

GEDRAGSTHERAPIE

*Tijdschrift voor gedragstherapie
& cognitieve therapie*



JAARGANG 48 NUMMER 1 MAART 2015

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

Sarah Bal
Paul Boelen (*hoofredacteur*)
Rudi De Raedt
Elise Debeer
Idith Lavy
Sandra Mulkens
Elske Saleminck
Tonnies Staring
Janneke Wolters (*redactiesecretaris*)

Redactieadres

Suikerplein 65
1013 CJ Amsterdam
redactie@tijdschriftgedragstherapie.nl

Website

www.tijdschriftgedragstherapie.nl
tvg.boomtijdschriften.nl

Uitgever

Uitgeverij Boom
Postbus 15970, 1001 NL Amsterdam

Advertenties

Manon Fleur
klantenservice@boompsychologie.nl

Typografische verzorging

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

Abonnementenadministratie

Uitgeverij Boom
Klantenservice psychologie
Postbus 15970, 1001 NL Amsterdam
(020) 524 4514
klantenservice@boompsychologie.nl

Abonnementen

Leden en deelnemers van de VGCT en van de VVGT ontvangen *Gedragstherapie*, inclusief toegang tot het digitale archief, als onderdeel van hun lid- of deelnemerschap. Prijzen voor een jaarabonnement voor niet-verenigingsleden:

Particulieren

- Papier en online, binnen de Benelux €71,50, buiten de Benelux €90,-
- Online €66,50

Studenten

- Papier en online, binnen de Benelux €38,50, buiten de Benelux €51,-
- Online €33,50

Instellingen

- Papier en online, binnen de Benelux €85,-, buiten de Benelux €102,50
- Papier en IP-herkenning €170,-
- IP-herkenning €164,50
- Los nummer €19,-

Prijswijzigingen onder voorbehoud

Abonnementenwetgeving

Vanwege de aard en inhoud van de uitgave wordt u geacht het abonnement in het kader van uw beroep of bedrijf te ontvangen en niet als consument op te treden in de zin van de artikelen art. 236 en 237 boek 6 BW. Mocht dit anders zijn, dan bent u gehouden dit binnen één maand na abonneren per e-mail, telefonisch, schriftelijk of anderszins bij de abonnementenadministratie van de uitgever aan te geven.



Vereniging voor Gedragstherapie en Cognitieve Therapie



Vlaamse Vereniging Voor
Gedragstherapie

© 2015

Uitgeverij Boom/
Stichting Tijdschrift voor Gedragstherapie

.....

Welkom bij dit eerste nummer van 2015. Met het gure klimaat op veel van onze werkplekken is het prettig dat de dagen weer gaan lengen en dat de temperatuur, buiten althans, zoetjes weer stijgt. Het *Tijdschrift voor Gedragstherapie* ondersteunt wederom met plezier uw momenten van bezinning. Ik hoop dat u net als ik geniet van de prachtige nieuwe jas waarin ons periodiek alweer een jaartje verschijnt. Er is nu ook een nieuwe, fraaie website: www.tijdschriftgedragstherapie.nl. Op de website treft u meer informatie aan over het tijdschrift en kunt u het archief raadplegen.

Terug naar dit gevarieerde nummer. De heren van Els en Knipscheer openen met een bijdrage over CGT bij allochtonen. Zij wijzen ons op het belang van een cultuursensitieve benadering en bespreken wat dat behelst.

De Vlaamse collega's Demeyer en De Raedt besteden aandacht aan ouderen, een doelgroep die in ons tijdschrift meer aandacht verdient. Hun bijdrage gaat over de regulatie van positief affect bij depressieve klachten en de beïnvloeding van deze regulatie.

De dames Enschede, van Hout, Vet en van Dijken gaan in op het klinisch beeld, de diagnostiek en de behandeling van pathologisch huidpulken. Het probleem komt vaker voor dan u misschien dacht. Gelukkig kunnen diverse typische CGT-interventies hiervoor worden ingezet.

In een Forum-bijdrage kijkt Filip Raes terug op een rondetafel discussie over de zogenoemde 'derde generatie gedragstherapieën'. Hoe verhouden deze benaderingen zich tot klassieke CGT? En hoe groeit deze nieuwe generatie op?

In het septembernummer van 2014 publiceerden Vuylsteke en haar collega's over de behandeling van psychogene niet-epileptische aanvallen met trauma als oorzakelijke factor. Dit artikel illustreerde fraai de complexiteit van deze behandeling. Ten Broeke, Beer, de Jongh en Lindauer vragen zich af of de behandeling die Vuylsteke et al. illustreerden anders had gekund. Vuylsteke en collega's reageren in de daaropvolgende bijdrage op ten Broeke en collega's.

Dit gevarieerde nummer sluit af met een boekbespreking van Oorschot; zij heeft het boek *Gedachten uitpluizen*, over CGT bij psychotische klachten, gelezen en brengt haar enthousiasme op ons over.

Laat het nummer een uitnodiging zijn om de pen ter hand te nemen. Er is nog veel te leren over allerlei doelgroepen, met allerlei niet-alledaagse klachten, vanuit allerlei — soms ook botsende — visies; wij zien uw bijdragen met belangstelling tegemoet via onze reeds genoemde, fraaie website.

Paul Boelen *Hoofdedacteur*

Cognitieve gedragstherapie bij allochtonen: een cultuursensitieve benadering

HARRY VAN ELS & JEROEN KNIPSCHER

Samenvatting

In de praktijk is het vaak niet makkelijk om patiënten uit een niet-westerse cultuur te behandelen. Behalve dat de taal een barrière kan vormen, zijn er vanuit de transculturele psychotherapie twee obstakels bekend bij het behandelen van deze patiënten: de neiging tot somatiseren (een klachtenpresentatie met nadruk op lichamelijke klachten) en het ontbreken van een gemeenschappelijk ziekteverklaringsmodel tussen patiënt en therapeut. Samenhangend met het laatste obstakel, komt *commitment* aan de behandeling moeizaam tot stand. Een cultuursensitieve benadering maakt het echter mogelijk deze twee obstakels te overwinnen, zonder afbreuk te doen aan leertheoretische principes en *evidence-based* technieken. In dit artikel werken we deze cultuursensitieve benadering concreet uit. We bespreken op welke manier het gedragstherapeutische proces aan te passen is om cognitieve gedragstherapie zo doeltreffend mogelijk te maken voor migranten. Aan de hand van enkele casussen illustreren we effectieve aanpassingen bij de behandeling van depressie en PTSS.

Trefwoorden: niet-westerse migranten, cultuursensitieve psychotherapie, explanatory model, gedragstherapeutisch proces, depressie, PTSS.

INLEIDING

Een evidence-based cognitieve gedragstherapie zou in principe cultuuronafhankelijk werkzaam kunnen zijn bij iedere patiënt. Bij niet-westerse migranten is de praktijk echter weerbarstig. De kans op een teleurstellend resultaat is dan bovengemiddeld. Veelgehoorde knelpunten zijn dat het therapeutische proces traag verloopt, de patiënt moeizaam tot huiswerk-

opdrachten en experimenten komt, afzegt of wegblijft. Het helpt dan, als de cognitief gedragstherapeut kennis heeft over andere culturen en over de invloed van migratie op de levensgeschiedenis. Komen er echter patiënten uit veel verschillende culturen in zijn spreekkamer, dan kan hij niet van de specifieke aspecten van al deze culturen op de hoogte zijn, want hij is nu eenmaal geen antropoloog.

Dit dilemma is het onderwerp van dit artikel: *Hoe kan de cognitief gedragstherapeut zijn repertoire aan evidence-based behandelingen effectief inzetten bij niet-westerse patiënten?* Om hierop een zinnig antwoord te geven, is kennis nodig van theorie uit de transculturele psychotherapie. Die kennis heeft zich het laatste decennium sterk ontwikkeld en is uitgemond in de cultuursensitieve benadering. In dit artikel werken we deze cultuursensitieve benadering op verschillende manieren uit. Het startpunt is respectvolle nieuwsgierigheid naar hoe de patiënt zijn klachten beleeft. We schetsen hoe de cognitief gedragstherapeut cultuursensitief kan exploreren en onderhandelen, en hoe het 'gedragstherapeutische proces' hierdoor verandert. Daarna komt de behandelfase aan de orde, waarin de therapeut meestal niet goed uitkomt met het strak uitvoeren van een richtlijnbehandeling. Dit komt doordat een niet-westerse migrant zijn klachten deels anders beleeft dan autochtone Nederlanders gewend zijn. Voor depressie en posttraumatische stressstoornis (PTSS) laten we zien hoe praktische aanpassingen cognitieve gedragstherapie voor migranten doeltreffender kunnen maken. Tot slot bespreken we twee casussen uit onze praktijk (van intake tot en met afsluiting van de therapie).

ALLOCHTONEN, VLUCHTELINGEN EN MIGRANTEN: EEN SUBSTANTIËLE EN GROEIENDE DOELGROEP

.....

Ongeveer een op de vijf inwoners van Nederland heeft een migratiegeschiedenis, direct of indirect. Al deze mensen worden vaak onder de noemer 'allochtonen' bij elkaar gevoegd, maar dat doet de diversiteit van deze groep geen recht. Grofweg zijn drie groepen te onderscheiden: (1) personen afkomstig uit de voormalige Nederlandse koloniën, (2) economisch gemotiveerde migranten en (3) vluchtelingen. Het betreft in totaal ongeveer 3,5 miljoen personen. De helft van hen is in Nederland geboren en behoort daarmee tot de tweede generatie. Het aandeel niet-westerse allochtonen in de bevolking is de afgelopen tien jaar toegenomen tot 11,5 procent (ongeveer 1,9 miljoen personen). Het aandeel westerse allochtonen is 9 procent gebleven (grofweg 1,5 miljoen personen). Onder de westerse allochtonen vormen Duitsers en personen uit het voormalig Nederlands-Indië of Indonesië de grootste herkomstgroepen. Onder de niet-westerse allochtonen zijn de 'klassieke' herkomstgroeperingen het meest vertegenwoordigd: Turken, Surinamers, Marokkanen en Antillianen/Arubanen. Bijna de helft van de Turken en iets

meer dan de helft van de Marokkanen in Nederland behoort tot de tweede generatie. Niet-westerse allochtonen met een Afghaanse, Iraakse, Iraanse of Somalische herkomst zijn veel korter in Nederland en voor het grootste deel geboren in het land van herkomst. Niet-westerse allochtonen vormen een jonge bevolkingsgroep. Vier op de tien niet-westerse allochtonen zijn jonger dan 20 jaar (CBS, 2012).

ALLOCHTONEN VORMEN EEN RISICOGROEP VOOR DE ONTWIKKELING VAN PSYCHISCHE PROBLEMEN

.....

De prevalentie van de belangrijkste DSM-stoornissen (angst en depressie) onder niet-westerse etnische minderheden is significant hoger dan onder de autochtone bevolking, zo blijkt uit Nederlands maar ook uit Europees onderzoek (de Wit et al., 2008; Lindert, Von Ehrenstein, Priebe, Mielck, & Brähler, 2009; Missinne & Bracke, 2012; Priebe et al., 2011; Tarricone et al., 2012). In het bijzonder zijn angststoornissen naar aanleiding van schokkende gebeurtenissen substantieel. Traumatische ervaringen in het land van herkomst, een onzekere asielprocedure en de *condición migrante* liggen aan deze verhoogde morbiditeit ten grondslag (zie bijvoorbeeld: Drogendijk et al., 2003; Fazel, Wheeler, & Danesh, 2005; Toar, O'Brien, & Fahey, 2009). Daarnaast laten twee recente overzichtsstudies naar de prevalentie van depressieve symptomen onder migranten en etnische minderheden in Europa (Missinne & Bracke, 2012; Tarricone et al., 2012) een verhoogd risico zien op depressie binnen deze groepen, vergeleken met etnische meerderheidsgroepen. De resultaten varieerden echter tussen de diverse onderzochte populaties en waren ook gerelateerd aan populatiespecifieke determinanten van depressie, zoals sociaal-economische status, discriminatie en generatie. Bovendien was de regio van herkomst belangrijk: Oost-Europese en Noord-Afrikaanse migranten (Marokkanen) vertoonden het hoogste risico voor depressieve symptomen (Missinne & Bracke, 2012).

ALLOCHTONEN EN DE GGZ: EEN MOEIZAME RELATIE

.....

Etnische minderheidsgroepen hebben niet alleen een groter risico op angst en depressie, ze lopen ook risico een minder gepaste zorg voor hun mentale problemen te ontvangen (Alegria et al., 2008; Young, Klap, Sherbourne, & Wells, 2001). Allochtone cliënten vertonen bijvoorbeeld specifiek hulpzoekgedrag (Knipscheer & Kleber, 2005, 2008) waardoor de ggz onvoldoende of pas in een laat stadium wordt bereikt. Op bevolkingsniveau vertaalde de hogere prevalentie van psychische stoornissen onder migrantengroepen zich niet in een groter zorggebruik: er was jarenlang een ondervertegenwoordiging van deze groepen in de ggz. De laatste jaren is evenwel sprake van een

‘inhaalslag’ onder volwassen allochtone cliënten in de ggz (de Jong, 2010; Fassaert et al., 2010). Qua ziektegedrag zien we dat de poortwachtersfunctie van de huisarts goed functioneert voor allochtonen. Steeds meer allochtonen consulteren de huisarts bij psychisch onwelbevinden, en in sommige regio’s in Nederland is bij een aantal culturele groepen zelfs sprake van een oververtegenwoordiging. De huisartsen verwijzen allochtonen ongeveer even vaak door naar ambulante ggz als autochtonen. Voor jongeren is het beeld echter somberder. Hier worden alle groepen minder goed bereikt, vooral jongeren met een Turkse of Marokkaanse achtergrond (de Haan, 2014; Verhulp, 2014). Op het niveau van de intramurale ggz zien we verschillende patronen. Meest opvallend is dat Antilliaanse, Marokkaanse en Surinaamse mannen hier meer vertegenwoordigd zijn (en vaker vanwege gedwongen opname). Kortom, allochtonen lijken de weg naar de ggz gevonden te hebben en psychische problemen zijn niet langer taboe, maar er zijn nog veel verschillen tussen, en binnen, de culturele groepen in zorgconsumptie, en nog altijd zijn er onvoldoende betrouwbare cijfers (de Jong, 2010).

Zoals hierboven is opgemerkt, leidt behandeling verlenen aan (niet-westerse) allochtonen veelal tot knelpunten in doeltreffendheid. Psychotherapeutische interventies zijn niet evidence-based voor allochtone groepen, en de behandelingen worden vaak gekenmerkt door hoge *no-show*- en *drop-out*-cijfers. Zijn er dan aanpassingen nodig die het succesvol uitvoeren van CGT bij allochtonen mogelijk maken? Een relevante en actuele vraag voor de huidige Nederlandse geestelijke gezondheidszorg. Daar is gemiddeld ruim 15 procent van de cliënten allochtoon, maar kent een stad als Utrecht meer dan 40 procent allochtone ggz-clieënten, terwijl de overgrote meerderheid van de Nederlandse psychologen, psychiaters en psychotherapeuten autochtoon is. Een ‘etnische overeenkomst’ tussen therapeut en cliënt is praktisch gezien veelal niet haalbaar, nog los van de vraag of die *ethnic matching* leidt tot betere hulpverlening (Knipscheer & Kleber, 2004a; 2004b). Een meta-analyse (Cabral & Smith, 2011) wees uit dat hoewel etnische minderheden een voorkeur kunnen hebben voor een etnisch gelijke therapeut, het uiteindelijke behandelresultaat onafhankelijk is van de etnische achtergrond van de therapeut. Bovendien geldt dat therapeuten uit etnische minderheidsgroeperingen veelal op dezelfde manier zijn opgeleid als westerse therapeuten.

Het is dus wenselijk dat therapeuten, ongeacht hun eigen culturele achtergrond, adequate zorg kunnen verlenen aan cliënten met een andere, vaak niet-westerse, culturele achtergrond. Is dat een probleem? Nee, zeggen sommigen, want cultuur vormt slechts een dunne laag en *deep down* zijn we allemaal gelijk. Dat is echter de vraag. Er komt steeds meer evidentie voor falsificatie van deze zogenoemde *universality hypothesis*. De bepalende invloed van cultuur op allerlei vormen van (basaal) gedrag, zoals (gezichts)uitdrukkingen van emoties, visuele waarneming, ruimtelijk en moreel redeneren, zelfconcepten en IQ wordt steeds sterker aangetoond (Henrich, Heine & Norenzayan, 2010; Jack, Garrod, Hui, Caldara, & Schyns, 2012). Mensen met

een verschillende culturele achtergrond verschillen zowel in hun wijze van denken, als waarover wordt gedacht. Zo denken westerse mensen meer analytisch, halen zij objecten veelal uit hun context en vertrouwen ze op formele logica, terwijl mensen uit oosterse culturen meer holistisch denken, vooral aandacht geven aan de context en onderlinge relaties, en meer ‘dialectisch’ redeneren (Hofmann, 2006). Een en ander heeft verregaande consequenties, vooral met betrekking tot de psychotherapie. Relevant is deze vraag ook, omdat bekend is dat allochtonen minder profiteren van het zorgaanbod dan autochtonen (zie bijvoorbeeld: de Jong, 2010; Knipscheer, Mooren, & Kurt, 2012). Er zijn hierbij patiënt- en therapeutgerelateerde factoren te onderscheiden.

Allochtonen ervaren een hogere drempel bij het vragen om hulp in de ggz, en er worden bij hen meer crises, meer misdiagnosen, meer eenmalige contacten, een hogere drop-out en een kortere behandelduur gerapporteerd dan bij autochtone cliëntcontacten (voor een overzicht, zie: van Dijk, 2010). Bovendien hebben allochtonen vaak bepaalde verwachtingen over de ggz die niet stroken met wat de ggz kan bieden, en zijn zij veelal minder ‘geproto-professionaliseerd’ dan autochtonen. Westerse patiënten hanteren vaak hetzelfde verklaringsmodel als de professional. Allochtone cliënten zijn veelal onbekend met de gedifferentieerdheid van de westerse hulpverlening en wat zij daarvan kunnen verwachten. Zo is de scheiding tussen ggz en maatschappelijk werk niet altijd duidelijk, kunnen verwachtingen over de zorg hoger zijn dan wat de ggz daadwerkelijk kan bieden, en kan onbekendheid bestaan met de manier waarop in het Westen klachten worden geïnterpreteerd en geclassificeerd. Verder kan er een taboe bestaan om over klachten te spreken of zich tot een psycholoog of psychiater te wenden. Daarnaast wordt de hulpverlening gecompliceerd door een ‘van de autochtone norm afwijkende’ klachtenpresentatie, zoals een sterke nadruk op somatische klachten, passiviteit en een soms dwingende vorm van hulpvragen. Ook kunnen reacties op farmacotherapie verschillen tussen allochtone en autochtone patiënten (zie bijvoorbeeld: Schraufnagel, Wagner, Miranda, & Roy-Byrne, 2006). Ten slotte vormt het ontbreken van een gemeenschappelijk ziektemodel tussen patiënt en therapeut, en de daarmee samenhangende moeizame werkrelatie en geringe mate van committeren, een belangrijk obstakel.

Therapeuten zouden echter bepaalde aspecten die relevant zijn voor allochtone cliënten (te) weinig bij de behandeling betrekken. Denk hierbij aan de invloed van de (gedwongen) migratie, acculturatie en de zogenaamde *condición migrante* (de context van het leven als migrant en als lid van een etnische minderheid, vaak gekenmerkt door geringe sociaaleconomische draagkracht en acculturatiestress). Belangrijke knelpunten in het behandelcontact zijn de taal en het gebrek aan kennis bij de therapeut over de specifieke cultuur van de patiënt. Ook kan het klinisch oordeel met betrekking tot passende en adequate diagnose en behandeling vertroebeld worden door stereotyperend denken, onzekerheid of problematische communicatie als

gevolg van taalbarrières of gebrek aan ervaring in het werken met tolken (Lindert, Schouler-Ocak, Heinz, & Priebe, 2008; Tiemeier et al., 2002; Yeo, 2004). Nogal wat psychologen, psychotherapeuten en psychiaters ervaren het contact met allochtone cliënten daarom dikwijls als problematisch.

Kortom, cognities en gedrag van patiënten en klinici kunnen botsen tijdens het therapeutische contact, vooral wanneer klinici competenties ontberen zoals een reflecterende houding, kennis of specifieke vaardigheden die relevant zijn in het contact met (etnisch) diverse populaties (Dogra & Karim, 2005). Het gevolg is dat hulpverlening vastloopt. Door een veelal sterk somatisch georiënteerde klachtenpresentatie, door verschillen in verklaringsmodellen (voor de symptomen en de behandeling ervan) tussen patiënt en behandelaar, en door schaamte en angst voor stigmatisering, zijn no-show en drop-out hoog: 46 procent onder etnische minderheidsgroepen, versus 24 procent onder autochtoon Nederlandse patiëntengroepen (Blom et al., 2010). Deze situatie heeft substantiële nadelige consequenties: behandelingen bieden onvoldoende symptoomreductie, waardoor lijdensdruk blijft bestaan; de behandelaar ervaart dat inspanningen vruchteloos blijven; en de aanhoudende problematiek staat een volwaardig sociaal en beroepsmatig functioneren in de maatschappij in de weg, met economische gevolgen, met name op het gebied van arbeidsparticipatie (afname van arbeidsproductiviteit: Wald, 2009) en gezondheidszorg (een verhoogde consumptie en dure zorg: Kleber & van der Velden, 2009).

IS EEN CULTUURSENSITIEVE BENADERING VAN INDIVIDUELE COGNITIEVE GEDRAGSTHERAPIE DE OPLOSSING?

.....

Op welke manier is een cultuursensitieve aanpak effectief toe te passen binnen een individuele cognitieve gedragstherapie? Via een zijsprong naar de historie van de psychotherapie en de gedragstherapie bespreken we hierna eerst hoe de westerse patiënt is geprotoprofessionaliseerd: zijn hulpvraag sluit meestal probleemloos aan op het behandelaanbod. Vervolgens leggen we uit waarom dit anders ligt bij niet-westerse migranten, en hoe toch een brug naar hen kan worden geslagen door veel aandacht te besteden aan exploratie en onderhandeling.

Westerse patiënt geprotoprofessionaliseerd

.....

In de jaren zeventig van de vorige eeuw werd door de activiteiten van onder andere Bastiaans (1957), Stichting Centrum '45 (opgericht in 1973) en Stichting ICODO (opgericht in 1980) voor een breed publiek duidelijk dat oorlogservaringen nog vele jaren later intensief psychisch lijden kunnen veroorzaken. In de jaren negentig kwam ook aan het licht hoe vaak vrouwen in hun leven met seksueel misbruik te maken hebben en wat daarvan de

langetermijngevolgen kunnen zijn (Draijer, 1990). Zo raakte algemeen aanvaard dat oorlogservaringen of seksueel misbruik later tot psychische klachten kunnen leiden, en dat het zinnig is om deze ervaringen te verwerken en er gerichte (psychiatrische) hulp voor te vragen. Westerse patiënten die zich tegenwoordig aanmelden met trauma's zijn geprotoprofessionaliseerd: de patiënt en de professional delen dezelfde visie over de klachten, de oorzaken ervan en de oplossing ervoor. Zij hanteren hetzelfde verklaringsmodel, en patiënten vragen zelf om een traumabehandeling (Knipscheer & van Els, 2015). Door publieksvoorlichting en de media is de kennis over psychische klachten in onze maatschappij de afgelopen veertig jaar sterk toegenomen. De meeste mensen weten wat een fobie, smetvrees, burn-out, depressie, ADHD of autisme is. Dit geldt niet voor migranten van de eerste generatie, die veel lijken op de nog niet geprotoprofessionaliseerde Nederlandse patiënten uit de jaren zestig.

Regulier gedragstherapeutisch proces past goed bij doelbewuste westerse patiënt

De meeste gedragstherapeuten zijn opgeleid in het 'gedragstherapeutisch proces', zoals geformuleerd door Brinkman (1978), Burger (1980) en Orlemans (Orlemans, Eelen, & Hermans, 1995), en hun opvolgers (zoals Korrelboom & Kernkamp, 1993). Zij onderscheidden verschillende fasen in het behandelproces, waarbij ze zich baseerden op de empirische cyclus. Voordat de behandelfase begon, nam de gedragstherapeut een aanloop van drie of meer sessies. Eerst kwamen de kennismaking en probleemstelling. Vervolgens werd informatie verzameld, en werden registraties en metingen gedaan. Ten slotte werd via functieanalyses een holistische theorie opgesteld. Op basis hiervan werden behandeldoelen gesteld en werd een behandelplan gemaakt.

Inmiddels zijn er binnen de cognitieve gedragstherapie voor specifieke stoornissen gespecialiseerde behandelprogramma's ontwikkeld, die leiden tot *empirically supported treatments* (EST's) (Keijsers, van Minnen, & Hoogduin, 2011, p. 16). In de huidige praktijk is de DSM-classificatie de voornaamste toegangsroute tot bewezen effectieve behandelingen. 'Over het algemeen duurt de beginfase niet veel langer dan één tot drie sessies. Inventarisatie van de problemen is doorgaans geen probleem. De meeste patiënten weten waarvoor ze hulp zoeken, en er is zelden een goede therapeutische reden om daar ingewikkelder over te doen dan simpel te vragen wat eraan scheelt. [...] Het formuleren van de hulpvraag en de behandeldoelen duurt in de meeste gevallen niet lang' (ten Broeke, Korrelboom, & Verbraak, 2009, p. 33). Hier komt nog bij dat de intakefase vaak niet door dezelfde professionals wordt uitgevoerd als de behandeling. In tabel 1 is in vereenvoudigde vorm de huidige praktijk in schema gezet:

TABEL 1 *Het gedragstherapeutische proces anno 2015*

Intake door psycholoog of psychiater	▶ Psychiatrische klachten en problemen inventariseren ▶ Biografie en levensomstandigheden in kaart brengen ▶ DSM-classificatie ▶ Hulpvraag en behandeldoel formuleren, in overleg met de patiënt ▶ Behandelplan maken
Behandeling door cognitief gedragstherapeut	▶ Richtlijn behandeling
Evaluatie en afsluiting	▶ Klachten meten en behandeling evalueren op resultaat ▶ Periode na behandeling voorbereiden ▶ Behandeling afsluiten

Deze werkwijze past goed bij het merendeel van de patiënten van nu: de behandeldoelen, protocollen en technieken van de cognitieve gedragstherapie sluiten goed aan bij hun klachten en hulpvraag.

Kloof overbruggen tussen westers en niet-westers ziekteverklaringsmodel

Het hiervoor beschreven gedragstherapeutische proces past echter niet goed bij de patiënt uit een andere cultuur. De migrant is namelijk niet geprotoprofessionaliseerd, beleeft zijn klachten anders, en heeft eigen cultureel bepaalde opvattingen over zijn klachten, ziekte en de oplossingen daarvoor. Daarbij is er een verschil tussen migranten van verschillende generaties:

- ▶ Eerstegeneratiemigranten hanteren een verklaringsmodel uit hun oorspronkelijke cultuur.
- ▶ Tweede- en derdegeneratiemigranten hanteren een mengeling van het verklaringsmodel uit de cultuur van hun ouders en het Nederlandse verklaringsmodel.

Wat heeft een patiënt uit een niet-westerse cultuur nodig om mee te werken aan een ingrijpende behandeling die voor hem onbekend is? Hoe komt commitment tot stand voor een behandeling (zoals een traumabehandeling, gedragsmatig activeren of een *exposure*-programma) die strijdig lijkt met de eigen culturele visie en overtuiging? Vanuit de transculturele psychotherapie zijn er manieren bekend om de kloof tussen het westerse en het niet-westerse verklaringsmodel te overbruggen. Zo bespreken Colijn en Braak-

man (2010, p. 442) het model van de ‘universele therapiefactoren’, die voor alle culturen gelden: ‘Er is een patiënt die, uit het lood gebracht door zijn psychische klachten, een genezer zoekt. Deze genezer geniet erkenning van de samenleving om hem heen, en boezemt vertrouwen in. Hij of zij is in staat de oorzaken van het psychisch lijden te benoemen; op grond van die theorie over psychisch lijden selecteert hij een aantal procedures die naar genezing leiden. Anders gezegd: er is een *relatie* tussen genezer en patiënt; er is een *rationale* die een logische verklaring geeft voor de klachten van de patiënt; op grond daarvan wordt een aantal vastgestelde procedures of *rituelen* uitgevoerd; in een daartoe voorgeschreven *context* of *setting*.’ Dit model van Frank heeft een genezende waarde voor zowel westerse als niet-westerse patiënten, omdat ‘de hulpverlener *hoop* biedt, in een *relatie*, met behulp van een *rationale*, die een *ritueel* voorschrijft, in een genezende *context*’ (p. 443).

Colijn en Braakman bespreken ook het zogenoemde ‘onderhandelingsmodel’ (2010, p. 447): ‘Het gezichtspunt van het onderhandelingsmodel is dat een van de essenties van behandeling is, dat het perspectief van de patiënt (met diens schat aan idiosyncratische kennis over de eigen problematiek) naast dat van de behandelaar (met diens expertise op het gebied van behandeling van patiënten met diverse problematieken) gezet wordt en dat daar onder verantwoordelijkheid van de behandelaar een uitwisseling en (figuurlijk gezien) onderhandeling plaatsvindt, met als uitkomst een gezamenlijk behandelplan.’ Twee universele therapeutische factoren zijn essentieel bij het komen tot een gemeenschappelijk behandelplan: ‘geloofwaardigheid (*credibility*) en duidelijk iets te bieden hebben (*giving*)’.

Cultuursensitieve exploratie en onderhandeling

Dit onderhandelingsmodel spreekt ons aan. Voordat de therapeut na de intakefase kan gaan behandelen, is er werk aan de winkel. Het verklaringsmodel van de patiënt moet aan die patiënt ontlokt worden (Colijn & Braakman, 2010, p. 447). Er moet duidelijkheid komen over de culturele betekenis en achtergronden van de klachten. De therapeut geeft zijn biopsychosociale verklaringsmodel, hij maakt de patiënt duidelijk welke oplossing cognitieve gedragstherapie te bieden heeft, en samen onderhandelen therapeut en patiënt over de te volgen weg. Zo ontstaat een gezamenlijk behandelplan en vervolgens commitment. Deze fase van cultuursensitief exploreren en onderhandelen neemt enkele sessies in beslag en bestaat uit de volgende elementen:

Tijdsbalk maken, samen met de patiënt — Op de tijdsbalk komen boven de streep de momenten waarop de klachten begonnen en erger werden, en onder de streep de *life events* (migratiegeschiedenis, huwelijk, enzovoort) en tegenslagen (overlijden familieleden, ziekte, conflict met werkgever, ontslag, enzovoort). De ervaring leert dat patiënten uit niet-westerse cul-

turen geneigd zijn om bij de intake hun klachten vooral toe te schrijven aan externe factoren, zoals een arbeidsconflict of een scheiding. Bij de precieze exploratie in deze fase komen met schaamte beladen tegenslagen of familieproblemen makkelijker op tafel.

11

Verklaringsmodel patiënt en familie — De therapeut moet het verklaringsmodel aan de patiënt ‘ontlokken’. Wat is er volgens de patiënt aan de hand? Ligt de oorzaak binnen of buiten hem? Hierbij bepaalt de patiënt hoeveel invloed (in procenten) de verschillende factoren hebben of hebben gehad op zijn klachten. Ziet hij het herstelproces als iets passiefs of als iets actiefs? Welke (lichamelijke) klacht ervaart hijzelf als het ergst? Het is zinvol als de patiënt een vertrouwd persoon meevraagt bij een volgend gesprek: partner, (oudste) zus of broer, (oudste) zoon of dochter. De therapeut vraagt dan ook aan deze persoon wat voor iemand de patiënt was voordat hij klachten kreeg, en welke taken en rollen de patiënt niet meer vervult door deze klachten (functioneringsverlies).

Verklaringsmodel therapeut en psycho-educatie — Aan de hand van de aanmeldingsklachten geeft de therapeut zijn verklaringsmodel (in feite een korte holistische theorie): klachten, oorzakelijke factoren en diagnose. Psycho-educatie over de klachten sluit hier goed bij aan. Bijvoorbeeld bij de diagnose ‘depressie’ kan de therapeut:

- ▶ uitleggen dat de lichamelijke klachten van de patiënt kernsymptomen van depressie zijn. Migranten in Nederland kennen of erkennen het begrip depressie lang niet altijd, maar de symptomen kennen ze wel (zie Intercultureel addendum depressie, 2012); en
- ▶ vertellen over ervaringen van andere patiënten: hoe boosheid kan branden in je lijf, hoe verdriet lichamelijke pijn geeft (‘Je voelt alles in je lijf’), en hoe tegenslagen en teleurstellingen kunnen leiden tot depressie.

