al meer negatieve overtuigingen hebben, waardoor negatieve informatie niet dezelfde mate van bijstelling van de overtuiging vereist (bijvoorbeeld omdat daarbij sprake is van een verminderde discrepantie). In dat geval zouden bestaande taken minder sensitief zijn voor het detecteren van problemen met het bijstellen van overtuigingen na het krijgen van negatieve discrepante informatie bij depressie, dan in reactie op positieve informatie. Dergelijke mechanismen kunnen de geobserveerde verschillen verklaren tussen het bijstellen van overtuigingen in functie van positieve en negatieve informatie.

Implicaties voor de klinische praktijk Wat betreft therapeutische interventies voor de behandeling van depressie blijven er aanzienlijke uitdagingen bestaan. Tot de helft van de cliënten vertoont immers nog restklachten na het afronden van psychotherapie (Lorimer et al., 2019). Het verbeteren van psychotherapeutische benaderingen bij depressie vormt dan ook een prangende maatschappelijke uitdaging. Het huidige onderzoek wijst op het belang van aandacht voor problemen in het bijsturen van overtuigingen ten aanzien van positieve informatie binnen de casusconceptualisatie. Daarnaast kan dit onderzoeksdomein de klinische praktijk verder brengen door nieuwe richtingen voor behandeling aan te reiken. Onze resultaten wijzen met name op een belangrijke rol voor interventies die zich expliciet richten op het in rekening brengen van disconfirmerende informatie en ervaringen. Daarbij zou men cliënten specifiek kunnen trainen om positieve veranderingen in hun omgeving op te merken en deze ervaringen te integreren in hun denken. Mogelijk draagt het bijstellen van overtuigingen bij aan symptoomreductie door een verhoogde verwerking van positieve veranderingen. Eerder onderzoek toont inderdaad aan dat overtuigingen effectiever in een positieve richting werden bijgesteld na een farmacologische interventie (Bottemanne et al., 2022). Het bevorderen van dit proces van het bijstellen van overtuigingen binnen psychotherapie zou cliënten kunnen helpen om depressieve symptomen te verminderen en hun welzijn te vergroten. Uit eerder onderzoek blijkt bovendien dat het bijstellen van overtuigingen in positieve richting samenhangt met een vermindering van depressieve symptomen, mogelijk via gedeelde onderliggende processen (Bottemanne et al., 2022). Hoewel de gevonden effectgrootte in de huidige meta-analyse klein is, kunnen therapeutische interventies die zich specifiek richten op het bijstellen van overtuigingen een relevant klinisch potentieel hebben, gezien het grote aantal cliënten met een depressieve stoornis.

Hoewel onze resultaten belangrijke theoretische implicaties hebben voor het begrijpen van het bijstellen van overtuigingen bij depressie, dienen de klinische implicaties met voorzichtigheid te worden geïnterpreteerd. Tussen fundamenteel experimenteel onderzoek en klinische toepasbaarheid liggen belangrijke stappen, waaronder het vaststellen van veranderbaarheid van deze processen, het vertalen van paradigma's naar therapeutisch bruikbare interventies, en het evalueren van haalbaarheid, acceptatie en effectiviteit binnen klinische populaties. Toekomstig onderzoek is dan ook nodig om te bepalen wat de plaats is van problemen in het bijstellen van overtuigingen binnen de casusconceptualisatie, hoe dit optimaal gemeten wordt binnen de klinische praktijk, en in welke mate het versterken van deze processen kan bijdragen aan bestaande psychotherapeutische modellen en behandelingen.

Therapeutische focus op het integreren van positieve correctieve ervaringen is mogelijk zinvol

Beperkingen en suggesties voor toekomstig onderzoek De huidige meta-analyse kent verschillende beperkingen. Ten eerste hebben we weliswaar de relatie tussen depressieve symptomen en het bijstellen van overtuigingen onderzocht, maar is het mogelijk dat niet specifiek depressie, maar een ander of breder construct (bijvoorbeeld neuroticisme of angst) nauwer samenhangt met het bijstellen van overtuigingen. Een recente studie toonde inderdaad aan dat verschillende vormen van psychopathologie verband houden met een tekort in het bijstellen van overtuigingen (Gibbs-Dean et al., 2023), wat suggereert dat verminderde bijstelling mogelijk een transdiagnostisch kwetsbaarheidsmechanisme vormt. Ten tweede richtte de huidige studie zich op een specifiek aspect van het bijstellen van overtuigingen, namelijk wanneer expliciete overtuigingen werden onderzocht. Overtuigingen kunnen echter zowel impliciet als expliciet zijn (Phillips et al., 2010). Begrijpen hoe het bijstellen van impliciete overtuigingen samenhangt met depressie vormt een interessante richting voor toekomstig onderzoek. Ten derde hield het huidige onderzoek geen rekening met de grootte van de aanpassing (dat wil zeggen: de mate van discrepantie) tussen de initiële overtuiging en de nieuwe informatie. Dit kan belangrijk zijn voor het bijstellingsproces, aangezien sommige studies suggereren dat het bijstellen van overtuigingen beperkter is wanneer individuen extreem positieve informatie ontvangen (Kube, 2023a). Ten vierde heeft het bijstellen van overtuigingen aspecten die nog niet of onvoldoende zijn onderzocht (bijvoorbeeld het bijstellen van overtuigingen op basis van informatie die niet gerelateerd is aan het zelf). Het is bijgevolg onduidelijk of deze bevindingen tevens voor dergelijke overtuigingen opgaan. Tot slot maken verschillende studies gebruik van niet-klinische populaties en hebben sommige deelnemers in de geïncludeerde studies mogelijk een behandeling ontvangen, wat de relatie tussen het bijstellen van overtuigingen en de-

pressieve symptomen kan hebben beïnvloed. Toekomstig onderzoek zou het mogelijk effect van behandeling op bijstellingsprocessen bij depressie kunnen nagaan.

Conclusie Het bijstellen van onze overtuigingen speelt een centrale rol in het verlichten van depressieve symptomen. De huidige meta-analyse onderzocht de sterkte van de verbanden tussen depressieve symptomen en veranderingen in het bijstellen van overtuigingen als reactie op zowel positieve als negatieve discrepante informatie. De bevindingen tonen aan dat moeilijkheden in het bijstellen van overtuigingen specifiek optreden bij het verwerken van positieve informatie. Deze resultaten helpen te begrijpen welke cognitieve mechanismen mogelijk ten grondslag liggen aan depressie, en dragen bij aan het verfijnen van huidige cognitieve en therapeutische interventies.

Yannick Vander Zwalm is verbonden aan de Vakgroep Experimenteel-Klinische en Gezondheidspsychologie, Universiteit Gent, en aan het Department of Psychology, Yale University, Connecticut, VS.

Sarah Struyf, Ernst Koster, Kristof Hoorelbeke en Jente Depoorter zijn verbonden aan de Vakgroep Experimenteel-Klinische en Gezondheidspsychologie, Universiteit Gent.

Reut Zabag en Jutta Joormann zijn werkzaam bij het Department of Psychology, Yale University, Connecticut, VS.

Tobias Kube is verbonden aan het Institute of Psychology, Goethe University, Frankfurt am Main, Duitsland.

Correspondentieadres: Yannick Vander Zwalm, Universiteit Gent, Vakgroep Experimenteel-Klinische en Gezondheidspsychologie, Henri Dunantlaan 2, 9000 Gent, België. E-mail: y.vander.zwalm@ugent.be

Summary

Deficits in belief updating in adults experiencing depressive symptoms: A systematic review and meta-analysis

Studies show that adults with depressive symptoms struggle to flexibly adjust their beliefs. However, it remains unclear how strong this association is, under what conditions it occurs, and in which direction beliefs can be modified. In this pre-registered systematic review and meta-analysis, we examine the association between depressive symptoms and belief updating, both in the direction of positive and negative information. Twenty-nine studies with a total of 3,130 participants were included. We found a small, significant association ($r = -0.11$) between depressive symptoms and belief updating following positive information, but not following negative information. This meta-analysis confirms that depressive symptoms are associated with reduced belief updating in response to positive disconfirming information, while no association was found with belief updating in response to negative information.

Keywords *belief updating, depression, systematic review, meta-analysis, cognitive flexibility*

Referenties

- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Publishing. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Beck, A. T. (1963). Thinking and depression: I. Idiosyncratic content and cognitive distortions. *Archives of General Psychiatry*, 9, 324-333. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1963.01720160014002>
- Beck, A. T. (2008). The evolution of the cognitive model of depression and its neurobiological correlates. *American Journal of Psychiatry*, 165, 969-977. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.08050721>
- Beck, A. T., Rush, A., Shaw, B., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. The Guilford Press.
- Bottemanne, H., Morlaas, O., Claret, A., Sharot, T., Fossati, P., & Schmidt, L. (2022). Evaluation of early ketamine effects on belief-updating biases in patients with treatment-resistant depression. *JAMA Psychiatry*, 79, 1124. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2022.2996>
- Clark, D. A., & Beck, A. T. (2010). Cognitive theory and therapy of anxiety and depression: Convergence with neurobiological findings. *Trends in Cognitive Sciences*, 14, 418-424. <http://dx.doi.org/10.1016/j.tics.2010.06.007>
- Deng, W., Cannon, T. D., & Joormann, J. (2023). Social impression formation and depression: Examining cognitive flexibility and bias. *Cognition & Emotion*, 37, 137-146. <https://doi.org/10.1080/02699931.2023.2165043>
- Deng, W., Everaert, J., Creighton, M., Bronstein, M. V., Cannon, T., & Joormann, J. (2022). Developing a novel assessment of interpretation flexibility: Reliability, validity and clinical implications. *Personality and Individual Differences*, 190, 111548. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2022.111548>
- Disner, S. G., Beevers, C. G., Haigh, E. A., & Beck, A. T. (2011). Neural mechanisms of the cognitive model of depression. *Nature Reviews Neuroscience*, 12, 467-477. <https://doi.org/10.1038/nrn3027>
- Downs, S. H., & Black, N. (1998). The feasibility of creating a checklist for the assessment of the methodological quality both of randomised and non-randomised studies of health care interventions. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 52, 377-384. <https://doi.org/10.1136/jech.52.6.377>
- Dozois, D. J., & Beck, A. T. (2008). Cognitive schemas, beliefs and assumptions. In K. S. Dobson & D. J. A. Dozois (Eds.), *Risk factors in depression* (pp. 119-143). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-08-045078-0.00006-X>
- Duda, J. M., Fineberg, S. K., Deng, W., Ma, Y., Everaert, J., Cannon, T. D., & Joormann, J. (2024). Borderline personality disorder features are associated with inflexible social interpretations. *Journal of Affective Disorders*, 348, 78-87. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.12.036>
- Everaert, J., Bronstein, M. V., Cannon, T. D., & Joormann, J. (2018). Looking through tinted glasses: Depression and social anxiety are related to both interpretation biases and inflexible negative interpretations. *Clinical Psychological Science*, 6, 517-528. <https://doi.org/10.1177/2167702617747968>
- Everaert, J., Bronstein, M. V., Cannon, T. D., Klonsky, E. D., & Joormann, J. (2021). Inflexible interpretations of ambiguous social situations: A novel predictor of suicidal ideation and the beliefs that inspire it. *Clinical Psychological Science*, 9, 879-899. <https://doi.org/10.1177/2167702621993867>
- Everaert, J., Bronstein, M. V., Castro, A. A., Cannon, T. D., & Joormann, J. (2020). When negative interpretations persist, positive emotions don't! Inflexible negative interpretations encourage depression and social anxiety by dampening positive emotions. *Behaviour Research and Therapy*, 124, 103510. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2019.103510>
- Everaert, J., Vrijzen, J. N., Martin-Willett, R., van de Kraats, L., & Joormann, J. (2022). A meta-analytic review of the relationship between explicit memory bias and depression: Depression features an explicit memory bias that persists beyond a depressive episode. *Psychological Bulletin*, 148, 435-463. <https://doi.org/10.1037/bul0000367>