Wat heeft CGT te bieden? — De therapeut licht de voorgestelde behandeling toe. Aan de hand van de klachten geeft hij concreet aan welke verbetering er mogelijk is en welke inzet hierbij van de patiënt verwacht wordt. Hij vertelt welke ervaringen andere patiënten met deze klachten hebben met CGT. Met het familielid wordt bekeken welke ondersteuning de familie kan geven, en welke rol de familie kan spelen bij het oplossen van de problemen of de (rol)conflicten waarmee de patiënt worstelt.

Onderhandelen en behandelplan — Door de hiervoor beschreven stappen te doorlopen, ontstaat er meestal een basale overeenstemming, dat de klachten kunnen verminderen door de CGT-behandeling. Ontstaat deze overeenstemming niet, dan heeft CGT weinig kans van slagen en is het niet zinvol om deze te starten. Zo komt de onderzoeks- of exploratiefase uit de begin-

tijd van de gedragstherapie weer terug in het ‘gedragstherapeutisch proces’, maar wel met een gedeeltelijk andere inhoud (Knipscheer & van Els, 2015). Dit leidt tot het volgende schema (tabel 2):

TABEL 2 *Het gedragstherapeutisch proces bij andere culturen*

Intake door psycholoog of psychiater	▶ Psychiatrische klachten en problemen inventariseren ▶ Biografie en levensomstandigheden in kaart brengen ▶ DSM-classificatie
Cultuursensitieve exploratie en onderhandeling in enkele sessies door cognitief gedragstherapeut	▶ Verklaringsmodel van patiënt (culturele betekenis en achtergronden van de klachten, condición migrante) ▶ Partner of familielid uitnodigen voor een sessie ▶ Verklaringsmodel therapeut en psycho-educatie ▶ Rationale van de CGT-behandeling uitleggen ▶ Onderhandelen over gemeenschappelijk doel en behandelplan
Behandeling door cognitief gedragstherapeut	▶ Richtlijn behandeling
Evaluatie en afsluiting	▶ Klachten meten en behandeling evalueren op resultaat ▶ Periode na behandeling voorbereiden ▶ Behandeling afsluiten

Na de fase van cultuursensitieve exploratie en onderhandeling kan de richtlijn behandeling starten.

IS EEN CULTUURSENSITIEVE AANPAK EFFECTIEF?

.....

Een cultuursensitieve aanpak binnen bestaande behandelrichtlijnen en CGT-protocollen vergroot het behandel-effect significant, zo heeft onderzoek overtuigend aangetoond (bijvoorbeeld: Benish, Quintana, & Wampold, 2011; Griner & Smith, 2006; Sue, Zane, Nagayama-Hall, & Berger, 2009). Zo leiden cultuursensitieve interventies tot betere resultaten dan reguliere interventies bij depressie (Araya et al., 2003) en PTSS (Hinton, Rivera, Hofmann, Barlow, & Otto, 2012). Diverse overzichtsstudies (Benish et al., 2011; Griner & Smith, 2006; Smith, Domenech Rodríguez, & Bernal,

2011) rapporteerden *effect sizes* tussen 0.33 en 0.47 voor een cultureel aangepaste behandeling versus niet aangepaste controle-interventies. Benish et al. (2011) wijzen daarbij expliciet op de rol van het verklaringsmodel van ziekte en gezondheid (*explanatory model*). De focus hierop verbetert het begrip van de patiënt van zijn problemen, vergroot het inzicht in de interventiemogelijkheden en verbetert de werkrelatie met de therapeut, precies zoals wij het hierboven formuleerden.

DEPRESSIE BIJ NIET-WESTERSE MIGRANTEN: PRAKTIJKERVARINGEN

.....

Welke aanpassingen zijn geïndiceerd bij niet-westerse patiënten? En hoe sluiten deze aan bij de specifieke kenmerken van hun beleving en de culturele interpretatie van hun klachten? Uitgangspunt is de aanbeveling om 'de in de Multidisciplinaire Richtlijn Depressie beschreven psychotherapievormen net zo vaak bij patiënten met migratie-achtergrond toe te passen als bij autochtonen' (Intercultureel Addendum Depressie, 2012, p. 72). Met de niet-westerse patiëntengroep (patiënten uit Marokko, Afghanistan, Irak en Iran) hebben wij¹ veel ervaring. In deze paragraaf beschrijven we hoe deze patiënten hun depressieve klachten aanvankelijk vaak verklaren, hoe geneigd ze zijn zich terug te trekken uit contacten en activiteiten, en hoe de behandeling hierop is aan te passen.

Observatie 1: begin en verklaring van de klachten

.....

In de intake vertellen migrantenpatiënten vaak dat zij hard gewerkt hebben, het hun opgedragen werk zonder klagen hebben uitgevoerd, overwerk hebben gedaan en zich nooit ziek hebben gemeld, zelfs niet bij pijn of sterke vermoeidheid. Dan gebeurt er iets ingrijpends in hun leven, bijvoorbeeld een bedrijfsongeval, een auto-ongeluk, een operatie, een sterfgeval of een miskraam. De patiënten werken door, maar zijn moe, duizelig, hebben pijn en andere lichamelijke klachten, en voelen zich zwak en ziek.

Vaak gaat het verhaal als volgt verder. Er volgt een ziekmelding, waarop de leidinggevende kortaf reageert en aandringt op doorwerken. Patiënten ervaren wantrouwen, weinig begrip voor hun situatie en benoemen het arbeidsconflict als verklaring voor de aanmeldklachten.

In de exploratiefase blijkt vervolgens dat patiënten weinig of niets tegen hun leidinggevende hebben gezegd over de tegenslagen in hun privéleven. Via de tijdsbalk wordt duidelijk dat er nog meer belastende factoren een rol speelden in de periode die aan de depressie voorafging, bijvoorbeeld zorgen

1 Met dank aan Maarten Mansveld, Klaas-Jan Pos en Koos van Schie, psychiaters en collega's op de polikliniek SAS-P in Gouda, die de drie beschreven observaties ondersteunen.

over een ziek familielid, problemen in de familie door een scheiding of een onhandelbaar kind. Het gebrek aan erkenning en het gevoel onrechtvaardig behandeld te zijn, hebben bij navraag geleid tot grote ‘innerlijke woede’ en sterke lichamelijke gevoelens, zoals een brandende pijn in de borst of een heet hoofd. Patiënten willen niet terug naar hun werk voordat ze beter zijn. Ze zijn bang voor hun eigen woede, bang om te exploderen. Deze agressie ‘hoort niet bij mij, zo ben ik niet, ik ben ziek’, zeggen ze. Ze zijn er trots op altijd een goede en harde werker, en een rechtvaardig mens te zijn geweest. Hun gekrenkte trots en woede delen ze met bijna niemand in de familie. Ze schamen zich erg over hun ‘zwak zijn’ en ziekte.

Observatie 2: terugtrekgedrag

Het is opvallend hoe sterk niet-westerse migrantenpatiënten met depressieve klachten zich terugtrekken. Ook bij een lichte of matige depressie is functioneringsuitval meestal fors: naast dat de patiënten stoppen met werken, laten ze ook rollen en taken in familie en gezin los. Een man met een depressie gaat bijvoorbeeld niet meer naar buiten, ook niet naar de moskee op vrijdag, en hij vermijdt vrienden en familie, uit angst voor vragen en uit schaamte over zijn ‘zwakte’. Binnenshuis trekt hij zich terug, verdraagt geen geluid en kan niet tegen de drukte van de kinderen. Hij mijdt ook gewone dingen als boodschappen doen of zijn kinderen naar het voetballen brengen. Een vrouw met een depressie noemt eerder vermoeidheid en lichamelijke klachten als reden om binnen te blijven, soms ook vergeetachtigheid en concentratieproblemen. Of zij is té boos tegen de kinderen en trekt zich terug uit haar dagelijkse taken. Haar moeder, schoonmoeder of zussen komen helpen, koken of brengen eten. Ook Limburg-Okken en Sidali (2010, p. 354) staan stil bij dit ‘terugtrekgedrag’ en schrijven hierover: ‘Velen vermelden hierbij dat ze zichzelf veranderd vinden en bang zijn voor hun eigen impulsdoorbraken, reden waarom ieder gezelschap wordt vermeden.’

Observatie 3: geluiden, stemmen en schimmen

Vaker dan autochtone Nederlanders gewend zijn, blijken patiënten uit een niet-westerse cultuur last te hebben van het horen van geluiden en stemmen, of het zien van schimmen (met name bij de overgang van waken naar slapen en in de nacht). Volgens de psychiater functioneert patiënt overdag niet psychotisch en is er geen sprake van een verstandelijke beperking. Een Nederlandse psychiater die in Marokko met een cultuursensitieve blik onderzoek deed naar psychotische stoornis en depressie (Zandi et al., 2008), beklemtoont dat in sommige culturen het horen van stemmen en het zien van beelden of gezichten van familieleden tamelijk gewoon is, en niet noodzakelijk pathologisch. Het horen van stemmen, zeker als deze ervaren worden als van binnenuit het hoofd komend, kan een normale ervaring zijn.

Aanpassingen in de behandeling van depressie bij migranten

15

Bij migranten kan de therapeut vaak niet volstaan met de strakke uitvoering van een van de drie richtlijnbehandelingen voor depressie: gedragsmatige activering, cognitieve herstructurering of interpersoonlijke psychotherapie (Keijsers, van Minnen, & Hoogduin, 2011). Hieronder beschrijven we welke aanpassingen nuttig zijn om deze drie behandelingen effectiever te maken voor migranten.

Gedragsmatige activering — Activeren in de vorm van ‘geleidelijk uitbreiden van plezierige of ontspannen activiteiten’ (Bockting & Huibers, 2011, p. 257), en daarbij als huiswerk het bijhouden van een ‘plezierige-gebeurtenissenlijst’ opgeven (p. 272), sluit niet goed aan bij migranten met depressieve klachten. Ze zijn namelijk moeilijk in beweging te krijgen en vermijden activiteiten doorgaans zo veel mogelijk, omdat zij hun lichamelijke klachten en pijnen niet willen voelen en zeker niet willen verergeren. Dit sterke terugtrekgedrag maakt (een aangepaste vorm van) activeren echter wel tot een belangrijk aspect van hun behandeling. Het is zinvol om hen te activeren op drie niveaus: mentaal, lichamelijk en sociaal. De therapeut kan dit bijvoorbeeld zo uitleggen: ‘Je voelt je ziek en zwak. Het is logisch dat jij je terugtrekt als je je zwak voelt. Terugtrekken geeft een veilig gevoel, maar helpt niet om uit deze depressie te komen. Om weer een sterke man te worden, moeten je geest én je lichaam weer sterk worden.’

Mentale activering is bijvoorbeeld mogelijk door afspraken te maken over een eenvoudig tijdschrift bekijken of lezen, vijf keer per dag bidden (ook bij weinig concentratie), stukjes in de Koran lezen of op internet luisteren naar Koranteksten, op een andere manier op internet actief zijn, of een studieboek lezen. Lichamelijke activering is lastig, omdat de patiënt lichamelijke belevingen sterk vermijdt. Het is belangrijk om te blijven benadrukken dat het nodig is het lichaam te versterken om uit de depressie te komen (‘anders genees je niet’), met kleine interventies te beginnen (graduele exposure voor de angst om lichamelijke klachten te voelen) en streng te zijn over de uitvoering ervan. Maak afspraken als vijf minuten wandelen, een kort stukje fietsen, weer oppakken van fitness of voetbal, of deelnemen aan *running*-therapie. Mannelijke patiënten willen overdag meestal niet buitenshuis gezien worden, maar zijn wel bereid om ’s avonds in het donker te wandelen.

Sociale activering richt zich erop dat patiënten weer dingen oppakken die zij door de depressie hadden opgegeven, maar die in het verleden voldoening gaven of waardevol waren (Bakker-De Pree, 1987): ‘Door je depressie doe je nu niets meer wat waardevol is en voel je je waardeloos. Je hebt nu geen waarde en je voelt je geen man.’ Het gaat hierbij om kleine gedragsexperimenten met eerder door de patiënt als succesvol ervaren (operant) gedrag (Bruins & Vlamings, 2012) en niet om nieuw gedrag! Bijvoorbeeld enkele boodschap-

pen doen, tien of vijftien minuten bij moeder thee gaan drinken, zoontje naar school of voetbal brengen of helpen bij zijn huiswerk. De therapeut erkent hierbij dat sociale activiteiten als familiebezoek of een bruiloft erg moeilijk zijn voor de patiënt door de prikkelbaarheid en moeheid die bij de depressie horen, maar legt uit dat het toch belangrijk is om er kort naartoe te gaan en zo respect te tonen. Parallel hieraan legt de therapeut aan de partner en familie uit dat zij geleidelijk weer taken aan de patiënt moeten teruggeven, zodat deze zich weer een 'goede vader' of 'goede moeder' kan voelen.

Cognitieve herstructurering — Bij migranten van de eerste generatie is cognitieve herstructurering vaak een moeizaam proces vanwege de taal. Dit leidt makkelijk tot een Babylonische spraakverwarring. Daarom is het volgens ons beter om deze techniek achterwege te laten bij patiënten van de eerste generatie. Bij migranten van de tweede of derde generatie is cognitieve herstructurering wel goed toepasbaar.

Interpersoonlijke psychotherapie — De interpersoonlijke psychotherapie (IPT) richt zich op een of meerdere van de volgende focussen: rouw, interpersoonlijk conflict en rolverandering. In een reguliere CGT voor depressie horen deze thema's aan de orde te komen als zij een causale of onderhoudende factor blijken te zijn. Hiertoe kan de therapeut de patiënt na de exploratiefase laten bepalen welke gebeurtenissen en problemen hem het meest belasten: 'Wat is momenteel het zwaarst om te dragen?' Vervolgens wordt dan gekeken welke factoren mogelijk te veranderen zijn door therapie en welke de patiënt moet 'dragen'. Enkele thema's vragen bij migranten speciale aandacht. Zo hoort heimwee bij de condición migrante, het verlangen naar het moederland en de cultuur waarin de patiënt opgegroeid is. Heimwee is te zien als een vorm van verlies, van rouw, bijvoorbeeld bij de vrouw (of man) die enkele jaren geleden vanuit Marokko naar Nederland is gekomen voor een huwelijk met een partner van Nederlands-Marokkaanse afkomst. Hoewel de 'nieuwkomer' hier met de schoonfamilie leeft, voelt ze zich erg eenzaam en heeft heimwee, maar kan hier niet over praten.

Het thema 'interpersoonlijk conflict' is belangrijk bij huwelijks- en familieproblemen. In een schaatcultuur wordt over deze problemen in principe gezwegen en zijn 'Nederlandse' oplossingen zoals scheiden vaak geen optie. Scheiden kan het verlies betekenen van alle familiecontacten, ofwel uitstoting. Vooral migranten van de tweede generatie zitten klem tussen 'Nederlandse' oplossingen en die uit hun oorspronkelijke cultuur. Belangrijk is om samen met de patiënt te onderzoeken of een familielid of vriend begrip zou kunnen hebben voor zijn probleem, dus uit te kijken naar potentiële medestanders. Hierbij bepaalt de patiënt als culturele expert welke gedragsverandering haalbaar is binnen zijn familie en van wie hij hiervoor steun zou kunnen krijgen. Het thema rolverandering is vaker te zien bij tweedegeneratiemigrant na een positieve keuze voor het huwelijk. Denk bijvoorbeeld

aan een vrouw uit een in religieus opzicht liberaal gezin, die een goede baan had, maar zich nu moet voegen naar de strengere regels van haar schoonfamilie en een depressie ontwikkelt. Of aan de man die na zijn huwelijk depressief is geworden, en schaamte en woede ervaart over zijn 'brutale' vrouw, die niet voldoet aan zijn verwachtingen van voor het huwelijk. Van rolverandering is ook sprake als de patiënt oudste zoon of dochter is, en door de depressie niet meer in staat is de taken te vervullen die bij deze rol horen.

PTSS BIJ NIET-WESTERSE MIGRANTEN: PRAKTIJKERVARINGEN

.....

Bij de niet-westerse patiëntengroep waarmee wij² veel ervaring hebben (patiënten uit Marokko, Afghanistan, Irak en Iran), nemen we vaak heftige lichamelijke reacties waar, vooral bij behandeling met EMDR. We bespreken hieronder hoe de behandeling van migrantenpatiënten met trauma's hierop kan worden aangepast. Leidraad bij de aanpassingen is het adagium van het *Intercultureel addendum angststoornissen* (de Jong, 2008, p. 46): 'Improvi-seer, indien nodig, op een verantwoorde manier met technieken en methodieken, zonder afbreuk te doen aan de theoretische/technische uitgangspunten en principes.'

Heftige emoties, lichamelijke pijnen en de neiging tot vermijden

.....

Als we met migrantenpatiënten traumatische gebeurtenissen bespreken, vooral als we met EMDR het geselecteerde 'target' bekijken, is de kans op heftige belevingen en emoties groter dan gebruikelijk. Patiënten melden bijvoorbeeld duizeligheid, plotseling stekende hoofdpijn, druk op de borst of gevoelloze benen. De therapeut ziet een patiënt met trillende handen, een schokkend bovenlijf, paniek of tranen, of een patiënt die met veel moeite zijn boosheid bedwingt, die wil opstaan en weggaan. De patiënt zegt dan dat het erg zwaar en ondragelijk is, en benadrukt de behoefte om het verleden te laten rusten, te vergeten ('Wat geweest is, is geweest'). Vanuit hun cultuur kijken migranten vaak anders aan tegen de omgang met ingrijpende gebeurtenissen. In veel niet-westerse culturen is het gebruikelijk om het denken aan een trauma te vermijden. Schaamte en angst voor gezichtsverlies zijn karakteristiek voor collectivistische culturen: informatie die onaangenaam is, moet voorzichtig worden beheerd en kan beter worden vermeden (Mesquita, 2001; Triandis & Suh, 2002).

2 In verband met privacy komt een aantal gegevens bij de casuïstiek niet overeen met de werkelijkheid.

Cultuursensitieve aanpassingen in de behandeling met EMDR

Een EMDR-behandeling aanbieden die zich expliciet richt op situaties uit het verleden lijkt haaks te staan op de culturele overtuiging van migranten. Toch is het standaardprotocol voor EMDR in principe ook bij hen toepasbaar, mits ingezet met volharding en creativiteit. In het *Praktijkboek EMDR, deel II* beschrijven wij uitvoerig knelpunten en oplossingen (Knipscheer & van Els, 2015). Hieronder geven we enkele handelingsadviezen om een brug te slaan naar een cultuursensitieve traumabehandeling, die de impact van de ingrijpende gebeurtenissen vermindert:

- ▶ Leg samen met de patiënt de relatie tussen ingrijpende gebeurtenissen en actuele (lichamelijke) klachten. Vraag bijvoorbeeld naar flashbacks, nachtmerries, 'slechte dromen' of verdriet, aan de hand van de tijdsbalk, en per gebeurtenis of cluster van gebeurtenissen. Ga vervolgens na welke lichamelijke klachten specifiek gekoppeld zijn aan welke gebeurtenis.
- ▶ Leg uit dat EMDR andere patiënten heeft geholpen om minder krachtige nachtmerries en beelden overdag te hebben, beter te kunnen slapen, minder prikkelbaar te zijn, minder pijn te hebben en zich weer sterker te voelen.
- ▶ Benadruk dat EMDR een zware en intensieve behandeling is en dat de patiënt, als hij goed meewerkt, tijdens de sessie heftige lichamelijke sensaties kan hebben, zoals steken in de borst, hoofdpijn, trillen of benauwdheid.
- ▶ Herhaal deze uitleg tijdens de uitvoering van de EMDR. Onderbreek bij heftige gevoelens en pijnen de behandeling kort en probeer dan door te gaan.

TWEE PRAKTIJKCASUSSEN VAN MIGRANTEN MET DEPRESSIE EN/OF PTSS

Tot besluit bespreken we hier twee casussen uit onze cultuursensitieve praktijk. We besteden expliciet aandacht aan de fasen in hun behandeling: intake, resultaat exploratie, resultaat onderhandeling, behandeling en afsluiting van de therapie.

CASUS DEPRESSIE: 30-JARIGE GETROUWDE VROUW VAN MAROKKAANS-ARABISCHE KOMAF

19

.....

Deze vrouw van de tweede generatie is in Nederland geboren, is goed verzorgd en modern gekleed, draagt een hoofddoek, is intelligent en heeft een opleiding gevolgd op hbo-niveau.

Zij slaapt slecht in en door, piekert veel, is voortdurend moe en heeft weinig energie. Ze is het laatste jaar acht kilo aangekomen. Ze huilt vaak en is snel boos op haar man. Ze heeft haar man één keer geslagen, waar ze zelf erg van schrok, want zij vindt dit geen gedrag dat bij haar past. Ze kookt niet, komt weinig buiten, en vermijdt bijna alle sociale contacten, behalve die met haar moeder en zus. Ze voelt zich waardeloos en kan zich niet concentreren.

Haar klachten zijn anderhalf jaar geleden begonnen, nadat haar arbeidscontract plotseling niet verlengd werd. Zij had hard gewerkt als managementassistent en zeer goede beoordelingen gekregen. Ze voelt zich misbruikt, gediscrimineerd en behandeld vanuit vooroordelen. Vlak na haar ontslag had ze last van angst en hyperventilatie. Later veranderde dit geleidelijk in stemmingsklachten. Zij voelt zich zwak, heeft veel pijn in rug en schouders, en is vaak misselijk. Door deze klachten durft zij niet meer te fietsen en vermijdt ze lopen zo veel mogelijk, terwijl zij voorheen wekelijks fitness deed met vriendinnen. Ze is het afgelopen half jaar op eigen verzoek doorgestuurd naar de internist en de orthopeed. Hierbij werden geen afwijkingen gevonden.

Na de intake luidt de diagnose: 'begonnen als angststoornis, nu depressieve stoornis, matig van ernst, samenhangend met verlies van werk'. Het behandelbeleid is: cognitieve gedragstherapie (CGT) voor depressie conform zorgprogramma. De hulpvraag van de patiënt is dat zij niet meer zo boos wil zijn en minder negatief wil denken. Zelf denkt zij dat haar klachten veroorzaakt worden door iets lichamelijks. Zij wil geen antidepressiva. Ze is naar de intake gekomen omdat de huisarts, die zij vertrouwt, hierop heeft aangedrongen. Zij schaamt zich dat zij naar de ggz moet, twijfelt erg over een behandeling en heeft er weinig vertrouwen in dat deze zal helpen. Alleen haar man en haar moeder weten van de aanmelding.

Resultaat exploratie

.....

Een jaar vóór het plotselinge ontslag is deze vrouw verhuisd, uit de omgeving van haar eigen familie naar de omgeving van haar schoonfamilie. Zij heeft veel heimwee naar haar moeder en haar familie, maar heeft dit aan niemand verteld. Zij vindt haar heimwee kinderachtig ten opzichte van haar man en zij wil haar moeder sparen, omdat die zelf veel verdriet heeft. Zij

heeft een dochtertje van drie jaar en zou graag weer zwanger worden, maar durft dat niet aan door onzekerheid over financiën en door haar klachten. Door de verhuizing woont zij nu dicht bij haar schoonfamilie. Haar schoonzussen zijn jaloers en doen subtiel gemeen tegen haar. Zij voelt zich hierdoor erg gekwetst, maar durft niet te reageren, want ze is bang hysterisch te worden en voor 'gek' versleten te worden. Haar man weet niet hoe erg het gedrag van zijn zussen haar raakt, en zij is bang dat hij de kant van zijn familie zal kiezen.

Haar man heeft haar erg zien veranderen sinds zij klachten heeft. Hij is blij dat hij nu begrijpt wat zijn vrouw bezighoudt. Hij kan zich vinden in de diagnose 'depressie' en staat open voor adviezen van de therapeut over hoe om te gaan met haar depressiviteit. Hij is erg boos over hoe zijn zussen tegen zijn vrouw doen. Hij is het ermee eens dat hij achter zijn vrouw moet staan, maar wil geen ruzie in zijn familie. Het is duidelijk geworden dat de geslotenheid van deze patiënte een onderhoudende factor is bij het niet opknappen. Zij is van nature spontaan en open, maar sluit zich volledig af als ze gekwetst en erg boos is, en vraagt dan geen hulp.

Resultaat onderhandeling

De patiënt accepteert dat zij een depressie heeft en snapt dat zij actiever moet worden, maar vindt dit erg moeilijk door haar angst voor pijn en miselijkheid. Haar man gaat helpen om zijn vrouw te activeren, dagelijkse taken weer op te pakken en gaat haar vooral minder uit handen nemen: momenteel brengt hij haar vaak met de auto, zijn moeder brengt eten en komt schoonmaken.

Behandeling

De CGT start met een schrijfpdracht over de oneerlijke beëindiging van haar jaarcontract, om haar machteloosheid en woede te activeren en kanaliseren. De lichamelijke activering is erop gericht dat de patiënt kleine taakjes in het huishouden oppakt, gaat wandelen en boodschappen doen, en voorzichtig weer begint met fitness met hulp van haar beste vriendin. In het kader van de mentale activering zegt ze vijf keer per dag het gebed (ook bij weinig concentratie), leest ze stukjes uit de Koran, een tijdschrift en een studieboek, en leest ze haar nichtje voor. Ze maakt thuis G-schema's over 'gekwetstheid'. Vervolgens voert ze gedragsexperimenten uit om actief in plaats van passief te reageren, bijvoorbeeld om hulp te vragen van haar man, en haar gekwetstheid te delen met begripvolle vriendinnen.

De exploratie- en onderhandelingsfase besloeg twee sessies, gevolgd door elf behandelingsessies CGT. Het resultaat is dat de depressie volledig in remissie is. De patiënt heeft haar taken en sociale contacten weer opgepakt, en is bezig met solliciteren.

CASUS PTSS: 24-JARIGE AFRIKAANSE MAN ZONDER
VLUCHTELINGENSTATUS

21

.....

De huisarts verwijst deze patiënt wegens PTSS en depressiviteit. Hij is twee jaar geleden door een landgenoot naar Nederland gehaald, onder valse voorspiegelingen van studie en werk. Vervolgens werd hij hier onder bedreiging gedwongen tot seksueel contact met oudere Nederlandse mannen en vrouwen. Na enkele weken is hij gevlucht en heeft hij aangifte gedaan bij de politie. De mensenhandelaar is echter niet te traceren. De IND heeft een uitzettingsprocedure in gang gezet, waartegen de patiënt zich verzet met hulp van een advocaat.

Hij piekert veel over wat er hem is overkomen en is bezorgd over zijn toekomst. Hij is veel alleen, en vervelt zich omdat hij geen opleiding of werk mag doen. Hij heeft contact met een landgenoot en met de begeleider van vluchtelingenwerk. Meerdere keren per week heeft hij nachtmerries, die soms over het misbruik gaan. Ook heeft hij soms herbelevingen overdag en veel schaamtevolle herinneringen. Hij kan wel plezier hebben, heeft geen doodswens meer en ervaart kracht in zijn geloof. Hij is christen, en bidt elke ochtend en avond. Zijn grootste probleem is zijn gezondheid: hij heeft namelijk pijn aan zijn penis. Deze pijn bestaat anderhalf jaar, is er alle dagen en is erg intens. Hij is hiervoor uitgebreid onderzocht door de uroloog, waarbij geen bijzonderheden werden gevonden.

De diagnose na intake luidt: 'gedeeltelijke PTSS en een mogelijk traumagerelateerde pijnstoornis bij een man met veel psychosociale problematiek'. Het behandelbeleid is: EMDR proberen voor PTSS en pijnstoornis.

Resultaat exploratie

.....

De patiënt is een intelligente man, die goed Engels spreekt en die Nederlands probeert te spreken. Hij heeft geen andere ingrijpende gebeurtenissen meegemaakt. Hij is door zijn moeder en oma liefdevol opgevoed, en vanuit een dorp in de grote stad gaan studeren. Hij heeft ook vrienden en familie, met wie hij nu skypet en mailt, zonder dat zij iets weten van wat hem overkomen is. De patiënt bewaart dit als een groot geheim, omdat hij het té beschamend vindt, met name het seksuele contact met mannen. Hij denkt dat hij een nog niet gevonden ziekte heeft, die de pijn aan zijn penis veroorzaakt. Hij legt geen relatie tussen het seksueel misbruik en de pijn. Wel is hij erg bezorgd of hij door de pijnklachten nog tot normaal seksueel contact in staat is en later een huwelijk kan aangaan.

Resultaat onderhandeling

Hij wil graag minder last hebben van de traumatische gebeurtenissen en stemt in met EMDR. De therapeut legt hem zijn hypothese voor over de pijn: 'De trots van de man is in de penis. Deze trots is gekwetst door de schaamte en veroorzaakt pijn in de penis.' De patiënt zegt deze gedachte op zich interessant te vinden, maar legt uit dat hij rationeel is en niet bijgelovig, zoals veel anderen in zijn land. Hij blijft overtuigd van een somatische oorzaak.

Behandeling

De drie ergste beelden van bedreiging en misbruik worden behandeld in vijf sessies EMDR, zonder tolk. Tijdens de EMDR ervaart de patiënt sterke pijnen in zijn hele lijf, en zit hij te schokken en te trillen. Met name door de woede te activeren ('Niemand mag een mens dit aandoen, en hij is geen slaaf'), vermindert de lading van de beelden. De pijn is iets minder heftig geworden en soms enkele uren afwezig.

In de zevende sessie vertelt hij dat hij op advies van een landgenoot naar een zwarte huisarts is geweest. Deze arts heeft geen lichamelijk onderzoek gedaan, maar wel alle papieren van het ziekenhuis grondig bekeken en uitleg gegeven aan de hand van een model van de penis. De patiënt had de arts ook verteld over het seksueel misbruik en is erg blij met de goede somatische uitleg die deze gegeven heeft. Hij moet nu veel water drinken. De wond in de penis zal genezen, maar dat zal een tijd duren.

Hij vindt dat de behandeling klaar is. Incidenteel heeft hij nog een nachtmerrie, maar geen herbelevingen meer. Hij ziet weer toekomst en denkt weinig meer na over het verleden. De pijn is van '9' verminderd tot '3', en hij beleeft dagen zonder pijn: *'It was the pain that made me think a lot.'*

CONCLUSIE

Bestaande protocollen voor cognitieve gedragstherapie zouden in principe toepasbaar moeten zijn bij migranten, maar voor de effectiviteit ervan is nog niet veel evidentie beschikbaar. In de behandeling blijken er namelijk specifieke knelpunten te zijn, die CGT minder doeltreffend maken. Deze knelpunten zijn in dit artikel beschreven vanuit de transculturele psychotherapie. Cultuursensitiviteit, in de zin van respectvolle nieuwsgierigheid naar betekenis en context van andere, cultuurgebonden klachtbeleving, helpt om te komen tot een gezamenlijk behandeldoel en inzet voor behandeling. Er is enige evidentie dat cultuursensitieve aanpassingen CGT effectiever kunnen maken, zonder afbreuk te doen aan de leertheoretische principes en technieken in het protocol. Er zijn in Nederland al een aantal van deze cultuur-

en symptoomspecifieke CGT-behandelingen beschikbaar (zie bijlage). Naar onze mening is het zinvol om bij een individuele behandeling de in de multidisciplinaire richtlijnen beschreven CGT even vaak toe te passen bij patiënten met een migratieachtergrond als bij autochtonen. Een fase van cultuursensitieve exploratie en onderhandelen, voorafgaand aan de CGT, lijkt dan essentieel te zijn. Deze fase vergroot de kans om de beschreven knelpunten op te lossen. Het gedragstherapeutische proces verloopt hierdoor enigszins anders, maar met enige volharding en creativiteit lijkt de gebruikelijke doeltreffendheid van de cognitieve gedragstherapie haalbaar.

BIJLAGE: CULTUURSENSITIEVE HULPMIDDELEN BIJ INDIVIDUELE THERAPIE

.....

Er is allerlei materiaal in Nederland beschikbaar dat kan helpen om het abstracte begrip ‘cultuursensitief’ te concretiseren. Het gaat om bronnen van jarenlange ervaring en kennis, die de cognitieve gedragstherapeut aan ideeën kunnen helpen en zijn eigen creativiteit stimuleren.

Anamneseprotocol

.....

Ontwikkeld door Limburg-Okken en Sidali (2010). Werkwijze is gebaseerd op praktijkervaring met overwegend cliënten van de eerste en tweede generatie volwassen Marokkaanse en Turkse patiënten. De onderdelen ‘gaan over begin, oorzaak, beloop en behandelverwachtingen aangaande de actuele klachten. Vervolgens komt de levensloop aan de orde, te beginnen met de periode in het herkomstland, waarna de migratie en het verblijf in Nederland volgen’. Veel culturele uitingen van klachten worden toegelicht en verhelderd. Zo rubriceren Limburg-Okken en Sidali somatische klachten in categorieën. Een categorie is bijvoorbeeld: ‘klachten over mieren (*nmel*) bij Marokkaanse cliënten, begeleid door een krioelgebaar met de vingers, kan men verstaan als zich verplaatsende tintelingen, zonder dat hiervoor, meestal, een organische verklaring bestaat. Het gaat hier om een zeer frequent voorkomende klacht, waarvan de betekenis ons niet duidelijk is’ (p. 354). Ook moeilijke thema’s als seksualiteit en kinderloosheid komen aan de orde.

Het culturele interview en de culturele formulering in de DSM-5

.....

Het culturele interview is bedoeld ‘om inzicht te krijgen in de culturele referentiekaders van een patiënt’ (Rohlof & Groen, 2010, p. 379). Er is een verkorte versie beschikbaar die één tot anderhalf uur afnametijd vraagt (zie <http://rohlof.nl/transculturele-psychiatrie/het-culturele-interview>). Het culturele interview is een hulpmiddel om te komen tot een culturele formulering, waarin de klachten in hun sociaal-culturele context geplaatst worden. In de

DSM-5 (Rohlof, van Dijk, & Groen, 2014, pp. 986-1003) wordt het stramien voor een dergelijke culturele formulering uitgewerkt. Verder wordt er een kort, semigestructureerd interview (*Cultural Formulation Interview*) gegeven, met zestien vragen waarmee 'op een systematische wijze de culturele factoren vastgesteld kunnen worden' (p. 988). Voor het meegekomen familielid of vriend is er een aparte informantversie.

Transculturele vaardigheden voor therapeuten

Jessurun (2010) beschrijft een aantal methoden en technieken vanuit de systeem- en communicatietheorie, en vanuit de antropologie. Verschillende technieken zijn goed toepasbaar in de exploratiefase van de gedragstherapie, bijvoorbeeld het verschil in soort vragen bij een 'ik-gerichte' (westerse) cultuur en een 'wij-gerichte' (niet-westerse) cultuur (p. 218). De techniek van het maken van een genogram helpt om zicht te krijgen op het verband tussen gebeurtenissen, relaties en bronnen van steun.

Intercultureel addendum bij multidisciplinaire richtlijnen

Bij twee multidisciplinaire richtlijnen is er een intercultureel addendum beschikbaar. Er wordt een heldere beschrijving gegeven van de aandachtspunten bij behandeling van migranten en vluchtelingen, en van de bevindingen en evidentie in de onderzoeksliteratuur. Het addendum bij de Richtlijn Angststoornissen (de Jong, 2008) bevat een hoofdstuk over cognitieve gedragstherapie, en het addendum bij depressie (Intercultureel Addendum Depressie, 2012) een paragraaf over cognitieve gedragstherapie.

Specifiek over cultuursensitieve cognitieve gedragstherapie

- ▶ Borra (2010): theorie over cultuursensitieve gedragstherapie, aanbevelingen en de casus van een Marokkaanse vrouw met wasdwang en PTSS.
- ▶ Emmelkamp en van Schaik (2010): aanbevelingen, casus met depressie bij een Marokkaanse vrouw en drie bijlagen met aangepaste, vereenvoudigde formulieren (zoals een dagboekformulier voor cognitieve therapie).
- ▶ Seddik, Spierings, en Vink (2010): hoofdstuk over toepassing van EMDR bij migranten. Veel aandacht voor stabilisatietechnieken.
- ▶ Knipscheer en van Els (2015): hoofdstuk over de praktijk van EMDR bij andere culturen.
- ▶ In de diverse cursussen die het Trimbos-instituut ontwikkeld heeft, is veel materiaal aanwezig dat direct bruikbaar is in een individuele cognitieve gedragstherapie: registratieopdrachten, cognitieve oefeningen, inclusief Arabische vertaling (bijvoorbeeld: Trimbos, 2009).

HARRY VAN ELS is klinisch psycholoog en psychotherapeut, werkzaam bij Rivierduinen (GGZ Midden-Holland in Gouda). Hij is supervisor VGCT en specifiek geïnteresseerd in depressie, trauma, agressie- en impulsstoornissen, en stemmen horen.

JEROEN KNIPSCHER is coördinator van de ontwikkellijn 'Trauma en Diversiteit' bij Arq Psychotrauma Expert Groep, universitair docent bij de afdeling Klinische en Gezondheidspsychologie van de Universiteit Utrecht, en bij beide instellingen cognitief gedragstherapeut en psychotherapeut i.o.

Correspondentieadres: Harry van Els, GGZ Midden-Holland (Rivierduinen), Ronsseweg 225, 2803 ZB Gouda. E-mail: H.vanEls@GGZMiddenholland.nl

Summary In mental health care, treating patients from ethnic minorities or non-western cultures may not be so easy. Besides the potential language barrier, two obstacles from transcultural perspective have been formulated in treating these patients: somatisation (the patient presents his/her symptoms with a somatic articulation) and the absence of an explanatory model for the illness that is shared between patient and therapist. Consequently, commitment to the treatment may be difficult to realize. A culturally sensitive approach may be helpful to overcome these two obstacles, without disregarding learning theoretical principles and evidence-based techniques. In this article we explore this culturally sensitive approach more concretely. We discuss in what way the behavioral therapeutic process will have to be adapted in order to provide cognitive behavioral therapy to migrants effectively. A number of cases illustrate effective adaptations in the treatment of depression and PTSD.

Keywords: *non-western migrants, culturally sensitive psychotherapy, explanatory model, behavioral therapeutic process, depression, PTSD.*

Literatuur

- Araya, R., Rojas, G., Fritsch, R., Gaete, J., Rojas, M., Simon, G., & Peters, T. J. (2003). Treating depression in primary care in low-income women in Santiago, Chile: A randomized controlled trial. *The Lancet*, 361, 995-1000.
- Alegria, M., Chatterji, P., Wells, K., Cao, Z., Chen, C. N., Takeuchi, D. ... Meng, X. L. (2008). Disparity in depression treatment among racial and ethnic minority populations in the United States. *Psychiatric Services*, 59(11), 1264-1272.
- Bakker-de Pree, B. J. (1987). *Constructieve gedragstherapie: theoretische fundering en praktische realisering*. Nijmegen: Dekker & van de Vegt.
- Bastiaans, J. (1957). *Psychosomatische gevolgen van onderdrukking en verzet*. Amsterdam: Noord-Hollandsche Uitgevers Maatschappij.
- Benish, S., Quintana, S., & Wampold, B. (2011). Culturally adapted psychotherapy and the legitimacy of myth. *Journal of Counseling Psychology* 58, 279-289.
- Bockting, C. L. H., & Huibers, M. J. H. (2011). Protocollaire behandeling van patiënten met een depressieve stoornis; cognitieve gedragstherapie. In G. P. J. Keijsers, A. van Minnen, & C. A. L. Hoogduin, *Protocollaire behandelingen voor volwassenen met psychische klachten – 1*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Blom, M. B. J., Hoek, H. W., Spinhoven, P.,

- Hoencamp, E., Judith Haffmans, P. M., & van Dyck, R. (2010). Treatment of depression in patients from ethnic minority groups in the Netherlands. *Transcultural Psychiatry*, 47(3), 473-490. doi: 10.1177/1363461510374561
- Borra, R. (2010). Cognitieve gedragstherapie. In J. T. V. M. de Jong & S. Colijn (red.), *Handboek culturele psychiatrie en psychotherapie* (pp. 501-516). Utrecht: De Tijdstroom.
- Brinkman, W. (1978). Het gedragstherapeutisch proces. In J. W. G. Orlemans, P. Eelen & W. P. Haaijman (red.), *Handboek voor gedragstherapie*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Bruins, B. E. E., & Vlamings, H. S. M. (2012). *Back to basics: gebruik de kracht van operant gedrag!* (workshop). Najaarscongres VGCT, 9 november 2012, Veldhoven.
- Burger, A. W. (1980). *Functie-analyse van neurotisch gedrag: een handleiding voor gedragstherapeuten*. Amsterdam: Uitgeverij F. van Rossen.
- Cabral, R. C., & Smith, T. B. (2011). Racial/ethnic matching of clients and therapists in mental health services: A meta-analytic review of preferences, perceptions, and outcomes. *Journal of Counseling Psychology* 58(4), 537-554.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) (2012). Bevolking; generatie, geslacht, leeftijd en herkomstgroepering. <http://statline.cbs.nl>.
- Colijn, S., & Braakman, M. H. (2010). Modellen voor behandeling. In J. T. V. M. de Jong & S. Colijn (red.), *Handboek culturele psychiatrie en psychotherapie* (pp. 437-450). Utrecht: De Tijdstroom.
- de Haan, A. (2014). *Ethnic minority youth in youth mental health care: utilization and dropout*. Enschede: Ipskamp.
- de Jong, J. V. T. M. (2008). *Intercultureel addendum angststoornissen*. Rotterdam: Mikado.
- de Jong, J. T. V. M. (2010). Psychopathologie en DSM-V. In J. T. V. M. de Jong & S. Colijn (red.), *Handboek culturele psychiatrie en psychotherapie* (pp. 399-434). Utrecht: De Tijdstroom.
- de Wit, M., Tuinebreijer, W., Dekker, J., Beekman, A., Gorissen, W., Schrier, A. ... Verhoeff, A. (2008). Depressive and anxiety disorders in different ethnic groups: A population based study among native Dutch, and Turkish, Moroccan and Surinamese migrants in Amsterdam. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43, 905-912.
- Dogra, N., & Karim, K. (2005). Diversity training for psychiatrists. *Advances in Psychiatric Treatment*, 11, 159-167. doi: 10.1192/apt.11.3.159
- Draijer, N. (1990). *Seksuele traumatisering in de jeugd. Gevolgen op lange termijn van seksueel misbruik van meisjes door verwanten*. Amsterdam: Uitgeverij SUA.
- Drogendijk, A. N., van der Velden, P. G., Kleber, R. J., Christiaan, B., Dorresteyn, S. M., Grievink, L. ... Gersons, B. P. M. (2003). Turkse getroffen en vuurwerkkramp Enschede: Een vergelijkende studie. *Gedrag & Gezondheid*, 31, 145-162.
- Emmelkamp, J., & van Schaik, A. (2010). Cognitieve gedragstherapie voor depressie bij een cliënt met een Marokkaanse achtergrond: zijn er specifieke richtlijnen? *Gedragstherapie* 43, 149-163.
- Fassaert, T., Nielen, M., Verheij, R., Verhoeff, A., Dekker, J., Beekman, A., & de Wit, M. (2010). Quality of care for anxiety and depression in different ethnic groups by family practitioners in urban areas in the Netherlands. *General Hospital Psychiatry*, 32(4), 368-376. doi: 10.1016/j.genhosppsych.2010.04.010
- Fazel, M., Wheeler, J., & Danesh, J. (2005). Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: A systematic review. *Lancet*, 365(9467), 1309-1314.
- Griner, D., & Smith, T. B. (2006). Culturally adapted mental health interven-

- tion: A meta-analytic review. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* 43(4), 531-548.
- Henrich, J., Heine, S. J., & Norenzayan, A. (2010). The weirdest people in the world? *Behavioral and Brain Sciences* 33, 61-135.
- Hinton, D. E., Rivera, E. I., Hofmann, S. G., Barlow, D. H., & Otto, M. W. (2012). Adapting CBT for traumatized refugees and ethnic minority patients: Examples from culturally adapted CBT (CA-CBT). *Transcultural Psychiatry* 49(2), 340-365.
- Hofmann, S. (2006). The importance of culture in cognitive and behavioral practice. *Cognitive and Behavioral Practice* 13, 243-245.
- Intercultureel addendum depressie (2012). *Intercultureel addendum bij de multidisciplinaire richtlijn depressie*. Utrecht, Mikado.
- Jessurun, C. M. (2010). *Transculturele vaardigheden voor therapeuten: Een systeemtheoretisch behandelmodel*. Bussum: Coutinho.
- Jack, R. E., Garrod, G. B., Hui, Y., Caldara, R., & Schyns, Ph. G. (2012). Facial expressions of emotion are not culturally universal. *Proceedings of the National Academy of Sciences – Psychological and Cognitive Sciences* 109(19), 7241-7244.
- Keijsers, G. P. J., van Minnen, A., & Hoogduin, C. A. L. (2011). *Protocolaire behandelingen voor volwassenen met psychische klachten – 1*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Kleber, R. J., & van der Velden, P. G. (2009). *Acute stress at work*. In J. Quick, M. J. Schabracq & C. L. Cooper (Eds.), *Work and health psychology handbook* (pp. 269-292). Chichester: John Wiley.
- Knipscheer, J. W., & Kleber, R. J. (2004a). A need for ethnic similarity in the therapist-patient interaction? Mediterranean migrants in Dutch mental health care. *Journal of Clinical Psychology*, 60, 543-554.
- Knipscheer, J. W., & Kleber, R. J. (2004b). The importance of ethnic similarity in the therapist-patient dyad among Surinamese migrants in Dutch mental health care. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 77, 273-278.
- Knipscheer, J. W., & Kleber, R. J. (2005). Psychotherapie met allochtonen – écht anders? *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 60, 717-724.
- Knipscheer, J. W., & Kleber, R. J. (2008). Help-seeking behavior of West African migrants. *Journal of Community Psychology*, 36(7), 915-928.
- Knipscheer, J. W., Mooren, G. T. M., & Kurt, A. (2012). Klinische psychologie in intercultureel perspectief. In J. W. Knipscheer & R. J. Kleber (red.), *Psychologie en de multiculturele samenleving* (pp. 211-243.). Den Haag: Boom | Lemma.
- Knipscheer, J. W., & van Els, H. (2015). Culturele diversiteit en toepassing van EMDR. In H.-J. Oppenheim, H. Hornsveld, A. de Jongh & E. ten Broeke (red.), *Praktijkboek EMDR, deel II*. Utrecht: De Tijdstroom (in review).
- Korrelboom, C. W., & Kernkamp, J. H. B. (1993). *Gedragstherapie*. Muiderberg: Dick Coutinho.
- Limburg-Okken, A., & Sidali, S. (2010). Een anamneseprotocol. In J. T. V. M. de Jong & S. Colijn (red.), *Handboek culturele psychiatrie en psychotherapie* (pp. 351-366). Utrecht: De Tijdstroom.
- Lindert, J., von Ehrenstein, O. S., Priebe, S., Mielck, A., & Brähler, E. (2009). Depression and anxiety in labor migrants and refugees – A systematic review and meta-analysis. *Social Science and Medicine*, 69, 246-257.
- Lindert, J., Schouler-Ocak, M., Heinz, A., & Priebe, S. (2008). Mental health, health care utilisation of migrants in Europe. *European Psychiatry*, 23, Supplement 1, 14-20. doi: 10.1016/S0924-9338(08)70057-9

- Missinne, S., & Bracke, P. (2012). Depressive symptoms among immigrants and ethnic minorities: a population based study in 23 European countries. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(1), 97-109. doi: 10.1007/s00127-010-0321-0
- Mesquita, B. (2001). Emotions in collectivist and individualist contexts. *Journal of Personality and Social Psychology* 80, 68-74.
- Orlemans, J. W. G., Eelen, P., & Hermans, D. (1995). *Inleiding tot de gedragstherapie*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Priebe, S., Sandhu, S., Dias, S., Gaddini, A., Greacen, T., Ioannidis, E. ... Bogic, M. (2011). Good practice in health care for migrants: views and experiences of care professionals in 16 European countries. *BMC Public Health*, 11(1), 187.
- Rohlof, H., & Groen, S. P. (2010). The cultural formulation of diagnosis. In J. T. V. M. de Jong & S. Colijn (red.), *Handboek culturele psychiatrie en psychotherapie* (pp. 367-380). Utrecht: De Tijdstroom.
- Rohlof, H., van Dijk, R. C. J. & Groen, S. (2014). Culturele formulering. In American Psychiatric Association, *Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5)* (Nederlandse vertaling van: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*). Amsterdam: Boom.
- Schraufnagel, T. J., Wagner, A. W., Miranda, J., & Roy-Byrne, P. P. (2006). Treating minority patients with depression and anxiety: What does the evidence tell us? *General Hospital Psychiatry*, 28 (1), 27-36. doi: 10.1016/j.genhosppsych.2005.07.002
- Sedik, H., Spierings, J., & Vink, I. (2010). EMDR. In J. T. V. M. de Jong & S. Colijn (red.), *Handboek culturele psychiatrie en psychotherapie* (pp. 487-500). Utrecht: De Tijdstroom.
- Smith, T. B., Domenech Rodríguez, M., & Bernal, G. (2011). Culture. *Journal of Clinical Psychology*, 77(2), 166-175.
- Sue, S., Zane, N., Nagayama-Hall, G. C. & Berger, L. K. (2009). The case for cultural competency in psychotherapeutic interventions. *Annual Review of Psychology*, 60, 525-548.
- Tarricone, I., Stivanello, E., Poggi, F., Castorini, V., Marseglia, M. V., Fantini, M. P., & Berardi, D. (2012). Ethnic variation in the prevalence of depression and anxiety in primary care: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, 195(3), 91-106. doi: 10.1016/j.psychres.2011.05.020
- ten Broeke, E., Korrelboom, C. W., & Verbraak, M. J. P. M. (2009). *Praktijkboek geïntegreerde cognitieve gedrags therapie; protocollaire behandelingen op maat*. Bussum: Uitgeverij Coutinho.
- Tiemeier, H., de Vries, W. J., van het Loo, M., Kahan, J. P., Klazinga, N., Grol, R., & Rigter, H. (2002). Guideline adherence rates and interprofessional variation in a vignette study of depression. *Quality and Safety in Health Care*, 11(3), 214-218. doi: 10.1136/qhc.11.3.214
- Trimbos-instituut (2009). *Lichte dagen, donkere dagen. Cursus voor Turken en Marokkanen met depressieve klachten* (cursusmap). Utrecht: Trimbos-instituut.
- Triandis, H. C., & Suh, E. M. (2002). Cultural influences on personality. *Annual Review of Psychology*, 53, 133-160.
- Toar, M., O'Brien, K. K., & Fahey, T. (2009). Comparison of self-reported health & healthcare utilisation between asylum seekers and refugees: An observational study. *BMC Public Health*, 9, 214.
- Yeo, S. (2004). Language barriers and access to care. *Annual review of nursing research*, 22, 59-73.
- van Dijk, R. (2010). De kleur van de GGZ in Nederland. In J. T. V. M. de Jong & S. Colijn (red.), *Handboek culturele psychiatrie en psychotherapie* (pp.

- 230-245). Utrecht: De Tijdstroom.
- Verhulp, E. E. (2014). *Mental health service use for adolescents' internalizing problems: A comparison between four ethnic groups in the Netherlands*. Utrecht: University Publishers.
- Wald, J. (2009). Work limitations in employed persons seeking treatment for chronic posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 18, 312-315.
- Young, A. S., Klap, R., Sherbourne, C. D., & Wells, K. B. (2001). The quality of care for depressive and anxiety disorders in the United States. *Archives of General Psychiatry*, 58, 55-61.
- Zandi, T., Havenaar, J. M., Limburg-Okken, A. G., van Es, H., Sidali, S., Kadri, N. ... Kahn, R. S., 2008. The need for culture sensitive diagnostic procedures: A study among psychotic patients in Morocco. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 43, 244-250.

Opbouwen van veerkracht tegen depressie

Efficiënte aandachtscontrolestrategieën
leiden tot betere emotieregulatie bij
ouderen

INEKE DEMEYER & RUDI DE RAEDT

Samenvatting

Depressie op latere leeftijd is een veelvoorkomend probleem, dat een zware last met zich meebrengt. Het effect van bestaande behandelingen is echter beperkt. In dit overzicht bespreken we emotieregulatieprocessen bij mentaal gezonde ouderen. Van daaruit verkennen we nieuwe, leeftijdsaangepaste behandelingsmogelijkheden. Ouderen vertonen in het algemeen een beter emotioneel welzijn in vergelijking met jongere leeftijdsgroepen. Er wordt aangenomen dat dit het resultaat is van betere emotieregulatiestrategieën bij ouderen. Onderzoek naar hoe ouderen vertekeningen in aandacht als emotieregulatiestrategie hanteren, toont aan dat zij in vergelijking met jongere leeftijdsgroepen hun aandacht meer richten naar positieve informatie en minder aandacht besteden aan negatieve informatie. Dit staat bekend als het positiviteitseffect bij ouderen, maar de oorspronkelijke bevindingen over dit effect waren inconsistent. Daarom is het belangrijk om te achterhalen welke factoren de aanwezigheid van dit positiviteitseffect beïnvloeden. In recent onderzoek gaat men ervan uit dat processen als cognitieve controle het positiviteitseffect mogelijk beïnvloeden. Ook de aanwezigheid van een negatieve gemoedstoestand zou een belangrijke conditie zijn voor het voorkomen van deze emotieregulatiestrategie, omdat de behoefte aan emotieregulatie toeneemt bij een negatieve gemoedstoestand. Ten slotte zijn er studies die aantonen dat het positiviteitseffect ook daadwerkelijk helpt bij het verbeteren van de emotionele gemoedstoestand en het algemene welbevinden. Het versterken van deze emotieregulatiestrategie lijkt dan ook een veelbelovende aanpak om de levenskwaliteit van ouderen met emotionele problemen te verhogen.

Trefwoorden: ouderen, emotieregulatie, positiviteitseffect, veerkracht, depressie.

INLEIDING

.....

31

Recent Europees onderzoek toont aan dat ongeveer 12.6% van de ouderen boven de 65 jaar behandeld zou moeten worden voor depressie (Braam et al., 2014). Daarnaast zou 15.2% van hen ook subklinische symptomen van depressie vertonen. Het aantal ouderen met depressie stijgt verder tot 25% wanneer uitsluitend gekeken wordt naar ouderen die verblijven in een residentiële setting (Stewart et al., 2014). Depressie bij ouderen is dus duidelijk een veelvoorkomend probleem en heeft bovendien grote negatieve gevolgen voor de patiënt, zijn omgeving en op economisch vlak (Vasiliadis et al., 2013). Efficiënte behandelingen voor depressie zijn dus van groot belang. Hoewel gecontroleerd onderzoek uitwijst dat huidige psychologische behandelingen in vergelijking met een wachtlijstconditie tot grotere verbetering van depressieve symptomen leiden, zijn hun effecten beperkt en is het onderscheid tussen verschillende behandelingen klein (Samad, Brealey, & Gilbody, 2011; Wilson, Mottram, & Vasilas, 2008). Het is daarom van belang op zoek te gaan naar alternatieve, aanvullende behandelingen, die aangepast zijn aan ouderen. In dit artikel nemen we de aanwezige sterktes van ouderen als vertrekpunt voor het verder exploreren van nieuwe mogelijkheden voor behandeling. Om het emotioneel welzijn van ouderen te verbeteren, richten we ons niet op het laten afnemen van negatieve emoties, maar geven we meer aandacht aan het opbouwen van veerkracht tegen depressie.

De laatste decennia zien we een toename in onderzoek naar emotioneel welzijn bij ouderen. Hierbij zijn verrassende resultaten gevonden. Het is bekend dat ouderen vaker geconfronteerd worden met verlieservaringen, zoals het overlijden van familie en vrienden, maar ook met het wegvallen van de eigen fysieke vaardigheden. Dit kan leiden tot een toenemende afhankelijkheid. In ander onderzoek wordt gesuggereerd dat ouder worden gepaard gaat met een algemene achteruitgang in cognitief functioneren, en wel met betrekking tot het geheugen, probleemoplossingsvaardigheden en verwerkingssnelheid (Deary et al., 2009). Op basis van deze verlieservaringen gingen men er veelal van uit dat men bij ouderen een daling in emotioneel welzijn zou aantreffen. Tegen de verwachting in toonden verschillende studies aan dat ouderen in vergelijking met verschillende jongere leeftijdsgroepen, zowel studenten als volwassenen van middelbare leeftijd, minder negatief affect en soms zelfs meer positief affect ervaren (zie bijvoorbeeld Carstensen et al., 2011; Charles, Reynolds, & Gatz, 2001). Het is dus interessant om te zien dat ouderen erin slagen een hoog niveau van emotioneel welzijn te behouden, ondanks de vele verlieservaringen waarmee ze worden geconfronteerd. Als verklaring voor dit paradoxaal effect is geopperd dat emotieregulatievaardigheden verbeteren naarmate mensen ouder worden (Blanchard-Fields, 2007; Urry & Gross, 2010). Ouder worden lijkt een complexer ontwikkelingsproces dan aanvankelijk werd gedacht: bepaalde cognitieve functies die zijn gere-

lateerd aan het omgaan met emoties lijken niet te verslechteren, maar zelfs te verbeteren. In dit literatuuroverzicht bespreken we theoretische verklaringen voor verschillende emotieregulatiestrategieën in relatie tot leeftijd, alsmede actueel onderzoek dat deze leeftijdsverschillen kan bevestigen, en de hiaten in dit onderzoek. Ten slotte staan we stil bij ouderen die deze verbetering in emotieregulatie niet vertonen, en worden de mogelijke klinische implicaties met betrekking tot het emotioneel welzijn van ouderen belicht.

EMOTIEREGULATIESTRATEGIEËN BIJ OUDEREN

.....

Emotieregulatie verwijst naar de vaardigheid om emotionele belevingen en uitingen te beïnvloeden, en wordt gezien als een essentiële determinant van emotioneel welzijn (Gross, 1998). De socio-emotionele selectiviteitstheorie (Carstensen, Isaacowitz, & Charles, 1999) biedt een kader van waaruit leeftijdsgebonden veranderingen in emotieregulatie en emotioneel welzijn begrepen kunnen worden. Kortweg stelt deze theorie dat toekomstperspectief een essentiële en motiverende factor is, die bepaalt welk doel prioriteit krijgt. Op deze manier heeft toekomstperspectief een invloed op emotieregulatiestrategieën en emotioneel welzijn. Aangezien doelen geordend worden binnen een temporele context, zouden veranderingen in toekomstperspectief kunnen leiden tot een reorganisatie van doelvoorkeuren. Ouderen die geconfronteerd worden met het steeds naderbij komen van het levens-einde, maar ook jongere personen met een beperkt toekomstperspectief, zouden meer gemotiveerd zijn om prioriteit te geven aan welzijn in het hier en nu. Als gevolg van het belang dat men in het huidige emotioneel welzijn stelt, zal men investeren in emotieregulatiestrategieën die bijdragen tot het huidige welzijn.

Volgens Urry en Gross (2010) proberen ouderen hun emoties te beïnvloeden door bepaalde emotieregulatiestrategieën te selecteren en te optimaliseren. Er zijn verschillende emotieregulatiestrategieën die een persoon kan hanteren tijdens de verschillende fasen van het proces waarbinnen zijn emoties zich ontplooiën (Gross, 1998). Het model van Gross onderscheidt vijf strategieën:

- 1 Met *situatieselectie* kiest een persoon een omgeving op basis van de emoties die deze omgeving bij hem kan uitlokken.
- 2 Met *situatiemodificatie* past een persoon de situatie waarin hij zich bevindt aan, teneinde de emoties die deze bij hem uitlokt te veranderen.
- 3 Met *aandachtsimplementatie* schenkt een persoon aandacht aan bepaalde elementen van zijn situatie.
- 4 Met *cognitieve herwaardering* ('reappraisal') herinterpreteert een persoon zijn situatie, teneinde zijn emotionele reactie erop te veranderen.

- 5 Met *reactiemodificatie* verandert een persoon de gevoelens en gedragingen die onderdeel zijn van zijn emotionele reactie.

Men veronderstelt dat de efficiëntie van elk van deze strategieën verandert met de leeftijd (Urry & Gross, 2010) en dat ouderen het verlies aan cognitieve bronnen die noodzakelijk zijn voor sommige emotieregulatiestrategieën (zoals cognitieve herwaardering) compenseren door voorkeur te geven aan andere strategieën (zoals aandachtssupplementatie) en deze te optimaliseren.

Deze uitgangspunten zijn reeds meermaals onderzocht. Op het vlak van algemene emotieregulatie werd op basis van zelfrapportage aangetoond, dat de relatie tussen leeftijd en verbeterd emotioneel welzijn bepaald wordt door de vaardigheid om met emoties om te gaan (Kessler & Staudinger, 2009). Niet alle specifieke emotieregulatiestrategieën werden even grondig onderzocht en er blijven nog vele vragen over. Er zijn indicaties dat sommige strategieën geoptimaliseerd worden met de leeftijd. Zo is bekend dat de sociale netwerken van ouderen beperkter worden, maar dat de vriendschappen waaruit deze bestaan doorgaans hechter zijn. Dit wordt beschouwd als een optimalisatie binnen de strategie *situatieselectie* (Carstensen, Fung, & Charles, 2003).

Daarentegen zijn er ook aanwijzingen dat niet alle strategieën verbeteren met de leeftijd: ouderen zouden minder adequaat gebruikmaken van *cognitieve herwaardering* (Opitz, Rauch, Terry, & Urry, 2012). Deze bevinding wordt op haar beurt genuanceerd door studies die een onderscheid maken tussen twee vormen van cognitieve herwaardering: het zich *losmaken* van de situatie en het zich *richten op de positieve aspecten* van een negatieve situatie. In vergelijking met jongeren zouden ouderen minder succesvol zijn in de eerste vorm van herwaardering (Shiota & Levenson, 2009), en juist beter in de tweede vorm van herwaardering (Lohani & Isaacowitz, 2014).

De meest onderzochte emotieregulatiestrategie bij ouderen is aandachtssupplementatie. Volgens de socio-emotionele selectiviteitstheorie (Carstensen et al., 1999) zouden mensen met een beperkter toekomstperspectief (zoals ouderen) geneigd zijn hun aandacht meer te richten op positieve informatie dan op negatieve, om daarmee hun huidig welzijn te verhogen. Deze vertekening in informatieverwerking wordt ook wel het *positiviteitseffect* genoemd (Carstensen & Mikels, 2005). Mensen met een ruimer toekomstperspectief zouden deze vertekening in informatieverwerking niet vertonen, omdat zowel positieve als negatieve stimuli belangrijke informatie voor de toekomst kunnen bevatten. Om deze hypothesen te onderzoeken, bestudeerde men aanvankelijk hoe jongeren en ouderen op een verschillende manier aandacht hebben voor emotionele informatie.

LEEFTIJDGEBONDEN VERSCHIL IN AANDACHTSVERTEKENINGEN

.....

In tegenstelling tot wat men zou verwachten, tonen studies naar leeftijdsgebonden verschillen tussen ouderen en jongeren in aandachtsvertekeningen voor positieve en negatieve stimuli inconsistente resultaten. In bepaalde studies wordt duidelijk aangetoond dat ouderen een positiviteitseffect in aandacht vertonen, terwijl dit niet het geval is bij jongeren (bijvoorbeeld Mather & Carstensen, 2003). Er zijn echter verschillen in het mechanisme dat men verantwoordelijk acht voor dit effect. Sommige studies wijzen uit dat het positiviteitseffect bij ouderen enkel bestaat uit het richten van de aandacht naar positieve informatie (bijvoorbeeld Isaacowitz, Wadlinger, Goren, & Wilson, 2006), terwijl andere studies concluderen dat het positiviteitseffect bij ouderen enkel bestaat uit een aandachtsvertekening die negatieve informatie uit de weg gaat (bijvoorbeeld Mather & Carstensen, 2003). Daarenboven zijn er ook studies waarin geen bewijzen voor leeftijdsverschillen in aandachtsvertekeningen voor emotionele informatie worden gevonden (Samanez-Larkin, Robertson, Mikels, Carstensen, & Gotlib, 2009; Steinmetz, Muscatell, & Kensinger, 2010). Dit ontbreken van leeftijdsgerelateerde verschillen wordt extra bevestigd door een grote meta-analyse (Murphy & Isaacowitz, 2008) met 1085 ouderen en 3150 jongeren, die concludeert dat aandachtsvertekeningen onveranderlijk zijn gedurende de levensloop.

Deze inconsistente onderzoeksresultaten leidden tot een debat over de vraag of het positiviteitseffect in aandacht bij ouderen wel bestaat. Tijdens dit debat opperden Scheibe en Carstensen (2010) dat het positiviteitseffect slechts optreedt onder bepaalde condities. Een mogelijke factor die hierin bepalend zou kunnen zijn, is cognitieve controle. Zo toonde een studie waarin gebruik werd gemaakt van *eye tracking* (om aandacht te meten aan de hand van pupilfixatie op emotionele stimuli; Knight et al., 2007), dat ouderen die de mogelijkheid kregen om hun volledige aandacht op de taak te richten, minder aandacht besteedden aan negatieve informatie in vergelijking met neutrale informatie. Om na te gaan of dit positiviteitseffect ook optreedt wanneer ouderen minder een beroep kunnen doen op cognitieve controle, werd dezelfde taak herhaald met toevoeging van geluiden, als extra belasting om cognitieve controle te verstoren. Het verschil in aandacht voor negatieve en neutrale informatie verdween wanneer deze ouderen afgeleid werden door geluiden. Niet enkel deze studie, maar ook een recente meta-analyse (Reed, Chan, & Mikels, 2014) benadrukt dat het positiviteitseffect betrouwbaarder aangetroffen wordt in studies waarbij de bronnen voor cognitieve controle niet worden beperkt.