- Feldmann, M., Kube, T., Rief, W., & Brake-meier, E. (2022). Testing Bayesian models of belief updating in the context of depressive symptomatology. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 32, e1946. <https://doi.org/10.1002/mpr.1946>
- Gagne, C., Agai, S., Ramiro, C., Dayan, P., & Bishop, S. (2022). Biased belief priors versus biased belief updating: Differential correlates of depression and anxiety. *PLoS Computational Biology/PLoS Computational Biology*, 18, e1010176. <https://doi.org/10.1371/journal.pcbi.1010176>
- Garrett, N., Sharot, T., Faulkner, P., Korn, C. W., Roiser, J. P., & Dolan, R. J. (2014). Losing the rose tinted glasses: Neural substrates of unbiased belief updating in depression. *Frontiers in Human Neuroscience*, 8, 639. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2014.00639>
- Gibbs-Dean, T., Katthagen, T., Tsenkova, I., Ali, R., Liang, X., Spencer, T., & Diederer, K. (2023). Belief updating in psychosis, depression and anxiety disorders: A systematic review across computational modelling approaches. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 147, 105087. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2023.105087>
- Goldney, R. D., Fisher, L. J., Dal Grande, E., & Taylor, A. W. (2004). Subsyndromal depression: Prevalence, use of health services and quality of life in an Australian population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 293-298. <https://doi.org/10.1007/s00127-004-0745-5>
- Gotlib, I. H., & Joormann, J. (2010). Cognition and depression: Current status and future directions. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 285-312. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.121208.131305>
- Groth, R., & Rief, W. (2022a). Response to unexpected social inclusion: A study using the cyberball paradigm. *Frontiers in Psychiatry*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.911950>
- Groth, R., & Rief, W. (2022b). You were better than expected – An experimental study to examine expectation change in a non-clinical sample. *Frontiers in Psychology*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.862946>
- Hobbs, C., Vozarova, P., Sabharwal, A., Shah, P., & Button, K. (2022). Is depression associated with reduced optimistic belief updating? *Royal Society Open Science*, 9, 190814. <https://doi.org/10.1098/rsos.190814>
- Hollon, S. D., Thase, M. E., & Markowitz, J. C. (2002). Treatment and prevention of depression. *Psychological Science in the Public Interest*, 3, 39-77. <https://doi.org/10.1111/1529-1006.00008>
- Houben, M., Rief, W., Gärtner, T., & Kube, T. (2024). Modulating the value of positive feedback does not influence expectation change in major depression – What can be learned from a failed replication? *Cognitive Therapy and Research*, 49, 50-61. <https://doi.org/10.1007/s10608-024-10550-5>
- Kashdan, T. B., & Rottenberg, J. (2010). Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. *Clinical Psychology Review*, 30, 865-878. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.03.001>
- Korn, C. W., Sharot, T., Walter, H., Heekeren, H. R., & Dolan, R. J. (2014). Depression is related to an absence of optimistically biased belief updating about future life events. *Psychological Medicine*, 44(3), 579-592. <https://doi.org/10.1017/S0033291713001074>
- Kube, T. (2023a). If the discrepancy between expectations and actual information is too large, expectation change decreases – A replication study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 79, 101831. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2022.101831>
- Kube, T. (2023b). Biased belief updating in depression. *Clinical Psychology Review*, 103, 102298. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2023.102298>
- Kube, T., & Glombiewski, J. A. (2021). How depressive symptoms hinder positive information processing: An experimental study on the interplay of cognitive immunisation and negative mood in the context of expectation adjustment. *Cognitive Therapy and Research*, 45, 517-528. <https://doi.org/10.1007/s10608-020-10191-4>
- Kube, T., & Glombiewski, J. A. (2022). No evidence for the involvement of cognitive immunisation in updating beliefs about the self in three non-clinical sam-