Omdat cognitieve controle vereist is bij het nastreven van doelen die gerelateerd zijn aan emotioneel welzijn (Mather & Knight, 2005), wordt er bovendien verondersteld dat het positiviteitseffect sterker is wanneer de ou-

dere tijdens een taak een beroep moet doen op gecontroleerde verwerking, in tegenstelling tot automatische verwerking. Dit zou betekenen dat het positiviteitseffect vooral in latere fases van informatieverwerking optreedt, en niet al in de eerste snelle, meer automatische fases. Dit wordt bevestigd door studies (bijvoorbeeld Isaacowitz, Allard, Murphy, & Schlangel, 2009) die keken naar verschillende fases in het informatieverwerkingsproces. Hieruit bleek dat het positiviteitseffect enkel optreedt vanaf 500 milliseconden na stimuluspresentatie, en daarna blijft toenemen. Ook Mather en Knight (2006) benadrukten dat er geen leeftijdsverschillen zijn in de vroege detectie van negatieve stimuli. Het positiviteitseffect lijkt dus een strategisch proces, dat enkel teruggevonden wordt in latere fases van informatieverwerking, wanneer de stimuli reeds gedetecteerd zijn en er voldoende cognitieve bronnen beschikbaar zijn om eventuele reacties op deze stimuli te reguleren.

Een tweede conditie die bepalend kan zijn voor het optreden van het positiviteitseffect bij ouderen (naast factoren die cognitieve controle beïnvloeden) is de aard van de emotionele stimuli waarmee ouderen geconfronteerd worden. Uit studies blijkt dat ouderen ten aanzien van bedreigende informatie hetzelfde aandachtspatroon vertonen als jongeren (Mather & Knight, 2006). Het positiviteitseffect bij ouderen wordt dus enkel teruggevonden wanneer zij worden geconfronteerd met droevige informatie (bijvoorbeeld Mather & Carstensen, 2003). Aangenomen wordt dat het vermijden van dreigende stimuli niet adaptief is, omdat het zich richten op deze stimuli kan leiden tot het afwenden van de dreiging. Om die reden is het strategisch vermijden van dit soort negatieve stimuli minder functioneel (Hahn, Carlson, Singer, & Gronlund, 2006).

In de literatuur wordt benadrukt dat het belangrijk is om onderliggende werkingsmechanismen van het positiviteitseffect bij ouderen in kaart te brengen (Isaacowitz, 2012). Isaacowitz en Blanchard-Fields (2012) merken op dat, hoewel men veronderstelt dat het positiviteitseffect dient als emotieregulatiestrategie, de relatie tussen dit effect en de emotionele toestand waarin mensen zich bevinden in de literatuur verwaarloosd werd en men voornamelijk keek naar leeftijdsverschillen in aandachtsvertekeningen. In theorie zou een bepaalde strategie moeten ontstaan als reactie op de beleving van een emotie, en wel om deze emotie te beïnvloeden. Bij ouderen kan er een grote verscheidenheid aan emoties optreden, en vele ouderen vertonen symptomen van angst en depressie (Bryant, Jackson, & Ames, 2008; Fiske, Wetherell, & Gatz, 2009). Deze interindividuele verschillen in negatief affect kunnen een rol hebben gespeeld, waardoor studies die geen rekening hielden met de affectieve toestand inconsistente resultaten over het bestaan van het positiviteitseffect opleverden. Er bestaat reeds een uitgebreide literatuur over de impact bij jongeren van emotie en psychopathologie op vertekeningen in informatieverwerking. Zowel depressieve symptomen als angstsymptomen werden al in verband gebracht met stemmingscongruente aandachtsvertekeningen. In studies bij jongeren werd aangetoond dat de-

pressie gekenmerkt wordt door aandachtsvertekeningen naar negatieve informatie (voor een overzicht, zie Bistricky, Ingram, & Atchley, 2011; De Raedt & Koster, 2010) en dat angst gerelateerd is aan aandachtsvertekeningen ten aanzien van dreigende informatie (voor een overzicht, zie Cisler & Koster, 2010). Analooq aan deze literatuur kan men aannemen dat interindividuele verschillen in affect en aanwezigheid van (niet-klinische) symptomen van stemmingsstoornissen nog steeds invloed uitoefenen op aandachtsvertekeningen op oudere leeftijd.

INVLOED VAN HUIDIG EMOTIONEEL WELZIJN OP AANDACHTSVERTEKENINGEN

.....

Recent onderzoek gaat meer uit van de mogelijkheid dat huidig emotioneel welzijn een onderliggende conditie is, die bepaalt wanneer het positiviteits-effect bij ouderen optreedt. Aangezien het effect zou moeten samengaan met de behoefte aan emotieregulatie tijdens een negatieve emotionele toestand, ging men in cross-sectionele studies op zoek naar de relatie tussen emotionele toestand en aandachtsvertekeningen. Noh, Larcom, Liu, en Isaacowitz (2012) gingen bij ouderen en jongeren na of de huidige affectieve toestand gerelateerd was aan aandachtsvertekeningen. Ze toonden aan dat leeftijd de relatie tussen zowel positief als negatief affect en aandacht modereert. Met andere woorden, affect had invloed op aandachtsvertekeningen, maar deze invloed varieerde per leeftijdsgroep. Bij ouderen was meer positief affect en minder negatief affect gerelateerd aan verbeterde aandachtsoriëntatie. Deze studie hanteerde echter de Attention Network Task, waarmee het niet mogelijk is om aandachtsvertekeningen naar verschillende soorten emotionele informatie te onderzoeken. Om de relatie tussen interindividuele verschillen in affect en aandachtsvertekeningen naar zowel positieve als negatieve informatie te meten, werd in een studie van Demeyer en De Raedt (2013) gebruikgemaakt van een Exogene Cueing Taak (Posner & Cohen, 1984) met blij, droevige en neutrale gezichten. In deze taak wordt aan de deelnemers gevraagd om zo snel mogelijk te reageren op een stimulus die volgt op een emotioneel gezicht en die aan dezelfde of de andere kant van het scherm kan verschijnen. Op deze manier kan de taak differentiëren tussen verschillende componenten van aandacht, zoals volgehouden aandacht en aandachtsvermijding. Demeyer en De Raedt vonden hier opnieuw een significant verschil tussen ouderen en volwassenen van middelbare leeftijd. Bij volwassenen van middelbare leeftijd werden geen aandachtsvertekeningen gevonden, terwijl bij ouderen bleek dat angst gerelateerd was aan meer aandachtsvermijding van negatieve stimuli. Deze bevinding lijkt aan te tonen dat gezonde ouderen een emotieregulerende aandachtsstrategie inzetten op het moment waarop dit noodzakelijk is, namelijk wanneer een negatieve gemoedstoestand aanwezig is.

Bovenstaande resultaten benadrukken de rol van affect bij aandachtsvertekeningen bij ouderen, maar vanwege de correlatieve opzet van deze studies kunnen alternatieve interpretaties over de richting van dit verband niet uitgesloten worden. Demeyer, Urbain, en De Raedt (2015) onderzochten de directe invloed van affect op aandachtsvertekeningen bij ouderen aan de hand van een experimentele studie met manipulatie van de affectieve context. Ouderen werden *at random* toegewezen tot een relaxatieconditie (om negatief affect te elimineren) of tot een controleconditie. Deze manipulatie was effectief in het creëren van een groepsverschil voor de mate van relaxatie, maar niet voor positief of negatief affect. Hoewel de resultaten van de bovengenoemde Exogene Cueing Taak niet wezen op groepsverschillen in aandacht voor emotionele informatie, toonden de ouderen die meer positief affect rapporteerden ook meer aandachtsvermijding voor positieve informatie. Dit wijst opnieuw naar aandachtsvermijding voor stemmingscongruente informatie bij ouderen. Ook Isaacowitz, Toner, Goren, en Wilson (2008) manipuleerden de stemming van ouderen. Met behulp van inbeeldingsoefeningen en muziek induceerden zij drie verschillende stemmingen: blij, neutraal en droevig. Na deze stemmingsinductie werd op basis van de oogbewegingen van de ouderen nagegaan aan welke soort emotionele stimuli zij aandacht gaven. Ouderen in een droevige stemming keerden hun aandacht meer weg van negatieve stimuli, en vertoonden meer fixatie op positieve stimuli.

Er lijkt dus duidelijke evidentie te zijn, dat huidig emotioneel welzijn een invloed heeft op het optreden van het positiviteitseffect bij ouderen. Deze voorkeur weg van negatieve informatie en soms ook naar positieve informatie toe blijkt voornamelijk op te treden bij negatief affect en verhoogde symptomen van stemmingsstoornissen, zoals angst.

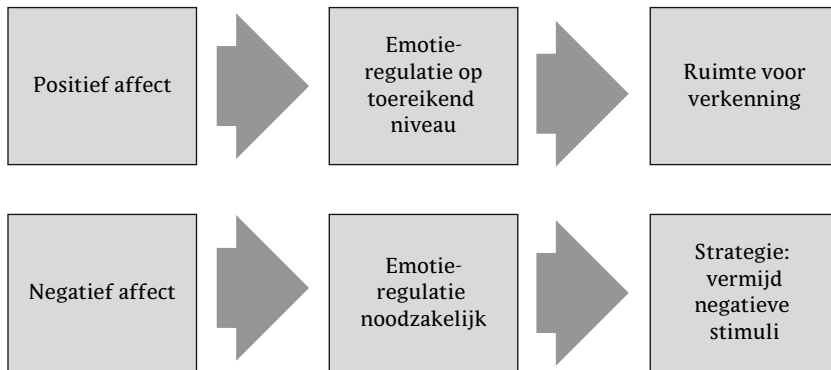
STEMMINGSCONGRUENTE VERMIJDING BIJ OUDEREN: EEN ADAPTIEVE STRATEGIE

.....

In tegenstelling tot jongere volwassenen, die meestal verhoogde aandacht vertonen voor stemmingscongruente informatie (zie bijvoorbeeld Gotlib, Krasnoperova, Yue, & Joormann, 2004), vertoonden ouderen in bovenstaande studies *aandachtsvermijding* voor stemmingscongruente informatie. Deze resultaten impliceren dat emotioneel welzijn voor elke leeftijdsgroep wellicht een andere rol speelt. Het feit dat ouderen geen stemmingscongruente aandachtsvertekeningen vertonen, lijkt erop te wijzen dat ouderen aandacht gebruiken als een manier om hun stemming te beïnvloeden (bijvoorbeeld Demeyer et al., 2015). Het is mogelijk dat negatief affect dient als een signaal, dat aangeeft dat inspanningen nodig zijn om een meer optimaal niveau van emotioneel welzijn te bereiken. Hierdoor zou men gemotiveerd worden tot het inzetten van emotieregulatiestrategieën, zoals het vermijden van negatieve stimuli (Kappes, Oettingen, Mayer, & Maglio, 2011).

Wanneer ouderen zich goed voelen, ervaren ze dat hun huidige emotieregulatie voldoet en dat er geen extra inspanningen nodig zijn. Dan is het positiviteitseffect niet noodzakelijk en is er ruimte om andere doelen na te streven dan verbetering van emotioneel welzijn (Aspinwall, 1998). In de studie van Demeyer et al. (2015) werd gevonden dat in dergelijke omstandigheden het positiviteitseffect niet alleen verdwijnt, maar ook dat ouderen die meer positief affect ervaren positieve informatie zelfs vermijden. Dit kan verklaard worden aan de hand van de *Broaden and Build*-theorie. Volgens deze theorie leiden positieve emoties tot een verbreding van cognities en moedigen ze exploratie aan (Fredrickson, 2001). Het detecteren van stemmingscongruente positieve informatie zal sneller tot exploratie leiden dan het detecteren van stemmingsincongruente negatieve informatie. Mogelijk verklaart dit waarom er vermijding van positieve stimuli werd gevonden.

De manier waarop affect bijdraagt tot de activering van aandachtssimplementatie als strategie om emoties te reguleren wordt samengevat in figuur 1:



FIGUUR 1 Schematisch overzicht van de relatie tussen huidig affect, behoefte aan emotieregulatie en gebruikte emotieregulatiestrategie

Een volgende prangende vraag is of deze emotieregulatiestrategie uiteindelijk ook leidt tot meer emotioneel welzijn (Isaacowitz & Blanchard-Fields, 2012). Hoewel meer onderzoek nodig is, tonen enkele recente studies veelbelovende resultaten. Isaacowitz en Choi (2012) vergeleken aandachtsvertekeningen bij jongeren en ouderen. Hun deelnemers kregen een video te zien die waarschuwde voor de gevolgen van kanker. Tijdens het bekijken analyseerden Isaacowitz en Choi de mate waarin de ogen van hun deelnemers bewogen in de richting van negatieve informatie. Op verschillende tijdstippen tijdens de video werd aan de deelnemers gevraagd om hun huidige stemming te rapporteren. Hieruit bleek dat ouderen minder aandacht besteden aan de negatieve inhoud van de video, sneller de negatieve stemming die de video veroorzaakt beginnen te reguleren en zich in vergelijking met jonge-

ren na afloop van de video beter voelen. Hierbij moet worden opgemerkt dat ouderen er wel in slaagden om relevante informatie over de preventie van kanker ter harte te nemen (bijvoorbeeld de tip om zonnecrème te gebruiken). Dit toont aan dat ouderen aandacht op een efficiënte manier gebruiken: ze kunnen zich focussen op relevante informatie en minder op negatieve inhoud die nadelig kan zijn voor hun stemming. Een recentere studie (Lohani & Isaacowitz, 2014) bestudeerde eveneens oogbewegingen tijdens het bekijken van negatieve video's, maar definieerde succesvolle emotieregulatie niet alleen in termen van een daling in zelfgerapporteerd negatief affect, maar ook in termen van de afwezigheid van toename in fysiologische activiteit (huidgeleiding en EMG). Opnieuw werd aangetoond dat ouderen succesvoller zijn in het gebruik van aandachtssupplementatie om hun emoties te reguleren.

Het positiviteitseffect in aandacht lijkt bij gezonde ouderen dus een strategie te zijn die optreedt in de context van negatief affect, en hoewel verder onderzoek nodig is, zijn er indicaties dat deze strategie efficiënt is in het reguleren van deze negatieve emoties.

TOEKOMSTIG ONDERZOEK EN KLINISCHE IMPLICATIES

.....

Naarmate onze samenleving vergrijst, groeit het belang van een goed begrip van emotionele veranderingen tijdens latere levensfasen. In het licht van de cognitieve achteruitgang die gepaard gaat met het ouder worden, kan het identificeren van cognitieve functies die wel bewaard blijven of zelfs verbeteren, helpen om manieren te vinden die het verlies van andere cognitieve functies compenseren en die uiteindelijk ook leiden tot een betere levenskwaliteit voor ouderen. In bovenstaand overzicht gaven we aan hoe de emotieregulatie van ouderen, meer specifiek door de strategie van de aandachtssupplementatie, over het algemeen verbetert. Bovenstaande studies tonen aan dat het mogelijk is om de met het ouder worden toenemende verliessituaties en de bijbehorende negatieve emoties het hoofd te bieden met effectieve emotieregulatiestrategieën.

Zoals eerder vermeld, blijkt uit de studies dat de meeste ouderen een toename in emotioneel welzijn vertonen, maar dit geldt niet voor alle ouderen. Depressie en angst blijven vaak voorkomen op latere leeftijd (Bryant et al., 2008; Fiske et al., 2009). Er wordt aangenomen dat sommige ouderen er niet in slagen om hun emotieregulatiestrategieën aan te passen (Urry & Gross, 2010) of dat een bepaalde strategie die sommigen helpt om hun emoties te reguleren niet werkzaam is bij anderen. Zo toonden Isaacowitz, Toner, en Neupert (2009) op basis van een meting van oogbewegingen tijdens het bekijken van negatieve beelden aan, dat niet alleen veel oudere deelnemers een positiviteitseffect vertoonden en zich ook beter voelden, maar dat bij een aantal ouderen dezelfde aandachtsstrategie geen effect leek te hebben

op hun emotionele toestand. Er lijken dus onderliggende factoren te zijn die bepalen wanneer aandacht succesvol ingezet kan worden als emotieregulatiestrategie (Urry & Gross, 2010).

In toekomstig onderzoek is het belangrijk om de factoren te identificeren die invloed hebben op de relatie tussen het positiviteitseffect en een verhoging van welzijn. Een mogelijke rol is hier weggelegd voor cognitieve controle, want een tekort aan cognitieve bronnen kan ervoor zorgen dat een positiviteitseffect in aandacht niet gebruikt wordt om emoties te reguleren (Isaacowitz et al., 2009). In het algemeen staat cognitieve controle bekend als een essentieel mechanisme voor emotieregulatie (Joormann, 2010). Aangezien cognitieve controle echter vermindert bij het ouder worden, is nog niet duidelijk welke rol zij speelt in de verbeterde emotieregulatie bij ouderen. Sommige studies concluderen dat een goede cognitieve controle een noodzakelijke voorwaarde is voor het positiviteitseffect, omdat dit effect voornamelijk gevonden wordt bij ouderen die hoog scoren op cognitieve controle (bijvoorbeeld Mather & Knight, 2005). Anderzijds zijn er ook studies waarbij het positiviteitseffect gevonden wordt tijdens het uitvoeren van een dubbele taak, wat suggereert dat niet alle cognitieve bronnen beschikbaar hoeven te zijn om het effect te doen optreden (Allard & Isaacowitz, 2008). Daarnaast zijn er aanwijzingen dat het meer adaptief zou zijn als ouderen, afhankelijk van de hun beschikbare cognitieve bronnen, de voorkeur geven aan andere emotieregulatiestrategieën (Isaacowitz & Blanchard-Fields, 2012). Zoals eerder vermeld, is het positiviteitseffect in aandacht slechts één van de mogelijke emotieregulatiestrategieën (Gross, 1998). Het is dus denkbaar dat het niet in elke situatie de meest adaptieve strategie is om emoties te reguleren, maar hiernaar heeft nog weinig onderzoek plaatsgevonden. Toekomstig onderzoek zal meer duidelijkheid moeten brengen over het verband tussen cognitieve controle, het positiviteitseffect, andere emotieregulatiestrategieën en verbeterd emotioneel welzijn.

Bovenstaande bevindingen kunnen ook belangrijke implicaties hebben voor de klinische praktijk. Er werd reeds aangetoond dat ouderen die (subklinische) angst ervaren beperkingen in emotieregulatievaardigheden vertonen (Orgeta, 2011). Het positiviteitseffect zou dus enkel voorkomen bij psychisch gezonde ouderen, maar onderzoek naar aandachtsvertekeningen bij ouderen die zijn gediagnosticeerd met een depressieve of angststoornis is momenteel nog onbestaand en noodzakelijk. Indien zulke ouderen er niet in slagen om adaptieve emotieregulatiestrategieën toe te passen, zouden er behandelingen ontwikkeld kunnen worden die zich richten op het aanleren van meer competentie in deze strategieën. Eén mogelijkheid hiertoe is de recent ontworpen *Cognitive Bias Modification* (CBM; voor een overzicht, zie MacLeod, 2012), een training die adaptieve cognitieve vertekeningen induceert, zoals het positiviteitseffect in aandacht. Op basis van de rol die cognitieve controle speelt bij emotieregulatie, kan ook voor een training geopteerd worden die deze onderliggende bron voor emotieregulatie viseert: Cognitieve Controle

Training (CCT; zie Siegle, Ghinassi, & Thase, 2007). Er zijn indicaties dat ouderen die kampen met negatieve emoties als angst, slechter presteren op cognitieve taken (Hogan, 2003). Het opbouwen van cognitieve controle kan voor een sterkere basis zorgen om emotieregulatiestrategieën succesvol toe te passen. Hoewel studies hiernaar bij ouderen nog ontbreken, wijzen studies bij jongeren (bachelorstudenten) op de therapeutische werkzaamheid van dit soort training voor depressieve symptomen en stressweerbaarheid (zie bijvoorbeeld Hoorelbeke, Koster, Vanderhasselt, & Demeyer, 2015).

BESLUIT

.....

Bovenstaand overzicht toont aan dat verbeterde emotieregulatiestrategieën een essentiële factor zijn om emotioneel welzijn bij ouderen te verhogen. In tegenstelling tot jongeren vertonen ouderen een positiviteitseffect in aandacht, dat optreedt onder bepaalde condities: wanneer voldoende cognitieve bronnen beschikbaar zijn en wanneer het huidig emotioneel welzijn bedreigd wordt. Hoewel er indicaties zijn dat dit positiviteitseffect in aandacht een onmiddellijke invloed heeft op het huidig welzijn, is er nog verder onderzoek nodig. Toekomstig onderzoek zal zich moeten richten op de onderliggende factoren die bepalen in welke omstandigheden het positiviteitseffect de meest succesvolle strategie is en in welke andere emotieregulatiestrategieën ingeschakeld moeten worden. Dit onderzoek zou kunnen resulteren in interventies die ouderen adaptieve emotieregulatiestrategieën aanleren om hun levenskwaliteit te verbeteren. Deze interventies zouden vervolgens aangewend kunnen worden ter aanvulling op de huidige psychotherapeutische interventies, zoals cognitieve gedragstherapie.

INEKE DEMEYER is verbonden aan de vakgroep Experimenteel-Klinische en Gezondheidspsychologie van de Universiteit Gent.

RUDI DE RAEDT is verbonden aan de vakgroep Experimenteel-Klinische en Gezondheidspsychologie van de Universiteit Gent.

Correspondentieadres: Ineke Demeyer, Vakgroep Experimenteel-Klinische en Gezondheidspsychologie, Universiteit Gent, Henri Dunantlaan 2, 9000 Gent. Telefoon (België): + 32 (0)9 264 94 11. Fax: + 32 (0)9 264 64 89. Ineke.Demeyer@UGent.be

Summary Late-life depression is a common disorder with a heavy burden. However, current treatments are insufficiently effective. Understanding emotion regulation processes in healthy older adults might inform age-appropriate interventions. In general, research points towards an age-related improvement in affective wellbeing, which would result from improved emotion regulation strategies in older adults. More specifically, healthy older adults show attentional preference for positive information and attentional avoidance of negative information, which

is known as the *positivity effect*. However, findings on the positivity effect are inconclusive and research has demonstrated that several factors can influence its occurrence. Research revealed that cognitive control and the presence of a negative emotional state, which signals the need for emotion regulation, influences the positivity effect. Importantly, studies have shown that the positivity effect can lead to improvements in emotional state. Thus, treatment targeting this emotion regulation strategy might be promising for improving wellbeing in older adults with emotional problems.

Keywords: *older adults, emotion regulation, positivity effect, resilience, depression.*

Literatuur

- Allard, E. S., & Isaacowitz, D. M. (2008). Are preferences in emotional processing affected by distraction? Examining the age-related positivity effect in visual fixation within a dual-task paradigm. *Aging Neuropsychology and Cognition*, 15, 725-743. doi: 10.1080/13825580802348562
- Aspinwall, L. G. (1998). Rethinking the role of positive affect in self-regulation. *Motivation and Emotion*, 22, 1-32. doi:10.1023/A:1023080224401
- Bistricky, S. L., Ingram, R. E., & Atchley, R. A. (2011). Facial affect processing and depression susceptibility: Cognitive biases and cognitive neuroscience. *Psychological Bulletin*, 137, 998-1028. doi:10.1037/a0025348
- Blanchard-Fields, F. (2007). Everyday problem solving and emotion – an adult developmental perspective. *Current Directions in Psychological Science*, 16, 26-31. doi:10.1111/j.1467-8721.2007.00469.x
- Braam, A. W., Copeland, J. R. M., Delespaul, P. A. E. G., Beekman, A. T. F., Como, A., Dewey, M., ... Skoog, I. (2014). Depression, subthreshold depression and comorbid anxiety symptoms in older Europeans: Results from the EURODEP concerted action. *Journal of Affective Disorders*, 155, 266-272. doi: 10.1016/j.jad.2013.11.011
- Bryant, C., Jackson, H., & Ames, D. (2008). The prevalence of anxiety in older adults: Methodological issues and a review of the literature. *Journal of Affective Disorders*, 109, 233-250. doi:10.1016/j.jad.2007.11.008
- Carstensen, L. L., Isaacowitz, D. M., & Charles, S. T. (1999). Taking time seriously – A theory of socioemotional selectivity. *American Psychologist*, 54, 165-181. doi:10.1037//0003-066X.54.3.165
- Carstensen, L. L., Fung, H. H., & Charles, S. T. (2003). Socioemotional selectivity theory and the regulation of emotion in the second half of life. *Motivation and Emotion*, 27, 103-123. doi:10.1023/A:1024569803230
- Carstensen, L. L., & Mikels, J. A. (2005). At the intersection of emotion and cognition – Aging and the positivity effect. *Current Directions in Psychological Science*, 14, 117-121. doi:10.1111/j.0963-7214.2005.00348.x
- Carstensen, L. L., Turan, B., Scheibe, S., Ram, N., Ersner-Hershfield, H., Samanez-Larkin, G. R., ... Nesselroade, J. R. (2011). Emotional experience improves with age: Evidence based on over 10 years of experience sampling. *Psychology and Aging*, 26, 21-33. doi:10.1037/a0021285
- Charles, S. T., Reynolds, C. A., & Gatz, M. (2001). Age-related differences and change in positive and negative affect over 23 years. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80, 136-151. doi:10.1037/0022-3514.80.1.136
- Cisler, J. M., & Koster, E. H. W. (2010). Mechanisms of attentional biases

- towards threat in anxiety disorders: An integrative review. *Clinical Psychology Review*, 30, 203-216. doi:10.1016/j.cpr.2009.11.003
- Deary, I. J., Corley, J., Gow, A. J., Harris, S. E., Houlihan, L. M., Marioni, R. E., ... Starr, J. M. (2009). Age-associated cognitive decline. *British Medical Bulletin*, 92, 135-152. doi:10.1093/bmb/ldp033
- Demeyer, I., & De Raedt, R. (2013). Attentional bias for emotional information in older adults: The role of emotion and future time perspective. *Plos One*, 8, e65429. doi: 10.1371/journal.pone.0065429
- Demeyer, I., Urbain, I., & De Raedt, R. (2015). Attentional bias for emotional information in older adults: An experimental approach to reduce mood state variability. Manuscript submitted for publication.
- De Raedt, R., & Koster, E. H. W. (2010). Understanding vulnerability for depression from a cognitive neuroscience perspective: A reappraisal of attentional factors and a new conceptual framework. *Cognitive Affective & Behavioral Neuroscience*, 10, 50-70. doi:10.3758/CABN.10.1.50
- Fiske, A., Wetherell, J. L., & Gatz, M. (2009). Depression in older adults. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5, 363-389. doi:10.1146/annurev.clinpsy.032408.153621
- Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology – The broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychologist*, 56, 218-226. doi:10.1037/0003-066X.56.3.218
- Gotlib, I. H., Krasnoperova, E., Yue, D. N., & Joormann, J. (2004). Attentional biases for negative interpersonal stimuli in clinical depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 113, 127-135. doi:10.1037/0021-843X.113.1.127
- Gross, J. J. (1998). Antecedent- and response-focused emotion regulation: Divergent consequences for experience, expression, and physiology. *Journal of Personality and Social Psychology* 74, 224-237. doi:10.1037//0022-3514.74.1.224
- Hahn, S., Carlson, C., Singer, S., & Gronlund, S. D. (2006). Aging and visual search: Automatic and controlled attentional bias to threat faces. *Acta Psychologica*, 123, 312-336. doi:10.1016/j.actpsy.2006.01.008
- Hogan, M. J. (2003). Divided attention in older but not younger adults is impaired by anxiety. *Experimental Aging Research*, 29, 111-136. doi:10.1080/03610730390176059
- Hoorelbeke, K., Koster, E. H. W., Vanderhasselt, M. A., & Demeyer, I. (2015). The influence of cognitive control training on stress reactivity and rumination in response to a lab stressor and naturalistic stress. Manuscript submitted for publication.
- Isaacowitz, D. M., Wadlinger, H. A., Goren, D., & Wilson, H. R. (2006). Is there an age-related positivity effect in visual attention? A comparison of two methodologies. *Emotion*, 6, 511-516. doi:10.1037/1528-3542.6.3.511
- Isaacowitz, D. M., Toner, K., Goren, D., & Wilson, H. R. (2008). Looking while unhappy mood-congruent gaze in young adults, positive gaze in older adults. *Psychological Science*, 19, 848-853. doi: 10.1111/j.1467-9280.2008.02167.x
- Isaacowitz, D. M., Toner, K., & Neupert, S. D. (2009). Use of gaze for real-time mood regulation: Effects of age and attentional functioning. *Psychology and Aging*, 24, 989-994. doi:10.1037/a0017706
- Isaacowitz, D. M., Allard, E. S., Murphy, N. A., & Schlangel, M. (2009). The time course of age-related preferences toward positive and negative stimuli. *Journals of Gerontology Series B-Psychological Sciences and Social Sciences*, 64, 188-192. doi:10.1093/geronb/gbn036
- Isaacowitz, D. M. (2012). Mood regula-

- tion in real time: Age differences in the role of looking. *Current Directions in Psychological Science*, 21, 237-242. doi:10.1177/0963721412448651
- Isaacowitz, D. M., & Blanchard-Fields, F. (2012). Linking process and outcome in the study of emotion and aging. *Perspectives on Psychological Science*, 7, 3-17. doi:10.1177/1745691611424750
- Isaacowitz, D. M., & Choi, Y. (2012). Looking, feeling, and doing: are there age differences in attention, mood, and behavioral responses to skin cancer information? *Health Psychology*, 31, 650-659. doi: 10.1037/a0026666
- Joormann, J. (2010). Cognitive inhibition and emotion regulation in depression. *Current Directions Psychological Science*, 19, 161-166. doi: 10.1177/0963721410370293
- Kappes, H. B., Oettingen, G., Mayer, D., & Maglio, S. (2011). Sad mood promotes self-initiated mental contrasting of future and reality. *Emotion*, 11, 1206-1222. doi:10.1037/a0023983
- Kessler, E. M., & Staudinger, U. M. (2009). Affective experience in adulthood and old age: The role of affective arousal and perceived affect regulation. *Psychology and Aging*, 24, 349-362. doi:10.1037/a0015352
- Knight, M., Seymour, T. L., Gaunt, J. T., Baker, C., Nesmith, K., & Mather, M. (2007). Aging and goal-directed emotional attention: Distraction reverses emotional biases. *Emotion*, 7, 705-714. doi: 10.1037/1528-3542.7.4.705
- Lohani, M., & Isaacowitz, D. M. (2014). Age differences in managing response to sadness elicitors using attentional deployment, positive reappraisal and suppression. *Cognition & Emotion*, 28, 678-697. doi:10.1080/02699931.2013.853648
- MacLeod, C. (2012). Cognitive bias modification procedures in the management of mental disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 25, 114-120. doi:10.1097/YCO.0b013e32834fda4a
- Mather, M., & Carstensen, L. L. (2003). Aging and attentional biases for emotional faces. *Psychological Science*, 14, 409-415. doi:10.1111/1467-9280.01455
- Mather, M., & Knight, M. (2005). Goal-directed memory: The role of cognitive control in older adults' emotional memory. *Psychology and Aging*, 20, 554-570. doi:10.1037/0882-7974.20.4.554
- Mather, M., & Knight, M. R. (2006). Angry faces get noticed quickly: Threat detection is not impaired among older adults. *Journals of Gerontology Series B-Psychological Sciences and Social Sciences*, 61, 54-57.
- Murphy, N. A., & Isaacowitz, D. M. (2008). Preferences for emotional information in older and younger adults: A meta-analysis of memory and attention tasks. *Psychology and Aging*, 23, 263-286. doi:10.1037/0882-7974.23.2.263
- Noh, S. R., Larcom, M. J., Liu, X., & Isaacowitz, D. M. (2012). The role of affect in attentional functioning for younger and older adults. *Frontiers in Psychology*, 3, 311. doi: 10.3389/fpsyg.2012.00311
- Opitz, P. C., Rauch, L. C., Terry, D. P., & Urry, H. L. (2012). Prefrontal mediation of age differences in cognitive reappraisal. *Neurobiology of Aging*, 33, 645-655. doi:10.1016/j.neurobiolaging.2010.06.004
- Orgeta, V. (2011). Emotion dysregulation and anxiety in late adulthood. *Journal of Anxiety Disorders*, 25, 1019-1023. doi:10.1016/j.janxdis.2011.06.010
- Posner, M. I., & Cohen, Y. (1984). Components of visual orienting. In H. Bouma & D. Bouwhuis (Eds.). *Attention and Performance* (Vol. X, pp. 531-556). Hove, England: Erlbaum.
- Reed, A. E., Chan, L., & Mikels, J. A. (2014). Meta-analysis of the age-related positivity effect: age differences in preferences for positive over negative information. *Psychology and Aging*, 29, 1-15. doi: 10.1037/a0035194
- Samad, Z., Brealey, S., & Gilbody, S.