- ples. *Cognitive Therapy and Research*, 46, 43-61. <https://doi.org/10.1007/s10608-021-10256-y>
- Kube, T., Glombiewski, J. A., Gall, J., Touissant, L., Gärtner, T., & Rief, W. (2019a). How to modify persisting negative expectations in major depression? An experimental study comparing three strategies to inhibit cognitive immunization against novel positive experiences. *Journal of Affective Disorders*, 250, 231-240. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.03.027>
- Kube, T., Kirchner, L., Gärtner, T., & Glombiewski, J. A. (2023). How negative mood hinders belief updating in depression: Results from two experimental studies. *Psychological Medicine*, 53, 1288-1301. <https://doi.org/10.1017/S0033291721002798>
- Kube, T., Kirchner, L., Lemmer, G., & Glombiewski, J. A. (2022). How the discrepancy between prior expectations and new information influences expectation updating in depression—The greater, the better? *Clinical Psychological Science*, 10, 430-449. <https://doi.org/10.1177/21677026211024644>
- Kube, T., Kirchner, L., Rief, W., Gärtner, T., & Glombiewski, J. A. (2019b). Belief updating in depression is not related to increased sensitivity to unexpectedly negative information. *Behaviour Research and Therapy*, 123, 103509. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2019.103509>
- Kube, T., & Korn, C. (2025). Induced negative affect hinders self-referential belief updating in response to social feedback. *Emotion*, 25, 174-185. <https://doi.org/10.1037/em00001426>
- Kube, T., Rief, W., Gollwitzer, M., Gärtner, T., & Glombiewski, J. A. (2019c). Why dysfunctional expectations in depression persist – Results from two experimental studies investigating cognitive immunization. *Psychological Medicine*, 49, 1532-1544. <https://doi.org/10.1017/S0033291718002106>
- Kube, T., Rief, W., Gollwitzer, M., & Glombiewski, J. A. (2018). Introducing an EXperimental Paradigm to investigate Expectation Change (EXPEC). *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 59, 92-99. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2017.12.002>
- Kube, T., Schwarting, R., Rozenkrantz, L., Glombiewski, J. A., & Rief, W. (2020). Distorted cognitive processes in major depression: A predictive processing perspective. *Biological Psychiatry*, 87, 388-398. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2019.07.017>
- Levens, S. M., & Gotlib, I. H. (2009). Impaired selection of relevant positive information in depression. *Depression and Anxiety*, 26, 403-410. <https://doi.org/10.1002/da.20565>
- Liknaitzky, P., Smillie, L. D., & Allen, N. B. (2017). Out-of-the-blue: Depressive symptoms are associated with deficits in processing inferential expectancy-violations using a novel cognitive rigidity task. *Cognitive Therapy and Research*, 41, 757-776. <https://doi.org/10.1007/s10608-017-9853-x>
- Lorimer, B., Delgado, J., Kellett, S., & Brown, G. (2019). Exploring relapse through a network analysis of residual depression and anxiety symptoms after cognitive behavioural therapy: A proof-of-concept study. *Psychotherapy Research*, 30, 650-661. <https://doi.org/10.1080/10503307.2019.1650980>
- McGuinness, L. A., & Higgins, J. P. T. (2020). Risk-of-bias VISualization (robvis): An R package and Shiny web app for visualizing risk-of-bias assessments. *Research Synthesis Methods*, 12, 55-61. <https://doi.org/10.1002/jrsm.1411>
- Miranda, R., Weierich, M., Khait, V., Jurska, J., & Andersen, S. M. (2017). Induced optimism as mental rehearsal to decrease depressive predictive certainty. *Behaviour Research and Therapy*, 90, 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2016.11.011>
- Ossola, P., Garrett, N., Sharot, T., & Marchesi, C. (2020). Belief updating in bipolar disorder predicts time of recurrence. *eLife*, 9. <https://doi.org/10.7554/elife.58891>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ (Clinical Research*

- Edition*), 372, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Phillips, W. J., Hine, D. W., & Thorsteins-son, E. B. (2010). Implicit cognition and depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 30, 691-709. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.05.002>
- Quigley, L., Thiruchselvam, T., & Quilty, L. C. (2022). Cognitive control biases in depression: A systematic review and meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 148, 662. <https://doi.org/10.1037/bul0000372>
- R Core Team. (2024). *R: A language and environment for statistical computing*. R Foundation for Statistical Computing. www.R-project.org
- Rief, W., & Joormann, J. (2019). Revisiting the cognitive model of depression: The role of expectations. *Clinical Psychology in Europe*, 1, 1-19. <https://doi.org/10.32872/cpe.v1i1.32605>
- Rock, P. L., Roiser, J. P., Riedel, W. J., & Blackwell, A. (2014). Cognitive impairment in depression: A systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 44, 2029-2040. <https://doi.org/10.1017/S0033291713002535>
- Rodríguez, M. R., Nuevo, R., Chatterji, S., & Ayuso-Mateos, J. L. (2012). Definitions and factors associated with subthreshold depressive conditions: A systematic review. *BMC Psychiatry*, 12, 1-7. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-12-181>
- Sharot, T., Korn, C. W., & Dolan, R. J. (2011). How unrealistic optimism is maintained in the face of reality. *Nature Neuroscience*, 14, 1475-1479. <https://doi.org/10.1038/nn.2949>
- Spaeth, A. M., Koenig, S., Everaert, J., Glombiewski, J. A., & Kube, T. (2024). Are depressive symptoms linked to a reduced pupillary response to novel positive information? An eye tracking proof-of-concept study. *Frontiers in Psychology*, 15, 1253045. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1253045>
- Takano, K., van Grieken, J., & Raes, F. (2019). Difficulty in updating positive beliefs about negative cognition is associated with increased depressed mood. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 64, 22-30. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2019.02.001>
- Veritas Health Innovation. (z.d.). *Covidence systematic review software*. www.covidence.org
- Viswanathan, M., Patnode, C. D., Berkman, N. D., Bass, E. B., Chang, S., Hartling, L., Murad, M. H., Treadwell, J. R., & Kane, R. L. (2018). Recommendations for assessing the risk of bias in systematic reviews of health-care interventions. *Journal of Clinical Epidemiology*, 97, 26-34. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2017.12.004>
- Winer, E. S., & Salem, T. (2016). Reward devaluation: Dot-probe meta-analytic evidence of avoidance of positive information in depressed persons. *Psychological Bulletin*, 142, 18. <https://doi.org/10.1037/bul0000022>
- Würtz, F., Kube, T., Woud, M. L., Margraf, J., & Blackwell, S. E. (2024). Reduced belief updating in the context of depressive symptoms: An investigation of the associations with interpretation biases and self-evaluation. *Cognitive Therapy and Research*, 48, 225-241. <https://doi.org/10.1007/s10608-023-10454-w>
- Yoshimura, S., & Hashimoto, Y. (2020). The effect of induced optimism on the optimistic update bias. *BMC Psychology*, 8. <https://doi.org/10.1186/s40359-020-0389-6>
- Young, A. S., Klap, R., Shoai, R., & Wells, K. B. (2008). Persistent depression and anxiety in the United States: Prevalence and quality of care. *Psychiatric Services*, 59, 1391-1398. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.59.12.1391>
- Zabag, R., Vander Zwalm, Y., Kube, T., Hoorelbeke, K., Koster, E. H. W., & Joormann, J. (2025). Belief updating deficits in depression: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 121, 102649. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2025.102649>

GRIP voor hulpverleners: een waardevolle handreiking met ruimte voor verdieping

Bespreking van

MARC BOSMA, SHARON WALHOUT & JOHAN VAN ZANTEN (2024). *GRIP voor hulpverleners: Handreiking bij de begeleiding en behandeling van mensen met autisme en verslavingsproblemen*. Hogrefe. 144 pp., € 35,00. ISBN 9789492297693