- (2011). The effectiveness of behavioural therapy for the treatment of depression in older adults: A meta-analysis. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 26, 1211-1220. doi: 10.1002/gps.2680
- Samanez-Larkin, G. R., Robertson, E. R., Mikels, J. A., Carstensen, L. L., & Gotlib, I. H. (2009). Selective attention to emotion in the aging brain. *Psychology and Aging*, 24, 519-529. doi:10.1037/a0016952
- Scheibe, S., & Carstensen, L. L. (2010). Emotional aging: Recent findings and future trends. *Journals of Gerontology Series B-Psychological Sciences and Social Sciences*, 65, 135-144. doi:10.1093/geronb/gbp132
- Shiota, M. N., & Levenson, R. W. (2009). Effects of aging on experimentally instructed detached reappraisal, positive reappraisal, and emotional behavior suppression. *Psychology and Aging*, 24, 890-900. doi:10.1037/a0017896
- Steinmetz, K. R. M., Muscatell, K. A., & Kensinger, E. A. (2010). The effect of valence on young and older adults' attention in a rapid serial visual presentation task. *Psychology and Aging*, 25, 239-245. doi:10.1037/a0018297
- Stewart, R., Hotopf, M., Dewey, M., Ballard, C., Bisla, J., Calem, M., ... Begum, A. (2014). Current prevalence of dementia, depression and behavioural problems in the older adult care home sector: The South East London Care Home Survey. *Age and Ageing*, 43, 562-567. doi: 10.1093/ageing/afu062
- Urry, H. L., & Gross, J. J. (2010). Emotion regulation in older age. *Current Directions in Psychological Science*, 19, 352-357. doi:10.1177/0963721410388395
- Vasiliadis, H.-M., Dionne, P.-A., Preville, M., Gentil, L., Berbiche, D., & Latimer, E. (2013). The excess healthcare costs associated with depression and anxiety in elderly living in the community. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 21, 536-548. doi: 10.1016/j.jagp.2012.12.016
- Wilson, K. C. M., Mottram, P. G., & Vasilas, C. A. (2008). Psychotherapeutic treatments for older depressed people. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1, CD004853. doi: 10.1002/14651858.CD004853.pub2

Klinisch beeld, diagnostiek en behandeling van pathologisch huidpulken (*skin picking disorder*)

EVA ENSCHEDE, WILJO VAN HOUT, LEONIEKE VET & SEBINA VAN DIJKEN

Samenvatting

Huidpulken is het krabben, wrijven, knijpen, pulken of anderszins beschadigen van de eigen huid. Wanneer een persoon dit gedrag overmatig uitvoert, spreken we van een *skin picking disorder* (SPD) volgens de DSM-classificatie. In dit artikel zullen het klinische beeld, de diagnostiek en de behandelopties van SPD aan de orde komen. SPD komt vaak samen voor met andere klachten of psychische stoornissen. Aan de hand van een casus, waarbij sprake is van pathologisch huidpulken bij een persoon met een autismespectrumstoornis, zal het gedragstherapeutische proces worden toegelicht.

Trefwoorden: *pathologisch huidpulken, skin picking disorder, excoriation disorder, dwanggerelateerde stoornis, body-focused repetitive behaviors, diagnostiek, cognitieve gedragstherapie, Habit Reversal, autismespectrumstoornis.*

INLEIDING

Skin picking disorder (SPD) is een dwanggerelateerde stoornis, die in de DSM-5 binnen het obsessieve-compulsieve spectrum valt (APA, 2013). SPD is ook bekend als *excoriation disorder*. SPD is gerelateerd aan de obsessieve-compulsieve stoornis. In beide ziektebeelden staan herhaalde en rituaalistische gedragingen centraal (Cullen et al., 2001). Een persoon met SPD heeft een grote drang om aan zijn huid¹ te pulken, krabben, knijpen of op een andere manier zijn huid te beschadigen (bijvoorbeeld gebruikmakend van een pincet) en geeft vaak aan de drang toe, ondanks de negatieve gevolgen

1 Het beschadigen van de huid door middel van krabben, wrijven, pulken, en dergelijke, zal in de tekst worden aangeduid als 'krabben' of 'huidpulken'.

van deze handelingen, zoals het krijgen van infecties en (blijvende) beschadigingen aan de huid. Het krabben kan op een ritualistische wijze worden uitgevoerd, bijvoorbeeld voor een spiegel. Het kan ook min of meer automatisch gebeuren. Dan is iemand zich minder bewust van zijn krabgedrag. Ook al probeert een patiënt met SPD herhaaldelijk het pulken te verminderen of te stoppen, toch lukt dit vaak niet. Veelvoorkomende plekken op het lichaam waar mensen krabben, zijn het gezicht, de armen en de handen; meestal vindt het pulken plaats op meerdere plekken op het lichaam.

Op de polikliniek dwangstoornissen zagen we een jongvolwassen vrouw, Anne, met een autismespectrumstoornis. Ze krabde overmatig aan wondjes en onregelmatigheden op haar gezicht en in haar hals. Ze was zich meestal niet bewust van dit gedrag. Zij en haar partner vonden het er echter lelijk uitzien. Dit was de reden om hulp te zoeken. Anne werd verwezen vanuit het Autisme Team naar de specialistische polikliniek dwangstoornissen voor aanvullende diagnostiek en een behandeling gericht op het overmatig huidpulken.

Tijdens stressvolle perioden in het leven verergert het krabben vaak. Iemand met SPD heeft overmatig last van het pulken of wordt door het pulken beperkt in zijn functioneren.

Anne krabde vaak aan haar huid in de badkamer en in de woonkamer. Ze krabde meer op momenten dat ze gespannen was over haar studie, bijvoorbeeld wanneer er een deadline aankwam. In de badkamer ging ze dan voor de spiegel eerst voelen, op zoek naar onregelmatigheden, en dan krabde ze deze weg. Hier was ze soms wel drie kwartier mee bezig. Krabben voor de spiegel deed ze redelijk bewust, maar ze gaf wel aan dat ze in een soort trance raakte als ze aan het krabben was. Ze kon er dan ook moeilijk mee stoppen.

ONTSTAAN EN INSTANDHOUDING VAN SPD

.....

De leeftijd waarop SPD ontstaat ligt meestal in de kindertijd (< 10 jaar), de adolescentie of vroege volwassenheid (15-21 jaar) (Odlaug & Grant, 2012). Er zijn verschillende modellen ontwikkeld om het ontstaan en de instandhouding van repetitief lichaamsgerichte gedragingen (*body-focused repetitive behaviors*; BFRB's) als huidpulken te verklaren (Roberts, O'Connor, & Bélanger, 2013).

Penzel (2002) heeft een interessant model beschreven om het ontstaan en de instandhouding van trichotillomanie (pathologisch haartrekken) te verklaren. Dit is een andere dwanggerelateerde stoornis volgens de nieuwe criteria van de DSM-5. Dit model heet het stimulusregulatiemodel. Volgens

dit model gaan mensen haartrekken als ze overprikkeld zijn door stress of opwinding, of als ze onderprikkeld zijn vanuit verveling of passiviteit. Volgens dit model is het haartrekken bij mensen met trichotillomanie een mechanisme om deze sensorische onbalans op te heffen. Wanneer mensen overprikkeld zijn, leidt het trekken van het haar hen af van de bron van de overprikkeling, zoals een spanningsvolle situatie. Wanneer mensen onderprikkeld zijn, zorgt het haartrekken voor prikkels die de onderprikkeling opheffen. Mogelijk kan dit model ook het ontstaan en de instandhouding van SPD verklaren. Het zou tevens een logische verklaring kunnen zijn voor het ontstaan en de instandhouding van SPD bij mensen met een autismespectrumstoornis zoals beschreven in de casus. Het is namelijk een bekend verschijnsel dat mensen met een autismespectrumstoornis vaak last hebben van onder- of overprikkeling (Pellicano & Burr, 2012).

Een ander model om het huidkrabben te verklaren is het emotieregulatiemodel (ER-model). Dit is een instandhoudingsmodel dat veronderstelt dat mensen met een BFRB moeite hebben hun emoties te reguleren. Volgens dit model trachten mensen met een BFRB hun emoties te reguleren door het uitvoeren van herhaalde gedragingen. Uit onderzoeken wordt enige ondersteuning gevonden voor dit model als verklaring van de instandhouding van huidpulken. Uit deze onderzoeken bleek dat een verhoogd angst- en spanningsniveau (Sd) voorafging aan het krabben, en dat het krabben (R) werd gevolgd door voldoening (+C+) en afname van spanning (-C-) (Bohne, Wilhelm, Keuthen, Baer, & Jenike, 2002; Keuthen et al., 2000; Neziroglu, Rabinowitz, Breytman, & Jacofsky, 2008; Snorrason, Smári, & Olafsson, 2010; Wilhelm et al., 1999). Aangezien het pulkgedrag belonend werkt op de korte termijn houdt het zichzelf in stand. Op de (middel)lange termijn zijn de gevolgen overwegend negatief (wondjes en infecties, schuldgevoel, schaamte en gevoel van controleverlies (+C-)). Met dit model wordt niet verklaard hoe het krabben begint; het geeft alleen zicht op de wijze waarop het krabgedrag blijft voortbestaan. Het wordt uit het ER-model tevens onvoldoende duidelijk waarom de spanning na het krabben afneemt en waarom het krabben wordt gevolgd door voldoening. Mogelijk kan de afname van spanning beter worden verklaard vanuit het stimulusregulatiemodel, en neemt de spanning af omdat het krabben afleiding kan bieden van de bron van overprikkeling.

In dit artikel pleiten we voor het maken van (een) specifieke functieanalyse(s) van het krabgedrag voorafgaand aan de behandeling, om uit te zoeken wat voor de betreffende patiënt de in stand houdende factoren zijn van het krabgedrag. Aan de hand van de gemaakte functieanalyse(s) kunnen dan gerichte interventies op het probleemgedrag worden toegepast. Uit de functieanalyse van Anne (zie de casus) bleek dat voor haar het voelen van onregelmatigheden op haar huid een uitlokker (Sd) was van het krabgedrag.

PREVALENTIE EN COMORBIDITEIT VAN SPD

.....

49

SPD komt vaker voor bij vrouwen dan bij mannen. Ongeveer 1.4% van de volwassenen zal ooit in zijn leven last hebben van deze stoornis (APA, 2013). Overmatig krabben aan de huid komt vaak voor in combinatie met andere psychische stoornissen (Arnold et al., 1998; Mutasim & Adams, 2009). In het onderzoek van Arnold et al. (1998) naar kenmerken van mensen die overmatig aan hun huid pulkten, voldeden alle proefpersonen aan de criteria van ten minste één comorbide stoornis. Uit het onderzoek van Mutasim en Adams (2009) kwam naar voren, dat bij 76% van de mensen die overmatig aan hun huid pulkten in het verleden sprake was geweest van één of meerdere psychiatrische stoornissen, in vergelijking met 24% van de mensen in de normale populatie die niet overmatig aan hun huid krabden. Zo blijkt dat overmatig huidpulken frequent voorkomt bij depressie en bipolaire stoornis (Mutasim & Adams, 2009), en bij *body dysmorphic disorder*, sociale angst, gegeneraliseerde angststoornis en obsessieve-compulsieve stoornis (Cullen et al., 2001). Er zijn geen prevalentiecijfers bekend over het voorkomen van SPD bij mensen met een vorm van autisme, maar er is wel een aantal casus-studies geschreven over patiënten die overmatig aan hun huid pulkten en bij wie tevens sprake was van een autismespectrumstoornis (Ladd, Luiselli, & Baker, 2009; Lang et al., 2009; Tiger, Fisher, & Bouxsein, 2009).

VOORKOMEN VAN HUIDPULKEN IN DE NORMALE BEVOLKING

.....

Huidpulken is geen onbekend verschijnsel; we doen het allemaal wel eens. In een onderzoek van Hayes, Storch, en Berlanga (2009) kwam naar voren dat in hun steekproef van 354 volwassenen uit de normale bevolking 62.7% wel eens aan zijn huid krabt. Maar niet al deze mensen die krabben, hebben SPD. Mensen met SPD hebben veel last van het huidpulken en ervaren het als een belemmering in hun dagelijkse functioneren. De beperkingen en het lijden hebben vooral te maken met de negatieve emoties die met dit gedrag gepaard gaan, zoals schaamte of het gevoel van controleverlies (APA, 2013).

HET EFFECT VAN SPD OP IEMANDS LEVEN

.....

Het krabben aan de huid kost tijd. Er worden cijfers genoemd die liggen tussen de één en acht uur per dag (Arnold et al., 1998; Flessner & Woods, 2006; Neziroglu et al., 2008). Daarom is het logisch dat iemand met SPD minder aan de dingen toekomt die hij anders wel zou kunnen doen. Behalve dat SPD tijd kost en zichtbare effecten heeft (zoals infecties en beschadigingen van de huid), zijn er ook psychosociale gevolgen van overmatig huidpulken.

Mensen die overmatig huidpulken schamen zich vaak in sociale situaties voor hun beschadigde huid en ze gaan sociale situaties dan ook vaak uit de weg (Wilhelm et al., 1999). Ongeveer een vijfde van de mensen die chronisch aan hun huid krabben, komt zijn huis zelfs niet meer uit (Arnold et al., 1998). Ongeveer de helft van de mensen die overmatig aan hun huid pulken, is erg ontevreden over het uiterlijk, en piekert er vaak over dat iemand hun pulkgedrag zal ontdekken (Keuthen et al., 2001b). Een groot deel van de mensen die overmatig huidpulken draagt bedekkende kleding of camouflerende make-up om de beschadigde huid te verbergen (Keuthen et al., 2001b).

Behalve dat Anne zich erg voor haar wondjes schaamde, droeg ze ook haar haar altijd op zo'n manier dat de wondjes bedekt waren. Ze vond zichzelf ook niet aantrekkelijk voor haar partner omdat ze zoveel wondjes had op haar gezicht en in haar nek.

Uit een onderzoek van Simeon et al. (1997) kwam ook naar voren dat het krabben aan de huid een negatief effect heeft op een aantal aspecten van de kwaliteit van leven, waaronder vrije tijd, sportactiviteiten, intimiteit en kledingkeuze. SPD kan dus een grote impact hebben op iemands leven. Hierbij moet echter wel worden vermeld dat niet alle mensen met de diagnose SPD ook psychosociale gevolgen ervaren (Keuthen et al., 2001b).

Het huidpulken beperkte Anne zichtbaar in haar functioneren. Doordat ze er zo veel tijd mee kwijt was, kwam ze bijvoorbeeld minder toe aan het maken van haar studieopdrachten. Ook schaamde ze zich erg voor de wondjes op haar gezicht en in haar nek, en hierdoor ging ze minder vaak leuke dingen doen met haar vriendinnen.

DIAGNOSTIEK BIJ SPD

.....

Er is slechts een beperkt aantal vragenlijsten beschikbaar die gericht zijn op het in kaart brengen en classificeren van SPD (Deckersbach, Wilhelm, & Keuthen, 2003; McGuire et al., 2012). Alleen van de Skin Picking Scale (Keuthen et al., 2001a; Nederlandse versie: Schuck, Keijsers, & Rinck, 2011) en de Skin Picking Impact Scale (Keuthen et al., 2001b) bestaat een Nederlandse vertaling. Vandaar dat alleen deze vragenlijsten zullen worden besproken. De Skin Picking Scale is als bijlage beschikbaar bij een behandelprotocol voor ongewenste gewoonten, beschreven door Hoogduin, Hagenaars, en Keijsers (2011). De kwaliteit van deze vertaalde vragenlijsten is overigens niet beoordeeld door de COTAN (Commissie Testaangelegenheden Nederland).

De Skin Picking Scale (SPS) is een vragenlijst die uitgaat van zelfrapportage, en is gebaseerd op de Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS; Goodman et al., 1989). De SPS meet de ernst van de krab- en pulklachten, en

bevat zes items, die vragen naar (1) de frequentie van het krabgedrag, (2) de mate van drang om te krabben, (3) de tijd die besteed wordt aan het krabben, (4) in welke mate het gedrag interfereert met iemands leven, (5) hoeveel ongemak ermee gepaard gaat en (6) in welke mate er sprake is van vermijdingsgedrag als gevolg van overmatig krabben. Deze vragen worden op een schaal van 0 tot 4 gescoord, en opgeteld tot een totaalscore. Een afkapscore van 7 onderscheidt het beste de klinische van de niet-klinische huidpulkers (Keuthen et al., 2001a). Dit betekent dat de diagnose SPD kan worden gesteld als iemand een 7 of hoger scoort op deze lijst, samen met het klinische oordeel aan de hand van een semigestructureerd interview, zoals het Internationaal Neuropsychiatrisch Interview (MINI; Lecrubier et al., 1997) of de Anxiety Disorders Interview Schedule (ADIS; Silverman, Saavedra, & Pina, 2001) aangepast aan de DSM-5. Met 7 als afkappunt wordt 96% van de mensen met SPD correct geclassificeerd en 92% van de mensen bij wie geen sprake is van SPD (Keuthen et al., 2001a). We raden aan ook de MINI of de ADIS af te nemen in de diagnostiek van SPD, om uit te sluiten dat de klachten niet beter passen bij een ander ziektebeeld, zoals body dysmorphic disorder.

Om de klachten verder in kaart te brengen kan ook de Skin Picking Impact Scale (SPIS) worden afgenomen. Dit is eveneens een vragenlijst die uitgaat van zelfrapportage. Deze lijst beoogt de impact te meten die het krabben heeft op iemands leven (Keuthen et al., 2001b). Hierbij gaat het om de sociale, gedragsmatige en emotionele consequenties van het krabben. De vragenlijst bevat tien vragen die de patiënt moet scoren op een schaal van 0 tot 4. Ook bij deze vragenlijst onderscheidt men met het afkappunt 7 het beste de klinische van de niet-klinische huidpulkers. Met 7 als afkappunt wordt 84% van de mensen met SPD correct geclassificeerd en 96% van de mensen zonder SPD (Snorrason et al., 2013).

De ernst van de klachten kan ook gemeten worden met verschillende observatie- en registratiemethoden. Zo kan worden gevraagd aan patiënten te registreren hoeveel tijd ze besteden aan het krabben van hun huid (McGuire et al., 2012). Ook zou een patiënt foto's kunnen maken van de aangedane huid, om de ernst van het huidpulken te volgen en te evalueren. Het is belangrijk om tijdens het diagnostische proces verdacht te zijn op het mogelijke bestaan van andere comorbide psychische problematiek.

BEHANDELOPTIES BIJ SPD

.....

Wat betreft de psychologische behandeling van SPD is er ondersteuning gevonden voor de effectiviteit van zowel Habit Reversal als korte cognitieve gedragstherapie. Deze behandelvormen zijn beide in onderzoeken getoetst op effectiviteit in vergelijking met een controleconditie, terwijl er sprake was van willekeurige toewijzing van de patiënten aan de behandelcondities (Schuck, Keijsers, & Rinck, 2011; Teng, Woods, & Twohig, 2006).

Habit Reversal-behandeling volgens Teng et al. (2006) bestaat uit drie stappen (bewustwording, uitvoeren van tegenbeweging en betrekken van de omgeving). De patiënt gaat naar een volgende stap in de behandeling als hij meer dan 80 procent van de oefeningen goed uitvoert. De behandeling start met bewustmaking van het ongewenste gedrag. Hiertoe wordt een oefening gedaan waarbij de therapeut in de sessie het probleemgedrag van de patiënt simuleert. De patiënt moet opletten wanneer de therapeut het gedrag vertoont en wat aan het probleemgedrag voorafgaat. Daarna is het de bedoeling dat de patiënt zelf gaat monitoren wanneer hij het probleemgedrag vertoont en wat eraan voorafgaat.

De volgende stap in de behandeling is het uitvoeren van een tegenbeweging die onverenigbaar is met het ongewenste gedrag. In deze stap wordt de patiënt geleerd om gedurende één minuut een vuist te maken contingent aan het ongewenste gedrag en bij de antecedenten van het probleemgedrag (bijvoorbeeld wanneer de patiënt merkt dat hij zijn hand naar zijn gezicht brengt).

Als laatste stap wordt er iemand uit de omgeving van de patiënt betrokken bij de behandeling. Deze persoon heeft als taak de patiënt te prijzen wanneer de onverenigbare respons goed wordt uitgevoerd, en de patiënt erop attent te maken als hij het ongewenste gedrag uitvoert zonder de onverenigbare respons te hebben uitgevoerd, of als hij de onverenigbare respons niet goed heeft uitgevoerd. Er worden twee boostersessies gepland waarin de drie elementen uit de behandeling doorgesproken worden en waarin moeilijkheden worden besproken (Teng et al., 2006).

De behandeling van Anne is van start gegaan aan de hand van het behandelprotocol voor ongewenste gewoonten van Hoogduin, Hagens en Keijzers (2011). Binnen het protocol wordt een aantal interventies aangeboden, waaronder Habit Reversal. Op grond van dit protocol is een aantal interventies ingezet bij Anne:

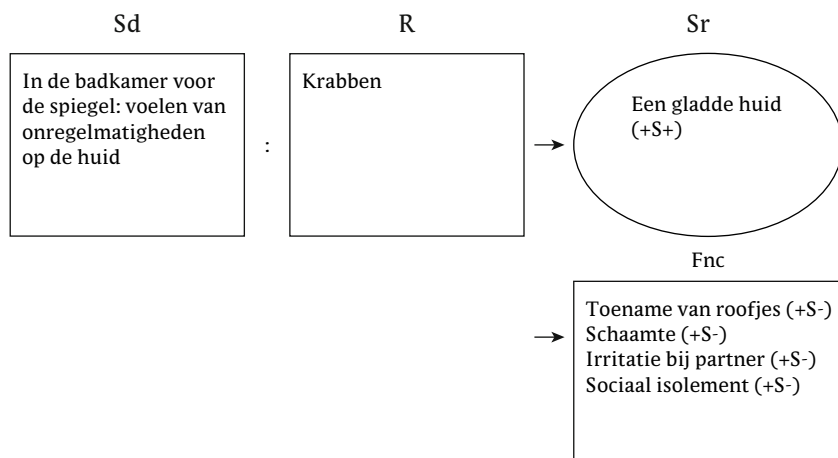
- 1 Het maken van een overzicht van alle positieve en negatieve gevolgen van het krabgedrag (zowel op de lange als op de korte termijn), om de motivatie voor behandeling te vergroten.
- 2 Het registreren van het krabgedrag, met als doel de bewustwording van het gedrag te vergroten en om de voortgang van de behandeling te kunnen volgen.
- 3 Beperking in tijd en plaats, met als doel het ongewenste gedrag te begrenzen.
- 4 Stimulus-responsinterventies, met als doel meer controle te krijgen op het ongewenste gedrag.
- 5 Het in kaart brengen van antecedente factoren en deze beïnvloeden, met als doel de triggers van het ongewenste gedrag te verminderen, waardoor mogelijk ook het ongewenste gedrag vermindert.

Na vier sessies bleek de voortgang die Anne boekte, beperkt. Er is vervolgens een functieanalyse gemaakt, waarop de volgende interventies zijn gebaseerd:

- 1 *Cue exposure* aan de drang te krabben en responspreventie, met als doel het kunnen verdragen van onregelmatigheden op de huid en de controle over het ongewenste gedrag te vergroten.
- 2 Gedachteschema's maken van disfunctionele gedachten over het krabben en over de capaciteiten van Anne, met als doel haar spanningsniveau te verlagen en het krabben te verminderen.
- 3 Briefjes ophangen op plaatsen waar het ongewenste gedrag vaak optreedt, met als doel de bewustwording van het ongewenste gedrag te vergroten.

De korte cognitieve gedragstherapie zoals onderzocht door Schuck, Keijsers, en Rinck (2011) bestond uit (1) psycho-educatie over huidpulken, (2) cognitieve interventies, gericht op het uitdagen van automatische gedachten die vaak leiden tot het gedrag (zoals de automatische gedachte: 'Ik kan de aandrang om te pulken niet weerstaan') en (3) gedragsinterventies om de controle over het gedrag te vergroten, zoals bewustwordingsinterventies en interventies die het krabben beperken (bijvoorbeeld alleen krabben onder bepaalde omstandigheden) of voorkomen (bijvoorbeeld even gaan wandelen). De laatste sessie wordt besteed aan terugvalpreventie.

Een functieanalyse van het krabgedrag kan echter ook aanleiding zijn om andere interventies in te zetten (zoals cue exposure aan het verdragen van een onregelmatige huid) of andere copingstrategieën (zoals crème smeren op onregelmatige plekken).



FIGUUR 1 *Functieanalyse krabgedrag Anne*

Voor de behandeling van SPD kan ook het protocol voor ongewenste gewoonten van Hoogduin et al. (2011) worden gebruikt. Dit protocol is gebaseerd op zelfcontroleprocedures. Er wordt gebruikgemaakt van Habit Reversal-technieken.

Ook zijn er aanwijzingen dat *Acceptance and Commitment Therapy* (ACT), en ACT in combinatie met Habit Reversal, ook wel *Acceptance-Enhance Behavior Therapy* (AEBT) genoemd, effectieve behandelingen zijn voor SPD (Capriotti, Snorrason, & Woods, 2014; Flessner, Busch, Heideman, & Woods, 2008; Twohig, Hayes, & Masuda, 2006). Deze effectstudies bestonden echter slechts uit kleine steekproeven. Verder was er geen sprake van een controle-groep en ook niet van een willekeurige toewijzing of selectie van proefperso-nen. Er is dus nog meer gecontroleerd onderzoek nodig naar de effectiviteit van deze behandelingen.

Hoewel er een Engelstalige website is waar regelmatig online behan-delingen worden aangeboden voor SPD (namelijk www.trich.org/about/skin-picking.html), is er voor zover wij weten nog geen Nederlandstalige online behandeling beschikbaar.

De voortgang van de behandelingen kan op verschillende manieren wor-den gemeten. Dit kan door middel van het herhaaldelijk afnemen van de reeds beschreven vragenlijsten (SPS en/of SPIS), maar ook door middel van observatie- en registratiemethoden (zoals hierboven besproken). Zo kan de patiënt of behandelaar elke week een foto maken van een deel van de huid waar vaak wordt gekrabd, of kan de patiënt de opengekrabde plekje-s tellen. Ook kan de voortgang gemeten worden door de patiënt te laten registreren hoe lang hij per dag krabt, en dit zichtbaar te maken door middel van het plotten van de data in een grafiek. In het eerdergenoemde behandelprotocol voor ongewenste gewoonten (Hoogduin et al., 2011) is een voorbeeld van een registratieformulier toegevoegd.

Tijdens de behandeling heeft Anne geregistreerd hoeveel tijd ze bezig was met krabben. Toen de behandeling begon, krabde Anne gemiddeld 280 minuten per dag aan haar huid. Na 20 behandelsessies krabde ze nog gemiddeld 47 minuten aan haar huid. De frequentie van het krabben is dus drastisch verminderd. De totaalscores op de SPS en SPIS gaven slechts een lichte daling weer tussen de voormeting en sessie 20, namelijk van 12 naar 9 (SPS) en van 21 naar 20 (SPIS). Anne was ten tijde van sessie 20 nog niet tevreden met het behaalde resultaat en was gemotiveerd om verder te gaan met de behandeling.

.....

Overmatig huidpulken treedt vaker samen met andere klachten of stoornissen op. Op onze polikliniek voor obsessieve-compulsieve en dwanggerelateerde stoornissen (OCGS) zijn we gespecialiseerd in het behandelen van OCGS bij volwassenen, jongeren en kinderen met een autismespectrumstoornis (ASS). Mensen met ASS worden gekenmerkt door gebrekkige sociale interactie en sociale communicatie, en door rigiditeit in denken en doen. Aan de hand van de casus Anne, bekend met het syndroom van Asperger, wordt in dit artikel gepoogd het gedragstherapeutische proces van SPD in de context van ASS in kaart te brengen. De behandeling van SPD bij Anne vraagt om enkele aanpassingen van het standaard behandelprotocol aan de autismespectrumstoornis.

Aan de hand van een literatuurstudie, interviews en een focusgroep met professionals uit het werkveld heeft Enschede (2014) een aantal aanbevelingen gedaan voor de behandeling van SPD bij patiënten met een ASS. Uit dit onderzoek kwam onder andere naar voren dat het motiveren van de patiënt van groot belang is. Daarbij kan het nuttig zijn de patiënt zich meer te laten richten op de *concrete* en *praktische* voordelen van het nalaten van het ongewenste gedrag en minder op de *emotionele* voordelen hiervan. Verder lijkt het nuttig in de behandeling van een patiënt met autisme tijd te besteden aan affectieve educatie. Hierbij leert de patiënt zijn eigen emoties te herkennen en leert hij met deze emoties om te gaan. Bij mensen met autisme is vaak sprake van chronische stress (Attwood, 2004; Gaus, 2007).

Verder suggereerde het onderzoek van Enschede (2014) dat het nuttig is de omgeving van de patiënt met autisme te betrekken bij de behandeling, om de gedragsverandering te generaliseren naar verschillende situaties. Ook Schuurman (2010) beschrijft dat het bij mensen met autisme lastig is het geleerde in verschillende situaties toe te passen. Zij geeft als suggestie een brugpersoon te zoeken. Dit is een persoon in de omgeving van de patiënt die hem kan helpen het geleerde in de behandeling in verschillende situaties toe te passen. Als tweede suggestie geeft zij het inplannen van terugkombijeenkomsten om de generalisatie te bevorderen. Deze laatste twee aanbevelingen sluiten naadloos aan bij de Habit Reversal-behandeling volgens Teng et al. (2006).

In de communicatie met mensen met ASS is het voor de behandelaar van belang om helder en eenduidig te verwoorden wat er wordt bedoeld, en om te controleren of de patiënt dit heeft begrepen. Het kan nuttig zijn gebruik te maken van visuele ondersteuning (via *whiteboard*, foto's of video's), huiswerk heel expliciet te maken (wanneer, hoelang, waar en hoe de patiënt gaat oefenen) en om oefeningen op papier mee te geven naar huis. Uit het onderzoek van Enschede (2014) blijkt ook dat het nuttig zou kunnen zijn foto's

te laten maken van de aangedane huid, om zo de langetermijngevolgen wat meer naar voren te halen in de tijd. Er kunnen ook foto's van de nog gave huid van de patiënt op een zichtbare plaats in huis worden opgehangen, om het doel wat meer te visualiseren.

In de klinische praktijk hebben wij de ervaring dat de behandeling van OCGS en dus ook SPD bij mensen met autisme langer duurt dan wanneer er bij de patiënt geen sprake is van autisme. Ook Schuurman (2010) beschrijft dat het tempo van de behandeling van mensen met autisme waarschijnlijk lager ligt dan bij volwassenen zonder autisme.

In de behandeling van Anne is er ook een aantal aanpassingen gedaan in verband met haar autismespectrumstoornis, namelijk:

- 1 We vroegen Anne direct in de eerste sessie een schrift aan te schaffen om aantekeningen in te maken en huiswerk in op te schrijven van de behandeling.
- 2 We beschreven het huiswerk heel concreet door te zeggen: 'Dus je huiswerk voor de komende week is ... Kun je dit even opschrijven in je schrift?'
- 3 We lieten Anne elke week de grafiek met het verloop van de krabfrequentie zien, om het resultaat van de behandeling visueel te maken, met als doel haar motivatie te vergroten.
- 4 We maakten de doelen van de behandeling heel concreet. Elke week werd er een nieuw doel afgesproken voor de komende week, en als het Anne was gelukt dit doel te bereiken, kreeg ze een beloning, met als doel haar motivatie te vergroten.
- 5 Anne maakte foto's van haar beschadigde huid, om de gevolgen van het krabben en het minder krabben inzichtelijker te maken.

TOT SLOT

.....

SPD, ofwel pathologisch huidpulken, is een dwanggerelateerde stoornis, die het functioneren van een persoon die lijdt aan deze klacht ernstig kan beperken. Er is een aantal instrumenten beschikbaar in het Nederlandse publieke domein die de diagnostiek en het behandelingseffect in kaart kunnen brengen. Aan de hand van de casus van een jonge vrouw met autismespectrumstoornis en SPD werd in dit artikel onder andere het belang van het maken van (een) functieanalyse(s) benadrukt, om gefundeerde keuzen te maken voor passende interventies, waaronder Habit Reversal, cue exposure met responspreventie en cognitieve interventies.

WAAR IS MEER INFORMATIE TE VINDEN OVER SPD OP INTERNET?

.....

- *www.dwang.eu*: Op deze Nederlandse website is veel informatie te vinden over dwang en dwanggerelateerde stoornissen.
- *www.trich.org/about/skin-picking.html*: Dit is een informatieve Engelstalige website over trichotillomanie (haartrekken), maar beschrijft ook huidpulken.

EVA ENSCHEDE is basispsycholoog. Dit artikel is gebaseerd op scriptieonderzoek voor de masteropleiding klinische psychologie aan de Rijksuniversiteit Groningen.

WILJO VAN HOUT is universitair docent klinische psychologie aan de RUG, en werkzaam als gezondheidszorgpsycholoog en cognitief gedragstherapeut VGCT bij de polikliniek dwangstoornissen (Jonx/Lentis).

LEONIEKE VET is klinisch psycholoog en cognitief gedragstherapeut VGCT, polikliniek dwangstoornissen (Jonx/Lentis).

SEBINA VAN DIJKEN is gezondheidszorgpsycholoog en cognitief gedragstherapeut VGCT bij de polikliniek dwangstoornissen (Jonx/Lentis).

Correspondentieadres: W. J. P. J. van Hout, RUG, Klinische Psychologie, Grote Kruisstraat 2/1, 9712 TS Groningen. w.j.p.j.van.hout@rug.nl

Summary Skin picking is scratching, rubbing, pinching, picking or otherwise damaging the own skin. When a person performs this behavior in an excessive manner, it is considered a skin picking disorder (SPD) according to the DSM classification. In this paper, the clinical picture, diagnostic process, and treatment options of SPD are addressed. SPD often co-occurs with other symptoms or mental disorders. On the basis of a case description of a person with autism spectrum disorder and pathological skin picking, the cognitive behavioral process is illustrated.

Keywords: *pathological skin picking, skin picking disorder, excoriation disorder, obsessive-compulsive related disorder, body-focused repetitive behaviors, diagnostic process, cognitive behavioral therapy, Habit Reversal, autism spectrum disorder.*

Literatuur

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Arnold, L. M., McElroy, S. L., Mutasim, D. F., Dwight, M. M., Lamerson, C. L., & Morris, E. M. (1998). Characteris-

tics of 34 adults with psychogenic excoriation. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 59, 509–51.

Attwood, T. (2004). Cognitive behaviour therapy (CBT). In L. Holliday Willey (ed.), *Asperger Syndrome in Adolescence* (p. 38). London: Jessica Kingsley Publishers.

Bohne, A., Wilhelm, S., Keuthen, N. J.,

- Baer, L., & Jenike, M. A. (2002). Skin picking in German students: Prevalence, phenomenology and associated characteristics. *Behavior Modification*, 26(3), 320-339.
- Capriotti, M. R., Ely, L. J., Snorrason, I., & Woods, D. W. (2014). Acceptance-enhanced behavior therapy for excoriation (skin-picking) disorder in adults: A clinical case series. *Cognitive and Behavioral Practice*. doi:10.1016/j.cbpra.2014.01.008
- Cullen, B. A., Samuels, J. F., Bienvenu, O. J., Grados, M., Hoehn-Saric, R., Hahn, J., ... & Nestadt, G. (2001). The relationship of pathologic skin picking to obsessive-compulsive disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 189(3), 193-195.
- Deckersbach, T., Wilhelm, S., & Keuthen, N. (2003). Self-injurious skin picking: Clinical characteristics, assessment methods, and treatment modalities. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 3(2), 249-260.
- Enschede, E. A. Y. (2014). *De ontwikkeling van een protocol voor de diagnostiek en behandeling van skin picking voor patiënten met een autismespectrumstoornis*. Scriptie masteropleiding Klinische Psychologie, Rijksuniversiteit Groningen, Groningen, Nederland.
- Flessner, C. A., Busch, A. M., Heideman, P. W., & Woods, D. W. (2008). Acceptance-enhanced behavior therapy (AEBT) for trichotillomania and chronic skin picking: Exploring the effects of component sequencing. *Behavior Modification*, 32(5), 579-594.
- Flessner, C. A., & Woods, D. W. (2006). Phenomenological characteristics, social problems, and the economic impact associated with chronic skin picking. *Behavior Modification*, 30(6), 944-963.
- Gaus, V. L. (2007). *Cognitive-Behavioural therapy for adult Asperger syndrome*. New York/London: The Guilford Press.
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Fleischmann, R. L., Hill, C. L., ... & Charney, D. S. (1989). The Yale-Brown obsessive compulsive scale: I. Development, use, and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 46(11), 1006-1011.
- Hayes, S. L., Storch, E. A., & Berlanga, L. (2009). Skin picking behaviors: an examination of the prevalence and severity in a community sample. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(3), 314-319.
- Hoogduin, K., Hagenaars, M. & Keijsers, G. (2011). Protocolaire behandeling van patiënten met ongewenste gewoonten. In G. Keijsers, A. van Minnen, & K. Hoogduin, (red.), *Protocolaire behandelingen voor volwassen met psychische klachten, deel 2* (pp. 381-412). Amsterdam, Nederland: Uitgeverij Boom.
- Keuthen, N. J., Deckersbach, T., Wilhelm, S., Engelhard, I., Forker, A., O'Sullivan, R. L., Jenike, M. A. & Baer, L. (2001b). The Skin Picking Impact Scale (SPIS): Scale development and psychometric analyses. *Psychosomatics*, 42, 397-403.
- Keuthen, N. J., Deckersbach, T., Wilhelm, S., Hale, E., Fraim, C., Baer, L., ... Jenike, M. A. (2000). Repetitive skin-picking in a student population and comparison with a sample of self-injurious skin pickers. *Psychosomatics: Journal of Consultation and Liaison Psychiatry*, 41(3), 210-215.
- Keuthen, N. J., Wilhelm, S., Deckersbach, T., Engelhard, I. M., Forker, A. E., Baer, L., & Jenike, M. A. (2001a). The skin picking scale: Scale construction and psychometric analyses. *Journal of Psychosomatic Research*, 50(6), 337-341.
- Ladd, M. V., Luiselli, J. K., & Baker, L. (2009). Continuous access to competing stimulation as intervention for self-injurious skin picking in a child with autism. *Child & Family Behavior Therapy*, 31(1), 54-60.

- Lang, R., Didden, R., Sigafoos, J., Rispoli, M., Regester, A., & Lancioni, G. E. (2009). Treatment of chronic skin-picking in an adolescent with Asperger syndrome and borderline intellectual disability. *Clinical Case Studies*, 8(4), 317-325.
- Lecrubier, Y., Sheehan, D., Weiller, E., Amorim, P., Bonora, I., Harnett Sheehan, K., ... Dunbar, G. (1997). The mini international neuropsychiatric interview (MINI). A short diagnostic structured interview: Reliability and validity according to the CIDI. *European Psychiatry*, 12(5), 224-231.
- McGuire, J. F., Kugler, B. B., Park, J. M., Horng, B., Lewin, A. B., Murphy, T. K., & Storch, E. A. (2012). Evidence-based assessment of compulsive skin picking, chronic tic disorders and trichotillomania in children. *Child Psychiatry and Human Development*, 43(6), 855-883.
- Mutasim, D. F., & Adams, B. B. (2009). The psychiatric profile of patients with psychogenic excoriation. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 61(4), 611-613.
- Neziroglu, F., Rabinowitz, D., Breytman, A., & Jacofsky, M. (2008). Skin picking phenomenology and severity comparison. *Primary care companion to the Journal of clinical psychiatry*, 10(4), 306-312.
- Odlaug, B. L., & Grant, J. E. (2012). Pathological skin picking. In J. E. Grant, D. J. Stein, D. W. Woods & N. J. Keuthen (Eds.), *Trichotillomania, skin picking & other body-focused repetitive behaviors* (pp. 21-41). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Pellicano, E., & Burr, D. (2012). When the world becomes 'too real': A Bayesian explanation of autistic perception. *Trends in Cognitive Sciences*, 16(10), 504-510.
- Penzel, F. (2002). A stimulus regulation model of trichotillomania. *Touch: A Trichotillomania Learning Center Publication*, 3, 12-14.
- Roberts, S., O'Connor, K., & Bélanger, C. (2013). Emotion regulation and other psychological models for body-focused repetitive behaviors. *Clinical Psychology Review*, 33(6), 745-762.
- Schuck, K., Keijsers, G. P. J., & Rinck, M. (2011). The effects of brief cognitive-behaviour therapy for pathological skin picking: A randomized comparison to wait-list control. *Behaviour Research and Therapy*, 49(1), 11-17.
- Schuurman, C. (2010). *Cognitieve gedragstherapie bij autisme*. Amsterdam: Hogrefe Uitgevers.
- Silverman, W. K., Saavedra, L. M., & Pina, A. A. (2001). Test-retest reliability of anxiety symptoms and diagnoses with the anxiety disorders interview schedule for DSM-IV: Child and parent versions. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(8), 937-944.
- Simeon, D., Stein, D. J., Gross, S., Islam, N., Schmeidler, J., & Hollander, E. (1997). A double-blind trial of fluoxetine in pathologic skin picking. *Journal of Clinical Psychiatry*, 58(8), 341-347.
- Snorrason, I., Olafsson, R. P., Flessner, C. A., Keuthen, N. J., Franklin, M. E., & Woods, D. W. (2013). The skin picking impact scale: Factor structure, validity and development of a short version. *Scandinavian Journal of Psychology*, 54(4), 344-348.
- Snorrason, I., Smári, J., & Olafsson, R. P. (2010). Emotion regulation in pathological skin picking: Findings from a non-treatment seeking sample. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 41(3), 238-245.
- Teng, E. J., Woods, D. W., & Twohig, M. P. (2006). Habit reversal as a treatment for chronic skin picking: A pilot investigation. *Behavior Modification*, 30(4), 411-422.
- Tiger, J. H., Fisher, W. W., & Bouxsein, K. J. (2009). Therapist- and self-monitored DRO contingencies as a treatment for the self-injurious skin pick-

- ing of a young man with Asperger syndrome. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 42(2), 315-319.
- Twohig, M. P., Hayes, S. C., & Masuda, A. (2006). A preliminary investigation of acceptance and commitment therapy as a treatment for chronic skin picking. *Behaviour Research and Therapy*, 44(10), 1513-1522.
- Wilhelm, S., Keuthen, N. J., Deckersbach, T., Engelhard, I. M., Forker, A. E., Baer, L., & Jenike, M. A. (1999). Self-injurious skin picking: Clinical characteristics and comorbidity. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60, 454-459.

.....

De derde generatie CGT: een vloek of een zegen?

FILIP RAES

Samenvatting

.....

De afgelopen twee decennia zijn we getuige geweest van de opkomst van wat de ‘derde golf’ of de ‘derde generatie’ CGT is gaan heten. Belangrijke spelers op dit vlak zijn bijvoorbeeld *Mindfulness-Based Cognitive Therapy* (MBCT) en *Acceptance and Commitment Therapy* (ACT). Op het afgelopen EABCT-congres in Den Haag werd een rondetafeldiscussie gehouden met als thema: ‘Derde generatie CGT: een vloek of een zegen?’ Experts gingen met elkaar en het publiek in debat over vragen als: ‘Zijn ACT en MBCT ook CGT?’, ‘Wat is nu de *evidence base* van die benaderingen, vergeleken met ‘klassieke’ CGT?’, en: ‘Hoe moet het verder met die derde golf?’ Dit artikel brengt verslag uit over dit debat en bespreekt de belangrijkste conclusies.

Trefwoorden: derde generatie CGT, mindfulness, ACT, debat.

INLEIDING

.....

Van 10 tot en met 13 september 2014 vond in Den Haag het Europese CGT-congres plaats, beter bekend als EABCT. Het mooie en rijk gevulde programma omvatte heel wat nieuwe onderdelen, zoals openbare supervisies, ook wel *clinical masterclasses* genoemd. We kenden die al van het VGCT-naarscongres, maar voor het eerst werden ze nu ook gehouden op het Europese congres. Ze werden zeer gewaardeerd. Een andere nieuwigheid in het EABCT-programma waren de rondetafeldiscussies. Het concept is eenvoudig: een handvol experts gaat met elkaar en het publiek in debat over een bepaald thema. Er was een rondetafeldiscussie rond *cognitive bias modification*, een andere over de rol van ouders bij CGT voor angstige kinderen, en in een derde rondetafeldiscussie ging het over ‘individueel maatwerk versus

protocollair confectiewerk'. Een vierde debat had als centrale focus de derde generatie CGT (mindfulness en ACT in het bijzonder). Als moderator van die laatste rondetafeldiscussie breng ik graag verslag uit over hoe zij verliep, vooral over de belangrijkste conclusies aan het eind van het debat.

Het panel bestond uit vijf leden, allen *CGT scientist-practioners*: Jacqueline A-Tjak (Universiteit van Amsterdam), Claudi Bockting (Universiteit Utrecht), Stefan Hofmann (Universiteit van Boston), Zeno Kupper (Universitair Ziekenhuis Bern), Lars Göran Öst (Universiteit van Stockholm) en Anne Speckens (Radboud Universiteit Nijmegen). Ieder van hen heeft wel 'iets' met de derde generatie. Sommigen meer met ACT, anderen weer meer met mindfulness, de een wat meer vanuit de onderzoekskant, de ander wat meer vanuit de klinische praktijk. Bij aanvang van het debat hebben we ervoor gekozen om de focus te richten op de twee belangrijkste vertegenwoordigers van de derde CGT-golf: ACT en *mindfulness-based treatment* (MBT, zoals MBCT). We namen die beslissing omdat de discussie anders al snel te ver zou uitwaaien en eindigen met meer vage vragen dan duidelijke *take-home messages*.

In wat volgt zal ik niet zozeer een chronologisch verloop van het debat schetsen, maar vooral enkele conclusies opsommen en kort toelichten. Het zijn de belangrijkste boodschappen of lessen die ik zelf uit het debat heb meegenomen, maar ik heb begrepen dat er ook onder de leden van het panel en de mensen in de zaal consensus leefde over de inhoud en teneur van deze conclusies.

WE ARE (ALL) FAMILY: MBT AND ACT ARE CBT

.....

De discussie werd geopend met de vraag of MBT en ACT wel of niet CGT zijn. Helemaal gelukkig was het panel, maar ook ik zelf, niet met die vraag. Het werd al snel duidelijk dat voor het panel MBT en ACT gewoon CGT zijn: beide zijn uitbreidingen of ontwikkelingen *binnen* de wereld van de CGT (zie bijvoorbeeld: Hofmann, 2008; Hofmann, Sawyer, & Fang, 2010). Zowel in CGT, MBT als ACT poogt men maladaptieve cognities te wijzigen. Dit kan gaan om de inhoud of de functie van die cognities. Ook het werken met het wijzigen van de functie van cognities — dat vaak enkel wordt toegeschreven aan de derde generatie — werd reeds in de klassieke CGT beschreven. Een treffend voorbeeld is het volgende. Beck beschreef in 1985 reeds de AWARE-strategie: *Accept the anxious feelings; Watch the anxious feelings move around your body and mind; Act with Anxiety; Repeat steps 1-3 over; Expect the best to happen* (Beck, Emery, & Greenberg, 1985). Klinkt dit niet al heel erg als *third wave*? Dit en andere voorbeelden (beschreven in Wills, 2009; zie Raes, 2010, voor een bespreking) maken duidelijk hoe aspecten die ogenschijnlijk typisch *third wave* zijn, al langer in CGT-land aanwezig waren. Gelijkaardige voorbeelden geven Hofmann et al. (2010). Hofmann pleitte er al eerder voor

om af te stappen van de term *third generation*, die misleidend is alsof er fundamentele verschillen zouden zijn die maken dat die derde-generatiebenaderingen 'buiten' de klassieke CGT geplaatst moeten worden (zie bijvoorbeeld: Hofmann, 2008; Hofmann et al., 2010). Die zijn er niet. *'The "new wave" treatments are consistent with the CBT approach, which refers to a family of interventions rather than a single treatment'* (Hofmann et al., 2010, p. 701).

Hofmann stelde ook voor om, wanneer CGT'ers met een nieuwe techniek of behandelprogramma voor de dag komen, die voortaan niet 'therapie' te noemen, maar 'behandeling' of 'interventie'. Wanneer we iets nieuws 'therapie' noemen, lopen we het risico dat we het willen vergelijken of afzetten tegen traditionele CGT. Voor Hofmann geldt dat er één generisch CGT-model is, met daarbinnen tal van verschillende benaderingen of interventies.

Wat dit betreft, komt Hofmann in de buurt van mijn naaste collega Dirk Hermans. Die geeft evenwel de leertheorie een centrale plaats, waar dat bij Hofmann niet zozeer het geval is: Hofmann ziet veeleer een 'cognitief' unificerend fundament. Hermans (2014) heeft zijn visie in dezen overigens op het EABCT-congres tijdens zijn *keynote*-speech nogmaals uit de doeken gedaan. CGT is voor Hermans een model met een aantal axioma's, bijvoorbeeld dat leerprocessen de basis vormen van alle gedrag (zie Hermans, Elen, & Orlemans 2007, voor meer details). En het is een proces dat draait om het volgen van de empirische cyclus (zie Hermans et al., 2007). Dit is CGT, niet de set van technieken, hoewel technieken wel aangewend kunnen worden binnen het CGT-model of CGT-proces. De visie van Hermans is dus niet helemaal dezelfde als die van Hofmann, maar hun boodschap was dat wel: ons telkens opnieuw afvragen bij elke nieuwe behandeling of die nu wel of geen CGT is, is waarschijnlijk niet de meest zinvolle bezigheid; andere vragen zijn veel belangrijker en boeiender, bijvoorbeeld wat we dan wel als de basis zien van dat generische CGT-model.

Net als de rest van gedragstherapeutisch Vlaanderen, heeft Hermans het overigens niet over 'CGT', maar over 'GT': gedragstherapie. Wij in Vlaanderen blijven vasthouden aan 'gedragstherapie', als paraplueterm voor het generische therapiemodel of -proces. De 'C' is ooit aan 'GT' toegevoegd als doekje voor het bloeden bij een eerdere identiteitscrisis binnen de gedragstherapie, dixit Hermans (2014). En waar de CGT-wereld buiten Vlaanderen blijkbaar opnieuw worstelt met haar identiteit, nu met die dekselse derde golf, is dat dus voor Vlaamse CGT'ers (GT'ers — excuus) veel minder een issue.

MBT AND ACT ARE NOT MORE EFFECTIVE THAN TRADITIONAL CBT

.....

Uiteraard kwam ook de evidence base van MBT en ACT ter sprake. Met Stefan Hofmann en Lars Öst zaten er meteen twee experts aan tafel, die alles konden vertellen over de *state of the art* terzake. Hofmann publiceerde recent een meta-analyse over de effectiviteit van MBT (Khoury et al., 2013);

Öst bracht recent een update uit van zijn meta-analyse over de werkzaamheid van ACT (Öst, 2014).

Wat zijn de belangrijkste conclusies uit de analyses van Öst? Voor een aantal stoornissen kan ACT vooralsnog in het beste geval enkel als ‘waarschijnlijk of mogelijk werkzame behandeling’ bestempeld worden. Voor geen enkele stoornis verdient ACT momenteel reeds het keurmerk van *well-established treatment*. Bovendien blijft de methodologische kwaliteit van het merendeel van de studies (bijvoorbeeld RCT's) naar de werkzaamheid van ACT opvallend zwak. De globale effectgrootte van ACT is eerder klein. En wanneer ACT vergeleken wordt met ‘standaard’ CGT, presteert het niet beter (maar ook niet slechter).

De huidige stand van zaken wat betreft MBT lijkt daarentegen iets gunstiger. Uit de meta-analyse van Hofmann et al. (Khoury et al., 2013) blijkt dat MBT een effectieve behandeling is voor een variëteit aan psychologische problemen, in het bijzonder voor depressie, angst en stress. Opnieuw is het evenwel zo dat MBT niet tot betere resultaten leidt dan traditionele CGT. Evenmin is er evidentie dat MBT onderpresteert, vergeleken met die klassieke CGT.

Als we eerlijk zijn, moeten we dus concluderen dat we vooralsnog niet euforisch moeten worden als het gaat om de effecten van MBT, en al zeker niet over de werkzaamheid van ACT. Beide benaderingen hebben mogelijk hun verdiensten (dit geldt ongetwijfeld voor MBT bij depressie en angst), al is de evidentie over het algemeen dus lang (nog) niet zo overtuigend als sommigen op het terrein soms claimen. Zowel MBT als ACT doet het niet beter dan traditionele CGT. Maar — omgekeerd — is er ook geen evidentie dat ze minder goed zouden presteren dan die traditionele CGT.

Ik vroeg de experts wat we met die vaststelling aan moeten. Een eerste conclusie was dat het feit dat er naast klassieke CGT nog andere benaderingen zijn die ook of even goed presteren ons tot bescheidenheid moet stemmen. Dit geldt overigens niet alleen wanneer traditionele CGT wordt vergeleken met nauwe verwanten als MBT en ACT, maar ook voor vergelijkingen met benaderingen uit andere therapeutische oriëntaties of families (zie bijvoorbeeld: Marcus, O'Connell, Norris, & Sawaqdeh, 2014). Een andere, weinig verrassende conclusie was dat er meer onderzoek nodig is. Om te beletten dat dit een open deur zou blijven, vroeg ik de panelleden meteen om dat wat concreter in te vullen.

Aan welk soort of type onderzoek hebben we dan vooral behoefte? Öst beklemtoonde dat we vooral behoefte hebben aan methodologisch sterkere, en vooral ook omvangrijkere studies, die goed zitten qua statische power. Dit laatste vooral met het oog op het valide kunnen toetsen van belangrijke moderatoren van behandel-effecten. Aansluitend merkte ik op, dat indien verschillende benaderingen ‘overall’ gelijke effecten hebben, we inderdaad moeten uitzoeken of er bijvoorbeeld een bepaald type patiënt is dat meer of minder gebaat is bij deze of gene benadering. Als we meer inzetten op die

vraag *what works for whom*, kunnen we, afhankelijk van de resultaten van dat soort onderzoek, behandelingen nog beter afstemmen op het type patiënt en ‘overall’ op termijn betere *outcome*-cijfers noteren.

Alle leden van het panel waren het erover eens dat er niet alleen meer onderzoek naar de *moderatoren*, maar ook naar de *mediatoren* van behandel-effecten moet komen. Dit met het oog op het identificeren van werkingsmechanismen. Met die kennis kunnen we nog efficiënter inzetten op de werkzame componenten van behandelingen.

En terwijl Öst het vooral over RCT's had, kwam er uit de zaal de opmerking dat het misschien ook goed zou zijn om in de toekomst meer te durven kiezen voor andere onderzoeksontwerpen dan RCT's. Zo wees Geert Crombez (Universiteit Gent) het panel en het publiek op de ten onrechte ondergebruikte, maar wetenschappelijk erg waardevolle *single-case designs*. Wat dit betreft zullen we niet alleen vele collega-onderzoekers moeten overtuigen, maar ook de *review boards* van financieringskanalen van wetenschappelijk onderzoek.

Wat toekomstig onderzoek betreft, merkte Stefan Hofmann nog fijntjes op dat we ons bewust moeten blijven (worden?) van het ‘DSM-plafond’. Het feit dat we mooie effecten bewerkstelligen met CGT (inclusief MBT en ACT) is één, maar het kan nog altijd beter, véél beter. Het lijkt wel alsof we tegen een plafond aanzitten met onze huidige ‘slaagcijfers’ van CGT-behandelingen. Door te blijven vasthouden aan de DSM-categorieën (het ‘DSM-plafond’ waar Hofmann naar verwees) beletten we onszelf om nog meer ‘winst’ uit onze behandelingen te halen. Hofmann (2014b) hield eerder op het congres in zijn opening-*keynote* een krachtig pleidooi om afstand te nemen van het medisch-psychiatrisch model met zijn DSM. We moeten in zijn ogen (en ik deel zijn mening) kiezen voor een meer psychologisch geïnspireerd classificatiesysteem, dat het ons mogelijk maakt om, op basis van onderzoek uit de experimentele psychopathologie (EPP), te werken met meer zinvolle categorieën van patiënten in termen van problemen of ‘mechanismen’ (zie ook: Hofmann, 2014a, voor meer details). EPP houdt zich bezig met het bestuderen — veelal via een experimentele proefopzet — van mechanismen die een rol spelen bij ontstaan, voortbestaan en terugkeer van psychopathologie. Die kwetsbaarheidsmechanismen of -processen snijden soms dwars door verschillende DSM-categorieën heen (de zogenaamde transdiagnostische mechanismen; een voorbeeld is het repetitief negatief denken (piekeren en rumineren) bij angst en depressie). Als we met die kennis in het achterhoofd behandelingen nog meer optimaliseren en ze vervolgens nog beter afstemmen op patiënten (aan de hand van een EPP-geïnspireerd classificatiesysteem), zou dat ertoe kunnen leiden dat we door het DSM-plafond breken wat betreft de outcome-cijfers van onze behandelingen.

Ik kan er niet omheen, en geef het toch maar even mee: een aantal panelleden was bijzonder scherp voor ACT, hoewel ik dat misschien meteen kan nuanceren. Ze waren niet zozeer scherp en kritisch over ACT, maar wel over haar belangrijkste voorman, Steven Hayes. De man roept erg gemengde gevoelens op, met name binnen de wereld van de CGT. Er zijn mensen die vinden dat hij zich te veel als een goeroe heeft opgesteld. Verschillende aanwezigen bij het debat herinnerden zich uitspraken van Hayes op grote congressen, die erop neerkwamen dat 'we' (de CGT-gemeenschap) het met ACT nu beter doen dan voorheen. Onderzoek spreekt dit uiteraard tegen. Bovendien deed Hayes dergelijke claims al jaren terug, toen er nog niet zo gek veel onderzoek naar ACT was gedaan. Bovendien is de kwaliteit van het ACT-onderzoek vergeleken met de CGT-standaarden veelal ondermaats. Voor velen is het duidelijk dat Hayes in zijn uitspraken en zijn (te commerciële?) aanpak wat bescheidener mocht zijn (geweest).

De discussie mondde uit in een meer algemeen punt betreffende de timing van het naar buiten brengen van nieuwe behandelingen (en vooral op welke schaal). Enkele panelleden merkten mijns inziens terecht op dat het geen gunstige ontwikkeling is om elke nieuwe techniek of interventie meteen al in workshops onder collega-therapeuten te verspreiden voordat er enige wetenschappelijke evidentie is voor de waarde ervan. Een reactie uit de zaal volgde al snel: 'Als we nieuwe dingen niet meer kunnen meedelen en verspreiden, stompt dit onze creativiteit dan niet af?' Een panellid, ik denk dat het Hofmann was, repliceerde meteen, door aan te geven dat we zeer zeker creatief moeten blijven. Maar als we nieuwe ideeën hebben die nog onvoldoende getoetst en bewezen zijn, moeten we die bij voorkeur eerst via andere kanalen communiceren. Dit zou bijvoorbeeld op symposia kunnen, maar (nog) niet via een workshop waarin die nog onvoldoende onderzochte technieken al meteen worden aangeleerd aan collega's uit de praktijk. Wacht met het geven van een workshop tot je je op (meer) *solid ground* bevindt, zo werd besloten.

Ik droom wel eens van een najaarscongres, een EABCT-congres, of een ABCT-congres waar enkel workshops gegeven worden over well-established treatments. Oh, maar die treatments kennen we allemaal toch? Heel eerlijk? Ik denk van niet. De meesten van ons kennen de *basics* (althans, dat mag ik hopen). Maar hebben we de noodzakelijke technieken van die evidence-based treatments echt allemaal in onze vingers, op een wijze dat we er als het ware echt mee kunnen spelen? Het is vast des mensen, om liever in te tekenen op een workshop over *the new kid on the block* (*exciting! new! innovative! next generation!*), dan dat we een degelijke workshop volgen, waarin we onszelf trainen en oefenen en trainen en oefenen in steeds dezelfde evidence-based, welbeproefde technieken, die we dachten reeds lang onder de knie te hebben.

Bij vlagen was het debat heftig. Dit kwam volgens mij vooral omdat op sommige momenten meer op de man (lees: Steven Hayes) dan op de bal (lees: ACT) werd gespeeld. Dit is misschien wel jammer. Niettemin meen ik dat het toch ook een voldoende constructief debat is geweest, getuige de niet onaardige oogst aan concrete *take-home messages*. Zo moeten we misschien maar ophouden met het spreken in termen van generaties en golven. Verder is het beter om nieuwe technieken en programma's als 'behandelingen' of — nog beter — als 'interventies' te labelen, en niet als 'therapieën', en zo een nieuwe CGT-identiteitscrisis te voorkomen. ACT en MBT hebben hun waarde, maar de evidentie voor deze benaderingen (zeker in het geval van ACT) is lang nog niet zo overtuigend als sommigen wel eens (doen) geloven. ACT en MBT hoeven in een aantal gevallen zeker niet onder te doen voor traditionele CGT. Laat ons dan ook vooral verder uitzoeken welk type patiënt bij welke benadering gebaat is, en welke mechanismen of componenten de werkzaamheid ervan verklaren. Enkel en alleen inzetten op RCT's is misschien ook niet wenselijk. Laten we wat dit betreft vooral de single-case designs niet vergeten. En wacht even het onderzoek af, voor je een nieuwe techniek of interventie als 'merk' op de 'markt' wil brengen. Wees creatief en innovatief op symposia. En geef pas een workshop wanneer je je niet langer *on shaky grounds* bevindt.

Tot slot nog dit. Op de eerste rij in de zaal zat Judith Beck, inderdaad dé Judith Beck, dochter van haar vader, Aaron Beck. Ze had haar laptop bij zich en maakte uitgebreid notities tijdens het hele debat. Ze was geen manuscript aan het redigeren en ze was ook niet in de weer op de sociale media. En ik kan het weten, want als moderator liep ik de hele tijd rond en kon ik af en toe over haar schouder meekijken. Het zou ons moeten inspireren hoe deze *grande dame* van de CGT oprecht geïnteresseerd is en blijft in alle nieuwe ontwikkelingen in het veld. Het maakte mij andermaal duidelijk dat de discussie inderdaad niet over generaties moet gaan, maar over ontwikkelingen binnen de CGT. Op het einde vroeg ze heel even het woord, ging staan en richtte zich tot de zaal. Ze sprak over hoe boeiend ze alle ontwikkelingen vond en hoezeer ze genoten had van het debat. Ook had ze het nog even over haar vader. Hij maakte het goed. En jawel hoor, hij had zich recent ingeschreven voor een mindfulnessopleiding en was nu vol overgave aan het mediteren, zo vertelde Judith. Generaties...

FILIP RAES is universitair hoofddocent aan de KU Leuven, de Onderzoekseenheid Gedrag, Gezondheid en Psychopathologie van de Faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen (FPPW). Hij is tevens klinisch psycholoog en als gedrags-therapeut werkzaam in het facultaire praktijkcentrum PraxisP van FPPW

(KU Leuven). Hij is bestuurslid van de VVGT en was lid van de wetenschappelijke commissie van het afgelopen EABCT-congres in Den Haag.

Correspondentieadres: Filip Raes, Faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen (FPW), Tiensestraat 102, bus 3712, B3000 Leuven, België. filip.raes@ppw.kuleuven.be

Summary The last two decades, we have witnessed the rise of so-called third wave or third generation CBT. Key-players in that area are, for example, Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) and Acceptance and Commitment Therapy (ACT). At last year's EABCT-congress in The Hague, The Netherlands, a round table discussion was held on the topic: 'Third Generation CBT: A curse or a blessing?'. Experts discussed with the audience about questions like: 'Are ACT and MBCT (forms of) CBT?'; 'What is the evidence-base of these approaches compared to 'traditional' CBT?'; and: 'How should we proceed with this 'third wave'?'. This article reports on the debate and, most importantly, reviews the key take-home messages.

Keywords: *third generation CBT, mindfulness, ACT, debate.*

Literatuur

- Beck, A. T., Emery, G., & Greenberg, R. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.
- Hermans, D. (2014). *The central role of learning principles is our basic postulate! Or can CBT really evolve without?* Keynote lecture presented at the 44th Annual Congress of the European Association for Behavioural and Cognitive Therapies (EABCT), The Hague, the Netherlands.
- Hermans, D., Elen, P., & Orlemans, H. (2007). *Inleiding tot de gedragstherapie* (6de, geheel herziene druk). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Hofmann, S. G. (2008). Acceptance and commitment therapy: New wave or morita therapy? *Clinical Psychology: Science and Practice*, 15, 280-285. doi: 10.1111/j.1468-2850.2008.00138.x
- Hofmann, S. G. (2014a). Toward a cognitive-behavioral classification system for mental disorders. *Behavior Therapy*, 45, 576-587.
- Hofmann, S. G. (2014b). *Toward a science-informed practice of CBT*. Key-note lecture presented at the 44th Annual Congress of the European Association for Behavioural and Cognitive Therapies (EABCT), The Hague, the Netherlands.
- Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2010). The empirical status of the 'new wave' of CBT. *Psychiatric Clinics of North America*, 33, 701-710. doi:10.1016/j.psc.2010.04.006
- Khoury, B., Lecomte, T., Fortin, G., Masse, M., Therien, P., Bouchard, V., ... & Hofmann, S. G. (2013). Mindfulness-based therapy: A comprehensive meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 33, 763-771. doi:10.1016/j.cpr.2013.05.005
- Marcus, D. K., O'Connell, D., Norris, A. L., & Sawaqdeh, A. (2014). Is the Dodo bird endangered in the 21st century? A meta-analysis of treatment comparison studies. *Clinical Psychology Review*, 34, 519-530. doi:10.1016/j.cpr.2014.08.001
- Öst, L.-G. (2014). The efficacy of Acceptance and Commitment Therapy: An updated systematic review and me-

- ta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 61, 105-121. doi:10.1016/j.BRAT.2014.07.018
- Raes, F. (2010). Book review: Wills F. (2009). *Beck's cognitive therapy*. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 52, 891-892.
- Wills, F. (2009). *Beck's cognitive therapy*. East Sussex, UK: Routledge.