► HANNEKE SCHUURMANS

De handreiking *GRIP voor hulpverleners* is een aanvulling op het werkboek *GRIP: Aan de slag met verslaving en stress bij autisme* (Bosma & van Zanten, 2021; zie ook: van Zanten et al., 2024; VanDerNagel, 2024) en biedt handvaten aan professionals werkzaam in de autismezorg, ggz en verslavingszorg die verslaving bij mensen met autisme (ASS) individueel of in een groep behandelen. De auteurs benadrukken dat er geen standaardbehandeling bestaat voor deze doelgroep en dat maatwerk essentieel is, onder andere wat betreft het aanpassen van het tempo, het afstemmen van de mate van sturing op de behoefte (directief zijn zonder het proces over te nemen) en het door de cliënt laten bepalen van zijn of haar eigen doelen. Goed maatwerk betekent flexibel aansluiten bij de eigenheid van de persoon met autisme. *GRIP voor hulpverleners* is daarom expliciet een handreiking, geen handleiding, en richt zich op het aanbieden van flexibele, op maat gemaakte behandelstrategieën, die evidencebased technieken (zoals CGT) integreren en die ingezet kunnen worden in samenspraak met de cliënt.

In het eerste deel van *GRIP voor hulpverleners* wordt de relatie tussen ASS en verslaving besproken, met bijzondere aandacht voor de impact van stress door ASS en de relatie daarvan tot verslaving. Ook worden de contouren van de ‘speelvelden’ geschetst waarbinnen men samen aan de slag kan: handvatten voor de begeleiding en het herkennen van stressfactoren, met onderwerpen als het verminderen van gebruik, het aanpakken van stress en het volhouden van gedragsverandering. Het tweede deel biedt een concreet voorbeeld van een groepsprogramma, maar er worden ook praktische handvatten aangereikt voor (individuele) behandeling. Hierbij worden onder andere tips voor psycho-educatie en bejegening gegeven, die grotendeels een herhaling vormen van het eerste deel van het boek. Daarna wordt per

© Hanneke Schuurmans. Dit artikel is open access en wordt verspreid onder de CC BY-ND 4.0-licentie. <http://creativecommons.org/licenses/by-nd/4.0>

bijeenkomst schematisch uitgewerkt welke thema's aan bod kunnen komen.

De handreiking is een duidelijk boek, rijk aan praktijkervaringen en kennis over ASS en verslaving. Toch zijn er ook enkele kanttekeningen te plaatsen. De handreiking geeft duidelijke en concrete uitleg over ASS en verslaving, evenals aandachtspunten voor praktische uitvoering en bejegening. De uitleg van CGT-methodieken, zoals zelfcontrolemaatregelen en CRA (*community reinforcement approach*, een modulaire behandeling die gericht is op reductie van bekrachtigers die de verslaving in stand houden, en op het ontwikkelen van alternatieve bekrachtigers en niet-verslavingsgebonden alternatief gedrag (GGZ Standaarden, 2017)) is echter globaal, en voor minder ervaren professionals in de behandeling van verslaving biedt het boek waarschijnlijk te weinig concrete aanknopingspunten om een behandeling goed op maat te maken. Ook wijzen de auteurs herhaaldelijk op de specifieke bejegening die vereist is voor mensen met ASS, waarbij ze het belang van een open, waardevrije en onderzoekende benadering benadrukken – mijns inziens een passende basishouding voor elke CGT'er, niet alleen voor mensen met ASS. Een aantal bejegeningaspecten en stijlkenmerken wordt meerdere keren herhaald, soms heel concreet, andere keren weinig specifiek. Juist dit stuk is cruciaal in het boek, maar wordt vooral in het laatste hoofdstuk van het eerste deel aan de hand van praktijkvoorbeelden echt concreter gemaakt. De wetenschappelijke onderbouwing komt pas in de laatste twee pagina's van het boek aan de orde. Er zijn slechts enkele exploratieve studies gedaan naar deze doelgroep en naar effectieve behandeling bij de combinatie van ASS en verslaving; ook zijn er geen behandelinterventies voor deze groep beschreven en getoetst. CGT-verslaving en CRA zijn daarom – als belangrijkste evidencebased interventies vanuit de verslavingskunde – als basis gebruikt, en aangepast op basis van klinische ervaringen, kennis over interventies en effectcondities bij de behandeling van mensen met ASS. GRIP als groepsbehandeling is inmiddels onderzocht in een exploratieve klinische interventiestudie bij 57 cliënten, waarbij de ervaringen overwegend positief zijn (Walhout et al., 2022).

Wat betreft groepsbehandelingen wordt in het boek gesteld dat mensen met een licht verstandelijke beperking (LVB) of psychose uitgesloten moeten worden; er zouden alleen mensen met ASS aan de groep mogen deelnemen. De reden voor deze uitsluiting is niet goed onderbouwd en mijns inziens moeilijk te rechtvaardigen, juist gezien de hoge prevalentie van combinaties van ASS, verslaving en LVB of psychose, zeker in een doelgroep van cliënten met ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA; Kaasenbrood & Wunderink, 2021). De nadruk op zelfregie, autonomie en een op maat gemaakte behandeling is volgens mij niet enkel passend bij ASS, maar kan ook breed toepasbaar zijn voor anderen met verslavingsproblematiek. Het zou mooi zijn als er in de toekomst meer nadruk gelegd kan worden op het afstemmen van de behandeling op de LVB- of EPA-doelgroep.

Kortom, *GRIP voor hulpverleners* biedt nuttige inzichten en praktische richtlijnen voor hulpverleners die mensen met ASS en verslaving willen

behandelen, waarbij het verder uitwerken van de CGT-interventies en het uitbreiden van de doelgroep waarvoor de behandeling geschikt is nog waardevolle ontwikkelingen kunnen zijn.