.....

Vraagtekens bij de behandeling van psychogene niet- epileptische aanvallen

.....

Reactie op

VUYLSTEKE ET AL. in *Gedragstherapie* 47, 3

ERIK TEN BROEKE, RENÉE BEER, AD DE JONGH & RAMÓN LINDAUER

In nummer 3, jaargang 2014 van *Gedragstherapie* breken Kristien Vuylsteke en haar collega's een lans voor een aanpak van PNEA (psychogene niet-epileptische aanvallen) waarbij — anders dan bij de standaardaanpak — traumabehandeling centraal staat (Vuylsteke et al., 2014). Zeker na het lezen van het artikel is deze boodschap ons uit het hart gegrepen.

Na het schetsen van de wetenschappelijke stand van zaken met betrekking tot kennis van de stoornis en de standaardbehandeling van PNEA, wordt een casus gepresenteerd die moet aantonen hoe belangrijk het is — of zou moeten zijn — om de behandeling niet te beperken tot interventies die zijn gericht op het kennelijk gebruikelijke 'afwenden van de aanvallen'. De focus zou veel meer op traumabehandeling gericht moeten zijn. Daartoe wordt Trauma Focused Cognitieve Gedragstherapie (TF-CGT) aanbevolen. Er wordt een beslisboom voorgesteld om het betoog te ondersteunen en de gedragstherapeut die te maken krijgt met een patiënt met PNEA van een praktische leidraad voorzien. De casusbeschrijving, alsmede de reflectie daarop, roepen zoveel vragen op, dat wij menen dat een kritische reactie op zijn plaats is. Wij hebben bedenkingen ten aanzien van de volgende punten: (1) De standaard CGT-aanpak, zoals geschetst en geëvalueerd door de auteurs, (2) het programma

TF-CGT (Cohen, Mannarino, & Deblinger, 2008), zoals de auteurs dat beschrijven, (3) de inzet van EMDR, en (4) de beslisboom.

De in de samenvatting van hun artikel aangekondigde kritische bedenkingen zijn in onze ogen onvoldoende kritisch, en de door hen verschaft informatie nodigt ons uit tot (nog) kritischer bedenkingen.

71

Vuylsteke et al. stellen dat op basis van de literatuur is vast komen te staan dat blootstelling aan schokkende gebeurtenissen ('psychotrauma') een van de belangrijkste risicofactoren is voor het ontwikkelen van PNEA. In de richtlijnen zou een aanbeveling ontbreken om dit 'onderliggende' psychotrauma te behandelen. In de literatuur, zo blijkt uit de bespreking door Vuylsteke et al., wordt cognitieve gedragstherapie gezien als de behandeling van voorkeur. Het blijkt hier te gaan om een standaardpakket van interventies, gericht op het aanleren van probleemoplossende vaardigheden, relaxatie- en aandachtstraining, en *exposure* (in vivo) aan situaties die stress induceren dan wel geassocieerd zijn met het optreden van de PNEA, gecombineerd met het uitdagen van problematische gedachten. Dit is niet een vorm van CGT zoals wij die graag zouden zien. De beschreven interventies zijn niet gebaseerd op enige vorm van casusconceptualisatie, en de interventies lijken al bij voorbaat vast te liggen. De bron van de stress wordt niet in beeld gebracht, laat staan in de behandeling betrokken. Dit is op zijn minst opmerkelijk, zeker in het licht van de kennelijk zo sterke invloed van trauma en stress op de ontwikkeling van PNEA. Er wordt in feite aangeleerd om PNEA in te ruilen voor een andere copingstrategie, wat vergelijkbaar is met het plakken van pleisters op een open wond. Dit kan op voorhand geen effectieve behandeling zijn. Vuylsteke et al. stellen dit gegeven eveneens vast, maar zijn daarover tegelijkertijd opvallend mild en betogen dat verder onderzoek nodig is.

Om de roep om dergelijk onderzoek te ondersteunen, wordt vervolgens de casus 'Lisa' geïntroduceerd. Lisa heeft met name last van ontwrichtende 'aanvallen'. De eerste aanval treedt op als Lisa 6 jaar oud is, waarna geen behandeling wordt gestart. Er volgt dan een periode van vijf jaar lijden onder flinke psychosomatische klachten. Op 11-jarige leeftijd wordt bekend dat zij langdurig (vanaf haar zesde) door haar oudere broer is misbruikt. Daarop volgen vijf jaren van behandeling, zonder enig succes, waarin de druk op Lisa en haar omgeving toeneemt. Op 16-jarige leeftijd wordt zij uiteindelijk behandeld met TF-CGT.

Vuylsteke et al. gaan ervan uit dat het de TF-CGT is geweest die uiteindelijk heeft geleid tot het herstel. Zoals verderop zal worden besproken, is dat echter minder duidelijk dan het lijkt.

De auteurs beschrijven een naar onze mening even verbijsterende als droevige tocht van Lisa door de kinderpsychiatrie. Een diagnose aangaande de aanvallen wordt niet gesteld, en Lisa krijgt psycho-educatie aangaande haar aanvallen en 'ondersteunende therapie', gericht op 'functioneren'. Drie jaar later krijgt zij paracetamol (aangezien zij toenemend aanvallen heeft, spiertrek-

kingen en schuim om de mond, regressief gedrag vertoont, problemen heeft met zelfredzaamheid, spraak en hygiëne, en ook niet meer naar school gaat). Na een suïcidepoging en verder escalerende aanvallen wordt een residentiële opname geadviseerd, waarbij de nadruk ligt op het 'creëren van rust' door middel van 'creatieve therapie en hippotherapie' (u leest het goed). Er wordt nog een poging gedaan met relaxatieoefeningen, het beïnvloeden van denkfouten en gezinsgesprekken, maar het wil — na meer dan zes maanden kinderpsychiatrische opname — allemaal niet baten. Inmiddels gaat het almaar slechter met Lisa, getuige het feit dat de aanvallen (met urineverlies, speekselvloed en tongbeet) medisch gevaarlijk worden en in frequentie toenemen. Er vindt weer een opname plaats, na een aanval van meer dan twee uur. De pediater stelt dan de diagnose 'conversiehysterie'. Medicatie en ondersteunende 'therapie' wordt het beleid. De aanvallen escaleren verder en Lisa moet worden geïntubeerd, omdat er zuurstoftekort optreedt. Tegen de achtergrond van ruziënde artsen wordt uiteindelijk met behulp van een eeg de definitieve diagnose PNEA gesteld. Ze wordt dan opgenomen in een volgende kliniek voor kinder- en jeugdpsychiatrie, een opname die negen maanden zal duren. Lisa is dan maar liefst tien jaar in behandeling. We verwijzen naar Vuylsteke et al. (p. 179) voor een resumé van de toestand van Lisa op dat moment.

Vanwaar deze uitgebreide samenvatting van Lisa's lijdensweg van tien jaar? We willen hiermee de context schetsen van onze vraag waarom Vuylsteke et al. niet kritisch reflecteren op het feit dat Lisa in die tien jaar een allegaartje van interventies heeft gehad, waarbij het totaal ontbroken heeft aan een casusconceptualisatie die richting en inhoud had kunnen geven aan een behandeling zoals die gebruikelijk is bij CGT. Dat geldt des te meer als de gekozen behandeling faalt en de patiënt almaar verslechtert. Dit blijft jammer genoeg onbesproken.

Terug naar het betoog van Vuylsteke et al. Op p. 180 wordt gesteld dat gezien 'de nefaste gevolgen van de therapieresistente PNEA' TF-CGT als 'voorwaarde' wordt gesteld voor de opname. Door de PNEA 'therapieresistent' te noemen, wordt de aandacht ten onrechte afgeleid van de falende diagnostiek en behandeling, en verlegd naar de 'onbehandelbaarheid van de PNEA' van Lisa. Immers, een aandoening die niet verbetert door een inadequate behandeling is niet 'onbehandelbaar', maar wordt inadequaat behandeld. Door TF-CGT als voorwaarde te stellen voor opname wordt gesuggereerd dat het voor Lisa (en haar familie) nu kiezen of delen is met betrekking tot het al dan niet behandelen van haar psychotrauma, dat wil zeggen: het misbruik door haar broer. Hoewel het misbruik al meer dan vijf jaar bekend is, is het op geen enkel moment bij een behandeling betrokken. De formulering van Vuylsteke et al. wekt de indruk dat Lisa er nu niet langer onderuit kan en de confrontatie met het trauma aan moet. Zij (b)lijkt tot nu toe echter geenszins geprobeerd te hebben ergens onderuit te komen. Het is bij alle diagnostiek en behandeling simpelweg niet op tafel gekomen, ondanks het feit dat (1) op haar elfde bekend werd dat bij Lisa sprake was van ernstig trauma en (2) uit

de literatuur bekend was dat er een sterke relatie bestaat tussen trauma en PNEA. Dat dit niet is betrokken in de behandeling is Lisa of haar familie niet te verwijten. De opmerking op p. 185 dat Lisa het gedurende jaren vermeed het trauma bespreekbaar te maken en eveneens vermeed om ‘aan exposure te doen’, misstaat naar onze mening dan ook. Patiënten ‘doen niet aan exposure’, want exposure is een therapeutische procedure die wordt ingezet op basis van een casusconceptualisatie. De behandelaars zijn verantwoordelijk voor het beleid, niet Lisa of haar ouders. Vuylsteke et al. lijken deze visie te delen.

Uiteindelijk wordt TF-CGT¹ ingezet. Vuylsteke et al. manen de lezer op p. 184: ‘Stel Trauma Focused Cognitieve Gedragstherapie niet uit.’ Wij zijn het hier volkomen mee eens. Des te verbazingwekkender vinden wij dan ook, dat Lisa ter voorbereiding op de TF-CGT eerst maar liefst vijftig (groeps)sessies therapie moet doorstaan, gericht op ondersteuning en ‘versterking’, alvorens de geïndiceerde traumabehandeling daadwerkelijk te krijgen. Na jaren van behandeling, gericht op het leren omgaan met haar aanvallen, krijgt Lisa opnieuw te maken met (zes maanden) uitstel van traumabehandeling. In feite had meteen gestart kunnen worden met de TF-CGT. De eerste vier modules hadden zelfs overgeslagen kunnen worden, omdat die allemaal voor haar bekende kost bevatten. Tijdens de TF-CGT wordt ze aangemoedigd om ‘aan exposure te doen door haar traumaverhaal te “herschrijven” en met de therapeut te bespreken, en haar gevoelens tegenover de dader te uiten in een brief’ (p. 180). Het is niet duidelijk hoe dit gezien moet worden in het licht van TF-CGT. Immers, wat wordt bedoeld met ‘herschrijven’? De functie van het opschrijven van het traumaverhaal (T) is exposure aan de herinneringen; de functie van het bespreken van het verhaal met de therapeut is opsporen en bijstellen van disfunctionele cognities hierin (C); de functie van het bespreken van het verhaal met ouders/gezinsleden is communicatie bevorderen over wat het kind heeft meegemaakt (C).

In de casusbeschrijving wordt vermeld dat Lisa ook EMDR-therapie heeft gekregen, waarbij EMDR onterecht benoemd wordt als ‘exposure aan het trauma’. Op zichzelf is het gebruik van EMDR niet vreemd, aangezien — in tegenstelling tot de stelligheid van Vuylsteke et al. op p. 184 — niet alleen

- 1 Het programma TF-CGT (Cohen, Mannarino, & Deblinger, 2008) bestaat uit acht modules, waarvan de eerste letters het acronym PRACTICE vormen (psycho-educatie, relaxatie, affectregulatie, cognitieve coping, traumaverhaal, in vivo exposure aan trauma-reminders, combinatiesessies voor kind en ouders, en nu naar de toekomst). Het is een fasegerichte behandeling, waarbij de eerste vier modules (PRAC) gericht zijn op voorbereiding van de middenfase, de traumaverwerking (TIC), en de laatste module op voorbereiding op de toekomst (E). De therapeut bepaalt aan de hand van de vorderingen van de patiënt hoeveel sessies besteed worden aan een module. Bij de meeste empirische onderzoeken die het programma hebben getoetst op effectiviteit was sprake van twaalf tot zestien sessies voor het totale programma. Voor meer informatie over dit programma, zie: Beer & Lindauer, 2013, en: www.bsl.nl/verwerken-en-versterken.

CGT, maar ook EMDR een eerstekeusbehandeling is bij PTSS (WHO, 2013). Wij zijn zonder meer enthousiast over het gebruik van EMDR bij trauma-behandeling, niet in het minst bij kinderen en jeugdigen, maar het ligt niet voor de hand om in het kader van TF-CGT ook zonder meer EMDR toe te passen, in ieder geval niet zonder toelichting en legitimering. Het zijn immers twee verschillende behandelingen, die ieder zo hun eisen stellen aan de behandelaar. Aangezien er nog geen richtlijnen zijn ten aanzien van het gebruik van combinaties van behandelingen op basis van empirisch onderzoek (AACAP, 2010), is het de moeite waard om wanneer men combinaties gebruikt hypothesen en bevindingen hierover te rapporteren. Een toelichting op de motieven en de doelen van de behandelaars om EMDR op dat moment toe te voegen hadden we dan ook graag vermeld gezien. Opvallend is dat de aanvallen afnamen in frequentie na de EMDR-behandeling.

Even later wordt gemeld dat het schrijven van de brief aan haar broer een schakelmoment is in de therapie, naast het feit dat daadwerkelijk scheiding tussen Lisa en haar broer plaatsvindt, doordat de laatste uit huis gaat. De aanvallen nemen dan fors af. Het is daarbij niet duidelijk welke interventie welke bijdrage leverde en wat precies gerekend moet worden tot de TF-CGT. Was dat het 'herschrijven' (?) van het trauma? De EMDR? De brief? Het uit huis gaan van de broer, waarschijnlijk de meest krachtige 'traumatrigger', en dus PNEA-trigger?

Na negen maanden opname gaat het gelukkig veel beter met Lisa en slaagt zij erin haar leven weer op te pakken. Dat is mooi en van grote waarde. Niettemin roept de casus bij ons vooral plaatsvervangende schaamte op. Die betreft vooral de tien jaar lijdensweg voorafgaand aan de laatste opname, maar ook de wijze waarop tijdens de laatste opname langdurig omtrekkende bewegingen zijn gemaakt, alvorens te doen wat gedaan moest worden: traumabehandeling. Het pleidooi van Vuylsteke et al. om toch vooral niet te wachten met traumabehandeling, en dat zij in navolging van van Minnen, Hendriks, en Olff (2010) constateren dat therapeuten veel te bang zijn voor het inzetten van traumabehandeling, doet ons in dit kader dan ook nogal ironisch aan. In veel gevallen is het naar onze mening onnodig om eerst de draagkracht te vergroten of te stabiliseren; de draagkracht en de stabiliteit nemen juist toe door directe behandeling van het trauma (zie bijvoorbeeld: Bicanic, de Jongh, & ten Broeke, in druk, voor een bespreking van de evidentie hieromtrent). En in die gevallen waar wel indicatie is voor een fasegerichte behandeling, kan worden gekozen voor TF-CGT, waarbij die voorbereiding onderdeel is van de behandeling (Beer & Lindauer, 2013).

Vuylsteke et al. sluiten hun pleidooi af met een tweetal aanbevelingen, en een beslisboom die de clinicus moet helpen de juiste beslissingen te nemen als hij wordt geconfronteerd met een patiënt met PNEA. Met de beide aanbevelingen zijn wij het van harte eens. Het (h)erkennen van het trauma en het bieden van veiligheid zijn de eerste (snelle) stappen bij traumabehandeling.

ling, een behandeling die wat de auteurs betreft niet uitgesteld mag worden. Op p. 185 wordt niettemin voorgesteld om eerst te beginnen met de aanpak van de aanvallen en in een tweede fase pas de traumabehandeling te starten. Dat is naar onze mening een vorm van uitstellen. Ons is niet duidelijk wat de grond is voor deze aanbeveling, die onnodig afbreuk doet aan de eerdere en terechte oproep om bij getraumatiseerde PNEA-patiënten niet te wachten met de traumabehandeling.

Het is zinvol als experts aan klinici richtlijnen geven waarlangs zij een behandeling van een bepaalde aandoening vorm kunnen geven. Een beslisboom kan daarbij zeer behulpzaam zijn. Maar zoals het woord al zegt: dan moeten er wel beslismomenten zijn. In de beslisboom op p. 186 is daarvan echter nauwelijks sprake. In feite is er maar één beslismoment, en dat is de vraag of er al dan niet sprake is van trauma als etiologische factor bij een patiënt met PNEA. Dat is geen beslissing, maar een kwestie van navragen en een casus-conceptualisatie opstellen, zoals iedere cognitief gedragstherapeut normaliter zal doen. Er wordt daarna in feite niets meer 'beslist' in de beslisboom, maar een tweesporenbeleid gevolgd: de standaardbehandeling van PNEA, in combinatie met traumabehandeling. Indien er geen sprake is van trauma, ontbreekt een richtlijn in de beslisboom overigens volledig. Wij veronderstellen dat Vuylsteke et al. bij 'geen trauma' de standaardbehandeling van PNEA aanbevelen, maar zeker kunnen we daarvan niet zijn.

Kortom, wij onderschrijven van harte de aanbeveling van Vuylsteke et al. dat in geval van PNEA met trauma in de voorgeschiedenis van de patiënt zo snel mogelijk gestart moet worden met traumabehandeling. De ontluisterende casus van Lisa onderstreept wel hoezeer dit in de praktijk wordt genegeerd, en welke dramatische gevolgen dat kan hebben. De casus van Lisa staat helaas niet op zichzelf. Uit onderzoek van Green et al. (2010) blijkt dat bij ongeveer 45% van de vastgestelde kinder- en jeugdpsychiatrische stoornissen er een associatie is met een vorm van trauma voorafgaande aan de diagnose (geweld, fysieke mishandeling, seksueel misbruik, verwaarlozing). Het is noodzakelijk dat binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie in de diagnostische fase standaard wordt gevraagd naar de traumavoorgeschiedenis. Daarnaast is het belangrijk om de traumaklachten systematisch in kaart te brengen, daarbij gevalideerde meetinstrumenten te gebruiken en tijdig te starten met traumabehandeling. Uit het betoog van Vuylsteke et al. wordt duidelijk dat zij deze oproep ondersteunen. De beschrijving van de gang van zaken bij de traumagerichte behandeling die Lisa uiteindelijk krijgt, roept niettemin vervolgens zoveel vragen op dat deze het pleidooi van de auteurs meer ondermijnt dan ondersteunt. De beslisboom kan naar onze mening beter vervangen worden door de aanbeveling om bij een patiënt met PNEA een casusconceptualisatie op te stellen, die rekening houdt met in stand houdende factoren, maar daarnaast zeker ook met relevante etiologische factoren, in dit geval met name psychotrauma (zie bijvoorbeeld: Hermans, Eelen, & Orlemans, 2007; Korrelboom & Ten Broeke,

2014). Dat kan veel patiënten een hoop ellende besparen. En dat is een wens die wij weer wel delen met Vuylsteke et al.

76

ERIK TEN BROEKE is vrijgevestigd klinisch psycholoog en cognitief gedragstherapeut.

Hij is opleider/supervisor voor de VGCT, en EMDR-trainer voor de VEN en EMDR-Europe.

RENÉE BEER is klinisch psycholoog en cognitief gedragstherapeut. Zij is opleider/supervisor voor de VGCT, en EMDR-trainer Kind & Jeugd voor de VEN en EMDR-Europe.

AD DE JONGH is gz-psycholoog. Hij is werkzaam in het Centrum voor Psychotherapie en Psychotrauma te Bilthoven, en is als bijzonder hoogleraar angst en gedragsstoornissen verbonden aan het Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam van de Universiteit van Amsterdam en de Vrije Universiteit.

RAMÓN LINDAUER is kinder- en jeugdpsychiater/systeemtherapeut bij De Bascule. Hij is afdelingshoofd van de afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie bij het AMC.

Correspondentieadres: Erik ten Broeke, Noorder Pierkesmarsweg 1, 7437 TC Bathmen, ebroeke@planet.nl

Literatuur

- AACAP (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry) (2010). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with posttraumatic stress disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(4), 414-430.
- Beer, R., & Lindauer, R. J. L. (2013). Trauma Focused CBT (TF-CBT). Een effectieve modulaire traumabehandeling voor kinderen en hun ouders. *Kinder- & Jeugdpsychotherapie*, 2, pg. 5-19.
- Bicanic, I. A. E., de Jongh, A., & ten Broeke, E. (in druk). Stabilisatie in traumabehandeling: noodzaak of mythe? *Tijdschrift voor Psychiatrie*.
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Deblinger, E. (2008). *Behandeling van trauma bij kinderen en adolescenten met de methode traumagerichte cognitieve gedragstherapie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Green, J. G., McLaughlin, K. A., Berglund, P. A., Gruber, M. J., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., & Kessler, R. C. (2010). Childhood adversities and adult psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey Replication I. *Archives of General Psychiatry*, 67, 113-123.
- Hermans, D., Eelen, P., & Orlemans, H. (2007). *Inleiding tot de gedragstherapie* (6e, geheel herziene druk). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Korrelboom, C. W., & ten Broeke, E. (2014). *Geïntegreerde cognitieve gedragstherapie: Handboek voor theorie en praktijk*. Bussum: Coutinho.
- van Minnen, A., Hendriks, L., & Olff, M. (2010). When do trauma experts choose exposure therapy for PTSD patients? A controlled study of therapist and patient factors. *Behaviour Research & Therapy*, 48, 312-320.
- Vuylsteke, K., Faché, C., Antrop, I., van West, D., Dhar, M., & Bal, S. (2014). Psychogene niet-epileptische aanvallen met trauma als oorzakelijke factor: Trauma Focused Cognitieve Gedragstherapie als belangrijk deel van de behandeling. *Gedragstherapie*, 47, 173-189.
- WHO (World Health Organisation) (2013). *Guidelines for the management of conditions specifically related to stress*. World Health Organisation.

.....

*Toelichting op een eerder
betoog over de behandeling
van psychogene
niet-epileptische aanvallen*

.....

Reactie op

TEN BROEKE ET AL.
in dit nummer

KRISTIEN VUYLSTEKE, CORINE FACHÉ, INGE ANTROP, DIRK VAN WEST,
MONICA DHAR & SARAH BAL

Wij willen beginnen met Ten Broeke et al. te bedanken voor hun uitgebreide reactie op het artikel. We zijn verheugd te lezen dat de auteurs het net als wij een ontluisterende casus vinden. We zijn namelijk even verbijsterd als droevig over het verloop en therapeutisch traject van Lisa als ten Broeke et al. ook blijken te zijn, zelfs zo verbijsterd, dat we het nodig hebben geacht om dit onder de aandacht te brengen.

FOCUS OP TRAUMA

.....

We zijn blij te lezen dat we eigenlijk dezelfde mening zijn toegedaan, namelijk dat in geval van PNEA (psychogene niet-epileptische aanvallen) de bron van de stress zo snel mogelijk in beeld gebracht en in de behandeling betrokken moet worden. Uit de literatuur blijkt overigens ook dat een voor geschiedenis van trauma op kinderleeftijd, met name seksueel misbruik of lichamelijke mishandeling, een van de belangrijkste risicofactoren is voor

het ontwikkelen van PNEA (Alsaadi & Marquez, 2005; Fiszman, Alves-Leon, Nunes, D'Andrea, & Figueira, 2004; LaFrance & Barry, 2005; Proença, Castro, Jorge, & Marchetti, 2011). Het is een internationaal bekend fenomeen dat kinderen met complex trauma zelden met deze problematiek (trauma) aangemeld worden (Ungar, Tutty, McConnell, Barter, & Fairholm, 2009). Vaak manifesteren gevolgen van chronische trauma's zich bij kinderen en jongeren in problemen in de affect- en lichaamsregulatie (somatische en biologische disregulatie), verstoorde hechtingsstijlen, agressie naar zichzelf en anderen, problemen met impulscontrole, aandachtsproblemen, dissociatieve problemen, een chronisch laag gevoel van zelfwaarde en sociale problemen: allemaal problemen die niet als zodanig vervat zijn in de strikte criteria voor posttraumatische stressstoornis, zoals opgenomen in de DSM (APA, 2000). Zelfs al wordt er melding gemaakt van trauma, dan worden deze andere problemen nog al te vaak door hulpverleners op de voorgrond gezet, hetgeen in de klinische praktijk dan te vaak leidt tot misdiagnosen. Zo ontstaat het fenomeen dat deze kinderen voor deze traumaproblematiek ofwel geen diagnose krijgen, ofwel één of meerdere comorbide diagnoses krijgen die slechts een deel van de problematiek in kaart brengen, waardoor de behandeling vaak niet-traumaspécifiek gericht is (Ackerman, Newton, McPherson, Jones, & Dykman, 1998; Copeland, Keeler, Angold, & Costello, 2007; Noll, Trickett, & Putnam, 2003). Net als ten Broeke et al. betreuren we deze gang van zaken en wilden we met het artikel een betoog houden voor een snelle, nauwkeurige diagnostiek en behandeling van chronisch trauma.

Wij zijn het, wat de behandeling betreft, ook volledig eens met ten Broeke et al. dat cognitieve gedragstherapie (CGT) nooit als een standaardpakket beschouwd mag worden, en dat het gedragstherapeutisch proces altijd impliceert dat er een uitgebreide casusconceptualisatie moet gebeuren. Daarin moeten aspecten als het uitvoeren van basismetingen, het opstellen van een voorlopige probleemsamenhang en holistische theorie, het maken van een functionele analyse, het kiezen van het eerste te bewerken probleem, en dergelijke, aan bod komen (Hermans, Eelen, & Orlemans, 2007). Wanneer we deze procedure niet beschrijven, impliceert dit echter geenszins dat dit niet gebeurd zou zijn in de laatste fase van Lisa's behandeling, noch dat we twijfelen aan de waarde ervan, noch dat we CGT als een 'recept' stellen voor bepaalde klachten. We zijn daarnaast verheugd te lezen dat ten Broeke et al. op een overtuigende manier onze mening delen over het belang van de snelle aanpak van het trauma in de behandeling van PNEA, en de funeste gevolgen van het uitstellen hiervan, alsook over de verantwoordelijkheid van de behandelaar in dit proces. We beschrijven een samenvatting van Lisa's lijdensweg, omdat we willen aantonen dat het helemaal verkeerd kán gaan binnen een hulpverleningstraject en we tot alertheid willen oproepen voor de valkuilen die hieraan ten grondslag liggen. Dat er jarenlang sprake was van een inadequate behandeling van Lisa is mede het betoog van het artikel. Het is evident dat ook wij vinden dat dit een lijdensweg is geweest die niet had mogen plaatsvinden.

Binnen onze jarenlange praktijk als hulpverleners komen we jammer genoeg af en toe zulke bedroevende situaties tegen. In deze reactie op ten Broeke et al. (2014) willen we verder graag verduidelijking bieden over opgeworpen vragen en bedenkingen.

Bij aanmelding voor de laatste kinderpsychiatrische opname werd Lisa doorverwezen als ‘therapieresistent’. Gezien het ontbreken van een trauma-gericht beleid in haar vorig hulpverleningstraject ontstond deze (verkeerde) assumptie bij de ouders, bij Lisa en bij eerdere hulpverleners. Toen met TF-CGT (Trauma Focused Cognitieve Gedragstherapie) gestart werd, en de aanvallen gedurende een intensief therapeutisch traject verminderden en uiteindelijk stopten, bleek de assumptie van therapieresistentie foutief te zijn. Wanneer we schrijven dat TF-CGT als voorwaarde voor therapie werd gesteld, bedoelen we daarmee dat we het belangrijk achten juist deze oorzakelijke factor (trauma) te behandelen. We begrijpen de reactie van ten Broeke et al. dan ook minder goed, wanneer zij stellen dat dit aan Lisa en aan haar ouders gecommuniceerd zou zijn in termen van ‘kiezen of delen met betrekking tot het al dan niet behandelen van haar trauma’. Ja, er werd aan Lisa en de ouders meegedeeld dat er binnen deze behandeling geopteerd werd om met traumaverwerking te starten, maar nergens werd geponeerd dat Lisa ‘er nu niet langer onderuit kan’. Dat de formulering die wij kozen in ons artikel een verkeerde indruk wekte, betreuren we, maar laten we aan ten Broeke et al.

STABILISATIEFASE

.....

Ten Broeke et al. suggereren voorts dat het in de meeste gevallen onnodig is eerst de draagkracht te vergroten alvorens met traumatherapie aan de slag te gaan. De behandelaars die Lisa tijdens haar laatste fase van het beschreven behandeltraject begeleidden, kozen ervoor om voorafgaand aan de TF-CGT (zoals beschreven door Cohen, Mannarino, & Deblinger, 2008) een stabilisatiefase in te lassen. Deze methode (zoals omschreven door Struik, 2011) is specifiek ontwikkeld voor die chronisch getraumatiseerde kinderen en jongeren bij wie getwijfeld wordt of ze zonder die stabilisatie de standaard traumabehandeling (CGT of EMDR) wel aankunnen. Deze methode is erop gericht de jongere in die mate te stabiliseren dat hij de stress behorende bij de traumatische ervaringen onder ogen kan zien, en hij zijn vermogens om na te denken, te evalueren en te ordenen kan gebruiken in de volgende fasen van traumabehandeling (Struik, 2011). Bij Lisa schatten de behandelaars in dat de chronische stress (door het chronisch trauma, alsook door het helse behandeltraject) had gezorgd voor een modus van chronische alertheid bij Lisa. Daarom achtten zij het nodig om met Lisa eerst te werken aan geruststelling en voorspelbaarheid, voor er op een heel directe manier met het ‘verleden’ aan de slag werd gegaan. De TF-CGT werd pas gestart toen het stressniveau van Lisa binnen bepaalde grenzen kon blijven. Ze leerde voor-

dien handvatten om met de extreme stress om te gaan (zie hiervoor: Struik, 2011). Binnen het laatste therapietraject werd naar onze mening zorgvuldig met het trauma omgegaan (alvorens met TF-CGT te starten), omdat er aandacht werd geboden voor het versterken en empoweren van de mogelijkheden van Lisa en haar gezin, en in een mogelijk nieuw vertrouwen in de hulpverlening. Het spreekt voor zich dat dit een specifieke keuze was van deze behandelaars bij deze patiënte. Zoals hierboven al aangehaald, dient elke behandeling een behandeling op maat te zijn, nadat er eerst een grondige diagnostische casusconceptualisatie is doorgevoerd.

Daarbij willen we benadrukken dat de stabilisatiefase met haar versterkende interventies niet zo lang duurde als ten Broeke et al. veronderstellen. Lisa kreeg deze verschillende soorten versterkende therapieën simultaan (verschillende per week) en startte tegelijk met individuele therapie, waarna zo snel mogelijk begonnen werd met TF-CGT. Traumabehandeling werd in de laatste fase van haar behandeltraject dus niet uitgesteld. Wij menen dat de versterkende interventies die zij kreeg, die deel uitmaken van de stabilisatiemethodiek beschreven in het gefaseerd model door Struik (2011), gezien kunnen worden als een eerste fase binnen een ruimere traumabehandeling.

TRAUMAVERVERWERKING

.....

In een tweede fase kwam de traumaverwerking aan bod, met onder andere het 'herschrijven' van het traumaverhaal. Het woord 'herschrijven' is misschien wat literair gekozen, maar is niet anders bedoeld dan hoe Cohen et al. (2008) het voorstellen. We bedoelen hiermee het opschrijven van het traumaverhaal, waarbij er sprake is van geleidelijke *exposure* aan herinneringen. Maar het gaat natuurlijk om meer dan opschrijven alleen. Dat het kind 'bij het beschrijven van zijn traumatische ervaringen ook gestimuleerd wordt om de bijgaande gedachten en gevoelens onder woorden te brengen, zodat de therapeut een begin kan maken met het onderkennen en uiteindelijk corrigeren van disfunctionele gedachten en sluimerende opvattingen die ten grondslag zouden kunnen liggen aan het voortduren van de emotionele en gedragsproblemen' (Cohen et al., 2008, p. 134) werd in het artikel niet expliciet aangehaald, doch het werd er niet minder mee bedoeld. We betreuren het dat ten Broeke et al. menen dat er, ondanks dat meermaals wordt aangegeven dat bij Lisa een TF-CGT-behandeling is uitgevoerd als beschreven door Cohen et al., iets anders onder lijkt te zijn verstaan.

Met betrekking tot de vraag van ten Broeke et al. over het doel van de toevoeging van EMDR willen we het volgende verduidelijken. EMDR werd toegevoegd aan de behandeling gezien de bewezen effectiviteit in het kader van traumabehandeling met als doel symptoomreductie te realiseren (Mc Guire, 2014). Deze behandeling werd, gezien de specifieke eisen, niet door dezelfde behandelaar gegeven als de TF-CGT. Uit de klinische praktijk blijkt dat

een combinatie van TF-CGT en EMDR bij complex trauma meer effect kan hebben dan een enkelvoudige therapie. De mogelijke werkzaamheid wordt tevens gesuggereerd door Bronner, Beer, Jozine van Zelm van Eldik, Grootenhuis, en Last (2009). De combinatie van EMDR en CGT werd echter in de literatuur nog niet veel beschreven, en kan een focus zijn voor verder onderzoek.

NABESCHOUWINGEN

.....

Welke specifieke interventie van alle interventies die Lisa onderging zorgde voor een afname van de PNEA? Dat kunnen we niet precies aangeven. Naar ons idee is de afname van de aanvallen te danken aan een combinatie van de verschillende interventies en zou het toepassen van een enkele interventie onvoldoende geweest zijn. De focus van het artikel was echter *niet* om te achterhalen welke interventie binnen de traumabehandeling een afname van de aanvallen gaf. Wel was de bedoeling om lezers alert te maken op het frequent voorkomen van trauma bij PNEA, hierop bedacht te zijn bij aanmelding van een patiënt met PNEA, dit in kaart te brengen bij de casusconceptualisatie en zo snel mogelijk TF-CGT aan te bieden.

Ten slotte kan de beslisboom inderdaad aangevuld worden met de gangbare therapie in geval van 'niet-psychogeen' en in geval van 'geen trauma'. We zijn blij dat ten Broeke et al. ons hierop wijzen, in de hoop dat dit voor de lezers op die manier duidelijker wordt. Een verdere uitwerking van de gangbare therapie zou ons te ver van de essentie van het artikel leiden. We verwijzen hiervoor naar de uitgebreide literatuur hierover.

KRISTIEN VUYLSTEKE Universitaire Kinder- en Jeugdpsychiatrie Antwerpen (UKJA).

CORINE FACHÉ Universitaire Kinder- en Jeugdpsychiatrie Antwerpen (UKJA).

INGE ANTROP Universitair Ziekenhuis Gent, afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie.

DIRK VAN WEST Universitaire Kinder- en Jeugdpsychiatrie Antwerpen (UKJA), Universiteit Antwerpen & Capri-Jeugd, Vrije Universiteit Brussel, Klinische Levenslooppsychologie (KLEP).

MONICA DHAR Universiteit Antwerpen & Capri-Jeugd, Vrije Universiteit Brussel, Department of Biological Psychology.

SARAH BAL Universitair Ziekenhuis Gent, afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie.

Correspondentieadres: Kristien Vuylsteke, Pieter Jozef Nauwelaertsstraat 7, 2600 Berchem, België. E-mail: kristienvuylsteke@gmail.com

Literatuur

Ackerman, P. T., Newton, J. E., McPherson, W. B., Jones, J. G., & Dykman, R. A. (1998). Prevalence of post trauma-

tic stress disorder and other psychiatric diagnoses in three groups of abused children (sexual, physical, and both). *Child Abuse Neglect*, 22 (8), 759-774.

- Alsaadi, T. M., & Marquez, A. V. (2005). Psychogenic nonepileptic seizures. *American Family Physician*, 72 (5), 849-856.
- American Psychiatric Association (APA) (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text revision). Washington: APA.
- Bronner, M. B., Beer, R., Jozine van Zelm van Eldik, M., Grootenhuis, M. A., & Last, B. F. (2009). Reducing acute stress in a 16-year old using trauma-focused cognitive behaviour therapy and eye movement desensitization and reprocessing. *Developmental Neurorehabilitation*, 12(3), 170-174.
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Deblinger, E. (2008). *Behandeling van trauma bij kinderen en adolescenten met de methode traumagerichte cognitieve gedragstherapie* (Kind en Adolescent Praktijkreeks, 110). Houten: Bohn Stafleu van Lochem.
- Copeland, W. E., Keeler, G., Angold, A., & Costello, E. J. (2007). Traumatic events and posttraumatic stress in childhood. *Archives of General Psychiatry*, 64(5), 577-584.
- Fiszman, A., Alves-Leon, S. V., Nunes, R. G., D'Andrea, I., & Figuera, I. (2004). Traumatic events and post-traumatic stress disorder in patients with psychogenic nonepileptic seizures: A critical review. *Epilepsy & Behavior*, 5, 818-825.
- Hermans, D., Eelen, P., & Orlemans, H. (2007). *Inleiding tot de gedragstherapie* (6e, geheel herziene druk). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- LaFrance, W. C. Jr., & Barry, J. J. (2005). Update on treatments of psychological nonepileptic seizures. *Epilepsy & Behavior*, 7 (3), 364-374.
- Mc Guire, T. M. (2014). Potential of eye movement desensitization and reprocessing therapy in the treatment of post-traumatic stress disorder. *Psychology Research and Behavior Management*, 7, 273-283.
- Noll, J. G., Trickett, P. K., & Putnam, F. W. (2003). A prospective investigation of the impact of childhood sexual abuse on the development of sexuality. *Consult Clinical Psychology*, 71(3), 575-586.
- Proença, I. C. G. F., Castro, L. H. M., Jorge, C. L., & Marchetti, R. L. (2011). Emotional trauma and abuse in patients with psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsy & Behavior*, 20, 331-333.
- Struik, A. (2011). Slapende honden? Wakker maken! Een stabilisatiemethode voor vroegkinderlijk chronisch getraumatiseerde kinderen. *Kind en Adolescent Praktijk*, 3, 100-109.
- Ungar, M. Tutty, L. M., McConnell, S., Barteer, K., & Fairholm, J. (2009). What Canadian youth tell us about disclosing abuse. *Child Abuse Neglect*, 33(10), 699-708.
- Vuylsteke, K., Faché, C., Antrop, I., van West, D., Dhar, M., & Bal, S. (2014). Psychogene niet-epileptische aanvallen met trauma als oorzakelijke factor: Trauma Focused Cognitieve Gedragstherapie als belangrijk onderdeel van de behandeling. *Gedragstherapie*, 47, 173-189.

.....

Gedachten uitpluizen: cognitieve gedragstherapie bij psychotische klachten

.....

Bespreking van

Mark van der Gaag, Tonnie Staring, David van den Berg & Joost Baas (2013). *Gedachten uitpluizen: cognitief gedragstherapeutische protocollen bij psychotische klachten*. Oegstgeest: Stichting Cognitie en Psychose. 416 pp., € 89,00. ISBN 9789082036503

MARGREET OORSCHOT

In de *Multidisciplinaire richtlijn schizofrenie* van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie wordt cognitieve gedragstherapie aanbevolen bij patiënten met de diagnose schizofrenie (van Alphen et al., 2012), zowel in de acute fase van een psychose als in een later stadium. Wetenschappelijk onderzoek toont aan dat cognitieve gedragstherapie effectief is in het reduceren van positieve, negatieve en depressieve symptomen die voorkomen bij psychotische stoornissen, en veilig toegepast kan worden bij deze patiëntenpopulatie (Jones, Cornac, Silveira da Mota Neto, & Campbell, 2010; Turner, Van der Gaag, Karyotaki, & Cuijnpers, 2014). Toch hebben psychotische symptomen een imagoprobleem en horen psychologen die werken met patiënten met psychotische stoornissen nog vaak opmerkingen als: 'Werk jij met psychotische stoornissen? Daar kan je toch niet zoveel mee als psycholoog?'; 'Worden wanen niet alleen maar erger als je erover gaat praten?'; of: 'Zijn patiënten met een psychotische stoornis niet te kwetsbaar om psychotherapeutisch mee aan de slag te gaan?'. Hopelijk rekent de nieuwste uitgave van het boek *Gedachten uitpluizen* af met het idee dat psychologen weinig kunnen doen aan psychotische klachten. Dit zeer complete boek geeft richting aan de behandeling van psychotische klachten en bevat concrete handvatten voor de

behandeling van psychotische klachten binnen een breed scala aan diagnoses. *Gedachten uitpluizen* is bedoeld voor alle hulpverleners die zelfstandig cognitieve gedragstherapie uitvoeren of een opleiding daartoe volgen.

GEDACHTEN UITPLUIZEN

.....

Deze derde herziene uitgave van dit boek bestaat uit zeven cognitief gedragstherapeutische protocollen voor de behandeling van psychotische klachten. Eerst worden de biologische en psychologische processen die ten grondslag kunnen liggen aan psychotische symptomen besproken. Vervolgens wordt de cognitief gedragstherapeutische wijze van werken met patiënten met psychotische symptomen toegelicht. Dit wordt aangevuld met een beschrijving van complicerende factoren, zoals alcohol- en drugsgebruik, gebrek aan ziekte-inzicht en achterdocht richting de therapeut. Het geheel wordt geïllustreerd met casuïstiek van 'mislukte behandelingen', inclusief een analyse van de leerpunten. Hierop volgen protocollen voor de behandeling van diverse psychotische symptomen: een protocol voor de behandeling van overmatige achterdocht, drie verschillende protocollen voor de behandeling van het horen van stemmen (uitgesplitst naar stemmen die somberheid, angst en schaamte oproepen) en een protocol voor demoralisatie en negatieve symptomen. Daarnaast is er in *Gedachten uitpluizen* een protocol opgenomen dat zich specifiek richt op angst of lijdensdruk die wordt veroorzaakt door ideeën rond geesten, djinns, magie of andere vermeend bovennatuurlijke verschijnselen. Ten slotte volgt een protocol voor patiënten met subklinische psychotische symptomen die binnen of naast een andere DSM as-1- of as-2-stoornis voorkomen.

De auteurs geven aan dat *Gedachten uitpluizen* in principe uitgaat van dezelfde werkwijze en opzet van een behandeling als bij 'reguliere' cognitieve gedragstherapie en dat er geen voorzigtigere werkwijze gevolgd hoeft te worden. Wel geven ze aan dat kennis van psychose van belang is en dat er enkele specifieke aandachtspunten zijn. Zo kunnen gebrek aan ziekte-inzicht en cognitieve problemen invloed hebben op het tempo van de behandeling, kan de thematiek wat verder van de eigen beleving afstaan dan bij de behandeling van angst en depressie, vindt de behandeling vaak plaats in een setting voor langdurige zorg en gebruikt een groot deel van de patiënten antipsychotische medicatie.

PROTOCOLLEN

.....

Uitgangspunt in de protocollen van *Gedachten uitpluizen* is zelfonderzoek van de patiënt in samenwerking met de therapeut. Net als bij reguliere cognitieve gedragstherapie, staan betekenisverlening en de manier waarop de

patiënt met zijn situatie omgaat centraal. De stemmenprotocollen richten zich daarom ook niet op de ernst van de stemmen zelf, maar op de overtuigingen van de stemmenhoorder over de stemmen. In 'G-schema-taal' wordt het horen van een stem dus gezien als gebeurtenis en bepalen de opvattingen over de stem de lijdensdruk van de patiënt. De auteurs geven hierbij aan dat het primaire doel van de behandeling niet het doen afnemen van de ernst van de stemmen zelf is, maar het veranderen van opvattingen over de herkomst, macht en kwaadwillendheid ervan. Ze merken hierbij op, dat de stemmen vervolgens vaak ook afnemen in frequentie en intensiteit. Het doel van de behandeling van wanen is dat de patiënt minder tijd besteedt aan zijn waangedachten en op de momenten dat hij er wel aan denkt minder angst ervaart.

De protocollen van *Gedachten uitpluizen* bestaan uit acht vaste modules: introductie, pre-assessment, inventarisatie, probleemformulering en behandeldoelen, interventie, post-assessment, consolidatie en boostersessies. De introductie kan worden gezien als een intake-fase. Voor de pre- en post-assessment worden per protocol enkele vragenlijsten voorgesteld (gericht op klachten, lijdensdruk en functioneren). De meeste daarvan zijn te downloaden van de website www.gedachtenuitpluizen.nl. De inventarisatiefase is gericht op het gaan begrijpen van de klachten en bestaat vooral uit het verzamelen van informatie over de patiënt, zijn klachten en de relatie tussen beide. Als hulpmiddel hierbij zijn het samenzweringsinterview, stemmeninterview, geesten en magie-interview en demoralisatie-interview opgesteld. Deze interviews geven voorbeeldvragen, die de therapeut kan gebruiken om de informatie te verzamelen die nodig is voor de probleemformulering. Op basis van de informatie die in deze fase is verzameld, worden de probleemformulering ingevuld en de behandeldoelen geformuleerd. De probleemformulering wordt door de auteurs het 'hart van de behandeling' genoemd en er wordt in het boek veel aandacht aan besteed. Zo wordt er voor probleemformulering een vast format voorgesteld en zijn er diverse voorbeelden van probleemformuleringen in het boek opgenomen. De interventiefase verschilt uiteraard per protocol, maar bevat een aantal vaste elementen, zoals psycho-educatie, cognitief uitdagen, gedragsexperimenten, exposure en het bewerken van negatieve kerncognities. De consolidatiefase is erop gericht de resultaten van de behandeling te borgen. De auteurs benadrukken dat het in deze fase van belang is terug te kijken op de behandeling, het geleerde concreet te maken en de successen in de behandeling toe te schrijven aan de eigen inzet van de patiënt. Op indicatie kunnen vervolgens boostersessies worden ingepland.

TOTAALPAKKET

.....

Het protocollenboek *Gedachten uitpluizen* vormt een geheel met het *Therapeutische technieken en vaardigheden boek*, dat de technieken en vaar-

digheden beschrijft die nodig zijn voor het uitvoeren van de protocollen. Deze technieken variëren van het uitschrijven van een probleemformulering tot het meerdimensioneel evalueren, en van de taartpunttechniek tot terugvalpreventieadviezen bij overmatige achterdocht. Van elke techniek of vaardigheid worden het toepassingsgebied en de rationale besproken, en volgt een illustratie aan de hand van een klinisch voorbeeld. Dit boek is gratis te downloaden van www.gedachtenuitpluizen.nl. De stichting Cognitie en Psychose doet duidelijk haar uiterste best een totaalpakket voor de psychologische behandeling van psychotische stoornissen aan te bieden. In het protocollenboek wordt bijvoorbeeld ook regelmatig verwezen naar de website www.gedachtenuitpluizen.nl. Dit is een actief onderhouden, overzichtelijke website, waar allerlei hulpmiddelen voor de behandeling te vinden zijn, variërend van allerhande meetinstrumenten en lege formulieren, tot tips voor therapeuten, aankondigingen van cursussen en extra informatie voor patiënten. Verder is er een YouTube-kanaal (www.youtube.com/user/Pluizenfilms) met instructievideo's voor therapeuten, maar ook met filmpjes die samen met de patiënt bekeken kunnen worden ter illustratie van de behandeling (bijvoorbeeld over selectieve aandacht of depersonalisatie).

TIMING

.....

In de wetenschappelijke literatuur is recent de discussie over de inzet van cognitieve gedragstherapie bij psychotische stoornissen weer opgelaaaid. Aanleiding hiervoor is een meta-analyse die concludeert dat het effect van cognitieve gedragstherapie op de ernst van psychotische symptomen klein is, en nog verder afneemt wanneer alleen geblindeerde studies worden geïnccludeerd. De auteurs suggereren vervolgens dat de verwachtingen die cognitieve gedragstherapie bij psychose oproept onrealistisch hoog zijn, en dat de toepassing ervan mogelijk te veel wordt 'gehypt' (Jauhar et al., 2014). Hier brengen voorstanders van cognitieve gedragstherapie bij psychose tegenin, dat het effect ervan misschien klein is, maar wel consistent wordt gevonden, dat de patiëntengroepen die zijn meegenomen in de analyses zeer heteroog zijn (zowel qua diagnose als ziektefase), dat alle vormen van cognitieve gedragstherapie op één hoop worden gegooid en dat er in de meeste studies veel te algemene uitkomstmaten worden meegenomen, waardoor het effect van de behandeling wordt verdund (Byrne, 2014; Peters, 2014; Wykes, 2014). Deze discussie is nuttig en moet gevoerd worden, maar zegt ook veel over de manier waarop er naar de behandeling van psychotische stoornissen wordt gekeken. In deze discussie wordt namelijk veel nadruk gelegd op het effect van cognitieve gedragstherapie op de ernst van de psychotische klachten, terwijl de behandeling zelf gericht is op het verminderen van de lijdensdruk en verbeteren of vergroten van de copingvaardigheden van patiënten, en niet op de symptoomernst. Dit is een fundamenteel verschil, dat opnieuw

duidelijk maakt dat cognitieve gedragstherapie niet kan worden gezien als een behandeling met een algemeen effect, als een ‘quasi-antipsychoticum’ (Byrne, 2014). De auteurs van *Gedachten uitpluizen* geven echter ook aan dat met het verminderen van de lijdensdruk en het verbeteren van de coping de ernst van de psychose kan afnemen.

Kortom, het verschijnen van het protocollenboek *Gedachten uitpluizen*, met zijn zeer uitgebreide uitleg over de uitgangspunten van de toepassing van cognitieve gedragstherapie bij psychose, specifieke tips voor assessment van lijdensdruk, coping en functioneren, en duidelijk afgebakende protocollen, die zich richten op specifieke symptomen en niet op algemene psychiatrische diagnoses, komt op een goed moment. Wellicht zal zijn toegevoegde waarde niet alleen blijken in de klinische praktijk, maar kan het boek het wetenschappelijk onderzoek naar de behandeling van psychose een nieuwe impuls geven.

SAMENVATTEND

.....

Het protocollenboek *Gedachten uitpluizen* is een *must-have* voor alle therapeuten die werken met patiënten met psychotische klachten. Het geeft een goed en actueel overzicht van de behandelmogelijkheden van psychose over de gehele breedte van de DSM, dus niet alleen bij stoornissen in het psychosespectrum, maar ook bij persoonlijkheidsstoornissen, angststoornissen of hoogerisicogroepen. Deze volledig herziene uitgave is een duidelijke aanvulling op de eerdere uitgaven van *Gedachten uitpluizen*, die een meer algemeen overzicht gaven van de mogelijkheden voor de inzet van cognitieve gedragstherapie bij psychose. Voor zover bekend bestaat er op dit vlak geen enkel vergelijkbaar boek. *Gedachten uitpluizen* is zeer compleet, bevat goed uitgedachte en uitgewerkte protocollen, en is gelinkt aan een actieve website met bruikbare downloads, een vaardighedenboek, YouTube-channel en specifieke cursussen voor therapeuten. Opvallend is de grote hoeveelheid voorbeelden, praktische tips, aandacht voor complicerende factoren en ‘wat als’-vragen. Verder is er veel aandacht voor bijkomende problemen, zoals slaapproblemen en piekeren bij paranoïde wanen. Daarnaast is het bijzonder positief dat er een protocol is opgenomen voor demoralisatie en negatieve symptomen, waar tot nu toe zeer beperkte behandelvormen voor beschikbaar zijn.

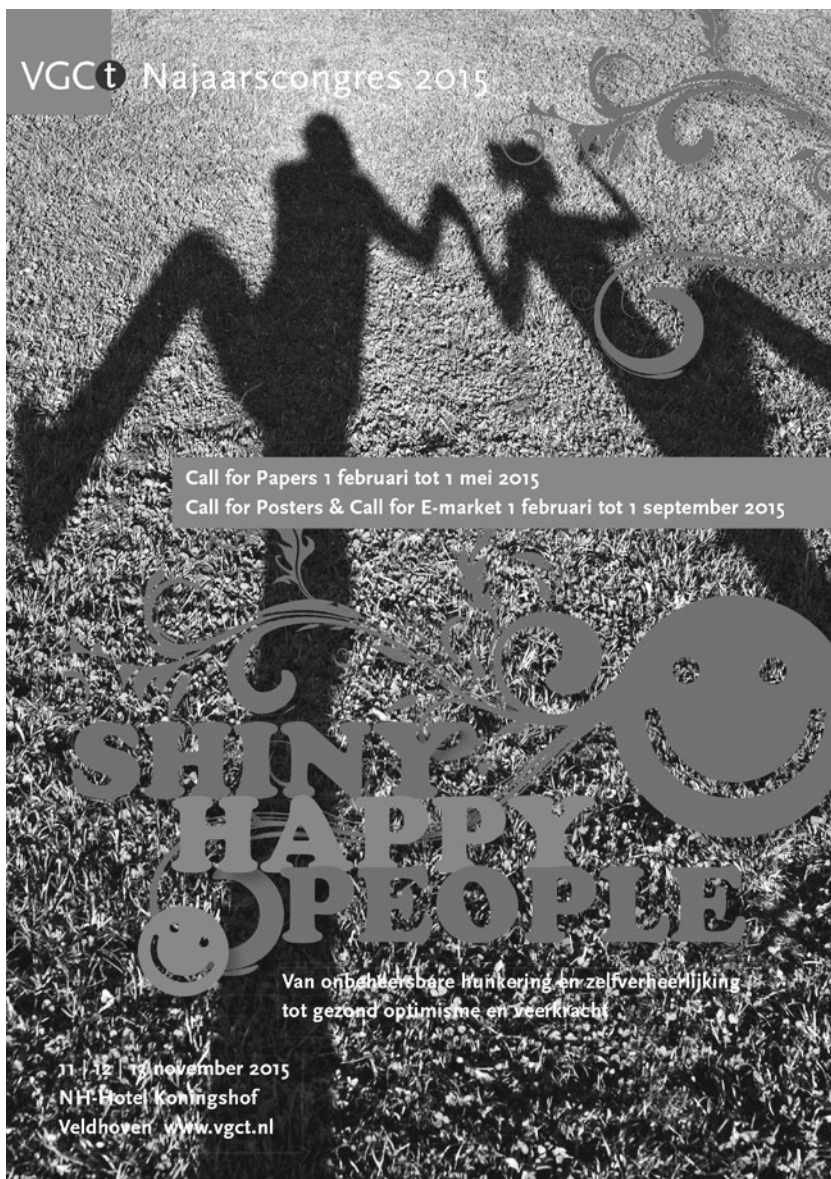
Een relatief minder helder geschreven en onoverzichtelijker onderdeel van het boek is het tweede hoofdstuk over biologische en psychologische processen bij psychose. In dit hoofdstuk trachten de auteurs in zeer kort bestek een overzicht te geven van een veelheid aan vrij complexe informatie. Dat doet het hoofdstuk, in tegenstelling tot de andere hoofdstukken, wat chaotisch overkomen en als niet passend bij de doelgroep. De auteurs hadden zich beter kunnen beperken tot een verwijzing naar het *Handboek psychose* (van

der Gaag, Staring & Valmaggia, 2012), dat ook wel wordt genoemd, en dit hoofdstuk volledig achterwege laten.

Daarnaast maakt de uitsplitsing van de stemmenprotocollen in drieën dat er veel overlappende informatie in het protocollenboek staat. Verwarring ligt op de loer als niet bij voorbaat duidelijk is wat het karakter van de stemmen is. Voordeel van de uitsplitsing is echter dat therapeuten worden gedwongen om vanaf het begin van de behandeling heel goed te luisteren naar de patiënt en bewust bezig te zijn met de onderliggende psychologische processen.

Literatuur

- Byrne, R. E. (2014). CBT for psychosis: not a quasi-neuroleptic. *British Journal of Psychiatry*, 204, 489.
- Jauhar, S., McKenna, P. J., Radua, J., Fung, E., Salvador, R., & Laws, K. R. (2014). Cognitive-behavioural therapy for the symptoms of schizophrenia: Systematic review and meta-analysis with examination of potential bias. *British Journal of Psychiatry*, 204, 20-29.
- Jones, C., Cornac, I., Silveira da Mota Neto, J. L., & Campbell, C. (2010). Cognitive behavioral therapy for schizophrenia. *Cochrane Database Systematic Review*, 1.
- Peters, E. (2014). An oversimplification of psychosis, its treatment and its outcomes? *British Journal of Psychiatry*, 205, 159-160.
- Turner, D. T., van der Gaag, M., Karyotaki, E., & Cuijpers, P. (2014). Psychological interventions for psychosis: a meta-analysis of comparative outcome studies. *American Journal of Psychiatry*, 5, 523-538.
- Wykes, T. (2014). Cognitive-behaviour therapy and schizophrenia. *Evidence Based Mental Health*, 17, 67-68.
- van Alphen, C., Ammeraal, M., Blanke, C., Boonstra, N., Boumans, H., Brugge-man, R., ... van Wel, T. (2012). *Multi-disciplinaire richtlijn schizofrenie (Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie)*. De Tijdstroom: Utrecht.
- van der Gaag M., Staring, T., & Valmaggia, L. (2012). *Handboek psychose*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.



VGCT Najaarscongres 2015

Call for Papers 1 februari tot 1 mei 2015
Call for Posters & Call for E-market 1 februari tot 1 september 2015

**SHINE
HAPPY
PEOPLE**

Van onbeheersbare hunkering en zelfverheerlijking
tot gezond optimisme en veerkracht

11 - 12 - 13 november 2015
NH Hotel Koningshof
Veldhoven www.vgct.nl

Bestel boeken met korting in de VGCT boekenclub!

**Standaardwerk voor kinder- en jeugd-ggz:
tot en met 15 april met 20% korting**

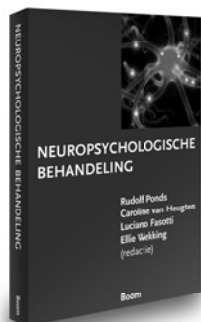


Protocolair werken is een effectieve methode om kinderen en jongeren met psychische klachten te behandelen. Het standaardwerk *Protocolaire behandelingen voor kinderen en adolescenten met psychische klachten 1 en 2* bevat maar liefst 42 effectief bewezen of op zijn minst veelbelovende behandelprotocollen voor zeer uiteenlopende klachten, waaronder slaapproblemen, autisme en gecompliceerde rouw. De protocollen bieden een gestructureerde behandeling, ontwikkeld door toonaangevende auteurs uit de kinder- en jeugd-ggz.

9789089534576

Van € ~~132,50~~ voor € 106,00

Andere acties



9789085064343

Van € ~~56,00~~ voor € 44,80



9789085066125

Van € ~~24,95~~ voor € 19,95

Elke
zes weken
nieuwe
acties!

Log in via het Ledennet en bekijk alle acties

**Boom | Psychologie
& Psychiatrie**

info@boompsychologie.nl
+31 (0) 20 524 45 14

Deze acties gelden tot en met 15 april 2015. Daarna zijn er weer nieuwe acties in de VGCT boekenclub.

NIEUW bij Boom Psychologie

Breng sociale problemen van kinderen met autismespectrumstoornis in kaart met de VISK



De VISK is een oudervragenlijst om sociale problemen van kinderen met een pervasieve ontwikkelingsstoornis in kaart te brengen. De VISK richt zich op sociale problemen in het hele spectrum van de pervasieve ontwikkelingsstoornissen: van mild (PDD-NOS) tot ernstig (autisme). Met de VISK kunt u de behandeling afstemmen op de individuele eigenschappen van het kind.

Handleiding: 9789089535245 | € 99,95
Zelfscorende formulieren (25 ex):
9789089535252 | € 69,95



9789089533784
€ 84,95



9789089533807
€ 22,50



9789089533500
€ 26,95



9789089534484
€ 19,95

Bestel al uw vakliteratuur op
www.boompsychologie.nl

**Boom | Psychologie
& Psychiatrie**

info@boompsychologie.nl
+31 (0) 20 524 45 14

Prijzen gelden in 2015, onder voorbehoud van wijzigingen.

Aanwijzingen voor auteurs

Dit is een samenvatting. Uitgebreide instructies vindt u op www.tijdschriftgedragstherapie.nl.

Aanbieden van kopij

- Dien uw manuscript in via www.tijdschriftgedragstherapie.nl/auteurs/artikel_indienen. Voor het eventueel re-produceren van eerder gepubliceerd materiaal moet alle benodigde toestemming zijn bijgesloten.
- Wilt u uw manuscript per e-mail indienen dan dient kopij vergezeld te gaan van een begeleidende brief van de auteur, die voor de verdere correspondentie over het stuk verantwoordelijk is. De begeleidende brief moet een verklaring bevatten dat het manuscript is goedgekeurd door alle auteurs, dat het niet elders is aangeboden en dat het om oorspronkelijk materiaal gaat. Stuur uw manuscript naar redactie@tijdschriftgedragstherapie.nl of naar het redactiesecretariaat: t.a.v. J.L. Wolters, Suikerplein 65, 1013 CJ Amsterdam.

Vorm van het manuscript

- Op het *titelblad* moet staan: de volledige titel, beknopt maar informatief; de naam en voorna(a)m(en) van de auteur(s); van elke auteur de werkkring met een adres; en één correspondentieadres.
- *Artikelen* worden onderverdeeld in paragrafen, afhankelijk van het soort artikel. Bijvoorbeeld: Inleiding, Methoden, Resultaten en Discussie. In lange artikelen zal een paragraaf ter verduidelijking van de inhoud soms verder moeten worden onderverdeeld.
- Willen *gevalsbeschrijvingen* voor publicatie in aanmerking komen, dan moet het gaan om bijzondere probleemgedragingen, behandelingsmethoden en/of resultaten.
- Cliëntgegevens als namen (of afkortingen daarvan), beroepen, plaatsen en tijden dienen veranderd te worden. Eventuele klachten van cliënten die zich in beschrijvingen herkennen komen uitsluitend ten laste van de auteur(s).
- Artikelen, gevalsbeschrijvingen en bijdragen voor Kort Instrumenteel worden gevolgd door een samenvatting met trefwoorden en referenties in de Nederlandse taal, en een *summary* inclusief titel en *keywords* in de Engelse taal. Deze omvatten maximaal 150 woorden en vermelden

het doel van of de aanleiding tot de studie, de gevolgde werkwijze en de belangrijkste bevindingen en conclusies.

- Bijdragen voor de rubriek *Kort instrumenteel* moeten voldoen aan een aantal voorwaarden. Zie hiervoor de uitgebreide richtlijnen. Belangrijkst is dat het beschreven instrument zijn nut moet hebben voor gedragstherapie en gedragsdiagnostiek.
- Bij *boekbesprekingen* dient aan een aantal punten aandacht geschonken te worden. Zie hiervoor eveneens de uitgebreide auteursrichtlijnen. Het voornaamste is dat duidelijk wordt wat de sterke en zwakke kanten van het boek zijn, alsmede in hoeverre het boek een aanvulling is op bestaande literatuur

Literatuur

Bij het vermelden van literatuurverwijzingen in de tekst en in de literatuurlijst gelden de richtlijnen van de zesde editie van de *Publication Manual* van de American Psychological Association (APA, 2009).

Figuren en tabellen

Figuren en tabellen moeten logisch aansluiten bij de tekst. Door middel van een aanwijzing in de tekst moet worden aangegeven waar de figuur of tabel bij voorkeur moet worden ingevoegd. Illustraties en grafieken worden aangeduid als figuren.

GEDRAGSTHERAPIE

Achtenveertigste jaargang, nummer 1, maart 2015

Pagina 1–92

1 *Redactioneel*

2 **Harry van Els & Jeroen Knipscheer**

Cognitieve gedragstherapie bij allochtonen: een cultuursensitieve benadering

30 **Ineke Demeyer & Rudi De Raedt**

Opbouwen van veerkracht tegen depressie – Efficiënte aandachtscontrolestrategieën leiden tot betere emotieregulatie bij ouderen

46 **Eva Enschede, Wiljo van Hout, Leonieke Vet & Sebina van Dijken**

Klinisch beeld, diagnostiek en behandeling van pathologisch huidpukken (skin picking disorder)

FORUM

61 **Filip Raes**

De derde generatie CGT: een vloek of een zegen?

70 **Erik ten Broeke, Renée Beer, Ad de Jongh & Ramón Lindauer**

Vraagtekens bij de behandeling van psychogene niet-epileptische aanvallen

Reactie op Vuylsteke, Faché, Antrop, Van West, Dhar, & Bal in *Gedragstherapie*, 47, 3

77 **Kristien Vuylsteke, Corine Faché, Inge Antrop, Dirk Van West, Monica Dhar & Sarah Bal**

Toelichting op een eerder betoog over de behandeling van psychogene niet-epileptische aanvallen

Reactie op Ten Broeke, Beer, De Jongh & Lindauer, dit nummer

BOEKBESPREKING

83 **Margreet Oorschot**

Gedachten uitpluizen: cognitieve gedragstherapie bij psychotische klachten

Boom Tijdschriften

ISSN 0167-7454