Hanneke Schuurmans is klinisch psycholoog, manager behandelzaken bij GGZ Oost Brabant, supervisor en docent, en lid van de commissie NJC en van de ledenraad. *Correspondentieadres:* GGZ Oost Brabant, Postbus 3, 5427 ZG Boekel. E-mail: jehm.schuurmans@ggzoostbrabant.nl

Referenties

- Bosma, M., & van Zanten, J. (2021). *GRIP. Aan de slag met verslaving en stress bij autisme*. Hogrefe.
- GGZ Standaarden. (2017). *Zorgstandaard alcohol: Problematisch alcoholgebruik en alcoholverslaving*. www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/problematisch-alcoholgebruik-en-alcoholverslaving
- Kaasenbrood, A., & Wunderink, L. (2021). *Ernstige psychiatrische aandoeningen*. Bohn Stafleu van Loghum.
- van Zanten, J., Walhout, S., Bosma, M., & de Fuentes-Merillas, L. (2024). Behandeling van mensen met een autismespectrumstoornis en verslaving. Een handreiking voor de praktijk. *Gedragstherapie*, 57, 386-398. <https://doi.org/10.5553/TG/016774542024057004005>
- VanDerNagel, J. (2024). Grip voor cliënten met verslaving en autisme. *Gedragstherapie*, 57, 503-504.
- Walhout, S., van Zanten, J., DeFuentes-Merillas, L., Sonneborn, C., & Bosma, M. (2022). Patients with autism spectrum disorder and co-occurring substance use disorder: A clinical intervention study. *Substance Abuse: Research and Treatment*, 16, 1-9. <https://doi.org/10.1177/11782218221085599>

De rol van contextuele factoren in de mentale gezondheidsvoordelen van fysieke activiteit

VELLA, S. A., SUTCLIFFE, J. T., FERNANDEZ, D., LIDDELOW, C., AIDMAN, E., TEYCHENNE, M., SMITH, J. J., SWANN, C., ROSENBAUM, S., WHITE, R. L., & LUBANS, D. R. (2023). Context matters: A review of reviews examining the effects of contextual factors in physical activity interventions on mental health and wellbeing. *Mental Health and Physical Activity*, 25, 100520. <https://doi.org/10.1016/j.mhpa.2023.100520>

Talrijke meta-analyses laten zien dat bewegen duidelijke positieve effecten heeft op de mentale gezondheid en het verminderen van klachten zoals depressie, angst en stress. Tegelijkertijd is het gangbare denken over bewegen vooral gebaseerd op kwantitatieve kenmerken zoals frequentie, intensiteit en duur, terwijl de context waarin beweging plaatsvindt minstens zo belangrijk kan zijn voor de psychologische effecten. Onder context worden hier het type activiteit, de manier waarop de activiteit wordt aangeboden, de sociale omgeving, de fysieke omgeving en het levensdomein waarin de activiteit plaatsvindt verstaan. In dit artikel wordt systematisch in kaart gebracht wat uit bestaande meta-analyses bekend is over deze contextuele factoren en hoe zij het effect van bewegen op mentale gezondheid en welbevinden beïnvloeden.

De auteurs voerden een zogeheten *umbrella review* uit, een overzichtsstudie van bestaande systematische reviews en meta-analyses van gerandomiseerde gecontroleerde onderzoeken naar fysieke-activiteitsinterventies en mentale gezondheid. Zij doorzochten meerdere grote databanken en selecteerden alleen studies die een duidelijke contextuele factor rapporteerden in relatie tot mentale gezondheidsuitkomsten. In totaal werden 42 meta-analyses geïncludeerd, gepubliceerd tussen 1991 en 2021, die samen duizenden deelnemers omvatten met uiteenlopende leeftijden en psychische profielen, variërend van gezonde personen tot mensen met een depressie of angststoornis. De mentale gezondheid uitkomsten betroffen vooral symptomen (depressie, angst), welzijn, kwaliteit van leven, zelfwaardering en positieve emoties. De auteurs beoordeelden de kwaliteit van de reviews en concludeerden dat het merendeel methodologisch goed tot redelijk was, al werd publicatiebias vaak niet onderzocht.

Een groot deel van de beschikbare literatuur richtte zich op het type lichamelijke activiteit. Daaronder vielen onder meer aerobe training (veelal hardlopen of fietsen), krachttraining, yoga, tai chi, qigong, pilates, wandelen, teamsporten en intervaltraining. Voor vrijwel al deze vormen rapporteerden de meta-analyses positieve effecten op mentale gezondheid wanneer ze werden vergeleken met een inactieve controleconditie.

Tegelijkertijd bleek er grote variatie in effectgroottes en veel afhankelijkheid van het soort controlegroep. Zo lieten yoga, tai chi en verwante meditatieve bewegingsvormen vaak middelgrote effecten zien ten opzichte van geen behandeling, maar nauwelijks of geen voordelen boven andere actieve behandelingen of gebruikelijke zorg. Dit suggereert dat deze vormen wel helpen, maar niet noodzakelijk beter zijn dan andere manieren van bewegen. Ook voor krachttraining en aerobe training vonden sommige meta-analyses kleine effecten en andere middelgrote of zelfs grote effecten, afhankelijk van de vergelijking. Combinaties van kracht- en aerobe training boden doorgaans geen extra voordelen boven de afzonderlijke componenten. Ook meer specifieke vormen, zoals teamsporten bij jongeren, *high-intensity* intervaltraining bij volwassenen of wandelen bij oudere volwassenen lieten positieve effecten zien, maar opnieuw zonder dat één vorm zich duidelijk als superieur liet aanwijzen.

Naast het type activiteit werd ook gekeken naar de wijze van aanbieden. Daarbij viel op dat vooral begeleide, gesuperviseerde programma's consequent gunstige effecten lieten zien op depressie, angst en algemeen welbevinden. De effectgroottes varieerden, maar waren meestal positief en soms zelfs groot. Ongesuperviseerde of thuisprogramma's lieten daarentegen veel minder overtuigende effecten zien. Omdat directe vergelijkingen tussen gesuperviseerde en niet-gesuperviseerde programma's zeldzaam waren, kan niet met zekerheid worden vastgesteld of begeleiding op zichzelf de doorslaggevende factor is, maar de beschikbare gegevens wijzen wel in die richting.

Wat betreft de sociale context werd vooral het verschil tussen individuele en groepsgewijze activiteiten onderzocht. Zowel individuele als groepsinterventies bleken effectief in het verminderen van depressieve klachten en het bevorderen van welzijn. Bij jongeren waren teamsporten en groepsactiviteiten geassocieerd met duidelijke verbeteringen in angst en depressie. Bij volwassenen waren de effectgroottes voor groeps- en individuele programma's vaak vergelijkbaar, soms met een klein voordeel voor groepsactiviteiten, maar zonder overtuigend bewijs dat één vorm systematisch beter is dan de andere.

De fysieke omgeving waarin de activiteit plaatsvindt bleek een andere relevante, maar onderbelichte contextuele factor. Enkele reviews vergeleken binnen- met buitenactiviteiten, bijvoorbeeld wandelen of aerobe training in groene omgevingen versus binnenshuis. De resultaten waren inconsistent. Sommige analyses vonden grotere effecten voor buitenactiviteiten, andere juist voor binnenactiviteiten, en weer andere geen verschil. Ook thuisgebaseerde interventies lieten geen duidelijke meerwaarde zien

boven gebruikelijke zorg of andere controles. Zowel binnen- als buitenactiviteiten lijken te kunnen bijdragen aan mentale gezondheid.

Opvallend is dat er geen meta-analyses werden gevonden die het levensdomein waarin de lichamelijke activiteit plaatsvindt onderzochten, zoals beweging gedurende het werk, schoolactiviteiten, vrijetijdsbesteding of actief transport. Observationeel onderzoek suggereert wel dat met name vrijetijds- en vervoersgerelateerde activiteit samenhangt met betere mentale gezondheid. Dat dergelijke domeinen nauwelijks in interventiestudies zijn onderzocht, is een lacune in de literatuur.

De huidige stand van het onderzoek is onvoldoende om harde aanbevelingen te doen over welke contextuele factoren van bewegen het meest bevorderlijk zijn voor mentale gezondheid. Het probleem is niet zozeer dat context er niet toe doet, maar dat de meeste studies deze factoren niet systematisch variëren of rechtstreeks met elkaar vergelijken. Bovendien worden zeer uiteenlopende controlegroepen gebruikt, wat het vergelijken van effectgroottes tussen studies vrijwel onmogelijk maakt. Daardoor blijft onduidelijk of bijvoorbeeld buiten bewegen beter is dan binnen bewegen, of groepssport beter dan individuele training.

*De meeste studies
vergelijken of variëren
de contextuele
factoren niet*

De auteurs presenteren een model waarin contextuele factoren samen met individuele voorkeuren en psychologische mechanismen bepalen hoeveel mentale gezondheidswinst een bepaalde hoeveelheid beweging iemand oplevert. Twee mensen die dezelfde hoeveelheid bewegen kunnen toch heel verschillende psychologische effecten ervaren, afhankelijk van of de activiteit aansluit bij hun voorkeuren, vaardigheden en situatie. Voor iemand met sociale angst kan een groepsles bijvoorbeeld juist stressvol zijn, terwijl die voor een ander juist steunend werkt.

Tot slot pleiten de auteurs voor onderzoek waarin contextuele factoren expliciet en systematisch worden gemanipuleerd. Alleen met zulke designs kan worden vastgesteld welke combinaties van factoren het effectiefst zijn voor het bevorderen van mentale gezondheid en welzijn.

Dit zou het mogelijk maken om niet alleen algemene beweegerichtlijnen te geven, maar ook *meer gepersonaliseerde en contextgevoelige aanbevelingen* te formuleren die aansluiten bij de behoeften en voorkeuren van individuele mensen en zo de kans vergroten dat beweging daadwerkelijk wordt volgehouden en psychisch helpt.

Commentaar van de redactie (Janna Vrijzen)

Als sportonderzoeker lees ik graag overzichtsartikelen over de mentale effecten van sport en bewegen. Het bewijs hiervoor is robuust en dit maakt sporttherapie een krachtige en duurzame behandeloptie voor verschillende mentale stoornissen. Tegelijkertijd ben ik mij, als gedragswetenschapper

werkzaam in de ggz, er pijnlijk bewust van hoe lastig het is om patiënten meer te laten bewegen. Laat staan dat zij het evidencebased recept van 150 minuten per week matig tot intensieve fysieke activiteit volgen. Dat lukt veel mensen, en zeker ook veel van onze patiënten niet.

Dit is ontzettend jammer. Patiënten ervaren daardoor niet de (be-loofde) gezondheidseffecten van sporten en bewegen, omdat ze de werk-zame ‘dosering’ niet krijgen (ofwel: ze hebben er minder aan dan verwacht omdat het hen niet lukt voldoende te bewegen). Dit werkt niet alleen de-motiverend, maar kan zelfs demoraliserend zijn.

Het niet bereiken van de werkzame dosering van fysieke activiteit heeft meerdere oorzaken. Zo wordt sporttherapie binnen de ggz vaak niet struc-tureel aangeboden, ontbreekt een goede overgang van begeleiding vanuit de ggz naar het sociale domein of de thuissituatie, is er bij patiënten soms onvoldoende kennis over het belang van bewegen voor de mentale gezond-heid en worden sport- en beweeginterventies nog te weinig gepersonali-seerd. Juist daarom was ik verheugd dit artikel te lezen: het legt een belang-rijke omissie bloot, zowel in onderzoek als in het ggz-aanbod, namelijk het onvoldoende meenemen van de context.

Het overzichtsartikel laat zien dat gedegen bewijs, en vooral structurele vergelijkingen tussen verschillende contextuele factoren, nog grotendeels ontbreken. Gelukkig biedt het een duidelijke richting voor toekomstig on-derzoek en een oproep om de context van bewegen, de leefwereld van de patiënt en de psychologische processen rondom sport en bewegen een structurele plek te geven binnen interventies. Voor iedereen die werkt van-uit een biopsychosociaal model of bekend is met gedragsveranderingsmo-dellen, is dit evident. Toch krijgt het denken over het hoe, wanneer, waar en waarom van sport en bewegen nog weinig ruimte in de richtlijnen, voor-schriften en daarmee ook in de ggz.

Voor mij vormt dit artikel in ieder geval een welkome stimulans om sterker in te zetten op de personalisatie van sport- en beweeginterventies, door in mijn onderzoek de dynamiek tussen fysieke activiteit, mentale ge-zondheid en context systematisch in kaart te gaan brengen.

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).

- Bosma, F., & Schreurs, M. (2026). *Basisboek schematherapie: Doelgericht en methodisch werken, ook als het anders loopt*. Boom.
- Herpers, P., & Neumann, C. (2025). *Crisisinterventie bij jongeren: Hulp bij aanhoudende sociaal-emotionele problematiek*. Boom.
- Hutsebaut, J. (2026). *Handboek GIT-PD*. Boom.
- Kraijenhoff, L. (2024). *Het vollehoofdenboek: Een werkboek voor kinderen en volwassenen*. Acco.
- Kraijenhoff, L. (2025). *Het vollehoofdenspel: Samen delen, spelen en ontdekken over volle hoofden en hoe je ermee om kunt gaan*. Acco.
- Matthijssen, D. (2026). *Innerlijk werk(boek)*. Boom.
- Verburg, M. (2026). *Van stoornis naar perspectief in vijf gesprekken: Lichter werken met kinderen en jongeren*. Boom.

Ontwikkel je kennis en vaardigheden

Met de e-learnings van Boom kies je zelf waar en wanneer je studeert. Onze online cursussen zijn praktisch, direct toepasbaar én geaccrediteerd. Zo behaal je moeiteloos je PE-punten terwijl je jouw kennis up-to-date houdt.

E-learning

Rouwhulp

Hoe je met het behandelprotocol Rouwhulp kinderen en jongeren met complexe rouwklachten effectief kunt behandelen.



E-learning

Unstuck schematherapie

Een compacte en praktijkgerichte e-learningserie waarin je leert hoe je schematherapie effectief toepast.

Voor elke zorgprofessional

Er zijn nog veel meer bij- en nascholingen die zorgen dat jij als zorg-professional je kennis up-to-date houdt en je PE-punten behaalt.



Boom

Bekijk het volledige aanbod op
boom.nl/gezondheidszorg





Doelgericht en methodisch werken, ook als het anders loopt

Schematherapie is prachtig ... én ingewikkeld. Je weet dat het werkt, maar in de praktijk is het soms zoeken: wat waren ook alweer de stappen van die techniek? Wat moet ik doen als mijn patiënt anders reageert dan ik had verwacht? Welke modus staat nu centraal, en hoe houd ik structuur in de sessie?

Doelgericht werken met experiëntiële technieken

Basisboek schematherapie bundelt de belangrijkste technieken van schematherapie op overzichtelijke en toegankelijke wijze. Zowel experiëntiële technieken als interventies die behoren bij Limited Reparenting komen aan bod. Met behulp van duidelijke stappenplannen en beslisbomen kun je gestructureerd en doelgericht werken. Door de uitgebreide toelichting en methodische aanpak weet je goed welke techniek je bij welke modus in kunt zetten en hoe je deze uit moet voeren.

Aan het basisboek is een losse stappenwijzer toegevoegd, ideaal om op je bureau te leggen. Je kunt hiermee vlak voor een sessie nog snel checken hoe je een techniek ook alweer uitvoert.

Boom

Kijk voor meer informatie op
boom.nl



GEDRAGSTHERAPIE

Negenenvijftigste jaargang, nummer 1, maart 2026

Pagina 1–90

- 1 Redactioneel
- 2 **Aishah Snoek, Arne van den End, Aartjan Beekman, Jack Dekker, Inga Aarts, Matthijs Blankers, Chris Vriend, Odile van den Heuvel, Nick Lommerse & Kathleen Thomaes** ♦ EMDR met en zonder dialectische gedragstherapie bij PTSS met comorbide borderline-symptomen – Een gerandomiseerde gecontroleerde studie
- 34 **Karen Rienks, Elske Salemink, Liina Björg Laas Sigurðardóttir, G. J. Melendez-Torres, Janneke Staaks & Patty Leijten** ♦ Ouders ondersteunen om angst bij kinderen te verminderen – Een meta-analyse van interventies en effectieve componenten
- 56 **Yannick vander Zwalm, Sarah Struyf, Jente Depoorter, Reut Zabag, Tobias Kube, Jutta Joormann, Ernst Koster & Kristof Hoorelbeke** ♦ Overtuigingen aanpassen bij volwassenen met depressieve klachten – Een systematische review en meta-analyse

Boekbespreking

.....

- 81 **Hanneke Schuurmans** ♦ MARC BOSMA, SHARON WALHOUT & JOHAN VAN ZANTEN (2024). *GRIP voor hulpverleners: Handreiking bij de begeleiding en behandeling van mensen met autisme en verslavingsproblemen*

Voor u gelezen

.....

- 84 VELLA, S. A., SUTCLIFFE, J. T., FERNANDEZ, D., LIDDELOW, C., AIDMAN, E., TEYCHENNE, M., SMITH, J. J., SWANN, C., ROSENBAUM, S., WHITE, R. L., & LUBANS, D. R. (2023). Context matters: A review of reviews examining the effects of contextual factors in physical activity interventions on mental health and wellbeing. *Mental Health and Physical Activity*, 25, 100520
- 88 Ontvangen